

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ ТА ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЕНДОКРИННИХ ОРГАНІВ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

ВСТУП

Метаболічні розлади, порушення властивостей жовчі та моторики біліарного тракту у пацієнтів з ендокринними захворюваннями (ЕЗ) призводять до частішого виникнення у них жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) [1]. У низки осіб із холелітіазом діагностують хірургічну патологію ендокринних органів: вузловий нетоксичний зоб, тиреотоксичний зоб, новоутворення щитоподібної залози (ЩЗ), прищитоподібних і надниркових залоз. У таких клінічних ситуаціях доволі привабливим є здійснення симультанних операцій (СО).

Переваги СО полягають у тому, що одночасно лікується кілька захворювань, попереджається можливість загострення супровідної ендокринної та біліарної патології у поопераційний період, зникає потреба у повторній госпіталізації хворого, його обстеженні та хірургічному лікуванні. Отже, зменшується сумарний період перебування пацієнта у стаціонарі та досягається значний економічний ефект [2]. Згідно з літературними повідомленнями, одномоментно виконують лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) та симультанні операції на ЩЗ [3, 4], лапароскопічну адреналектомію разом із ЛХЕ [1, 2], втручання на кількох органах ендокринної системи та ЛХЕ [5]. Проте всі автори наголошують на тому, що ця проблема вимагає подальшого дослідження і глибокого вивчення.

Мета роботи — уточнити показання, дослідити особливості проведення та безпосередні результати СО у хворих із поєднанням ЖКХ і хірургічних ЕЗ.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Протягом 2000–2009 рр. у клініці хірургії №1 на лікуванні перебували 142 пацієнти віком від 26 до 74 років, які потребували хірургічного лікування холелітіазу й ендокринної патології. Жінок було 135 (95,1%), чоловіків — семеро (4,9%). Діагноз ЖКХ встановлювали на підставі вивчення анамнезу, результатів фізикального, лабораторного та ультрасонографічного (УСГ) досліджень.

Крім цього, проводили загальний скринінг для виявлення захворювань ЩЗ, первинного гіперпаратиреозу (ПГПТ), патології надниркових залоз, використовуючи

клінічні, біохімічні, гормональні та УСГ методи обстежень. За наявності показань додатково виконували ендоскопічну ретроградну холангіографію, комп'ютерну або магнітнорезонансну томографію, радіоізотопні дослідження. Фізичний стан пацієнта оцінювали відповідно до класифікації Американського товариства анестезіологів (ASA) [6].

Хворих розподілено на дві групи. До основної групи увійшли 52 (36,6%) пацієнти, яким проведено СО з приводу ЖКХ і хірургічних ЕЗ. Контрольну групу склали 90 (63,4%) хворих, яким першим етапом здійснено хірургічне лікування або біліарної, або ендокринної патології.

Математичну обробку отриманих результатів виконували за допомогою статистичної програми SPSS 11.5 for Windows. Для перевірки гіпотези про нормальний розподіл величин застосовували тест Колмогорова-Смирнова. У випадку нормального розподілу варіаційного ряду визначали середнє арифметичне (М) і стандартне відхилення середнього арифметичного (SD); якщо значення не підпорядковувалися нормальному розподілу, вираховували медіану (Me). Для порівняння параметричних показників використовували t-тест Стюдента, непараметричних — U-тест Манна та Уїтні, відносних — хі-квадрат тест. Вірогідність різниці (p) вважали статистично значущою за $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Вік пацієнтів основної групи складав 30–74 ($54,0 \pm 12,2$) роки, контрольної — 26–72 ($52,3 \pm 10,2$) роки ($p=0,519$). Хронічний калькульозний холецистит діагностовано у 49 (94,2%) осіб основної та у 78 (86,7%) хворих контрольної групи, гострий калькульозний холецистит — у трьох (5,8%) і у 12 (13,3%) пацієнтів ($p=0,054$). Холедохолітіаз констатовано у трьох (5,8%) і п'яти (5,6%) осіб відповідно.

Тиреоїдну патологію діагностовано у 36 (69,2%) хворих основної й у 78 (86,7%) пацієнтів контрольної групи (табл. 1).

Новоутворення надниркових залоз діагностовано у 13 (25,0%) пацієнтів основної й у п'яти (6,4%) осіб контрольної групи. Гормональну активність визначено у 14 (77,8%) хворих із захворюваннями надниркових залоз:

Таблиця 1

Захворювання ЩЗ у пацієнтів із холелітіазом

Групи пацієнтів	Основна (n=52)	Контрольна (n=90)
Тиреоїдна патологія		
Вузловий/багатовузловий нетоксичний зоб	28 (53,8%)	56 (62,2%)
Токсичний зоб (Базедов, вузловий)	5 (9,6%)	10 (11,1%)
Рак щитоподібної залози	2 (3,8%)	8 (8,9%)
Автоімунний тиреоїдит	1 (1,9%)	4 (4,4%)

феохромоцитому — у дев'яти пацієнтів, гіперкортицизм — у п'яти осіб. У т.ч. синдром МЕН 2Б діагностовано в одного (1,9%) хворого основної групи. ПГПТ виявлено у трьох (5,8%) і семи (7,8%) пацієнтів відповідно ($p=0,552$).

