



У.А.Шербекков  
З.Б.Курбаниязов  
Б.А.Мардонов

# СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ





**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

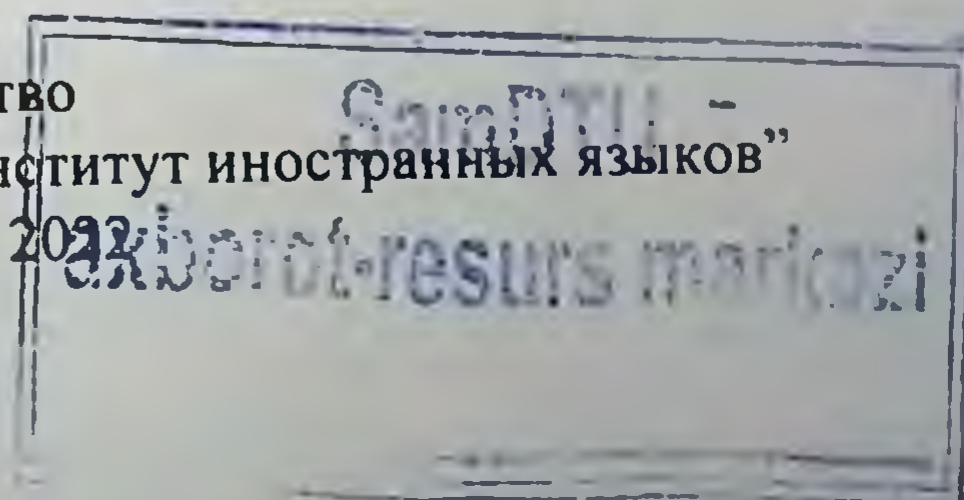
**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**Шербеков Улугбек Ахрарович  
Курбаниязов Зафар Бабажанович  
Мардонов Бобошер Амирович**

**СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В  
ХИРУРГИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ  
БОЛЕЗНИ**

**Монография**

Издательство  
“Самаркандский государственный институт иностранных языков”  
Самарканд - 2022



Шербек Улугбек Ахрарович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Мардонов Бобошер Амирович. Симультанные операции в хирургии желчнокаменной болезни. Монография. Издательство СамГИИЯ. - Самарканд, 2022. - 88 с.

*В монографии представлены основные теоретические вопросы, касающиеся желчнокаменной болезни и сочетанной патологии органов брюшной полости. Подробно освещена этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и методы профилактики у большого контингента больных с желчнокаменной болезнью с сочетанной патологией органов брюшной полости. Освещается разработанный авторами методы предоперационной подготовки, технические аспекты оперативных вмешательств у 104 больных с желчнокаменной болезнью и сочетанной патологией органов брюшной полости. Проведен анализ качества жизни пациентов после симультанных операций.*

*Монография предназначена для хирургов, клинических ординаторов и студентов медицинских институтов.*

#### **Рецензенты:**

**С.А.Абдуллаев** - профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук.

**М.М.Мадазимов** - заведующий кафедрой общей хирургии лечебного факультета Андижанского государственного медицинского института, доктор медицинских наук, профессор.

ISBN 978-9943-8384-5-1

© У.А.Шербек, З.Б.Курбаниязов, Б.А.Мардонов, 2022

© Издательство "Самаркандский государственный институт иностранных языков", 2022

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

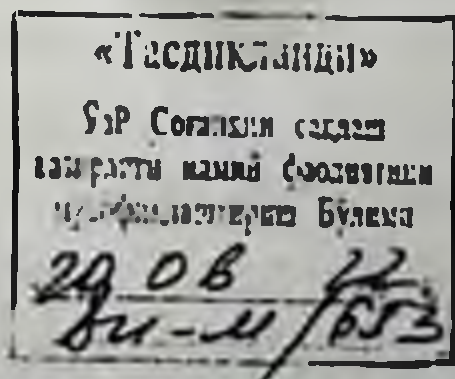
**Начальник Управления науки и  
образования д.м.н., профессор**

**С. Исмаилов**  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022 г.



**У.А. Шербеков, З.Б. Курбаниязов, Б.А. Мардонов**

**СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ  
(Монография)**



**Тошкент- 2022**



## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА I. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ (Обзор литературы).....	7
1.1. Симультанные операции в хирургии желчнокаменной болезни.....	11
1.2. Возможности лапароскопической хирургии при выполнении симультантных операций на органах брюшной полости .....	18
ГЛАВА II. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ .....	22
Общая характеристика клинического материала .....	22
ГЛАВА III. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ.....	33
ГЛАВА IV. СИМУЛЬТАННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ .....	38
4.1. Симультанные лапароскопические операции.....	42
4.2. Симультанные операции сочетанием лапароскопических и открытых доступов .....	52
ГЛАВА V. ОБОСНОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ .....	58
5.1. Сравнение результатов малоинвазивных симультантных операций и симультантных операций выполненных традиционным способом .....	58
5.2. Сравнение результатов малоинвазивных симультантных операций с результатами изолированной лапароскопической холецистэктомии.....	64
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	68
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	76

## ВВЕДЕНИЕ

Обнаружение при обследовании пациента или во время лапаротомии сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости ставит перед хирургом вопрос о необходимости и возможности его устранения путем выполнения симультанной операции. Если учесть, что в последние годы у 20-30% больных поступающих в хирургические стационары выявляют сочетанные заболевания органов брюшной полости, требующих хирургической коррекции, то актуальность проблемы не вызывает сомнений.

Совершенствование хирургической техники, успехи анестезиологии позволяют расширить показания к выполнению симультанных операций в абдоминальной хирургии.

Одновременная хирургическая коррекция нескольких заболеваний во многом представляется предпочтительней, чем многоэтапное лечение, так как избавляет больного от двух или более заболеваний, от необходимости проведения повторной операции и связанных с ней возможных послеоперационных осложнений.

Выполнение симультанных операций имеет также определенные экономические преимущества за счет сокращения продолжительности пребывания больного в лечебном учреждении и временной нетрудоспособности в сравнении с многоэтапным хирургическим лечением.

Однако, несмотря на очевидную перспективность идеи симультанных вмешательств, показания к их проведению ограничены в основном повышенным операционным риском и большей травматичностью. Использование малоинвазивной эндовидеохирургической технологии, внедрение которой в медицину мы наблюдаем в течении последнего десятилетия, позволяет расширить показания к проведению симультанных операций в абдоминальной хирургии.

Преимущества малоинвазивной хирургии связаны со снижением травматичности операции, устранен один из существенных недостатков традиционной хирургии -

несоответствие между травматичным доступом к объекту операции и минимальным вмешательством на самом органе.

Эндохирургическая технология отличается не только малой травматичностью, но и обеспечивает удобство манипуляций на анатомически отдаленных друг от друга органах.

Именно эти факторы способствовали расширению показаний к выполнению симультанных эндоскопических операций в абдоминальной хирургии. Вместе с тем, следует признать наличие определенных нерешенных вопросов в обосновании и практическом выполнении симультанных эндохирургических оперативных вмешательств.



## ГЛАВА I. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ (Обзор литературы)

В последние годы у 20-30% больных, поступающих в хирургические стационары, выявляют сочетанные заболевания органов брюшной полости, что требует выполнения у них сочетанных вмешательств [3; с.117-125, 26; с.45-49].

Обнаружение при обследовании пациента или во время лапаротомии сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости, ставит перед хирургом вопрос о необходимости и возможности его устранения путем выполнения симультанной операции [4; с.38, 8; с.23-26, 12; с.103-108, 29; с.68-74].

Если ранее эти операции были уделом немногих хирургов и носили эпизодический характер, то в настоящее время они стали применяться значительно чаще. По мнению В.Д.Федорова (2011) выполнение симультантных операций является новым программным направлением в хирургии.

По данным Е.М.Альтмарк (2007) сочетанные оперативные вмешательства выполнены только у 1,5 -5% больных. Невысокий процент сочетанных операций, с определенной долей вероятности, можно объяснить такими причинами: неполное обследование больных в дооперационном периоде, склонность хирургов к осуществлению многоэтапного оперативного лечения сочетанной патологии и др. [2; с.30, 3; с.19-23, 6; с.237, 47; с.58-62, 57; с.323-327,].

Вместе с тем, тщательное обследование больных в предоперационном периоде позволяет предотвратить выявление в ходе оперативного вмешательства так называемой “неожиданной” патологии. Это, во-первых, уменьшает оперативный риск, во-вторых - позволяет увеличить количество сочетанных операций до 12,6-23% [7; с.17-20, 34; с.94-100, 37; с.758-759, 68; с.33-37].

Улучшение диагностических возможностей практической медицины, совершенствование анестезиологического и реанимационного обеспечения создало в настоящее время реальные условия для выполнения одновременно нескольких



операций при сочетанной хирургической патологии не только в ведущих клиниках, но и в крупных учреждениях практического здравоохранения [1; с.73-75, 21; с.52-60, 41; с.132, 47; с.58-62, 76; р.5].

При оценке роли симультанных оперативных вмешательств следует исходить из единых установок о том, что же считать симультанным оперативным вмешательством и дать его определение [9; с.39-41, 15; с.198, 33; с.65-72, 35; с.118-123, 68; с.33-37].

При анализе публикаций, посвященных симультанным операциям нами выявлена неоднозначная трактовка понятия симультанная операция и отсутствие общепринятого названия этого вида операции.

Термин “симультанный” происходит от латинского *simul* (вместе, совместно). Латинская терминология достаточно широко распространена в науке, а в медицине особенно. В публикациях зарубежных авторов применяется именно этот термин в оригинальной французской транскрипции (*simultane*), что дает обоснованный повод для выбора этого термина [54; с.65-71, 75; р.118-128].

По нашему мнению, наиболее полное и методологически правильное определение этому термину дают К.Д.Тоскин и В.В.Жебровский «Симультанная операция - это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение».

В ходе симультанных операций, выполняемых по поводу сочетанных заболеваний, различают основной и симультанный этапы. В соответствии с приведенным выше определением симультанных операций К.Д.Тоскин и В.В.Жебровский считают сочетанными заболеваниями два и более различных болезни при каждом из которых показано оперативное лечение, выполняемое в ходе одного симультанного оперативного вмешательства.

Из сочетанных заболеваний следует выделить основное (ведущее) и собственно сочетанное заболевание (одно или больше). Определение основного заболевания сформулировано в работе Л.И.Хноха и И.Х.Фельтшинера (1976) и, по нашему

мнению, не требует дополнения: “Основное заболевание - то, которое представляет большую опасность для здоровья и жизни больного независимо от дооперационной диагностики, доступа, последовательности этапов операций, а при равной угрозе, от конкурирующих хирургических заболеваний то, которое привело больного в стационар. Логически из этого вытекает, что сочетанное заболевание - то, которое представляет сравнительно меньшую опасность для здоровья и жизни больного и, в принципе, операция по поводу этого заболевания может быть отложена”.

В соответствии с этими определениями основного и сочетанного заболевания основной этап - это этап симультанной операции, выполняющийся по поводу основного заболевания больного, симультанный этап - выполняющийся по поводу сочетанного заболевания.

Предлагаемые Л.И.Хнох и соавт. названия и определения достаточно полно и однозначно включают основные особенности, присущие симультанным операциям.

Л.И.Хнох и И.Х.Фельтшинер обобщая опыт симультанных операций, основанный на лечении 268 больных, предложили их классификацию, предусматривающую следующие операционные показания.

1. Абсолютные или куративные показания, предполагают две или более одновременные операции, отказ от которых может привести к смертельному исходу.

2. Превентивные, которыми очерчен круг вмешательств, проводимых при заболеваниях, могущих в дальнейшем привести к острым осложнениям, рецидивам, малигнизации (например, холецистэктомия по поводу сопутствующей желчекаменной болезни при основной операции на желудке).

3. Профилактические, связанные с удалением органов неизмененных, без признаков заболевания.

4. Диагностические (взятие биопсий).

5. Вынужденные симультанные операции, обусловленные случайным повреждением питающего сосуда, излишней мобилизацией органа.



Приведенная классификация представлялась не совсем удачной и вызвала ряд возражений. Л.В.Поташов и В.М.Седов например, отмечали, что не могут согласиться с диагностическими вмешательствами, так как объем их невелик и производятся они часто на здоровом органе. Авторами предложена классификация, где определены 3 группы симультанных операций.

1. Сочетанная одномоментная операция заранее запланирована.

2. Непредвиденная сочетанная одномоментная операция.

3. Возможность сочетанной одномоментной операции предполагалась

Ю.Ю.Аврамов (1984) основываясь на 305 сочетанных абдоминальных операциях приводит следующую классификацию:

А. Операции на органах брюшной полости

1. Плановые

2. Экстренные

2.1. По экстренным показаниям только основная операция.

2.2. По экстренным показаниям все операции.

Б. Операции на органах брюшной полости и в других областях.

1. Плановые

2. Экстренные операции на органах брюшной полости, плановые в других областях.

Предложенная классификация симультанных операций, по мнению автора, позволила систематизировать различные виды таких хирургических вмешательств и в определенной степени помогала установить последовательность выполнения основного и сопутствующего этапов.

Используя принцип классификации Л.В.Поташова и В.М.Седова (1979) и основываясь на 265 случаях симультанных операций В.В.Ходаков и соавт. (1993) приводят классификацию симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости:

А. Плановые операции: преднамеренные, неожиданные.  
Экстренные операции: прогнозируемые, неожиданные.

Б. Радикальные. Паллиативные.

В. Симультанный этап выполняется внутрибрюшинно. Симультанный этап выполняется внебрюшинно.

Приведенная классификация, по нашему мнению, более полно характеризует все возможные сочетанные оперативные вмешательства в абдоминальной хирургии и рекомендуется для применения в клинической практике.

### **1.1. Симультанные операции в хирургии желчнокаменной болезни**

Симультанные операции при сочетании желчекаменной болезни с другими хирургическими заболеваниями получили в настоящее время широкое распространение [17; с.332, 23; с.101-102, 48; с.288-298, 55; с.48].

Показанием к сочетанному вмешательству на органах гепатобилиарной системы К.С.Житникова и др., В.В.Ходаков и др., считают выявление в предоперационном периоде или во время операции конкрементов в желчном пузыре или протоковой системе, а также заболевания большого дуоденального сосочка.

V.Laigi et al. (1982) настаивают на холецистэктомии как симультанном этапе, даже когда конкременты в желчном пузыре являются операционной находкой. Ш.Х.Ганцев и др. (1991) исходят из положения, что патология гепатобилиарной системы угрожает реальной опасностью развития в послеоперационном периоде различных осложнений со стороны органов гепатобилиарной системы, включая деструктивные формы острого холецистита, поэтому рекомендуют удалять желчный пузырь во всех случаях при обнаружении в нем конкрементов с обязательной интраоперационной ревизией желчных протоков.

Ш.И.Каримов и др. (2018) считают оправданной “попутную” холецистэктомию даже у лиц преклонного возраста, которым выполняются обширные абдоминальные хирургические вмешательства, а L.F.Hollender et al. (1984) находят целесообразным оперировать одновременно большинство хирургических заболеваний желудочно-кишечного тракта, обнаруженных во время плановой холецистэктомии.



Однако существует и точка зрения, что двойные операции при желчекаменной болезни без абсолютных показаний производить не следует [11; с.136, 14; с.30-35, 25; с.4, 36; с.23-27, 61; с.51-55].

Расширение объема оперативного вмешательства при холецистэктомии заметно увеличивает число послеоперационных осложнений.

По данным А.Е.Дмитриева и др. (1976) из 27 больных, перенесших одновременно холецистэктомию и резекцию желудка, умерли 3. У одного из них причиной смерти явился панкреонекроз, у двоих - несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза.

На кровотечение и желчеистечение из ложа удаленного желчного пузыря, несостоятельность швов холедоходуоденоанастомоза после "попутных" вмешательств на желчных путях при операциях на толстой кишке указывают В.Д.Федоров и др. (2016).

Весьма сдержанное отношение к выполнению одномоментной холецистэктомии с другими операциями на органах брюшной полости приводит Б.А.Сотниченко и др. (1993). Из 129 больных, которым выполнена одномоментная холецистэктомия в сочетании с другими операциями на органах брюшной полости, умерли 13 (10%). Отмечено, что наиболее грозным осложнением сочетания холецистэктомии с резекцией желудка является послеоперационный панкреатит и желчный перитонит. Авторы считают, что подход к симультанным вмешательствам должен быть строго индивидуальным и аргументированным.

Анализируя результаты 308 сочетанных оперативных вмешательств при заболеваниях печени и желчевыводящих путей А.З.Магомедов (1997) отмечает, что послеоперационные осложнения составили 16%, летальность 2,3%. Автор особое внимание уделяет выбору рационального доступа и дренирование раны. Больным старше 60 лет и с ожирением III-IV ст. назначали Гепарин в дозе 5000 Ед. 4 раза в сутки.

Работ посвященных обсуждению вопросов, связанных с возможностью выполнения симультанных операций при

заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки, так же немало [52; с.36-37, 62; с.66-68, 63; с.51-55, 77; р.1152-1158].

Л.В.Успенский и др. (1990) приводят значительный материал лечения 137 больных, у которых имелись заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, сочетавшиеся с другими хирургическими заболеваниями. Причем 67 больных страдали язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, 12 - язвенной болезнью желудка, 3 - язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка - 45 больных и 5 - хроническая дуоденальная непроходимость. Холецистэктомия, как симультанный этап операции выполнен у 63 пациентов, герниотомия у 7, флебэктомия при варикозном расширении вен нижних конечностей - 3, в 4 наблюдениях удалены кисты из печени, поджелудочной железы, селезенки, яичника, аппендэктомии у 2 больных. Увеличение объема оперативного вмешательства в ходе симультанных операций не оказывало существенного влияния на его исходы. После операции умерло 4 больных (2,9%). По мнению авторов, выполнение симультанных операций предусматривает тщательную предоперационную подготовку больных, высокую хирургическую технику и безукоризненное ведение послеоперационного периода. При соблюдении этих условий симультанный этап не оказывает существенного влияния на летальность и частоту послеоперационных осложнений.

В.В.Ходаков и др. (1993) при выявлении у больных с другой патологией органов желудочно-кишечного тракта язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка и ее осложнений, считают к симультанной операции следующие показания: осложненное течения язвенного процесса (кровотечение или перфорация по анамнестическим данным, субкомпенсированный или декомпенсированный стеноз, диспепсические проявления и др.); сочетание выраженного болевого синдрома с высокими показателями желудочной секреции при безуспешности консервативного лечения; демпинг синдром (тяжелой и средней степени тяжести). Авторы у 137 больных провели симультанные операции при сочетании желчнокаменной и язвенной болезни. Чаще всего выполнялись



операции включавшие холецистэктомию и селективную проксимальную ваготомию - 62, холецистэктомию и селективную проксимальную ваготомию с дренирующими операциями - 24, холецистэктомию и резекцию желудка - 15 наблюдений. Авторы делают заключение о целесообразности выполнения сочетанных операций, которые должны выполняться не только для одномоментного излечения сочетанных хирургических заболеваний, но и с целью предупреждения развития осложнений в послеоперационном периоде со стороны сопутствующего патологического процесса. При правильном выбранном доступе, соблюдении последовательности вмешательств они не намного увеличивают время операции и операционный риск.

