

ЛЕЧЕБНО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, ПРОВЕДЕННЫЕ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ПАТОЛОГИЯХ (СОЧЕТАНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЙ) У ЖЕНЩИН

© 2015. Ф.И. Ганиев

Самаркандский Государственный Медицинский Институт

Tayanch so'zlar: bir vaqtning o'zida patologiyasi, jarrohlik birikmasi, laparoskopik operatsiyasi.

Keywords: laparoscopic operation, simultaneous pathology, surgical pathology.

TIBBIYOT VA JARROHLIK FAOLIYAT AYOLLARDA BIR VAQTNING O'ZIDA PATOLOGIYASI (GINEKOLOGIK VA JARROHLIK BIRIKMASI) AMALGA OSHIRILADI

Ko'plab tadqiqotlar natijasida bir vaqtning o'zida qorin bo'shligida simultan kasalliklarni davolash so'nggi yillarda keng tarqalgan, lekin bu kasalliklarni davolash qoniqarsiz natijalarni ko'rsatdi. Bundan tashqari, bir vaqtning o'zida ikki yoki uch abdominal kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni jarrohlik davolash murakkab va butunlay ohirigacha muammo bo'lib qolmoqda.

MEDICAL AND SURGICAL ACTIVITIES CARRIED OUT IN SIMULTANEOUS PATHOLOGY (COMBINATION OF GYNECOLOGICAL AND SURGICAL PATHOLOGY) IN WOMEN

F.I.Ganiev

Numerous studies in recent years indicate not only the wide dissemination of simultaneous abdominal diseases, but unsatisfactory results of treatment of these diseases. In addition, a one-time surgical treatment of patients with two or three abdominal diseases is complex and not completely solved the problem.

Актуальность. Многочисленные исследования последних лет свидетельствуют не только о широком распространении симультанных заболеваний органов брюшной полости, но и неудовлетворительных результатах лечения этих заболеваний. Кроме этого, одномоментное оперативное лечение больных с двумя или тремя заболеваниями органов брюшной полости представляет собой сложную и до конца не решенную проблему [1,2].

Улучшение диагностики, совершенствование оперативной техники и успехи анестезиологии-реанимации значительно расширили возможности выполнения симультанных операций [3,4].

Повсеместное распространение эндоскопической хирургии предоставило уникальную возможность переопределения границ двух специальностей — гинекологии и хирургии, так как оперативная лапароскопия не только эквивалентна, но и предпочтительна классическому лечению [5,6]

В литературных данных сведения об этом встречаются редко, хотя на практике многие гинекологи и хирурги отмечают необходимость выполнения таких операций.

В связи с этим, **целью нашей работы** явилось усовершенствование способов сочетанного оперативного лечения заболеваний органов малого таза и брюшной полости.

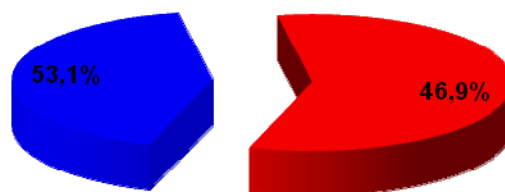
Материалы и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 200 больных с различными сочетанными заболеваниями органов брюшной полости, которым было проведено симультанное оперативное вмешательство.

Пациенты были распределены на две основные группы. В первую группу вошли 107 больных, которым были проведены лапароскопические и традиционные симультанные операции (основная группа), во вторую – 93 больных с традиционной операцией (контрольная группа), которым произведена одна изолированная операция (рис.1).

Производилось сравнение используемых хирургических доступов при выполнении симультанных операций.

В основной группе больных 20-30 лет было 11 (5,9%), 31-40 лет - 49 (26,5%), 41 и более лет – 47 (25,4%) и соответственно, 21 (22,5%), 20 (21,5%), 52 (46%) лет в контрольной группе. Средний возраст в основной группе составил $38,6 \pm 6,6$, а в контрольной

Соотношение основной и контрольной групп



■ Основная группа ■ Контрольная группа

ной группе $41,3 \pm 5,9$ лет. Необходимо отметить тот факт, что все больные были в наиболее трудоспособном возрасте.

