

УДК 618.1-089

**ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

А.Т. Байгазаков

Представлены результаты эндовидеохирургического лечения сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний и отмечена высокая эффективность эндовидеохирургических технологий.

Ключевые слова: сочетанная патология; эндовидеохирургия; симультанная операция.

**PROSPECTS OF APPLICATION OF ENDOVIDEOSURGICAL TECHNOLOGIES
IN THE TREATMENT OF THE COMBINED SURGICAL AND GYNECOLOGIC DISEASES**

A.T. Baygasakov

It is presented the results of endovideosurgical treatment of the combined surgical and gynecologic diseases and it is noted high efficiency of the endovideosurgical technologies.

Key words: combined pathology; endovideosurgery; simultaneous operation.

Актуальность. Всемирной организацией здравоохранения в 1985 г. опубликованы статистические данные, согласно которым у 25–30 % больных, подлежащих оперативному лечению в связи с каким-либо заболеванием, выявляются дополнительно одно или несколько заболеваний, требующих хирургического лечения. Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов женской половой сферы встречается достаточно часто и составляет, по данным разных авторов, от 2,8 до 63 % [1–3]. Однако, несмотря на наличие реальных возможностей для оказания полноценной медицинской помощи больным данной категории и достижения максимального медико-социального эффекта, до настоящего времени симультанные оперативные вмешательства производятся лишь у 1,5–6 % этих пациентов [2, 4, 5]. Крайне незначительное количество выполняемых сочетанных операций, не соответствующее реальным потребностям в них, объясняется различными авторами целым рядом причин: неполным обследованием больных в предоперационном периоде, недостаточной интраоперационной ревизией органов брюшной полости, преувеличением степени операционного риска при определении возможности проведения симультанных операций, повышением ответственности хирурга при возможном неудач-

ном исходе операции, психологической неподготовленностью хирургов и анестезиологов к расширению объема оперативного вмешательства [4–6].

Основанием для более оптимистичного взгляда на эту проблему может служить улучшение диагностических возможностей современной медицины, совершенствование анестезиологического и реанимационного пособия, появление и внедрение в медицинскую практику новых эффективных лекарственных препаратов. Широкое применение современных эндовидеохирургических технологий позволяет производить оперативные вмешательства менее травматично, с минимальной интраоперационной кровопотерей, значительно сокращая продолжительность послеоперационного периода [3, 5, 6]. Все это создает реальные условия для расширения показаний к симультанным операциям, представляет широкие перспективы для улучшения результатов оперативного лечения больных с сочетанными заболеваниями, снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, сокращения времени пребывания больных в стационаре и длительности временной нетрудоспособности. Несмотря на это, подавляющее большинство практических хирургов и гинекологов, которые часто сталкиваются с необходимостью одномоментной коррекции нескольких заболеваний,

обходят этот вопрос стороной, остаются нерешенными вопросы, связанные с определением показаний и противопоказаний к симультанным эндовидеохирургическим операциям, выбором оперативного доступа, последовательностью выполнения основного и симультанных этапов операции [2, 4].

С 2011 г. по настоящее время в ЮРФА-Clinic всего было пролечено 1083 больных с различными хирургическими, гинекологическими и урологическими заболеваниями. Из всего этого числа больных симультанные лапароскопические операции были выполнены 285 (26 %) больным с сочетанными хирургическими и гинекологическими патологиями. Мужчин было 11 (4 %), женщин – 274 (96 %). Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. Половозрастная характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Пол		Кол-во больных
	мужчины	женщины	
До 20	-	13	13 (5 %)
20–30	1	80	81 (28 %)
30–40	3	85	88 (31 %)
40–50	4	54	58 (20 %)
Старше 50	3	42	45 (16 %)
Всего	11 (4 %)	274 (96 %)	285 (100%)

Из всех пациентов 240 (84 %) больных были в возрасте до 50 лет, что актуализирует рассматриваемую проблему. Диагностическая тактика заключалась в проведении общеклинических и биохимических лабораторных исследований, УЗИ, ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки, по показаниям МРТ и РКТ. У женщин по показаниям дополнительно проводились кольпоскопия, гистеросальпингография, исследование общего мазка на флору (скрининг-тест урогенитальной флоры), цитологическое исследование цервикального эпителия, ПЦР-диагностика урогенитальных инфекций.

