

Сочетанные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением

Башкирский государственный медицинский университет
450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. тел. (347) 237-37-19

Статья посвящена актуальной проблеме лечения пациентов с хирургической патологией брюшной полости на фоне ожирения. Оценены результаты выполнения 95 лапароскопических вмешательств у женщин с сочетанием гинекологической патологии с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта. Доказана высокая эффективность применения видеоэндоскопических технологий у пациентов с ожирением.

Ключевые слова: ожирение, патология брюшной полости, хирургия.

За последние годы в мире значительно вырос интерес врачей различных специальностей к проблеме ожирения. Это обусловлено значительным увеличением частоты этого заболевания, которое в развитых странах приобретает характер социально значимой патологии. Кроме укорочения продолжительности жизни, ожирение резко снижает трудоспособность и часто приводит к инвалидности, что обуславливает его социальную значимость. Все вышеперечисленные проявления ожирения наиболее отчетливо выражены у лиц с III–IV степенями заболевания, которые, по сути, являются глубокими инвалидами.

Избыточный вес и морбидное ожирение могут сочетаться с различными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и малого таза. На фоне наличия ожирения преобладали такие хирургические заболевания верхнего этажа брюшной полости как желчнокаменная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГРЭБ) на фоне образования грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Возникающие нарушения обмена веществ у женщин часто приводят к развитию гинекологической патологии. Практически все из этих заболеваний требуют хирургической коррекции. Но проведение вмешательства на фоне морбидного ожирения довольно часто приводит к различным осложнениям в послеоперационном периоде и зачастую неудовлетворительным результатам в отдаленные сроки.

Одним из минусов открытых доступов, сдерживающим подчас хирургов от расшире-

ния объема операции при сочетанных заболеваниях, является необходимость дополнительных хирургических доступов. Именно в этом моменте проявляется одно из преимуществ применения лапароскопических технологий, позволяя из одних доступов, выполнить операции на верхнем или нижнем этаже брюшной полости. Лапароскопические симультанные вмешательства выполнены 95 женщинам, у которых отмечалось сочетание гинекологических заболеваний с патологией верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). Из оперированных пациенток III–IV степень ожирения была у 83 человек, и у 12 отмечались патологические формы ожирения (индекс массы тела – ИМТ > 45). Все операции выполнялись в плановом порядке под эндотрахеальным обезболиванием.

Наиболее часто встречающимися при ожирении хирургическими заболеваниями органов ВОПТ явились желчнокаменная болезнь хронический холецистит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, причиной которой являлись грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. При выполнении их хирургической коррекции симультанным этапом выполнено 59 (62.1%) вмешательств по поводу доброкачественных опухолей яичников, 16 (16.8%) консервативных миомэктомий, 10 (10.5%) иссечений очагов эндометриоза, 6 (6.3%) стерилизаций, и 4 (4.2%) гистерэктомии.

Клиническая картина при данном сочетании характеризовалась «классической формой» проявления заболевания ЖКТ у 67 (70.5%) больных. «Стертой» клиника была у 16 (16.8%) человек. И у 12 (12.6%) пациентов первично диагностировано заболевание гениталий, сопутствующая патология выявлялась при углубленном обследовании ввиду «необычности» клинической картины основного заболевания. Такая картина, на наш взгляд, обусловлена минимальными проявлениями заболеваний гениталий, требующих хирургической коррекции. Из сбора анамнестических данных пациенты также указывали на беспокоящие боли в верхней половине живота, про-

Дата поступления 19.12.06

явления заболевания в виде диспепсии, вздутия живота, метеоризма, нарушения стула. Реже на фоне определенного симптомокомплекса патологии верхнего этажа брюшной полости, проявлялись признаки, присущие патологии гениталий. В основном женщины жаловались на болевые ощущения внизу живота в середине цикла или во время месячных с иррадиацией в паховую область или бедро по его передней поверхности 60 (18.6%), ощущение тяжести и давления внизу живота 45 (13.9%), нарушения менструального цикла, кровотечения 36 (11.1%), некоторое увеличение размеров живота 13 (4.0%).

Это объясняет то, что зачастую при выявлении одной патологии другая обнаруживалась либо при углубленном обследовании с применением дополнительных методов, выходящих за рамки предусмотренных для данной патологии, либо обнаруживалась случайно как диагностическая находка при консультации со смежными специалистами, либо непосредственно во время операции.

По поводу ГЭРБ, при наличии признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, в 53 (55.8%) случаях проводилось наложение фундопликационной манжеты, в основном по методу Ниссена. Из них 13 (13.7%) пациенткам вмешательство выполнено разработанным в клинике способом протезирования пищеводного отверстия диафрагмы с помощью пластины из политетрафторэтилена. Остальным 42 (44.2%) пациентам основным этапом симультанной операции выполнялась лапароскопическая холецистэктомия.

