

УДК 617.55+618.1]-089.87-072.1

*В.В. Стрижелецкий, Е.М. Альтмарк,
Т.Ю. Жемчужина*

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА И ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Санкт-Петербургский городской центр
эндовидеохирургии и гинекологии Елизаветинской
больницы

*Ключевые слова: эндовидеохирургия, лапароскопия,
симультанные операции.*

Отличительной чертой нашего столетия является бурное развитие новых технологий. Так, из сочетания достижений в медицине, физике и кибернетике развилось новое направление медицины — эндоскопия. Ее появлению предшествовал целый ряд открытий в области медицинской техники, разработка и апробация нового инструментария и видеоскопического оборудования. Оценив по достоинству возможности лапароскопических вмешательств, хирурги вернулись к проблеме симульных операций. Хирургическая тактика при лечении двух и более заболеваний одновременно разрабатывалась давно, однако ее развитие сдерживалось травматичностью вмешательств и оперативного доступа, которые негативно влияли на ближайшие результаты лечения [1, 4, 7, 13]. Улучшение диагностических возможностей практической медицины, совершенствование анестезиологического и реанимационного обеспечения операций и раннего послеоперационного периода, широкое внедрение ультразвука, электрокоагуляции, сшивающих аппаратов и других технических средств, позволяющих производить оперативное вмешательство менее травматично и менее продолжительно, создали реальные условия для расширения объема вмешательств и выполнения одновременно нескольких операций при сочетанных хирургических заболеваниях [2, 3, 11].

В связи с активным внедрением эндовидеохирургических технологий в хирургическую практику вопрос о симульных операциях, расширении показаний к ним стал особенно актуальным. Многочисленные исследования этой проблемы подтверждают ряд несомненных преимуществ лапароскопических методов: уменьшение травматичности, устранение риска повторного наркоза, снижение интра- и послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, снижение длительности временной нетрудоспособности, уменьшение послеоперационной летальности [6, 10]. Изначально широкое распространение получили различные гинекологические операции и операции на желчных путях, большую часть плановых симульных вмешательств состав-

ляли операции, основным этапом которых являлась лапароскопическая холецистэктомия.

В настоящее время одним из важных направлений эндовидеохирургии является герниопластика [8]. Это связано с тем, что заболеваемость грыжами передней брюшной стенки превышает 50 случаев на 10 000 населения. Ежегодно в России она выполняется примерно у 180 тысяч пациентов, в США проводится более 500 тысяч операций грыжесечения, что составляет почти 15% всех общехирургических вмешательств [5, 13].

За период с 2003 по 2005 г. в Санкт-Петербургском городском центре лапароскопической хирургии и гинекологии Елизаветинской больницы произведено 233 симульных лапароскопических операций — 88 мужчин (37%) и 145 женщин (65%). Средний возраст пациентов — $45 \pm 9,6$ года. В 85 случаях (36,5%) выполнены симульные операции на органах малого таза, в 52 (30,2%) — симульные операции, основным этапом которых являлась лапароскопическая предбрюшинная герниопластика паховых грыж. Протезирующая герниопластика сочеталась с пластикой пупочных грыж в 25 случаях (47,2%), с гинекологическими операциями — в 9 (17,3%). В 10 наблюдениях (19,2%) герниопластика сопровождалась рассечением спаек, возникших в результате ранее перенесенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, 3 пациентам (5,7%) выполнена лапароскопическая аппендэктомия по поводу хронического аппендицита, в 5 случаях (9,6%) проведена лапароскопическая операция типа Иванисевича в связи с варикоцеле.

Большинство пациентов (94,3%) оперированы в плановом порядке. Больным, поступавшим в стационар с ущемлением паховой грыжи, которая во время транспортировки самопроизвольно вправилась в брюшную полость, уточнение характера основного и диагностика сочетанного заболевания проводилась в стационаре. В дальнейшем все они были оперированы в плановом порядке.

Определение очередности этапов симульной операции происходило в соответствии с принципом асептичности, т.е. первым выполнялось вмешательство на менее инфицированном органе. Так, при сочетании герниопластики с гинекологическими операциями и аппендэктомией первым этапом проводилась герниопластика. Наличие сочетанных заболеваний органов нижнего этажа брюшной полости и малого таза позволяло осуществить одномоментную хирургическую коррекцию, не изменяя положения больного на операционном столе, расстановки операционной бригады и практически не прибегая к дополнительным доступам. При симульных вмешательствах на органах нижнего этажа брюшной полости и малого таза пациент на операционном столе располагается в положении Тренделенбурга с головным концом, опущенным на 30°. Операционная бригада, как правило, состояла из хирурга, ассистента

(хирурга либо гинеколога) и операционной сестры. Хирург располагался со стороны, противоположной грыже, напротив него — ассистент и операционная сестра. Мониторы находились по обеим сторонам от ног пациента, при использовании одного монитора — со стороны, противоположной хирургу [4, 12].

