

УДК: 617.55+618.1] -089.87-072.1

**ГИНЕКОЛОГИЯДА СИМУЛЬТАНДУУ ЛАПАРОСКОПИЯ ОПЕРАЦИЯСЫ  
(адабият жыйындысы)**

**Курманов Р.А., Ниязов Б.С., Талайбекова А.Т., Садыков А.А., От Уттра М.И., Орунбаев А.К.**

1. С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайрадан даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институту
2. Саламаттык сактоо министрлиги Улуттук хирургиялык борбору  
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** макалада гинекологияда симультандуу операцияны, жаракаттуулукту жана клиническо-экономикалык натыйжалуулугун баалоогу, симультандуу патологияны жоюуда комплекстүү ыкмалардагы, гинекологиялык ооруларга жана башка хирургиялык патологиялар комбинациясына айкалышкан операцияларды жазоодогу маселелерге караштуу чет өлкөнүн жана ата мекендик адабияттардын маалыматтары келтирилген.

**Негизги сөздөр:** симультандуу операция, аппендэктомия, холецистэктомия, лапароскопиялык операция, гинекологиялык жана хирургиялык оорулар.

**СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ  
(обзор литературы)**

**Курманов Р.А., Ниязов Б.С., Талайбекова А.Т., Садыков А.А., От Уттра М.И., Орунбаев А.К.**

1. Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова,
2. Национальный хирургический центр  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** в обзорной статье приведены данные отечественной и зарубежной литературы относительно проблем выполнения симультантных операций в гинекологии, оценки травматичности и клиническо-экономической эффективности, комплексного системного подхода устранению симультантных патологий, особенностей выполнения сочетанных операций при гинекологических заболеваниях и комбинации других хирургических патологий.

**Ключевые слова:** симультантные операции, аппендэктомия, холецистэктомия, лапароскопические операции, гинекологические и хирургические заболевания.

**SIMULATED LAPAROSCOPICAL OPERATIONS IN GYNECOLOGY  
(literature review)**

**Kurmanov R.A., Niyazov B.S., Talaybekova A.T., Sadykov A.A., Ot Uttra M.I., Orunbayev A.K.**

1. S.B. Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute retraining and skills
2. National Surgical Center  
Bishkek c., Kyrgyz Republic

**Summary:** the review article presents data from domestic and foreign literature regarding the problems of performing simultaneous operations in gynecology, assessing trauma and clinical and economic efficiency, an integrated systematic approach to eliminating simultaneous pathologies, the features of performing combined operations in gynecological diseases and a combination of other surgical pathologies.

**Key words:** simultaneous operations, appendectomy, cholecystectomy, laparoscopic surgery, gynecological and surgical diseases.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения опубликованы статистические данные в 1985 году, согласно которым у 25%-30% больных, подлежащих оперативному лечению в связи с каким-либо заболеванием, выявляются дополнительно одно или

несколько заболеваний, требующих хирургического лечения. 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

3,1 - 3,3%, желчного пузыря - 3,1 - 15% [5, 9 17].

Практикующий гинеколог часто должен участвовать в решении проблем хирургической тактики при сочетанных гинекологических и хирургических заболеваниях. Одним из наиболее частых сопутствующих хирургических заболеваний у гинекологических больных является аппендицит [7]. По данным разных авторов, комбинация патологии червеобразного отростка и женского полового тракта составляет 3,1–6,3% и 21,7% - 41% всех комбинированных хирургических вмешательств [6, 19].

