



В. Г. Мишалов, Р. В. Бондарев, Е. Ю. Кондакова,
Л. Ю. Маркулан, Т. О. Огородник

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И ПТОЗОМ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ РАНЕЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ВЕРХНЕГО ЭТАЖА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения хронического калькулезного холецистита у больных с ожирением и птозом передней брюшной стенки, ранее перенесших оперативные вмешательства в верхних отделах живота, разработать технику лапароскопического вмешательства у данной категории пациентов.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 18 больных с ожирением, птозом передней брюшной стенки и хроническим калькулезным холециститом, ранее перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, которым выполнена холецистэктомия и липодермэктомия. Все больные были женского пола в возрасте от 39 до 67 лет (средний возраст — $(53,9 \pm 1,8)$ года). Сопутствующая соматическая патология отмечена у всех пациентов. В зависимости от технических особенностей оперативного вмешательства пациентов распределили на три подгруппы. В 1-й подгруппе ($n = 7$) первоначально выполняли холецистэктомию традиционным полостным способом, затем липодермэктомию, во 2-й подгруппе ($n = 5$) первоначально проводили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), затем липодермэктомию, в 3-й подгруппе ($n = 6$) — первоначально осуществляли отсепаровку кожно-жирового лоскута, затем выполняли ЛХЭ через проколы в апоневротично-мышечном слое (под лоскутом), в дальнейшем — липодермэктомию по разработанной методике лапароскопического вмешательства. Результаты лечения оценивали по частоте возникновения инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) и характеру интраоперационных осложнений, а также по частоте поздних послеоперационных осложнений.

Результаты и обсуждение. В 1-й подгруппе ИОХВ констатирована у 5 (71,4 %) лиц: у 4 больных — поверхностные (раневые) ИОХВ, у 1 — глубокая ИОХВ (инфильтрат в подпеченочном пространстве). Во всех случаях осложнения удалось купировать консервативными методами лечения. Во 2-й подгруппе ИОХВ возникли у 4 (80,0 %) больных. Во всех случаях наблюдали воспалительные изменения со стороны раны. В 3-й подгруппе ИОХВ развилась у одного больного (серома раны в зоне липодермэктомии). У 1 (20 %) больного 2-й подгруппы с ишемической болезнью сердца интраоперационно возникла фибрилляция предсердий, что было причиной конверсии. У 2 (40 %) больных на 2-е–3-и сутки после операции отмечено повышение артериального давления. Через 3 года после операции постоянные боли в правых отделах живота, связанные со спаечной болезнью, отмечены у 1 (14,3 %) пациента, перенесшего традиционную холецистэктомию. Послеоперационную грыжу наблюдали у 1 (14,3 %) пациента после полостной операции, послеоперационные троакарные грыжи после стандартной ЛХЭ — у 2.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с ожирением, птозом передней брюшной стенки и наличием спаечного процесса в брюшной полости по разработанной нами методике позволяет выполнить адгезиолизис перед основным этапом операции без значимой травматичности вмешательства, снизить частоту развития интра- и послеоперационных осложнений с 75,0 до 16,7 % ($p = 0,019$), уменьшить риск возможного рецидива спаек и их осложнений и тем самым улучшить качество жизни больного.

Ключевые слова: хронический калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, ожирение, птоз передней брюшной стенки.

Желчнокамінна хвороба — одне з найпоширеніших хірургічних захворювань, лікування якого входить до числа найбільш важливих і актуальних завдань сучасної медицини. Однією з основних причин виникнення дисфункції жовчного міхура і желчнокамінної хвороби є ожиріння, яке за рахунок змін метаболізму ліпідів внаслідок інсулінорезистентності, так і за рахунок змін моторики жовчного міхура [2]. Почти у 70 % пацієнтів з ожирінням виявляють надмірне накопичення підшкірної жирової клітковини у вигляді шкірно-жирової складки — «фартука», що є об'єктивною причиною для проведення абдомінoplastики з косметичною і терапевтичною метою [3, 5]. Ожиріння сприяє і є причиною прогресування ряду захворювань (ішемічна хвороба серця (ІХС), гіпертонічна хвороба, цукровий діабет 2 типу, хвороби суглобів нижніх кінцівок, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, дисліпідемія, калькулезний холецистит, жировий дистрофія печінки, синдром гіповентиляції во снє) [4].

