

ღია და დახურული ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის გამოყენება ნალვლკენჭოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობის დროს

ბ.ჩაკვეთაძე, ვ.თევდორაძე, დ.მენაბდე

ს.ს. „წმ. ნიკოლოზის სახ. ქირურგიული და ონკოლოგიური ცენტრი,“
ბათუმის შოთა რუსთაველის სახელმწიფო უნივერსიტეტი

USAGE OF OPEN AND CLOSED LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY DURING SURGICAL TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE

CHAKVETADZE B, TEVDORADZE V, MENABDE D

JSC Saint Nikoloz Surgical and Oncological Center
Batumi Shota Rustaveli State University

რეზიუმე

განალიზებულია ნალვლკენჭოვანი დაავადების მქონე 1573 ავადმყოფის ქირურგიული მკურნალობის შედეგები მცირე ინვაზიური ოპერაციული მიდგომების გამოყენებით. ქოლეცისტექტომია სრულდებოდა დახურული ლაპაროსკოპიული მიდგომის მეშვეობით 965 შემთხვევაში (60,7%) და მინილაპაროტომიური მიდგომით – 617 შემთხვევაში (39,3%). შედეგები წარმოაჩენენ ორივე მეთოდის კონკურენტულ ეფექტურობას და დახურული ლაპაროსკოპიული მიდგომის უპირატესობებს მედიკო-სოციალური და ეკონომიკური მაჩვენებლების მიხედვით.

Summary

Authors present the result of treatment of 1573 patients with Laparoscopic Cholecystectomy.

Cholecystectomy was performed laparoscopically in 966 (60,7%) cases and through minilaparotomy in 617 (39,3%). The results show the compete efficiency of operative approaches and the evident advantages of laparoscopic approach according to medico-social and economic figures.

ნალვლკენჭოვანი დაავადების (ნკდ) მქონე ავადმყოფების დიაგნოსტიკა, ქირურგიული მკურნალობა და რეაბილიტაცია დღემდე ქირურგიის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად რჩება. ხანდაზმული და მოხუცებული ასაკის პაციენტების რაოდენობის გაზრდამ, ბოლო წლებში მწვავე ანთებითი პროცესის კუპირების დროს კონსერვატული მეთოდების გამოყენებამ ნკდ-ს გართულებული ფორმების რიცხვის ზრდა განაპირობა (3,4).

ცნობილია, რომ ნკდ უფრო ხშირად შეიმჩნევა შრომისუნარიანი ასაკის პირებში (30-60 წწ), ამასთან ბოლო ათწლეულში აღნიშნავენ ასაკობრივი დიაპაზონის გაფართოებას „გახალგაზრდავების“ მხრივ.

ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომია (ლქქ) კალკულოზური ქოლეცისტიტის მკურნალობის „ოქროს“, სტანდარტია (2). უკანასკნელ წლებში კლინიკების აღჭურვილობა მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა, რამაც საშუალება მოგვცა ნკდ-ს ქირურგიული მკურნალობის დროს უფრო ხშირად გამოვიყენოთ დახურული ლაპაროსკოპია.

ლაპაროსკოპიულ ქოლეცისტექტომიაზე გაწეული ფინანსური დანახარჯი, ძვირადღირებული აპარატურა, გარკვეული ტექნიკური პრობლემების არსებობა ჰეპატიკოქოლედოქმე ჩარევისას მისი გამავლობის კორექციისათვის, უარყოფითი გემოქმედება ჰემოდინამიაზე ხანდაზმული და მოხუცებული ასაკის პაციენტებთან პნევმოპერიტონეუმის არსებობის გამო, ყოველთვის არ იძლევა მხოლოდ ერთი მეთოდიკის ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის გამოყენების საშუალებას.

ჩვენი კვლევის მიზანს იყო ლაპაროსკოპიის ელემენტების მქონე ღია (მინილაპაროტომია) და დახურული (კლასიკური) ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის შედეგების შედარებითი შეფასება ნკდ-ს დროს.

