Экстренные сочетанные операции в хирургии органов брюшной полости и малого таза

Д.м.н., проф. В.З. МАХОВСКИЙ, д.м.н., проф. В.А. АКСЕНЕНКО, д.м.н. И.М. ЛАЙПАНОВ, Ж.М. ЯХЬЯ

The emergency simultaneous abdominal and pelvic surgery

V.Z. MAKHOVSKY, V.A. AKSENENKO, I.M. LAYPANOV, ZH.M. YAKHYA

Кафедра клинических дисциплин (зав. проф. — В.З. Маховский) Ставропольского института непрерывного медицинского и фармацевтического образования (дир. — акад. РАМТН Э.М. Аванесьянц); кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. В.А. Аксененко) Ставропольской государственной медицинской академии

В статье приведены данные обследования и хирургического лечения 965 больных с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями, нуждающихся в экстренной помощи. Для определения возможности выполнения экстренной сочетанной операции учитывали клинические данные, применяли рентгенологические, инструментальные методы исследования: эндоскопию по показаниям, УЗИ, лапароскопию, КТ, МРТ и др.; выполняли интраоперационную ревизию органов брюшной полости и малого таза, в необходимых ситуациях проводили срочное гистологическое исследование. Операции выполняли больным в возрасте от 15 до 80 лет, чаще от 21 года до 50 лет (62,8%). Доступ выбирали индивидуально. Оптимальными доступами у 965 больных были срединная и косопоперечная лапаротомия (97,2%). Среди больных было 410 (42,5%) женщин детородного возраста. Объем и степень операционного риска учитывали в баллах (предложены 4 степени риска, которые основывались на 4 факторах). Последовательность выполнения сочетанных операций была различной и зависела от операционных находок (кровотечение, злокачественная опухоль и др.), в каждом наблюдении этот вопрос решали индивидуально. Наиболее частыми хирургическими заболеваниями были острый аппендицит, ущемленная вентральная грыжа, непроходимость при опухоли толстой кишки, острый калькулезный холецистит. Затраты времени на проведение сочетанных операций зависели от объема хирургического вмешательства: при остром калькулезном холецистите они составили 126,5±10,5 мин при опухоли желудка — 237,75±11,1 мин, при острой кишечной непроходимости — 225,8±9,9 мин, послеоперационные осложнения были у 21 (2,4%) больной. Высокая медицинская и экономическая эффективность позволяет рекомендовать эти операции к более широкому применению в крупных хирургических клиниках при высокой квалификации врачей хирургической бригады.

Ключевые слова: хирургические заболевания, гинекологические заболевания, одномоментные сочетанные операции.

The authors summarized the experience of the emergency surgical treatment of 965 patients with combined gynecological and general surgical diseases. Patients were aged 15-80 years. 410 (42.5%) of women were fertile. The laparotomic access was chosen individually, though the majority (965-97.2%) had the middle or oblique-transverse laparotomy. The volume and risk level of the operation were assessed using the score method. The most frequent diseases were: the acute appendicitis, the incarcerated ventral hernia, the intestinal tumor obstruction and the acute calculous cholecystitis. The high medical and economical efficacy of the simultaneous operations allow to recommend them , considering the proper high level of surgical help.

Key words: gynecological surgery, general abdominal surgery, simultaneous combined operateions.

Введение

Под термином «сочетанные — симультанные операции» большинство исследователей подразумевают операции, которые выполняются одновременно на двух и более органах по поводу различных заболеваний, возможно, вызванных одной причиной. При этом они отделяют эти операции от других видов хирургических вмешательств: комбинированных, обширных, расширенных, синхронных, которые, по данным отечественной и иностранной литературы, чаще выполняются при онкологических заболеваниях [1, 5, 7—29].

Крупный вклад в изучение проблемы сочетанных хирургических операций, выработку лечебной тактики внесен акад. РАН и РАМН Б.В. Петровским и его учениками: Н.Н. Малиновским, В.И. Шумаковым, Ю.В. Беловым, профессорами Н.Н. Каншиным, А.Ф. Черноусовым, Э.Н. Ванцяном, В.Н. Эфендиевым, О.Б. Милоновым, Л.В. Успенским [5, 12, 14, 27, 28, 30—32]. Эти операции немногочисленны и в основном выполняются в ряде крупных отечественных хирургических клиник, они более продолжительные, могут быть несколько сложнее.

