

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 616.366–003.7–089.12–089.168

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ЯК СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

М. Ю. Ничитайло, М. С. Загрійчук, А. І. Гуцуляк, А. В. Гоман, А. В. Колесник, А. В. Стоколос, В. В. Присяжнюк

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

SIMULTANT OPERATIONS FOR BILIARY CALCULOUS DISEASE AS A METHOD OF PREVENTION OF POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

M. Yu. Nychytaylo, M. S. Zagriychuk, A. I. Gutsulyak, A. V. Goman, A. V. Kolesnyk, A. V. Stokolos, V. V. Prysyazhnyuk

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) є одним з найбільш частих захворювань. Її виявляють у 14 — 18% населення розвинутих країн [1]. Майже у 19% пацієнтів, поряд з ЖКХ, діагностують інші захворювання ОЧП, передньої черевної стінки та заочеревинного простору [2]. Лікувально—діагностичний алгоритм за поєднаних захворювань ОЧП обговорюється, хоча в багатьох вітчизняних та зарубіжних публікаціях останніх років відзначають чітку тенденцію до збільшення частоти виконання симультанних оперативних втручань як максимально ефективних [3, 4]. За даними ВООЗ, майже у 30% пацієнтів хірургічних стаціонарів виявляють супутні хірургічні захворювання [5], проте, симультанні операції виконують не більше ніж у 10% з них. За даними літератури [6], у 37 — 39% пацієнтів при ЖКХ виявляють супутні захворювання ОЧП та заочеревинного простору, при цьому частота виконання симультанних оперативних втручань з використанням як лапароскопічного, так і відкритого доступу не перевищує 27 — 34%, лише у високоспеціалізованих хірургічних центрах вона становить 65 — 72%. Низька частота виконання симультанних операцій у пацієнтів за чітко встановле-

Реферат

Проаналізований власний досвід лікування пацієнтів з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), поєднаної з іншими захворюваннями органів черевної порожнини (ОЧП) та заочеревинного простору. Встановлена частота виникнення постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС) у таких хворих, вивчений вплив симультанних оперативних втручань з використанням лапароскопічного та лапаротомного доступів на частоту виникнення ПХЕС. Розроблений діагностично—лікувальний алгоритм з застосуванням заходів, спрямованих на попередження ПХЕС. Встановлено, що виконання симультанних оперативних втручань за чіткими показаннями забезпечує достовірне зменшення частоти виникнення ПХЕС.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба; поєднані захворювання; симультанні оперативні втручання; постхолецистектомічний синдром.

Abstract

Own experience of treatment of patients for biliary calculous disease, coexistent with other abdominal and retroperitoneal organs diseases, was analyzed. The rate of postcholecystectomy syndrome (PCHES) occurrence in such patients was determined, the impact of simulant operative interventions using laparoscopic and laparotomic accesses on the rate of the PCHES occurrence was established. The elaborated diagnostic-treatment algorithm with application of measures, directed on the PCHES prophylaxis, was elaborated. There was established, that performance of simulant operations in accordance to strict indications secures a trustworthy reduction of the PCHES occurrence rate.

Key words: biliary calculous disease; coexistent diseases; simulant operative interventions; postcholecystectomy syndrome.

них показань зумовлена багатьма чинниками, основними з яких є технічні особливості таких втручань, збільшення частоти інтраопераційних і післяопераційних ускладнень, юридичний аспект проблеми тощо.

З впровадженням в практику високоточної діагностичної апаратури та лапароскопічних хірургічних технологій збільшилась як частота виявлення поєднаних хірургічних

захворювань ОЧП, так і частота виконання симультанних операцій [7]. Особливо чітко ця тенденція простежується при ЖКХ, що, насамперед, зумовлене широким використанням лапароскопічного доступу. З основних ускладнень після холецистектомії переважає ПХЕС, частота виникнення якого становить від 1,4 до 21,6% [8]. При поєднаних захворюваннях частота виникнення

ПХЕС значно більша, хоча наукових публікацій, в яких висвітлене це питання, дуже мало. Очевидно, це пов'язане з більш глибоким порушенням функцій та структури органів гепатопанкреатобіліарної зони, що зумовлює більш часте виникнення ПХЕС навіть після симультанної операції. Ці факти змусили нас проаналізувати власний досвід хірургічного лікування пацієнтів з приводу ЖКХ та супутніх захворювань ОЧП та заочеревинного простору, а також проаналізувати частоту виникнення ПХЕС після виконання ізольованої холецистектомії та симультанної лапароскопічної операції.

