

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ****Ф. И. Ганиев, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: гинекологическая и хирургическая патология, симультанные операции.**Key words:** gynecological and surgical pathology, simultaneous operations.**Таянч сўзлар:** гинекологик ва жаррохлик патологияси, симултан операциялар.

Сочетание гинекологических и хирургических заболеваний у 29-42% женщин говорит о необходимости проведения одновременного оперативного вмешательства, т.е. проведению сочетанных операций [1]. Проведение таких вмешательств несомненно имеет преимущества как в лечебном плане, так и в экономическом аспекте (для больного и даже для государства) по сравнению с исполнением последовательных операций у пациенток.

**ҚЎШМА ГИНЕКОЛОГИК ВА ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРДА
ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ****Ф. И. Ганиев, Б. Б. Негмаджанов, В. О. Ким**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

29-52% аёлларда қўшма гинекологик ва хирургик касалликларда бир вақтда оператив даво ўтказиш, яъни қўшма операциялар қилиш [1]. Бундай муолажаларни ўтказиш даволаш ҳамда иқтисодий жиҳатдан (бемор, ҳамда Давлат учун), кейинги беморларга қилигадиган оператив даволарга нисбатан манфаатлироқ.

**SURGICAL TREATMENT TACTICS WITH
THE COMBINED GYNECOLOGICAL AND SURGICAL PATHOLOGY****F. I. Ganiev, B. B. Negmadjanov, V. O. Kim**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

The combination of gynecological and surgical diseases in 29-42% of women indicates the need for simultaneous surgery, i.e. carrying out combined operations [1]. Carrying out such interventions undoubtedly has advantages both in the therapeutic plan and in the economic aspect (for the patient and even for the state) in comparison with the performance of sequential operations in patients.

По мере того, как улучшается качество и продолжительность жизни, углубляется спектр и широта диагностических аналитических возможностей, модернизируются и усовершенствуются в техническом отношении хирургические вмешательства возрастает необходимость внедрения рациональных методов сочетанных хирургических манипуляций. Тем более это актуально, так как усовершенствование диагностических возможностей привело к выявлению сочетанных заболеваний у женщин во многих странах.

Проблема хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости давно привлекает внимание специалистов разных областей.

Сочетание заболеваний органов брюшной полости и органов женской половой сферы встречается достаточно часто и составляет по данным разных авторов от 2,8 до 63%, в частности, заболевания аппендикса сопровождают гинекологическую патологию в 3,1 - 3,3%, желчного пузыря – в 3,1 - 15% [4,6,7,8]. Симультанная или сочетанная операция - это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение [5]. Улучшение диагностических возможностей практической медицины, совершенствование анестезиологического и реанимационного пособия при оперативных вмешательствах, внедрение в медицинскую практику новых миниинвазивных технологий позволяют производить оперативные вмешательства менее травматично, с минимальной кровопотерей, значительно сокращая продолжительность послеоперационного периода. Это создает реальные условия для расширения показаний к симультанным операциям, снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сократить время пребывания больной в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, представляет широкие перспективы

для улучшения результатов оперативного лечения больных с сочетанными заболеваниями [1,3].

Замысел осмотреть органы брюшной полости с помощью введения в нее осветительных приборов впервые реализовал на практике выдающийся отечественный акушер-гинеколог Дмитрий Оскарович Отт ещё в 1901 году. С тех пор его метод непрерывно развивался, и сегодня широко известен как лапароскопия. В настоящее время лапароскопический доступ широко применяется во всех областях хирургии, и гинекология не является исключением. По некоторым данным в мире в настоящее время более 90% всех гинекологических операций выполняются лапароскопически [1].

Одним из первых триумфов современной лапароскопической хирургии стало выполнение лапароскопической холецистэктомии Ph. Mouret в 1987 году. Число операций на желчевыводящих путях неуклонно растет с каждым годом, что связано с повсеместным ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью. По сводной статистике, в европейских странах заболеваемость холецистолитиазом повысилась с 10,8 до 18,5% [4,8].

