

## Симультанная холецистэктомия в ходе абдоминопластики

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, З.А. Курбанов, К.А. Исмаилов  
ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»;  
кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе анализируется опыт проведения симультанной холецистэктомии при выполнении абдоминопластики у 46 женщин в возрасте от 28 до 73 лет. В 31 (67,4%) случае у больных имелись также грыжи средней линии живота, в 2 – киста яичника и в 1 – хронический аппендицит. В зависимости от наличия грыжи на передней брюшной стенке выбирали доступ и иссекаемый участок кожно-жирового лоскута. Послеоперационный период в 44 (95,7%) случаях протекал гладко. Осложнения отмечены в 2 (4,3%) случаях в виде серомы (1) и краевого некроза кожи (1). Отдалённые результаты наблюдали у 42 (91,3%) прооперированных больных. Во всех случаях результаты были хорошими.

**Ключевые слова:** симультанная операция, абдоминопластика, холецистэктомия

**Актуальность.** Сочетанная хирургическая патология органов брюшной полости, по данным ВОЗ, отмечается у 30-40% больных, госпитализируемых в хирургические стационары. Из них от 4% до 7% нуждаются в проведении симультанных операций [1-3]. Одним из таких сочетаний является наличие жёлчнокаменной болезни у больных с анатомо-функциональной недостаточностью передней брюшной стенки, когда возникает необходимость в одновременном проведении холецистэктомии в ходе абдоминопластики.

Как известно, одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение, называется симультанной (сочетанной) операцией. В ходе её различают основной и симультанный этапы. При этом основным этапом является тот, по поводу которого больной обращается за медицинской помощью [2,4].

Симультантные операции относятся к числу обширных и сложных оперативных вмешательств. Тем не менее на сегодняшний день такие операции проводятся достаточно часто, что стало возможным благодаря современным достижениям хирургии и анестезиологии за последние десятилетия.

**Цель работы.** Изучить значение и эффективность симультанной холецистэктомии при выполнении абдоминопластики у больных с анатомо-функциональной недостаточностью передней брюшной стенки.

**Материал и методы.** В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республи-

канского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с 2005г. по 2014 г. 46 больным выполнена симультанная холецистэктомия в ходе выполнения абдоминопластики. Все больные были женского пола в возрасте от 28 до 73 лет (средний возраст  $46,3 \pm 5,1$  года). Во всех случаях у больных отмечался абдоминоптоз в сочетании с жёлчнокаменной болезнью. В 31 (67,4%) случае у больных имели место также грыжи средней линии живота, в том числе у 8 – грыжи были рецидивными после устранения грыжи средней линии выше пупка.

При первичном обращении больным проведено всестороннее лабораторно-инструментальное обследование, где выявлены сопутствующие патологии. По поводу гипертонической болезни, хронического холецистопанкреатита, хронического пиелонефрита и других соматических заболеваний больным в амбулаторном порядке назначено консервативное лечение. В плане предоперационной подготовки, снижения массы тела, уменьшения объёма живота в амбулаторных условиях назначена специальная диета и подготовка живота к повышенному внутрибрюшному давлению по разработанной в нашей клинике программе [5].

Основными критериями готовности к выполнению операции были: исчезновение вздутия живота, одышки при выполнении физической работы, улучшение показателей спирометрии на фоне тугого бандажа, а также снижение массы тела на 6-20% (в зависимости от исходного значения массы тела). Длительность подготовки, в зависимости от телосложения больных, продолжалась от 2 до 13 недель (в среднем 6 недель).



Для оценки отдалённых результатов использовали оценочные критерии, учитывающие субъективные данные – самочувствие больных и объективные – данные физикального обследования. Критериями оценки отдалённых результатов были: состояние передней брюшной стенки и послеоперационных рубцов, наличие рецидива грыжи и диспепсических явлений.

