

УДК: 616.15-089:616.411-089:87-06

## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АУТОИММУННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ

**Мустафакулов Г И**

*Ташкентский Государственный Медицинский  
Университет Ташкент, Узбекистан*

**Резюме:** *Представлены основные сведения о сути симультанных операций (СО) и возможностях их выполнения при заболеваниях разных органов иселезенки в современной хирургической практике. Проведены анализы результатов применения симультанных операций при гематологической патологии у 98 больных. С учетом специфики гематологической патологии определены показания и наиболее оптимальные варианты таких операций. Выполнение симультанных операций является перспективным методом лечения нескольких хирургических заболеваний в гематологической практике.*

**Ключевые слова:** *заболевания системы крови, тромбоцитопения, спленэктомия, симультанные операции.*

## SIMULTANEOUS OPERATIONS IN AUTOIMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA

**Mustafakulov G I**

*Uzbekistan Tashkent Medical University*

**Summary:** *The basic information about the essence of simultaneous operations (CO) and the possibilities of their implementation in diseases of various organs and the spleen in modern surgical practice is presented. The results of simultaneous operations in hematological pathology in 98 patients were analyzed. Taking into account the specifics of hematological pathology, indications and the most optimal options for such operations have been determined. Simultaneous operations are a promising method of treating several surgical diseases in hematology practice.*

**Keywords:** *diseases of the blood system, thrombocytopenia, splenectomy, simultaneous operations.*

АТП (болезнь Верльгофа, первичная иммунная тромбоцитопеническая пурпура), по мнению большинства авторов, развивается в результате иммунного конфликта, направленного на антигены тромбоцитов или мегакариоцитов и характеризуется снижением количества тромбоцитов ( $<150 \times 10^9/L$ ) и геморрагическим синдромом. Болезнь Верльгофа по мнению большинства авторов, развивается в результате иммунного конфликта,

направленного на антигены тромбоцитов или мегакариоцитов, и характеризуется снижением количества тромбоцитов ( $<150 \times 10^9/L$ ) и геморрагическим синдромом. АТФ встречается как у взрослых, так и у детей, его частота колеблется от 1 до 13% на 100 000 человек по данным У.А. Алтибаев (1984), Роберт-Мак Милан (1997, США), К.М. Абдукадыров (2004), Mustafakulov G.I. (2006, 2008, 2023).

Спленэктомия является одним из наиболее эффективных методов лечения АТФ. Непосредственный эффект после спленэктомии отмечен в 70-90 % случаев, ремиссия в течение более 10 лет достигается у 78 %, 20-летняя безрецидивная выживаемость составляет 67 % [6, 15, 16].

Симультанные оперативные (СО) вмешательства в хирургической практике известны очень давно. Впервые о такой операции сообщил А. Claudius в 1735 г.: больному была выполнена аппендэктомия в сочетании с герниопластикой [3, 29, 34, 37].

В настоящее время под симультанными операциями понимают хирургическое вмешательство, одновременно производимое на двух или более органах, по поводу этиологически не связанных между собой заболеваний [27, 34, 35].

Интерес к симультанным операциям закономерен и обусловлен тем фактом, что сочетанная хирургическая патология, по данным ВОЗ [4] сочетание заболеваний встречается у 20–30 % хирургических больных [4]. То есть, сочетанная патология встречается у каждого третьего больного хирургического профиля, однако, как ни парадоксально, доля самих симультанных операций составляет не более 6 % от всех выполняемых вмешательств [15].

По тем же данным ВОЗ, у 30 % пациентов с абдоминальной патологией хирургического профиля встречаются не два, а более сочетанных заболеваний, требующих оперативного лечения [19].

В последние два десятилетия двадцатого века количество публикаций о возможности выполнения симультанных оперативных вмешательств лавинообразно увеличивалось и составляло до 500–700 публикаций в год (по результатам поиска в MEDLINE, EMBASE).

Преимущества симультанных операций заключаются не только в том, что они излечивают пациента сразу от нескольких заболеваний, но и в том, что они избавляют пациента от увеличивающегося риска, связанного с повторными оперативными вмешательствами, повторными наркозами и соответственно с осложнениями хирургического и анестезиологического пособия [11–13]. Нельзя забывать о том, что, согласившись на одновременное лечение нескольких хирургических заболеваний, больной в дальнейшем избавляется от тягостного для его психического состояния принятия решения о повторных вмешательствах.