Г.Л.Хачиев и др. (1992) представили материал о лечении 79 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки сочетанной с хроническим калькулезным холециститом и циррозом печени. Осложнения и летальность составили соответственно 19 и 7,5%. Авторы предлагают шире ставить показания к симультанным операциям, так как они избавляют больных от необходимости риска повторных вмешательств.

В наблюдениях Ш.И.Каримова и др. (1992) 164 больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки наряду с различными операциями на желудке произведены сочетанные оперативные вмешательства. Причем, основная операция наиболее часто сочеталась с холецистэктомией (80), аппендэктомией (36) и грыжесечением (24). Сопутствующие операции производились после основного этапа вмешательства. В отдаленных сроках наблюдения между больными, перенесшими сочетанные операции и только основное хирургическое вмешательство, различия в результатах лечения не наблюдалось.

Из 158 больных перенесших сочетанные операции с гастродуоденальными язвами, по данным Э.В.Луцевич и соавт. (2005), основная патология чаще всего сочеталась с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (62%), спаечной болезнью брюшины (17,7%), холециститом (17,7%), грыжами брюшной стенки (10,1%).

Обоснованные сочетанные вмешательства при язвенной болезни и сопутствующих заболеваниях брюшной полости по данным Х.Д.Джумабаева (1996), А.С.Саидханова и др. (1992) являются перспективным направлением хирургии и обеспечивают высокую медико-социальную и экономическую эффективность.

По данным К.Д.Тоскина и В.В.Жебровского у 282 больных вентральными грыжами выполнены симультанные операции, что составило 25% среди всех грыжесечений. Наиболее часто наряду с герниопластикой выполнялись операции по поводу желчекаменной болезни и операции при спаечной непроходимости кишечника. Пластику грыжевых ворот проводили использованием мышечно-апоневротических тканей. Непосредственные результаты симультанных операций не отличались от результатов обычных операций. Послеоперационные осложнения возникли у 54 (19,2%) больных, умерли 11. У большинства умерших основной причиной смерти была декомпенсация функции органов вследствие хронических сопутствующих заболеваний.

Симультанные операции в хирургическом лечении эхинококкоза печени приводят Ш.И.Каримов и др. (1992), Б.Р.Бабаджанов и др. (1992). При этом симультанным этапом операции чаще всего являлись удаление эхинококковых кист из брюшной полости, селезенки, легких. По данным авторов летальных исходов, на 27 и 44 наблюдения соответственно, не наблюдалось.

Следует отметить, что в последние годы изменился и характер сочетанных операций. Если ранее хирурги часто выполняли вынужденные сочетанные операции с малой степенью риска, например аппендэктомии и операции на придатках матки [13; с.664, 31; с.26-32, 40; с.53-60, 45; с.326, 67; с.38-41, 69; р.306-312], то в последние годы значительно возросло число запланированных сочетанных вмешательств со II-III степенью риска. Это стало возможным в связи с достижениями в анестезиологии и реаниматологии, а также с расширением технических возможностей хирургов.



В.Д.Федоров (1993) анализирует опыт более 400 симультанных операций на нескольких органах, пораженных различными заболеваниями. Опыт комбинированных операций при распространенных раках органов брюшной полости и постепенное совершенствование анестезиологического и реанимационного пособия при выраженных нарушениях метаболических процессов (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, семейный диффузный полипоз и т.п.) позволили с успехом выполнять симультанные операции не только средней и тяжелой степени травматичности, но и особо травматичные. По данным автора частота осложнений в обычной группе и в группе крупных сочетанных операций на толстой кишке составило соответственно 32,8 и 42,2%, а летальность - 5,9 и 6,6%.

Г.И.Воробьев и др. приводят данные о симультанных операциях при сочетании язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и болезни Гиршпрунга. С.Н.Наврузов и др. (1992) приводят результаты 55 симультанных операций на органах брюшной полости при различных заболеваниях толстой кишки. Причем у всех больных сочетанные заболевания диагностировали до операции и хирурги были готовы к выполнению симультанных операций. В первую очередь выполнялось вмешательство на органе с меньшим риском инфицирования, менее травматичным (холецистэктомия, декомпрессия чревного ствола, удаление кист яичников и др.). Вторым, основным этапом, выполнялись различные операции на толстой кишке: тотальная или субтотальная колэктомия, гемиколэктомия, брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением различных сегментов ободочной кишки в анальный канал. Ближайшие результаты операций были удовлетворительными.

Имеет свое место вопрос о симультанных операциях и в хирургической онкологии. Ю.Д.Торопов и др. (1993) у 28 пациентов выполнили операции по поводу рака толстой или прямой кишки в сочетании с холецистэктомией и грыжесечением. Использовали срединный доступ. Холецистэктомия по поводу хронического холецистита произведена 7 больным одновременно с гемиколэктомией, 2 с



резекцией сигмовидной кишки, 3 с брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки. У 16 больных аналогичные оперативные вмешательства дополнены грыжесечением по поводу послеоперационной грыжи живота или пупочной грыжи. По данным автора в послеоперационном периоде умерли 2 больных в возрасте старше 65 лет, оперированных по поводу рака слепой и прямой кишки, вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности и тромбоэмболии легочной артерии.

Н.И.Батвинковым и др. произведены 12 больным субтотальная резекция желудка по поводу рака желудка, 6 больным гемиколэктомия. Симультанный этап операции включал холецистэктомию. Подобная хирургическая тактика, по мнению авторов, диктовалась рядом причин: исключается реальная возможность возникновения в ближайшем послеоперационном периоде обострения калькулезного холецистита с деструкцией желчного пузыря, устраняется возможность неверной трактовки болезненных ощущений в отдаленном периоде, обусловленных сопутствующими заболеваниями.

Я.С.Березницкий и др. (1992) выполнили симультанные операции у 12 больных по поводу рака желудка (6), рака ободочной кишки (5), рак почки (1). Радикальные операции произведены 11 больным. Одновременно им произведена холецистэктомию (11) в связи с обнаружением калькулезного холецистита и грыжесечение (1). У 1 больного возникла несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза, еще у 1 - подпеченочный абсцесс. Длительность лечения больных в стационаре составили в среднем 22 дня.

Что касается выбора оперативного доступа, то при сочетанных операциях на органах брюшной полости почти все авторы единодушны: наиболее целесообразен срединный разрез. Первоначально выполняется вмешательство на наименее инфицированных органах.

В выборе способа анестезии большинство авторов [10; с.80-85, 16; с.50, 38; с.25-29, 44; с.7-9, 60; с.24] отдают предпочтение общему эндотрахеальному наркозу. Вместе тем, Н.А.Боровских!

(1993), Ю.И.Седлецкий и др. (1997) предлагают эпидуральную анестезию, так как она позволяет максимально “денервировать” зону оперативного вмешательства, сохранить естественные механизмы адаптации, уменьшить количество высокотоксичных веществ и отказаться от искусственной вентиляции легких, тем самым уменьшить напряженность операционного стресса. Кроме того, она позволяет бороться с послеоперационным парезом кишечника, часто встречающимся при выполнении сочетанных операций.

Таким образом, успехи анестезиологии, совершенствование хирургической техники, рациональная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных позволяют расширить показания к симультанным операциям в абдоминальной хирургии. Если учесть, что при этом больному один раз дается наркоз, уменьшается воздействие психической травмы, больной сразу избавляется от нескольких заболеваний, значительно сокращается, по сравнению с многократными операциями продолжительность временной нетрудоспособности, то выполнение симультанных операций представляется целесообразным [39; с.18-23, 49; с.362, 62; с.66-68, 70; р.254-259, 83; р.1-676].

Однако, несмотря на очевидную перспективность идеи одновременной коррекции при нескольких заболеваниях, показания к их проведению ограничены в основном повышенным операционным риском и большей травматичностью.

## **1.2. Возможности лапароскопической хирургии при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости**

За последнее десятилетие в хирургии произошло событие, существенно изменившее принципы оперативного лечения многих заболеваний и это связано с внедрением новой медицинской технологии - эндоскопической хирургии [20; с.118, 28; с.387, 58; с.218-224, 78; р.162-166, 79; р.522-528, 81; р.1-8].



Внедрение эндохирургической технологии устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии - несоответствие между продолжительным травматичным созданием доступа к объекту операции и минимальным по времени вмешательством на самом органе [5; с.13-17, 22; с.234, 34; с.94-100, 51; с.108, 73; p.128].

Преимуществом лапароскопических операций является их малая травматичность, что подтверждается сравнительной оценкой послеоперационной реакции организма при изучении состояния симпатико-адреналовой системы, биохимических показателей крови, отражающих функциональное состояние печени и почек, сбалансированность белкового и углеводного обмена, а также длительности операции и послеоперационного периода [8; с.23-26, 24; с.44-45, 56; с.43-45, 61; с.69].

С внедрением малоинвазивной эндохирургической техники встал вопрос о расширении показаний к проведению симультанных операций, тем более, что при некоторых заболеваниях все этапы сочетанных операций могут быть выполнены лапароскопически. Это особенно важно в нередких случаях сочетания желчнокаменной болезни и заболеваний женских половых органов [19; с.30-35, 59; с.34-42, 82; p.1347].

При необходимости сочетания лапароскопических и открытых операций преимуществом использования эндохирургической технологии является то, что доступ для последних может быть максимально уменьшен. К примеру, если раньше пропагандировали и применяли широкую срединную лапаротомию, то в настоящее время можно использовать лапароскопический доступ и гораздо менее травматичную минилапаротомию [53; с.1-16, 64; с.1402-1403, 71; p.98-108].

Следует отметить, что внедрение эндохирургии явилось новым толчком в развитии малоинвазивных хирургических вмешательств - проведении операции через минимальные доступы - минилапаротомию [27; с.65-69, 50; с.13, 66; с.56-65].

Лапароскопическая технология весьма выгодна при выполнении симультанных операций у больных с ожирением, так как обширные и комбинированные доступы у сверх тучных больных приводят к увеличению числа послеоперационных



(гематомы, эвентерации, послеоперационные грыжи) и тромбозмболических осложнений [46; p.12-17, 65; с.75-79].

Данные литературы свидетельствуют, что на современном этапе развития эндохирургии симультанные операции чаще всего проводятся при лапароскопической холецистэктомии [72; p.875-885, 18; с.10-24, 37; с.758-759].

По приведенным данным Ю.И.Галлингера и др. (1996), обобщающих результаты пятилетнего опыта лапароскопических холецистэктомий у 1667 больных, одновременно с удалением желчного пузыря у 55 больных лапароскопически были выполнены вмешательства по поводу хронического аппендицита (7), паховой грыжи (5), кист яичников (9), кист и доброкачественных опухолей печени (34). Дополнительное вмешательство, как правило, предпринималось в том случае, если основная операция (ЛХЭ) прошла без серьезных осложнений.

А.В.Вахидов и В.Н.Шамирзаев (1996) приводят опыт лапароскопических вмешательств в НЦХ МЗ Республики Узбекистан им. акад.В.В.Вахидова. Из 344 лапароскопических операций 30 носили симультанный характер - ЛХЭ сочеталась с пересечением маточных труб (стерилизация) или резекцией кист яичника.

А.В.Фоменко и др. (1996) проанализирован опыт 91 симультанной операции, что составило 10,9% от общего количества выполненных лапароскопических вмешательств. 22 больным ЛХЭ сочеталась с рассечением спаек брюшной полости у 12, иссечением кист печени у 5, удалением кист яичников у 3, задней стволовой ваготомией и передней сермиотомией у 1. Эти операции, как основной этап, так и симультанный, выполнены только с использованием лапароскопической технологии. У 68 больных ЛХЭ дополнена герниопластикой у 32 больных, струмэктомией у 12, удалением доброкачественных опухолей кожных покровов у 8, экстирпацией матки у 3 и др. Результаты полученные авторами свидетельствуют, что симультанные операции с использованием лапароскопической техники имеют преимущества перед традиционными хирургическими

вмешательствами, как менее травматичные и более экономичные.

По данным П.Я.Сандакова и др. (1998) 557 больных оперированы на органах брюшной полости с применением малоинвазивных методов. Симультанные операции произведены 16 (холецистэктомия в сочетании с грыжесечением, стерилизацией и др.).

По данным авторов симультанные операции не удлиняют послеоперационный период, позволяют избежать повторных операций, дают высокий экономический эффект и рекомендуются к более широкому применению. Как следует из приведенных данных сочетанный этап операции при ЛХЭ в основном проводили по поводу абдоминальной гинекологической патологии (киста яичника, миома матки), кист печени, хронического аппендицита, спаечной болезни брюшной полости, грыж живота.

Преимущества малоинвазивной хирургии связаны со снижением травматичности операций, существенно меньше объем рассекаемых тканей, величина кровопотери и боль в послеоперационном периоде [30; с.120, 42; с.57-66, 48; с.288-298, 74; р.77-85, 80; р.80-89.].

Эндохирургическая технология отличается не только малой травматичностью, но и обеспечивает удобство манипуляций на анатомически отдаленных друг от друга органах [32; с.110-113, 43; с.117-118].

Таким образом, внедрением эндохирургической технологии способствует дальнейшему расширению показаний к выполнению симультанных операций в абдоминальной хирургии. Вместе с тем следует признать наличие определенных нерешенных проблем в обосновании и практическом выполнении симультанных эндохирургических оперативных вмешательств.



## ГЛАВА II. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛОВ И ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

### Общая характеристика клинического материала

Клинический материал представлен 104 больными, которым наряду с плановой холецистэктомией, являющейся основным этапом операции, произведены симультанные вмешательства. При этом, 51 больному (основная группа) произведена лапароскопическая холецистэктомия, 53 больным (контрольная группа) холецистэктомия выполнена лапаротомным доступом (Рис.1).



**Рис.1. Соотношение больных основной и контрольной групп.**

Основная группа представлена больными, которым 2019-2021г.г. произведены лапароскопические симультанные операции. Контрольную группу составили больные, которым при хроническом холецистите произведены симультанные операции лапаротомным “традиционным” доступом за период 2018-2021 г.г. В клинический материал включены пациенты, находившиеся на лечении в отделениях хирургии и эндохирургии 1-клиники Самаркандского медицинского института.



В основной группе 5 мужчин и 46 женщин (1:9), средний возраст  $43,1 \pm 4,5$  лет. В контрольной группе 8 мужчин и 45 женщин (1:5,5), средний возраст  $44,6 \pm 4,8$  лет. Обе сравниваемые группы сопоставимы по возрастному аспекту и полу больных (Рис.2).



Рис.2. Соотношение больных в группах по возрасту.

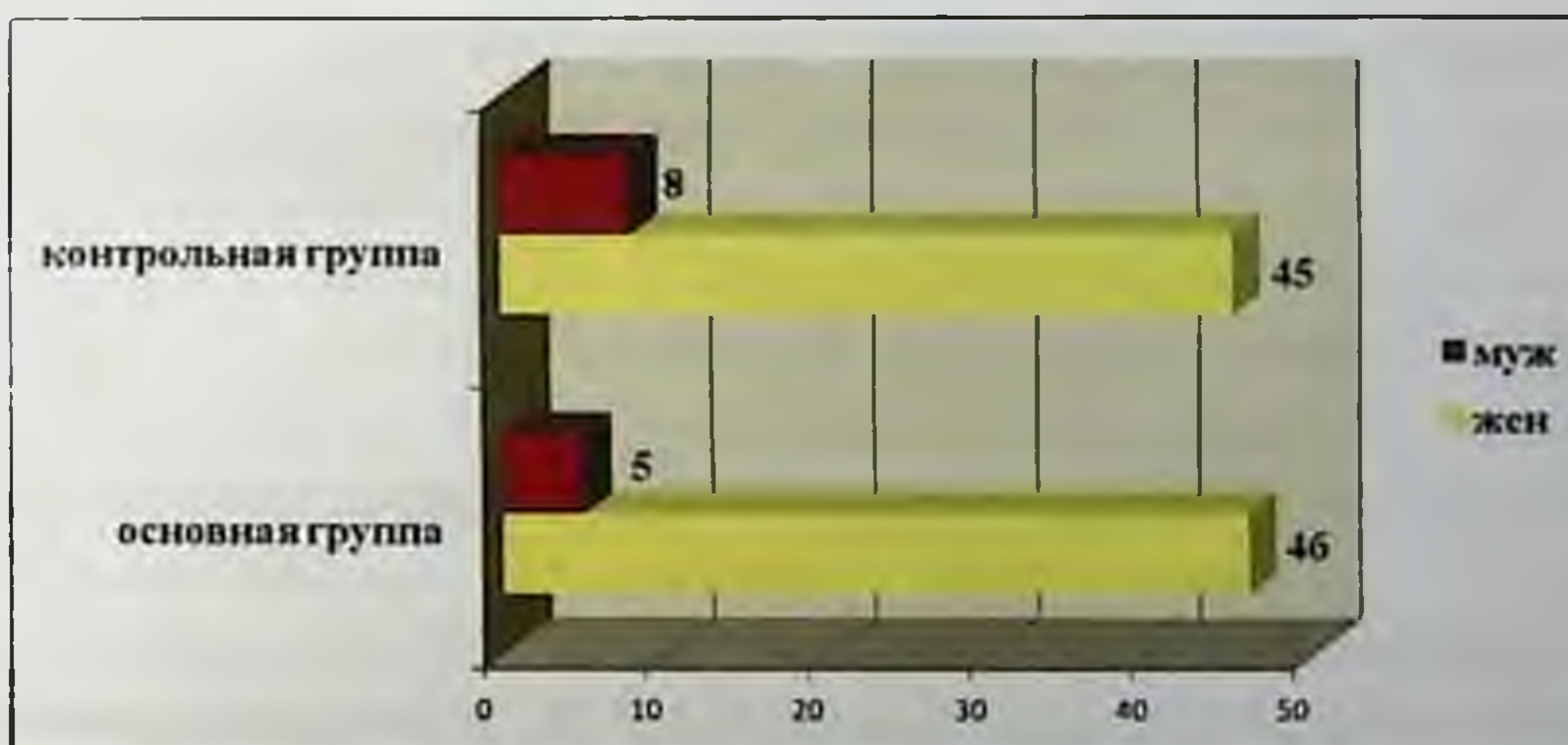


Рис.3. Соотношение больных в группах по полу.

Из 104 больных, которым произведены симультанные вмешательства, основной этап операции холецистэктомия произведена по поводу хронического калькулезного холецистита - 97 (93,26%), холестероза желчного пузыря - 2 (1,92%), хронического бескаменного холецистита - 5 (4,80%) больным. Распределение больных в группах по основной патологии представлено в таблице 1.

Таблица 1

## Распределение больных в группах по основной патологии.

№	Диагноз	Основная группа	Контрольная группа	Всего
1.	Хронический калькулезный холецистит	46 (90,19%)	51 (96,22%)	97 (93,26%)
2.	Холестероз желчного пузыря	2 (3,92%)	-	2 (1,92%)
3.	Хронический бескаменный холецистит	3 (5,88%)	2 (3,77%)	5 (4,80%)
	ВСЕГО	51	53	104

Симультанным этапом произведены операции по поводу кист печени 16 (15,38%) больным, из которых у 15 пациентов (14,42%) был эхинококкоз печени, в 1 наблюдении (0,96%) - непаразитарная киста печени. Хронический аппендицит явился сочетанной патологией причиной симультанного вмешательства у 12 больных (11,53%). Симультанным этапом выполнены герниотомии с пластикой передней брюшной стенки у 48 (46,15%) больных. При этом пупочная грыжа у 24 (23,07%), послеоперационная вентральная грыжа у 18 (17,30%), паховая грыжа - 3 (2,88%) и грыжа белой линии живота также у 3 (2,88%) больных. Хронический холецистит сочетался с гинекологической патологией у 28 (26,92%) пациенток, из которых у 4 (3,84%) - миома матки, у 17 (16,34%) - кисты яичника, у 7 (6,73%) - кистома яичника. У 99 (95,19%) пациентов имелось 2 сочетанные патологии, у 5 (4,80%) пациентов - 3.

