

М.Ю. Ничитайло, д.м.н., професор, М.С. Загрійчук, Л.М. Булик, Національний інститут хірургії та трансплантології України ім. О.О. Шалімова НАМН України

Симультанні операції у хворих на жовчнокам'яну хворобу

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) та її ускладнення є однією з найбільш поширених хірургічних патологій [1]. Частота ЖКХ серед дорослого населення становить 14–18%. В останні роки спостерігається ріст захворюваності на ЖКХ. У таких пацієнтів нерідко діагностують іншу хірургічну патологію [2]. Точна кількість хворих на ЖКХ й супутню хірургічну патологію органів черевної порожнини та заочеревинного простору не відома і, за даними ВООЗ, серед цього контингенту пацієнтів становить до 30% [3].

У 2–5% хворих, які перенесли лапароскопічну холецистектомію, протягом першого року після операції діагностують іншу патологію органів черевної порожнини, причому у 30–46% пацієнтів – це злоякісні новоутворення [4, 5]. Для випадків, коли одночасно діагностовано кілька хірургічних хвороб, тактика лікування досі не визначена, не існує стандартів, чітких алгоритмів, показань та протипоказань до симультанних оперативних втручань, не визначений раціональний обсяг операції.

Метою дослідження було покращення результатів хірургічного лікування хворих на ЖКХ й супутню хірургічну патологію органів черевної порожнини й заочеревинного простору шляхом розробки раціонального діагностичного алгоритму, обґрунтування обсягу симультанних оперативних втручань і доступів для їх виконання.

Матеріали і методи

Виконано ретроспективний аналіз історій хвороб 2926 пацієнтів із ЖКХ, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу в період з 2007 по 2012 р. Загальна кількість хворих, у яких, окрім ЖКХ, діагностовано супутню хірургічну патологію, становила 217 (7,4%). З них ЖКХ та супутня хірургічна патологія органів черевної порожнини й заочеревинного простору спостерігалася у 147 (5,02%) пацієнтів.

У рамках роботи проаналізовано результати симультанних оперативних втручань у 212 хворих із ЖКХ та кістами й дефектами передньої черевної стінки (табл. 1, 2), яких розподілили на дві основні групи та групу порівняння (рис.).

До першої основної групи увійшли 64 пацієнти, яким було виконано симультанну операцію з приводу ЖКХ та супутніх кістозних чи запальних захворювань

органів черевної порожнини й заочеревинного простору (табл. 1). Цю групу розподілили на підгрупу ІА, у якій хворі перенесли симультанну операцію виключно лапароскопічно, та підгрупу ІБ, у якій пацієнтам було виконано симультанне лапароскопічне комбіноване оперативне втручання.

До другої основної групи увійшли 83 пацієнти, у яких діагностовано ЖКХ та супутні грижі й ліпони передньої черевної стінки (табл. 2). Цю групу також розподілили на підгрупу ІІА (хворі, які перенесли симультанну операцію з лапароскопічного доступу) та підгрупу ІІВ (пацієнти, яким було виконано лапароскопічну холецистектомію та операцію з традиційного відкритого доступу).

Жінок було 125 (85,0%), а чоловіків відповідно 22 (15,0%). У структурі всіх хворих разом з групою порівняння чоловіків було 13,2%, жінок – відповідно 86,8%. Середній вік пацієнтів становив 53 роки. У хворих першої групи проводили лапароскопічну холецистектомію та корекцію кіст чи запальних захворювань органів черевної порожнини. У пацієнтів другої основної групи виконували лапароскопічну холецистектомію та пластику дефектів передньої черевної стінки.

Виконані нами симультанні операції розподілили на плановані, передбачувані та незаплановані. Найчастіше проводили плановані 95 (64,6%), потім – передбачувані 39 (26,5%), а кількість незапланованих операцій становила 13 (8,9%) випадків. Особливого аналізу потребувала група хворих, яким виконано незаплановане симультанне оперативне втручання. У цих випадках симультанна патологія була інтраопераційною знахідкою, яку не було діагностовано під час передопераційного обстеження. Серед основних причин – виконання УЗД на тлі метеоризму,

стертість клінічної картини симультанного хірургічного захворювання на фоні основної патології, яку було підтверджено під час УЗД. Очевидно, що в окремих випадках причиною незапланованих симультанних операцій була недостатньо ретельна передопераційна діагностика, коли після виявлення ЖКХ подальшу діагностику не проводили.

У першій основній групі симультанні операції з лапароскопічного доступу були виконані 55 (85,9%) хворим. 9 (14,1%) пацієнтів перенесли симультанні комбіновані лапароскопічні втручання. Основними операціями в цій групі були лапароскопічна холецистектомія та фенестрація кіст печінки з висіченням стінок у межах здорових тканин і встановлення дренажів у порожнину кіст з лапароскопічного доступу (64,2%).

