

УДК 616-089-059:618.1-089

© Коллектив авторов, 2012.

## НЕОТЛОЖНЫЕ СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

**В.З. Маховский, В.А. Аксёненко, И.М. Лайпанов, В.А. Ворушили, Ж.М. Яхья**

*Негосударственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ставропольский институт непрерывного медицинского и фармацевтического образования», кафедра клинических дисциплин (зав. – проф. В.З. Маховский), Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Ставропольская государственная медицинская академия» кафедра акушерства и гинекологии (зав. – проф. В.А. Аксёненко), г. Ставрополь.*

### URGENT OPERATIONAL COMBINED INTERVENTION ABDOMINAL AND PELVIS

**V.Z. Makhovsky, V.A. Aksenenko, I.M. Layipanov, V.A. Vorushilin, J.M. Iakhia**

#### SUMMARY

Many urgent acute surgical abdominal disease associated with damage to the female genital organs. In recent years, the indications for the combined surgical and gynecological operations widened. Acute appendicitis and pyo-inflammatory diseases of the female genitalia are the most common disease encountered by surgeons and gynecologists in the emergency surgery. Their frequency of different data ranges from 21.7% to 69.9% of all surgical diseases combined. Studies the authors showed that 65.7% of operated patients with acute appendicitis combined with pyo-inflammatory diseases of the uterus (from 965 women aged 15 to 80 years). Postoperative complications were in 2.4% from 965 patients with combined operations. The authors conclude that the combined operation does not degrade during the postoperative period and in 97.6% of cases lead to recovery. When an individual approach, they can be recommended as the operation of choice.

### НЕВІДКЛАДНІ СПОЛУЧИТИ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ І МАЛОГО ТАЗА

**В.З. Маховський, В.А. Аксененко, І.М. Лайпанов, В.А. Ворушилін, Ж.М. Яхья**

#### РЕЗЮМЕ

Багато невідкладні гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини пов'язані з ураженням жіночих статевих органів. В останні роки показання до поєднаних хірургічних і гінекологічних операціях розширилися. Гострий апендицит та гнійно-запальні захворювання жіночої статевої сфери є найбільш частими захворюваннями, з яким стикаються хірурги та гінекологи в невідкладній (екстреній) хірургії. Їх частота за різними даними становить від 21,7% до 69,9% серед всіх поєднаних хірургічних захворювань. Дослідження авторів статті показали, що у 65,7% оперованих хворих гострий апендицит поєднувався з гнійно-запальними захворюваннями придатків матки (з 965 жінок у віці від 15 до 80 років). Післяопераційні ускладнення були у 2,4% хворих з 965 поєднаних операцій. Автори приходять до висновку, що поєднані операції не погіршують перебіг післяопераційного періоду і в 97,6% випадків призводять до одужання. При індивідуальному підході вони можуть бути рекомендовані як операції вибору.

**Ключевые слова:** сочетанные (симультанные) операции, неотложная (экстренная) хирургия и гинекология.

Сочетанные хирургические вмешательства, по мнению большинства исследователей, выполняются при доброкачественном течении заболевания на 2-х и более органах по поводу различных заболеваний [1-15].

Показания к сочетанным хирургическим вмешательствам в последние годы расширились в связи с тем, что практически хирургам и гинекологам всех специальностей, работающим в экстренной хирургии часто приходится решать вопросы хирургической тактики при сочетанной хирургической и гинекологической патологиях. Наиболее частым заболеванием в такой ситуации является острый аппендицит и гнойно-воспалительные заболевания женской половой сферы, которые составляют по данным различных авторов от 21,7 до 69,9% всех сочетанных хирургических операций [2, 4, 5, 6, 7-15].

Решение вопроса об одномоментных экстренных (неотложных) операциях может представлять особую трудность, так как второе – третье т.д. сочетанное заболевание может быть случайной находкой, требующего другого доступа, возможно оператора другой специальности, а иногда вследствие малого опыта хирурга и его недостаточной компетенции. В настоящее время публикации по этому вопросу единичные, хотя они представляют, несомненно, большой интерес для практических хирургов всех специальностей работающих в экстренной (неотложной хирургии).

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящем сообщении представлен опыт неотложных сочетанных хирургических и гинекологических операций, накопленной в 2-х клиниках Ставропольской государственной

медицинской академии (с 1990 по 2011 гг.): факультетской хирургической (зав. проф. В.З. Маховский с июня 1987 года по сентябрь 2010 года) и акушерско-гинекологической (зав. проф. В.А. Аксененко по настоящее время).

Оперативные вмешательства выполнены у 965 женщин на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, малого таза и в забрюшинном пространстве у больных в возрасте от 15 до 80 лет. Наиболее часто сочетанная патология была в возрасте от 21 до 50 лет (62,8%), у женщин репродуктивного периода она была у 410 (42,5%) больных.