Если принципы лечебной тактики у больных с несколькими хирургическими заболеваниями органов, расположенных в разных анатомических областях (грудная, брюшная полость, забрюшинное пространство), в настоящее время сформулированы отечественными исследователями и постоянно совершенствуются [1, 3, 5, 7—27], то вопросы лечебной тактики при экстренных сочетанных операциях на органах брюшной полости и на органах малого

© Коллектив авторов, 2012

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2012

Khirurgiia (Mosk) 2012; 9: 48

355031 Ставрополь, ул. Кирова, 25

Таблица 1. **Острые хирургические заболевания, послужившие причиной госпитализации**

Заболевание	Число больных	
	абс.	%
Острый аппендицит	676	70,1
Вентральная грыжа (ущемление)	94	9,7
Опухоль толстой кишки (острая обтурационная непроходимость)	79	8,2
Острый калькулезный холецистит	64	6,6
Острая спаечная кишечная непроходимость	29	3,0
Дивертикулез толстой кишки (перфорация, кровотечение)	13	1,4
Рак желудка (перфорация, кровотечение)	10	1,0
Итого	965	100

Примечание. Флегмонозный аппендицит (1) + брюшная доношенная беременность.

Таблица 2. **Сочетанные гинекологические заболевания**

Заболевание	Число больных	
	абс.	%
Апоплексия яичника	274	28,4
Гнойный сальпингит (неспецифический)	165	17,1
Неизмененная киста яичника	122	12,6
Внематочная беременность	96	9,9
Фиброма матки	102	10,6
Нагноившаяся киста яичника	68	7,0
Разрыв кисты яичника	54	5,6
Перекрут кисты яичника	42	4,4
Опухоль яичника	42	4,4
Итого	965	100

таза остаются нерешенными. Особую актуальность она представляет у женщин детородного возраста, которые, по данным литературы, составляют 41,3% больных [2, 9, 23, 26].

В настоящее время публикации по этому вопросу единичны, хотя представляют, несомненно, большой интерес для практических хирургов всех специальностей, работающих в экстренной (неотложной) хирургии. Однако отсутствуют современные исследования по этому вопросу. Фундаментальные обобщающие клинические работы относятся к 60-м годам прошедшего столетия, однако в тот период современные методы исследования (УЗИ, лапароскопия, КТ, МРТ и др.) отсутствовали.

Операции при остром аппендиците и калькулезном холецистите в сочетании с заболеваниями малого таза часто являются этапом, причем половина больных поступают позже суток от начала заболевания [2, 6, 10, 16, 18—23, 25]. Тенденция к увеличению числа таких больных (21,7—54,4%) прослеживается во всем мире.

Ввиду отсутствия исследований в данной области неотложной хирургии и гинекологии, общепринятой тактики проведения сочетанных операций при заболеваниях острым аппендицитом, аднекситом, сальпингитом, сальпингоофоритом, при правосторонней трубной беременности в настоящее время не существует, хирурги и гинекологи сталкиваются с затруднением при оценке возможности и последовательности их проведения. Это приводит к тому, что выполняется лишь один из этапов сочетанной операции — хирургический или гинекологический. Неустраненное сочетанное заболевание может впоследствии приобретать осложненное течение (нагноение, перекрут и перфорация кисты, воспалительный или гнойно-септический процесс при пиосальпинксе, сальпингите, параметрите).

Цель работы — повышение эффективности оперативного вмешательства при сочетанных экстренных хирургических и гинекологических заболеваниях.

Материал и методы

В работе представлен опыт хирургического лечения больных, охватывающий 965 одномоментных экстренных сочетанных хирургических и гинекологических операций, которые выполнялись с 1990 по 2011 г. в двух клиниках Ставропольской государственной медицинской академии — факультетской хирургической и акушерско-гинекологической.

При выполнении сочетанных операций в состав хирургической бригады входил гинеколог, с которым решался вопрос об объеме сочетанного этапа операции. Возраст оперированных больных колебался от 15 до 80 лет. Наиболее часто (62,8%) сочетанные заболевания встречались у больных в возрасте от 21 года до 50 лет, они были диагностированы у 410 (42,5%) женщин репродуктивного периода.

