

Хірургічні аспекти коморбідної патології: симультанні операції під час лапароскопічної герніопластики

К. Ю. Пархоменко

Харківський національний медичний університет

Surgical aspects of a comorbid pathology: simultant operations during laparoscopic hernioplasty

K. Yu. Parkhomenko

Kharkiv National Medical University

Реферат

Мета. Вивчення частоти супутньої хірургічної патології та симультанних операцій під час лапароскопічного лікування гриж різної локалізації.

Матеріали і методи. Проаналізовано частоту та структуру симультанних операцій під час лапароскопічної герніопластики, виконаної 222 хворим протягом 2016 – 2018 рр.

Результати. Симультанні операції виконали у 54,2% хворих. У структурі симультанних операцій переважали лапароскопічна холецистектомія та адгезіолізис. Операції з приводу поєднаної гінекологічної та урологічної патології становили 21% від загальної кількості симультанних операцій. Не виявлено суттєвого впливу симультанних операцій на частоту розвитку ускладнень та строки лікування хворих у стаціонарі.

Висновки. Хворим, яким має бути виконана герніопластика, необхідне ретельне передопераційне обстеження із залученням суміжних спеціалістів. За наявності поєднаної хірургічної патології симультанне оперативне втручання повинно виконувати бригада хірургів, які опанували відповідною методикою операції.

Ключові слова: лапароскопічна герніопластика; поєднана патологія; симультанні операції; безпосередні результати.

Abstract

Objective. Studying of rate of coexistent surgical pathology and simultant operations during laparoscopic treatment of hernias of various localization.

Materials and methods. Rate and structure of simultant operations during laparoscopic hernioplasty, conducted in 222 patients during 2016 – 2018 yrs, were analyzed.

Results. Simultant operations were performed in 54.2% patients. In structure of simultant operations laparoscopic cholecystectomy and adhesiolysis have prevailed. Operations for coexistent gynecological and urological pathology have constituted 21% of general quantity of simultant operations. Essential impact of simultant operations on the morbidity rate and stationary stay of the patients was not established.

Conclusion. In patients, to whom hernioplasty must be done, a detailed preoperative examination with the help of other specialists ought to be accomplished. While presence of combined surgical pathology a simultant operative intervention must be done by surgeon's brigade, who have learned a certain procedure of the operation.

Keywords: laparoscopic hernioplasty; coexistent pathology; simultant operations; immediate results.

В останні десятиріччя у всіх країнах світу відбувається неухильне старіння населення зі значним збільшенням частини людей старечого та похилого віку [1]. Суттєвим наслідком цього процесу є збільшення кількості пацієнтів з коморбідною патологією – наявністю двох та більше захворювань з тривалим перебігом. Частота коморбідності майже втричі більша у пацієнтів віком старше 55 років, ніж у загальній популяції [2]. Особливе значення коморбідність має у пацієнтів із захворюваннями, що потребують хірургічного лікування. Супутня патологія обтяжує загальний стан пацієнта та збільшує ризик оперативного втручання [3].

З іншого боку, у пацієнтів, що потребують хірургічного лікування, зокрема хірургічного, гінекологічного та урологічного профілів, досить часто виявляють два та більше захворювань, оптимальним методом лікування яких є оперативне втручання [4, 5]. Це актуалізує проблему можливості одночасного усунення хірургічної патології шля-

хом виконання симультанних операцій. Симультанні операції доцільні як з економічної, так і з медичної точки зору перш за все тому, що після їх виконання пацієнти не потребують повторних госпіталізації та оперативних втручань [5]. Але частота виконання симультанних операцій значно менша, ніж частота поєднаної хірургічної патології. За даними С. Н. Завгороднього і співавторів, поєднання двох та більше хірургічних захворювань виявляють у 25 – 30% хворих з ендокринною патологією, але симультанні операції виконують лише у 5,5% хворих [6].

