

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

У.Д.Усмонов., Ш.Х.Косимов., Ф.Д.Бурхонов., М.Ш.Ниязов
Андижанский государственный медицинский институт

Для цитирования: © Усмонов У.Д., Косимов Ш.Х., Бурхонов Ф.Д., Ниязов М.Ш.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ЖКМП.-2023.-Т.1-№1.-С

Поступила: 25.02.2023

Одобрена: 26.02.2023

Принята к печати: 05.03.2023

Аннотация. До настоящего времени вопросы simultанных лапароскопических вмешательств, их обоснования, принятия тактических решений относительно объема и последовательность операций при сочетании экстренных хирургических и гинекологических заболеваний, требующих экстренных simultанных оперативных вмешательств, изучены недостаточно. Целью исследования явилось оценить возможности применения лапароскопических оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни и патологии органов малого таза в ургентной хирургии. Авторами проанализированы результаты лечения 172 больных (из которых 132 с патологией желчного пузыря и гинекологическими заболеваниями – были оперированы simultанно), лечившихся в экстренном порядке.
Ключевые слова. Желчнокаменная болезнь, гинекологические заболевания, simultанные операции, хирургическая тактика.

SHOSHILINCH JARROXLIKDA O'T TOSH KASALLIGI VA KICHIK CHANOQ A'ZOLARI PATOLOGIYALARIDA LAPAROSKOPIK OPERATIV ARALASHUVLARNI QO'LLASH IMKONIYATLARI

U.D.Usmonov., Sh.H.Kosimov., F.D.Burhonov., M.Sh.Niyazov
Andijon davlat tibbiyot instituti

Izoh: © Usmonov U.D., Kosimov Sh.H., Burkhonov F.D., Niyazov M.Sh.

SHOSHILINCH JARROXLIKDA O'T TOSH KASALLIGI VA KICHIK CHANOQ A'ZOLARI PATOLOGIYALARIDA LAPAROSKOPIK OPERATIV ARALASHUVLARNI QO'LLASH IMKONIYATLARI.KPTJ.-2023.-T.1-№1.-C

Qabul qilindi: 25.02.2023

Ko'rib chiqildi: 26.02.2023

Nashrga tayyorlandi: 05.03.2023

Izoh. Shoshilinch simultan operativ aralashuvlar talab etuvchi qo'shma o'tkir jarroxlik va ginekologik kasalliklarda simultan laparoskopik operatsiyalarni o'tkazish, ularni asoslash, operatsiyalar hajmi va ketma-ketligiga nisbatan taktik qarorlar qabul qilish kabi masalalar hozirgi kungacha yetarlicha o'rganilmagan. Tadqiqot maqsadi - shoshilinch jarroxlikda o't tosh kasalligi va kichik chanoq a'zolari patologiyalarida laparoskopik operativ aralashuvlarni qo'llash imkoniyatlarini baholashdan iborat. Mualliflar totnidan shoshilinch ravishda davolangan 172 nafar bemorlarni (shundan 132 nafarida o't pufagi va ginekologik kasalliklar bilan simultan operatsiyalar amalga oshirilgn) davolash natijalarini tahlil qiligan.
Kalit so'zlar. O't tosh kasalligi, ginekologik kasalliklar, simultan operatsiyalar, jarrohlik taktikasi.

POSSIBILITIES OF APPLICATION OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR CHOLELITHIASIS AND PATHOLOGY OF THE PELVIC ORGANS IN URGENT SURGERY

U.D.Usmonov., Sh.H.Kosimov., F.D.Burhonov., M.Sh.Niyazov
Andijan State Medical Institute

For situation: © Usmonov U.D., Kosimov Sh.H., Burkhonov F.D., Niyazov M.Sh.

POSSIBILITIES OF APPLICATION OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR CHOLELITHIASIS AND PATHOLOGY OF THE PELVIC ORGANS IN URGENT SURGERY JCPM 2023.T.1.№1.-C

Received: 25.02.2023

Revised: 26.02.2023

Accepted: 05.03.2023

Annotation. So far, the issues of simultaneous laparoscopic interventions, their justification, making tactical decisions regarding the volume and sequence of operations in case of a combination of emergency surgical and gynecological diseases requiring emergency simultaneous surgical interventions have not been studied enough. The aim of the study was to evaluate the possibilities of using laparoscopic surgical interventions for cholelithiasis and pathology of the pelvic organs in urgent surgery. The authors analyzed the results of treatment of 172 patients (of which 132 with gallbladder pathology and gynecological diseases were operated simultaneously), treated on an emergency basis.
Keywords. Cholelithiasis, gynecological diseases, simultaneous operations, surgical tactics.