В неотложной хирургии за основу берется диагноз при поступлении. При наличии сочетанных болезней и на основании собственного клинического опыта мы считаем целесообразным выделить основное хирургическое и сочетанное гинекологическое заболевание.

Характер основного острого хирургического заболевания, послужившего причиной госпитализации, и сочетанного гинекологического заболевания представлен в **табл. 1 и 2**.

Таблица 3. **Оценка операционного риска (в баллах)**

Фактор операционного риска	Группа операционного риска	Баллы
Объем и травматичность сочетанной операции	Малая по объему сочетанная операция	0
	Средняя по объему сочетанная операция	1
	Значительная по объему сочетанная операция	2
Характер сочетанного хирургического заболевания	Сочетание неосложненных хронических хирургических заболеваний и доброкачественных новообразований органов малого таза	0
	Сочетание неосложненных острых хирургических заболеваний и злокачественных новообразований	1
	Осложненное сочетанное хирургическое заболевание	2
Сопутствующее заболевание	Заболевание с преимущественно функциональными нарушениями	0
	Заболевание с органическими изменениями	1
	Сочетанное сопутствующее заболевание различных внутренних органов, систем со стойкой декомпенсацией их функции	2
Возраст, годы	25—50	0
	51—65	1
	Старше 65	2

Примечание. Степень операционного риска определяется в зависимости от суммы набранных баллов: 0—4 — незначительная, 5—7 — умеренная, 8—9 — высокая, 10—12 — значительная.

Для определения возможности выполнения экстренной сочетанной операции в целях дооперационной и интраоперационной диагностики учитывали клинические данные, применяли современные методы исследования (КТ, МРТ), а также традиционные методы исследования в хирургии и гинекологии (УЗИ, лапароскопия и др.).

Изучение гинекологического статуса проводили по принятым в гинекологии методикам.

Срочные и плановые гистологические исследования операционного материала проводили на базе патологоанатомического отделения городской клинической больницы №4 Ставрополя.

Учитывая наличие хирургического и сочетанного гинекологического заболевания, мы провели детализацию основного и сочетанного (гинекологического) этапов хирургического вмешательства. Возможность выполнения экстренной сочетанной операции подтверждена нами в 7 группах больных.

1-я группа — 676 (70,1%) больных. У всех основным заболеванием был острый аппендицит. Продолжительность сочетанной операции составила 72,7±2,9 мин. 2-я группа — 94 (9,7%) больных. Операции выполнены по поводу ущемленной грыжи. Продолжительность сочетанной операции составила 97,6±8,5 мин. 3-я группа — 79 (8,2%) больных. Основная операция выполнена по поводу опухоли толстой кишки (острой обтурационной кишечной непроходимости). Продолжительность сочетанной операции составила 225,8±9,9 мин. 4-я группа — 64 (6,6%) больных. Операции выполнены по поводу острого калькулезного холецистита. Продолжительность сочетанной операции составила 126,5±10,5 мин. 5-я группа — 29 (3,0%) больных. Операции выполнены по поводу острой спаечной кишечной непроходимости. Продолжительность сочетанной операции составила 120,0±38,6 мин. 6-я группа —13 (1,4%) больных. Операции выполнены по поводу дивертикулеза толстой кишки (перфорация, кровотечение). Продолжительность сочетанной операции составила 105,5±4,5 мин. 7-я группа — 10 (1,0%) больных. Паллиативные операции выполнены по поводу рака желудка (перфорация, кровотечение). Продолжительность сочетанной операции составила 236,75±11,1 мин.

Полученные результаты обработаны с помощью пакета компьютерных программ BIOSTAT с использованием *t*-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

За период с 1990 по 2011 г. проанализирована частота сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний, при которых необходимо экстренное вмешательство. Отмечено ее увеличение с 2,6 до 6,7%. Пик заболеваемости пришелся на 2006 г.

Определение степени операционного риска сочетанных хирургических вмешательств основывалось на оценке 4 факторов: 1) объема и травматичности сочетанной операции; 2) особенностей 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 разделен на 4 группы, которым соответствует определенное значение в баллах (от 0 до 2) в зависимости от опасности предполагаемой операции **(табл. 3)**.