После всесторонней подготовки, за 2-3 дня до операции больные были госпитализированы, и непосредственная предоперационная подготовка проведена в условиях стационара, совместно с анестезиологами. Все больные оперированы в плановом порядке под общим эндотрахеальным наркозом. При отсутствии рубцов на передней брюшной стенке, по стандартной схеме поперечным дугообразным разрезом над лоном до передне-верхних остей подвздошных костей (по линии бикини) проведена отслойка кожно-жирового фартука от апоневроза. Далее треугольным разрезом вокруг пупка он мобилизован. Вторым дугообразным разрезом на уровне верхней границы пупка, концы которого соединяются с концами нижнего разреза, отсечён кожно-жировой лоскут ниже пупка. В дальнейшем произведена отслойка кожно-жирового лоскута выше пупка до уровня рёберных дуг и мечевидного отростка. На этом этапе, выше пупка по средней линии, выполнена лапаротомия. При наличии грыжи выполнялась герниолапаротомия и далее лапаротомия выше и ниже грыжевых ворот. После обкладывания петель кишечника смоченными тампонами создан доступ к жёлчному пузырю и выполнена холецистэктомия от шейки. Ложе жёлчного пузыря и подпечёночное пространство дренированы Редон-дренажем, который удалён после УЗИ контроля подпечёночного пространства и правого бокового канала через 1-2 суток. Лапаротомная рана апоневроза, при наличии грыжевых ворот, ушита в виде двубортикового сюртука полиспасными (двумя П-образными швами одной лигатурой) швами Столярова в модификации Рехачёва. Ушивание апоневроза по средней линии вне зоны лапаротомии произведено двойным обвивным швом с погружным узлом, по нашей разработке. При отсутствии грыжевых ворот лапаротомная рана апоневроза сначала ушита узловыми швами, а затем вышеуказанными обвивными швами произведено ушивание средней линии вторым слоем. Далее измерено расстояние от нижнего края раны до пупка, низведён край мобилизованного кожно-жирового лоскута и ушит с нижним краем раны подкожными швами. По средней линии на расстоянии от расположения пупка отмечена новая его позиция. Выполнением V-образного разреза на коже создан доступ к пупку, последний выведен на рану и ушит к коже вокруг раны. Подкожное пространство дренировано двумя Редон-дренажами. На кожу наложены интрадермальные швы. Приводим клинический пример.

Больная С., 42 года, поступила с жалобами на отвислый живот, причиняющий эстетические и физические неудобства. При прохождении УЗИ органов брюшной полости установлена жёлчнокаменная болезнь, камень в жёлчном пузыре, холедох 6 мм. Вес тела 83 кг, рост 165 см. По описанной программе проведена предоперационная подготовка в течение 6 недель. Масса тела снизилась до 72 кг. Со стороны других органов и систем данные в пределах допустимых зон. Больная госпитализирована, после необходимой подготовки в плановом порядке под общим эндотрахеальным наркозом выполнена операция – большая абдоминопластика, симультанная холецистэктомия от шейки. Течение послеоперационного периода гладкое. Дренаж из подпечёночного пространства удалён через 2 суток, а из подкожного пространства – через 5 суток. Получала антибактериальную, противовоспалительную, инфузионную терапию, обезболивающие, а также препараты, улучшающие перистальтику кишечника. На 7-е сутки в удовлетворительном состоянии больная выписана на амбулаторное лечение (рис. 1).

При наличии продольного рубца выше пупка, в 8 случаях использован якоробразный разрез с иссечением кожно-жирового лоскута в пределах границ якоря. Пупок мобилизован треугольным разрезом вокруг него на коже иссекаемого лоскута. Далее были произведены: лапаротомия срединным разрезом выше пупка, холецистэктомия от шейки, дренирование подпечёночного пространства, ушивание раны апоневроза в виде дупликатуры полиспасными швами. Нижние края обоих боковых лоскутов приведены к нижнему краю раны и медиально, ушиты узловыми подкожными швами (викрил 1 USP). В вертикальной ране, на необходимом расстоянии от горизонтальной раны, пупок выведен на кожу и ушит. Послеоперационная рана в виде перевёрнутой буквы «Т» ушита непрерывными внутрикожными швами после установления двух Редон-дренажей в подкожном пространстве. Приводим клиническое наблюдение.