У другій основній групі симультанні операції з лапароскопічного доступу було виконано у 21 (25,3%) хворого. 62 (74,7%) пацієнти перенесли симультанні комбіновані лапароскопічні операції. Найчастіше хворим цієї групи проводили лапароскопічну холецистектомію та традиційну «відкрити» грижопластику (76,9%).

Для оцінки ефективності симультанних операцій ми використали дані, отримані під час лікування 65 пацієнтів з групи порівняння, які хворіли лише на ЖКХ та яким було виконано тільки лапароскопічну холецистектомію.

Результати та обговорення

Симультанні лапароскопічні операції у пацієнтів із ЖКХ потребують усебічного вивчення та вдосконалення, адже в переважній більшості випадків результати хірургічного лікування цієї категорії хворих значно кращі порівняно з такими поетапного хірургічного втручання.

Для полегшення виконання операцій та розширення їх спектра нами розроблено та запропоновано низку технічних прийомів, які полегшують проведення симультанних втручань, сприяють зменшенню частоти інтраопераційних ускладнень та збільшенню кількості виконаних симультанних операцій. Це, зокрема:

- УЗД-асистована методика введення голки Вереша та першого троакару;
- точки введення робочих інструментів для симультанних лапароскопічних операцій на органах черевної порожнини та заочеревинного простору;
- способи укладання хворого на операційному столі при відповідних симультанних операціях.

Найближчі результати оцінювали за такими критеріями, як тривалість операції (тривалість доступу, основних етапів втручання,



М.Ю. Ничитайло

евакуації препарату, зашивання), кількість ліжко-днів після операції, інтенсивність больового синдрому після втручання, кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

Для більш достовірної оцінки отриманих результатів нами окремо проаналізовано кожну основну групу та порівняно ці дані з результатами, отриманими у хворих, які перенесли лише лапароскопічну холецистектомію (табл. 3).

Статистичний аналіз результатів проводили за критерієм хі квадрат, а також за методиками Манна-Уїтні та Краскела-Уолліса.

Так, етап доопераційної діагностики становив у середньому 1,5 ліжко-дня, причому для всіх трьох груп він був приблизно однаковим. Щодо тривалості операції, то найменшою вона була у групі порівняння – в середньому 1 год 12 хв. У підгрупі, де було виконано симультанні операції з лапароскопічного доступу, вона не значно відрізнялася від групи порівняння і становила 1 год 35 хв. Тривалість симультанних лапароскопічних комбінованих операцій становить у середньому 2 год 02 хв, але якщо проаналізувати переваги симультанних операцій загалом, то проведення у пацієнтів цієї групи таких втручань ми вважаємо виправданим.

Кількість ліжко-днів, необхідна для реабілітації післяопераційних хворих, майже не відрізняється у всіх трьох групах.

Частота інтраопераційних ускладнень відносно невелика та серйозно не відрізняється у всіх трьох досліджуваних групах.

Інтенсивність больового синдрому, особливо за умови використання мультимодальної аналгезії шляхом застосування внутрішньовенного парацетамолу, теж фактично однакова. При цьому першу дозу – 100 мл розчину парацетамолу – достатньо ввести за 25–30 хв до наркозу.

У разі виконання симультанних оперативних втручань особливого значення набуває раціональна профілактика гнійно-септичних та тромбоемболічних ускладнень. Раціональна профілактика й лікування гнійно-септичних ускладнень у хворих,

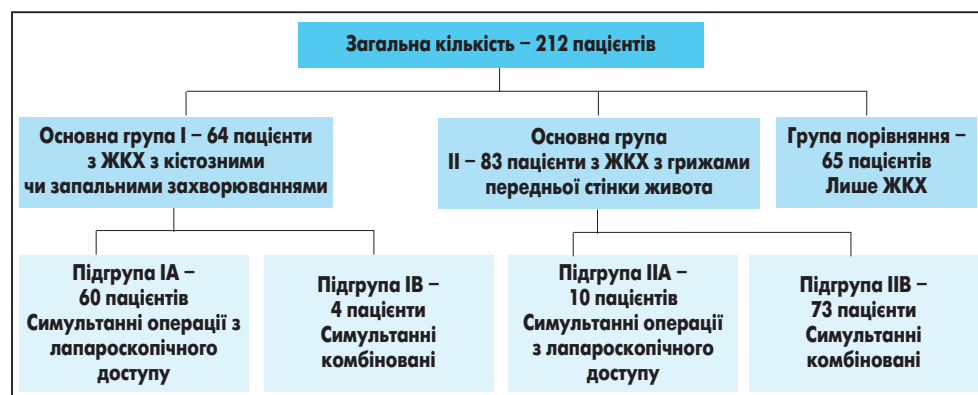


Рис. Групи хворих

Види поєднання хірургічних хвороб	Кількість, n (%)
ЖКХ та паразитарні кісти печінки	47 (73,4)
ЖКХ й паразитарні кісти печінки	4 (6,3)
ЖКХ та гострий апендицит	2 (3,1)
ЖКХ й кісти підшлункової залози	2 (3,1)
ЖКХ та кісти яєчників	8 (12,5)
ЖКХ й кіста надниркових залоз	1 (1,6)

