

© М. Ю. НИЧИТАЙЛО, М. С. ЗАГРІЙЧУК, А. В. СОЛОДКИЙ, В. В. ПРИСЯЖНЮК

Національний інститут хірургії та трансплантології України ім. О. О. Шалімова

## Симультанні операції з лапароскопічного доступу при хірургічній патології печінки

M. Yu. NYCHYTAYLO, M. S. ZAHRIYCHUK, A. V. SOLODKYI, V. V. PRYSYAZHNYUK

National Institute of Surgery and Transplantology of Ukraine by O. O. Shalimov

### SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS WITH LIVER PATHOLOGY

У статті описано результати симультанних операцій з лапароскопічного доступу при непаразитарних та паразитарних кістах печінки, при абсцесах та вогнищевій патології печінки, які поєднувались із жовчнокам'яною хворобою, грижами передньої черевної стінки, а також із гострим апендицитом та захворюваннями органів жіночої статеві системи. Проаналізовано основні критерії хірургічного лікування таких хворих, отримані результати порівняно з результатами хворих, які перенесли лише лапароскопічну холецистектомію.

This paper describes the results of simultaneous operations from laparoscopic access in patients with no parasitic and parasitic cysts of the liver, abscesses and focal liver lesions, combined with gallstones, hernias of the anterior abdominal wall, as well as acute appendicitis and diseases of the pelvic female reproductive system in women. The basic criteria for the surgical treatment of these patients were evaluated, the results compared with the results of patients who underwent laparoscopic cholecystectomy only.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Проблема хірургічного лікування кількох хвороб одночасно актуальна на сьогодні. За даними ВООЗ, близько 30 % усіх хворих хірургічних стаціонарів хворіють на декілька хвороб одночасно [1]. Варіантів поєднання хірургічних захворювань, які потребують хірургічної корекції, більше 50. Але тактика хірургічного лікування таких хворих до кінця не визначена. У черевній порожнині органами, хірургічні захворювання яких поєднуються найчастіше, є печінка, жовчний міхур, передня черевна стінка. З моменту впровадження лапароскопічних хірургічних технологій близько 25 років тому результати хірургічного лікування органів черевної порожнини значно покращились [2]. Такі очевидні переваги, як виконання однієї операції замість двох, відсутність кількох наркозів, зменшення часу стаціонарного лікування таких хворих та пов'язані з цим переваги, менший час соціально-трудової реабілітації та мінімальна психологічна травма, зробили лапароскопічні операції привабливим методом лікування для хірургів усіх без винятку хірургічних стаціонарів [3]. Завдяки лапароскопічним технологіям значно розширився спектр симультанних лапароскопічних операцій, з'явилися нові технічні можливості для безпечного виконання

кількох операцій у черевній порожнині міні-інвазивно із значно кращими результатами порівняно з традиційними відкритими операціями.

Серед усіх органів черевної порожнини захворювання печінки різного генезу поєднуються з хірургічними захворюваннями інших органів живота чи не найчастіше [4]. Оскільки різні лапароскопічні операції на печінці на сьогодні вивчено та впроваджено майже у всіх хірургічних клініках світу, то і симультанні хірургічні операції на інших органах при захворюваннях печінки являють собою проблему, вирішення якої значно покращило б результати хірургічного лікування таких хворих. За даними різних авторів [5, 6], хірургічні захворювання печінки найчастіше поєднуються з гострим та хронічним холециститом, гострим апендицитом та грижами передньої черевної стінки. Відсутність єдиної тактики хірургічного лікування таких хворих спонукала нас проаналізувати власний досвід лікування хворих на поєдану хірургічну патологію органів черевної порожнини, одною з яких були захворювання печінки різного генезу.

**Матеріали і методи.** За період із 2009 до 2012 року у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу було виконано 144 симультанних операцій з ла-

параскопічного доступу при різних захворюваннях печінки. Основним вважали захворювання печінки, серед яких були непаразитарні та паразитарні (ехінококові) кісти печінки, абсцеси печінки та вогнищева патологія печінки (метастази колоректального раку, гемангіоми). У випадках гострої хірургічної патології (гострий апендицит та гострий холецистит) основним було ургентне хірургічне захворювання. У 96,8 % випадків вдалося виконати симультанну операцію з лапароскопічного доступу,

в 3,2 % хворих мала місце конверсія, в цих випадках виконано симультанну комбіновану лапароскопічну операцію. Жінок було 98 (68,05 %), чоловіків, відповідно, 46 (31,95 %). Середній вік хворих склав 53 роки, наймолодшому був 21 рік, найстаршій пацієнтці – 79 років. У дослідження було включено лише тих хворих, яким дві або більше операцій вдалося виконати повністю з лапароскопічного доступу. Види та структура виконаних у клініці симультанних операцій представлені у таблиці 1.

