

© Г.М. Рутенбург¹,
В.Ф. Беженарь²,
В.В. Стрижелецкий¹,
Т.Ю. Жемчужина¹,
Т.В. Гордеева³

¹Городской центр лапароскопической хирургии и гинекологии, Санкт-Петербург;

²НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН, Санкт-Петербург;

³Краевая клиническая больница им. С.В. Очаповского № 1, Краснодар

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННЫМИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

■ В статье представлены данные об обследовании и хирургическом лечении 168 женщин, оперированных в связи с грыжами передней брюшной стенки. Из них 142 пациентки (84,5 %) перенесли изолированные лапароскопические оперативные вмешательства по поводу хирургического заболевания, а 26 (15,5 %) — симультанные вмешательства в связи с сочетанием у них гинекологической патологии с паховой грыжей. Разработан диагностический алгоритм обследования и лечения больных с грыжами передней брюшной стенки, с подозрением на гинекологическую патологию. Дана частота различной гинекологической патологии у больных с паховыми грыжами, разработаны симультанные операции с применением синтетических протезирующих материалов, представлены исходы лапароскопического лечения и осложнения.

■ **Ключевые слова:** симультанные операции; оперативная гинекология; паховые грыжи; лапароскопия

Актуальность проблемы

Больные с вентральными грыжами составляют в настоящее время 8–18 % от общего числа больных хирургических стационаров, а паховые грыжи составляют до 70–75 % от их числа. Оперативное лечение грыж передней брюшной стенки до настоящего времени не имеет альтернатив. Эта проблема сохраняет высокое медицинское и социальное значение во всем мире. Актуальность проблемы хирургического лечения паховых грыж объясняется также довольно большим числом рецидивов, не имеющих тенденции к снижению. Так при косых паховых грыжах рецидив заболевания развивается у 20–25 % больных, при прямых — у 11–45 %, а при сложных формах частота рецидива еще выше [1, 2, 3, 6].

Крайне низкое количество выполняемых симультанных вмешательств, не соответствующее реальным потребностям в них, объясняется целым рядом причин: неполное обследование больных в предоперационном периоде, недостаточная интраоперационная ревизия органов брюшной полости и малого таза, преувеличение степени операционного риска при определении возможности проведения симультанных операций, склонность хирургов к осуществлению многоэтапного оперативного лечения сочетанных заболеваний, повышение ответственности хирурга при возможном неудачном исходе операции, техническая и психологическая неподготовленность хирургов, гинекологов и анестезиологов к расширению объема оперативного вмешательства [4, 5].

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения женщин с сочетанными гинекологическими заболеваниями и паховыми грыжами путем разработки и внедрения методов симультанных лапароскопических оперативных вмешательств.

Материал и методы

Клинические исследования были выполнены на 168 больных, оперированных в связи с паховыми грыжами. Из них 142 пациентки (84,5 %) перенесли изолированные лапароскопические оперативные вмешательства по поводу хирургического заболевания, а 26 (15,5 %) — симультанные вмешательства в связи с наличием у них гинекологической патологии, потребовавшей хирургического лечения.

Клиническая часть работы выполнена в период с января 2001 года по ноябрь 2005 года в Городском центре эндовидеохирургии Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга, хирургическом и гинекологическом отделениях Краевой клинической больницы им. С.В. Очаповского № 1 Краснодара.

Таблица 1

Распределение обследованных больных по группам сравнения

| Возраст, лет | Подгруппы сравнения | | | |
|--------------|---------------------------------------|------------|--------------------------------------|------------|
| | группа А (n = 142) «изолированные» | | группа Б (n = 26) «симультаннные» | |
| | абс. | М % (m %) | абс. | М % (m %) |
| до 20 | 12 | 8,5 (2,3) | 0 | 0 |
| от 20 до 40 | 58 | 40,8 (4,1) | 14 | 53,8 (9,8) |
| от 40 до 60 | 72 | 50,7 (4,2) | 12 | 46,2 (9,8) |
| старше 60 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Таблица 2

Методики эндовидеохирургической герниопластики

| Методика эндовидеохирургической герниопластики | Количество пациенток | | | |
|---|----------------------|------------|--------------|------------|
| | косые грыжи | | прямые грыжи | |
| | абс. | М % (m %) | абс. | М % (m %) |
| Лапароскопическая герниопластика с использованием имплантата, располагающегося предбрюшинно | 45 | 26,8 (6,6) | 5 | 3,0 (7,6) |
| Лапароскопическая герниопластика с коррекцией грыжевых ворот швом и предбрюшинным расположением протеза | 95 | 56,5 (5,1) | 23 | 13,7 (7,2) |
| Всего | 140 | 83,3 (3,2) | 28 | 16,7 (7,0) |

Лапароскопическая герниопластика достаточно новый раздел хирургии. По этой причине до настоящего времени нет четких критериев выбора той или иной оперативной методики.