Види поєднання хірургічних хвороб	Кількість, n (%)
ЖКХ та пупочна грижа	62 (74,7)
ЖКХ й пахова грижа	11 (13,3)
ЖКХ та післяопераційні вентральні грижі	8 (9,6)
ЖКХ і хвороби передньої черевної стінки	2 (2,4)

Критерій	Основна група I	Основна група II	Група порівняння
Тривалість доопераційного обстеження, діб	1,35±0,2 (макс. 4 – мін. 1)	1,95±0,2 (макс. 5 – мін. 1)	1,22±0,1 (макс. 4 – мін. 1)
Тривалість операції, хв	95,2±15,4 (макс. 235 – мін. 45)	122,6±23,2* (макс. 265 – мін. 75)	72,2±14,7 (макс. 155 – мін. 40)
Кількість ліжко-днів після операції	6,66±1,1* (макс. 12 – мін. 3)	5,9±0,9* (макс. 11 – мін. 3)	3,4±0,7 (макс. 8 – мін. 2)
Частота інтраопераційних ускладнень	14,1% p=0,24	13,2% p=0,26	7,7%
Інтенсивність больового синдрому	Мінімальна	Середня	Мінімальна
Частота ранніх післяопераційних ускладнень	7,8% p=0,45	7,2% p=0,49	4,6%

яким виконували оперативні втручання з приводу кістозних утворень органів черевної порожнини та малого таза, включали внутрішньовенне введення моксифлоксацину 400 мг 1 раз на добу протягом 2-3 днів, орнідазолу 500 мг 2 рази на добу упродовж 5-6 днів. Особливо актуальним є використання такої схеми профілактики у разі гострого калькульозного холециститу та при висіченні капсули інфікованої кісти печінки з подальшим зовнішнім дрениванням залишкової порожнини кісти. У подібних випадках її санацію слід виконувати 0,02% розчином декаметоксину шляхом інсуфляції через зовнішній дренаж 20-40 мл розчину 3-4 рази на добу з експозицією 10-15 хв.

Аналізували також ранні післяопераційні ускладнення. Нагноєння післяопераційної рани, післяопераційні кровотечі, підтікання жовчі та абсцеси черевної порожнини зареєстровано у 2% пацієнтів у всіх групах.

З метою профілактики тромбоемболічних ускладнень під час виконання симультанних оперативних втручань з використанням лапароскопічного та комбінованого доступів актуальним є застосування низькомолекулярних гепаринів, які призначають з урахуванням факторів ризику тромбоемболічних ускладнень. До факторів ризику тромбоемболії належать тривалість операції понад 45 хв, ускладнені апендектомія та холецистектомія, симультанні оперативні втручання, запальні захворювання органів черевної порожнини, пневмоперитонеум, положення хворого в позиції Фовлера тощо. Для профілактики використовуємо еноксапарин у дозі 20-40 мг/добу протягом 5-8 днів. Також виконуємо бинтування нижніх кінцівок еластичними бинтами перед операцією з подальшим носінням еластичних бинтів упродовж 2-3 днів до повного відновлення фізичної активності хворого в післяопераційному періоді. Пневмоперитонеум намагаємося тримати не вище 12 мм рт. ст. з ексфуляцією газу з черевної порожнини кожні 70 хв у випадках тривалих симультанних операцій, мінімізуємо тривалість перебування пацієнта в позиції Фовлера.

Рациональна схема профілактики, яка включає всі вищеперелічені заходи, дозволила уникнути тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів усіх груп.

Віддалені результати лікування проаналізовано на основі отриманих нами даних у 90 хворих через 2, 6, 18 та 36 міс після лікування. Якість життя таких хворих оцінювали за допомогою опитувальника SF 36 та інтегрального показника якості життя.

Відповідно до отриманих даних стан як хороший оцінили 78 пацієнтів (із них 30 – першої основної групи, 21 – другої основної групи і 39 – групи порівняння). Свій стан як задовільний оцінили 10 хворих, із яких 3 – першої основної групи, 4 – другої основної групи і 3 – групи порівняння. Також 2 пацієнти оцінили свій стан як незадовільний, причому у групі порівняння таких хворих не було, у першій і другій основних групах – по одному пацієнту. В обох цих хворих зареєстровано виражений постхолецистектомічний синдром.

