

А.Н. ШИХМЕТОВ, Л.А. ОСИН, А.А. ПАЗЫЧЕВ, А.М. ЗАДИКЯН  
МЧУ «Отраслевой клинико-диагностический центр ПАО «Газпром», Москва

# ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИМУЛЬТАННОЙ ПАТОЛОГИИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Авторы проанализировали результаты симультанных операций у 238 пациенток по поводу сочетанной хирургической и гинекологической патологии, выполненных в стационарозамещающих условиях ОКДЦ ПАО «Газпром». По нашим данным, выполнение симультанных лапароскопических операций не приводит к увеличению количества осложнений по сравнению с изолированными вмешательствами и не сопровождается большими техническими сложностями, а только обуславливает несколько большую их продолжительность (в среднем на  $20,6 \pm 1,5$  мин), что, на наш взгляд, не имеет решающего значения для анестезиологического пособия. Нами не получено достоверных различий по течению раннего послеоперационного периода и напряженности функциональных систем организма. Преимущества симультанных операций неоспоримы: одновременно излечиваются два или три сочетанных гинекологических и хирургических заболевания, устраняется необходимость повторных госпитализаций и повторных оперативных вмешательств, сокращается также время, потраченное пациенткой на предоперационное обследование, последующее лечение, вдвое или втрое снижается период нетрудоспособности пациентки, а также повышается экономическая эффективность лечения. Полученные нами данные свидетельствуют об эффективности симультанных операции при сочетанной гинекологической и хирургической патологии, что позволяет обоснованно рекомендовать использование стационарозамещающих технологий в амбулаторной хирургии.

*Ключевые слова:* симультанные операции, сочетанная гинекологическая и хирургическая патология, лапароскопия, стационарозамещающие технологии, стационар кратковременного пребывания.

A.N. SHIKHMETOV, L.A. OSIN, A.M. ZADIKYAN, A.A. PAZICHEV  
Industrial clininikal-diagnostik centre of PAO «Gazprom», Moscow

## STATIONARY REPLACEMENT TECHNOLOGIES IN THE SURGICAL TREATMENT OF SIMULTANEOUS PATHOLOGY IN GYNECOLOGICAL PATIENTS

The authors analyzed the results of simultaneous operations in 238 patients with regard to the combined surgical and gynecological pathology performed in the hospital-replacing environment of the BCDC of PAO «Gazprom». Previously, all patients were assigned to the sequence of stages, the location of trocars, taking into account the additional stages of the operation, the position of the monitor, the location of the operating team, the position of the patient on the operating table during each stage. Performing simultaneous laparoscopic operations does not lead to an increase in the number of intra- and postoperative complications in comparison with isolated interventions and is not accompanied by great technical difficulties, but causes a somewhat longer duration (on average,  $20.6 \pm 1.5$  min), which, in our opinion, is not critical for anesthesia. There were no significant differences in the course of the early postoperative period and the intensity of the functional systems of the body. Advantages of simultaneous operations are undeniable: two or three surgical diseases are cured simultaneously, progression or serious complication of the disease is prevented, operative treatment of which would be postponed for a later period, the risk of repeated surgery and anesthesia is eliminated, the time of total stay of the patient in the hospital and subsequent treatment is reduced, economic efficiency of treatment is increased.

The obtained data testify to the high efficiency of simultaneous operations in combined pathology and allows reasonably recommend their use in stationary substitution conditions.

*Keywords:* simultaneous operations combined gynecological and surgical pathology, laparoscopy, stationary substitution technologies.

В структуре экстрагенитальной хирургической патологии у гинекологических больных основное место занимают грыжи передней брюшной стенки, заболевания желчного пузыря, червеобразного отростка (25,3–35,1%) [2]. Ряд авторов отмечает, что гинекологическая патология органов малого таза в сочетании с ЖКБ встречается у 17,2–20% больных, но симультанным операциям

