

УДК 618.1-089.17

## ОСОБЕННОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Агабабян Лариса Рубеновна,  
Исаева Сохиба Чориевна,  
Нарзуллаев Хусен Батирович

Самаркандский Государственный Медицинский университет  
Научный руководитель: Профессор Агабабян Лариса Рубеновна  
Самаркандский Государственный Медицинский университет

## FEATURES OF SIMULTANEOUS GYNECOLOGICAL SURGERY

Agababyan Larisa Rubenovna,  
Isayeva Sohiba Chorievna,  
Narzullayev Husen Batirovich

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY  
Scientific adviser: Agababyan Larisa Rubenovna

**Аннотация.** Симультанные операции в силу своих технических, экономических, психологических преимуществ стали предметом всестороннего изучения на протяжении длительного периода и в настоящее время дискуссий в литературе не вызывают. Целью нашего исследования явилось обоснование выполнения симультантных эндоскопических операций при сочетании гинекологической патологии и холецистита.

**Ключевые слова:** Симультантные операции, лапароскопия, гинекология, хирургия.

**Abstrakt:** Simultaneous operations, due to their technical, economic, and psychological advantages, have been the subject of comprehensive study for a long period and currently do not cause discussions in the literature. The purpose of our study was to substantiate the performance of simultaneous endoscopic operations with a combination of gynecological pathology and cholecystitis.

**Key words:** Simultaneous operations, laparoscopy, gynecology, surgery.

**Актуальность.** Симультанные операции в силу своих технических, экономических, психологических преимуществ стали предметом

всестороннего изучения на протяжении длительного периода и в настоящее время дискуссий в литературе не вызывают [5,6]. Несмотря на это редкую диагностику сочетанных заболеваний в дооперационном периоде можно объяснить тем, что выявление только одного из заболеваний, как правило, удовлетворяет врача и дальнейшее обследование больного прекращается.

Одно из наиболее часто встречающихся заболеваний, по поводу которых выполняются сочетанные операции с использованием эндоскопической техники в гинекологии является калькулезный холецистит [2,6].

**Целью** нашего исследования явилось обоснование выполнения симультанных эндоскопических операций при сочетании гинекологической патологии и холецистита.

**Материалы и методы исследований.** В отделении эндоскопической хирургии при Городском медицинском объединении города Самарканда за период 1996-2022 года 782 больным (**I группа**) произведены симультанные операции при гинекологической и хирургической патологии, 1548 больным (**II группа**) – изолированная лапароскопическая холецистэктомия. Обе группы больных сопоставимы по возрасту: средний возраст больных составил соответственно  $39,4 \pm 2,8$  и  $40,2 \pm 4,5$  лет (разница статистически незначима,  $p > 0,05$ ), т.е. представлены женщинами позднего фертильного возраста.

I группа больных распределена следующим образом (таблица №1): лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с добровольной хирургической стерилизацией выполнена у 588 женщин. В десяти случаях вмешательство расширено за счет грыжесечения по поводу пупочной грыжи. У 110 больных холецистит сочетался с конкурирующим заболеванием гениталий - кистой яичника. В двадцати случае операция сочеталась с консервативной миомэктомией. Фолликулярная киста яичника была причиной симультанной операции у 22 пациенток. И наконец, у тридцати двух пациенток лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с лапароскопической экстирпацией матки с придатками.

**Таблица 1.**

**Распределение больных в I группе по виду выполненных операций**

Название операции	Абс	%
ЛХЭ+ДХС	588	75,2

ЛХЭ+грыжесечение+ДХС	10	1,3
ЛХЭ+удаление придатков матки	110	14,1
ЛХЭ+консервативная миомэктомия	20	2,6
ЛХЭ+ вылушивание кист яичника	22	2,8
ЛХЭ+ экстирпация матки с придатками	32	4,0
Всего	782	100

Во II группе все операции произведены лапароскопическим доступом из стандартных 4-х точек.

Всем гинекологическим больным до операции производилось ультразвуковое исследование печени и желчного пузыря, а все пациентки с калькулезным холециститом осматривались гинекологом на наличие гинекологической патологии. Обследование и подготовка всех больных к операции проводилась амбулаторно по стандартному листу доопреационного обследования.

**Результаты и их обсуждение.** Все операции производились на лапароскопическом оборудовании фирмы «Karl Storz» (Германия) под эндотрахеальным наркозом.

В I группе наиболее часто выполнялись лапароскопическая холецистэктомия с добровольной хирургической стерилизацией (588 пациенток). Причем, хирургическая стерилизация выполнялась при наличии 3-х и более разнополых детей, у женщин в возрасте старше 35 лет и при письменном осознанном согласии обоих супругов.