При виконанні оперативних втручань у ряді випадків травма від доступу є більш значущою, ніж саме втручання на органі. Цей недолік порожнинної хірургії був усунутий з розвитком лапароскопічної технології. Однак при лапароскопічних втручаннях у пацієнтів з ожирінням виникнення додаткових технічних труднощів залежить від особливостей розподілу жиру, а в сукупності з раніше перенесеними операціями, можливим вираженим спаечним процесом у порожнині живота може призвести до виникнення ускладнень і виконанню конверсії. Спайки порожнини живота після раніше перенесених оперативних втручань можуть існувати роками і при цьому не викликають функціональних порушень органів порожнини живота і до певного моменту не мають жодних клінічних проявів. Повторне оперативне втручання наносить додаткову травму, неминує провокує утворення нових спаек ще в більшій кількості, обречая пацієнта на повторні втручання, ризик яких зростає з кожним наступним оперативним втручанням [1]. Слід відзначити негативні ефекти карбоксиперитонеума у пацієнтів з супутньою серцево-легочною патологією, які стають клінічно значущими. Тому застосування лапароскопічного методу втручання при хронічному калькулезному холециститі і спаечному процесі порожнини живота у пацієнтів з ожирінням і птозом передньої стінки живота, що потребують одночасної хірургічної корекції вказаних естетичних деформацій з збереженням принципу малоінвазивності операції, є актуальним питанням сучасної хірургії.

Цель работы — покращити результати хірургічного лікування хронічного калькулезного холециститис у пацієнтів з ожирінням і птозом передньої стінки живота, раніше перенесених оперативних втручань у верхніх відділах живота, розробити техніку лапароскопічного втручання у цій категорії пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Робота ґрунтується на результатах лікування 18 пацієнтів з ожирінням, птозом передньої стінки живота і хронічним калькулезним холециститом, раніше перенесених оперативних втручань на органах порожнини живота, яким виконано холецистектомію і липодермектомію. Всі пацієнти були жіночої статі у віці від 39 до 67 років (середній вік — $(53,9 \pm 1,8)$ років).

Супутня соматична патологія відзначена у всіх пацієнтів. Найчастіше зустрічалася гіпертонічна хвороба — 14 (77,8 %) випадків, хронічна ІХС — 9 (50,0 %), цукровий діабет — 6 (33,3 %), хронічний бронхіт — 2 (11,1 %).

У якості критерію, що характеризує ожиріння, використовували індекс маси тіла (ІМТ). Ожиріння I ступеня (ІМТ — $30,0\text{—}34,9$ кг/м²) виявили у 4 (22,2 %) пацієнтів, ожиріння II ступеня (ІМТ — $35,0\text{—}39,9$ кг/м²) — у 14 (77,8 %). Згідно класифікації ступенів птозу передньої стінки живота (по А. Матарассо) [7] пацієнти розподілилися наступним чином: з середнім птозом — 2 (11,1 %), з помірним птозом — 14 (77,8 %), з вираженим (важким) птозом — 2 (11,1 %).

Напередодні операції в анамнезі операцій вказували всі пацієнти. По приводу перфоративної язви дванадцятипалої кишки, перитоніта оперировано 8 (44,4 %) пацієнтів, по приводу гострого апендициту, перитоніта — 9 (50 %), по приводу травми живота з розривом тонкої кишки — 1 (5,6 %). Клінічних проявів, пов'язаних з спаечним процесом у порожнині живота, не відзначено.

Розповсюдженість і тяжкість спаечного процесу у порожнині живота визначали за універсальною стандартизованою шкалою РАІ (Peritoneal adhesion index) [6]. Сумму балів градуса тяжкості спаек порожнини живота і міжкишечних зрощень, рівню 12, встановили у 3 (16,7 %) пацієнтів, 14 балів — у 4 (22,2 %), 16 балів — у 6 (33,3 %), 20 балів — у 5 (27,8 %).

