

ЛАПАРОСКОПІЧНА ТА ТРАДИЦІЙНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ І СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Василюк М. Д.¹, Шевчук А. Г.¹, Козань Я. І.¹, Павлюк Н. М.¹, Галюк В. М.¹, Чурпій К. Л.², Беркій О. Л.¹

¹Івано-Франківський національний медичний університет

²Маловисківська ЦРЛ, Кіровоградської обл.

Авторами виконано 1244 холецистектомій із них 1058 – лапароскопічними технологіями з виконанням 187 симультанних операцій, в тому числі ЛХЕ в 30 випадках була як симультанна операція, 186 2 традиційно лапаротомним методом з яких у 53 випадках були симультанні операції. Лапароскопічний доступ забезпечував широкі можливості для виконання симультанних операцій.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, симультанні операції, холецистит.

Поєднана патологія органів черевної порожнини зустрічається у 1015% хворих хірургічного стаціонару, а за даними ВОЗ до 30% [1, 2]. Особливо часто відмічають поєднання холецистектомії з вентральними грижами (35–40%) [3], нерідко відмічають поєднання жовчнокам'яної хвороби з захворюванням органів малого тазу у жінок [4]. Виконання симультанних операцій при холецистектомії традиційною лапаротомією має певні обмеження через травматичність лапаротомії при виконанні операцій на полярно розміщених органах черевної порожнини, супутнього ожиріння в 17–25% випадків та важкої патології інших органів і систем [5].

Лапароскопічні технології відкрили нові можливості і розширили показання до симультанних операцій [6, 7]. За деякими авторами кількість симультанних операцій при лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ) коливається від 10 до 20% [8].

Мета дослідження

Співставити і оцінити можливості виконання симультанних лапароскопічних операцій у хворих на калькульозний холецистит.

Матеріали і методи

За період 2005–2011 рік виконано 1244 холецистектомії з приводу гострого (457–28,8%) (ГКХ) та хронічного (787–71,2%) (ХКХ) калькульозного холециститу. У 186 випадках виконано традиційну холецистектомію – ТХЕ. У 70 (37,8%) пацієнтів при ГКХ, поєднаному з спайковою хворобою, вентральними грижами, вираженими інфільтратом, паравезикулярним абсцесом, дифузним або розлитим перитонітом, інфікованим ферментативним перитонітом, спричиненим панкреонекрозом, обтураційною жовтяницею, яку не вдалося ліквідувати ендоскопічними методами. У решти 116 хворих (62,2%) ТХЕ виконана при ХКХ поєднаному з спайковою хворобою, після попередніх багаторазових операцій, раку жовчного міхура з пролон-

гацією в інші органи, обтураційній жовтяниці, вентральних та набутих гриж передньої черевної стінки. При ТХЕ було виконано 53 (27,6%) симультанних операцій. З приводу спайок тонкої кишки та інших органів, післяопераційних великих вентральних та набутих пупкових і пахових гриж – 32 (72,4%). Пахові грижі виконані із зовнішнього пахового доступу.

У 1058 хворих оперативні втручання з приводу калькульозного холециститу виконані із застосуванням лапароскопічних технологій (ЛХЕ). При цьому ЛХЕ було виконано у 377 хворих (38,4%) з ГКХ, а у 681 (61,6%) – при ХКХ. Під час ЛХЕ було виконано 186 (16,8%) симультанних операцій, із них: при ГКХ – 58 (32,6%), а при ХКХ – 129 (67,4%). У 9 випадках ХКХ після діагностичної лапароскопії і неможливості виконати ЛХЕ через спайковий процес проведено конверсію з наступною холецистектомією. Така ж конверсія була виконана у 5 хворих при ГКХ через щільний паравезикулярний інфільтрат та спайковий процес. У 2 випадках конверсію виконано з приводу пошкодження холедоха з реконструкцією його та відновленням жовчовідтоку на дренажі Кера.

Серед 1244 хворих за віковою градацією, згідно класифікації ВОЗ, в юному віці (до 30 років) було 51 хворий, в зрілому (до 60 років) – 821, в похилому (до 75) – 310, в старечому (75 і більше років) – 62 хворих. Із 240 хворих, яким були виконані симультанні операції в юному віці було 6, в зрілому – 161, в похилому – 17 хворих, тобто у працездатному віці було виконано близько 70 % операцій.