Больная Н., 38 лет, поступила с жалобами на отвислый кожно-жировой фартук внизу живота, наличие повторно появившегося грыжевого выпячивания около пупка, множество камней в жёлчном пузыре, по данным УЗИ. Больная 2 года назад в районной больнице по месту жительства оперирована по поводу околопупочной грыжи из верхне-срединного разреза. Через год после операции отмечался рецидив грыжи. За 2 месяца до обращения при УЗИ установлено наличие множества камней в жёлчном пузыре, признаков холедохолитиаза нет. Вес больной 91 кг, рост 168 см. За 8 недель подготовки вес снизился до 80 кг. Больная госпитализирована, и в течение 3 суток проведена подготовка в условиях стационара. В плановом порядке под эндотрахеальным наркозом произведена операция – абдоминопластика из якорного доступа, холеци-

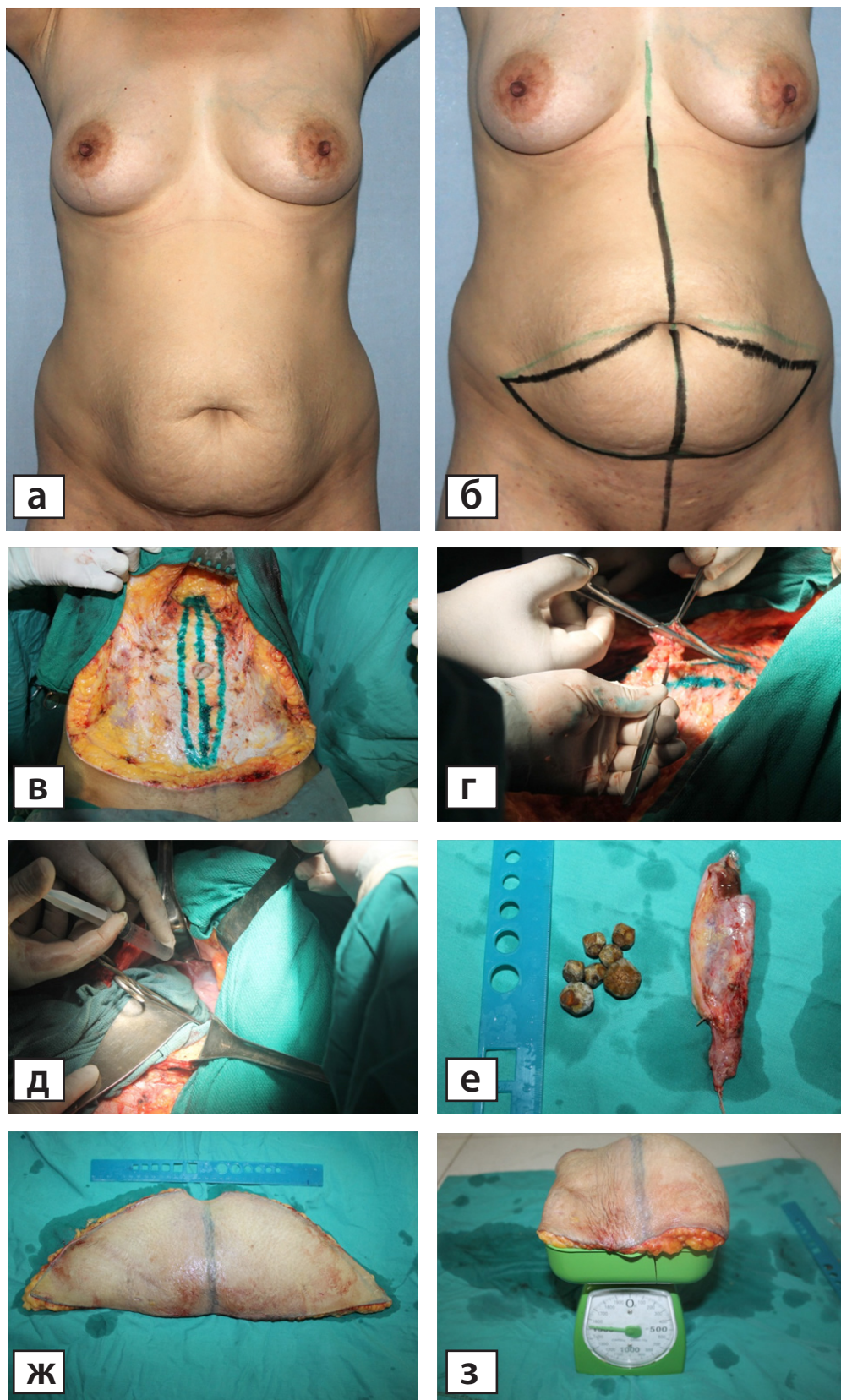


РИС. 1. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ АБДОМИНОПЛАСТИКИ СТАНДАРТНОЙ СХЕМОЙ: А – ВИД БРЮШНОЙ СТЕНКИ; Б – СХЕМА ВЫПОЛНЕНИЯ РАЗРЕЗА; В – ШИРИНА УШИВАНИЯ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ; Г – ЛАПАРОТОМИЯ ВЫШЕ ПУПКА ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ; Д – ГИДРОПРЕПАРОВКА ЖЁЛЧНОГО ПУЗЫРЯ; Е – УДАЛЁННЫЙ ЖЁЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ И ВЫЯВЛЕННЫЕ КАМНИ; Ж-З – РЕЗЕЦИРОВАННЫЙ КОЖНО-ЖИРОВОЙ ФАРТУК ДЛИНОЙ 50 СМ И ВЕСОМ 1600 ГР.