Пацієнтам до операції проводили комплексне обстеження з урахуванням віку і супутньої патології. Обстеження включало: стандартні клініко-лабораторні дослідження, ультразвукове дослідження органів порожнини живота, електрокардіографію, ехокардіографію, рентгенологічні і ендоскопічні методи дослідження, дуплексне дослідження судин передньої стінки живота і нижніх кінцівок, комп'ютерну томографію.

В зависимости от технических особенностей оперативного вмешательства пациентов разделили на три подгруппы. В 1-й подгруппе ($n = 7$) первоначально выполняли холецистэктомию традиционным полостным способом, затем липодермэктомию, во 2-й подгруппе ($n = 5$) первоначально проводили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), затем липодермэктомию, в 3-й подгруппе ($n = 6$) — первоначально осуществляли отсепаровку кожного жирового лоскута, затем выполняли ЛХЭ через проколы в апоневротично-мышечном слое (под лоскутом), в дальнейшем — липодермэктомию.

Холецистэктомию традиционным способом выполнили через кожный верхне-срединный доступ у 5 больных, которым отсепаровку лоскута проводили до уровня пупка и немного выше. В двух случаях, когда кожно-жировой лоскут отсепаровывали до подреберных дуг, лапаротомный доступ осуществляли по средней линии живота непосредственно через апоневротично-мышечный слой. Адгезиолизис проводили в области эпигастрия, мезогастррия, подпеченочного пространства, по правому фланку.

У больных, которым выполняли ЛХЭ, первый троакар лапароскопа вводили по методике Хассена. Точку доступа выбирали индивидуально для каждого пациента: околопупочная область (пупочное кольцо при пупочной грыже) и выше пупка по средней линии. Троакары для инструментов вводили под контролем зрения.

У больных 2-й подгруппы использовали специальные троакары и инструменты большей длины. Экстракцию желчного пузыря осуществляли через контрапертуру в правой половине живота по средней подмышечной линии.

В 3-й подгруппе применили разработанную нами методику лапароскопических вмешательств у больных с ожирением и птозом передней брюшной стенки. Суть методики заключается в следующем: первым этапом выполняют отсепаровку кожно-подкожно-жирового лоскута (в зависимости от степени выраженности птоза отсепаровку лоскута можно проводить как до уровня проекции пупка, так и выше — до реберных дуг). Отсепарованный лоскут не отсекают, а фиксируют по периметру 4—5 швами к Т-образной горизонтальной штанге, которая подвижным механизмом прикреплена к Г-образной стойке, установленной на подвижной тележке. Второй этап — лапароскопический. Троакары вводят непосредственно через апоневротично-мышечный слой. Если отсепаровка лоскута проведена только до уровня пупка, то троакары инструментов вводят в правые отделы живота в участках, свободных от жировой ткани, а для введения троакара по средней линии живота, дополнительно локально отсепаровывают кожно-жировой участок по средней линии на расстоянии 10—15 см от пупка. Желчный пузырь извлекают через троакарную околопупочную (пупочную) рану.

Лапароскопический лизис спаечных сращений в зоне, где осуществляли лапароскопический доступ и оперативное вмешательство, проводили в полном объеме. При локализации спаек вне зоны манипуляций их рассечение не выполняли. Объем адгезиолизиса — ограниченный, только для создания доступа к желчному пузырю. Спайки разделяли малыми порциями, оттягивая участки спаек кнутри и разделяя их по плоскости сращения с париетальной брюшиной. Это позволяло удалиться на более безопасное расстояние от органа, затронутого спаечным процессом в области проводимых манипуляций. При такой тактике сосуды, проходящие в спайках, четко визуализировались и становились хорошо видимыми участки органов, спаянных между собой и с сальником, что значительно снижало их травматизацию. Для улучшения обзора места операции во время ЛХЭ и облегчения ретракции сальника, ободочной кишки и двенадцатиперстной кишки у 88,9% пациентов использовали введение 5-го троакара для ретрактора в виде лепестков.

По возрасту, сопутствующей патологии, выраженности ожирения, ИМТ, объему консервативной послеоперационной терапии подгруппы были сопоставимы.