Ішемічну хворобу серця констатовано у 18 (34,6%) осіб основної й у 28 (31,1%) хворих контрольної групи ($p=0,715$), артеріальну гіпертензію — у 36 (69,2%) і 39 (43,3%) пацієнтів ($p=0,036$), ожиріння — у 14 (26,9%) і 23 (25,6%) осіб, цукровий діабет 2-го типу — у шести (11,5%) і чотирьох (4,4%) пацієнтів ($p=0,249$) відповідно. Згідно з класифікацією ASA, II клас фізичного стану визначено у 30 (57,7%) осіб основної й у 16 (17,8%) хворих контрольної групи, III клас — у 22 (42,3%) і 52 (57,8%) пацієнтів, IV клас — у 22 (24,4%) осіб контрольної групи ($p<0,001$).

Хворі з ендокринними розладами і тяжкою супровідною соматичною патологією потребували підготування до операції. Його здійснювали або амбулаторно, або в умовах терапевтичного чи хірургічного стаціонару. Мета передопераційного підготування полягала у нормалізації обміну речовин і компенсації соматичних захворювань. Під час останньої госпіталізації тривалість передопераційного періоду у пацієнтів основної групи дорівнювала 1–28 (Me=3,0) діб, в осіб контрольної групи — 1–15 (Me=2,0) діб ($p=0,009$).

У хворих на холедохолітіаз спочатку виконували ендоскопічні транспапільярні втручання, а через одну-дві доби проводили ЛХЕ. Для знеболення застосовували багатокомпонентний комбінований ендотрахеальний наркоз. В основній групі усім пацієнтам здійснено ЛХЕ. Крім цього, симультанну правобічну лапароскопічну адреналектомію виконано в 11 (21,2%) осіб, лівобічну ендоскопічну адреналектомію — у двох (3,8%); симультанні операції на ЩЗ (гемітиреоїдектомію, тиреоїдектомію) здійснено у 36 (69,2%) хворих, паратиреоїдектомію — у трьох (5,8%).

Шляхом гістологічного дослідження видалених препаратів хронічне запалення стінки жовчного міхура верифіковано у 49 (94,2%) пацієнтів, катаральне — у двох (3,8%) осіб, флегмонозне — в одного (1,9%) хворого ос-

новної групи. Вузловий колоїдний зоб встановлено у 19 (36,5%) пацієнтів, аденому ЩЗ — у 12 (23,1%), хронічний тиреоїдит — у трьох (5,8%), «маленький» (2 мм і 5 мм у діаметрі) папілярний рак на тлі вузлового колоїдного зоба — у двох (3,8%) осіб. Феохромоцитому діагностовано у шести (11,5%) хворих, аденому надниркової залози — у чотирьох (7,7%), кісту надниркової залози — у двох (3,8%), гангліоневрому — в одного (1,9%) пацієнта. Морфологічним субстратом ПГПТ у трьох (5,7%) хворих була аденома прищитоподібної залози.

У контрольній групі хірургічне лікування 45 (50,0%) пацієнтів починали із ЛХЕ. Часті приступи печінокових кольок зафіксовано у 28 (31,1%) осіб, гострий холецистит — у 12 (13,3%), холедохолітіаз — у п'яти (5,6%) пацієнтів. СО планували провести у 15 (16,7%) осіб, але у зв'язку з технічно складною ЛХЕ (наявність зростань, складна анатомія трикутника Кало) від розширення обсягу операції, тобто від СО, вимушено відмовилися. Конверсію здійснено у трьох (6,7%) хворих.

Операції лише на ендокринних органах виконано у 45 (50,0%) пацієнтів контрольної групи. Хірургічні показання до операції (компресія органів ший та середостіння зобом великих розмірів) визначено у 17 (18,9%) осіб, ендокринні (тиреотоксикоз, ПГПТ, феохромоцитома, хвороба Кушинга) — у 18 (20,0%), онкологічні (обґрунтована підозра на рак ЩЗ) — у 10 (11,1%) хворих.