T. Williams, Y. Pratt (1970), анализируя распространенность эндометриоза, выявили, что у 10-15% женщин эндометриоз поражает червеобразный отросток и прямую кишку, что подтверждается работами В.П. Баскакова (1990). По его мнению, поражение червеобразного отростка может происходить в результате ретроградного рефлюкса элементов эндометрия, содержащихся в менструальной крови, на органах малого таза и прилежащей кишке или во время перфорации цистаденомы эндометриоида, особенно правого яичника, возникающей на фоне специфический иммунный и гормональный фон [2]. Возможность одновременного удаления аппендикса при наличии выраженных воспалительных изменений в нем не вызывает сомнений [3, 10]. Тем не менее, нет однозначной связи с аппендэктомией для так называемых вторичных изменений червеобразного отростка [15, 21]. Многие хирурги и гинекологи считают, что это оправдано макроскопическими изменениями аппендикса, возникающими на фоне острых и хронических заболеваний придатков матки, распространенных форм эндометриоза, хронического аппендицита, а также нетипичным расположением аппендикса с хроническим воспалением [1. 8, 20]. S. Slaffer, A. Williams (1977) выполнили аппендэктомию одновременно с 500 хирургическими гинекологическими вмешательствами. В 1/3 случаев аппендикс был изменен в разной степени, а у 1/5 пациентов была причинно-следственная связь с 105 заболеваниями женских половых путей. Исходя из этого, авторы приходят к выводу, что отсутствие типичных проявлений на стороне аппендикса вовсе не исключает нали-

чия в нем воспалительных изменений, распространяющихся в нем не далее, чем на слизистую оболочку (латентная фаза аппендицита). По мнению Л. И. Хноха и Х. Фельцниера (1976), отсутствие ярко выраженных воспалительных изменений в аппендиксе не должно быть причиной отказа от одновременной операции. Они предлагают выполнять одновременную аппендэктомию с неизменным аппендиксом всем пациентам, которые делают разрез в правой пахово-подвздошной области, а также пациентам с симптомами хронического аппендицита в анамнезе, с нетипичным расположением аппендикса, а также для диагностических целей в клинически неясных случаях. В.П. Баскаков (1990) считает необходимым удалить аппендикс, если на него влияет эндометриоз, учитывая возможность обострения воспалительной реакции в нем на фоне гормональной терапии прогестинами, проводимой в послеоперационном периоде, что объясняется своим иммунодепрессивным эффектом. P. Diyeichin (1975) считает, что если операция была выполнена по поводу острого аппендицита, и во время операции было обнаружено другое заболевание (внематочная беременность, разрыв кисты яичника и т.д.). По мнению А.И. Ищенко и соавт. (2003) часто бывает трудно определить первичный источник воспаления, что оправдывает необходимость выполнения комбинированной операции. Кроме того, он рассматривает обоснованную аппендэктомию в случае повреждения эндометриоза червеобразного отростка, а также его вовлечения в воспалительный процесс матки. Ю.Н. Белокуров и соавт. (1989) завершили вспомогательную аппендэктомию у 149 пациентов: из них у 2,7% были флегмонозные изменения в процессе, у 23,5% были катаральные изменения, а у 8,5% был диагностирован хронический аппендицит. У 61,5% дистального червеобразного отростка воспалительных изменений не выявлено. Тем не менее, авторы приходят к выводу, что, учитывая высокую вероятность аппендицита, одновременное удаление аппендикса указывается, если операция выполняется из разреза червеобразного отростка. Опасность заражения брюшной полости, даже в присутствии крови, считается несколько преувеличенной, если вы будете

следовать рекомендациям, соблюдайте последовательность хирургического вмешательства: если в брюшной полости есть кровь, вы должны сначала остановить кровотечение и сделать туалет из брюшной полости, а затем выполнить аппендэктомию. М. Н. Яценюк (1985), N. Massoudnia (1975), T.L. Lions (2002) придерживаются точки зрения, что одновременная хирургическая коррекция гинекологической патологии, связанной с одновременным удалением аппендикса, не сопровождается ухудшением результатов лечения. Подобной точки зрения не разделяют Н.Н. Малиновский и соавт. (1983), которые считают, что любое «обходное» удаление приложения должно быть строго обоснованным и не зависеть от первоначально выбранного доступа или его местоположения. Ряд исследователей считают нецелесообразным и опасным одновременное выполнение аппендэктомий с неизменным аппендиксом, так как это открывает просвет полого органа, что может привести к инфекции брюшной полости [6, 18, 22]. Неотложная операция при переломе трубной беременности или разрыве кисты яичника представляет реальную угрозу заражения крови, которая вылилась в брюшную полость, и, как следствие, развития перитонита, тогда как в такой ситуации первоначальная задача хирурга состоит в том, чтобы сохранить жизнь пациента и устранить основной патологический процесс [11, 16]. Строго возражал против «профилактического» выполнения аппендэктомий Л.В. Поташев (1987), J. Esser (1986), считая, что заболеваемость осложнений и смертности при этих операциях выше.

