

© Коллектив авторов, 2007
УДК: 616-089-059: 618.1-089

ОДНОМОМЕНТНЫЕ СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.З. Маховский, В.В. Маховский, Б.Т. Ованесов, В.А. Ворушили,
В.В. Королев, О.А. Немчинов, Д.С. Букин, А.Н. Кузьминов
Ставропольская государственная медицинская академия

Исследования последних лет позволяют находить новые закономерности в сочетании заболеваний различных органов и систем [1,2,3,6,7-20]. Благодаря этим исследованиям ряд ведущих отечественных хирургических клиник разработали и сформулировали новые принципы лечебной тактики у больных с несколькими заболеваниями органов, расположенных в одной и/или разных анатомических областях.

Цель исследования: оптимизация тактики хирургического лечения неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости, сочетающихся с гинекологической патологией. Обратит внимание хирурга - клинициста на варианты указанных сочетаний патологических состояний в хирургической клинике, на причинную связь между изменениями в одном органе и развитием болезненных процессов в другом, что требует одномоментной хирургической коррекции сочетающихся заболеваний.

Материал и методы: В неотложной хирургической практике фактор времени приобретает особую актуальность в ситуациях, сопровождающихся трудностями дифференциальной диагностики при постановке диагноза острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, сочетающихся с ургентной гинекологической патологией. Так, если при постановке диагноза острый аппендицит допустимо наблюдение в течение 5-ти часов, то при разрыве кисты яичника и внутрибрюшном кровотечении потеря времени может оказаться «катастрофой» для больного [8].

Нами установлено, что частота встречаемости сочетанной гинекологической патологии у хирургических больных при экстренных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости составляет 18,5%. В данной группе больных на долю аппендэктомии приходится 55,7%. При плановых оперативных вмешательствах этот показатель равен 1,7% [8]. По данным отдельных авторов [13] 30% гинекологических заболеваний в неотложной хирургической практики симулируют острый аппендицит, при этом аппендэктомия выполняется более, чем в 50% случаев.

Опыт факультетской хирургической клиники СГМА (зав. с июня 1987 года проф. В.З. Маховский), и собственные наблюдения хирургического лечения неотложной сочетанной патологии органов брюшной полости и женской половой сферы, накопленный нами с 1990 по 2006 гг. (17 лет) показал, что наиболее часто сочетания этих заболеваний встречаются у женщин в возрасте от 21 до 50 лет. Всего за указанный период времени оперирована 921 больная в возрасте от 15 до 80 лет.

Данные литературы показали [2,4,8], что в неотложной хирургии за основу берётся диагноз при поступлении. Неотложные одномоментные операции мы разделили по основному (диагностированному первым) заболеванию (табл. №1).

Правильная постановка диагноза в неотложной хирургии, особенно при наличии сочетанной патологии, крайне важна с разных позиций: это специфика и длительность предоперационной подготовки больного (коррекция патофизиологических сдвигов), выбор оперативного доступа (чаще связанного с анатомическим расположением органа при основном заболевании), соответственно операционное действие и его последовательность в зависимости от данных ревизии и операционных находок. Все выше изложенное определяет результаты лечения больных с указанной патологией. Следует так же иметь ввиду, что анатомическая близость патологически измененных органов осложняет течение заболеваний в целом и может влиять на непосредственные результаты лечения.

В неотложной хирургии очень сложно поставить диагноз сочетанных заболеваний, выбрать тактику, свойственную каждому поражению органа в отдельности и выполнить соответственно операцию с учетом деструктивных изменений органов, при которых гистологически трудно определить причинно-следственную связь, что является ведущим в сочетаниях этих заболеваний (перекрут кисты яичника или разрыв её и др. или флегмонозно измененный червеобразный отросток).

