

© Е.М.Альтмарк, 2007
УДК 616.381-072.2-089

Е.М.Альтмарк

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Кафедра факультетской хирургии. (зав. — проф. В.М.Седов) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова

Ключевые слова: лапароскопия, симультанные операции.

Одномоментные сочетанные вмешательства по поводу заболеваний разных органов в современной хирургии перестали быть редкостью, а интерес хирургов к симультанным операциям в последние годы возрос. По сборной статистике, которую приводит В.М.Буянов и В.З.Маховский [6], частота сочетанных хирургических операций составляет от 2,8 до 63%, причем количество соответствующих заболеваний в последние годы увеличивается. Это связано с увеличением продолжительности жизни людей, научно-техническим прогрессом, заметно улучшившая диагностику заболеваний, успехами анестезиологии, реаниматологии [8, 10].

В условиях расширения влияния страховой медицины на оказание медицинской помощи больным, наряду с медицинским, большое внимание уделяется экономическим аспектам, что неразрывно связано с рациональным использованием коечного фонда стационара, снижением экономических потерь и расширением объема оперативных вмешательств [2, 6, 11]. Одним из решений этих проблем является выполнение симультанных лапароскопических оперативных вмешательств [1, 2, 5, 8, 15].

Симультанные лапароскопические операции относятся к числу обширных и сложных. Преимущества симультанных лапароскопических операций заключаются в следующем: одновременной коррекции двух или более хирургических заболеваний, при минимальных сроках госпитализации и реабилитации, хорошем косметическом эффекте и снижении числа послеоперационных осложнений.

Однако, несмотря на наличие реальных возможностей для оказания необходимого объема медицинской помощи данной категории больных и достижения максимального медико-социального и экономического эффекта, до настоящего времени лишь у 1,5–6% таких пациентов производятся симультанные операции [7, 21, 26].

Невысокий процент симультанных операций объясняется несколькими причинами. Прежде всего, неполным предоперационным обследованием пациентов, недостаточной интраоперационной ревизией органов брюшной полости, склонностью хирургов к осуществлению многоэтапного оперативного лечения сочетанных заболеваний, неподготовленностью хирургов и анестезиологов к выполнению расширенного вмешательства [6, 9, 11, 22, 28, 29].

С началом появления и с активным развитием лапароскопической хирургии вопрос о выполнении симультанных операций стал особо актуальным. Вначале стали появляться упоминания о попутно выполненных симультанных операциях в общей группе лапароскопических вмешательств. Позже появились работы с глубоким анализом возможностей лапароскопической техники в проведении симультанных операций. Предложены первые классификации, алгоритмы тактики лапароскопических методов лечения сочетанных заболеваний. Так, Н.И.Батвинков [3] разделил лапароскопические операции на две группы: только с использованием эндовидеохирургических методик и вмешательства, выполненные путем сочетания эндовидеохирургической методики и методов традиционной хирургии. В последнюю группу вошли различные виды герниопластики в сочетании с лапароскопической холецистэктомией. С.С.Стебунов и соавт. [25] разработали алгоритм лечения сочетанных хирургических заболеваний с использованием лапароскопической техники, включающей предоперационную диагностику и все этапы операций. Переход от одного этапа вмешательства к другому, равно как и принятие решения о необходимости выполнения симультанной операции, производится после обязательной оценки основных действий хирурга, что способствует повышению безопасности операции. Необходимым условием для успешного выполнения сочетанных операций является полноценная предоперационная диагностика, при этом время и средства, затраченные на диагностику, полностью компенсируются меньшей степенью тяжести послеоперационного периода и необходимостью проведения повторных операций.

Диагностика сочетанных хирургических заболеваний сложна, что в значительной степени обусловлено наложением клинических симптомов. Опасность диагностической ошибки еще более увеличивается, если имеется сочетание двух острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а в ряде случаев сочетанные заболевания не распознаются до операции по той причине, что обследование прекращается, как только диагностируется одно из них [15, 17, 19].

