

УДК 616.13—036.1—089

П. В. Мірошниченко, О. А. Большак, А. Б. Строїло,
Є. А. Волощук, М. А. Шаповалов, С. О. Лукаш, Ю. І. Дєєв



Симультанні операції в хірургічному лікуванні хвороб магістральних судин

Узагальнено досвід лікування 154 хворих, що мали поєднання захворювань магістральних судин й іншої патології та яким виконали симультанні операції.

Ключові слова: симультанні операції, мультифокальний атеросклероз, відновні операції.

Із розвитком хірургічної техніки, досягненнями анестезіології і реаніматології все більше хірургів виконують симультанні операції, коли у хворого встановлено наявність одночасно двох-трьох захворювань. Потребу виконати симультанну операцію (СО) диктують такі обставини:

клінічна значущість — швидше, за одну операцію, звільнити хворого від кількох хвороб. Здебільшого цього бажає і хворий;

економічна доцільність — хворий перебуває на ліжку і проходить реабілітацію один раз;

одночасне усунення патології кількох органів, що знімає загрозу загострення хронічного перебігу захворювань у післяопераційному періоді.

Першу СО здійснено ще у XVIII ст.: 1735 року Claudius Amyand вдало виконав апендектомію та герніопластику водночас [1]. Історія СО в ангіохірургії налічує близько півстоліття. J. Ochsner із співавт. [2] повідомили про 64 пацієнтів, яким апендектомії, холецистектомії, резекції шлунка, операції на товстій кишці виконали водночас із резекцією аневризми черевної аорти з добрими наслідками. Деякі хірурги вважають перспективним виконувати різноманітні втручання на органах черевної порожнини одночасно з декомпресією черевного стовбура, венектомією на нижніх кінцівках та іншими операціями на судинах [1]. М. Могі [3] здійснив успішну СО резекції шлунка з приводу виразкової хвороби та резекції аневризми черевної аорти. F. L. Kjømhaug повідомив про результати операцій аортокоронарного шунтування в поєднанні з різноманітними втручаннями у 63 хворих (див. [1]). Летальність при цьому становила 4,7%. Зауважують патогенетичний зв'язок між розвитком жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) і мультифокального атеросклерозу. У зв'язку з цим триває активна дискусія в літературі щодо тактики хірургічних методів лікування ЖКХ та атеросклерозу [4—8], а стосовно стратегії і тактики в разі поєднання цих нозологій інформації замало.

Мета дослідження — узагальнити досвід застосування симультанних операцій у судинній хірургії.

Матеріали

У період з 1995 по 2007 рік ми пролікували 154 хворих, яким виконали СО за поєднаної патології магістральних судин та інших захворювань (табл. 1).

У двох хворих поєднувалися аневризма інфраренального відділу аорти та операбельні зляжкісні пухлини нирок. Виконання резекції аневризми аорти і нефректомії з поширеною лімфаденектомією в одному сеансі наркозу дало змогу досягти одужання в обох випадках. В одному разі виникло ускладнення — піддіафрагмова гематома, зумовлена неадекватним дрениванням. Ускладнення усунули консервативними засобами.

Поєднання ЖКХ і мультифокального атеросклерозу — достатньо часте явище. Ми маємо досвід виконання одинадцяти СО, що поєднували холецистектомію з відновними операціями на магістральних артеріях з приводу аневризми аорти (3) й оклюзивних уражень аорто-клубової зони (8). Ще у 2 випадках було поєднання ЖКХ із синдромом хронічної абдомінальної ішемії, зумовленим компресією черевного стовбура ніжками діафрагми. Виконання декомпресії черевного стовбура та холецистектомії в обох випадках допомогло досягти одужання пацієнтів.

Вважаємо, що відновні операції на магістральних судинах з використанням синтетичних судинних протезів недоцільно поєднувати з операціями, під час яких здійснюють розтин порожнистих органів, з огляду на загрозу інфікування судинних експлантатів. Виконуючи аортобіфеморальне шунтування одному хворому, ми водночас вимушено здійснили апендектомію через десерозацію червоподібного відростка під час технічно складного вісцеролізу. Незважаючи на позитивні

Таблиця 1

Характер виконаних симультанних операцій

Операція	Кількість хворих
Резекція аневризми аорти	2
+ нефректомія (онковаріант)	3
+ холецистектомія	12
+ герніопластика	
Аортобіфemorальне шунтування	7
+ холецистектомія	1
+ апендектомія	18
+ герніопластика	1
+ видалення кісти замикального отвору	2
+ оваріотомія	
Декомпресія черевного стовбура	2
+ холецистектомія	
Клубово-стегонове шунтування	1
+ холецистектомія	
Стегново-підколінне шунтування	2
+ корекція вальгусної деформації I пальця стопи за Бойчевим	
Каротидна ендартеректомія	3
+ резекція хемодектоми	
Венектомія	26
+ операція Іванисевича	67
+ видалення доброякісних пухлин шкіри	9
+ корекція вальгусної деформації I пальця стопи за Бойчевим	
Разом	154

наслідки, наголошуємо на вимушеному характері поєднаної операції в цьому разі.

