

© Н. А. Майстренко¹, И. В. Берлев²,
А. С. Басос², С. Ф. Басос¹

Военно-медицинская академия:

¹ кафедра факультетской хирургии
им. С. П. Федорова;

² кафедра акушерства и гинекологии
им. А. Я. Крассовского, Санкт-Петербург

СИМУЛЬТАННЫЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МАТКИ И ПРИДАТКОВ, СОЧЕТАЮЩИХСЯ С НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

УДК 618.11/.12+616.366-003.7]-089

■ Исследование основано на материалах обследования и лечения 150 больных с гинекологическими заболеваниями и ЖКБ, оперированных в период с 2003 по 2006 год. Больные были разделены на 3 группы: пациентки, которым были выполнены симультанные вмешательства по поводу гинекологического заболевания и желчнокаменной болезни (ЖКБ) (N = 45), женщины с типичными лапароскопическими операциями по поводу гинекологической патологии (N = 45) и контрольная группа, в которую вошли пациентки, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу неосложненного течения ЖКБ (N = 60).

В качестве индикаторов тяжести анестезии и травматичности оперативных вмешательств были взяты такие параметры, как наличие тошноты и рвоты у больных, количество использованных анальгетиков в послеоперационном периоде, частота послеоперационных осложнений и сроки пребывания больных в стационаре после операции.

Симультанные лапароскопические операции носят более длительный характер, имеют больше косвенных признаков тяжести операционной травмы (количество анальгетиков, использованных в послеоперационном периоде, средний койко-день после операции), что вытекает из особенностей и травматичности операционных доступов. Однако, при сравнении лиц этой группы с больными после типичных лапароскопических вмешательств по поводу гинекологической патологии, по ключевым показателям: послеоперационный койко-день, количество ранних и поздних послеоперационных осложнений достоверных различий не выявлено.

Наш опыт показывает, что в 93 % наблюдений применение симультанных оперативных вмешательств по поводу гинекологических заболеваний, хронического калькулезного холецистита не имеет послеоперационных осложнений.

■ **Ключевые слова:** симультанные операции; лапароскопия; гинекология; холецистэктомия

Введение

К «симультанным», или «сочетанным», операциям относят операции по поводу различных заболеваний, одно из которых основное, а второе конкурирующее, никак не связанное с основным заболеванием. Симультанное вмешательство совмещает две или более хирургические операции, обычно выполняемые раздельно [18]. Неправоммерно называть симультанной операцией, связанную со случайным повреждением соседнего органа, излишней мобилизацией или распространением процесса на соседние органы [12].

Несмотря на то, что не менее 30 % больных, подлежащих оперативному лечению, имеют два и более заболеваний, требующих оперативного лечения, лишь 6 % из них выполняются симультанные операции [4, 12, 15, 19, 20]. Внедрение лапароскопических методик лечения больных значительно расширяет возможности выполнения симультанных вмешательств [14].

В настоящее время до 90 % больных с гинекологической патологией могут оперироваться лапароскопически [5, 21]. Анализ литературных данных показывает, что у 63 % женщин с различной гинекологической патологией выявляется желчнокаменная болезнь (ЖКБ) [7]. Сочетание, например, миомы матки с калькулезным холециститом выявляется с частотой от 12,7 до 16 % [2].

Несмотря на такую распространенность сочетания ЖКБ с гинекологической патологией, лишь у 6 % больных выполняются симультанные вмешательства [4, 12, 15, 16, 19, 20].

Следует отметить, что лапароскопическая холецистэктомия при неосложненных формах ЖКБ стала saniрующей, то есть выполняемой до развития возможных осложнений, что значительно улучшает качество жизни больных [8].

Поэтому, исходя из высокой сочетаемости гинекологических заболеваний и ЖКБ, вполне логично и оправданно выполнение симультанных операций у подобных пациенток.

Однако до настоящего времени вопросы их обоснования, принятия тактических решений относительно объема и этапности вмешательств на основе адекватных диагностических критериев при сочетании гинекологических и хирургических заболеваний, требующих оперативного лечения, изучены недостаточно [3, 14].

