

УДК 616.366-036.11-06:616-002.44:616.14-007.64 -089-072.1

О.Л. Ковальчук, Т.В. Романюк, Д.Б. Фіра, В.В. Мельничук

МАЛОІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ ПРИ РАДИКАЛЬНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ПОЄДНАНОГО УСКЛАДНЕННОЮ ТРОФІЧНОЮ ВИРАЗКОЮ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського

При лапароскопічній холецистектомії зростає ризик тромбозів та тромбоемболічних ускладнень, особливо при хронічних захворюваннях вен нижніх кінцівок, їхніх ускладнених формах. Тенденції проведення симультанних операцій обумовлюють розробку оптимального об'єму поєднаних малоінвазивних втручань. Мета роботи – розробити хірургічну тактику лікування хворих з гострим холециститом із супутньою трофічною виразкою гомілки венозного генезу. Виділено основну групу хворих (56) з гострим холециститом, варикозною хворобою ускладненою трофічною виразкою, та контрольну (54) – з трофічною виразкою на ґрунті варикозної хвороби, яким визначено рівень в сироватці крові молекул середньої маси, як маркерів ендогенної інтоксикації, ендотеліальну дисфункцію за рівнем ендотеліну-1 та фактору Віллебранда. Проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, судин нижніх кінцівок. Зростання маркерів ендогенної інтоксикації в основній групі у порівнянні з контрольною свідчить про наростання ендогенної інтоксикації, зумовленої гострим холециститом, а зниження – холецистектомією. Аналогічні зміни виявлено при визначенні ендотеліальної дисфункції, що свідчить про вищий ризик тромбозів в основній групі. Порушення гемостазу вимагали корекції антикоагулянтами та передопераційної підготовки (протягом 3 діб). Одночасно санувалась трофічна виразка з аутодермопластиком на 6-7 добу. По даним сонографії була обґрунтована кросектомія, короткій або тотальній стріппінг; методикою субфасціальної ендоскопічної дисекції ліквідували горизонтальний рефлюкс. Одразу ж після проведеної верхньої кросектомії здійснювали пневмоперитоніум, лапароскопічну холецистектомію. Висновки: об'єм поєднаного оперативного втручання мінімізує ризик тромбоемболій, відповідає радикальності хірургічного лікування трофічної виразки венозного генезу.

Ключові слова: ендогенна інтоксикація, ендотеліальна дисфункція, хірургічна тактика.

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) в наш час є золотим стандартом в хірургічній практиці, і має низку переваг у порівнянні зі звичайною холецистектомією [3]. Проте положення Фовлера, тривалий пневмоперитоніум, введення міорелаксантів є фактором ризику тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок у 11-18 % та навіть 55 % після ЛХЕ [5]. Небезпека тромбозів зростає на фоні варикозної хвороби, посттромбофлебітичного синдрому нижніх кінцівок чи хронічної клапанної недостатності глибоких вен, особливо ускладнених форм (у 2-5 % цих хворих) [6]. Тромбози глибоких вен, які часто протікають субклінічно, небезпечні у відношенні тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) з летальністю 30 % [2].

За даними ВООЗ (1999), у 20-30 % хворих, що підлягають оперативному лікуванню, виявляється ще одне або декілька захворювань, котрі потребують хірургічного лікування, тому в останні роки збільшився інтерес до поєднаних (симультанних) операцій [1].

Розробка оптимального об'єму оперативного втручання, пошук ефективних профілактичних заходів попередження ТЕУ після лапароскопічних оперативних втручань має важ-

ливе клінічне значення, оскільки за літературними даними виникнення таких ускладнень в останні роки зростає і складає 1-2 % [4].

Мета роботи – розробити хірургічну тактику лікування хворих з гострим холециститом із супутньою трофічною виразкою гомілки (ТВГ) на ґрунті варикозної хвороби.

Матеріал та методи

Протягом 2009-2011 років на базі відділення малоінвазивної хірургії Тернопільської університетської лікарні проліковано 56 хворих з гострим калькульозним холециститом з варикозною хворобою ускладненою ТВГ, що склали основну групу. До цієї групи відносили осіб з неструктурними формами холециститу без вираженої супутньої соматичної патології. Контрольну групу склали 54 хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок ускладненою ТВГ, які проходили лікування у відділенні судинної хірургії за той же період. Пацієнтам визначали рівень в сироватці крові молекул середньої маси (МСМ) – СМ₁, СМ₂, як маркерів ендогенної інтоксикації. З метою визначення ендотеліальної дисфункції визначали рівень ендотеліну-1 та фактору Віллебран-

да. Проводили ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, судин нижніх кінцівок. Згідно отриманих результатів визначали хірургічну тактику.