Доказано, что необоснованное удаление аппендикса у 70-80% больных может привести к серьезным осложнениям. Не менее сложной проблемой является сочетание заболеваний женских половых органов и желчного пузыря.

Согласно сводной статистике, в европейских странах заболеваемость желчнокаменной болезнью увеличилась с 10,8% до 18,5%, а в России и странах СНГ желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается у женщин в 3-5 раз чаще, чем у мужчин [22]. Высокая частота совместимости заболеваний желчевыводящих путей и органов женской половой сферы составляет от 2,3 до 63% [4]. Сочета-

ние, например, миомы матки с калькулезным холециститом выявляется с частотой от 12,7 до 16% [23]. В.Л. Стариков, В.Г. Абашин (1998) проанализировали 48 выполненных операций, связанных с холецистэктомией. Как показания к «гинекологической» стадии, заболеваний матки составили 57,4%, придатков матки 29,8%, выпадение матки и выпадение стенок влагалища 8,5%). Определенную роль в формировании такой синтропии играют, по нашему мнению: возраст пациента, нарушения обмена веществ, липидный обмен, факторы наследственности.

Необходимость выполнения комбинированной холецистэктомии большинство авторов объясняют высоким риском развития различных осложнений холеолитиаза в раннем послеоперационном периоде [9, 14, 23]. Ch. K. McSherry, F. Glenn (1981) ссылаются на отчет, что у 3,8% пациентов с GCB и перенесенной операции на других органах брюшной полости в раннем послеоперационном периоде, острый послеоперационный холецистит происходит, вызывая летальный исход в 10,9%. Среди причин приводя к этому осложнению, отмечалось: искусственное дыхание, применение наркотических анальгетиков, длительное голодание, переливание крови (288,329). Кроме того, ЖКБ является фоном для развития в локализованных новообразований желчного пузыря и желчных путей [5, 20]. Однако сопутствующая холецистэктомия при одновременных операциях имеет своих, хотя и немногочисленных, противников, которые считают сопутствующую холецистэктомию при плановых операциях сомнительной, полагая, что она значительно увеличивает количество послеоперационных осложнений [12]. Следует отметить, что в связи с внедрением малоинвазивных эндоскопических технологий в медицинскую практику возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии в качестве одного из этапов одновременных эндоскопических операций значительно возросла [16].

Лапароскопическая холецистэктомия была впервые выполнена P. Mouret в 1987 году. В 1993 году R.Y. Lanzafame проведена лапароскопическая холецистэктомия и традиционная герниопластика у двух пациентов. Для решения тактических задач и выбора опе-

рации С.С. Слесаренко и соавт. (1996) разработали классификацию операций, выполняемых в сочетании с лапароскопической холецистэктомией. При выборе доступа для одновременной операции хирург обычно руководствуется следующими соображениями: стремление создать хороший обзор операционного поля для выполнения всех этапов вмешательства; доступ должен быть наиболее физиологичным и наименее травматичным [18, 20]. По мнению Л. В. Адамяна (2000), с этой точки зрения лапароскопический доступ при отсутствии противопоказаний к нему является «золотым стандартом». При наличии условий лапароскопический доступ при проведении операций на органах малого таза в сочетании с холецистэктомией предпочтителен многими авторами [23]. Некоторые несоответствия возникают только при определении последовательности этапов одновременного вмешательства, связанных с лапароскопической холецистэктомией. Л.В. Адамян (2002), основанный на принципе «асептики», считает, что этот тип одновременной операции следует начинать с гинекологической стадии. Другие рекомендуют начинать с лапароскопической холецистэктомии, также руководствуясь принципом «асептики» [1, 12, 18]. Такие технологии, с их точки зрения вид, сокращает продолжительность операции и наркоза. Следует также отметить, что такая последовательность этапов оправдывает себя, при необходимости, комбинированного доступа, поскольку с помощью комбинации лапароскопической холецистэктомии и гинекологической хирургии, выполненной из традиционного разреза. Кроме того, большинство авторов единодушны во мнении, что сопутствующая лапароскопическая холецистэктомия значительно не продлевает время операции, увеличивая ее продолжительность в среднем на 35-40 минут [2, 15, 19]. Одним из наиболее распространенных сочетанных хирургических заболеваний у гинекологических больных является патология передней брюшной стенки [4, 11].