из них подвергаются всего лишь 1,5–6% [13, 5, 19]. Стационарозамещающие технологии на современном этапе развития хирургии дают возможность эффективно выполнять симультанные операции в стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений. Дневные стационары нашли свое применение в различных областях хирургии и при гинекологических заболеваниях [3, 9, 18].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Заключается в клинической оценке результатов симуль- тантных оперативных вмешательств в стационарах крат- ковременного пребывания.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 238 гинекологи- ческих больных с сочетанной хирургической патологи- ей, которым были выполнены симуль- тантные операции в период с 2005 по 2015 г. Возраст больных коле- бался от 26 до 44 лет ( $30,8 \pm 1,6$ ). Гинекологические операции выполнялись лапароскопическим доступом по поводу доброкачественных новообразований матки, придатков матки, эндометриоза. Хирургические вмеша- тельства проводились женщинам по поводу следующей патологии: желчекаменная болезнь, вентральные грыжи, спаечная болезнь брюшной полости, хронический аппен- дицит, варикозное расширение вен нижних конечностей, геморрой. Контрольная группа состояла из 373 женщин с изолированной гинекологической патологией и груп- пы из 280 женщин с изолированной хирургической патологией, подвергшихся одноэтапному оперативному лечению.

Отмечается повсеместное увеличение сочетанных гинекологических и хирургических заболеваний и, сле- довательно, потребность в их хирургическом лечении, что находит отражение в ряде публикаций [2]. Частота такой патологии, по данным ВОЗ, составляет 20–30%, при этом каждая десятая пациентка нуждается в опера- тивном лечении [16]. По мнению современных зарубеж- ных и отечественных организаторов здравоохранения и практикующих врачей-хирургов и гинекологов, вполне допустимо до 60% всех оперативных вмешательств осу- ществлять в амбулаторных условиях, а их перечень увели- чивается по мере освоения новых оперативных методик, причем активное развитие и внедрение эндоскопических методов диагностики и лечения гинекологических боль- ных позволяет широко применять их в условиях стацио- наров одного дня [11, 21].

Показано, что сочетание заболеваний органов жен- ской половой сферы и желчекаменной болезни (ЖКБ) составляет, по сводным данным, от 16 до 63% [13], одна- ко из этих больных симуль- тантным хирургическим вме- шательствам подвергается лишь 1,5–6%. Так, в ряде исследований показано, что в период с 2000 по 2013 г. в мире наметился устойчивый тренд повышения частоты сочетания гинекологической патологии с жел- чекаменной болезнью, а у больных с миомой матки, находящихся в гинекологических стационарах, был диагностирован хронический калькулезный холецистит в 12,7–20% [5, 19].

Одним из основных критериев качества оказания оперативной помощи в амбулаторных условиях является предсказуемое ведение послеоперационного периода с профилактикой всех возможных осложнений. С этой целью накануне операции все пациентки приглашаются нами на клинический разбор, где совместно с анестези- ологом уточняется необходимость и возможность мак- симального снижения количества принимаемых лекар- ственных препаратов до операции и отработывается схема послеоперационного приема лекарств для про- филактики хирургических осложнений и декомпенсации хронических терапевтических заболеваний (пациентка заранее должна знать, какие препараты и в каком режи- ме будет принимать в ближайшие дни и недели после операции). Пациенткам выдаются подробные памятки поведения накануне операции и в ближайшем после- операционном периоде, исполненные в духе высокого оптимизма. Отдельного внимания врачей всех специ- альностей всегда требует тема обсуждения профилак- тики тромбозомических осложнений с учетом возраста пациентки, наличия у нее ожирения и другой сопутству- ющей патологии, а также оцениваются риски оператив- ного лечения и анестезиологического пособия. Прием препаратов для гормональной контрацепции и замести- тельной гормональной терапии целесообразно временно прекратить не позднее чем за 3–4 недели до предпола- гаемой даты плановой операции, поскольку их прием повышает риск возникновения тенденции к тромбообра- зованию в ближайшем послеоперационном периоде. Если возможный срок пребывания в стационаре не огра- ничивается одними сутками или же на клиническом раз- боре спрогнозирован высокий риск послеоперационных осложнений, таким пациенткам рекомендуется оператив- ное лечение в условиях многопрофильного стационара города.

Из *таблицы 1*, видно, что в структуре операций на долю общехирургических вмешательств приходи- лось 35,6%, гинекологических – 32,2%, травматоло- го-ортопедических – 15,6%, урологических – 12,0% и симуль- тантных – 4,6%.