В основной группе хронический холецистит сочетался с кистами печени (7), хроническим аппендицитом (3), спаечной болезнью брюшной полости (5), грыжами живота (17) и гинекологической патологией (23 больных).

В контрольной группе симультанные операции выполнены по поводу кист печени (9), хронического аппендицита (2),

спаечной болезни (7), грыж живота (31), гинекологической патологии (5 больных).

Таким образом, сочетанная патология в обеих группах была идентичной. Распределение больных по симультанной патологии в обеих группах представлено в таблице 2.

**Таблица 2**

**Распределение больных в группах по симультанной патологии.**

№	Диагноз	Основная Группа (n=51)	Контрольная группа (n=53)	ВСЕГО
1.	Кисты печени	7 (13,72%)	9 (16,98%)	16 (15,38%)
	а) Эхинококковые кисты	6 (11,76%)	9 (16,98%)	15 (14,42%)
	б) Непаразитарная киста	1 (1,96%)		1 (0,96%)
2.	Абдоминальная гинекологическая патология	23 (45,09%)	5 (9,43%)	28 (26,92%)
	а) Миома матки	3 (5,88%)	1 (1,88%)	4 (3,84%)
	б) Киста яичника	15 (29,41%)	2 (3,77%)	17 (16,34%)
	в) Кистома яичника	5 (9,80%)	2 (3,77%)	7 (6,73%)
3.	Хронический аппендицит	3 (1,96%)	2 (3,77%)	5 (4,80%)
4.	Спаечная болезнь	5 (5,88%)	7 (11,32%)	12 (11,53%)
5.	Грыжи живота			
	а) Пупочная грыжа	17 (33,3%)	31 (58,49%)	48 (46,15%)
	б) Послеоперационная вентральная грыжа	12 (23,52%)	12 (22,6)	24 (23,08%)
	в) Паховая грыжа	4 (7,84%)	14 (26,41%)	18 (2,88%)
	г) Грыжи белой линии живота	1 (1,96%)	2 (3,77%)	3 (2,88%)
		-	3 (5,66%)	3 (2,88%)

Для сравнительного анализа результатов операций в обеих группах сравнивали следующие параметры, характеризующие травматичность операции:

- размер операционного доступа;



- время, затрачиваемое на проведение доступа;
- продолжительность операции;
- величина кровопотери;
- необходимость обезболивания в раннем послеоперационном периоде;
- начало активизации и кормления больных;
- продолжительность послеоперационного реабилитационного периода.

Также проведен анализ числа послеоперационных осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах.

Методы исследования.

Обследование пациентов было комплексным и включало в себя:

Клиническое обследование - сбор жалоб и анамнеза, общий осмотр, физикальное обследование

Лабораторные исследования:

- а. Проведение общего анализа крови и мочи, свертываемости крови, коагулограммы крови и ее группы.
- б. Биохимические исследования крови - определение билирубина, аминотрансфераз, амилазы крови и мочи, щелочной фосфатазы, общего белка, мочевины, креатинина, глюкозы.

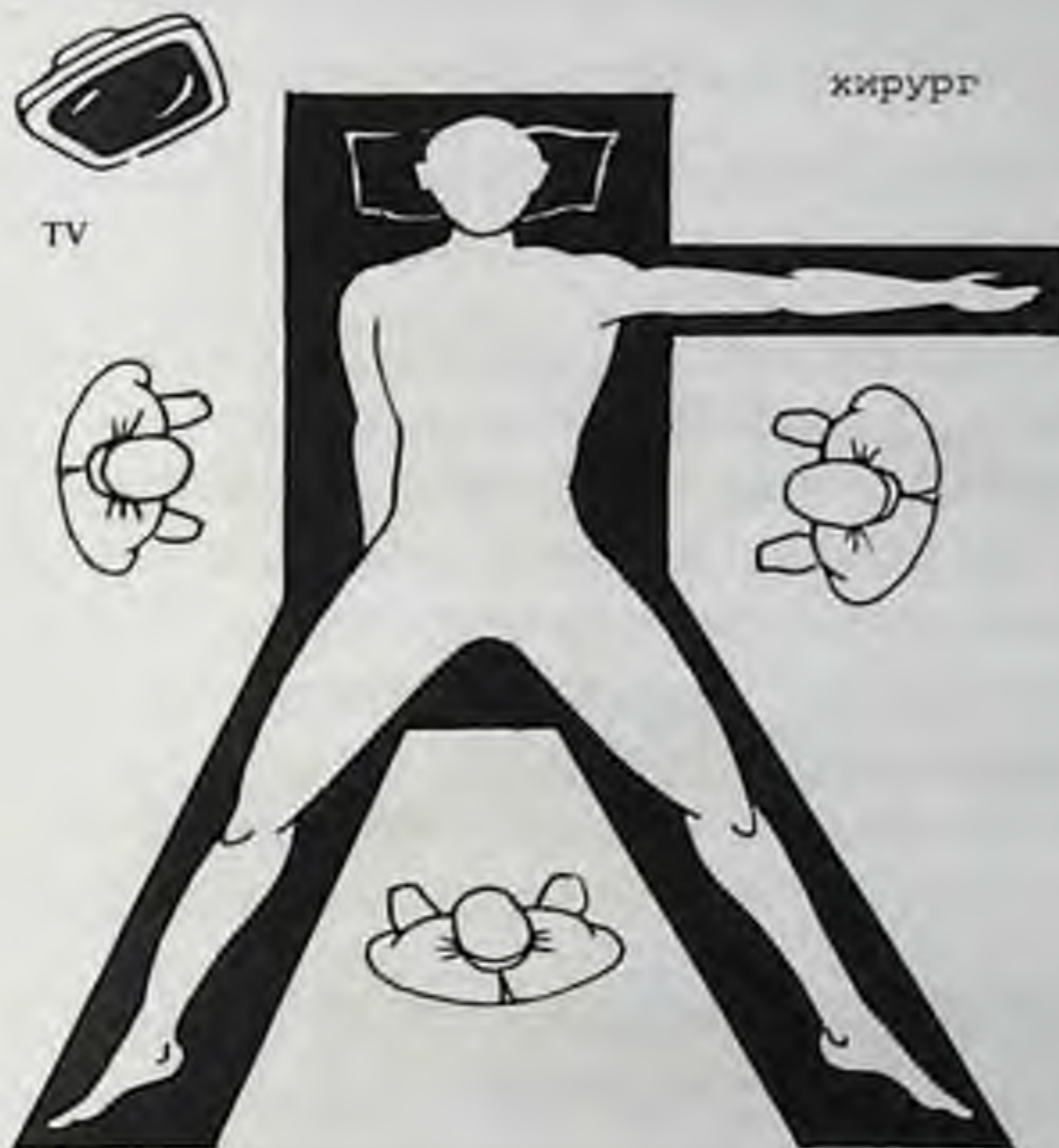
3. Инструментальные исследования:

- а. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости - печени, желчных путей, поджелудочной железы, матки, яичников, а также почек.
- б. Контрастная рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта.
- в. Эзофагогастродуоденоскопия.
- г. Обзорная рентгеноскопия грудной клетки.
- д. Электрокардиография.
- е. Лапароскопия.

Для проведения эндохирургических операций использовали эндохирургический комплекс фирмы "Karl Storz" и инструменты фирмы "Auto Suture".

Для выполнения лапароскопических операций операционная бригада состояла из 3 хирургов (оперирующий

хирург и 2 ассистента), операционной сестры, младшей операционной сестры. Оперирующий хирург стоит слева от пациентки. Первый ассистент справа, напротив от оперирующего хирурга. Второй ассистент располагается между ногами пациента. Схематически размещение членов операционной бригады и расположение оборудования и операционного стола представлено на рис.4.



**Рис.4. Размещение членов операционной бригады при выполнении лапароскопических операций.**

Стандартный набор для лапароскопической операции включал оптические трубки, камеру, монитор, осветитель, инсуффлятор, аквапуратор, электрохирургический блок.

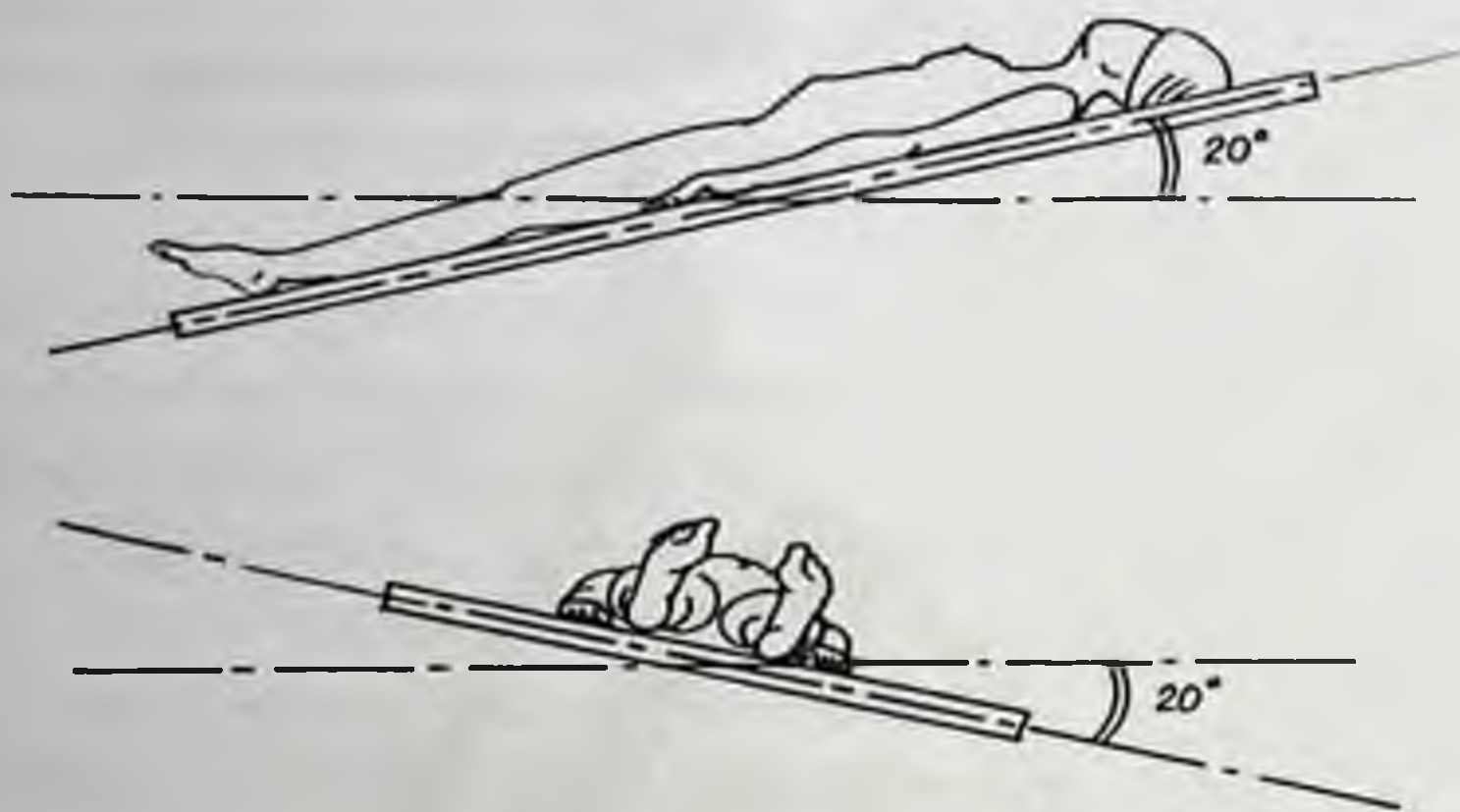
Набор инструментов: троакары диаметром 10-12 мм (2 шт.) и 5 мм (2 шт.), переходник к инструментам диаметром 5 мм, зажимы зубчатые (2), зажимы мягкие (2), диссекторы (2), ножницы (2), крючки (2), лопатка (2), аппликатор клипов (2), клипы и др).



Эндоскопическое оборудование размещается на подвижной специальной тележке (стойке) справа от пациента в поле зрения хирурга эндоскописта так, чтобы он мог постоянно контролировать режимы работы оборудования.

Пациента фиксировали на операционном столе, в положении на спине с широко раздвинутыми ногами.

Основные этапы ЛХЭ выполняли с приподнятым на  $20-25^\circ$  головным концом операционного стола и его наклоном на  $15-20^\circ$  налево. Это положение удобно и для выполнения цистэктомии из печени (рис.5).



**Рис.5. Положение пациента на операционном столе на этапе выполнения ЛХЭ.**

При проведении этапа лапароскопической операции в нижних отделах живота по ходу операции пациента переводили в положение Тренделенбурга - приподнятый тазовый конец с углом наклона  $20-30^\circ$ . При этих наклонах петли кишечника смещались под действием силы тяжести, значительно облегчали осмотр и доступ к оперируемым органам малого таза (рис.6).

Анестезиологическое обеспечение при лапароскопических операциях имело такое же большое значение, как и при любом оперативном вмешательстве на органах брюшной полости. Анестезия обеспечивала полную безболезненность вмешательства и полную релаксацию мышц передней брюшной стенки, препятствовала развитию стрессовых реакций, не ограничивала операцию во времени.



**Рис.6. Положение пациентки на операционном столе на этапе выполнения операций на органах малого таза.**

Анестезиолог был готов для ведения наркоза в различных положениях, при повышенном внутрибрюшном давлении, которое создается постоянным введением углекислого газа на всем протяжении операции. Методом выбора при проведении симультанных операций считаем эндотрахеальный наркоз, позволяющий осуществить полный набор оперативных вмешательств. При наличии противопоказаний к эндотрахеальному наркозу считаем возможным проведение операций под перидуральной анестезией, что проведено у 8 из 51 больного основной группы.

После обработки операционного поля и обкладывания стерильными простынями накладывали пневмоперитонеум. Наиболее подходящим местом для прокола передней брюшной стенки является точка, располагающаяся по средней линии в области нижнего края пупка. Прокол осуществляли иглой Вереша. Для создания пневмоперитонеума использовали углекислый газ  $\text{CO}_2$ . Иглу Вереша присоединяли к шлангу инсуффлятора и начинали введение газа со скоростью 1 литр в минуту. Оптимальным для введения троакара в брюшную полость является давление 12-14 мм.рт.ст. По достижении этого давления введение газа прекращали, иглу извлекали. После создания пневмоперитонеума вводили троакар 10-12 мм. Сразу после введения телескопа производили осмотр органов брюшной полости.



У всех больных, которым произведена ЛХЭ, вначале производилась диагностическая лапароскопия.

При введении телескопа вертикально вниз визуализировался большой сальник, покрывающий петли тонкого кишечника, спускаясь книзу-покрывающий дно матки. Затем осматривали переднюю брюшную стенку изнутри. В правой гипогастральной и мезогастральной области видны слепая кишка с аппендиксом. Для хронического аппендицита, что было выявлено у 3 больных, было характерно утолщение ее, почти белый цвет, хрящевидная консистенция, при смещении манипулятором наличие спаек с окружающими тканями как следствие перенесенных острых приступов. Слепая и ободочная кишка сероватого цвета, с узкими лентовидными тяжами и выраженными поперечными складками и гаустрами.

При осмотре эпигастральной области видны нижний край печени и желчный пузырь. При осмотре печени обращалось внимание на ее цвет, характер поверхности. У 6 пациентов выявлены эхинококковые кисты (в 1 наблюдении 2 кисты). На поверхности печени было видно сферической, округлой формы образование, с гладкой, матовой поверхностью, белесовато-голубого или желтого цвета. Границы эхинококковой кисты были резко очерчены, четко определялся переход от паренхимы печени к фиброзной капсуле. Как правило, окружающая кисту паренхима печени не изменена. При внутривнутрипеченочном расположении эхинококковой кисты на поверхности печени определялось шарообразное выбухание, покрытое паренхимой печени. При пальпации манипулятором в этой области появлялись эластичные расправляющиеся вдавливания- симптом "мяча".

В 1 наблюдении в области III сегмента печени выявлена солитарная киста печени в диаметре около 4 см. Киста определялась как образование круглой формы с гладкой блестящей поверхностью, отчетливо выделяющаяся на фоне паренхимы печени и выступающая над ее поверхностью. Киста была тонкостенной, полупрозрачной, тугоэластичной консистенции.

Лапароскопическая картина хронического холецистита характеризовалась наличием спаек, которые связывали различные отделы желчного пузыря с прилегающими органами или тканями. Стенка желчного пузыря при хроническом холецистите была серо-белого цвета, при длительном течении заболевания желчный пузырь был склерозирован и сморщен. При непроходимости пузырного протока желчный пузырь нередко был больших размеров, имел продолговатую форму, матовый цвет, гладкую поверхность и был напряженным.

Спаечный процесс в брюшной полости чаще всего определялся белесоватыми тяжами между органами брюшной полости и передней брюшной стенкой. В основном спаечный процесс был связан с ранее перенесенным оперативным вмешательством на органах брюшной полости и был наиболее интенсивным в области послеоперационного рубца. У 5 больных выраженный спаечный процесс привел к возникновению клиники спаечной болезни брюшной полости, характеризующейся выраженным болевым синдромом, периодическим вздутием живота, трудностью отхождения газов. Спайки у этих больных привели к деформации тонкого кишечника у 3-х и деформации толстого кишечника у 2-х больных.

Метод лапароскопии являлся высокоинформативным исследованием в плане выявления абдоминальной гинекологической патологии. Для создания оптимальных условий осмотра органов малого таза больную переводили в положение Тренделенбурга с углом наклона 20-30°. Осмотр органов малого таза производили с использованием манипуляторов. Осмотр производили последовательно, начиная с матки, переднематочного пространства, правых придатков, позадматочного пространства, левых придатков.

