

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

В последние годы при оказании гинекологической помощи больным, помимо сугубо медицинских аспектов, большое внимание уделяется интенсификации работы гинекологических стационаров, рациональному использованию коечного фонда, снижению экономических затрат, расширению объема оперативных вмешательств [5, 7, 26]. Благодаря увеличению продолжительности жизни женщин, усовершенствованию диагностических технологий, наметилась тенденция к возрастанию числа больных, имеющих 2–3 сопутствующих хирургических заболевания. Наличие у многих пациенток сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний, частота которых, по данным ВОЗ, составляет 20–30%, ставит перед хирургами и гинекологами задачу о возможности одновременной коррекции такой патологии [1, 7, 12, 23]. Повышение эффективности лечения гинекологических больных, требующих оперативного вмешательства при наличии у них сочетанной хирургической патологии, достигается за счет выполнения симультанных операций. Использование комбинированных операционных доступов (лапаротомного / лапароскопического, гистероскопического, влагалищного) в хирургическом лечении больных с сочетанными гинекологическими и хирургическими заболеваниями позволяет устранить всю выявленную хирургическую патологию в рамках одного анестезиологического пособия, избавляет от повторных операций и связанных с ними операционных, послеоперационных хирургических и анестезиологических осложнений и эмоциональных нагрузок; исключает возникновение в раннем послеоперационном периоде обострения некорригированного сопутствующего заболевания, повышает качество жизни больных (физическая активность, психическое состояние, ролевое, социальное и сексуальное функционирование) [10, 31, 35].

Однако в научной литературе доказательно-обоснованные исследования относительно этой проблемы встречаются нечасто, хотя на практике многие хирурги и гинекологи отмечают необходимость выполнения таких операций [17, 23, 25]. Тем не менее, симультанные операции выполняются чаще как случайные, и это наиболее часто распространено при экстренной гинекологической патологии.

При этом остается достаточно большим процент послеоперационных осложнений. Кроме того, организационно многие гинекологические отделения располагаются в акушерских стационарах, без хирургических отделений, и не готовы к выполнению хирургических вмешательств подобного плана. Многие проблемы, связанные с выполнением симультанных и комбинированных операций в плановой гинекологии, также продолжают оставаться нерешенными. К ним относятся вопросы, связанные с классификацией симультанных хирургических вмешательств, определением показаний и противопоказаний к ним, ранней диагностикой сочетанных заболеваний на дооперационном этапе, выбором оперативного доступа, метода и объема операции, последовательностью выполнения основного и симультанного этапов, оценкой операционно-анестезиологического риска, особенностями постагрессивных реакций в послеоперационном периоде, ведением послеоперационного периода у данной категории больных, а также социально-экономической эффективностью сочетанных оперативных вмешательств [1, 13, 33, 35]. Дальнейшая разработка этой проблемы позволит увеличить спектр показаний к проведению симультанных и расширенных операций в гинекологии, оптимизировать технику их выполнения и ведение послеоперационного периода, повысить качество жизни пациенток.

Понятие «симультанная операция» было введено М. Reifferscheid в 1971 г. и впервые упоминается в его статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости – хирургические аспекты» [49], в русскоязычной литературе этот термин использовали Л.И. Хнох и И.Х. Фельтшинер в 1976 г. [37]. Первое сообщение об одномоментном выполнении двух операций относится к 1735 г., когда Claudius, оперируя 11-летнего ребенка, произвел аппендэктомию и грыжесечение. В 1922 г. А.В. Вишневский впервые в отечественной литературе описал одномоментное выполнение нефрэксии с аппендэктомией. В бывшем СССР широкое признание симультанные операции получили благодаря работам В.Д. Федорова, разработавшего классификацию, методологию таких вмешательств, показания и противопоказания к их выполнению [27].



