

В.З. Маховский¹, В.А. Аксененко²,
Б.Ф. Затона³, В.В. Маховский³

Экстренные одномоментные сочетанные хирургические и гинекологические операции

¹Ставропольский институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования, Ставрополь

²Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

³Ставропольский клинический перинатальный центр Минздрава России, Ставрополь

Резюме. Приведены данные непосредственных результатов экстренных сочетанных операций у 995 пациенток в возрасте 15–80 лет при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и малого таза, из них 72,7% – женщины репродуктивного возраста. Операции выполнялись в условиях сбалансированной анестезии в положении больной на спине – у 20% больных спинально-эпидуральной. При определенном сочетании заболеваний у 307 (30,86%) женщин они выполнены из лапаротомного срединного доступа. Послеоперационные осложнения были у 23 (2,31%) больных. Летальных исходов не было. Непосредственные результаты экстренных сочетанных операций в клинике указывают, что хирургическая тактика требует строго индивидуального подхода в связи с индивидуальными особенностями заболеваний расположенных в одной или разных анатомических областях и ввиду вовлечения в воспалительный, патологический процесс нескольких органов брюшной полости и малого таза. Решение о сочетанной одномоментной операции должно приниматься коллегиально, совместно (хирургом и гинекологом) после тщательной систематической операционной ревизии органов брюшной полости и малого таза во время самой операции в ходе ее выполнения. Не подлежит никакому сомнению, что больные с сочетанными заболеваниями подлежат госпитализации в стационар хирургического отделения для дальнейшего динамического наблюдения хирургом и гинекологом. В целом, различий в результатах между обычными, раздельными и сочетанными операциями не выявлено. Наилучшие результаты лечения сочетанных заболеваний имеют место в многопрофильных хирургических стационарах, когда операция выполняется мультидисциплинарной бригадой хирургов, гинекологов, колопроктологов и урологов, владеющих передовыми лапароскопическими технологиями.

Ключевые слова: хирургические заболевания, гинекологические операции, одномоментные сочетанные операции, сочетанные заболевания, операционная ревизия, послеоперационные осложнения.

Введение. Под термином «сочетанные – симультанные операции» большинство хирургов подразумевают операции, которые выполняются одновременно на двух и более органах при различных заболеваниях, возможно вызванных одной причиной [1, 3, 4, 7]. Термин «симультанный» в латинской транскрипции обозначает одновременный, то есть отображает исключительно характеристику времени, а не последовательность действий во времени [15]. Термин же «сочетанный» в латинской транскрипции обозначает *Cordinati* – координация. Сам термин координация подразумевает скоординированный, то есть заранее продуманный, четкий порядок действий и последовательность их выполнений [15]. Поэтому, с точки зрения литературного восприятия, термин «одномоментный – сочетанный» является наиболее правильным с позиции лингвистической грамотности [4].

В настоящее время отмечается увеличение числа больных с сочетанными хирургическими заболеваниями органов? расположенных в одной и/или разных анатомических областях, что составляет от 21,7 до 54,4% больных хирургического профиля [1–4, 7].

Установлено, что доля одномоментных сочетанных гинекологических заболеваний у хирургических больных при экстренных оперативных вмешательствах

на органах брюшной полости составляет 18,5% [4]. В данной группе больных на долю аппендэктомии приходится 55,7–69,9%. Частота (%) экстренных сочетанных гинекологических операций у хирургических больных составляют: резекция яичника при апоплексии – у 29,6% (хирургических) больных, удаление неизменённой кисты яичника – у 13,2% больных, при разрыве её – у 5,8% больных, гнойном сальпингите – у 14,6% больных, миоме матки – у 11% больных, внематочной беременности – у 10,4% (хирургических) больных [1–4, 7, 16].

Ввиду немногочисленности исследований в данной области неотложной хирургии и гинекологии общепринятой тактики проведения сочетанных операций в настоящее время не существует. И хирурги, и гинекологи сталкиваются с затруднениями при оценке возможности и последовательности их проведения. 95% таких больных попадают в хирургическую клинику по экстренным показаниям, а у 92,5% больных сочетанные заболевания выявляются лишь при операционной ревизии [1, 2, 4].

