

УДК616-089

Г.М. Рутенбург¹, В.В. Стрижелецкий², Е.М. Альтмарк¹, Е.В. Шмидт³

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

¹С.-Петербургский Государственный медицинский университет им. акад. И.И Павлова²С.-Петербургский государственный университет, медицинский факультет³Больница Св. прмч. Елизаветы, Городской центр эндовидеохирургии, С.-Петербург

В связи с увеличением продолжительности жизни людей, улучшением диагностических возможностей при обследовании больных наблюдается тенденция к увеличению числа сочетанных хирургических заболеваний [1]. На протяжении всей истории хирургии, особенно в течение последнего столетия, были освоены и стали широко применяться традиционные хирургические вмешательства практически на всех органах человеческого тела.

Выраженный болевой синдром, постоянный и значительный процент послеоперационных осложнений, большая часть которых непосредственно связана с травматичностью доступа, длительностью сроков реабилитации, уродливыми рубцами, опасностью формирования вентральных грыж, сдерживали хирургов от проведения симультанных вмешательств. Такие операции относятся к числу обширных и сложных оперативных вмешательств, которые стали возможными благодаря современным достижениям хирургии и анестезиологии. Появление и активное внедрение в практику эндовидеохирургии заставило хирургов пересмотреть свои взгляды на симультанные вмешательства. Современный уровень развития анестезиологии и интенсивной терапии позволяет выполнять значительные по объему и травматичности оперативные вмешательства с гораздо меньшим риском для жизни больного, чем это было ранее.

В современных условиях страховой медицины при оказании медицинской помощи больным большое внимание уделяется финансово-экономическим вопросам работы хирургических стационаров. Эта проблема неразрывно связана с рациональным использованием коечного фонда стационара, снижению экономических потерь и расширению объема оперативных вмешательств [2]. Одно из решений проблемы повышения экономической эффективности лечения хирургических больных — выполнение симультанных лапароскопических оперативных вмешательств [3]. Неоспоримые преимущества сочетанных операций — одновременное устранение двух или более хирургических заболеваний, оперативное лечение которых откладывалось на более поздний срок; устранение риска повторного наркоза и его осложнений; устранение необходимости в повторном обследовании и предоперационной подготовке. Несмотря на большое число клинических наблюдений сочетанные оперативные вмешательства выполняются в среднем для 3% хирургических больных, тогда как их частота по данным ВОЗ достигает 20-30% [4].

© Г.М. Рутенбург, В.В. Стрижелецкий, Е.М. Альтмарк, Е.В. Шмидт, 2006

В крупных стационарах России процент выполнения лапароскопических операций составляет 20-30% от объема всех абдоминальных операций, а в специализированных центрах доходит до 70%, однако процент выполнения симультанных лапароскопических оперативных вмешательств остается столь же низким [5]. Диагностика сочетанных хирургических заболеваний сложна, что в значительной степени обусловлено наложением клинических симптомов заболеваний различных органов, причем опасность диагностической ошибки увеличивается, если имеется сочетание двух острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [6].

Основными инструментальными методами исследования, определяющими тактику хирургического лечения больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, являются ультразвуковое исследование органов брюшной полости и фиброгастро- дуоденоскопия. С помощью ультразвукового исследования определяют состояние печени, поджелудочной железы, размеры желчного пузыря, толщину его стенок, выраженность спаянного процесса, наличие патологических включений, состояние общего желчного протока, холедоха. При выявлении заболеваний желчевыводящих путей (стеноза большого дуоденального сосочка, холедохолитиаза) проводится эндоскопическая коррекция (папиллосфинктеротомия, эндоскопическая экстракция конкрементов).

При обследовании больных с хроническим калькулезным холециститом, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы всегда следует помнить о взаимообусловленности, взаимном отягощении данных заболеваний и большом проценте их сочетания. Недопустимо пренебрежение вышеуказанными этапами обязательного предоперационного обследования [8, 9].

