УДК 616.366-002-089

doi: 10.52888/0514-2515-2021-349-2-5-12

Д.А. Абдуллозода^{1,3}, Х.Б. Давлатзода^{2,3}, Ш.Ш. Сайфудинов²

МИНИИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БЕРЕМЕННЫХ

¹Министерство здравоохранения и социальной защиты Республики Таджикистан

²ГУ Комплекса здоровья «Истиклол»

³Кафедра общей хирургии №2, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Давлатзода Х.Б. - соискатель кафедры общей хирургии №2 ТГМУ имени Абуали ибни Сино, тел.: +(992)918510483, e-mail: davlatzoda.hb1990@list.ru

Цель исследования. Улучшение результатов лечения беременных женщин с острым калькулезным холециститом.

Материалы и методы исследования. Данное исследование представляет собой проспективный анализ результатов наблюдения 120 пациенток с острым калькулезным холециститом в различные периоды беременности, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «КЗ Истиклол» г. Душанбе, за период с 2018 по 2021 гг. Пациенток, включенных в исследование, разделили на 2 группы: в 1-ю группу (основная) вошли 70 беременных с острым калькулезным холециститом в различные триместры беременности, где применялись индивидуальные методы лечения; - во 2-ю группу (контрольную) вошли 50 беременных, для лечения которых придерживались общепринятых существующих методов.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационные осложнения после холецистэктомии, у пациенток основной группы, были в 3 (7,3%) наблюдениях, в контрольной группе этот показатель встречался в 9 (26,5%) случаях. В основной группе летальных исходов не наблюдалось, у пациенток контрольной группы летальные исходы были отмечены в 2 (5,9%) наблюдениях.

Выводы. Таким образом, при отсутствии признаков внутриутробной гипоксии плода и неэффективности комплексной консервативной терапии независимо от сроков гестации операцией выбора является миниинвазивные вмешательства. Выполнение современных миниинвазивных оперативных вмешательств обладает значительным преимуществом по сравнению с общепринятой традиционной тактикой.

Ключевые слова: острый калькулезный холецистит, хирургическое лечение.

D.A. Abdullozoda^{1,3}, Kh.B. Davlatzoda^{2,3}, Sh.Sh. Sayfudinov²

MINI-INVASIVE CORRECTION OF ACUTE CALCULAR CHOLECYSTITIS IN PREGNANT WOMEN

¹Ministry of Health and Social Protection of the Republic of Tajikistan

²State Institution of Health Complex "Istiqlol"

³Department of General Surgery №2, SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan

Davlatzoda K.B. - postgraduate student of the department of general surgery No.2 SEI «Avicenna Tajik State Medical University», Dushanbe, Tajikistan, Tel: +(992)918510483, e-mail: davlatzoda.hb1990@list.ru

Aim. To improve the results of treatment of pregnant women with acute calculous cholecystitis.

Material and methods. This study is a prospective analysis of the observation results of 120 patients with acute calculous cholecystitis in different periods of pregnancy who were examined and treated at the city institution "Medical Complex Istiqlol" in Dushanbe for the period from 2018 to 2021. Patients were divided into two groups: group 1 (intervention) included 70 pregnant women with ACC in different trimesters of pregnancy, where individual treatment methods were used; group 2 (control) included 50 pregnant women who received generally accepted existing methods of treatment.

Results and discussion. Postoperative complications after cholecystectomy in patients of the intervention group were observed in 3 (7.3%) cases, and in the control group, in 9 (26.5%) cases. There were no lethal outcomes and 2 (5.9%) cases in the main group.

Conclusions. Thus, minimally invasive interventions are the operation of choice during the preservation and absence

of signs of intrauterine fetal hypoxia and the ineffectiveness of complex conservative therapy, regardless of the timing of gestation. The implementation of modern minimally invasive surgical interventions has a significant advantage over the generally accepted traditional tactics.

Keywords: *Acute calculous cholecystitis, surgical treatment.*

Актуальность. Неуклонное увеличение частоты выявления у беременных ургентной экстрагенитальной хирургической патологии (УЭХП) негативно отражается на течении и исходе гестационного процесса, а также непосредственно влияет на динамику показателей материнской смертности [3, 5].

Острый калькулезный холецистит как осложнение желчекаменной болезни (ЖКБ) является второй по частоте причиной развития синдрома «острого живота» у беременных. Частота данной патологии составляет 1:1000-2000 беременностей. Многие вопросы этиопатогенеза ОКХ при беременности известны, однако все еще имеются противоречивые и не до конца изученные механизмы камнеобразования у этого контингента больных. Летальность составляет 0,6% [1, 2, 4].