Лапароскопическая хирургическая стерилизация выполнялась из тех же точек, что и ЛХЭ без дополнительных проколов. Среднее время продолжительности операции составило  $62, \pm 2,5$  мин и  $59 \pm 2,7$  мин соответственно. Статистически значимого увеличения продолжительности операции не выявлено ( $p < 0,001$ ).

При проведении симультанных операций кроме стандартных точек для производства ЛХЭ выполняли дополнительные 5 мм проколы в левой и правой подвздошных областях. Мы не можем согласиться с мнением некоторых авторов [3,4], что при симультанной операции при ЛХЭ правый 5

мм троакар ставится на уровне передневерхней ости правой подвздошной кости, т.к. это затрудняет холецистэктомия. В то же время правый крайний порт, установленный для холецистэктомии, вполне позволяет выполнять манипуляции на придатках матки.

В дополнение к ЛХЭ было произведено лапароскопическое удаление придатков матки по поводу кистомы яичника у 110 больных. Из них у 22 – по поводу дермоидной кисты яичника, при этом препараты удалены из брюшной полости через заднее кольпотомное отверстие с целью предотвращения попадания содержимого тератом в брюшную полость. В этих случаях через задний свод влагалища вводился 11 мм троакар для исключения потери пневмоперитонеума. После удаления операционного материала задний свод ушивали со стороны влагалища узловыми дексоновыми швами с установкой дренажа в малом тазу.

ЛХЭ сочеталась с резекцией яичника по поводу фолликулярной кисты и вторичного бесплодия у 22 больных.

ЛХЭ с добровольной хирургической стерилизацией и пластикой пупочного кольца по поводу пупочной грыжи была выполнена в 10 случаях. При наличии данной патологии вмешательство начинали с выделения и иссечения грыжевого мешка. Троакар для лапароскопа устанавливали в брюшную полость после герметизации брюшной полости предварительно наложенными на апоневроз узловыми шелковыми швами. Операцию заканчивали пластикой пупочного кольца по Мейо. По мнению некоторых авторов [1, 2] желчный пузырь лучше удалять из брюшной полости через грыжевые ворота. На наш взгляд, желчный пузырь удалять из брюшной полости лучше через срединный 11 мм троакар, т.к. удаление его через грыжевые ворота в пупочном кольце может привести к инфицированию с развитием в дальнейшем рецидива грыжи.

ЛХЭ и консервативная миомэктомия была выполнена у 20 больных по поводу субсерозной и субсерозно-интерстициальной миомы тела матки. Консервативная миомэктомия производилась при помощи коагулятора в режиме «коагуляция+резание». При необходимости ложе удаленного миоматозного узла ушивали интракорпорально викрилом.



### **Выводы.**

1 С целью сокращения срока пребывания больных в стационаре и отказа от дополнительного хирургического вмешательства в

дооперационном периоде необходимо максимальное обследование в амбулаторных условиях

3 Совместная работа в одном отделении гинекологов и хирургов дает возможность применить новые виды оперативного вмешательства и, в частности, производить симультанные разнопрофильные операции, сократить сроки пребывания больных в стационаре в 1,5 раза.

### **Список использованной литературы**

1. Агабабян Л. Р. и др. Негормональная коррекция климактерических расстройств у женщин с эндометриозом // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 26 (75). – С. 77-84.
2. Агабабян Л. Р. и др. Состояние шейки матки у первородящих женщин // ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРОНЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
3. Насирова З. А. Состояние основных провоспалительных цитокинов иммунной системы у женщин с интраоперационным введением внутриматочной спирали // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 54. – №. 5.2. – С. 281-285.
4. Агабабян Л. Р., Насирова З.А. Особенности чистопрогестиновой контрацепции у женщин с преэклампсией/эклампсией // Вопросы науки и образования. – 2019. – №. 26 (75). – С. 70-76
5. Брехов Е. И., Савинова Е. Б., Лебедева Е. А. Опыт проведения симультанных лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций // Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2010. – №. 12. – С. 23-26.
6. Федоров В. Э. и др. Симультанные операции при холецистолитиазе (обзор литературы) // Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. – 2018. – №. 5 (35). – С. 111-116.
7. Курманов Р. А. и др. СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИИ (обзор литературы) // Здоровоохранение Кыргызстана. – 2019. – №. 4. – С. 145-150.

8. Рахматуллаев Р. Р. и др. Симультаннные операции из единого лапароскопического доступа //Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – 2017. – №. 1 (21). – С. 77-79.

9. Baggish M. S., Karram M. M. Atlas of pelvic anatomy and gynecologic surgery E-Book. – Elsevier Health Sciences, 2020.

10. Ismailov U. S. et al. SIMULTANEOUS LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN HIGH RISK PATIENTS //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2023. – Т. 2. – №. 6. – С. 58-70.



Research Science and  
Innovation House