Результати і обговорення

При застосуванні лапароскопічних технологій виділено дві групи симультанних операцій: в 1-й групі основним захворюванням був холецистит, а основною операцією ЛХЕ (табл. 1); у 2-й групі хворих холецистит був супутньою (поєднаною) патологією і тому холецистектомія була симультанною операцією (табл. 2). Крім цього нами ви-

ділено окрему групу симультанних операцій, які виконані при ТХЕ (табл. 3). Серед 157 хворих 1-ї групи (табл. 1) у 43 ЛХЕ було виконано при ГКХ, який у 30 випадках супроводжувався дифузним, у 7 – з розлитим, неінфікованим, ферментативно-серозним перитонітом на тлі, в більшості випадків, гострого біліарного панкреатиту.

Вміст було евакуйовано, а черевну порожнину відповідно до розповсюженості випоту дреновано з двох-чотирьох точок поліхлорвініловими трубчатими дренажами. У п'яти хворих на ГКХ операційною знахідкою був виражений спайковий процес не тільки між міхуром і прилягаючими органами, а також між окремими петлями кишечника, створюючи явища хронічної кишкової субкомпенсованої непрохідності. З метою попередження гострої кишкової непрохідності (ГКН) в післяопераційному періоді виконано дисекцію та адегізіотомію. У 8 хворих ГКХ супроводжувався набутими невеликих розмірів пупковими та параумбілікальними грижами, які були ліквідовані шляхом розширення параумбілікального отвору та герніопластиком за Мейо або Лекснером. Разом з тим, з метою попередження нагноєння рани та виникнення рецидиву грижі, евакуацію жовчного міхура в контейнері проводили через розширений доступ у правій підреберній ділянці. Серед 114 хворих на ХКХ причиною симультанних операцій у 49 (42,9%) була спайкова хвороба очеревини із численними площинними, круглими та змішаними зрощеннями між окремими органами і жовчним міхуром та петлями тонких кишок, які виникли як наслідок рецидивуючого холецистити, або раніше виконаних операцій на органах черевної порожнини. При цьому у всіх цих випадках було виконано дирекцію спайок і адегізіотомію. У двох хворих ХКХ супроводжував синдром

Кноха. У 8 хворих операційною знахідкою були кісти і гемангіоми печінки, що локалізувалися в правій долі (V–VII сегмент) та в лівій долі (III–IV сегмент) і у круглій зв'язці. У них було проведено висічення позаорганної частини кісти та коагуляції її стінок (5) і зовнішнє дронування кіст (2). Кісту круглої зв'язки було видалено. У 9 жінок при ЛХЕ виконано лапароскопічні кістектомії додатків матки, а у 4 – лігатурну лапароскопічну апендектомію з приводу хронічного рецидивуючого апендициту з відповідною клінічною та відеоскопічною картиною. Два випадки ХКХ супроводжувалися холецистогастральною норицею. Після виконання ЛХЕ отвір шлунку лапароскопічно ушито двохранним швом. Частина поєднаної патології з ХКХ складала вентральні, післяопераційні невеликі однокамерні набуті грижі передньої черевної стінки. Герніотомія та пластика цим хворим після ЛХК, як правило, проводилося відкритим способом із застосуванням сітчастого імплантанту або власними тканинами.

Впродовж 2009–2011 рр. ми почали використовувати при компенсованих цирозах печінки (клас А) лапароскопічну симультанну операцію – оментоперітонеопексію з метою створення портокавальних анастомозів. Таких операцій при ЛХЕ було виконано у 3 хворих. При виконанні симультанних операцій при гострому і хронічному холециститі летальних випадків не було. Ускладненнями були: сероми у 4 хворих на ГКХ і у 3 – на ХКХ, нагноєння рани відмічено у двох хворих на ГКХ.