У 285 больных были выявлены в целом 754 хирургические патологии. Наиболее часто встречались по 2 (137 больных, или 48 %) и 3 (112 больных, или 39,3 %) сочетанных заболеваний органов брюшной полости и малого таза.

При выполнении лапароскопических операций использовали лапароскопический комплекс производства фирмы «ЭФА-медика» (Санкт-Петербург, Россия) с необходимым инструментальным набором. Все лапароскопические операции записывались на видеоносители и сохранялись в видеоархиве.

В плановом порядке были оперированы 248 (87 %) больных, в экстренном – 37 (13 %). Показ

аниями для экстренных операций явились острый аппендицит (6), острый калькулезный холецистит (8), нарушенная трубная беременность (20), апоплексия яичника (2) и разрыв кисты яичника (1).

Результаты и обсуждение. Перед операцией особое значение придавали юридическим аспектам и всех больных информировали об объеме предстоящей симультанной операции, получали их добровольное согласие. При этом всем пациентам объясняли преимущества симультанных эндовидеохирургических вмешательств, информировали о необходимости и риске повторной операции и наркоза, экономических расходах и косметических результатах поэтапного хирургического лечения сочетанных заболеваний. Операционную бригаду составляли эндохирург, операционная медсестра и, в зависимости от диагноза и предстоящей симультанной лапароскопической операции, ассистентами включались хирург или гинеколог.

Симультанные 2 операции были выполнены 137 больным, 3 операции – 112, 4 операции – 29, 5 операций – 5 и 6 операций – 2 пациенткам.

У больных с пупочной грыжей и сопутствующей абдоминальной или гинекологической патологией на первом этапе выполняли грыжесечение. Затем через пупочную рану в брюшную полость устанавливали 10-мм троакар для лапароскопа с видеокамерой (по методике Hasson). После выполнения полостного лапароскопического вмешательства симультанная операция завершалась пластикой грыжевых ворот по Сапежко или Мейо. Экстренная лапароскопическая аппендэктомия у 6 больных с острым деструктивным аппендицитом комбинировалась с кистэктомией из яичника (2), каутеризацией фолликулярной кисты яичника (1) и лигированием левой яичковой вены (рецидив варикоцеле) (1), адгезиолизисом (1), консервативной миомэктомией и каутеризацией кисты левого яичника (1) эндовидеохирургическим путем. Определение очередности этапов симультанной операции основывалось в первую очередь на принципе асептичности, т. е. изначально операция выполнялась на менее инфицированном органе. Например, при сочетании лапароскопической аппендэктомии с лигированием левой яичковой вены первым производили урологическую операцию.

Из всех операций наиболее часто проводился лапароскопический адгезиолизис. Это обусловлено тем, что более или менее выраженный спаечный процесс всегда имел место после перенесенных ранее полостных операций и хроническом воспалительном процессе со стороны матки и ее придатков.

При трубно-перитонеальном бесплодии выполняли сальпингостомию (сальпингонеостомию или фимбриопластику) – правосторонние, левосторонние и двусторонние. Это оперативное вмешатель-

ство сопровождалось выполнением хромосальпингоскопии с целью верификации восстановления проходимости маточных труб. Следует отметить, что при хромосальпингоскопии в 84,2 % случаях интраоперационно констатировано восстановление проходимости одной или обеих маточных труб. В остальных 15,8 % случаев хромосальпингоскопия показала отсутствие проходимости маточных труб, что было обусловлено наличием хронического воспалительного процесса в придатках матки. Этим пациенткам в послеоперационном периоде назначали курс антибактериальной и рассасывающей терапии, физиотерапевтические процедуры.

