

УДК 616.346.2–002+616.366–003.7]–089.819

ЗДІЙСНЕННЯ СИМУЛЬТАННИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ ТА ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

М. С. Загріичук

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

SIMULTANT LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS, SUFFERING AN ACUTE APPENDICITIS AND BILIARY CALCULOUS DISEASE

M. S. Zagriychuk

РЕФЕРАТ

Узагальнений досвід хірургічного лікування пацієнтів з приводу гострого апендициту, у яких одночасно виявлена жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ). Описані методика й технічні аспекти виконання симультанної лапароскопічної операції, визначені показання та протипоказання до здійснення симультанної операції, встановлена послідовність виконання втручань. Доведені основні переваги симультанних лапароскопічних операцій, проаналізовані результати лікування пацієнтів.

Ключові слова: апендицит; жовчнокам'яна хвороба; симультанні лапароскопічні втручання.

SUMMARY

The experience of surgical treatment was summarized in patients, suffering an acute appendicitis, in whom simultaneously a biliary calculous disease was revealed. The procedure and technical aspects of performance of simulant laparoscopic operation were depicted, the indications and contraindications for simulant operation conduction were determined, a consequence of the operative stages performance was determined. The main advantages of simulant laparoscopic operations were proved and the results of treatment analyzed.

Key words: appendicitis; biliary calculous disease; simulant laparoscopic interventions.

Симультанні оперативні втручання як метод одночасного лікування кількох хірургічних хвороб започаткований давно. З впровадженням в хірургічну практику лапароскопічних технологій такий напрямок, як симультанні оперативні втручання, став ще актуальнішим. Як за відкритої хірургії, так і в еру мініінвазивних хірургічних технологій симультанні операції у хворих з приводу гострого апендициту та ЖКХ з успіхом застосовують різні хірургічні школи [1–3].

Проте, якщо методи хірургічної корекції цих двох хвороб окремо чітко визначені, тактика їх симультанного лікування недостатньо вивчена [4–6]. Сьогодні "золотим стандартом" лікування ЖКХ вважають лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ). Щодо стандарту лікування гострого апендициту, донедавна це була "відкрита" апендектомія, в багатьох клініках такий метод є основним і сьогодні. В останні 10–15 років в спеціалізованій літературі з'явилися публікації, в яких перевагу в лікуванні хворих на гострий апендицит віддають лапароскопічній апендектомії [7]. Сьогодні не вирішене питання, чи доцільно взагалі застосовувати симультанні операції у таких хворих, яка тактика оптимальна за різних видів гострого апендициту та ЖКХ, якою має бути етапність операції, в яких ситуаціях слід виконувати повністю симультанну лапароскопічну операцію, а коли доцільною є симультанна комбінована операція. Щодо технічного виконання, не вирішені питання розташування троакарів, оптимального положення хворого на операційному столі, методів лапароскопічної операції, оптимальних за наявності гострого запалення червоподібного відростка та жовчного міхура, доцільного методу евакуації видалених препаратів з точки зору асептики та антисептики [8, 9].

Наявність цих невирішених питань стримує розвиток та активне впровадження в клінічну практику такого перспективного хірургічного методу лікування, як симультанні лапароскопічні операції. Це спонукало нас до аналізу власного досвіду хірургічного

лікування пацієнтів, у яких одночасно діагностовані гострий апендицит та ЖКХ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2005 по 2012 р. у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу симультанні оперативні втручання з приводу гострого апендициту та ЖКХ виконані у 27 пацієнтів. У 25 з них виконані повністю симультанна лапароскопічна апендектомія та ЛХЕ, в тому числі з приводу катарального апендициту — у 8, флегмонозного — у 17. У 2 хворих під час лапароскопії виявлений гангренозно-перфоративний апендицит з ретроцекальним розташуванням червоподібного відростка та вираженим локальним перитонітом в правій пахвинній ділянці. Оскільки за такої ситуації виконання лапароскопічної апендектомії неможливе через технічні складнощі, застосоване симультанне комбіноване втручання. Першим етапом після лапароскопії з використанням стандартного розрізу Волковича — Дьяконова виконували апендектомію, рану зашивали, встановлювали дренажі, другим етапом, після встановлення лапаропортів, здійснювали ЛХЕ (див. таблицю).