Таблица 4. **Сочетанные операции при остром аппендиците острой обтурационной (опухолевой) толстокишечной и спаечной кишечной непроходимости**

Сочетанный этап операции	Основной этап операции					
	аппендэктомия		резекция толстой кишки		устранение спаек	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Цистэктомия:						
при нагноении кисты	51	5,3	6	0,6		
при перекруте кисты	31	3,2	4	0,4	3	0,3
при разрыве кисты	39	4,0	3	0,3	1	0,1
при неизменной кисте	74	7,7	11	1,1	5	0,5
Резекция яичника при апоплексии	253	26,2	5	0,5	4	0,4
Сальпингэктомия	117	12,1	7	0,7	8	0,8
Тубэктомия	82	8,5	4	0,4	1	0,1
Миомэктомия	19	2,0	24	2,5	4	0,4
Ампутация матки	2	0,2	2	0,2	1	0,1
Овариэктомия	8	0,8	13	1,3	2	0,2
Итого	676	70,0	79	8,2	29	3,0

Таблица 5. **Заболевания внутренних органов и объем сочетанных операций при ущемленной вентральной грыже, желчнокаменной болезни, дивертикулезе кишечника**

Сочетанный этап операции	Основной этап операции					
	герниолапаротомия, пластика брюшной стенки		холецистэктомия, вскрытие и ревизия желчных протоков		резекция толстой кишки при дивертикулезе	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Цистэктомия:						
при нагноении кисты	7	0,8	2	0,2	2	0,2
при перекруте кисты	3	0,3	1	0,1		
при разрыве кисты	1	0,1	10	1,0		
при неизменной кисте	18	1,9	12	1,2	2	0,2
Резекция яичника при апоплексии	4	0,2	9	0,9	1	0,1
Сальпингэктомия	21	2,2	13	1,3		
Тубэктомия	6	0,6	2	0,2	1	0,1
Миомэктомия	20	2,2	12	1,2	4	0,4
Ампутация матки	8	0,9	3	0,3	1	0,1
Овариэктомия	6	0,6			2	0,2
Итого	94	9,6	64	6,6	13	1,3

Согласно нашей классификации, все больные основным и сочетанным заболеваниями распределились следующим образом: незначительная степень операционного риска — 767 (79,5%), умеренная степень операционного риска — 97 (10,1%), высокая степень операционного риска — 91 (9,4%), значительная степень операционного риска — 10 (1,0%).

Важным этапом оперативного вмешательства у больных сочетанными заболеваниями, нуждающихся в экстренной помощи, является операционный доступ, с которым связаны объем и последовательность этапов операции. Доступ определяли индивидуально у конкретной больной. При определенном сочетании болезней оптимальными доступами были срединные и косопоперечные — 925 (97,2%) оперированных. Они дают возможность полной ревизии органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, а также при расширении объема операции могут быть увеличены. Эти доступы сокращают длительность операции, при них реже возникают послеоперационные грыжи и нагноения ран, быстрее восстанавливается участие передней брюшной стенки в дыхательной функции.

Из верхнесрединного доступа выполнено 136 (14,1%) операций, из среднесрединного — 119 (12,3%), из нижнесрединного — 52 (5,4%) операции. Косой доступ в правой подвздошной области (Волковича—Дьяконова) использовали в 510 (53%) наблюдениях, доступ в модификации Риделя—Вейра — в 119 (12,3%), доступ по Пфанненштилю — в 9 (0,9%), параректальный доступ — в 9 (0,1%), трансректальный — в 7 (0,7%), доступ в правом подреберье по Федорову — в 4 (0,4%) наблюдениях.

Характер 965 сочетанных хирургических и гинекологических операций представлен в **табл. 4 и 5**.