Хирургическое лечение больных с избыточной массой тела требует особого подхода, как в предоперационной подготовке, так и интра и послеоперационного ведения. Предоперационный период в стационаре составил в среднем 2 ± 1 койко-день. Эта цифра объясняется тем, что основная работа с пациентами, имеющими тяжелые формы ожирения, которым показано оперативное лечение, проводилась в амбулаторно-поликлинических условиях. Поэтому у некоторых больных она достигала нескольких месяцев, прежде чем становилось возможным проведение оперативного вмешательства.

Особое внимание нами было уделено изменениям в системе гемокоагуляции, т. к. возникающие тромбоэмболические осложнения, такие как тромбоэмболия легочной артерии и ее ветвей, являются одной из основных причин летальности в послеоперационном периоде. У пациентов с морбидным ожирением

отмечено изменение практически всех показателей коагулограммы: укорачивается активированное время рекальцификации, время свертывания, увеличивается протромбиновый индекс, уровень фибриногена, значительно повышается тромбогенная активность в сочетании с депрессией антикоагулянтной системы крови. Одновременно происходит повышение агрегации тромбоцитов. Поэтому такие пациенты нуждаются в обязательном проведении специфических и неспецифических методов профилактики тромбообразования. Пациенты с ожирением перед операцией получали однократно внутривенно антибиотики широкого спектра действия с лечебно-профилактической целью.

Учитывая принципы асептичности операции и объемы выполняемых этапов, вмешательства начинали с коррекции патологии органов желудочно-кишечного тракта. Стандартное расположение троакаров для операции на желудке и желчном пузыре, в связи с наличием симультанного этапа, не меняли. Только при выполнении ЛХЭ троакар, расположенный по переднеподмышечной линии слева, устанавливали несколько ниже обычного. Больному на операционном столе после наложения пневмоперитонеума придавалось положение Фовлера. В течение операции при необходимости оно корригировалось чаще всего поворотом с созданием уклона в правую или левую сторону в зависимости от этапа операции.

При переходе на малый таз, требовалось дополнительное введение одного, реже двух 5 мм троакаров в подвздошных областях. При переходе на этап, связанный с коррекцией гинекологических заболеваний, необходимо изменение положения пациентки на операционном столе и перевод ее в положение Тренделенбурга. Менялось расположение операционной бригады и локализация видеостойки с монитором. Заканчивали операции дренированием как верхнего, так и нижнего этажа брюшной полости.

Местные раневые осложнения в раннем послеоперационном периоде у пациентов с крайними формами ожирения при выполнении лапароскопических вмешательств были минимальными и составили 3.2%. Нагноение раны наблюдалось у 1 (1.05%) пациентки и у 2 — серомы в области доступа, через который производилось удаление желчного пузыря. В 1 (1.05%) случае, который закончился летально, мы получили тромбоэмболию легочной артерии у пациентки, оперированной по поводу обострения хронического холецистита, си-

мультиэтапным этапом которой выполнялось удаление крупной дермоидной кисты яичника.

Таким образом, наличие избыточной массы тела отрицательно сказывается на результатах хирургического лечения патологии органов брюшной полости. Тщательная предоперационная подготовка, обязательное проведение профилактики угрожающих жизни осложнений в интра- и послеоперационном периоде у ожирелых больных повышает эффективность отдаленных результатов. Немаловажным фактором, предотвращающим развитие гнойно-воспалительных осложнений со стороны раны, является применение эндовидеотехнологий. Одним из вариантов улучшения результатов оперативного лечения хирургической патологии у больных с ожирением является более широкое использование лапароскопических способов вмешательства. До недавнего времени ожирение было одним из противопоказаний к выполнению данного вида вмешательств, но полученные результаты исследования позволяют рекомендовать его для широкого внедрения в клиническую практику.

Литература

1. Адамян Л. В., Панин А. В., Козаченко А. В. Эндоскопические методы выполнения симультанных операций в гинекологии. // Эндоскопия в гинекологии. / Под ред. акад. РАМН д.м.н., проф. Кулакова В. Н., член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Адамян Л. В.— М.: 2000.— С. 511.
2. Пучков К. В., Чикин В. Г., Иванов В. Г. Клиническая эффективность симультанной диатермокаутеризации яичников у больных с желчекаменной болезнью в комплексном лечении пациенток репродуктивного периода с метаболическим синдромом. // Новые технологии в гинекологии. // М.: Пантори.— 2003.— С. 178.
3. Савельева Г. М., Федоров И. В. Лапароскопия в гинекологии. // М.: ГЭОТАР.— Медицина, 2000.— 328 с.
4. Hasson H. M. Ovarian surgery. // Operative Gynecological Endoscopy. / Eds. J. S. Santilippo, R. L. Levine.— N. Y.: Springer.— Verlag.— 2001.— 86 p.
5. Pelosi M. A. Pelosi M. A. // Surgical Laparoscopy and Endoscopy.— 1998.— Vol. 8.— P. 81.