Приводим наблюдение: Больная Т., 25 лет, выписка

Таблица 1

Характер основной хирургической и сочетанной гинекологической патологии по данным клинических наблюдений

	Сочетанная гинекологическая патология, диагностированная в предоперационном периоде или выявленная в ходе выполнения интраоперационной ревизии															
	Апоплексия яичника		Лейонный салпингит		Неизмененная киста яичника		Внематочная беременность		Фиброма матки		Нагноившаяся киста яичника		Разрыв кисты яичника		Перекрут кисты яичника	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Заболевание, послужившее причиной госпитализации																
Заболевание червеобразного отростка (острый аппендицит)	253	27,5	91	9,9	74	8,0	82	8,9	19	2,1	51	5,5	33	3,6	31	3,3
Вентральная грыжа (ущемление)	2	0,2	16	1,7	18	1,9	6	0,7	28	3,0	7	0,8	1	0,1	3	0,3
Опухоль толстой кишки (острая кишечная непроходимость)	5	0,5	7	0,8	11	1,2	4	0,4	26	2,8	6	0,7	3	0,3	4	0,4
Заболевания желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (острый калькулезный холецистит)	9	1,0	13	1,4	12	1,3	2	0,2	15	1,6	2	0,2	10	1,1	1	0,1
Острая спаечная кишечная непроходимость	4	0,4	8	0,9	5	0,5	1	0,1	5	0,5			1	0,1	3	0,3
Дивертикулез толстой кишки (перфорация, кровотечение)	1	0,1			2	0,2	1	0,1	5	0,5	2	0,2			2	0,2
Рак желудка (перфорация, кровотечение)									4	0,4					6	0,7
Итого:	274	29,7	135	14,7	122	13,1	96	10,4	102	11	68	7,4	48	5,2	42	4,4
															34	3,8
															10	1,1
															921	100

Таблица 2

Виды оперативных доступов в зависимости от основного и сочетанного заболеваний

Основной этап операции	Сочетанный этап операции										
	Верхний срединный	Средний срединный	Нижний срединный	Косой в правой подвздошной области	Косой в правой подвздошной области в модификации Риделя-Вейра	Параректальный	Трансректальный	По Федорову в правом подреберье	Переход на другой доступ или два и более одновременно*	Всего	
										абс.	%
Аппендэктомия + апоплексия яичника, гнойный сальпингит (неспецифический), внематочная беременность, неизменная киста яичника, нагноившаяся киста яичника, разрыв кисты яичника, перекрут кисты яичника, фибромиома матки (некроз миоматозного узла), опухоль яичника.			21	504	117				5	642	69,7
Герниолапаротомия, герниопластика + фибромиома матки, неизменная киста яичника, гнойный сальпингит, нагноившаяся киста яичника, внематочная беременность, опухоль яичника, перекрут кисты яичника, апоплексия яичника, разрыв кисты яичника.	86	1								87	9,4
Резекция толстой кишки, паллиативная операция по поводу опухоли толстой кишки + фибромиома матки, неизменная киста яичника, опухоль яичника, гнойный сальпингит, нагноившаяся киста яичника, апоплексия яичника, перекрут кисты яичника, внематочная беременность, разрыв кисты яичника	2	73	1							76	8,3
Холецистэктомия, ревизия внепеченочных желчных протоков + гнойный сальпингит, фибромиома матки, неизменная киста яичника, разрыв кисты яичника, апоплексия яичника, внематочная беременность, нагноившаяся киста яичника, перекрут кисты яичника	36	6		2		9	7	4		64	6,9
Устранение спаечной кишечной непроходимости + гнойный сальпингит, неизменная киста яичника, апоплексия яичника, фибромиома матки, перекрут кисты яичника, опухоль яичника, разрыв кисты яичника, внематочная беременность	2	27							5	29	3,2
Резекция толстой кишки по поводу осложненного дивертикулита + фибромиома матки, нагноившаяся киста яичника, неизменная киста яичника, опухоль яичника, внематочная беременность, апоплексия яичника	1	11		1					2	13	1,4
Паллиативная резекция желудка по поводу рака + опухоль яичника, фибромиома матки.	9	1								10	1,1
Итого:	136 14,8%	119 12,9%	22 2,4%	507 55,0%	117 12,7%	9 1,0%	7 0,8%	4 0,4%	12 1,3%	921	100

* Данные в графе перехода на другой доступ в общем числе выполненных доступов не учитывались.

