



О. М. Велігоцький,
В. В. Курінний,
В. В. Курінний

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© О. М. Велігоцький,
В. В. Курінний,
В. В. Курінний

СИМУЛЬТАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ СПОЛУЧЕННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СТРАВХІДНО- ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ ТА ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Резюме. У статті наведені результати застосування симультанних лапароскопічних втручань у хворих із сполученою хірургічною патологією. Методики симультанних лапароскопічних втручань дозволяють ефективно здійснювати одномоментне хірургічне лікування сполучених захворювань із використанням мінімальної кількості операційних доступів і без значного збільшення тривалості операції, вони є методом вибору, за допомогою якого вдається уникнути повторних травматичних хірургічних втручань, підвищити адекватність лікування й поліпшити якість життя пацієнтів. Крім того, такі операції дають можливість зменшити строки медичної і соціальної реабілітації, часто патогенетично більш обґрунтовані та економічно ефективні.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, грижа стравохідного отвору діафрагми, симультанні лапароскопічні операції.

Актуальність теми

Оперативне лікування хворих зі сполученою патологією органів черевної порожнини є складною і остаточно не вирішеною проблемою. Разом із тим, одночасна хірургічна корекція кількох захворювань є більш доцільною, ніж розділення лікування на етапи. У ході одного оперативного втручання усувається ризик повторних втручань та анестезії, скорочується час перебування хворого в стаціонарі, зникає необхідність повторного обстеження та передопераційної підготовки, підвищується економічна ефективність лікування.

Проте, за даними узагальненої статистики вітчизняних та закордонних авторів, частота виникнення захворювань, що потребують одночасної корекції складає від 4,8 до 63 %, тоді як показник виконаних симультанних операцій (СО) не перевищує 1,5—6,0 %.

За даними ВОЗ, у 20—30 % хворих, які надходять у хірургічні стаціонари, виявляють 2—3 сполучених захворювання, що потребують хірургічного втручання.

Тому питання тактики — виконати одну операцію або провести корекцію одразу усіх хірургічних захворювань в даній ситуації набуває великого значення. Крім того, кількість та вираженість захворювань зростає з віком пацієнта.

Тому питання тактики — виконати одну операцію або провести корекцію одразу усіх хірургічних захворювань в даній ситуації набуває великого значення. Крім того, кількість та вираженість захворювань зростає з віком пацієнта. Якісне доопераційне обстеження та покращення діагностичних можливостей лікувальних закладів збільшує СО з 2,6 до 23,0 %. Тому проведення складних СО неможливе без високоінформативних методів діагностики, які дозволяють обирати адекватну хірургічну тактику з урахуванням особливостей організму в кожному конкретному випадку. Недоліком СО є збільшення часу операції та операційної травми, але розвиток лапароскопічної хірургії дає змогу виконувати кілька оперативних прийомів з найменшою травматичністю.

Проведення одночасної лапароскопічної корекції захворювань органів черевної порожнини є малотравматичним і не супроводжується порушеннями стану хворих у післяопераційному періоді.

Аналіз літератури за останні десять років показує зростання інтересу до СО, зокрема, до хірургічної корекції захворювань стравохідно-шлункового переходу, що сполучаються з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ). У вітчизняній літературі трапляються лише поодинокі статті, присвячені симультанному лікуванню патології кардіоезофагеальної зони (КЕЗ) та ЖКХ.

ЖКХ належить до найбільш розповсюджених захворювань, на які хворіють до 15 % дорослого населення. На теперішній час 90 % холецистектомій виконується відеолапароскопічним методом. На другому місці серед лапароскопічних операцій (ЛО) після холецистектомії — втручання з приводу патології КЕЗ. Серед цих захворювань найбільш поширеною є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) та ахалазія кардії (АК).

Симптоми ГЕРХ при скринінговому обстеженні виявляють у 30—40 % населення, з них до 25 % потребують постійного прийому медикаментів, а до 15 % — мають показання до хірургічного лікування.

За даними різних авторів, ЖКХ поєднується з грижею стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) у 8—12 % випадків. Недостатнє передопераційне обстеження даної групи хворих нерідко призводить до гіподіагностики супровідної патології, що потребує хірургічної корекції та невиконання необхідного в таких випадках оперативного лікування.

Так, близько 11 % хворих після виконання холецистектомії при повторному обстеженні мають клініку ГЕРХ, що рефрактерна до консервативного лікування та потребує хірургічного втручання.



