

УДК 618.1-089

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ И ГИНЕКОЛОГИИ

А.Дж. Саткеева

Приведены результаты оперативного лечения больных с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями. Отмечено незначительное увеличение продолжительности операций с сохранением средних сроков пребывания больных в стационаре и уменьшение прямых затрат на лечение больных.

Ключевые слова: симультанные операции; хирургия; гинекология.

SIMULTANEOUS SURGERY AND GYNECOLOGY OPERATIONS

A.J. Satkeeva

The article presents data of surgical treatment of patients with concomitant surgical and gynecological diseases. Simultaneous surgical operations easily increase of operation time, but with it safe normal time of patients ill in hospital department and more manageable for patients pay for treatment.

Keywords: simultaneous operations; anesthesia; surgery; gynecology.

Введение. В последнее время отмечается тенденция к увеличению сочетанных заболеваний, проявляющаяся более всего в высокоразвитых индустриальных странах [1–3].

С возрастом происходит своеобразное “накопление” болезней и отмечается множественность патологических процессов. В среднем, у мужчин старше 60 лет регистрируется 4,3 заболевания, а у женщин того же возраста – 5,2. Каждые последующие 10 лет к ним прибавляется еще по 1–2 болезни. Среди больных пожилого возраста отмечено только 22 % практически здоровых людей, остальные страдают различными хроническими заболеваниями. Из них у 34 % пожилых людей имеются тяжелые нарушения функций жизненно важных органов [4–6].

В последние годы наметился заметный рост интереса хирургов к сочетанным операциям, которые избавляют больного от повторного вмешательства, приносят положительный экономический эффект, связанный с сокращением койко-дней, дублированием одних и тех же медикаментов. Также важное значение для больного имеет психологический эффект, оказывающей решающее влияние на исход операции [7, 8].

Однако следует отметить, что если одни исследователи [8] указывают на необходимость расширения показаний к этим операциям, отмечая их положительные качества, то другие [9] очень осторожно подходят к этому вопросу, обосновы-

вая свои взгляды высоким процентом осложнений, и указывают, что эти операции должны выполняться хирургом высокой квалификации и только по очень строгим показаниям.

Вместе с тем, показания и противопоказания к сочетанным операциям, как указывают многие исследователи [10, 11], в хирургии разработаны недостаточно, а мнения, высказанные по этому поводу, нередко противоречивы.

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 сопровождают гинекологическую патологию в 3,1–3,3 % случаев, желчного пузыря – в 3,1–15 % [11, 12]. Улучшение диагностических возможностей практической медицины, совершенствование анестезиологического и реанимационного пособия при оперативных вмешательствах, внедрение в медицинскую практику новых миниинвазивных технологий позволяют производить оперативные вмешательства менее травматично, с минимальной кровопотерей, значительно сокращая продолжительность послеоперационного периода. Это создает реальные условия для расширения показаний к симультанным операциям, снижения числа интра- и послеоперационных осложнений, позволяет сократить время пребывания больного в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, представляет широкие перспективы для улучшения результатов оператив-

Таблица 1 – Распределение больных по заболеваниям

Характер патологии	Всего	
	абс. число, n	%
Холецистит + фибромиома матки	26	21,1
Холецистит + киста яичника	7	5,7
Холецистит + фибромиома матки + киста яичника	8	6,5
Острый аппендицит + фибромиома матки	5	4,1
Острый аппендицит + фибромиома матки + киста яичника	1	0,8
Острый аппендицит + апоплексия и разрыв яичника	17	13,8
Острый аппендицит + киста яичника	17	13,8
Грыжа + фибромиома матки	21	17,1
Грыжа + фибромиома матки + киста яичника	10	8,1
Грыжа + киста яичника	8	6,5
Эхинококкоз печени + фибромиома матки	2	1,7
Эхинококкоз + киста яичника	1	0,8
Всего	123	100

ного лечения больных с сочетанными заболеваниями [12, 13].

Однако, вследствие неполного догоспитального обследования больных, дискоординации взаимодействия хирургов и гинекологов и боязни расширения объема операции, таким пациентам зачастую приходится переносить двухэтапное хирургическое лечение.

Цель нашего исследования – анализ результатов симультанных хирургических операций при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 123 больных с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями.