Сложности диагностики хирургической патологии, обусловленные изменениями анатомии и топографии внутренних органов во время беременности, а также значительная вариабельность клинических признаков УЭХП у этих пациенток нередко существенно осложняет выбор лечебной тактики [11].

Показано, что почти в одной трети случаев перинатальной смертности новорожденных у матерей выявляется УЭХП [11, 14]. Полагают, что любое УЭХП, развивающееся у беременной женщины, следует рассматривать как прямую угрозу жизни матери и плода [8].

Острый калькулезный холецистит (ОКХ) как осложнение желчекаменной болезни (ЖКБ) является второй по частоте причиной развития синдрома «острого живота» у беременных [1, 2, 6, 13].

Выбор наиболее патогенетически обоснованного метода хирургического лечения ОКХ у беременных при неэффективности комплексной консервативной терапии весьма актуален [6, 7]. Тем не менее, многие авторы на начальном этапе, у пациенток с ОКХ при беременности, применяют консервативное лечение, включающее инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную терапию [3, 8, 9, 12].

Многие авторы считают, что предпочтительным хирургическим доступом для проведения холецистэктомии во время беременности является лапароскопический [4, 5, 10]. Данных о не-

благоприятных последствиях лапароскопической операции для эмбриона плода в первом триместре беременности нет. Тем не менее, ряд авторов рекомендуют по возможности избегать хирургических полостных вмешательств в I триместре из-за потенциального риска самопроизвольного выкидыша [9, 10]. В третьем триместре беременности выполнение холецистэктомии может сопровождаться техническими сложностями из-за увеличенной матки. Оптимальным для хирургического лечения признан второй триместр беременности. Проведение холецистэктомии на этом сроке беременности относительно безопасно и риск осложнений со стороны плода считается минимальным [4].

В некоторых исследованиях [3] показывают эффективность и безопасность симультанной операции кесарева сечения и холецистэктомии. Это дает возможность избежать повторной госпитализации для выполнения холецистэктомии в послеродовом периоде [5].

Беременность является значимым фактором риска ОКХ, ассоциированной с развитием осложнений, требующих в высоком проценте случаев хирургического лечения. В связи с этим разработка дифференцированных патогенетически обоснованных миниинвазивных методов лечения ОКХ в зависимости от сроков беременности является весьма актуальной.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения беременных женщин с острым калькулезным холециститом.

Материалы и методы исследования. Данное исследование представляет собой проспективный анализ результатов наблюдения 120 пациенток с ОКХ в различные периоды беременности, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «КЗ Истиклол» г. Душанбе, за период с 2018 по 2021 гг. Средний возраст пациенток основной группы составил $29,8 \pm 7,9$ лет, во второй (контрольной) группе – $31,2 \pm 8,3$ года. Беременные обеих групп были сопоставимы по возрасту, частоте выявления сопутствующей и акушерско-гинекологической патологии.

Пациенток, включенных в исследование, разделили на 2 группы: - в 1-ю группу (основная) вошли 70 беременных с ОКХ в различные триместры беременности, где применялись индивидуаль-

ные методы лечения; - во 2-ю группу (контрольную) вошли 50 беременных, для лечения которых придерживались общепринятых существующих методов.

Пациентам были выполнены комплексные клиничко-лабораторные и инструментальные исследования.

По срокам беременности пациентки распределены следующим образом: в I-триместре было 25 (35,7%) пациенток основной и 16 (32%) - контрольной группы, во II-триместре в основной группе - 35 (50%), контрольной - 18 (36%) и в III-триместре - 10 (14,3%) пациенток основной группы, контрольной - 16 (32%).

В зависимости от результатов комплексного обследования при ОКХ в различные сроки беременности применяли следующие методы лечения: комплексное консервативное (n-45) и хирургическое (n-75). Комплексная консервативная терапия при ОКХ у пациенток с различными сроками беременности была эффективная в 45 (37,5%) случаях у пациенток основной 29 (41,4%) и контрольной 16 (32%) групп. Различные варианты хирургической коррекции ОКХ беременным женщинам были выполнены 75 (62,5%) пациенткам основной - 41 (58,6%) и 34 (68%)-контрольной групп.

Статистическая обработка результатов проведена с использованием метода вариационной статистики. Оценка достоверности различия средних величин производилась с помощью параметрического t-критерия.

Результаты исследования и их обсуждение.