При нарушенной трубной беременности в большинстве наблюдений нам удавалось сохранить маточную трубу и выполнить сальпингостомию и удаление плодного яйца. Тубэктомия выполнена лишь у 3 % пациенток. Эти операции комбинировались кистэктомией (11), каутеризацией кисты яичника (27), адгезиолизисом (39), удалением гидатидных кист маточных труб (15), консервативной миомэктомией (8).

Хирургическая тактика при миомах матки зависела от формы заболевания. При субсерозном расположении миоматозных узлов выполнена лапароскопическая консервативная миомэктомия. При субмукозной миоме матки осуществляли гистерорезектоскопию.

При кистах яичника выполнены кистэктомия (61) и каутеризация кисты (37) лапароскопическим методом. Двусторонняя кистэктомия произведена в 15 случаях, правосторонняя кистэктомия – в 27 и левосторонняя кистэктомия – в 19 случаях. Двусторонняя каутеризация кист осуществлена 14 больным, правосторонняя – 10, левосторонняя – 13. У 4 больных с кистой больших размеров была выполнена цистосальпингоовариоэктомия.

Одним из актуальных вопросов лапароскопических операций является частота конверсий. В наших наблюдениях перевод в конверсию был осуществлен в 1,75 % случаях. Показаниями для конверсии послужили большие размеры интрамурально расположенной миомы матки (3), выраженный спаечный процесс и нагноение кисты яичника с формированием абсцесса малого таза (1), эхинококковая киста размером 8–10 см в VII–VIII сегментах печени (1).

Длительность пребывания пациентов в клинике после симультанных лапароскопических операций составила 2–4 дня, что не превышает этот показатель после обычных, изолированных лапароскопических вмешательств. После открытых вмешательств, в том числе и конверсий, длительность пребывания пациентов на койке составляла

4–7 дней. В послеоперационном периоде клинически значимых осложнений, в частности гнойно-воспалительных (нагноение ран, внутрибрюшные абсцессы и др.), мы не выявили. Большинство больных, за исключением тех, которым произведена конверсия, активировались к концу дня операции, самостоятельно вставали с постели и начинали раннее энтеральное питание. В первые сутки после операции наблюдали восстановление желудочно-кишечной моторики, боли в области троакарных ран были минимальными и не требовали применения наркотических анальгетиков.

Таким образом, полученные результаты симультанного оперативного лечения сочетанных хирургических и гинекологических патологий свидетельствуют о высокой эффективности эндовидеохирургических технологий. Они позволяют провести широкий обзорный доступ для диагностики сочетанных патологий, обеспечивают малоинвазивность операции, симультанное лечение сразу нескольких сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия, снижают до минимума частоту послеоперационных осложнений, уменьшают сроки госпитализации и выздоровления, демонстрируют отличные косметические результаты и качество жизни.

Литература

1. Байрамов Н.Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии / Н.Ю. Байрамов, А.С. Гадирова // Эндоскопическая хирургия. 2009. № 5. С. 17–20.
2. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / под ред. А.Е. Борисова. СПб.: Предприятие ЭФА, «Янус», 2002. 416 с.
3. Галимов О.В. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О.В. Галимов, Д.М. Зиганшин, С.Р. Туйсин и др. // Эндоскопическая хирургия. 2012. № 3. С. 25–28.
4. Гюльмамедов Ф.И. Симультанные лапароскопические операции на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза / Ф.И. Гюльмамедов, Н.М. Енгенов, А.П. Кухто и др. // Украинский журнал хирургии. 2011. № 3 (12). С. 123–125.
5. Рутенбург Г.М. К вопросу об очередности выполнения симультанных лапароскопических операций / Г.М. Рутенбург, В.В. Стрижелецкий, Е.М. Альмарк // Эндоскопическая хирургия. 2007. № 5. С. 41–44.
6. Пучков К.В. Лапароскопические операции в гинекологии / К.В. Пучков, А.К. Политова. М.: ИД «МедПрактика-М», 2005. 212 с.