Другу групу (табл. 2) складала 30 хворих, причому у 15 із них основним діагнозом був геморагічний-жировий панкреонекроз з інфільтрацією та секвестрацією заочеревинного простору і геморагічним некрозом, секвестрацією підшлункової залози та супутнім гострим гемо-

Таблиця 1

Симультанні у хворих на калькульозний холецистит при лапароскопічній холецистектомії (основна операція)

Форма холецистити	Поєднана патологія органів черевної порожнини	Симультанна операція	n
Гострий калькульозний холецистит	Гострий біліарний панкреатит, реактивний, дифузний, ферментативний перитоніт	Евакуація вмісту, дронування черевної порожнини	30
	Спайкова хвороба очеревини	Дисекція, адегізіотомія	5
	Набута пупкова грижа	Герніопластика за Мейо, Лекснером	8
Хронічний калькульозний холецистит	Спайкова хвороба очеревини	Дисекція, адегізіотомія	49
	Синдром Кноха	Дисекція, адегізіотомія	2
	Кісти і гемангіоми печінки	Пункція, діатермокоагуляція	8
	Кісти параоваріальні та яйника	Кістектомія	9
	Холецистогастральна нориця	Ушивання отвору в шлунку	2
	Хронічний апендицит	Апендектомія	4
	Грижа передньої черевної стінки	Герніотомія, герніопластика	37
	Цироз печінки	Оментоперітонеопексія	3
Всього			157

рагічним перитонітом при ГКХ (12) і ХКХ (3) при вколоченому камені в шийку міхура. В цьому випадку основною операцією була лапароскопічна евакуація інфікованого геморагічного вмісту, транслюмбальне дренування заочеревинного простору та дренування черевної порожнини з 4 точок трубчатими поліхлорвініловими дренажами, а симультанною (конкуруючою) була ЛХЕ.

У решти 15 хворих з ХКХ лапароскопічна операція дисекції і адгезіотомії була виконана у 3 з приводу рецидивуючої кишкової непрохідності, а у 2 з різко вираженими болями при синдромі Кюха. У 5 хворих на протязі 3–4 тижнів після фізичних навантажень спостерігався помірно виражений больовий синдром у лівій половині живота, який при

певних положеннях хворих посилювався. Усім їм було виконано діагностичну лапароскопію, при якій встановлено у 4 випадках неповний і у 1 – повний перекут жирових підвісок низхідної обвідної кишки. Разом з тим у них клінічно і за даними УЗД був ХКХ. Усім хворим виконано лапароскопічну резекцію підвісок та ЛХЕ.

У 5 пацієнтів з великими і помірними кістами ячників була виконана лапароскопічна кістектомія з попередньою пункцією і евакуацією їх вмісту. Поряд з цим, крім кістектомії, було виконано симультанні ЛХЕ. З 2 групи померло двоє хворих з тяжкою формою панкреонекрозу, у 2 – наступило нагноєння рани і евітерація кишечника. Усім цим хворим крім первинного ла-

Таблиця 2

Симультанні лапароскопічні холецистектомії при основній і іншій патології органів черевної порожнини і калькульозному холециститі

Основний діагноз і операція	Основна операція	Симультанна операція	n
Спайкова хвороба очеревини з хронічною кишковою непрохідністю	Дисекція, адгезіотомія	ЛХЕ	3
Хвороба Кюха з больовим симптомом	Дисекція, адгезіотомія	ЛХЕ	2
Перекути жирової підвіски	Резекція жирової підвіски	ЛХЕ	5
Великі кісти ячників	Кістектомія	ЛХЕ	5
Гострий панкреонекроз	Евакуація вмісту, дренування черевної порожнини	ЛХЕ	15
Всього			30

Таблиця 3

Симультанні операції у хворих на калькульозний холецистит при традиційній (лапаротомній) холецистектомії

Форма калькульозного холецистити	Посідана патологія органів черевної порожнини	Симультанна операція	(n)
Гострий калькульозний холецистит	Спайкова хвороба очеревини	Дисекція і адгезіотомія	9
	Панкреонекроз з інфікованим розлитим ферментативним перитонітом інфільтрацією і секвестрацією заочеревинної клітковини	Дренування заочеревинного простору і сальникової сумки транслюмбальне дренування заочеревинного простору	7
Хронічний калькульозний холецистит	Спайкова хвороба очеревини після попередніх оперативних втручань	Дисекція і адгезіотомія	12
	Рак жовчного міхура з пролонгацією в шлунок	Субтотальна резекція шлунку та чепця	2
	Рак жовчного міхура з пролонгацією в товсту кишку (печінково-поперековий відділ)	Резекція товстої кишки та чепця	2
	Вентральна післяопераційна грижа	Лапаротомія, адгезіотомія, пластика грижових воріт	12
	Набута пупкова грижа	Лапаротомія, пластика грижових воріт за Мейо	5
	Набута пахова грижа	Герніотомія, пластика грижових воріт	4
Всього			53

пароскопічного дренування з метою подальшої санації, нефректотомії і дренування заочеревинного простору і черевної порожнини було виконано декілька лапаротомій. Нагноєння ран спостерігали у 3 пацієнтів.