Цель исследования: Усовершенствование способов сочетанного оперативного лечения заболеваний органов малого таза и брюшной полости.

Материал и методы: Нами обследованы 185 больных с различными заболеваниями органов брюшной полости и малого таза при Городском медицинском объединении (эндоскопический центр) и в 3 – родильном комплексе г.Самарканда. Все обследованные были распределены на две основные группы. В первую группу вошли 107 больных, которым были проведены лапароскопические и традиционные симультанные операции (основная группа), во вторую – 78 больных с традиционной операцией (контрольная группа), которым произведена одна изолированная операция.

В основной группе из 107 больных у 47 (43,9%) при миоме матки размером до 12 недельного срока беременности произведена лапароскопическая экстирпация матки + лапароскопическая холецистэктомия при хроническом калькулезном холецистите у 40 (85,1%) больных и у 7 (14,9%) больных при остром калькулезном холецистите. Кроме того, основная группа характеризуется выполнением сочетания традиционной и минилапаротомной операций. У 40 (37,4%) больных при миомах матки размером больше 12 недельного срока беременности произведена лапаротомия экстирпация матки и как симультанный этап при хроническом калькулезном холецистите минилапаротомным доступом холецистэктомия. Также при полном и неполном выпадении матки чрезвлагалищная экстирпация матки и как симультанный этап грыжесечение по поводу пупочной грыжи выполнена у 20 больных (табл.1).

Таблица 1.

Характер гинекологической и хирургической патологии в основной группе.

Гинекологическая патология	Хирургическая патология			Всего больных
	Острый калькулезный холецистит	Хронический калькулезный холецистит	Пупочная грыжа	
Миома матки размером до 12 нед. срока беременности	7	40		47
Миома матки размером больше 12 нед. срока беременности		40		40
Полное и неполное выпадение матки			20	20

Контрольную группу сравнения составили 78 больных с гинекологической и хирургической патологией, которым выполнялась одна операция (экстирпация матки, вентропластика, холецистэктомия). Показание к операции – миома матки, эндометриоз, хронический холецистит, пупочная грыжа.

Для проведения эндовидеохирургических операций нами были использованы комплекты эндовидеохирургического оборудования фирмы "Karl Storz".

Методика проведения лапароскопии. Для проведения лапароскопических операций в малом тазу пациентку укладывали в положение Тренделенбурга – приподнятый тазовый конец с углом наклона 200-300. При этих наклонах петли кишечника смещаются в верхние отделы брюшной полости под действием силы тяжести и давления инсуффлируемого газа, что существенным образом улучшает обзор прямокишечно-маточного углубления и облегчает доступ к матке и придаткам, а лапароскопическую холецистэктомию выполняли в положении Фовлера с приподнятым на 200-250 головным концом операционного стола и его наклоном на 150-200 налево.

После обработки операционного поля накладывался пневмоперитонеум. Вводили углекислый газ, который легко и быстро резорбируется, не вызывает у пациенток ощущение боли или дискомфорта и не образует эмболов, воздействует определенным образом на дыхательный центр и увеличивает жизненную емкость легких.

В типичных случаях оптимальным местом для инсуффляции газа в брюшную полость является точка, расположенная в зоне пересечения средней линии живота с нижним или верхним краем пупочного кольца.

Инсуффляция углекислого газа осуществлялась при помощи иглы Вереша с пружинным механизмом. По средней линии живота, начиная от края пупочного кольца, производился продольный разрез кожи, длиной 10-11 мм. Введение иглы осуществляли только движением кисти руки. Тракцию иглы производили с постоянным усилием, не прерываясь до ощущения эффекта «проваливания» и появления щелчка пружинного механизма. Оптимальным для введения углекислого газа в брюшную полость является давление 12-14 мм.рт.ст. После создания пневмоперитонеума вводили 11 мм троакар, затем лапароскоп.

Всем больным была проведена схожая общая анестезия с применением ИВЛ на фоне использования недеполяризирующих миорелаксантов, на основе многокомпонентного современного наркоза с применением центральных анальгетиков с комбинацией нейролептиков, кетамина. Некоторым больным использовалась спинномозговая анестезия. Препараты использовались в стандартных расчетных дозировках с учетом возраста и сопутствующей патологии.