Кроме того, нельзя забывать и о возможном сочетании заболеваний, не имеющих прямой анатомо-физиологической зависимости. Как уже указывалось, частота сочетания заболеваний, требующих хирургического лечения, достигает 20-30%. Среди таких пациентов значительную часть составляют женщины, у которых хирургические заболевания сочетаются с гинекологическими. Всем женщинам, которым планируется оперативное лечение, независимо от основного диагноза следует обязательно выполнить ультразвуковое исследование органов малого таза и провести гинекологический осмотр. На основании данных ультразвукового исследования органов малого таза определяют возможность проведения большой лапароскопической оперативной операции по поводу гинекологического заболевания, устанавливают состояние органов малого таза, характер заболевания, размеры и локализацию патологических новообразований матки и придатков [5].

В случае расширения стандартного комплекса предоперационного обследования появляется возможность выявить сочетанные заболевания у тех пациентов, которым требуется оперативное лечение. Упущение какого-либо из вышеперечисленных исследований не позволит выполнить оперативную коррекцию в необходимом объеме.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования явились результаты анализа клинического опыта и технических аспектов симультанных лапароскопических операций у 233 больных с сочетанными заболеваниями и 214 пациентов с изолированными заболеваниями органов брюшной полости.

За период 2003-2005 гг. в СПб ГУЗ «Больница Святой преподобномученицы Елизаветы», в Городском центре эндовидеохирургии выполнены 233 симультанные операции. Исследуемую группу составили 88 (37%) мужчин и 145 (65%) женщин, контрольную — 214 больных, которым проведены изолированные лапароскопические операции.

Возраст больных колебался от 19 до 76 лет, в среднем составил $45 \pm 9,6$ года. Женщин было в два раза больше, чем мужчин (табл.1). 163 (70,8%) пациента были в возрасте до 60 лет, что подчеркивает социальную важность рассматриваемой проблемы.

Таблица 1
Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, годы	Пол		Количество больных
	Мужчины	Женщины	
До 30	13	18	31 (13,3%)
30-40	8	11	19(8,1%)
41-50	27	51	78 (33,4%)
51-60	25	43	68(29,1%)
61-70	12	17	29(12,4%)
Старше 70	3	5	8 (3,4%)
Всего	88 (37%)	145 (65%)	233(100%)

Из исследованной группы в плановом порядке были прооперированы 183 больных (78,5%), в экстренном 50 больных (22,4%). Состояние всех больных непосредственно перед операцией было удовлетворительным.

При рассмотрении отдельных видов плановых симультанных операций была применена классификация сочетанных оперативных вмешательств, разработанная в клинике общей хирургии С.-Петербургского медицинского университета им. акад. И.П. Павлова Л.В. Поташовым и В.М. Седовым [10]

В рамках каждой симультанной операции мы различаем основной и сочетанный этапы оперативного вмешательства. В ходе основного этапа проводилась операция по поводу наиболее опасного патологического процесса, а при наличии конкурирующих хирургических заболеваний — по поводу того заболевания, которое привело больного в стационар.

Результаты исследования и их обсуждение. Большую часть плановых симультанных вмешательств (табл. 2) составили операции, основным этапом которых явля-

Таблица 2
Характер плановых лапароскопических симультанных операций

Сочетанный этап	Основной этап	
	Холецистэктомия	Герниопластика
Устранение пупочной грыжи	52	25
Устранение вентральной грыжи	3	0
Гинекологические операции	27	9
Спаечная болезнь брюшной полости	32	10
Аппендэктомия	2	3
Варикоцеле	0	5
Атипичная резекция печени	4	0
Всего 172 (100%)	120 (69,8%)	52 (30,2%)

лась лапароскопическая холецистэктомия 120больных (69,8%). В качестве сочетанного этапа оперативного вмешательства наиболее часто выполнялись: устранение грыж передней брюшной стенки — в 63 случаях (27%), спаечная болезнь — в 33 (14,1%), операции по поводу гинекологических заболеваний — в 27 (12,9%), в четырех случаях (2,2%) была произведена атипичная резекция печени по поводу гемангиомы.