Определен перечень хирургических вмешательств при гинекологических заболеваниях, а также показания и противопоказания к их проведению в однодневном стационаре ОКДЦ ПАО «Газпром» (*табл. 2*).

Определен и предложен перечень сочетанных заболе- ваний, по поводу которых осуществлялись оперативные вмешательства, а также показания и противопоказания к их проведению в однодневном стационаре ОКДЦ ПАО «Газпром».

Как видно из *таблицы 3*, чаще всего у гинекологиче- ских больных обнаруживался хронический калькулезный

холецистит – в 28,6% случаев, грыжи передней брюшной стенки различной локализации – в 20,6%, хронический аппендицит – в 13,0%, фиброаденома молочной железы – в 11,7%; реже – геморрой – в 10,5%, варикозная болезнь нижних конечностей – в 8,0% и спаечная болезнь малого таза I–II ст. – в 7,6%.

У 68 женщин (средний возраст  $30,7 \pm 1,5$  лет) с помощью лапароскопического доступа выполнена холецистэктомия в сочетании с резекцией яичника (42,7%), с овариоэктомией (10,3%), с кистэктомией (10,3%), с надвлагалищной ампутацией матки – (8,8%), пангистерэктомией (7,3%), с консервативной миомэктомией и резекцией яичника (8,8%), с надвлагалищной ампутацией матки с цистэктомией (11,8%) (табл. 4). Средняя продолжительность обоих этапов операции составила  $105 \pm 5,5$  минут, средняя интраоперационная кровопотеря – 136,95 мл, причем во всех случаях кровопотеря была отмечена при выполнении основного этапа, тогда как при выполнении сочетанного этапа сколько-нибудь значительной кровопотери не отмечено. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия при неосложненных формах желчнокаменной болезни не имеет каких-либо специфических особенностей, сопровождается введением трех дополнительных портов и увеличивает общую продолжительность операции в среднем на  $30,0 \pm 1,5$  мин. независимо от вида гинекологического вмешательства.

В структуре экстрагенитальной хирургической патологии у больных с заболеваниями малого таза *грыжи передней брюшной стенки* встретились у 49 (23,3%), хотя другие авторы отмечали сочетание этой патологии в 15,8% [14], в 35,1% [2]. У 49 пациенток в качестве конкурирующего заболевания были грыжи передней

брюшной стенки: паховые у 30 больных и послеоперационные вентральные – у 19. Характер и частота выполнения гинекологического этапа эндовидеохирургических операций у больных с грыжами представлены в *таблице 5*.

У 30 пациенток (средний возраст  $30,1 \pm 1,9$  лет) с помощью лапароскопического доступа выполнена герниопластика с использованием швов и дополнительным укреплением имплантатом, располагающимся предбрюшинно, по поводу паховых грыж и у 19 пациенток (средний возраст  $30,8 \pm 1,4$  лет) – с помощью ненапряжных способов герниопластики: над апоневрозом – *open lay* (у 9 больных), ретромулярно – *sub lay* (у 2 больных) и в виде заплаты – *in lay* (у 6 больных) в сочетании с резекцией яичника (18,4%), с овариоэктомией (20,4%), с кистэктомией (16,3%), с надвлагалищной ампутацией матки – (10,2%), пангистерэктомией (4,1%), с консервативной миомэктомией и резекцией яичника (29,4%), с надвлагалищной ампутацией матки с цистэктомией (19,2%). Каких-либо осложнений не выявлено.

В нашем центре в 31 (14,8%) случае гинекологические заболевания сочетались с хроническим аппендицитом, по поводу которых были выполнены следующие операции с применением видеолапароскопической техники: консервативная миомэктомия + резекция яичника + аппендэктомия в 11 случаях; овариоэктомия + аппендэктомия – в 8; кистэктомия + аппендэктомия – в 13. Все операции выполнялись с применением видеолапароскопической техники, так как именно она, особенно при аппендэктомии, сопровождается меньшим количеством осложнений (особенно инфекционных) в сравнении с открытой операцией [17]. В наших случаях при операции по поводу доброкачественных гинекологических

**ТАБЛИЦА 1. Хирургические вмешательства, выполненные в однодневном стационаре ОКДЦ ПАО «Газпром» в период с 2005 по 2015 г.**