Наиболее частым хирургическим заболеванием был острый аппендицит (676 больных), далее по частоте основного заболевания следовала ущемленная грыжа (94), опухоль толстой кишки (79), острый

***Таблица 6*. Длительность сочетанных операций в зависимости от хирургического заболевания и частота послеоперационных осложнений**

Клиническая группа	Хирургическое заболевание	Длительность сочетанной операции, мин	Послеоперационное осложнение	Число больных с осложнениями
1-я	Острый аппендицит	70,7±2,9	Нагноение раны, пневмония, плеврит, абсцесс дугласова пространства, абсцесс илеоцекальной области, отграниченный перитонит	11
2-я	Вентральная грыжа (ущемленная)	97,6±8,5	Нагноение раны, пневмония, плеврит	3
3-я	Рак толстой кишки (ОКН)	225,8±9,9***$^{++}$	Несостоятельность анастомоза	1
4-я	Острый холецистит	126,5±10,5**	Нагноение раны	2
5-я	Спайки брюшины (ОКН)	120,0±38,6*	Нагноение раны	2
6-я	Дивертикулез кишечника	105,5±4,5	Нагноение раны	1
7-я	Рак желудка	236,75±11,1***$^{\#\#\#}$	Поддиафрагмальный абсцесс	1

Примечание. ОКН — острая кишечная непроходимость. * — достоверность различий при сравнении с 1-й и 2-й группами; $^{+}$ — при сравнении с 4-й группой; $^{\#}$ — при сравнении с 4, 5, 6-й группами. Один, два и три значка — соответственно для $p<0,05$, 0,01 или 0,001.

калькулезный холецистит (64), спаечная кишечная непроходимость (29), дивертикулез толстой кишки (13), рак желудка (10).

Из 965 больных с сочетанными гинекологическими заболеваниями у 274 была апоплексия яичника, у 286 — киста яичника, у 233 — воспалительные заболевания придатков матки, у 102 — миома матки.

Паллиативная резекция желудка при раке в сочетании с опухолью яичника и фибромой матки выполнена 10 (1,1%) больным.

Часто острое хирургическое заболевание сочеталось с плановым гинекологическим (в 24,2% наблюдений имелась неизмененная киста яичника, фиброма матки). С учетом тяжести состояния больной и по согласованию с гинекологом определяли объем операции, и при отсутствии противопоказаний одномоментно устраняли оба заболевания. Продолжительность операции связана с ее объемом и характером заболевания; чем она обширнее и травматичнее, тем больше опасность возникновения послеоперационных осложнений (**табл. 6**). Данные показатели в большей степени зависят от опыта и мастерства хирурга. В связи с этим Н.Н. Малиновский и соавт. [14], Ю.Ю. Аврамов [1], Ю.В. Андреев [3] указывают на то, что сочетанная операция должна выполняться высококвалифицированным хирургом, под современным эндотрахеальным наркозом и по возможности из одного операционного доступа, что позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений.

Общая продолжительность операций у 965 больных была различной. Сравнительная характеристика наших данных проведена с единственной посвященной этому вопросу работой Ю.Ю. Аврамова [1]. По данным автора, до 3 ч на проведение сочетанных операций затрачено у 83,7% больных, по нашим данным — у 87,6%. Операции свыше 3 ч нами проводились лишь в 12,4% наблюдений. Обращает на себя внимание тот факт, что оперированных больных с более тяжелыми хирургическими и гинекологическими заболеваниями было больше — 21,8% (210 человека), однако длительность оперативного вмешательства при этом не увеличивалась, наоборот, с накоплением опыта выполнения сочетанных операций имела тенденцию к некоторому уменьшению.

При выполнении сочетанных операций основным методом обезболивания был эндотрахеальный наркоз у 20,9% больных, под местной анестезией в сочетании с внутривенным наркозом и с переходом на эндотрахеальный наркоз в связи с расширением объема операции произведены 59,1% больным. При сочетанных заболеваниях органов малого таза комбинированная спинально-эпидуральная анестезия использована в 20% наблюдений.

Наиболее ощутима экономия финансовых средств при лечении острого аппендицита, желчнокаменной болезни, грыжи. Это имеет особо важное значение, если учесть, что 676 (70,1%) хирургическим больным производятся операции по поводу острого аппендицита в сочетании с заболеваниями женской половой сферы.