Степень морфологических изменений в червеобразном отростке и желчном пузыре

Характер хирургической патологии	Морфологические изменения в червеобразном отростке и желчном пузыре						Всего	
	Катаральная форма		Флегмонозная форма		Гангренозная форма			
	число больных		число больных		число больных			
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Острый аппендицит	188	20,4	294	31,9	160	17,4	642	69,7
Острый холецистит	21	2,3	28	3,0	15	1,6	64	6,9

из истории болезни №4320 Поступила в гинекологическое отделение 30 июня 2002г. в 13 часов 45 минут с диагнозом: угрожающий выкидыш, беременность 20 недель. За сутки до поступления в отделение у больной появились боли в правой подвздошной области и внизу живота, тошнота и однократная рвота. Со стороны внутренних женских половых органов патологии не найдено, матка увеличена до 20 недель беременности, не в тонусе, беременность 3, роды 1, аборт 1. Больная консультирована хирургом, поставлен диагноз: острый аппендицит. Переведена в клинику факультетской хирургии СГМА.

При поступлении в клинику объективно: пульс 96 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление - 120/60 мм.рт.ст. Дыхание над всеми полями легких везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, чистые. Язык обложен белым налетом. Пальпаторно: живот не вздут, дно матки на 3 поперечных пальца выше лонного сочленения. При пальпации отмечаются: резкая болезненность в правой подвздошной и паховой областях, напряжение мышц передней брюшной стенки, больше справа; положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Ситковского.

При повторном влагалищном исследовании выявлено: матка увеличена до 20 недель беременности, тестоватой консистенции, левые придатки не увеличены, правые не удается определить из-за болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, зев закрыт, выделений из влагалища нет. Температура 37,9°C, лейкоциты - 12*10⁹/л, СОЭ - 12 мм/час. Поставлен диагноз: острый аппендицит, беременность 20 недель.

30 июня 2002г. в 15 часов 45 минут (через 2 часа от начала поступления в клинику) операция: под эндотрахеальным наркозом доступом Волковича - Мак - Бурнея в правой подвздошной области вскрыта брюшная полость, обнаружен геморрагический выпот в количестве 50 мл. Рана расширена вниз и медиально. При ревизии выявлена синюшного цвета киста правого яичника, размерами 8*6*5 см., ножка которой пережата на 360°C. Червеобразный отросток длиной 10 см., резко утолщен, с наложением фибрина, находится в малом тазу, прилежит к кисте. Выполнена типичная аппендэктомия и удаление кисты правого яичника. Брюшная полость осушена, полость малого таза дренирована силиконовой трубкой. Послойный шов операционной раны. Швы сняты на 9-е сутки. Заживление послеоперационной раны первичным на-

тяжением. Выздоровление. Гистологическое исследование препаратов: острый флегмонозный аппендицит, дермоидная киста правого яичника.

В диагностике неотложной хирургической сочетанной патологии органов брюшной полости помимо лабораторных, биохимических исследований наибольшую значимость придаем клинической картине заболевания, данным УЗИ и лапароскопии (по показаниям). Дифференциальная диагностика сочетанной хирургической и гинекологической патологии в неотложной хирургии связана с наложением симптомов заболевания двух различных по строению и функции органов и отличается взаимомаскирующими проявлениями, когда одно заболевание как бы «тянет» за собой другое. Этот патофизиологический компонент сочетанных заболеваний обозначается в литературе термином *синтропия* и по данным исследований отечественных авторов, является закономерным явлением [1,2,4,5,8,13].

Трудность дифференциальной диагностики сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний на догоспитальном этапе у больных, нуждающихся в экстренной операции, является одной из частых причин госпитализации больных гинекологического профиля в хирургическую клинику, в которой с учетом фактора времени и тяжести состояния больной хирургу, как правило, приходится сталкиваться с определенными трудностями дифференциальной диагностики. Процент точно установленного диагноза «Гинекологическое заболевание» в хирургической клинике небольшой и составляет 36,5% (L. Ignaczak, 1979) [8,13,21,22].

