

SIMULATED LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN PATIENTS WITH OBESITY III - IV DEGREE

**Batirov D.Yu.¹, Musaeva A.F.², Yusupov D.D.³ (Republic of Uzbekistan)
Email: Batirov511@scientifictext.ru**

*¹Batirov Davron Yusupovich - Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Head of the Department,
DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL SURGERY;*

²Musaeva Amina Fayzullaevna - Student;

*³Yusupov Doston Davronbekovich - Student,
MEDICAL FACULTY,
URGENCH BRANCH*

*TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN*

Abstract: *the problem of prevention, diagnosis and treatment of gallstone disease is relevant in modern surgery due to the increase in its prevalence and the presence of complications, sometimes life-threatening and leading to disability.*

According to most studies, from 10 to 25% of the European population suffers from gallstone disease. Approximately y quarters of the population are over 60 years old and a third over 70 years old have gallstones. Among this category of patients is dominated by the elderly and senile age, in most cases with severe concomitant somatic diseases.

Keywords: *obesity, simultaneous operations, laparoscopy, minimally invasive, appendectomy, calculous cholecystitis.*

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III - IV СТЕПЕНИ

Батиров Д.Ю.¹, Мусаева А.Ф.², Юсупов Д.Д.³ (Республика Узбекистан)

*¹Батиров Даврон Юсупович – кандидат медицинских наук, доцент,
заведующий кафедрой,*

кафедра факультетской и госпитальной хирургии;

²Мусаева Амина Файзуллаевна – студент;

*³Юсупов Достон Давронбекович – студент,
лечебный факультет,*

Ургенчский филиал

Ташкентская медицинская академия,

г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: *проблема профилактики, диагностики и лечения желчнокаменной болезни является актуальной в современной хирургии в*

связи с увеличением её распространенности и наличием осложнений, порой угрожающих жизни и приводящих к инвалидизации.

По данным большинства исследований, от 10 до 25% населения Европы страдает желчнокаменной болезнью. Примерно у четверти населения старше 60 лет и у трети старше 70 лет присутствуют желчные камни. Среди данной категории больных преобладают лица пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев имеющие тяжелые сопутствующие соматические заболевания.

Ключевые слова: *ожирение, симультанные операции, лапараскопия, малоинвазивность, аппендэктомия, калькулезный холецистит.*

Учитывая данную ситуацию, современное развитие хирургии требует применения различных методов для лечения этой категории больных, особенно максимально щадящих и малоинвазивных [1, 2, 3].

Малоинвазивные методы хирургического лечения, основными преимуществами которых являются снижение травматичности операции, частоты и тяжести осложнений, резкое сокращение сроков послеоперационной нетрудоспособности, стали вытеснять традиционные операции, сопровождающиеся широкой лапаротомией, в связи с её недостатками, связанными со вскрытием брюшной полости, большой операционной травмой [4, 5, 6].

Массовые обследования населения США, Германии, Великобритании, Японии, Швеции и др. (ВОЗ, 1985) показали, что 30% подлежащих хирургическому лечению больных страдают еще одним или несколькими заболеваниями. Однако симультанные операции выполняются лишь менее чем в 6% случаев (в ведущих клиниках мира опытными специалистами). Это означает, что более 94% из них в будущем ожидают повторные оперативные вмешательства или продолжают страдать от этих болезней [7, 8].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных хроническим калькулёзным холециститом и ожирением III-IV степени путем усовершенствования симультанных лапароскопических операций.

Материал и методы исследования. Работа основана на результатах клинического обследования 121 больного с ожирением III-IV степени, которым выполнены различные варианты симультанных лапароскопических операций (СЛО).

Данные о распределении больных по полу и возрасту, произведенном согласно классификации ВОЗ (1962), представлены в таблице.

Как видно из таблицы, большинство больных (69,42%) были в наиболее трудоспособном возрасте - от 20 до 59 лет.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Возраст, лет				Всего
	< 19	20-44	45-59	60-74	
Женщины	1	34	41	25	101
Мужчины	-	3	6	11	20
Всего	1	37	47	36	121

В зависимости от характера выявленных хирургических заболеваний и сопутствующих терапевтических патологий больные были разделены на две группы. Первую группу составили 60 (49,59%) больных, у которых, кроме сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости, существенные сопутствующие терапевтические заболевания не выявлены.

