

УДК: 617.5-089

## ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



Медетбеков Мухтар Набиевич

Медицинский институт Каракалпакстана, Республика Узбекистан, г. Нукус

### ҚОРИН БЎШЛИГИНИНГ БИРЛАШГАН ПАТОЛОГИЯСИДАГИ СИМУЛТАН ОПЕРАЦИЯЛАРИДА ЭНДОВИДЕОЖАРРОҲЛИК ТЕХНИКАНИ ЖОРИЙ ЭТИШ ИМКОНИЯТЛАРИ

Медетбеков Мухтар Набиевич

Қорақалпоғистон тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Нукус ш.

### POSSIBILITIES OF INTRODUCTION OF ENDOVIDEOSURGICAL TECHNIQUE IN SIMULTANEOUS OPERATIONS OF COMBINED PATHOLOGY OF THE ABDOMINAL CAVITY

Medetbekov Mukhtar Nabievich

Karakalpakstan Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Nukus

e-mail: [info@kkmeduniver.uz](mailto:info@kkmeduniver.uz)

**Резюме.** Мақолада тадқиқот натижалари ва дунё олимларининг қорин бўшлиғи органларининг бирлашган патологиясида амалга оширилган эндовидеожарроҳлик аралашувлар ҳақидаги қарашлари муҳокама қилинади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, қорин бўшлиғи касалликларининг биргалашиб келиши жуда кенг тарқалган ва 2,8 дан 63% ни ташкил этади. Бир вақтнинг ўзида икки ёки ундан ортиқ алоҳида патологиялар мавжуд бўлганда, бу ҳолат жарроҳлик даволанишини талаб қилса, бу ўз-ўзидан симулан аралашувга кўрсатма бўлади, ва беморлар анестезиологик ёрдамнинг асоратлари, шунингдек, психик ва органик жарроҳлик травма хавфига дуч келмайди. Замонавий видеолaparоскопик техникаси кенг кесмаларга таянмасдан, қорин бўшлиғи, чаноқ ва қорин парда орти органларининг бирлашган икки ёки ундан кўп операцияларини амалга ошириш имконини беради. Шу муносабат билан, минимал инвазив усуллар учун кўрсатмаларни янада ўрганиш ва иложи бўлса, кенгайтириш ва аниқ қариш курсатмаларини ишлаб чиқиш долзарб масала бўлиб қолмоқда.

**Калит сўзлар:** симулан операциялар, бирлашган патологиялар, видеолaparоскопик техника.

**Abstract.** The article discusses the results of research and the views of world scientists on endovideosurgical interventions performed in the combined pathology of abdominal organs. According to various authors, the combination of diseases of the abdominal cavity is quite common and ranges from 2.8 to 63%. In the presence of two or more separate pathologies at the same time, requiring surgical treatment is in itself an indication for simultaneous intervention, however, patients will not be exposed to the risk of complication of anesthetic aids as well as mental and organic surgical trauma. Modern video laparoscopic technique allows performing combined two or more operations on the organs of the abdominal cavity, pelvis and retroperitoneal space, without resorting to extensive incisions. In this regard, further study and, if possible, expansion of indications and the development of specific contraindications for minimally invasive methods is relevant.

**Keywords:** simultaneous operations, combined pathologies, videolaparoscopic technique.

**Введение.** Научно-технологический прогресс в медицине обусловил применение новых технологий в диагностировании и лечении хирургических патологий внутренних органов, в частности, способствовал тенденции к использованию малотравматичных методов оперативных вмешательств, в том числе при сочетанных хирургических патологиях [1,4,13].

По данным ВОЗ 1985 года, у 25–30 % больных, которым требуется хирургическое вмешательство, диагностируются дополнительно одно или несколько заболеваний для оперативного лечения. Сочетание заболеваний органов брюшной полости выявляется довольно часто и составляет, по информации разных авторов, от 2,8 до 63 % [3,8]. Тем не менее, при наличии практических возможностей для достижения максимального

медико-социального эффекта в лечении больных данной категории, до настоящего времени симультанные оперативные вмешательства производятся лишь у 1,5–6 % таких пациентов [10].