Многие исследователи положительно относятся к симультанной лапароскопической холецистэктомии [1, 13, 17]. С другой стороны, отдельные авторы выражают сомнения относительно целесообразности сопутствующей плановой холецистэктомии, полагая, что она значительно увеличивает риск послеоперационных осложнений [6].

Цель исследования

Обосновать и разработать тактику хирургического лечения гинекологических больных, имеющих проявления ЖКБ.

Материал и методы

Настоящее исследование основано на материалах обследования и лечения 150 больных с гинекологическими заболеваниями и ЖКБ.

Применительно к цели исследования в сравнительном аспекте изучены три группы: I группа — больные, которым были выполнены симультанные вмешательства по поводу гинекологического заболевания и ЖКБ (N = 45), II группа — женщины с лапароскопическими операциями по поводу гинекологической патологии (N = 45) и III группа — пациентки, оперированные по поводу неосложненного течения ЖКБ (N = 60), которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Группы коррелировали между собой по возрасту (рис. 1), нозологическим формам основного заболевания, видам и степени тяжести сопутствующих заболеваний, степени обследования, выполненным вмешательствам.

С целью верификации диагноза и определения состояния желчевыводящих протоков, тщательно изучены клинико-анамнестические и инструментальные данные обследованных больных.

Предоперационное обследование включало клинические и биохимические исследования крови, бактериоскопические и цитологические исследования, сонографию органов малого таза, печени, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы, фиброгастродуоденоскопию. При подозрении на наличие конкрементов во внепеченочных желчных протоках, других заболеваний желчевыводящих путей использовались рентгенологические методы обследования: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, магнитно-резонансная томография.

Целью обследования гинекологических больных, планируемых для симультанных вмешательств, было исключение из группы пациенток с осложненными формами ЖКБ (холедохоли-

тиаз, билиодигестивные свищи), поскольку они нуждаются в лечении в специализированном стационаре [9].

Из лабораторных показателей изучались уровни билирубина, АЛТ, АСТ, статистически достоверно более высокие у больных осложненными формами ЖКБ [9]. Важным этапом предоперационного обследования считали выполнение ФГДС с осмотром большого дуоденального сосочка, которая была выполнена у 60 больных. Следует отметить, это исследование является обязательным для больных с опухолями яичника [10].

Выполнение эндовидеохирургических вмешательств с использованием карбоксиперитонеума, вне зависимости от того, являются они симультанными или нет, сопровождается негативным воздействием комплекса факторов на гемодинамику. Особая роль среди них принадлежит повышенному внутрибрюшному давлению, нефизиологическому положению пациента на операционном столе, гиперкапнии [11]. Для оценки рисков развития интра- и послеоперационных осложнений использовали классификацию ASA.

К первому классу по ASA отнесены 75 %, ко второму — 21 % и к третьему — 4 % больных, которым были выполнены симультанные операции.

Согласно современным данным, для больных I и II классов тяжести состояния использование карбоксиперитонеума при эндовидеохирургических вмешательствах, а также вынужденное положение тела с поднятым головным концом и поворотом на левый бок не приводит к выраженным нарушениям функционирования сердечно-сосудистой системы [22, 23, 24].

В связи с высоким прогностическим риском развития интраоперационных осложнений в исследуемую группу больных — кандидатов для симультанных вмешательств не включались больные с риском IV степени по ASA, а всем больным, относящимся к III классу, проводилась общесоматическая предоперационная подготовка.

Использовались общепризнанные стандартные методики лапароскопических холецистэктомии и гинекологических операций [5, 8].

Результаты и их обсуждение

Выполнение лапароскопической холецистэктомии первым этапом имело определенные преимущества: позволяло заранее осмотреть область планируемой гинекологической операции и визуально оценить характер гинекологического заболевания, наличие спайчного процесса. Симультанно с лапароскопической холецистэктомией выполнялись различные вмешательства на матке и ее придатках (табл. 1).