Во вторую группу включены 61 (50,41%) больных, у которых, кроме сочетанных заболеваний органов брюшной полости с ХКХ, имело место ожирение III-IV степени, то есть больные с высокой степенью операционного риска.

Выполненные симультанные лапароскопические операции разделены на 3 группы по классификации Lohlein D., Pichlmaug (1978). В контрольной группе 28 операции отнесены к малым и 32 - к средним симультанным операциям. В основной группе из-за сопутствующих терапевтических патологий все 61 операций отнесены к операциям с высокой степенью риска.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли на персональном компьютере включая использование встроенных функций статистической обработки. Достоверность отличий между группами и изучаемыми критериями определяли с помощью критерия Стьюдента, достоверными считали отличия при вероятности совпадения менее 5% ($P < 0,05$).

Результаты исследований. Во всех случаях основным этапом СЛО была лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Следует отметить, что у 30% пациентов сочетанная хирургическая патология явилась интраоперационной находкой, но это не стало причиной отказа от выполнения симультанного этапа операции.

В каждой из групп было по 9 пациенту, у которых сочетанной патологией была спаечная болезнь брюшной полости. У 11 (18,03%) больных второй группы наблюдали спаечный процесс брюшной полости после ранее перенесенных операций открытыми способами. Учитывая, что у больных с высокой степенью операционного риска, в частности с ожирением III-IV степени, рассечение спаек имеет особое значение, мы усовершенствовали «подвижной» L-образный крючок-электрод специальной модификации. При выраженном спаечном процессе применение его в несколько раз сокращает время выполнения данного

этапа операции, обеспечивая надежный гемостаз, предупреждая разрывы спаек, десерозирование стенки кишечника, кровотечения и другие осложнения (этот крючок, собирая спайки вместе, компрессует их, рассекает на месте с помощью коагуляции). С помощью «подвижного» L-образного крючка-электрода рассечение спаек произведено у 21 больного второй группы.

ЛХЭ лапароскопической аппендэктомией (ЛАЭ) выполнена у 4(6,66%) больных первой и у 3(4,92%) больных второй группы.

На начальных этапах исследования мы использовали несколько традиционных лапароскопических способов. Опыт, приобретенный в ходе выполнения этих операций, позволил усовершенствовать и выбрать наиболее удобные и оптимальные варианты ЛАЭ.

В первом варианте ЛАЭ на основании червеобразного отростка накладывали 2 клипсы или эндопетли, рассекая между ними. При этом культя червеобразного отростка не погружается в купол слепой кишки, и не производится перитонизация. Этот способ мы использовали в начале нашего исследования у больных первой группы с неподвижным куполом слепой кишки или наличием спаечного процесса.

Во втором варианте ЛАЭ у 4 больных первой группы, также с неподвижным куполом слепой кишки или со спаечным процессом, основание червеобразного отростка и брыжейку его ушивали с помощью аппарата эндо GIA. При этом способе культя червеобразного отростка также не погружается в купол слепой кишки, и не производится перитонизация. От этой методики нам также пришлось отказаться из-за присущих ей недостатков и высокой стоимости аппарата эндо GIA.

В третьем варианте ЛАЭ с помощью биполярного электрода червеобразный отросток отделяли от брыжейки через серозную оболочку, что обеспечивало надежный гемостаз. Затем на основании отростка в двух местах накладывали эндопетли и рассекали между ними с помощью биполярной коагуляции. Этой методикой прооперированы 2 больных второй группы. Однако этот способ также не оправдал наших ожиданий.

В четвертом варианте ЛАЭ через троакар(10мм) в правой подвздошной области, расширенной с помощью ранорасширителя, держа зажимом через апикальную часть, червеобразный отросток вместе с куполом слепой кишки выводится наружу. После этого аппендэктомия производится классическим методом: культя отростка погружается в купол слепой кишки кистным и Z - образными швами, при необходимости производится перитонизация. Затем купол слепой кишки погружается в брюшную полость. Как показал наш опыт, этот способ ЛАЭ, независимо от того, выполняется ли она изолированно или симультанно, является самым надежным. По этой методике были оперированы 3 больных второй группы. Вместе с тем ее можно использовать лишь в тех случаях, когда

толщина брюшной стенки не превышает 5-6 см, купол слепой кишки подвижный, а вокруг отростка отсутствует спаечный процесс.

