

Оперативные доступы при simultанном проведении лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций

Е.И. Брехов¹, В.П. Башилов², В.В. Калинин¹,
Е.Б. Савинова², Е.А. Лебедева¹, М.А. Марунина², А.М. Мкртумян¹

¹ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,
²ФГУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Повсеместное внедрение в хирургическую практику миниинвазивных технологий позволило значительно расширить показания к проведению simultанных операций, в частности для коррекции сочетанной патологии в разных областях брюшной полости. Подобные операции обладают рядом неоспоримых преимуществ: малотравматичность, быстрый реабилитационный период, хороший косметический эффект, экономическая рентабельность при большем объеме оперативного вмешательства. Нами был проанализирован опыт проведения 130 лапароскопических холецистэктомий в сочетании с лапароскопическими и лапаротомными гинекологическими операциями и изучены различные варианты оперативных доступов при подобных вмешательствах. Выявлено, что в ряде случаев, в зависимости от результатов интраоперационной ревизии и конституции пациентки, возможно сокращение количества стандартных троакарных проколов, что ведет к уменьшению времени операции и травматизации тканей. Если вмешательство в малом тазу невозможно выполнить лапароскопически, предпочтительна simultанная операция смешанным доступом. Это способствует коррекции сочетанной хирургической патологии разных этажей брюшной полости с исключением травматичной широкой срединной лапаротомии или изолированных операций.

Ключевые слова: лапароскопические simultанные операции, лапароскопическая холецистэктомия, гинекологические операции, оперативный доступ, миниинвазивные технологии, сочетанная патология.

A wide-spread implementation of little-invasive techniques in surgical practice has widened the list of indications for simultaneous surgeries, namely, for corrections of combined pathologies in various parts of the abdominal cavity. Such surgeries have indisputable advantages: little trauma, short rehabilitation period, good cosmetic results, economic advantages in case of large surgical interventions. We have analyzed results of 130 laparoscopic cholecystectomies combined with laparotomic gynecological surgeries. We have also studied advantages of various surgical approaches in such interventions. It has been found out that in some cases surgeons may reduce the number of trocar punctures depending on revision results and patient's physique state thus, reducing surgical time and tissue trauma. If there is no possibility to use a laparoscopic technique for operating in pelvis, a simultaneous surgery with a combined approach is preferable. Thus, one can make surgical correction of combined abdominal pathology at different levels of the abdominal cavity without a traumatic wide middle laparotomy or isolated operations.

Key words: laparoscopic simultaneous surgeries, laparoscopic cholecystectomy, gynecological surgeries, surgical approach, little-invasive techniques, combined pathology.

В настоящее время не вызывает сомнения перспективность применения simultанных операций у больных с сочетанной хирургической патологией. В связи с повсеместным распространением лапароскопической хирургии открываются новые возможности в проведении simultанных операций. Малотравматичность, короткий реабилитационный период больных, хороший косметический эффект при большем объеме оперативного вмешательства делают малоинвазивные методы предпочтительными. Усовершенствование эндовидеохирургических методик, качества анестезиологического пособия способствует высокой эффективности применения лапароскопической хирургии при simultанных операциях на органах верхнего и нижнего этажей брюшной полости [5, 7, 9, 11].

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и лапароскопические гинекологические операции (ЛГО) нашли широкое применение в повседневной практике, их методики хорошо отработаны в большинстве крупных стационаров. Их одномоментная комбинация может являться приоритетной при хирургической коррекции сочетанной патологии с минимальным отрицательным эффектом для больного [1–3, 5, 13].

Вместе с тем не во всех случаях показано или технически возможно проведение simultанной малоинвазивной операции [4, 6, 12]. В некоторых ситуациях после первого этапа производится лапаротомный доступ, обоснованный медицинскими показаниями, степенью тяжести заболевания, онконастороженностью, в технически сложных случаях и при конверсии.

В современной литературе нет единого мнения о количестве и месте расположения необходимых троакарных доступов при проведении лапароскопических simultанных операций на разных этажах брюшной полости. Некоторые авторы придерживаются стандартных правил, другие предлагают разнообразные модификации и варианты перемещения точек троакарных доступов с целью минимизации их числа [8–10, 14].

В нашем исследовании были изучены варианты доступов при проведении simultанных ЛХЭ и гинекологических операций с учетом антропометрических данных пациентки и характера корригируемой патологии.

У 64 больных (1-я группа) ЛХЭ проводилась simultанно с ЛГО, у 66 больных (2-я группа) — совместно с лапаротомной гинекологической операцией.

