

Н. М. Шкут, К. В. Давидович

РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н. Я. Бовтюк

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

N. M. Shkut, K. V. Davidovich

RESULTS OF SIMULTANIOUS OPERATIONS FOR COMORBID HIATAL HERNIAS AND CHOLELITHIASIS

Tutor: PhD, Associate Professor M. Y. Bautsiuk,

Department of General Surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе освещено применение оригинального метода лапароскопической фундоэзофагокрурорафии и лапароскопической холецистэктомии при коморбидной патологии, обусловленной ГПОД и ЖКБ, изучена безопасность проведения подобных симультанных операций, а также проанализированы отдалённые результаты проведённого лечения.

Ключевые слова: коморбидная патология, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, желчнокаменная болезнь, лапароскопическая фундоэзофагокрурорафия, лапароскопическая холецистэктомия.

Resume. The study highlighted the use of the original method of laparoscopic fundoesophagocrurography and laparoscopic cholecystectomy for comorbid pathology caused by hiatal hernia and cholelithiasis, the safety of such simultaneous operations was studied, and the long-term results of the treatment were analyzed.

Keywords: comorbid pathology, hiatal hernia, cholelithiasis, laparoscopic fundoesophagocrurography, laparoscopic cholecystectomy.

Актуальность

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются наиболее распространёнными гастроэнтерологическими заболеваниями, занимая соответственно 1 и 3-е места в структуре хирургической патологии. По результатам некоторых исследований у 30% пациентов, оперированных по поводу ЖКБ, ГПОД не корригируются, что в последующем приводит к изжоге, боли в эпигастрии и за грудиной, отрыжке, которые расцениваются как «постхолецистэктомический синдром». Очень редко этих пациентов повторно оперируют, и долгое время они получают консервативное лечение [2].

Цель исследования:

Изучить ближайшие и отдалённые результаты и провести оценку безопасности выполнения симультанных лапароскопических вмешательств при коморбидной патологии, обусловленной ЖКБ и ГПОД.

Задачи:

1. Изучить структуру заболеваемости коморбидной патологией, обусловленной ЖКБ и ГПОД;

2. Оценить количество и характер осложнений при проведении симультанных операций с применением технологий лапароскопических фундоэзофагокрурорафии и холецистэктомии;

3. Сравнить экономические аспекты симультанного хирургического лечения пациентов с данной коморбидной патологией и изолированного лечения ЖКБ и ГПОД;

4. Определить безопасность выполнения симультанных операций с применением технологий лапароскопических фундоэзофагокрурорафии и холецистэктомии;

5. Оценить наличие или отсутствие характерной симптоматики и качество жизни пациентов в отдалённом периоде с применением опросников GSRS и GERD-HRQL.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ материалов малоинвазивного хирургического лечения ЖКБ и ГПОД с применением лапароскопической фундоэзофагокрурорафии (ФЭКР), патент № 10285 от 01.11.2007 г., и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у 68 пациентов, которые находились на лечении в хирургическом отделении в УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова г. Минска» в период с 2007 по 2018 г.

Отдалённые результаты лечения и качество жизни были оценены у 36 пациентов из исследуемой группы посредством телефонного анкетирования с использованием опросников GSRS [7] и GERD-HRQL [8].

Результаты и обсуждение

Прооперированные пациенты были в возрасте от 25 до 81 лет, средний возраст — $56,4 \pm 12,7$ лет.

Среди них женщин — 48 (70,6%), средний возраст — $56,7 \pm 12,8$ лет, трудоспособные из них составили 25 (52,1%). Мужчин — 20 (29,4%), средний возраст — $55,6 \pm 12,7$ лет, трудоспособные из них составили 11 (55,0%).

Большое количество трудоспособных пациентов (52,9%) в изучаемой группе указывает на экономическую и социальную значимость изучаемой проблемы. Скользящие грыжи были отмечены у 64 (94,1%), параэзофагеальные — у 4 (5,9%) пациентов.

Пациенты были разделены на 3 группы в соответствии с размерами ГПОД. В работе была использована классификация ГПОД по размеру, основанная на рентгено-эндоскопических результатах исследования и разработанная на кафедре общей хирургии УО «БГМУ». Выделяются 3 размера: ГПОД малого размера, при которой кардиоэзофагеальная зона и желудок выходят в заднее средостение не более, чем на 5 см, среднего размера – от 5 до 10 см и больших размеров – более 10 см [3].

В первую группу включены 25 (36,8%) пациентов с ЖКБ и ГПОД малого размера. Из них трудоспособные составили 13 (52,0%), средний возраст — $55,7 \pm 13,1$ лет. Среди них было 7 (28,0%) мужчин и 18 (72,0%) женщин. Летальность отсутствовала. Отмечены одно интраоперационное осложнение (повреждение капсулы печени с кровотечением, остановлено консервативно) и 2 ранних послеоперационных осложнения (транзиторная дисфагия, инфильтрат на месте введения субксифоидального

троакара).