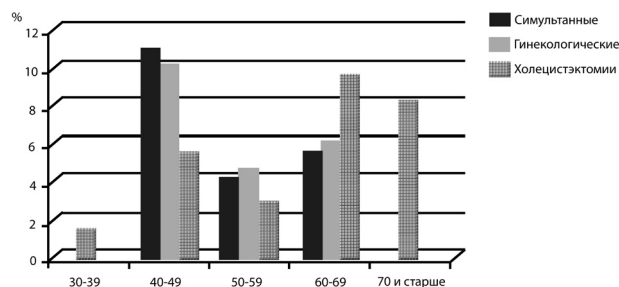


Рис. 1. Возраст больных на момент операции (%)

Таблица 1

Виды вмешательств на матке и ее придатках во время симультанных операций

Операция	Аднексэктомия 1/2 сторонняя	Гистерэктомия	Пангистерэктомия	Субтотальная гистерэктомия *	Цистаденомэктомии, другие операции на придатках матки
Количество случаев (%)	40	33	13	7	13

* — субтотальная гистерэктомия выполнялась в качестве одного из этапов операции сакровагинопексии

Средняя продолжительность лапароскопических гинекологических операций составила 1 час 46 минут. Продолжительность лапароскопических симультанных операций варьировала от 50 минут до четырех часов и составила в среднем 2 часа 13 минут. В связи с экономией времени за счет отсутствия необходимости наложения пневмоперитонеума, выполнения ревизии органов брюшной полости, а также возможностью извлечения желчного пузыря из брюшной полости во время гинекологического этапа операции (через лапаротомный или кольпотомический разрез), продолжительность этапа холецистэктомии в них короче, чем продолжительность отдельной лапароскопической холецистэктомии (27 и 42 минут соответственно) (рис. 2).

В послеоперационном периоде всех больных в течение суток наблюдали в послеоперационном отделении или палате.

В качестве индикаторов тяжести анестезии и травматичности оперативных вмешательств были взяты такие параметры, как наличие тошноты и рвоты у больных, количество использованных анальгетиков в послеоперационном периоде, частота послеоперационных осложнений и сроки пребывания больных в стационаре после операции (рис. 3).

После лапароскопических операций по поводу гинекологического заболевания и симультанной лапароскопической холецистэктомии пациенты испытывали тошноту и рвоту в среднем на 4–7 % чаще, чем после обыкновенных лапароскопических гинекологических вмешательств или лапароскопической холецистэктомии. Эту разницу можно объяснить большей продолжи-

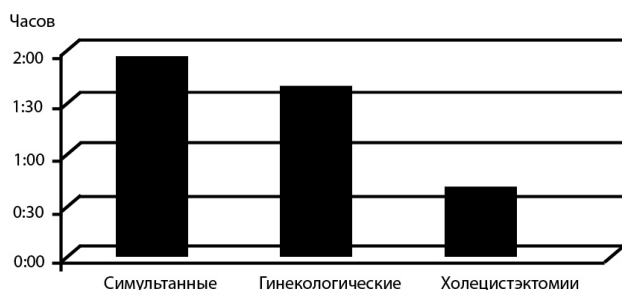


Рис. 2. Средняя продолжительность лапароскопических вмешательств (в часах)

тельностью симультанных операций и большим количеством препаратов, которые пациентка получала во время наркоза (рис. 4).

Согласно этому графику разница в степени болевого синдрома в послеоперационном периоде в различных группах больных минимальна.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у трех (6,7 %) больных после симультанных вмешательств: у двух (4,4 %) пациенток наблюдалось нагноение троакарной раны, у одной (2,2 %) — послеоперационное кровотечение из острой язвы желудка, с последующей гипохромной анемией легкой степени.

После гинекологических операций ранние послеоперационные осложнения также наблюдались у трех (6,7 %) больных. У одной (2,2 %) пациентки послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной троакарной раны, у двух (4,4 %) больных были зарегистрированы гематомы в области послеоперационной раны.