Одним з найбільш типових прикладів поєднаної хірургічної патології є грижі різної локалізації, за наявності яких нерідко виявляють патологію органів черевної порожнини, зокрема, захворювання жовчного міхура та органів сечостатевої системи [7]. В останні десятиріччя у зв'язку з впровадженням сучасних методів діагностики та ендовідеоскопічних методів хірургічного лікування частота виконання симультанних операцій з приводу поєд-

наних захворювань значно зросла, але проблему не можна вважати остаточно вирішеною.

Мета дослідження: вивчення частоти супутньої хірургічної патології та симультанних операцій під час відеолапароскопічного лікування гриж різної локалізації.

Матеріали і методи дослідження

У рамках дослідження проаналізовано 222 історії хвороб пацієнтів з грижами різної локалізації віком від 26 до 68 років, яким виконали герніопластику із застосуванням відеолапароскопічного методу на базі хірургічного відділення Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» протягом 2016–2018 рр. Усіх хворих розподілили на дві групи: основну – 120 хворих із грижами, яким, крім відеолапароскопічної герніопластики, виконали симультанні операції, та порівняльну – 102 хворих, яким виконали тільки відеолапароскопічну герніопластику. У досліджуваній вибірці хворих проаналізували частоту та структуру симультанних операцій, виконаних з приводу поєднаної патології, що потребувала хірургічного лікування, а також інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень. Хворі обох груп були порівнянні за віком, статтю, загальним станом, характером основної та супутньої патології ($p > 0,05$ за критерієм χ^2 за всіма показниками).

Усі хворі оперовані в плановому порядку після ретельного передопераційного обстеження, спрямованого на визначення не тільки основної патології та її особливостей, а й супутньої патології.

Крім стандартного клініко-лабораторного та інструментального обстеження, всім хворим виконували комплексне ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, позаочеревинного простору та серцево-судинної системи, електрокардіографію та дослідження функції зовнішнього дихання. У 54 (24,3%) хворих виконали комп'ютерну томографію (КТ).

У 146 (65,8%) хворих застосовано мультимодальну програму «швидкої хірургії» (Fast Track Surgery – FTS), яка полягає в комплексному застосуванні різноманітних методів передопераційної підготовки, забезпечення оперативного втручання та післяопераційного періоду і спрямована на профілактику ускладнень та створення умов для максимально комфортної та швидкої реабілітації хворого [8].

У 80 (36%) хворих оперативне втручання виконали із застосуванням загальної анестезії та штучної вентиляції легень, у 142 (64,0%) – із застосуванням спинальної анестезії. Операції з приводу пахових гриж виконували трансабдомінальним преперитонеальним методом – TAPP (Trans Abdominal Pre-Peritoneal), пупкових та післяопераційних гриж – із застосуванням методу IPOM (intraoperative on-lay mesh). Для пластики грижових воріт використовували сітчастий поліпропіленовий або композитний імплантат. Для корекції гриж стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) виконували лапароскопічну фундоплікацію. При пахових грижах та ГСОД оперативний доступ забезпечували через типові точки в навколупупкової, правій та лівій бокових областях, у більшості хворих з пупковими та післяопераційними грижами – в лівій мезогастральній, лівій здухвинній областях та лівому підребер'ї.

Отримані результати опрацьовували за допомогою пакета статистичних програм PSSP (відкрита програма, що не потребує ліцензії) із застосуванням частотного аналізу та порівняння якісних даних за допомогою критерію χ^2 , кількісних – параметричного t-критерію за нормального розподілу даних, що визначали за критерієм Колмогорова – Смирнова. Різницю між групами вважали достовірною, коли значення p були менше 0,05 ($p < 0,05$). Результати наведено у вигляді: абсолютна кількість (%) – для якісних показників та $M \pm SD$ (середнє значення та стандартне відхилення середнього значення) – для кількісних показників.

Результати

Із 222 досліджуваних хворих у 72 (32,4%) діагностовано пахові, у 52 (23,4%) – післяопераційні, у 45 (20,3%) – пупкові, у 34 (15,3%) – стегнові грижі, у 19 (8,6%) – ГСОД.

