

УДК 617.55:616.6)-089.35

## ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

В.Г. Стенько, Н.А. Нечипоренко, Г.В. Юцевич,  
А.Н. Нечипоренко, С.Ф. Ровбуць

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

ГКО «Скорая медицинская помощь» г. Гродно

*Представлен опыт выполнения обширных симультанных операций при сочетании хирургических заболеваний органов брюшной полости и заболеваний мочеполовой системы у 206 пациентов. Симультанные операции не сопровождаются увеличением количества осложнений и длительности пребывания пациентов в стационаре. Это позволяет рекомендовать симультанные операции для более широкого применения в клинике, особенно при внедрении эндоскопических технологий.*

**Ключевые слова:** симультанные операции, хирургические заболевания органов брюшной полости и мочеполовой системы.

*The methods of performance of combined operations for combined surgical diseases of abdominal organs and genitourinary diseases in 206 patients are represented. Combined operations prove not to result in the increase of number of post operative complications and do not influence prolongation of in-patient treatment. Thus, combined operations could be recommended for wider application in surgical practice, especially with the use of endoscopic technologies.*

**Key words:** combined operation, surgical diseases of abdominal organs and genitourinary diseases.

В последние годы при сочетанных хирургических заболеваниях внутренних органов все чаще отдается предпочтение симультанным операциям (СО) не только в плановой, но и в экстренной хирургии [1, 2, 3, 5, 6, 11].

Под СО в настоящее время понимают вмешательства, которые выполняются одномоментно на двух или более органах из одного или разных хирургических доступов по поводу одного или разных заболеваний.

Таким образом, СО следует рассматривать как метод хирургического лечения сочетанных заболеваний разных органов.

Естественно, СО всегда повышают риск лечения в силу увеличения объема хирургической травмы.

Сочетание разных патологических процессов в двух и более органах, подлежащих хирургической коррекции, можно разделить на 5 групп.

Группа 1. Сочетанные заболевания, каждое из которых требует хирургического лечения по абсолютным показаниям. В этих условиях метод лечения симультанными операциями не имеет альтернативы и воспринимается всеми хирургами однозначно.

Группа 2. Сочетанные заболевания, одно из которых требует хирургического лечения по абсолютным показаниям и рассматривается как основное, а второе заболевание выступает как сопутствующее. В этой ситуации может быть выполнено вмешательство по поводу основного заболевания, а через какое-то время выполняется операция

по поводу второго заболевания. Однако может быть рассмотрен вопрос и о проведении одномоментной хирургической коррекции обоих заболеваний, т.е. о выполнении СО.

Группа 3. Сочетанные заболевания, каждое из которых требует планового хирургического лечения. В этих случаях без видимого ущерба для здоровья пациента можно провести хирургическую коррекцию сначала одного заболевания, а через какое-то время оперировать пациента по поводу второго заболевания. Вместе с тем, может быть принято решение и о лечении пациента методом СО, что сразу избавит его от обоих заболеваний.

Группа 4. Сочетанные заболевания, одно из которых диагностируется во время выполнения вмешательства по поводу ранее диагностированного заболевания, и это неожиданно выявленное заболевание требует хирургической коррекции по абсолютным показаниям. В этом случае приходится запланированное вмешательство расширить за счет симультанного выполнения второй операции.

Особую группу (группа 5) сочетанной патологии представляют случаи, когда в ходе выполнения плановой или экстренной операции по поводу одного заболевания случайно повреждается смежный оперируемому орган. Это требует выполнения по абсолютным показаниям вмешательства и на поврежденном органе, т.е. вмешательство непредвиденно приобретает характер симультанных операций.

Наибольшие трудности в плане выбора рациональной лечебной тактики (этапное лечение или

СО) представляют сочетанные заболевания 2-й и 3-й групп. Это продиктовано тем, что именно при сочетанных заболеваниях, объединенных в эти группы, количество аргументов «за» и «против» этих методов лечения примерно одинаково.