ПХЕС — це збірне поняття, воно включає гетерогенну групу захворювань і симптомів, що, як правило, виникають у різні строки після видалення жовчного міхура. Ми використовуємо класифікацію ПХЕС О. О. Шалімова, розроблену у 1988 р., хоча, на наш погляд, вона досить громіздка і потребує суттєвого доопрацювання. Виділяють п'ять основних типів ПХЕС.

I. ПХЕС, пов'язаний з захворюваннями жовчного міхура і змінами у жовчних протоках, не коригованих під час холецистектомії (51%):

- 1) стенозуючий папіліт;
- 2) стеноз жовчних проток;
- 3) тубулярний стеноз спільної жовчної протоки (СЖП) на тлі хронічного панкреатиту;
- 4) резидуальний холедохолітиаз;
- 5) механічні порушення прохідності ДПК (хронічна непрохідність, артеріомезентеріальна непрохідність);
- 6) кісти жовчних проток;
- 7) паразитарні захворювання жовчних проток.

II. ПХЕС, зумовлений змінами, що виникли внаслідок оперативного втручання з приводу холецистити (19%):

- 1) ятрогенні пошкодження жовчних проток;
- 2) рубцева стриктура та деформація жовчних проток з порушенням відтоку жовчі;
- 3) деформація ДПК з порушенням евакуації;
- 4) залишковий жовчний міхур;

5) сторонні тіла жовчних проток (нитки, голки, протези, фрагменти дренажів);

6) рефлюкс—холангіт після трансдуоденальної сфінктеропластики або холедоходуоденостомії;

7) невринома пересічених нервів.

III. Захворювання органів гепатодуоденальної зони, пов'язані з тривалим існуванням холецистити (17%):

- 1) хронічний холангіогепатит;
- 2) хронічний панкреатит;
- 3) перихоледохеальний лімфаденіт;
- 4) внутрішньопечінкові та навколочечінкові абсцеси;
- 5) холангіогенний сепсис;
- 6) пухлини печінки, жовчних проток і підшлункової залози.

IV. Органічні і функціональні захворювання інших органів і систем, не пов'язані з захворюванням жовчного міхура та його видаленням (7%):

- 1) грижа стравохідного отвору діафрагми;
- 2) виразкова хвороба шлунка і ДПК;
- 3) хронічний гастродуоденіт, коліт;
- 4) пухлини шлунка та кишечника;
- 5) нефроптоз;
- 6) сечокам'яна хвороба і хронічний пієлонефрит;
- 7) солярит;
- 8) дієнцфальний синдром;
- 9) астено—вегетативний синдром, психопатія, істерія;
- 10) абдомінальний ішемічний синдром;
- 11) деформуючий спондилоартроз.

V. Нервово—кінетичні порушення жовчних проток та ДПК (6%):

- а) дискінезія жовчних проток і великого сосочка ДПК;
- б) гіпотонія великого сосочка ДПК;
- в) гіпертонія великого сосочка ДПК;
- г) гіпокінезія ДПК;
- д) рефлюкс—гастрит.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби 2926 пацієнтів, оперованих в клініці з приводу

ЖКХ у 2009 — 2014 рр. ЖКХ та супутні захворювання ОЧП, заочеревинного простору та передньої черевної стінки виявлені у 374 (12,7%) пацієнтів. Симультанні операції виконані у 282 (75,4%) хворих (основна група) (табл. 1).

У 92 (24,6%) пацієнтів (група порівняння) з різних причин виконано лише холецистектомію (табл. 2).

ПХЕС виник у 8 (2,8%) пацієнтів основної групи та в 11 (12,4%) — групи порівняння. З 2926 хворих, у яких за цей період в клініці виконана холецистектомія, ПХЕС виник у 152 (5,2%).

Також проаналізовані результати лікування в клініці 397 пацієнтів з приводу різних видів ПХЕС, оперованих в інших лікувальних закладах. Перед першою операцією поєднані хірургічні захворювання діагностовані у 81 (20,4%) пацієнта, проте, симультанна операція виконана у 23 (28,4%). Ретроспективно в 11 (13,5%) пацієнтів були абсолютні протипоказання до виконання симультанної операції, у 47 (58,1%) — симультанна операція не виконана, хоча показання до цього були, відповідно, хворим не проведено повноцінне хірургічне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

ПХЕС є частим ускладненням після виконання холецистектомії. Цей синдром поліетіологічний, з великою кількістю патогенетичних чинників, тому передбачити його виникнення дуже складно. Причин виникнення ПХЕС сьогодні відомо багато, проте не всі вони достатньо вивчені, а їх здатність спричиняти ПХЕС не доведена. За даними літератури [9] та нашими спостереженнями, поєднані захворювання ОЧП є фактором ризику виникнення ПХЕС.

Щоб довести роль поєднаних захворювань у формуванні ПХЕС та для детального аналізу отриманих результатів ми порівнювали частоту виникнення ПХЕС у двох групах пацієнтів (табл. 3).