Результаты гистологического исследования операционного материала показали, что у 65,7% больных острый аппендицит сочетался с гнойными заболеваниями придатков матки. Червеобразный отросток является отдельно взятой анатомической единицей, имеет автономный источник кровоснабжения, играет немаловажную роль в системе иммунного ответа организма [24] и расположен в правой подвздошной области по соседству с органами женской половой сферы. В связи с этим определение прямого лимфатического сообщения между отростком и правыми придатками является обязательным при операционной ревизии брюшной полости и малого таза [1, 2, 6, 10, 14, 16, 19, 20, 23, 25, 26], так как вторичные изменения в отростке или, наоборот,

воспалительные изменения в нем могут распространяться на органы женской половой сферы не только лимфогенным, но и гематогенным путем, его неудаление в ряде показанных клинических ситуаций может быть чревато различными осложнениями в послеоперационном периоде [26]. Катаральную форму воспаления мы рассматриваем как одно из проявлений участия червеобразного отростка в воспалительном процессе в гениталиях (или как реакцию на это воспаление). Решение о судьбе внутренних половых органов при их вовлечении в патологический процесс является исключительным приоритетом врачей акушеров-гинекологов [19, 23, 24, 26]. Топографоанатомические исследования Б.В. Огнева (1936) в статье «Пути оттока лимфы от яичника и червеобразного отростка у человека», патологоанатомические исследования И.П. Жендринского (1946) и клинические исследования И.Ф. Линченко (1962) «Пиосальпинкс в хирургической клинике» подтверждают возможность передачи инфекции при гнойных заболеваниях женской половой сферы.

Послеоперационные осложнения, не явившиеся причиной летального исхода, были у 2,4% больных после 965 сочетанных операций.

Противопоказания к неотложным сочетанным операциям ставятся с учетом сопутствующих заболеваний: гипертонической болезни, перенесенного инфаркта миокарда, сахарного диабета, хронических легочных заболеваниях, тяжелого поражения печени, почек, мозга.

Следовательно, сочетанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и женской половой сферы в неотложной хирургии не ухудшают течения послеоперационного периода и при соблюдении всех канонов хирургии и гинекологии не увеличивают количества внутри- и внебрюшных осложнений.

Таким образом, сочетанные оперативные вмешательства в неотложной хирургической практике при наличии сопутствующих гинекологических заболеваний выполняются чаще (62,8%) больным в возрасте от 21 года до 50 лет. Частота сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний у больных, нуждающихся в экстренной операции, составляет 4,4—28,4%.

Наиболее рациональным доступом является срединная лапаротомия, которая позволяет выполнять ревизию брюшной полости и малого таза, хирургический доступ зависит от гинекологического заболевания.

Сочетанное хирургическое и гинекологическое заболевание при необходимости неотложной операции целесообразно устранять одномоментно.

Объем оперативного вмешательства следует планировать с учетом данных операционной ревизии, при этом необходимо принимать во внимание функциональный статус больной и степень тяжести ее общего состояния. Данные вмешательства оправданы при незначительной и умеренной степенях операционного риска. Выполнять сочетанные оперативные вмешательства при высокой и значительной степенях риска следует лишь по жизненным показаниям.

Степень операционного риска определяется хирургом совместно с гинекологом во время операции у конкретной больной с учетом сочетанного гинекологического заболевания, выявленного при ревизии брюшной полости.

Последовательность выполнения сочетанных операций может быть различной и зависит от операционных находок, в каждом наблюдении этот вопрос решается индивидуально. Сочетанные операции при правильно поставленных показаниях не сопровождаются большим числом осложнений, 97,6% больных выздоравливают.

Многоэтапное и отсроченное лечение сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний опасно упущением сроков хирургической коррекции сопутствующих заболеваний (иногда отказом больных от последующих оперативных вмешательств), формированием вторичных воспалительных процессов в виде инфильтратов в брюшной полости и малом тазу и может служить предрасполагающим фактором развития спаечного процесса. Это в свою очередь создает значительные технические трудности при выполнении второго этапа операции и влечет за собой риск ятрогенного повреждения вовлеченных в этот процесс структур органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства.

Результаты неотложных (экстренных) сочетанных хирургических и гинекологических операций не отличаются от таковых после операций, выполненных по поводу основного хирургического или гинекологического заболевания. Их продолжительность зависит от объема хирургического вмешательства и увеличивается незначительно, а показатель послеоперационных осложнений (2,4%) не имеет тенденции к увеличению. 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.
2. *Александров Л.С., Ищенко А.И., Ведерникова Н.В.* Сочетанные операции в гинекологии (обзор). Акуш и гин 2003; 4: 11—14.
3. *Андреев Ю.В.* Симультанные вмешательства в абдоминальной хирургии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Петрозаводск 2001.
4. *Башилов В.П. и др.* Гигантская фиброма матки. Хирургия 2007; 1: 63—64.