Актуальность. В настоящее время сочетанная хирургическая патология у одного пациента не является казуистикой. По данным ВОЗ сочетанная патология встречаются 20-30% у больных хирургического профиля. У данного контингента больных имеется два и более сочетанных заболеваний, требующих оперативного лечения, из них лишь до 6-8% случаев выполняется simultанная операция. Одновременное хирургическое лечение двух и более заболеваний является объективной реальностью и на сегодняшний день simultаннные операции стали новым программным направлением современной абдоминальной хирургии [2,3,10].

В структуре экстрагенитальной хирургической патологии у больных с заболеваниями органов малого таза 35,1% занимают грыжи передней брюшной стенки, заболевания желчного пузыря – 27,1%, а сочетание острого аппендицита с гинекологической патологией встречается в 21,7-41% всех симультанных операций [1,4,8,9]. Среди пациенток гинекологических стационаров у 12,7-20% женщин, имеющих миому матки, выявляется желчнокаменная болезнь (ЖКБ) [2,5,6], а по данным M.Stevens et al. этот показатель составил 47,8% [11]. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) может быть произведена у гинекологических больных с неосложненной ЖКБ и является эффективным, малотравматичным, безопасным, функциональным методом лечения [3,7]. Однако, до настоящего времени вопросы их обоснования, принятия тактических решений относительно объема и этапности оперативного вмешательства при сочетании экстренных хирургических и гинекологических заболеваний, требующих экстренных симультанных оперативных вмешательств, изучены недостаточно.

Цель исследования. Оценить возможности применения лапароскопических оперативных вмешательств при желчнокаменной болезни и патологии органов малого таза в ургентной хирургии.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии и урологии Андижанского государственного медицинского института за период 2020-2023 гг. С целью выработки рационального подхода к выбору способа операции при ЖКБ и ее осложнениях, и заболеваниями органов малого таза нами были проанализированы результаты лечения 172 больных (из которых 132 с патологией желчного пузыря и гинекологическими заболеваниями – были оперированы симультанно), лечившихся в 2016-2022 годах в экстренном порядке. Всем этим пациенткам была выполнена холецистэктомия (ХЭ). Больные по методу оперативного вмешательства и по характеру операционного доступа разделены на 3 группы: Первую группу составили 72 (41,9%) пациентки с ОКХ, перенесшие лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) в сочетании с лапароскопическим гинекологическим вмешательством; Вторую группу – 60 (34,9%) пациентки с острым гинекологи-

ческим заболеванием, перенесшие лапароскопические гинекологические операции в сочетании с ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита (ХКХ); Третью группу составили 40 (23,2%) пациентки с ОКХ, перенесшие холецистэктомию (ХЭ) минилапаротомным доступом по методу клиники. Наибольшую группу больных составили женщины в возрасте от 45 до 59 лет – 87 пациентки (50,6%). Средний возраст больных составил в 1 группе 53,4±3,9 года, во 2 группе - 51,3±2,9 года, в 3 группе - 55,4±3,4 года. В первой группе основную массу составили больные с кистами яичника – 35 (48,6%). ОКХ с цистаденомой и фибромиомой матки отмечено у 10 (13,9%) пациенток соответственно, у 9 (12,5%) больных наряду ОКХ отмечали эндометриоз и у 8 (11,1%) поликистоз яичника (Таблица 1).

Таблица 1. Характер гинекологических заболеваний в первой группе.

Заболевания	Всего:	
	abs	%
Киста правого яичника	22	30,6
Киста левого яичника	13	18,0
Цистаденома	10	13,9
Фибромиома матки	10	13,9
Эндометриоз	9	12,5
Поликистоз яичника	8	11,1
Всего:	72	100

Таблица 2. Характер экстренных гинекологических заболеваний во второй группе.