Результаты лечения оценивали по частоте возникновения инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) и характеру интраоперационных осложнений, а также по частоте поздних послеоперационных осложнений.

Статистическую обработку материала проводили с помощью статистической программы IBM SPSS Statistics 22.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Спаечный процесс в правом и левом подреберьях, эпигастрии, по правому фланку, в мезогастррии отмечен у всех больных и был наиболее выражен в области правого подреберья, эпигастрия и по правому фланку. Отсутствие в анамнезе клинических признаков, связанных с послеоперационными спайками брюшной полости, позволяет утверждать о наличии бессимптомного спаечного процесса. Плотные, рубцово измененные спайки локализовались между сальником и областью послеоперационного рубца, между сальником, печенью и желчным пузырем. Желудок, двенадцатиперстная кишка, петли тонкой кишки, толстая кишка находились в спаечном процессе. Несмотря на то, что рубцово-спаечная деформация и как следствие — смещение внутренних органов ограничивали пространство для выполнения ЛХЭ, повышали травматичность во время манипуляций и вероятность повреждения полых органов, лапароскопический адгезиолизис без ятрогенных повреждений проведен во всех случаях.

ЛХЭ в 3-й подгруппе выполняли при внутрибрюшном давлении ≤ 8 мм рт.ст., с мониторингом показателей гемодинамики и дыхания. Возмож-

ность проведения операции при таком невысоком давлении в брюшной полости связываем с предварительной отсепаровкой кожно-жирового лоскута передней брюшной стенки и фиксации его по типу лифтинга. Нарушений гемодинамики во время операции и в послеоперационный период не наблюдали. У больных 2-й подгруппы ЛХЭ вынуждены были проводить при внутрибрюшном давлении 14–16 мм рт. ст., поскольку при меньшем давлении создавались технические трудности для проведения операции, связанные с плохим обзором в зоне манипуляций. Вероятно, в связи с повышением внутрибрюшного давления в этой подгруппе мы наблюдали интраоперационно у 1 (20 %) больного с ИБС возникновение фибрилляции предсердий, что явилось причиной конверсии. У 2 (40 %) больных на 2-е–3-и сутки после операции отмечено повышение артериального давления, что также связываем с проведением операции при повышенном внутрибрюшном давлении. Введение первого троакара по методике Хассена во 2-й подгруппе можно было осуществить через кожный разрез длиной не менее 4–5 см, что нарушает принцип малоинвазивности. Также в этой подгруппе у 1 пациента возникли технические сложности при постановке первого троакара. В 1 случае в связи с отсутствием адекватных условий визуализации области операции дважды проводили переустановку троакара лапароскопа. У больных, прооперированных по традиционной лапаротомной методике, и в подгруппе прооперированных предложенным методом ЛХЭ интраоперационных осложнений не возникло.

В 1-й подгруппе ИОХВ констатировали у 5 (71,4 %) пациентов: у 4 — поверхностные (раневые) ИОХВ, у 1 — глубокая ИОХВ (инфильтрат в подпеченочном пространстве). Во всех случаях указанные осложнения удалось купировать кон-

сервативными методами лечения. Во 2-й подгруппе ИОХВ возникли у 4 (80,0 %) больных. Во всех случаях наблюдали воспалительные изменения в ране. В 3-й подгруппе ИОХВ развилась у одного больного (серома раны в зоне липодермэктомии).

Данные о послеоперационных раневых и внутрибрюшных осложнениях представлены в таблице.

Частота возникновения ИОХВ в 3-й подгруппе была статистически значимо ниже по сравнению с 1-й ($p = 0,048$) и 2-й подгруппой ($p = 0,036$).

ЛХЭ с введением троакаров через апоневротично-мышечный слой способствовала уменьшению частоты возникновения ИОХВ по сравнению с открытой методикой холецистэктомии и стандартной методикой ЛХЭ (16,7 против 75,0 %, $p = 0,019$).

