

УДК 617.55-089 : 618.1

## СЛУЧАЙ СИМУЛЬТАННОЙ ОПЕРАЦИИ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

*Б.Л. Гаврилик, доцент, к.м.н., М.В. Кажина, доцент, д.м.н.,  
С.Ф. Ровбуть, С.А. Смирнов*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»  
УЗ «ГКО СМП» г. Гродно

Все шире в абдоминальной хирургии применяются симультанные операции, представляющие собой оперативные вмешательства на различных органах брюшной полости из одного или отдельных разрезов, а также сочетание полостных операций с операциями на брюшной стенке. В отличие от поэтапного оперативного лечения различной абдоминальной патологии, симультанные операции выгодно отличаются уменьшением сроков пребывания больных в стационаре и отсутствием повторных психо-эмоциональных переживаний перед предстоящей операцией [2, 3].

При отсутствии противопоказаний желателен выполнение симультанных операций у лиц пожилого и старческого возраста [1].

Приводим собственное наблюдение.

Больная Бобровницкая Тамара Александровна, 63 года, жительница г. Гродно поступила в гинекологическое отделение БСМП г. Гродно как плановая больная 16.06.2002г. с жалобами на опущение матки и стенок влагалища, учащенное мочеиспускание, недержание мочи, периодические боли в правом подреберье, наличие грыжевого выпячивания в области пупка. В течение 2 лет наблюдалась в женской консультации по поводу опущения стенок влагалища, цистоцеле и недержания мочи.

Страдает желчнокаменной болезнью, отмечает в течение последних 3 лет наличие пупочной грыжи. Перенесенные заболевания: корь, ангина, перелом костей правой голени.

При поступлении выявлено: живот мягкий, безболезненный, имеется вправимая пупочная грыжа размерами до 5-6 см, безболезненная при пальпации. Гинекологический статус: шейка матки чистая, определяется опущение стенок влагалища и мочевого пузыря, при вагинальном исследовании левые придатки гипотрофированы, правые – не определяются.

Лабораторные данные в пределах нормы.

УЗИ от 17.06.2002 г. – матка в anteflexio, однородной структуры, пониженной эхогенности 3,0 x 3,3 x 2,9 см, полость ровных контуров, чистая, отражение от эндометрия отсутствует, придатки не визуализируются.

Магнитно-резонансная томография малого таза от 19.06.2002 г. – матка уменьшена в размерах, расположена в антефлексии. Размеры ее 51 x 32 x 32 мм. Передняя стенка – 7 мм, задняя – 5 мм, слизистая – 1,5-2 мм, полость – 3,5 мм. Мочевой пузырь ниже обычного положения, в последний трансуретрально введен катетер. Расстояние между лоном и уретрой – 17мм, между нижним краем лона и уретрой – 6 мм. Уретеро-везикальный угол – близок к 90. Заключение: цистоцеле (см. рис. 1, 2).

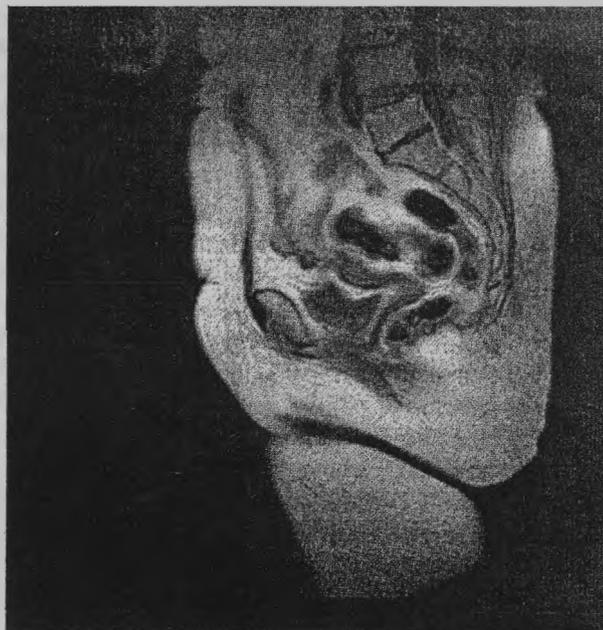


Рис.1. Срединная МРТ-грамма малого таза в сагитальной проекции без катетера.