Годы наблюдений	Хирургические вмешательства					Итого
	Общехирургические	Травматолого-ортопедические	Гинекологические	Урологические	Симультанные	
2005	152	58	91	35	-	336
2006	165	61	131	36	-	393
2007	167	86	159	48	-	460
2008	199	83	171	55	-	508
2009	244	114	250	64	-	672
2010	223	82	215	67	-	587
2011	218	82	201	89	35	625
2012	248	79	234	119	49	729
2013	253	115	220	96	50	734
2014	284	138	263	102	81	868
2015	301	178	287	118	99	983
<b>Всего</b>	<b>2454</b>	<b>1076</b>	<b>2222</b>	<b>829</b>	<b>314</b>	<b>6895</b>

**ТАБЛИЦА 2. Характер и частота выполненных оперативных вмешательств по поводу гинекологических заболеваний**

Характер операций	Частота наблюдений	
	абс.	%
Операции при миоме матки с применением лапароскопической техники	231	10,4
Операции при доброкачественных заболеваниях яичников с применением лапароскопической техники	456	20,5
Операции при трубно-перитонеальном бесплодии с применением лапароскопической техники	80	3,6
Операции при заболеваниях маточных труб с применением лапароскопической техники	67	3,0
Операции при выпадении внутренних половых органов с применением лапароскопической техники	140	6,3
<b>Итого оперативная лапароскопия</b>	<b>974</b>	<b>43,8</b>
Операции при миоме матки с применением гистероскопической техники	58	2,6
Операции при гиперплазии эндометрия с применением гистероскопической техники	136	6,1
Операции при полипах эндометрия с применением гистероскопической техники	144	6,5
Иссечение внутриматочных синехий с применением гистероскопической техники	110	4,9
Операции по поводу внутриматочных перегородок с применением гистероскопической техники	120	5,5
<b>Итого оперативная гистероскопия</b>	<b>568</b>	<b>25,6</b>
Операции при заболеваниях шейки матки (эктопии, ретенционных кистах, лейкоплакии, эндометриозе, эктропионе, цервикальная интраэпителиальная неоплазия II-III степени)	680	30,6
<b>Итого</b>	<b>2222</b>	<b>100,0</b>

**ТАБЛИЦА 3. Показания к выполнению симультанных операций в гинекологии с применением эндовидеохирургической техники у пациенток с сочетанной хирургической патологией**

Нозологические формы	Частота наблюдений							Итого
	ЖКБ	Грыжи	Хронический аппендицит	Геморрой	Варикозная болезнь нижних конечностей	Спаечная болезнь малого таза I-II ст.	Фиброаденома молочной железы	
Миома матки	11	9	-	8	8	4	8	48
Миома матки в сочетании с заболеваниями придатков	14	13	11	9	7	4	7	65
Заболевания придатков матки	43	27	20	8	4	10	13	125
<b>Всего</b>	<b>68</b>	<b>49</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>28</b>	<b>238</b>

заболеваний и хронического аппендицита, осложнений интра- или послеоперационного периода не выявлено.

В наших наблюдениях геморроидальная болезнь в сочетании с гинекологическими заболеваниями встретилась у 25 (11,9) пациенток: у 8 – с миомой матки, у 9 – с миомой матки в сочетании с заболеваниями придатков, у 8 – заболеваниями придатков. Операции при гинекологических заболеваниях с использованием видеолaparоскопической техники выполнены: консервативная миомэктомия + резекция яичника – у 8 пациенток, надвлагалищная ампутация матки без придатков – у 9, овариоэктомия – у 4 и кистэктомия – у 4; При геморроидальной болезни симультанно выполнялась трансанальная

дезартеризация внутренних геморроидальных узлов под доплер-контролем в сочетании с лифтингом слизистой прямой кишки. Показаниями к выполнению операций было наличие у пациенток хронического внутреннего геморроя II–IV стадий, осложненного периодическими кровотечениями и частыми, до 1–2 раз в месяц, обострениями. Такая операция при геморроидальной болезни в сочетании с гинекологическими заболеваниями является патогенетически обоснованным адекватным оперативным вмешательством: вторичного геморроидального кровотечения не зарегистрировано; осложнения выявлены у 1 (4,0%) пациентки в виде тромбоза наружных узлов по типу перианальной гематомы; послеоперационный