Во вторую группу включены 33 (48,5%) пациента с ЖКБ и ГПОД среднего размера. Из них трудоспособные составили 17 (51,5%), средний возраст — $57,4 \pm 13,4$ лет. Среди них 8 (24,2%) мужчин и 25 (75,8%) женщин. Летальность отсутствовала. Отмечены 6 интраоперационных осложнений (3 повреждения капсулы печени с кровотечением, остановлено консервативно; одно повреждение капсулы селезёнки с кровотечением и спленэктомией; одна подкожная эмфизема; одно повреждение плевры с развитием пневмоторакса) и 2 ранних послеоперационных осложнения (транзиторная дисфагия).

В третью группу включены 10 (14,7%) пациентов с ЖКБ и ГПОД большого размера. Из них трудоспособные составили 6 (60,0%), средний возраст — $54,9 \pm 12,9$ лет. В исследуемой группе пациентов было равное количество женщин и мужчин. Летальность отсутствовала. Отмечены одно интраоперационное осложнение (повреждение капсулы печени с кровотечением, остановлено консервативно) и одно раннее послеоперационное осложнение (транзиторная дисфагия).

Все пациенты из трёх групп выписаны на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии, средний койко-день составил 7,1.

По материалам клиники за изучаемый период средний койко-день при изолированном лапароскопическом лечении хронического калькулёзного холецистита составил 4,3, а при изолированном антирефлюксном вмешательстве с применением ФЭКР средний койко-день составил 3,7.

При выполнении симультанных традиционных лапароскопических антирефлюксных операций вместе с холецистэктомией частота встречаемости интраоперационных осложнений (ИО) составляет 3,3-13,5% [4]. Относительно ИО значимой разницы между оригинальным (рисунок 1) и традиционными методами не отмечено.

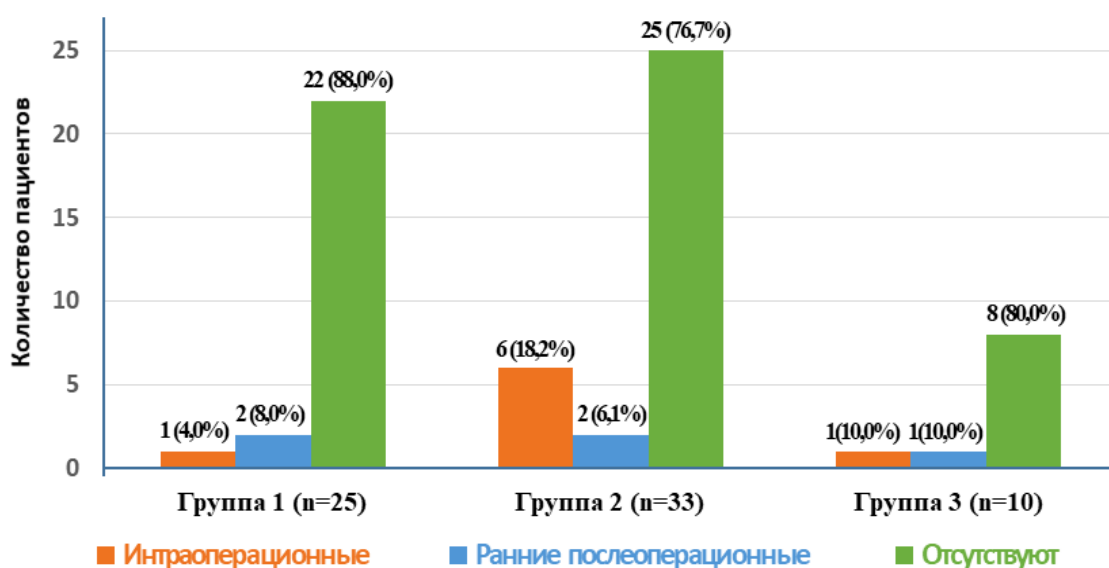


Рис. 1 – Осложнения при симультанных операциях ФЭКР и ЛХЭ

Отдалённые результаты проведённого лечения были оценены посредством телефонного анкетирования 36 (52,9%) пациентов. В данной группе было 12 пациен-

тов с малым размером грыж, 17 со средним и 6 с большим.

На основании применения специализированного опросника GSRS установлено, что у пациентов регистрировались достоверно низкие по сравнению с нормой пока-затели по всем шкалам данного опросника, что указывает на эффективность приме-няемой методики (рисунок 2).