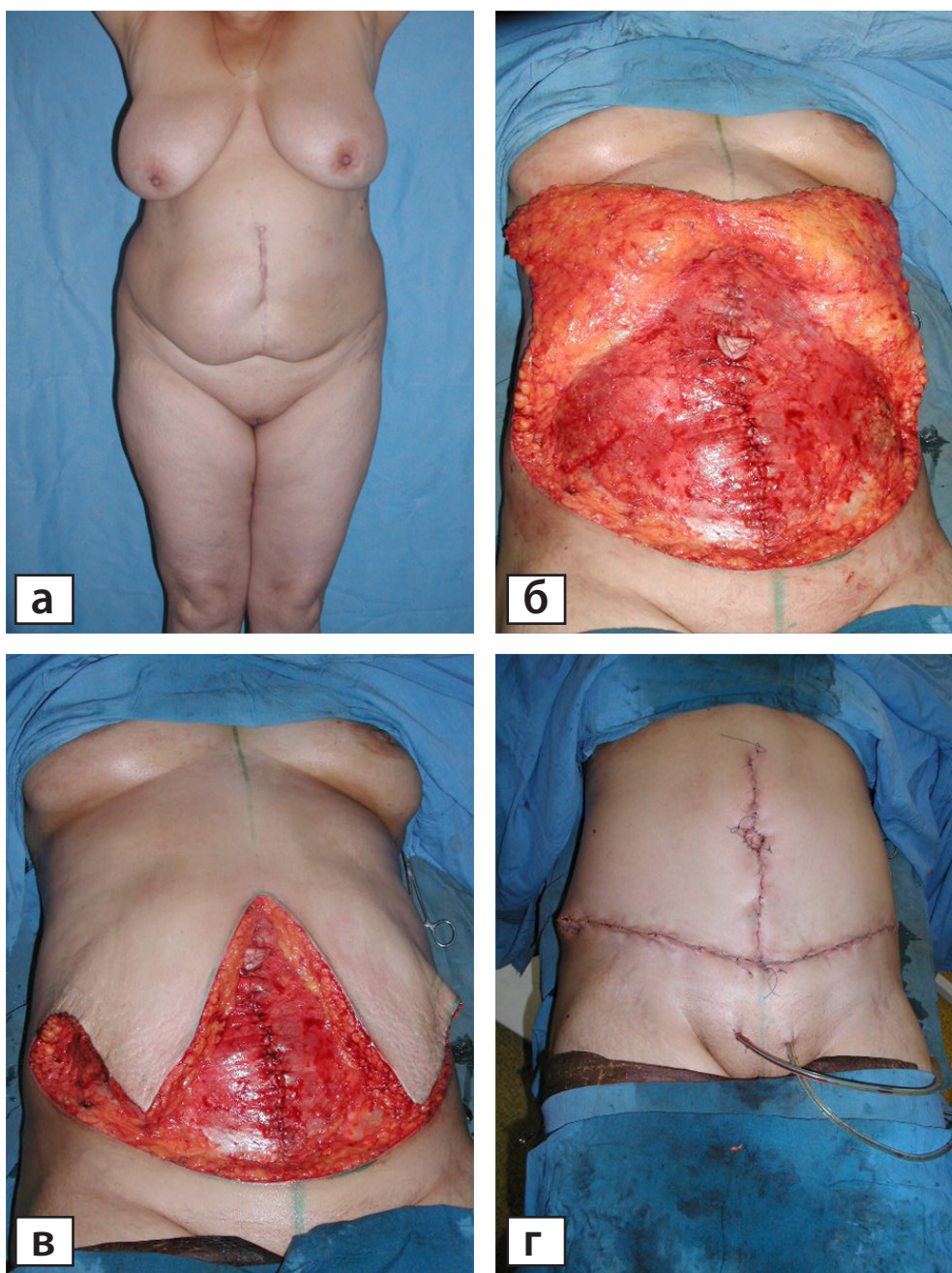


РИС. 2. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЯКОРЕОБРАЗНОГО РАЗРЕЗА У БОЛЬНОЙ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РУБЦОМ ВЫШЕ ПУПКА:  
А – ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РУБЕЦ ВЫШЕ ПУПКА; Б – ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРОИЗВЕДЕНЫ ЛИКВИДАЦИЯ ГРЫЖЕВЫХ  
ВОРОТ И УШИВАНИЕ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ; В – ВИД РАНЫ ДО УШИВАНИЯ КОЖИ; Г – ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РАНА В ВИДЕ  
ПЕРЕВЕРНУТОЙ БУКВЫ «Т»

ТАБЛИЦА 1. СОЧЕТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Хирургическая патология	Число	%
Абдоминоптоз	46	100
Жёлчнокаменная болезнь с холелитиазом	46	100
Киста яичника	2	4,3
Аппендэктомия	1	2,3
Грыжи средней линии	31	67,4
В том числе: первичные	16	51,6
рецидивные	8	25,8
послеоперационные	7	22,6

стэктомия от шейки. Послеоперационный период протекал гладко, дренажи удалены в срок, после завершения курса антибактериальной терапии, нормализации пассажа кишечника и контрольного УЗИ органов брюшной полости больная в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение (рис. 2).

