

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ КАК СИМУЛЬТАННОЕ АБДОМИНАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

К. Н. Милица

Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

CHOLECYSTECTOMY AS A SIMULTANT ABDOMINAL INTERVENTION IN BARIATRIC SURGERY

K. N. Militsa

Бариатрия является неотъемлемой частью "большой" хирургии, занимающей важные позиции как в жизненно необходимой, так и превентивной хирургии. Выполнение бариатрических вмешательств — свидетельство не только или не столько высокой квалификации хирурга, но и клиники в целом, поскольку сложность непосредственно операции сочетается с высочайшим искусством анестезиологического обеспечения и послеоперационной реабилитации пациентов.

У пациентов, которым показано выполнение бариатрических вмешательств, как правило, выявляют несколько заболеваний на фоне тяжелых метаболических расстройств. Если в отсутствие ожирения и метаболического синдрома осуществление симультанных операций показано 25 — 30% пациентов [1, 2], то, естественно, при ожирении их число значительно увеличивается.

По данным ВОЗ, симультанная (сочетанная) хирургия предусматривает оперативное вмешательство, которое выполняют дополнительно во время основной операции по поводу одного или нескольких заболеваний, не связанных одно с другим этиологически, но требующих оперативного лечения. Название происходит от латинского *simul* (одновременно, совместно) и английского *simultaneously* (одновременно).

Несмотря на то, что со времени установления медицинской, социальной и финансовой необходимости внедрения симультанной хирургии прошло более 30 лет, симультанные операции не стали естествен-

Реферат

Рассмотрены необходимость и обоснованность выполнения симультанных вмешательств во время рестриктивных бариатрических операций. Проанализированы результаты периоперационного обследования 41 пациента, у которых выполнена лапароскопическая бариатрическая операция, и 23 - после симультанных операций. Установлена необходимость обязательного выполнения симультанных операций при наличии показателей и соответствующей квалификации хирургов.

Ключевые слова: бариатрические вмешательства; симультанные операции; холецистэктомия.

Abstract

Necessity and validity of simultant interventions while doing restrictive bariatric operations were considered. There were analyzed the results of perioperative examination of 41 patients, in whom laparoscopic bariatric operation was performed, and 23 - after simultant operations. There was established necessity for obligatory performance of simultant operations while presence of indices and according qualification of surgeons.

Key words: bariatric interventions; simultant operations; cholecystectomy.

ной частью оперативных вмешательств. Ранее (1985 — 1995 гг.) крайне низкую частоту хирургического лечения сопутствующих заболеваний объясняли недостаточным дооперационным обследованием, отсутствием прецизионной интраоперационной диагностики, ограниченными возможностями анестезиологического пособия и послеоперационного ведения, отсутствием объективных критериев оценки степени операционного риска и алгоритма превентивных мероприятий, финансовой нагрузкой на пациента и хирурга при проведении многоэтапного лечения сочетанных заболеваний, боязнью ответственности и психологической неадаптированностью как пациентов, так и хирургической бригады к расширению объема операции [3 — 9]. В настоящее время ситуация кардинально изменилась. Появление и внедрение в широкую практику высокотехнологичной аппаратуры (УЗИ, КТ, МРТ, лабораторные анализаторы и др.) практически исключи-

ло недостаточность пред- и интраоперационного обследования (при точном соблюдении приказов МЗ Украины), принципиально изменились возможности анестезии и принципы послеоперационного ведения (внедрение *fast track surgery*). На законодательном уровне разработаны методы оценки степени операционного риска и мероприятия по ее уменьшению. Появилась государственная необходимость снизить экономическую нагрузку на пациента и госбюджет. Квалификация хирургов достигла высокого уровня, а возможности обучения в смежных областях абдоминальной хирургии практически не ограничены. То есть, все прежние ограничения практически устранены. Однако частота выполнения симультанных операций остается низкой. В то же время, внедрение симультанной хирургии позволяет уменьшить частоту выполнения неотложных операций, при которых смертность значительно выше, чем при плановых, что обеспечивает увеличение

продолжительности жизни и работоспособности населения. Кроме того, симультанная хирургия позволяет подготовить хирургов к работе в военных условиях, когда множественные ранения требуют одновременной квалифицированной помощи при одновременном вмешательстве на различных органах, в различных полостях. Следовательно, обучение врачей и внедрение симультанной хирургии является насущной задачей, не только медицинской, но и государственной.