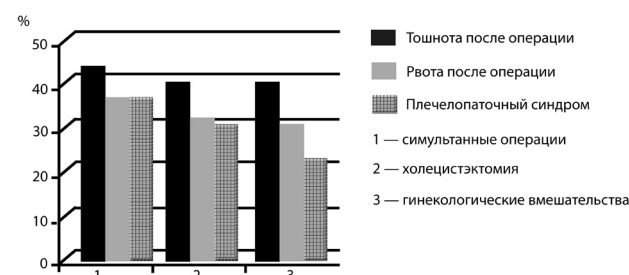


Рис. 3. Показатели тяжести анестезии у больных, перенесших симультанные вмешательства, по сравнению с больными, подвергшимися лапароскопическим операциям

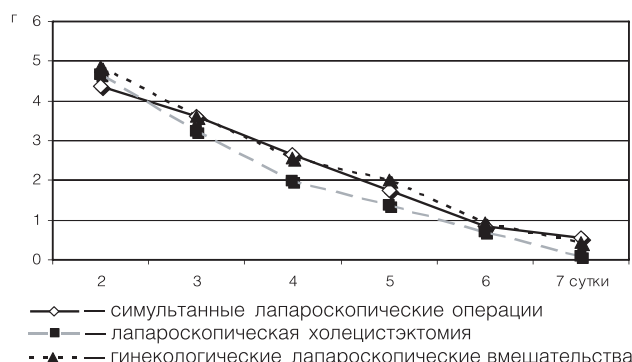


Рис. 4. Количество анальгина (в граммах), использованного в послеоперационном периоде, начиная со вторых суток (в первые сутки больные получали промедол)

Таблица 2

Средние сроки пребывания больных в стационаре в зависимости от вида оперативного вмешательства

Вид вмешательства	Дни		
	До операции	После операции	Всего
Симультанные лапароскопические операции (n = 45)	2,5 ± 0,5	8,3 ± 2,6	10,8 ± 1,9
Лапароскопические гинекологические операции (n = 45)	2,0 ± 0,3	8,5 ± 2,9	10,5 ± 2,0
Лапароскопическая холецистэктомия (n = 60)	1,8 ± 0,3	1,8 ± 0,3	9,1 ± 1,7

В группе больных, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия, в трех (5 %) случаях имело место нагноение троакарной раны, и у одной (1,7 %) больной наблюдалось желчеистечение в послеоперационном периоде (не более 10 мл в сутки), купировавшееся самостоятельно на 3 сутки послеоперационного периода.

В таблице 2 дан сравнительный анализ сроков пребывания больных в стационаре в зависимости от варианта лечения.

Заключение

Гинекологические больные с сопутствующей ЖКБ предъявляли жалобы на тяжесть, дискомфорт в правом подреберье (у 42 % больных), горечь во рту и тошноту при погрешности в диете (у 28 % больных). Больные с осложненными формами ЖКБ исключались из исследования. К высокоинформативным симптомам осложненных форм ЖКБ можно отнести эпизоды желтухи и холангита в анамнезе, частые приступы печеночных колик, иррадиацией болей в поясничную область по типу «опоясывающих». Остальные симптомы должны также учитываться при оценке клинической картины, хотя специфичность их гораздо ниже.

Симультанные лапароскопические операции носят более длительный характер, имеют больше косвенных признаков тяжести операционной травмы, таких как количество анальгетиков, использованных в послеоперационном периоде, что вытекает из особенностей и травматичности операционных доступов. Однако по ключевым показателям: послеоперационный койко-день, количество ранних и поздних послеоперационных осложнений, пациенты после симультанных и типичных лапароскопических вмешательств не отличаются между собой.

Выполнение пациенткам лапароскопической холецистэктомии симультанно с плановой операцией по поводу гинекологического заболевания не сказалось на продолжительности нахождения больной в стационаре после операции, а также не повлияло на общие сроки госпитализации больных.

Результаты показывают, что в 93 % наблюдений применение симультанных оперативных вмешательств по поводу гинекологических забо-

леваний, хронического калькулезного холецистита не имеет послеоперационных осложнений.

По критериям тяжести течения анестезии, косвенным показателям операционной травмы, продолжительности нахождения в стационаре больные из группы симультанных операций достоверно не отличаются от больных после типичных оперативных вмешательств по поводу гинекологической патологии и лапароскопической холецистэктомии соответственно.