Результаты и их обсуждение. В основной группе всем больным производились симультанные операции: лапароскопическая экстирпация матки + лапароскопическая холецистэктомия у 47 (43,9%), лапаротомная экстирпация матки + минилапаротомная холецистэктомия у 40 (37,4%), чрезвлагалищная экстирпация матки + пупочное грыжесечение у 20 (18,7%) больных. В контрольной группе выполнялись только изолированные операции: экстирпация матки у 33 (42,3%), чрезвлагалищная экстирпация матки у 21 (26,9%), холецистэктомия у 11 (14,1%) и вентропластика у 13 (16,7%) больных.

Лапароскопическая экстирпация матки с придатками по поводу миомы была у 47 больных и симультанным этапом операции к ней явилась лапароскопическая холецистэктомия. Для подобных операций подбор больных производился тщательно (размер матки не более 12 недельного срока беременности, наличие в анамнезе не осложненных срочных родов, отсутствие в прошлом перенесенных лапаротомий, отсутствие воспалительного процесса в желчном пузыре и в органах гениталий). При миомах матки до 12 недель беременности нами была использована стандартная методика лапароскопической экстирпации матки: по нижнему краю пупочного кольца производили лапароцентез длиной до 1 см. Иглой Вереша в брюшную полость инсуффлировали CO₂ газ, создавали пневмоперитонеум с доведением давления до 15 мм рт.ст., после чего иглу Вереша заменяли 10 мм троакаром и вводили 10 мм лапароскоп. После вхождения в брюшную полость вводили дополнительных два 5 мм троакара в левой и правой подвздошных областях. Фиксацию шейки матки и расширение цервикального канала осуществляли при помощи маточного манипулятора Клермонт-Ферранд (который имеет «анатомическую зону» различной длины в зависимости от длины шейки матки) с целью обеспечения положения матки в *anteversio* и определенного положения заднего свода влагалища между крестцово-маточными связками.

Транспариетально выделяли с обеих сторон мочеточники в средней части заднего листка широкой маточной связки. Это производилось с целью безопасного пересечения воронко-тазовых связок.

Выделяли маточные артерии транспариетально и при помощи высокочастотного коагулятора АВТОКОН 350 монокоагуляцией в режиме «аэрозольная коагуляция» при эффекте коагуляции t3 (ступень 3) производили её коагуляцию. Пересечение круглых связок матки, воронко-тазовой и крестцово-маточной связок выполняли также при помощи монокоагуляции.

Рассечение и низведение *plica vesico-uterina* осуществляли острым и тупым путями ножницами до идентификации влагалища. Отсечение шейки матки от сводов влагалища производили на “анатомической зоне” маточного манипулятора Клермонт-Ферранд. После этого извлекали матку с придатками через влагалище и ушивали её снаружи узловыми викриловыми швами. Перитонизацию не производили. По окончании операции производили санацию брюшной полости, тщательный осмотр и гемостаз операционного поля, и его дренирование. Послеоперационный период у 1 (0,5%) больной осложнился истечением желчи из культы пузырного протока. Произведена релапароскопия с наложением дополнительной титановой клипсы. Летального исхода не было.

После завершения операции лапароскопической экстирпации матки лапароскоп разворачивали на 180°, больную из положения Тренделенбурга переводили в положение Фовлера и производили ревизию органов брюшной полости, в частности печени и желчного пузыря. При проведении симультанного этапа операции лапароскопической холецистэктомии в брюшную полость вводили дополнительные два 5 мм и один 10 мм троакары в правом подреберье по передней подмышечной, средней ключичной и срединной линии.

Выделяли L-образным монополярным коагулятором пузырные проток и артерия, на которые накладывали титановые клипсы. Желчный пузырь выделяли полностью из ложа с помощью моно- биполярных коагуляторов и удаляли из брюшной полости через срединный разрез. Первоначально на *a.cysticus* накладывались титановые клипсы, но дальнейшие наши исследования показали, что при наличии мощного коагулятора типа АВТОКОН-350 нет необходимости в её клипировании.