Несомненно, лечение пациентов с сочетанными хирургическими заболеваниями методом последовательного (этапного) выполнения оперативных вмешательств с некоторым временным интервалом несет в себе наименьшую степень непосредственного хирургического риска и не оказывает на хирурга повышенной психологической нагрузки. Этапное выполнение хирургических вмешательств проводится без видимого вреда для здоровья пациента. Однако остающееся сопутствующее заболевание не может не отражаться на течении послеоперационного периода, а только одна мысль о необходимости повторно подвергнуться оперативному вмешательству для пациента является новым стрессом, что, как правило, приводит к постоянному откладыванию второй операции, затягиванию начала лечения и увеличению сроков выздоровления [7, 8, 9, 10].

Напротив, при лечении сочетанных заболеваний методом СО пациент обследуется и оперируется один раз, один раз переносит наркоз и послеоперационный период, один раз переносит психологическую травму. В силу этого сокращается продолжительность лечения пациента в стационаре, сокращаются расходы на лечение [1, 4].

Вопрос одновременной коррекции сопутствующей патологии во время выполнения основного хирургического вмешательства неоднократно обсуждался на страницах хирургических журналов, однако симультанные операции не получили должного распространения среди практических хирургов в силу прочно укоренившегося мнения о наименьшем хирургическом риске при этапном лечении сочетанных хирургических заболеваний.

В настоящем сообщении представляем собственный опыт выполнения обширных СО при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

**Материал и метод**

С 1990 по 2002 год мы наблюдали 247 пациентов с сочетанными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Всем пациентам проведено хирургическое лечение: 206 пациентам выполнены СО и 41 – по причине отказа от СО, проведено этапное хирургическое лечение.

Среди всех 206 пациентов, которым выполнены СО, 28 человек страдали острым заболеванием одного или обоих пораженных органов; 160 оперированы в плановом порядке. Непланированные и вынужденные СО выполнены 18-ти пациентам в силу выявления в ходе планового вмешательства хирургического заболевания другого органа или случайного повреждения смежного органа.

Результаты лечения сочетанных заболеваний сравнили в группах пациентов, которым выполнены СО и которым проведено этапное хирургическое лечение.

**Результаты и обсуждение**

Особенности сочетания основного и сопутствующего заболеваний у 160 пациентов, требовавших планового хирургического лечения, и характер оперативного пособия приведены в табл. 1.

Среди этих 160 пациентов с сочетанными заболеваниями основным заболеванием считали заболевание органов забрюшинного пространства в 91 случае и в 69 основным заболеванием было заболевание органов брюшной полости.

Общее удовлетворительное состояние пациентов и отсутствие сопутствующих заболеваний органов сердечно-сосудистой и дыхательной систем позволяло провести всем 160 пациентам одномоментную хирургическую коррекцию обоих выявленных заболеваний.

Непременным условием для выполнения СО являлось согласие пациента на такой объем вмешательства.

Очередность коррекции сочетанных заболеваний в ходе вмешательства зависела от нескольких моментов.

Как правило, вмешательство начинали с операции по поводу основного заболевания, т.е. с того, которое имело приоритет по значимости для здоровья пациента или требовало более сложной операции. При равнозначных заболеваниях операцию начинали с более «чистого» этапа.

При необходимости выполнения специфических хирургических приемов в операции принимали уча-

Таблица 1. Особенности заболеваний брюшной полости с заболеваниями забрюшинного пространства и характер плановых симультанных операций по поводу этих заболеваний у 160 пациентов.

Основное заболевание	Сопутствующее заболевание	Кол-во больных	Характер СО и последовательность операций	Доступ
Рак почки	Миома матки или киста яичника	8	Нефрэктомия + операция на матке или придатках	Один - 6, разные - 2
Заболевание почки или надпочечника	Хр. калькулезный холецистит	46	Операция на почке или надпочечнике + холецистэктомия	Один-28, разн.-18
Миома матки	Нефроптоз	7	Нефропексия + надвлагалищная ампутация матки	Разные
Рак мочевого пузыря	Миома матки	5	Резекция мочевого пузыря + надвлагалищная ампутация матки	Один
Рак желудка	Камень лоханки почки	1	Резекция желудка + пиелолитотомия	Разные
Аденома простаты	Паховая грыжа	25	Грыжесечение + аденомэктомия	Разные
Хр. калькулезный холецистит	Камни лоханки или мочеточника	19	Пиело- или уретеролитотомия + холецистэктомия	Один -10, разн.- 9
Миома матки или киста яичника	Камень лоханки почки или мочеточника	20	Операция на матке или придатках + уретеро- или пиелолитотомия	Разн.-11, один-9
Гидронефроз	Хр. калькулезный холецистит	7	Пластика лоханки + холецистэктомия	Один
Миома матки	Камень мочевого пузыря или недержание мочи	22	Надвлагалищная ампутация матки + цистолитотомия или кольпозвизкопексия	- /-/-
Всего		160		Разн. - 48, один-112