Так, имея опыт одновременных хирургических вмешательств у 282 пациентов с вентральными грыжами. К. Д. Тоскин и Жебровский (1991) отмечают, что частота подобных операций в последние годы увеличилась

с отдельных случаев до 14-25%. По их мнению, это связано, во-первых, с изменением отношения хирургов к одновременным операциям, а во-вторых, с выявляемостью сочетанной хирургической патологии. Среди пациентов, подвергшихся таким одновременным хирургическим вмешательствам, 69,5% составляют женщины (205). Это согласуется с данными А.И. Слободянюка, А. И. Ищенко (1999), согласно которым грыжи встречаются у 2– 5% женщин, у 56% - у паховых и бедренных женщин. По данным Д.Х. Никашидзе и соавт. (1991) у 19% женщин с вентральными грыжами была проведена одновременная хирургическая коррекция заболеваний женских половых органов. А.А. Рудакова (1993) герниопластика как одновременный этап хирургического вмешательства была выполнена в 32,4% случаев. Чаще всего диагноз грыжи устанавливается при осмотре больного. Кроме того, иногда болевой синдром, связанный с нарушением органов брюшной полости с небольшими паховыми или бедренными грыжами, которые не обнаруживаются внешними методами, является неприятным операционным признаком, который либо сопровождается гинекологическую патологию, либо является независимой причиной боли и довольно часто встречается хирург с необходимостью выполнять герниопластику в условиях экстренного хирургического вмешательства [8]. Частота одновременной герниопластики при вентральных грыжах при экстренной хирургии может составлять до 23% (К.Д. Тоскин). Метод хирургического лечения при коморбидных грыжах должен определяться индивидуально, доступ для сопутствующего восстановления грыжи должен быть удобным для выполнения всех этапов операции. Исключительное разнообразие форм и размеров грыж, выраженная вариабельность мышечной, апоневротической и фасциальной тканей не позволяют придерживаться стандартного, универсального метода восстановления грыжи. Из всего многообразия предложенных методов пластического восстановления грыжевого кольца следует выбрать наиболее подходящие по особенностям сочетанной патологии, форме грыжи, состоянию мягких тканей, наиболее надежные и слегка увеличивающиеся травмы, однове-



менное вмешательство [11, 13]. Б.А. Мардонов и соавт. (2018) пришли к выводу, что одновременные операции являются перспективным направлением современной герниологии и в связи с этим разработку объективных показаний и противопоказаний для осуществления одновременных вмешательств у пациентов с грыжами чрезвычайно важна и влияет на подходы к выбору метода анестезии, способ предполагаемой операции и методика ее выполнения [19]. Эту точку зрения придерживает А.И. Ищенко (2004) при одновременных хирургических вмешательствах у женщин с пупочной грыжей. Новые перспективы в этом направлении открываются с помощью малоинвазивной лапароскопической техники [3, 10]. Лапароскопическая герниопластика, выполняемая путем закрытия внутреннего пахового кольца путем наложения брекетов на эндостеплер, вставленный в брюшную полость под контролем лапароскопа, впервые была выполнена американскими хирургами под руководством R. Ger в 1979 году. Отчеты о выполнении лапароскопической 108 герниопластики в операции на органах малого таза

редки [5, 11]. Ищенко А.И. и Слободянюк А.И. (2004) сообщили об одновременных операциях, где на первом этапе была проведена хирургическая коррекция органов малого таза, а на втором этапе - эндоскопическая аллопластика внутреннего пахового кольца. Подводя итог, можно отметить, что, несмотря на растущий интерес к одновременным операциям, отмеченным в последние годы, доля этих операций, выполняемых у гинекологических пациентов, остается довольно низкой.

