

УДК: 616.361-089.48

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ОДНОЭТАПНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Рафиков Бехбуджон Рустамович, Дворянкин Дмитрий Владимирович
ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины имени А.М. Никифорова МЧС России»
Санкт-Петербург

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎТ ТШ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ЛАПАРОСКОПИК ВА ЭНДОСКОПИК ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ БИР БОСҚИЧЛИ ҚЎЛЛАШДА СЕМИЗЛИК ХАВФ ОМИЛИ СИФАТИДА

Рафиков Бехбуджон Рустамович, Дворянкин Дмитрий Владимирович
ФДБМ «Россия ФЖ А.М. Никифоров номидаги Бутунроссия шошилинич ва радиацион тиббиёт маркази», Россия
Федерацияси, Санкт-Петербург ш.

OBESITY AS A RISK FACTOR IN THE SINGLE-STAGE USE OF LAPAROSCOPIC AND ENDOSCOPIC TECHNIQUES IN TREATMENT OF CHOLELITHIASIS COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

Rafikov Bekhbudjon Rustamovich, Dvoriankin Dmitrii Vladimirovich
The Federal State Budgetary Institute «The Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine»
Saint-Petersburg

e-mail: bekhbudirafikov@mail.ru

Резюме. Механик сариқлик билан асоратланган холедохолитиаз замонавий жарроҳликдаги энг долзарб касалликлардан биридир. Ушбу мақолада биз семизлиги бор беморларда эндоскопик ва лапароскопик технологиялар ёрдамида ушбу касалликни биргаликда бир босқичли даволаш имкониятларини кўриб чиқамиз.

Калит сўзлар: механик сариқлик, холедохолитиаз, ЭПСТ, ЭРПХГ, литоэкстракция, семизлик.

Abstract. *Cholelithiasis complicated by mechanical jaundice is one of the most acute diseases in modern surgery. In this article, we will consider the possibilities of joint one-stage treatment of this disease using endoscopic and laparoscopic technologies in obese patients.*

Key words: *Obstructive jaundice, cholelithiasis, EPST, ERCP, obesity.*

Актуальность. Синдромом механической желтухи (СМЖ) страдают около 15% взрослого населения планеты, при этом холедохолитиаз выявляется у 35-42% больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) [Клинические рекомендации «Механическая желтуха» 2018 г.]. В настоящее время подход одномоментного использования малоинвазивных хирургических техник (лапароскопических и эндоскопических) в лечении ЖКБ осложненной холедохолитиазом показал свою эффективность [Одноэтапное минимально инвазивное хирургическое лечение больных холецистохоледохолитиазом: автореф. дис. ...док. мед. наук: 14.01.17 / Е.Н. Деговцев. - Новосибирск, 2010. - 33 с.], но возможность его использования у пациентов с ожирением еще не изучен.

Цель исследования. Изучить возможность и целесообразность выполнения одномоментных сочетанных вмешательств на внепеченочных желчных путях при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом у пациентов с ожирением.

Материалы и методы. С 2012 г. по 2022 г. в нашей клинике ФГБУ ВЦЭРМ имени А.М. Никифорова МЧС России, Клиника № 2 по поводу СМЖ, обусловленного холедохолитиазом были пролечены 104 пациента, получившие одномоментное хирургическое лечение. Распределение по полу среди пациентов было следующее: мужчин – 37, женщин – 67. Средний возраст пациентов – 57. Пациенты получившие одноэтапное лечение были распределены в две группы, основную и контрольную. Пациенты у которых индекс массы тела (ИМТ) > 35 кг/м² составили основную группу, в контрольную группу вошли пациенты с ИМТ < 35 кг/м². Также, мы пользовались шкалами и требованиями приведенные в национальных клинических рекомендациях «Механическая желтуха доброкачественного характера» от 2018 г. для оценки тяжести СМЖ. В исследование включены пациенты, у которых не было значимых различий по тяжести СМЖ. Тактика одноэтапного лечения была одинаковой в обеих группах и состояла в выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и эндоскопического вмешательства за одно анестезиологическое пособие. В связи с современными техническими возможностями эндоскопического оборудования в настоящий момент нами не выявлены преимущества выполнения в качестве первого этапа ЛХЭ перед эндоскопическим вмешательством.

Морбидное ожирение – ожирение с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 40 кг/м² или с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением. При длительных операциях, как правило более трех часов, у пациентов с ожирением значительно возрастает риск развития рабдомиолиза осложненный развитием острой почечной недостаточности [Bostanjian D, Anthone GJ, Hamoui N, Crookes PF. Rhabdomyolysis of gluteal muscles leading to renal failure: a potentially fatal complication of surgery in the morbidly obese. *Obes Surg.* 2003 Apr;13(2):302-5. doi: 10.1381/096089203764467261. PMID: 12740144.]. Поэтому контролирование функций жизненно-важных органов в раннем послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения должно выполняться на высоком уровне. Особое внимание следует обратить на начальные признаки гиповолемии, почечной недостаточности и оксигенации тканей.