Клинико-экспериментальные исследования последних лет подтверждают тесную связь и новые закономерности в сочетании заболеваний различных органов и систем. Л.В.Поташов и В.М.Седов [20] считают, что сочетание нескольких заболеваний встречается обычно в двух вариантах: в виде случайного совпадения или закономерного проявления двух или большего количества заболеваний у

лиц определенной группы. Например, с синдромом Saint, характеризующегося грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, калькулезным холециститом и дивертикулезом толстой кишки [12]. К 2-й группе относятся также сочетанные заболевания, вызванные одними и теми же факторами риска. Примером могут служить грыжи различных локализаций, поражение сосудов различных органов, сочетание желчнокаменной и мочекаменной болезней [16].

По данным ряда авторов, наиболее хорошие результаты и оправданность лечения сочетанных заболеваний достигаются при выполнении заранее планируемых симультанных операций. Неожиданные симультанные операции свидетельствуют о недостаточно качественно проведенном дооперационном обследовании.

Несмотря на возросшие диагностические возможности современной хирургии, количество незапланированных сочетанных операций остается достаточно высоким, особенно в условиях экстренной хирургии. Л.В.Шенгер [29] отмечает, что расширение объема дооперационного обследования позволит снизить частоту непредвиденных вмешательств в плановой абдоминальной хирургии на 7%, и все же у половины больных, по данным автора, сочетанные заболевания до операции остались не установленными. В этой связи, с целью улучшения диагностики сочетанных заболеваний при выполнении абдоминальных операций необходима тщательная интраоперационная ревизия органов брюшной полости. А.Г.Земляной и С.К.Малков [13] сообщают, что полное клиническое обследование больных и тщательная ревизия брюшной полости во время операции позволили увеличить количество сочетанных вмешательств с 2,6 до 23%.

При оценке травматичности сочетанных лапароскопических операций мало изучен вопрос о постагрессивных реакциях как критерия возможности их выполнения. Лишь в работе группы авторов во главе с К.В.Пучковым [24] показано, что симультанные лапароскопические операции не сопровождаются значительной травмой органов и тканей, не приводя к повышению хирургической агрессии и травматичности по сравнению с изолированными лапароскопическими операциями.

В работе О.В.Галимова [7] была проведена сравнительная оценка традиционных методов оперативного лечения и лапароскопического способа с наложением напряженного карбоксиперитонеума у пациентов с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости. Изучены показатели внешнего дыхания, состояние системы гемостаза. Сделан вывод, что, несмотря на их меньшую травматичность, раннюю активизацию больных и другие преимущества, возникают значительные интраоперационные нарушения гемодинамики и внешнего дыхания. Необходимо учитывать это при выборе способа хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями и проводить профилактическую пред- и интраоперационную терапию у больных с повышенным риском сердечно-легочных осложнений.

Однозначно можно сказать, что сочетанные лапароскопические операции не увеличивают, а даже уменьшают общую частоту осложнений и летальности по сравнению с последовательными вмешательствами.

Современная видеолaparоскопическая техника позволяет выполнять сочетанные две и более операций на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, не прибегая к обширным разрезам, ограничиваясь только введением 3–5 троакаров. Опыт симультанных лапароскопических вмешательств показал, что расширение объема операции, несомненно, оправдано, если позволяет соматический статус пациента и без серьезных осложнений выполнен

этап операции по поводу основного заболевания. Если у больного имеются конкурирующие заболевания, показания к проведению симультанных лапароскопических операций могут быть расширены [4, 30–32].

Наиболее сложны экстренные симультанные операции, которые производятся в условиях перитонита у неподготовленных, ослабленных больных [20]. В подобной ситуации первоочередной задачей является спасение жизни больного [18]. Поэтому в условиях неотложной хирургии большинство авторов рекомендуют разделять оперативное вмешательство на два этапа, ограничить число сочетанных операций, производить их только по строгим, абсолютным показаниям [19]. Такие показания имеют место при одновременно и независимо друг от друга возникновении двух острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [18].