Всем больным, оперированным по поводу калькулезного холецистита, после окончания основного этапа операции производилась тщательная санация и дренирование подпеченочного пространства.

Лапаротомная экстирпация матки при миоме матки размером больше 12 недельного срока беременности и как симультанный этап минилапаротомная холецистэктомия при калькулезном холецистите была выполнена у 40 больных. Лапаротомную экстирпацию матки осуществляли по обычной методике разрезом по Joel-Kohen. Для проведения симультанного этапа минилапаротомной холецистэктомии использовали комплект хирургических инструментов, разработанный М.И. Прудковым. Набор инструментов для минилапаротомии включает: круг-опору для крепления зеркал-ретракторов (ранорасширителей), мобильные узкие зеркала, одно из которых снабжено точечным источником света, соединенным с помощью фиброволоконного световода с осветителем. В комплект инструментов входят также специально сконструированные зажимы, диссекторы и ножницы, а также другие приспособления, облегчающие манипуляции в брюшной полости через минилапаротомный доступ. Минилапаротомную холецистэктомию осуществляли с доступом через параректальный разрез, при этом длина разреза не превышала 6 см, что было достаточно для безопасных манипуляций в зоне печеночно-двенадцатиперстной связки. Длительность операции увеличилась по сравнению с лапароскопической операцией на $20 \pm 1,2$ мин. Кровопотеря была в пределах 120-150 мл. В послеоперационном периоде у 1 (0,5%) больной имело место в раннем послеоперационном периоде паренхиматозное кровотечение из культы влагалища. Была произведена релапаротомия – перевязка внутренних подвздошных артерий. Послеоперационный период протекал гладко. Летального исхода не было.

Наибольший интерес представляет сочетание чрезвлагалищной экстирпации матки и пупочной грыжи. Данная патология была у 20 больных. Показанием к проведению этих операций явилось полное выпадение матки, а также недержание мочи при напряжении, выпадение влагалища и наличие пупочной грыжи. Операцию начинали с выполнения грыже-сечения, так как наличие инфекции в послеоперационном периоде в пупочной ране может привести к рецидиву грыжи. Кожу над пупком рассекали по полукругу выше или ниже пупка. Затем скальпелем отсепаровывали кожу пупка от окружающих тканей и выделяли грыжевые ворота. Содержимое грыжи резецировали (чаще всего это была ткань большого сальника) и грыжевые ворота закрывали узловыми швами. Затем переходили к выполнению гистерэктомии через влагалище. Многие гинекологи недооценивают влагалищную гистерэктомию и избегают делать её, потому что они убеждены, что все то- же самое можно сделать лучше и безопаснее при абдоминальном подходе. Гинеколог, имеющий опыт влагалищных операций, хорошо представляет себе анатомию оперируемого участка и видит его не менее ясно, чем при абдоминальных операциях. Операцию начинали с введения сосудосуживающего раствора для уменьшения кровоточивости тканей влагалища. После этого переднюю губу шейки матки захватывали пулевыми щипцами, матку оттягивали кзади. Производили циркулярный разрез через все слои влагалища, на расстоянии примерно 3 см от наружного зева матки скальпелем. Подтягивая матку к симфизу обнажали прямокишечно-маточное пространство тупфером и вскрывали ножницами и поочередно лигировали левую и правую крестцово-маточную связку. После этих манипуляций матка становилась подвижнее и с помощью ножниц вскрывали *plica vesico-uterina*. При этом, с целью предупреждения ранения мочевого пузыря ножницы держали перпендикулярно к матке. Затем последовательно перевязывали пересекали маточные артерии, круглую связку и воронко-тазовые связки. После проверки гемостаза воронкотазовые связки, круглые связки матки сшивали вместе с целью образования под брюшиной прочного, поддерживающего её шва. Влагалище ушивали непрерывным викриловым швом. Общая продолжительность операции в основной группе составила $87,13 \pm 13,2$ мин, а в контрольной группе $77,13 \pm 11,1$ мин. При проведении лапароскопических симультанных операций общая продолжительность операции уменьшилась в среднем на 21 минуту. При сравнении размеров операционного доступа использование лапароскопической техники позволило уменьшить травматичность доступа - длину операционного разреза до 1 см при лапароскопическом выполнении обеих этапов операции.