Якість життя пацієнтів після перенесених симультанних лапароскопічних втручань лише протягом перших 6 міс після операції з певною часткою достовірності відрізняється від показників якості життя у хворих групи порівняння. У подальшому цей показник узагалі вирівнюється з показником, отриманим у групі порівняння.

Нами модифіковано та запропоновано до використання у клінічній практиці класифікацію та окремі терміни при лікуванні симультанних хірургічних захворювань та виконанні симультанних хірургічних оперативних втручань, відповідно до чого можна виділяти симультанну хірургічну операцію, симультанну «відкриту» операцію, симультанну лапароскопічну операцію, симультанну операцію з лапароскопічного доступу, симультанну комбіновану лапароскопічну операцію та симультанну поєднану лапароскопічну операцію.

Так, **симультанна хірургічна операція** – це хірургічна операція з приводу основного та супутнього (супутніх) симультанного захворювання, виконана одночасно протягом одного оперативного втручання.

Симультанна відкрита операція – це одномоментна хірургічна корекція двох або більше хірургічних захворювань органів черевної порожнини чи інших органів, яка була проведена шляхом відкритого оперативного втручання.

Симультанна лапароскопічна операція – це одномоментна хірургічна корекція двох або більше хірургічних захворювань органів черевної порожнини чи інших органів, яка була проведена шляхом відкритого оперативного втручання.

Симультанна операція з лапароскопічного доступу – це одномоментна хірургічна корекція двох або більше захворювань органів черевної порожнини, яка була проведена лише за допомогою лапароскопічного доступу та під час виконання одного оперативного втручання.

Симультанна комбінована лапароскопічна операція – це одночасна хірургічна корекція двох чи більше захворювань органів черевної порожнини, заочеревинного простору або передньої черевної стінки, у результаті якої операція з приводу основного чи супутнього захворювання виконувалася лапароскопічно, а інший етап проводили традиційним «відкритим» доступом.

Симультанна поєднана лапароскопічна операція – це одночасна хірургічна корекція двох або більше захворювань, одним із яких є захворювання органів черевної порожнини, заочеревинного простору або передньої черевної стінки, і воно було ліквідовано лапароскопічно, а інша неабдомінальна патологія була ліквідована шляхом традиційного оперативного втручання.

Результати дослідження, впроваджені в клінічну практику, дозволили істотно збільшити кількість виконаних симультанних операцій у пацієнтів із ЖКХ за останні роки.

Висновки

1. У хворих на ЖКХ та симультанну хірургічну патологію органів черевної порожнини й заочеревинного простору операцією вибору є лапароскопічна холецистектомія в поєднанні з операційною корекцією супутньої патології з лапароскопічного чи відкритого доступу.

2. Симультанні лапароскопічні операції статистично достовірно не спричиняють збільшення кількості інтраопераційних, ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень. Незначне збільшення тривалості операції – до $95,2 \pm 15,4$ і $142,6 \pm 23,2$ хв у двох основних групах порівняно з групою порівняння не обтяжує загальний стан пацієнта і не впливає на післяопераційну реабілітацію.

3. Якість життя хворих після симультанних операцій статистично достовірно не відрізняється від аналогічних показників у пацієнтів, які перенесли ізольовану лапароскопічну холецистектомію. Через 6 міс після операції на основі опитувальника SF 36 та інтегрального показника якості життя 86,7% хворих оцінили свій стан як хороший.

Література

1. Симультанні лапароскопічні оперативні втручання з приводу жовчнокам'яної хвороби / М.Ю. Ничитайло, М.С. Загрійчук, І.І. Булик, О.Р. Демченко // Клінічна хірургія. – 2012. – № 3. – С. 5-8.
2. Симультанні лапароскопічні операції з приводу жовчнокам'яної хвороби, запальних та кістозних захворювань органів черевної порожнини / М.Ю. Ничитайло, М.С. Загрійчук, І.І. Булик // Клінічна хірургія. – 2013. – № 4. – С. 5-8.
3. Benjamin C. Laparoscopic inguinal hernia repair during laparoscopic radical prostatectomy / C. Benjamin, M. David, S. Ketul, D. Douglas // BJU International. – 2011. – № 99 (3). – P. 637-639.
4. Berndsen F. Endoscopic repair of bilateral inguinal hernias: short and late outcome / F. Berndsen, U. Petersson, A. Montgomery // Hernia. – 2012. – № 5(4). – P. 192-195.
5. Bintiintan V. Evaluation of the combined laparoscopic and mediastinoscopic esophagectomy technique / V. Bintiintan, A. Mehrabi, H. Fonouni, M. Golriz, J. Koninger // Chirurgia (Bucur). – 2009. – № 104(2). – P. 187-194.

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Українці»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день