

© Г. М. Рутенбург^{1, 2},
В. В. Стрижелецкий^{1, 2},
Е. М. Альтмарк^{1, 2},
Т. Ю. Жемчужина²

¹ Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад.
И. П. Павлова: кафедра факультетской
хирургии;

² Городской центр эндовидеохирургии
Елизаветинской больницы,
Санкт-Петербург

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

■ В работе представлены
результаты анализа клинического
опыта и технических аспектов
выполнения, симультанных
лапароскопических операций при
сочетании желчнокаменной болезни и
гинекологических заболеваний.
В период с 2003 года по 2005 год было
произведено 30 операций. Проведенные
исследования доказали преимущества
симультанных операций, в сравнении
с изолированными, и целесообразность их
выполнения. Разработаны принципы и
организационные вопросы выполнения
симультанных операций.

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

Введение

Развитие новых технологий в медицине, физике и кибернетике способствовало появлению нового направления в медицине — эндовидеохирургии. Ее появлению предшествовал целый ряд открытий в области медицинской техники, включающий разработку и апробацию нового инструментария и видеоскопического оборудования. Оценив по достоинству возможности лапароскопических операций, хирурги вернулись к вопросу симультанных операций. Проблема хирургического лечения сочетанных заболеваний изучается в течение многих лет, однако оно сдерживалось травматичностью хирургических вмешательств и оперативного доступа, которые негативно влияли на ближайшие результаты лечения [1, 8, 7, 11].

Тенденция к увеличению числа сочетанных заболеваний, по данным ряда авторов, связана с улучшением диагностических возможностей в современной медицине. Совершенствование анестезиологического и реанимационного обеспечения операций и раннего послеоперационного периода, широкое внедрение ультразвука, электрокоагуляции, сшивающих аппаратов и других технических средств, позволяющих производить оперативное вмешательство менее травматично и менее продолжительно, создают реальные условия для расширения объема оперативных вмешательств и выполнения одновременно нескольких операций при сочетаниях различных хирургических заболеваниях [2, 3, 5, 6].

Активное внедрение эндовидеохирургических технологий в практику возродило интерес к симультанным операциям и расширению показаний к ним. Многочисленные исследования этой проблемы подтверждают ряд несомненных преимуществ лапароскопических методик таких как уменьшение травматичности оперативного вмешательства, устранение риска повторного наркоза, снижение интра- и послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, снижение длительности временной нетрудоспособности, уменьшение послеоперационной летальности [4–7].

С момента появления эндовидеохирургии и до настоящего времени наиболее широкое распространение получили различные гинекологические операции и операции на желчных путях.

Методика

За период с 2003 года по 2006 год в Санкт-Петербургском городском центре эндовидеохирургии Елизаветинской больницы

и на кафедре факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова произведено 233 симультанных лапароскопических операций. В исследуемой группе было 145 (65 %) женщин, средний возраст которых составил $35,0 \pm 9,6$ года. В контрольной группе — 214 больных, 138 (64,5 %) из которых женщины. Больным контрольной группы выполнялись изолированные лапароскопические операции на органах малого таза. Группы исследованных пациенток были сопоставимы по возрасту.

В основной группе 30 (20,6 %) пациенткам выполнены симультанные операции на органах малого таза, сочетающиеся лапароскопической холецистэктомией. Большинство больных — 28 (93 %) оперированы в плановом порядке.

В предоперационном периоде всем больным выполнялось комплексное обследование, включающее общеклинические, лабораторные, инструментальные и специальные методы исследования. Объем обследования определялся диагнозом и наличием показаний и противопоказаний к тому или иному способу лечения.

У всех больных выясняли наличие жалоб, собирали подробный анамнез. Оценивался общий и локальный объективный статус. Обращалось внимание на наличие проявлений возможной сопутствующей патологии, ожирения, гнойничковых заболеваний кожи и послеоперационных рубцов в зоне предполагаемого вмешательства.

При этом особенное внимание уделялось характеру изменений специфических функций женского организма (репродуктивной, менструальной, эндокринной, половой), наличию в анамнезе заболеваний, передаваемых половым путем, нарушений менструального цикла, опухолей и хронических воспалительных заболеваний женских половых органов, заболеваний органов эндокринной системы.

При объективном обследовании оценивали общее состояние, выполняли традиционные гинекологические и специальные исследования. Для подтверждения диагноза выполняли ультразвуковое исследование органов малого таза, расширенную вульвокольпоцервикоскопию. Клиническое обследование дополнялось отбором проб материала для бактериоскопических и цитологических исследований, иммунологического, эндокринологического и биохимического исследования крови.