Цель исследования: обобщить опыт выполнения рестриктивной бариатрической операции и симультанных вмешательств, определить оперативную техническую последовательность, влияние симультанного вмешательства (холецистэктомии) на продолжительность операции и частоту возникновения осложнений в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены возрастные, гендерные, анамнестические и клиничко-лабораторные особенности пациентов, отобранных методом слепого рандомизирования для выполнения бариатрических рестриктивных операций. Обследование проведено в соответствии с приказом МЗ Украины № 297 от 02.04.10 г. Выделены пациенты, которым показаны симультанные операции, и те, у кого они выполнены. Детально проанализирована группа пациентов, которым произведена симультанная холецистэктомия, дополнительно изучены продолжительность операции от введения первого троакара до наложения последнего шва; продолжительность лечения пациентов в стационаре; частота осложнений в первый месяц после операции. Все операции выполняли с применением лапароскопических технологий.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным обследования установлены достоверные гендерные различия пациентов, у которых выполнены бариатрические вмешательства. Из 41 пациента, у которых

выполнена одна из разновидностей рестриктивной бариатрической операции (гастропликация — у 29, продольная резекция желудка — у 12), женщин было 37, мужчин — 4. Возраст женщин от 28 до 63 лет, в среднем 44,6 года, мужчин от 37 до 51 года, в среднем 41,3 года.

В анамнезе у большинства (34) женщин отмечена реализация репродуктивной функции, бесплодие наблюдали у 3. Жаловались на затрудненную реализацию половой функции 29 женщин и 3 мужчин.

Основным показанием к выполнению бариатрической операции было ожирение 1-й степени — у 1 пациентки, 2-й степени — у 5 пациентов, сочетание ожирения 2-й степени и метаболического синдрома — у 16, метаболического синдрома и ожирения 3-й степени — у 19.

У 37 (90,2%) пациентов диагностированы сопутствующие хирургические заболевания: желчнокаменная болезнь — у 9, грыжа передней брюшной стенки — у 7, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — у 5, киста яичника — у 2, миома матки — у 4, варикозное поражение вен нижних конечностей — у 17, диастаз прямых мышц живота — у 3.

Симультанные операции выполнены у 23 (56,1%) пациентов. Пациентов не оперировали по поводу варикозного поражения вен нижних конечностей, поскольку эта операция не относится к абдоминальным, не устраняли диастаз прямых мышц живота из-за планирования коррекции передней брюшной стенки после уменьшения массы тела, 3 пациентов отказались от симультанной операции (не подписали информированное согласие). Холецистэктомия как симультанная операция выполнена у 9 (39,1%) пациентов, герниопластика по поводу грыжи передней брюшной стенки — у 7 (30,4%), крурорафия по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы — у 5 (21,7%), цистэктомия по поводу кист яичников — у 2 (8,7%), клиппирование маточных артерий при наличии миомы матки — у 1 (4,3%). У одной пациентки выполнены 2 симультанные операции: герниопластика по поводу грыжи передней брюшной стенки и цис-

тэктомия по поводу кисты яичника.

При планировании симультанных вмешательств во время выполнения бариатрических лапароскопических операций важное значение имеют предварительное определение расположения троакаров с учетом зоны планируемой симультанной операции, а также положение монитора, расстановка ассистентов и операционной сестры, локализация минидоступа, из которого планируют извлекать удаленные органы, положение больного на операционном столе во время выполнения каждого этапа операции. Опыт показывает, что при выполнении рестриктивных бариатрических операций для осуществления симультанной холецистэктомии или крурорафии дополнительные доступы не требуются; при симультанных операциях на матке или придатках приходится дополнительно устанавливать 2 троакара в нижних отделах брюшной стенки. Как правило, пациент при выполнении лапароскопических рестриктивных бариатрических операций находится в положении Фовлера (с приподнятым головным концом), хирург — между ног пациента, первый ассистент — справа от него. Монитор располагают возле правого плеча пациента. У всех больных для наложения пневмоперитонеума вместо иглы Вереша использовали оптический троакар диаметром 10 мм, который вводили в точку, расположенную на 2 см ниже середины расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины и на 2 см влево. После наложения пневмоперитонеума под визуальным контролем в точках пересечения среднеключичных линий с линией, разделяющей надчревную и среднюю области, вводили троакар диаметром 12 мм (в который можно вводить как сшивающий аппарат, так и клипатор) — под правую руку хирурга и троакар диаметром 5 мм — под левую. Еще один троакар диаметром 5 мм ассистент вводил под левой реберной дугой по средней подмышечной линии. Троакар диаметром 5 мм, через который проводили печеночный ретрактор, во время выполнения изолированных бариат-

трических операций устанавливали параксифоидально, однако при планировании симульганной холецистэктомии — устанавливали по средней подмышечной линии под правой реберной дугой и использовали как для тракции левой доли печени на этапе вмешательства на желудке, так и желчного пузыря — во время холецистэктомии.

Первым этапом осуществляли мобилизацию большой кривизны желудка до пищеводно—желудочного угла (Гиса). Анестезиолог вводил в желудок калибровочный зонд (32 fr). Отступя 5 — 6 см от сфинктера привратника, производили либо резекцию, либо пликацию большой кривизны желудка до пищеводно—желудочного угла. По завершении бариатрического этапа хирург становился слева от операционного стола и выполнял холецистэктомию, при этом использовали все троакарные доступы, кроме установленного по левой средней подмышечной линии.