**ТАБЛИЦА 4. Характер и частота выполненных симультанных операций по поводу гинекологических заболеваний и желчекаменной болезни с использованием видеолапароскопической техники**

Характер операций	Частота наблюдений	
	абс.	%
Резекция яичника	29	42,7
Овариоэктомия	7	10,3
Кистэктомия	7	10,3
Надвлагалищная ампутация матки без придатков	6	8,8
Пангистерэктомия	5	7,3
Консервативная миомэктомия + резекция яичника	6	8,8
Надвлагалищная ампутация матки с кистэктомией	8	11,8

болевого синдром составлял в среднем  $30,1 \pm 1,4$  мм (диапазон 20–50 мм) в 1-й день и  $15,7 \pm 0,2$  мм (5–30 мм) в течение 5 дней, что не требовало дополнительного использования наркотических анальгетиков; при обследовании через 6 мес. после операции геморроидальное кровотечение прекратилось у 96,0% пациентов, выпадения узлов не выявлено у 92,0% больных.

*Хронические заболевания вен* во всем мире называют болезнью цивилизации, подчеркивая тревожную эпидемиологическую ситуацию, что подтверждено большим количеством исследований [20], и поэтому неудивительно, что врачи всех специальностей постоянно сталкиваются с заболеваниями венозной системы. Так, например, более чем у половины терапевтических, гинекологических больных поражения вен присутствуют в качестве интеркуррентного заболевания, что отражается как на общем соматическом статусе пациента, так и на его качестве жизни [15]. Гинекологические заболевания влияют на структуру и тонус сосудистой стенки с постепенным ее ослаблением и разрушением, а увеличивающаяся матка при лейомиме (помимо гормональных изменений – эстрогены негативно влияют на сосудистую стенку) увеличивает венозное давление в венах таза и нижних конечностей, а также осуществляет механическое давление на подвздошные вены и значительно затрудняет кровоток из нижних конечностей. Варикозное расширение вен нижних конечностей в сочетании с гинекологической патологией встречается у 15–20% населения [2].

Показано, что при наличии у гинекологических больных варикозного расширения вен нижних конечностей оптимальным является выполнение

**ТАБЛИЦА 5. Характер и частота выполненных симультанных операций по поводу гинекологических заболеваний и грыж передней брюшной стенки с использованием видеолапароскопической техники**

Характер операций	Частота наблюдений	
	абс.	%
Резекция яичника	9	18,4
Овариоэктомия	10	20,4
Кистэктомия	8	16,3
Надвлагалищная ампутация матки без придатков	5	10,2
Пангистерэктомия	2	4,1
Консервативная миомэктомия + резекция яичника	10	29,4
Надвлагалищная ампутация матки с кистэктомией	5	10,2

симультанных оперативных вмешательств, при этом симультанные оперативные вмешательства у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей предпочтительнее начинать с операции на венах нижних конечностей [2]. По мнению других авторов [10], оптимальным условием хирургического лечения гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей является выполнение симультанной операции на венах нижних конечностей и органах малого таза двумя бригадами хирургов, при этом предпочтительнее начинать с операции на венах нижних конечностей, так как при создании пневмоперитонеума во время эндоскопических гинекологических операций у пациентов без венозной патологии имеются признаки уменьшения венозного возврата из нижних конечностей, что может способствовать тромбообразованию в венах (отмечено снижение средней скорости кровотока в общей бедренной вене на 7,3%). Автор также отмечает, что плановые сочетанные операции у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей являются важным методом интенсификации работы хирургического стационара.