Вопросы клиники и диагностики сочетанных заболеваний в литературе отражены не полно. Органы расположены рядом, выраженность каждого из заболеваний может быть разной. В одном из периодов

превалирует хирургическое заболевание, в другом – гинекологическое. Следует, что анатомическая близость заболеваний осложняет течение их в целом и может влиять на непосредственные результаты лечения [1, 4, 7, 16].

Цель исследования. Оптимизация тактики хирургического лечения экстренных сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний.

Материалы и методы. Работа основана на анализе непосредственных результатов хирургического лечения 995 больных, нуждающихся в экстренной операции по профилю выполнения одномоментных сочетанных операций в общей хирургической и гинекологической практике в период с 1990 по 2013 гг., находившихся на лечении в Ставропольском клиническом перинатальном центре, клинике факультетской хирургии и кафедре акушерства и гинекологии Ставропольского государственного медицинского университета (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных с сочетанными одномоментными операциями по возрасту

Возраст, лет	Число больных	
	абс.	%
15–20	74	7,43
21–30	233	23,42
31–40	241	24,22
41–50	176	17,69
51–60	95	9,55
61–70	124	12,46
71–80	52	5,23

Диагностика у 995 больных основывалась на клинической картине заболевания, применялись лабораторные, биохимические, рентгенологические и инструментальные методики исследования, эндоскопия по показаниям, лапароскопия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и др.

Полученные результаты хирургического лечения больных обработаны с помощью пакета компьютерных программ «Biostat» с использованием t-критерия Стьюдента. Увеличение частоты сочетанных заболеваний отмечено в 2006 году с 2,6 до 6,7% больных.

Из всего числа больных были выделены наиболее часто встречающиеся в практике врача хирурга 7 клинических групп больных – это основные хирургические заболевания, в связи с чем предпринята экстренная (неотложная) операция, и основные виды сочетанных гинекологических заболеваний (табл. 2).

Основное хирургическое и сочетанное гинекологическое заболевание находилось в зоне одного операционного доступа – у 991 больной, у 0,4% больных они выполнены из 2 операционных доступов. При этом 80% операций выполнено в условиях сбалансированной анестезии в положении больной на спине,

Таблица 2

Сочетанные хирургические и гинекологические заболевания

Хирургические заболевания	Гинекологические заболевания
Острый аппендицит	Апоплексия яичника
Вентральная грыжа (ущемление)	Гнойный сальпингит (пиосальпинкс)
Опухоль толстой кишки, эндометриоз толстой кишки (острая обтурационная непроходимость)	Киста яичника
Острый калькулёзный холецистит	Внематочная беременность
Острая спаечная кишечная непроходимость	Миома матки, опухоль матки
Дивертикулёз толстой кишки (перфорация, кровотечение)	Нагноившаяся киста яичника (пиовар)
Рак желудка (перфорация, кровотечение)	Разрыв кисты яичника
	Перекрут кисты яичника
	Опухоль яичника, эндометриома, эндометриозные кисты

спинально-эпидуральная анестезия применена у 20% больных. Оценка операционного риска в зависимости от опасности предполагаемой операции определялась по сумме набранных баллов: 0–4 балла – незначительная степень риска – 777 (78,1%) больных; 5–7 баллов – умеренная степень риска – 107 (10,8%) больных; 8–9 баллов – высокая степень риска – 96 (9,6%) больных; 10–12 баллов – значительная степень риска – 15 (1,5 %) больных [4].

Оперативные вмешательства разделены на неожиданные, которые выполняются во время основной экстренной хирургической операции и вынужденные (операции при ятрогенном ранении органов, принимающих участие в спаечном или воспалительном процессе, при близкой локализации органов находящихся в зоне выполнения основной операции) [7].

Результаты и их обсуждение. Приводим собственное клиническое наблюдение вынужденной сочетанной операции при сочетании кавернозной гемангиомы печени, калькулёзного деструктивного холецистита и миомы матки. Гемангиома располагалась в четвёртом сегменте печени, размером 80×60 мм и находилась в зоне основной операции (холецистэктомии). Фиброзная капсула печени при этом была утолщена до 3 мм.

Больная Ш., 52 лет, масса тела больной 140 кг, поступила в клинику факультетской хирургии, по неотложным показаниям 20.10.1996 г. с диагнозом: острый калькулёзный холецистит, рецидивная послеоперационная вентральная грыжа размером 60×15 см, миома матки соответствует 10 неделям беременности.