В нашей работе у 168 больных мы применяли следующие методики:

1. Лапароскопическая герниопластика с укреплением грыжевых ворот имплантатом, располагающимся предбрюшинно (n = 50).

2. Лапароскопическая герниопластика с использованием швов и дополнительным укреплением имплантатом, располагающимся предбрюшинно (n = 118).

Все обследованные женщины были разделены на 2 подгруппы. Подгруппа А (142 больных) — пациентки, у которых были выполнены изолированные герниопластики и подгруппа Б (26 женщин) — больные, которым произведены симультаннные операции, герниопластики и гинекологические операции. Все больные оперированы лапароскопически. Распределение больных по группам и по возрасту представлено в таблице 1.

Основной целью эндовидеохирургической герниопластики является не только восстановление нормальной анатомии паховой области, но и укрепление задней стенки пахового канала путем ее протезирования. При этом ведущее значение имеет укрепление задней стенки, малотравматичный подход к которой возможен с использованием эндовидеохирургической технологии. У обследованных пациенток использовались различные методики эндовидеохирургической герниопластики, что отражено в таблице 2.

Первым этапом во всех случаях выполняли диагностическую лапароскопию, при которой уточняли диагноз, диаметр грыжевых ворот и степень несостоятельности задней стенки пахового канала (дислокация структур задней стенки). Выявлялись сопутствующие патологические изменения органов брюшной полости и малого таза. Таким образом устанавливали показания к той или иной методике лапароскопической герниопластики. Кроме того, проведенные на этом этапе исследования позволили уточнить и по-новому оценить анатомо-функциональные особенности внутренней поверхности передней брюшной стенки и классифицировать паховые грыжи в контексте лапароскопической герниопластики.

Устройство операционной и расположение хирургической бригады при выполнении лапароскопической герниопластики обычное. После диагностической лапароскопии в брюшную полость вводятся два рабочих троакара: диаметром 5 мм на стороне грыжи и 10 мм с противоположной стороны на уровне пупка, латеральнее прямых мышц живота (рис. 1).

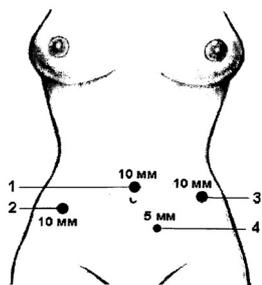


Рис. 1. Расположение троакаров при эндовидеохирургической герниопластике

Результаты исследования

В большинстве случаев паховые грыжи у обследованных больных проявлялись типичной клинической симптоматикой — 155 человек (92,2 %). Только у 12 больных группы А (8,4 %) и у 1 пациентки группы Б (3,8 %) при пальпации грыжа определялась с трудом, а грыжевое выпячивание не визуализировалось в вертикальном положении.

Следует обратить внимание, что возраст обследованных пациенток колебался от 18 до 83 лет (средний возраст — $48,5 \pm 4,3$ лет). Кроме того, 50,7 % пациенток группы А и 46,2 % больных группы Б были старше 40 лет.

При анализе акушерско-гинекологического анамнеза обследованных женщин было выявлено, что у 154 больных (91,6 %) в анамнезе отмечались гинекологические заболевания. При этом следует отметить, что большинство обследованных пациенток — 98 (58,3 %) не предъявляло каких-либо жалоб, специфичных для заболеваний внутренних гениталий (рис. 2), что, по-видимому, следует объяснить с одной стороны — большой частотой бессимптомного течения гинекологических заболеваний (хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов, фоновые заболевания шейки матки, миома матки, доброкачественные опухоли яичников), а с другой — небольшими размерами доброкачественных опухолей матки и яичников, которые были выявлены в ходе дополнительного обследования пациенток в 26,1 % и 9,5 %, соответственно.