Продолжительность бариатрической операции от момента введения первого троакара до наложения последнего шва составила в среднем 167 мин, при симульганной с холецистэктомией — 191 мин. При этом следует учесть, что первые бариатрические операции в клинике выполняли в течение в среднем 241 мин, в последующем — 115 мин.

Продолжительность лечения пациентов в стационаре после только бариатрических операций и симульганных вмешательств досто-

верно не различалась и составляла в среднем 7,1 дня.

Частота осложнений в сроки наблюдения до 1 мес после операции в обеих группах также не различалась.

По данным сравнительного анализа у 90,2% пациентов, которых по поводу ожирения и метаболического синдрома госпитализируют в клинику для выполнения бариатрических операций, выявляют сопутствующие хирургические заболевания, большинство из них необходимо устранить во время осуществления основного вмешательства. Наиболее часто сочетанным хирургическим заболеванием является желчнокаменная болезнь, консервативное лечение которой неэффективно и требует выполнения неотложной, более сложной и опасной операции. Учитывая мнение зарубежных коллег [10] о том, что резкое уменьшение массы тела, которое наблюдают после бариатрических операций, часто сопровождается камнеобразованием в желчном пузыре и целесообразно превентивное удаление желчного пузыря, следует считать недопустимым выполнение изолированной бариатрической операции при наличии желчнокаменной болезни. Сочетание ожирения, метаболического синдрома и желчнокаменной болезни необходимо рассматривать как абсолютное показание к выполнению симульганной холецистэктомии.

Технически вначале выполняют основной этап (бариатрический),

затем дополнительный — симульганный. Разница 24 мин длительности вмешательства при осуществлении изолированной и симульганной операции при современном уровне анестезиологического пособия не оказывает значимого влияния на состояние пациента, а возможность использования тех же троакарных отверстий при выполнении симульганной холецистэктомии исключает какое—либо недовольство косметологическим эффектом операции. Длительность лечения больного в стационаре и самочувствие после изолированной операции и симульганной холецистэктомии также достоверно не различаются, что свидетельствует о высокой комплаентности симульганной хирургии.

ВЫВОДЫ

1. Необходимость и возможность выполнения симульганных операций обусловлена как медицинской, так и государственной необходимостью улучшения качества оказания медицинской помощи на фоне уменьшения финансовых затрат, что реализуется при осуществлении холецистэктомии и/или других оперативных вмешательств во время бариатрических операций.

2. Длительность, частота осложнений, комплаентность и экономическое обеспечение оперативного вмешательства бариатрических операций и симульганного вмешательства (холецистэктомии) достоверно не различались.

ЛИТЕРАТУРА

1. Симульганные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях / В. Л. Дронова, А. И. Дронов, Е. А. Крючина [и др.] // Укр. журн. хірургії. — 2013. — № 2 (21). — С. 143 — 148.
2. Иванов В. В. Симульганные операции при коррекции абдоминальных деформаций: системные аспекты периоперационного периода [электронный ресурс] / В. В. Иванов; Портал учреждений здравоохранения Российской Федерации. — Режим доступа: <http://uzrf.ru/publications/nauka/simyltanniy-operegacii-abdominalnix-deformaciy/>
3. Березницкий Я. С. Симульганные операции в плановой хирургии органов брюшной полости / Я. С. Березницкий, В. М. Рубан, В. П. Спивак // Кліні. хірургія. — 1993. — № 5. — С. 19 — 22.
4. Брагин В. В. Выполнение симульганных операций при сочетании желчнокаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости / В. В. Брагин, Б. В. Борзенко // Там же. — 1995. — № 3. — С. 11 — 13.
5. Буянов В. М. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве / В. М. Буянов, В. З. Маховский // Хирургия. — 1990. — № 7. — С. 81 — 86.
6. Лебедева Е. А. Симульганные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Е. А. Лебедева. — М., 2010. — 23 с.
7. Оценка травматичности симульганных лапароскопических вмешательств / О. Е. Луцевич, С. А. Гордеев, Д. А. Запорожцев [и др.] // Эндоск. хирургия. — 2005. — № 2. — С. 25 — 29.
8. Сочетанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости / Ю. Д. Торопов, В. Г. Кащенко—Боган, М. И. Иващенко, Ю. В. Понедельников // Кліні. хірургія. — 1993. — № 2. — С. 19 — 21.
9. Ходаков В. В. Плановые сочетанные операции при заболеваниях органов желудочно—кишечного тракта / В. В. Ходаков, Ф. Н. Копылов, М. А. Ранцев // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1993. — № 5. — С. 24 — 30.
10. Cholecystectomy during laparoscopic gastric bypass has no effect on duration of hospital stay / A. R. Ahmed, W. O'Malley, J. Johnson, T. Boss // Obes. Surg. — 2007. — Vol. 17. — P. 1075 — 1079.