06.11.96 г. выполнена операция в условиях сбалансированной анестезии в положении больной на спине. Доступ: по Федорову в правом подреберье. При операционной ревизии брюшной полости выявлена

кавернозная гемангиома правой доли печени, которая по типу злокачественного процесса распространяется на желчно-пузырное ложе (IV сегмент печени) и интимно с ней спаяна (рис.).

Желчный пузырь (размером 20×10×10 см) окутан салником. При удалении жёлчного пузыря от шейки возникло профузное кровотечение из прилежащей к желчному пузырю поверхности гемангиомы. Жёлчный пузырь удалён, зона удаленного пузыря – гемангиомы с целью остановки кровотечения временно тампонируется марлевой полоской длиной 40 см. Полоска прижата печёночным крючком к поверхности гемангиомы. С целью гемостаза использована васкуляризованная мышечная аутоткань. Из поперечной мышцы живота выделен лоскут на сосудистой ножке длиной 18×8 см. После удаления марлевой полоски, лоскут подшит атравматической иглой к фиброзной капсуле печени и зоне кровотечения. Кровотечение остановлено. К зоне операции подведён силиконовый дренаж, который выведен отдельно ниже операционного доступа в правом подреберье. Вторым этапом выполнена пластика послеоперационной вентральной грыжи по способу Мэйо из поперечного доступа (длина разреза 60 см). Послеоперационные швы сняты на десятые сутки. Больная выписана из клиники на 12-е сутки. Результат лечения – выздоровление. Учитывая значительную степень операционного риска для больной, операция по поводу миомы матки была отложена.

При динамическом наблюдении за больной в течение 15 лет увеличение размера гемангиомы по данным ультразвукового исследования не обнаружено.

С целью пластики и гемостаза резекционной поверхности гемангиомы акад. И. Фэгэрэшану (Румыния) [14] использует салник на сосудистой ножке.

Резекция печени при сочетании кавернозной гемангиомы печени и калькулезного холецистита в экстренной хирургии при сочетанных операциях выполнена нами у трех больных. Это стало возможным ввиду отсутствия поражения гемангиомой крупных сосудистых образований. Использование поперечной мышцы живота на сосудистой ножке для стабильного гемостаза раневой поверхности печени, пораженной

гемангиомой, осуществлено у двух больных, поступивших в клинику в экстренном порядке. Близость анатомических образований – поперечной мышцы живота и печени – явилось одним из моментов использования указанной мышцы для целей гемостаза и пластики раневой поверхности. Сообщений о применении мышцы в указанных целях в отечественной и иностранной литературе до настоящего времени (2015 г.) мы не встретили.

Практическое применение мышц переднебоковой стенки живота (наружной косой и поперечной) в целях гемостаза и пластики на протяжении 40 лет (с 1975 г.) [5, 6] показал целесообразность их применения в практической хирургии [4]. Ранее проведенные нами [8–12] экспериментальные исследования на базе кафедры факультетской хирургии Ставропольской государственной медицинской академии и кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии 1-го Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, аналогов которых нет в отечественной и зарубежной литературе, показали целесообразность применения наружной косой мышцы живота в органосохраняющей хирургии селезенки. Гладкое течение послеоперационного периода при оперативных вмешательствах на селезенке характеризуется интактностью прилежащих к зоне мышечной пластики органов брюшной полости, отсутствием локального спаечного процесса и признаков формирования инфильтрата, что подтверждено данными ультразвукового и ангиографического исследования органов брюшной полости экспериментальных животных в динамике и данными аутопсии [8–13].