Многие технические, тактические и морально-этические вопросы, связанные с выполнением одновременных операций в гинекологической практике, остаются открытыми. Совершенствование диагностических возможностей в гинекологии и хирургии, появление новых малоинвазивных методов хирургического лечения больных, улучшение анестезиологических и реанимационных преимуществ, создает реальные условия для расширения показаний к одновременной операции и широкие перспективы улучшения результатов лечения больных с сочетанными заболеваниями.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Брехов Е.И., Савинова Е.Б., Лебедева Е.А. Опыт проведения симультанных 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. Давлатов С.С. Дерматолипэктомия при лечении больных с вентральными грыжами сопутствующим ожирением // I Международная научно-практическая конференция. 13-15 апреля 2016 г. Екатеринбург. С. 2919-2925.
4. Дронова В.Л. и др. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях // Український журнал хірургії, 2013. № 2. С. 143-151.
5. Закирова Н.И. Материнская смертность в регионе с высокой рождаемостью // Акушерство и гинекология, 1998. № 2. С. 21-24.
6. Запорожан В.Н. и др. Симультанные операции при сочетании гинекологической хирургической патологии // Репродуктивная эндокринология, 2013. № 3. С. 7-16.
7. 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.
8. Иноятова Ф.И., Сыдилов А.А., Юсупалиева Г.А. Комплексные исследования в диагностике хронических вирусных гепатитов у детей // Достижения науки и образования, 2018. С. 104.
9. Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Кан С.А. Результаты хирургического лечения больных вентральными грыжами с сопутствующим ожирением // Медицинский журнал Узбекистана. №1, 2015. С. 51-44.
10. Негмаджанов Б.Б., Худоярова Д.Р., Рахимова Г.Э. Эффективность двухэтапного лечения маточных кровотечений пубертатного периода на фоне эндемического зоба // Врач-аспирант, 2009. № 6. С. 467-471.
11. 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.
12. Саткеева А.Ж. Анализ результатов симультанных операции брюшной полости и малого

- таза // Новая наука: опыт, традиции и инновации, 2016. С. 31-35.
13. Худоярова Д.Р., Негмаджанов Б.Б. Диагностика и тактика ведения больных с пороками развития половых органов» // Андрология и генитальная хирургия, 2005. № 3-2004. 109
14. Шатохина И.В. и др. Системный подход при выполнении симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста с аденомой простаты // Вестник медицинского института "РЕАВИЗ": реабилитация, врач и здоровье, 2017. Т. 26. № 2. С. 73-79.
15. Azamat S., Zafarjon K., Salim D. Criteria's of choice method in surgical treatment of patients ventral hernia with concomitant obesity // European science review, 2016. № 3-4.
16. Azamat S. et al. Abdominoplastics of postoperative ventral hernia in patients with obesity of III-IV degree // European science review, 2016. № 3-4.
17. Davlatov S., Abdusattarova S. Hernioabdominoplastics of postoperative ventral hernia in patients with obesity // International scientific review, 2016. № 11. С. 84-86.
18. Davlatov S. et al. Factor analysis method of selection of plastics abdominal wall patients with ventral hernias // European Science, 2017. № 2. С. 84-88.
19. Kurbaniyazov Z.B. et al. Удосконалений метод ненатяжної герніоалопластики при пахвинних грижах // Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука, 2017. № 1.
20. Mardonov B.A., Sherbekov U.A., Vohidov J.J. Сучасні підходи до лікування пацієнтів з вентральною грижею та сумісними патологіями // Клінічна та експериментальна патологія, 2018. Т. 17. № 3.
21. Sulaymonovich D.S. Ways to Eliminate Postoperative Complications after Ventral Hernia Repair in Patients with Morbid Obesity // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2017. Т. 7. № 3. С. 147-150.
22. Shamsiyev A., Davlatov S. Factors influencing the choice of hernia repair method in patients with incisional hernias // European science review, 2017. № 1-2. С. 153-155.
23. Shamsiyev A.M., Khusinova S.A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan // The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. Springer, Dordrecht, 2008. С. 249-252.

*Для корреспонденции:*

**Ниязов Батырхан Сабитович** – д.м.н., проф.,  
зав. кафедрой общей хирургии ФУВ КГМИПУПК,  
тел: 0779294835, E-mail: niyazov1949@mail.ru