

[DOI:10.26104/NNTIK.2023.25.96.032](https://doi.org/10.26104/NNTIK.2023.25.96.032)

Курманов Р.А., Ниязов Б.С., Талайбекова А.Т., Садабаев М.З.

**ӨТ ТАШЫНЫН ЖАНА ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРДЫН
АЙКАЛЫШЫНДА СИМУЛЬТАНДЫК ОПЕРАЦИЯЛАРДЫ
ЖҮРГҮЗҮҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Курманов Р.А., Ниязов Б.С., Талайбекова А.Т., Садабаев М.З.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ
ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

R. Kurmanov, B. Niyazov, A. Talaybekova, M. Sadabaev

**FEATURES OF SIMULTANEOUS OPERATIONS IN COMBINATION
WITH CHOLELITHIASIS AND GYNECOLOGICAL DISEASES**

УДК: 616.366:617.55-089

Жүргүзүлгөн клиникалык изилдөөгө 69 бейтап кирген, аларга лапаротомдук жана лапароскопияны жеткиликтүүлүктү колдонуу менен симультандык операциялар аткарылган. Симультандык операцияларды аткаруу операциянын узактыгы бир аз узартат, бирок ошол эле учурда оорулуулардын стационарда болушунун орточо узактыгы сакталат жана оорулууларды дарылоого дары-дармек жана финансылык чыгымдар азаят. Бирок, бейтаптарды госпиталга чейинки толук эмес текшерүү, хирургдар менен гинекологдордун өз ара аракеттенүүсүн дискоординациялоо бейтаптар бир нече этаптуу операцияга дуушар болушат, кайра-кайра ооруканага жаткырылат жана ар бир операциянын алдында психо-социалдык чыңалууга дуушар болушат.

Негизги сөздөр: оору, өт, лапароскопиялык холецистэктомия, симультандык операция, стресс, гинекологиялык оорулар, дарылоо, клиникалык изилдөөлөр.

В проведенное клиническое исследование были включены 69 пациенток, которым были выполнены симультантные операции с применением как лапароскопически, так и лапаротомным доступом. Оценка полученных клинических результатов показывает, что при индивидуальном подборе больных с учетом возможных противопоказаний, компенсаторных возможностей организма, адекватной предоперационной подготовке симультантные, одномоментные операции являются методом выбора. Выполнение симультантных операций незначительно увеличивает продолжительность операции, но при этом сохраняются среднее продолжительность пребывания больных в стационаре и уменьшаются лекарственные и финансовые затраты на лечение больных. Однако, неполное догоспитальное обследование пациентов, дискоординация взаимодействия хирургов и гинекологов способствует к тому что пациенты переносят несколько этапную операцию, неоднократно госпитализируются и переносят психоэмоциональное напряжение перед каждым оперативным вмешательством.

Ключевые слова: болезнь, желчь, лапароскопическая холецистэктомия, симультантная операция, стресс, гинекологические заболевания, лечение, клинические исследования.

The conducted clinical study included 69 patients who underwent simultaneous operations using both laparoscopic and laparotomic access. Evaluation of the clinical results obtained shows that

with individual selection of patients, taking into account possible contraindications, compensatory capabilities of the body, adequate preoperative preparation, simultaneous, simultaneous operations are the method of choice. Performing simultaneous operations slightly increases the duration of the operation, but at the same time the average length of stay of patients in the hospital is maintained and drug and financial costs for the treatment of patients are reduced. However, incomplete pre-hospital examination of patients, discoordination of the interaction of surgeons and gynecologists contributes to the fact that patients undergo a multi-stage operation, are repeatedly hospitalized and suffer psychoemotional stress before each surgical intervention.

Key words: disease, bile, laparoscopic cholecystectomy, simultaneous surgery, stress, gynecological diseases, treatment, clinical studies.

Введение. Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов малого таза встречается достаточно часто и составляет по данным разных авторов от 2,8 до 63%, в частности, желчного пузыря – 3,1-15% [1,2,3]. Практикующий врач-гинеколог часто участвует в решении проблем хирургической тактики при сочетанных гинекологических и хирургических заболеваниях. Одним из наиболее частых сопутствующих хирургических заболеваний у гинекологических больных является желчнокаменная болезнь.

Цель исследования: Особенности оказания хирургического лечения при сочетании ЖКБ и гинекологических заболеваний.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 69 пациенток, которым были проведены симультантные операции при сочетании желчнокаменной болезни (ЖКБ) и гинекологических заболеваний в период с 2020 по 2023 годы. Исследования проводились на базе НХЦ МЗ КР и частных клиник «МЦ КГ» и «Меди».

Распределение оперированных пациенток по возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Группы	Лапароскопическая холецистэктомия и открытая гинекологическая операция	
	Абс. число	%
30-39 лет	6	9
40-49 лет	26	38
50-59 лет	24	35
60-69 лет	8	12
70 лет и выше	4	6
Всего	69	100

При сочетании ЖКБ и гинекологических заболеваний, первым этапом проводили ЛХЭ, вторым этапом из лапаротомного доступа проводилась гинекологическая операция. Лапароскопическая холецистэктомия и гинекологические операции лапаротомным доступом проводились в плановом порядке по поводу гинекологических заболеваний и хронического калькулёзного холецистита. Чаще всего из гинекологических заболеваний у 33 пациенток (52,3%) диагностирован миома матки, а у 19 (30,1) аденомиоз матки, киста яичника 15 (11,4%) и гидросальпинкс 8(6,1%).