При осмотре матки обращали внимание на ее величину, форму, цвет брюшинного покрова, при наличии миоматозных узлов - на их величину, расположение, количество. Матка, в норме, располагалась по средней линии в центре малого таза, имела бледно-розовый цвет с гладкой блестящей поверхностью размерами 4-5 см по передне-задней и 5-6 см по фронтальной



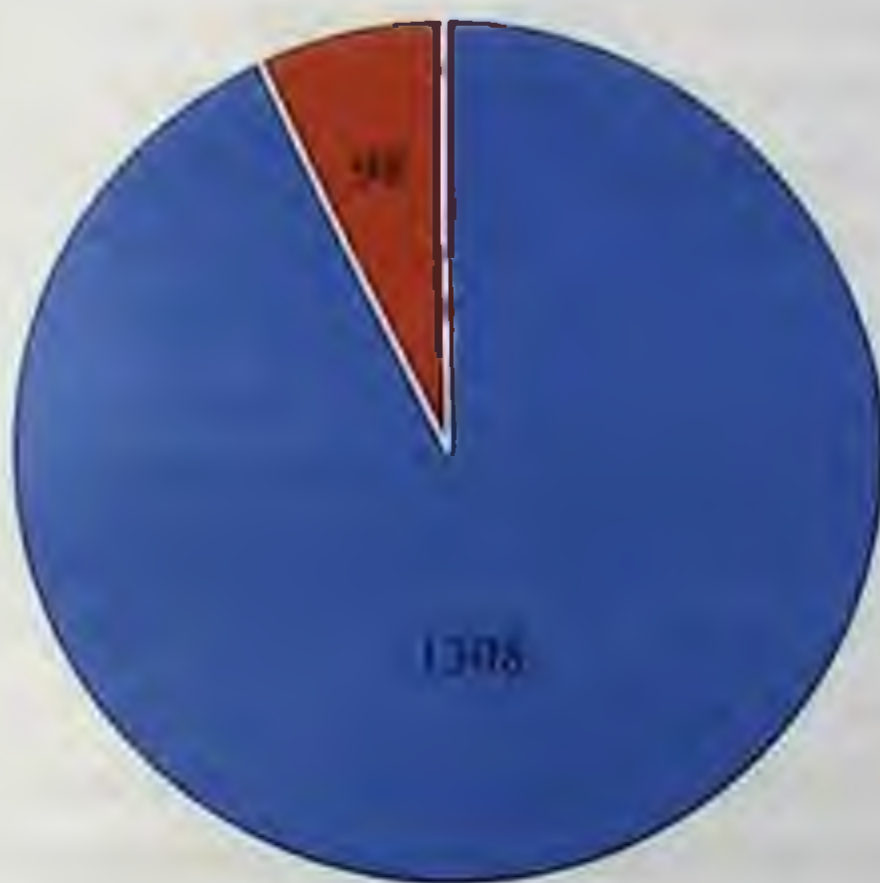
плоскостям. При диагностической лапароскопии у 3 пациенток выявлены миоматозные узлы (причем у 1 пациентки выявлены 2 узла). У 2-х пациенток миомы были на ножке. Субсерозно расположенные на ножке миоматозные узлы у этих пациенток были небольших размеров до 5 см в диаметре. Консистенция узлов была туго-эластичная. В 1 наблюдении миоматозный узел был на широком основании, привел к деформации матки и имел размеры 10-12 нед. беременности.

От углов матки несколько сзади от круглых связок отходят маточные трубы, несколько извитые, подвижные, бледно-розового цвета, заканчиваются ярко розовыми фимбриями. Яичники располагались несколько кзади от маточных труб и прикрыты ими. Нормальные яичники белого цвета с блестящей поверхностью, покрыты сетью редких сосудов и имели розовато-голубой цвет. Эндометриодная киста яичника имела плотную гладкую капсулу и синюшный цвет. При инструментальной пальпации определялась туго-эластическая консистенция. В отличие от параовариальных кист яичника, имевших в наших наблюдениях от 2,5 до 22 см и обычно легко смещающихся при дотрагивании, кистомы яичника были от 7 до 22 см в диаметре, имели утолщенную капсулу, были малоподвижны.

Таким образом, при диагностической лапароскопии у 34 больных основной группы было подтверждено наличие симультанной патологии, причем у 4-х из них было выявлено 2 симультанных заболевания. Причем, если при диагностике хронического холецистита, кист печени и абдоминальной гинекологической патологии проведенное до операции УЗИ позволяло судить о наличии данных патологий, то в диагностике хронического аппендицита и спаечной болезни брюшной полости лапароскопия имела решающее значение. Именно при диагностической лапароскопии решался вопрос о возможности коррекции этих патологий лапароскопическим способом.

## ГЛАВА Ш. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, ВЫПОЛНЕННЫЕ ТРАДИЦИОННЫМ СПОСОБОМ

В 2018-2021г.г. в клинике хирургии №1 Самаркандского медицинского института было произведено 1406 плановых операций на органах брюшной полости. Плановые сочетанные оперативные вмешательства были произведены в 98 случаях, что составило 6,97%, причем, у 6 больных симультаный этап операции включал коррекцию 2 сопутствующих патологий (Рис.7).



Всего 1406 операций

**Рис.7. Частота выполнения симультаных операций в плановой абдоминальной хирургии.**

Из 98 больных до операции сочетанную патологию органов брюшной полости удалось диагностировать у 69 (70,40%). Неполное, по различным причинам, обследование в до операционном периоде привело к тому, что у остальных 29 (29,59%) сочетанное заболевание выявлено при интраоперационной ревизии органов брюшной полости.

Основными заболеваниями, при которых выполнялось симультанное оперативное вмешательство, были язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная



болезнь, эхинококкоз печени, опухоли желудка и толстой кишки. Все симультанные операции производили через широкий срединный разрез, обеспечивающий свободный доступ к органам любого этажа брюшной полости для осуществления их полноценной ревизии и создавший наиболее благоприятные условия для выполнения сочетанного оперативного вмешательства.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка, наряду с резекцией желудка, как основного этапа операции, у 21 больного симультанным этапом произведены холецистэктомия – у 9, диафрагмокрурорафия при грыже пищеводного отверстия диафрагмы – у 2, пластика грыжевых ворот – у 5 больных с грыжей передней брюшной стенки, иссечение гемангиомы печени – 1, спленэктомия – 1, удаление кист яичника – 2, иссечение дивертикула Меккеля 1 пациенту.

После выполнения симультанных операций у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки послеоперационные осложнения возникли у 3 (14,28%) больных: несостоятельность культи пузырного протока и ограниченный желчный перитонит (1), ранняя спаечная кишечная непроходимость (1), анастомозит с нарушением эвакуации (1). Летальных случаев не отмечено.

Объем хирургического вмешательства был расширен после плановой холецистэктомии у 53 больных: по поводу грыж передней брюшной стенки в 31 наблюдении, удалены кисты яичника – 2, кистомы яичника – 2, надвлагалищная ампутация матки у больной с фибромиомой матки – 1, аппендэктомия по поводу хронического аппендицита – 2, рассечение спаек – 7, эхинококкэктомия из печени – 9.

У больных с желчнокаменной болезнью, перенесших симультанные операции, осложнения наблюдались у 3 (5,66%) пациентов: нагноение раны (2), подпеченочный абсцесс (1). Умерла 1 (1,88%) больная вследствие тромбоэмболии легочной артерии, перенесшая операцию холецистэктомия и герниотомия с пластикой передней брюшной стенки.

Приводим клиническое наблюдение: Больная Т., 51 г. поступила 16.03.2019г. в клинику с жалобами на периодические

приступы болей в правом подреберье. Из анамнеза болеет в течении последних 2 лет. Состояние удовлетворительное, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. В легких и сердце без патологии. Живот мягкий, слегка болезнен в правом подреберье, где пальпируется образование 5x3 см, плотно-эластичной консистенции. На УЗИ имеются множественные (более 20) конкременты в желчном пузыре в диаметре до 4 мм. Стенки желчного пузыря утолщены. В проекции 5 сегмента печени имеется жидкостное образование в диаметре 68 мм с включениями в виде дочерних пузырей. Фиброзная капсула утолщена, имеются участки кальциноза. Рентгеноскопия грудной клетки и ЭКГ без особой патологии. В анализах крови: Нв – 106 г/л, Лейкоциты  $8,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч. Билирубин – 17,6 мкмоль/л, АсТ – 0,31, АлТ – 0,42 ммоль/л. Установлен клинический диагноз: Хронический калькулезный холецистит. Эхинококкоз печени. 21.03.2019 г. проведена операция. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии желчный пузырь увеличен в размере, напряжен, стенки утолщены, в просвете определяется множество конкрементов. В проекции 5 сегмента печени имеется эхинококковая киста 6x8 см, фиброзная капсула утолщена. Произведена холецистэктомия от шейки. Затем выполнена кистотомия, удалено множество дочерних пузырей и распавшаяся хитиновая оболочка. Фиброзная полость с признаками кальциноза обработана 100% глицерином и выполнена полужакрытая эхинококкэктомия по Дельбе. В подпеченочной области оставлена дренажная трубка, которая удалена на 3 сутки после операции. Начиная с 6 суток отмечалось повышение температуры тела до 39°C. На контрольном УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочной области. У больной констатировано послеоперационное осложнение – подпеченочный абсцесс. 29.03.2019 г. произведено вскрытие абсцесса. Выделилось около 100 мл гноя. Антибиотикотерапия: Клафоран по 1,0 в/в x 4 раза в течении 7 суток. Больная выписана на 21 сутки после операции.

В данном наблюдении послеоперационное осложнение возникло после выполнения симультанного этапа операции, т.е.



– эхинококкэктомии из печени. Причиной возникновения осложнения считаем оставленную кальцинированную фиброзную капсулу и раннее удаление дренажей из брюшной полости.

У 20 больных с эхинококкозом печени произведены симультанные вмешательства: спленэктомия при эхинококковом ее поражении – 3, эхинококкэктомия из брюшной полости – 14, герниотомия с пластикой передней брюшной стенки – 7.

После симультанных операций у больных с эхинококкозом печени осложнения возникли у 4 (20%) пациентов: нагноение раны (2), поддиафрагмальный абсцесс (2), спаечная кишечная непроходимость (1).

Симультанные операции выполнены также у больных с онкологическими заболеваниями: рак желудка (3), рак ободочной кишки (1), рак прямой кишки (1). Всем пациентам произведены радикальные операции: гастрэктомия (1), субтотальная резекция желудка (2) у больных раком желудка. Гемиколэктомия (1) у больного раком ободочной кишки и брюшноанальная резекция (1) у больного раком прямой кишки. Одновременно им выполнены холецистэктомия (3) в связи с калькулезным холециститом, грыжесечение (1), удаление кист яичника (2).

Из 5 больных, перенесших симультанные операции по поводу онкологических операций умерла 1 больная. Причиной смерти явился перитонит, развившийся вследствие несостоятельности швов межкишечного анастомоза.

Таким образом, выполнение симультанных операций наиболее часто, у 46 (46,93%) больных было обусловлено необходимостью коррекции первичных или послеоперационных дефектов брюшной стенки и диафрагмы. Холецистэктомия выполнена в качестве симультанной операции у 12 (12,24%) больных. Абдоминальная гинекологическая патология явилась причиной сочетанной операции у 9 (9,18%) пациенток.

Чаще всего (54,08%) симультанные операции производили при плановой холецистэктомии.

Частота возникновения осложнений после выполнения симультанных операций составила 10,20% (10 больных), летальность – 2,04% (2 больных).

Учитывая то обстоятельство, что симультанные операции с использованием эндовидеохирургической технологии проводили при лапароскопической холецистэктомии, контрольную группу в нашем исследовании составили 53 больных, которым также наряду с плановой холецистэктомией проведены симультанные вмешательства (Табл.3).

Таблица 3

Симультанные оперативные вмешательства, выполненные в контрольной группе (n=53)

Оперативные вмешательства	Абс.	%
Холецистэктомия	53	100
Эхинококкэктомия из печени	9	16,98
Аппендэктомия	2	3,77
Рассечение спаек брюшной полости	7	13,20
Надвлагалищная ампутация матки	1	1,88
	2	3,77
Цистэктомия из яичника	2	3,77
Овариэктомия	31	58,49
Герниотомия		

Примечание: 1 больной наряду с холецистэктомией проведены 2 сочетанные операции.



## ГЛАВА IV. СИМУЛЬТАННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Симультанные операции в абдоминальной хирургии с использованием эндовидеохирургической технологии проводились при лапароскопической холецистэктомии.

В клинике №1 СамМИ с 2018 года было произведено 1012 больным лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по поводу хронического холецистита, в том числе 51 пациенту (5,04%) как основного этапа симультанной операции (Рис.8).

ЛХЭ и симультанные операции

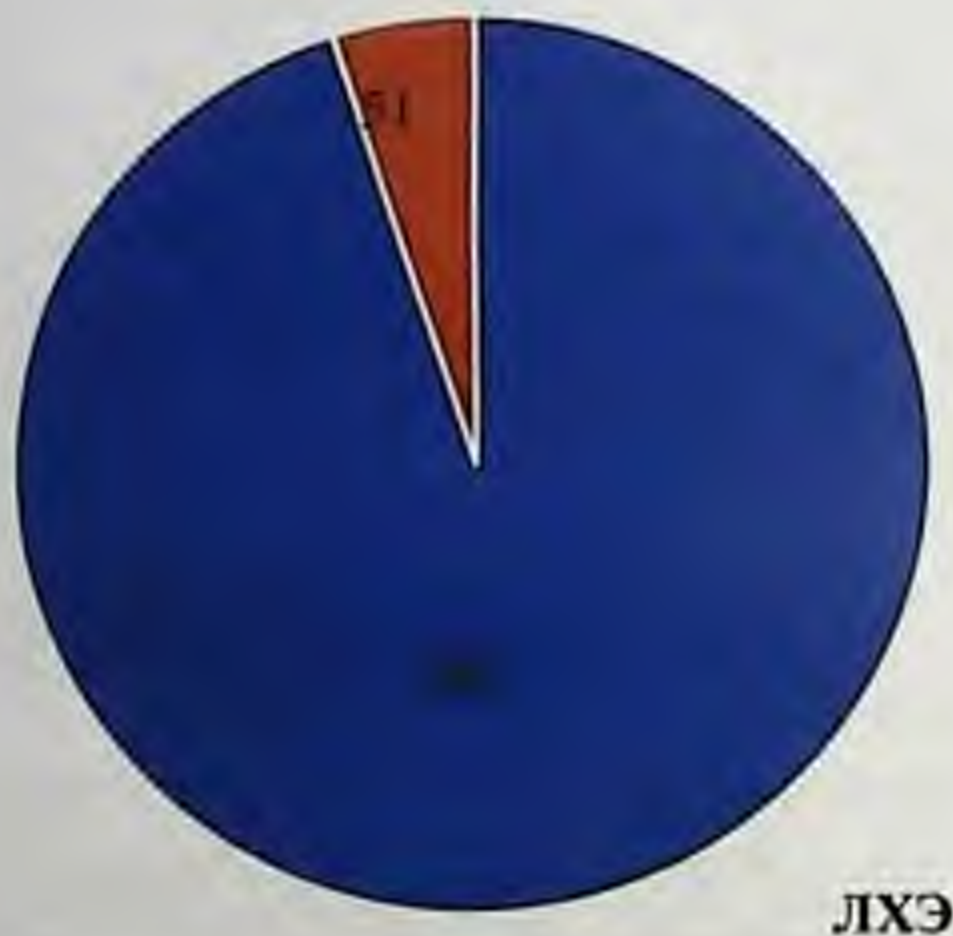


Рис.8. Частота выполнения симультанных операций при ЛХЭ

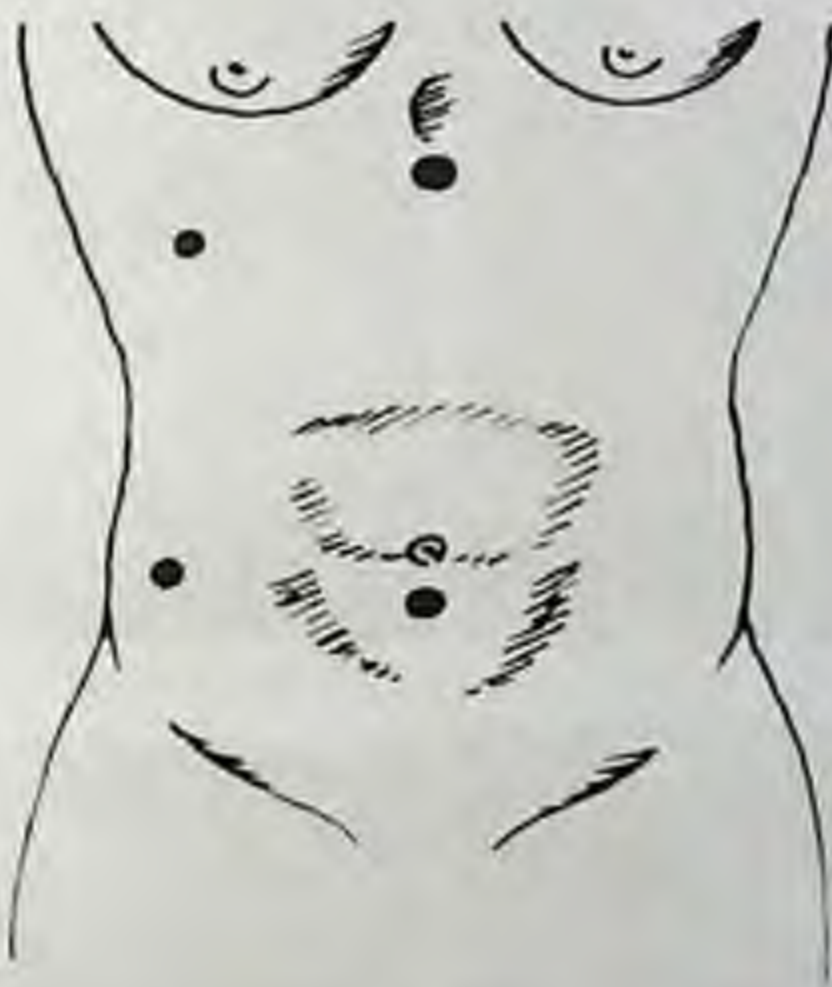
Показания к плановой ЛХЭ определяли как хронический калькулезный холецистит, холестероз желчного пузыря, хронический бескаменный холецистит. При отборе больных к ЛХЭ выявляли клинические признаки блокады внепеченочных желчных протоков, тяжесть соматических заболеваний.

К абсолютным противопоказаниям к ЛХЭ относим механическую желтуху и холангит, острый панкреатит, наличие внутренних желчных свищей.

Выраженные рубцовые изменения в области желчного пузыря считаем относительным противопоказанием и вопрос о возможности ЛХЭ решаем интраоперационно.

Относительным противопоказанием к ЛХЭ являлись тяжелые формы общесоматических заболеваний, цирроз печени с явлениями портальной гипертензии, заболевания крови проявляющиеся гипокоагуляционным синдромом, выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости.

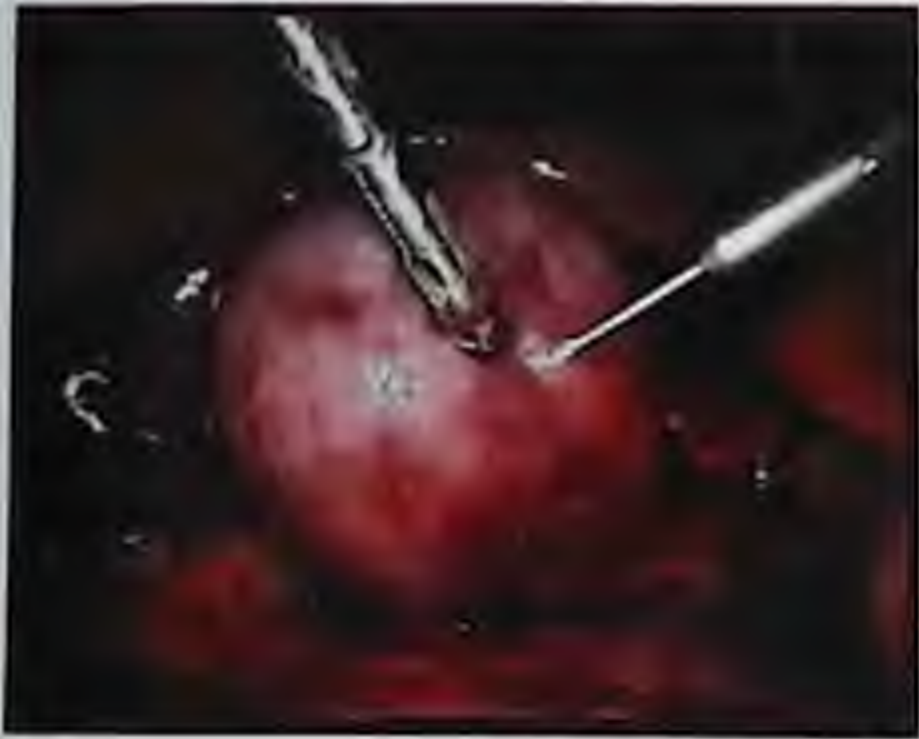
Операцию ЛХЭ выполняли из 4 доступов, в которые вводили троакары и инструменты (рис.9).