По расчетам авторов ряда публикаций, одномоментное, а не поэтапное лечение больных с сочетанной хирургической патологией позволяет в два раза сократить расход медикаментов, длительность пребывания пациента в стационаре и общую временную нетрудоспособность и, тем самым, в два раза уменьшить стоимость лечения [10].

Благодаря увеличению продолжительности жизни людей, усовершенствованию диагностических технологий, наметилась тенденция к возрастанию числа больных, имеющих 2–3 сопутствующих хирургических заболевания, в том числе у гематологических больных. Наличие у многих пациенток сочетанных хирургических и гематологических заболеваний, частота которых, по данным ВОЗ, составляет 15–20%, ставит перед хирургами и гематологами задачу о возможности одновременной коррекции такой патологии [1,7].

Повышение эффективности лечения гематологических больных, требующих оперативного вмешательства при наличии у них сочетанной хирургической патологии, достигается за счет выполнения симультанных операций. Однако в научной литературе доказательно-обоснованные исследования относительно этой проблемы встречаются нечасто, хотя на практике многие хирурги и гематологи отмечают необходимость выполнения таких операций [17,23,25].

Для определения последовательности операций надо в первую очередь выполнять вмешательство по поводу основного заболевания, а также руководствоваться соображениями асептики, важностью этапа операции и стремлением сократить время вмешательства, хотя в каждом конкретном случае вопрос должен решаться индивидуально [11, 15, 22, 28]. Спленэктомии (СЭ) в настоящее время подвергаются некоторые больные с гематологическими заболеваниями, в том числе больные с хронической идиопатической тромбоцитопенической пурпурой.

Аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура (АТП) является одной из наиболее часто встречающихся форм геморрагических диатезов. По данным В.Г. Вогралика (1961), удельный вес этой патологии составляет 43,1% от всех форм геморрагических диатезов.

В основе патогенеза АТП лежит аутоиммунный процесс [18], когда в силу различных причин в организме человека происходит синтез антитромбоцитарных аутоантител, имеющих также антимегакариоцитарную направленность [3,7,8,14,16].

При непрерывно рецидивирующем течении хронической АТП (ХАТП) или частых обострениях с кровотечениями из слизистых необходимо решить вопрос о плановой спленэктомии. При этом клинико-лабораторная ремиссия достигается у 70-90% больных. Основная масса антитромбоцитарных антител синтезируется в селезенке, после удаления которой титр антител значительно

уменьшается и не определяется. Спленэктомия — это большая операция, риск постспленэктомического сепсиса превышает риск серьезного кровотечения. Поэтому спленэктомия должна проводиться не ранее чем через 12 месяцев после установления диагноза. Принятый возраст для спленэктомии — пять лет и старше, что связано с созреванием иммунной системы к этому возрасту. Показаниями к плановой спленэктомии являются: частые обострения с кровотечениями из слизистых при количестве тромбоцитов менее 30 000.

При этом в 12%-15% случаях спленэктомия сочетается с другими оперативными вмешательствами [26].

Больных с анемией и нарушениями гемостаза перед выполнением симультанных операций нуждается в тщательном обследовании и особой подготовке, от которой зависит исход операции.

Успехи анестезиологии, трансфузиологии, совершенствование хирургической техники, рациональная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных позволяют расширить показания к симультанным операциям у гематологических больных.

Статья посвящена техническим аспектам выполнения СЭ с описанием различных факторов, влияющих на травматичность и успех операции. Исследование проведено с целью разработки показаний, противопоказаний к применению симультанных операции (СО), определения наиболее оптимальных вариантов сочетания разных операций, внедрения их в клиническую практику, проведения анализа результатов их применения у больных с гематологической патологией.

#### Материалы и методы

Объектом исследования явились 98 больных в возрасте от 18 до 51 лет с АТП и другой хирургической патологией, находившийся на обследовании и лечение хирургических отделениях НИИ Гематологии и ПК УзР.

Из них мужчины – 46(47%), женщины – 52(53%). Длительность заболевания составляет от 6 месяцев до 14 лет. Больные в среднем получили от 2 и более раз разные глюкокортикоидные препараты. Все больные находились на стационарном и амбулаторном лечении от 1 до 3 и более раз с временным улучшением.