Результаты исследования и обсуждение

Из 28 женщин оперированных в плановом порядке, у 4 (14,3 %) сочетанные заболевания матки и ее придатков выявлены интраоперационно при ревизии органов малого таза.

Выбор объема лапароскопических гинекологических операций во всех случаях был индивидуальным. В зависимости от клинической ситуации выполнялись: адгезиолизис, сальпингоовариолизис, сальпингоэктомия, одностороннее удаление придатков матки, резекция яичника, коагуляция очагов наружного генитального эндометриоза на брюшине малого таза, миомэктомия, гистерэктомия (табл. 1).

О результате лечения можно судить по таблице 2. Как свидетельствуют данные таблицы 2, средняя продолжительность симультанных операций превышала показатели в группе изолированных вмешательств в 3,5 раза ($p < 0,001$). Указанная разница в длительности операций была обусловлена в основном увеличением времени операции у больных в группе симультанных вмешательств, потребовавших выполнения тотальной лапароскопической гистерэктомии.

Также следует отметить, что в сравниваемых группах не было выявлено достоверной разницы в длительности послеоперационного койко-дня и временной нетрудоспособности.

Таблица 1

Виды вмешательств, выполненных одновременно с холецистэктомией

Сочетанный этап симультанной операции	Холецистэктомия (n = 30)	
	абс.	M ± m %
Сальпингоовариолизис, адгезиолизис	7	23,3 ± 7,0
Сальпингэктомия	2	6,7 ± 4,6
Резекция яичника	2	6,7 ± 4,6
Цистаденомэктомия	3	10,0 ± 5,5
Коагуляция очагов НГЭ	5	16,7 ± 6,8
Консервативная миомэктомия	2	6,7 ± 4,6
Гистерэктомия (TLH)	9	30,0 ± 8,4
Всего операций	30	100

Таблица 2

Сравнительный анализ ряда показателей в исследуемых группах

Показатели	«Изолированные» n = 54	«Симультанные» n = 30
	абс. (%)	абс. (%)
Средняя продолжительность операции, минуты	27,2 ± 8,2	94,2 ± 18,2
Интраоперационные осложнения	3 (5,5 ± 3,1)	2 (6,7 ± 4,6)
Послеоперационные осложнения	5 (9,3 ± 3,9)	1 (3,3 ± 3,3)
Послеоперационный койко-день	3,2 ± 1,1	5,4 ± 1,8
Длительность временной нетрудоспособности, сутки	8,4 ± 2,1	12,5 ± 3,8
Осложнения отдаленного послеоперационного периода	2 (3,7 ± 2,6)	0

При выполнении симультанных вмешательств на органах нижнего этажа брюшной полости и малого таза пациент на операционном столе располагается в положении Тренделенбурга с головным концом, опущенным на 30°. Операционная бригада, как правило, состоит из хирурга, ассистента (хирурга либо гинеколога) и операционной сестры. Хирург-оператор стоит слева от больной, ассистент — справа. Если возможности позволяют воспользоваться помощью еще одного ассистента, то он располагается справа от оперирующего хирурга. Мониторы находятся по обеим сторонам от ног пациента, при использовании одного монитора — со стороны, противоположной хирургу [8, 9, 10].

Особенностью сочетания холецистэктомии и операций на органах малого таза является значительная удаленность друг от друга органов, подлежащих вмешательству. Поэтому размещению троакарров для введения инструментов придавали особое значение. Для холецистэктомии в стандартной ситуации, помимо пупочного, делают еще три прокола: 10-мм в эпигастральной области и два 5-мм в правом подреберье. Они предназначены для введения зажимов, которыми ассистент манипулирует с желчным пузырем во время операции. В процессе отработки техники отмечено, что зажим, введенный в крайний правый троакар, после тракции желчного пузыря за дно, как правило, остается в фиксированном положении большую часть операции. Поэтому смещение правого латерального доступа вниз до уровня пупка или на несколько сантиметров ниже не усложняют тракцию желчного пузыря при его выделении. С другой стороны, этот доступ оказывается достаточным при манипуляциях на матке и придатках. Однако в ряде случаев потребовалась установка дополнительного 5-мм троакара в левой подвздошной области.

При желчнокаменной болезни, в первую очередь выполняется холецистэктомия, так как это соответствует принципам асептичности и этот

этап операции обладает большей степенью вероятности перехода к конверсионной лапаротомии. Поэтому монитор на первом этапе располагается в головном конце пациента, а далее, при выполнении этапа на нижнем этаже брюшной полости, перемещается к ногам пациента.