**Рис.9. Точки введения троакаров в брюшную полость при выполнении ЛХЭ.**

Вначале вводили 5 мм троакар через точку №4 по передней подмышечной линии, в который проводили зажим с длинными браншами. Этим зажимом захватывали дно желчного пузыря и запрокидывали ее кверху под диафрагму и при этом в поле зрения появлялась шейка желчного пузыря. Через точку №3 на 2-4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии вводили троакар 5 мм и проведенным через него зажимом захватывали область шейки и подтягивая ее кверху и вправо выводили в поле зрения зону пузырного протока и печечно-двенадцатиперстной связки.





А



Б



В



Г



Д



Е

**Рис.10. Этапы лапароскопической холецистэктомии: -**  
**пункция желчного пузыря (А); - разделение элементов (Б); -**  
**наложение клипы (В); - пересечение пузырного протока (Г);**  
**- разделение артерии (Д); - холецистэктомия (Е).**



Выделение и клипирование пузырного протока и одноименной артерии проводили только после их тщательной идентификации.

Введенным через 2 точку инструментом подковообразным разрезом ниже шейки желчного пузыря мобилизовали шейку и обнажали пузырный проток и артерию. Пузырный проток и артерию мобилизуем книзу препаровкой диссектором.

Для перевязки протока и артерии использовали металлические клипы. На центральный конец накладывали 2 клипа, на периферический 1. После пересечения протока и артерии выделяли желчный пузырь из ложа печени. Для этого шейку желчного пузыря подтягивали кверху зажимом из 3 точки и перемещали медиально и латерально для обзора переходной зоны. Соединительнотканый слой пересекали крючком. Желчный пузырь извлекали из эпигастральной точки. Операцию завершали обязательным дренированием области ложа желчного пузыря.

Выявление сочетанной патологии органов брюшной полости при обследовании пациента или при проведении ЛХЭ считаем показанием к выполнению симультанной операции.

Противопоказанием к симультанной операции при ЛХЭ являлись:

интраоперационные осложнения при выполнении этапа ЛХЭ;

тяжелые формы общесоматических заболеваний.

При определении очередности выполнения симультанных операций исходили из следующего:

при выполнении обеих этапов операции лапароскопически первым этапом выполнялась лапароскопическая холецистэктомия, как операция предпринимаемая по поводу основного заболевания;

при сочетании лапароскопических и открытых доступов необходимость наложения пневмоперитонеума также требовало выполнение ЛХЭ первым этапом.



#### 4.1. Симультанные лапароскопические операции

В основной группе больных (n=51) у 27 (52,94%) основной и симультанный этапы операции производились только лапароскопически.

У 3 больных наряду с ЛХЭ произведена цистэктомия из печени. Причем в 1 наблюдении удалена непаразитарная киста печени, в 2 наблюдениях лапароскопически удалены эхинококковые кисты.

Показанием к проведению лапароскопической эхинококкэктомии из печени являлись неосложненные эхинококковые кисты в диаметре до 5 см без наличия включений в виде дочерних кист расположенные во II, III, IV, V, VI сегментах печени.

Противопоказанием к лапароскопической эхинококкэктомии являлись кисты размерами более 5 см, наличие включений внутри кисты, локализация кист в VII, VIII сегментах печени.



Рис. Этап лапароскопической эхинококкэктомии.

Этап лапароскопической эхинококкэктомии выполнялся после основного этапа операции - ЛХЭ. Эхинококкэктомия выполнялась через троакарные доступы. Первым этапом производилась пункция кисты и содержимое эвакуировали отсосом.

Свободная эвакуация эхинококковой жидкости возможна только при отсутствии дочерних кист. Затем через ту же иглу в полость кисты вводили 100% раствор глицерина, экспозиция

составляла 5 мин., которая также эвакуировалась. При помощи крючка производилась кистотомия и хитиновая оболочка удалялась в резиновом контейнере. В качестве контейнера использовали резиновый напальчик, простерилизованный в парах формалина. Для введения резинового контейнера в брюшную полость его помещали в переходник троакара и вместе с ним вставляли в порт троакара. Зажимом контейнер проталкивали в брюшную полость. Ободок контейнера с 2-х сторон захватывали мягкими зажимами из латеральных троакаров и подводили к ложу кисты. Оператор зажимал ворота резинового контейнера зубатым зажимом и выводил из эпигастрального прокола вместе с троакаром. После этапа удаления хитиновой оболочки стенки кисты, т.е. фиброзная капсула выступающая на поверхности печени, иссекалась крючком или ножницами с электрокоагуляцией. Фрагменты фиброзной капсулы также удалялись через эпигастральный троакар. Ложе кисты в печени подвергалось коагуляции при помощи лопатки. Операцию завершали подведением дренажной трубки к ложу кисты.

Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени произведена 2 больным, причем в 1 наблюдении удалены 2 кисты расположенные во II и V сегментах печени. У 1 пациентки удалена 1 киста с локализацией в IV сегменте печени.

Приводим наблюдение: Больная К., 37 лет, поступила 8.01.2020 г. с жалобами на периодические приступообразные боли в правом подреберье после приема жирной пищи, тошноту, рвоту. Указанные жалобы отмечает последние 8 месяцев. Амбулаторно произведено УЗИ, где выявлено наличие камней в желчном пузыре и кистозных образований в печени. При поступлении состояние удовлетворительное, пониженного питания. В легких везикулярное дыхание. Сердце - тоны чистые, пульс 70 ударов в 1 мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слегка болезнен в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание свободное. УЗИ печени и желчных путей: печень обычной эхоструктуры, в проекции V сегмента определяется кистозное образование 39x44 мм, капсула



двухконтурная, содержимое жидкостное, без включений. Во II сегменте кистозное образование 52x56 мм с жидкостным содержимым без включений. Желчный пузырь 66x35 мм, стенка пузыря до 3 мм толщины, содержимое неоднородное, пониженной эхоструктуры. Определяются 3 конкремента 12x10 мм, 10x10мм, 8x6мм. Дополнительные инструментальные методы обследования другой патологии не выявили. В лабораторных анализах отмечаются признаки хронической анемии (Hb-74 г/л; Эритроциты  $2,9 \times 10^{12}/л$ ), ускоренное СОЭ (18 мм/ч). Общий белок 52 г/л. Другие анализы без патологии. Установлен клинический диагноз: Хронический калькулезный холецистит. Множественный эхинококкоз печени. На клиническом разборе решено провести симультанную операцию с проведением всех этапов лапароскопическим доступом. С целью предоперационной подготовки проведена гемотрансфузия одногруппной крови 250 мл. 13.01.2020г. операция. Во время диагностической лапароскопии данные дооперационного исследования подтверждены. Одна эхинококковая киста расположена латеральнее желчного пузыря в проекции V сегмента, фиброзная капсула выступает из паренхимы печени. Вторая киста расположена в проекции II сегмента, субкапсулярно. Желчный пузырь напряжен, стенки белесоватой окраски, область шейки желчного пузыря умеренно инфильтрирована. Первым этапом произведена холецистэктомия без технических трудностей. Вторым этапом произведена пункция кисты в V сегменте печени и эвакуировано 60 мл светлой жидкости. Через пункционную иглу в полость кисты введено 100% глицерин и после 5 мин. экспозиции аспирирован. Электрокоагулятором произведена кистотомия. Хитиновая оболочка помещена в резиновый контейнер и удалена из брюшной полости через эпигастральную точку. Часть фиброзной капсулы, выступающая над паренхимой печени, иссечена электрокоагулятором. Ложе паразитарной кисты обработано электрокоагулятором. В левом подреберье введен дополнительный троакар и произведена лапароскопическая эхинококкэктомия из II сегмента печени. Под правой долей печени и в левом поддиафрагмальном пространстве оставлены

дренажные трубки. В послеоперационном периоде в 1-е сутки до 40 мл серозно-геморрагического отделяемого, на 3 сутки дренажи удалены. Выписана 17.01.2020 г. в удовлетворительном состоянии после контрольного УЗИ.

В приведенном наблюдении малые размеры эхинококковых кист, без наличия включений, с локализацией во II и V сегментах печени позволили провести симультанный этап операции с использованием только лапароскопической технологии.

В I наблюдении симультанным этапом операции удалена солитарная ретенционная киста, расположенная в III сегменте печени размером 4 см в диаметре. После эвакуации содержимого кисты произведена фенестрация с иссечением стенки кисты до ткани печени.

I больному с хроническим аппендицитом одновременно произведена ЛЖЭ и аппендэктомия.

При проведении этапа аппендэктомии дополнительно вводились 2 троакара: разрез для 5 мм троакара на 3-4 см выше лона по средней линии для атравматичных щипцов и разрез для 12 мм троакара для введения инструмента и петли Редера в удобной для манипуляции точке - выше и медиальнее купола слепой кишки. Для завязывания петли Редера, с целью лигирования культи отростка и его брыжейки нами использовался шовный материал Полисорб 2-0. При лапароскопической аппендэктомии после обнаружения червеобразного отростка атравматическими щипцами аппендикс захватывали за верхушку, подтягивали и фиксировали в доступной для манипуляции на брыжейке положении. Затем, используя диссектор, ножницы и биполярный коагуляционный зажим, отросток аккуратно освобождали у основания брыжейки на протяжении 0,5-1 см. Вблизи основания отростка проводили коагуляцию его тканей и пересекали ножницами. После этого перевязывали культю отростка лигатурой на расстоянии 5-6 мм от купола слепой кишки, захватив ее мягким зажимом. Накладывали 2 петли Редера на брыжейку аппендикса и без коагуляции пересекали ножницами максимально близко к отростку. Извлекали удаляемый отросток через 12 мм троакар.



Операцию завершали подведением дренажной трубки в правую подвздошную ямку.

3 больным при проведении ЛХЭ симультанным этапом операции произведено рассечение спаек, как причины спаечной болезни брюшной полости. Следует указать, что рассечение спаек при ЛХЭ проводилось довольно часто, но только в 3 случаях у больных до операции имелись признаки спаечной болезни брюшной полости и именно эти больные были включены в наше исследование. 2 больные ранее перенесли аппендэктомию и у них имелись спайки в области илеоцекального угла, которые привели к деформации петли тонкого кишечника и являлись причиной спаечной болезни. Спайки рассечены после этапа ЛХЭ. В 1 наблюдении больная перенесла в анамнезе тубоовариэктомию слева и имелись массивные плоскостные спайки между сигмовидной кишкой и передней брюшной стенкой, приведшие к деформации толстого кишечника. Рассечение спаек при пневмоперитонеуме с помощью крючка и диссектора привело к ликвидации перегиба петли кишечника. Все 3 больные отмечали выраженный эффект в послеоперационном периоде: явления вздутия живота, болевой синдром исчезли.

20 больным произведены гинекологические операции. Для проведения этапа операции на органах малого таза вводились дополнительные троакары через симметричные точки, расположенные на 3-4 см выше лона и на 4-5 см в стороны от средней линии живота (Рис.10).

Миомэктомия из матки произведена 2 больным, причем в 1 наблюдении удалены 2 миоматозных узла. Эта операция производилась при наличии субсерозно расположенных узлов на ножке. При наличии миоматозного узла на ножке, ножку захватывали зажимом коагулятором и коагулировали в течении 1-2 мин. Узел отделяли от матки откручивая его и надсекая ножку узла ножницами. Культю ножки узла коагулировали точечным коагулятором (Рис.11).

15 больным произведена лапароскопическая цистэктомия при ретенционных кистах яичника.



**Рис.10. Точки введения троакаров при выполнении абдоминальных гинекологических операций.**



**Рис.11. Этап лапароскопической миомэктомии.**



Яичник захватывали атравматическими щипцами и фиксировали в удобном для последующих манипуляций положении. Ножницами вскрывали белочную оболочку яичника в месте, где стенка кисты ближе всего находится к поверхности яичника. Белочную оболочку вскрывали в направлении продольной оси яичника. Отслаивали ткань яичника от стенки кисты на протяжении примерно 1 см с тем, чтобы в последующем было легче захватить капсулу яичника. Пункционной иглой пунктировали кисту и эвакуировали ее содержимое. Атравматические щипцы перекладывали на край раны яичника, а биопсийными щипцами захватывали капсулу яичника и потягивая ее постепенно отслаивали. Вращением биопсийных щипцов в одну сторону потягивая их на себя окончательно отделяли капсулу и удаляли ее из брюшной полости (Рис.12.).



**Рис.12. Этап лапароскопической цистэктомии из яичника.**

Ложе кисты коагулировали особенно тщательно в области питающих кисту сосудов. Края раны на яичнике сопоставляли 1 или 2 клипсами.

Приводим наблюдение: Больная Г., 29 лет, поступила в клинику 7.03.2020г. после обследования в амбулаторных условиях с диагнозом Хронический калькулезный холецистит, Киста левого яичника. Жалобы на тупые боли в правом

подреберье и над лоном слева. Состояние удовлетворительное, повышенного питания. В легких и сердце без патологии. Живот мягкий, болезнен в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. Над лоном слева пальпируется образование овоидной формы 15x8 см, подвижное, слегка болезненное. Стул и мочеиспускание свободное. Менструации с 14 лет, регулярные. Имеет 2 детей. На УЗИ выявлены множественные конкременты в желчном пузыре, размеры пузыря 106x52 мм, деформирована в виде крючка. Левый яичник кистозно изменен, 143x75 мм. Матка и правый яичник не изменены. В анализах крови и мочи без патологии. Дополнительные инструментальные методы исследования другой патологии не выявили. Осмотрена гинекологом. Установлен клинический диагноз: Хронический калькулезный холецистит. Киста левого яичника. Для проведения симультанной операции больная госпитализирована в отделение эндохирургии. 9.03.2020г. операция под эндотрахеальным наркозом. Во время лапароскопии выявлено, что желчный пузырь в области шейки закрыт спайками и большим сальником. Спайки разъединены. Выполнена холецистэктомия, при идентификации пузырной артерии отмечалось кровотечение до 60 мл. Сосуд клипирован дважды. Желчный пузырь удален из брюшной полости. Левый яичник кистозно изменен, капсула белой окраски, напряжена. При пальпации манипулятором легко подвижна, на узкой ножке. Введен дополнительный 11 мм троакар в левой подвздошной области. Произведена пункция кисты с эвакуацией содержимого до 250 мл. Киста спала и отделена от мезоовариума электрокоагуляцией. Гемостаз. Киста удалена через канал 11 мм троакара в левой подвздошной области. Гистологически у больной подтверждена ретенционная киста левого яичника.

Наблюдение интересно тем, что несмотря на достаточно большие размеры кисты яичника, после пункции и эвакуации ее содержимого, операция завершена использованием только троакарных доступов. Использование электрокаустики позволило обойтись без наложения клипсов на мезоовариум. Выписана на 3 сутки после операции.



Вышеприведенное наблюдение резко контрастируется с типичным случаем из контрольной группы больных, оперированных с сочетанием хронического холецистита и гинекологической патологии.

Приводим наблюдение: Больная М., 27 лет, поступила в клинику 19.04.2021г. с жалобами на боли в правом подреберье, горечь во рту, периодическую тошноту и вздутие живота. Также отмечает постоянные боли внизу живота слева. Обследована амбулаторно, где на УЗИ выявлен калькулезный холецистит и киста левого яичника. Состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, в легких везикулярное дыхание. Сердце - тоны чистые, пульс - 72 ударов в 1 мин., АД 120/80 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, слегка болезнен в правом подреберье и над лоном слева. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание свободное. На УЗИ выявлен калькулезный холецистит и киста левого яичника размерами 86x60 мм. В лабораторных анализах крови Нв-106 г/л, Эритроциты -  $3,8 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты -  $6,6 \times 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/ч. Биохимические анализы без патологических изменений. Клинический диагноз: основной - Хронический калькулезный холецистит, сопутствующий - Киста левого яичника. На клинической конференции решено провести симультанную операцию совместно с гинекологом. Операция 24.04.2021г. Срединная лапаротомия от мечевидного отростка до лона длиной до 35 см. Этапы холецистэктомии и цистэктомии из яичника без технических трудностей. Продолжительность операции 1 час 40 мин, из которых по хронометражу этапы холецистэктомии и цистэктомии заняли лишь 45 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажные трубки удалены на 2 сутки, швы с раны сняты на 10 сутки. При контрольном обследовании через 4 года предъявляет жалобы на боли в животе, периодическое вздутие живота. Имеется обширный, деформирующий переднюю брюшную стенку рубец длиной 35 см. На контрольном УЗИ патологии не выявлено. На контрастной рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта выявлена деформация петель тонкого

кишечника. У больной установлен диагноз - Спаечная болезнь брюшной полости в стадии субкомпенсации. Хроническая анемия средней степени тяжести (Hb-62 г/л). Отмечает утерю трудоспособности, является инвалидом 2 группы.

При кистомах яичника у 3 больных произведена овариэктомия. При этой операции через 5 мм канал в брюшную полость низводили скользящую петлю Редера и подводили к яичнику. Щипцы проводили сквозь петлю, захватывали ими яичник и потягивая на себя натягивали мезоовариум. Петлю надевали на мезоовариум и плотно затягивали их. Яичник отсекали ножницами с изогнутыми браншами и удаляли из брюшной полости (Рис.13).



**Рис.13. Этап лапароскопической овариэктомии.**

Для извлечения удаляемого органа из брюшной полости использовали метод задней кольпотомии с последующей кольпорафией, что обеспечивало косметический эффект на коже передней брюшной стенки. Культия коагулируется. Опыт последующей нашей работы показал, что при тщательном коагуляционном гемостазе исключается необходимость в использовании шовного материала.



## 4.2. Симультанные операции сочетанием лапароскопических и открытых доступов

24 больным основной группы первым этапом производилась ЛХЭ, затем дополнительным разрезом производился симультанный этап операции.

4 больным произведена симультанным этапом эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ. Для проведения эхинококкэктомии из печени через минилапаротомный доступ при диагностической лапароскопии устанавливали точную локализацию кисты и место на передней брюшной стенке, где планировалось проведение минилапаротомного разреза. Для доступа использовали транспараректальные разрезы в эпигастрии. Длина кожного разреза варьировала в пределах 5 см (Рис.14).

Использовали механические ранорасширители малых размеров. Инструменты для манипулирования в глубине раны имели длинные бранши. Поднятый валик под спиной больного приближал печень к ране. Яркое освещение лапароскопом со стороны брюшной полости является несомненным преимуществом таких операций.