Возникновение инфильтрата или серомы лапаротомной раны связываем с травматичностью доступа и большей раневой поверхностью по сравнению с лапароскопическим методом, возникновение инфильтрата или серомы троакарной раны во 2-й подгруппе — с травматичностью доступа и манипуляций при установке первого троакара и с перерастяжением троакарной раны при извлечении желчного пузыря.

Наличие инфильтрата брюшной полости после традиционной холецистэктомии объясняем большей травматичностью манипуляций, выполняемых во время адгезиолиза. Технические трудности при выполнении лапароскопического адгезиолиза и ЛХЭ во 2-й подгруппе были связаны со снижением технических возможностей лапароскопической операции из-за ограниченной подвижности троакаров. Это в 2 случаях во время ЛХЭ было одной из основных причин перфорации стенки желчного пузыря и возникновения технических трудностей при санации подпеченочного пространства. Вероятно, данные обстоятельства были причиной раз-

Т а б л и ц а
Характер местных осложнений в послеоперационный период

Осложнения	Открытая методика (n = 7)	ЛХЭ и липодермэктомия (n = 5)	Липодермэктомия и ЛХЭ (n = 6)
Раневые			
Инфильтрат или серома послеоперационной раны в зоне липодермэктомии	1 (14,3 %)	1 (20,0 %)	1 (16,7 %)
Инфильтрат или серома троакарной (лапаротомной) раны	3 (42,9 %)	1 (20,0 %)	0
Нагноение троакарной (лапаротомной) раны	0	1 (20,0 %)	0
Внутрибрюшные			
Инфильтрат брюшной полости	1 (14,3 %)	1 (20,0 %)	0
Всего	5 (71,4 %)	4 (80,0 %)	1 (16,7 %)

вития у 1 больного инфильтрата подпеченочного пространства в послеоперационный период.

Обращает внимание длительность болевого синдрома у больных после традиционной холецистэктомии, продолжительность которого была на 2—3 дня больше, чем у больных, прооперированных по разработанной методике. На более длительное сохранение болей в области троакарной раны, через которую осуществляли введение первого троакара и извлечение желчного пузыря, жаловались больные после стандартной ЛХЭ.

Результаты лечения больных прослежены в течение 3 лет. Постоянные боли в правых отделах живота отмечены у 1 (14,3 %) пациента, перенесшего традиционную холецистэктомию. Неоднократное обследование больного позволило предположить причину болей — развитие болевой формы спаечной болезни. Послеоперационную грыжу наблюдали у 1 (14,3 %) пациента после полостной операции и послеоперационные троакарные грыжи — у 2 после стандартной ЛХЭ. Хотя в 3-й подгруппе данных осложнений не наблюдали, однако статистически значимых различий в частоте этих осложнений между группами не было.

Таким образом, выполнение ЛХЭ у больных с ожирением, птозом передней брюшной стенки и наличием бессимптомного спаечного процесса

в брюшной полости целесообразно и не зависит от степени выраженности спаечного процесса. Установка троакаров после отсепаровки кожно-жирового лоскута через апоневротично-мышечный слой брюшной стенки позволяет избежать выраженной травматизации тканей брюшной стенки, улучшить технические возможности выполнения лапароскопической техники, тем самым статистически значимо снизить частоту раневых и внутрибрюшных послеоперационных осложнений. Минимальный лапароскопический адгезиолизис перед холецистэктомией снижает травматичность операции, уменьшает риск рецидива спаек и проявления клинических признаков спаечной болезни в дальнейшем.

ВЫВОДЫ

Лапароскопическая холецистэктомия у больных с ожирением, птозом передней брюшной стенки и наличием спаечного процесса в брюшной полости по разработанной нами методике позволяет выполнить адгезиолизис перед основным этапом операции без значимой травматичности вмешательства, снизить частоту развития интра- и послеоперационных осложнений с 75,0 % до 16,7 % ($p = 0,019$), уменьшить риск возможного рецидива спаек и их осложнений и тем самым улучшить качество жизни больного.

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования — В. М.; сбор материала — Е. К., Т. О.; обработка материала — Е. К., Р. Б., Л. М.; написание текста — Е. К.; статистическая обработка данных — Л. М.; редактирование — В. М., Р. Б.