Только 34 женщины (20,2 %) жаловались на незначительные боли внизу живота и пояснице, носящие тупой, ноющий характер. Второй, по частоте, жалобой были нарушения менструального цикла у 24 (14,2 %) обследованных больных в репродуктивном и перименопаузальном периодах, жалобы на бесплодие предъявляли 20 больных (11,9 %), кровянистые выделения в менопау-

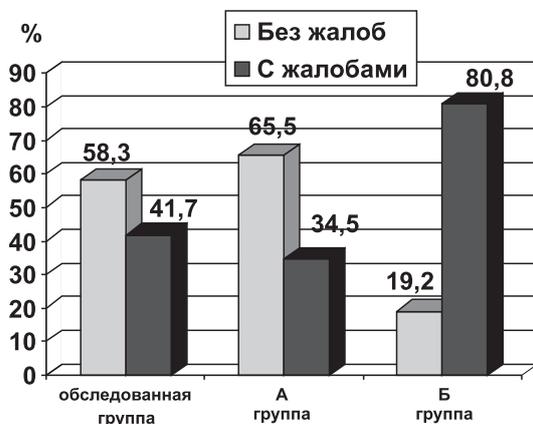


Рис. 2. Жалобы гинекологического характера среди обследованных больных

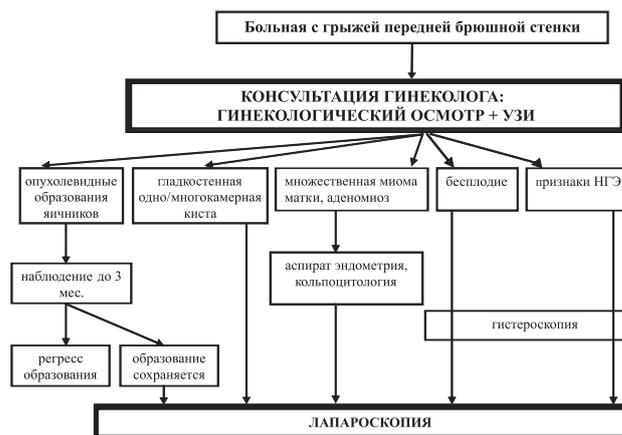


Рис. 3. Алгоритм обследования и лечения больных с грыжами передней брюшной стенки, с подозрением на гинекологическую патологию

зе отмечались у 15 женщин (8,9 %), а на опущение (выпадение) внутренних половых органов — 12 человек (7,1 %).

Следует подчеркнуть, что отягощенный соматический анамнез имели около 80 % пациенток в возрасте старше 45 лет и только приблизительно у 15 % больных детородного возраста, у которых экстрагенитальная патология выражалась в заболевании щитовидной железы (5,4 %), заболеваниях молочной железы — диффузный и локализованный фиброаденоматоз наблюдались у 39,8 % пациенток.

Таким образом, в результате предоперационного анализа соматического и акушерско-гинекологического анамнеза получены данные, свидетельствующие о высокой частоте соматических заболеваний и гинекологической патологии у больных с паховыми грыжами, при этом преобладают бессимптомные формы течения хронических воспалительных заболеваний внутренних гениталий (51,2 %), доброкачественных новообразований матки (26,1 %), придатков матки (9,5 %) и бесплодие (19 %). Данное обстоятельство послужило основанием для проведения углубленного обследования женщин, нуждающихся в хирургической герниопластике, для определения состояния органов репродуктивной системы и выявления возможных показаний для хирургического лечения со стороны внутренних гениталий. Разработан алгоритм обследования женщин с различными видами паховых грыж и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (рис. 3), позволивший у 23 больных (13,7 %) сформулировать показания для проведения симультанной операции совместно с гинекологической бригадой.

Таким образом, включение в алгоритм обследования женщин, страдающих различными видами паховых грыж, дополнительного обследования,

Таблица 3

Размеры грыжи у пациенток обследованной группы

| Размеры грыжи | Пациентки | | | |
|---|--------------------|---------------|-------------------|---------------|
| | группа А (n = 142) | | группа Б (n = 26) | |
| | абс. | М % (m %) | абс. | М % (m %) |
| При пальпации определяется с трудом, выпячивание не видно | 12 | 8,5 (2,3) | 1 | 3,8 (3,8) |
| Легко пальпируется, выпячивание не видно | 18 | 12,7 (2,8) | 3 | 11,5 (6,3) |
| При напряжении пациентки видно выпячивание в положении «стоя» | 41 | 28,9 (3,8) | 12 | 46,2 (9,8) |
| Выпячивание видно при напряжении пациентки в положении «лежа» | 62 | 43,7 (4,2) | 10 | 38,5 (9,5) |
| Выпячивание видно без напряжения пациентки в положении «лежа» | 9 | 6,3 (2,0) | 0 | 0 |
| Итого | 142 | 100 | 26 | 100 |