Столь низкий показатель объясняется, прежде всего, традицией несмелого отношения к расширению объёма оперативного вмешательства с целью минимизации операционно-анестезиологического риска, что имело прочные позиции до 80–90-х годов прошлого века и, в первую очередь, была обусловлена несовершенством анестезиологического (мониторного, дыхательного и наркозного) оборудования. Увеличение длительности операции в условиях общей анестезии с искусственной вентиляцией лёгких более 3 ч имело статистически достоверные негативные последствия [6,23].

Однако опыт последних лет показывает, что симультанные лапароскопические операции являются одними из самых обширных и сложных в хирургической практике. Они обладают следующими преимуществами: одновременная коррекция двух или более хирургических заболеваний при малых сроках госпитализации и реабилитации, хорошем косметическом эффекте и минимизацией послеоперационных осложнений [13].

Современная видеолапароскопическая техника позволяет выполнять сочетанные две и более операции на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, избегая обширных разрезов, ограничиваясь только введением 3–5 троакаров. Согласно опыту, расширение объёма операций в случае симультанного лапароскопического вмешательства может быть несомненно оправдано, если позволяет соматический статус пациента и без серьезных осложнений в этап операции по поводу основного заболевания. При наличии у больного конкурирующих заболеваний, показания к проведению симультанных лапароскопических операций могут быть расширены [5,22].

Доказано, что качество жизни больных, перенесших видеоэндоскопическую операцию, гораздо лучше, чем у больных, получивших традиционное хирургическое лечение. Исследование качества жизни позволяет по-новому взглянуть на проблему эффективности лечения того или иного заболевания – не со стороны врача, а со стороны пациента. Оценка качества жизни, проведенная самим больным, является ценным и надежным показателем его общего состояния. Данные о качестве жизни наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить полную и объективную картину болезни [14,18].

В последние годы появилась возможность выполнения операций с использованием роботизированных хирургических комплексов. Однако,

по данным ряда авторов, процент осложнений при традиционных и лапароскопических операциях примерно одинаков [24].

В работах Ал.А.Курьгина и В.В.Семенова, анализ клинического материала показал, что продолжительность анестезии при «больших» симультанных вмешательствах на желудке ( $241,4 \pm 11,5$  мин) и толстой кишке ( $204,2 \pm 16,7$  мин) незначительно превышает соответствующий показатель при аналогичных изолированных операциях на желудке ( $220,5 \pm 17,2$  мин) и толстой кишке ( $198,0 \pm 17,2$  мин). Длительность общего обезболивания при симультанных вмешательствах среднего объёма ( $159,6 \pm 7,3$ ) мин хотя и оказалась намного больше, чем при аналогичных изолированных операциях ( $86,5 \pm 8,8$ ) мин, но при этом осталась в пределах той же ценовой категории — «анестезия до 3 ч». Таким образом, расходы на общее обезболивание при симультанных вмешательствах любого объёма не превышают стоимость анестезии при аналогичных изолированных операциях по поводу основного заболевания. Следовательно, затраты на анестезиологическое обеспечение второго вмешательства по поводу сочетанной патологии при двухэтапном лечении составляют существенную часть экономической выгоды симультанных операций. В послеоперационном периоде рассчитывались расходы на обезболивание, анализы крови и мочи, контрольные инструментальные исследования (УЗИ и обзорная рентгенография груди). Обезболивание после «больших» симультанных вмешательств на желудке и толстой кишке, а также после аналогичных изолированных операций в контрольной группе наблюдений обеспечивалось длительной эпидуральной блокадой в течение  $4,2 \pm 0,2$  суток, нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС) и спазмолитическими препаратами. Анализ клинического материала показал, что суммарные дозы анальгетиков и спазмолитиков оказались одинаковыми в основных и соответствующих им контрольных группах наблюдений. Следовательно, экономическая эффективность симультанных вмешательств включает в себя стоимость обезболивающих средств, затраченных после второй операции при двухэтапном лечении. Все симультанные операции большого объёма выполнены в плановом порядке [1].

В отличие от экстренной хирургии при многих плановых оперативных вмешательствах есть все возможности для выполнения сочетанных операций. Больного необходимо всесторонне обследовать, в том числе и в отношении заболевания, требующего выполнения сочетанного этапа операции. Показания к удалению этого органа или его хирургической коррекции должны быть достаточно вескими, в том числе и в неожиданной

для хирурга ситуации. При соблюдении этих условий возможно выполнение уникальных по сложности и объему плановых сочетанных операций в различных полостях и анатомических областях [13].

