

С.С. СТЕБУНОВ

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

ГУ «Республиканский клинический медицинский центр»
Управления делами Президента Республики Беларусь, г. Минск,
Республика Беларусь

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни у пациентов с избыточной массой тела, определить показания и разработать технику лапароскопического вмешательства, обосновать выбор метода оперативного лечения у данной категории больных.

Материал и методы. Работа основана на опыте хирургического лечения 37 пациентов с желчнокаменной болезнью с ожирением III степени. Изучены ближайшие и отдалённые результаты оперативного лечения этой категории пациентов.

Результаты. Все пациенты прооперированы с соблюдением разработанных принципов и технических приёмов. Из интраоперационных осложнений имело место кровотечение из пузырной артерии у 2 больных. В обоих случаях кровотечение было остановлено лапароскопически. Случаев конверсии и гнойно-септических осложнений не было. В сроки до 5 лет хорошие результаты отмечены у 80,3% человек. Удовлетворительные результаты зарегистрированы у 19,7% пациентов.

Заключение. Лапароскопическая холецистэктомия при желчнокаменной болезни является операцией выбора у лиц с ожирением. Она позволяет в ранние сроки активизировать больных, избежать возможных специфических осложнений и улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, ожирение, лапароскопические операции, ближайшие и отдаленные результаты

Objectives. To improve the results of surgical treatment of cholelithiasis in overweight patients; to determine indications and to work out the technique of laparoscopic intervention; to ground the method choice of the operative treatment in the given category of patients.

Methods. The work is based on the experience of surgical treatment of 37 patients with cholelithiasis and III degree obesity. The immediate and distant results of the operative treatment of this category of patients are studied.

Results. All patients were operated on compliance with the designed principles and technical methods. There was the cystic artery bleeding in 2 patients among the intraoperative complications. In both cases the bleeding was laparoscopically stopped. There were no cases of conversion and septic complications. In terms of up to 5 years good results were marked in 80,3% of patients. Satisfactory results are registered in 19,7% of patients.

Conclusion. Laparoscopic cholecystectomy at cholelithiasis is the operation of choice in persons with obesity. It permits to make patients more active in early terms as well as to avoid possible specific complications and to improve the treatment results.

Keywords: cholelithiasis, obesity, laparoscopic operations, immediate and distant results

Введение

Желчнокаменная болезнь до настоящего времени остаётся одним из самых распространённых хирургических и гастроэн-

терологических заболеваний, а их лечение входит в число наиболее актуальных и важных задач современной медицины. Ежегодно в мире производится около 2,5 млн. операций на желчных путях (преимуществен-

но холецистэктомий) [1, 2].

Ожирением только в странах СНГ страдает до 30% трудоспособного населения. Патологическое или морбидное ожирение (индекс массы тела больше 40 кг/м²) наблюдается у 2–4% людей [3, 4]. Некоторые общие этиологические факторы калькулезного холецистита и ожирения способствуют увеличению частоты встречаемости избыточной массы тела у пациентов с желчнокаменной болезнью. У 20% больных имеется сочетание желчнокаменной болезни и ожирения (в 5% – патологического) [5, 6, 7, 8, 9].

При выполнении оперативных вмешательств хирургов не всегда удовлетворяет то, что часто доступ к оперируемому органу может занимать почти столько же времени, как и основной этап операции. В ряде случаев хирургическая агрессия и травма от доступа оказываются более значительными, чем вмешательство на больном органе. Внедрение лапароскопической технологии позволило устранить один из основных и существенных недостатков традиционной полостной хирургии: несоответствие между продолжительным травматичным созданием доступа к объекту операции и минимальным по времени вмешательством на самом органе [10, 11].

Цель: улучшить результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, определить показания и разработать технику лапароскопического вмешательства, а также обосновать выбор метода оперативного лечения у данной категории больных.

Материал и методы

Работа основана на опыте хирургического лечения 37 больных желчнокаменной болезнью с ожирением III степени. Среди оперированных женщин – 29, мужчин – 8.

Возраст больных варьировал от 27 до 76 лет, в среднем – 53,4 года. Больные трудоспособного возраста составили 78% всех оперированных, что подчеркивает социальную значимость рассматриваемой проблемы.