Больным проводились следующие исследования: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования, коагулограмма, сывороточное железа, маркеры гепатита, циркулирующие иммунные комплексы, по показаниям время свертываемости и длительность кровотечения крови, миелограмма. В зависимости от характера сопутствующей патологии дополнительно использовали УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, R-кие исследования грудной клетки контрастную рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, ЭКГ, магнитно-резонансную и рентгеновскую компьютерную томографию, спирографию.

Все больные поступали с геморрагическим синдромом. Из них 24(26%) больных поступили с носовым кровотечением, 15(15%) – с десневым кровотечением, у 12(12%) женщин была гиперполименорея вместе с другими видами геморрагического синдрома и остальные с кожные проявлениям.

У 1(1%) больного была гематурия. В большинстве случаев экхимозы и петехии сопровождалась со слизистым кровотечением.

Поступили больные от единичного до  $10 \times 10^9$ /л тромбоцитами и отмечена постгеморрагическая анемия различной степени.

Из них у 14(14%) больных выявлено различные хирургические патологии, в том числе пупочная грыжа у 4 больных с ХАТП: из них 3 женщины, 1 мужчина. У 3 мужчин паховая грыжа, у 3 женщин хронический калькулёзный холецистит, у 2 хронический геморрой: из них 1 женщины, 1 мужчина, липомы различного размера у 2 мужчин.

По показаниям у 98 больных с ХАТП выполнено спленэктомия верхне-срединным разрезом и одновременно у 14 больным с различными сопутствующими хирургическими патологиями произведено симультанные операция. Двоим больным пупочной и паховой грыжей, после проведенного консервативного лечения до операции тромбоциты были единичными, из-за выраженной кровоточивости во время операции выполнено только спленэктомия.

#### Результаты и обсуждение

У 4 больных в возрасте от 20 до 47 лет с ХАТП и пупочной грыжей, после подготовки к операции тромбоциты поднялись от 29 000 до 37 000. Без признаков кровотечения операция произведено верхней лапоратомной разрезом, принятой в клинике способом выполнено спленэктомия с минимальной кровопотерей около 50-70мл и с тщательным гемостазом выполнено грыжесечения по способу Сапежко и Мейо с минимальной кровопотерей, это около 15-20 мл. После операционные периоде у двоих образовался подкожная гематома, который на 2 день дренирован. На 2 день после операции тромбоциты повысились от 70 000 до 164 000.

У 3 больных в возрасте от 38 до 45 лет с ХАТП и паховой грыжей, у двоих отмечался кожные экхимозы и в конечностях появлялись незначительные петехии, после подготовки к операции тромбоциты повысились от 32 000 до 47 000. Без признаков кровотечения взято на операцию и выполнено спленэктомия с кровопотерей около от 70 до 115мл и с тщательным гемостазом выполнено грыжесечение по способу Жирара-Спасококкомскому со швами Кимбаровского с минимальной кровопотерей около 30-40 мл. В после операционном периоде, у одного больного образовался подкожная гематома, произведено на 2 день дренирование. Через сутки тромбоциты повысились от 56 000 до 102 000.

У 3 больных в возрасте от 25 до 37 лет с ХАТП и хроническим калькулёзным холециститом, без признаков кровотечения, после подготовки к операции

тромбоциты повысились от 35 000 до 39 000 и в верхне-срединном разрезом, после спленэктомии (кровопотеря от 60 до 100 мл), удалено желчный пузырь от дна с кровопотерей до 50 мл, из дренажной трубки подпечёночной области за 2 дня выделилась 60 мл геморрагия, на 3 день из дренажной трубки чистая отделяемого нет, трубка удалена. На 2 день после операции тромбоциты повысились от 67 000 до 73 000 и на 3- 4 день от 124 000 до 180 000.

У 2 больных в возрасте от 19 до 28 лет с ХАТП и наружный геморроем (в анамнезе частые кровотечения), у двоих отмечался кожные экхимозы, после подготовки к операции тромбоциты повысились от 42 000 до 53 000. Без признаков кровотечения взято на операции и выполнено спленэктомия с минимальной кровопотерей около от 30 до 60 мл и с геморройэктомией по способу Миллегон –Моргани. На 1 день после операции тромбоциты повысились от 57 000 до 92 000 и на 2- 4 день от 164 000 до 190 000.

