

**Обсуждаются результаты 80
симультивных операций у
онкогинекологических
больных.
Предлагается вариант
классификации симультивных
операций в гинекологии.**

В настоящее время во всем мире наблюдается отчетливая тенденция к увеличению продолжительности жизни. В связи с этим значительно возросло число больных, страдающих несколькими заболеваниями, которые требуют хирургического лечения. По данным ВОЗ число таких больных составляет 20-30%, причем среди них до 45% составляют женщины [2].

С развитием хирургической и анестезиологической техники стало возможным расширение объема оперативных вмешательств и выполнения двух и более операций одновременно. Такие операции получили название симультивных. Их частота достигает 2.1% от всех выполняемых хирургических вмешательств и 3.5% от числа всех больных [1]. Следует отметить, что в современной хирургической практике основными операциями у женщин до сих пор являются вмешательства на органах брюшной полости, а симультивным этапом - гинекологические операции [4].

Начиная с конца 1980-х годов в литературе стали появляться статьи о симультивных операциях в гинекологии. Однако, до настоящего времени в доступной нам литературе нет достаточно полных ответов на встающие перед хирургом вопросы: отсутствует научная концепция целесообразности, эффективности и безопасности плановых симультивных операций; не разработаны показания, противопоказания и условия их выполнения; требуется изучения вопрос объема необходимого обследования больных перед операцией и тактика их послеоперационного ведения, отсутствует классификация симультивных операций [2, 3]. Меньше всего изучено одновремен-

ное выполнение операций по поводу злокачественного процесса женских гениталий в сочетании с хирургической патологией.

Успехи современной онкогинекологии позволяют добиться хороших показателей в лечении больных и значительно продлить их жизнь. Это заставляет принимать в расчет и сопутствующую хроническую хирургическую патологию, способную в последующем повлиять на течение заболевания и эффективность терапевтических мероприятий.

Нами была принята программа изучения возможности выполнения симультивных хирургических вмешательств при онкологических заболеваниях внутренних половых органов и синхронной хирургической патологии.

Материалом для исследования послужили сведения о 80 симультивных операциях, выполненных в гинекологическом, радиологическом отделениях и в отделениях абдоминальной и эндоскопической хирургии ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в 1991-1995 г.г. Онкогинекологическая патология была представлена раком тела (15 больных) и шейки матки (22), раком яичников (31); хирургическая - заболеваниями передней брюшной стенки (грыжи белой линии живота, пупочные и вентральные грыжи, кисты урахуса - всего 18); органов брюшной полости (калькулезный холецистит - 22, хронический аппендицит - 10); других органов (узловой зоб - 6, рак молочной железы - 12, фибroadенома молочной железы - 4). Следует отметить, что в некоторых случаях симультивные операции у онкогинекологических больных выполнялись по поводу синхронных раков (рак почки - 1, рак желудка - 2, рак толстой и тонкой кишки -

Объем хирургического вмешательства	Экстирпация матки	Надвлагалищная ампутация матки	Удаление придатков матки	Всего
Герниопластика	5	3	10	18
Удаление кисты урахуса	—	1	1	2
Холецистэктомия	18	4	—	22
Резекция желудка	1*	—	1*	2
Резекция толстой кишки	—	2*	—	2
Резекция тонкой кишки	—	1*	—	1
Аппендэктомия	7	3	—	10
Нефрэктомия	—	1	—	1
Мастэктомия	—	12	—	12
Секторальная резекция молочной железы	2	2	—	4
Струмэктомия	4	2	—	6
Всего	37	31	12	80

* - гистологически подтверждено наличие синхронного рака.

3).

Объем хирургического вмешательства по поводу онкогинекологической патологии представлен 3 типами операций: экстирпация матки с придатками (рак шейки и тела матки - 37), надвлагалищная ампутация матки с придатками (рак яичников, рак молочной железы - 31) и удаление опухолевых масс (рак яичников - 12).

Нами были проведены исследования контрольных групп больных при выполнении у них одной из хирургических операций. В контрольные группы были включены больные с выполненными холецистэктомиями - 25; аппендэктомиями - 20; мастэктомиями - 15; струмэктомиями - 10.

Отдельную группу (56 наблюдений) составили больные с выполненными гинекологическими операциями на фоне не оперированного калькулезного холецистита (таблица).

Все операции выполнены традиционными доступами с участием в составе операционной бригады абдоминального хирурга.

Наиболее часто симультанные операции выполнялись по поводу рака гениталий в сочетании с холецистэктомией по поводу калькулезного холецистита, аппендэктомией (по поводу вторичного аппендицита) и струмэктомией.

Существовала еще одна значительная группа симультанных операций - сочетание мастэктомии по поводу рака молочной железы и надвлагалищной ампутацией матки с придатками (как этап лечения).

В основной и контрольной группах исследовались следующие показатели: интраоперационные осложнения при выполнении определенного объема операции, время выполнения операции, особенности анестезиологического пособия, осложнения послеоперационного периода, время снятия швов.

Несмотря на расширенный объем хирургических вмешательств сама операция, наркоз и послеоперационный период у группы больных, перенесших симультанные операции, протекал гладко.

Послеоперационные осложнения в основной группе не превышали их уровень при выполнении отдельных операций, входящих в объем симультанных (нагноение послеоперационной раны - 2 или 2.5%, парез кишечника - 4 или 5%). Следует отметить, что в послеоперационном периоде после симультанных операций не отмечено повторных хирургических вмешательств и летальных исходов. Это во многом совпадает с данными других авторов, отмечавших незначительный уровень

осложнений после симультанного оперативного вмешательства - 2.1%. При этом послеоперационная летальность составила 1.1% [1].