მასალა და მეთოდები. ჩატარებულია 2004 – 2014 წლებში შესრულებული 1573 ქოლეცისტექტომიის ანალიზი. მათ შორის 966 ავადმყოფს გაუკეთდა ლქქ დახურული მეთოდით და 617 ავადმყოფს – მ.ი.პრუდკოვის მეთოდის მიხედვით შესრულებული ქოლეცისტექტომია მინილაპაროტომიით (მლქ). ამ ოპერაციული ჩარევის შესრულება არ საჭიროებს ექიმის სპეციალურ მომზადებას (4,5), ოპერაცია ტარდება ჩვეულ სამგანზომილებიან სივრცეში, არ არის პნევმოპერიტონეუმის შექმნის აუცილებლობა, მატერიალური ხარჯები კი გაცილებით მცირეა.

პაციენტთა საშუალო ასაკმა $47,3 \pm 2,5$ წელი შეადგინა. მამაკაცთა და ქაღალთა თანაფარდობაა 1:6-ზე (262 მამაკაცი და 1310 ქალი). ოპერაციები შესრულებულია როგორც მწვავე (150 – ავადმყოფთა 9,5%), ასევე ქრონიკული (1423 – ავადმყოფთა 90,5%) ქოლეცისტიტის დროს. ავადმყოფთა რაიმე სპეციალური არჩევა არ მომხდარა, ოპერაციის უკუჩვენებების დადგენა საყოველთაოდ მიღებული წესით ხდებოდა.

ოპერაციული ჩარევის შესრულების დროს მინილაპაროტომიული მიდგომით გამოიყენებოდა ინსტრუმენტთა სტანდარტული ნაკრები ტრილობის რგოლური საფართოებლით „მინი ასისტენტი“, კანის განაკვეთის სიგრძემ შეადგინა 4.0 სმ., ოპერაციის ხანგრძლივობა – 20-დან 60 წთ-მდე.

ლქქ დროს ოპერაციული მიდგომა ხორციელდებოდა 4 ნახვლეტით: 10მმ-იანი ნახვლეტები პარაუმბილიკალურ და სუბქსიფოიდურ ზონებში, 5მმ-იანი ნახვლეტები შუა ლავიწისა და წინა ილიის ხაზზე მარჯვნივ. აუცილებლობის შემთხვევაში მე-5 ნახვლეტს დამატებით ვაკეთებთ შუა ლავიწის ხაზზე მარჯვნივ.

საოპერაციო ველის ადეკვატური ექსპოზიციის შექ-

ცხრილი №1. პაციენტების მიერ ტკივილის სინდრომის სუბიექტური შეფასება მინილაპაროტომით (I ჯგუფი) და ლაპაროსკოპიით (II ჯგუფი) ოპერაციული მიდგომის შემდეგ

ოპერაციის დასრულებიდან გასული დრო, სთ	მშვიდ მდგომარეობაში შეფასების საშუალო მაჩვენებელი		შეფასების საშუალო მაჩვენებელი ხველების დროს	
	I ჯგუფი	II ჯგუფი		
4	6.33±1.19	5.90 ±1.48	6.6 ±1.12	5.14 ±1.39
8	6.67±2.0	4.85 ±1.26	7.24 ±1.33	5.27 ±1.23
12	5.5 ±1.76	4.53±0.95	6.25 ±1.7	5.24 ±1.26
24	4.5 ±1.76	3.76 ±1.22	5.2 ±1.24	4.67 ±1.49
48	2.31±0.84	1.98 ±1.43	3.31 ±0.9	2.78 ±1.39

მნას ვიწყებდით ბუშტის სადინარისა და ბუშტის ყელის ვიზუალიზაციიდან, შემდეგ ბუშტის არტერიის გადაკვეთა და მაშინვე ერთი კლიპსის დადება ბუშტის სადინარზე ნაღვლის ბუშტის ქვემოთ, რათა თავიდან ავიცილოთ კენჭების მიგრაცია ბუშტიდან ნაღვლის საერთო სადინარში.

