

ПРОБЛЕМИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ



УДК 616–072.1–089.819–089.12

ЛИФТИНГОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ В СИМУЛЬТАННОЙ ХИРУРГИИ

**Б. С. Запорожченко, В. В. Колодий, А. А. Горбунов, М. Б. Запорожченко,
П. Т. Муравьев, И. Г. Холодов**

Одесский областной медицинский центр,
Одесский национальный медицинский университет

LIFTING LAPAROSCOPY IN SIMULTANT SURGERY

**B. S. Zaporozhchenko, V. V. Kolodiy, A. A. Gorbunov, M. B. Zaporozhchenko,
P. T. Muravyev, I. G. Kholodov**

Odessa Regional Medical Centre,
Odessa National Medical University

Реферат

Проанализированы результаты лечения 84 пациентов, которым произведены симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, полости малого таза и забрюшинного пространства по поводу сочетанных соматических заболеваний. У 36 пациентов использована авторская технология лапаролифтинга, у 48 — классическая технология с наложением карбоксиперитонеума. Определены варианты оптимальных оперативных доступов, изучены структура и частота послеоперационных осложнений, особенности течения раннего послеоперационного периода. Установлены неоспоримые преимущества симультанных лифтинговых лапароскопических операций, в частности, уменьшение частоты и тяжести послеоперационных осложнений, интенсивности послеоперационного болевого синдрома, частоты обострений сопутствующих хронических заболеваний, продолжительности лечения больного в стационаре после операции.

Ключевые слова: симультанная лапароскопия; безгазовая лапароскопия; лапаролифтинг.

Abstract

Results of treatment of 84 patients, to whom simulant operative interventions on abdominal, the small pelvis and retroperitoneal organs were performed for concomitant somatic diseases, were analyzed. The author's technology of laparolifting was applied in 36 patients, and classical technology with carboxyperitoneum adjustment — in 48. Variants of optimal operative accesses were determined, structure and rate of postoperative complications, peculiarities of the early postoperative period course studied. Indisputable advantages of the lifting laparoscopic operations were established, including reduction of the postoperative complications rate and severity, the postoperative pain syndrome intensity, the concurrent chronic diseases exacerbation rate, and postoperative stationary stay.

Keywords: simulant laparoscopy; non—gaseous laparoscopy; laparolifting.

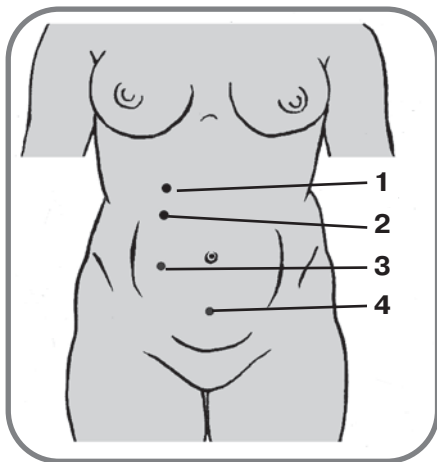
Увеличение продолжительности жизни, совершенствование диагностических технологий обусловили тенденцию к увеличению числа пациентов, у которых выявляют по 2 — 3 сочетанных хирургических заболевания. По данным ВОЗ, выполнение симультанных операций показано до 63% пациентов, которых госпитализируют в хирургический стационар.

Одним из наиболее частых хирургических заболеваний является желчнокаменная болезнь (ЖКБ), которая часто сочетается с заболеваниями других органов брюшной по-

лости, гинекологическими, урологическими. Кроме того, существуют общие патогенетические связи между холелитиазом и различными урологическими заболеваниями, в частности, мочекаменной болезнью [1, 2], нефроптозом [3]. Также с заболеваниями органов брюшной полости и мочевой системы часто сочетается грыжа передней брюшной стенки. У 3 — 4 % населения в мире выявляют грыжу, у 14 — 25% пациентов при наличии грыжи обнаруживают одно и более сочетанных заболеваний, требующих активного хирургического вмешательства [4 — 6]. У

20 — 30% пациенток, по данным ВОЗ, выявляют сочетанные хирургические и гинекологические заболевания, что определяет необходимость хирургической коррекции. Перечисленные аргументы ставят перед хирургами и специалистами другого профиля задачу установить возможность одновременного оперативного лечения сочетанных заболеваний [7 — 9].