В.Н. ЗАПОРЖАН

д. мед. н., профессор, академик НАМН Украины, вице-президент НАМН Украины, ректор Одесского национального медицинского университета, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 1

Т.Ф. ТАТАРЧУК

д. мед. н., профессор, член-корр. НАМН Украины, заместитель директора по научной работе, заведующая отделением эндокринной гинекологии Института педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины

А.И. ДРОВОВ

д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца

В.Л. ДРОНОВА

д. мед. н., Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца

Е.А. КРЮЧИНА

доцент кафедры общей хирургии №1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца



Проведение симультанных операций в плановой гинекологии существенно не влияет на гемодинамические, гематологические и иммунологические показатели, уровень эндогенной интоксикации, не повышает процент послеоперационных осложнений

Термин «симультанная» происходит от латинского слова *simul* – одновременно, в одно и то же время, совместно с; от французского слова *simultane* – одновременный, одномоментный, англ. *simultaneously* – одновременно. В настоящее время **под симультанными операциями понимают хирургическое вмешательство, одновременно производимое на двух или более органах, по поводу этиологически не связанных между собой заболеваний** [27, 34, 35]. Ряд авторов настаивают на термине «сочетанные операции», мотивируя это тем, что одномоментные операции осуществляют бригады хирургов в одно и то же время, хотя большинство исследователей считают термины «сочетанные» и «симультанные» операции синонимами [27, 30]. В то же время, понятие «симультанных» операций на сегодня до сих пор остается расплывчатым: к ним относят и вмешательства при первично-множественных злокачественных опухолях [29], и радикальную мастэктомию и овариозэктомию при раке молочной железы [16], и гистерэктомию, и билатеральную сальпингэктомию [63] (что, по нашему мнению, не является корректным). К симультанным операциям не относят операции на двух или более органах, пораженных одним патологическим процессом (множественные травматические поражения, гнойно-воспалительные процессы, распространенные формы эндометриоза и пр.). Комбинированные и расширенные операции, целью которых является увеличение объема вмешательства для лечения одного заболевания, также нельзя отождествлять с симультанными операциями. Впервые эти термины были использованы И.П. Дедковым и соавт. в 1975 г. [15]. **Комбинированная операция** – это выполнение двух или более самостоятельных операций по поводу различных проявлений одного заболевания, **расширенная операция** – вмешательство, при котором увеличение стандартного объема обусловлено распространением заболевания (в частности прорастанием опухоли) на соседние органы.

Симультанные операции делят на экстренные и плановые, выделяют основной и сопутствующий этапы операции. По показаниям различают абсолютные, превентивные, диагностические и вынужденные. По срокам выполнения выделяют **одномоментно-синхронные операции**, которые выполняются одновременно несколькими хирургическими бригадами при значительном удалении друг от друга анатомических зон, нуждающихся в хирургической коррекции, и **одномоментно-последовательные**, выполняемые друг за другом одной или несколькими бригадами в одной анатомической области. Очередность

выполнения симультанного вмешательства определяется индивидуально, в зависимости от объема, технических особенностей предстоящих операций, топографо-анатомических особенностей и характера патоморфологических изменений в очагах поражения [1, 27, 31, 35].

В связи с широким распространением лапароскопических технологий, в хирургии открываются новые возможности в проведении симультанных операций. Малотравматичность, быстрый реабилитационный период, хороший косметический эффект при большем объеме оперативного вмешательства делает малоинвазивные методы предпочтительными при симультанных операциях на органах верхнего и нижнего этажей брюшной полости. В случаях, когда симультанная операция включает комбинацию технически сложных и объемных вмешательств, или одна из операций производится в сложной анатомической зоне с ограниченной возможностью осмотра, целесообразно использовать стандартные точки проколов для каждой операции в отдельности. Использование принципа «мигрирующего порта» при стандартных симультанных вмешательствах позволяет снизить травматичность лапароскопического доступа за счет уменьшения числа используемых троакаров [2, 6, 8, 23, 31]. Сегодня в клиническую практику широко внедряются однопортовые симультанные операции (холецистэктомия + гистерэктомию [43], холецистэктомия + овариальная цистэктомия [54]).

