

## **БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»  
кафедра общей хирургии*

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

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

### **Введение**

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 симптом». Очень редко этих пациентов повторно оперируют, и долгое время они получают консервативное лечение [2].

Сочетание ЖКБ и ГПОД относится к коморбидной патологии. Под коморбидностью в настоящее время понимают сочетание у одного пациента двух или более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них. Общепринятой классификации коморбидности не существует, однако наиболее часто выделяют три её вида: транссиндромальная, транснозологическая и хронологическая [1].

Так как ЖКБ и ГПОД являются патогенетически взаимосвязанными заболеваниями пищеварительной системы, что было экспериментально подтверждено ещё в XX в, их относят к транснозологической коморбидной патологии. При наличии конкрементов в желчном пузыре происходит раздражение блуждающих нервов, в результате чего продольный слой мышечной оболочки пищевода спастически сокращается, нарушается функционирование нижнего пищеводного сфинктера.

В то же время при наличии ГПОД и гипермобильности пищеводно-желудочного перехода ветви вагуса постоянно натягиваются и травмируются, что приводит к дискинезии желчного пузыря, желчевыводящих протоков, дисфункции его сфинктерного аппарата. Эти нарушения неизбежно ведут к застою желчи и камнеобразованию [5].

В связи с бурным развитием эндовидеохирургических методик и их несомненных достоинств, применение в данной ситуации лапароскопического доступа представляется наиболее оптимальным и позволяет одновременно выполнить симультанные операции. При должной подготовленности специалиста длительность операций возрастает только на 30-40 минут, при этом количество осложнений сохраняется на низком уровне. При проведении симультанной операции лапароскопическим доступом для ГПОД одновременно проводится холецистэктомия, и, наоборот, при хроническом калькулёзном холецистите корригируется ГПОД [2].

#### **Цель исследования**

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

#### **Материалы и методы**

Проведён ретроспективный анализ материалов малоинвазивного хирургического лечения ЖКБ и ГПОД с применением лапароскопической фундоэзофагокруорографии (патент № 10285 от 01.11.2007 г.) и лапароскопической холецистэктомии 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.

## 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. Скользящие грыжи были обнаружены 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. Летальных случаев не зарегистрировано. Отмечены 1 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. Летальных случаев не зарегистрировано. Отмечены 6 интраоперационных осложнений (3 повреждения капсулы печени с кровотечением, остановлено консервативно; 1 повреждение капсулы селезёнки с кровотечением и спленэктомией; 1 подкожная эмфизема; 1 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 пациенты разделились по полу поровну. Летальных случаев не зарегистрировано. Отмечены 1 интраоперационное осложнение (повреждение капсулы печени с кровотечением, остановлено консервативно) и 1 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%. Относительно ИО значимой разницы между оригинальным и традиционными методами не наблюдается [4].

### **Выводы**

1. Проведение симультанных операций ФЭКР и ЛХЭ 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 ЛХЭ с низким количеством осложнений и отсутствием послеоперационной летальности.

### **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.: Медпрактика-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 желчнокаменной болезни, сочетанной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы // Врач. – 2012. – № 10. – С. 2-7.