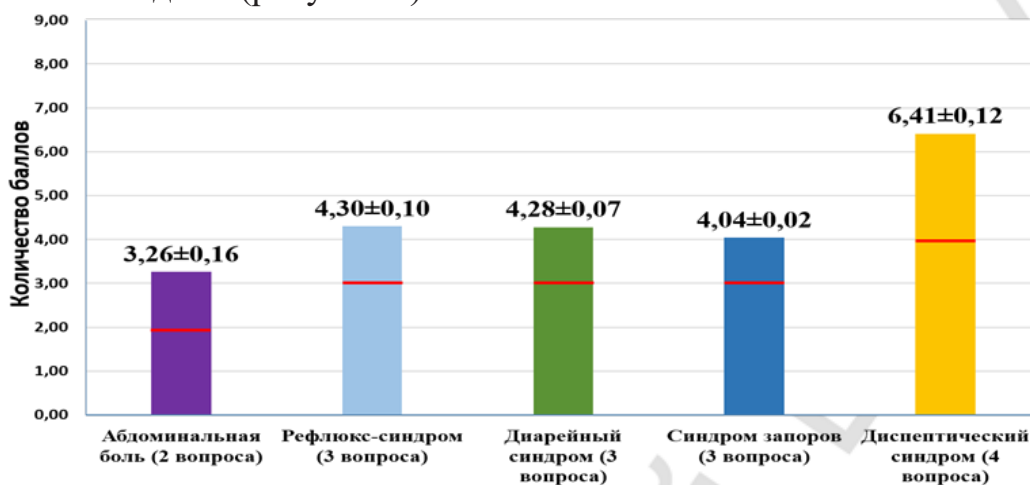


Рис. 2 – Средний балл по опроснику GSRS

При применении опросника GERD-HRQL полученные удовлетворительные и нейтральные результаты оценки качества жизни составили 91,7% (рисунок 3).



Рис. 3 – Оценка качества жизни пациентов по опроснику GERD-HRQL

Согласно полученным результатам по опроснику GERD-HRQL симптомы ГЭРБ у пациентов выражены незначительно и не превышают пороговое значение в 25 баллов (рисунок 4).

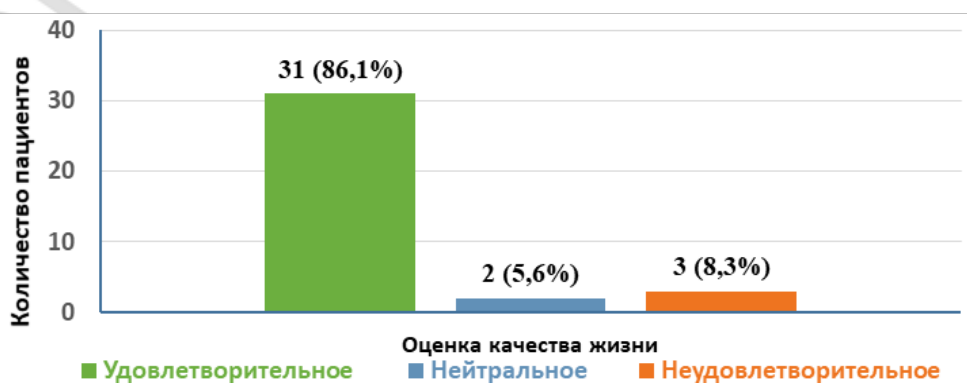


Рис. 4 – Средний балл в группах с разным качеством жизни по опроснику GERD-HRQL

Выводы

1. Проведение симультанных операций с лапароскопической холецистэктомией и предложенными авторами способами фундоэзофагокрурорафии является клинически и экономически обоснованным методом при коморбидной патологии, обусловленной ЖКБ и ГПОД.

2. ФЭКР является эффективной и безопасной современной методикой лапароскопической антирефлюксной операции, позволяющей применять её симультанно при лапароскопической холецистэктомии с низким количеством осложнений и отсутствием послеоперационной летальности, а также демонстрирующей улучшение качества жизни пациентов и удовлетворительные отдалённые результаты.

Литература

1. Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И., и др. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т. 16. – №6. – С. 5-56.

2. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: Мед-практика-М, 2003. – 172 с.

3. Рычагов Г.П. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. / Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. // Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальная болезнь. – Минск, БелМАПО. – 2008. – С. 55-56.

4. Стрижелецкий, В. В. Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией / В. В. Стрижелецкий, Д. Ф. Черепанов, Е. В. Шмидт // Вестн. хирургии. – 2006. – Т. 165, № 5. – С. 28-31.

5. Черноусов А., Хоробрых Т., Ветшев Ф., Мелентьев А. Хирургическое лечение желчно-каменной болезни, сочетанной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы // Врач. – 2012. – № 10. – С. 2-7.

6. Wiklund I. Aspects of quality of life in gastrointestinal disease: some methodological issues //Scandinavian Journal of Gastroenterology. – 1995. – Т. 30. – №. sup208. – С. 129-132.

7. Velanovich V. The development of the GERD-HRQL symptom severity instrument // Diseases of the Esophagus. – 2007. – Т. 20. – №. 2. – С. 130-134.