Из всего числа пациентов у 18 был диагностирован хронический калькулезный холецистит, у 5 – острый катаральный холецистит, у 10 – флегмонозный, у 4 – гангренозный.

Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 44,1. Максимальный вес одной из оперированных больных достигал 153 кг.

Около половины пациентов имели сопутствующие терапевтические заболевания, увеличивающие риск оперативного вмешательства. Наиболее часто наблюдались гипертоническая болезнь (43,2%), хроническая ишемическая болезнь сердца (25,7%), хронические неспецифические заболевания легких (16,1 %) и эндокринные нарушения (10,9 %). Кроме того, практически все больные предъявляли жалобы на суставные боли, по поводу чего они получали амбулаторное лечение.

Анамнез желчнокаменной болезни более 2 лет имел место у 74,5% больных, более 5 лет – у 25,5%. На предшествующее операции консервативное амбулаторное или стационарное лечение указывали 62,1% пациентов.

Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее клинические, инструментальные и лабораторные методы исследования, которые осуществлялись с учетом возраста и сопутствующих заболеваний. Инструментальные методы исследования включали ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгенологические и эндоскопические. Дополнительно всем больным исследовалась функция внешнего дыхания и производилась эхокардиография.

Учитывая высокий риск тромбоэмбо-

лических осложнений, достигающий у людей с ожирением 14–23%, в обязательном порядке проводилась антитромботическая терапия, которая включала специфические и неспецифические методы (эластичное бинтование нижних конечностей, возвышенное положение нижних конечностей, пневмокомпрессию, раннюю послеоперационную активизацию больных) [12]. Специфическая терапия основывалась на профилактическом подкожном введении фраксипарина 0,3 мл или клексана 0,4 мл за 12 часов до операции. Лечение продолжалось после операции, вводились низкомолекулярные гепарины в профилактической дозе 1 раз в день с 1-го по 5-й день с учетом показаний и под контролем свертывающей системы крови. Применение низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозировках при проведении хирургических вмешательств не влечёт за собой повышенного риска кровоточивости. Эти препараты можно рекомендовать для обязательного применения, особенно у больных с повышенным риском тромбеморрагических осложнений, каковыми являются больные с повышенной массой тела.

Техника лапароскопической холецистэктомии у больных с ожирением имеет некоторые особенности, которые обусловлены избытком массы тела.

Во-первых, у больных с ожирением возникают трудности уже при создании пневмоперитонеума. Большая толщина передней брюшной стенки у таких пациентов не всегда позволяет безопасно и быстро пунктировать брюшную полость, особенно в традиционной параумбиликальной области. Поэтому мы используем иглу Вереща большей длины – 120 мм. Места пункции выбираем в зависимости от толщины передней брюшной стенки. Это точка выше пупка по средней линии или точка в левой подвздошной области. В последнее

время мы с успехом используем видеотроакары, через который и создаём карбоксиперитонеум.

Во-вторых, безопасный доступ и адекватная визуализация анатомических структур в области ворот печени являются главными условиями успешной лапароскопической холецистэктомии у пациентов, страдающих ожирением. Для этого, прежде всего, необходимо правильно выбрать оптимальное место введения троакара для видеокамеры. У пациентов с нормальной массой тела этот троакар вводится на уровне пупка. У пациентов с ожирением введение лапароскопа через пупочный троакар приведёт к тому, что обзор ворот печени будет перекрываться петлями кишечника, наплывающим большим сальником или жировой клетчаткой передней брюшной стенки, которую бывает крайне сложно приподнять при инсуффляции в брюшную полость газа [13]. Поэтому мы рекомендуем вводить первый троакар не в околопупочной области, а на 10–15 см выше пупка по средней линии; остальные – под контролем зрения. Длины троакаров и инструментов может не хватать, поэтому изначально необходимо использовать троакары и инструменты большей длины (специальные троакары для людей с ожирением).

В-третьих, у пациентов сложность может возникать при выведении шейки желчного пузыря. Для облегчения ретракции органов и улучшения обзора иногда возникала необходимость во введении ещё одного (пятого) 5-миллиметрового троакара в левом подреберье. Через него вводился ретрактор в виде веера, зонд-пальпатор или отсосная трубка, которыми производилось смещение вниз двенадцатиперстной и поперечной ободочной кишок. Кроме этого, в ходе операции используется только скошенная оптика.