Тактика хирурга при лечении сочетанных заболеваний разрабатывается давно, однако травматичность вмешательств и оперативного доступа, негативно влияющая на



Точки проведения лифтинга на различных этапах операции.
1 - ЛХЭ; 2 - операции на почке;
3 - аппендэктомия, вмешательства на правых придатках матки;
4 - гинекологические операции.

ближайшие результаты лечения, сдерживает развитие этого направления [1, 10].

По мере улучшения диагностических возможностей практической медицины, совершенствования анестезиологического и реанимационного обеспечения операций и раннего послеоперационного периода, широкого внедрения видеоэндоскопических технологий, сшивающих аппаратов, новых методов интраоперационного гемостаза и других технических средств симультанная хирургия получила

мощный толчок к развитию при сочетанных хирургических заболеваниях [8]. Проблему можно было бы считать в целом решенной, если не учитывать тот факт, что, наряду с сочетанием различных заболеваний, требующих хирургического лечения, у пациентов все чаще отмечают болезни сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Это обстоятельство значительно ограничивает, а в некоторых ситуациях — исключает выполнение лапароскопических симультанных операций у пациентов при снижении кардиопульмональных резервов.

Применение "безгазовой" лапароскопии, призванной решить эту проблему, в настоящее время ограничено из-за отсутствия универсальных, простых в применении и доступных систем лапаролифтинга.

Цель исследования: оптимизировать лечебную тактику при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, полости малого таза и забрюшинного пространства у пациентов с высоким индексом полиморбидности путем применения разработанной лифтинговой системы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении хирургии Одесского областного клинического меди-

цинского центра на базе кафедры хирургии № 2 в период с 2011 по 2016 г. симультанные лапароскопические операции выполнены у 84 пациентов по поводу сочетанных заболеваний органов брюшной полости с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. У 36 пациентов (основная группа) оперативное вмешательство выполняли с применением разработанной авторской технологии лапаролифтинга, у 48 пациентов (группа сравнения) лапароскопические операции выполнены по классической методике с наложением напряженного карбоксиперитонеума. Возраст пациентов основной группы в среднем (59 ± 3) года, группы сравнения — (61 ± 4) года. Женщин — соответственно 26 (72,2%) и 32 (66,7%), мужчин — 10 (27,8%) и 16 (33,3%). У всех пациентов, оперированных в "безгазовом" режиме, диагностированы сопутствующие заболевания, у них установлен III — IV класс риска (по классификации ASA); в группе сравнения — I — II класс. Объем выполненных оперативных вмешательств представлен в *табл. 1*.

У пациентов основной группы на этапе ЛХЭ лифтинг осуществляли по среднеключичной линии на 3 — 4 см ниже реберной дуги (*см. рисунок*); на этапе гинекологической операции — посередине линии, проведенной между пупком и лобковым симфизом; при выполнении аппендэктомии и операций на правых придатках матки — в точке пересечения линии, соединяющей передние верхние подвздошные ости и наружный край правой прямой мышцы живота. Оптимальной для доступа к почке следует считать точку проведения лапаролифтинга, расположенную на 7 — 8 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии. Небольшие по объему манипуляции на правых придатках матки и правой почке у "миниатюрных" пациентов можно осуществить через "холецистэктомичные" порты.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее часто в качестве симультанного этапа выполняли ЛХЭ,