Данный вид лечения не требует большого количества специализированной и дорогостоящей аппаратуры и инструментария, но требует опыта и грамотного взаимодействия хирургов, выполняющих оба этапа операции. Такое сочетание возможно только в специализированных клиниках и стационарах, где допустимо создавать специальные смешанные бригады хирургов для выполнения симультанных операций.

При всем многообразии подходов в лечении больных гинекологической патологией и ЖКБ вопрос о симультанной операции должен решаться индивидуально у каждого пациента. Критериями в таком случае должны служить: общее состояние пациента; выраженность сопутствующей патологии; характер и длительность гинекологического заболевания, ЖКБ; наличие адекватных диагностических средств; наличие противопоказаний к симультанной операции; наличие необходимого инструментария и опыта хирургов.

Выводы

1. Рациональный алгоритм обследования больных с гинекологическими заболеваниями, сочетающимися с ЖКБ, позволяет дифференцировать лиц для использования у них симультанных лапароскопических методик.
2. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена у гинекологических больных с неосложненной ЖКБ и гинекологической патологией и является эффективным, малотравматичным, безопасным, функциональным методом лечения.
3. Противопоказаниями к выполнению симультанных вмешательств больным с сочетанием гинекологической патологии и ЖКБ являются

ся осложненные формы ЖКБ, тяжелое соматическое состояние пациентки (IV+ класс по ASA) и состояния, усложняющие техническое выполнение лапароскопической холецистэктомии (спаечный процесс).

4. Современные малотравматичные эндовидеохирургические методики в условиях современной анестезии с антиноцицептивной, гемодинамической поддержкой, тщательным мониторингом систем дыхания и кровообращения не утяжеляют течение анестезии и операционную травму у больных отобранных категорий (I и II классов по ASA) при выполнении как лапароскопических, так и открытых гинекологических вмешательств симультанно с лапароскопической холецистэктомией при неосложненных формах ЖКБ.
5. Непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения у больных, перенесших симультанные оперативные вмешательства, статистически не отличаются от таковых у больных, перенесших последовательные операции по поводу этих заболеваний.

