

А. А. Лукач, А. И. Прудков, Д. В. Полянин, Е. Н. Тихая, К. И. Мерсаидова

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ИЗ ОДНОГО ПОРТА: СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

*Уральский государственный медицинский университет
Городская клиническая больница № 40
г. Екатеринбург*

Аннотация

Статья посвящена проблеме выбора хирургического доступа. В статье приводится двухлетний опыт использования симультанных операции в МАУ ГКБ № 40 г. Екатеринбурга, который позволяет подтвердить эффективность и обоснованность операции через 1 прокол.

Ключевые слова: эндоскопическая хирургия, орган брюшной полости, симультанные операции, fast-track.

Если еще 2-3 десятилетия назад основной парадигмой хирургии было излечение болезни и/или спасение жизни любой ценой, то в последние годы ситуация изменилась. Все больше внимания уделяется, во-первых, технологиям «фаст-трак» (fast-track) [4], позволяющим обеспечить минимальное время «выпадения» пациента из обычной жизни и, во-вторых, обеспечению отличного или удовлетворительного качества жизни после хирургического лечения.

Всемирной Организацией Здравоохранения в 1985 году опубликованы статистические данные, согласно которым у 25-30% больных, подлежащих оперативному лечению в связи с каким-либо заболеванием, выявляется дополнительно одно или несколько заболеваний, требующих оперативного лечения. Только лишь 1,5-6% таких пациентов производятся симультанные оперативные вмешательства. Симультанными операциями, считаются операции, направленные на одномоментную коррекцию изменений в двух и более органах по поводу их самостоятельных заболеваний.

Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов женской половой сферы встречается достаточно часто и составляет, по данным разных авторов, от 2,8 до 63%, в частности, заболевания аппендикса сопровождают гинекологическую патологию в 3,1-3,3%, желчного пузыря — в 3,1-15% [5, 7, 8]. Крайне низкое количество выполняемых

симультанных вмешательств, не соответствующее реальным потребностям в них, объясняется целым рядом причин. На наш взгляд, это обусловлено отсутствием четких, общепринятых, научно обоснованных принципов тактики лечения больных с сочетанными заболеваниями. Недостатками отсутствия таких принципов являются: неполное обследование больных в предоперационном периоде; недостаточная интраоперационная ревизия органов брюшной полости; преувеличение степени операционного риска при определении возможности проведения симультанных операций; склонность хирургов к осуществлению многоэтапного оперативного лечения сочетанных заболеваний; повышение ответственности хирурга при возможном неудачном исходе операции; психологическая неподготовленность хирургов и анестезиологов к расширению объема оперативного вмешательства.

Хирургия одного прокола — это более щадящий с косметической точки зрения вариант лапароскопической операции, все троакары и инструменты устанавливаются через один прокол в области пупка, что дает возможность выполнения хирургических вмешательств на нескольких органах одномоментно.

На современном этапе существует множество аббревиатур: E-NOTES (Embryonic Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery), NOTUS (Natural Orifice Trans Umbilical Surgery), TUES (Trans Umbilical Endoscopic

Surgery), TULA (Trans Umbilical Laparoscopic Assisted), SPA (Single Port Access), OPUS (One Port Umbilical Surgery), LESS (Laparoscopic & Endoscopic Single Site Surgery), SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) — хирургия одного порта через пупок. И поэтому с целью обеспечения систематизации российского опыта лапароскопических вмешательств XIII съезд эндоскопических хирургов России в 2009 г. рекомендовал использовать в научной литературе термин «единый лапароскопический доступ».

SILS-PORT — многоканальное устройство, позволяющее вводить инструменты и камеру через один фасциальный разрез (длиной 2-3 см) в пупке (SILS port TM by Covidien, X-Cone, ENDOCONE TM by Karl Storz, QuadPort TM by Olympus). В нашей работе используются SILS — PORT г. Казань и Covidien, Швейцария в сочетании с изгибаемыми инструментами.

SILS-PORT имеет ряд преимуществ: применение у лиц любого пола и возраста, возможность выполнения симультанных операций на органах брюшной полости и малого таза одновременно, снижение болевого синдрома, более ранняя активизация в послеоперационном периоде, прекрасный косметический эффект. Это создает реальные условия для расширения показаний к симультанным операциям, снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сократить время пребывания больной в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, представляет широкие перспективы для улучшения результатов оперативного лечения больных с сочетанными заболеваниями [1, 2, 3].

Цель работы — оценить возможности применения единого лапароскопического доступа в симультанных операциях на базе МАУ ГКБ №40.

Материалы и методы.

В гинекологическом отделении МАУ ГКБ №40, г. Екатеринбург, с апреля 2013 г. по сентябрь 2015 г. прооперировано 220 пациенток с использованием техники SILS. Больные разделились следующим образом: 196 (89,1%) женщинам (1 группа) — произведены операции на придатках матки, 15 (6,8%) — ампутация матки без придатков, 9 (4,1%) — симультанные операции (опе-

рации на придатках матки + холецистэктомия, спленэктомия) — 2 группа.

Гинекологические вмешательства произведены по поводу: у 93 (42,2%) женщин — кист яичников, у 92 (41,8%) — трубно-перитонеального бесплодия, у 18 (8,2%) — добровольная хирургическая стерилизация, у 17 (7,7%) — ампутация матки без придатков.