включающего осмотр врача-гинеколога с проведением УЗИ-органов малого таза, а также, при выявлении гинекологической патологии, методов углубленного обследования (аспират эндометрия, кольпоцитологическое обследование шейки матки и др.), позволяет выявить у данной категории хирургических больных гинекологическую патологию, определить показания к гинекологической операции и спланировать симультанное хирургическое вмешательство.

Большое значение для оперативного лечения, а также течения послеоперационного периода, имеет размер грыж. Распределение пациенток по размерам грыжи в группах представлено в таблице 3. При отборе пациенток мы добивались наибольшей рандомизации по основным параметрам, таким как возраст, давность заболевания, а также размеры грыж.

Показаниями для проведения гинекологического этапа операции у больных группы Б явились следующие нозологические формы: в 10 случаях (38,4 %) — симптомная миома матки, в 3 (19,2 %) — хронические тазовые боли (интра-

операционно установлен наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) у 5 больных), в 5 (19,2 %) — трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ), в 4 (15,4 %) — цистаденомы яичников, в 2 (7,7 %) — опущение внутренних половых органов.

Следует отметить, что больным с миомой матки была выполнена лапароскопическая гистерэктомия: в 4 случаях — тотальная (ТЛН) и в 2 случаях — субтотальная (STLH), у 4 женщин произведена консервативная миомэктомия. Также ТЛН была произведена 2 больным с пролапсом матки. Больным с цистаденомами яичников в 3 случаях выполняли цистаденомэктомию и одной больной — аднексэктомию. Операции больным с ТПБ распределились следующим образом — в 3 случаях была выполнена неосальпингостомия с двухсторонним сальпингоовариолизисом, а 2 больным, в связи с обнаруженным сактосальпинксом, произвели тубэктомию. Коагуляцию очагов эндометриоза выполнили 5 больным с НГЭ I–II стадии.

Объем эндовидеохирургической герниопластики у больных группы Б представлен в таблице 4.

Таблица 4

Объем симультанных эндовидеохирургических операций, выполненных больным обследованных групп

| Методика эндовидеохирургических гинекологических операций | Методика эндовидеохирургической герниопластики | |
|---|---|---|
| | лапароскопическая герниопластика с использованием имплантата, располагающегося предбрюшинно | лапароскопическая герниопластика с коррекцией грыжевых ворот швом и предбрюшинным расположением протеза |
| | абс. | абс. |
| Тотальная гистерэктомия (n = 6) | 2 | 4 |
| Субтотальная гистерэктомия (n = 2) | 1 | 1 |
| Миомэктомия (n = 4) | - | 4 |
| Цистаденомэктомия (n = 3) | 1 | 2 |
| Аднексэктомию (n = 1) | - | 1 |
| Тубэктомию (n = 2) | 1 | 1 |
| Неосальпингостомия, сальпингоовариолизис (n = 3) | 1 | 2 |
| Коагуляция очагов НГЭ (n = 5) | 2 | 3 |
| Всего | 8 | 18 |

Из данных указанной табл. следует, что в группе больных с симультанными операциями наиболее часто выполняли герниопластику с коррекцией грыжевых ворот швом и предбрюшинным расположением протеза в сочетании с тотальной гистерэктомией (4 больных), миомэктомией (4 больных), коагуляцией очагов НГЭ (3 больных) и цистаденомэктомией (2 больных), а также герниопластику с использованием импланта, располагающегося предбрюшинно в сочетании с TLH (2 больных), цистаденомэктомией (1 больная), тубэктомией (1 больная).

Одним из главных преимуществ т.н. «изолированных» эндовидеохирургических герниопластик перед симультанными многие считают менее продолжительные по времени операции. При изучении протоколов операций больных, перенесших симультанные операции, выявлено, что минимальная по времени операция продолжалась 21 минуту, максимальная — 96 минут. Средняя продолжительность операций у 26 больных составила $83,2 \pm 4,7$ минуты. Наиболее длительными по времени были операции при рецидивных грыжах, среднее время — $82,8 \pm 6,7$ минуты, а также герниорафии в сочетании с TLH, среднее время — $65,4 \pm 8,1$ минуты.

