

УДК 616.33+616.366-037:616-072.1

© В.В. Курінний, 2011.

СИМУЛЬТАННІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ У ПОЄДНАННІ З ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ІНШИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ, ЩО ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

В.В. Курінний*Військово-медичний клінічний центр Північного регіону*

SINGLE-PLANE METHODS OF SURGEON TREATMENT OF THE DISEASES OF ESOPHAGO-GASTRIC TRANSITION AT THE ASSOCIATIO WITH HOLELITHIASIS ILLNESS AND OTHER DISEASES, WHICH NEED THE ENDOSCOPIC OPERATION TREATMENT

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.

СИМУЛЬТАННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА В СОЧЕТАНИИ С ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ДРУГИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КОТОРЫЕ ТРЕБУЮТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

В.В. Куринной**РЕЗЮМЕ**

В статье приведены результаты применения симультанных лапароскопических вмешательств больным с сочетанной хирургической патологией. Методики симультанных лапароскопических вмешательств позволяют эффективно осуществлять одномоментное хирургическое лечение сочетаннх 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, экономически эффективные.

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

Одночасна хірургічна корекція декількох захворювань є більш доцільною, ніж розділення лікування на етапи. В 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 [2, 6].

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

По даним ВОЗ у 20-30% хворих, що поступають у хірургічні стаціонари виявляють 2-3 поєднаних захворювання, що потребують хірургічного втручання [2, 5].

Якісне доопераційне обстеження та покращення діагностичних можливостей лікувальних закладів збільшує відсоток СО з 2,6% до 23%. 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 декілька оперативних прийомів з найменшою травматичністю. Проведення одночасної лапароскопічної корекції захворювань органів черевної порожнини є малотравматичним та 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 поєднані з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) [1, 4]. У вітчизняній літературі зустрічаються лише поодинокі статті, присвячені симультанному лікуванню патології кардіоезофагеальної зони (КЕЗ) та ЖКХ.

ЖКХ відноситься до найбільш розповсюджених захворювань – страждає до 15% дорослого населення. На теперішній час 90% холецистектомій виконується відеолапароскопічним методом [3]. На другому місці серед лапароскопічних операцій (ЛЮ) після холецистектомії знаходяться втручання з приводу патології КЕЗ. Серед цих захворювань найбільш розповсюдженими є гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) та ахалазія кардії (АК).

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

По даним різних авторів ЖКХ поєднується з грижею стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) у 8-12% випадків. Недостатнє передопераційне обстеження даної групи хворих нерідко веде до гіподіагностики супутньої патології, що потребує хірургічної корекції та невиконання необхідного в таких випадках оперативного лікування [5].

Так біля 11% хворих після виконання холецистектомії при повторному обстеженні мають клініку ГЕРХ, що рефрактерна к консервативному лікуванню та потребує хірургічного лікування.

Неадекватність обстеження пов'язане насамперед з недостатньою розповсюдженістю інструментальних методів діагностики ГЕРХ, а також з припиненням обстеження після виявлення ЖКХ. Найбільш розповсюдженим 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 підчас оперативного втручання, особливо якщо основним показанням до операції є наявність у хворого ЖКХ [3].

Але у загальній клінічній практиці дуже часто зустрічається несвоєчасне виконання оперативного лікування з приводу ГЕРХ. Яке проводиться через декілька років після хірургічного втручання з приводу ЖКХ. Це часто пов'язане з тим, що зараз відсутні

єдині погляди у терапевтів, хірургів та гастроентерологів немає єдиної точки зору на тактику лікування хворих з цією патологією.

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

Згідно збірних статистичних повідомлень як вітчизняних, так і зарубіжних хірургів, нервово-м'язові захворювання, а саме АК займає друге місце після раку стравоходу і кардії [2, 3, 6]. Окрім того, слід зазначити, що ця група захворювань зустрічається переважно у людей молодого та середнього віку (від 20-ти до 40 років). За даними Бойко В.В. та співавт. АК стоїть на 3-4 місці серед захворювань стравоходу і складає 17,7% [2]. Частота нервово-м'язових захворювань стравоходу коливається від 3 до 20% всіх захворювань стравоходу, а в європейських країнах складає 0,8-1 на 100000 населення. Не дивлячись 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, легенеvim 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 всього, призведе до приєднання інфекції та кровотечі [5]. 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 технологій. Таким чином, є доцільним вдосконалення хірургічного підходу до лікування хворих з поєднаною патологією КЕЗ та ЖКХ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В основу роботи покладені результати клінічних спостережень 162 хворих, яким виконані симультанні лапароскопіческие оперативні втручання за період з 2007 по 2011 у відділенні ендоскопічної хірургії ВМКЦ Північного регіону.

З 162 хворих у 151 діагноз був встановлений у передопераційному періоді (4 гемангіоми печінки та 7 випадків спайкових процесів у черевній порожнині діагностовані під час операції). Ризик симультанних ЛЮ зростає в тих випадках захворювання, що коли вони діагностується в ході ревізії черевної порожнини.

