

¹Рутенбург Г.М.,²Беженарь В.Ф.,
³Жемчужина Т.Ю.,³Гордеева Т.В.³

¹Городской Центр лапароскопической хирургии,

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

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

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

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 (Жебровский В.В., 1984; Землянкин А.А., 1991; Рутенбург Г.М., 1997; Бакков В.С., 2000).

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения женщин с сочетанными паховыми грыжами и гинекологическими заболеваниями 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 (1-я группа), а 26 (15,5 %) — симультанные вмешательства в связи с наличием у них гинекологической патологии, потребовавшей хирургического лечения (2-я группа). У 50 больных мы применяли лапароскопическую герниопластику с укреплением грыжевых ворот имплантатом, располагающимся предбрюшинно, а у 118 женщин лапароскопическую герниопластику с использованием швов и дополнительным укреплением имплантатом, располагающимся предбрюшинно. Показаниями для проведения гинекологического этапа операции у больных 2-й группы явились в 10 случаях (38,4 %) симптомная миома матки, в 3-х (19,2 %) хронические тазовые боли (интраоперационно установлен наружный генитальный эндометриоз (НГЭ) у 5 больных), в 5-ти (19,2 %) — трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ), в 4-х (15,4 %) — цистаденомы яичников, в 2-х (7,7 %) — опущение внутренних половых органов. Больным с миомой матки была выполнена лапароскопическая гистерэктомия, в 4 случаях тотальная (TLH) и в 2 случаях субтотальная (STLH), у 4 женщин произ-

ведена консервативная миомэктомия. Также TLH была произведена 2 больным с пролапсом матки. Больным с цистаденомами яичников в 3 случаях выполняли цистаденомэктомию и одной больной аднексэктомию. Больным с ТПБ в 3 случаях была выполнена неосальпингостомия с двухсторонним сальпингоовариолизисом, а двум больным, в связи с обнаруженным сактосальпинксом произвели тубэктомию. Коагуляцию очагов эндометриоза выполнили 5 больным с НГЭ I-II стадии. 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.

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: лапароскопическую герниопластику с укреплением грыжевых ворот имплантатом, располагающимся предбрюшинно или лапароскопическую герниопластику с использованием швов и дополнительным укреплением имплантатом, располагающимся предбрюшинно.