Эндовидеохирургическая герниопластика выполнялась с минимальной продолжительностью операции при использовании многозарядного пластмассового степлера, без учета времени введения в наркоз и выведения из наркоза и составила 13 минут, максимальной — при одномоментной двусторонней лапароскопической герниопластике — 86 минут. Средняя продолжительность операции у 142 больных составила $38,6 \pm 4,3$ минуты. Необходимо отметить, что при рецидивных грыжах продолжительность операции достоверно не увеличивалась.

Таким образом, среднее время операций при «изолированных» и симультанных эндовидеохирургических методиках различается незначительно, но при оперативном лечении сложных видов грыж (рецидивных и двухсторонних) и при сочетании герниопластики с тотальной гистерэктомией эндовидеохирургической методики длительность операции существенно увеличивается. По нашему мнению, в этих случаях, общеизвестные преимущества лапароскопии, а также возможность выполнения двух вмешательств в ходе одного анестезиологического пособия оправдывают выполнение сложного гинекологического этапа операции, несмотря на затраты времени.

При изучении выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде у пациенток в обеих подгруппах оценивали количество и характеристику использованных анальгетических

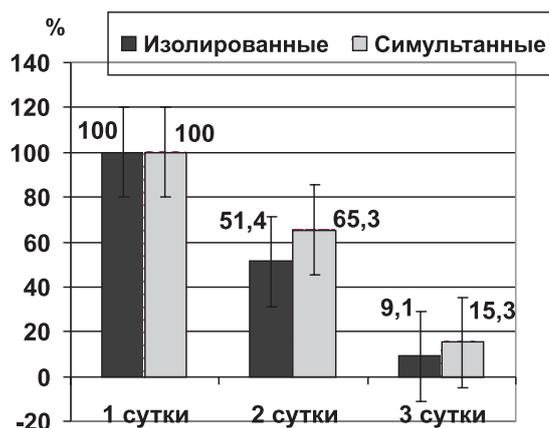


Рис. 4. Применение ненаркотических анальгетиков в послеоперационном периоде у обследованных больных

препаратов, сроки восстановления двигательной активности и полное исчезновение болей. Всем пациенткам, перенесшим как «изолированную», так и симультанную герниопластику, в послеоперационном периоде наркотические анальгетики не назначались. Среди больных группы А 142 больным анальгетики назначались в течение первых суток, 73 пациенткам (51,4 %) — в течение вторых суток, 13 больным (9,1 %) в течение третьих суток. Назначение анальгетиков (анальгин 50 % — 2,0; кетанов — 1,0) производилось в связи с жалобами больных на боли в области операции, препараты назначались 2–3-хкратно в сутки от 2 до 5 суток послеоперационного периода. Применение ненаркотических анальгетиков в послеоперационном периоде представлено на рисунке 4. Из рисунка следует, что частота применения анальгетиков при симультанных операциях, по сравнению с изолированной эндовидеохирургической герниопластикой, достоверно не повышалась.

Все пациентки, перенесшие эндовидеохирургическую герниопластику, через 6–8 часов после операции в присутствии медицинского персонала вставали, выполняли дыхательную гимнастику. В первые сутки послеоперационного периода больные принимали пищу (стол 15) и посещали столовую. Спустя 18–24 часа у больных отмечено достаточное восстановление двигательной активности: больные могли передвигаться по отделению, посещать процедурный кабинет и перевязочную, 3-хкратно в сутки принимать пищу, проводить санитарные и гигиенические мероприятия.

При наблюдении за больными, перенесшими симультанную герниопластику выявлено, что больные могли самостоятельно или в присутствии медицинского персонала вставать только через 12–18 часов. Движение и ходьба в течение 2–3 суток были незначительно ограничены в связи с болевым синдромом только у больных, перенесших TLH. Самостоятельный прием пищи больные, как

правило, осуществляли через 24–30 часов после операции.