Результаты и обсуждение: Все сочетанные операции производились хирургами с участием гинеколога. Показаниями к сочетанным операциям были: острая хирургическая и сочетанная гинекологическая патология при явлениях клинической картины перитонита и интоксикации. Учитывалась степень операционно-анестезиологического риска [8]. Выжидательную тактику надо считать ошибкой, так как невозможно предугадать динамику развития – причинно-следственную связь между острыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями, приведшими к развитию воспалительного, а затем деструктивного процесса в органе (органах), особенно при гнойных заболеваниях придатков матки. Показания к сочетанной операции в неотложной хирургии, чаще всего определяются хирургом в процессе самой операции (во время интраоперационной ревизии брюшной полост-

Таблица 4

Морфологическая характеристика опухолевидных образований яичников

Опухолевидные образования яичников	Степень морфологических изменений в опухолевидных образованиях яичников								Всего	
	фолликулярная		серозная		желтого тела		дермоидная			
	число больных		число больных		число больных		число больных			
	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %
Кисты при нагноении	25	2,7	22	2,4	14	1,5	7	0,8	68	7,4
Кисты при перекруте	17	1,8	16	1,6	7	0,8	2	0,2	42	4,4
Кисты при разрыве	17	1,8	20	2,2	8	0,9	3	0,3	48	5,2
Неизмененные кисты	71	7,5	31	3,4	12	1,3	8	0,9	122	13,1
Итого:	130	13,8	89	9,6	41	4,5	20	2,2	280	30,1

Из таблицы №4 следует, что в группе опухолевидных образований яичников по частоте встречаемости преобладает фолликулярная форма кист яичников – 130 (13,8%) больных, на втором месте по частоте стоит серозная форма – 89 (9,6%) больных, затем кисты желтого тела – 41 (4,5%) больная и дермоидные кисты – 20 (2,2%) больных.

ти).

В неотложной хирургии одномоментная сочетанная операция бывает «неожиданной», так как вторая, третья патология выявляется в процессе оперативного вмешательства. Хирургические доступы при сочетанных операциях, были различными (таблица №2) и чаще связаны с анатомическим расположением основного заболевания [1,2,3,8,13,15,16,20].

Все больные, которым произведены одномоментные сочетанные хирургические и гинекологические операции (921 сочетанная операция), разделены нами на 7 клинических групп, с учетом фактора времени (экстренная операция) и данных интраоперационной ревизии органов брюшной полости.

I группа – (642 больных – 69,7%). Основная патология – заболевание червеобразного отростка (острый аппендицит) сочетанная: у 253 (27,5%) больных - апоплексия яичника, у 91 (9,9%) больной - гнойный сальпингит (неспецифический), у 82 (8,9%) больных - внематочная беременность, у 74 (8,0%) больных - неизменная киста яичника, у 51 (5,5%) больной - нагноившаяся киста яичника, у 33 (3,6%) больных - разрыв кисты яичника, у 31 (3,3%) больной - перекрут кисты яичника, у 19 (2,1%) больных - фибромиома матки (некроз миоматозного узла), у 8 (0,9%) больных - опухоль яичника.

II группа – (87 больных – 9,4%) основной патологией была вентральная грыжа (ущемленная), сочетанная: у 28 (3,0%) больных - фибромиома матки, у 18 (1,9%) больных - неизменная киста яичника, у 16 (1,7%) больных - гнойный сальпингит, у 7 (0,8%) больных - нагноившаяся киста яичника, у 6 (0,7%) больных - внематочная беременность, у 6 (0,7%) больных - опухоль яичника, у 3 (0,3%) больных - перекрут кисты яичника, у 2 (0,2%) больных - апоплексия яичника, у 1 (0,1%) больной - разрыв кисты яичника.

III группа – (76 больных – 8,3%), основная патология – опухоль толстой кишки (острая обтураци-

онная кишечная непроходимость, перфорация опухоли, кровотечение), сочетанная: у 26 (2,8%) больных - фибромиома матки, у 11 (1,2%) больных - неизменная киста яичника, у 10 (1,1%) больных - опухоль яичника, у 7 (0,8%) больных - гнойный сальпингит, у 6 (0,7%) больных - нагноившаяся киста яичника, у 5 (0,5%) больных - апоплексия яичника, у 4 (0,4%) больных - перекрут кисты яичника, у 4 (0,4%) больных - внематочная беременность, у 3 (0,3%) больных - разрыв кисты яичника.