На начальном этапе лечения ОКХ у пациенток с различными сроками беременности применяли комплексную консервативную терапию, выполняли инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную терапию и обезболивание.

Комплексная интенсивная терапия пациенток с ОКХ при различных сроках беременности проводилась по следующим направлениям:

1. Инфузионная терапия: кристаллоидные и коллоидные растворы.
2. Антибактериальная терапия проводилась согласно клиническим рекомендациям.
3. Профилактика тромбозов: низкомолекулярный гепарин.
4. Персонифицированная рестриктивная инфузионная терапия с учетом физиологических потребностей и патогенетических потерь.

Для купирования приступа желчной колики рекомендуется в первую очередь анальгетики, а также спазмолитики - внутримышечно и внутри-

венно медленно (2-4 мл 2% раствора дротаверина, 5 мл баралгина).

Одним из методов консервативного лечения желчнокаменной болезни после купирования болей в начальных ее стадиях и билиарного сладжа служит назначение урсodeоксихолевой кислоты (УДХХ) по 10-15 мг/кг в течение месяца при поддерживающей терапии в дозе 250-500 мл в комбинации с желчегонными препаратами или ежемесячными 10-дневными профилактическими курсами.

Для лечения билиарного сладжа и желчного пузыря после купирования желчной колики 15 (21,4%) пациенткам основной группы, в различные сроки беременности, при проведении инфузионной терапии в схему лечения добавили препарат серотонин аргината (динотон), который разводился в 200-400 мл 0,9% раствора натрия хлорида и вводился внутривенно капельно в дозировке от 20-30, до 40-60 мг/стуки. Лечение проводили от 3 до 7 суток (наряду с антиоксидантными, моторными свойствами на желудочно-кишечный тракт, серотонин и мелатонин синхронизируют циркадные ритмы, регулируют сон и бодрствование, стимулируют иммунную систему, участвуют в работе репродуктивной системы, что очень важно, особенно у женщин в период беременности).

После проведенного комплексного лечения в более ранние сроки отмечали снижение болевого синдрома, тяжести в правом подреберье и диспепсических явлений у 13 (86,7%) пациенток из 15. При УЗИ (до и после) отмечали уменьшение объема желчного пузыря (ЖП), а также застойные явления в нем. Появились признаки эвакуации желчи из просвета ЖП в желчные протоки.

Необходимо отметить, что назначение динотона в комплексе консервативной инфузионной терапии билиарного сладжа и ЖКБ I стадии позволяет улучшить моторно-эвакуаторную функцию ЖП, и тем самым снижает напряжения ЖП, ее объема, а также явления билиарного сладжа.

Следует отметить, что для профилактики и лечения билиарного сладжа и ЖКБ у 10 (14,3%) пациенток основной группы с билиарным сладжем II-III ст., а также ЖКБ предкаменной стадии наряду с назначением диеты, консервативной литолитической терапии для улучшения моторно-эвакуаторной функции ЖП и желчных путей, а также антиоксидантной терапии и улучшения психо-эмоционального статуса женщин назначили синтетический аналог мелатонина «Мелаксин» (Unipharm, США) в дозе 3 мг 1 раз в день за 30

минут до сна в течение 3 месяцев под контролем уровня мелатонина в крови.

Включение в комплекс консервативного лечения и профилактики БС препаратов серотонина адинота и милексина позволило существенным образом, у 9 (90%) из 10 наблюдаемых пациенток, улучшить сократительную функцию ЖП, биохимические показатели липидов крови.

Для разработки дифференцированной хирургической тактики лечения ОКХ в различные сроки беременности основывались на данные научной литературы и собственный клинический опыт. Фундаментом, на котором строилась дифференцированная хирургическая тактика, являлись следующие показатели: сроки от начала заболевания; сроки беременности (I, II и III триместры); стадия желчнокаменной болезни; патоморфологические формы ОКХ; наличие или отсутствие экстрапузырных осложнений; эффективность комплексной консервативной терапии; состояние плода: а) признаки внутриутробного страдания плода; б) нарушения кровообращения в системе «мать-плацента-плод» с развитием фетоплацентарной недостаточности; результаты клинко-лабораторных данных; результаты УЗИ и доплерографии маточных сосудов, плаценты и желчного пузыря; наличие или отсутствие сопутствующей экстрагенитальной патологии и патологии беременности.

Необходимо отметить, что лечение пациенток с ОКХ с различными сроками беременности в обязательном порядке проводили совместно с акушер-гинекологом, анестезиологами, а также по необходимости и смежными специалистами.