Заболевания	Всего:	
	abs	%
Перекрут кисты яичника	16	26,7
Разрыв кисты яичника	12	20,0
Тубовариальный абсцесс и вторичный аппендицит	11	18,3
Абсцесс Дугласово пространства и вторичный аппендицит	9	15,0
Внематочная трубная беременность	8	13,3
Инородное тело (ВМС) в малом тазу	4	6,7
Всего:	60	100

Во второй группе основные экстренные гинекологические заболевания составили пациенты с перекрутом кисты яичника – 16 (26,7%). В этой группе с разрывом кисты яичника с внутренним кровотечением госпитализированы 12 (20%) больных, а с абсцессами тубовариального и неясного генеза с развитием

вторичного аппендицита – 20 (33,4%) больных. У 8 больных во время операции обнаружено внематочная трубная беременность и у 4 – инородное тело в малом тазу (Таблица 2). Как известно, при определении хирургической тактики у больных ОКХ и его осложнениями немаловажное значение имеет давность заболевания к моменту госпитализации. До 1 суток от начала заболевания госпитализированы 57 (50,9%) больных с ОКХ. Из них 36 (32,2%) составили больные первой и 21 (18,7%) – третьей группы. Причинами поздней обращаемости 16 (14,3%) больных явились ранее проведенное лечение в стационарах терапевтического и/или частного профиля без полного эффекта, самолечение больных и атипичное клиническое течение заболевания. Сроки госпитализации второй группы больных с экстренным гинекологическим заболеванием: в течение 1-го часа от начала заболевания госпитализированы 29 (48,3%) больных, через 2 часа – 22 (36,7%), а поздняя госпитализация у 9 больных. Анализ клинического материала позволил констатировать высокий удельный вес деструктивных форм ОКХ в исследуемых группах больных. Простая форма ОКХ диагностирована у 28 (38,9%) больных первой группы и 19 (47,5%) - третьей. Вместе с тем, гангренозная форма отмечена у 12 (16,7%) больных первой группы и у 6 (15%) 3-ей группы. При обследовании у 114 (66,3%) больных выявлены сопутствующие заболевания. У больных преобладают анемии (33,1%) и сердечно-сосудистые заболевания (22,1%), что связано с полом, возрастным составом больных и осложнением основного заболевания. В работе были использованы следующие методы исследования: общеклинические методы исследования, оценка непосредственных результатов оперативного лечения на основании изучения объема операции, частоты интра- и послеоперационных осложнений, продолжительности послеоперационного койко-дня, выраженности болевого синдрома. Результаты и их обсуждение. В первой группе (72 больных с ОКХ) ЛХЭ проводилась в сочетании с лапароскопическим гинекологическим вмешательством. Лапароскопические симультанные операции при ОКХ и заболеваниями органов малого таза нами удалось произвести у 59 (81,9%) больных. У

13 (18,1%) больных лапароскопическая операция продолжалась с лапаротомным доступом (Таблица 3).

Таблица 3. Характер симультанных лапароскопических оперативных вмешательств в первой группе.

Виды оперативных вмешательств	Всего:	
	abs	%
ЛХЭ+удаление кист яичников	35	48,6
ЛХЭ+удаление цистаденомы	10	13,9
ЛХЭ+консервативная миомэктомия	6	8,3
ЛХЭ+Лапаротомная надвлагалищная ампутация матки	4	5,6
ЛХЭ+Лапаротомная экстирпация матки	9	12,5
ЛХЭ+тубоварэктомия	8	11,1
Всего:	72	100

Во второй группе проводилась (у 60 больных с острым гинекологическим заболеванием), лапароскопические гинекологические операции в сочетании с ЛХЭ по поводу хронического калькулёзного холецистита. Как видно из таблицы 4, большинству больных - 28 (46,7%) – выполнена лапароскопическая цистэктомия по поводу перекрута и разрыва кист яичника. Лапароскопические операции на придатках матки, проведенные симультанно с ЛХЭ: тубоварэктомия с аппендэктомией у 11 (18,3%) пациентки и без аппендэктомией у 8 (13,3%) больных. Лапароскопическая аппендэктомия с ЛХЭ выполнялись у 9 (15%) больных по поводу абсцесса Дугласова пространства со вторичным аппендицитом. У 4 пациенток удалили ВМС и проводили ЛХЭ.