В возрасте от 21 до 30 лет было 18 больных (14,6 %), от 31 до 40 лет – 29 (23,6 %). Наиболее многочисленную группу составили лица в возрасте от 41 до 50 лет – 42 (34,2 %) больных. Больных в возрасте от 51 до 60 лет было 32 (26,0 %), а старше 60 лет – 2 (1,6 %). У 14 больных (11,4 %) были сопутствующие заболевания. Среди них преобладали болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пневмосклероз), потребовавшие тщательной предоперационной подготовки.

По характеру сочетанных хирургических заболеваний больные распределились следующим образом (таблица 1).

Самую большую группу по сочетанным заболеваниям составили больные с патологией желчного пузыря.

С желчнокаменной болезнью прооперированы 41 больной, в сочетании с фибромиомой мат-

ки – 26, с кистой яичника – 7, а в сочетании с фибромиомой матки с кистой яичника – 8 больных. С острым аппендицитом было прооперировано 40 больных, в сочетании с фибромиомой матки – 5, фибромиома матки + киста яичника – 1, апоплексия и разрыв яичника – 17, киста яичника – 17 больных. В сочетании с вентральной грыжей было прооперировано 39, с эхинококкозом печени – 3 больных.

Для решения поставленной задачи нами были обследованы и прооперированы больные, перенесшие изолированные операции по поводу хирургических и гинекологических заболеваний. Эти больные составили контрольную группу, в которую вошли 223 женщины с гинекологической (114) и хирургической (109) патологией. Им выполнялась одна операция (экстирпация матки, удаление придатков, вентропластика, холецистэктомия).

Характер заболеваний в контрольной группе был следующий: фибромиома матки у 71 (62,3 %) больной, киста яичника – у 43 (37,7 %), холецистит – у 85 (78,0 %), острый аппендицит – у 13 (11,9 %), грыжи передней брюшной стенки – у 5 (4,6 %) и эхинококкоз печени – у 6 (5,5 %) больных.

Результаты и обсуждение. При выполнении симультанных операций производилось сравнение используемых хирургических доступов. Операции в обеих сравниваемых группах выполнялись только по классическим общепринятым методикам. Доступ к гениталиям осуществлялся по Пфанненштилю поперечным рассечением над лоном кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции передних листков влагалищ прямых мышц живота, частично апоневрозов наружных косых мышц и последующим рассечением продольно от пупка

Таблица 2 – Сроки пребывания в стационаре

Тип операции	Стат. показатели	Проведено, к/дни	Степень достоверности
Холецистэктомия	$M_1 \pm m_1$	$8,1 \pm 1,7$	
Аппендэктомия	$M_2 \pm m_2$	$7,6 \pm 1,4$	
Грыжесечение	$M_3 \pm m_3$	$7,5 \pm 2,1$	
Эхинококкэктомия	$M_4 \pm m_4$	$8,5 \pm 1,9$	
Надвлагалищная ампутация матки	$M_5 \pm m_4$	$8,3 \pm 1,3$	
Цистэктомия	$M_6 \pm m_6$	$7,1 \pm 1,2$	
Холецистэктомия + надвлагалищная ампутация матки	$M_7 \pm m_7$	$12,1 \pm 2,3$	$M_1 \pm M_7 < 0,01$
Холецистэктомия + цистэктомия	$M_8 \pm m_8$	$10,1 \pm 1,9$	$M_1 \pm M_8 < 0,01$
Аппендэктомия + надвлагалищная ампутация матки	$M_9 \pm m_9$	$11,2 \pm 1,9$	$M_2 \pm M_9 < 0,01$
Аппендэктомия + цистэктомия	$M_{10} \pm m_{10}$	$10,2 \pm 1,6$	$M_2 \pm M_{10} < 0,01$
Грыжесечение + надвлагалищная ампутация матки	$M_{11} \pm m_{11}$	$10,8 \pm 1,8$	$M_3 \pm M_{11} < 0,01$
Грыжесечение + цистэктомия	$M_{12} \pm m_{12}$	$8,2 \pm 1,4$	$M_3 \pm M_{12} > 0,05$
Эхинококкэктомия + надвлагалищная ампутация матки	$M_{13} \pm m_{13}$	$11,4 \pm 1,8$	$M_4 \pm M_{13} < 0,01$

до лонного сочленения белой линии живота, внутренней фасции и брюшины. Доступ к желчному пузырю осуществлялся в правом подреберье косым или поперечным разрезом кожи, подкожной клетчатки, поверхностной фасции, правой прямой и частично правых плоских мышц живота, внутрибрюшной фасции и брюшины. Брюшные раны изолировались стерильными полотенцами. Группы были статистически сопоставимы по возрасту и частоте сопутствующей патологии. Всем больным было проведено общее клиническое обследование, тщательно собирався анамнез, формировался план дополнительных обследований, в том числе с привлечением смежных специалистов.

