

*Байгазаков А.Т.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННЫХ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ  
В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ  
И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

*A.T.Baigazakov*

**THE RESULTS OF SIMULTANEOUS VIDEOLAPAROSCOPIC OPERATIONS FOR  
SURGICAL TREATMENT OF COMBINED ABDOMINAL AND GYNECOLOGICAL  
DISEASES**

УДК:616.112/18

*Проанализированы результаты видеолaparоскопических симультанных операций 96 больных с сочетанными хирургическими патологиями органов брюшной полости и малого таза. Авторы рекомендуют расширить стандартное предоперационное обследование независимо от диагноза с целью выявления сопутствующей патологии. Симультанные видеолaparоскопические операции демонстрируют: малоинвазивность, одноэтапное устранение нескольких хирургических заболеваний, снижение послеоперационных осложнений и длительности госпитализации, качество жизни.*

**Ключевые слова:** видеолaparоскопия, симультанная операция, сочетанная патология.

*The results of videolaparoscopic simultaneous operations of 96 patients with combined surgical pathology of the abdomen and pelvis analyzed. The authors recommend extending the standard preoperative examination, irrespective of diagnosis to identify comorbidities. Simultaneous videolaparoscopic operations show: minimally invasive, single-stage surgical removal of several diseases, reducing postoperative complications and length of hospital stay, quality of life.*

**Key words:** videolaparoscopy, simultaneous operation, combined pathology.

**Актуальность**

Симультанной операцией считается одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано хирургическое лечение [3,4]. В соответствии с этим сочетанными заболеваниями считаются два и более различных заболевания, при каждом из которых показано хирургическое лечение, выполняемое в ходе одного симультанного оперативного вмешательства [2-4]. С позиции современной хирургии симультанные операции представляются более предпочтительными, чем выполнение оперативного лечения в несколько этапов. В ходе одной хирургической операции устраняется риск повторных вмешательств и анестезии, сокращается время суммарного пребывания пациента в стационаре, исключается необходимость повторного обследования и предоперационной подготовки, повышается экономическая эффективность лечения. Данная проблема приобретает высокую актуальность в связи с увеличением удельного веса сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза. По данным статистики, частота заболеваний, требующих одновременного хирургического лечения, составляет от 4,8 до 30%, а

доля выполненных симультанных операций не превышает 1,5 - 6 % [2,3,5].

В публикациях зарубежных авторов последних лет стали встречаться сообщения о симультанных операциях с использованием видеолaparоскопической техники [2-5]. Авторы этих наблюдений отмечают, что симультанные лапароскопические операции создают альтернативу открытым вмешательствам, так как сочетается основной принципиальный критерий эффективности – снижение хирургической агрессии при условии сохранения радикальности операции. На сегодня исследования в этом направлении все еще продолжаются и имеются ряд спорных вопросов: окончательно не изучены и не уточнены показания и противопоказания к выполнению таких операций, объем дооперационного обследования, сроки проведения операции, особенности анестезиологического пособия, технические принципы и организационные вопросы лечения сочетанной патологии органов брюшной полости и малого таза с использованием видеолaparоскопических технологий [1-3,5]. Немаловажную роль в рациональной организации симультанных лапароскопических операций играет объединение усилий нескольких специалистов: хирурга, гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, имеющих навыки по эндовидеохирургии. В этой связи проблема использования симультанных лапароскопических операций выходит за рамки чисто хирургического аспекта и раскрывает перспективное направление смежных клинических специальностей в эндовидеохирургии.

**Цель исследования:** анализ результатов и оценка эффективности симультанных лапароскопических операций при сочетанных патологиях органов брюшной полости и малого таза.

**Материал и методы**

За период с февраля 2011 г. по настоящее время в ЮРФА-Clinic всего было пролечено 508 больных с различными хирургическими, гинекологическими и урологическими заболеваниями. Из всего этого числа больных симультанные лапароскопические операции были выполнены 96 (18,9%) больным с сочетанными абдоминальными и гинекологическими патологиями. Мужчин было 4 (4,1%), женщин – 92 (95,8%). Возраст больных колебался от 18 до 80 лет. Половозрастная характеристика больных представлена в таблице 1.