Выполняли СО в два этапа. Операцию на селезенке проводили первым этапом, а вторым – вмешательство на другом органе. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии, заживление per grima.

#### Обсуждения результатов

Все операции выполняли в плановом порядке с учетом операционного риска. У этих больных послеоперационный период имел некоторые особенности (потребность в назначении наркотических обезболивающих препаратов сохранялась в течение 2-3 дней, длительность постельного режима составила 3-7 дня, учитывая, что больные с АТП длительное время получает гормональные препараты). У 4 больных отмечено гематома послеоперационной раны.

При СО, операцию на селезенке целесообразно выполнять первым этапом. Второй этап хирургического лечения предпочтительно выполнять сопутствующей хирургической патологии. Ранняя двигательная активность позволяют избежать послеоперационной пневмонии и тромбоэмболических осложнений.

Неоправданно оперировать больных с выраженным постгеморрагическим синдромом, так как это увеличивает риск хирургических вмешательств и ухудшает течение послеоперационного периода, увеличиваются осложнения во время и после операции.

Особенностью СО при патологии селезенки является то, что они производятся из двух разных хирургических доступов и это может отягощать течение послеоперационного периода из-за выраженности болевого синдрома. Вместе с тем, в большинстве наблюдений при тщательном отборе больных и адекватном выборе варианта обезболивания возможные негативных явлений были нивелированы. Летальных исходов не было ни в одном случае.

#### **ВЫВОДЫ**

Учитывая вышеописанное, можно заключить, что СО на селезенке и других органах являются перспективным методом одномоментного хирургического лечения нескольких заболеваний в оказания специализированной хирургической плановой помощи. Одним из важных принципов выполнения СО на селезенке является одновременное применение двух операций с использованием приемлемых способов оперативного лечения. Применение симультанных операций мы считаем оправданным в тех случаях, когда отказ от одномоментного выполнения нескольких хирургических вмешательств может привести к серьезным осложнениям, усугубляющим течение основного заболевания. Следует проводить СО на селезенке в специализированных отделениях и клиниках, располагающих возможностью адекватного обследования и с достаточным опытом оперирующих хирургов.

Преимущества симультанных операций в гематологической практике: Уменьшение количества часов под общим наркозом. Возможность одновременного лечения хирургической патологии. Экономия времени. Одномоментное проведение операций позволяет пациенту сократить общее время пребывания в стационаре. Экономия средств. Психологический комфорт.

Для пациента симультанная операция воспринимается как одно хирургическое вмешательство, что значительно снижает уровень стресса и волнений перед и после операции.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Voccasanta P. Prospective clinical and functional results of combined rectal and urogynecologic surgery in complex pelvic floor disorders / P Voccasanta, M Venturi, M Spennacchio et al. // Am. J. Surg. – 2010. – Vol. 199, N. 2. – P. 144–153.
2. Васильев С.А., Виноградов В.Л., Мазуров А.В., Маркова М.Л. Тромбоцитопении. Акушерство, гинекология и репродукция. 2014; 2: 112-125.
2. Dedkov IP. Experience in the use of combined surgery for rectal cancer / IP Dedkov, MA Zyбина, NG Kononenko // Clinical Surgery. - 1976. - № 2.- P. 43-46.
3. Deenchin P. Simultaneous carrying out several operations / P Deenchin // Surgery. – 1975. – № 7. – P. 44–48.
4. Дворецкий Л.И. У беременной тромбоцитопения. ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет). КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ | ТОМ 4. №3 2023. Стр. 6.
5. Курлович И. В., Зубовская Е. Т., Бурьян Д. В., Богомоллов А.Н. Панкратова О. А., Демидова Р. Н., Мирончик М. И. Тромбоцитопения в акушерской практике. Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь. Meditsinskienovosti. – 2024. – N2. – P. 19–24.