Таблица 1. Сравнительная таблица между основной и контрольной группами

Группы	Основная (24 пациента)		Контрольная
	18 пациентов ИМТ 35-39,9кг/м2	6 пациентов ИМТ >40кг/м2	
Количество			80 пациентов
Средний ИМТ	38,3 кг/м2		28,8 кг/м2
Среднее время продолжительности операции	183 (110+73) мин.	197 (123+70) мин.	160(97+63) мин.
Среднее время пребывания в стационаре	11 койко-дней	14 койко-дней	9 койко-дней
Рабдомиолиз	0	1	0
Летальность	0	0	0

Результаты и их обсуждение. Одноэтапное лечение было проведено у 104 пациентов. В основную группу включены 24 больных с ИМТ > 35 кг/м2. Из них 18 (75%) пациентов с ИМТ 35-39,9кг/м2 (2 степень ожирения), 6 (25%) пациентов с ИМТ > 40кг/м2 (морбидное ожирение). Средний индекс массы тела составил 38,3 кг/м2, 80 больных с ИМТ < 35 кг/м2 были выделены в контрольную группу. Среднее время операции в основной группе у пациентов с ИМТ 35-39,9 кг/м2 составило 183 мин. Из них среднее время хирургического этапа – 110 мин., среднее время эндоскопического этапа – 73 мин. У пациентов с ИМТ > 40кг/м2 среднее время операции составило 197 мин. Из них среднее время хирургического этапа – 123 мин., среднее время эндоскопического этапа – 70 мин. В контрольной группе среднее время операции в основной группе составило 160 мин. Из них среднее время хирургического этапа – 97 мин., среднее время эндоскопического этапа – 63 мин. При этом среднее время пребывания в стационаре пациентов в основной группе составило 11 дней у пациентов с ожирением 2 степени и 14 дней у пациентов с морбидным ожирением, по сравнению с контрольной группой, где среднее время пребывания в стационаре составило 9 дней(Таблица 1). В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась профилактика развития острого панкреатита наряду с инфузионной, антибактериальной, противовоспалительной, симптоматической терапией. Летальностей не было. Рабдомиолиз наблюдался у 1 одного пациента из основной группы с ИМТ 46 кг/м2.

Выводы:

- Выполнение одноэтапного лечения у пациентов с ИМТ > 35 сопровождается увеличением продолжительности операции за счет этапа лапароскопической холецистэктомии, что может привести к рабдомиолизу и как следствие приводит к увеличению времени пребывания в стационаре.
- Если у пациента имеется морбидное ожирение с сопутствующими патологиями, то необходимо рассматривать вариант двухэтапного лечения, где первый этап должен быть эндоскопическим, далее желательное снижение веса консервативными методами, после чего должен выполняться лапароскопический этап, при условии отсутствия острого холецистита.
- Выполнение одноэтапного лечения, особенно у пациентов с ИМТ >35 кг/м2 возможно только опытной мультидисциплинарной командой и с максимальным техническим оснащением лечебного учреждения.

Литература:

1. Хирургическая тактика при синдроме механической желтухи / Ю.Л. Шевченко, П.С. Ветшев, Ю.М. Стойко и др. // Вестник национального медико- хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2009. - Т. 4, № 1. - С. 10-13.
2. Одноэтапное минимально инвазивное хирургическое лечение больных холецистохоледохолитиазом: автореф. дис. ...док. мед. наук: 14.01.17 / Е.Н. Деговцев. - Новосибирск, 2010. - 33 с.
3. К вопросу о выборе хирургической тактики при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой / В.З. Тотиков, Д.В. Тобоев, З.В. Тотиков, В.Медоев // Альманах института им. А.В. Вишневского. - 2015. - № 2: Тезисы XII съезда хирургов России г. Ростов-на-Дону. - С. 425-426.
4. Alexakis, N. Meta-analysis of one- vs. two-stage laparoscopic/endoscopic management of common bile duct stones / N. Alexakis, S. Connor // HPB (Oxford). - 2012. - N. 14. - P. 254-259.
5. Bostanjian D, Anthone GJ, Hamoui N, Crookes PF. Rhabdomyolysis of gluteal muscles leading to renal failure: a potentially fatal complication of surgery in the morbidly obese. *Obes Surg.* 2003 Apr;13(2):302-5.
6. Early laparoscopic cholecystectomy improve outcomes after endoscopic sphincterotomy for choledochocystolithiasis / J.S. Reinders, A. Goud, R. Timmer et al. // *Gastroenterology.* - 2010. - N 138. - P. 2315-2320.
7. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials / T. Siddiqu, A. MacDonald, P.S. Chong et al. // *Am. J. Surg.* - 2008. - Vol. 195, N 1. - P. 40-47.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ПРИ ОДНОЭТАПНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Рафигов Б.Р., Дворянкин Д.В.

Резюме. Холедохолитиаз, осложненный механической желтухой– одно из самых актуальных заболеваний в современной хирургии. В данной статье мы рассмотрим возможности совместного одноэтапного лечения данного заболевания с использованием эндоскопических и лапароскопических технологий у пациентов с ожирением.

Ключевые слова: Механическая желтуха, холедохолитиаз, ЭПСТ, ЭРХПГ, литоэкстракция, ожирение.