**Таблиця 1. Види симультанних операцій з лапароскопічного доступу**

№	Комбінації захворювань (різновиди)	Вид симультанної операції з лапароскопічного доступу	Кількість (загальна 144 хворих)
1	Кіста печінки + ЖКХ	Фенестрація кісти з висіченням в межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна холецистектомія	62 (43,1 %)
2	Кіста + грижі передньої черевної стінки	Фенестрація кісти з висіченням в межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна пластика (TEP, TAR)	18 (12,4 %)
3	Кіста + захворювання надниркових залоз	Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна адреналектомія	6 (4,1 %)
4	Кіста + гострий апендицит	Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна апендектомія	4 (2,8 %)
5	Кіста + кісти яєчників	Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна оваріоектомія	7 (4,9 %)
6	Абсцес печінки + ЖКХ	Лапароскопічна санація та дренивання + лапароскопічна холецистектомія	12 (8,3 %)
7	Абсцес печінки + гострий апендицит	Лапароскопічна санація та дренивання + лапароскопічна апендектомія	3 (2,1 %)
8	Абсцес печінки + грижі передньої черевної стінки	Лапароскопічна санація та дренивання + лапароскопічні грижопластики	3 (2,1 %)
9	Метастаз колоректального раку + ЖКХ	Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна холецистектомія	9 (6,3 %)
10	Метастаз колоректального раку + вентральна грижа	Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна пластика грижі	5 (3,5 %)
11	Гемангіома печінки + гострий апендицит	Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна апендектомія	2 (1,4 %)
12	Гемангіома печінки + ЖКХ	Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна холецистектомія	13 (9,0 %)

Середня тривалість операції для всіх різновидів склала 89 хв, найнижчим цей показник був при непаразитарних кістах печінки та ЖКХ і становив 48 хв. Найдовшу тривалість операції відмітили при лапароскопічній атиповій резекції та лапароскопічній пластичній вентральної грижі, в даному випадку показник склав 367 хв. Середній об'єм інтраопераційної крововтрати не перевищив 372 мл, лише в 6 випадках (5,1 %) були необхідні гемотрансфузії, об'єм яких не перевищував 500 мл.

Для оцінки ефективності симультанних операцій при хірургічних захворюваннях печінки була відібрана

група хворих у кількості 65 чоловік, які хворіли лише на ЖКХ та які перенесли лише лапароскопічну холецистектомію.

#### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Симультанні лапароскопічні операції постійно вдосконалюються, показання до їх виконання розширюються, з'являються нові технічні можливості, а кількість публікацій на цю тему і кількість виконаних операцій постійно збільшується. За нашими даними, з 2009 до 2012 року динаміка кількості симультанних операцій з лапароскопічного доступу позитивна (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка симультанних операцій за 2009–2012 рр.

Рік	Кількість симультанних операцій
2009	14
2010	17
2011	31
2012	52

Скорочуються такі критерії, як тривалість операції, об'єм інтраопераційної крововтрати, тривалість перебування хворого в стаціонарі, кількість призначених наркотичних аналгетиків у найближчому післяопераційному періоді, кількість інтраопераційних та післяопераційних ускладнень тощо. Детальні критерії оцінки результатів симультанних операцій відображені в таблиці 3.

Таблиця 3. Критерії оцінки результатів симультанних операцій

Вид симультанної операції з лапароскопічного доступу	Тривалість операції, хв	Об'єм крововтрати, мл	Післяопераційний період, дні	Частота післяопераційних ускладнень, %
Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна холецистектомія	58±17	50±18	3±1,8	1,3
Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна пластика (ТЕР, ТАР)	118±28	76±32	4±2,3	1,8
Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна адреналектомія	183±34	112±57	4,8±2,4	2,4
Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна апендектомія	78±18	48±13	3,8±1,4	1,5
Фенестрація кісти з висіченням у межах здорових тканин та дренивання + лапароскопічна оваріоектомія	74±23	37±18	3,4±1,3	0,9
Лапароскопічна санація та дренивання абсцесу печінки + лапароскопічна холецистектомія	53±12	63±12	4,2±2,1	3,4
Лапароскопічна санація та дренивання абсцесу + лапароскопічна апендектомія	68±18	43±11	3,1±1,9	1,3
Лапароскопічна санація та дренивання абсцесу + лапароскопічні грижопластики	148±44	69±21	3,9±2,0	1,8
Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна холецистектомія	163±11	129±68	4,9±2,1	1,9
Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна пластика грижі	173±24	133±42	4,8±1,8	1,5
Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна апендектомія	168±35	148±24	3,9±2,0	1,6
Лапароскопічна резекція (атипова) + лапароскопічна холецистектомія	155±12	179±13	4,3±1,2	1,1
Група порівняння – хворі після лапароскопічної холецистектомії	55±16	32±12	3,0±1,1	0,8

Як свідчать дані таблиці, тривалість операції найнижча в групі порівняння – (55±16) хв. При розширенні об'єму симультанної операції, а особливо із збільшенням складності, даний критерій зростає і максимальне його значення спостерігається при симультанних лапароскопічних операціях, одним з етапів при яких є резекції печінки. На нашу думку, сучасне обладнання для дисекції печінкової паренхіми та контролю гемостазу забезпечує досить ви-

соку безпеку та зручність, виконання симультанних операцій у таких хворих є виправданим. Важливе значення для технічного виконання симультанних операцій із лапароскопічного доступу при патології печінки мають чітко визначені точки введення інструментів залежно від комбінації захворювань, а також положення хворого на операційному столі.

