

Лапароскопические симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости

А.Р. Рахматуллаев¹, К.П. Артыков¹, Р.Р. Рахматуллаев²

¹ Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

² Лечебно-диагностический центр «Вароруд»;

² Медико-санитарная часть ГУП ТАЛКО, г.Турсунзаде

В статье представлены результаты первого опыта применения лапароскопических симультанных операций при сочетанных хирургических заболеваниях (СХЗ) органов брюшной полости в Республике Таджикистан. За последние 10 лет у 297 больных, страдающих СХЗ органов брюшной полости, авторами выполнены симультанные лапароскопические операции, из них у 186 (62,7%) больных основным хирургическим заболеванием явился хронический калькулёзный холецистит, у 70 (23,5%) – эхинококковая киста печени, у 33 (11,1%) – различные гинекологические патологии органов малого таза и у 8 (2,7%) – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Из общего числа обследованных, у 197 (68,1%) пациентов сопутствующие хирургические заболевания органов брюшной полости были диагностированы до операции, у остальных 92 (31,9%) – на диагностическом этапе оперативного вмешательства. При этом, для коррекции сопутствующей хирургической патологии у 68 (22,8%) больных авторами применена лапароскопическая методика операции, которая сочеталась с минилапаротомным доступом.

В ближайшем послеоперационном периоде отмечена минимальная частота различных осложнений, продолжительность операции, в среднем, составила $80,0 \pm 10,0$ минут, средний койко-день пребывания больных стационаре составил $5,2 \pm 0,5$ дня, летальных исходов не отмечено.

Ключевые слова: сочетанные хирургические заболевания, симультанные операции, лапароскопия, эхинококковая киста

Введение. При сочетанных хирургических заболеваниях (СХЗ) органов брюшной полости необоснованное решение оперативного лечения может спровоцировать раннем послеоперационном периоде развитие некорригированного заболевания [1,2]. По данным С.К. McSherry и F. Glenn (1981), у 3,8% больных, имеющих камни в жёлчных путях и перенёсших операции на других органах брюшной полости, в раннем послеоперационном периоде возникает острый холецистит [3-5].

Первые сообщения о лапароскопической симультанной операции (ЛСО) появились в начале 90-х годов XX века, в 1993 году R.J. Lanza fame (1993) у двух больных выполнил лапароскопическую холецистэктомию и традиционную герниопластику [6-8].

По данным ВОЗ, СХЗ имеется у 20-30% больных хирургического профиля, из них лишь в 6-8% случаев выполняется одновременная их коррекция. Сдержанное отношение хирургов к симультанным

операциям (СО) объясняется отсутствием единого мнения в показаниях и противопоказаниях к СО, недостаточно изученными результатами. В немногочисленных отечественных и зарубежных статьях, посвящённых данной проблеме, мало внимания уделено таким важнейшим показателям как длительность операции, продолжительность послеоперационного периода и ряду других, характеризующих степень тяжести операционной травмы [3,5-9].

Целью исследования является анализ результатов лапароскопических симультанных операций у больных с сочетанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы. За период 2005-2015 гг. в Лечебно-диагностическом центре «Вароруд» г.Турсунзаде 297 больным, страдающим СХЗ, были проведены симультанные лапароскопические операции. Возраст больных от 17 до 78 лет, большинство больных составляли лица женского пола – 220 (74,1%).



В зависимости от произведённых симультанных лапароскопических операций больные были подразделены на 4 группы. I группа: 186 (64,3%) больных, у которых основным хирургическим заболеванием явился хронический калькулёзный холецистит. В данной группе СХЗ выявлены у 55 (29,5%) пациентов со спаечной болезнью, у 29 (15,5%) – с трубно-перитонеальным бесплодием, у 17 (9,1%) – с субсерозной миомой матки, у 29 (15,5%) – с кистой яичника, у 21 (11,2%) – с пупочной грыжей, у 10 (3,7%) – с хроническим аппендицитом, у 5 (1,8%) – с симптомной миомой матки, у 7 (2,6%) – с кистами верхнего полюса правой почки, у 7 (2,6%) – с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и у 4 (1,4%) – с дивертикулом Меккеля. Из них у 17 больных отмечено сочетание хронического калькулёзного холецистита с хроническим аппендицитом, со спаечной болезнью и с миомой матки.

II группа: 70 (23,5%) больных с эхинококковой кистой (ЭК) IV-Y-YI-YII сегментов печени, при этом, по данным УЗИ, размеры ЭК составляли от 5,0x5,0 до 10,0x12,0 см. В данной группе СХЗ выявлены у 52 больных с хроническим бескаменным холециститом. Поскольку отмечен перипроцесс между эхинококковой кистой Y-YI сегментов печени с жёлчным пузырём с деформацией стенок в результате механического сдавливания ЭК, эти случаи нами расценены как хронический бескаменный холецистит, у 4 – киста верхнего полюса правой почки, у 5 – пупочная грыжа, у 5 – паховая грыжа и у 4 отмечена спаечная болезнь. При этом, у 8 больных сочетались ЭК с кистой почки и грыжа передней брюшной стенки.