стие соответствующие специалисты: хирург, гинеколог, уролог.

Принципиальной особенностью клинической ситуации в наших наблюдениях было то, что коррекцию сопутствующего заболевания всегда можно было отсрочить на 2-3 месяца в случае возникновения какого-либо осложнения в ходе операции по поводу основного заболевания.

Внедрение в практику малоинвазивных хирургических технологий позволило расширить показания для выполнения СО при сочетанных заболеваниях. Так 19 пациентам с заболеванием почки (нефроптоз – 7, рак левой почки – 8; камни левой почки или мочеточника – 4) с сопутствующим хроническим калькулезным холециститом выполнены СО в следующем объеме: открытая операция на почке и лапароскопическая холецистэктомия. А 11-ти пациентам с простой кистой почки и калькулезным холециститом выполнены СО в виде лапароскопической холецистэктомии и чрескожная пункция кисты почки под ультразвуковым контролем.

Очередность выполненных вмешательств в ходе СО приведена в табл. 1.

После 160 СО в раннем послеоперационном периоде различные осложнения развились у 9 пациентов (5,6±1,8%).

Как отмечалось выше, в 28 наблюдениях СО операции выполнены по абсолютным показаниям в экстренном порядке (табл. 2)

Как видно, повреждения почки, мочевого пузыря и уретры в сочетании с повреждениями органов брюшной полости составили основную часть экстренных СО.

Выбор очередности операций в этой группе пациентов зависел от конкретной клинической ситуации. Так при сочетанной травме операцию начинали с лапаротомии, проводили ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства с целью выявить источник кровотечения и вначале осуществить гемостаз. После остановки кровотечения приступали к адекватной коррекции имевших место повреждений.

В 18 наблюдениях плановое вмешательство по поводу диагностированного одного заболевания пришлось вынужденно дополнить операцией на другом органе (табл. 3). Так у пяти пациентов в силу повреждения червеобразного отростка (у двух) и селезенки (у трех) в ходе выполнения радикальной нефрэктомии по поводу рака почки пришлось выполнить соответственно аппендэктомию и спленэктомию.

В 13 наблюдениях в ходе выполнения планового урологического вмешательства были выявлены хирургические заболевания других органов (желчный пузырь, желудок, толстая кишка). В операционную приглашался соответствующий специалист, и после оценки клинической ситуации принималось решение о выполнении одномоментной коррекции и второго заболевания.

Таблица 2. Характер экстренной сочетанной патологии и объем симультанных операций

Диагноз	Кол-во больных	Вид симультанных операций	Хирург. доступ	Исход лечения
Разрыв селезенки или печени + разрыв почки	14	Спленэктомия или ушивание печени + ушивание разрыва почки	Лапаротомия	Умер – 1, вы-здор.-13
Перелом костей таза + разрыв мочевого пузыря или уретры + повреждение органов брюшной полости или забрюшинного пространства	9	Коррекция поврежден- ных органов брюшной полости + операция на мочевом пузыре или уретре	Лапаротомия	Умер – 1, вы-здор.- 8.
Ножевое ранение печени + ранение сосудов левой почки	1	Ушивание печени + операция на почечных сосудах	Лапаротомия	Умер-1
Огнестрельное ранение правой почки + печени + кишечника	1	Ушивание раны почки + ушивание раны печени + резекция петли тонкой кишки.	Лапаротомия	Выздор.
Острый калькулезный холецистит + камень верхней и средней трети правого мочеточника	2	Холецистэктомия + уретеролитотомия	Люмбо- лапаротомия справа	Выздор.
ДГПЖ, острая задержка мочеиспускания + стенозирующий рак антрального отдела желудка	1	Передний гастроэнтероанастомоз + надлобковая эпизиостомия	Лапаротомия + надлобковый срединный внебрюшинный	Выздор.
Всего	28	-	-	Умерли – 3

Среди 18 вынужденных и unplanned СО в 16 наблюдениях операция проведена из одного доступа и у 2 пациентов – из разных.