Об'єм інтраопераційної крововтрати суттєво не відрізняється у всіх групах, значне його зростання

спостерігається при виконанні лапароскопічних резекцій печінки як одного з етапів симультанної операції. Об'єм кровотечі зростає при виконанні право- та лівосторонньої гемігепатектомії, в середньому до 350–500 мл, а при атипових резекціях цей показник дещо нижчий і становить у середньому 150–200 мл. Оскільки інтраопераційна крововтрата об'ємом до 500 мл не потребує компенсаторних гемотрансфузій, збільшення цього критерію також є допустимим.

Тривалість перебування хворого в стаціонарі після операції і, як наслідок, економічна вартість лікування суттєво не відрізняються у всіх групах, що свідчить про переваги саме симультанних операцій у профільної категорії хворих.

Частота післяопераційних ускладнень також фактично однакова. Це є доказом того, що симультанні операції з лапароскопічного доступу в хворих з вогнищевою патологією печінки не обтяжують загальний стан пацієнта порівняно з виконанням лише лапароскопічної холецистектомії.

Оцінювали також рівень аналгезії, який використовували після симультанних лапароскопічних операцій. З метою знеболювання в 76,3 % випадків наркотичні аналгетики не призначали, призначали кетанов, дексалгін у дозі 1,0 мл внутрішньом'язово 3 рази на день протягом 2–3 днів. Решті хворих (23,7 %) призначали наркотичні аналгетики, як правило, омнопон у дозі 1,0 1–2 рази в першу добу після операції, після чого переходили на кетанов чи дексалгін. До цієї групи переважно увійшли хворі після симультанних резекцій печінки та різноманітних грижопластик.

Ми також оцінювали результати лікування хворих на симультанну хірургічну патологію органів

черевної порожнини та заочеревинного простору при захворюваннях печінки різного генезу за такими критеріями, як опитник SF 36 та інтегральний показник якості життя. Серед усіх прооперованих нами хворих участь в опитуванні взяли 89 пацієнтів, що склало 78 % та забезпечило репрезентативність методики на рівні 96,8 %.

За нашими даними, через 6 місяців після операції результат лікування як добрий оцінили 76 % опитаних, задовільний – 22 %, і лише 2 % оцінили свій стан як незадовільний.

**Висновки.** 1. Симультанні операції з лапароскопічного доступу в хворих на захворювання печінки різного генезу при наявності відповідного обладнання та досвіду є методом вибору в лікуванні профільної категорії хворих.

2. Симультанні операції з лапароскопічного доступу в хворих на захворювання печінки різного генезу не обтяжують перебіг післяопераційного періоду, не збільшують частоту ускладнень та не погіршують віддалені результати порівняно з хворими, які перенесли лише лапароскопічну холецистектомію.

3. Накопичення досвіду технічного виконання операційних втручань та модернізація хірургічного обладнання привели до збільшення кількості виконаних нами симультанних операцій з лапароскопічного доступу та значно покращили результати операційного лікування хворих із патологією печінки різного генезу та супутньою хірургічною патологією органів черевної порожнини, передньої черевної стінки та органів заочеревинного простору.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ничитайло М. Ю. Симультанні лапароскопічні операції з приводу жовчнокам'яної хвороби, запальних та кістозних захворювань органів черевної порожнини / М. Ю. Ничитайло, М. С. Загрійчук, А. В. Гоман // Клінічна хірургія. – 2013. – № 4. – С. 5–8.
2. Симультанне лапароскопічне лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу та захворювання наднирникових залоз / М. Ю. Ничитайло, О. М. Литвиненко, О. М. Гулько [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 3 (60). – С. 26–30.
3. Ничитайло М. Ю. Застосування методу зварювання м'яких тканин при симультанних лапароскопічних операціях / М. Ю. Ничитайло, М. С. Загрійчук, А. В. Гоман // Український журнал хірургії. – 2013. – № 1 (20). – С. 33–38.

4. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and removal of an intrauterine device translocated to the right subdiaphragmatic region: a case report / S. Krasniqi, E. Ahmeti, S. Hoxha [et al.] // Cases J. – 2009. – N 2. – P. 619.
5. Simultaneous laparoscopic descending colectomy and nephroureterectomy for descending colon carcinoma and left ureteral carcinoma: Report of a case / N. Nishiyama, S. Yamamoto, N. Matsuoka [et al.] // Surg. Today. – 2009. – Vol. 39, N 8. – P. 728–732.
6. Simultaneous laparoscopic excision for the treatment of rectal carcinoma and the synchronous hepatic metastasis / Y. Chen, A. Xiang, N. Wang, L. Xiao // Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. – 2009. – Vol. 31, N 1. – P. 69–71.

Отримано 05.12.13