Виконання симультанної ЛХЕ при основній іншій патології летальними випадками та ускладненнями не супроводжувалося. У 56 хворих, яким виконано ТХЕ і симультанні операції (табл. 3) останні були, в основному, з приводу важкого спайкового процесу та щільного інфільтрату у 21.

Ускладненими у хворих з ТХЕ і симультанної операції були: у 6 випадків (11,3%) нагноєння ран в той час як при ЛХК і симультанних операціях ускладнення становили 9 (5,7%).

Висновки

1. Лапароскопічні технології забезпечують умови виконання холецистектомії як основної операції і створюють умови ревізії і діагностики поєднаної патології інших органів черевної порожнини, та її лапароскопічної симультанної корекції.

2. Традиційна лапаротомна холецистектомія створює добрі умови для виконання основної операції але обмежує виконання симультанних втручань на проти полярно розміщених органах.

3. При гострому панкреатиті з супутнім ферментативним перитонітом показано широке використання відеолапароскопічних технологій з метою діагностики та адекватного дренування.

Література

1. Авершин В. И., Кузин О. Я., Дяченко С. Р., Сочетанные лапароскопические вмешательства у больных с желчнокаменной болезнью // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 1999. - № 3. – С. 44.
2. Маховський В. З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002. – № 6. – С. 46.
3. Маховський В. З. Одномоментные сочетанные операции при желчно-каменной болезни и результаты ее хирургического лечения // Хирургия. – 2006. – №5. – С. 18–22.
4. Запорожан В. Н., Грубник В. В., Саенко В. Ф., Ничитайло М. Е. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии // Київ: Здоров'я. – 1999. – С. 301.
5. Галимов О. В., Ханов В. О., Зиганшин Д. М. Особенности хирургического лечения желчнокаменной болезни у пациентов с избыточной массой тела и ожирением // Анналы хирургии. – 2006. – № 6. – С.30–34.
6. Дзюбановський І. Я., Данилків С. О., Прокопчук М. В., Домбрович М. І. Можливості лапароскопічної техніки у хірургії поєднаних захворювань органів черевної порожнини // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 1999. – № 3. – С. 44.
7. Потапов Л. В., Васильев В. В., Савранский В. М. и соавт. Использование лапароскопических методов при сочетанных операциях // Вестн. хирургии. – 1997. – № 6. – С.16–17.
8. Гешелин С. А., Каштальян М. А., Гладчук И. З., Шаповалов В. Ю., Тимуш А. А. Симультанне операції у больних холециститом // Укр. журн. хірургії. – 2008. - № 2. – С.60–63.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ТРАДИЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Васылюк М. Д.¹, Шевчук А. Г.¹, Козань Я. И.¹, Павлюк Н. М.¹, Галюк В. М.¹, Чурпий К. Л.², Беркий О. Л.¹

¹Ивано-Франковский национальный медицинский университет

²Маловысковская ЦРБ Кировоградской области

Авторами выполнено 1244 холецистэктомий из них 1058 – лапароскопическими технологиями с выполнением 187 симультанных операций, в том числе ЛХЕ в 30 случаях была как симультанная операция, 186 – традиционно лапаротомным методом из которых в 53 случаях были симультанные операции. Лапароскопический доступ обеспечивал широкие возможности для выполнения симультанных операций.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, симультанные операции, холецистит.

LAPAROSCOPIC AND TRADITIONAL CHOLECYSTECTOMY AND SYMULTEANUS OPERATION ON ORGANS OF ABDOMINAL CAVITY

Vasylyuk M. D.¹, Shevchuk A. G.¹, Kozan Ya. I.¹, Pavlyuk N. M.¹, Galyuk V. M.¹, Churpiy K. L.², Berkiy O. L.¹

¹Ivano-Frankivsk national medical university

²Malovyskovska central area hospital of Kirovograd region

Authors performed 1244 cholecystectomies including 1058 with laparoscopic methods and 187 simultaneous operations. In 30 cases of laparoscopic cholecystectomies was performed as simultaneous operations, 186 – traditional cholecystectomies including 53 simultaneous operations. Laparoscopic methods provide big possibility for simultaneous operations.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, simultaneous operations, cholecystitis.