



Берлев И.В., Басос С.Ф., Басос А.С.

Кафедра акушерства и гинекологии Военно-медицинской академии,
Санкт-Петербург, Россия

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ НЕОСЛОЖНЁННЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Актуальность проблемы. Внедрение эндовидеохирургических технологий в хирургическую практику позволяет выполнять большие по объёму симультанные операции на органах брюшной полости и малого таза, без значимого увеличения травматичности операционного доступа. Это положение в полной мере относится к симультанным лапароскопическим операциям у гинекологических больных с присутствующей экстрагенитальной хирургической патологией — хроническим неосложнённым калькулёзным холециститом.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 67 больных с сочетанной гинекологической патологией и неосложнённым хроническим калькулёзным холециститом. Возраст пациентов колебался от 23 до 78 лет. Показаниями к выполнению гинекологических операций у 26 пациенток были доброкачественные опухоли яичников, у 28 — миомы матки, у шести — выпадение матки, рак яичников — у четверых, рак тела матки — у троих больных.

Результаты исследования. Первым этапом у всех больных выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. У 47 пациенток гинекологический этап выполнен эндовидеохирургическим способом, у 16 — традиционным способом. Показаниями к лапаротомии явились злокачественные заболевания яичников и матки, большие миома-тозные узлы. У четырех пациенток вторым этапом выполнена влагалищная гистерэктомия. Интра- и послеоперационных осложнений не было. Течение послеоперационного периода и длительность пребывания в стационаре не отличались от средних показателей у аналогичной группы больных без сопутствующей хирургической патологии.

Вывод. Таким образом, применение симультанных операций в гинекологической практике оправдано у больных с неосложнённым течением желчнокаменной болезни, поскольку не приводит к значимому увеличению операционной травмы и общей продолжительности лечения.

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

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

ВОЗМОЖНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И КИСТАХ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН

Актуальность проблемы. Пристальное внимание к проблеме простых и парапелъвикальных кист почек обусловлено распространенностью данной патологии, тем патологическим действием, которое кисты оказывают на почку, вызывая нарушения уро- и гемодинамики, возможными осложнениями, нередким сочетанием кисты и рака почки. При хирургическом лечении больных с простыми кистами почек лапароскопический доступ мы посчитали оправданным при локализации кисты по передней поверхности почки и в

передне-верхнем сегменте, несмотря на проникновение в брюшную полость, поскольку он более привычен для хирурга, предполагает больше анатомических ориентиров, и часто киста, расположенная по передней поверхности почки, определяется через брюшину.

Материал и методы. Использованная методика достаточно проста и позволила выполнить поставленные задачи у 107 женщин. Больные с изолированными операциями на почке (группа 1) составили 86 человек (80,4 %), с симультанными

гинекологическими операциями (группа 2) — 21 пациентка (19,6 %). Возраст пациенток колебался от 29 до 81 года.

Результаты исследования. Во всех случаях лечение больных предпринималось в плановом порядке по поводу одиночных кист, которые у 51 пациентки (47,7 %) располагались в правой почке и у 56 пациенток (52,3 %) в левой почке. Локализация кисты в верхнем сегменте почки наблюдалась в 32 случаях (29,9 %), в нижнем сегменте — в 47 случаях (43,9 %), по передней поверхности почки — в 8 случаях (7,4 %) и по задней поверхности почки — в 10 случаях (9,3 %). У 20 больных (9,3 %) кисты располагались парапелвикально. Показаниями для проведения симульных гинекологических вмешательств у больных 2-й группы явились в 6 случаях (28,6 %) миома матки и аденомиоз, в 7 случаях (33,3 %) наружный генитальный эндометриоз (НГЭ), выявленный в ходе основного этапа операции, в 5-ти (23,8 %) — кистозные изменения и цистаденомы яичников, в 3-х (14,3 %) — трубно-перитонеальное бесплодие (ТПБ). Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (TLH) была выполнена 3 больным с миомой матки, субтотальная пангистерэктомия (STLH) — 1 больной с миомой матки и 1 с цистаденомой яичника в постменопаузе, 5 больным репродуктивного возраста с субсерозной и интрамурально-субсерозной локализацией миоматозных узлов выполняли миомэктомию, у 3-х из них в сочетании с коагуляцией очагов НГЭ. Также 4 больным с цистаденомами яичников в 3 случаях выполняли цистаденомэктомию. Пациенткам 1 группы применяли практически с равной частотой трансперитонеальный доступ (40,7 %) и ретроперитонеальный доступ (45,3 %), а также в 12 случаях (14,0 %) был избран метод чрескожной пункции. В то же время у пациенток с симульными операциями отдавали предпочтение транс-

перитонеальному доступу (71,4 %), применение которого позволяет выполнить симульное вмешательство без наложения дополнительных троакарных отверстий. К ретроперитонеальному доступу были вынуждены прибегнуть только в 6 случаях (28,6 %), ввиду локализации кисты на задней поверхности почки, при этом для осуществления гинекологического этапа операции применяли дополнительно трансперитонеальный доступ, типичный для хирурга-гинеколога.

Выводы. 1) Разработанные методики симульных лапароскопических оперативных вмешательств позволяют эффективно осуществлять одномоментное оперативное лечение больных с сочетанными простыми кистами почек и гинекологической патологией с использованием минимального количества операционных доступов и без значительного повышения продолжительности операции. 2) Выбор эндовидеохирургического доступа у гинекологических больных с сочетанной патологией почек должен определяться индивидуально с учетом локализации кисты почки. При расположении кисты по передней поверхности почки и в переднее-верхнем сегменте удобнее чреобрюшинный доступ, а при кистах заднее-нижнего сегмента и задней поверхности — внебрюшинный доступ. Ретроперитонеоскопические операции при кистах почек следует выполнять в положении больной на боку для обеспечения спонтанной ретракции органов брюшной полости и уменьшения количества эндопортов для ретракторов. При этом гинекологический этап операции выполняется последовательно за хирургическим. При эндовидеохирургических операциях с трансперитонеальным доступом к почке оптимальным является положение больной на спине с боковым наклоном операционного стола. При этом гинекологический этап операции выполняется в первую очередь.

¹Ищенко А.И., ¹Александров Л.С.,
²Шулутко А.М., ¹Ведерникова Н.В.,
¹Жолобова М.Н., ¹Шишков А.М.

¹Кафедра акушерства и гинекологии № 1,

²кафедра хирургических болезней № 2,

Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова,
Россия

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой сочетания заболеваний женской половой сферы с экстрагенитальной хирургической патологией, требующих оперативной коррекции. По данным российских исследователей, частота

сочетанных заболеваний, подлежащих оперативному лечению, составляет от 2,8 % до 63 %. Однако, доля симульных операций остается низкой и не превышает 1,5–6 %.

Материал и методы. В проведенное клиничес-