Первоначально в обеих группах проводилась ЛХЭ по общепринятой методике. Если выполнение гинекологического этапа планировалось лапаротомным доступом, для введения троакаров использовались стандартные порты.

Если выполнение гинекологического этапа планировалось лапароскопически (1-я группа), то из параумбиликального порта производилась ревизия малого таза. Расположение точек введения троакаров во многом зависело от конституции пациенток и информации, полученной при ревизии. При небольших по объему вмешательствах в малом тазу правый латеральный троакарный доступ по передней подмышечной линии смещали на 3–4 см книзу (5–7 см ниже реберной дуги) и 1–2 см медиальнее, что на втором этапе позволяло избежать дополнительного прокола в правой подвздошной области. По нашим наблюдениям, подобный прием эффективен в тех случаях, когда расстояние между мечевидным отростком и лонным сочленением у пациенток составляет менее 35 см, между передневерхними подвздошными осями – менее 33 см. При планировании объемных операций (лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки, лапароскопическая экстирпация матки) предпочтение отдавалось стандартным доступам на обоих этапах.

Вторым этапом проводилась гинекологическая операция. После окончания ЛХЭ расстановку операционной бригады и положение больной изменяли. Хирург располагался слева от пациентки, первый ассистент с камерой – справа. При лапароскопической экстирпации матки второй ассистент с маточным манипулятором располагался между ног пациентки.

После введения дополнительных троакаров пациенткам придавали положение Тренделенбурга – опускание головного конца операционного стола на 10–15° и небольшой наклон вправо или влево, противоположно области вмешательства, для создания лучшей экспозиции.

Околопупочный доступ с введенным в троакар лапароскопом и карбоксиперитонеум сохранялись. Эпигастральный доступ ушивали. На втором, гинекологическом, этапе симультанной операции варианты и количество необходимых дополнительных троакарных доступов могли варьировать. В каждом отдельном случае этот вопрос рассматривался индивидуально согласно принципам хирургической целесообразности и удобства технического проведения того или иного оперативного вмешательства.

В 1-й группе у 33 (51,6 %) больных после ЛХЭ использованы стандартные троакарные доступы для операций на органах малого таза: троакар диаметром 10 мм для лапароскопа – в околопупочной области, 2 доступа в подвздошных областях для троакаров диаметром 5 мм. Такие доступы были выполнены при объемных гинекологических операциях, таких как лапароскопическая надвлагалищная ампутация матки, лапароскопическая экстирпация матки, в технически сложных случаях, при массивном спаечном процессе в малом тазу, при удалении крупных образований левых придатков и у крупных пациенток. В 10 случаях был произведен третий дополнительный доступ 5 см выше лобка по срединной линии для введения троакара диаметром 5 мм.

Также необходимо отметить, что если у пациентки имелся рубец после перенесенной аппендэктомии, необ-

ходимый троакарный доступ в правой подвздошной области выполнялся по нему под визуальным контролем.

Главным параметром были удобство для бригады проведения хирургических приемов и возможность адекватной манипуляции инструментами в данной анатомической области.

У 27 (42,2 %) больных при проведении второго этапа нам удалось ограничиться выполнением только одного дополнительного 5-миллиметрового троакарного доступа – в левой подвздошной области. Остальные проколы – первый для лапароскопа в пупочной области и второй в точке по правой передней подмышечной линии на 5–7 см ниже реберной дуги – оставались после проведенной ЛХЭ. Такой вариант проводился нами в основном при операциях на придатках, у пациенток невысокого роста.

В 4 (6,2 %) случаях на втором этапе дополнительных доступов не понадобилось. Во время гинекологической операции использовались инструменты, введенные через 5-миллиметровые троакары по правой срединно-ключичной линии и по правой передней подмышечной линии. Такой вариант возможен у миниатюрных пациенток с патологией правых придатков при отсутствии технических трудностей. В 3 случаях было проведено удаление кист правого яичника, в 1 – консервативная миомэктомия, удалена субсерозная миома диаметром 3 см, на ножке, расположенная в области дна матки справа.

У пациенток 2-й группы ЛХЭ сочеталась с одним из видов лапаротомного гинекологического вмешательства (66 наблюдений).

Доступ в зависимости от корригируемой патологии осуществлялся двумя способами: по Пфанненштилю (58 больных) или проводилась нижнесрединная лапаротомия (8 больных). Далее следовало стандартное гинекологическое вмешательство. На лапаротомном этапе желчный пузырь, находящийся в контейнере, удаляли из брюшной полости.