IV группа – (64 больных – 6,9%) основная патология – острый калькулезный холецистит, сочетанная: у 13 (1,4%) больных - гнойный сальпингит, у 15 (1,6%) больных - фибромиома матки, у 12 (1,3%) больных - неизменная киста яичника, у 10 (1,1%) больных - разрыв кисты яичника, у 9 (1,0%) больных - апоплексия яичника, у 2 (0,2%) больных - внематочная беременность, у 2 (0,2%) больных - нагноившаяся киста яичника, у 1 (0,1%) больной - перекрут кисты яичника.

V группа – (29 больных – 3,2%), основная патология – острая спаечная кишечная непроходимость, сочетанная: у 8 (0,9%) больных - гнойный сальпингит, у 5 (0,5%) больных - неизменная киста яичника, у 4 (0,4%) больных - апоплексия яичника, у 5 (0,5%) больных - фибромиома матки, у 3 (0,3%) больных - перекрут кисты яичника, у 2 (0,2%) больных - опухоль яичника, у 1 (0,1%) больной - разрыв кисты яичника, у 1 (0,1%) больной - внематочная беременность.

VI группа – (13 больных 1,4%), основная патология – дивертикулез толстой кишки (перфорация, кровотечение), сочетанная: у 5 (0,5%) больных - фибромиома матки, у 2 (0,2%) больных - нагноившаяся киста яичника, у 2 (0,2%) больных - неизменная киста яичника, у 2 (0,2%) больных - опухоль яичника, у 1 (0,1%) больной - внематочная беременность, у 1 (0,1%) больной - апоплексия яичника.

VII группа – (10 больных 1,1%), основная пато-

Таблица 5

Характер одномоментных сочетанных хирургических и гинекологических операций

Основной этап хирургической операции	Число оперированных больных		Опухолевидные образования яичника												резекция яичника по поводу апоплексии яичника		сальпингэктомия по поводу тубоэктомиальной пингиты		тубэктомия по поводу внематочной беременности		миомэктомия		ампутация, экстирпация матки по поводу фибромиомы		овариэктомия по поводу опухольки	
			удаление кисты при нагноении						удаление кисты при перекруте		удаление кисты при разрыве		удаление немезенной кисты													
			абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %	абс.	в %												
Аппендэктомия	642	69,7	51	5,5	31	3,3	33	3,6	74	8,0	253	27,5	91	9,9	82	8,9	19	2,1	-	-	8	0,9				
Герниоларотомия, герниопластика	87	9,4	7	0,8	3	0,3	1	0,1	18	1,9	2	0,2	16	1,7	6	0,7	20	2,2	8	0,9	6	0,7				
Резекция толстой кишки по поводу опухоли	76	8,3	6	0,7	4	0,4	3	0,3	11	1,2	5	0,5	7	0,8	4	0,4	24	2,7	2	0,2	10	1,1				
Холецистэктомия (ЖКБ), вскрытие и ревизия внепеченочных желчных протоков	64	6,9	2	0,2	1	0,1	10	1,1	12	1,3	9	1,0	13	1,4	2	0,2	12	1,3	3	0,3	-	-				
Устранение спаек брюшной полости	29	3,2	-	-	3	0,3	1	0,1	5	0,5	4	0,4	8	0,9	1	0,1	4	0,4	1	0,1	2	0,2				
Резекция толстой кишки по поводу дивертикулеза	13	1,4	2	0,2	-	-	-	-	2	0,2	1	0,1	-	-	1	0,1	4	0,4	1	0,1	2	0,2				
Паллиативная резекция желудка по поводу рака	10	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	0,4	-	-	6	0,7				
Итого:	921	100	68	7,4	42	4,4	48	5,2	122	13,1	274	29,7	135	14,7	96	10,4	87	9,5	15	1,6	34	3,8				

логия - рак желудка (перфорация, кровотечение), сочетанная: у 6 (0,7%) больных - опухоль яичника, у 4 (0,4%) больных - фибромиома матки.