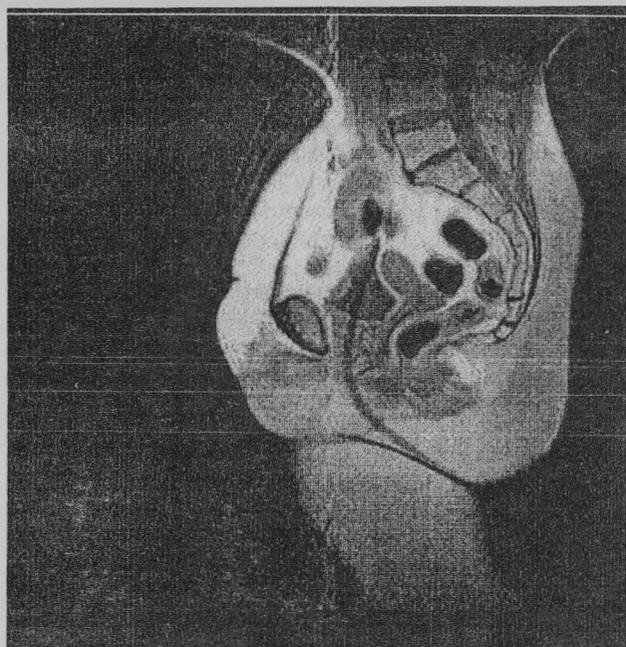


Рис. 2. Срединная МРТ-грамма малого таза в сагитальной проекции с катетером.

УЗИ мочевого пузыря от 18.06.2002 г. – мочевой пузырь четких ровных контуров. Стенка в области дна уплотнена, толщиной 4 см. В просвете однородное содержимое. Почки равновеликие, подвижные, при дыхании контуры четкие, волнистые, паренхима 1,4-1,6 см. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не визуализируются.

Обзорная и внутривенная урография от 19.06.2002 г. – почки обычной формы, величины, положения. Контраст выделился в нерасширенные чашечно-лоханочные системы своевременно. Мочеточники проходимы, прослеживаются на всем протяжении. Шейки малых чашечек слева спазмированы. Справа, в верхней трети, на уровне диска L2 – L3 перегиб мочеточника. Заключение: рентгенпризнаки левостороннего хронического пиелонефрита.

Цистография в горизонтальном и вертикальном положении от 19.06.2002 г. – дефектов заполнения, дополнительных образований нет. В вертикальном положении нижний полюс конусовидный, определяется на уровне седалищных костей.

20.06.2002 г. при согласии больной выполнена симультанная операция, одномоментно несколькими бригадами хирургов. Гинекологами произведена влагалищная экстирпация матки без придатков, передняя кольпоррафия, задняя кольпоперенеолевавторопластика с фиксацией культи к культиям крестцово-маточных связок (опер. – доц. Кажина М.В.). Хирургами выполнена средне-срединная лапаротомия, грыжесечение, холецистэктомия, пластика грыжевых ворот по Сапежко, дренирование брюшной полости (опер. – доц. Гаврилик Б.Л.). Затем бригада уролог – хирург выполнили кольповезикопексию по Берчу (опер. – Ровбуль С.Ф.). Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением, исчезло недержание мочи. 01.07.2002 г., на 11-е сутки с момента операции выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Осмотрена через 1,5 года, через 2 года и 10 месяцев – жалоб нет, общее состояние удовлетворительное, физиологические отправления в норме. Об этом доложено 27.04.2005 г. на заседании Областного хирургического общества, как о случае симультанной операции с благоприятным исходом.

#### Литература

1. Андреев Ю.В., Богданец А.А., Бобков В.Л. и др. Симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста/ Тезисы докладов международного конгресса северных стран и регионов по проблемам старости и актуальным вопросам хирургии// Вестник хирургии. – 1997. - № 4. – С. 75 - 76.
2. Гаврилик Б.Л., Биркос В.А., Будровский М.А. Симультанные операции в гинекологии// 60 лет службе скорой помощи и 10 лет УЗ “ГКО СМП”: материалы научно-практ. конф., посвящ. 60-летию службы скорой помощи и 10-летию УЗ “ГКО СМП”. – Гродно, 2005. – С. 43 – 46.
3. Гаврилик Б.Л., Климович И.И. Симультанные операции в абдоминальной хирургии// Тезисы V съезда общества гастроэнтерологов России «XXXII сессия ЦНИИ гастроэнтерологии». – М.: «Анахарсис», 2005. – С. 519.