Как отмечено выше, кроме абдоминоптоза и жёлчнокаменной болезни, у больных в 31 случае имели место грыжи средней линии живота: 18 – выше пупка, 3 – пупочные, 10 – ниже пупка. В том числе у 8 больных грыжи были рецидивными после ранее устранённой грыжи средней линии, 16 – первично появившиеся и 7 – послеоперационные, после различных операций на органах гениталий в 2 случаях (4,3%) имелась киста яичника, которая в ходе операции удалена. В одном случае, ввиду частой травматизации червеобразного отростка в грыжевом мешке и его хронических изменений, произведена аппендэктомия (табл. 1).

При расположении грыжи ниже пупка лапаротомию выполняли как ниже, так и выше пупка, с его обходом слева. В таких случаях дубликатуру апоневроза выполняли на всём протяжении.

**Результаты и их обсуждение.** Послеоперационный период в 44 (95,7%) случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, дренажи и кожные швы удалены в срок. Больные в удовлетворительном состоянии выписаны на амбулаторное лечение. Осложнения отмечены лишь в 2 (4,3%) случаях местного характера в виде серомы (1) и краевого некроза в области треугольника якорного разреза (1).

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 8 лет наблюдали у 42 (91,3%) оперированных больных. Во всех случаях результаты были хорошими, больные жалоб не предъявляли, явления постхолецистэктомического синдрома не отмечены ни в одном случае. Со стороны органов малого таза патологий не было.