Наиболее сложны экстренные симультанные операции, которые производятся в условиях перитонита у неподготовленных, ослабленных больных. В подобной ситуации первоочередной задачей является спасение жизни больного. Поэтому в условиях неотложной хирургии большинство авторов рекомендуют разделять оперативное вмешательство на два этапа, ограничить число сочетанных операций, производить их только по строгим, абсолютным показаниям. Такие показания имеют место при одновременно и независимо друг от друга возникновении двух острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [15,17,19].

Большую сложность вызывают юридические и организационные вопросы симультанных операций, что является тормозом в расширении показаний к ним. Благоприятный исход экстренных операций зависит от правильного формирования операционной бригады либо привлечения специалистов другого профиля, которые подключаются в случае необходимости в ходе вмешательства [7].

Преимущества сочетанных вмешательств обоснованы, доказаны и представлены в литературе. Во-первых, пациент избавляется от 2, а иногда и 3 заболеваний, основное из которых, как правило, представляет непосредственную угрозу жизни или здоровью пациента, а сопутствующая патология чревата непредсказуемым развитием хотя бы одного или даже нескольких опасных осложнений. Следовательно, хирургическое лечение оказывается «вдвойне своевременным». Во-вторых, одновременное устранение сопутствующего заболевания органов живота исключает все возможные технические трудности и осложнения, которые обусловлены спаечным процессом и могут возникнуть во время второй операции при этапном лечении больного. Это обстоятельство особенно актуально, если второе вмешательство планируется выполнить лапароскопически. Третьим и очень важным в современных условиях преимуществом является высокая экономическая эффективность симультанного хирургического лечения, которое исключает повторную госпитализацию с обязательным объемом дооперационного обследования, а в некоторых случаях и предоперационной подготовки. Кроме того, показатели койко-дня при сочетанных вмешательствах намного меньше общей продолжительности госпитализации при двухэтапном лечении. И наконец, необходимо отметить, что любая операция является сильным стрессовым фактором для каж-

дого пациента, и ожидание очередной госпитализации сопровождается выраженным психологическим дискомфортом и даже страхом. Нередки случаи, когда больные под разными предложениями уклоняются от второго вмешательства, а при отсутствии существенных жалоб и вовсе отказываются от него. В этом отношении симультанные операции обладают ещё одним важным преимуществом. При наличии одновременно двух и более отдельных патологий, требующих хирургического лечения само по себе является показанием для одномоментного вмешательства, тем не менее больные не будут подвергаться к риску осложнения анестезиологического пособия также психической и органической оперативной травме. В этой связи дальнейшее изучение и по возможности расширение показаний и разработка конкретных противопоказаний является актуальным [2,4,11,12,16,25,26,27].

**Заключение.** Таким образом, применение эндовидеохирургической техники при симультанных операциях сочетанной патологии брюшной полости позволит добиться значительных положительных результатов с точки зрения хирургической практики и поможет существенно избежать финансовых и временных издержек. Дальнейшее изучение разработки конкретных показаний и противопоказаний, решение юридических и организационных вопросов при симультанных операциях сочетанной патологии брюшной полости остается актуальным.

#### Литература:

1. Али Бикай Рами Абдель Азиз. Оценка результатов симультанных абдоминальных операций: Дис. ... канд. мед. наук.- Ярославль, 2009. -109с.;
2. Альтмарк Е.М. Симультанные лапароскопические операции // Вестник хирургии.- 2007.-№4. – с.111-112;
3. Байрамов Н.Ю., Гадилова А.С. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии //Эндоскопическая хирургия. -2009. -№ 5. -С.17-20;
4. Батвинков Н.И., Кояло И.К., Горелик П.В. Абдоминальные симультанные операции // Здоровоохран. Белоруссии. -1998. -№ 1.- С.29–31;
5. Баулина Н.В., Баулина Е.А. Выбор доступа при симультанных операциях в гинекологии // Эндоскоп. Хирургия (приложение).- 2003.- С.12;
6. Бунатян А.А., Буров Н.Е., Гологорский В.А. и др. Руководство по анестезиологии. - М.: Медицина, 1994. - 655с.;
7. Галимов О.В., Зиганшин Д.М., Туйсин С.Р. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий //Эндоскопическая хирургия.- 2012.-№3.-с.25-28;