СО планували провести у семи (7,8%) пацієнтів із переважним ураженням органів ендокринної системи. Проте зважаючи на великий обсяг першої операції, у них утрималися від симультанної ЛХЕ. Тиреоїдектомію здійснено у 36 (40,0%) осіб контрольної групи, у т.ч. шийну лімфаденектомію — у шести (6,7%), паратиреоїдектомію — у п'яти (5,6%), адреналектомію — у чотирьох (4,4%) пацієнтів.

Гістологічно хронічний холецистит констатовано у 33 (36,7%) осіб контрольної групи, флегмонозний холецистит — у 12 (13,3%) хворих. Вузловий колоїдний зоб виявлено у 16 (17,8%) пацієнтів, аденому ЩЗ — у 10 (11,1%), папілярний рак ЩЗ — у восьми (8,9%), хронічний тиреоїдит — у двох (2,2%), аденому прищитоподібної залози — у п'яти (5,6%) осіб, феохромоцитому — у трьох (3,3%), аденому надниркової залози — в одного (1,1%) хворого.

Тривалість операції у хворих основної групи складала 70–200 (136 ± 32) хв., у пацієнтів контрольної групи — 35–220 (98 ± 39) хв. Поопераційні ускладнення виникли у п'яти (9,6%) оперованих основної групи і семи (7,8%) — контрольної ($p=0,696$). Загалом серцево-судинні ускладнення розвинулися у семи хворих, інфільтрат поопераційної рани — у трьох, нервово-м'язовий парез половини гортані — в одного, гіпаратиреоз — в одного пацієнта. Летальних наслідків не було. Термін перебування

у стаціонарі осіб основної групи дорівнював 7–37 (Me=9,5) діб, хворих контрольної групи — 4–22 (Me=8,0) доби ($p=0,034$).

Отже, на вибір лікувальної тактики та черговість проведення СО у пацієнтів із поєднанням симптомного холелітазу і хірургічних захворювань ендокринних органів впливає низка чинників: фізичний стан хворого, наявність ускладнень ЖКХ і клінічний перебіг ендокринної патології [1–5].

Етапне хірургічне лікування з приводу холелітазу або ЕЗ планували виконати у 68 (47,9%) пацієнтів. Високий анестезіологічний ризик встановлено у 22 (15,5%) осіб цієї групи. Гнійно-запальні ускладнення ЖКХ (гострий деструкційний холецистит, гнійний холангіт, жовчний перитоніт) розвинулися у 17 (12,0%) хворих. Часто рецидивуючі ендокринні порушення, які важко коректувалися медикаментозними засобами, діагностовано у 18 (12,7%) пацієнтів. Компресію органів шиї і середостіння зобом великих розмірів виявлено у 17 (12,0%) осіб. Рак ЩЗ констатовано у восьми (5,6%) хворих, причому шестеро (4,2%) пацієнтів потребували проведення шийної лімфаденектомії.

Здійснення СО планували у 74 (52,1%) осіб. Це були хворі у фізичному стані II–III класу за класифікацією ASA, без тяжких ускладнень холелітазу, з компенсованою ендокринною патологією та доброякісними ЕЗ. СО виконували почергово. У пацієнтів із нетоксичним зобом спочатку виконували ЛХЕ, а після ліквідування пневмоперитонеуму коректували тиреоїдну патологію [3]. В осіб із тиреотоксичним зобом, новоутвореннями надниркових залоз і ПГПТ спочатку виконували втручання з приводу ЕЗ, а потім (за умови стабільного стану хворого) — ЛХЕ. Проте через технічні складнощі під час першої операції у 22 (15,5%) пацієнтів від СО довелося відмовитися.

СО здійснено у 52 (36,6%) осіб. Частота ускладнень після операції у хворих основної та контрольної груп статистично значуще не відрізнялася ($p=0,696$). Отже, СО, виконана за показаннями, не призводить до збільшення кількості поопераційних ускладнень і дозволяє отримати добрі безпосередні результати лікування пацієнтів із ЖКХ і хірургічними захворюваннями органів ендокринної системи.

ВИСНОВКИ

1. Симультанні операції виконано у 36,6% пацієнтів із поєднанням ЖКХ і хірургічних захворювань ендокринних органів.

2. Проведення симультанних операцій показано в осіб із незначним і помірним анестезіологічним ризиком, за умов компенсації метаболічних розладів, відсутності тяжких ускладнень холелітазу та наявності доброякісних ЕЗ.