Нами отмечено ежегодное увеличение количества сочетанных хирургических и гинекологических операций с 33 (2,8%) больных в 1990 году до 86 (6,7%) в 2006 году (17 лет наблюдений). Из них наиболее часто как основное хирургическое вмешательство выполнялась аппендэктомия.

Характер морфологических изменений в органах при сочетанных операциях во всех случаях подтверждены путем патогистологического исследования операционного материала (таблицы №3, №4). Анатомическая локализация патологически измененных придатков матки была различной: из 819 больных с заболеваниями придатков матки, правосторонняя локализация патологии наблюдалась у 471 (57,5%) больных, левосторонняя у 313 (38,2%) больных, двусторонняя у 35 (4,3%) больных.

На первом месте в структуре острой сочетанной хирургической и гинекологической патологии, как основное хирургическое заболевание значился острый аппендицит (642 операции – 69,7% из 921 экстренной сочетанной операции) сочетающейся с гинекологической патологией. Так у 253 (27,5%) больных острый аппендицит сочетался с апоплексией яичника, у 91 (9,9%) больных с гнойным сальпингитом, у 74 (8,0%) больных с неизменной кистой яичника и у 82 (8,9%) больных сочетанной патологией явилась внематочная беременность. Степень вариативности других видов сочетанной патологии (нагноившаяся киста яичника, перекрут и разрыв кисты яичника, опухоль яичника и др.) являлась относительно однородной (таблица №5).

Степень морфологических изменений в червеобразном отростке и желчном пузыре, как также часто встречающейся хирургической патологии при сочетанных заболеваниях, была следующей: у 188 (20,4%) больных – катаральный аппендицит, у 294 (31,9%) больных – флегмонозный, у 160 (17,4%) больных гангренозный. Морфологические изменения в желчном пузыре были соответственно следующими: у 21 (2,3%) больной катаральный холецистит, у 28 (3,0%) больных – флегмонозный, у 15 (1,6%) больных гангренозный (таблица №3).

Несмотря на большое количество печатных работ, дискуссий на страницах печати, монографий, посвященных острому аппендициту как основному и/или сочетанному заболеванию органов женской половой сферы, у практического хирурга всегда возникает вопрос: какую тактику избрать при воспалительных изменениях в гениталиях? И что делать, когда нет воспалительных изменений в червеобразном отростке? Акад. РАМН Н.Н. Малиновский с соавт. [6] считает, что аппендэктомия у гинекологических больных показана как одномоментная на основании данных лапаротомии: «сопутствующая аппендэктомия должна производиться после тщательной ревизии окружающих органов и завершения основного этапа операции». Это особенно относится к «попутной» аппендэктомии. Это исключает риск повторных операций и их возможные осложнения в послеоперационном периоде. Есть и противоположная точка зрения, когда считают, что морфология не единственный критерий

острого аппендицита. Малые морфологические изменения в отростке сопровождаются яркой клиникой, а аппендэктомия приносит выздоровление. Да, такие случаи бывают, но наличие воспалительного процесса в гениталиях, вскрытого просвета слепой кишки (области основания аппендикса) – все это может послужить неблагоприятным фактором развития последующих осложнений [7,8,12].

Послеоперационные осложнения в наших наблюдениях из 921 одномоментной сочетанной хирургической и гинекологической операции были у 21 (2,3%) больной: в I группе у 9 (1,0%) из 642 больных: нагноение послеоперационной раны у 5 (0,5%) больных, местный перитонит у 2 (0,2%) больных, пневмония у 2 (0,2%) больных; во II группе из 87 больных у 3 (0,3%): нагноение послеоперационной раны у 2 (0,2%) больных, пневмония у 1 (0,1%) больной; в III группе из 76 больных у 1 (0,1%) больной несостоятельность анастомоза после резекции толстой кишки и перитонит, потребовавшие релапаротомии; в IV группе из 64 больных у 2 (0,2%) больных было нагноение послеоперационной раны; в V группе из 29 больных у 2 (0,2%) больных нагноение послеоперационной раны; в VI группе из 13 больных у 1 (0,2%) больной нагноение послеоперационной раны и в VII группе из 10 больных у 1 (0,1%) больной поддиафрагмальный абсцесс потребовавший релапаротомии. Летальных исходов из 921 одномоментной сочетанной хирургической и гинекологической операции не наблюдалось.