Объем операции	Число больных в группах		
	основной	сравнения	всего
ЛХЭ, цистовариоэктомия	7	3	10
ЛХЭ, овариоэктомия	4	2	6
ЛХЭ, сальпингэктомия	4	2	6
ЛХЭ, аднексэктомия	6	5	11
ЛХЭ, резекция яичника	4	4	8
ЛХЭ, консервативная миомэктомия	2	2	4
ЛХЭ, резекция кисты почки	6	3	9
Резекция кист печени и почки	2	3	5
Лапароскопическая аднексэктомия, резекция кисты почки	5	3	8
Лапароскопическая аппендэктомия, цистовариоэктомия	3	3	6
ЛХЭ, уретеролитотомия	1	1	2
ЛХЭ, резекция кисты печени	2	3	5
ЛХЭ, предбрюшинная пупочная аллопластика	2	2	4
Итого ...	48	36	84

Примечание. ЛХЭ - лапароскопическая холецистэктомия.

Таблица 2. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода в группах больных

Показатель	Величина показателя в группах	
	основной	сравнения
Продолжительность пребывания в отделении реанимации, сут	1,29	1,58
Продолжительность лечения в стационаре, сут	8,56	10,5
Появление кишечных шумов, сутки после операции ($\bar{x} \pm m$)	1,21 \pm 0,31	1,36 \pm 0,35
Отхождение газов, сутки после операции ($\bar{x} \pm m$)	1,49 \pm 0,44	1,52 \pm 0,74
Первый самостоятельный стул, сутки после операции ($\bar{x} \pm m$)	2,41 \pm 1,01	2,51 \pm 0,91
Потребность в наркотических анальгетиках, число пациентов	3	6
Аритмия в периоперационном периоде, число пациентов	1	4
Начало самостоятельного питания, сутки после операции ($\bar{x} \pm m$)	2,34 \pm 0,93	2,17 \pm 0,68
Самостоятельное передвижение, сутки после операции ($\bar{x} \pm m$)	2,68 \pm 1,04	2,52 \pm 1,17
Удаление дренажей, сут ($\bar{x} \pm m$)	2,56 \pm 0,9	3,19 \pm 2,52

продолжительность этого этапа составила в среднем ($33,92 \pm 11,56$) мин — в основной группе, ($30,45 \pm 12,51$) мин — в группе сравнения. Продолжительность операции в основной группе была в среднем на 3 — 5 мин больше, чем в группе сравнения, при выполнении сопоставимого объема.

Применение лапаротомных доступов на гинекологическом и урологическом этапах операции обусловлено медицинскими показаниями, их использовали при наличии больших кист яичников, аденомиоза, рецидивирующего гиперпластического процесса в эндометрии, при множественных миомах матки больших размеров (более 12 — 15 нед беременности), больших кист почек, спасчного процесса в брюшной полости и забрюшинном пространстве. В основной группе конверсия осуществлена у 4 (11,1%) больных, в группе сравнения — у 5 (10,4%).

Таким образом, выбор доступа при выполнении лапароскопических симульгантных операций зависит в основном от вида оперативного вмешательства, результатов интраоперационной ревизии, навыков хирурга, конституции пациента.

Нами проведен сравнительный анализ течения послеоперационного периода в группах больных (табл. 2).

Продолжительность пребывания больных в отделении реанимации и лечения в стационаре была значительно меньше в основной группе, что обусловлено более стабильными показателями гемодинамики в

раннем послеоперационном периоде у пациентов, оперированных без наложения карбоксиперитонеума [8, 9].

После выполнения симульгантных операций в обеих группах уже на 3 — 4-е сутки большинство пациентов почти не испытывали дискомфорта, интенсивность боли в 1 — 2-е сутки в группе сравнения была заметно больше, чем в основной группе.

Для оценки влияния способа создания оперативного пространства в брюшной полости на частоту возникновения послеоперационных осложнений проанализированы все возникшие осложнения, их причины и последствия. В основной группе осложнения отмечены у 3 (8,3%) пациентов, в группе сравнения — у 7 (14,6%) ($p < 0,05$). У большинства больных отмечали нетяжелые "раневые" осложнения, не представляющие опасности для жизни, однако в группе сравнения у 4 пациенток возникли потенциально фатальные осложнения: пароксизм мерцательной аритмии — у 1 (2,1%), желудочковая тахикардия — у 1 (2,1%), обострение хронических obstructивных заболеваний легких — у 2 (4,2%).