В-четвёртых, для профилактики сердечно-сосудистых и лёгочных осложнений

у части больных лапароскопические вмешательства выполнялись при внутрибрюшном давлении, не превышающем 8–10 мм рт.ст., с обязательным мониторингом показателей гемодинамики и дыхания. У других пациентов, если это позволяло их общее состояние, напротив, мы вынуждены были проводить операцию под повышенным внутрибрюшным давлением (14–16 мм рт.ст.).

В-пятых, для профилактики перфорации стенки желчного пузыря в конце операции перед началом его выделения производили насечку коагулятором серозной оболочки в области дна с переходом на обе боковые стенки.

Вместе с тем, у пациентов с ожирением для профилактики гнойных осложнений особое внимание необходимо уделять санации подпечёчного пространства. При наличии острого воспаления или перфорации стенки пузыря в наших наблюдениях он извлекался в контейнере.

В-седьмых, по статистике грыжи у больных после лапароскопических операций возникают примерно у 5% пациентов. У больных с ожирением этот процент несравненно выше по следующим причинам: сложно не допустить интерпозиции жировой ткани при ушивании троакарных отверстий; невозможно качественно ушить апоневроз традиционным способом; повышено внутрибрюшное давление. Учитывая это, а также зависимость частоты образования послеоперационных грыж от локализации «слабого места», мы предлагаем использовать два приёма: при ушивании троакарных отверстий применять специальную иглу для апоневроза и извлекать желчный пузырь через эпигастральный разрез. Для удобства эвакуации желчного пузыря из брюшной полости мы часто используем расширители в виде трехлистника.

Результаты и обсуждение

Все вмешательства нами проводились с соблюдением указанных принципов и разработанных приёмов. Из интраоперационных осложнений имело место кровотечение из пузырной артерии у 2 больных. В обоих случаях кровотечение было остановлено лапароскопически. Случаев конверсии в данной группе больных не было. Гнойно-септических осложнений со стороны послеоперационных ран не наблюдалось. Соблюдение описанных выше принципов выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с ожирением позволило избежать и образования послеоперационных грыж.

Длительность операции составила при хроническом холецистите – 28 ± 6 мин., остром катаральном и флегмонозном холециститах – 41 ± 13 мин., гангренозном холецистите – 52 ± 18 мин. Это в два раза было меньше времени выполнения традиционной холецистэктомии у пациентов с избыточной массой тела. Средняя длительность стационарного лечения после лапароскопической холецистэктомии составила $5,2 \pm 1,1$ дня.

Необходимо отметить, что состояние больных после лапароскопической холецистэктомии не требовало применения наркотических анальгетиков, а в большинстве случаев хронического холецистита и антибиотиков.

Следует также подчеркнуть, что при лапароскопической холецистэктомии, несмотря на её меньшую травматичность, раннюю активизацию больных и другие преимущества, имеют место значительные изменения гемодинамики, внешнего дыхания, свертывающей и противосвертывающей системы крови. Это важно учитывать при выборе способа хирургического лечения желчнокаменной болезни у пациентов с ожирением. Так, изменение функции

внешнего дыхания у них на 3-й день после лапароскопической операции выражено меньше, чем после традиционной. Однако на сердечно-сосудистую систему лапароскопическая операция в условиях напряженного карбоксиперитонеума влияет больше, нежели, традиционная холецистэктомия. Вероятно, поэтому мы наблюдали у 2 пациентов безболевою форму ишемии миокарда на 2–3 сутки после лапароскопической холецистэктомии. Кроме того, у некоторых больных с ожирением в эти же сроки после операции наблюдалось повышение артериального давления.