В 14 случаях хронический калькулезный холецистит сочетался с гастроэзофагиальной рефлюксной болезнью. При таком сочетании заболеваний определение очередности выполнения этапов операции проводится в соответствии с принципом асептичности, т. е. первыми выполняются операции на наименее инфицированном органе. При указанном сочетании в первую очередь проводится лапароскопическая фундопликация, а затем холецистэктомия. Всем больным этой группы диагноз был установлен на догоспитальном этапе. Если при фиброгастроудоденоскопии выявляется язва желудка или двенадцатиперстной кишки, эрозивный или язвенный эзофагит, эрозивный гастрит или бульбит, то плановое оперативное лечение необходимо проводить после интенсивного курса терапии, направленного на закрытие язвенного дефекта и заживление эрозий.

В нашем исследовании все операции были полостными. У 160 (93%) больных диагноз был установлен в предоперационном периоде. В этих случаях симультанное оперативное вмешательство планировалось заранее. Необходимо особо отметить, что симультанные лапароскопические операции могут осуществляться лишь в условиях достаточной материально-технической оснащенности отделения хирургами, имеющими достаточный опыт выполнения составляющих их лапароскопических вмешательств. Детальное предоперационное обследование необходимо, чтобы заранее определить объем оперативного пособия и сформировать операционную бригаду в соответствии с данным принципом. В трех (1,7%) наблюдениях выполнение сочетанной операции только предполагалось, решение о проведении симультанного этапа принималось по данным диагностической

лапароскопии и интраоперационных находок. У девяти (5,2%) больных сочетанные хирургические заболевания не были диагностированы в предоперационном периоде, в этих случаях показания к симультанным операциям ставились в ходе оперативных вмешательств по поводу других заболеваний.

При выполнении симультанных лапароскопических оперативных вмешательств особое значение приобретают юридические вопросы. Больной должен быть информирован об объеме предполагаемого вмешательства и дать на него свое согласие. При выявлении сочетанных заболеваний пациентом необходимо разъяснять преимущества симультанных лапароскопических операций. Пациент должен быть предупрежден о возможных осложнениях со стороны не устраненного во время первого вмешательства заболевания в послеоперационном периоде и о риске повторной хирургической коррекции и наркоза.

52 больным (30,2%) была проведена лапароскопическая предбрюшинная герниопластика паховых грыж, как основной этап. Герниопластика сочеталась с пупочной грыжей в 25 случаях (47,2%); с гинекологическими операциями у девяти пациенток 17,3%; в Юслучаях (19,2%) герниопластика сопровождалась рассечением спаек у больных, ранее перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости; трем (5,7%) больным выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу хронического аппендицита; пяти (9,6%) пациентам лапароскопическая операция типа Иванисевича.

Большинство пациентов (94,3%) оперированы в плановом порядке.

При сочетании герниопластики с гинекологическими операциями и аппендэктомией первым этапом производится герниопластика. Наличие сочетанных заболеваний органов нижнего этажа брюшной полости и малого таза позволяет осуществить одномоментную хирургическую коррекцию, не изменяя положения больного на операционном столе, расположения операционной бригады и практически не прибегая к дополнительным доступам. 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 располагается со стороны, противоположной грыже. Напротив него ассистент и операционная сестра. Мониторы находятся по обеим сторонам от ног пациента, при использовании одного монитора — со стороны, напротив хирурга [1113]. Расположение троакаров зависит от расположения грыжи и симультанного этапа операции. При наличии у больного пупочной грыжи этапность операции зависит от ее размеров. Если расширение пупочного кольца превышает диаметр троакара и не позволяет наложить карбоксиперитонеум, в первую очередь проводится пластика пупочной грыжи с последующей установкой 10 мм троакара. Последующие троакары устанавливаются в зависимости от этапа операции, в большинстве случаев первой выполняется операция на наименее инфицированном органе, т. е. на передней брюшной стенке. Рабочие троакары вводятся строго под контролем зрения. Точки введения троакаров располагаются на уровне пупка, латеральнее прямых мышц живота. Со стороны грыжи используется троакар 5 мм, с противоположной стороны — 10 мм. При сочетании правосторонней паховой грыжи, хронического аппендицита или гинекологического заболевания правых придатков, как правило, не требуется переустановки рабочих троакаров или установки дополнительных. В случае левосторонней грыжи для выполнения симультанного этапа троакар 5 мм переводится в 10 мм.

