

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ СИМУЛЬТАННОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

THE WAYS OF OPTIMIZING THE SIMULTANEOUS TREATMENT OF ASSOCIATED SURGICAL PATHOLOGY

L. Gumenyuk
O. Gerbali

Summary. Despite the advantages of traditional laparoscopy over the «open» simultaneous ones, there is a continuing tendency to search for lowering the traumaticity of this technique. One of the ways to solve this issue is the introduction of the «single port» technique, which has recently been attracting a considerable interest from both surgeons and gynecologists. From the year 2014 to the year 2017 simultaneous laparoscopic cholecystectomy with ventral hernia repair and wedge resection of the ovaries was performed in 34 patients, 17 of them (50.0%) — with the single access (group I) and 17 (50.0%) — with the traditional 4-port LD. The women were aged 25 to 60, which makes 44.5 ± 8.1 on average. It was found that the technique of the single laparoscopic access in the performance of simultaneous operations of patients with cholecystitis, postoperative ventral hernia and endometrioid cysts has an obvious advantage: it allows to carry out interventions at the safest level, reduces the intensity of postoperative pain, reduces the period of the patient's stay in hospital, reduces the economic costs and complies with the current tendency to achieve the best cosmetic effect.

Keywords: simultaneous operations, single port, cholecystitis, postoperative ventral hernia, endometrioid cyst.

В настоящее время, согласно данным современных исследователей, отмечается неуклонный рост женщин, имеющих сочетанную хирургическую и гинекологическую патологию [1–3]. Так, распространенность комбинации заболеваний органов брюшной полости и женской репродуктивной системы составляет от 2,9 до 63,2%. На основании вышесказанного актуальной задачей современной хирургии является оптимизация оказания хирургической помощи данной категории пациентов путем выполнения лапароскопических симультанных вмешательств. Несмотря на преимущества ставшей уже традиционной лапароскопии перед «открытыми» симультанными операциями, продолжает отмечаться тенденция поиска снижения травматичности данной методики [4–6]. Одно из направлений решения данного вопроса — внедрение методики «единый порт», которая в последнее время вызывает значительный интерес как у хирургов, так и у гинекологов. Следовательно, симультанные операции с использованием единого лапароскопического доступа (ЛД) -Single-port — являют-

Аннотация. Несмотря на преимущества ставшей уже традиционной лапароскопии перед «открытыми» симультанными, продолжает отмечаться тенденция поиска снижения травматичности данной методики. Одно из направлений решения данного вопроса — внедрение методики «единый порт», которая в последнее время вызывает значительный интерес как у хирургов, так и у гинекологов. В период с 2014 по 2017 гг. симультанная лапароскопическая холецистэктомия с грыжесечением по поводу вентральной грыжи и клиновидной резекцией яичников выполнена у 34 пациенток, из них 17 (50,0%) — из единого доступа (I группа) и 17 (50,0%) — традиционным 4-портовым ЛД. Возраст женщин от 25 до 60 лет, в среднем — $44,5 \pm 8,1$. Установлено, что методика единого лапароскопического доступа при выполнении симультанных операций у больных с холециститом, послеоперационной вентральной грыжей и эндометриоидными кистами обладает явным преимуществом: позволяет провести вмешательства на максимально безопасном уровне, снижает выраженность послеоперационной боли, сокращает период нахождения пациента в стационаре, снижает экономические затраты и соответствует современной тенденции достижения лучшего косметического эффекта.

Ключевые слова: симультанные операции, единый порт, холецистит, послеоперационная вентральная грыжа, эндометриоидная киста.

ся прогрессивным шагом в развитии миниинвазивной хирургической практики [7–12]. Однако преимущества данного способа в сравнении с традиционной лапароскопической тактикой при проведении симультанных операций у женщин не определены.

Цель исследования — оценить возможности применения технологии единого ЛД при симультанных операциях по поводу желчекаменной болезни, послеоперационной вентральной грыжи и эндометриоидной кисты.

