

УДК 616.61/63 + 618.1) - 089

СИМУЛЬТАННАЯ УРОГИНЕКОЛОГИЯ: ОБРЕТЕНИЕ СОБСТВЕННОГО ОПЫТА

Н.А. Нечипоренко, профессор, заведующий курсом урологии

М.В. Кажина, доцент кафедры акушерства и гинекологии

Гродненский государственный медицинский университет

В работе представлены критерии simultанности оперативной урогинекологии и описан некоторый собственный опыт хирургического лечения сочетанной патологии мочеполовой системы женщин. Проведенный сравнительный анализ результатов лечения пациенток, подвергшихся этапной и simultанной терапии, выявил, что simultанный метод в 2 раза сокращает общее пребывание пациенток в стационаре и сроки временной нетрудоспособности, не повышая при этом % послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: *simultанные операции, урогинекология, мочеполовая система.*

The criteria for combined operative urogynecology and some own experience of combined pathologies of surgical treatment of urogenital system in females are submitted in the paper. The comparative analysis of the treatment results of patients undergone "step-by-step" and combined therapy has revealed that combined method 2-fold shortens both the total period of hospitalization and the period of temporary disability not raising the percentage of postoperative complications.

Key words: *combined operations, urogynecology, urogenital system.*

Среди женщин, находящихся на лечении в урологическом стационаре с патологией, требующей хирургического лечения, выявляются пациентки с сопутствующей гинекологической патологией. Примерно в 8-10% таких случаев перед врачами встает вопрос о выборе метода и способа лечения: провести хирургическую коррекцию выявленных заболеваний последовательно с каким-то временным интервалом или выполнить одномоментно операции по поводу заболеваний органов обеих систем?

В последние годы при сочетанных хирургических заболеваниях внутренних органов все чаще отдается предпочтение лечению методом одномоментных или simultанных операций (СО) [1, 2, 3, 6, 7, 8]. Под СО следует понимать операции, выполняемые на двух или более органах из одного или разных хирургических доступов по поводу одного или разных заболеваний в ходе одного вмешательства. СО делят на экстренные и плановые, которые, в свою очередь, могут быть запланированными и неожиданными. СО всегда повышают риск лечения в силу увеличения объема хирургической агрессии.

Все сочетанные хирургические заболевания двух и более органов можно разделить на 4 группы.

1. Сочетанные заболевания, каждое из которых требует хирургического лечения по абсолютным показаниям. В этих условиях метод лечения simultанными операциями не имеет альтернативы.

2. Сочетанные заболевания, одно из которых требует хирургического лечения по абсолютным

показаниям и рассматривается как основное, а второе - сопутствующее. В этой ситуации может быть выполнено вмешательство по поводу основного заболевания, а через какое-то время выполняется операция по поводу второго заболевания. Но может быть рассмотрен вопрос и о проведении одномоментной коррекции обоих заболеваний, т.е. о лечении больного методом СО [2].

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 в таких случаях может быть проведено лечение методом СО, что сразу избавит пациента от обоих заболеваний.

4. Сочетанные заболевания, одно из которых диагностируется во время выполнения вмешательства по поводу основного заболевания или в ходе операции случайно повреждается смежный орган. В этих случаях возникает необходимость выполнения операции и на втором органе, т.е. СО выполняется вынужденно.

С практической точки зрения наибольший интерес представляет выбор метода лечения больных с сочетанными заболеваниями разных органов, каждое из которых требует хирургической коррекции в плановом порядке (II и III группы сочетанных заболеваний). Несомненно, лечение больных с сочетанными хирургическими заболеваниями методом последовательного (этапного) выполнения оперативных вмешательств с некоторым

временным интервалом таит в себе наименьшую степень непосредственного хирургического риска и не оказывает на хирурга повышенной психологической нагрузки. Вместе с тем остающееся сопутствующее заболевание не может положительно влиять на течение послеоперационного периода, а необходимость повторно подвергнуться оперативному вмешательству для больного является новым стрессом, что, как правило, приводит к постоянному откладыванию второй операции и затягиванию начала лечения, а также к увеличению сроков выздоровления. Напротив, при лечении сочетанных заболеваний методом СО больной обследуется и оперируется 1 раз, 1 раз переносит наркоз и послеоперационный период, один раз переносит психологическую травму. В силу этого сокращается продолжительность лечения больного в стационаре, сокращаются расходы на лечение, сокращаются сроки временной нетрудоспособности пациентов [4, 5, 9].

