

# ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 616.366—003.7—089.819

## СИМУЛЬТАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

*М. Ю. Ничитайло, І. І. Булик, М. С. Загрієчук, О. Р. Демченко*

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

## SIMULTANT LAPAROSCOPIC OPERATIVE INTERVENTIONS FOR CHOLELITHIC DISEASE

*M. Yu. Nichitaylo, I. I. Bulyk, M. S. Zagriyebuk, O. R. Demchenko*

### РЕФЕРАТ

Проаналізований досвід виконання симультанних лапароскопічних операцій. Визначені основні діагностичні аспекти у хворих за поєднаної патології органів черевної порожнини, проведений ретроспективний аналіз отриманих результатів. Розроблений алгоритм дій хірурга під час інтраопераційної діагностики супутніх хірургічних захворювань, які можливо усунути шляхом виконання симультанного оперативного втручання.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба; супутні захворювання; симультанні втручання.

### SUMMARY

Experience of simulant laparoscopic operations was analyzed. The main diagnostic aspects were determined in patients with concomitant pathology of abdominal organs, retrospective analysis of the results obtained was conducted. There was elaborated algorithm of a surgeon activities while doing intraoperative diagnosis of concomitant surgical diseases, which may be eliminated by the usage of simulant operative intervention.

**Key words:** cholelithic disease; concurrent diseases; simulant interventions.

Лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) вважають "золотим стандартом" хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), частота якої становить 10—15% у дорослого населення [1]. В хірургічних стаціонарах загального профілю з приводу ЖКХ лікують 7—9% пацієнтів [2].

В той же час, за даними ВООЗ, майже у 30% пацієнтів одночасно діагностують кілька хірургічних хвороб [3], проте, єдиної лікувально—діагностичної тактики за такої ситуації немає. Більше того, невідома частота поєднання ЖКХ з іншими хірургічними захворюваннями, а також структура таких поєднань. За даними літератури [4], у 2—5% пацієнтів, яким здійснено класичну ЛХЕ, протягом першого року після операції діагностують хірургічні захворювання, не пов'язані з ЖКХ, з них у 20—30% — онкологічні. В таких ситуаціях виконання симультанних, в тому числі лапароскопічних, втручань може бути методом вибору. Повідомлення про виконання симультанних операцій, в тому числі з використанням лапароскопічних методів, є як у вітчизняній, так і зарубіжній літературі. Нами узагальнений власний досвід виконання симультанних лапароскопічних операцій з метою покращення результатів лікування таких хворих.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2005 по 2010 р. у відділі лапароскопічної хірургії та холелітазу з приводу ЖКХ та інших захворювань жовчного міхура оперовані 3032 пацієнта. У 202 з них (183 жінок та 19 чоловіків) за даними доопераційної діагностики, крім ЖКХ, виявлені одне чи кілька хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Різноманітні симультанні оперативні втручання виконані у 175 хворих — основна

Таблиця 1. Структура симультанних захворювань

| Захворювання                                     | Кількість хворих |
|--------------------------------------------------|------------------|
| ЖКХ+пупкова грижа                                | 77               |
| ЖКХ+пахвинна грижа                               | 11               |
| ЖКХ+післяопераційна грижа черевної стінки        | 10               |
| ЖКХ+кісти підшлункової залози                    | 2                |
| ЖКХ+кісти печінки (непаразитарні та паразитарні) | 61               |
| ЖКХ+гострий апендицит                            | 3                |
| ЖКХ+кісти та пухлини надниркових залоз           | 2                |
| ЖКХ+захворювання органів жіночої статеві системи | 9                |

Таблиця 2. Структура комбінованої хірургічної патології, діагностованої інтраопераційно

| Захворювання                                     | Кількість хворих |
|--------------------------------------------------|------------------|
| ЖКХ+пупкова грижа                                | 4                |
| ЖКХ+кісти підшлункової залози                    | 1                |
| ЖКХ+кісти печінки (непаразитарні та паразитарні) | 27               |
| ЖКХ+гострий апендицит                            | 2                |
| ЖКХ+кісти та пухлини надниркових залоз           | 2                |
| ЖКХ+захворювання органів жіночої статеві системи | 3                |

група (157 жінок і 18 чоловіків). У 100 хворих (контрольна група) здійснено лише ЛХЕ. До неї увійшли 81 жінка і 19 чоловіків. Вік пацієнтів у середньому 52 роки. Структура симультанних захворювань представлена у *табл. 1*.

У 136 (77,7%) пацієнтів одночасно кілька хірургічних хвороб діагностовані ще на етапі доопераційного обстеження, що дало змогу завчасно планувати виконання симультанного оперативного втручання. У 39 (22,3%) пацієнтів супутні хірургічні захворювання виявлені безпосередньо під час виконання операції і були інтраопераційною "знахідкою". В таких ситуаціях питання про можливість виконання симультанного оперативного втручання, його хід, доцільність, перспективність та користь для пацієнта вирішували безпосередньо під час операції з приводу основного захворювання.