**Таблица 1**  
Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, годы	Пол		Кол-во больных
	мужчины	женщины	
до 20 лет	-	3	3 (3,1%)
20-30 лет	1	28	29 (30,2%)
30-40 лет	-	43	43 (44,8%)
40-50 лет	-	12	12 (12,5%)
старше 50 лет	3	6	9 (9,4%)
<b>Всего</b>	<b>4 (4,1%)</b>	<b>92 (95,8%)</b>	<b>96 (100%)</b>

Из всех пациентов 87 (90,6%) больных были в возрасте до 50 лет, что актуализирует рассматриваемую проблему. Диагностический алгоритм включал в себя общеклинические и биохимические лабораторные исследования, УЗИ, ЭКГ, рентгено- или сонографию грудной клетки, по показаниям МРТ головного мозга и брюшной полости. У женщин по показаниям дополнительно проводились гистеросальпингография, исследование общего мазка на флору (скрининг-тест урогенитальной флоры), цитологическое исследование цервикального эпителия, ПЦР-диагностика урогенитальных инфекций.

У 96 больных были выявлены в целом 254 хирургических патологий. Наиболее часто встречались по 2 (46 больных или 47,9%) и 3 (38 больных или 39,5%) сочетанных заболеваний органов брюшной полости и малого таза (рисунок 1).



**Рисунок 1.** Распределение больных в зависимости от количества сочетанных патологий

Количественная структура абдоминальных и гинекологических патологий представлена в таблице 2.

**Таблица 2**  
Количественная структура гинекологических и абдоминальных патологий

№	Патология	Количество (n = 254)	
		абс. числа	%
1	ЖКБ, калькулезный холецистит	18	7,0
2	Паховая грыжа	1	0,4
3	Пупочная грыжа	2	0,8
4	Бедренная грыжа	1	0,4
5	Долихосигма	1	0,4

6	Колостома	1	0,4
7	Острый аппендицит	7	2,7
8	Перекрыт сальника	1	0,4
9	Эхинококкоз печени	1	0,4
10	Спаечная болезнь	56	22
11	Хронический геморрой	2	0,8
12	Узловой зоб	2	0,8
13	Рецидивное варикоцеле слева	1	0,4
14	Киста яичника - правого яичника - левого яичника - обеих яичников	56 26 19 11	22
16	Сактосальпинкс - односторонняя - двусторонняя	32 20 12	12,6
17	Миома матки - субмукозная - субсерозная - интерстициальная	20 2 13 5	7,9
18	Трубная беременность - ненарушенная - нарушенная	16 13 3	6,3
19	Гидатидные кисты маточных труб	20	7,9
20	Гидросальпинкс	4	1,5
21	Гнойный пельвеоперитонит	1	0,4
22	Полип эндометрия	9	3,5
23	Апоплексия яичника	2	0,8

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 84 (87,5%) больных, в экстренном – 12 (12,5%). Показаниями для экстренных операций явились острый аппендицит (5), острый калькулезный холецистит (1), нарушенная трубная беременность (3), апоплексия яичника (2) и разрыв кисты яичника (1).

#### Результаты и обсуждение

При выполнении simultанных лапароскопических операций особое значение придается юридическим аспектам. Пациент должен быть информирован об объеме предполагаемой операции и дать на нее свое согласие. Всегда при выявлении сочетанных заболеваний мы объясняем им преимущества simultанных лапароскопических вмешательств, о необходимости и риске повторной операции и наркоза. В процессе работы мы решили проводить детальное предоперационное обследование всех больных независимо от диагноза, чтобы заранее определить объем операции. В частности это касается лиц женского пола, у которых часто сочетаются заболевания органов малого таза и желчевыделительной системы. Почти в половине наших наблюдений выполнение simultанной операции только предполагалось, решение о необходимости simultанного этапа принималось по

данным диагностической лапароскопии и интраоперационных находок. Такие патологии, как субсерозные миомы матки малых размеров (до 0,5 см), гидатидные кисты придатков матки, висцеропариетальный и висцеро-висцеральный спаечный процесс на дооперационном этапе не диагностируются.

Вопрос формирования компетентной операционной бригады в нашей клинике решен. Всегда при выполнении симультанной лапароскопической операции при сочетании абдоминальной и гинекологической патологии операционную бригаду составляют два хирурга, гинеколог и операционная сестра.

Симультанные 2 операции были выполнены 36 больным, 3 операции – 37, 4 операции – 19, 5 операций – 2 и 6 операций – 2 пациенткам. В таблице 3 приведен характер выполненных операций в количественном соотношении.