Определение степени кровопотери в основной и контрольной группах показало, что в основной группе при выполнении симультанных операций кровопотеря составила $94,4 \pm 11,7$, а в контрольной группе кровопотеря во время оперативного вмешательства $85,4 \pm 16,4$ мл. Вышеуказанное наглядно показывает, что разница в кровопотере при симультанных и изолированных операциях незначительна.

При сравнении данных послеоперационного периода преимущества в основной группе выражалось в том, что необходимость в обезболивании была такой же, как в контрольной группе.

Следующим показателем преимуществ основной и контрольной групп являются сроки активизации больных и ликвидации послеоперационного пареза кишечника и начало кормления больных. В обеих группах больные активизировались на 1-е сутки, а пероральное кормление происходило на 2-3 сутки после операции (табл.2).

Таблица 2.

Сравнительные параметры у больных, перенесших различные виды оперативных вмешательств.

Группы	Средние (койко-дни)	Длительность операции (в мин)	Операционная кровопотеря (в мл)	Сроки активизации больной	Послеоперационные осложнения
Основная	$7,8 \pm 1,9$	$87,13 \pm 13,2$	$94,4 \pm 11,7$	1 сутки	Нет
Контрольная	$7,2 \pm 2,2$	$77,13 \pm 11,1$	$85,4 \pm 16,4$	1 сутки	Нет

Таким образом, сравнение параметров свидетельствующих о травматичности операции как общая продолжительность операции, степень кровопотери, необходимости обезболивания и длительности ее в послеоперационном периоде, начало активизации больных и начало приема пищи показало, что симультанные операции не отличаются в сравнении с изолированными операциями.

Использованная литература:

1. Адамян Л. В. Эндоскопические методы выполнения симультанных операций в гинекологии / Адамян Л. В., Панин А. В., Козаченко А. В. // Эндоскопия в гинекологии. — М., 1999. — С. 135-148.
2. Александров Л.С., Ищенко А.И., Ведерникова Н.В. Сочетанные операции в гинекологии. Акуш. и гин. 2003; 4: 11-4.
3. Ахтамов Дж.А., Негмаджанов Б.Б., Нарзуллаев Х.Б., Азимов С.А., Ганиев Ф.И., - Лапароскопия в гинекологии и хирургии// VI съезд акушеров-гинекологов Республики Узбекистан. Ташкент. Октябрь. 2003г. Ст. 245-246.
4. Баков В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Рязань. 2000. -24с.
5. Ганиев Ф.И. I Международная (71 Всероссийской научно практическая конференции молодых ученых и студентов). Г. Екатеринбург. Россия 13-15 апреля 2016г.
6. Ганиев Ф.И. Тактика ведения больных при сочетанной гинекологической и хирургической патологии. Новый день в медицине 3(31 2020г). Ст. 286-288
7. Гордеев С.А.—Симультанные лапароскопические операции http://www.cetl.ru/articles/surgery/art_31.phtml.
8. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб., 2000.
9. Запорожцев Д.А., Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Прохоров Ю.А.—Новые возможности оперативной лапароскопии в лечении заболеваний органов малого таза в сочетании с желчнокаменной болезнью // Эндоскопическая хирургия. №6, 2001, С.10-14.
10. Коркан И.П., Алдангарова Г.А. Симультанные операции в акушерстве и гинекологии.// Клиницист. - 1995г., - №1, -С.30-34.
11. Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. — М., 2005.
12. Рутенбург Г.М., Протасов А.В. // Эндоскопическая хирургия. - 1997. - № 4. - С. 40-41.
13. Седов В.М., Стрижелецкий В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика. —34 Тихоокеанский медицинский журнал, 2007, №СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002.