ავადმყოფთა ორივე ჯგუფში გამოვლენილი ოპერაციის შემდგომი გართულებების შედარებისას ჩვენ მივიღეთ შემდეგი შედეგები:

- მინილაპაროტომიის შემდეგ ერთ შემთხვევაში (0,1%) დაფიქსირდა სისხლდენა ბუშტის არტერიიდან, რომელიც რელაპაროტომიის მიზეზი გახდა, ავადმყოფი გამოჯანმრთელდა. მეორე შემთხვევაში (0,1%) პროფილაქტიკის მიუხედავად, განვითარდა ფილტვის არტერიის მასიური თრომბოემბოლია, რომელმაც გამოიწვია სიკვდილი, სხვა გართულება არ ყოფილა;
- ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის შემდეგ კონვერსია აუცილებელი იყო 14 ავადმყოფთან (1,5%), ერთ შემთხვევაში ასევე დასჭირდა რელაპაროტომია და ერთ ავადმყოფს (0,1%) ღვიძლის ქვეშ მდებარე აბსცესი, რომელიც დრენირებულია ულტრაბგერითი მეთოდის (უბმ) კონტროლის ქვეშ.

ავადმყოფთა ჯგუფში, რომლებსაც ოპერაცია გაუკეთდა ლაპაროსკოპიული ოპერაციული მიდგომის მეშვეობით, 706 (78,2%) პაციენტთან კონსტატირებულია მხარ-ბეჭის სინდრომი, რაც გარკვეულწილად დაკა-

ვშირებული იყო ოპერაციის ხანგრძლივობასა და პაციენტის სხეულის საოპერაციო მაგიდაზე იძულებითი მდგომარეობით. მთლიანად კი მიღებული შედეგების ანალიზმა გვიჩვენა, რომ შემოაღნიშნული სინდრომი ლაპაროსკოპიული ოპერაციული მიდგომის გამოყენებისას საშუალოდ 1,06-ით უფრო დაბალი იყო, ვიდრე მინილაპაროტომიული ოპერაციული მიდგომის გამოყენების დროს.

უახლოეს ოპერაციის შემდგომ პერიოდში (პირველ 24 საათში) ნარკოტიკები ლაპაროსკოპიული ოპერაციული მიდგომის გამოყენებისას 18-ჯერ უფრო იშვიათად დაგჭირდა, ვიდრე მინილაპაროტომიული ოპერაციული მიდგომის გამოყენების დროს: 42 (4,7%) ავადმყოფთან ლაპაროსკოპიის გამოყენებით და 507 (82,3%) პაციენტთან მინილაპაროტომიის გამოყენებით.

ჩვენს გამოკვლევაში ანტიბაქტერიალური თერაპიის ჩატარების აუცილებლობა პაციენტთა 100%-ისათვის ოპერაციის შემდგომ პერიოდში განპირობებული იყო ჩატარებული ქირურგიული ჩარევებისა და ნაღვლის ბუშტში მომხდარი ცვლილებების ხასიათით. სხვაობები ანტიბაქტერიალური თერაპიის ჩატარების ვადების მიხედვით მინილაპაროტომიული და ლაპაროსკოპიული ოპერაციული მიდგომების გამოყენებისას ჩვენს მიერ გამოვლენილი არ ყოფილა.