Структура комбінованої хірургічної патології, діагностованої інтраопераційно, представлена у *табл. 2*.

При виявленні кількох хірургічних хвороб як до, так і під час виконання операції симультанне втручання здійснювали не завжди. Рішення про виконання симультанної операції приймали лише після всебічного комплексного обстеження таких хворих

Таблиця 3. Характер захворювань, з приводу яких виконані симультанні операції з використанням лише лапароскопічного доступу

| Захворювання                                     | Кількість хворих |
|--------------------------------------------------|------------------|
| ЖКХ+пахвинна грижа                               | 8                |
| ЖКХ+післяопераційні грижі черевної стінки        | 4                |
| ЖКХ+кісти підшлункової залози                    | 2                |
| ЖКХ+кісти печінки (непаразитарні та паразитарні) | 61               |
| ЖКХ+гострий апендицит                            | 2                |
| ЖКХ+кісти та пухлини надниркових залоз           | 2                |
| ЖКХ+кісти яєчників                               | 7                |

Таблиця 4. Характер оперативних втручань, виконаних з використанням комбінованого доступу

| Операції                                            | Кількість хворих |
|-----------------------------------------------------|------------------|
| ЛХЕ+пластика пупкової грижі                         | 77               |
| ЛХЕ+пластика пахвинної грижі                        | 3                |
| ЛХЕ+пластика післяопераційної грижі черевної стінки | 6                |
| ЛХЕ+лапароскопічна апендектомія                     | 1                |
| ЛХЕ+лапароскопічне видалення кіст яєчників          | 2                |

та за відсутності протипоказань. Коли рішення про доцільність виконання симультанної операції прийняте, необхідно обрати доступ, з використанням якого можливо здійснити два втручання чи більше. Проаналізовані результати лікування 86 (49,1%) хворих, яким обидві операції виконані з використанням лапароскопічного методу, та 89 (50,9%) — яким один з етапів виконаний за відкритим методом. Оскільки основним захворюванням вважали ЖКХ, основним етапом операції є ЛХЕ.

Характер симультанних операцій, виконаних з використанням лише лапароскопічного доступу, представлений у *табл. 3*.

За неможливості виконання двох або більше оперативних втручань з використанням лапароскопічного доступу приймали рішення про виконання основної операції — ЛХЕ, а іншої — з застосуванням лапаротомного або мінілапаротомного доступу. Такий вид симультанних операцій ми назвали лапароскопічними комбінованими, їх структура представлена у *табл. 4*.

Доопераційне обстеження включало лабораторні методи (загальний та біохімічний аналізи крові, аналіз сечі, коагулограма тощо), дані інструментальних методів (УЗД, КТ, ГДФС, ЕРХПГ, при необхідності

— деякі інші), а також аналіз даних анамнезу та огляду пацієнтів.

Передопераційна підготовка пацієнтів не відрізнялась від загальноприйнятої, ендовідеохірургічні втручання виконували під загальним знеболюванням, з використанням відеоконфлексів фірм "Wolf" і "Karl Storz" (Німеччина). Післяопераційне обстеження включало моніторинг загального стану пацієнта в найближчому післяопераційному періоді (ЕКГ, вираженість больового синдрому, тривалість лікування у стаціонарі після операції тощо), а також оцінку якості життя у віддаленому післяопераційному періоді шляхом опитування.

Результати симультанних лапароскопічних операцій порівнювали з результатами, отриманими в контрольній групі.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними літератури, у 15 — 20% пацієнтів, яким показано хірургічне лікування з приводу ЖКХ, виявляють ще одну або навіть кілька хірургічних хвороб [5]. Щодо частоти супутніх хірургічних захворювань у пацієнтів з ЖКХ, достовірних даних в літературі ми не знайшли, що і спонукало нас до аналізу результатів лікування таких хворих у клініці. За нашими даними, майже у 6,7% пацієнтів, поряд з ЖКХ, спостерігали супутні хірургічні захворювання. При цьому, різновидів такого поєднання може бути багато, проте, переважає тенденція до можливості одночасної корекції кількох хірургічних хвороб. Більше того, оскільки в дослідженні основною патологією є ЖКХ, а "золотим стандартом" її хірургічного лікування вважають ЛХЕ, отже, супутні хірургічні захворювання органів черевної порожнини доцільно лікувати з використанням мініінвазивних лапароскопічних технологій. Щоправда, це вдається не завжди. Зокрема, частота виконання симультанних лапароскопічних операцій в різних клініках залежить від кваліфікації хірурга, його ставлення до доцільності одночасної корекції кількох хірургічних хвороб, наявності показань, протипоказань, загального стану пацієнта, можливості максимально повного лабораторно—інструментального обстеження та багатьох інших чинників. В нашому дослідженні навіть за наявності показань не вдалося виконати симультанні операції у 27 (13,3%) хворих. Такі високі показники потребують детального аналізу. Основними причинами невиконання симультанних операцій вважаємо деякі протипоказання, зокрема, тяжкий стан пацієнта, наявність супутніх захворювань серцево—судинної та дихальної систем, незгоду деяких хворих на виконання кількох операцій одночасно, похилий вік хворих тощо.