Таблица 4. Характер экстренных симультанных лапароскопических вмешательств во второй группе.

Виды оперативных вмешательств	Всего:	
	abs	%
Лапароскопическая удаления кист яичников+ЛХЭ, санация и дренирование	28	46,7
Лапароскопическая тубоварэктомия + аппендэктомия + ЛХЭ, санация и дренирование	11	18,3
Лапароскопическая аппендэктомия + ЛХЭ, санация и дренирование	9	15,0
Лапароскопическая тубоварэктомия + ЛХЭ, санация и дренирование	8	13,3
Лапароскопическая удаление инородного тела + ЛХЭ, санация и дренирование	4	6,7
Всего:	60	100

Динамика среднего артериального давления не демонстрировала критических сдвигов у больных трех изучаемых групп. У пациенток 1-ой и 2-ой групп показатели АДср постепенно нарастали на фоне

Так, на гинекологическом этапе операции отмечалось достоверное повышение данного показателя в первой группе и составляло $108 \pm 4,5$ мм рт.ст. Во 2-ой группе на этапе холецистэктомии уровень составил $105 \pm 2,2$ мм рт.ст., а на гинекологическом этапе $100 \pm 5,5$ мм рт.ст. соответственно. В послеоперационном периоде мы наблюдали более гладкий гемодинамический профиль в 1-ой и 2-ой группах. В раннем послеоперационном периоде в первой группе ЧСС быстро снижалась до исходных цифр, через 5 часов после операции составила $78 \pm 2,6$ уд/мин ($p < 0,05$), через 24 часа - $72 \pm 3,5$ уд/мин; во 2-ой группе ЧСС нормализовалась несколько медленнее 1 час после окончания - $82 \pm 2,4$ уд/мин; 5 часов - $84 \pm 3,4$ уд/мин; 24 часа - $78 \pm 4,2$ уд/мин, что мы связываем с менее выраженным хирургическим стрессом в 1-ой группе. В 3-ей группе в ближайшем послеоперационном периоде мы отметили достоверное увеличение ЧСС ($p < 0,05$) - 5 часов после окончания операции показатель составил $96 \pm 3,6$ уд/мин. Степень болевого синдрома через 5 часов после операции в 1-ой группе была наименьшей, средний балл составил $3,12 \pm 0,29$ ($p < 0,05$), 40% больных – оценили интенсивность боли в 3 балла, 19,8% - в 2 балла. По количеству необходимых в послеоперационном периоде анальгетиков, во второй группе, где одновременно проводились две лапароскопические операции, наркотическое обезболивание в первые сутки понадобилось только 18 больным. В остальных случаях использовались ненаркотические анальгетики. Наиболее ранняя активизация наблюдалась у больных второй группы – в среднем, через 3,5 часа после операции они садились в постели, а через 13 часа уже могли самостоятельно вставать. Пациентки первой группы садились в постели в среднем через 5,5 часа, а начинали ходить через 24,5 часа после операции. В 3-ей группе, после проведенной изолированной ХЭ, больные начинали садиться в постели, в среднем, через 8 ч после операции, ходить начинали приблизительно в те же сроки, что и во первой группе. Для оценки течения раннего послеоперационного периода были проанализированы количество и характер послеоперационных осложнений в трех группах. В первой группе больных с ОКХ и гинекологическим патологиям, где ЛХЭ проводилась одновременно с лапароскопическим и открытым способом, отмечено 7 (9,7 %) осложнений. Во вто-

рой группе, где первым этапом проводилась лапароскопическая гинекологическая вмешательства, а вторым - ЛХЭ, отмечено 1 (1,7%) осложнений. В третьей группе, где проводилась изолированная ХЭ минилапаротомным доступом, тоже отмечено 3 (7,5%) осложнения: у двух пациенток отмечен инфильтрат и у одной нагноение послеоперационной раны. Летальных исходов в наших исследованиях не отмечалось. Послеоперационный койко-день во 2 группе составил в среднем - $6,2 \pm 1,2$; в 1-ой и 3-ей группах фактически одинаков - $8,7 \pm 1,3$ и $8,3 \pm 1,0$ соответственно. Нужно отметить положительный эффект от сокращения пребывания пациентов в стационаре после симультанных оперативных вмешательств, в отличие от двукратной госпитализации.