В основной группе из 107 больных, которым произведены simultaneous лапароскопические вмешательства 47 (43,9%) приходится на калькулезный холецистит. Из них хронический калькулезный холецистит имел место

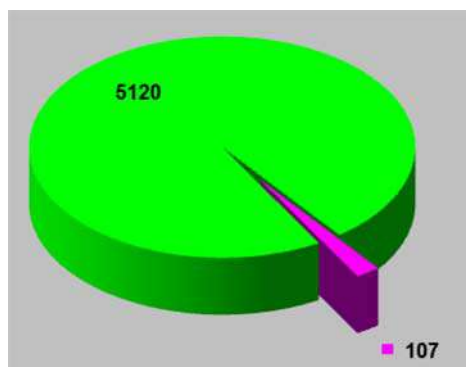
у 40 (85,1%), острый калькулезный холецистит у 7 (14,9%). При хроническом калькулезном холецистите минилапаротомным доступом холецистэктомия произведена 40 больным (37,4%), при полном и неполном выпадении матки чрезвлагалищная экстирпация матки 20 (18,7%). Лапароскопически simultaneous этапом операции явилась миома матки у 47 больных. Кроме того, основная группа характеризуется выполнением сочетания минилапаротомной и традиционной операций.

Так, simultaneous традиционным этапом операции к калькулезному холециститу явилась миома матки различной локализации у 40 женщин, также при чрезвлагалищной экстирпации матки simultaneous этапом явилось грыжесечение по поводу пупочной грыжи у 20 больных.

Контрольную группу (сравнения) составили 93 больных с гинекологической и хирургической патологией, которым выполнялись по одной операции (экстирпация матки, вентропластика, холецистэктомия) при доброкачественных заболеваниях (миомах матки, эндометриозе, пролапс стенок влагалища, хронических холециститах или пупочных грыжах).

Все больные обследовались и готовились к операции амбулаторно. Клиническое обследование больных включало в себя общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ органов малого таза, печени и желчного пузыря. УЗИ желчного пузыря и печени производилось с целью исключения камней в желчном пузыре, эхинококковых кист и других образований в печени. Особое внимание уделялось степени чистоты влагалища, которая должна соответствовать I-II степени.

Результаты исследования и их обсуждение. За 2012-2015гг было выполнено 5120 лапароскопических операций, из которых simultaneous составили 107 (2,1%) (рис. 2).



■ Общее количество операций ■ Симультанные операции

Рис. 2. Соотношение simultaneous операций к общему количеству лапароскопических операций

Таблица 1.

Сочетание операций в основной группе.

Объем операций	Количество больных	в %
Лапароскопическая холецистэктомия + лапароскопическая экстирпация матки	47	43,9
Минилапаротомная холецистэктомия + лапаротомная экстирпация матки	40	37,4
Чрезвлагалищная экстирпация матки + пупочное грыжесечение	20	18,7
Всего	107	100

В контрольной группе всем больным выполнялись только изолированные операции: экстирпация матки 33 (42,3%) больным, чрезвлагалищная экстирпация матки – 21(26,9%), холецистэктомия — 11(14,1%) и вентропластика – 13(16,7%), т.е. те же, что выполнялись в основной группе и также по классическим методикам, но по одной операции у каждой пациентки.

Таблица 2.

Изолированные операции в контрольной группе.

Объем операций	Количество больных	%
Экстирпация матки	33	35,4
Чрезвлагалищная экстирпация матки	21	22,5
Пролапс стенок влагалища	15	16,3
Холецистэктомия	11	11,8
Вентропластика	13	13,9
Всего	93	100

Решение вопроса о проведении симультанных операций принималось консилиумом с участием лечащих врачей, заведующих отделениями, а также с участием профессоров, доцентов и ассистентов кафедры хирургии факультета усовершенствования врачей и кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета СамМИ.

Лапароскопическая холецистэктомия+лапароскопическая экстирпация матки произведена 47 больным. Лапароскопическая холецистэктомия производилась по стандартной методике: вводился один 10 мм троакар через пупок, после чего под контролем лапароскопа вводились два 5 мм и один 10 мм троакары в правом подреберье по передней подмышечной, средней ключичной и срединной линии. При помощи монополярного коагулятора выделялись пузырный проток и пузырная артерия, гемостаз производился при помощи биполярного коагулятора и препарат удалялся из брюшной полости через срединный разрез.

После завершения операции холецистэктомии лапароскоп разворачивался на 180°, больную из положения Фовлера переводили в положение Тренделенбурга и производилась ревизия органов малого таза. Лапароскопическая экстирпация матки с придатками по поводу миомы в 47 наблюдениях явилась симультанным этапом к лапароскопической холецистэктомии. Для подобных операций подбор больных производился тщательно (размер матки не более 12 недельного срока беременности, наличие в анамнезе не осложненных срочных родов, отсутствие в прошлом перенесенных лапаротомий и как следствие наличие выраженного спаечного процесса, отсутствие воспалительного процесса в желчном пузыре и в органах гениталий).