6. Клинико-статистические данные и оценка различных методов терапии идиопатической тромбоцитопенической пурпуры / Ковалева Л.Г., Сафонова Т.И., Колосова Е.Н. [и др.]//Терапевтический архив. - 2011.- №4.-С.60-65.
7. Иванов В.В.Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органах брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением / В.В. Иванов, К.В. Пучков // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 65–69.
8. Наврузов, С. Н., Мирзахмедов, М. М., Наврузов, Б. С., & Ахмедов, М. А. (2013). Особенности клинического течения и выбор способа хирургического лечения болезни Гиршпрунга у взрослых. *Новости хирургии*, 21(2), 54-60.
9. Лебедева Е.А.Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: дис. канд. мед. наук. 14.00.27 / Е.А. Лебедева. – М., 2010. – 123 с.
10. Maystrenko N.A. Simultaneous Assisted Surgery intervention in diseases of the uterus and appendages, combined with uncomplicated gallstone disease / NA Maystrenko, IV Berlev, AC Basos, SF Basos // *Journal of Obstetrics and Women's Diseases*. – 2008. – Т. LVII. – Vol. 3. – P. 18–23.
11. Mirzaxmedov, M., Axmedov, M., & Ortiqboyev, F. (2023). KATTALARDA HIRSHPRUNG KASALLIGINI OPTIMAL JARRURIK TAKTIKASI. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 3(8), 77-81.
12. Эргашев, У. Ю., Зохиров, А. Р., Мустафакулов, Г. И., & Моминов, А. Т. (2023). ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОСТРАНСТВАХ ПЕЧЕНИ. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 12, 17-26.
13. Mustafakulov, G., Ergashev, U. B., Kuryazov, A., Yakubov, D., & Atakhadjaeva, F. (2020). The Approach to Managing the Patients with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Case-Control Study. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4).
14. Mustafakulov, G. I., Ataxodjaeva, F. A., & Ergashev, U. Y. (2020). Idiopaticheskaya trombositopenicheskaya purpura pri beremennosti. *Jurnal teoreticheskoy i klinicheskoy medisini*, (1), 104-107.
15. Mustafakulov, G. I., & Ortiqboyev, F. D. (2023). Comprehensive approach to improving autoimmune thrombocytopenic purpura treatment results. *Central Asian Journal of Medicine*, (1), 14-20.
16. Mirzakhmedov, M. M., Akhmedov, M. A., & Ortiqboyev, F. D. (2023). CHOICE OF TREATMENT FOR CROHN'S DISEASE OF THE COLON. *Central Asian Journal of Medicine*, (2), 105-113.

17. Пучков К.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии: монография / К.В. Пучков, В.С. Баков, В.В. Иванов – М.: ИД МЕД - ПРАКТИКА. – М., 2005. – 168 с.

18. Пчельников С.С. Экономическая эффективность хирургических вмешательств / С.С. Пчельников, Ш.А. Тенчурин, П.П. Пашков // Хирургия. – 1990. – № 11. – С. 137–139.

19. Стрижелецкий В.В. Экономическая эффективность симульных операций в хирургии и гинекологии. Московский хирургический журнал. – 2008. – № 1. – С. 26–30. 20. Splenectomy as a curative treatment for immune thrombocytopenia: A retrospective analysis of 233 patients with a minimum follow up of 10 years / N. Vianelli, F. Palandri, N. Polverelli [et al.] // Haematologica. – 2013. – Vol. 98, № 6. – P. 875–880. DOI:10.3324/haematol.2012.075648

21. Спириденко Г. Ю., Петров Ю. А. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура: Течение беременности и родов. Акушерства и гинекология №1 (76) 2021. Стр.4.

22. Тоскин К.Д. Симультанные операции, название и определение / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский, А.А. Земляникин // Вестник хирургии. – 1991. – № 5. – С. 3–9.

23. Федоров А.В. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А.В. Федоров, А.Г. Кригер, А.В. Колыгин, А.В. Кочатков // Хирургия. – 2011. – № 7. – С. 72–76.

24. Kaplan H.Y. Safety of combining abdominoplasty and total abdominal hysterectomy: fifteen cases and review of the literature / H.Y. Kaplan, E. Bar-Meir // Ann. Plast. Surg. – 2005. – Vol. 54, N. 4. – P. 390–392.

25. Ищенко А.И. Оценка клинической и экономической эффективности симульных операций в гинекологии / А.И. Ищенко, Л.С. Александров, А.М. Шулутко // Вестник новых медицинских технологий. – 2006, Т. XIII. – № 4. – С. 109–112.

26. Agzamova, M. N., & Ortiqboyev, F. D. (2023). Effectiveness of complex treatment of patients with acute peritonitis.