Выводы Применение в ургентной хирургии эндохирургических технологий у больных ЖКБ и ее осложнениях в сочетании с гинекологической патологией органов малого таза позволяет выполнять требующих оперативных вмешательств симультанно у 81,9% больных ОКХ с доброкачественными и у всех больных ХКХ с острым гинекологическим заболеванием.

Лапароскопическая симультанная операция, при отсутствии противопоказаний, является операцией выбора у этих контингентов больных и при этом целесообразность, объем и последовательность оперативных вмешательств зависят от конкретной клинической ситуации, поэтому необходимо придерживаться активно-персонифицированный подход к хирургической тактике на основании полученных клиничко-диагностических результатов. Клиническая эффективность применения лапароскопических симультанных операций у больных ЖКБ сочетанной гинекологической патологией органов малого таза подтверждается снижением числа осложнений в раннем послеоперационном периоде на 8% ($p < 0,05$), сокращением сроков активизации пациентов в 1,6 раз и сроков пребывания в стационаре в 1,4 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Л.С. Симультанные оперативные вмешательства в гинекологии: Дис... д-ра мед. наук, М., 2005. - 328 с.
2. Артыков К.П., Рахматуллаев Р.Р., Рахматуллаев А.Р. Симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости. / Научно-медицинский журнал

- «Вестник Авиценны». – 2015, №2, - С. 114-118.
3. Гольбрайх В.А., Маскин С.С., Матюхин В.В., Климович И.Н., Арутюнян А.Г. Современные подходы к симультаным операциям (показания, алгоритмы выполнения, осложнения). // Вестник ВолГМУ. – 2021, Вып.2 (78), – С. 28-36.
4. Гордеева Т.В. Симультаные лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза у женщин: Дис... канд. мед. наук: СПб., 2006. - 209 с.
5. Дронова В.Л., Дронов А.И., Крючина Е.А., Теслюк Р.С., Луценко Е.В., Насташенко М.И. Симультаные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях. // Украинский журнал хирургии. – 2013, - №2 (21), – С. 143-151.
6. Майстренко Н.А., Берлев И.В., Басос А.С., Басос С.Ф. Симультаные эндовидеохирургические вмешательства при заболеваниях матки и придатков, сочетающихся с неосложненными формами желчекаменной болезни // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008 – № 3 (57). – С. 18-23.
7. Муродов А.И., Кадыров З.А. Симультаные видео-эндоскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Медицинский вестник Башкортостана. – 2017. – № 3 (69). – С. 129-134.
8. Симультаные операции в гинекологии / А.И. Ищенко, Н.В. Веретенникова, М.Н. Жолобова, К.А. Суханбердиев // Вестник новых медицинских технологий. - 2002. - №4. – С. 17-19.
9. Федоров В.Э., Асланов А.Д., Логвина О.А., Масляков В.В. Симультаные операции при холецистолитиазе (обзор литературы) // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ». – 2018, №5, – С. 111-116.
10. Халидов О.Х., Гудков А.Н., Аюбян В.С. Симультаные лапароскопические операции в абдоминальной хирургии // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского – 2017. – №1. Тезисы национальной хирургической конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ. 4-7 апреля, 2017, Москва. – С. 1402-1403.
11. Stevens M.L. Combined gynecologic surgical procedures and cholecystectomy / M.L. Stevens, B.C. Hubert, E.J. Wenzel // Am. J. Obst. Gynecol. - 1984.- №149. – P. 350-354.

Информация об авторах:

© УСМОНОВ У.Д., КОСИМОВ Ш.Х., БУРХОНОВ Ф.Д., НИЯЗОВ М.Ш. - Андижанский государственный медицинский институт.

Muallif haqida ma'lumot:

© USMONOV U.D., KOSIMOV SH.X., BURXONOV F.D., NIYAZOV M.SH. - Andijon davlat tibbiyot instituti.

Information about the authors:

© USMONOV U.D., KOSIMOV Sh.Kh., BURKHONOV F.D., NIYAZOV M.SH. - Andijan State Medical Institute.