В 25 (35,7%) наблюдениях в основной группе холецистэктомия при ОКХ в I и II-триместре выполняли видеолaparоскопическим способом. При развитии заболевания во II-триместре беременности, когда органогенез плода завершен, а размеры беременной матки позволяют достаточно визуализировать операционное поле, 10 (14,3%) пациенткам была выполнена видеолaparоскопическая холецистэктомия. При выполнении видеолaparоскопической холецистэктомии в I и II-триместре введение обезболивания, а также троакаров в брюшную полость практически не отличалось от традиционной методики выполняемых у небеременных пациенток. Согласно американским рекомендациям при создании пневмоперитонеума показатели внутрибрюшного давления не превышали 15 мм рт.ст. Это помогало уменьшить нарушения маточно-плацентарной перфузии и снизить нагрузку на сердце пациентки, при этом увеличение

парциального давления CO_2 также оставалось в пределах допустимых значений.

При умеренных патоморфологических изменениях и интраоперационных осложнениях (умеренный перихолецистит, полостные спайки в области ЖП с изменениями анатомии в области шейки ЖП и сопровождающиеся определенные трудности в дифференцировании треугольника Кало), вначале производили видеолaparоскопическую пункцию ЖП (n-3), что на много в дальнейшем облегчило выполнение видеолaparоскопической холецистэктомии.

Операция была завершена подведением полиэтиленовой трубки к Винслову отверстию.

При деструктивных формах ОКХ, а также обтурационном остром холецистите, разрешающим фактором, ликвидирующим интравезикальную гипертензию и сам субстрат гнойного воспаления может стать пункция с последующей аспирацией содержимого и дренированием ЖП. В 8 (11,4%) случаях выполняли эхоконтролируемое пункционно-дренирующее вмешательство (ЭПДВ) под контролем УЗИ с последующей послеродовой (через 4-6 месяцев) выполненной видеолaparоскопической холецистэктомией. Эхоконтролируемые декомпрессионные вмешательства под УЗ-контролем были выполнены еще в 2 (2,9%) наблюдениях у пациенток с ОКХ в III-триместре беременности. Преимуществами ЭПДВ через открытые санационные вмешательства являются:

1. Постоянно функционирующий дренаж ЖП, который позволяет добиться стихания острого воспаления, снижая тем самым эндотоксемию и негативное влияние на плод и женщину;

2. Наличие катетера в ЖП, что позволяет контролировать содержимое ЖП в различные периоды после вмешательства, оценивая тем самым динамику явлений острого воспаления ЖП;

3. Введение контрастного вещества по микрохолецистостоме и последующие фистулографии, что позволит выявить наличие холелитиаза, а при необходимости определить причину механической желтухи;

4. Микрохолецистостома, которая может быть использована для подведения в полость ЖП литолитических препаратов с последующим удалением через дренаж продуктов растворения желчных конкрементов.

Следует отметить, что ЭПДВ беременными женщинами и плодом значительно легче переносятся и требуют для своего выполнения меньше времени.

После осуществления ЭПДВ в комплексном лечении ОКХ проводили ультразвуковой мониторинг ЖП с традиционной оценкой его размеров, состояния стенки, полости и окружающих тканей. Дренирующий катетер удаляли после клинического улучшения состояния пациенток, стихания клинико-лабораторных признаков воспаления ЖП, визуальной нормализации выделяемой желчи.

В основной группе 2 (2,9%) пациенткам при гангренозном холецистите с явлениями перипузырного абсцесса в I триместре выполняли традиционную холецистэктомию из мини-доступа.

Значительные трудности тактического и технического характера представляют пациентки с ОКХ в III-триместре, когда из-за увеличенной беременной матки многие симптомы ОКХ четко не определяются. Обстоятельства ухудшаются еще и тем, что наличие деструктивных форм ОКХ негативно влияет на плод, а именно увеличивает частоту внутриутробной гипоксии плода, преждевременных родов и материнской смертности.

При этом после совместного консилиума акушер-гинекологов, хирургов и анестезиологов-реаниматологов решался вопрос о выполнении симультанной операции. Оперативное вмешательство, как правило, выполняли под общим обезболиванием. На первом этапе операции выполняли нижнесрединную лапаротомию с выполнением кесарева сечения в нижнем маточном сегменте с зашиванием раны на матке выворачивающимся швом по Шмидену. Далее лапаротомный разрез продлевают вверх, и бригада хирургов выполняет холецистэктомию. Операцию завершают подведением полиэтиленовой трубки к подпеченочному пространству, а вторую в полость малого таза.