**Таблица 3**  
**Количественная структура операций**

№	Название операции	Количество операций (n = 281)	
		абс. числа	%
1	Лапароскопическая холецистэктомия	17	6,0
2	Лапароскопическая герниопластика с предбрюшинной имплантацией полипропиленовой сетки	1	0,3
3	Лапароскопическая аппендэктомия	5	1,8
4	Лапароскопическая резекция сальника	1	0,3
5	Резекция сальника	1	0,3
6	Грыжесечение пупочной грыжи с пластикой	2	0,7
7	Эхинококкэктомия из печени	1	0,3
8	Резекция щитовидной железы	2	0,7
9	Дезартеризация геморроидальных узлов с лифтинговой мукопексией	2	0,7
10	Лапароскопическое лигирование яичковой вены слева	1	0,3
11	Лапароскопическая сальпинготомия (-неостомия, фимбриопластика)	37	13,1
12	Хромосальпингоскопия	29	10,3
13	Лапароскопический адгезиолизис (сальпингоовариолизис)	56	19,9
14	Лапароскопическая тубэктомия	7	2,5
15	Лапароскопическая сальпинготомия с удалением плодного яйца	13	4,6
16	Лапароскопическая консервативная миомэктомия	13	4,6
17	Открытая консервативная миомэктомия	1	0,3
18	Надвлагалищная ампутация матки	2	0,7
19	Лапароскопическая стерилизация маточной трубы	1	0,3
20	Лапароскопическая цистосальпингоовариоэктомия	1	0,3
21	Лапароскопическое удаление гидатидных кист маточных труб	16	5,7
22	Лапароскопическая аднексэктомия	1	0,3

23	Лапароскопическая кистэктомия	34	12,1
24	Лапароскопическая каутеризация кист	26	9,2
25	Лапароскопическая резекция яичника	1	0,3
26	Диагностическая лапароскопия	1	0,3
27	Гистерорезектоскопия	6	2,1
28	Гистероскопия	3	1,0

При выполнении лапароскопической холецистэктомии в двух случаях эта операция была комбинирована резекцией щитовидной железы с узлом, в одном случае сочеталась с клиновидной резекцией правого яичника и кистэктомией левого яичника. Лапароскопическая холецистэктомия + каутеризация гидатидных кист обеих маточных труб выполнена одной больной, лапароскопическая холецистэктомия + кистэктомия из правого яичника + каутеризация кисты левого яичника + адгезиолизис произведены у одной больной. В одном наблюдении холецистэктомия лапароскопическим путем была выполнена в сочетании с сальпинготомией правой маточной трубы, сальпингоовариолизисом, каутеризацией кист обеих яичников и хромосальпингоскопией. У одного больного была произведена в плановом порядке лапароскопическая холецистэктомия + герниопластика с предбрюшинной имплантацией полипропиленовой сетки по поводу паховой грыжи. В трех случаях после выполнения лапароскопической холецистэктомии и адгезиолизиса была произведена конверсия. У одного из них перевод в конверсию был обусловлен наличием выраженного перифокального воспалительного процесса, нагноением кисты и абсцессом малого таза. В остальных двух случаях поводом для перевода в конверсию был большой размер миомы матки. Были произведены соответственно лапароскопическая холецистэктомия + конверсия, надвлагалищная ампутация матки + 1) дезартеризация геморроидальных узлов и 2) каутеризация кисты левого яичника. В двух наблюдениях с пупочной грыжей и ЖКБ на первом этапе было выполнено грыжесечение. Затем пупочную рану использовали в качестве порта для 10-мм лапароскопа с видеокамерой. После холецистэктомии симультанная операция завершалась пластикой грыжевых ворот по Сапезко или Мейо. У одного из них симультанно были произведены также резекция сальника, адгезиолизис. В остальных 5 случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с адгезиолизисом (2), удалением гидатидных кист придатков матки + сальпингоовариолизисом (1), двусторонней каутеризацией кист яичников (1), адгезиолизис + двусторонняя каутеризация кист обеих яичников (1). Одна больная 55 лет, которая перенесла лапароскопическую холецистэктомию + адгезиолизис, в 2010 г. перенесла брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием постоянной одностольной колостомы по поводу рака прямой кишки. Здесь следует отметить роль лапароскопии в визуальной верификации локорегиональных и

отдаленных метастазов, в частности в печени. При панорамной ревизии брюшной полости метастатических поражений не было выявлено, колостома находилась в спаечном процессе. Также у одного больного с ЖКБ при обзорной ревизии брюшной полости была обнаружена бедренная грыжа небольших размеров, которая при объективном и физикальном осмотре ранее не была выявлена.

Экстренная лапароскопическая аппендэктомия у 5 больных с острым деструктивным аппендицитом комбинировалась с кистэктомией из яичника (1), каутеризацией 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. В одном из наблюдений была обнаружена долихосигма, расположенная свободно без нарушения кишечного пассажа и спаечного процесса.