У 120 (54,1%) з 222 пацієнтів виявили поєднану патологію, що потребувала хірургічного лікування. Цим хворим виконали 172 симультанні операції: 72 (41,9%) холецистектомії, 12 (7,0%) аднексектомії, 9 (5,2%) гістеректомії, 6 (3,5%) сакропексії, 7 (4,1%) варікоцелектомії, 48 (27,9%) адгезіолізисів, 11 (6,4%) апендектомії, 7 (4,1%) фенестрацій кіст печінки або брижі.

Із 72 лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ) 64 (88,9%) виконали у зв'язку з жовчнокам'яною хворобою, 6 (8,3%) – у зв'язку з поліпами жовчного міхура, 2 (2,8%) – у зв'язку з хронічним безкам'яним холециститом. Усього ЛХЕ виконали 72 (32,4%) із 222 досліджуваних хворих.

Симультанні операції у зв'язку з виявленою патологією матки та/або придатків матки або випадіння геніталій виконали 27 (12,2%) із 222 хворих.

У всіх спостереженнях зазначену патологію було виявлено на етапі передопераційного обстеження (найчастіше під час планового УЗД), тому симультанні операції були запланованими втручаннями.

Крім цього, досить часто виявляли спайковий процес у черевній порожнині, який був приводом для виконання адгезіолізу у 48 (21,6%) із 222 хворих. Практично у всіх спостереженнях спайковий процес виявляли під час ревізії черевної порожнини, тобто він був інтраопераційною знахідкою.

Таким чином, з урахуванням операцій з приводу основного захворювання (грижі різної локалізації) та симультанних операцій 222 досліджуваним хворим виконали 394 оперативних втручання. На кожного із 120 хворих, яким виконали симультанні операції, в середньому припало 2,4 лапароскопічної операції, у тому числі дві операції виконали 70, три – 48, чотири – 2 хворим.

Тривалість операцій у пацієнтів основної групи була більшою в середньому на (28,5 ± 14) хв (від 12 хв – при фенестрації кіст до 94 хв – при лапароскопічній гістеректомії) та становила (96,7 ± 20,3) порівняно з (65,8 ± 14,6) хв у пацієнтів порівняльної групи ($p < 0,05$ за t-критерієм).

Інтраопераційні та ранні післяопераційні ускладнення виникли у 6 (2,7%) хворих: у 1 – внутрішньоочеревинна кровотеча після виконання ізольованої герніопластики, з приводу якої виконали релапароскопію, у 1 – тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії при виконан-

ні симульганної герніопластики з лапароскопічною фундоплацією, у 2 – преперитонеальна гематома (по одному спостереженню в кожній групі), у 2 – серома в області троакарного доступу (по одному спостереженню в кожній групі). За частотою ускладнень групи не мали суттєвих відмінностей: 2,9% – при ізольованій герніопластичі та 2,5% – при симульганних операціях ($\chi^2=0,045$; $p > 0,05$).

Обговорення

Найбільш частими симульганними операціями під час лапароскопічної герніопластики були ЛХЕ та адгезіолізис. Крім хірургічної, приводом до виконання симульганних операцій була гінекологічна та урологічна патологія, що становили 19,8% від загальної кількості симульганних операцій. Виконання симульганних операцій не супроводжувалось збільшенням частоти інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень. І хоча тривалість оперативного втручання була більшою, це не призводило до збільшення строків перебування хворих у хірургічному відділенні, які становили у середньому ($4,2 \pm 0,8$) ліжко–дня порівняно з ($3,4 \pm 0,7$) ліжко–дня після ізольованих відеолапароскопічних герніопластик ($p > 0,05$ за t–критерієм).