Из 965 больных острые хирургические заболевания, послужившие причиной госпитализации в клинику, были: 1-я группа – 676 (70,1%) больных.

Основная операция выполнена по поводу острого аппендицита как основной экстренной патологии. Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при: нагноении кисты у 51 (5,3%) больных, перекруте кисты у 31 (3,2%) больных, разрыве кисты у 39 (4,0%) больных, неизменной кисте у 74 (7,7%) больных; резекция яичника при апоплексии у 253 (26,2%) больных; сальпингэктомия у 117 (12,1%) больных; тубэктомия у 82 (8,5%) больных; миомэктомия у 19 (2,0%) больных; ампутирование матки у 2 (0,2%) больных; овариэктомия у 8 (0,8%) больных.

2-я группа – 94 (9,7%) больных. Основная операция на передней брюшной стенке по поводу вентральной грыжи (ущемленной). Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при: нагноении кисты у 7 (0,8%) больных, перекруте кисты у 3 (0,3%) больных, разрыве кисты у 1 (0,1%) больных, неизменной кисте у 18 (1,9%) больных; резекция яичника при апоплексии у 2 (0,2%) больных; сальпингэктомия у 21 (2,2%) больных; тубэктомия у 6 (0,6%) больных; миомэктомия у 20 (2,2%) больных; ампутирование матки у 8 (0,9%) больных; овариэктомия у 6 (0,6%) больных.

3-я группа – 79 (8,2%) больных. Основная операция на толстой кишке (острая кишечная непроходимость). Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при: нагноении кисты у 6 (0,6%) больных, перекруте кисты у 4 (0,4%) больных, разрыве кисты у 3 (0,3%) больных, неизменной кисте у 11 (1,1%) больных; резекция яичника при апоплексии у 5 (0,5%) больных; сальпингэктомия у 7 (0,7%) больных; тубэктомия у 4 (0,4%) больных; миомэктомия у 24 (2,5%) больных; ампутирование матки у 2 (0,2%) больных; овариэктомия у 13 (1,3%) больных.

4-я группа – 64 (6,6%) больных. Основная операция по поводу острого калькулезного холецистита. Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при: нагноении кисты у 2 (0,2%) больных, перекруте кисты у 1 (0,1%) больных, разрыве кисты у 10 (1,0%) больных, неизменной кисте у 12

(1,2%) больных; резекция яичника при апоплексии у 9 (0,9%) больных; сальпингэктомия у 13 (1,3%) больных; тубэктомия у 2 (0,2%) больных; миомэктомия у 12 (1,2%) больных; ампутирование матки у 3 (0,3%) больных.

5-я группа – 29 (3,0%) больных. Основная операция по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при: перекруте кисты у 3 (0,3%) больных, разрыве кисты у 1 (0,1%) больных, неизменной кисте у 5 (0,5%) больных; резекция яичника при апоплексии у 4 (0,4%) больных; сальпингэктомия у 8 (0,8%) больных; тубэктомия у 1 (0,1%) больных; миомэктомия у 4 (0,4%) больных; ампутирование матки у 1 (0,1%) больных; овариэктомия у 2 (0,2%) больных.

6 группа – 13 (1,4%) больных. Основная операция на толстой кишке по поводу ее дивертикулеза (перфорация, кровотечение). Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при: нагноении кисты у 2 (0,2%) больных, неизменной кисте у 2 (0,2%) больных; резекция яичника при апоплексии у 1 (0,1%) больных; тубэктомия у 1 (0,1%) больных; миомэктомия у 4 (0,4%) больных; ампутирование матки у 1 (0,1%) больных; овариэктомия у 2 (0,2%) больных.

7 группа – 10 (1,0%) больных. Паллиативные операции выполнены по поводу рака желудка (перфорация, кровотечение).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для выполнения возможности сочетанной операции определяли степень операционного риска хирургических вмешательств, которые основывались на оценке 4-х факторов: 1) объема и травматичности сочетанной операции; 2) особенностей сочетанных хирургических заболеваний: характера заболеваний, степени функциональных, метаболических и органических повреждений органов и тканей, обусловленных сочетанными заболеваниями или их осложнениями; 3) характера и тяжести сопутствующих заболеваний; 4) возраста больной. В свою очередь каждый фактор подразделен на 4 группы, каждой из которой присвоено определенное значение в баллах (от 0 до 2), в зависимости от ее влияния на опасность предполагаемой операции.

Согласно нашей классификации, все больные с основной и сочетанной патологией распределились следующим образом: **незначительная** степень операционного риска – 767 (79,5%) операций; **умеренная** степень операционного риска – 97 (10,1%) операции; **высокая** степень операционного риска – 91 (9,4%) операции; **значительная** степень операционного риска – 10 (1,0%) операций.