Расположение троакаров зависело от локализации грыжи и этапа вмешательства. При наличии у больного пупочной грыжи этапность операции определялась ее размерами. Так, если расширение пупочного кольца превышало диаметр троакара и не позволяло наложить карбоксиперитонеум, в первую очередь выполнялась пластика грыжи, а потом устанавливался 10-миллиметровый троакар. Последующие троакары устанавливались в зависимости от этапа операции. Введение рабочих троакаров проводилось под контролем зрения. Точки введения располагались на уровне пупка, латеральнее прямых мышц живота. Со стороны грыжи использовался 5-миллиметровый троакар, с противоположной стороны — 10-миллиметровый. При сочетании правосторонней паховой грыжи, хронического аппендицита или гинекологического заболевания правых придатков, переустановка рабочих троакаров или установка дополнительных, как правило, не требовались. В случае левосторонней грыжи для выполнения симультанного этапа 5-миллиметровый троакар заменялся 10-миллиметровым. Сочетание варикоцеле и левосторонней паховой грыжи не требовало дополнительных доступов и троакаров. При таком варианте в первую очередь выполнялась операция типа Иванисевича (как менее опасный этап) [9].

На собственном материале 33 человека (14,1%) были прооперированы в экстренном порядке по поводу острого аппендицита. Большинство из них (26 человек) были женщины, поступавшие с диагнозами: острый аппендицит, внематочная беременность, апоплексия яичника, острый холецистит. Больным, поступавшим в ночное время, диагноз сочетанного заболевания в большинстве случаев был установлен интраоперационно из-за отсутствия достаточно-го предоперационного обследования. В 31 случае (79%) были проведены лапароскопическая аппендэктомия и операции по поводу острых заболеваний женских половых органов. Аппендэктомия выполнялась при первично остром воспалении отростка в 28 случаях и при вторичных его изменениях — в 3. Только у 11 женщин (4,7%) в ходе предоперационного обследования была диагностирована гинекологическая патология, послужившая причиной выполнения симультанного этапа вмешательства. Важной причиной, определяющей недостаточно высокую дооперационную диагностику острых гинекологических заболеваний, было также пренебрежение хирургами необходимостью консультации пациентки специалистом-гинекологом. В экстренной хирургии при столкновении с гинекологической патологией при ревизии органов малого таза хирур-

ги зачастую не выполняют симультанные операции, так как не всегда могут правильно оценить находку и определить показания к объему вмешательства, а привлечение консультантов требует дополнительного времени.

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.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение симультанных лапароскопических операций в условиях современной клиники имеет ряд очевидных преимуществ: избавляет больного сразу от нескольких заболеваний, устраняет риск повторных вмешательств и связанных с ними стрессовых реакций, повышает экономическую эффективность лечения.

2. Проведение симультанных эндовидеохирургических операций при сочетанной хирургической патологии является методом выбора и позволяет избежать повторных травматичных вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов. Уменьшаются суммарные сроки медицинской и социальной реабилитации больных, такие операции часто патогенетически более обоснованы и экономически эффективны.

3. Причиной низкой выявляемости сочетанных заболеваний является неполное обследование больных в предоперационном периоде, что делает необходимым расширение стандартного предоперационного обследования независимо от заболевания, по поводу которого планируется оперативное лечение.

Литература

1. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб., 2000.
2. Земляной А.Г. // Хирургия. — 1980. — № 11. — С. 24–27.
3. Поташов Л.В., Седов В.М., Фигурина Т.Д. // Вестн. хирургии. — 1987. — № 3. — С. 131–134.
4. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. — М., 2005.
5. Рутенбург Г.М., Протасов А.В. // Эндоскопическая хирургия. — 1997. — № 4. — С. 40–41.
6. Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., Гуслев А.Б., Чуйко И.В. // Хирургия. — 1995. — № 5. — С. 21–29.
7. Седов В.М., Гуслев А.Б., Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В. Лапароскопическая герниопластика при паховых и бедренных грыжах. — СПб.: Изд-во СПб-ГМУ им. акад. И.П. Павлова, 1995.
8. Седов В.М., Стрижелецкий В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика. —

- СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002.
9. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. // *Хирургия*. — 1988. — № 3. — С. 80–83.
 10. Хнох Л.И., Фельтишнер И.Х. // *Хирургия*. — 1976. — № 4. — С. 75–79.
 11. Corbitt J.D. // *Surg. Laparosc. Endosc.* — 1991. — Vol. 1. — P. 23–25.
 12. De Bord J.R. // *Postgrad. Gen. Surg.* — 1992. — Vol. 4. — P. 156–160.
 13. Fersli G. S., Massad A., Albert P. // *J. Laparoendosc. Surg.* — 1992. — Vol. 2. — P. 281–286.