Чоловіків було 6, жінок — 21. Вік хворих у середньому 48 років, наймолодшому пацієнту було 17, найстаршому 68 років. Гострий апендицит вважали основним захворюванням, оскільки саме з цього приводу хворі госпіталізовані. За результатами ретельного передопераційного обстеження в усіх пацієнтів до операції діагностована ЖКХ, з них 19 — ще до госпіталізації знали про наявність у них конкрементів у жовчному міхурі, у 8 — діагноз ЖКХ встановлений вперше.

Для детального аналізу результатів лікування хворі розподілені на дві основні групи та групу порівняння.

До першої основної групи включені 25 пацієнтів, у яких виконано повністю симультанну лапароскопічну апендектомію та ЛХЕ; до другої основної групи — 2 хворих, яким здійснено симультанну лапароскопічну комбіновану операцію — відкриту апендектомію та ЛХЕ. Оскільки для достовірної оцінки результатів важливе значення має тяжкість запалення червоподібного відростка, перша основна група хворих розподілена на дві підгрупи. До підгрупи ІА віднесені 8 пацієнтів, у яких діагностований катаральний апендицит, до підгрупи ІБ — 17 хворих з флегмонозним апендицитом. Гангренозне запалення черво-

подібного відростка з місцевим перитонітом вважаємо протипоказанням до виконання симультанної холецистектомії. Щодо захворювання жовчного міхура, у 24 пацієнтів відзначений хронічний калькульозний холецистит, у 3 — гострий калькульозний флегмонозний холецистит. Конверсії, пов'язані з технічними труднощами під час виконання ЛХЕ, не було.

Для оцінки результатів відібрано групу порівняння з 30 хворих, яким здійснена тільки ЛХЕ.

Всі операції виконані під загальною анестезією. Передопераційне обстеження включало лабораторні методи дослідження (загальний та біохімічний аналіз крові, аналіз сечі, коагулограма тощо), інструментальні (УЗД, КТ, ГДФС, ЕКГ, при необхідності — інші), а також дані анамнезу та огляду пацієнтів. Передопераційна підготовка пацієнтів не відрізнялась від загальноприйнятої, ендовідеохірургічні втручання виконували з використанням відеоконвексів фірми "Karl Storz" (Німеччина) та "Olympus" (Японія). Після операційного обстеження включало моніторинг загального стану пацієнта у найближчому післяопераційному періоді (ЕКГ, оцінка інтенсивності больового синдрому, тривалість лікування у стаціонарі після операції тощо).

Оскільки хворі госпіталізовані з приводу гострого апендициту, першим етапом виконували лапароскопічну апендектомію. При цьому важливим є введення в чітко визначених точках мінімальної кількості лапароскопічних інструментів з максимальною амплітудою їх використання. Для цього над пупком після накладання пневмоперитонеуму вводили перший лапаропорт діаметром 10 мм для відеокамери. Після лапароскопії вводили лапаропорт діаметром 10 мм в праву пахвинну ділянку, троакар діаметром 5 мм — по середньоключичній лінії справа, на 3 — 4 см нижче ребрової дуги.