Неадекватність обстеження пов'язане насамперед із недостатньою розповсюдженістю інструментальних методів діагностики ГЕРХ, а також із припиненням обстеження після виявлення ЖКХ. Найпоширенішим методом виявлення патології кардії є ендоскопія, але вона дає тільки непрямі ознаки патології у вигляді езофагіту та не є достовірною. Також слід зазначити, що в структурі ГЕРХ тільки 30—40% хворих мають ендоскопічно позитивну рефлюксну хворобу, а деякі форми неерозивної ГЕРХ є резистентними до консервативної терапії і можуть бути вилікувані під час оперативного втручання, особливо, якщо основним показанням до операції є наявність у хворого ЖКХ.

Але у загальній клінічній практиці дуже часто трапляється несвоєчасне виконання оперативного лікування з приводу ГЕРХ, яке проводиться через кілька років після хірургічного втручання з приводу ЖКХ. Це часто пов'язане з тим, що зараз відсутні єдині погляди у терапевтів, хірургів та гастроентерологів на тактику лікування хворих з цією патологією.

АК є одним з основних моторних розладів стравоходу та характеризується порушенням індукованого ковтання розслаблення нижнього стравохідного сфінктера та відсутністю перистальтики стравоходу.

Згідно зі збірних статистичних повідомлень як вітчизняних, так і зарубіжних хірургів, нервово-м'язові захворювання, а саме АК, займають друге місце після раку стравоходу і кардії. Окрім того, слід зазначити, що ця група захворювань трапляється переважно у людей молодого та середнього віку (від 20 до 40 років). За даними В.В. Бойка та співавторів, АК стоїть на 3—4 місці серед захворювань стравоходу і складає 17,7% випадків. За даними Сергійчук О.Л. (2007), частота нервово-м'язових захворювань стравоходу коливається від 3 до 20% всіх захворювань стравоходу, а в європейських країнах складає 0,8—1 на 100 000 населення. Незважаючи на велику кількість публікацій в літературі, вивчення АК лишається актуальним, оскільки багато питань як в діагностиці, так і в лікуванні не є остаточно вирішеними. Прогресування АК, як правило, призводить до розвитку езофагіту з утворенням виразки стравоходу, легневим ускладненням, а також переродженням у рак. Розвитку езофагіту різного ступеня сприяє довготривале затримання у стравоході їжі, слизу, прогресування внаслідок цього гнилісних процесів, що в наступному, скоріше за все, призводить до приєднання інфекції та кровотечі. А періодичне довготривале затікання у дихальні шляхи вмісту стравоходу під час регургітації сприяє формуванню хронічного бронхіту, аспіраційної пневмонії, абсцесу легені та бронхоектазів.

Ми вважаємо, що поєднання ЖКХ та патології КЕЗ є показанням до симультанного хірургічного втручання з використанням відеохірургічних тех-

нологій. Таким чином, є доцільним удосконалення хірургічного підходу до лікування хворих зі сполученою патологією КЕЗ та ЖКХ.

Матеріали та методи

В основу роботи покладені результати клінічних спостережень 138 хворих, яким виконані симультанні лапароскопічні оперативні втручання за період з 2007 по 2010 рік у відділенні ендоскопічної хірургії ВМКЦ Північного регіону.

Таблиця 1

Види лапароскопічних оперативних втручань

Види операцій	Кількість хворих
Фундоплікація + холецистектомія	23
Езофагокардіоміотомія + холецистектомія	4
Холецистектомія + пупкова герніопластика	42
Холецистектомія + герніопластика передньої черевної стінки	8
Холецистектомія + видалення гемангіоми печінки	5
Холецистектомія + апендектомія	17
Холецистектомія + вісцероліз	15
Холецистектомія + операції на придатках матки	21
Апендектомія + операції на придатках матки	5
Всього	138

Із 142 хворих у 135 діагноз був встановлений у передопераційному періоді (2 гемангіоми печінки та 5 випадків спайкових процесів у черевній порожнині діагностовані під час операції). Ризик симультанних ЛО зростає в тих випадках захворювання, коли вони діагностується в ході ревізії черевної порожнини.

Хворим із грижею стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), яка поєднана з ЖКХ (23 пацієнти), спочатку виконувалася круропексія, фундоплікація (за Дором — 18, за Ніссеном — 5), після цього — лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), операція закінчувалася постановкою дренажів у підпечінковий простір та до стравохідного отвору діафрагми. При комбінації АК із ЖКХ (4 випадки) хворим спочатку виконувалася езофагокардіоміотомія за Геллером, фундоплікація — за Дором, потім холецистектомія.