Вопросы одновременной хирургической коррекции сочетанных хирургических заболеваний органов мочевой и половой систем у женщин недостаточно отражены в современной урологической и гинекологической литературе, в связи с чем в настоящем сообщении представляем собственный опыт выполнения таких вмешательств.

Хорошо понимая дискуссионность вопроса вообще о целесообразности плановых СО и правомерность альтернативного подхода к лечению сочетанных хирургических заболеваний, мы все же считаем необходимым вынести на обсуждение проблему одномоментной хирургической коррекции сочетанных заболеваний мочевой и женской половой систем, поскольку актуальность ее не вызывает сомнений.

Материалы и методы. С 1992 по 2002 год в урологической и гинекологической клиниках ГГМУ на лечении находилось 139 женщин в возрасте 28-67

лет с сочетанными хирургическими заболеваниями органов мочевой и половой систем. Всем больным проведено хирургическое лечение: 93-м пациенткам выполнены плановые СО. Этапное хирургическое лечение проведено 46-ти пациенткам, причем у всех гинекологическая операция была выполнена на первом этапе лечения. Результаты лечения сочетанных заболеваний сравнили в группах женщин, которым выполнены СО и которым проведено этапное хирургическое лечение.

Результаты и обсуждение. Особенности сочетания заболеваний мочевой и половой систем у 93-х женщин, которым выполнены СО, приведены в табл. 1. Среди этих 93-х женщин 78 первоначально обратились к урологу по поводу заболевания органов мочевой системы. В ходе обследования пациенток было выявлено и сопутствующее заболевание женской половой сферы, требовавшее хирур-

Таблица 1. Особенности сочетанных заболеваний мочеполовой системы у 93-х женщин и характер проведенного симультанного хирургического лечения

Основное урологическое заболевание	Сопутствующее гинекологическое заболевание	Кол-во больных	Характер СО и последовательность операций	Длительность пребывания в стационаре	Доступ
Рак почки	Миома матки	6	Нефрэктомия + Надвлагалищная ампутация матки	15,2±2,2	Разные
Рак почки	Киста яичника	2	Нефрэктомия + Овариэктомия	14,1±1,3	-/-
Простая киста почки	Миома матки	5	Чрезкожная пункция кисты + Надвлагалищная ампутация матки	11,1±1,2	-/-
Нефроптоз	Миома матки	5	Нефропексия + Надвлагалищная ампутация матки	11,2±1,1	-/-
Рак мочевого пузыря	Миома матки	4	Резекция мочевого пузыря + Надвлагалищная ампутация матки	17,5±2,4	Один
Камень мочеточника	Миома матки	9	Надвлагалищная ампутация матки + Уретеролитотомия	10,3±1,8	-/-
Камень лоханки почки (6) или мочеточника (5)	Киста яичника	11	Пиело- или уретеролитотомия + Цистэктомия	11,7±2,4	Разные -7; Один - 4
Камень мочевого пузыря	Миома матки	5	Надвлагалищная ампутация матки + Цистолитотомия	11,7±1,3	Один
Недержание мочи при напряжении	Миома матки	16	Надвлагалищная ампутация матки + Кольповезикопексия	10,6±2,1	-/-
Недержание мочи при напряжении	Опушение или выпадение влагалища и матки	29	Влагалищная операция + Кольповезикопексия	9,5±1,8	Разные
Эндометриоз мочевого пузыря	Эндометриоз матки	1	Надвлагалищная ампутация матки + Резекция мочевого пузыря	15,0	Один
Всего:		93			

гического лечения. В гинекологическую клинику первоначально поступили 15 женщин, и в ходе обследования у них было выявлено сопутствующее заболевание органов мочевой системы, требовавшее хирургической коррекции. В ходе проведенного обследования противопоказаний для лечения наших больных методом СО не было выявлено. Пациенткам была разъяснена медицинская ситуация и предложено лечение обоих заболеваний методом СО. Женщины согласились с предложенным методом лечения и были оперированы одномоментно. Очередность оперируемых органов в ходе СО зависела от нескольких моментов. Как правило, вмешательство начинали с операции по поводу основного заболевания (табл. 1), т.е. с того, которое имело приоритет по значимости для здоровья больной или требовало более масштабного вмешательства. При равнозначных заболеваниях операцию начинали с более «чистого» этапа. Так, в случаях «рак почки + миома матки (или киста яичника)» сначала выполнялась нефрэктомия, а затем из второго разреза проводилось вмешательство на матке или яичнике. При сочетании мочекаменной болезни с миомой матки первым выполнялось вмешательство на матке, а затем удаляли камни из мочевых органов. При нефроптозе в сочетании с кистой яичника или миомой матки вначале выполняли нефропексию. В случаях пролапса гениталий в сочетании с недержанием мочи при