Симультанные операции произведены в объеме: у 3 (10%) — аднексэктомия + холецистэктомия; у 4 (13,3%) — цистэктомия + холецистэктомия, по поводу кисты яичника и желчекаменной болезни; у 1 (3,3%) — аднексэктомия + холецистэктомия + уретеропексия с использованием свободной синтетической петли TVT-obturator, по поводу кисты яичника, стрессовой инконтиненции и желчекаменной болезни; у 1 (3,3%) — цистэктомия + спленэктомия, по поводу кисты яичника и кисты селезенки.

Сопутствующая экстрагенитальная патология наблюдалась у 4 (13,3%) — гипертоническая болезнь, хронический гастрит — у 11 (36,6%), язвенная болезнь желудка и ДПК — у 2 (6,6%), хронический холецистит, ЖКБ, ДЖВП — у 8 (26,6%), хронический панкреатит — у 2 (6,6%), хронический пиелонефрит — у 1 (3,3%), киста селезенки — у 1 (3,3%), варикозная болезнь — у 3 (10%).

Средний возраст пациенток — $39,2 \pm 1,3$ года. Средняя продолжительность гинекологической операции — 45 минут, симультанной — 1 час 40 минут.

Эндотрахеальный наркоз применялся у всех пациенток в 100% случаев. Средняя кровопотеря составила — $110,0 \pm 40,0$ мл. Длительность пребывания в стационаре — от 2 до 4 дней. Средний лейкоцитоз на 1 сутки после операции — $10,5 \pm 2,3 \times 10^9$ /л.

В результате через 2-3 часа после операции пациентки вставали с постели. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками в течение 3 суток использовано у 11 женщин 1 группы, и 3 — второй. Остальным женщинам не требовалось обезболивания. На 2-3 сутки пациентки выписывались из стационара. При контрольном осмотре через 7 дней женщины отмечали возврат к своему привычному образу жизни, отсутствие инфекционных осложнений в области послеоперационных швов, наиболее эстетичный косметический эффект: через 1-1,5 месяца место разреза становится практически незаметным, при контрольном осмотре через

3 месяца пациентки отмечали полное удовлетворение результатом и качеством жизни после операции.

Выводы:

1. Современная хирургия совершенствуется в сторону развития мини-инвазивных доступов.

2. Внедрение единого лапароскопического порта дает возможность проведения симультанных операций менее травматично.

3. Главные преимущества мини-инвазивной хирургии — прекрасный косметический результат, меньший болевой синдром, меньший риск раневой инфекции, более быстрое восстановление после операции, психо-эмоциональное удовлетворение пациенток.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Басос А.С., Майстренко Н.А., Берлев В.И. и др. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия у гинекологических больных: достоинства и недостатки // Эндоскопическая хирургия. М., 2009.— №1 — С. 143-144. Научная библиотека диссертаций и авторефератов disserCat <http://www.dissercat.com/content/simultannye-laparoskopicheskie-kholetsistektomii-i-ginekologicheskie-operatsii-pri-sochetann#ixzz3lGMra3L7>.
2. Бехтева М.Е. Хирургия единого лапароскопического доступа: история и современное состояние вопроса/Бехтева М.Е., Баранов А.В., Панченков Д.Н. // Эндоскопическая хирургия.— 2012.— №6.— С. 26-31.
3. Лядов К.В. Ближайшие результаты однопрокольной лапароскопической холецистэктомии/Лядов К.В., Егиев В.Н., Ермаков Н.А., Маркин А.Ю., Лядов В.К. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Технологии единого лапароскопического доступа в абдоминальной хирургии».— М., 2011.— С. 19-21.
4. Мазитова М.И., Мустафин Э.Р. FAST TRACK хирургия мультимодальная стратегия ведения хирургических больных // Казанский медицинский журнал, №5/том 93/2012. Научная библиотека КиберЛенинка: <http://cyberleninka.ru/article/n/fast-track-hirurgiya-multimodalnaya-strategiya-vedeniya-hirurgicheskikh-bolnyh#ixzz3lJVL0AmQ>.
5. Оловянный В.Е. Лапароскопическая хирургия в России: этапы становления, проблемы и пути развития. Автореф... докт. мед. наук, М., 2012, 49 с.
6. Пучков К.В. Опыт выполнения операций с использованием единого доступа в хирургии и гинекологии/Пучков К.В., Андреева Ю.Е. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Технологии единого лапароскопического доступа в абдоминальной хирургии».— М., 2011.— С. 24-26.
7. Пучков К.В. Транслюминальная (N.O. T. E. S.) минилапароскопически ассистированная, однопрокольная и традиционная лапароскопическая холецистэктомия — что выбрать? Оценка результатов лечения пациентов с неосложненной желчнокаменной болезнью и полипозом желчного пузыря/Пучков К.В., Пучков Д.К., Хубезов Д.А. // Эндоскопическая хирургия.— 2013.— №6.— С. 16-22.
8. Старков Ю.Г. Единый доступ в эндоскопической хирургии/Старков Ю.Г., Шишин К.В., Недолужко И.Ю. и др. // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Технологии единого лапароскопического доступа в абдоминальной хирургии».— М., 2011.— С. 30-32.