В наших наблюдениях общая продолжительность СО, выполненных из одного доступа, увеличилась на 35-45 минут по сравнению с продолжительностью операции, выполненной первой. Только в случаях, когда нефрэктомия дополнена резекцией желудка, продолжительность операции увеличилась на 1,5-2 часа.

У 41 пациента с диагностированными сочетанными заболеваниями проведено этапное хирургическое лечение в силу отказа больных от СО (29 человек), у 12 выполнение СО признано нецелесообразным в силу повышенного риска хирургичес-

Таблица 3. Вынужденные и unplanned симультанные операции.

Выполнявшаяся плановая операция	Кол-во больных	Выявленное сопутствующее заболевание	Симультанная операция	Исход
Нефрэктомия по поводу рака почки	2	Рак антрального отдела желудка	Субтотальная резекция желудка	Выздоровление
Нефрэктомия слева по поводу рака почки	3	Повреждение селезенки	Спленэктомия	Выздоровление
Нефрэктомия справа по поводу рака почки	2	Повреждение червеобразного отростка	Аппендэктомию	Выздоровление
Резекция почки по поводу камня чашечки	2	Опухоль надпочечника	Адреналэктомия	Выздоровление
Пиелолитотомия справа	3	Камень желчного пузыря	Холецистэктомия	Выздоровление
Нефропексия справа	4	Камень желчного пузыря	Холецистэктомия	Выздоровление
Резекция мочевого пузыря по поводу рака	2	Рак сигмовидной кишки	Резекция сигмовидной кишки	Выздоровление
Всего	18	-	-	Выздоровление - 18

кого лечения в связи с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой или дыхательной систем (табл. 4).

Всем 41 пациенту на первом этапе выполнено вмешательство по поводу основного заболевания (табл. 4). Послеоперационный период у 3 пациентов протекал с осложнениями со стороны второго пораженного органа: острый холецистит – 2; острый пиелонефрит – 1; что потребовало в двух наблюдениях выполнения экстренного хирургического вмешательства. Все пациенты поправились и были выписаны домой с рекомендацией через 1,5-2 месяца прийти для выполнения второго хирургического вмешательства.

Для выполнения второй операции поступило 32 пациента, остальные 9 по неизвестным причинам для второй операции в наше лечебное учреждение не прибыли. Объем операций на втором этапе лечения приведен в табл. 4. После второго этапа хирургического лечения умерло 2 пациента. Оба умерли после открытой аденомэктомии вследствие развившейся эмболии легочной артерии – 1 и пневмонии – 1.

При этапном хирургическом лечении пациенты в общей сложности на 15-16 дней дольше пребывали в стационаре чем после СО, что свидетельствует о значительно больших материальных затратах на полное излечение пациентов.

Осложнения чаще развивались после второго этапа оперативного лечения.

Длительность временной утраты трудоспособности после СО такая же, как после одного вмешательства по поводу основного заболевания т.е. продолжительность медицинской реабилитации пациентов после этапного лечения значительно больше, чем после СО.

**Выводы**

1. Выполнение плановых обширных симультанных операций по поводу сочетающихся урологических заболеваний с заболеваниями органов брюшной полости не сопровождается увеличением количества осложнений в послеоперационном периоде и не увеличивает сроки пребывания пациента в стационаре.

2. Медицинские, психологические и экономические преимущества лечения сочетанных хирургических заболеваний методом симультанных операций позволяют рекомендовать его для более широкого использования в клинике.

**Литература**

1. Андреев Ю.В., Богданец А.А., Бобков В.Л., Морозов О.Д. Симультанные операции как метод интенсификации лечения пла-

Таблица 4. Особенности сочетанных заболеваний, по поводу которых проведено этапное хирургическое лечение.