8. Галимов О.В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И., Галлямов Э.А. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни // Вестник хирургии. - 2002.- № 1. - С.82–86;
9. Гордеев С.А. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств // Эндоскоп. хир.-2006.- № 10.- С. 66–68;
10. Дыхно Ю.А. Симультанные операции при раке лёгкого // Сибирск. онкол. журн. -2009.- № 1.- С. 83–85;
11. Кадыров З.А. Лапароскопические ретроперитонеальные операции в урологии. – М.: Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2017. – 483с.;
12. Курыгин А.А., Семенов В.В., Социально-экономические аспекты симультанных операций на органах живота // Вестник хирургии. - 2016.- т.175. - №3.- с.100-105;
13. Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д., Агейчев В.А., Борушко М.В. Сочетанные хирургические заболевания в хирургической практике // Хирургия.- 1983.-№ 12. - С.32–68;
14. Новик А.А. Исследования качества жизни в медицине // А.А.Новик, Т.И. Ионова. – М., «Просвещение», 2007.- 320с.;
15. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии.—М., «Мед-практика», 2005.- 168с.;
16. Рутенберг Г.М., Стрижелецкий В.В., Альтмарк Е.М., Жемчужина Т.Ю. Одномоментная коррекция заболеваний органов малого таза у женщин эндовидеохирургическим методом // Журнал акушерства и женских болезней. -2007. - №2.- С.219-220;
17. Стрижелецкий В.В., Альтмарк Е.М., Жемчужина Т.Ю. Симультанные лапароскопические операции на органах малого таза и передней брюшной стенки // Тихоокеанский медицинский журнал.- 2007.- № 4.-с.33;
18. Ходаков В.В., Копылов Ф. Н., Ранцев М.А. Плановые сочетанные операции при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта // Вестн. хир.—1993.—№ 5.—С. 24–3
19. Fox A.D., Dowling B.L., Cobb R., Baigrie R.J. Peroperative cholangiography through the gallbladder (cholecystocholangiography) during laparoscopic cholecystectomy // Surg. Laparosc. Endosc. -1996.- vol. 6.- № 1.-P.22–25;
20. Harmon G.D., Senagore A.J., Kilbride M.J. Interleukin-6 response to laparoscopic and open colectomy // Dis. Colon Rectum. -1994.-Vol. 37.- № 8.- P.754–759;
21. Hesse U. The laparoscopic pancreas resection // Zentrablatt fur Chirurgie. -2006. -Vol. 131.- № 2.- P.162–166;
22. Kamer E., Unalp H.R., Derici H. et al. Laparoscopic chole cystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair: a retrospective study // J. Postgrad. Med.- 2007. -Vol. 53.- № 3.- P.176–180;
23. Mc Sherry C. K., Glenn F. Biliary tract surgery concomitant with other intra-abdominal operations // Ann.Surg. -1981. -Vol.193.- № 2.- P.169–175;
24. Thompson J.S., Philben V.J., Hodgson P.E. Operative management of incidental cholelithiasis // Am. J. Surg. -1984.- Vol.148.- № 6.- P.821–824.

**ВОЗМОЖНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ  
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ПРИ  
СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ СОЧЕТАННОЙ  
ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Медетбеков М.Н.

***Резюме.** В статье рассматриваются результаты исследования и мнения мировых ученых об эндовидеохирургических вмешательствах проводимых при сочетанной патологии органов брюшной полости. По данным разных авторов сочетание заболеваний органов брюшной полости встречается достаточно часто и составляет от 2,8 до 63 %. При наличии одновременно двух и более отдельных патологий, требующих хирургического лечения само по себе является показанием для одномоментного вмешательства, тем не менее больные не будут подвергаться к риску осложнения анестезиологического пособия также психической и органической оперативной травме. Современная видеолапароскопическая техника позволяет выполнять сочетанные две и более операции на органах брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, не прибегая к обширным разрезам. В этой связи дальнейшее изучение и по возможности расширение показаний и разработка конкретных противопоказаний малоинвазивным методам является актуальным*

***Ключевые слова:** симультанные операции, сочетанные патологии, видеолапароскопическая техника.*