Показаниями к выполнению сочетанных операций были 2–3 острых хирургических и гинекологических заболевания, локализующиеся в брюшной полости и малом тазу, а также 2–3 острых хирургических и гинекологических заболевания, каждое из которых может привести к летальному исходу (перфорация полого органа, кровотечение, деструктивный холецистит, деструктивный аппендицит, разрыв нагноившейся кисты яичника, онкологический процесс и др.);

Противопоказания к сочетанной операции определяли с учетом сопутствующих заболеваний (гиперто-

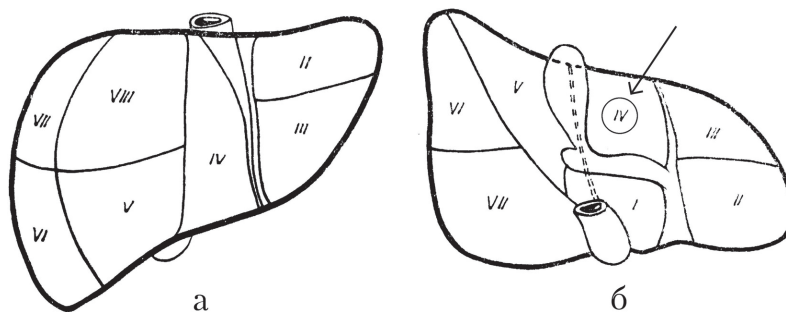


Рис. Сегменты печени по их топографическому расположению обозначены цифрами. Стрелкой указан IV сегмент печени, в котором располагалась гемангиома, захватывающая желчнопузырное ложе. Выполнен гемостаз и пластика зоны профузного кровотечения IV сегмента лоскутом на сосудистой ножке из поперечной мышцы живота (18×8 см): а – диафрагмальная поверхность печени; б – висцеральная поверхность печени

ническая болезнь, сахарный диабет, перенесенный инфаркт миокарда, хронические легочные заболевания, поражение почек, печени, мозга).

Характер 995 экстренных сочетанных хирургических операций: аппендектомия – выполнена у 698 (70,15 %) больных; герниолапаротомия, пластика брюшной стенки – у 96 (9,65 %) больных; резекция толстой кишки при опухоли, эдometriозе толстой кишки – у 81 (8,14 %) больных; холецистэктомия при калькулёзном холецистите, вскрытие и ревизия желчных протоков – у 66 (6,63 %) больных; устранение спаек брюшины – у 30 (3,02 %) больных; резекция толстой кишки при дивертикулёзе – у 14 (1,41 %) больных; паллиативная резекция желудка при раке – у 10 (1 %) больных.

Одномоментными сочетанными гинекологическими операциями были: резекция яичника при апоплексии – у 274 (27,54 %) больных; сальпингэктомия по поводу гнойного сальпингита – у 165 (16,58 %) больных; тубэктомия по поводу внематочной беременности – у 96 (9,65 %) больных; миомэктомия – у 30 (3,02 %) больных; цистэктомия при неизменной кисте – у 122 (12,26 %) больных; при нагноении кисты – у 68 (6,83 %) больных; при перекруте кисты – у 42 (4,22 %) больных; при разрыве кисты – у 54 (5,43 %) больных; ампутация, экстирпация матки при миоме, опухоли матки – у 102 (10,25 %) больных; аднексэктомия – у 42 (4,22 %) больных.

Несмотря на то, что основным диагнозом были хирургические заболевания, тактика хирурга и последовательность этапов выполнения хирургического вмешательства могут меняться в зависимости от интраоперационной ревизии органов брюшной полости и малого таза. Приводим собственные клинические наблюдения, подтверждающие выбор тактики хирурга и последовательность его действий.

Пример 1. При сочетании осложненного диффузного инфильтративного эндометриоза с множественным поражением интраперитонеальных анатомических структур малого таза заболевание манифестировало клинической картиной острой кишечной непроходимости, послужившей поводом к выполнению одномоментной сочетанной операции в объёме надвлагалищной ампутации матки с придатками, вторым этапом выполнена обструктивная резекция прямой кишки и сигмы типа Hartmann. При плановом гистологическом исследовании препарата верифицировано эндометриоидное поражение левой маточной трубы, левого яичника, широкой связки матки слева, брыжейки и стенки сигмовидной кишки. Результат лечения – выздоровление.

Пример 2. При сочетании синхронного первично-множественного злокачественного поражения толстой кишки и яичника, манифестировавшего клиникой острой кишечной непроходимости, послужило поводом к выполнению на первом этапе одномоментной сочетанной операции в объёме расширенной пангистерэктомии, и на втором этапе – обструктивной резекции прямой кишки и сигмы типа Hartmann. При

плановом гистологическом исследовании препарата верифицировано: аденокарцинома сигмовидной кишки 6×4 см, малигнизировавшая двухкамерная целиоэпителиальная киста левого яичника 25×20×20 см и опухоль яичника. Результат лечения – выздоровление.