როგორც უკვე აღინიშნა, ჩვენ ვერ განვსაზღვრეთ არსებითი განსხვავებები პაციენტთა მართვის ტაქტიკაში ოპერაციის შემდგომ პერიოდში გამოყენებული

ცხრილი №2. ოპერაციის შემდგომ უახლოეს პერიოდში გამოვლენილი გართულებები

გართულება	I ჯგუფი		II ჯგუფი	
	აბსოლუტ.	%	აბსოლუტ.	%
ოპერაციის შემდგომი პანკრეატიტი	3	2.44±1.2	2	1.6±1.14
პნევმონია	2	1.63±0.1	2	1.63±0.1
ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია	1	0.15±0.2	1	0.15±0.2
ჭრილობის დაჩირქება (სერომა), ანთებითი პროცესები ჭრილობის არეში	24	4.7±1.2	50	9.7±2.3
ღვიძლქვეშა აბსცესი	0	0	1	0.1±1.1
სისხლდენა (რელაპაროტომიით)	1	0.01±1.1	2	0.2±1.4
რელაპაროტომია	1	0.01±1.1	2	0.2±1.4

ოპერაციული მიდგომის შესაბამისად. საკონტროლო დრენაჟს მუცლის ღრუდან ვილებდით შედარების ორივე ჯგუფში პირველ-მესამე დღეს.

ოპერაციების შესრულებისას ლაპაროსკოპიული ოპერაციული მიდგომის მეშვეობით მინილაპაროტომიულ ოპერაციულ მიდგომასთან შედარებით ჩვენ იძულებული ვიყავით 1,5-ჯერ უფრო იშვიათად მიგვემართა ოპერაციული მიდგომის კონვერსიისადმი.

ოპერაციული მიდგომის კონვერსიის მიზეზების ანალიზმა ორივე ჯგუფში საშუალება მოგვცა დაგვედგინა, რომ ყველანი ისინი განეკუთვნება ქირურგიული მანიპულაციების ტექნიკურ შეზღუდვებს განსაზღვრული ოპერაციული მიდგომის გამოყენებისას. ასე, მაგ., ფიქსირებული კონკრემენტების არსებობა ნაღვლის ბუშტის ყელში 29 (3,03%) და ინფილტრატის არსებობა ჰეპატიკოქოლედოქზე ჩართვით ლაპაროტომიაზე გადასვლის მიზეზი გახდა. ამავე დროს მინილაპაროტომიულმა მიდგომამ ნაღვლის ბუშტის ყელში ფიქსირებული კენჭის გამოვლენისას ოპერაციის წინაპერიოდში 33 (3,5%) ავადმყოფთან საშუალება მოგვცა შეგვესრულებინა ქირურგიული ჩარევა ადეკვატური მოცულობით ოპერაციული მიდგომის კონვერსიის გარეშე. ქირურგიული მანიპულაციების ტექნიკურმა შეზღუდვებმა მინილაპაროტომიის გამოყენებისას არ მოგვცა საშუალება 23 შემთხვევაში (3,7%) მოგვეხდინა საოპერაციო ველის სრულფასოვანი ექსპოზიციის უზრუნველყოფა, რაც მიდგომის კონვერსიის მიზეზები გახდა.

ამრიგად, ქირურგიული მანიპულაციების შესრულების ტექნიკური შეზღუდვების ხარისხი ლაპაროსკოპიული ოპერაციული მიდგომის გამოყენებისას უფრო დაბალია, ვიდრე მინილაპაროტომიული მიდგომის მეშვეობით ოპერაციების შესრულების დროს. მაგრამ ქირურგიული ჩარევის შესრულების ალბათობა ქირურგიული მანიპულაციების ხასიათისა და მოცულობის მიხედვით 1,5-ჯერ უფრო მაღალია ოპერაციების ჩატარებისას მინილაპაროტომიული ოპერაციული მიდგომის მეშვეობით.

ჩატარებული გამოკვლევებისას ჩვენ დავაფიქსირეთ წინასაოპერაციო პერიოდში გართულებათა განვითარების 145 (9,2%) შემთხვევა, რომელთაგან 104 (10,9%) პირველ ჯგუფშია და 41 (6,6%) – მეორეში.

გართულებების ყველაზე დიდი ჯგუფი შეადგინა ანთებითმა პროცესებმა საოპერაციო ტრილობის არეში – 74 (4,7%) შემთხვევა. ამასთან ყველაზე უფრო ხშირად

მოცემული სახეობის გართულებანი დიაგნოსტიკებულა იმ ავადმყოფთა ჯგუფში, რომლებიც ოპერირებულა მინილაპაროტომიული ოპერაციული მიდგომის მეშვეობით – 24 (3,95%).