3. Здійснені за показаннями, СО не призводять до збільшення кількості поопераційних ускладнень і дозволяють отримати добрі безпосередні результати лікування хворих із поєднанням ЖКХ і хірургічної патології ендокринних органів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Черенько С.М. Хірургічне лікування калькульозного холециститу у пацієнтів із ендокринною патологією / С.М. Черенько // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2004. — № 2(7). — С. 45–50.
2. Симультанні операції у больных с холециститом / С.А. Гешелин, М.А. Каштальян, И.З. Гладчук [и др.] // Укр. журнал хірургії. — 2008. — № 2. — С. 60–63.
3. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы и симультанная лапароскопическая холецистэктомия / М.П. Павловский, В.И. Коломийцев, А.М. Сыроид, Я.И. Гавриш // Современные аспекты хирургической эндокринологии: сб. матер. одиннадцатого Рос. симпоз. по хирургической эндокринологии. — Санкт-Петербург, 2003. — Т. 1. — С. 172–174.
4. Пашковский О.М. Одноэтапные операции при сочетанной хирургической патологии у пациентов с желчнокаменной болезнью: автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 “Хирургия” / О.М. Пашковский. — Москва, 2007. — 23 с.
5. Симультанні операції в хірургічному лікуванні хворих з ендокринною патологією / С.М. Завгородній, М.Г. Головкин, Є.І. Гайдаржі [та ін.] // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2009. — № 1(26). — С. 45–46.
6. Анестезиология и интенсивная терапия: Практическое руководство / Б.Р. Гельфанд, П.А. Кириенко, Т.Ф. Гриненко, В.А. Гурьянов и др.; [Под общ. ред. Б.Р. Гельфанда]. — М.: Литтерра, 2006. — 576 с.

РЕЗЮМЕ

Симультанні операції у пацієнтів з желчнокаменной болезнью и хирургической патологией эндокринных органов
М.П. Павловский, В.И. Коломийцев, А.М. Сыроид, Я.И. Гавриш

В работе проанализированы особенности выполнения и результаты симультантных операций (СО) у пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и хирургическими заболеваниями эндокринных органов. На протяжении 2000–2009 гг. по поводу сочетанной билиарной и эндокринной патологии прооперированы 142 больных в возрасте 26–74 лет. СО выполнены у 52 (36,6%) пациентов (основная группа). Поэтапное хирургическое лечение применили у 90 (63,4%) больных (контрольная группа). СО проводили у пациентов с незначительным и умеренным анестезиологическим риском, при компенсации метаболических нарушений, отсутствии тяжелых осложнений ЖКБ и наличии доброкачественных эндокринных заболеваний. Наряду с лапароскопической холецистэктомией, лапароскопическую/эндоскопическую адреналэктомию осуществляли у 13 (25,0%) больных основной группы, операции на щитовидной железе (тиреоидэктомию, гемитиреоидэктомию) — у 36 (69,2%), паратиреоидэктомию — у 3 (5,8%) пациентов. В контрольной группе холецистэктомию выполнили у 45 (50,0%)

больных, тиреоидэктомию — у 36 (40,0%), паратиреоидэктомию — у 5 (5,6%), адреналэктомию — у 4 (4,4%) больных. Послеоперационные осложнения возникли у 5 (9,6%) пациентов основной и 7 (7,8%) больных контрольной группы ($p=0,696$). Летальных исходов не было. При использовании СО получены хорошие непосредственные результаты лечения больных с ЖКБ и сочетанной хирургической патологией эндокринных органов.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, эндокринные заболевания, симультанные операции.

SUMMARY

The simultaneous operations at patients with cholelithiasis and surgical pathology of endocrine organs

M. Pavlovsky, V. Kolomyitsev, O. Syroid, Ja. Havrysh

The peculiarities of performance and results of simultaneous operations (SO) in patients with cholelithiasis (ChL) and surgical diseases of endocrine organs were analyzed in this study. 142

patients with combined biliary and endocrine pathology at the age of 26–74 y.o. were operated during 2000–2009 period. SO performed in 52 (36.6%) patients (SO-group). The stepwise of surgical treatment used in 90 (63.4%) patients (control group). SO were performed in patients with II–III classes of ASA classification and compensation of metabolic dysfunctions without severe complications of ChL, and with benign endocrine diseases. The laparoscopic cholecystectomy (LCE) and laparoscopic/endoscopic adrenalectomy were performed in 13 (25.0%) patients of SO-group, LCE and thyroid surgery (thyroidectomy, hemithyroidectomy) — in 36 (69.2%), LCE and parathyroidectomy — in 3 (5.8%) cases. LCE were performed at 45 (50.0%) patients of control group, thyroidectomy — at 36 (40.0%), parathyroidectomy — at 5 (5.6%), adrenalectomy — at 4 (4.4%) patients. Five (9.6%) patients of SO-group and seven (7.8%) patients of control group had postoperative complications ($p=0,696$). There was no mortality. The use of SO for treatment of patients with ChL and combined surgical pathology of endocrine organs favoured to the good immediate results.

Key words: cholelithiasis, endocrine diseases, simultaneous operations.

Дата надходження до редакції 15.01.2010 р.