напряжении сначала проводилась коррекция пролапса, а затем выполняли кольповезикопексию надлобковым доступом. Все СО прошли без осложнений. Длительность пребывания больной под наркозом увеличивалась на 40-50 минут по сравнению со временем выполнения операции по поводу основного заболевания и в общей сложности составляла 2-3 часа. Важной особенностью клинической ситуации во всех этих случаях было то, что операцию по поводу сопутствующего заболевания всегда можно было отложить на второй этап в случае возникновения какого-либо осложнения в ходе операции по поводу основного заболевания. Очередность оперированных органов при выполнении СО у 93-х женщин приведена в табл. 1. Среди всех женщин, которым проведено симультанное хирургическое лечение, один доступ использован в 39-ти случаях и два доступа использованы у 54-х больных. Летальных исходов после операций не было. Длительность пребывания больных в стационаре после СО не превышала средний показатель после операций по поводу одного (основного) заболевания. В раннем послеоперационном периоде значимые осложнения развились у 5-ти женщин (5,4±2,3%): эмболия мелких ветвей легочной артерии после резекции мочевого пузыря и надвлагалищной ампутации матки - 1; нагноение люмботомической раны после пиелолитотомии и надвлагалищной ампутации матки - 2; пневмония после радикальной нефрэктомии и надвлагалищной ампутации матки - 2. Спустя 2-4 месяца после операции по поводу заболевания органов женской половой сферы в урологическую клинику поступило 46 женщин по поводу заболевания органов мочевой системы, требовавшего хирургической коррекции. В ходе предоперационного обследования в гинекологической клинике у 28-ми из них было выявлено сопутствующее урологическое заболевание, но вопрос о симультанном плановом хирургическом лечении не обсуждался по принципиальным соображениям, и у 18 женщин патологический процесс в мочевой системе перед гинекологической операцией не был диагностирован. Только после появления клини-

Таблица 2. Особенности этапно проведенных оперативных вмешательств, выполненных 46-ти женщинам с сочетанными заболеваниями половой и мочевой систем

Гинекологическое заболевание	Характер проведенной операции на 1-м этапе	Сопутствующее урологическое заболевание	Характер проведенной операции на 2-м этапе	Кол-во больных	Продолжительность пребывания в стационаре за 2 этапа лечения
Миома матки	Надвлагалищная ампутация матки	Рак почки	Радикальная нефрэктомия	1	35 дней
Киста яичника	Овариэктомия	Рак почки	Радикальная нефрэктомия	1	22
Миома матки	Надвлагалищная ампутация матки	Нефроптоз	Нефропексия	2	22±2
Миома матки	Надвлагалищная ампутация матки	Камень мочеочника	Уретеролитотомия	4	24,7±2,3
Киста яичника	Овариэктомия	Камень лоханки (7) или мочеочника (6)	Пиелолитотомия (7) и уретеролитотомия (6)	13	24,9±3,4
Миома матки	Надвлагалищная ампутация матки	Недержание мочи при напряжении	Кольповезикопексия	12	22,5±2,4
Опущение или выпадение стенок влагалища и матки	Влагалищная операция (экстирпация матки или 3-х моментная пластика)	Недержание мочи при напряжении	Кольповезикопексия	13	21,4±3,5
Всего.				46	

радикальной нефрэктомии и надвлагалищной ампутации матки - 2. Спустя 2-4 месяца после операции по поводу заболевания органов женской половой сферы в урологическую клинику поступило 46 женщин по поводу заболевания органов мочевой системы, требовавшего хирургической коррекции. В ходе предоперационного обследования в гинекологической клинике у 28-ми из них было выявлено сопутствующее урологическое заболевание, но вопрос о симультанном плановом хирургическом лечении не обсуждался по принципиальным соображениям, и у 18 женщин патологический процесс в мочевой системе перед гинекологической операцией не был диагностирован. Только после появления клини-