В пятом варианте ЛАЭ все этапы операции - рассечение брыжейки, сшивание ее, перевязка от основания, погружение в купол слепой кишки с помощью кисетных и Z - образных швов и т.д. – выполняли только лапароскопическими инструментами. Этим способом прооперированы 3 больных первой группы. Из-за технических сложностей в дальнейшем мы отказались от использования этой методики.

Всем 24 больным (9 больных первой, 15-второй группы) ХКХ с грыжами передней брюшной стенки (белой линии живота и пупочные грыжи) ЛХЭ выполнялась с герниопластикой (ГП).

В настоящее время в большинстве случаев операции грыжесечения выполняются традиционными способами. То есть, доля лапароскопических технологий в этом разделе хирургии остается небольшой, так как лапароскопическая герниопластика требует от хирурга соответствующего мастерства и опыта владения данной техникой. Поэтому разработка новых усовершенствованных лапароскопических методов ГП является актуальной задачей.

В первом варианте у 9 больных первой группы с грыжами небольших размеров (грыжевые ворота менее 2-4см) над грыжевым выпячиванием производили разрез кожи длиной 10-15мм. Найдя грыжевой мешок и открыв его, после определения жизнеспособности грыжевого содержимого, его вправляли в брюшную полость. Затем через грыжевые ворота в брюшную полость вводили лапароскоп, и проводили герметизацию с помощью двух зажимов. Далее ЛХЭ производили по обычной методике. В дальнейшем порт лапароскопа перемещали в эпигастрии и под контролем лапароскопа специальной иглой сшивали мышечно-апоневротические слои, устраняя дефект.

Второй вариант ГП применили у 15 пациентов второй группы при наличии дефекта брюшной стенки более 4 см. Для герниопластики таких грыж нами предложена усовершенствованная методика (заявка на патент ИР 2002 0079), при которой грыжевые ворота ликвидировали специальной полипропиленовой сетью. Над грыжевым выпячиванием производили поперечный или продольный разрез кожи длиной 1,5-2 см. После идентификации грыжевой мешок вскрывали, определяли жизнеспособность его содержимого, а затем погружали в брюшную полость. Через это место в брюшную полость вводили 10мм троакар и 2-4 зажимами производили герметизацию. После выполнения этапа ЛХЭ в брюшную полость вводили заранее подготовленную полипропиленовую сетку, площадь которой равнялась на 2-4 см больше размера грыжевой вороты. В краях сетки имелось 8-12 лавсановых нитей длиной 15-20см, расстояние между которыми не превышало 15-20мм. Чтобы нити не запутались, их аккуратно фиксировали капроновыми нитками к краю сетки.

В брюшной полости сетка расправляется и подводится к дефекту брюшной стенки. Затем специальной иглой все нитки по очереди выводятся кнаружи и крепко завязываются над апоневрозом. Все манипуляции выполняются строго под контролем лапароскопа. Это позволяет закрепить сетку и надежно ликвидировать дефект брюшной стенки без натяжения, а также намного облегчает выполнение всех этапов операции.

Известно, что ХКХ чаще болеют женщины, у которых сопутствующими могут быть различные гинекологические заболевания. Операции лапароскопическая цистэктомия (ЛЦЭ) из яичника, консервативная лапароскопическая миомэктомия (ЛМЭ) и добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) являются общехирургическими. Мы считаем, что эти операции может выполнять хорошо владеющая лапароскопической техникой хирургическая бригада, тем более они являются симультанными этапами. Приобретя опыт, мы также стали самостоятельно выполнять такие операции.

ЛХЭ с ЛЦЭ выполнены у 35 пациенток (у 15 первой и 20 - второй группы). При этом применяли 5 вариантов ЛЦЭ.

1 вариант использовался у женщин (у 3 больных первой группы), у которых размеры кист яичников не превышали 3-5 см, подвижность их была ограничена, при наличии поликистоза яичников, у девушек и молодых женщин. После этапа ЛХЭ с помощью биполярной коагуляции производили дреллинг кисты яичников, жидкость аспирировали отсосом. Свободную часть стенки кисты удаляли коагуляцией. Несмотря на ряд преимуществ, эта методика не лишена недостатков, так как высока вероятность рецидивов.