Заключение. Сочетанные оперативные вмешательства в неотложной хирургической практике при наличии гинекологической патологии чаще встречаются в возрасте от 21 до 50 лет (63,1%). Частота сочетаний острого аппендицита с заболеваниями гениталий составила - 69,7%, с оперированными грыжами передней брюшной стенки - 9,4%, с различными заболеваниями толстой кишки - 8,3%, с острым холециститом и заболеваниями внепеченочных желчных протоков - 6,9%. Все больные с выше указанными сочетаниями заболеваний были оперированы. Устранение спаек в брюшной полости выполнено в 3,2%, резекция толстой кишки по поводу дивертикулеза в 1,4%, резекция желудка, паллиативная операция по поводу рака – 1,1% наблюдений. Наиболее часто используемыми доступами были: верхнесрединная лапаротомия (14,8%), Волковича - Дьяконова (55,0%), в модификации Риделя - Вейра (12,7%).

Устранение urgentной сочетанной хирургической и гинекологической патологии целесообразно проводить путем выполнения одномоментных сочетанных операций, учитывая в известных случаях причинно-следственную связь между этими нозологическими формами заболеваний. Наиболее рациональным доступом является срединная лапаротомия. Лапаротомный доступ может быть изменен для ревизии брюшной полости и забрюшинного пространства. Из этого доступа возможны оперативные вмешательства у всех 7 групп больных. Объем оперативного вмешательства зависит от данных ревизии и операционных находок. Эти операции, по данным нашей клиники, оправданы при незначительной и умеренной степенях риска, в других случаях (высокая, чрезвычайная степени операционного риска) только по жизненным показаниям [8].