5. *Белов Ю.В.* Абдоминальные катастрофы в хирургии аорты и сердца. Хирургия 2010; 11: 4—10.
6. *Буценко В.К., Бурцева А.К., Антонюк С.М.* Острый аппендицит и заболевания гениталий. Клин хир 1984; 4: 42—44.
7. *Брехов Е.И. и др.* Опыт проведения симультанных лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций. Хирургия 2010; 12: 23—26.
8. *Буянов В.М., Маховский В.З.* Сочетанные хирургические операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве. Хирургия 1990; 7: 81—86.
9. *Гайдарова А.Х.* Сочетанные операции в гинекологии: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2003.
10. *Дехтярь Е.Г.* Острый аппендицит у женщин. М 1965; 193.
11. *Иванов В.А., Шалаев О.А., Подчасов Д.А.* Одномоментная коррекция пороков сердца и экстирпация матки с придатками. Хирургия 2009; 4: 51—52.
12. *Каншин Н.Н.* Диагностика и хирургическое лечение осложненных и сочетанных форм скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1967.
13. *Луцевич Э.В., Сахаутдинов В.Г., Галимов О.Г.* Сочетанные операции. Хирургия 1997; 1: 18—20.
14. *Малиновский Н.Н. и др.* Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике. Хирургия 1983; 12: 63—68.
15. *Малиновский Н.Н., Константинов Б.А.* Повторные операции на сердце. М 1980; 52—64.
16. *Маховский В.З.* Диагностика и тактика ведения больных в клинике факультетской хирургии. Под ред. члена-корр. РАМН Николаева А.В. и проф. Аристархова В.Г. Ставрополь 2008; 176.
17. *Маховский В.З.* Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники. Хирургия 1992; 4: 47—52.
18. *Маховский В.З.* Сочетание многокамерной вентральной грыжи с калькулезным холециститом и фибромой матки. Хирургия 1997; 7: 29—32.
19. *Маховский В.З., Аксененко В.А.* Сочетание аппендицита с гинекологическими заболеваниями. Хирургия 1997; 6: 29—32.
20. *Маховский В.З.* Лекции по неотложной хирургии. Под ред. проф. Хубутия Б.И. и проф. Епишина Н.М. Ставрополь 1990; 196.
21. *Маховский В.З.* Избранные лекции по хирургии. Коллектив авторов. Под ред. проф. Кириллова Ю. Б. Рязань 2000; 150.
22. *Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Маховский В.В.* Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты лечения. Хирургия 2006; 5: 18—22.
23. *Маховский В.З.* Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. Изд. 2-е. Ставрополь 2006; 240.
24. *Маховский В.В.* Современные возможности и концепция обоснования органосохраняющих операций на селезенке. Медицинский вестник Северного Кавказа 2006; 1: 54—57.
25. *Маховский В.З., Ворушилин В.А., Королев В.В. и др.* Болезнь Крона, осложненная некрозом купола слепой кишки и флегмонозным аппендицитом. Хирургия 2010; 11: 4—10.
26. *Маховский В.З., Аксененко В.А., Лайпанов И.М. и др.* Сочетанная операция при брюшной доношенной беременности. Хирургия 2011; 8: 89—91.
27. *Милонов О.Б.* Хирургическое лечение желчнокаменной болезни при некорригированных пороках сердца. Хирургия 1987; 2: 6—11.
28. *Успенский Л.В.* Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия 1990; 2: 60—66.
29. *Федоров В.Д.* Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику. Анналы хир 2001; 4: 33—38.
30. *Черноусов А.Ф. и др.* Сочетание скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы с гастродуоденальными язвами. Хирургия 1981; 6: 59—63.
31. *Шумаков В.И., Шумаков Д.В., Евтихов Р.М.* Симультанные операции на открытом сердце и органах брюшной полости. М 2006.
32. *Эфендиев В.М.* Хирургические аспекты рефлюкс-эзофагита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 1985; 42.

Поступила 22.02.12