Продолжаются дискуссии о показаниях и противопоказаниях к симультанным операциям. Использование лапароскопических технологий значительно снижает травматичность хирургического вмешательства, что позволяет расширить объем оперативного пособия у больных гинекологического профиля до 2–3 симультанных операций без существенного ущерба для здоровья пациента. Согласно исследованиям Д.А. Запорожцева [17], плановые симультанные операции у гинекологических больных показаны при наличии у них сочетанной патологии, требующей хирургической коррекции, если исходное состояние пациенток не превышает IIЕ класс риска анестезиологического пособия по классификации физического состояния пациента Ассоциации анестезиологов (ASA). С.В. Галлямовой и соавт. [13] разработаны шкала и алгоритм определения операционно-анестезиологического риска симультанного эндохирургического вмешательства, которые включают балльную оценку от 3,5 до 10,5 балла, рассчитываемых с учетом оценки характера и травматичности каждого этапа вмешательства (по Н.Н. Малиновскому) и степени тяжести соматического



Число послеоперационных осложнений после симультанных операций у женщин с заболеваниями внутренних половых органов, по данным сборной статистики, составляет 2–6,9%, летальность – 0–0,5%

состояния больного по классификации ASA. Выполнение симультанного эндохирургического вмешательства при балльной оценке операционно-анестезиологического риска до 7,5 балла сопряжено с наименьшим числом осложнений анестезиологического обеспечения, а при оценке, превышающей 8 баллов, – с увеличением числа осложнений анестезиологического обеспечения и требует ограничения количества и сложности этапов операций, снижения степени хирургической агрессии, сокращения (до 4 ч) длительности периода поддержания карбоксиперитонеума или использования мануально-ассистированной техники с обязательным снижением (до 8 мм рт. ст.) уровня внутрибрюшного давления. Использование разработанных шкалы и алгоритма операционно-анестезиологического риска в предоперационной оценке состояния больных позволило авторам сократить число осложнений анестезиологического обеспечения при выполнении сложных симультанных эндохирургических вмешательств с 47,3 до 10%.

По данным А. Аль Бикай Рами [4], оценка тяжести функционального состояния пациентов с сочетанными хирургическими абдоминальными заболеваниями по шкале функционального состояния P-POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity) является объективным критерием определения степени риска симультанных оперативных вмешательств: у

пациентов с показателями тяжести физиологического состояния более 21 балл и тяжести оперативного вмешательства свыше 23 баллов по шкале P-POSSUM симультанные операции сопровождаются большим числом осложнений и значительным риском летального исхода. Этим пациентам показаны этапные операции. В случае, если показатели тяжести физиологического состояния менее 20 баллов, а тяжести оперативного вмешательства ниже 17 баллов по шкале P-POSSUM, вероятность летального исхода приближается к нулевой оценке, показано выполнение симультанных операций.

А.В. Колыгиным [22] показано, что, с целью улучшения результатов лечения, у больных с предстоящей сочетанной операцией необходимо обращать внимание на факторы, достоверно ухудшающие результаты хирургического вмешательства. На дооперационном этапе это: возраст больного (старше 60 лет), наличие операций в анамнезе, физический статус по ASA (3 и 4), степень риска по классификации операционно-анестезиологического риска МНОАР (значительная и высокая), показатели спирометрии (жизненная емкость легких менее 90% от нормы) и уровня белка крови (менее 60 г/л), наличие сопутствующих заболеваний (более 3); на интраоперационном этапе – длительность операции более 200 мин и кровопотеря более 500 мл. При выявлении у больного до 2 предрасполагаю-



Наиболее информативным показателем степени влияния хирургической агрессии на иммунную систему является уровень ИЛ-6, который повышается после симультанных вмешательств в 2–3 раза, по сравнению с аналогичными изолированными операциями



щих факторов частота развития осложнений составляет 3,8%, при наличии от 3 до 5 факторов – 16,2%, 6–8 – частота осложнений увеличивается до 32,5%, при наличии от 9 до 11 факторов осложнения развиваются практически у всех пациентов. Поэтому при наличии у больного от 6 до 8 предрасполагающих факторов решение о возможности проведения сочетанной операции должно приниматься коллегиально. При наличии у больного более 9 предрасполагающих факторов от сочетанной операции целесообразно воздержаться.