III группа: 33 (11,1%) больных с различными гинекологическими заболеваниями органов малого таза, в данной группе СХЗ обнаружены: спаечная болезнь – у 15, ЖКБ – у 7, пупочная грыжа – у 4, паховая грыжа – у 5, грыжа передней брюшной стенки – у 2.

IV группа: из 8 (2,7%) больных со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы СХЗ выявили у 3 – с хроническим дуоденальной непроходимости, у 4 – с ЖКБ, у 1 – с опухолью слепой кишки. Из них сочетание ЖКБ+хроническая дуоденальная непроходимость+скользящая грыжа пищеводного отверстия отмечено у 5 больных, у 1 больного – сочетание опухоли слепой кишки.

Следует отметить, что из общего числа обследованных, у 204 (68,6%) больных СХЗ органов брюшной полости было диагностировано до операции, у остальных 93 (31,3%) – при интраоперационной ревизии органов брюшной полости.

Методика ЛС эхинококкэктомии из печени: торакопорты устанавливаем как при ЛХЭ, а в правой подрёберной области устанавливаем 20-мм торакопорт. После отграничения эхинококковой кисты марлевым тампоном, производим пункцию эхинококко-

вой кисты с аспирацией содержимого, не вынимая пункционной иглы, в полость вводим 76% спирт и/или 30% раствора натрия хлорида с экспозицией 5-8 минут. На следующем этапе иссекаем фиброзную капсулу в пределах ткани печени и удаляем хитиновую оболочку в контейнер. Остаточную полость обрабатываем 76% спиртом и тампонуем большим салынком. При невозможности ликвидации остаточной полости большим салынком, ликвидируем её по методике Дельбе из минилапаротомного доступа. Следующим этапом производим симультанную операцию. Операцию завершаем дренированием подпечёночной области через трубку через 20-мм торакопорт установленный в правом подреберье.

Результаты и обсуждение. Больным I группы на первом этапе выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), за последующем – симультанную операцию. Из них, у 30 больных произведён адгезиолизис, у 29 – сальпинголизис и сальпингостомия, у 17 – консервативная миомэктомия, у 29 – цистэктомия, у 1 – грыжесечение, пластика передней брюшной стенки по Мейо из минидоступа, у 10 – аппендэктомия, у 5 – надвлагалищная ампутация матки с или без придатков, у 7 – произведена лапароскопическая цистэктомия из верхнего полюса правой почки и у 7 – резекция дивертикула Меккеля из минилапаротомного доступа по Прудкову, у 7 больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы произведены крурорафия и эзофагофундопликация по Ниссену из минилапаротомного доступа. В данной группе у 32 (17,2%) больных, для устранения СХЗ, ЛХЭ сочеталась с минилапаротомным доступом по Прудкову.

У больных II группы с основным заболеванием ЭК печени в 52 случаях отмечено наличие перипроцесса вокруг жёлчного пузыря с деформацией стенки последнего, им симультанно выполнена ЛХЭ, у 4 больных произведена цистэктомия из верхнего полюса правой почки, у 5 – грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Мейо из «мини» доступа, 5 – произведено грыжесечение по традиционной методике и у 4 – произведён адгезиолизис. Из них, у 28 (45,7%) больных ликвидация остаточной полости ЭК выполнена по методике Дельбе из минилапаротомного доступа.

Больным III группы, с основными гинекологическими заболеваниями органов малого таза, симультанно выполнен адгезиолизис у 15, ЛХЭ – у 7 больных, 11 – произведено грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки.

8 больным IV группы на первом этапе выполнена ЛХЭ, ЛС дуоденолизис с рассечением связки Трейца, с последующей эзофагофундопликацией по Ниссену из минилапаротомного доступа. У 1 больного при ревизии брюшной полости выявлена опухоль слепой кишки, после ЛС фундопликации по Ниссе-



ну произведена гемиколэктомия, макропрепарат удалён из «мини» лапаротомного доступа, через этот же доступ сформирован термино-латеральный илео-трансверзоанастомоз.

В ближайшем послеоперационном периоде больные в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня операции, чувствовали себя комфортно, дренажные трубки из подпечёночной области удаляли через сутки после контрольного УЗИ. Среди больных I группы нагноение послеоперационной раны отмечено у 2 (1,07%), у 3 (1,6%) – наблюдалось жёлчеистечение из дренажной трубки в количестве до 60-80 мл, средняя продолжительность операции составила $75,0 \pm 10,0$ минут, средний койко-день пребывания больного в стационаре составил $4,6 \pm 0,5$ дня.