По данным литературы [6, 14], в условиях экстренной хирургии сочетанным этапом в большинстве случаев является аппендэктомия. Наиболее часто показания к сочетанной аппендэктомии возникают при наличии вторичных изменений в отрезке при острых заболеваниях органов малого таза, что вполне объяснимо наличием анастомозов в лимфатической системе гениталий и червеобразного отростка [18].

По мнению Л.В.Поташова и В.М.Седова [20], сочетанная аппендэктомия может быть выполнена только по двум показаниям: острое воспаление червеобразного отростка (в том числе и вторичное) и признаки хронического аппендицита. Н.Н.Малиновский и соавт. [18] считают, что любое «попутное» удаление червеобразного отростка должно иметь строгие обоснования, его не следует ставить в зависимость от первоначального доступа или от вариантов расположения неизменного отростка.

В отличие от экстренной хирургии при многих плановых оперативных вмешательствах есть все возможности для выполнения сочетанных операций. Больного необходимо всесторонне обследовать, в том числе и в отношении заболевания, требующего выполнения сочетанного этапа операции. Показания к удалению этого органа или его хирургической коррекции должны быть достаточно вескими, в том числе и в неожиданной для хирурга ситуации. При соблюдении этих условий возможно выполнение уникальных по сложности и объему плановых сочетанных операций в различных полостях и анатомических областях.

К.В.Пучков [22–24] выполнил лапароскопическую операцию, включающую рассечение связки Трейтца, холецистэктомию, дуоденолиз, ваготомию в модификации Хилла–Баркера, крурорафию и фундопликацию по Ниссену по поводу триады Кастана. О выполнении подобных операций сообщают еще ряд авторов. Лечение подобной «многоликостной» патологии требует серьезного понимания патофизиологии синдромных поражений. Коррекция таких заболеваний с использованием малоинвазивных технологий может стать наиболее перспективным направлением в хирургии.

Таким образом, симультанные лапароскопические вмешательства снижают процент осложнений и летальность и неразрывно связаны с экономической эффективностью.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адамьян А.А., Андреев С.Д. Экономический эффект операций по поводу паховых грыж при укороченных сроках пребывания в стационаре // Сов. мед.—1988.—№ 8.—С. 42–45.
2. Аничков М.Н., Золоторевский В.Я., Уханов А.П. Медицинский и экономический эффект хирургического лечения варикозного расширения вен нижних конечностей с кратковременным пребыванием в стационаре // Сов. мед.—1984.—№ 3.—С. 77–80.