Поступила в редакцию 29.03.2006.

SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC OPERATIONS ON SMALL PELVIC ORGANS AND FRONTAL ABDOMINAL WALL
V.V. Strizheletsky, E.M. Altmarm, T.Yu. Zhemchuzhina
I.P. Pavlov State Medical University of Saint Petersburg, Saint Petersburg Municipal Centre of Endovideosurgery and Gynecology of Elizabeth Hospital

Summary — The authors present treatment results of 233 patients undergone simultaneous operations in 2003–2005 in the Municipal Centre of Endovideosurgery of the Elizabeth hospital. As reported, the simultaneous operations have some advantages over the isolated ones. The authors also specify the causes of weak diagnosability of combined diseases and a required extent of pre-operative examinations to be carried out on patients seeking both elective and emergent surgical procedures.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 4, p. 32–34.

УДК 616.89-008.441.33-097

В.В. Вавренчук

ПРОТИВООРГАНЫЕ АУТОАНТИТЕЛА У НАРКОЗАВИСИМЫХ БОЛЬНЫХ, ИХ ПАРАСПЕЦИФИЧНОСТЬ И ЦИТОТОКСИЧНОСТЬ

Владивостокский государственный медицинский университет,
Приморский краевой наркологический диспансер
(г. Владивосток)

Ключевые слова: наркозависимость, аутоантитела, цитотоксичность.

В процессе иммунологического поиска противоорганных антител (АТ) у больных, страдающих наркоманией, было обнаружено несколько весьма интересных феноменов, комплексно характеризующих их возможную патогенетическую роль в организме. Первым из них явилась регистрация своеобразной параспецифичности образующихся противоорганных АТ в реакциях с антигенами здоровых тканей от трупа ничем не болевшего мужчины, погибшего в автокатастрофе, и антигенами опиатонаркотизированных органов другого мужчины, умершего от передозировки наркотика. И те и другие антигены реагировали с кровью здоровых лиц и наркоманов, зависимых не только от опия, но и других наркотиков — каннабиноидов, эфедрона, при полинаркомании.

Вторым феноменом оказалась двойная реакционная способность противоорганных АТ с антигенами клеток-мишеней — самостоятельная за счет самих АТ и усиливающаяся гомо- и гетерогенным комплементом или комплементозависимая. Третьим феноменом явилась многообразная неодинаковая выраженности цитотоксическая агрессивность противоорганных АТ. Они оказывали губительное действие на различные виды клеток периферической крови, повторяющих, как известно, антигены внутренних органов человека. И, наконец, четвертым феноменом оказалась многофункциональность разрушительного действия противоорганных АТ — от

полного лишения жизнеспособности до избирательной деструктуризации клеток.

Нас интересовали именно такие многосторонние функциональные особенности влияния противоорганных АТ на организм и клетки, что потребовало углубленного их изучения. Это и определило цель настоящего исследования.

Контингентом для проведения клинко-иммунологических исследований послужили 120 наркозависимых больных — пациентов Приморского краевого наркологического диспансера (основная группа) и 15 здоровых людей, не употреблявших наркотики (контроль). Все наркоманы были зависимы от разных наркотиков — опиатов, каннабиноидов, эфедрона, часть страдали полинаркоманией. В силу стихийности поступления контингента сформировать количественно близкие группы не удалось. Основную массу составляли опиатозависимые пациенты (98 человек), остальные были представлены в значительно меньшем числе и стали объектом вспомогательных исследований.

Материалом для изучения аутоиммунных процессов явилась кровь больных, отобранная с соблюдением всех существующих этических норм, согласно положению Медицинского комитета по этике МЗ и СР РФ от 2002 г.

Для приготовления тканевых антигенов в отличие от многих экспериментальных субстратов от животных, фигурирующих в научных публикациях [2], были использованы органы из трупов двух людей (печень, головной мозг, селезенка, легкие, сердце, почки), полученные во время судебно-медицинского вскрытия. Первый из них — здоровый мужчина, погибший в автокатастрофе, второй — наркоман, скончавшийся от передозировки опия. Тканевые антигены готовили по методу Chuolomel и Ежковой в описании Романюк [4], противотканевые АТ определяли микрометодом Seyfart [5], цитотоксичность — по S. Wegener [6] в собственной модификации [3] пофазно с использованием видов клеток-мишеней и 5 параметров их повреждаемости. Все цифровые данные были обработаны методом вариационной статистики.