2 вариант применили у 8 больных (4 пациенток первой и 4 - второй группы) при наличии кист на короткой ножке, ограничении подвижности яичников. После ЛХЭ у 4 больных накладывали 2 эндопетли на основание ножки кисты, перевязывали и рассекали между ними. В сходных ситуациях у 4 больных основание ножек кисты сшивали аппаратом GIA 30, 60, а затем удаляли.

3 вариант использовали у 5 больных (у 3 больных первой и 2 - второй группы) при наличии спаек с окружающими тканями и резко ограниченной подвижности кисты. С помощью L-образного крючка - электрода производили рассечение спаек биполярной коагуляцией максимально близко к стенке кисты. Основание кисты сшивали аппаратом GIA 30, 60, после чего удаляли.

4 вариант выполнили у 5 пациенток первой и у 2 - второй группы с кистами больших размеров и хорошей подвижностью. Сначала производили пункцию кисты, содержимое аспирировали отсосом, затем над лоном выполняли маленький разрез (1 см) и в брюшную полость вводили 10 мм троакар. Края стенки кисты фиксировали зажимом и через этот порт выводили кнаружи вместе с ножкой. Цистэктомию выполняли

вне брюшной полости по традиционной методике, после чего культю яичника погружали в брюшную полость(экстракорпоральная цистэктомия). Данная методика является надежной и легкой.

В ходе исследования, учитывая недостатки всех 4 вариантов, нам пришлось разработать усовершенствованный 5 вариант ЛЦЭ, который применили у 12 больных второй группы (с ожирением III-IV степени). Для облегчения проведения цистэктомии у больных с ожирением с двух краев троакара накладывали 2 П - образных шва, проходящих через все слои брюшной стенки, и крепко их завязывали. Это позволяло максимально сжать брюшную стенку. Затем края стенки кисты фиксировали зажимом и через этот порт выводили кнаружи вместе с ножкой. Цистэктомию выполняли вне брюшной полости по традиционной методике, после чего культю яичника погружали в брюшную полость(экстракорпоральная цистэктомия). Эта методика значительно облегчает выполнение всех этапов цистэктомии.

Благодаря троакарам, введенным для ЛХЭ, выполнение ДХС возможно в 90% случаев. Только у больных с ожирением III-IV степени(10%) осуществить ДХС без введения дополнительного троакара затруднительно. Мы ЛХЭ в сочетании с ДХС провели у 37 больных(у 22 первой и у 15 - второй группы). Все заранее запланированные ДХС удалось выполнить лапароскопическими методами. Этап ДХС мы выполнили в 5 вариантах.

1 вариант. В начале нашего исследования у больных без признаков сальпингита(3 пациентки первой группы) вблизи маточных труб к матке накладывали 2 клипсы и рассекали между ними ножницами. В дальнейшем, учитывая возможность разрыва и разможнения тканей при наличии воспалительного процесса, мы отказались от использования этой методики.

2 вариант. У 4 пациенток первой и у 2 - второй группы в близких к матке частях маточной трубы в двух местах накладывали клипсы, но рассечение производили не ножницами, а с помощью биполярной коагуляции. Впоследствии мы также отказались от этой методики.

3 вариант. В этом варианте ДХС у 5 больных (у 3 больных первой и 2 - второй группы) проводили с помощью эндопетли. Однако эту методику невозможно использовать при наличии спаек с окружающими тканями и органами, воспаления (сальпингит).

4 вариант. Маточные трубы у 5 больных первой и у 4 - второй группы выводили кнаружи через троакар над лоном(дополнительный) и перевязывали их лавсановыми или капроновыми нитями либо с помощью сшивающих аппаратов, коагуляции. Рассечение между ними выполняли экстракорпорально. Данный способ хорошо зарекомендовал себя при отсутствии спаек и воспаления.

Наиболее надежным и простым явился усовершенствованный нами 5 вариант. При этом у 7 пациенток первой и у 7 - второй группы в близких к

матке точках маточные трубы коагулировали биполярным коагулятором, и маленький сегмент трубы удаляли.