Материал и методы исследования. В период с 2014 по 2017 гг. проведена оценка клинико-лабораторного обследования и хирургического лечения 34 больных, которым были выполнены симультанные операции: лапароскопическая холецистэктомия с грыжесечением по поводу вентральной грыжи и клиновидной резекцией яичников. Пациенты были рандомизированы на две группы: 17 (50,0%) — с применением технологии единого доступа (I группа) и 17 (50,0%) — с использо-

Гуменюк Леся Николаевна

Профессор, Крымский федеральный университет
имени В. И. Вернадского
lesya_gumenyuk@mail.ru

Гербали Оксана Юрьевна

Ассистент, Крымский федеральный университет
имени В. И. Вернадского

Таблица 1. Сравнительный анализ результатов применения единого ЛД и ТЛД при симультанных операциях

Показатель	I группа (n=17)	II группа (n=17)
Длительность операции, мин	93,1±1,2	89,3±1,1
Кровопотеря, мл	37,5±2,1	21,4±2,3
Послеоперационная боль,%	13 (38, 2)	21 (61,8)
Послеоперационное пребывание в больнице, дни	3,1±1,1	4,5±1,1
Ранние послеоперационные осложнения (серома),%	–	3 (8, 8)

ванием традиционного 4-портового ЛД. Возраст женщин от 25 до 60 лет, в среднем — 44,5±8,1. Критериями исключения из исследования были: III и IV степень анестезиологического риска по ASA, острые заболевания гепатобилиарной системы, желтуха в анамнезе, онкологические заболевания, индекс массы тела более 40 кг/м², психические расстройства. По гендерным показателям, структуре сопутствующей патологии, предоперационной диагностики и интраоперационному ведению больные исследуемых групп не имели достоверных различий.

Пациенток оперировали в день госпитализации (общеклинические и инструментальные исследования проводили амбулаторно). Оперативное вмешательство выполняли под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Хирургическая бригада включала двух специалистов. Общим для всех портов является рассечение кожи в области пупка длиной 1,5–2 см до апоневроза. Перед разрезом обязательно обрабатывали зону оперативного доступа местным анестетиком. При осуществлении лапароскопических манипуляций накладывался карбоксиперитонеум с нагнетаемым давлением до 13 мм рт. ст. Для единого ЛД применяли следующие устройства: SILS-порт («Covidien, США»), S-порта и Endocone («Storz», Германия). На первом этапе с целью ревизии органов брюшной полости и малого таза через пупочное кольцо устанавливали 11-миллиметровый троакар для оптики, на втором — удаляли данный троакар и расширяли пупочное кольцо до 2,5–3 см с целью установки устройства единого ЛД. Традиционную ЛХЭ выполняли с использованием четырех стандартно расположенных портов. При проведении лапароскопии особое внимание уделяли оценке формы и размера тела матки, наличию миоматозных узлов, состоянию маточных труб и яичников, наличию эндометриoidных гетеротопий на брюшине малого таза и спаечного процесса. После ЛХЭ и клиновидной резекции яичников производили герниопластику. Оперативные вмешательства завершены без установки страхового дренажа. Рациональную аналгезию в раннем послеоперационном периоде у пациентов с ТЛД обеспечивали терапевтическими дозами нестероидных противовоспалительных средств.

Результаты исследования. Все 34 симультанные лапароскопические операции выполнены без перехода на открытое оперативное вмешательство. Анализ показателей интра- и послеоперационного периодов в зависимости от технологии проведения симультанных лапароскопических операций приведен в таблице 1.

В ходе изучения показателей интраоперационного периода установлены следующие особенности: длительность операции при едином ЛД и стандартном при 4-х портовом ТЛД не имели достоверных различий (93,1±1,2 и 89,3±1,1 мин, соответственно). Как в группе больных с применением единого ЛД, так и при 4-х портовом ТЛД для удаления эндометриoidных кист потребовалось дополнительное введение троакаров в умбиликальной области (10 и 5 мм). Средняя кровопотеря в интраоперационном периоде в группе с применением единого ЛД была несколько выше в сравнении с группой, в которой применяли 4-х портовую ТЛД и составила 37,5±2,1 и 21,4±2,3 мл соответственно ($p < 0,05$). В раннем послеоперационном периоде болевой синдром наблюдался у 13 (38,2%) пациентов при применении единого ЛД и у 21 (61,8%) — при 4-портовом ТЛД. При этом, у больных с применением единого ЛД выраженность боли по шкале ВАШ была достоверно ($p < 0,01$) ниже в сравнении с ТЛД — 2,5±0,3 и 5,2±0,4 балла соответственно. Продолжительность послеоперационного пребывания пациентов в больнице составила 3,1±1,1 дня при использовании единого ЛД и 4,5±1,1 дня — при 4-портовом ТЛД. Ранние послеоперационные осложнения в виде серомы отмечались лишь у 3 (8, 8%) пациентов при 4-портовом ТЛД.