Таким чином, незважаючи на наявність реальних можливостей для надання необхідного обсягу медичної допомоги хворим з поєднаними хірургічними захворюваннями і досягнення максимального медико–соціального та економічного ефекту, до теперішнього часу лише у 1,5 – 6% таких хворих виконують симульганні операції. Ми отримали дані, які свідчать про високу ефективність симульганних операцій, на що вказують й інші автори. У той же час питома вага симульганних операцій у нашому дослідженні виявилась досить високою – 54,1%, що більше, ніж у дослідженнях інших авторів [5, 9, 10]. Це можна пояснити не стільки розповсюдженістю коморбідної хірургічної патології, скільки стриманим ставленням до симульганних операцій, які можуть бути технічно більш складними, особливо це стосується поєднання хірургічної та гінекологічної або урологічної патології. Тому виконувати оперативні втручання у хворих з поєднаною патологією повинна бригада хірургів, що мають досвід не тільки лапароскопічної хірургії взагалі, а й виконання таких операцій. Зважаючи на те, що сучасне медичне законодавство обмежує перелік оперативних втручань рамками однієї спеціальності, до симульганного оперативного втручання потрібно залучати суміжних фахівців, які опанували відповідною методикою операції.

Крім цього, низька частота симульганних втручань, що не відповідає реальним потребам у них, зумовлена різними тактичними поглядами лікарів різних спеціальностей, відсутністю загальноприйнятої науково–обґрунтованої концепції симульганного лікування хворих з поєднаними захворюваннями черевної порожнини, органів малого таза та заочеревинного простору, тому ця проблема продовжує залишатися предметом наукового аналізу [7].

Ефективність симульганних операцій не зводиться до суто економічних показників, вона прогнозовано впливає на перебіг післяопераційного періоду. Цей аспект проблеми симульганних операцій потребує ретельного аналізу

вихідного стану хворих, методів передопераційної підготовки та післяопераційної реабілітації, у тому числі застосування програми FTS. Ці питання вартують окремого розгляду та будуть висвітлені в наступних повідомленнях.

Висновки

1. Усім хворим, яких госпіталізують для оперативного лікування з приводу гриж різної локалізації, необхідне ретельне передопераційне обстеження. Сучасні методи медичної візуалізації, зокрема УЗД та КТ, дають змогу виявити патологію органів черевної порожнини та заочеревинного простору навіть за відсутності клінічних проявів.

2. Найбільш частими симульганними операціями під час відеолапароскопічної герніопластики були холецистектомія, адгезіолізис та апендектомія, але майже у 20% пацієнтів за показаннями були виконані симульганні гінекологічні або урологічні втручання. Це свідчить про мультидисциплінарність проблеми, вирішення якої залежить від спільної роботи зі спеціалістами суміжних спеціальностей, зокрема, урологами, гінекологами, гастроентерологами.

3. Відеолапароскопічні технології при грижах різної локалізації максимально знижують травматичність симульганної операції, строки одужання і реабілітації хворих. За індивідуалізованого підходу до лапароскопічного лікування хворих з грижами різної локалізації та коморбідною патологією органів черевної порожнини і малого таза, адекватної передопераційної підготовки з урахуванням компенсаторних можливостей організму і зменшенням ступеня операційного ризику, персоналізованим вибором методу і обсягу операції збільшення обсягу та тривалості операції ($p < 0,05$) не впливає на частоту післяопераційних ускладнень та середні строки лікування хворих у стаціонарі ($p > 0,05$).

4. У багатьох спостереженнях брак практичного досвіду виконання операцій з суміжної спеціальності є головним чинником, що обмежує застосування симульганних операцій, тому важливим аспектом збільшення частоти цих втручань є наявність підготовлених спеціалістів з відповідними ліцензіями.