Следует отметить, что на выбор доступа и формы иссекаемого участка кожно-жирового фартука влияет наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке [6].

По данным разных авторов, среди сочетанных хирургических патологий живота первое место занимает жёлчнокаменная болезнь. Так, по данным С.А.Жидкова и С.И. Третьяка, из 347 больных, которым проведена симультанная операция, у 182 (52,4%) основной операцией была холецистэктомия [2].

Считается, что в настоящее время основным методом хирургического лечения хронического холецистита стала лапароскопическая холецистэктомия [7]. Однако надежды, связанные с широким внедрением лапароскопической холецистэктомии в повседневную хирургическую практику, себя в полной мере не оправдали, поскольку частота серьёзных повреждений жёлчевыводящих путей во время лапароскопической холецистэктомии оказалась гораздо выше, чем при традиционной холецистэктомии [3].

Появление новых видов анестезии позволяет широко внедрить симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях живота, достоинствами которых являются избавление больного от нескольких заболеваний одновременно, исключение риска повторной операции и наркоза, исключение обострения сопутствующего заболевания в послеоперационном периоде, а также явные экономические преимущества.

Таким образом, симультанная холецистэктомия при абдоминопластике у больных, поступивших с абдоминоптозом в сочетании с жёлчнокаменной болезнью, является оптимальным способом одновременного устранения нескольких хирургических патологий живота в ходе одной операции и наркоза, что позволяет больным избавиться от этих проблем в кратчайшие сроки, с наименьшими временными и финансовыми затратами, и главное – сократить период временной нетрудоспособности.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Баулина Н.В. Симультианные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях: дис...канд. мед. наук / Н.В.Баулина. – Саранск. – 2006. – 125с.
2. Жидков С.А. Симультианные операции при различных формах холецистита у больных старше 60 лет / С.А. Жидков, С.И. Третьяк // Медицинский журнал: рецен. науч.-практ. журн. – 2005. – № 3. – С. 58-59.
3. Русин В.В. Факторы риска выполнения лапароскопической холецистэктомии. Обзор современной литературы / В.В.Русин. – Ж. «Самиздат». – 2014.
4. Магдиев Т.Ш. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии / Т.Ш. Магдиев, Н.В. Северинко // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 54-55.
5. Курбанов У.А. Особенности предоперационной подготовки больных с вентральными грыжами / У.А. Курбанов, С.М. Джанобилова, А.А. Давлатов, К.А. Исмоилов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2008. - № 4. – С. 24-28.
6. Курбанов У.А. Абдоминопластика у больных с послеоперационными рубцами на передней брюшной стенке / У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова // Вестник Авиценны (Паёми Сино). – 2008. – № 1. - С. 13-17.
7. Кашеев В.И. Симультианные операции на основе лапароскопической холецистэктомии: автореф. дис...канд. мед. наук / В.И. Кашеев. - М. - 2007. - 28с.

## Summary

## Simultaneous cholecystectomy during abdominoplasty

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova, Z.A. Kurbanov, K.A. Ismailov

Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU;

SI «Republic Scientific Center of Cardiovascular Surgery»

The paper analyzes the experience of carrying out simultaneous cholecystectomy during performing abdominoplasty in 46 women aged 28 to 73 years. In 31 (67,4%) cases patients also had abdominal midline hernia, in two 2 – ovarian cyst and in one – chronic appendicitis. Depending on the presence of abdominal wall hernia the access and dissected portion of adipo-dermal flap are chosen. The postoperative period without complications was in 44 (95,7%) cases. Complications occurred in 2 (4,3%) cases as seroma (1) and marginal necrosis of the skin (1). Remote results observed in 42 (91,3%) of the operated patients. In all cases the results were good.

**Key words:** imultaneous operation, abdominoplasty, cholecystectomy

## АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич – профессор  
кафедры хирургических болезней № 2 ТГМУ;  
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139  
E-mail: kurbonovua@mail.ru