Сочетание варикоцеле и левосторонней паховой грыжи не требует дополнительных доступов и троакаров. При таком варианте сочетанных заболеваний в первую очередь выполняется операция типа Иванисевича — менее опасный этап.

Несмотря на то что больные были обследованы до операции, необходимо выполнять интраоперационную ревизию брюшной полости и малого таза; для тщательной ревизии органов малого таза нужно дополнительное время, кроме того, часто приходится устанавливать дополнительные троакары [14,15].

Большую сложность вызывают юридические и организационные вопросы симультанных операций, что служит тормозом в расширении показаний к симультанным операциям. В экстренных случаях хирурги, сталкиваясь с гинекологической патологией при ревизии органов малого таза, зачастую не проводят симультанных операций, так как не всегда могут правильно оценить находку и определить показания к объему оперативного вмешательства, а для привлечения консультантов требуется дополнительное время. Благоприятный исход плановых и экстренных операций зависит от правильного формирования операционной бригады либо от привлечения специалистов другого профиля, которые включаются в случае необходимости в проведение операции.

При сравнительной оценке двух групп пациентов, которым проведены изолированные и симультанные лапароскопические операции, установлено, что продолжительность выполнения симультанных операций в 2,5 раза больше, чем изолированных вмешательств, что обусловлено симультанным этапом. Средняя длительность послеоперационного койко-дня при изолированных операциях составила $4,5 \pm 0,9$ дня, при симультанных вмешательствах $4,9 \pm 1,1$ дня ($Q_j = 0,05$). Временная нетрудоспособность в обеих группах также не имеет достоверного увеличения и составляет в 1-й группе 7,5 дней, во 2-й группе 7,3 дня. Следовательно, сравнение указанных значений показателей в исследуемых группах свидетельствует о том, что выполнение дополнительных этапов лапароскопического вмешательства не приводит к увеличению значений таких показателей, как послеоперационный койко-день и количество осложнений.

Одним из основных показателей клинической эффективности считается количество осложнений, возникших во время операции и в послеоперационном периоде в группах симультанных и изолированных лапароскопических вмешательств. Нами были проанализированы осложнения, возникшие как интраоперационно, так и в раннем послеоперационном периоде.

В нашей работе в обеих группах (447 больных) исследованных больных осложнения встретились в 12 случаях (2,68%). Большинство осложнений — восемь больных (1,7%) — возникло во время операций при ургентной патологии. Осложнения, связанные с наложением пневмоперитонеума и введением троакаров в брюшную полость, в нашем исследовании возникли у четырех больных (0,9%), под два (0,4%) в каждой группе. В трех случаях (0,7%) кровотечение возникло из а. epigastrica superficialis в левой подвздошной области при установке троакара 5 мм. Все осложнения были ликвидированы прошиванием и не повлияли на общее состояние больного и ход операции, лишь в одном случае не удалось ликвидировать кровотечение лапароскопически и была произведена лапаротомия. У одного больного (0,2%) произошло повреждение печени при установке первого троакара, кровотечение из раны печени было ликвидировано с помощью электрокоагуляции.

При лапароскопической холецистэктомии мы столкнулись с двумя осложнениями (0,4%). При плановом симультанном лечении ЖКБ и левосторонней паховой грыжи в раннем послеоперационном периоде возникло желчеистечение из ложа желчного

пузыря. Осложнение потребовало релапароскопии и повторной обработки ложа электрокоагуляцией. Вторым случаем осложнения возник при изолированной холецистэктомии по поводу острого флегмонозного холецистита в инфильтрате, при обработке шейки желчного пузыря и выделении пузырной артерии возникло кровотечение. Кровотечение ликвидировано наложением клипсы, операция была закончена санацией брюшной полости и установкой двух дренажей. Оба осложнения не повлияли на дальнейшее благополучное течение послеоперационного периода и восстановление трудоспособности.