У хворих із пупковою грижею та ЖКХ (42 випадки) ми спочатку виділяли грижове кільце, вводили через нього лапаропорт, герметизували кисетним швом на апоневрозі та шкірними швами (за Hasson). Потім виконували ЛХЕ, знімали кисетний шов, видаляли жовчний міхур через грижове кільце (тим самим знімали проблему видалення жовчного міхура із черевної порожнини) і виконували герніопластику.

17 пацієнтам була зроблена ЛХЕ та апендектомія (спочатку виконувалася холецистектомія, потім апендектомія). 26 пацієнтам була виконана ЛХЕ або апендектомія в комбінації з операціями



з приводу хронічних захворювань придатків матки (у 19 випадків — полікістоз яєчників, у 7 — трубно-оваріальне безпліддя).

Із 22 лапароскопічних апендеєктомій три виконано з приводу гострого апендициту, 19 — з приводу хронічного апендициту.

Із 135 ЛХЕ 18 виконані при гострих холециститах (12 — з пупковими герніопластиками, 4 — з вісцеролізом, 2 — з операціями на придатках матки).

Усім хворим перед операцією виконували обстеження за стандартами: клінічні дослідження крові й сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, серологічні дослідження крові, ФЕГДС, УЗД органів черевної порожнини й малого таза, хворим із грижею стравохідного отвору та ахалазією кардії проводилась рентгеноскопія шлунка, хворим із хронічним апендицитом виконувалася ірригоскопія або пасаж барію по кишечнику. На підставі всіх отриманих результатів визначали подальшу тактику ведення. При визначенні показань до виконання симультанних операцій ураховувалися вік пацієнтів, наявність тяжких супровідних захворювань серцево-судинної, дихальної та інших систем і пов'язаний з цим ризик анестезіологічного забезпечення. Обсяг основного й симультанного втручання є основною ланкою в оцінці можливості проведення таких операцій. При підготовці хворих до операції або до ірригоскопії використовували препарат «Фортранс», який забезпечує високий рівень підготовки кишечнику при інтраопераційній ревізії.

При визначенні послідовності виконання етапів операції ми керувалися такими принципами. Перший з них базується на відомому правилі асептики — першим необхідно виконувати етап операції з найменшим ризиком інфекційної контамінації операційної зони. У той час слід ураховувати складність етапів, що виконуються, і першим — етап операції, який меншою мірою може призвести до конверсії доступу. Виконання навіть одного з етапів операції лапароскопічним методом зменшує травматичність усього оперативного втручання.

Однієї з основних особливостей виконання СО є попереднє визначення місця розташування троакарів з урахуванням додаткових етапів операції; положення монітора; розташування операційної бригади; локалізації доступу, з якого планується евакуація препарату; черговості етапів; положення хворого на операційному столі під час кожного з них. Остаточне рішення про черговість виконання етапів будь-якого ендовідеохірургічного втручання вирішується під час оглядової лапароскопії, яка дозволяє виявити наявність топографо-анатомічних особливостей або ускладнені форми одного із захворювань.

Одним із найскладніших питань при визначенні показань до СО є об'єктивна оцінка важкості оперативного втручання.

Результати дослідження та їх обговорення

При виконанні симультанних операцій традиційним способом середня тривалість перебування хворого в стаціонарі становила 5 днів. Середня тривалість тимчасової непрацездатності сягала 12 днів.

Ускладнень серед прооперованих хворих не спостерігалось. Це свідчить про те, що виконання симультанних ЛО зменшує кількість ускладнень. Впровадження симультанних ЛО є безсумнівною економічною доцільністю.

Аналіз дослідження показує, що симультанні ЛО приводять до поліпшення результатів лікування хворих із сполученими захворюваннями; усуває відразу кілька захворювань; зменшує ризик повторних втручань і наркозів; знижує кількість ускладнень; дозволяє детально візуалізувати будь-який відділ черевної порожнини; в 2 — 3 рази скорочує строк перебування хворого в стаціонарі і тривалість тимчасової непрацездатності; підвищує економічну ефективність лікування; поліпшує якість життя пацієнтів.

Таким чином, методики симультанних лапароскопічних втручань дозволяють ефективно здійснювати одномоментне хірургічне лікування сполучених захворювань із використанням мінімальної кількості операційних доступів і без значного збільшення тривалості операції.

Застосування симультанних лапароскопічних втручань хворим із сполученою хірургічною патологією є методом вибору, за допомогою якого вдається уникнути повторних травматичних хірургічних втручань, підвищити адекватність лікування й поліпшити якість життя пацієнтів. Крім того, такі операції дають можливість зменшити сумарні строки медичної і соціальної реабілітації хворих, часто патогенетично більш обґрунтовані, економічно ефективні.