Литература

1. Башилов, В.П. Гигантская фибромиома матки / В.П. Башилов, Е.Б. Савинова, С.П. Нешилов, Н.В. Снигур // Хирургия. - 2007. - №1. - С. 63-64.
2. Буценко, В.Н. Острый аппендицит и заболевания гениталий / В.Н. Буценко, А.Н. Бурцев, С. М. Антонюк // Клиническая хирургия. - 1984. - №4. - С. 42-44.
3. Буянов, В.М. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве / В.М. Буянов, В.З. Маховский // Хирургия. - 1990. - №7. - С. 81-86.
4. Бялик, Я.Р. Хирургическая тактика при гинекологических заболеваниях, имитирующих острый аппендицит. / Я.Р. Бялик, В.В. Подкопаева // Советская медицина. - 1981. - №5. - С. 101-102.
5. Гадзыра, А.Н. Симультантные операции у больных с хирургическими заболеваниями надпочечников / А.Н. Гадзыра // Дис.... канд. мед. наук. Рязань, 2006. - 128 с.
6. Малиновский, Н.Н. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике. / Н.Н. Малиновский // Хирургия. - 1983. - №12. - С. 63-68.
7. Маховский, В.З. Сочетание аппендицита с гинекологическими заболеваниями / В.З. Маховский, В.А. Аксененко // Хирургия. - 1997. - №6. - С. 29-32.
8. Маховский, В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В.З. Маховский // Издание 2-е. Ставрополь, 2006. - 240 с.
9. Маховский, В.З. Сочетание многокамерной вентральной грыжи с калькулезным холециститом и фибромиомой матки / В.З. Маховский // Хирургия. - 1997. - №7. - С. 29-32.
10. Маховский, В.З. Лекции по неотложной хирургии / В.З. Маховский // Ставрополь, 1990. - 196 с.
11. Маховский, В.З. Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники / В.З. Маховский // Хирургия. - 1992. - №4. - С. 47-52.
12. Маховский, В.З. Сочетанные операции в неотложной хирургии и гинекологии / В.З. Маховский, В.А. Аксененко, Л.М. Мазикина. - Ставрополь, 1999. - 46 с.
13. Сахаутдинов, В.Г. Лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости / В.Г. Сахаутдинов, Ш.Х. Ганцев // Хирургия. - 1989. - №4. - С. 27-29.
14. Федоров, В.Д. Одномоментные, обширные и сочетанные операции / В.Д. Федоров // Хирургия. - 1983. - №3. - С. 8-15.
15. Федоров, В.Д. Сочетанные операции на толстой кишке и желчных путей / В.Д. Федоров // Хирургия. - 1990. - №1. - С. 3-5.
16. Федоров, В.Д. Хирургия гемангиом печени / В.Д. Федоров // Хирургия. - 1993. - №3. - С. 106-107.
17. Федоров, В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции / В.Д. Федоров // Хирургия. - 1993. - №3. - С. 3-7.
18. Федоров, В.Д. Одномоментная резекция 7 органов при раке восходящей ободочной кишки / В.Д. Федоров // Хирургия. - 1998. - №11. - С. 55.
19. Федоров, В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику / В.Д. Федоров // Анналы хирургии. - 2001. - №4. - С. 33-38.
20. Цукерман, Г.И. Хирургическое лечение аневризмы восходящей аорты при синдроме Марфана / Г.И. Цукерман, А.И. Малашенков, Т.В. Гаприндашвили [и др.] // Вестник хирургии. - 1988. - №7. - С. 11-14.
21. Шкира, В.Н. Клинико-морфологическое обоснование у больных апоплексией яичника / В.Н. Шкира // Клиническая хирургия. - 1985. - №4. - С. 35-36.
22. Ignaczak, L. Jedosza save operacje zenantrwsrtrowych drog zoleiwych zoldika i durenasticy / L. Ignaczak, K. Levicki, Z. Gruca // Pol. Przegl. Chir. - 1979. - Vol. 48. - №10. - P. 1165 - 1168.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.З. МАХОВСКИЙ, В.В. МАХОВСКИЙ, Б.Т. ОВАНЕСОВ, В.А. ВОРУШИЛИН, В.В. КОРОЛЕВ, О.А. НЕМЧИНОВ, Д.С. БУКИН, А.Н. КУЗЬМИНОВ

Многие неотложные острые хирургические заболевания органов брюшной полости связаны с поражениями органов женской половой сферы. Дифференциальная диагностика сочетанных заболеваний сложна также, как показания к их оперативному лечению. Все это требует опыта и компетенции практического врача-хирурга, которому постоянно приходится сталкиваться с подобными ситуациями. Решение таких вопросов, как адекватность объема оперативного вмешательства при сочетанной патологии с учетом степени деструктивных изменений в органах требует знания смежных областей хирургии (гинекологии, онкологии и др.). Важную роль в такой ситуации играет фактор времени, в пределах которого необходимо поставить диагноз и выполнить оперативное вмешательство до развития тяжелых осложнений основного и/или сочетанного заболевания (кровотечение при апоплексии яичника или внематочной беременности, фибромиоме матки, ограниченного или распространенного перитонита при пиоальпинксе, разрыве кисты яичника и др.).

Ключевые слова: сочетанные (симультантные) операции, неотложная (экстренная) хирургия и гинекология

ONE-STAGE SIMULTANEOUS OPERATIVE INTERVENTIONS IN THE URGENT SURGICAL AND GYNECOLOGIC PRACTICE

MAKHOVSKY V.Z., MAKHOVSKY V.V., OVANESOV B.T., VORUSCHILIN V.A., KOROLEV V.V., NEMCHINOV O.A., BUKIN D.S., KUZMINOV A.N.

Many acute surgical diseases of abdominal cavity are associated with the disorders of the female genital system. Differential diagnostics in such situations and indications to operative treatment are difficult and requires experience and competence of the practitioner – surgeon. Special knowledge and skill of adnexa surgery (gynecology, oncology, etc.) play an important role in the situation of time limitation.

Key words: simultaneous operations, urgent surgery and gynecology