Важным этапом оперативного вмешательства у больных с экстренной сочетанной патологией является операционный доступ, с которым связаны объем и последовательность операции. Доступ

определяли индивидуально у конкретной больной, учитывали ход сосудисто-нервных образований передней брюшной стенки. При определенном сочетании болезней, оптимальными доступами были срединные и косопоперечные у 925 (97,2%) оперированных. Они дают возможность полной операционной ревизии органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, а также при расширении объема операции они могут быть продолжены. Эти доступы сокращают время проведения операции, при них меньше послеоперационных грыж и нагноений раны, восстанавливается дыхательная функция передней брюшной стенки.

Общая продолжительность сочетанных операций в 7 клинических группах больных была различной. Так, при остром аппендиците – 70,7±2,9 мин., при вентральной ущемленной грыже – 97,6±8,5 мин., при раке толстой кишки – 126,5±10,5 мин., при спайках брюшины – 120,0±38,6 мин., при дивертикулёзе кишечника – 105,5±4,5 мин., при раке желудка – 236,75±11,1 мин.

При выполнении сочетанных операций основным методом обезболивания была комбинированная общая анестезия. Спинально-эпидуральная анестезия выполнена у 20% больных.

Послеоперационные осложнения были у 2,4% больных из 965 сочетанных операций: нагноение раны у 12 больных; пневмония, плеврит у 3-х; поддиафрагмальный абсцесс у 1; несостоятельность анастомоза после резекции толстой кишки у 1; абсцесс Дугласова пространства у 1; абсцесс илеоцекальной области у 1; отграниченный перитонит у 2-х больных. Летальных исходов не было.

#### ВЫВОДЫ

Интраоперационное и окончательное серийное гистологическое исследование операционного материала (проф. В.С. Боташева) выявило, что у 65,7% оперированных больных острый аппендицит сочетался с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки, в связи с чем можно думать о возможном пути распространения и передачи инфекции на близлежащие анатомические структуры находящиеся в одной анатомической области и имеющие автономные источники кровоснабжения – в частности червеобразный отросток. Передача инфекции может происходить как лимфогенно, так и гематогенно с одного органа на другой, на что указывают топографо-анатомические исследования Б.В. Огнева (1936) в статье: «пути оттока лимфы от яичника и червеобразного отростка», а также клинические исследования И.П. Жендринского (1946), С.М. Рубашова (1928), И.Ф. Линченко (1962): «пиосальпинкс в хирургической клинике» [12 - 14].

Следовательно сочетанные хирургические и гинекологические операции в неотложной

общехирургической и гинекологической практике исходя из наших клинических исследований у 965 больных не утяжеляют течение послеоперационного периода и не увеличивают количество интра- и после операционных осложнений и в 97,6% случаев приводят к выздоровлению. При индивидуальном подходе они могут быть рекомендованы как операции выбора.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аврамов А. А. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии: автореф. дис: канд. мед. наук. М., 1984. – 20 с.

2. Александров Л. С., Ищенко А. И., Ведерникова Н. В. Сочетанные операции в гинекологии (обзор). // Акушерство и гинекология/ – 2003. – №4. – С.11-14.

3. Андреев Ю. В. Симультаные вмешательства в абдоминальной хирургии: автореф. дис. канд. мед. наук. Петрозаводск. – 2001. – 24 с.

4. Буянов В. М., Маховский В. З. Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве. // Хирургия. – 1990. – №7. – С.81-86.

5. Гайдарова А. Х. Сочетанные операции в гинекологии: автореф. дис. док. мед. наук. М. 2003. – 42 с.

6. Малиновский Н.Н. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике. // Хирургия. – 1983. – №12. – С. 63-68.

7. Маховский В. З. Лекции по неотложной хирургии. (Под ред. заслуж. деятеля наук РФ проф. Б. И. Хубутия и проф. Н. М. Епишина) Ставрополь 1990. – 196 с.

8. Маховский В. З. Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники. // Хирургия. – 1992. - №4. – С. 47-52.

9. Маховский В. З. Сочетание многокамерной вентральной грыжи с калькулёзным холециститом и фибромой матки. // Хирургия. – 1997. - №7. – С. 29-32.

10. Маховский В. З. Избранные лекции по хирургии. Коллектив авторов (под ред. заслуж. деятеля наук РФ проф. Ю. Б. Кириллова). Рязань 2000. – 150 с.

11. Маховский В. З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. Издание 2-е, дополненное. Ставрополь 2006. – 240 с.

12. Маховский В. З. Диагностики и тактика ведения больных в клинике факультетской хирургии (под ред. член-корр. РАМН Николаева А.В. и проф. Аристархова В.Г.) Ставрополь 2008. – 176 с.

13. Маховский В. З., Аксененко В., Лайпанов И. М. и др. Сочетанная операция при брюшной доношенной беременности. // Хирургия. – 2011. – №8. – С. 89-91.

14. Фёдоров В. Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику. // Анналы хирургии. – 2001. – №4. – С. 33-38.

15. Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х. Симультаные операции в брюшной полости. // Хирургия. – 1976. – 4. – С. 75-79.