Фиксацию шейки матки и расширение цервикального канала осуществляли при помощи маточного манипулятора Клермонт-Ферранд с целью обеспечения положения матки в anteversio и определенного положения заднего свода влагалища между крестцово-маточными связками. Транспариетально выделяли с обеих сторон мочеточники в средней части заднего листка широкой маточной связки. Выделяли маточные артерии транспариетально и при помощи высокочастотного коагулятора АВТОКОН 350 монокоагуляцией в режиме «аэрозольная коагуляция» при эффекте коагуляции t₃ (ступень 3) производили её коагуляцию. Пересечение круглых связок матки, воронко-тазовой и крестцово-маточной связок выполняли также при помощи монокоагуляции. Рассечение и низведение plicavesico-uterina осуществляли острым и тупым путями ножницами до идентификации влагалища. Отсечение шейки матки от сводов влагалища производили на «анатомической зоне» маточного манипулятора Клермонт-Ферранд.

После этого извлекали матку с придатками через влагалище и ушивали её снаружи узловыми кетгутовыми швами. Перитонизацию не производили. По окончании операции производили санацию брюшной полости, тщательный осмотр и гемостаз операционного поля и его дренирование. Послеоперационный период у 1 (0,5%) больной осложнился истечением желчи из культи пузырного протока. Произведена релапароскопия и наложение дополнительной титановой клипсы. Летального исхода не было.

Минилапаротомная холецистэктомия при калькулезном холецистите и как симультанный этап лапаротомная экстирпация матки была выполнена у 40 больных. Для этих операций использовался комплект хирургических инструментов, разработанный М.И. Прудковым. Набор инструментов для

минилапаротомии включает: круг-опору для крепления зеркал-ретракторов (ранорасширителей), мобильные узкие зеркала, одно из которых снабжено точечным источником света, соединенным с помощью фиброволоконного световода с осветителем. В комплект инструментов входят также специально сконструированные зажимы, диссекторы и ножницы, а также другие приспособления, облегчающие манипуляции в брюшной полости через минилапаротомный доступ. Минилапаротомную холецистэктомию осуществляли с доступом через параректальный разрез, при этом длина разреза не превышала 6 см, что было достаточно для безопасных манипуляций в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки. Лапаротомная экстирпация матки осуществлялась по обычной методике разрезом по Пфанненштилю. Длительность операции увеличилась по сравнению с лапароскопической операцией на $20 \pm 1,2$ мин. Кровопотеря была в пределах 120-150 мл. В послеоперационном периоде у 1 (0,5%) больной имело место в раннем послеоперационном периоде паренхиматозное кровотечение из культи влагалища. Была произведена релапаротомия – перевязка внутренних подвздошных артерий. Послеоперационный период протекал гладко. Летального исхода не было.

Наибольший интерес представляет сочетание чрезвлагалищной экстирпации матки и пупочной грыжи. Данная патология была у 20 больных. Показанием к проведению этих операций явилось полное выпадение матки, а также недержание мочи при напряжении, выпадение влагалища и наличие пупочной грыжи. Операцию начинали с выполнения грыжесечения, так как наличие инфекции в послеоперационном периоде в пупочной ране может привести к рецидиву грыжи. Кожу над пупком рассекали по полукругу выше или ниже пупка. Затем скальпелем отсепаровывали кожу пупка от окружающих тканей и выделяли грыжевые ворота. Содержимое грыжи резецировали (чаще всего это была ткань большого сальника) и грыжевые ворота закрывали узловыми швами. Затем переходили к выполнению гистерэктомии через влагалище. Операцию начинали с введения сосудосуживающего раствора для уменьшения кровоточивости тканей влагалища. После этого переднюю губу шейки матки захватывали пулевыми щипцами, матку оттягивали кзади. Производили циркулярный разрез через все слои влагалища, на расстоянии примерно 3 см от наружного зева матки скальпелем. Подтягивая матку к симфизу, обнажали прямокишечно-маточное пространство тупфером и вскрывали ножницами и поочередно лигировали левую и правую крестцово-маточную связку. После этих манипуляций матка становилась подвижнее, и с помощью ножниц вскрывали plicavesico-uterina. При этом, с целью предупреждения ранения мочевого пузыря ножницы держали перпендикулярно к матке. Затем последовательно перевязывали пересекали маточные артерии, круглую связку и воронко-тазовые связки. После проверки гемостаза воронкотазовые связки, круглые связки матки сшивали вместе с целью образования под брюшиной прочного, поддерживающего её шва. Влагалище ушивали непрерывным викриловым швом.