Напротив, в группе больных с наличием хронического калькулезного холецистита, но не выполненной холецистэктомией, в послеоперационном периоде у 16 (28.6%) больных отмечено обострение этого заболевания. Что потребовало проведения интенсивной терапии, а у 4 (7.1%) пациенток была выполнена экстренная холецистэктомия.

Средняя продолжительность лечения не отличалась от контрольных групп по нозологическим единицам и объему операций. Клинические данные и лабораторные исследования показывают, что выполнение симультанных операций по поводу онкогинекологической и синхронной хирургической патологии значительно не влияет на основные жизненные функции организма.

Полученный практический опыт позволил выработать показания, противопоказания и условия выполнения симультанных операций, их рабочую классификацию, очередность этапов хирургического вмешательства. Показанием к выполнению симультанного хирургического вмешательства при раке гениталий служит наличие синхронного хирур-

гического заболевания, требующего хирургического лечения.

Возможность выполнения симультанного хирургического вмешательства по поводу онкогинекологической и синхронной хирургической патологии определяется следующими критериями:

1. Характером онкогинекологической патологии: видом рака, степенью распространенности процесса,отягчающими факторами (асцит, поражение смежных органов).

2. Характером синхронной хирургической патологии, его локализацией, предполагаемым объемом операции.

3. Степенью опасности для больной в раннем послеоперационном периоде после гинекологической операции при отказе от выполнения хирургического этапа симультанной операции (возможностью обострения хирургического патологического процесса).

4. Объективным состоянием больной перед операцией: тяжестью течения опухолевого процесса, сопутствующей соматической патологией.

Условия выполнения симультанного хирургического вмешательства:

1. Наличие операбельного рака тела и/или шейки матки.

2. Наличие рака яичников в стадии, позволяющей выполнить радикальный объем операции или позволяющей убрать практически все опухолевые массы.

3. Наличие подготовленной для выполнения предполагаемого объема операции бригады в составе гинеколога и хирурга.

4. Возможность оказания адекватного анестезиологического пособия.

Нами предлагается вариант классификации симультанных хирургических вмешательств в гинекологии.

Классификация симультанных операций в гинекологии

(по локализации сопутствующей хирургической патологии)

1. В зоне операционного разреза для выполнения гине-

кологической операции абдоминальным доступом. Попутное выполнение хирургической операции (хирургическая патология локализуется в месте выполнения лапаротомного разреза) - вентральные грыжи, грыжи белой линии живота, пупочные грыжи, кисты урахуса и т.д.).

2. В пределах брюшной полости (при выполнении гинекологической операции абдоминальным доступом). Выполнение хирургического вмешательства на органах брюшной полости из основного или дополнительного абдоминального разреза (холецистэктомия, резекция желудка, аппендэктомия и т.д.).

3. В других областях тела с необходимостью дополнительного операционного разреза (струмэктомия, нефрэктомия, мастэктомия и т.д.):

- при выполнении гинекологической операции абдоминальным доступом;

- при выполнении гинекологической операции влагалищным доступом.

Исходя из предлагаемой классификации симультанных операций можно рассмотреть выполнения этапов симультанного хирургического вмешательства, очередность которой определяется несколькими принципами:

1. В первой группе операций (их можно назвать попутными) - выполнение хирургического компонента зависит от характера хирургической патологии (устранение грыжи - на заключительном этапе, удаление кисты урахуса - на первом этапе).

2. Во второй группе ведущим является:

- способ выполнения хирургического вмешательства (лапароскопическая операция выполняется в первую очередь);

- оценка конкретной хирургической ситуацией после начала операции (вероятность и характер интраоперационных осложнений хирургического этапа и их возможность повлиять на отмену основной гинекологической операции).

3. В третьей группе ведущим является характер синхронной хирургической патологии, вероятность и характер интраоперационных осложнений хирургического этапа и их возможность повлиять на отмену основной гинекологической операции.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что симультанные операции 2-й и 3-й группы, согласно представленной классификации, относятся к разряду операций повышенной сложности и должны выполняться подготовленными специалистами: гинекологами и хирургами в условиях многопрофильного учреждения.

Литература.

1. Кошчер И.И., Максимова А.Б., Солдатов В.С., Балаева Г.В., Лысенко О.В., Ванцян Л.А., Заваруев В.Н., Третьяков Э.М., Барашкова Н.Б., Баранова Т.И., Слободчикова Р.Н., Садыкова Е.В. Симультанные операции в онкохирургии и онкогинекологии // - Актуальные проблемы современной онкологии. - Томск. - 1991. - Вып. 8. - С. 263-268.
2. Кудрявцев Ю.Г. Патогенетические аспекты развития сочетанной хирургической патологии у гинекологических больных // - Материалы конференции «Организация и оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи женщинам-военнослужащим и членам семей военнослужащих ВС РФ. Регуляция репродуктивной функции женщин. Вопросы планирования семьи.» - С.-Пб. - 1994.
3. Кудрявцев Ю.Г. Сочетанная хирургическая патология у женщин // - Тезисы докладов научно-практической конференции 13 ноября 1997 г «Возможности и перспективы совершенствования диагностики и лечения в клинической практике». - М. - 1997. - С. 47-48.
4. Пашкевич В.И., Кудрявцев Ю.Г., Абашинов В.Г. Simultaneous operations of gynaecological patients // - Тезисы докладов European Association of Gynaecologists and Obstetricians 6-th Meeting. - М. - 1991.