По нашему мнению, при холецистите, сочетанном с гинекологической патологией, даже если вмешательство в малом тазу невозможно выполнить лапароскопически, предпочтительна симультанная операция смешанным доступом. Это способствует коррекции сочетанной хирургической патологии разных этажей брюшной полости, хорошему косметическому эффекту, быстрому восстановлению больных, с исключением травматичной широкой срединной лапаротомии или изолированных операций.

Таким образом, доступ при проведении симультантных ЛХЭ и гинекологических операций может быть различным и зависит в основном от объема оперативного вмешательства, результатов интраоперационной ревизии, навыков хирурга и конституции пациентки. Смещение правого латерального троакарного доступа по переднеподмышечной линии при ЛХЭ на 3–4 см книзу и на 1–2 см медиальнее в ряде случаев позволяет сократить количество дополнительных проколов на лапароскопическом гинекологическом этапе. В наших исследованиях у половины пациенток (48,4%) с помощью подобного приема уменьшено количество стандартных доступов. Это сократило время операции в среднем на 5–10 мин. Необходимо отметить, что каждый случай должен рассматриваться индивидуально с позиций адекватности необходимых хирургических манипуляций, квалифици-

рованности хирургической бригады и безопасности для пациента.

Подводя итог, можно сказать, что сочетанная хирургическая патология встречается крайне часто. В подобных ситуациях малоинвазивные симультанные вмешательства обладают многими преимуществами: сокращается койко-день, повышается экономическая эффективность, не требуются повторная госпитализация, предоперационная подготовка, наркоз, устраняется риск обострения сопутствующих хирургических заболеваний, отсутствуют грубые косметические дефекты и отмечается благоприятное психоэмоциональное состояние пациентов.

Литература

1. Авершин В.И., Дьяченко С.Р., Кузан О.Я. и др. Сочетанные лапароскопические вмешательства у больных с желчекаменной болезнью. // Эндоскопия в гинекологии. — М., 1999. — С. 5–7.
2. Ветшев П.С., Кутин А.А., Ищенко А.И. Лапароскопическая холецистэктомия в гинекологической практике. // Эндоскопическая хирургия. — М., 2001. — № 2. — С. 12.
3. Ищенко А.И., Александров Л.С., Шулутко А.М., Ведерникова Н.В. и др. Симультанные операции в гинекологии: оценка эффективности. // Журнал акушерства и женских болезней. — М., 2005. — № 4. — С. 8–9.
4. Маховский В.З. Выбор доступа при сочетанных операциях на забрюшинном пространстве и брюшной полости. // Хирургия. — М., 1989. — № 4. — С. 91–97.
5. Майстренко Н.А., Берлев В.И., Басос А.С. и др. Симультанные эндовидеохирургические вмешательства при заболеваниях матки и придатков, сочетающихся с неосложненными формами желчнокаменной болезни // Журн. акушерства и женских болезней. — М., 2008. — № 3. — С. 18–23.

6. Поташов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. и др. Использование лапароскопических методов при сочетанной патологии. // Вестник хирургии. — СПб., 1997. — № 6. — С. 16–18.

7. Пучков К.В., Баков В.С., Филимонов В.Б. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. / Метод.реком.—Рязань. — 2000.— С. 77.

8. Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., Альтмарк А.М. К вопросу об очередности выполнения симультанных лапароскопических операций. // Эндоскопическая хирургия. — М., 2007. — № 5. — С. 41–42.

9. Стебунов С.С., Лычиков А.Н., Занько С.Н. Безопасная техника в лапароскопии.—Минск: Выш.шк. — 2000. — 218 с.

10. Ханов В.О. Миниинвазивные технологии в хирургическом лечении сочетанных заболеваний органов брюшной полости.: Дис. ...докт.мед.наук. — Уфа. — 2008. — С. 115–142.

11. Хафизов Т.Н., Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И. и др. // Симультанные лапароскопические операции в абдоминальной хирургии. — Эндоскопическая хирургия. — М., 2007. — № 1. — С. 97.

12. Fletcher D.R. Abdominal insufflation for laparoscopy: can the risk be reduced? // Austr. N.J. Surg. — 1995. — Vol. 65. — P. 462.

13. Olivari N., Luerti M., Torzilli G. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and laparoscopically assisted vaginal hysteroadnexectomy. // Dept. of G. Surg., Hospital of Lodi. — Italy. — 2007.

14. Pelosi M.A., Pelosi M.A. Simultaneous laparoscopic surgical treatments. // Surgical Laparoscopy & Endoscopy. — 1988. — Vol. 8. — P. 81–82.