У всех 19 (9,1%) больных с гинекологическими заболеваниями имелась варикозная болезнь одной или обеих нижних конечностей. Клинический класс определен как СЕАР III, IV. Были выявлены следующие гинекологические заболевания, сочетающиеся с варикозной болезнью нижних конечностей: миома матки – у 8, миома матки в сочетании с заболеваниями придатков – у 7, заболевания придатков матки – у 4. По поводу гинекологических заболеваний были выполнены операции

с использованием видеолапароскопической техники: консервативная миомэктомия + резекция яичника – у 7 больных, надвлагалищная ампутация матки – у 8, аднексэктомия – у 4. По поводу заболевания вен симуль- танно выполнена одно- или двусторонняя кроссэктомия в сочетании с эндовазальной лазерной облитерацией большой подкожной вены. Хирургическое вмешательство не явилось более тяжелым в связи с выполнением сосудистой операции. Послеоперационный период проходил гладко, без каких-либо осложнений. Больные активизировались через 8–10 часов после операции. Нахождение больных в стационаре после операции составило в среднем  $17,5 \pm 1,2$  часа. При динамическом ультразвуковом контроле определялся выраженный спазм ствола подкожной вены с образованием плотного тромба, полностью обтурирующего просвет вены, а через 3–6 месяца определялись тромбированные, с признаками организации на всем протяжении воздействия лазером стволы подкожных вен без признаков острого флебита. Кроссэктомия в сочетании с эндовазальной лазерной облитерацией большой подкожной вены, выполненная симуль- танно с гинекологической операцией у женщин с соответствующей патологией, а также варикозной болезнью нижних конечностей представляет собой адекватную хирургическую тактику, направленную на снижение вероятности тромбозэмболических осложнений, которые, по данным некоторых авторов, сопровождаются развитием ТЭЛА и летальностью до 40% [7, 8].

Образование *внутрибрюшинных и тазовых спаек* отмечается в 63–92% случаев в восстановительном периоде после перенесенных полостных операций, а в гинекологии эта проблема особенно актуальна, так как развитие спаечного процесса не только приводит к ухудшению качества жизни больных из-за болевого синдрома, увеличения риска повторных операций, но и способствует развитию трубно-перитонеального фактора бесплодия у пациенток репродуктивного возраста [6]. Спаечная болезнь малого таза I–II ст. выявлена у 18 гинекологических больных: при лейомиоме матки – у 4, миоме матки в сочетании с заболеваниями придатков – у 4 и при заболеваниях придатков матки – 10. С помощью лапароскопической техники симуль- танно были выполнены адгезиолизис и консервативная миомэктомия + резекция яичника в 8 случаях, при кистэктомии – в 5 и овариоэктомии – в 5.

В большом количестве работ показано, что даже лапароскопическая хирургия практически не снижает частоту и распространенность спаечного процесса и поэтому она не должна опровергать основные хирургические каноны, направленные на профилактику спайкообразования, а именно применение специальных противоспаечных

барьеров: саморассасывающихся мембран (Interceed, Preclud, Seprafilm) или жидких сред (Intercoat, Adept, Spray shield, Intergel, Sepracoat, Hyskon) [6, 12, 22]. Поэтому мы после выполнения всех операций применяли противоспаечные барьеры Мезогель, Антиадгезин, Intercoat, Interceed. Каких-либо осложнений, так же как и рецидивов спаечной болезни, не выявлено.

Заболевания молочной железы как компонент сочетанной с гинекологической патологией выявлены у 28 (15,7%) пациенток. При этом у 18 пациенток была обнаружена пролиферативная форма фиброаденоматоза молочной железы без атипии, в 10 – фиброаденома с преимущественной локализацией в верхненаружных квадрантах. Были выполнены операция на молочной железе в объеме секторальной резекции симуль- танно с операциями на матке. С учетом, что больных миомой матки расценивают как группу повышенного риска развития рака молочной железы [1, 4], были выполнены операции на матке симуль- танно с операциями на молочной железе в объеме: пангистерэктомия (8 больных), надвлагалищная ампутация матки (7 больных); консервативная миомэктомия + резекция яичника (13 больных). Каких-либо интра- или послеоперационных осложнений не отмечено.

У всех групп наших пациентов каких-либо интра- или послеоперационных осложнений не отмечено. Хотя данные литературы свидетельствуют, что число послеоперационных осложнений после симуль- тантных операций у женщин с заболеваниями внутренних половых органов, по данным сборной статистики, составляет 2–7,0%, летальность – 0–0,5%. По данным ряда авторов, выполнение симуль- тантного этапа в большинстве случаев не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений по сравнению с изолированными вмешательствами [2, 5, 13].