В большинстве исследований показано, что проведение симультанных операций в плановой гинекологии существенно не влияет на гемодинамические, гематологические и иммунологические показатели, уровень эндогенной интоксикации не повышает процент послеоперационных осложнений, что является обоснованием для их безопасного выполнения [1, 2, 7, 11, 31, 46]. Операция является программируемым стрессом, о степени которого можно в частности судить по изменению уровня стрессовых гормонов [2]. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о достоверном повышении уровня глюкокортикоидов в крови во время различных хирургических операций и после них, однако механизм адаптационного синдрома в ответ на стресс, включающий активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, не всегда отражает степень травматизации тканей, а скорее является общим ответом на агрессию, поэтому изменение эндокринного ответа зависит от множества параметров. При этом не всегда возможно провести грань между воздействием фармакологических препаратов, эффектов анестезии и непосредственно операции. В последнее время большой интерес вызывают исследования иммунологического ответа на хирургическую агрессию. По данным О.Э. Луцевич [24], наиболее информативным показателем степени хирургической агрессии на иммунную систему является уровень интерлейкина 6-го типа (ИЛ-6), который повышается после симультанных вмешательств в 2–3 раза, по сравнению с аналогичными изолированными операциями, возвращаясь к дооперационным показателям через 3–4 сут. Быстрое снижение уровня ИЛ-6 объективно отражает сроки реабилитации больных после симультанных операций, что позволяет обоснованно сокращать сроки пребывания пациентов в стационаре. Уровень С-реактивного белка также изменяется пропорционально объему лапароскопического вмешательства с отсрочкой на сутки, в сравнении с ИЛ-6. Уровень ИЛ-2 не отражает степень хирургической агрессии.

Тяжесть и характер послеоперационного периода в основном зависят от объема основного этапа симультанной операции, а длительность стационарного лечения соответствует сроку реабилитации больной после одного, большего по объему, вмешательства. Число послеоперационных осложнений после симультанных операций у женщин с заболеваниями внутренних половых органов, по данным сборной статистики, составляет 2–6,9%, летальность – 0–0,5%, выполнение симультанного этапа в большинстве случаев не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений, по сравнению с изолированными вмешательствами [1, 2, 7, 12, 23, 31].

Для определения экономической эффективности симультанных операций большинство исследователей рекомендуют экономический анализ стоимости болезни, на основе которого можно провести детальный расчет основных затратных компонентов лечебного процесса от первичного посещения специалиста до выписки из стационара [9, 10, 20]. **Экономическую эффективность сочетанных и симультанных операций** рассчитывают путем определения разности стоимости стационарного обслуживания, амбулаторного лечения и расходов по бюджету социального страхования. Так, для расчета экономического эффекта симультанных лапароскопических операций В.В. Стрижилецким и соавт. [33] была использована формула:

$$\text{ЭЭСО} = (\text{Тиз} - \text{Тсм}) + [(\text{Внз} - \text{Всим}) \times (\text{П} + \text{Л}) \times \text{К}],$$

где ЭЭСО – экономический эффект симультанных лапароскопических операций; Тиз – тариф за лечение, соответствующий по длительности лечения за две изолированные лапароскопические операции (сумма двух тарифов); Тсм – тариф за лечение, соответствующий по длительности при проведении симультанной операции; Внз – число дней временной нетрудоспособности (при амбулаторном и стационарном лечении) в сумме за две изолированные операции; Всим – число дней временной нетрудоспособности (при амбулаторном и стационарном лечении) при проведении симультанной операции; П – региональный валовой продукт на 1 человека в день; Л – оплата листка нетрудоспособности за один день; К – коэффициент числа трудоспособных (работающих) больных равен 0,85.

При вычислении экономического эффекта симультанной операции у пациентки В.В. Ивановым и соавт. [19] использовалась модифицированная формула С.С. Пчельникова и соавт. [32]:

$$\text{ЭЭСО} = \text{C1} \times \text{P} (\text{Нo} - \text{Нc}) + \text{Ц2} (\text{Кo} - \text{Кc}) + \text{В3} (\text{Нo} - \text{Нc}) + (\text{ПО} + \text{O} + \text{H})4 \times (\text{N} - 1),$$

где 1 – средняя стоимость продукции, выпускаемой одним работающим за один день; 2 – стоимость 1 койко-дня в отделении; 3 – средние затраты на 1 день нетрудоспособности по социальному страхованию; 4 – тарифы на медицинские услуги; N – количество одномоментно выполненных операций; Нo – общее время нетрудоспособности больного при последовательном выполнении изолированных операций; Нc – время нетрудоспособности больного при выполнении симультанной операции; Кo – общий койко-день при последовательном выполнении изолированных операций; Кc – койко-день при выполнении симультанной операции.