При изучении отдаленных результатов лапароскопической холецистэктомии у пациентов с ожирением, выполненной по нашей методике, в сроки до 5 лет хорошие результаты отмечены у 80,3% человек. Все они сохраняли хорошую работоспособность, и не нуждались в приеме медикаментов. Удовлетворительные результаты отмечены у 19,7% пациентов: у них на фоне улучшения состояния оставались или возникли те или иные нарушения, не требующие однако стационарного или интенсивного амбулаторного лечения. Приведенные результаты оперативного лечения оказались хуже, чем у больных с нормальной массой тела, перенесших лапароскопическую холецистэктомию. Интересно, что у части больных после холецистэктомии в течение 5 лет ощутимо (в пределах 5–10%) уменьшилась масса тела. Однако мы не выявили какой-либо связи между изменениями массы тела и методикой оперирования. По всей видимости, причины изменения массы тела после лапароскопической холецистэктомии у больных с ожирением следует еще выяснять.

Таким образом, использование лапароскопической технологии у больных с ожирением позволяет уменьшить продолжительность операции, снизить частоту послеоперационных осложнений, травма-

тичность операции, сократить сроки пребывания пациентов в стационаре. Это свидетельствует о лучших ближайших и отдаленных результатах хирургического лечения желчнокаменной болезни при применении лапароскопического метода. Кроме того, лапароскопическая холецистэктомия у лиц с ожирением не вызывает тяжелых осложнений и переносится больными лучше, чем традиционная, поэтому показания к ней следует расширить.

Заключение

Лапароскопическая холецистэктомия при желчнокаменной болезни является операцией выбора у лиц с ожирением, так как, несмотря на некоторые технические трудности, позволяет в ранние сроки активизировать больных, избежать возможных специфических осложнений и улучшить результаты хирургического лечения данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петухов, В. А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения / В. А. Петухов. – М., 2003. – 128 с.
2. Хатьков, И. Е. Эндоскопические вмешательства при лечении алиментарно-конституционного ожирения / И. Е. Хатьков, Е. Ю. Гурченкова. – М., 2003. – 144 с.
3. Яшков, Ю. И. О хирургических методах лечения ожирения / Ю. И. Яшков. – М., 2006. – 48 с.
4. Pitfalls in the diagnosis of gallbladder disease in clinically severe obesity / E. H. Phillips [et al.] // Amer. J. Surg. – 1994. – Vol. 60, N 5. – P. 316-321.
5. Бурков, С. Г. Факторы риска развития желчнокаменной болезни. Статистические данные / С. Г. Бурков, А. Л. Гребнев // Клин. медицина. – 1994. – Т. 72, № 3. – С. 59-62.
6. Дедер, Ю. М. Ожирение, гиперлипидемия и желчнокаменная болезнь / Ю. М. Дедер, Г. Г. Устинов // Клин. медицина. – 1984. – Т. 62, № 10. – С. 14-17.
7. Бутрова, С. А. Ожирение (этиология, патогенез, классификация) / С. А. Бутрова // Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа / под ред. И. И. Дедова. – М.: Медицина, 2000. – С. 5-13.
8. Mackey, W. A. Cholesterosis of the gallbladder /

W. A. Mackey // Br. J. Surg. – 1937. – Vol. 24. – P. 570-577.

9. Unger, S. W. Gallbladder Findings after Cholecystectomy in Morbidly Obese Patients / S. W. Unger, H. M. Unger, D. S. Edelman // Obesity Surg. – 1995. – Vol. 2. – P. 29-31.

10. Мингалев, А. В. Хирургические методы лечения ожирения / А. В. Мингалев, А. Г. Федоров, А. Н. Шитов // Эндоскоп. хирургия. – 1999. – № 2. – С. 42.

11. Шалимов, А. А. Современный этап развития хирургии ожирения / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко // Врач. – 2000. – № 6. – С. 25-27.

12. Егиев, В. Н. Рестриктивные вмешательства на желудке в лечении больных ожирением / В. Н. Егиев, М. Н. Рудакова, Д. С. Белков. – М., 2004. – 100 с.

13. Технические аспекты гастроскопических и ла-

пароскопических вмешательств при алиментарном ожирении / С. И. Емельянов [и др.] // Эндоскоп. хирургия. – 2001. – № 2. – С. 23.

Адрес для корреспонденции

220030, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Красноармейская, д. 10,
ГУ «Республиканский клинический
медицинский центр» Управления
делами Президента Республики Беларусь,
тел. раб. + 375 17 226-05-36,
e-mail: StebunovSS@yandex.ru,
Стебунов С.С.

Поступила 26.01.2010 г.