3. Батвинков Н.И., Кояло И.К., Горелик П.В. Абдоминальные симультанные операции // *Здравоохранение Белоруссии*.—1998.—№ 1.—С. 29–31.
4. Баулина Н.В., Баулина Е.А. Выбор доступа при симультанных операциях в гинекологии // *Эндоскоп. хир.*—Приложение.—2003.—С. 12.
5. Борисов А.Е., Левин Л.А. Эндовидеохирургическая помощь в Санкт-Петербурге: некоторые итоги и перспективы // *Эндоскоп. хир.*—2003.—№ 3.—С. 43–47.
6. Буянов В.М., Маховский В.З. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве // *Хирургия*.—1990.—№ 7.—С. 81–86.
7. Галимов О.В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И., Галлямов Э.А. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни // *Вестн. хир.*—2002.—№ 1.—С. 82–86.
8. Ганцев М.Х., Седлецкий Ю.И., Праздников Э.Н. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономический эффект // *Вестн. хир.*—1991.—№ 4.—С. 135–137.
9. Глушков Н.И., Кубачев К.Г., Маршалкин С.М. Сочетанные оперативные вмешательства при желчнокаменной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // *Нерешенные проблемы неотложной хирургии и эндовидеохирургии: Тез. докл. Международного учебного семинара*.—СПб., 1998.—С. 162–163.
10. Гордеев С.А., Луцевич О.Э., Прохоров Ю.А. Комбинированные вмешательства в лапароскопической хирургии // *Эндоскоп. хир.*—1998.—№ 1.—С. 14.
11. Запорожцев Д.А., Луцевич О. Э., Гордеев С.А. Новые возможности оперативной лапароскопии в лечении заболеваний органов малого таза в сочетании с желчнокаменной болезнью // *Эндоскоп. хир.*—2001.—№ 6.—С. 10–14.
12. Земляной А.Г. Хирургическое лечение триады Сента // *Хирургия*.—1969.—№ 1.—С. 121–122.
13. Земляной А.Г., Малкова С.К. Симультанные операции на органах брюшной полости // *Хирургия*.—1986.—№ 3.—С. 22–26.
14. Карташов В.В. Сочетанные заболевания в хирургической практике // *Хирургия*.—1976.—№ 3.—С. 112–114.
15. Комаров Р.Н., Комаров Н.В., Маслагин А.С., Кислицин В.А. Экономическая эффективность внедрения лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью // *Эндоскоп. хир.*—2003.—№ 4.—С. 39–44.
16. Корита В.Р. Диагностика и лечение сочетания камней почек и желчного пузыря // *Хирургия*.—1998.—№ 2.—С. 42–45.
17. Мазченко Н. С. Диагностические ошибки в неотложной хирургии при сочетанных заболеваниях // *Хирургия*.—1982.—№ 2.—С. 86–88.
18. Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д., Агейчев В.А., Борушко М.В. Сочетанные хирургические заболевания в хирургической практике // *Хирургия*.—1983.—№ 12.—С. 32–68.
19. Милонов О.В., Черноусов А.Ф., Смирнов В.А. и др. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // *Хирургия*.—1982.—№ 12.—С. 89–94.
20. Поташов Л. В., Седов В. М., Фигурин Т. Д. Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии // *Вестн. хир.*—1987.—№ 3.—С. 131–134.
21. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии.—М., 2005.—168 с.
22. Пучков К.В., Гаусман Б.Я., Осипов В.В., Карпов О.Э. Возможность лапароскопической коррекции триады Кастена // *Актуальные вопросы хирургии и организации здравоохранения*.—Рязань, 1997.—С. 72–74.
23. Пучков К.В., Даценко В.С. Опыт проведения симультанных операций в лапароскопической хирургии // *Эндоскоп. хир.*—1997.—№ 4.—С. 26–27.
24. Пучков К.В., Соколов А.В., Гаусман Б.Я. Сравнительная оценка состояния системных неспецифических механизмов адаптации организма у больных, оперированных открытым и лапароскопическим способами // *Эндоскоп. хир.*—1997.—№ 1.—С. 89–90.
25. Стебунов С.С., Занько С.Н., Лызики А.Н. Симультанные операции при лапароскопической холецистэктомии // *Эндоскоп. хир.*—1998.—№ 3.—С. 18–20.
26. Ходаков В.В., Копылов Ф. Н., Ранцев М.А. Плановые сочетанные операции при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта // *Вестн. хир.*—1993.—№ 5.—С. 24–30.
27. Шенгер Л.В. Сочетанные операции в плановой абдоминальной хирургии // *Клин. хир.*—1987.—№ 9.—С. 48–50.
28. Amgwerd R. When is a simultaneous operation of Meckel's diverticulum indicated: (always, never or only in special circumstances?) // *Langenbecks Arch. Chir.*—1986.—Bd. 369.—S. 179–181.
29. Esser G., Mirtz G. Incidental appendectomy with cholecystectomy // *Amer. Surg.*—1987.—Vol. 53, № 10.—P. 553–557.
30. Fox A.D., Dowling B.L., Cobb R., Baigrie R.J. Peroperative cholangiography through the gallbladder (cholecystocholangiography) during laparoscopic cholecystectomy // *Surg. Laparosc. Endosc.*—1996.—Vol. 6, № 1.—P. 22–25.
31. Kleinhaus S. Laparoscopic lysis adhesion for postappendectomy pain // *Endoscopy*.—1984.—№ 5.—P. 304–305.

Поступила в редакцию 18.10.2006 г.