ческих признаков поражения органов мочевой системы в послеоперационном периоде (боли в поясничной области - 7; острый пиелонефрит - 3; гематурия - 3; дизурические расстройства - 5) был установлен урологический диагноз. Во всех случаях консервативными мероприятиями послеоперационные осложнения были купированы и больным рекомендовано хирургическое вмешательство в урологической клинике через 1-2 месяца после выписки из гинекологического отделения. Характер и очередность этапного хирургического лечения, проведенного 46-ти женщинам с сочетанными заболеваниями половой и мочевой систем, приведены в таблице 2. Урологические операции у этих 46-ти пациенток прошли без осложнений, но в раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 8 больных (17,4±5,6%). Нагноение лямбодомической раны - 3; острый тромбоз подкожных вен ног - 2; паралитическая кишечная непроходимость - 1; тазовая гематома после кольповезикоэксии по поводу недержания мочи при напряжении - 1; острый пиелонефрит после уретеролитотомии - 1. Средняя продолжительность пребывания этих женщин в урологическом стационаре после операции превышала на 3-4 дня средние сроки нахождения в стационаре по поводу только одного урологического заболевания. Анализ историй болезни этих 46-ти пациенток в период их нахождения в гинекологическом стационаре показал, что противопоказаний для проведения хирургического лечения сочетанных заболеваний органов половой и мочевой систем методом СО у них не было. Отказ от лечения методом СО практически в 2 раза повысил стоимость лечения и длительность временной потери трудоспособности, а цену повторного стресса, которым явилась вторая операция на мочевых путях, вообще невозможно определить материальными категориями. Частота осложнений после операций второго этапа лечения (17,4±5,6%) была достоверно выше, чем в группе СО (5,4±2,3%) $P < 0,05$.

Выводы

1. Лечение сочетанных хирургических заболеваний органов мочевой и половой систем у женщин методом симультанных операций по сравнению с этапным лечением в 2 раза сокращает общее пребывание пациенток в стационаре и сроки временной нетрудоспособности.

2. Симультанно выполненные операции на органах мочевой и женской половой систем сразу избавляют пациенток от обоих заболеваний и не повышают количество осложнений в послеоперационном периоде.

Заключение

Хирургическое лечение женщин с сочетанными хирургическими заболеваниями органов мочевой и половой систем методом СО целесообразно и безопасно. СО сразу избавляют пациентку от обоих заболеваний, исключают необходимость повторной операции с применением наркоза, сокращают сроки лечения, что дает значительный экономический эффект. СО ускоряют выздоровление и исключают развитие осложнений со стороны мочевой системы, что наблюдается при выполнении этапных операций, когда на первом этапе проводится операция на органах женской половой системы.

Литература

1. Андреев Ю.В., Богданец А.А., Бобков В.Л. Симультанные операции как метод интенсификации лечения плановых и экстренных хирургических больных // Актуальные вопросы неотложной хирургии: Науч. - практ. конф. хирургов Карелии. 28-30 мая 1997 г. - С.-Пб., 1997. - С. 30-31.
2. Андреев Ю.В., Богданец А.А., Бобков В.Л. Симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста // Вестн. 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 // Здравоохран. Белоруссии. - 1993. - № 4. - С. 55-57.
4. Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Бучнев В.И. Выполнение симультанных операций у больных с осложненной пилородуоденальной язвой // Укр. мед. журн. - 2000. - № 3 (17). - V/VI. - С. 121-124.
5. Успенский Л.В., Кургузов О.П., Кузин Н.М. Сочетанные операции при желчнокаменной болезни // Хирургия. - 1990. - № 10. - С. 60-64.
6. Ameli F.M., Weiss M., Provan J.L. Safety of cholecystectomy with abdominal aortic surgery // Canad. J. Surg. - 1987. - V. 30. - P. 170-174.
7. Dhaliwal R.S., Kalkat M.S. One-stage surgical procedure for bilateral lung and liver hydatid cysts // Ann. Thorac. Surg. - 1997. - Vol. 64 (2). - P. 338-341.
8. Kohyama M., Ishihara H., Nakao T. Simultaneous operation of emergency coronary artery bypass grafting and gastrotomy with suturing ulcer // Kyobu Geka. - 1997. - Vol. 50 (10). - P. 862-865.
9. 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.

Resume

Grodno State Medical University

The aim of the article is to define the criteria for combined operative urogynecology. The experience of combined pathologies surgical treatment of urogenital system in females is submitted in the paper. The comparative analysis of treatment results of the patients undergone "step-by-step" and combined therapy has revealed that the combined method 2-fold shortens both the total period of hospitalization and the period of temporary disability not raising the percentage of postoperative complications.