Результати та обговорення

Відомо, що багато патологій супроводжуються активацією окиснювальних процесів, продукти яких чинять токсичний вплив на всі органи. При цьому підвищується активність реакцій перекисного окиснення ліпідів, відбувається деградація та деструкція протеїнів, поглиблюється ендогенна інтоксикація, маркерами якої є МСМ. Було проведено визначення цих маркерів в основній та контрольній груп хворих на 1-3 добу до- та післяопераційного періоду (рис. 1).

Вищі показники МСМ у хворих основної групи у порівнянні з контрольною групою свідчить про наростання ендогенної інтоксикації, зумовленої гострим холециститом, а зниження рівня цих показників обумовлене хірургічною ліквідацією джерела інтоксикації.

Тромбози та ТЕУ зумовлені не тільки порушенням реологічних властивостей крові, ламінарного кровотоку, а й ендотеліальною дисфункцією. Причиною останньої досить часто виступає ендогенна інтоксикація. Тому актуальним було визначення ендотеліальної дисфункції в основній та контрольній груп хворих в до- та післяопераційному періоді (рис. 2., 3.).

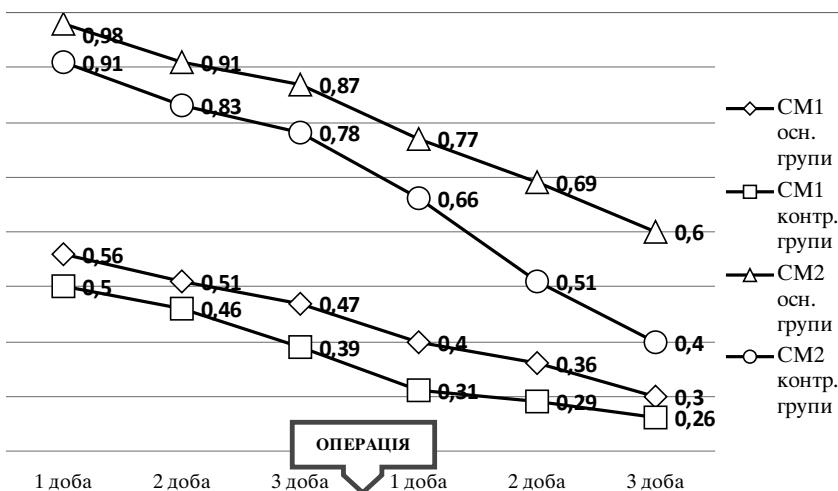


Рис. 1. Вміст МСМ (ум.од/л) в сироватці крові основної та контрольної груп хворих.

Картина отриманих змін тотожна з результатами попереднього дослідження, що свідчить про прямий кореляційний зв'язок. Тобто у хворих з гострозапальними захворюваннями, які супроводжуються ендогенною інтоксикацією зростає ризик тромбозів. Особливо ризик зростає, якщо у хворих наявні ускладненні хронічні захворювання вен нижніх кінцівок.

Отриманні результати глибоких порушень гемостазу не дозволили проводити оперативне втручання без відповідної корекції судинних та реологічних порушень. Тому хворим було рекомендовано використання нефракціонованого гепарину в дозі 5000 МО 2 рази на добу чи застосування низькомолекулярних гепаринів в дозі не більше 3400 МО на добу. Корекція проводилась не більше 3 днів, і була направлена на зменшення гострозапальних явищ. Поряд з передопераційною підготовкою проводилась санація трофічної виразки протягом 5-6 днів, яка дозволила провести аутодермопластику на 6-7 добу.

Згідно отриманих доплерографічних даних порушень венозного відтоку з нижніх кінцівок всім хворим була обґрунтована верхня кросектомія та короткий або тотальний стріппінг в залежності від поширеності вертикального рефлюксу. Методикою субфасціальної ендоскопічної дисекції неспроможних перфорантних вен (SEPS) ліквідували горизонтальний рефлюкс. Одразу ж після проведенної верхньої кросектомії розпочинали створювати пневмоперитоніум та виконання ЛХЕ. Особливістю при виконанні оперативного втручання було скорочення тривалості лапароскопічної операції, з підтримкою тиску інсуфляції на рівні 1,6 кПа (12 mmHg), періодичним здійсненням екссуфляції через 30-40 хвилин та переведенням хворого в положення Тренделенбурга. Ця методика за даними Ничитайло М.Е. дозволяє знизити частоту тромбоемболічних ускладнень після проведення лапароскопічних операцій до 0,045 %.