References

1. Shehorichna dopovid pro stan zdorov'ia naseleennia, sanitarno–epidemičnu situatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorov'ia Ukrainy. 2016 rik. Kyiv; 2017. 516 s. [In Ukrainian].
2. van Oostrom SH, Picavet HS, van Gelder BM, Lemmens LC, Hoesmans N, van Dijk CE, et al. Multimorbidity and comorbidity in the Dutch population – data from general practices. BMC Public Health. 2012 Aug 30;12:715. doi: 10.1186/1471–2458–12–715.
3. Stjzhzhkina SN, Zhuravlev KV, Ledneva AV, Larin VV, Klimentov MN, Chernysheva TE. Rol komorbidnoj patologii v hirurgii. Fundamentalnye issledovanija. 2011;(7):138–40. [In Russian].
4. Leshhenko IG, Bratchikov OI, Slivkin VV, Shumakova EA, Krechko NA, Lazarev IJu, et al. Klassifikacija simul'tannyh operacij u urologicheskikh bol'nyh pozhilogo i starcheskogo vozrasta. Medicinskij al'manah. 2014;(3):149–53. [In Russian].
5. Zaporozhan VN, Tatarchuk TF, Dronov AI, Dronova VL, Krjuchina EA. Simultannye operacii pri sochetannoju ginekologicheskoi i hirurgicheskoi patologii. Reproduktivnaja endokrinologija. 2013;3(11):7–16. [In Russian].
6. Zavgorodnij SN, Kubrak MA, Rylov AI, Daniljuk MB. Algoritm diagnostiki sochetannoju hirurgicheskoi patologii u pacientov s zabolevanijami endokrinnoj sistem. Mezhdunarodnyj endokrinologicheskij zhurnal. 2017;13(8):591–4. [In Russian].

7. Hruzynskiy OV. Mistse symultannykh ta kombinovanykh operatyvnykh vtruchan v abdominalnii khrurhii. *Liky Ukrainy*. 2013;1(14):11–3. [In Ukrainian].
8. Nanavati AJ, Prabhakar S. Fast-track surgery: Toward comprehensive perioperative care. *Anesth Essays Res*. 2014;8(2):127–33. doi: 10.4103/0259–1162.134474.
9. Arafat S, Alsabek MB. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and transabdominal preperitoneal hernioplasty: two case reports evaluate the safety and surgical complications. *Clin Case Rep*. 2017;5(12):2093–6. doi: 10.1002/ccr3.1141.
10. Lehmann A, Piatkowski J, Nowak M, Jackowski M, Pawlak M, Witzling M, et al. Simultaneous TAPP (transabdominal pre-peritoneal technique) for inguinal hernia and cholecystectomy – a feasible and safe procedure. *Pol Przegl Chir*. 2014;86(2):73–6. doi: 10.2478/pjs–2014–0013.

Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України,
Департамент охорони здоров'я Запорізької ОДА,
Асоціація хірургів України

16-17 травня 2019 р. у м. Запоріжжя
проводять

Всеукраїнський симпозиум з міжнародною участю

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ СЕПСИСУ

Тематичні напрямки симпозиуму:

Сепсис у хворих із гнійно-некротичними процесами м'яких тканин;
Абдомінальний сепсис. Сучасний стан проблеми;
Панкреатогенний та холангіогенний сепсис;
Гнійно-септичні ускладнення при бойовій та вогнепальній травмі;
Антибіотикопрофілактика та емпірична антибіотикотерапія в хірургії, питання антибіотикорезистентності;
Судинний, опіковий сепсис та сепсис в торакальній хірургії;
Сепсис в ортопедично-травматологічній практиці;
Діабетична стопа;
Сепсис у онкологічних хворих;
Знеболення у хворих на хірургічний сепсис та принципи інтенсивної терапії

Симпозиум внесений до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів, науково-практичних конференцій, які проводяться у 2019 році» за №7, що затверджений МОЗ та АМН України.

До участі у симпозиумі запрошують фахівців хірургічного профілю та інтенсivistів.
Роботи, прийняті до друку, будуть опубліковані в журналі «Сучасні медичні технології», який входить до переліку фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт.
Журнал буде виданий учасникам симпозиуму разом із сертифікатом про участь (з бальною оцінкою).
Вартість публікації однієї сторінки статті складає 80 грн.

Статті разом з квитанцією про оплату надсилати за адресою:
Редакція журналу «Сучасні медичні технології». Бульвар Вінтера, 20, м. Запоріжжя 69096
Тел/факс: 8 (061) 289-80-82 E-mail: mmtzmapo@gmail.com
Статті слід надсилати до 01.04.2019 р.

З правилами оформлення статей та іншою інформацією детально можна ознайомитися на сайті журналу:
www.zmapo_jornal.com.ua