Обострение хронических заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой систем и вен нижних конечностей чаще регистрировали в группе сравнения — у 6 (12,5%) пациентов, что повлияло на длительность и стоимость лечения в стационаре. В основной группе у 2 пациентов возникло обострение язвы двенадцатиперстной кишки.

В группе сравнения у 3 больных, в основной группе — у 2 наблюдали внутрибрюшное кровотечение, остановленное интраоперационно. Все пациенты живы.

Актуальность внедрения в хирургическую практику симульгантных лифтинговых лапароскопических вмешательств у пациентов при тяжелых соматических заболеваниях обусловлена увеличением частоты выявления сочетанных заболеваний. При этом использование разработанной технологии лапаролифтинга при лапароскопических операциях не сопровождается большими техническими сложностями, отмечена лишь несколько большая их продолжительность.

Однако это не имеет решающего значения при современном уровне развития анестезиологии и реаниматологии. Также установлены статистически значимые различия тяжести течения раннего послеоперационного периода и напряженности функциональных систем организма.

Такие преимущества "безгазовой" симульгантной эндовидеохирургической коррекции при сочетанных заболеваниях у пациентов, как расширение показаний к выполнению лапароскопических вмешательств у наиболее сложной, соматически отягощенной категории больных, отсутствие негативного влияния напряженного карбоксиперитонеума на гомеостаз, уменьшение частоты интра- и послеоперационных осложнений, длительности госпитализации, позволяют рекомендовать такие вмешательства к

внедрению в клиническую практику.

Дальнейшие исследования в области использования разработанной технологии лапаролифтинга

позволят расширить показания к выполнению симультанных операций у пациентов при заболеваниях, требующих одновременной хирургической коррекции, освоить новые

оперативные вмешательства, ранее не выполнявшиеся в "безгазовом" режиме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пучков КВ, Баков ВС, Иванов ВВ. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. Москва; 2005.
2. Kamer E, Unalp HR, Derici H, Tansug T, Onal MA. Laparoscopic cholecystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair: a retrospective study. *J Postgrad Med.* 2007 Jul—Sep;53(3):176—80.
3. Манагадзе ЛГ, Лопаткин НА, Лоран ОБ, Пушкарь ДЮ, Даренков СП, Турманидзе НЛ, Гогенфеллнер Р. Оперативная урология. Классика и новации. Москва: Медицина; 2003. 740 с.
4. Хатьков ИЕ, Агапов ВК, Цвиркун ВВ, и др. Возможности эндовидеохирургического доступа в выполнении расширенных и комбинированных вмешательств. Здоровье столицы. VII Моск. ассамблея: Сб. науч. тр. Москва, 2008.
5. Wein AJ, Kavoussi RL, Nowick AC, Partin AW, Peters CA, et al. *Campbell—Walsh Urology.* 9 ed. Saunders Elsevier, 2007.
6. Ching S, Sarela A, Dexter S, et al. Comparison of early outcomes for laparoscopic ventral hernia repair between nonobese and morbidly obese patient populations. *Surg Endosc.* 2008; 22(10): 2244—50.
7. Адамян ЛВ, Гайдарова АХ, Панин АВ. Сочетанные операции в гинекологии: вопросы классификации и методологического подхода. В: Кулакова ВИ редактор. Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии. Москва; 2002:422—8.
8. Брехов ЕИ, Савинова ЕБ, Лебедева ЕА. Опыт проведения симультанных лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций. *Хирургия. Журн им НИ Пирогова.* 2010; (12):23—6.
9. Лебедева ЕА. Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза [дис. ... канд. мед. наук]. Москва, 2010. 123 с.
10. Емельянов СИ, Протасов АВ, Рутенбург ГМ. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. СПб.; 2000.