Таким образом, ДХС с ЛХЭ можно выполнять как симультанный этап операции. Из всех вариантов самыми надежными и легкими мы считаем 4 и 5.

ЛХЭ с миомэктомией выполнены у 5 больных (у 2 - первой и у 3 - второй группы), у которых миоматозные узлы не превышали 9 недель. ЛМЭ осуществляли с помощью биполярной коагуляции, но у 2 пациенток второй группы из-за кровотечения пришлось лапароскопическим инструментарием ушить ложе узла.

Возникшие у наблюдаемых нами больных осложнения были разделены на 3 группы по классификации Т.Б. Дубошиной (1980). Так, подкожная эмфизема, развившаяся у 2 (2,50%) больных первой и у 2 (2,27%) – второй группы, в течение недели самостоятельно разрешилась без осложнений. «Френикус - синдром», обусловленный воздействием пневмоперитонеума на диафрагмальный нерв, отмечался у такого же числа больных.

Из неспецифических осложнений у 21 (26,25%) больных первой и у 26 (29,54%) второй группы имели место тошнота и рвота. У 11 (13,75%) пациентов первой группы наблюдали парез кишечника, который прошел самостоятельно на 2 сутки после операции, а у 5 (6,25%) после стимуляции кишечника (прозерин п/к) и очистительной клизмы. Во второй группе это осложнение отмечалось у 15 (17,04%) больных, у 7 (7,95%) из которых пришлось прибегнуть к стимуляции кишечника и очистительной клизме. У остальных же оно прошло самостоятельно в течение 2 суток. Среди больных первой группы было по одному случаю нагноения и выделения серомы из эпигастральной раны.

Во всех случаях болевые ощущения после СЛЮ не были сильными и легко купировались в первые сутки, а через 24 часа общее состояние больных оценивалось как удовлетворительное.

В течение 24 часов после операции полностью активизировались 114 (67,85%) пациентов (58 - первой и 56 - второй группы), через 36 часов состояние всех больных был удовлетворительным. 6 (7,50%) больных первой и 2 (2,27%) - второй группы через 6 часов после операции могли самостоятельно двигаться и на следующий день были выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы. 1. Применение усовершенствованных нами способов симультанных лапароскопических операций у больных хроническим калькулезным холециститом и с ожирением III-IV степени позволило максимально снизить послеоперационные осложнения и избежать летальных исходов.

2. Легкость, простота, быстрота и малоинвазивность усовершенствованных нами симультанных лапароскопических операций позволяет

выполнять их даже у больных с высокой степенью хирургического риска, обусловленного ожирением III-IV степени.

3. Использование усовершенствованных нами симультанных лапароскопических операций позволяет уменьшить время пребывания больных в стационаре, снизить расходы на лечение и оплату листов временной нетрудоспособности, что имеет важное медико-социальное значение.

Список литературы / References

1. Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Сочетанные операции при хирургических заболеваниях органов брюшной полости у больных вентральными грыжами // Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Ташкент, 1994. С. 77-78.
2. Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Ахмедов А.В. Лапароскопические вмешательства у лиц пожилого и старческого возраста // Хирургия Узбекистана, 2004. №1. С. 3-6.
3. Аталиев А.Е., Мадаминов Р.М., Эргашев Ш.К. Симультанные операции в хирургической практике // Сочетанные одномоментные операции: Тез. докл. Респ. конф. хирургов. Бухара, 1992. С. 15-16.
4. Баков В.С. Симультанные лапароскопические операции при сочетанных патологиях органов брюшной полости и малого таза: Дис. ...канд. мед. наук. М., 2000. С. 5-24.
5. Баспаев Б.И., Нурексев Ж.Н., Жанабеков К.Ж. Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии // Анестезиол. и интенсивная терапия, 1996. № 1 (2). С. 71.
6. Возможности малоинвазивных методов лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском / Ш.И. Каримов, В.Л. Ким, М.Ш. Хакимов и др. // Хирургия Узбекистана, 2004. № 1. С.46-50.
7. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Амелина М.А. Десятилетний опыт выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с ожирением III-IV степени // Эндоскоп. хир., 2004. № 3. С.10-15.