Литература

1. Адамян Л. В. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / Адамян Л. В., Панин А. В. — М., 2000. — С. 653–656.
2. Баков В. С. Симультанные лапароскопические симультанные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Баков В. С. — Рязань, 2000. — 12 с.
3. Баулина Н. В. Симультанные операции в хирургии и гинекологии / Баулина Н. В., Баулина Е. А. // Вестн. хирургии. — 2004. — Т. 163, № 2. — С. 87–91.
4. Буянов В. М. Сочетанные операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве / Буянов В. М., Маховский В. З. // Хирургия. — 1990. — № 7. — С. 81–86.
5. Кулаков В. И. Хирургическая лапароскопия в гинекологии / Кулаков В. И., Адамян Л. В. // Акуш. и гин. — 1995. — № 5. — С. 3–6.
6. Кургузов О. П. Сочетанные операции / Кургузов О. П., Кузнецов Н. А. // Хирургия. — 1989. — № 9. — С. 104–107.
7. Лапароскопическая холецистэктомия как один из этапов симультанной операции в оперативной гинекологии / Адамян Л. В. [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве. — М., 2002. — С. 432–436.
8. Майстренко Н. А. Гепатобилиарная хирургия / Майстренко Н. А., Нечай А. И. — СПб.: СпецЛит, 1999. — С. 21–23.
9. Майстренко Н. А. Холедохолитиаз / Майстренко Н. А., Стукалов В. В. — СПб.: ЭЛБИ, 2000. — С. 27–34.
10. Нечаева И. Д. Опухоли яичника / Нечаева И. Д. — М.: Медицина, 1996.
11. Особенности гемодинамических реакций при различных вариантах эндовидеохирургического лечения желчнокаменной болезни у пациентов с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы / Андреев А. А. [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2003. — № 4. — С. 21.
12. Потапов Л. В. Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки / Потапов Л. В., Рудаков А. А. // Эндоскоп. хирургия. — 1999. — № 2. — С. 22–23.
13. Пучков К. В. Применение эндоскопических технологий при лечении больных с сочетанной патологией органов брюшной полости и малого таза / Пучков К. В., Баков В. С., Политова А. К. // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. — М., 2002. — С. 656–657.
14. Пучков К. В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / Пучков К. В., Баков В. С. — М.: Медпрактика, 2005. — С. 7.
15. Сочетание операций при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки / Успенский Л. В. [и др.] // Хирургия. — 1990. — № 2. — С. 60–66.
16. Сочетанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости / Торопов Ю. Д. [и др.] // Клин. хирургия. — 1993. — № 2. — С. 19–21.
17. Стариков В. Л. Малоинвазивная хирургия в гинекологии / Стариков В. Л., Абашин В. Г. // Тез. докл. науч. конф. «Малоинвазивная хирургия в гинекологии». — М., 1998. — С. 32–33.
18. Тоскин К. Д. Симультанные операции — название и определение / Тоскин К. Д., Жебровский В. В., Земляникин А. А. // Вестн. хирургии. — 1991. — Т. 146, № 5. — С. 3–9.
19. Федоров В. Д. Современные возможности выполнения одномоментных сочетанных тяжелых полостных операций / Федоров В. Д., Смирнова В. И. // Реконструктивная хирургия: сб. статей. — Ростов н/Д., 1990. — С. 139.
20. Ходаков В. В. Плановые симультанные операции в абдоминальной хирургии / Ходаков В. В., Копылов Ф. Н., Ранцев М. А. // Актуальные вопросы гастроэнтерологии: сборник. — Томск, 1993. — С. 18.
21. Barnett A. Simultaneous rupturing heterotopic pregnancy and acute appendicitis in an in vitro fertilization twin pregnancy / Barnett A., Chipchase J., Hewitt J. // Human Reprod. — 1999. — Vol. 14, N 3. — P. 850–851.
22. Haemodynamic changes during laparoscopic cholecystectomy in the high risk patients / G. Stuttmann [et al.] // Endoscop. Surg. — 1995. — Vol. 3, N 4. — P. 174–179.
23. Liu S. U. Prospective analysis of cardiopulmonary responses of laparoscopic cholecystectomy / Liu S. U., et al. // J. Laparoendoscop. Surg. — 2001. — Vol. 1, N 5. — P. 241–246.
24. Zollinger A. Hemodynamic effect of pneumoperitoneum in patients with an increased cardiac risk / Zollinger A., Kraye S., Seifert B. // Europ. J. Anesthesiol. — 1997. — Vol. 14, N 3. — P. 266–275.

Статья представлена В. Ф. Беженарем
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН,
Санкт-Петербург

SIMULTANEOUS ENDOVIDEOSURGICAL
INTERVENTIONS IN GYNECOLOGICAL PATIENTS
WITH CONCURRENT NON-COMPLICATED
GALLSTONE DISEASE

Maistrenko N. A., Berlev I. V., Basos A. S., Basos S. F.

■ **Summary:** We present the results of 150 operations on gynecological patients with concurrent gallstone disease operated on in 2003–2006. Patients after laparoscopic gynecological surgery with simultaneous laparoscopic cholecystectomy, open gynecological surgery with concurrent laparoscopic cholecystectomy and just laparoscopic cholecystectomy have been compared.

We used such indicators of anesthesiological stress and intraoperative trauma as the degree of nausea and vomiting after surgery,

quantity of analgesics used, rate of complications and postoperative hospital stay.

We have found out, that although simultaneous operations (compared with ordinary ones) take more time and have relatively higher degree of operative trauma, the key criteria, as postoperative hospital stay and the rate of complications in different patient groups show no statistical difference.

Our experience showed that 93 % of patients, undergone simultaneous cholecystectomy and gynecologic surgery have no postoperative complications. Therefore, we may recommend laparoscopic cholecystectomy concurrent with gynecological surgery as indicated, safe and not prolonging hospital stay method in patients with non-complicated gallstone disease.

■ **Key words:** simultaneous operations; laparoscopy; gynecology; cholecystectomy