Симультанные операции у пациенток основной группы при ОКХ в III-триместре были выполнены в 4 (5,7%) случаях. В наших исследованиях показаниями к выполнению симультанных операций у беременных в III-триместре являлись неэффективность комплексной консервативной терапии ОКХ или наличие деструктивных ее форм в сочетании с признаком внутриутробного страдания плода, нарушения кровообращения в системе «мать-плацента-плод» с развитием фетоплацентарной недостаточности, а также в сроки 28-32 недели предупреждения «грубой» недоношенности новорожденного при отсутствии признаков внутриутробной гипоксии плода.

В контрольной группе в 20 (40%) наблюдениях при ОКХ I (n=10) и II (n=10) выполнялась традиционная лапаротомная холецистэктомию. В 14

(41%) случаях из 34 производились симультанные оперативные вмешательства – кесарево сечение с холецистэктомией.

Дифференцированная хирургическая тактика в основной группе позволила в 4 (5,7%) наблюдениях у пациенток с ОКХ в III триместре ограничиться консервативными мероприятиями и оперировать их в послеродовом периоде. Еще в 25 (35,7%) наблюдениях в этой группе при ОКХ в I-триместре (n=8) и II-триместре (n=17) также пациентки ввиду эффективности комплексной консервативной терапии не были оперированы.

В раннем послеоперационном периоде в пациенток основной группы (n=41) после выполнения различных по характеру и объему оперативных вмешательств пациенткам продолжали послеоперационное лечение. В комплексе лечебно-профилактических мероприятий использовали: дезагрегантную терапию с целью улучшения микроциркуляции (курантил 25 мг 3 раза в день в течение 4 недель); раствор гидроксиэтилированного крахмала (ГЭК) для устранения нарушений гомеостаза и детоксикации; при сохранении беременности – микронизированный прогестерон (утрогестан 200-400 мг в сутки, интравагинально, начиная с первых суток после операции); при развившейся угрозе прерывания беременности дополнительно проводился токолиз (атозибан (трактосил) в дозе 300 мкг/мин, в течение 6-12 часов в разведении изотоническим раствором натрия хлорида до 100 мл, внутривенно медленно со скоростью 24мл/г, доза атозибана – 18 мг/г при помощи инфузионных систем).

Профилактику гнойно-септических осложнений проводили антибактериальными препаратами группы цефалоспоринов в течение 5-7 дней (цефазолин 1,0 в/м 2 раза в день).

Послеоперационные осложнения после холецистэктомии, в различных ее способах, у пациенток основной группы были в 3 (7,3%) наблюдениях, в контрольной группе этот показатель встречался в 9 (26,5%) случаях. Так, в послеоперационном периоде у пациенток основной группы в 2 (4,9) случаях отмечали желчеистечения, которые прошли самостоятельно и в 1 (2,4%) наблюдении имело место нагноение зоны введенных троакаров. Тогда как у пациенток контрольной группы в 5 (14,7%) случаях отмечали нагноение лапаротомной раны с последующим развитием послеоперационных вентральных грыж во всех случаях, требующих выполнения хирургической коррекции. В 2 (5,9%) наблюдениях желчеистечения, которые

прекратились самостоятельно и еще в 2 (5,9%) наблюдениях внутрибрюшные абсцессы, требующие традиционного метода вскрытия и дренирования.

В основной группе летальных исходов не наблюдали, у пациенток контрольной группы летальные исходы были отмечены в 2 (5,9%) наблюдениях.

Патоморфологические исследования удаленных ЖП у беременных в различные сроки, показали, что глубина и выраженность патоморфологических изменений зависит от сроков выполнения операции и начала заболевания.

Исследование показало, что у пациенток основной группы (n=41) в 1 (1,4%) случае наблюдали антенатальную гибель плода. Тогда как у пациенток контрольной группы (n=34) антенатальная гибель плода зафиксирована в 4 (8%) случаях. Анализ особенностей родоразрешения показал, что в абсолютном большинстве случаев у пациенток основной группы – 31 (75,6%) родоразрешение были произведены в срок, у остальных 10 (24,4%) пациенток роды были преждевременными.

Результаты анализа беременных основной группы после выполнения миниинвазивных оперативных вмешательств свидетельствовали об отсутствии признаков гипоксии плода в 37 (90,2%) наблюдениях. У 3 (7,3%) пациенток были отмечены начальные признаки гипоксии плода, выраженные нарушения наблюдались в 1 (2,4%) случае. В контрольной группе, где пациентки перенесли традиционные открытые методы холецистэктомии, отсутствие признаков гипоксии плода было отмечено в 18 (52,9%) случаях. У 12 (35,3%) были отмечены начальные признаки гипоксии плода и у 4 (11,8%) – выраженная гипоксия.