Обсуждение. Анализ непосредственных результатов симультанных оперативных вмешательств с применением технологии единого ЛД при сочетанной патологии органов брюшной полости и органов малого таза у женщин показал, что данная методика обладает явным преимуществом: позволяет провести вмешательства на максимально безопасном уровне, снижает выраженность постоперационной боли, сокращает время нахождения больного в стационаре, снижает экономические затраты и соответствует современной тенденции достижения лучшего косметического эффекта. При условии техниче-

ского потенциала выбора доступа лапароскопических методик, опираясь на объективные показатели продолжительности хирургического вмешательства, интенсивности болевого синдрома, длительности пребывания пациента в стационаре в послеоперационном периоде, косметического эффекта и экономических затрат, мы считаем оправданным выполнение симультанных операций из единого ЛД. Симультанные операции при желчнокаменной болезни и грыжах передней брюшной стенки в сочетании с удалением эндометриоидной кисты из единого ЛД целесообразны и должны занять свое место в практической хирургии. Выполнение таких операций в учреждениях практического здравоохранения реально, так как они не отличаются особенностями оперативной техники, не ведут к росту послеоперационных осложнений и летальности.

Условиями успешного применения симультанных операций с использованием единого ЛД является четкая дифференциация показаний/противопоказаний к оперативному лечению с учетом факторов операционного риска; высокие диагностические возможности врача; достаточная квалификация хирурга в абдоминальной и смежных разделах хирургии; владение современными способами пластики брюшной стенки и ЛХЭ; тесное сотрудничество хирургов и гинекологов.

Выводы. 1. Установлено, что доступ под видеолапароскопическим контролем создает благоприятные условия для выполнения холецистэктомии как основного оперативного вмешательства, обеспечивает достаточные возможности ревизии, диагностики и коррекции сопутствующей патологии в любом отделе брюшной полости и малого таза.

2. Методика единого доступа при выполнении сочетанных операций у больных с холециститом, послеоперационной вентральной грыжей и эндометриоидными кистами обладает явным преимуществом: позволяет провести вмешательства на максимально безопасном уровне, снижает выраженность послеоперационной боли, сокращает период нахождения пациента в стационаре, снижает экономические затраты и соответствует современной тенденции достижения лучшего косметического эффекта.

3. Использование единого лапароскопического доступа открывает дальнейшие перспективы в рационализации, адаптации и повышении качества выполняемых симультанных операций, не повышая удельный вес интраоперационных и послеоперационных осложнений, позволяет восстановить уровень качества жизни пациентов после хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильченко Ф. Н. Симультанные вмешательства у больных с послеоперационной грыжей и сопутствующим ожирением. Клиническая хирургия. 2012; (8): 18.
2. Гойда С. М. Тенденции распространенности желчнокаменной болезни среди населения Украины. Украинский медицинский часопис. 2011; (4): 157–160.
3. Ничитайло М. Ю. Особенности выполнения лапароскопических операций у больных с ожирением. Клиническая хирургия. 2012; (8): 32–33.
4. Helgstrand F. Low risk of trocar site hernia 12 years after primary laparoscopic surgery. Surg. Endosc. 2011; 11 (25): 3678–3682.
5. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота. Москва: Медицина; 2005. 384 с.
6. Пучков К.В., Пучков Д. В., Хубезов Д. А. Транслюминальная (N.O.T.E.S.) миналапароскопически ассистированная, однопрокольная и традиционная лапароскопическая холецистэктомия — что выбрать? Оценка результатов лечения пациентов с неосложненной желчнокаменной болезнью и полипозом желчного пузыря. Эндоскопическая хирургия. 2013; (6): 16–22.
7. Шумкина Л.В., Старков Ю. Г. Хирургия единого лапароскопического доступа: современные тенденции в лечении холецистита. Эндоскопическая хирургия. 2014; (1): 58–61.
8. Ганжий В.В., Ганжий И. Ю. Новые технологии в хирургическом лечении желчнокаменной болезни и доброкачественных опухолей яичников при синдроме поликистоза яичников с использованием генератора автоматической биологической сварки мягких тканей. Клиническая хирургия. 2011; (3): 18–21.
9. Walf J.S, Stoller M. L. Physiology of laparoscopy. J. Urol. 2010; (152): 294–302.
10. Сердюков М.А., Зурнадзьянц В. А. Сочетанные операции как метод благотворно влияющий на качество жизни пациента. Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского. 2017; (1): 176.
11. Пучков К.В., Пучков Д. В., Коренная В. В. Сравнение однопрокольной и традиционной лапароскопической холецистэктомии в лечении неосложненной болезни. Эндоскопическая хирургия. 2013; (1): 27–30.
12. Червериков С. Г. Выполнение единого лапароскопического доступа в хирургии желчнокаменной болезни. Практическая медицина. 2010; (4): 121–123.
13. Гринцов О. Г. Значение операционно-анестезиологического риска в лапароскопической хирургии. Галицкий врачебный вестник. 2012; (3): 34–35.