**Рис.14. Определение локализации эхинококковой кисты и места проведения минилапаротомии.**

Этапы операции: - пункция кисты с эвакуацией эхинококковой жидкости; - кистотомия с удалением хитиновой

оболочки; - обработка фиброзной капсулы сколексоцидом; - иссечение фиброзной капсулы выступающей над паренхимой печени; - шовная пластика остаточной полости (капитонаж) или оментопломбировка.

Показанием к проведению эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа являлись единичные кисты средних размеров (в диаметре до 10 см) локализующиеся в III, IV, V сегментах печени. Удаление эхинококковых кист в диаметре до 10 см из минилапаротомного доступа после эвакуации содержимого кисты не представляло трудностей. Существенным недостатком таких операций является невозможность проведения эхинококкэктомии из труднодоступных сегментов печени (VII, VIII сегменты).

Приводим наблюдение: Больная С., 19 лет поступила в клинику 16.04.2020 г. с жалобами на периодические приступообразные боли в правом подреберье, горечь во рту, тошноту. Из анамнеза болеет последние 5 месяцев. Состояние удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. В легких и сердце без патологии. Живот мягкий, болезнен в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. Произведено УЗИ печени и желчных путей. Желчный пузырь 9x4,6 см, стенка утолщена, в просвете желчного пузыря имеются более 20 мелких конкрементов, размером до 4 мм. Холедох в диаметре 8 мм. В 3 сегменте печени определяется эхонегативное образование 65x72 мм с наличием множества включений внутри кисты в виде дочерних пузырей. Клинический диагноз: основной - Хронический калькулезный холецистит, сопутствующий - Эхинококкоз печени. В лабораторных анализах в крови Нв -92 г/л, Эритроциты -  $3,0 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты -  $6,4 \times 10^9$ /л, СОЭ - 11 мм/ч. Билирубин - 16,4 мкмоль/л (прямой - 12,2), АсТ - 0,28; АлТ - 031 мкмоль/л. Общий белок - 56 г/л, глюкоза - 4,4 ммоль/л. Амилаза крови - 16 Ед, мочи - 32 Ед. На клиническом разборе решено произвести симультанную операцию - основной этап - ЛХЭ, симультанный - эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ. Необходимость в проведении эхинококкэктомии из печени через минилапаротомный доступ, а не чисто лапароскопическим



путем, обосновано наличием внутри кисты множества включений в виде дочерних пузырей. 19.04.2020 г. операция. Под общим эндотрахеальным наркозом произведена диагностическая лапароскопия. К желчному пузырю припаяна часть большого сальника, спайки легко разъединены. Желчный пузырь серой окраски, увеличен в размере. В 3 сегменте печени субкапсулярно расположена эхинококковая киста размером до 7 см в диаметре с утолщенной фиброзной капсулой. Первым этапом операции произведена ЛХЭ. Пузырный проток и пузырная артерия идентифицированы и клипированы без технических трудностей. Для проведения симультанного этапа операции лапароскопически определено место для проведения минилапаротомного разреза непосредственно над кистой. Произведен параректальный разрез слева перпендикулярно левой реберной дуге длиной 5 см. Установлен ранорасширитель, киста изолирована от брюшной полости салфетками и произведена кистотомия. Удалено около 150 мл мутной жидкости, множество дочерних пузырей и хитиновая оболочка. Фиброзная капсула обработана 100% раствором глицерина и произведена частичная перицистэктомия. Фиброзная полость ушита капитонажем по Дельбе. Оставлены 2 дренажные трубки под обеими долями печени у ложа удаленного желчного пузыря и эхинококковой кисты. Послеоперационный период без осложнений. Трубки удалены на 2 сутки, Швы сняты на 7 сутки. После контрольного УЗИ выписана домой в удовлетворительном состоянии.

2 больным произведена аппендэктомия по поводу хронического аппендицита через троакарный доступ в правой подвздошной области. При этой операции во время диагностической лапароскопии оценивали степень воспалительных изменений в червеобразном отростке, его местоположение в правой подвздошной ямке, наличие спаечного процесса между отростком и окружающими органами. Учитывая выраженность спаечного процесса и трудности чисто лапароскопической аппендэктомии, над куполом слепой кишки производили разрез длиной до 5 см. Выполняли типичную

аппендэктомии с наложением кисетного шва на купол слепой кишки.

1 больной после ЛХЭ симультанным этапом произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки размерами 10-12 нед. беременности и герниопластика по поводу вентральной грыжи.

Приводим наблюдение: Больная С., 48 лет, поступила в клинику 7.05.2021 г. на оперативное лечение по поводу Хронического калькулезного холецистита, вентральной грыжи и фибромиомы матки. Из анамнеза последние полгода отмечает приступы болей в правом подреберье, что и явилось причиной обращения в стационар. При осмотре состояние удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Со стороны органов грудной клетки патология не выявлена. Живот увеличен в размере за счет жировой клетчатки, при пальпации мягкий, слегка болезнен в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются. Ниже пупка по средней линии живота определяется грыжевое выпячивание 12х8х6см, в горизонтальном положении свободно вправляется в брюшную полость. Грыжевые ворота определяется ниже пупка размерами 8х6 см. Над лоном пальпируется образование плотной консистенции, безболезненное, неподвижное, размерами до 15 см в диаметре. На УЗИ органов брюшной полости выявлены множественные конкременты в желчном пузыре, стенки пузыря утолщены, матка фиброзно изменена, увеличена в размере соответственно 10-12 недель беременности. В лабораторных анализах патологии не выявлено. Клинический диагноз: основной - Хронический калькулезный холецистит, сопутствующие - Вправимая грыжа белой линии живота, Фибромиома матки. На клиническом разборе решено провести симультанную операцию с участием на одном из этапов гинеколога. Первым этапом решено произвести ЛХЭ, затем ниже-срединная лапаротомия с герниотомией, надвлагалищная ампутация матки и герниопластика. Операция 14.05.2021 г. под общим эндотрахеальным наркозом. Во время диагностической лапароскопии данные дооперационного обследования подтверждены. При этом матка деформирована, увеличена в



размере до 15 см в диаметре, бугристая, покрыта фиброматозными узлами. Яичники не изменены. Необходимость пневмоперитонеума диктовало проведение ЛХЭ первым этапом. У ложа удаленного желчного пузыря оставлена дренажная трубка. Второй этап операции ниже-срединная лапаротомия с герниотомией разрезом с длиной 20 см. Произведена надвлагалищная ампутация матки с оставлением дренажной трубки в малом тазу. Третьим этапом произведено удаление грыжевого мешка и пластика передней брюшной стенки по Сапежко. Послеоперационный период без осложнений. Дренажные трубки удалены на 2 сутки после операции. Швы с лапаротомной раны сняты на 8 сутки и выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Описанное наблюдение примечательно проведением одномоментно операций по поводу 3 сочетанных заболеваний из которых Хронический калькулезный холецистит и Фибромиома матки являлись конкурирующими. Учитывая, что калькулезный холецистит явился причиной обращения больной в стационар, он признан как основное заболевание. При контрольном обследовании через 6 месяцев послеоперационных жалоб больная не предъявляет. Имеется окрепший послеоперационный рубец по средней линии живота ниже пупка, длиной 20 см и точечные рубцы от введенных троакаров в верхнем этаже передней брюшной стенки. На консультации гинеколога патологии не выявлено.

У 2 пациенток удалены кисты яичника диаметром более 15 см через ниже-срединный минилапаротомный доступ.

Использование эндовидеохирургической технологии при проведении операций на органах малого таза через малотравматичные разрезы, яркое освещение со стороны брюшной полости, использование электрокоагуляции намного облегчают проведение этих оперативных вмешательств.

17 больным из этой группы симультанным этапом произведены герниотомии с пластикой передней брюшной стенки. Из них по поводу пупочной грыжи - 12, послеоперационной вентральной грыжи - 4, паховой грыжи - 1 пациентам (Табл.4).

Таблица 4

Симультанные оперативные вмешательства в основной группе больных (n=51).

№	Характер оперативного вмешательства	Троакарный	Мини доступ	ВСЕГО
1.	Холецистэктомия	51 (100%)	-	51(100%)
2.	Эхинококкэктомия печени	2 (3,92%)	4 (7,84%)	6 (11,76%)
3.	Цистэктомия из печени	1 (1,96%)	-	1 (1,96%)
4.	Аппендэктомия	1 (1,96%)	2 (3,92%)	3 (5,88%)
5.	Рассечение спаек брюшной полости	3 (5,88%)	-	3 (5,88%)
6.	Миомэктомия из матки	2 (3,92%)	1 (1,96%)	3 (5,88%)
7.	Цистэктомия из яичника	15 (29,41%)	2 (3,92%)	17 (33,33%)
8.	Овариэктомия	3 (5,88%)	-	3 (5,88%)
9.	Герниотомия	-	17 (33,33%)	17 (33,33%)



## **ГЛАВА V. ОБОСНОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

С целью обоснования выполнения симультанных операций с использованием эндовидеохирургической технологии нами проведено сравнение результатов лечения с группами больных, где плановая холецистэктомия и симультанный этап операции проведены лапаротомным доступом, а также с группой, где проведена произведена только лапароскопическая холецистэктомия.

### **5.1. Сравнение результатов малоинвазивных симультанных операций и симультанных операций выполненных традиционным способом**

Для анализа результатов лечения в основной группе (n=51), где симультанные операции проведены с использованием эндовидеохирургической технологии с контрольной группой (n=53), где симультанные операции проведены лапаротомным доступом, сравнили следующие основные параметры:

- продолжительность операции;
- ранние послеоперационные осложнения;
- сроки лечения больных в стационаре.

Кроме того, проанализированы дополнительные параметры как:

размер операционного доступа;  
степень кровопотери;  
необходимость обезболивания в раннем послеоперационном периоде;  
начало активизации и кормления больных.

Сравнение размеров операционного доступа показало, что использование эндовидеохирургической технологии позволило уменьшить травматичность доступа - длину разреза мягких тканей передней брюшной стенки до 1 см при лапароскопическом выполнении обеих этапов операции и 5-10 см при дополнении ЛХЭ разрезом для выполнения

симультанного этапа операции. Для проведения симультанных операций традиционным лапаротомным доступом использовались разрезы от 25 до 35 см. Особенно больших размеров доступ достигал при сочетании ХЭ с вмешательством на органах малого таза (Табл.5).

Таблица 5

**Длина разреза оперативного доступа**

№	Группы	Доступ к объекту работы	Длина разреза тканей
1.	Контрольная группа	Лапаротомия	25±4,4см
2.	Основная группа	Троакарный	до 1см
		Минилапаротомия	6,4±2,3 см

Время, затрачиваемое на проведение оперативного доступа в контрольной группе составляло от 20 до 25 мин. (в среднем 22±5,6 мин.). При троакарных доступах в основной группе это время составляло 5-10 мин. (в среднем 6±1,7 мин.), при сочетании троакарных доступов и минилапаротомии 10-15 мин (11±4,2 мин. в среднем) (Табл.6).

Таблица 6

**Время уходящее для выполнения оперативного доступа**

№	Доступы	В среднем, в минутах
1.	Лапаротомия	22±5,6 мин
2.	Троакарный	6±1,7 мин
	Минилапаротомия	11±4,2 мин

Общая продолжительность операции в контрольной группе составила 129,28±24,16 мин. Продолжительность операции в основной группе составила 103,16±20,19 мин. При проведении симультанных операций с использованием эндовидеохирургической технологии общая продолжительность операции уменьшилась в среднем на 25 мин (Табл.7).

Таким образом, использование эндовидеохирургической технологии сочетающее в себе хороший обзор и малую



травматичность обеспечивало удобство манипуляции на анатомически отдаленных друг от друга органах, позволило уменьшить длину операционного разреза в 5-10 раз, а при возможности проведения обеих этапов чисто лапароскопически ограничиться только троакарными отверстиями в диаметре до 1 см.

Время, затрачиваемое на проведение оперативного доступа также сократилось в 2-3 раза, а продолжительность операции на 25 мин. в среднем (20% операционного времени).

Таблица 7

**Средняя продолжительность операции**

№	Группы	Продолжительность операции
1.	Контрольная группа	129,28±24,16 мин
2.	Основная группа	103,16±20,19 мин

В контрольной группе необходимость обезболивания в послеоперационном периоде была значительней, нежели в основной. Так, после лапаротомных симультанных операций обезболивание наркотическими обезболивающими средствами возникала до 2-х раз в течении 2 суток. В основной группе малотравматичность оперативных вмешательств проявлялось так же тем, что необходимость в обезболивании возникало только в 1-е сутки после операции, да и то использовались ненаркотические обезболивающие препараты (Табл.8).

Таблица 8

**Обезболивание в раннем послеоперационном периоде**

№	Группы	Виды анальгетических средств	Длительность обезболивания
1.	Контрольная группа	-наркотические средства -ненаркотические средства	1-2 раза в сутки 2-3 раза в сутки
2.	Основная группа	-ненаркотические средства	1-2 раза в сутки

Определение степени кровопотери при проведении симультанных операций так же доказывает малотравматичность эндовидеохирургических операций. В контрольной группе кровопотеря во время оперативного вмешательства составляла от 100 до 200 мл (в среднем  $176,12 \pm 68,82$  мл). В основной группе при выполнении обеих этапов операции только с помощью лапароскопической технологии кровопотеря составляла от 20 до 40 мл (в среднем  $26,64 \pm 14,12$  мл), при сочетании ЛХЭ с дополнительным разрезом от 50 до 100 мл (в среднем  $68,36 \pm 15,27$  мл). Вышеперечисленные расчеты показывают, что кровопотеря при операциях с использованием эндовидеохирургической технологии уменьшилась в 3-6 раз (Табл.9).

Таблица 9

**Общая кровопотеря во время операции**

№	Группы	В среднем, в мл
1.	Контрольная группа	$176,12 \pm 68,82$ мл
2.	Основная группа	$26,64 \pm 14,12$ мл

Показателем степени травматичности оперативных вмешательств также являются сроки активизации больных и ликвидации послеоперационного пареза кишечника и начало кормления больных. В контрольной группе активизация больных (самостоятельное вставание с постели) происходило на 2-3 сутки после симультанных операций, примерно в те же сроки начиналось пероральное кормление больных. Малоинвазивность лапароскопических операций позволяло активизировать больных в 1-е сутки, в те же сроки разрешали больным принимать пищу (Табл.10).

Таблица 10

**Начало активизации больных**

№	Группы	Начало активизации, через ч.
1.	Контрольная группа	24 - 48 ч
2.	Основная группа	8-12 ч



Длительность послеоперационного реабилитационного периода в стационаре составила в основной группе в среднем  $5,2 \pm 1,3$  дня, тогда как в контрольной группе этот показатель был равен  $11,2 \pm 1,6$  дней, т.е. в 2 раза меньше.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде в основной группе наблюдались у 2 больных (3,92%). В 1 наблюдении у больной отмечалось желчеистечение из культи желчного пузыря после ЛХЭ в брюшную полость, что потребовало срочной лапаротомии, дренирования общего желчного протока по Аббе и санации брюшной полости. Во 2 -м случае у больной с ожирением III степени после ЛХЭ и коррекции послеоперационной грыжи наблюдался инфильтрат послеоперационной раны и пневмония. Летальных случаев не было.

В контрольной группе осложнения наблюдались у 3-х (5,66%) больных: нагноение раны (2), подпеченочный абсцесс (1). Умерла 1 (1,88%) больная вследствие тромбоэмболии легочной артерии, перенесшая холецистэктомию и герниотомию с пластикой передней брюшной стенки.

Таким образом, сравнение параметров свидетельствующих о травматичности операции как размер операционного доступа, время, затрачиваемое на проведение оперативного доступа, общая продолжительность операции, степень кровопотери, необходимости обезболивания и длительности ее в послеоперационном периоде, начало активизации больных и начало приема пищи показало, что симультанные операции с применением эндовидеохирургической технологии отличаются малой травматичностью, в сравнении с операциями, выполненными традиционным лапаротомным доступом (Табл.11).

Проведение симультанных операций с использованием лапароскопической технологии не привело к увеличению числа ранних послеоперационных осложнений. Вместе с тем, выполнение этих операций значительно сократило сроки лечения больных в стационаре (почти в 2 раза), позволило свести к минимуму гнойные осложнения.

**Таблица 11**

**Сравнительный анализ параметров, характеризующих травматичность операции и частоту ранних послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах**

№	Основные параметры	Основная группа (n=51)	Контрольная группа (n=53)	Оценка эффективности
1.	Размеры операционного доступа	до 1 см 6,4±2,3 см	25±4,4 см	меньше в 3-30 раза
2.	Время, требуемое для доступа	6±1,7 мин 11±4,2 мин	22±5,6 мин	меньше в 2-4 раза
3.	Продолжительность операции	103,16±20,19 мин	129,28±24,16 мин	сокращено на 25 мин
4.	Необходимость в обезболивании	в течение 1 суток	в течение 2-3 суток	меньше 2-10 раза
5.	Степень кровопотери	26,64±14,12 мл	176,12±68,82 мл	меньше в 2-10 раз
6.	Начало активизации после операции	1-е сутки	2-3 сутки	раньше в 2-3 раза
7.	Ликвидация пареза кишечника и начало кормления больных	1-е сутки	2-3 сутки	раньше в 2-3 раза
8.	Длительность реабилитационного периода	5,2±1,3 дня	11,2±1,6 дня	меньше в 2 раза
9.	Частота ранних п/опер, осложнений	2 (3,92%)	3 (5,66%)	примерно равны



## 5.2. Сравнение результатов малоинвазивных симультанных операций с результатами изолированной лапароскопической холецистэктомии

С целью обоснования выполнения лапароскопических симультанных операций нами сравнены результаты лечения этой группы больных с группой, где выполнена только ЛХЭ.

Сравнены такие основные параметры как продолжительность операции, послеоперационные осложнения и длительность реабилитационного периода в стационаре.

Продолжительность операции в группе больных, где производилась только ЛХЭ (n=255) составила в среднем  $72,24 \pm 13,11$  мин., тогда как при выполнении симультанных операций -  $103,16 \pm 20,19$  мин., т.е. общая продолжительность операции при симультанных вмешательствах с использованием эндовидеохирургической технологии увеличилась примерно на 30 мин. в сравнении с изолированной ЛХЭ.

Таблица 12

### Средняя продолжительность операции

№	Операции	Продолжительность операции
1.	ЛХЭ	$72,24 \pm 13,11$ мин
2.	Симультанные	$103,16 \pm 20,19$ мин

Ранние осложнения в послеоперационном периоде, после изолированной ЛХЭ наблюдались у 6 больных (2,31%). В 3 случаях - желчеистечение в результате прорезывания клипсы и соскальзывания ее с пузырного протока. Из них в 1 случае желчеистечение наблюдалось только по дренажу и прекратилось самостоятельно на 8-е сутки после операции. 2 больных оперированы по срочным показаниям на следующие сутки после ЛХЭ вследствие истечения желчи в брюшную полость.

В 1 случае клипса была наложена на общий желчный проток и у больной развилась механическая желтуха. На 4-е сутки произведена лапаротомия, удаление клипсы и наружное дренирование общего желчного протока.

В 1 наблюдении отмечено повреждение гепатикохоледоха по поводу чего проведена лапаротомия с восстановлением

стенки гепатикохоледоха и дополнительным ее наружным дренированием.