Хворим із грижею стравохідного отвору діафрагми (ГСОД), яка поєднана з ЖКХ (24 пацієнти) спочатку виконувалася круропексія, фундоплікація (по Дору – 19, по Ніссену – 5), після цього виконувалася лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), операція за-

кінчувалася постановкою дренажів у підпечінковий простір та до стравохідного отвору діафрагми. При комбінації АК із ЖКХ (4) хворим спочатку виконувалася

езофагокардіоміотомія по Геллеру, фундоплікція по Дору, потім холецистектомія.

Таблиця 1

Види лапароскопічних оперативних втручань

| Види операцій | Кількість хворих |
|--|------------------|
| Фундоплікція + холецистектомія | 24 |
| Езофагокардіоміотомія + холецистектомія | 4 |
| Холецистектомія + пупкова герніопластика | 57 |
| Холецистектомія + герніопластика передньої черевної стінки | 10 |
| Холецистектомія + видалення гемангіоми печінки | 6 |
| Холецистектомія + апендектомія | 18 |
| Холецистектомія + вісцероліз | 17 |
| Холецистектомія + операції на придатках матки | 23 |
| Апендектомія + операції на придатках матки | 5 |
| Всього | 162 |

У хворих з пупковою грижею та ЖКХ (57) ми спочатку виділяли грижове кільце, вводили через нього лапаропорт, герметизували кисетним швом на апоневрози та шкірними швами (по 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.

18 пацієнтам була зроблена ЛХЕ та апендектомія (спочатку виконувалася холецистектомія, потім апендектомія). 28 пацієнтам була зроблена ЛХЕ або апендектомія в комбінації з операціями з приводу хронічних захворювань придатків матки (в 20 – полікістоз яєчників, в 8 – трубно-оваріальне безпліддя).

З 23 лапароскопічних апендектомій 5 виконані з-приводу гострого апендициту, 18 – з-приводу хронічного апендициту.

З 159 ЛХЕ 27 виконані при гострих холециститах (19 з пупковими герніопластиками, 6 з вісцеролізом, 2 з операціями на придатках матки).

Усім хворим перед операцією виконували обстеження по стандартах: 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 виконувалась 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 урахувалися вік пацієнтів, наявність важких супутніх захворювань серцево-судинної, дихальної та інших систем і пов'язаний з цим ризик анестезіологічного забезпечення.

Обсяг основного й симультанного втручань є основною ланкою в оцінці можливості проведення таких операцій. При підготовці хворих до операції або до ірригоскопії використовували препарат «Фортранс», 3 або 4 пакети ввечері перед обстеженням. При інтраопераційній ревізії «Фортранс» забезпечує високий рівень підготовки кишечника.

При визначенні послідовності виконання етапів операції ми керувалися наступними 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 виконувати етап операції, який меншою мірою може привести до конверсії доступу. Виконання навіть одного з етапів операції лапароскопічним методом зменшує травматичність усього оперативного втручання.

Однією 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 [1].

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 з найбільш складних питань при визначенні показань до СО є об'єктивна оцінка важкості оперативного втручання.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Ускладнень серед прооперованих хворих не спостерігалось. Це свідчить про те, що виконання симультанних ЛО зменшує кількість ускладнень. Впровадження симультанних ЛО представляє безсумнівну економічну доцільність.

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

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

Застосування симультанних лапароскопічних втручань хворим із поєднаною 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 й 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 з пупковою грижею та ЖКХ доцільно виділяти грижове кільце, вводити через нього троакар з лапароскопом, виконувати ЛХЕ та видаляти жовчний міхур через грижове кільце, потім виконувати герніопластику.

4. При наявності матеріально-технічної бази та підготовлених хірургів необхідно виконувати симуль-

танні лапароскопічні оперативні втручання при поєднанні хірургічної, гінекологічної й урологічної патології.

5. Важливою причиною, що визначає недостатньо високу доопераційну діагностику захворювань у хворих, що надходять у хірургічний стаціонар, є зневага хірургами й гінекологами необхідністю більш поглибленого обстеження та консультації пацієнтів суміжними фахівцями.

6. Хворим із поєднаною хірургічною патологією послідовність виконання етапів операції повинна відповідати принципам асептичності, тобто першим виконується етап операції на менш інфікованому органі. У той же час слід враховувати складність виконання етапів і першим виконувати етап операції, який меншою мірою може привести до конверсії доступу. Уважаємо, що виконання навіть 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, віцероліз, 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: ІЗНХ. – 2005. – С. 83-90.
3. Ничитайло М.Е. Повреждение желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М.Е. Ничитайло, А.В. Скумс // Киев: МАККОМ. – 2006. – С. 16-30.
4. Симультанные лапароскопические операции в лечении заболеваний органов малого таза и желчекаменной болезни / Г.М. Рутенборг, В.В. Стрижелецкий, Е.М. Альтмарк, Т.Ю. Жемчужина // Журнал акушерства и женских болезней. – 2006. – № 4. – С. 26-29.
5. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчекаменной болезни / О.В. Галимов, М.А. Нуртдинов, Е.И. Сендерович [и др.] // Вестн. хир. – 2002. – №1. – С. 82-86.
6. Azagra J.S. Is there a place for laparoscopy in management of postcholecystectomy biliary injuries? / J.S. Azagra, P.D. Simone, M. Goergen // World J. Surg. – 2001 – Vol. 25 – P. 1331-1334.