## Выводы

При планировании оперативного лечения заболеваний органов малого таза необходимо расширять стандарт предоперационного обследования на предмет выявления сочетанных экстрагенитальных заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции.

Анализ результатов лечения в различных группах больных показал, что ранний послеоперационный период после изолированных операций и симуль- тантных вмешательств не имеет достоверных различий по интенсивности и продолжительности болевого синдрома, срокам восстановления основных функциональных систем и физической активности пациенток, а также по среднему показателю послеоперационной временной нетрудоспособности пациентки.

Сравнительная оценка одноэтапных и симультанных операций показала, что при правильном отборе больных с сочетанной патологией, адекватной предоперационной подготовке, индивидуализированном выборе метода и объема операции некоторое увеличение времени и объема операции не оказывает существенного влияния на частоту

послеоперационных осложнений, однако приводит к значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе лечения.

*Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.*

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Абу Салех Самир. Прогнозирование и профилактика доброкачественных дисплазий молочных желез у женщин с гинекологическими заболеваниями. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004. 17 с. / Abu Saleh Samir. Prognosis and prevention of benign dysplasia of mammary glands in women with gynecological diseases. Extended abstract of PhD (Medicine) Dissertation. M., 2004. 17 p.
- Александров Л.С., Ищенко А.И., Ведерникова Н.В. Сочетанные операции в гинекологии. *Акуш. и гин.*, 2003, 4: 11–4. Aleksandrov LS, Ishchenko AI, Vedernikova NV. Concurrent gynecological procedures. *Акуш. i gin.*, 2003, 4: 11–4.
- Алиев Ю.Г., Чиников М.А., Попович В.К., Курбанов Ф.С., Пантелеева И.С., Добровольский С.Р. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни в амбулаторных условиях. *Московский хирургический журнал*, 2013, 6(34): 5–11. Aliiev YuG, Chinikov MA, Popovich VK, Kurbanov FS, Panteleeva IS, Dobrovolsky SR. Surgical treatment of cholelithiasis in outpatient settings. *Moskovskiy Hirurgicheskij Zhurnal*, 2013, 6 (34): 5–11.
- Байлюк Е.Н., Айламазян Э.К., Семиглазов В.Ф., Ниаури Д.А. Зависимость состояния молочной железы у больных миомой матки от объема оперативного вмешательства на придатках. *Журнал акушерских и женских болезней*, 2006, LV(вып. 1): 8–12. Baylyuk EN, Eilamazyan EK, Semiglazov VF, Niaouri DA. Dependence of the breast state in patients with uterine myoma on the scope of appendages surgery. *Zhurnal Akusherskikh i Zhenskikh Bolezney*, 2006, LV (issue 1): 8–12.
- Баулина Н.В., Баулина Е.А. Симультанные операции в хирургии и гинекологии. *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*, 2004, 163(2): 87–91. Baulina NV, Baulina EA. Simultaneous interventions in surgery and gynecology. *Vestnik Khirurgii im. I.I. Grekova*, 2004, 163 (2): 87–91.
- Беженарь В.Ф., Цыпурдеева А.А., Байлюк Е.Н. Спаечная болезнь органов малого таза у гинекологических больных: от патогенеза к профилактике. *Онкогинекология*, 2014, 4: 68–74. / Bezhenar VF, Tsyurdeeva AA, Bailyuk EN. Adhesive disease of pelvic organs in gynecological patients: from pathogenesis to prevention. *Onkoginekologiya*, 2014, 4: 68–74.
- Берек Дж., Адаши И., Хиллард П. Гинекология по Эмилю Новаку. М.: Практика, 2002, 896 с. /Berek J., Adashi I., Hillard P. *Novak's gynecology*. M.: Praktika, 2002, 896 p.
- Брайан Дж. Поллард. Руководство по клинической анестезии. М., 2006, 912 с. /Brian J. Pollard. *Handbook of Clinical Anaesthesia*. Moscow, 2006, 912 p.