გარდა ამისა, იყო დრენაჟის ამოვარდნის 1 (0,1%) შემთხვევა და აგრეთვე 1 (0,1%) შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა ღვიძლისქვეშა აბსცესის წარმოქმნას, რომელიც სანირებულია უბმ-ს კონტროლის ქვეშ. რელაპაროტომია შეუსრულდა 2 (0,2 %) ავადმყოფს ნაღვლის ბუშტის სარეკლიდან სისხლისდენის გამო: ავადმყოფები გამოჯანმრთელდნენ.

ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია განუვითარდა 2 (0,3 %) პაციენტს, ამასთან 1 (0,1%) პაციენტთან ის სიკვდილით დასრულდა, ეს გართულება არ იყო დაკავშირებული ოპერაციული მიდგომის თავისებურებებთან, შესრულებული ოპერაციის ხასიათსა და მოცულობასთან.

ქირურგიული ჩარევის ხანგრძლივობის განსაზღვრის შედეგების ანალიზმა სხვადასხვა ოპერაციული მიდგომების გამოყენებისას საშუალება მოგვცა გამოგვევლინა, რომ ოპერაციების ხანგრძლივობა მინილაპაროტომიული მიდგომის მეშვეობით საშუალოდ 1,14-ჯერ უფრო ნაკლები იყო. ლაპაროსკოპიული ოპერაციების ხანგრძლივობის გაზრდას ჩვენ ვუკავშირებთ უფრო რთულ და პრეცეზიულ საოპერაციო ტექნიკას.

ლაპაროსკოპიული ოპერაციული მიდგომის გამოყენებამ ოპერაციების შესასრულებლად ნაღვლკენჭოვანი დაავადების დროს იმ ავადმყოფთა ჯგუფში შედარებისას, რომლებიც ოპერირებულია მინილაპაროტომიის მეშვეობით, საშუალება მოგვცა, შეგვემცირებინა პაციენტების აქტივიზაციის ვადები ოპერაციის შემდგომ პერიოდში 1,5-ჯერ და ავადმყოფთა სტაციონარში ყოფნის საერთო ხანგრძლივობა – 1,1-ჯერ.

ამგვარად, ლაპაროსკოპიული მიდგომის და მინილაპაროტომიული მიდგომის გამოყენების შედეგების შედარებითი ანალიზის მონაცემები ნაღვლკენჭოვან დაავადებასთან დაკავშირებული ოპერაციების შესასრულებლად საშუალებას იძლევა, მოვახდინოთ ამ ოპერაციული მიდგომების ეფექტურობის კონკურენტული ხარისხის კონსტატირება.

მედიკო-სოციალური და ეკონომიკური მაჩვენებლების ანალიზის შედეგები ახდენენ ლაპაროსკოპიული მიდგომის უპირატესობის დემონსტრირებას მინილაპაროტომიული მიდგომის წინაშე.

ლიტერატურა:

References:

1. Barwood N.T., Valinsky L.J., Hobbs M.S. et al. Changing methods of imaging of cholecystitis in the laparoscopic cholecystectomy. Ann. Surg. 2002; 235: 41-50.
2. Матвеев Н.Л., Магомедов Н.Г. Малоинвазивное лечение холдохолитиаза. Дооперационный лечебно-диагностический этап. Эндоскопическая хирургия. 2003; 5: 31- 41.
3. Рутенбург Г.М., Румянцев И.П., Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Колесников М.В., Осокин Г.Ю. Эндоскопическая хирургия 2008; 1; 3 – 8.
4. Taylor E.W., Rajgopal U., Festekjian J. The efficacy of preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the detection and clearance of choledocholithiasis. J.S.L.S. 2000; 4:109-116.