Отже, частота ПХЕС збільшувалася не за всіх поєднаних захворю-

Таблиця 1. Характеристика хворих, яким виконані симультанні операції

Поєднані захворювання і виконані операції	Кількість хворих		Частота виявлення ПХЕС	
	абс.	%	абс.	%
ЖКХ, кісти печінки ЛХЕ, фенестрація, видалення, дренування кіст печінки	99	35,1	4	3,7%
ЖКХ, гострий апендицит ЛХЕ, лапароскопічна/відкрита апендектомія	15	5,3	—	—
ЖКХ, кісти ПЗ ЛХЕ, лапароскопічне/відкрите дренування кіст ПЗ	18	6,3	1	5,5
ЖКХ, кісти та пухлини яєчників ЛХЕ, лапароскопічне/відкрите видалення кіст яєчників	32	11,4	2	6,25
ЖКХ, вогнищеве ураження матки ЛХЕ, лапароскопічне/відкрите видалення матки	11	3,6	—	—
ЖКХ, кісти і пухлини надниркових залоз ЛХЕ, лапароскопічна/відкрита адреналектомія	18	6,4	1	5,5
ЖКХ, грижа черевної стінки ЛХЕ, різні види відкритої/лапароскопічної герніопластики	89	34,8	—	—
Разом ...	282		8	

Примітка. ЛХЕ – лапароскопічна холецистектомія; ПЗ – підшлункова залоза.

Таблиця 2. Характеристика пацієнтів групи порівняння

Поєднані захворювання і виконані операції	Кількість хворих		Частота виявлення ПХЕС	
	абс.	%	абс.	%
ЖКХ, кісти печінки ЛХЕ	27	29,3	3	11,1
ЖКХ, кісти, ПЗ ЛХЕ	9	9,8	1	11,1
ЖКХ, кісти та пухлини яєчників ЛХЕ	18	19,6	1	11,1
ЖКХ, вогнищеве ураження матки ЛХЕ	8	8,7	2	25
ЖКХ, кісти і пухлини надниркових залоз ЛХЕ	5	5,4	1	20
Разом ...	92		11	

Таблиця 3. Частота виникнення ПХЕС у хворих основної групи та групи порівняння

Поєднані захворювання	Кількість спостережень в групах			
	основній		порівняння	
	абс.	%	абс.	%
ЖКХ, кісти печінки	4	3,7	3	11,1
Хронічний холангіт	3	—	2	—
Мікрохоледохолітіаз	1	—	1	—
ЖКХ, кісти ПЗ	1	5,5	1	11,1
Тубулярний стеноз СЖП	1	—	1	—
ЖКХ, кісти та пухлини яєчників	2	6,25	4	22,2
Холедохолітіаз	2	—	3	—
Стриктурна жовчних проток	—	—	1	—
ЖКХ, вогнищеве ураження матки	—	—	2	25
Хронічний холангіт	—	—	1	—
Резидуальний холедохолітіаз	—	—	1	—
ЖКХ, кісти та пухлини надниркових залоз	1	5,5	1	20
Холедохолітіаз	—	—	1	—
Мікрохоледохолітіаз	1	—	—	—
Разом ...	8	2,8	11	12,4

вань, а як правило, при ЖКХ та запальних чи кістозних захворюваннях органів гепатопанкреатобіліарної зони, ендокринних розладах. Так, після виконання симультанної операції з приводу ЖКХ та кіст печінки ПХЕС виник у 4 (3,7%) пацієнтів, після ізольованої ЛХЕ — в 11,1%, тобто, втричі частіше. Така сама тенденція відзначена при ЖКХ у поєднанні з кістами ПЗ, надниркових залоз та яєчників. Ці дані свідчили про суттєву роль некоригованих супутніх захворювань у пацієнтів після виконання ЛХЕ у виникненні ПХЕС. Некориговані запальні та кістозні захворювання органів гепатопанкреатобіліарної зони підтримують патологічний процес у підпечінковому заглибленні, зумовлюють формування ПХЕС у різні строки після холецистектомії. Не до кінця зрозуміла роль самої холецистектомії при поєднаних захворюваннях, яка, за даними деяких авторів [10], є пусковим механізмом у виникненні ПХЕС та погіршує стан хворих у різні строки після операції. У хворих при ендокринних порушеннях, пухлинах надниркових залоз та яєчників після холецистектомії виникають гормональні розлади, тривале існування яких спричиняє порушення регуляції функції органів гепатопанкреатобіліарної зони та, як наслідок, формування ПХЕС. Ще однією причиною виникнення ПХЕС є більша складність у технічному плані холецистектомії, адже, тривалий запальний процес у жовчному міхурі поглиблюється запальними змінами за одночасного існування кіст печінки та ПЗ. Обидва захворювання спричиняють грубі зміни анатомії гепатодуоденальної зв'язки, та, як наслідок, підвищують ризик пошкодження позапечінкових жовчних проток і виникнення ПХЕС у різні строки після операції. Патологічний вплив некоригованих захворювань, у свою чергу, підтримує патологічний процес в зоні жовчних проток та спричиняє ПХЕС.