Висновки

1. Усім хворим із ЖКХ слід виконувати ФЕГДС (згідно зі стандартами), при наявності ендоскопічних ознак захворювань кардіоезофагеальної зони виконувати рентгеноскопію шлунка.

2. При наявності у хворого комбінації ЖКХ та захворювання кардіоезофагеальної зони хворим слід виконувати симультанні лапароскопічні операції.

3. Усім хворим із пупковою грижею та ЖКХ доцільно виділяти грижове кільце, вводити через нього троакар із лапароскопом, виконувати ЛХЕ та видаляти жовчний міхур через грижове кільце, потім виконувати герніопластику.

4. При наявності матеріально-технічної бази та підготовлених хірургів необхідно виконувати симультанні лапароскопічні оперативні втручання при поєднанні хірургічної, гінекологічної й урологічної патології.

5. Важливою причиною, що визначає недостатньо високу доопераційну діагностику захво-



рювань у хворих, що надходять у хірургічний стаціонар, є зневага хірургами й гінекологами необхідністю більш поглибленого обстеження та консультації пацієнтів суміжними фахівцями.

6. У хворих із сполученою хірургічною патологією послідовність виконання етапів операції повинна відповідати принципам асептичності, тобто першим виконується етап операції на менш інфікованому органі. У той же час враховуються складність етапів і першим виконується етап операції, який меншою мірою може призвести

до конверсії доступу. Вважаємо, що виконання лише одного з етапів операції за допомогою лапароскопії зменшує травматичність усього оперативного втручання.

7. Стандартні доступи для ЛХЕ при використанні 1 — 2 додаткових троакарів дозволяють робити такі поєднані етапи операції, як: лапароскопічна круропексія, фундоплекція, езофагокардіоміотомія, апендектомія, вісцероліз, декортикація яєчників, сальпінголізис та ін.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Возможности* эндовидеохирургии в лечении сочетанных заболеваний / Г.М. Рутенборг, В.В. Стрижелецкий, Е.М. Альтмарк, Е.В. Шмидт // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2007. — №4. — С. 51—57.

2. *Лапароскопические* технологии и их интергация в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. — Харьков, 2005.

3. *Ничитайло М.Е.* Повреждение желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М.Е. Ничитайло, А.В. Скумс. — Киев, 2006.

4. *Осипов Б.Б.* Симультантные операции в неотложной хирургии / Б.Б. Осипов. — Гомель, 2002.

5. *Симультантные* лапароскопические операции в лечении заболеваний органов малого таза и желчнокаменной болезни / Г.М. Рутенборг, В.В. Стрижелецкий, Е.М. Альтмарк, Т.Ю. Жемчужина // Журнал акушерства и женских болезней. — 2006. — №4. — С. 26—29.

6. *Сочетанные* лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни / О.В. Галимов, М.А. Нуртдинов, Е.И. Сендерович [и др.] // Вестн. хирургии. — 2002. — №1. — С. 82—86.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СОЧЕТАНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА И ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

*А. М. Велигоцкий,
В. В. Куринной, В. В. Куринной*

Резюме. В статье приведены результаты применения симультантных лапароскопических вмешательств у больных с сочетанной хирургической патологией. Методики симультантных лапароскопических вмешательств позволяют эффективно осуществлять одномоментное хирургическое лечение сочетанных заболеваний с использованием минимального количества операционных доступов и без значительного увеличения продолжительности операции. Они являются методом выбора, с помощью которого удастся избежать повторных травматичных хирургических вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов. Кроме того, такие операции дают возможность уменьшить сроки медицинской и социальной реабилитации, часто патогенетично более обоснованные и экономически эффективные.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, симультантные лапароскопические операции.

SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC SURGERY OF CHOLELITHIASIS COMBINED WITH DISEASES OF THE OESOPHAGO-GASTRIC JUNCTION AND OTHER DISEASES

*A. M. Veligotzkiy,
V. V. Kurinnoy, V. V. Kurinnoy*

Summary. In the article the results of application of single-plane laparoscopic interferences a patient are resulted with single-plane surgical pathology. The methods of single-plane laparoscopic interferences allow effectively to carry out one moment surgical treatment of single-plane diseases with the use of the least of operating accesses and without the considerable increase of duration of operation, they are the method of choice, by which it is succeeded to avoid repeated traumatic of surgical interferences, promote adequacy of treatment and improve quality of life of patients. In addition, such operations enable to decrease the terms of medical and social rehabilitation, economic effective.

Key words: cholelithiasis, hernia of the esophageal opening of diaphragm, single-plane laparoscopic operations.