Во всех вышеуказанных наблюдениях отмечен благоприятный исход. Еще в 1 наблюдении у больной отмечено нагноение параумбиликальной троакарной раны.

Как нами было отмечено выше, осложнения в основной группе больных в раннем послеоперационном периоде составили 3,92%.

Длительность послеоперационного реабилитационного периода в стационаре после ЛХЭ составила  $3,7 \pm 1,1$  дня. В основной группе этот показатель составил  $5,2 \pm 1,3$  дня

Таким образом, сравнение результатов операций основной группы больных, где проведены симультанные операции с использованием лапароскопической технологии с группой больных, где проведена только ЛХЭ показало, что продолжительность операции в основной группе удлинилась лишь на 1/3 операционного времени. Длительность лечения больных после операции увеличилась лишь на 1,5 дня (Табл.13).

**Таблица 13**

**Сравнительный анализ результатов операций в основной группе и группе больных, где произведена только ЛХЭ.**

№	Основные параметры	Основная группа	Контрольная группа	Оценка эффективности
1.	Продолжительность операции	$103,16 \pm 20,19$ мин	$72,24 \pm 13,11$ мин	дольше 30 мин (30% опер.время)
2.	Частота ранних п/опер. осложнений	2 (3,92%)	6 (2,31%)	примерно равны
3.	Длительность п/опер. реабилитационного периода	$5,2 \pm 1,3$ дня	$3,7 \pm 1,1$ дня	дольше на 1,5 дня

Проведение симультанных операций с использованием лапароскопической технологии не привело к существенному увеличению числа послеоперационных осложнений в сравнении



с группой больных, где проведена лишь ЛХЭ (3,92% в основной группе и 2,31% в контрольной группе).

В основной (n=51) и контрольной (n=53) группах больных в отдаленном послеоперационном периоде (в сроки от 6 мес. до 5 лет) оценены результаты непосредственно самой инвазии - оперативных доступов на передней брюшной стенке и ее последствий на брюшной полости как спаечная болезнь.

У больных перенесших симультанные операции только лапароскопическим доступом (n=27) в отдаленном послеоперационном периоде имелись слегка заметные рубцы, размерами до 1 см на коже передней брюшной стенки. Отмечался выраженный косметический эффект. У больных признаков спаечной болезни брюшной полости не отмечено.

У больных основной группы (n=24), где проведены ЛХЭ и симультанная операция дополнительным минидоступом, в отдаленном послеоперационном периоде на коже передней брюшной стенки имелись точечные рубцы от введенных троакаров и рубцы длиной до 5см от минилапаротомных доступов, а также рубцы после коррекции вентральных грыж длиной от 5 до 15 см.

В контрольной группе (n=53) в отдаленном послеоперационном периоде мы отмечали обширные рубцы длиной 25-35 см. Особенно больших размеров были рубцы после сочетанной операции на желчном пузыре и органах малого таза. Послеоперационные грыжи различных размеров выявлен у 5 больных. У 3 пациентов выявлены лигатурные свищи, обширные рубцы, деформирующие переднюю брюшную стенку отмечены у 7 больных. Явления спаечной болезни брюшной полости выявлены у 5 больных. Эти осложнения были у 12 больных, т.е. отдельные вышеуказанные осложнения были по 2 или 3 у одного и того же пациента.

Таким образом, обследование в отдаленном послеоперационном периоде (от 6 мес. до 5 лет) больных обеих групп показало, что в основной группе осложнений не имелось.

В контрольной группе осложнения выявлены у 12 (22,64%) пациентов (Табл.14).

**Частота осложнений в отдаленном послеоперационном периоде**

№	Осложнения	Основная группа (n=51)	Контрольная группа (n=53)
1.	- Послеоперационные грыжи	-	5 (9,43%)
2.	- Лигатурные свищи	-	3 (5,66%)
	- Деформирующие рубцы	-	7 (13,20%)
	- Спаечная болезнь брюшной полости	-	5 (9,43%)
	<b>ВСЕГО</b>	-	<b>12 (22,64%)</b>

\*Примечание: отдельные осложнения имелись по 2-3 у одного и того же больного.

Анализ результатов лечения больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах позволяет сделать заключение, что проведение симультанных операций с использованием эндохирургической технологии не привело к существенному увеличению числа послеоперационных осложнений в сравнении с изолированной ЛХЭ и, вместе с тем, позволила значительно сократить число послеоперационных осложнений и сроки лечения больных в сравнении с симультанными операциями, выполненными традиционным лапаротомным доступом. Использование эндохирургической технологии позволило свести к минимуму число гнойных послеоперационных осложнений и исключить такие отдаленные осложнения как послеоперационные грыжи, лигатурные свищи, грубые деформирующие рубцы и спаечную болезнь брюшной полости.



## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Совершенствование хирургической техники и успехи анестезиологии позволяют расширить показания к выполнению симультанных операций в хирургии. Одновременная хирургическая коррекция нескольких заболеваний во многом представляется предпочтительней, чем многоэтапное лечение, так как избавляет больного от двух или более заболеваний, от необходимости повторной операции и связанных с ней возможных послеоперационных осложнений.

Несмотря на очевидную перспективность симультанных вмешательств, показания к их проведению ограничены повышенным операционным риском и большей травматичностью. Использование эндовидеохирургической технологии позволяет расширить показания к проведению симультанных операций в абдоминальной хирургии. Вместе с тем, следует признать наличие определенных нерешенных вопросов в обосновании и практическом выполнении симультанных эндохирургических оперативных вмешательств.

Исходя из этого, целью нашего исследования явилось обоснование выполнения малоинвазивных симультанных операций в плановой абдоминальной хирургии с использованием эндовидеохирургической технологии.

Клинический материал представлен 104 больными, которым наряду с плановой холецистэктомией, являющейся основным этапом операции, произведены симультанные вмешательства. При этом 51 больному основной группы произведена ЛХЭ, 53 больным контрольной группы холецистэктомия выполнена лапаротомным доступом.

В основной группе 5 мужчин и 46 женщин (1/9), средний возраст  $43,1 \pm 4,5$  лет. В контрольной группе 8 мужчин и 45 женщин (1/5,5), средний возраст  $44,6 \pm 4,8$  лет. Обе сравниваемые группы схожи в возрастном аспекте и полу больных.

Основной этап операции – холецистэктомия произведена по поводу хронического калькулезного холецистита 97 (93,26%), холестероза желчного пузыря 2 (1,92%), хронического бескаменного холецистита 5 (4,80%) больным.

Симультанным этапом произведены операции по поводу кист печени 16 (15,38%) больным, из которых у 15 (14,42%) пациентов был эхинококкоз печени, в 1 (0,96%) наблюдении непаразитарная киста. Хронический аппендицит явился сочетанной патологией у 5 (4,80%) пациентов. Спаечная болезнь брюшной полости, как причина симультанного вмешательства у 12 (11,53%) больных. Симультанным этапом операции произведены герниотомии с пластикой передней брюшной стенки у 48 (46,15%) больных. При этом пупочная грыжа была у 24 (23,07%), послеоперационная вентральная грыжа у 18 (17,30%), паховая грыжа у 3 (2,88%) и грыжи белой линии живота так же у 3 (2,88%) больных. Хронический холецистит сочетался с гинекологической патологией у 28 (26,92%) пациенток, из которых у 4 (3,84%) миома матки, у 17 (16,34%) кисты яичника, у 7 (6,73%) кисты яичника. У 99 (95,19%) пациентов имелось две сочетанные патологии, у 5 (4,80%) пациентов – 3.

В основной группе хронический холецистит сочетался с кистами печени (7), хроническим аппендицитом (3), спаечной болезнью брюшной полости (5), грыжами живота (17) и гинекологической патологией (23 больных).

В контрольной группе симультанные операции выполнены по поводу кист печени (9), хронического аппендицита (2), спаечной болезни (7), грыж живота (31), абдоминальной гинекологической патологии (5 больных). Таким образом, сочетанная патология в обеих группах была идентичной по нозологии.

Методы исследования включали общеклинические, лабораторные и инструментальные методы, из которых наиболее информативными в выявлении сочетанной патологии в брюшной полости при хроническом холецистите были УЗИ и лапароскопия.

Для проведения эндохирургических операций использовали видеоендоскопический комплекс фирмы "Karl Storz" и инструменты фирмы "Auto Suture".

В основной группе больных (n=51) у 27 оба этапа операции, как основной, так и симультанной, произведены с



использованием лапароскопической технологии только через троакарные доступы. У 3 больных наряду с ЛХЭ произведена цистэктомия из печени (в одном наблюдении удалена непаразитарная киста печени, в 2 эхинококковые кисты). Одному больному с хроническим аппендицитом одновременно произведена ЛХЭ и аппендэктомия. 3 больным при проведении ЛХЭ симультанным этапом операции произведено рассечение спаек, как причины спаечной болезни брюшной полости. 20 больным произведены гинекологические операции. Миомэктомия из матки произведена 2 больным. 15 больным произведена лапароскопическая цистэктомия при ретенционных кистах яичника. При кистах яичника у 3 пациенток произведена овариэктомия.

24 больным основной группы первым этапом производилась ЛХЭ. Симультанный этап операции производился через дополнительный разрез на передней брюшной стенке. 4 больным симультанным этапом операции произведена эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ. 2 больным произведена аппендэктомия через троакарный доступ в правой подвздошной области. 1 больной после ЛХЭ симультанным этапом произведена надвлагалищная ампутация матки и герниопластика по поводу вентральной послеоперационной грыжи. У 2 пациенток удалены кисты яичника диаметром более 15 см через нижнесрединный минилапаротомный доступ. 17 больным из этой группы симультанным этапом произведены герниотомии с пластикой передней брюшной стенки. Из них по поводу пупочной грыжи – 12, послеоперационной вентральной грыжи – 4, паховой грыжи – 1 пациентам.

В контрольной группе (n=53) операции производились посредством широкой срединной лапаротомии. У 9 пациентов при проведении ХЭ симультанным этапом произведена эхинококкэктомия из печени. Хронический аппендицит явился причиной аппендэктомии у 2 больных, у 7 – произведено рассечение спаек брюшной полости. 5 пациенткам произведены гинекологические вмешательства: 1 пациентке произведена надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы матки, 2 – овариэктомия по поводу кистомы яичника и еще 2 цистэктомия

по поводу кист яичника. 31 больному симультанным этапом произведены операции по поводу вентральных грыж: пупочная – 12, паховая – 2, грыжи белой линии живота – 3, послеоперационные грыжи – 14 больным.

Для сравнительного анализа результатов лечения основной группы больных, где симультанные операции проведены с использованием эндовидеохирургической технологии с контрольной группой, где симультанные операции проведены традиционным лапаротомным доступом сравнили следующие параметры, характеризующие травматичность операции: размер операционного доступа, время затрачиваемое на проведение доступа, продолжительность операции, степень кровопотери, необходимость обезболивания в раннем послеоперационном периоде, начало активизации и кормление больных, продолжительность послеоперационного реабилитационного периода. Также проведен анализ числа послеоперационных осложнений, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах.

Сравнение размеров операционного доступа показало, что использование эндовидеохирургической технологии позволило уменьшить длину разреза мягких тканей передней брюшной стенки до 1 см при лапароскопическом выполнении обеих этапов операции и 5 см при дополнении ЛХЭ минидоступом для выполнения симультанного этапа операции. Для проведения симультанных операций лапаротомным доступом использовались разрезы до 25 до 30 см. Особенно больших размеров доступ достигал при сочетании ХЭ с вмешательством на органах малого таза.

Время, затрачиваемое на проведение оперативного доступа в контрольной группе составило  $22 \pm 5,6$  мин. При троакарных доступах в основной группе время составило  $6 \pm 1,7$  мин, при сочетании троакарных доступов и минилапаротомии  $11 \pm 4,2$  мин в среднем.

Таким образом, использование эндохирургии сочетается в себе хороший обзор и малую травматичность обеспечивало удобство манипуляции на анатомически отдаленных друг от друга органах и позволило



уменьшить длину операционного разреза в 5-10 раз. Время, затрачиваемое на проведение оперативного доступа, также сократилось в 2-3 раза.

Общая продолжительность операции в контрольной группе составило  $129 \pm 24,16$  мин, в основной группе  $103 \pm 20,19$  мин. т.е. уменьшилась в среднем на 20% операционного времени.

В контрольной группе необходимость в обезболивании возникало до 3 раз в течении 2 суток. В основной группе обезболивание производилось только в 1 сутки после операции.

В контрольной группе кровопотеря во время оперативного вмешательства составила  $176,12 \pm 68,82$  мл, в основной группе –  $68,36 \pm 15,27$  мл. Расчеты показывают, что кровопотеря при операциях с использованием эндовидеохирургической технологии уменьшилась в 3-6 раз.

Показателем степени травматичности оперативных вмешательств также являются сроки активизации больных и ликвидации послеоперационного пареза кишечника и начало кормления больных. В контрольной группе активизация больных происходила на 2-3 сутки после симультанных операций, примерно в те же сроки начиналось пероральное кормление больных. Малоинвазивность лапароскопических операций позволяла активизировать больных в 1-е сутки после операции, на 2-е сутки разрешали принимать пищу.

Длительность послеоперационного реабилитационного периода в стационаре составила в основной группе  $5,2 \pm 1,3$  дня, тогда как в контрольной группе этот показатель был равен  $1,2 \pm 1,6$  дней, т.е. в 2 раза меньше.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде в основной группе наблюдались у 2 (3,92%) больных. В 1 наблюдении отмечалось желчеистечение из культи пузырного протока, что потребовало лапаротомии. Во 2 ом наблюдении у больной с ожирением III степени после ЛХЭ и герниопластики наблюдался инфильтрат раны и пневмония. Летальность не отмечена.

В контрольной группе осложнения наблюдались у 3 (5,66%) больных: нагноение раны (2), подпеченочный абсцесс (1). Умерла 1 (1,88%) больная вследствие тромбоэмболии легочной

артерии, перенесшая холецистэктомию и герниотомию с пластикой передней брюшной стенки.

Таким образом, сравнение параметров свидетельствующих о травматичности операции как размер операционного доступа, время затрачиваемое на проведение оперативного доступа, общая продолжительность операции, степень кровопотери, необходимости обезболивания и длительности ее в послеоперационном периоде, начало активизации больных и начало приема пищи показало, что симультанные операции с применением эндовидеохирургической технологии отличаются малой травматичностью в сравнении с операциями выполненными традиционным лапаротомным доступом. При этом, проведение симультанных операций с использованием лапароскопической технологии не привело к увеличению числа ранних послеоперационных осложнений и вместе с тем, позволила значительно сократить сроки лечения больных в стационаре (в 2 раза).

С целью обоснования выполнения лапароскопических симультанных операций нами сравнены результаты лечения этой группы больных с группой, где выполнена только ЛХЭ. Сравнены такие параметры, как продолжительность операций, послеоперационные осложнения и длительность реабилитационного периода в стационаре.

Продолжительность операций в группе больных, где производилась только ЛХЭ составила  $72 \pm 13,11$  мин., тогда как при выполнении симультанных операций -  $103 \pm 20,19$  мин., т.е. увеличилось примерно на 30 минут в сравнении с изолированной ЛХЭ.

Осложнения в послеоперационном периоде после изолированной ЛХЭ наблюдались у 6 (20,31%) больных, тогда как в основной группе больных 3,92%.

Длительность послеоперационного реабилитационного периода в стационаре после ЛХЭ составила  $3,7 \pm 1,1$  дня, в основной группе -  $5,2 \pm 1,3$  дня.

Таким образом, сравнение результатов операций основной группы больных, где проведены симультанные операции с использованием лапароскопической технологии с группой



больных, где проведена только ЛХЭ показало, что продолжительность операции в основной группе больных удлинилась лишь на 30% операционного времени. Длительность лечения больных после операций увеличилась на 1,5 дня. Проведение симультанных операций с использованием лапароскопических технологий не привело к существенному увеличению числа послеоперационных осложнений.

В отдаленном послеоперационном периоде в обеих группах оценены результаты непосредственно самой инвазии – оперативных доступов на передней брюшной стенке и ее последствий на брюшной полости как спаечная болезнь.

У больных основной группы перенесших симультанные операции только лапароскопическим доступом в отдаленном послеоперационном периоде имелись слегка заметные рубцы размерами до 1 см на коже передней брюшной стенки, т.е. имелся выраженный косметический эффект. У больных признаков спаечной болезни брюшной полости не отмечено.

У больных основной группы, где симультанные операции проводились сочетанием лапароскопического и дополнительного минидоступа на коже передней брюшной стенки имелись точечные рубцы от введенных троакаров, рубцы длиной до 5 см от минилапаротомных доступов и рубцы до 15 см после коррекции вентральных грыж. Осложнения в отдаленном послеоперационном периоде не выявлены.

В контрольной группе в отдаленном послеоперационном периоде мы отмечали обширные рубцы длиной до 30 см, особенно больших размеров после сочетанной операции на желчном пузыре и органах малого таза. Послеоперационные грыжи выявлены у 5 больных. У 3 пациентов обнаружены лигатурные свищи. Обширные рубцы, деформирующие переднюю брюшную стенку выявлены у 7 больных. Спаечная болезнь брюшной полости обнаружена у 5 больных. Эти осложнения были всего у 12 (22,64%) больных, т.е. по 2-3 у отдельных пациентов.

Таким образом, анализ результатов лечения больных в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах позволяет сделать заключение, что проведение симультанных

операций с использованием эндовидеохирургической технологии не привело к существенному увеличению числа послеоперационных осложнений в сравнении с изолированной лапароскопической холецистэктомией и вместе с тем, позволила значительно сократить число послеоперационных осложнений и сроки лечения больных в сравнении с симультанными операциями, выполненными традиционным лапаротомным доступом. Использование эндовидеохирургической технологии позволило свести к минимуму число гнойных послеоперационных осложнений и исключить такие отдаленные осложнения как послеоперационные грыжи, лигатурные свищи, грубые деформирующие рубцы и спаечную болезнь брюшной полости.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алиев Ю.Г. Миниинвазивные вмешательства в хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни / Ю. Г. Алиев // Хирургия. Журнал им. И.И. Пирогова. – 2013. – N 5. – С. 73 -75.
2. Алтыев Б.К., Назыров Ф.Г., Ваккасов М.Х., Садыков Х.Т. Комплексное лечение гнойного холангита у больных неопухолевой обструкции внепеченочных желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии – 2009. №3. С.30.
3. Альтмарк Е.М. Симультаные лапароскопические операции (обзор литературы) / Е.М. Альтмарк // Вестник хирургии. — 2007. — Т. 166, № 4. — С. 117125.
4. Анищенко В. В. Хирургия единого лапароскопического доступа / В. В. Анищенко, М. Н. Коткина, А. И. Шевела // Альманах Института хирургии им. А. В. Вишневского: материалы XIV съезда Общества эндоскопических хирургов России. – 2011. – N 1(6). – С. 38.
5. Багненко С.Ф. Воспалительные заболевания внепеченочных желчных путей. Взгляд с современных позиций / С.Ф. Багненко, С.А Шляпников, А.Ю. Корольков // Инфекции в хирургии. – 2008. – N 1(6). – С. 13 -17.
6. Байгазаков А.Т. Симультаные видеолапароскопические операции в хирургии и гинекологии // Альм. Института хирургии им. А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России. – Москва, 17–19 февраля 2015 г. Тезисы 327.
7. Байрамов Н.Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии / Н.Ю. Байрамов, А.С. Гадирова // Эндоскопическая хирургия. — 2009. — № 5. — С. 1720.
8. Брехов Е.И. Опыт проведения симультаных лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций / Е.И. Брехов, Е.Б. Савинова, Е.А. Лебедева // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2010. — № 12. — С. 2326.