Надзвичайно важливими є максимально повна доопераційна діагностика та розроблення тактики хірургічної корекції двох захворювань до початку

втручання. Так, за даними авторів, частота виявлення кількох хірургічних хвороб на етапі обстеження, які можна усунути одночасно під час симультанного оперативного втручання, становить 70 — 75% [6], за даними нашого аналізу — 77,7%.

Ще один важливий критерій — це вибір методу операції та доступу. Зокрема, на нашу думку, як і на думку інших авторів [7], максимальний ефект симультанних операцій досягається шляхом застосування мініінвазивних лапароскопічних технологій. Так, в нашому дослідженні два оперативних втручання або більше виконані одночасно з використанням тільки лапароскопічних методів у 86 (49,1%) пацієнтів. В той же час, з багатьох причин це не завжди можливо, тому у 89 (51,9%) хворих виконане симультанне комбіноване оперативне втручання (лапароскопічне та відкрите).

Суттєвих ускладнень після симультанних лапароскопічних втручань не було, всі пацієнти живі. З неспецифічних ускладнень у 2 хворих спостерігали нагноєння операційної рани в ділянці пупка. Тривалість лікування хворого у стаціонарі становила у середньому 3,8 доби, суттєво не відрізнялася від такої у хворих, яким здійснено лише ЛХЕ. Тяжкість перебігу післяопераційного періоду суттєво не відрізнялась від такої у хворих, яким виконана лише ЛХЕ. У віддаленому періоді результати опитування хворих, яким здійснено симультанну лапароскопічну чи комбіновану операцію та ЛХЕ, свідчили, що якість їх життя не різнилася. Більше того, 98% хворих, яким здійснено симультанну операцію, відзначають позитивний факт одночасного усунення кількох хірургічних хвороб, відсутність необхідності повторної госпіталізації та оперативного лікування.

Проаналізувавши отримані дані, ми дійшли висновку, що симультанні лапароскопічні операції мають як переваги, так і недоліки.

Перевагами їх є можливість корекції відразу кількох хірургічних хвороб, один наркоз, відсутність повторної госпіталізації, ризику повторної операції та наркозу, вдвічі менша тривалість лікування хворого у стаціонарі, значно менша психічна травма, значний економічний ефект тощо.

До недоліків належать деяке збільшення тривалості оперативного втручання, у деяких ситуаціях технічні труднощі, пов'язані з виконанням супутнього оперативного втручання.

## ВИСНОВКИ

1. Поєднання ЖКХ з іншими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини виявлене у 6,7% пацієнтів, що спонукає до пошуків максимально ефективного алгоритму їх обстеження й лікування.

2. Симультанні лапароскопічні оперативні втручання мають значно більше переваг, ніж недоліків,

покращують безпосередні й віддалені результати лікування пацієнтів за наявності кількох хірургічних хвороб.

3. Виконання симультанних операцій з використанням лапароскопічного доступу сприяє значному покращенню безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Johnson C. Detection of gallstones in acute pancreatitis: when and how? / C. Johnson, P. Levy // *Pancreatology*. — 2010. — Vol. 10, N 1. — P. 27 — 32.
2. Leung E. Bilo—enteric fistula (BEF) at laparoscopic cholecystectomy: review of ten year's experience / E. Leung, P. Kumar // *Surgeon*. — 2010. — Vol. 8, N 2. — P. 67 — 70.
3. Особенности выполнения сочетанных лапароскопических вмешательств / В. Г. Сахаутдинов, О. В. Галимов, Э. Н. Праздников [и др.] // *Эндоск. хирургия*. — 1998. — № 3. — С. 22 — 23.
4. Denning D. A. Missed pathology following laparoscopic cholecystectomy: a cause for concern? / D. A. Denning, K. A. Lipshy // *Am. Surg.* — 1995. — Vol. 61, N 2. — P. 117 — 120.
5. Synchronously performed laparoscopic cholecystectomy and hernioplasty / E. Simon, O. Kelemen, J. Knausz [et al.] // *Acta Chir. Hung.* — 1999. — Vol. 38, N 2. — P. 205 — 207.
6. Simultaneous laparoscopic treatment for diseases of the gallbladder, stomach, and colon / N. Tagaya, K. Kazunori, S. Norio [et al.] // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2005. — Vol. 15, N 3. — P. 169 — 171.
7. Routine cholecystectomy during laparoscopic biliopancreatic diversion with duodenal switch is not necessary / J. Bardaro, M. Gagner, E. Consten [et al.] // *Surg. Obes. Relat. Dis.* — 2007. — Vol. 3, N 5. — P. 549 — 553.