Предоперационная подготовка больных проводилась в соответствии с исходным состоянием больного, в основном учитывалась тяжесть состояния на основании вычисления риска возникновения осложнений в послеоперационном периоде. Подготовка больного к операции состояла из психологического и общесоматического компонентов.

При планировании сочетанных операций предварительно проводится беседа и объясняются преимущества симультанных операций, обсуждаются возможности доступа, если планируется делать операцию в два доступа. Все больные после проведения бесед с ними и объяснения преимуществ симультанных операций дали согласие на операцию.

В раннем послеоперационном периоде из 123 больных, оперированных с сочетанными хирургическими и гинекологическими патологиями, у 10 (8,1 %) возникли различные осложнения. Пневмо-

ния развилась у 2 (1,6 %), желчеистечение – у одного (0,8 %) пациента, частичная спаечная кишечная непроходимость отмечена у одного (0,8 %) и нагноение послеоперационной раны – у 6 (4,9 %) больных. Летальных исходов в этой группе больных не было. В контрольной группе ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 16 (7,1 %) больных.

У остальных 113 больных послеоперационный период протекал без осложнений.

Послеоперационные осложнения чаще всего возникали у больных старшего и пожилого возраста. Это в значительной степени связано с тем, что наибольшее количество сочетанных операций было выполнено лицам именно этой возрастной группы, у которых, помимо сочетанных хирургических заболеваний, наблюдались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Для определения последовательности операций при сочетанном вмешательстве мы руководствовались соображениями проявления клиники заболеваний, асептики, важностью этапа операции и стремлением сократить ее продолжительность и кровопотерю.

В первую очередь целесообразно выполнять основные операции, но в каждом конкретном случае вопрос должен решаться индивидуально. Необоснованное расчленение оперативного лечения сочетанной патологии во многих случаях чревато упущением сроков хирургической коррекции сопутствующих заболеваний, а также отказом больного от последующих оперативных вмешательств.

Как показали результаты наших исследований, сочетанные хирургические вмешательства, особенно

выполненные из одного операционного доступа, незначительно повышают тяжесть операции по сравнению с вмешательствами, производимыми по поводу такого же основного заболевания. Весьма показательно, что симультанные операции не приводят к тяжелым операционным осложнениям, которые были бы характерны только для операции этого типа.

Экономические аспекты сочетанных операций приобрели в последние годы особую актуальность, поскольку эти операции обеспечивают, наряду со значительной медико-социальной важностью, высокую экономическую эффективность, однако они должны соответствовать и высокому качеству.

Учитывая важность этой проблемы, мы посчитали необходимым оценить экономические возможности при выполнении сочетанных операций, которые складываются из сроков пребывания больных с сочетанной патологией органов брюшной полости в стационаре, и расходы медикаментозных средств.

Нами были проведены исследования по экономической эффективности от применения сочетанных операций. С этой целью были проанализированы сроки пребывания больных в стационаре, которым выполнялись симультанные операции и операции без сочетания (таблица 2) и определены прямые затраты на них.

Как видно из таблицы 2, сроки пребывания больных на стационарном лечении при симультанных операциях, в сравнении с изолированными операциями, увеличилось незначительно.

Мы также определили среднюю продолжительность операций и при этом установили, что продолжительность операций “холецистэктомия + надвлагалищная ампутация матки” составила $92 \pm 12,3$ минуты, “холецистэктомия + цистэктомия” – $87 \pm 8,2$ минуты.

Среднее время выполнения операции “аппендэктомия + надвлагалищная ампутация матки” равнялось $78 \pm 9,8$ минуты и грыжесечение + надвлагалищная ампутация матки – $83 \pm 9,8$ минуты.

Обычная холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита продолжалась $58 \pm 5,4$ минуты, аппендэктомия продолжалась $38 \pm 11,4$ минуты, надвлагалищная ампутация матки продолжалась $47 \pm 12,6$ минуты, цистэктомия длилась $38 \pm 9,3$ минуты.

Таким образом, время операции увеличилось достоверно ($P < 0,01$) в сравнении с изолированными операциями в зависимости от симультанных операций.

При выполнении операции с одного хирургического доступа время операции увеличилось незначительно.