Затраты времени на проведение сочетанных операций составили: при остром аппендиците – $72,7 \pm 2,9$ мин; ущемлённой вентральной грыже – $97,6 \pm 8,5$ мин; опухоли толстой кишки – $225,8 \pm 9,9$ мин; остром калькулёзном холецистите – $120,0 \pm 38,6$ мин; дивертикулёзе толстой кишки – $105,5 \pm 4,5$ мин; при раке желудка – $236,75 \pm 11,1$ мин.

Основное и сочетанное заболевание локализовалось в зоне одного доступа – у 136 (13,67 %) больных операции выполнены из верхнесрединного доступа; у 119 (11,96 %) больных – из среднесрединного доступа; у 52 (5,23 %) больных – из нижнесрединного; у 510 (51,26 %) больных – из косого доступа в правой подвздошной области (Волковича – Дьяконова); – у 119 (11,96 %) больных из доступа в модификации Риделя-Вейра; – у 39 больных (3,92 %) доступ по Пфанненштилю (поперечный доступ); – у 9 (0,9 %) больных параректальный доступ; – у 7 (0,7 %) больных трансректальный доступ; у 4 (0,4 %) больных доступ по Фёдорову.

Послеоперационные осложнения из числа всех прооперированных (995 больных) были – у 23 (2,31 %) больных: при остром аппендиците – у 11 (1,11 %) больных; ущемленной вентральной грыже – у 3 (0,3 %) больных; опухолях толстой кишки – у 1 (0,1 %) больной; остром калькулёзном холецистите – у 3 (0,3 %) больных; острой спаечной кишечной непроходимости – у 2 (0,2 %) больных; дивертикулёзе толстой кишки – у 2 (0,2 %) больных; раке желудка – у 1 (0,1 %) больной. Летальных исходов не было.

Выводы

1. Наиболее часто встречающимися в экстренной хирургии острые сочетанные заболевания органов брюшной полости и малого таза с 1990 по 2013 г. были: основное хирургическое заболевание, в связи с чем предпринята экстренная операция, и основные виды сочетанного гинекологического заболевания. Близкая локализация основного и сочетанного заболевания, продуманный доступ обеспечивают устранение основного и сочетанного заболевания.

2. Непосредственные результаты экстренных сочетанных операций в клинике указывают, что хирургическая тактика требует строго индивидуального подхода в связи с индивидуальными особенностями заболеваний расположенных в одной или разных анатомических областях и ввиду вовлечения в воспалительный, патологический процесс нескольких органов брюшной полости и малого таза.

3. Решение о сочетанной одномоментной операции принимается коллегиально, совместно (хирургом и гинекологом) после тщательной систематической операционной ревизии органов брюшной полости и малого таза во время самой операции в ходе ее выполнения.

4. Не подлежит никакому сомнению, что больные с сочетанными заболеваниями подлежат госпитализации в стационар хирургического отделения для дальнейшего динамического наблюдения хирургом и гинекологом.

5. Различий между результатами обычных, раздельных и сочетанных операций не выявлено. Количество операционных осложнений при сочетанных хирургических и гинекологических операциях (2,3%) не выше, чем при обычных (раздельных) операциях. Время проведения сочетанной операции незначительно удлиняется. Наилучшие результаты лечения сочетанных заболеваний имеют место в многопрофильных хирургических стационарах, когда операция выполняется мультидисциплинарной бригадой хирургов, гинекологов, колопроктологов и урологов, владеющих передовыми лапароскопическими технологиями.