При нарушении проходимости маточных труб, сакто- и гидросальпинксе, первичном и вторичном бесплодии выполняли сальпингостомию (сальпинго-неостомию или фимбриопластика) (37): двусторонняя – 11, правосторонняя – 12, левосторонняя – 14. Это оперативное вмешательство в 29 случаях сопровождалось выполнением хромосальпингоскопии с целью верификации восстановления проходимости маточных труб. Следует отметить, что при хромосальпингоскопии в 22 случаях интраоперационно констатировано восстановление проходимости одной или обеих маточных труб. В остальных 7 случаях 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.

Из всех операций наиболее часто произведен лапароскопический адгезиолизис (сальпингоовариолизис, висцеролиз) – 56 случаев. 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.

Из 16 больных с трубной беременностью (нарушенная – 3, ненарушенная – 13) тубэктомия выполнена лишь у 3. В остальных 10 случаях маточная труба была сохранена, произведена сальпингостомия с удалением плодного яйца. При ненарушенной трубной беременности тубэктомия выполнена лишь в 1 случае, а в остальных 12 случаях

произведена сальпингостомия. Из 3 больных с нарушенной трубной беременностью тубэктомия выполнена у 2 из них, и у 1 – маточная труба была сохранена. Эти операции комбинировались кистэктомией (4), каутеризацией кисты яичника (1), адгезиолизисом (9) и удалением гидатидных кист маточных труб (4), консервативной миомэктомией (1).

Хирургическая тактика при миомах матки зависела от формы заболевания. При субсерозном расположении миоматозных узлов выполнена лапароскопическая консервативная миомэктомия (13). При субмукозной миоме матки осуществляли гистерорезектоскопию (2). В 1 случае с интерстициальной миомой матки больших размеров произведена конверсия с лапаротомией по Пфаненштилю и выполнена консервативная миомэктомия. В данном случае изначально лапароскопическим путем были выполнены двусторонняя сальпингонеостомия, адгезиолизис и хромосальпингоскопия.

При кистах яичника выполнены кистэктомия (34) и каутеризация кисты (26) лапароскопическим методом. Двусторонняя кистэктомия произведена в 5 случаях, правосторонняя кистэктомия – в 18 и левосторонняя кистэктомия – в 11. Двусторонняя каутеризация кист осуществлена 4 больным, правосторонняя – 10, левосторонняя – 12. У 1 больной с кистой больших размеров была выполнена цистосальпингоовариоэктомия.

Одним из актуальных вопросов лапароскопических операций является частота конверсий. В наших наблюдениях перевод в конверсию был осуществлен у 5 больных из 96 (5,2%). 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 7-8 сегментах печени (1).

Критериями эффективности любой хирургической операции являются длительность пребывания больного в клинике и частота послеоперационных осложнений. 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 т.ч. 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 ранее энтеральное питание. В первые сутки после операции наблюдали восстановление желудочно-кишечной моторики, боли в области троакарных ран были минимальными и редко требовали применения

ненаркотических анальгетиков.

#### **Выводы**

Анализ результатов симультанного лапароскопического лечения сочетанных хирургических патологий органов брюшной полости и малого таза свидетельствует о высокой эффективности эндовидеохирургических технологий. Применение их обеспечивает широкий обзорный доступ для ревизии и диагностики сопутствующих патологий, малоинвазивность операции, одноэтапное избавление от нескольких сочетанных хирургических заболеваний в рамках одного анестезиологического пособия, снижение частоты послеоперационных осложнений, уменьшение сроков госпитализации и выздоровления, быстрое и полное восстановление физической активности и отличные косметические результаты.

#### **Литература**

1. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. Под ред. Борисова А.Е. – СПб.: Предприятие ЭФА, «Янус», 202. – 416 с.
2. Гюльмамедов Ф.И., Енгенов Н.М., Кухто А.П. и др. Симультанные лапароскопические операции на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза // Украинский журнал хирургии. – 2011.- № 3 (12). – С. 123-125.
3. Маховский В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002. - № 6. – С. 46-48.
4. Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., Альмарк Е.М. К вопросу об очередности выполнения симультанных лапароскопических операций // Эндоскопическая хирургия. – 2007. - № 5. – С. 41-44.
5. Пучков К.В., Политова А.К. Лапароскопические операции в гинекологии. – М.: ИД «МедПрактика-М», 2005. – 212 с.

**Рецензент: д.м.н., профессор Мусуралиев М.С.**