Цей лапаропорт відразу після виконання лапароскопічної апендектомії використовували для видалення жовчного міхура. Інколи за умови вираженого спайкового процесу в правій пахвинній ділянці встановлювали додатковий лапаропорт діаметром 5 мм для більш зручного виконання лапароскопічної апендектомії. Після виконання апендектомії препарат вміщували в ендоконтейнер та встановлювали троакар в загальноприйнятих точках для виконання ЛХЕ. Видалений жовчний міхур вміщували в той са-

Нозологічна характеристика оперованих хворих

Операція	Кількість хворих	Тип апендициту
Симультанна ЛХЕ та лапароскопічна апендектомія	8	Катаральний
Симультанна ЛХЕ та лапароскопічна апендектомія	17	Флегмонозний
Симультанна комбінована ЛХЕ та відкрита апендектомія	2	Гангренозно-перфоративний, місцевий перитоніт

мий ендоконтейнер, який видаляли з черевної порожнини через розріз над пупком.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінку ефективності симультанної ЛХЕ та лапароскопічної апендектомії проводили за такими показниками: 1) тривалість операції (ТО) — час від початкового розрізу шкіри до накладання останнього шва; 2) тривалість аналгезії (ТА) — тривалість застосування після операції знеболювальних засобів; 3) перший день вставання (ПДВ) — час активізації хворого після операції; 4) перший день прийому їжі (ПДПІ) — строки початку харчування після операції; 5) тривалість післяопераційної госпіталізації (ТПГ); 6) середня інтраопераційна крововтрата.

ТО у хворих першої основної групи становила у середньому $(104,8 \pm 11,3)$ хв, другої основної групи — (145 ± 17) хв.

В групі порівняння ТО була значно менша — у середньому $(57 \pm 10,3)$ хв. Також звертає увагу тривалість виконання етапів симультанної операції у хворих. Так, тривалість виконання лапароскопічної апендектомії від накладання пневмоперитонеуму до вміщення видаленого червоподібного відростка в ендоконтейнер у середньому становила $(45 \pm 8,2)$ хв; виконання ЛХЕ — $(40 \pm 7,2)$ хв, що майже на 17 хв менше, ніж в групі порівняння. Це можна пояснити тим, що на момент виконання ЛХЕ в черевну порожнину вже введені 2 з 4 інструментів та накладений пневмоперитонеум. Найбільш тривалим було виконання операції в другій основній групі — у середньому (145 ± 17) хв. При цьому тривалість виконання ЛХЕ фактично не відрізнялась від такої у хворих першої основної групи та групи порівняння і становила у середньому (41 ± 10) хв. Суттєве збільшення тривалості операції у хворих цієї групи зумовлене саме виконанням апендектомії, при цьому важливе значення має період від початку операції до прийняття рішення про здійснення конверсії та перехід до "відкритого" варіанту апендектомії.

Інтраопераційна крововтрата під час операції становила у середньому $(85,5 \pm 11,8)$ мл у двох основних групах та групі порівняння. Гемотрансфузію не проводили. Інтраопераційних ускладнень не було.

Всі хворі активізовані у 1-шу добу після операції.

Травматичність оперативного втручання оцінювали непрямим методом після операції за ТА. У середньому ТА становила $(1,5 \pm 0,8)$ дня. Тільки 5 (18,5%) пацієнтам одноразово вводили наркотичний анагетик (омнопон) з метою знеболення в ранньому післяопераційному періоді. Решті пацієнтам вводили ненаркотичні анагетика (кетанов, дексалгін, династат) переважно у 1-шу добу після операції. За таких операцій стан кишечника після операції, його функціонування також є непрямою ознакою ступеня

їх травматичності. Це впливає, насамперед, на ПДПІ після оперативного втручання. ПДПІ в усіх групах становив у середньому $(24,5 \pm 2,0)$ год.

З метою попередження інфекційних ускладнень всім хворим призначали антибактеріальну терапію з використанням препаратів широкого спектру дії, зокрема, цефтріаксону, бресексу тощо. Дозу й тривалість застосування антибіотиків визначали індивідуально, залежно від вираженості запального процесу в правій пахвинній ділянці.

Ускладнень, пов'язаних з виконанням ЛХЕ, не спостерігали.