После завершения холецистэктомии пациента переводят в положение Тренделенбурга, что обеспечивает смещение внутренних органов и позволяет осмотреть органы малого таза.

В экстренной хирургии, сталкиваясь с гинекологической патологией при ревизии органов малого таза, зачастую симультанные операции не производятся, так как не всегда хирурги могут правильно оценить находку и определить показания к объему оперативного вмешательства, а привлечение консультантов требует дополнительного времени.

Большую сложность вызывают юридические и организационные вопросы симультанных операций, что является тормозом в расширении показаний к симультанным операциям.

Благоприятный исход плановых и экстренных операций зависит от правильного формирования операционной бригады либо привлечения специалистов другого профиля, которые в случае необходимости включаются в проведение операции.

Выводы

1. Выполнения симультанных лапароскопических операций в условиях современной хирургии обладают рядом очевидных преимуществ: избавляют больного сразу от нескольких заболеваний, устраняют риск повторных операций и связанных с ними стрессовых реакций, повышают экономическую эффективность лечения хирургических больных.
2. Проведение симультанных эндовидеохирургических вмешательств у больных с сочетанной хирургической патологией является методом выбора и позволяет избежать повторных

травматичных хирургических вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов. Дают возможность снизить сроки медицинской и социальной реабилитации больных с 12,5 до 8,4 койко-дней, патогенетически более обоснованы, экономически эффективны.

3. Причиной низкой выявляемости сочетанных заболеваний является неполное обследование больных в предоперационном периоде, мы считаем необходимым расширение стандартного предоперационного обследования, независимо от заболевания, по поводу которого планируется оперативное лечение.

Литература

1. Адамян Л. В. Эндоскопические методы выполнения симультанных операций в гинекологии / Адамян Л. В., Панин А. В., Козаченко А. В. // Эндоскопия в гинекологии. — М., 1999. — С. 135–148.
2. Гордеев С. А. Комбинированные вмешательства в лапароскопической хирургии / Гордеев С. А., Луцевич О. Э., Прохоров Ю. А. // Эндоскопическая хирургия. — 1998. — № 1. — С. 14.
3. Земляной А. Г. Симультанные операции на органах брюшной полости / Земляной А. Г., Малкова С. К. // Хирургия. — 1986. — № 3. — С. 22–26.
4. Коркан И. П. Симультанные операции в акушерстве и гинекологии / Коркан И. П., Алдангарова Г. А. // Клиницист. — 1995. — № 1. — С. 30–34.
5. Поташов Л. В. Сочетанные оперативные вмешательства / Поташов Л. В., Седов В. М. // Хирургия. — 1979. — № 8. — С. 61–65.
6. Поташов Л. В. Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии / Поташов Л. В., Седов В. М., Фигурина Т. Д. // Вестник хирургии. — 1987. — № 3. — С. 131–134.
7. Пучков К. В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / Пучков К. В., Баков В. С., Иванов В. В. — М., 2005. — 168 с.
8. Симультанные операции в гинекологии: оценка эффективности / Ищенко А. И., Александров Л. С., Шулушко А. М., Ведерникова Н. В. [и др.] // Ж. акуш. жен. болезн. — 2005. — Т. LIV, Вып. 4. — С. 31–33.
9. Jenrins S. A comparison of prosthetic materials used to repair abdominal wall defects / Jenrins S., Klamer T., Partera J., Condon R. // Surgery. — 1983. — Vol. 94 — P. 392–398.
10. Olvari N. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and vaginal hysteradnexectomy / Olvari N., Lueri M., Torzilli G. // Surg. Laparoscopy. — 1996. — Vol. 6, N 3. — P. 239–242.
11. Stengel D. Recurrence risks in randomized trials of laparoscopic versus open inguinal hernia repair: to pool or not to pool (this is not the question) / Stengel D., Bauwens K., Ekkernkamp A., Langenbecks // Arch. Surg. — 2004. — Vol. 389, N 6. — P. 492–498.

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

SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN TREATMENT OF PELVIC ORGANS DISEASES AND CHOLELITHIASIS

Rutenburg G. M., Strizeleckiy V. V., Altmark E. M.,
Gemchugina T. U.

■ **Summary:** There were presented the results of the observations and technical aspects of realization of simultaneous laparoscopic operations in combination of cholelithiasis and the gynecological diseases. At the period of 2003–2005 years there were performed 30 such operations. This study showed the priority of simultaneous operations in comparison with separately produced operations. There were worked out the principles and organization questions of realization of simultaneous operations.

■ **Key words:** endovideosurgery; simultaneous operations; laparoscopic cholecystectomy; operative gynecology