В 6 (24,6%) наблюдениях было выполнено кесарево сечение в остальных 35 (85,4%) случаях роды произошли через естественные родовые пути.

В основной группе своевременные роды были отмечены у 35 (85,4%) пациенток, преждевременные роды – у 6 (24,6%). Своевременные роды в контрольной группе отмечены у 21 (61,8%) пациентки, преждевременные роды – у 13 (38,2%). Традиционные открытые оперативные вмешательства сопровождались значительным негативным влиянием на течение беременности в послеоперационном периоде.

Анализ распределения новорожденных по шкале Апгар показал, что на 1 минуте жизни в основной группе было 34 (82,9%) новорожденных, оценка состояния которых соответствовала 8-10

баллам, тогда как в контрольной группе 25 (73,5%) значительно меньше. В то же время в контрольной группе по сравнению с основной было больше новорожденных с уровнем оценки по шкале Апгар, менее 4 и 5-7 баллов. Клиническая характеристика новорожденных показала, что в основной группе значимо выше ($p<0,05$), чем в контрольной группе она была для новорожденных без каких-либо признаков гипотрофии значения показателей 35 (82,9%) и 22 (64,7%) соответственно.

Синдром задержки развития плода (СЗРП) I степени был выявлен у 12 (29,3%) детей основной группы и 9 (26,5%) контрольной. СЗРП II степени был диагностирован в 8 (19,5%) и 9 (26,5%) случаях, соответственно в основной и контрольной группах, случай СЗРП III степени отмечался только у 2 (5,9%) новорожденных контрольной группы.

Выводы. 1. При сохранении признаков внутриутробной гипоксии плода и неэффективности комплексной консервативной терапии независимо от сроков гестации методом выбора являются миниинвазивные вмешательства.

2. Выполнение современных миниинвазивных оперативных вмешательств обладает значительным преимуществом по сравнению с общепринятой традиционной тактикой.

3. Индивидуальный и дифференцированный хирургический подход позволяет существенно снизить риск развития воспалительных изменений в плаценте, а также улучшает исходы беременности.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 11-14 см. в REFERENCES)

1. Антинян К.Д. Особенности диагностики осложненной желчекаменной болезни у беременных / К.Д. Антинян, Е.Ю. Антинян // Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – Т. 26. – №. 1. – С. 168-174.

2. Бокиев Ф.Б. Наш опыт 4360 лапароскопических холецистэктомий при желчнокаменной болезни / Ф.Б. Бокиев, Ф.Ш. Рашидов, Д.А. Рахмонов, Ш.Ш. Амонов // Вестник Авиценны. 2020;22(4):572-579.

3. Курбонов К.М. Хирургическая тактика при остром холецистите, осложнённом холедохолитиазом и механической желтухой / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, Р.Х. Саидов, Б.Д. Султонов // Вестник Авиценны. 2017. Т. 19. № 3. С. 344-348.

4. Менюк Т. Роль метаболических нарушений в патогенезе внутрипеченочного холестаза беременности / Т. Менюк // Клиническая и экспериментальная гепатология. - 2018. - Т. 4. - №. 4. - С. 217.

5. Прудков М.И. Хирургическое лечение холелитиаза при бессимптомном и хроническом холецистите / М.И. Прудков, П.С. Ветшев, А.М. Шулуто, // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Т. 10. - № 3. - С. 125-128.

6. Рахматуллаев Р. Результаты хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста с применением различных методик / Р. Рахматуллаев, А.Х. Норов, Д.М. Курбонов и др. // *Вестник Авиценны*. 2011. № 4 (49). С. 29-34.

7. Саакян Г.Г. Малоинвазивные вмешательства при осложненном течении желчнокаменной болезни у беременных / Г.Г. Саакян, И.Б. Манухин, С.М. Чудных, И.Е. Хатьков // *Анналы хирургии*. - 2017. - Т. 22. - № 3. - С. 143-149.

8. Трухан Д.И. Патология желчевыводящей системы у женщин: особенности патогенеза, течения, коррекции и профилактики / Д.И. Трухан, Л.В. Тарасова // *Consilium Medicum* - 2013. - Т. 15. - № 6. - С. 51-54.