Тривалість лікування у стаціонарі після операції становила у середньому $(3,6 \pm 1,4)$ дня.

Можливість відновлення ранньої активності хворих після операції, зменшення кількості анагетиків, ранній початок повноцінного харчування сприяли зменшенню частоти ускладнень, в тому числі пневмонії, тромбофлебії, парезу кишечника.

ВИСНОВКИ

1. Методом вибору в лікуванні пацієнтів з приводу ЖКХ та гострого апендициту є симультанні лапароскопічні операції. Якщо під час передопераційного обстеження пацієнтів при гострому апендициті діагностовано ЖКХ, виконання ЛХЕ є обов'язковим.

2. Симультанні лапароскопічні втручання у таких хворих не супроводжуються збільшенням частоти інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

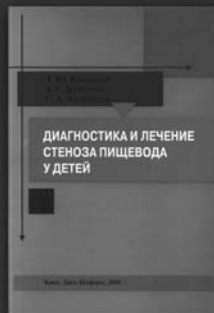
3. Симультанна ЛХЕ та апендектомія забезпечують радикальне лікування обох захворювань. Збільшення тривалості операції не впливає на строки реабілітації хворого в ранньому післяопераційному періоді.

4. Симультанна ЛХЕ та апендектомія має бути "золотим стандартом" в лікуванні пацієнтів з приводу ЖКХ та гострого апендициту.

ЛІТЕРАТУРА

- Filichia A. Simultaneous fundoplication and gastric stimulation in a lung transplant recipient with gastroparesis and reflux / A. Filichia, A. Baz, C. Cendan // J. S. L. S. — 2008. — Vol. 12, N 3. — P. 303 — 305.
- Laparoscopic investigation and combined laparoscopic and endoscopic procedures / E. Frimberg, H. Feussner, M. Classen [et al.] // Gastroenterol. Endosc. — 2002. — Vol. 1. — P. 221 — 240.
- Gallinger I. G. One-stage laparoscopic cholecystectomy and appendectomy / I. G. Gallinger, A. D. Timoshin, A. K. Tsatsanidi // Klin. Khirurgiya. — 1992. — N 2. — P. 51 — 53.
- Laparoscopic resection of colon cancer and synchronous liver metastasis / M. Geiger, D. Tebb, E. Sato [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. — 2006. — Vol. 16, N 1. — P. 51 — 53.
- Alaud-Din A. H. Laparoscopic cholecystectomy and appendectomy with sickle cell disease / A. H. Alaud-Din, A. E. Hussein, M. Haddad // Surg. Laparosc. Endosc. — 1998. — Vol. 8, N 5. — P. 380 — 383.
- Andrew M. N. Simultaneous appendectomy in patients with chronic cholelithiasis / M. N. Andrew, A. R. Roty // Am. Surg. — 1987. — Vol. 53, N 10. — P. 553 — 557.
- DeGaregeot hernia: transabdominal preperitoneal hernia repair and appendectomy / A. Comman, P. Gaetzschmann, T. Hanner, M. Behrend // J. S. L. S. — 2007. — Vol. 11, N 4. — P. 496 — 501.

8. Carcinoid of the appendix during laparoscopic cholecystectomy: unexpected benefits / C. DaSilva, R. Haluck, N. Cooney [et al.] // Ibid. — 1999. — Vol. 3, N 1. — P. 83 — 86.
9. Laparoscopic cholecystectomy and appendectomy in situs inversus totalis / S. Djohan, E. Rodriguez, M. Wiesman, A. Unti // Ibid. — 2000. — Vol. 4, N 3. — P. 251 — 254.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО

“ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).

ТОВ «Ліга-Інформ»,
03680, м. Київ,
вул. Героїв Севастополя, 30.
Свідоцтво про внесення
до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК № 1678 від 04.02.04.
Тел./факс -044.408.18.11
e-mail: info@hirurgiya.com.ua