Таблица 2

Симультанные операции при хроническом калькулёзном холецистите и гинекологических заболеваниях

Гинекологические заболевания	Лапароскопическая холецистэктомия и открытая гинекологическая операция	
	Количество	%
Миома матки	36	52,2
Аденомиоз матки	21	30,4
Киста яичника (параовариальная киста)	9	13,1
Гидросальпинкс	3	4,3
Всего	69	100

Лапаротомный доступ проводился после холецистэктомии, двумя доступами исходя от гинекологической патологии: проводилась по Пфаненштилю или нижнесрединная лапаротомия (рис. 1 а, б).



Лапаротомия по Пфанненштилю произведено 56 пациентком (81,1%). Проводили горизонтальный разрез 9-11 см на 4 см выше лона. Данный доступ применяли, когда были противопоказания к лапароскопии.

Противопоказания к лапароскопической гинекологической операции:

- при спаечной болезни органов малого таза;
- при доброкачественных кистах больших размеров более 10 см;
- при интрамуральном миоматозном узле выше 6 см;
- Аденоматозная гиперплазия матки III-IV степени;
- при смешанной миоме матки больших размеров выше 12 см.

Клиническое наблюдение. Больная (А, 40 лет), история болезни №8861. Пациентка направлена ЦСМ №2 в гинекологическое отделение для проведения симультанной операции: лапароскопической холецистэктомии и экстирпация матки. Из анамнеза в 2020 году обнаружена интрамуральная миома матки размером 8,0x10,0 см. В плановом порядке в ЦСМ по месту жительства прошла УЗИ, заключения: Желчный пузырь с изгибом. Стенка 7 мм. В полости конкременты до 8 мм. Матка 152x145x132 мм. В задней стенке субмукозно-интрамуральный узел 139x109x118 мм. У внутреннего зева образование 18x13 мм. Полость матки деформирована. Учитывая УЗИ данные и клинические проявления, пациентку направили в НХЦ на оперативное лечение. *Клинический диагноз:* Миома матки больших размеров. Желчнокаменная болезнь. Пациентке обследована и проведена предоперационная подготовка. Оперативное лечение было плановое, на вторые сутки после госпитализации. Лапароскопическая холецистэктомия произведена первым этапом, без осложнений. Вторым этапом проведена лапаротомия по Пфанненштилю. Учитывая спаечный процесс в малом тазу произведено разъединение спаек и далее гинекологическая операция без технических особенностей: ампутация матки без придатков. В послеоперационном периоде проводилась обезболивающая и инфузионная терапия,

стимуляция кишечника. Пациентка активизировалась на 2 сутки, после операции, была выписана на 7 сутки после операции. Далее наблюдение у хирурга и гинеколога по месту жительства.

Время проведения симультанной операции ЛХЭ и лапаротомной гинекологической операции составило 131±5 минут.

Таким образом, при отсутствии возможности выполнить симультанную операцию лапароскопически, рекомендуется смешанным доступом. Это способствует эффективному лечению сочетанной хирургической патологии на разных этапах брюшной полости, быстрому восстановлению больных, хороший косметический эффект, не прибегая к травматичной широкой срединной лапаротомии или к изолированным операциям.

Литература:

1. Брехов Е.И., Савинова Е.Б., Лебедева Е.А. Опыт проведения симультанной лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2010. - № 12. - С. 23-26.
2. Гаврилик Б.Л. Особенности симультанных операций в гинекологии. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета, 2006. - №2(14).
3. Дронова В.Л. и др. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях. // Украинский журнал Хірургії, 2013. - №2. - С. 143-151.
4. Запорожан В.Н. и др. Симультанные операции при сочетании гинекологической хирургической патологии // Репродуктивная эндокринология, 2013. - № 3. - С. 7-16.
5. Иванов В.В., Пучков К.В. Симультанные лапароскопические операции на органах брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением. // Хирург, 2012. - № 2. - С. 27.
6. Рутенбург Г.М. и др. Симультанные лапароскопические операции у женщин с сочетанными гинекологическими заболеваниями и паховыми грыжами. // Журнал акушерства и женских болезней, 2006. - Т. 55. - № 1.
7. Саткеева А.Ж. Анализ результатов симультанных операции брюшной полости и малого таза. // Новая наука: опыт, традиции и инновации, 2016. - С. 31-35.
8. Талайбекова А.Т., Садыков А.А., Садабаев М.З. Интенсивность болевого синдрома и время активизации пациентов при симультанной операции больных с желчнокаменной болезнью и гинекологическими заболеваниями. / Журнал Здравоохранение Кыргызстана. - 2022. - №4. -С. 88-92.