Литература

1. Бондарев Р. В., Орехов А. А. Лапароскопическое лечение при болевой форме спаечной болезни брюшной полости // Вісн. невідкладної і відновної медицини. — 2013. — Т. 14, № 3. — С. 315—317.
2. Гаус О. В., Ахмедов В. А. Оценка прогностических факторов развития желчнокаменной болезни у лиц с метаболическим синдромом // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2014. — № 11 (111). — С. 46—50.
3. Мішалов В. Г., Храпач В. В., Балабан О. В. Особливості виконання естетичної абдомінопластики // Актуальні питання пластичної, реконструктивної та естетичної хірургії: тези доп. — К., 2002. — С. 120—122.
4. Оноприев А. В., Аксенов И. В., Шейранов Н. С. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите у больных с морбидным ожирением // Кубан. науч. мед. вестн. — 2013. — № 3. — С. 99—103.
5. Храпач В. В. Основы пластической и реконструктивной хирургии. Т. 5. Абдоминопластика: Монография. — К.: Аскания, 2011. — 120 с.
6. Coccolini F., Ansaloni L., Manfredi R. et al. Peritoneal adhesion index (PAI): proposal of a score for the «ignored iceberg» of medicine and surgery // World J. Emerg. Surg. — 2013. — Vol. 8, N 1. — P. 6.
7. Matarasso A. Abdominoplasty: A system of classification and treatment for combiner abdominoplasty and suction assisted lipectomy // Aesth. Surg. J. — 1991. — Vol. 15. — P. 111.

В. Г. Мішалов, Р. В. Бондарев, О. Ю. Кондакова, Л. Ю. Маркулан, Т. О. Огороднік

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ТА ПТОЗОМ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, ПІСЛЯ РАНІШЕ ПЕРЕНЕСЕНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ОРГАНАХ ВЕРХНЬОГО ПОВЕРХУ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Мета роботи — поліпшити результати хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу у хворих з ожирінням і птозом передньої черевної стінки, які раніше перенесли оперативні втручання у верхніх відділах черевної порожнини, розробити техніку лапароскопічного втручання у цієї категорії пацієнтів.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 18 хворих з ожирінням, птозом передньої черевної стінки і хронічним калькульозним холециститом, які раніше перенесли оперативні втручання на органах черевної порожнини та яким проведено холецистектомію і ліподермектомію. Всі хворі були жіночої статі віком від 39 до 67 років (середній вік — $53,9 \pm 1,8$ року). Супутня соматична патологія була наявна в усіх пацієнтів. Залежно від технічних особливостей оперативного втручання пацієнтів розподілили на три підгрупи. У 1-й підгрупі ($n = 7$) спочатку виконували холецистектомію традиційним порожнинним способом, потім ліподермектомію, у 2-й підгрупі ($n = 5$) спочатку проводили лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ), потім ліподермектомію, у 3-й підгрупі ($n = 6$) спочатку здійснювали відсепарування шкірно-жирового клаптя, потім виконували ЛХЕ крізь проколи в апоневротично-м'язовому шарі (під клаптем) і в подальшому — ліподермектомію за розробленою методикою лапароскопічного втручання. Результати лікування оцінювали за частотою виникнення інфекцій ділянки хірургічного втручання (ІДХВ), характером інтраопераційних ускладнень, а також за частотою пізніх післяопераційних ускладнень.

Результати та обговорення. У 1-й підгрупі ІДХВ констатовано у 5 (71,4%) осіб: у 4 хворих — поверхневі (ранові) ІДХВ, у 1 — глибока ІДХВ (інфільтрат у підпечінковому просторі). В усіх випадках ускладнення вдалося усунути консервативними методами лікування. У 2-й підгрупі ІДХВ виникли у 4 (80,0%) хворих. У всіх випадках спостерігали запальні зміни з боку рани. У 3-й підгрупі ІДХВ розвинулася в 1 хворого (серома рани в зоні ліподермектомії). В 1 (20%) хворого 2-ї підгрупі з шемічною хворобою серця інтраопераційно виникла фібриляція передсердь, що стало причиною конверсії, у 2 (40%) хворих на 2-гу–3-тю добу після операції відзначено підвищення артеріального тиску. Через 3 роки після операції постійні болі в правих відділах живота, пов'язані зі спайковою хворобою, відзначено в 1 (14,3%) пацієнта, який переніс традиційну холецистектомію. Післяопераційну грижу спостерігали в 1 (14,3%) пацієнта після порожнинних операцій, післяопераційні троакальні грижі після стандартної ЛХЕ — у 2.