В контрольной группе всем больным выполнялись изолированные операции: экстирпация матки 33 (35,4%) больным, чрезвлагалищная экстирпация матки – 21 (22,5%), передняя кольпорафия и задняя кольпоперинеопластика - 15 (16,3%), холецистэктомию — 11 (11,8%) и вентропластика – 13 (13,9%), т.е. те же, что выполнялись в основной группе и также по классическим методикам, но по одной операции у каждой пациентки.

Сравнительное изучение двух статистически сопоставимых групп больных, которым выполнялись симультанные и одиночные операции, по клиническим и лабораторным исследованиям показало, что в организме больной не происходит значительных сдвигов, связанных, именно, с симультанными вмешательствами.

Определение степени кровопотери в основной и контрольной группах показало, что в основной группе при выполнении симультанных операций кровопотеря составила $94,4 \pm 11,7$ мл, а в контрольной группе кровопотеря во время оперативного вмешательства $85,4 \pm 16,4$ мл. Вышеуказанное наглядно показывает, что разница в кровопотере при симультанных и изолированных операциях незначительна.

В течение первых трех суток после операции у больных показатели пульса, давления, уровень гемоглобина, количество эритроцитов фактически восстанавливаются в темпе близком к таковому у больных при выполнении одиночных операций. К седьмым суткам происходит выравнивание показателей по всем параметрам.

Наш опыт лапароскопических гинекологических одновременных операций, проведенных полностью лапароскопическим способом и при сочетании с традиционными доступами, выявляет преимущества этого способа, в первую очередь, за счет малой травматичности и косметического

эффекта. Поэтому, выбирая доступ, в последнее время мы исходим из возможности выполнить любую операцию или этап любым малотравматичным способом, будь то лапароскопический или мини доступ.

При использовании комбинированного доступа, т.е. лапароскопического для одного из этапов и классического для другого, мы отмечали также более легкое течение послеоперационного периода у больных, но у них дольше сохранялись послеоперационные боли в месте классического разреза, поэтому они медленнее восстанавливались в ближайшем послеоперационном периоде. Уровень осложнений приближался к группе больных, у которых все операции производились через классические доступы.

При сравнении размеров операционного доступа использование лапароскопической техники позволило уменьшить травматичность доступа - длину операционного разреза до 1 см при лапароскопическом выполнении обеих этапов операции. При проведении симультанных операций лапаротомным доступом в основной и контрольной группах длина разреза была идентичной (12-13 см).

По нашим данным общая продолжительность операции в основной группе составила $87,13 \pm 13,2$ мин, а в контрольной группе $77,13 \pm 11,1$ мин. При проведении лапароскопических симультанных операций общая продолжительность операции уменьшилась в среднем на 21 минуту.

Из этого следует, что симультанные операции при хорошем обосновании и исполнении довольно безопасны в гинекологической практике. К этому необходимо добавить, что женщины психологически воспринимают как «удачу» избавление от двух и более заболеваний за один этап. Это является дополнительным аргументом в пользу симультанных операций.

Таким образом, при высоком профессионализме и накопленном опыте операторов, а также высококвалифицированном анестезиолого-реанимационном обеспечении симультанные операции в гинекологии и хирургии через классические и комбинированные доступы могут занять достойное место в практике отделений, поскольку при соблюдении вышеперечисленных условий не представляют большой опасности для больных, и положительно ими воспринимаются.

Использованная литература:

- Александров Л.С., Ищенко А.И., Ведерникова Н.В. Сочетанные операции в гинекологии //Ж.: Акуш. и гин. - 2003.-№ 4.-с.4-11;
- Ахтамов Дж.А., Негмаджанов Б.Б., Нарзуллаев Х.Б., Азимов С.А., Ганиев Ф.И.,- Лапароскопия в гинекологии и хирургии //Материалы VI съезда акушеров-гинекологов Республики Узбекистан.- Ташкент, 2003.- С. 245-246;
- Баков В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. //Автореф. дисс. канд. мед.наук.- Рязань, 2000. -24с.;
- Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб., 2000.
- Запорожцев Д.А., Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А. Новые возможности оперативной лапароскопии в лечении заболеваний органов малого таза в сочетании с желчнокаменной болезнью //Ж.: Эндоскопическая хирургия.- 2001.-№6.-С.10-14;
- Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. — М., 2005.