9. Успенская Ю.Б. Особенности патогенеза, диагностики и лечения желчнокаменной болезни при беременности / Ю.Б. Успенская, А.А. Шептулин // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 2017. - Т. 27. - №. 2. - С. 111-116.

10. Широкова И.А. Холецистопанкреатиты у беременных / И.А. Широкова, В.В. Козлов, П.А. Гнилосыр и др. // *Бюллетень медицинских интернет-конференций* - 2019 - Т. 9 - № 2 - С. 117-119.

REFERENCES

1. Antinyan K.D. Osobennosti diagnostiki oslozhnennoy zhelchnokamennoy bolezni u beremennyh [Peculiarities of diagnostics of complicated cholelithiasis in pregnant women]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban Scientific Medical Bulletin*, 2019, Vol. 26, No. 1, pp. 168-174.

2. Bokiev F.B. Nash opyt 4360 laparoskopicheskikh kholetsistektomiy pri zhelchnokamennoy bolezni [Our experience with 4,360 laparoscopic cholecystectomies for cholelithiasis]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2017, No. 22(4), pp. 572-579.

3. Kurbonov K.M. Khirurgicheskaya taktika pri ostrom kholetsistsite, oslozhnennom kholedokholitiaznom i mekhanicheskoy zheltukhoy [Surgical tactics in acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis and mechanical jaundice]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2017, Vol. 19, No. 3, pp. 344-348.

4. Menyuk T. Rol metabolicheskikh narusheniy v patogeneze vnutripechenochnogo kholestaza beremennosti [The role of metabolic disorders in the patho-

genesis of intrahepatic cholestasis during pregnancy]. *Klinicheskaya I eksperimentalnaya gepatologiya - Clinical and experimental hepatology*, 2018, Vol. 4, No. 4, pp. 217.

5. Prudkov M.I. Khirurgicheskoye lechenie kholelitiaza pri bessimptomnom I khronicheskom kholitseste [Surgical treatment of cholelithiasis in asymptomatic and chronic cholecystitis]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii - Annals of Surgical Hepatology*, 2005, Vol. 10, No. 3, pp. 125-128.

6. Rakhmatullaev R. Resultaty khirurgicheskogo lecheniya ostrogo kalkhulesnogo kholetsistita u bolnyh pozhilogo I starcheskogo vozrasta s primeneniem razlichnyh metodik [Results of surgical treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients using different techniques]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2011, No. 4 (49), pp. 29-34.

7. Saakyan G.G. Maloinvazivnye vmeshatelstva pri oslozhnennom techenie zhelchnokamennoy bolezni u beremennyh [Minimally Invasive Interventions for Complicated Biliary Stone Disease in Pregnant Women]. *Annaly khirurgii - Annals of Surgery*, 2017, Vol. 22, No. 3, pp. 143-149.

8. Trukhan D.I. Patologiya zhelchevyvodyashchey sistemy u zhenshchin: osobennosti patogeneza, techeniya, korrektsii I profilaktiki [Pathology of biliary system in women: peculiarities of pathogenesis, course, correction and prevention]. *Consilium Medicum*, 2013, Vol. 15, No 6, pp. 51-54

9. Uspenskaya U.B. Osobennosti patogeneza, diagnostiki I lecheniya zhelchnokamennoy bolezni pri beremennosti [Peculiarities of pathogenesis, diagnostics and treatment of cholelithiasis in pregnancy]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii - Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology*, 2017, Vol. 27, No. 2, pp. 111-116.

10. Shirokova I.A. Kholetsistopankreatity u beremennyh [Cholecystopankreatitis in pregnant women]. *Bulleten meditsinskih interkonferentsiy - Internet Medical Bulletin*, 2019, Vol. 9, No. 2, pp. 117-119.

11. Cain M.A. Gallstone and Severe Hypertriglyceride-Induced Pancreatitis in Pregnancy. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 2015, Vol. 70 (9), pp. 577-583.

12. De Bari O. Cholesterol cholelithiasis in pregnant women: pathogenesis, prevention and treatment. *Annals of Hepatology*, 2014, Vol. 13 (6), pp. 728-745.

13. El-Messidi A. Evaluation of management and surgical outcomes in pregnancies complicated by acute cholecystitis. *Journal of perinatal medicine*, 2018, Vol. 46, No. 9, pp. 998-1003.

14. Kocael P.C. Laparoscopic surgery in pregnant patients with acute abdomen. *Annali Italiani di Chirurgia*, 2015, Vol. 86 (2), pp. 137-142.