Литература

- Александров, Л.С. Сочетанные операции в гинекологии (обзор) / Л.С. Александров, А.И. Ищенко, Н.В. Ведерникова // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 4. – С. 11–14.
- Андреев, Ю.И. Симультанные вмешательства в абдоминальной хирургии / Ю.И. Андреев, И.П. Дуданов. – Петрозаводск, 2001. – С. 77.
- Гайдарова, А.Х. Сочетанные операции в гинекологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.Х. Гайдарова. – М., 2003. – С. 46.
- Маховский, В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. – Ставрополь, 2006. – С. 237.
- Маховский, В.З. Модификация мышечно-апоневротической субкапсулярной нефропексии / В.З. Маховский, С.К. Скибицкий, Н.А. Бондаренко // Хирургия. – 1975. – № 2. – С. 137–140.
- Маховский, В.З. Фиксация патологически подвижной почки мышечным лоскутом из поперечной мышцы живота / В.З. Маховский [и др.] // Хирургия. – 1981. – № 8. – С. 97–100.
- Маховский, В.З. Сочетанная операция при брюшной доношенной беременности / В.З. Маховский [и др.] // Хирургия. – 2011. – № 8. – С. 89–91.
- Маховский, В.З. Резекция селезенки с пластикой мышечным лоскутом в эксперименте / В.З. Маховский, В.В. Маховский // Хирургия. – 1999. – № 11. – С. 20–22.
- Маховский, В.З. Анатомическая резекция селезенки в эксперименте / В.З. Маховский, А.В. Николаев, В.В. Маховский // Хирургия, 2001. – № 2. – С. 27–31.
- Маховский, В.В. Топографо-анатомическое обоснование долевых и сегментарных резекций селезенки / В.В. Маховский // Мат. Всеросс. научн. конф. – СПб.: ГВМУ, 2001. – С. 101–102.
- Маховский, В.В. Оценка результатов пластики резекционной поверхности селезенки мышечным лоскутом при долевой и сегментарной резекции в эксперименте / В.В. Маховский, А.В. Николаев, В.З. Маховский // Акт. пробл. клин. мед. – Ставрополь, 2005. – С. 101–104.
- Маховский, В.В. Современные возможности и концепция обоснования органосохраняющих операций на селезенке / В.В. Маховский // Мед. вестн. Северного Кавказа. – 2006. – № 1. – С. 54–57.
- Маховский, В.В. Состояние проблемы и пути оптимизации органосохраняющей тактики в хирургии селезенки / В.В. Маховский // Вопр. реконструкт. и пласт. хирургии. – Томск, 2014. – Т. 17, № 3 (50). – С. 42–55.
- Фэгэрэшану, И. Хирургия печени и внутрипеченочных желчных путей / И. Фэгэрэшану. – Бухарест. – 1976. – 537 с.
- Arnaudov, G. Medical terminology / G. Arnaudov // Latin-russian-english-french-german. – Sofia, Bulgaria. – 1979. – 934 с.
- Ighacczak, L. Jedosza save operasje zenantrzwstrobowych drog zolowych zoldika i durenasticy / L. Ighacczak, K. Levicki, Z. Graca // Pol. Przegl. Chir. – 1979. – Vol. 48, № 10. – P. 1165–1168.

V.Z. Makhovsky, V.A. Aksenenko, B.F. Zatona, V.V. Makhovsky

Emergency cross-sectional combined surgical and gynecological operations

Abstract. We have presented the data on the immediate results of combined emergency surgery in 995 women patients aged 15-80 years with surgical interventions on the abdominal and pelvic organs, including 72,7% of women of reproductive age. The operation is performed under balanced anesthesia with the patient on his back - in 20% of patients with spinal-epidural anesthesia. In certain combination of disease in 307 (30,86%) women, they are made of median laparotomy access. Postoperative complications were in 23 (2,31%) patients. There were no lethal results. The immediate results of combined emergency operations in the clinic indicate that the surgical approach requires a strictly individual approach in connection with the individual characteristics of the disease are located in the same or different anatomical regions and in view of involvement in the inflammatory disease process of several of the abdomen and pelvis. The decision to co-stage operation must be taken collectively, together (by surgeon and gynecologist) after a thorough systematic operational audit of the abdomen and pelvis during the operation itself in the course of its implementation. There is no doubt that patients with concomitant diseases to be hospitalization surgical department for further dynamic observation of the surgeon and gynecologist. In general, the differences in the results between conventional, separate and combined operations have been identified. The best results of treatment of comorbidities occur in multi-surgical hospitals, where the operation is performed by multidisciplinary team of surgeons, gynecologists, urologists and coloproctologists knowing advanced laparoscopic techniques.

Key words: gynecological surgery, general abdominal surgery, simultaneous combined operations, comorbidities, operational audit, postoperative complications.

Контактный телефон: 8-919-756-94-19; e-mail: zakinyan@mail.ru