

УДК 617.55./553+618.13]-072.1-089.844

Ф.И. Гюльмамедов, Н.М. Енгенов, А.П. Кухто, Л.И. Василенко

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ, ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И МАЛОГО ТАЗА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Проанализированы результаты 76 симультанных лапароскопических операций на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. В 38 случаях (50%) выполнены симультанные операции на органах брюшной полости (холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика) и малого таза (киста, апоплексия яичника), в 12 (16%) – симультанные операции, основным этапом которых являлась лапароскопическая предбрюшинная герниопластика двусторонних паховых грыж и холецистэктомия. В 14 наблюдениях (19%) герниопластика сопровождалась рассечением спаек, возникших в результате ранее перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, в 10 случаях (13%) проведена лапароскопическая операция типа Иванисевича в связи с варикоцеле и паховой грыжей, в 2 случаях (2%) холецистэктомия сопровождалась с удалением кисты почки. Проведение симультанных эндовидеохирургических операций при сочетанной хирургической патологии является методом выбора и позволяет избежать повторных травматичных вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: эндовидеохирургия, лапароскопия, симультанные операции.

Бурное развитие новых технологий и сочетание достижений в медицине, физике и кибернетике развило новое направление медицины - эндоскопия. Ее появлению предшествовал целый ряд открытий в области медицинской техники, разработка и апробация нового инструментария и видеоскопического оборудования. Оценив по достоинству возможности лапароскопических вмешательств, хирурги вернулись к проблеме симультанных операций. Хирургическая тактика при лечении двух и более заболеваний одновременно разрабатывалась давно, однако ее развитие сдерживалось травматичностью вмешательств и оперативного доступа, которые негативно влияли на ближайшие результаты лечения [1, 4, 5]. Улучшение диагностических возможностей практической медицины, 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, создали реальные условия для расширения объема вмешательств и выполнения одновременно нескольких операций при сочетанных хирургических заболеваниях [2, 3]. В связи с активным внедрением эндовидеохирургических технологий в хи-

рургическую практику вопрос о симультанных операциях, расширении показаний к ним стал особенно актуальным. Многочисленные исследования этой проблемы подтверждают ряд несомненных преимуществ лапароскопических методик: уменьшение травматичности, устранение риска повторного наркоза, снижение интра- и послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, снижение длительности временной нетрудоспособности, уменьшение послеоперационной летальности [5, 6, 8].

Цель работы — оценить и проанализировать результаты выполнения симультанных эндовидеохирургических операций на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.

Материал и методы

В клинике общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького на базе Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения за период с 2002 по 2010 гг. произведено 76 симультанных лапароскопических операций. По половому признаку больные распределились следующим образом: мужчин – 27 (36%), женщин – 49 (64%). Средний возраст пациентов составил 45 лет. В 38 случаях (50%) выполнены си-

мультианальные операции на органах брюшной полости (холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика) и малого таза (киста яичника, апоплексия яичника), в 12 (16%) – симультианальные операции, основным этапом которых являлась лапароскопическая предбрюшинная герниопластика двусторонних паховых грыж и холецистэктомия. В 14 наблюдениях (19%) герниопластика сопровождалась рассечением спаек, возникших в результате ранее перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, в 10 случаях (13%) проведена лапароскопическая операция типа Иванисевича в связи с варикоцеле и паховой грыжей, в 2 случаях (2%) холецистэктомия сопровождалась с удалением кисты почки.

Результаты и обсуждение

Изначально широкое распространение получили различные гинекологические операции и операции на желчных путях, большую часть плановых симультианальных вмешательств составляли операции, основным этапом которых являлась лапароскопическая холецистэктомия. Определение очередности этапов симультианальной операции происходило в соответствии с принципом асептичности, т.е. первым выполнялось вмешательство на менее инфицированном органе. Так, при сочетании герниопластики с гинекологическими операциями первым этапом проводилась герниопластика. Наличие сочетанных заболеваний органов нижнего этажа брюшной полости и малого таза позволяло осуществить одномоментную хирургическую коррекцию, не изменяя положения больного на операционном столе, расстановки операционной бригады и практически не прибегая к дополнительным доступам. При симультианальных вмешательствах на органах нижнего этажа брюшной полости и малого таза пациент на операционном столе располагается в положении Тренделенбурга с головным концом, опущенным на 30°. Расположение троакаров зависело от локализации заболевания и этапа вмешательства. Введение рабочих троакаров проводилось под контролем зрения. При операциях на нижнем этаже брюшной полости точки введения располагались на уровне пупка, латеральнее прямых мышц живота. Со стороны грыжи использовался 5-миллиметровый троакар, с противоположной стороны – 10-миллиметровый. При со-

четании правосторонней паховой грыжи, хронического аппендицита или гинекологического заболевания правых придатков, переустановка рабочих троакаров или установка дополнительных, как правило, не требовались. В случае левосторонней грыжи для выполнения симультианального этапа 5-миллиметровый троакар заменялся 10-миллиметровым. Сочетание варикоцеле и левосторонней паховой грыжи не требовало дополнительных доступов и троакаров. При таком варианте в первую очередь выполнялась операция типа Иванисевича (как менее опасный этап) [9]. На собственном материале (12 больных) были прооперированы в экстренном порядке по поводу острого аппендицита. Большинство из них (10 человек) были женщины, поступавшие с диагнозами: острый аппендицит, внематочная беременность, апоплексия яичника. Больным, поступавшим в ночное время, диагноз сочетанного заболевания в большинстве случаев был установлен интраоперационно из-за отсутствия достаточного предоперационного обследования. В 8 случаях были проведены лапароскопическая аппендэктомия и операции по поводу острых, или хронических заболеваний женских половых органов, выявленных интраоперационно. Аппендэктомия выполнялась при первично остром воспалении отростка. Важной причиной, определяющей недостаточно высокую дооперационную диагностику острых гинекологических заболеваний, было также пренебрежение хирургами необходимостью консультации пациентки специалистом-гинекологом. В экстренной хирургии при столкновении с гинекологической патологией при ревизии органов малого таза хирурги зачастую не выполняют симультианальные операции, так как не всегда могут правильно оценить находку и определить показания к объему вмешательства, а привлечение консультантов требует дополнительного времени. Большую сложность так же вызывают юридические и организационные вопросы симультианальных операций, что является тормозом в расширении показаний к ним. Благоприятный исход экстренных операций зависит от правильного формирования операционной бригады, либо привлечения специалистов другого профиля, которые включаются в случае необходимости в ходе вмешательства.