ти пневмоперитоніум та виконання ЛХЕ. Особливістю при виконанні оперативного втручання було скорочення тривалості лапароскопічної операції, з підтримкою тиску інсуфляції на рівні 1,6 кПа (12 mmHg), періодичним здійсненням екссуфляції через 30-40 хвилин та переведенням хворого в положення Тренделенбурга. Ця методика за даними Ничитайло М.Е. дозволяє знизити частоту тромбоемболічних ускладнень після проведення лапароскопічних операцій до 0,045 %.

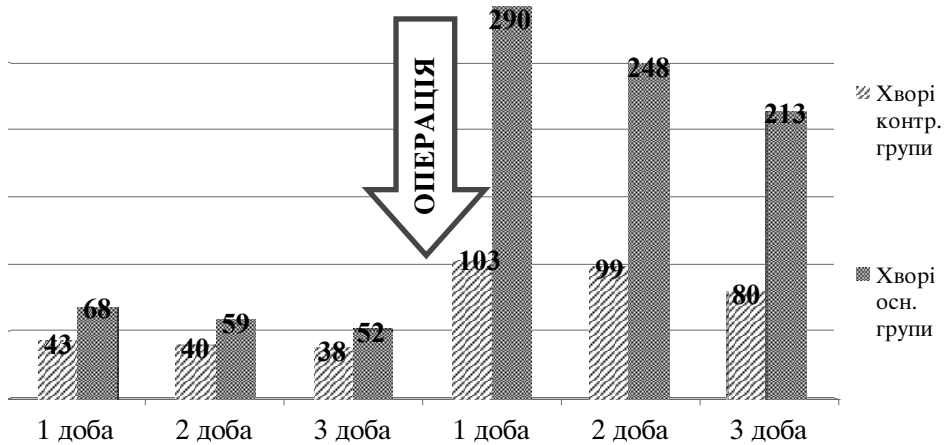


Рис. 2. Показники фактора Віллебранда (%) в сироватці крові основної та контрольної груп хворих

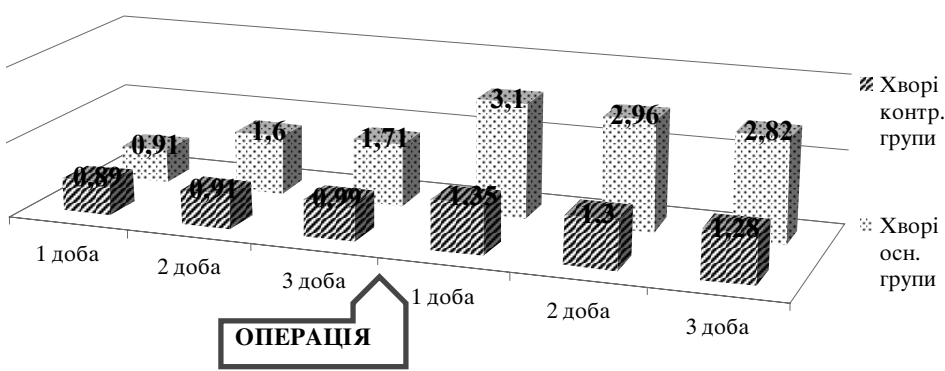


Рис. 3. Порівняльна характеристика вмісту ендотеліну-1 у сироватці крові обстежуваних груп хворих

З а к л ю ч е н н я

Стан ендотеліальної дисфункції у хворих із ендогенною інтоксикацією обумовлює високий ризик тромбозів і вимагає поряд із ліквідацією джерела інтоксикації корекцію судинних порушень. Після проведенного лікування ускладнень, рецидивів виявлено не було, косметичний ефект хороший. Ліжко-день основної групи хворих склав 7-10 днів (хворі з 6-7 доби продовжували лікування в умовах відділення судинної хірургії, де проводили аутодермопластику ТВГ).

Отже, запропонований об'єм поєднаного оперативного втручання мінімізує ризик тромбоемболічних ускладнень, а також відповідає радикальності при хірургічному лікуванні трофічної виразки венозного генезу.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА В СОЧЕТАНИИ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ

А.Л. Ковальчук, Т.В. Романюк,
Д.Б. Фіра, В.В. Мельничук

При лапароскопической холецистэктомии возрастает риск тромбозов и тромбоэмболических осложнений, особенно при хронических заболеваниях вен нижних конечностей, их осложненных формах. Тенденции проведения симультанных операций обуславливают разработку оптимального объема сочетанных малоинвазивных вмешательств. Цель работы – разработать хирургическую тактику лечения больных с острым холециститом с сопутствующей трофической язвой венозного генеза. Выделено основную группу больных (56) с острым холециститом и варикозной болезнью, осложненной трофической язвой, и контрольную (54) – с трофической язвой на почве варикозной болезни, которым был определен уровень в сыворотке крови молекул средней массы, как маркеров эндогенной интоксикации, ендотелиальную дисфункцию за уровнем эндотелина-1 и фактора Виллебранда. Проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сосудов нижних конечностей.