Назначение антибактериальных препаратов производилось после эндовидеохирургических вмешательств только на фоне выявленных осложнений в 15 случаях (10,5 %) у больных группы А и в 2 случаях (7,6 %) у женщин группы Б. При обычном течении послеоперационного периода антибиотики не назначались. 8 пациенткам, перенесшим симультанную герниорафию в сочетании с TLH и STLH, интраоперационно однократно назначались антибактериальные препараты широкого спектра действия. Назначение антибиотиков связано с большим объемом хирургического вмешательства, длительностью операции, с целью профилактики осложнений послеоперационного периода.

При изучении показателей пребывания больных в стационаре выявлено, что средняя продолжительность госпитализации больных, перенесших эндовидеохирургическую герниопластику, составила $3,7 \pm 0,6$ койко-дня. Минимальная продолжительность пребывания в стационаре — 1 койко-день у 2 больных (оперативное лечение в день поступления в стационар, выписка по настоянию больных в удовлетворительном состоянии). Максимальная продолжительность пребывания в стационаре — 14 койко-дней у 1 больной 70 лет с осложнением, не распознанным во время операции, — коагуляционным повреждением стенки мочевого пузыря и отсроченной его перфорацией. Средняя продолжительность пребывания в стационаре у больных, перенесших симультанную герниопластику, составила $9,5 \pm 2,6$ койко-дней ($p > 0,05$). Минимальные сроки пребывания в стационаре — 5 койко-дней у 3 больных; максимальные сроки пребывания в стационаре — 16 койко-дней.

По нашим данным, больным, перенесшим эндовидеохирургическую герниопластику в сочетании с гинекологическими операциями, на восстановление трудоспособности требовалось 9–10 суток (в среднем $9,4 \pm 2,1$); при этом пациенткам, не занимающимся физическим трудом, потребовалось 8–10 суток, в то время как лицам, занятым тяжелым физическим трудом 10–15 суток (сроки полного прорастания имплантата собственной соединительной тканью). Минимальными сроками восстановления трудоспособности были 4 суток у 1 пациентки, максимальными — 20 суток у 1 пациентки с невралгией латерального кожного нерва бедра.

Таким образом, применение симультантных эндовидеохирургических операций у гинекологических больных, страдающих различными вариантами паховых грыж, не приводит к достоверно-

му увеличению длительности операции и раннего послеоперационного периода, сроков реабилитации, а также необходимости в дополнительном назначении обезболивающих и антибактериальных препаратов. В то же время, в ходе одного вмешательства были решены проблемы хирургического и гинекологического профиля, что не привело к достоверному увеличению числа интра- и послеоперационных осложнений.

Учитывая небольшой опыт симультантных лапароскопических операций при сочетании паховых грыж и гинекологических заболеваний, приводим подробный анализ возникших осложнений.

Наиболее частыми являются осложнения со стороны пункционных ран параумбиликальной области — это инфильтраты 3 больных группы А (2,1 %).

На втором месте стоят местные осложнения в области герниорафии. У 3 (2,1 %) пациенток группы А и 1 (3,8 %) мы наблюдали ненапряженную гематому паховой области, что не потребовало оперативного вмешательства.

Третья группа — осложнения со стороны мочевыделительной системы. У 6 женщин группы А (4,2 %) имели место дизурические явления в течение 2 суток, не потребовавшие какого-либо специфического лечения.

Четвертая группа — осложнения специфические для эндовидеохирургической герниопластики — у двух пациенток группы А (1,4 %) мы встретились с невралгией латерального кожного нерва бедра. У одной больной боли самостоятельно прошли через 7 суток, у второй — через 15 суток выполнена повторная операция. У 1 пациентки (3,8 %) из группы Б имело место краевое повреждение нижней эпигастральной артерии и вены, что потребовало их клипирования, санации брюшной полости без увеличения сроков операции. У этой больной на 1 сутки был установлен контрольный дренаж в брюшной полости. В 1 случае у больной группы А (0,7 %) при разделении спаек была перфорирована тонкая кишка. Ушивание перфорации произведено эндоскопически однорядным непрерывным швом нитью полисорб. Операция выполнена в полном объеме, закончена дренированием. Больная выписана на 6 сутки после операции без послеоперационных осложнений.

Пятая группа осложнений связана с неправильной фиксацией имплантата. Мы встретились с 3 случаями рецидива паховой грыжи: 2 больные группы А (1,4 %) и 1 пациентка группы Б (3,8 %).