У 3 (4,2%) больных из II группы с дренированием остаточной полости ЖК наблюдалось выделение жёлчи из дренажной трубки до 100,0-150,0 мл за сутки, которое самостоятельно прекратилось на 6-7 сутки. Нагноение послеоперационной раны в области дренажных трубок отмечено у 2 (2,8%) больных, средний койко-день пребывания стационаре составил $5,8 \pm 0,5$ дня, продолжительность операции составила $85,0 \pm 10,0$ минут.

Среди больных III-IV групп, каких-либо осложнений не отмечено. Летальных исходов среди оперированных больных не было. Отягощения течения послеоперационного периода, связанного с проведённой симультанной операцией не отмечено. Летальных исходов не было.

По данным нашего исследования, у 51 больного произведена коррекция более 2-х СХЗ органов брюшной полости, у 68 (2,8%) из 297 больных лапароскопическая методика операции для коррекции СХЗ органов брюшной полости сочеталась с минилапаротомным доступом по методике Прудкова. Сочетание 2-х методик операции с минилапаротомным доступом является перспективным, обе дополняют друг друга, устраняя недостатки, что, в свою очередь, позволяет сократить продолжительность оперативного вмешательства, тем самым уменьшая период напряжённого карбоксиперитонеума.

Таким образом, выполнение симультанных лапароскопических операций для коррекции сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости и передней брюшной стенки является целесообразным и оправданным оперативным вмешательством, поскольку в рамках одного оперативного и анестезиологического пособия устраняется сочетанная хирургическая патология, увеличение продолжительности оперативного вмешательства окупается сокращением сроков пребывания больных в стационаре и их реабилитации.

Таким образом, выполнение симультанных лапароскопических операций для коррекции сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости является целесообразным и оправданным, поскольку в рамках одного оперативного вмешательства и анестезиологического пособия устраняется сочетанная хирургическая патология.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фёдоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику / В.Д.Фёдоров // Анналы хирургии. - 2000. - № 4. - С.33-35.
2. Луцевич И.В. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств / О.Э.Луцевич, С.А.Гордеев, Д.А.Запорожцев // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 2. - С. 25-29.
3. McSherry C.K. Biliary Tract Surgery Concomitant with Other Intra-abdominal Operations / C.K.McSherry, F.Gleason // Ann. Surg. - 1981. - Vol. 193. - P. 169-175.
4. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О.В.Галимов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - № 3. - С. 25-28.
5. Симультанные лапароскопические операции на органах малого таза / О.В. Галимов, В.О.Ханов, А.Н.Аминова, Д.М.Зиганшин // Эндоскопическая хирургия. - 2010. - № 5. - С. 51-56.
6. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А.В.Фёдоров, А.Г.Кригер, А.В.Колыгин, А.В.Кочатков // Хирургия. - 2011. - № 7. - С. 72-76.
7. Альтрмарк Е.М. Симультанные лапароскопические операции: дис... канд. мед. наук / Е.М.Альтрмарк. - СПб. - 2007. - 130с.
8. Hart S. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy / S.Hart, S.Ross, A.Rosemurgy // J. Minim. Invasive Gynecol. - 2010. - Vol. 17, № 6. - P.798-801.
9. Surico D. Laparoendoscopic singlesite surgery for treatment of concomitant ovarian cystectomy and cholecystectomy / D. Surico, S. Gentilli, A. Vigone // J. Minim. Invasive Gynecol. - 2010. - Vol. 17, № 5. - P.656-659.



Summary

Laparoscopic simultaneous operations in combined surgical abdominal diseases

A.R. Rahmatullaev¹, K.P. Artykov¹, R.R. Rahmatullaev²

¹ Chair of Surgical Diseases № 2 Avicenna TSMU;

² Therapeutic Diagnostic Center «Varorud»;

² Medical sanitarian unit TALCO, Tursunzade

The article presents the results of first experience of laparoscopic simultaneous operations in abdominal combined surgical diseases (CSD) in the Republic of Tajikistan. Over the past 10 years in 297 patients suffering from CSD of abdominal organs, the authors performed simultaneous laparoscopic surgery, of whom in 186 (62,7%) patients the primary surgical disease was chronic calculous cholecystitis, in 70 (23,5%) – cyst liver, in 83 (11,1%) – a various gynecological diseases of the pelvic organs, and in 8 (2,7%) – a sliding hiatal hernia.

From all surveyed 197 (68,1%) patients had concomitant surgical abdominal disease had been diagnosed before surgery, the remaining 92 (31,9%) – on the diagnostic stage of surgery. At the same time, the authors applied a technique of laparoscopic surgery to correct concomitant surgical pathology using mini-laparotomy access in 64 (22,8%) patients.

In the immediate postoperative period the incidence of various complications is noted, duration of surgery, on average, was 110,0 minutes, the average bed-day hospital stay was $5,2 \pm 0,5$ days, lethal outcomes are not observed.

Key words: combined surgical diseases, simultaneous surgery, laparoscopy, hydatid cyst

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Артыков Каримджон Пулатович – заведующий
кафедрой хирургических болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: artikov53@mail.ru