стей. Рост маркеров эндогенной интоксикации в основной группе по сравнению с контрольной свидетельствует о нарастании эндогенной интоксикации, предопределенной острым холециститом, а снижение – холецистэктомией. Аналогичные изменения выявлены при определении эндотелиальной дисфункции, что свидетельствует о более высоком риске тромбозов в основной группе. Нарушения гемостаза требовали коррекции антикоагулянтами и предоперационной подготовки (в течение 3 суток). Одновременно санировалась трофическая язва с аутодермопластикой на 6-7 сутки. По данным сонографии была обоснована кроссектомия, короткий или тотальный стриппинг; методикой субфасциальной эндоскопической диссекции ликвидировали горизонтальный рефлюкс. Сразу же после верхней кроссектомии создавали пневмоперитонеум, лапароскопическую холецистэктомию. Выводы: объем сочетанного оперативного вмешательства минимизирует риск тромбоемболий, отвечает радикальности хирургического лечения трофической язвы венозного генеза.

Ключевые слова: эндогенная интоксикация, эндотелиальная дисфункция, хирургическая тактика.

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGY IN THE RADICAL TREATMENT OF AN ACUTE CHOLECYSTITIS COMBINED WITH THE VARICOSE DISEASE COMPLICATED BY TROPHIC ULCER

*O.L. Kovalchuk, T.V. Romanyuk,
D.B. Fira, V.V. Melnychuk*

Laparoscopic cholecystectomy increases the risk thrombembolism, especially at complicated forms of chronic diseases of veins. Tendences of performing simultaneous operations cause the development of optimal volume of combined minimallyinvasive operations. The aim of work: to develop surgical tactic of treatment of patients with an acute cholecystitis with concomitant trophic ulcer of the venous genesis. Allocated main group of patients (56) with an acute cholecystitis, varicose disease complicated by trophic ulcer, control (54) – with trophic ulcer on the basis of varicose disease, which determined level of middle mass molecules in blood serum, as markers of endogenous intoxication, endothelial dysfunction by the level of endothelin-1 and Willebrand's factor. All patients

received ultrasound research of abdominal cavity organs, vessels of lower limbs. The growth of endogenous intoxication in the main group comparing with the control indicates the increase of endogenous intoxication, conditioned by the acute cholecystitis and the decreasing – cholecystectomy. Similar changes were found in the determination of endothelial dysfunction, that indicates the higher risk of thrombosis in the main group. The violations of hemostasis required the correction of anticoagulants and preoperative training (3 days). Simultaneously the sanitation of trophic ulcer with auto-dermis-plasticity on the 6-7 day was made. According to sonography was justified crosssectomy, stripping; by the method of sub-fascial endoscopic dissection eliminated of horizontal reflux. Immediately after conducted upper crosssectomy the pneumoperitoneum and laparoscopic cholecystectomy were performed. Conclusions: the volume of combined surgery minimizes risk thromboembolism, corresponds to the radical surgical treatment of trophic ulcer of the venous genesis.

Key words: endogenous intoxication, endothelial dysfunction, surgical tactics.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев Ю.В. Симультаные операции у больных пожилого и старческого возраста / Ю.В. Андреев, А.А. Богданец, В.Л. Бобков [и др.]. // Вестн. хир. – 1997. – № 4. – С. 75-78.
2. Арутюнов А.Г. Ранний тромбоз – спасенная жизнь / А.Г. Арутюнов, Д.Ю. Бутылин // Здоров'я України. – 2006. – № 11-12. – С. 1-6.
3. Кисляков В.В. Об опасностях и осложнениях лапароскопической холецистэктомии / В.В. Кисляков, Э.Б. Усеинов, К.Л. Гройзик // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1 (36). – С. 207-209.
4. Матвійчук Б.О. Профілактика венозного тромбозу та тромбоемболії легеневої артерії у загальній хірургії: проблеми й перспективи / Б.О. Матвійчук, О.Б. Матвійчук, Н.Р. Федчишин // Клінічна хірургія. – 2007. – № 8. – С. 36-38.
5. Федоровская Л.С., Менчуков О.Н. Ранние послеоперационные осложнения в неотложной хирургии / Л.С. Федоровская, О.Н. Менчуков // Сб. науч. тр. – М., 1987. – С. 45-47.
6. Arko F.R. Aggressive percutaneous mechanical thrombectomy of deep venous thrombosis: early clinical results / F.R. Arko, C.M. Davis, R.H. Murphy [et al.] // Arch. Surg. – 2007. – Vol. 142 (6). – P. 513-519.

Стаття надійшла 09.02.2011