Незначительное увеличение продолжительности операции, по сравнению с обычными хирургиче-

скими вмешательствами, было характерно и для других сочетанных операций, выполненных из одного операционного доступа.

Сокращение продолжительности стационарного лечения при использовании одновременной хирургической коррекции нескольких заболеваний по сравнению с многоэтапным хирургическим лечением, позволяет оказать высококвалифицированную и специализированную хирургическую помощь.

Следует отметить, что каждая этапная операция сопряжена с собственным риском развития опасных для жизни осложнений и летальных исходов, причем этот риск увеличивается с каждым последующим этапом из-за необходимости преодоления технических трудностей и осложнений в брюшной полости, связанных с предыдущими вмешательствами.

Мы предположили одномоментное лечение сочетанных заболеваний, хотя и более обширное, но оно не только повысит общий радикализм хирургического лечения сочетанных заболеваний, но и снизит риск осложнений и летальность для каждого из оперируемых больных. Каждую операцию в брюшной полости мы считаем целесообразно начинать с тщательной системной ревизии. В условиях современного обезболивания это безопасно для больного, обеспечивает дополнительную возможность выявления сопутствующих заболеваний и уточнения диагноза основного страдания.

Выводы

1. Выполнение симультанных операций незначительно увеличивает продолжительность операции, но при этом сохраняются средние сроки пребывания больных в стационаре и уменьшаются прямые затраты на лечение больных.

2. Симультанные операции имеют существенные преимущества перед последовательными, но они должны выполняться с учетом риска операции и возникновения осложнений в послеоперационном периоде.

3. Все осложнения при симультанных операциях хирургического плана возникли по поводу основного заболевания

4. Несмотря на существенные преимущества симультанных операций, они должны выполняться по строгим показаниям и хирургами достаточно высокой квалификации.

Литература

1. Маховский В.З. Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты ее хирургического лечения / В.З. Маховский, Б.Т. Ованесов, В.В. Маховский и др. // Хирургия. 2006. № 5. С. 18–22.

2. *Friedrich J.* Simultaneous interventions of the thyroid gland in primary hyperparathyroidism // *Zentralbl Chir.* 1995. Vol. 120. № 1. P. 43–46.
3. *Takagi H., Mori Y., Iwata H. et al.* Simultaneous operations for combined thoracic and abdominal aortic aneurysms // *Surg. Today.* 2003. Vol. 33. № 9. P. 674–678.
4. *Баулина Н.В.* Симультаннные операции в хирургии и гинекологии / Н.В. Баулина, Е.А. Баулина // *Вестник хирургии.* 2004. Т. 163. № 2. С. 87–90.
5. *Земляной А.Г.* Симультаннные операции на органах брюшной полости / А.Г. Земляной, С.К. Малкова // *Хирургия.* 1986. № 3. С. 23–25.
6. *Малиновский Н.Н.* Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике / Н.Н. Малиновский, Б.Д. Савчук, В.А. Агейчев и др. // *Хирургия.* 1983. № 2. С. 63–68.
7. *Дадвани С.А.* Сочетанные операции при холелитиазе / С.А. Дадвани, Н.А. Кузнецов, В.В. Сафронов и др. // *Хирургия.* 1999. № 8. С. 37–39.
8. *Маховский В.З.* Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В.З. Маховский, Б.Т. Ованесов, Л.А. Мадагов // *Хирургия.* 2002. № 7. С. 41–46.
9. *Олифирова О.С.* Симультаннные операции в хирургической практике / О.С. Олифирова, В.А. Омельченко, Г.В. Гончарук и др. // *Вестник хирургии.* 2002. Т. 161. № 5. С. 84–86.
10. *Магдиев Т.Ш.* Сочетанные операции в абдоминальной хирургии / Т.Ш. Магдиев // *Хирургия.* 1999. № 6. С. 54–55.
11. *Li H., Hu Y.L., Wang Y. et al.* Simultaneous operative treatment of patients with primary liver cancer associated with portal hypertension // *Hepatobiliary. Pancreat. Dis. Int.* 2002. Vol. 1. № 1. P. 92–93.
12. *Федоров В.Д.* Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику / В.Д. Федоров // *Анналы хирургии.* 2001. № 4. С. 23–38.
13. *Sarli L., Villa F., Marchesi F.* Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension-free versus laparoscopic inguinal hernia repair // *Surgery.* 2001. Vol. 129. № 5. P. 530–536.