Основное заболевание	Кол-во больных	Сопутствующее заболевание	Операция на I этапе лечения	Исход I-го этапа лечения	Операция на II этапе лечения	Исход II-го этапа лечения
Рак почки	8	Камни желчного пузыря	Нефрэктомия	Выздор.-8.	Лапароскопическая холецистэктомия – 3, открытая холецистэктомия – 1	Выздоровление – 4.
Рак почки	2	Камень лоханки второй почки	Резекция почки	Выздоровление-2	Пиелолитотомия	Выздоровление -2
Камень лоханки почки	9	Камни желчного пузыря	Пиелолитотомия	Выздор.-9.	Холецистэктомия	Выздоровление -4.
АПЖ II-III ст	16	Паховая грыжа	Аденомэктомия - 6, цистостомия - 10	Выздор. - 16	Грыжесечение – 6, аденомэктомия - 10	Выздоровление – 14. Умерли- 2.
Вентральная грыжа после аденомэктомии	4	Стеноз шейки мочевого пузыря	Трансуретральная резекция шейки пузыря	Выздор. - 4	Грыжесечение - 4	Выздоровление - 4
Рак антрального отдела желудка	2	АПЖ II- III ст.	Резекция желудка + цистостомия	Выздор.-2	Аденомэктомия - 2	Выздоровление-2
Всего	41		Выздоровление - 41		Всего операций на втором этапе лечения - 32	Умерли -2, выздоровление - 30

новых и экстренных хирургических больных. // Актуальные вопросы неотложной хирургии. Научно-практическая конфер. хирургов Карелии. 28-30 мая 1997 г. С-Петербург, 1997. – С.30-31.

2. Андреев Ю.В., Богданец А.А., Бобков В.Л. и др. Симультианные операции у больных пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 1997. – Т.156. - №4. – С.75-76.

3. Батвинков Н.И., Нечипоренко Н.А., Гарелик П.В. Хирургическая тактика при сочетании заболеваний правой почки и желчного пузыря // Здоровоохранение Белоруссии. – 1993. - №4. – С.55-57.

4. Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Бучнев В.И., Мендель Н.А. Выполнение симультанных операций у больных с осложненной пилородуоденальной язвой// Украинский медицинский журнал. – 2000. - №3(17). – V/VI. – С.121-124.

5. Серняк П.С. Двусторонние камни почек //Тезисы научных работ третьего съезда урологов Украинской ССР.- Днепропетровск, 1980. – 191-195.

6. Успенский Л.В., Кургузов О.П., Кузин Н.М. Сочетанные операции при желчнокаменной болезни // Хирургия. – 1990. - №10. – С.60-64.

7. Ameli F.M., Weiss M., Provan J.L., Johnston K.W. Safety of cholecystectomy with abdominal ajrtic surgery // Canad. J. Surg. – 1987. – V.30. – P.170-174.

8. Rozanski T.A., Kiesling V.J., Vaccaro J.A., Belville W.D. Elective cholecystectomy during major urological surgery //J. Urol. – 1989. – Vol.141. – P. 1295-1297.

9. Shennib H., Fried G.M., Hampson L.G. Does simultaneous cholecystectomy increase the risk of colonic surgery // Amer. J. Surg. – 1986. – V.151. – P.266-271.

10. Stevens M.L., Hubert B.C., Wencel F.J. Combined gynecologic surgical procedures and cholecystectomy // Amer. J. Obst. Gynec. – 1984. – V.149. P.350-354.

11. Holman E., Salah V.A., Toth C. Comparison of 150 simultaneous bilateral and 300 unilateral percutaneous nephrolithotomies // J. Endourol. – 2002. – 16(1). – P.33-36.

**Resume**

**INTENSIFICATION OF TREATMENT OF SURGICAL DISEASES OF ABDOMINAL CAVITY ORGANS IN COMBINATION WITH PATHOLOGIES OF GENITOURINARY SYSTEM**

Stenko V.G., Nechiporenko N.A., Yutsevich G.B., Nechiporenko A. N., Rovbut S. F.

Grodno State Medical University

GKO «Emergency medical service», Grodno

Combined operations performed on the patients with acute surgical diseases of abdominal cavity organs and diseases of genitourinary system do not result in the increased number of complications. They are warranted both economically and psychologically.