9. Бобоев Б.Д. Роль эндоскопической ультрасонографии в диагностике холедохолитиаза и воспалительных стриктур желчных протоков / Б.Д. Бобоев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – № 3. – С. 39-41.

10. Борисов А.Е. Пути оптимизации стандартов лечения острого холецистита / А.Е. Борисов, В.А. Кащенко, К.Г. Кубачев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – № 6. – С. 80-85.

11. Бубнова Е.В. Возможности лучевой диагностики мелких конкрементов гепатикохоледоха: дис.канд. мед. наук: 14.01.13/ Бубнова Евгения Викторовна - СПб., 2011. - 136 с.

12. Быков М.И. Совершенствование профилактики острого постманипуляционного панкреатита на современном этапе развития эндоскопической чреспапиллярной хирургии / М.И. Быков, В.А. Порханов // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 3. – С. 103-108.

13. Вайнер, Ю.С. Антеградные эндобилиарные операции в лечении больных механической желтухой / Вайнер Ю.С., Атаманов Г.В., Верятин Л.С., Шидловская Е.В. // Альманах Инста хирургии им. А.В.Вишневского - 2017.- № 1.- С. 664.

14. Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Я.М. Вахрушев, М.А. Хохлачева // Архивъ внутренней медицины. – 2016. – № 3(29). – С. 30-35.

15. Ветшев П.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения больных с механической желтухой / П.С. Ветшев // Анналы хирург. гепатологии – М., 2014. – 198 с.

16. Вилявин М.Ю. Возможности спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике холецистохолангиолитиаза / М.Ю. Вилявин, Н.Ю. Осипов // Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – № 3(12). – С. 50.

17. Галимов О.В., Ханов В.О., Сайфуллин Р.Р. и др. Сочетанные операции как метод интенсификации лечения хирургических больных // Альм. Института хирургии им. А.В. Вишневского № 1 2017 г. Тезисы национальный хирургический



конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017. – М., 2017. – С. 332.

18. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г. Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2019. – Т. 24. – №. 2. – С. 10-24.

19. Галлямова С.В. и соавт. Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выполнении сложных сочетанных эндохирургических вмешательств / С.В. Галлямова, В.Г. Ширинский, Э.А. Галлямов и др. // *Эндоскопическая хирургия*. — 2008. — № 1. — С. 3035.

20. Гостищев В.К. Дифференциальная тактика лечения гнойного холангита у больных острым холециститом / В.К. Гостищев, А.В. Кириллин, А.С. Воротынцев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2004. – N 2(9). – С. 118.

21. Данилов С.А. Современные тенденции в лечении холецистохоледохолитиаза / С.А. Данилов, Н.Ю. Коханенко, А.Л. Иванов // *Вестник СПбГУ*. – 2011. – N 3. – С. 52-60.

22. Деговцов, Е.Н. Одноэтапное минимально инвазивное оперативное лечение больных холецистохоледохолитиазом: дис. д-ра мед. наук: 14.01.17/Деговцов Евгений Николаевич. - Новосибирск, 2011. – 234 с.

23. Дурлештер В.М. Комплексное применение эндоскопических вмешательств при механической желтухе / Дурлештер В.М., Габриель С.А., Гучетль А.Я. и др. // *Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского* - 2017.- № 1.- С. 101-102.

24. Евтихова Е.Ю., Шурыгин С.Н., Грачев И.С. и др. Симультаные операции при патологии органов брюшной полости и послеоперационных вентральных грыжах // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. — 2006. — № 3. — С. 4445.

25. Жанабекова А.К. Информативность ультразвукового исследования при диагностике желчнокаменной болезни / А.К. Жанабекова // *Вестник КазНМУ*. – 2014. – N 2. – С. 4.

26. Загидуллина Г.Т. Современные технологии в диагностике холедохолитиаза / Г.Т. Загидуллина, А.И.

Курбангалеев // Практическая медицина. – 2015. – N 4-2(89). – С. 45-49.

27. Иванов В.В. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением / В.В. Иванов, К.В. Пучков // Вестник национального медикохирургического центра им. Н.И. Пирогова. — 2011. — № 4. — С. 6569.

28. Кадыров З.А., Алиев З.О., Муродов А.И. и др. Некоторые результаты симультанных лапароскопических операций при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Альм. института хирургии им. А.В. Вишневского № 2 2017 г. Первый Съезд хирургов Центрального федерального округа Российской Федерации – Рязань, 27-29 сентября 2017. – С. 387.

29. Каримов, Ш.И., Хакимов, М.Ш., Адылходжаев, А.А., Рахманов, С.У., Хасанов, В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периампулярными опухолями //Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 20. – №. 3. – С. 68-74.

30. Касымов Ш.З., Курбаниязов З.Б, Давлатов С.С. Непрямая электрохимическая оксигенация плазмы при холемическом эндотоксикозе //Матер. III съезда хирургов Юга России. – Астрахань – 2013 - С.120.

31. Котельникова Л.П. Хирургическая тактика при повреждениях внепеченочных желчных протоков / Л.П. Котельникова, И.Г. Бурнышев, О.В. Баженова // Пермский медицинский журнал. – 2014. – N 4. – С. 26-32.

32. Красильников Д.М. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии / Д.М. Красильников, Д.М. Миргасимова, А.В. Абдульянов, Р.Р. Шигабутдинов, А.В. Захарова // Практическая медицина. – 2016. – N 4 (96). – С. 110-113.

33. Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А., Аскарлов П.А. Совершенствование лечебно-диагностической тактики при



ранних билиарных осложнениях после холецистэктомии // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 13-3 (91).

34. Курбаниязов З.Б., Аскараров П.А. Анализ результатов хирургического лечения больных с повреждениями магистральных желчных протоков // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2018. – №. 1. – С. 94-100.

35. Левченко Н.В. Лечение малоинвазивным способом доброкачественного стеноза большого дуоденального сосочка / Н.В. Левченко, В.В. Хрячков, Р.Р. Шавалиев, Д.П. Кислицин // Медицинский совет. – 2018. – № 14. – С. 118-123.

36. Лещенко И.Г., Александров И.К., Каплан Б.И. и др. Малоинвазивные симультанные операции у пожилых пациентов с хроническим калькулезным холециститом // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – № 4 (9). – С. 23–27.

37. Лукичев Р.И. Современный подход в ранней диагностике и лечении холедохолитиаза / Р.И. Лукичев, В.А. Кащенко, Е.Г. Солоницын, Н.Н. Лебедева // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. – 2015. – № 2(10). – С. 758-759.

38. Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Запорожцев Д.А. и др. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств // Эндоскопическая хирургия. — 2005. — № 2. — С. 2529.

39. Майстренко Н.А., Берлев И.В., Басос А.С., Басос С.Ф. Симультанные эндовидеохирургические вмешательства при заболеваниях матки и придатков, сочетающихся с неосложненными формами желчекаменной болезни // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008 – № 3 (57). – С. 18–23.

40. Михин А.И., Орлов С.Ю., Василенко К.В., Сажин А.В. Эндоскопическое лечение пациентов старческого возраста со сложным холедохолитиазом // Эндоскопическая хирургия. – 2019. – Т. 25. – №. 1. – С. 53-60.

41. Мирзабеков С. Г. Оптимизация результатов лечения холангита у пациентов с механической желтухой // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с

ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2018. – Т. 8. – №. 4.

42. Назаренко П.М. Наш опыт хирургического лечения острого билиарного панкреатита / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, Т.А. Самгина, Ю.В. Канищев // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2017. – N 4. – С. 57-66.

43. Назиров Ф.Г., Акилов Х.А., Акбаров М.М. Тактика лечения больных с механической желтухой, осложненной холангитом и печеночной недостаточностью // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. №2. С. – 117-118.

44. Назиров, Ф.Г., Туракулов, У.Н., Акбаров, М. М., Саатов, Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей //Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24. – №. 5. – С. 7-9.

45. Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р., Байбеков Р.Р. Особенности течения острого билиарного панкреатита // Хирургия Узбекистана 2019. №1. Стр. 326.

46. Огородник П.В. Возможности транспапиллярных и лапароскопических методов лечения холедохолитиаза / П.В. Огородник, А.Н. Литвиненко, В.В. Беляев, А.Г. Дейниченко // Клін. хірургія. – 2011. – N 3. – С. 12–17.

47. Охотников О.И. Транспапиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – N 1(16). – С. 58-62.

48. Павлей Д. С. Интервенционная ЭРХПГ при конкрементах желчных протоков //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2020. – Т. 10. – №. 11. – С. 288-298.

49. Протасов А.В., Шемятовский К.А., Рогачев М.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия и симультанные операции на ее основе // Альм. института хирургии имени А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России. – Москва, 17-19 февраля 2015 г. Тезисы 362.



50. Пулатова С.Ш., Эргашева Ш.Ш. Аспекты диагностики и лечении заболеваний желчных путей //Ежемесячный международный научный журнал «United-Journal» № 23/2018. – С. 13.
51. Рахматуллаев Р.Х., Рахматуллаев А.Р., Рахматуллаева Ф.Р. и др. Лапароскопические симультанные операции: методика выбора при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Альм. института хирургии имени А.В. Вишневского XVIII Съезд Общества эндоскопических хирургов России. – Москва, 17-19 февраля 2015 г. Тезисы 108.
52. Святненко А.В. и др. Антеградная декомпрессия билиарного тракта у больных острым холангитом в многопрофильном стационаре скорой помощи //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. – 2018. – Т. 13. – №. 2.
53. Селезнева Э.Я. Алгоритм диагностики и лечения желчнокаменной болезни / Э.Я. Селезнева, Е.В. Быстровская, Ю.Н. Орлова // Российский медицинский журнал. – 2015. – N 13. – С. 1-16.
54. Скульский С.К. Лапароскопическая холецистэктомия: современный взгляд на предоперационную диагностику холедохолитиаза / С.К. Скульский, В.А. Кащенко, А.А. Лойт, Е.Г. Солоницын // Вестник СПбГУ. – 2015. – N 1. – С. 65–71.
55. Смыков В.С., Гриднева Т.П. Перспективы использования микрохирургического шва при оперативном лечении острого гнойного холангита //Научное сообщество студентов XXI столетия. Естественные науки. – 2020. – С. 48.
56. Стрижелецкий В. В., Рутенбург Г. М., Шмидт Е. В. и др. Симультанные эндовидеохирургические операции у больных хроническим калькулезным холециститом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Pacific Med. J. — 2008. — № 1. — P. 43 – 45
57. Стяжкина С. Н., Рублев А. А. Обострение хронического калькулезного холецистита. Холангит. холедохолитиаз. клинический случай //Modern Science. – 2021. – №. 3-2. – С. 323-327.

58. Тарасенко С.В. Распространенность осложненных форм желчнокаменной болезни / С.В. Тарасенко, О.В. Зайцев, Д.О. Тюленев, В.А. Юдин, А.А. Копейкин, А.А. Натальский, А.Ю. Богомоллов, А.С. Кузнецова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – № 2(6). – С. 218-224.

59. Унанян Д.А. Симультанные операции (история вопроса, дефиниции, классификация) // Медицинская наука Армении. – 2016. – № 1. – С. 34–42.

60. Усманов, У.Д. Эндоскопические вмешательства и сорбционноантиоксидантная терапия при холангите / Усманов У.Д., Зияев Ш.А., Эганов С.Ш. и др. // Тезисы XII съезда хирургов России.- Альманах Инс-та хирургии им. А.В.Вишневского.- 2015.- № 2.- С. 241.

61. Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н. Транспапиллярные эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих протоков при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом // Шошилич тиббиёт ахборотномаси 2017. №4х. С. 69.

62. Хаджибаев А.М. Малоинвазивные вмешательства при остром холецистите, осложнённом механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста / А.М. Хаджибаев, Ш.К. Атаджанов, Б.Б. Хакимов // Вестник хирургии. – 2007. – № 3. – С. 66-68.

63. Хаджибаев Ф. А. и др. Лечение осложнений чрескожных чреспеченочных вмешательств в условиях экстренного стационара // Скорая медицинская помощь. – 2019. – Т. 20. – №. 2. – С. 51-55.

64. Халидов О.Х., Гудков А.Н., Акопян В.С. Симультанные лапароскопические операции в абдоминальной хирургии // Альм. института хирургии им. А.В. Вишневского – 2017. – № 1. Тезисы национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ 4-7 апреля 2017, Москва. – С. 1402–1403.

65. Хнох Л.И., Фелтшинер И.Х. Симультанные операции в брюшной полости // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1976. – № 4. – С. 75–79.



66. Чарышкин А.Л. Малоинвазивное хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью / А.Л. Чарышкин, К.И. Бикбаева // Ульяновский медико-биологический журнал. – 2015. – N 3. – С. 56-65.
67. Шулутко А.М. Минимально инвазивные операции при холецистохоледохолитиазе / А.М. Шулутко, В.Г. Агаджанов, А.Г. Натрошвили, И.Г. Натрошвили // Анналы хирургической гепатологии. – 2013. – N 1(18). – С. 38- 41.
68. Эпштейн А.М. Эндосонография в диагностике холедохолитиаза / А.М. Эпштейн, Б.Л. Дуберман, С.М. Дыньков, В.Н. Поздеев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2014. – N 10 (110). – С. 33-37.
69. Ajlan M. Detectability of choledocholithiasis on CT: The effect of positive intraduodenal enteric contrast on portovenous contrast-enhanced studies / M. Ajlan, L. Stein, E. Kao, G. Artho, [et al] // The Saudi Journal of gastroenterology. – 2015. N 5. – P. 306-312
70. Alexakis N. Meta-analysis of one- vs. two-stage laparoscopic/endoscopic management of common bile duct stones/ N. Alexakis, S. Conno // HPB (Oxford). – 2012. – N 14(4). – P. 254–259.
71. Anand G. Factors and Outcomes Associated with MRCP Use prior to ERCP in Patients at High Risk for Choledocholithiasis / G. Anand [et al.] // Canadian journal of gastroenterology & hepatology. – 2016. – doi:10.1155/2016/5132052
72. Bansal V. Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: a randomized controlled trial / V. Bansal, M. Misra, K. Rajan [et al.] // Surg Endosc. – 2014. – N 28. – P. 875-885.
73. Cao J. Risk factors for post-ERCP cholecystitis: a single-center retrospective study / J. Cao, C. Peng, X. Ding [et al.] // BMC Gastroenterol. – 2018. – N 18(1). – P. 128.
74. Costache M.-I. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: From the past to the future / M.-I. Costache, S. Iordache,

J. Karstensen, [et al.] // Endoscopic ultrasound. – 2013. – N 2(2). – P. 77-85.

75. De Castro V., Moura E., Chaves D., et al. Endoscopic ultrasound versus magnetic resonance cholangiopancreatography in suspected choledocholithiasis: A systematic review / V. De Castro, E. Moura, D. Chaves, [et al.] // Endosc Ultrasound. – 2016. – N 5(2) – P. 118–128.

76. Deo K. Laparoscopic Choledochotomy in a Solitary Common Duct Stone: A Prospective Study / K. Deo, S. Adhikary, S. Khaniya, V. Shakya, C. Agrawal // Minim Invasive Surg. – 2018. – P. 5.

77. Harewood G. Cost analysis of magnetic resonance cholangiography in the management of inoperable hilar biliary obstruction / G. Harewood, T. Baron // American Journal of Gastroenterology. – 2019. – N 5(97). – P. 1152-1158.

78. Issa H. Successful Treatment of Mirizzi's Syndrome Using SpyGlass Guided Laser Lithotripsy / H. Issa, B. Bseiso, F. Almousa, A. Al-Salem // Gastroenterology Res. – 2018. – N 5(4). – P. 162–166.

79. Lee T. Endoscopic treatments of endoscopic retrograde cholangiopancreatography-related duodenal perforations / T. Lee, J. Han, S. Park // Clin Endosc. – 2013. – N 46(5). – P. 522–528.

80. Mattilla A. Cost-analysis and effectiveness of one-stage laparoscopic versus two-stage endolaparoscopic management of cholecystocholedocholithiasis: a retrospective cohort study / A. Mattilla, M. Johanna, K. Ilmeo // BMC Surgery. – 2017. – N 17(79). – doi: 10.1186/s12893-017-0274-2.

81. Qiu Y. Is preoperative MRCP necessary for patients with gallstones? An analysis of the factors related to missed diagnosis of choledocholithiasis by preoperative ultrasound / Y. Qiu, Z. Yang, Z. Li, W. Zhang, D. Xue // BMC Gastroenterol. – 2015. – N 15(158). – P. 1-8.

82. Taki-Eldin A. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients with gallstone disease at a secondary level care hospital / A. Taki-Eldin, A. Badawy // Arq Bras Cir Dig. – 2018. – N 31(1). – P. 1347.



83. Wang D. Gallstones: recent advance in epidemiology, pathogenesis, diagnosis and management / D. Wang, P. Portincasa // New York: Nova Biomedical. – 2017. – P. 1–676.

## СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ:

<b>АД</b>	артериальное давление
<b>ЖКТ</b>	желудочно-кишечный тракт
<b>ИБС</b>	ишемическая болезнь сердца
<b>ИВЛ</b>	искусственная вентиляция легких
<b>ИМТ</b>	индекс массы тела
<b>КЖ</b>	качество жизни
<b>КТ</b>	компьютерная томография
<b>МЛХЭ</b>	минилапаротомная холецистэктомия
<b>ОРИТ</b>	отделение реанимации и интенсивной терапии
<b>ПО</b>	периоперационные осложнения
<b>САК</b>	синдром абдоминальной компрессии
<b>СО</b>	симультанная операция
<b>СХЗ</b>	сочетанные хирургические заболевания
<b>ТЭЛА</b>	тромбоэмболия легочной артерии
<b>УЗИ</b>	ультразвуковое исследование
<b>ЧДД</b>	частота дыхательных движений
<b>ЦНС</b>	центральная нервная система
<b>ЭКГ</b>	электрокардиография
<b>ASA</b>	классификация Американского общества анестезиологов
<b>SOFA</b>	оценка органной недостаточности, риска смертности и сепсиса (Sequential Organ Failure Assessment)



Шербеков Улугбек Ахрарович  
Курбаниязов Зафар Бабажанович  
Мардонов Бобошер Амирович

**СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Монография

ISBN 978-9943-8384-5-1

Издательство, «Самаркандский государственный  
институт иностранных языков» – 2022  
Адрес: 140104, г. Самарканд, ул. Бустонсарой, д. 93.

Редактор: Г.Рахимова  
Корректор: З. Усманова  
Тех.редактор: Ш. Абдурахимов

Потверждение издательство:  
№ 1243-7560-5999-432с-2125-1811-8655

Подписано в печать 20.06.2022 г.  
Формат бумаги 60x84 1/16. Бумага офсетная. Объем 5,4 п.л.  
Отпечатано офсетным способом. Тираж 100 экз. Заказ №97.

---

Отпечатано в типографии СамГИИЯ.  
Адрес: г. Самарканд, ул. Бустонсарой, д. 93.

ISBN 978-9943-8384-5-1



9 789943 838451