Итого осложнений в группе А — 21 (14,8 %), из них 2 рецидива (1,4 %), а в группе Б — 4

(15,3 %, $p > 0,05$), из них 1 рецидив (3,8 %). Анализируя встречающиеся осложнения, мы пришли к выводу, что основной причиной всех возникающих осложнений являются технические погрешности. Необходимо отметить, что достоверной разницы в числе интра- и послеоперационных осложнений среди обследованных больных выявлено не было.

Обсуждение результатов

Безусловно, пациентки с сочетанной патологией внутренних гениталий и паховыми грыжами относятся к категории наиболее сложных как в хирургической, так и в гинекологической практике, требуют особого внимания и высокого профессионального уровня врачей. Объяснимо стремление хирургов и гинекологов сократить при лечении таких больных объем оперативной травмы во избежание увеличения риска неблагоприятных результатов хирургического лечения за счет вмешательства, которое может быть отсрочено. Однако едва ли может быть оправдана ситуация, когда оперативное пособие не выполняется в должном объеме из-за неполного предоперационного обследования, недостаточной операционной ревизии органов брюшной полости и малого таза и наличия организационных проблем при сочетании заболеваний, относящихся к разным хирургическим специальностям.

Широкое внедрение эндовидеохирургической технологии в клиническую практику и достигнутые результаты, по нашему мнению, позволяют подойти к нерешенным проблемам хирургического лечения женщин с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями с качественно иных позиций. Неоспоримым преимуществом лапароскопических методов, по сравнению с традиционными, является их минимальная травматичность. Именно этот аспект создает реальные перспективы для активизации хирургической тактики при лечении данной категории больных и позволяет добиться значительных результатов в лечении больных хирургического и гинекологического профиля.

Выводы

1. Частота встречаемости гинекологической патологии в анамнезе у женщин с паховыми грыжами достигает 91,6 %, при этом углубленное гинекологическое обследование позволило сформулировать показания для выполнения гинекологического этапа операции у 13,7 % женщин. В ходе выполнения диагностической лапароскопии у 1,8 % больных показания к выполнению симультанной операции формируются интраоперационно.

2. У больных с сочетанием паховых грыж и гинекологическими заболеваниями, требующими оперативного лечения целесообразно выполнять симультанную лапароскопическую коррекцию как хирургической, так и гинекологической патологии, при этом первым этапом операции следует производить гинекологический этап операции, а далее, в зависимости от вида паховой грыжи, возраста пациентки, использовать одну из двух методик эндовидеохирургической герниопластики: лапароскопическая герниопластика с укреплением грыжевых ворот имплантатом, располагающимся предбрюшинно, или лапароскопическая герниопластика с использованием швов и дополнительным укреплением имплантатом, располагающимся предбрюшинно.

Литература

1. *Баков В.С.* Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Рязань, 2000. — 24 с.
2. *Жебровский В.В.* Эвентерации и сложные грыжи: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 1984. — 33 с.
3. *Землянкин А.А.* Симультанные операции при вентральных грыжах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1991. — 25 с.
4. *Ищенко А.И.* Симультанные операции в гинекологии: оценка эффективности / Ищенко А.И., Александров Л.С., Шулушко А.М. [и др.] // Ж. акуш. жен. болезн. — 2005. — Вып. 4. — С. 11–16.
5. *Пучков К.В.* Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. — М.: ИД Медпрактика-М, 2005. — 168 с.
6. *Рутенбург Г.М.* Эндовидеохирургическая герниопластика паховых и бедренных грыж: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1997.

SIMULTANT LAPAROSCOPIC SURGERY IN WOMEN WITH GYNECOLOGICAL DISEASES COMBINED WITH INGUINAL HERNIA

Rutenburg G.M., Begenar V.F., Strigeleckiy V.V., Gemchugina T.U., Gordeeva V.I.

■ **Summary:** The article presented data about examination and surgical treatment of 168 women with anterior abdominal wall hernia. 142 from them (84,5 %) had only surgical problem and were treated by isolated laparoscopic surgery. 26 patients (15,5 %) had combination of gynecological problems and inguinal hernia and were operated simultaneously. There were created diagnostic algorithm of examination and treatment of patients with anterior abdominal wall hernia and possible gynecological diseases. There were analyzed the frequency of different gynecological diseases in patients with inguinal hernia and simulant surgery using transplants had been developed. Also the outcomes of laparoscopic surgery and complications were discussed.

■ **Key words:** simulant surgery; operative gynecology; inguinal hernia; laparoscopy