Патологія магістральних артерій здебільшого є геріатричною проблемою, тому досить часто поєднується з дефектами черевної стінки. Одночасне проведення гемодинамічної корекції і герніопластики вважаємо обов'язковим з таких міркувань: по-перше, є небезпека стискання внутрішніх органів у ранньому післяопераційному періоді (особливо під час післяопераційного парезу кишечника), по-друге, проведення аорто-клубово-стегонового судинного протеза крізь судинну лакуну псує анатомічні співвідношення в зоні скарпівського трикутника, що технічно ускладнює подальшу герніопластику і створює загрозу інфікувати судинний експлантат. Ми маємо досвід виконання тридцяти СО, де аорто-клубово-стегонова реконструкція поєднувалася з герніопластиком. Ускладнень у таких хворих не було. Перевагу віддаємо пластиці місцевими тканинами, щоб зменшити ризик нагноєнь, пов'язаних з імплантацією в дефект черевної стінки чужорідного тіла. Для об'єктивності зауважимо, що пацієнтів з великими і складними дефектами черевної стінки в цій групі хворих не було.

Атеросклеротичні стенози сонних артерій можуть поєднуватися з наявністю у хворого хемодектоми. У трьох випадках каротидної ендартеректомії ми видалили хемодектому. В усіх хворих перебіг захворювання супроводжувався високою арте-

ріальною гіпертензією, яку цілком усунули після операції немедикаментозними засобами.

У двох хворих стегоново-підколінне артеріальне шунтування поєднали з корекцією вальгусної деформації першого пальця стопи. В обох випадках приводом для звернення хворого до лікаря була ортопедична патологія, поєднана з облітеруючим атеросклерозом у стадії докритичної ішемії (II-A за Фонтейном — Покровським). Виконувати корекцію кісткової патології в умовах артеріального дефіциту видавалося небезпечним. Наслідки лікування обох хворих позитивні.

У 9 хворих корекцію хронічної венозної недостатності доповнювали операцією Бойчева, проте останнім часом вважаємо це за недоцільне, оскільки іммобілізація хворого не дає змоги активізувати його в ранній період і збільшує небезпеку тромбозу глибоких вен.

Доцільність поєднувати венектомію та видалення доброякісних пухлин шкіри й підшкірної клітковини є незаперечною. Маємо власний досвід лікування 67 таких хворих. Ускладнень у цій групі не спостерігали.

Досить часто поєднуються варикозна хвороба та варикозне розширення вен сім'яного канатика, що зумовлене етіологічною спільністю цих патологій. Вважаємо, що, плануючи поєднати венектомію та операцію Іванисевича, обов'язково треба попередньо провести ренооваріофлебографію, для того щоб відкинути аорто-мезентеріальний

«пінцет». Поєднання венектомії з операцією Іванисевича допомогло досягти позитивних наслідків лікування в усіх 26 хворих. Проте останнім часом ми відмовилися від проведення СО цього типу, оскільки перевагу віддаємо ендovasкулярній емболізації яєчкової вени, яку можна здійснити безпосередньо під час флебографічного дослідження.

Обговорення

План виконання поєднаної операції потрібно скласти до початку втручання. Крім описаного епізоду з апендектомією, ми тільки одного разу мусили провести незаплановану СО (аортобіфоморальне шунтування плюс видалення кісти замикального отвору), коли супровідна патологія стала операційною знахідкою.

Вважаємо обов'язковим під час обстеження провести, крім загальноклінічних і біохімічних лабораторних досліджень, ретельне ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ультразвукову доплерографію.

За наявності аневризми аорти ми виконували рентгеноконтрастну комп'ютерну аорто-томографію з побудовою тривимірних реконструкцій. У разі підозри на синдром хронічної абдомінальної ішемії проводили багатопроєкційну рентгеноконтрастну аортографію. Для того щоб оцінити стан серцево-судинної системи, проводили динамічну електрокардіографію, ехокардіографію.