ХУЛОСА

Ч.А. Абдуллозода, Х.Б. Давлатзода,
Ш.Ш. Сайфудинов

ТАБОБАТИ МИНИИНВАЗИВИИ ХОЛЕСИСТИТИ ШАДИДИ КАЛКУЛЕЗӢ ДАР ЗАНҲОИ ҲОМИЛА

Мақсади омӯзиш. Беҳтар намудани натиҷаҳои табобати занони ҳомила бо холесистити шадиди калкулезӣ.

Мавод ва усули тадқиқот. Ин тадқиқот натиҷаҳои мушоҳидаи 120 нафар беморони гирифтори холесистити шадиди калкулезӣ дар давраҳои гуногуни ҳомиладорӣ мебошад, ки дар Муассисаи давлатии «МТ Истиқлол» дар Душанбе аз соли 2018 то 2021 муоина ва табобат карда шуданд. Синну соли миёнаи беморон дар гурӯҳи асосӣ $29,8 \pm 7,9$ сол, дар гурӯҳи дуввум (назоратӣ) $31,2 \pm 8,3$ сол буд. Занҳои ҳомила аз ҳарду гурӯҳ аз рӯи синну сол, басомади ошкор кардани бемориҳои ҳамчун ва акушерӣ-гинекологӣ қобили муқоиса буданд.

Беморони ба тадқиқот дохилшуда ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: - ба гурӯҳи 1 (асосӣ) 70

зани ҳомила бо холесистити шадиди калкулезӣ дар триместрҳои гуногуни ҳомила дохил карда шуданд, ки дар онҳо усулҳои табобати инфиродӣ истифода шуданд; - ба гурӯҳи 2-юм (назорат) 50 зани ҳомила барои табобат шомил буданд, ки ба усулҳои мавҷудаи қабулшудаи табобат истифода шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо.

Мушкilotи пас аз ҷарроҳӣ пас аз холесистэктомия бо роҳҳои гуногун дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 3 ҳолат (7,3%), дар гурӯҳи назоратӣ ин нишондиҳанда дар 9 ҳолат (26,5%) маълум карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ, оқибатҳои марговар ба мушоҳида нарасиданд, дар беморони гурӯҳи назоратӣ бошад, натиҷаҳои марговар дар 2 ҳолат (5,9%) қайд карда шуданд.

Хулоса. Ҳамин тариқ, ҳангоми мавҷуд набудани аломатҳои гипоксияи даруни батнӣ ва бесамарии терапияи консервативӣ, новобаста аз давраи ҳомилагӣ, амалиёти интиҳоб карда шуда, ин табобати миниинвазивӣ мебошад. Табобати ҷарроҳии ҳозиразамони миниинвазивӣ нисбат ба усулҳои анъанавии қабулшуда бартарии назаррас дорад.

Калимаҳои калидӣ: холесистити шадиди калкулезӣ, табобати ҷарроҳӣ.

УДК 616.147.22-007.64-071.3-089

doi: 10.52888/0514-2515-2021-349-2-12-16

К.П. Артыков^{1,2}, Б.Садуллоев², О.Ф. Солиев¹, Н.М. Мирзоев¹

ЛЕЧЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ

Солиев Олимжон Фаттоевич – аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; тел.: +(992)988748004; E-mail: saliyev_2019@bk.ru

Цель исследования. Оценка результатов лечения почечной гипертензии при варикоцеле после формирования проксимального межвенозного анастомоза.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование 167 пациентов с варикоцеле в возрасте от 16 до 39 лет. Степень оценки варикоцеле производилась по классификации Амерал Дубину, которая используется в классификации ВОЗ (1997). У всех пациентов клинически был выявлено наличие признаков варикоцеле. Импилатеральная гипотрофия яичка была выявлена у 21 (12,6%) пациента, а гидроцеле - у 6 (3,6%) пациентов. Всем пациентам до и после операции проводили анализ эякулята.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 167 обследованных больных ренояичковый гемодинамический тип варикоцеле был выявлен у 115 (68,9%). Варикоцеле 1 степени был выявлен - у 17 (14,8%), 2 степени - у 31 (26,9%), и 3 степени - у 67 (58,3%) пациентов. При доплерографии вен семенного канатика внутренний диаметр варьировал от 3 до 6 мм. В среднем это значение составило $4,3 \pm 1,1$ мм. Всем этим пациентам была выполнена субингвинальная варикоцелэктомия по Мармар. Поэтому венодренирующие операции с целью снижения почечной гипертензии была выполнена 65 (56,5%) пациентам.