- Бредихин С.В., Рудой В.Г. Стационарозамещающие технологии в условиях новой организационной структуры. *Амбулатор. хирургия. Стационарозамещающие технологии*, 2011, 3/4: 29–30. /Bredikhin SV, Rudoy VG. Hospital substitution technologies in a new organizational structure. *Ambulator. Khirurgiya. Statsionarozameshchayushhie Tehnologii*, 2011, 3/4: 29–30.
- Геворкян К.С. Сочетанные операции у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей: дис. ... канд. мед. наук: специальность 14.00.01 «акушерство и гинекология»; 14.00.27 «хирургия». Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова. М., 2003. 119 с. /Gevorgyan KS. Concurrent procedures in gynecological patients with varicose veins of lower extremities: PhD (Medicine) Dissertation: specialty 14.00.01 obstetrics and gynecology; 14.00.27 surgery. Sechenov Moscow Medical Academy. M., 2003. 119 p.
- Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология – хирургические энергии. М.: Антидор, 2000. 650 с. /Kulakov VI, Adamyan LV, Mynbayev OA. *Surgery gynecology: surgical energy*. Moscow: Antidor, 2000. 650 p.
- Попов А.А. Профилактика образования спаек у гинекологических больных. *Журнал акушерства и женских болезней*, 2009, LVIII(Вып. 5): 9. Popov AA. Prevention of adhesions in gynecological patients. *Zhurnal Akusherskikh i Zhenskikh Bolezney*, 2009, LVIII (Issue 5): 9.
- Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии: монография. М.: Медпрактика, 2005. 168 с. Puchkov KV, Bakov VS, Ivanov VV. *Simultaneous laparoscopic interventions in surgery and gynecology: monograph*. M.: Medpraktika, 2005. 168 p.
- Рутенбург Г.М., Беженарь В.Ф., Стрижелецкий В.В., Жемчужина Т.Ю., Гордеева Т.В. Симультанные лапароскопические операции у женщин с сочетанными гинекологическими заболеваниями и паховыми грыжами. *Журнал акушерства и женских болезней*, 2006, LV(вып. 1): 63–69. Rutenberg GM, Bezhenar VF, Strizheletskiy VV, Zhemchuzhina TYu, Gordееva TV. Simultaneous laparoscopic interventions in women with combined gynecological diseases and inguinal hernias. *Zhurnal Akusherskikh i Zhenskikh Bolezney*, 2006, LV (issue 1): 63–69.
- Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Хронические заболевания вен в Российской Федерации. Результаты международной исследовательской программы VEIN CONSULT. *Флебология*, 2010, 4(3): 9–12. Saveliev BC., Kirienko AI, Bogachev VYu. Chronic venous diseases in the Russian Federation. The results of the international research VEIN CONSULT program. *Flebologiya*, 2010, 4 (3): 9–12.
- Федоров А.В., Кригер А.Г., Колыгин А.В., Кочатков А.В. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение). *Хирургия*, 2011, 7: 72–76. /Fedorov AV, Krieger AG, Kolygin AV, Kochatkov AV. One-stage surgery. Terminology (literature review and own proposal). *Khirurgiya*, 2011, 7: 72–76.
- Alvarado-Aparicio A, Moreno-Portillo M, Pereira-Graterol F et al. Laparoscopic appendectomy. surgical technique and literature review. *Cir*, 2003, 71(6): 442–448.
- Fuks D, Cosse C, Sabbagh C, Lignier D, Degraeve C, Regimbeau JM. Can we consider day-casela laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis? Identification of potentially eligible patients. *J. Surg. Res.*, 2014, 186(1): 142–149.
- Maheux R, Lemay A, Blanchet P et al. Maintained reduction of uterine leiomyoma following addition of hormonal replacement therapy to a monthly luteinizing releasing hormone agonist implant: a pilot study. *Hum. Reprod.*, 1999, 6(4): 500–505.
- Nicolaides A, Kakkos S, Eklof D, Perrin V, Nelzen O, Neglen P, Partsch H, Rybak Z. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*, 2014, 33(2): 87–208.
- Simonov AA. *Kliniko-mikrobiologicheskaya kharakteristika zhenshchin s vnutrimatichnoy patologiyey pri gisteroskopii*. Dissertation. Chelyabinsk, 2013.
- Tingstedt B, Isaaksson K, Andersson E, Andersson R. Prevention of abdominal adhesions – present state and whats beyond the horizon. *European Surgical Research*, 2007, 39: 259–268.