З а к л ю ч е н и е

Выполнение симультанных лапароскопических операций в условиях современной клиники имеет ряд очевидных преимуществ: избавляет больного сразу от нескольких заболеваний, устраняет риск повторных вмешательств и связанных с ними стрессовых реакций, повышает экономическую эффективность лечения. Проведение симультанных эндовидеохирургических операций при сочетанной хирургической патологии является методом выбора и позволяет избежать повторных травматичных вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов. Уменьшаются суммарные сроки медицинской и социальной реабилитации больных, такие операции часто патогенетически более обоснованы и экономически эффективны. Причиной низкой выявляемости сочетанных заболеваний является неполное обследование в предоперационном периоде, что делает необходимым расширение стандартного предоперационного обследования независимо от заболевания, по поводу которого планируется хирургическое лечение.

СИМУЛЬТАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ НА ПЕРЕДНІЙ ЧЕРЕВНІЙ СТІНЦІ, ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ, ЗАЧЕРЕВНОГО ПРОСТОРУ І МАЛОГО ТАЗА

Ф.І. Гюльмамедов, Н.М. Єнгенов,
О.П. Кухто, Л.І. Василенко

Проаналізовані результати 76 симультанних лапароскопічних операцій на передній черевній стінці, органах черевної порожнини, зачеревного простору і малого тазу. У 38 випадках (50%) виконані симультанні операції на органах черевної порожнини (холецистектомія, апендектомія, герніопластика) і малого тазу (кіста, апоплексія яєчника), у 12 (16%) – симультанні операції, основним етапом яких була лапароскопічна передочеревинна герніопластика двобічних пахових кил і холецистектомія. У 14 спостереженнях (19%) герніопластика супроводилася розтином спайок, що виникли в результаті раніше перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини, в 10 випадках (13%) проведена лапароскопічна операція типу Іванісевіча у зв'язку з варикоцеле і паховою килею, в 2 випадках (2%) холецистектомія супроводилася з видаленням кісти нирки. Проведення

симультанних ендовидеохірургічних операцій при поєднаній хірургічній патології є методом вибору і дозволяє уникнути повторних травматичних втручань, підвищити адекватність лікування і поліпшити якість життя пацієнтів.

Ключові слова: ендовидеохірургія, лапароскопія, симультанні операції.

SINGLE-PLANE LAPAROSCOPY OPERATIONS ON ANTERIOR ABDOMINAL WALL, ORGANS OF ABDOMINAL REGION, RETROPERITONEUM AND SMALL PELVIS

F.I. Gulmamedov, N.M. Engenov,
A.P. Kuhto, L.I. Vasilenko

Results of 76 single-plane laparoscopy operations on anterior abdominal wall, organs of abdominal region, retroperitoneum and small pelvis are analysed. In 38 cases (50%) single-plane operations are executed on the organs of abdominal region (cholecystectomy, appendectomy, hernioplasty) and small pelvis (cyst, apoplexy of ovary), 12 (16%) are single-plane operations the basic stage of which was laparoscopic preperitoneal hernioplasty of bilateral inguinal hernia and cholecystectomy. In 14 supervisions (19%), hernioplasty was accompanied by the section of joints, arising up as a result of the earlier carried operative interferences on the organs of abdominal region, in 10 cases (13%) the laparotomy operation of type Ivanisevich is conducted in connection with vasodilation and inguinal hernia, in 2 cases (2%) cholecystectomy was accompanied with the deletion of kidney cyst. A lead through of single-plane endovideosurgical operations of complex surgical pathology is the method of choice and allows to avoid the repeated traumatical interferences, promote adequacy of treatment and improve quality of patients' life.

Keywords: endovideosurgery, laparoscopy, single-plane operations.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пучков К.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / К.В. Пучков, В.С. Баков, В.В. Иванов. – М., 2005. – С. 50-56.
2. Лапароскопическая герниопластика при паховых и бедренных грыжах / В.М. Седов, А.Б. Гуслев, Г.М. Рутенбург, В.В. Стрижелецкий. – СПб.: Изд-во СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 1995. – С. 40-41.
3. Comparison of early outcomes for laparoscopic ventral hernia repair between nonobese and morbidly obese patient populations/ S. Ching, A. Sarela, S. Dexter [et al.] // Surg. Endosc. – 2008. – Vol. 22 (10). – P. 2244-2250.
4. Laparoscopic incisional and ventral hernioplasty: lessons learned from 200 patients / K. LeBlanc, J. Whitaker, D. Bellanger, V. Rhynes // Hernia. – 2003. – Vol. 7 (3). – P. 118-24.
5. Laparoscopic ventral and incisional hernioplasty / M. Holzman, C. Purut, K. Reintgen [et al.] // Surg. Endosc. – 1997. – Vol. 11. – P. 32-35.

Стаття надійшла 02.03.2011