Окремо виділені пацієнти з характерною клінікою ПХЕС за наявності супутнього захворювання. На нашу думку, не завжди біль різної

інтенсивності та дискомфорт у правій підребровій ділянці є справжнім ПХЕС, оскільки некориговане під час операції супутнє захворювання може мати аналогічні прояви. Якщо при використанні діагностичного алгоритму, зокрема, УЗД, МРПХГ, КТ, ендоскопічного, РПХГ інших органічних порушень позапечінокових жовчних проток та сфінктера Одди встановити не вдається, достовірність діагнозу ПХЕС сумнівна навіть за наявності супутнього захворювання. В той же час, симптоми супутнього захворювання часто схожі з класичними симптомами ПХЕС, і встановити їх етіологію можна лише після виконання повторної операції та нормалізації стану пацієнта.

За даними дослідження, про роль у виникненні ПХЕС некоригованих супутніх захворювань ОЧП та заочеревинного простору свідчила його достовірно більша частота після виконання лише холецистектомії. Проте, зважаючи на невелику кількість спостережень, для проведення достовірного аналізу потрібні більш поглиблені рандомізовані мультицентрові дослідження, за результатами яких буде підтверджена роль супутніх захворювань у виникненні різних видів ПХЕС, а також уточнений лікувально-діагностичний алгоритм.

ВИСНОВКИ

1. У пацієнтів при поєднанні ЖКХ та інших захворювань ОЧП та заочеревинного простору ризик виникнення ПХЕС втричі більший, ніж за наявності лише ЖКХ.

2. Після виконання симульгантичних операцій з приводу ЖКХ та супутніх хірургічних захворювань ОЧП і заочеревинного простору частота виникнення ПХЕС зменшується у 4,3 разу.

3. Некориговані під час холецистектомії супутні хірургічні захворювання органів гепатопанкреатобіліарної зони, надниркових залоз та яєчників зумовлюють більш тяжкий перебіг ПХЕС, ускладнюють його діагностику та корекцію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Shaffer E. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? / E. Shaffer // *Curr. Gastroenterol. Rep.* — 2010. — Vol. 7. — P. 132 — 140.
2. Urbach D. R. Rate of elective cholecystectomy and the incidence of severe gallstone diseases / D. R. Urbach, T. A. Stukel // *C. M. A. J.* — 2011. — Vol. 172, N 8. — P. 971 — 979.
3. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries: Analysis of 252 cases from a human factors and cognitive psychology perspective / S. L. Way, W. Gantert, K. Liu [et al.] // *Ann. Surg.* — 2009. — Vol. 237. — P. 460 — 469.
4. Endoscopic management of postcholecystectomy biliary leakage / V. Singh, G. Singh, G. R. Verma, R. Gupta // *Hepatobil. Pancr. Dis. Int.* — 2010. — Vol. 9, N 4. — P. 409 — 413.
5. Nordin A. Treatment of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy / A. Nordin, J. M. Gronroos, H. Makisalo // *Scand. J. Surg.* — 2011. — Vol. 100. — P. 42 — 48.
6. Barband A. R. Relaparoscopy in minor bile leakage after laparoscopic cholecystectomy: an alternative approach? / A. R. Barband, F. K. A. Daryani, M. B. A. Fakhree // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2011. — Vol. 21, N 4. — P. 288 — 291.
7. Albasini J. L. A. Bile leakage following laparoscopic cholecystectomy / J. L. A. Albasini // *Surg. Endosc.* — 2010. — Vol. 9. — P. 274 — 277.
8. Mazer L. M. Non—operative management of right posterior sectoral duct injury following laparoscopic cholecystectomy / L. M. Mazer, E. B. Tapper, J. M. Sarmiento // *J. Gastrointest. Surg.* — 2011. — Vol. 15. — P. 1237 — 1242.
9. An algorithm for the management of bile leak following laparoscopic cholecystectomy / F. Ahmad, R. N. Saunders, G. M. Lloyd [et al.] // *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* — 2009. — Vol. 89, N 1. — P. 51 — 56.
10. Zerem E. Minimally invasive management of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy / E. Zerem, S. Omerovic // *Eur. J. Intern. Med.* — 2009. — Vol. 20 — P. 686 — 689.