В раннем послеоперационном периоде мы встретились с таким осложнением, как невралгия ветвей латерального кожного нерва, у больного, перенесшего симультанную операцию по поводу левосторонней паховой грыжи, рассечения спаек малого таза и лапароскопическую операцию типа Иванисевича. Ощущение онемения и снижение тактильной чувствительности не причиняли существенных беспокойств больной и были излечены консервативными методами в течение одного месяца. Случаев летального исхода не было.

Таким образом, симультанные лапароскопические операции имеют ряд очевидных преимуществ: избавление больного сразу от нескольких заболеваний, устранение риска повторных операций и связанных с ними стрессовых реакций, повышение экономической эффективности лечения хирургических больных. Проведение симультанных эндовидеохирургических вмешательств больным с сочетанной хирургической патологией является методом выбора, с помощью которого удастся избежать повторных травматичных хирургических вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов. Кроме того, такие операции дают возможность уменьшить суммарные сроки медицинской и социальной реабилитации больных, часто патогенетически более обоснованы, экономически эффективны.

В случаях выполнения симультанных операций не увеличивается, а даже снижается количество осложнений. Это связано в основном с формированием более опытной бригады хирургов, чем при изолированных операциях.

Причина низкой выявляемости сочетанных заболеваний - неполное обследования больных в предоперационном периоде. Мы считаем необходимым расширение стандартного предоперационного обследования независимо от заболевания, по поводу которого планируется оперативное лечение.

Summary

Rutenburg G., Strizhelecky V., Altmark E., Shmidt E. *Simultaneous laparoseopie operations.*

In the work presented the results of the clinical observations of 233 patients to whom in the city Center of endovideosurgery of Elizabeth hospital were produced simultaneous operations since year 2003 until year 2005.

The observations showed that the simultaneous operations have move advantages than the isolated ones. Also the observations solved the cause of the low revealness of the simultaneous diseases and needed volume of observations before operation for planed and emergency patients.

Keywords: endovideosurgery, laparoscopic, simultaneous operations

Литература

1. Галимов О.В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И., Галимов Э.А. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни // Вестн. хир. 2002. № 1. С. 82-86.
2. Ганцев М.Х., Седлецкий Ю.И., Праздников Э.Н. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономический эффект // Там же. 1991. № 4. С. 135-137.
3. Рудаков А.А. Плановые сочетанные операции как метод интенсификации лечения хирургические больных: Автореф. дис., ...канд. мед. наук. СПб., 1993. 152 с.
4. Поташев Л.В., Васильев В.В., Семенов Д.Ю. Сочетанные оперативные вмешательства в видеозендохирургии // Эндоскоп, хир. 2003. № 5. С. 8-12.
5. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. М., 2005. 168 с.
6. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Сочетанные операции при обширных послеоперационных грыжах // Хирургия. 1988. № 3. С. 30-83.
7. Земляной А.Г. Симультанные заболевания и операции на органах брюшной полости Л., 1984. 135 с.
8. Хнох Л.И., Фелыпишнер И. Х. Симультанные операции в брюшной полости // Хирургия. 1976. № 4. С. 75-79.
9. Atzinger E.S., Copes W.S., Prall R.H. Assessment of injury seventy: The triage index // Crit. Care Med. 1990. N8. P. 201-208.
10. Поташев Л.В., Седов В.М. Сочетанные оперативные вмешательства // Хирургия 1979. № 8. С. 61-65.
11. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. СПб., 2000. 176 с.
12. Corbitt J.D. Laparoscopic herionorrhaphy // Surg. Laparosc. Endosc. 1991. Vol. 1. P. 23-25.
13. Fersli G.S., Massad A., Albert P. Extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair // J. Laparoendosc. Surg. 1992. Vol. 2. P. 281-286.
14. Fersli G.S. et al. A study of 101 patients treated with extraperitoneal endoscopic laparoscopic herniorrhaphy // Am. Surf. 1993. Vol. 59. NII. P. 707-708.
15. Fitzgibbons R.J Jr. et al. Laparoscopic intraperitoneal onlay mesh technique for the repair of inguinal hernia // Ann. Surg. 1994. Vol. 219. N 2. P. 144-156.

Статья поступила в редакцию 27 октября 2006 г.