Висновки. Лапароскопічна холецистектомія у хворих з ожирінням, птозом передньої черевної стінки і наявністю спайкового процесу в черевній порожнині за розробленою нами методикою дає змогу виконати адгезіолізис перед основним етапом операції без значущої травматичності втручання, знизити частоту розвитку інтра- і післяопераційних ускладнень із 75,0 до 16,7% ($p = 0,019$), зменшити ризик можливого рецидиву спайок та їх ускладнень і таким чином поліпшити якість життя хворого.

Ключові слова: хронічний калькульозний холецистит, лапароскопічна холецистектомія, ожиріння, птоз передньої черевної стінки.

V. G. Mishalov, R. V. Bondarev, O. Yu. Kondakova, L. Yu. Markulan, T. O. Ogorodnik
O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS SURGERY IN PATIENTS WITH OBESITY AND ANTERIOR ABDOMINAL WALL PTOSIS AFTER PREVIOUS SURGERIES ON UPPER ABDOMEN ORGANS

The aim — to improve the surgical treatment results in patients with obesity and anterior abdominal wall ptosis for chronic calculous cholecystitis after early surgeries on upper abdomen organs, to develop the laparoscopic surgery technique for these patients.

Materials and methods. The treatment results analysis of 18 patients with obesity, anterior abdominal wall ptosis, chronic calculous cholecystitis, and previous abdominal organs surgery after cholecystectomy and lipodeormectomy has been conducted. All women were aged 39 to 67 years, mean age 53.9 ± 1.8 years. Concomitant somatic pathology was observed in all patients. Depending on the specific technical surgery, the patients were divided into three subgroups. In subgroup 1 ($n = 7$) traditional open cholecystectomy was followed by lipodermectomy. In subgroup 2 ($n = 5$) laparoscopic cholecystectomy was followed by lipodermectomy. In subgroup 3 ($n = 6$) — dermal-fat flap separation was performed before cholecystectomy through aponeurosis-muscular layer punctures (under the flap) followed by lipodermectomy via original developed laparoscopic method. The treatment results have been evaluated for surgical site infection rate (SSI), intraoperative complications type, as well as the remote postoperative complications frequency.

Results and discussion. In the first subgroup, the SSI was noted in 5 patients (71.4%) (in 4 patients — superficial (wound) SSI, in one — the deep SSIs (infiltration in subhepatic space)). In all cases, these complications were treated with the conservative methods. In the second subgroup, the SSIs occurred in 4 (80.0%) patients, in all cases the wound inflammation was observed. In the third subgroup, the SSIs was noticed in 1 patient (seroma wound in lipodermectomy zone). In 1 (20%) patient of subgroup 2, with concomitant coronary heart disease, atrial fibrillation occurred intraoperatively, that was the reason for the conversion and in 2 (40%) patients the arterial hypertension was revealed for 2–3 days after surgery. In the remote three-years postoperative period the persistent pain in the right abdomen associated with adhesive disease were observed in 1 (14.3%) patient after conventional cholecystectomy. Postoperative hernia was observed in one (14.3%) patient after abdominal surgery and postoperative trocar hernia after standard cholecystectomy — in two.

Conclusions. The new original laparoscopic cholecystectomy in patients with obesity, anterior abdominal wall ptosis and the abdominal cavity adhesions allows to perform adhesiolysis without significant trauma interventions before the main surgery stage, to reduce the intra- and postoperative complications incidence from 75.0% to 16.7% ($p = 0.019$), reduce the adhesions recurrence risk complications, thereby improving the patient's quality of life.

Key words: chronic calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, obesity, ptosis of the anterior abdominal wall.