Стан мозкового кровообігу оцінювали за допомогою транскраніальної доплерографії. Ретельно оцінивши стан хворого, планували СО. На всіх етапах обстеження хворого неодноразово оглядали анестезіолог, кардіолог, пульмонолог для підготування до операції. Тож летальних випадків серед хворих, яким виконали поєднані операції, не було.

Відзначили 4 ускладнення (лімфорей з післяопераційної рани в 3 хворих і нагноєння післяопераційної рани — в одного), які не були пов'язані з розширенням обсягів оперативного втручання.

Тривалість лікування хворих, яким здійснили СО, була трохи вищою проти пацієнтів, яким провели ізольовані операції (10,3 і 10,1 ліжко-дня відповідно).

Висновки

Виконання симультанних операцій не збільшує кількості післяопераційних ускладнень і летальності.

Проведення СО вигідне економічно, оскільки вони практично не подовжують госпіталізації і знімають потребу повторно госпіталізувати й оперувати хворого.

Успіх СО залежить від якості передопераційного обстеження, передопераційного підготування й планування обсягів оперативного втручання.

Слід рекомендувати широке застосування симультанних операцій.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2007

Цитована література

1. *Симультанные* вмешательства в абдоминальной хирургии / Ю. В. Андреев, И. П. Дуданов. — Петрозаводск : Изд-во Петрозаводского ун-та, 2001. — 77 с.
2. *Associated intraabdominal lesions rectum* / J. Ochsner, D. A. Cosley, M. E. DeBaakey // *Int. Surg.* — 1960. — Vol. 3. — P. 486.
3. *Successful Simultaneous Repair of Encountered During Resection of Aortic Aneurysms* / M. Mori, K. Okadome, A. Fukuda, K. Sugimachi // *Int. Surg.* — 1990. — Vol. 75. — P. 259—261.
4. *Возможности симультанных операций у пациентов с желчнокаменной болезнью, сочетанной с мультифокальным атеросклерозом* / Б. С. Брискин, Ф. Ф. Хамитов, А. Н. Гудков, М. В. Костюченко // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* — 2005. — № 5. — С. 86 (Прил. 26 : материалы Одиннадцатой российской гастроэнтерологической недели, 10—12 окт. 2005 г., Москва).
5. *Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни* / Э. В. Луцевич, А. П. Уханов, М. В. Семенов. — М., 1999. — 132 с.
6. *Хирургическое лечение пациентов с мультифокальным атеросклерозом* / Ф. Ф. Хамитов, С. М. Темиряев, Е. А. Маточкин, Е. А. Кузубова // *Ангиология и сосудистая хирургия.* — 2004. — № 10 (2). — С. 105—109.
7. *Minilaparotomy as an access route to vascular reconstruction procedures in the aortoiliac region* / Stadler P., Sebesta P., Klika T. et al. // *Rozhl Chir.* — 2004. — Vol. 83, N 11. — 545—548.
8. *Minimally invasive aortic valve replacement under thoracic epidural anesthesia in a conscious patient: case report* / T. Klokocovnic, J. Hollan, M. Sostaric, T. Pintar, T. Mirkovic // *Heart Surg. Forum.* — 2004. — Vol. 7, N 3. — P. E196—197.
9. *Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии* / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, А. В. Юрасов. — М. : Триада-Х, 2003. — 203 с.

*П. В. Мирошниченко, А. А. Большак, А. Б. Строило, Е. А. Волощук, Н. А. Шаповалов,
С. А. Лукаш, Ю. И. Деев*

Симультанные операции в хирургическом лечении заболеваний магистральных сосудов

Обобщен опыт лечения 154 больных, которым были выполнены симультанные операции при сочетании заболеваний магистральных сосудов с другими патологиями.

Сделан вывод о целесообразности проведения симультанных операций. При тщательном предоперационном планировании и подготовке они не повышают операционный риск и могут быть рекомендованы к широкому практическому применению.

*P. V. Miroshnychenko, O. A. Bol'shak, A. B. Stroilo, Ye. A. Voloschuk, M. A. Shapovalov,
S. O. Lukash, Yu. I. Dieiev*

Simultaneous operations in the surgical treatment of the major vessels disorders

The experience of the treatment of 154 patients, undergone the simultaneous surgery for combined major vessels disease with the other pathologies, has been summarized. The conclusion has been made about the advisability of fulfillment of such simultaneous surgical operations. They did not increase the surgical risk in the case of careful pre-operative planning. Therefore such operations could be recommended for the extensive practical use.