Анализ проведенных исследований показывает, что симультанные лапароскопические операции в 2–3 раза сокращают сроки пребывания больного в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, в 3 раза повышают экономическую эффективность лечения и улучшают качество жизни пациентов. Для повышения рентабельности работы хирургических отделений рекомендуется вычислять минимальную безубыточную интенсивность проведения операций, которая является отправ-

ной точкой при планировании оперативной деятельности стационара [10].

В структуре экстрагенитальной хирургической патологии у больных с заболеваниями малого таза основное место занимают грыжи передней брюшной стенки – 35,1%, заболевания желчного пузыря – 27,1%, заболевания червеобразного отростка – 25,3% [2]. По данным других авторов, хирургическая патология органов брюшной полости составляет 18,2%, паховые грыжи – 15,5%, 19,6% – простые кисты почек [12]. Очень часто заболевания внутренних половых органов (как доброкачественные, так и злокачественные) сочетаются с ожирением – около 20% случаев [19, 45, 51].

Наиболее частыми показаниями к выполнению гинекологического этапа при оперативном лечении больных с хирургической патологией органов брюшной полости, паховыми грыжами и кистами почек являются миома матки (26,9%), генитальный эндометриоз (19,2%), доброкачественные опухоли яичников и опухолевидные образования придатков матки (19,2%), трубно-перитонеальное бесплодие (13,5%), острые воспалительные заболевания придатков матки (9,6%), опущение тазовых органов (3,8%) [12], по данным других авторов – миома матки с аденомиозом (43,7%), миома матки, аденомиоз с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников (14,5%), миома матки, аденомиоз с пролапсом гениталий и несостоятельностью мышц тазового дна (9,8%), миома матки, аденомиоз с наружным эндометриозом (9,0%) [10]. Аналогичные соотношения приводят и другие авторы [7, 17, 31].

Сочетание острого аппендицита с гинекологической патологией встречается, по данным различных авторов, с частотой от 21,7 до 41% среди всех симультанных операций [21]. Высокая частота сочетания патологии аппендикса с заболеваниями гениталий, особенно придатков матки, объясняется наличием прямого лимфатического пути между отростком и правыми придатками. Переход инфекции, т. н. аппендикулярно-генитальный синдром, возникает при скоплении воспалительного экссудата в малом тазу. И.П. Жеринский у 155 из 245 женщин на аутопсии обнаружил т. н. связку Кладо между брыжейкой червеобразного отростка и правым яичником. Частой гинекологической патологией, сопровождающейся вовлечением в патологический процесс аппендикса, также является эндометриоз, при котором червеобразный отросток, по данным сборной статистики, поражается в 1–15% случаев [21, 57, 62].

Большинство авторов отмечают, что выполнение плановой аппендэктомии во вре-

мя операций по поводу доброкачественной гинекологической патологии не увеличивает число послеоперационных осложнений и длительность послеоперационного койкодня, некоторые исследователи считают, что выполнение плановой аппендэктомии при всех абдоминальных гистерэктомиях может снижать число послеоперационных осложнений и летальность у больных пожилого и старческого возраста [50]. В канадском исследовании при выполнении плановой аппендэктомии во время гинекологических операций по поводу эндометриоза, тазовой боли, объемных образований полости таза у 59% пациенток выявлены патологические изменения аппендикса (64% – при эндометриозе, 36% – при хронической тазовой боли), при этом патологические изменения в ходе макроскопического исследования были верифицированы у 44% больных. Приведенные данные подтверждают результаты предыдущих исследований о целесообразности плановой аппендэктомии во время гинекологических операций [44].

В последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к увеличению количества больных с сочетанием доброкачественных гинекологических новообразований, преимущественно миомы матки, и желчнокаменной болезни. Среди пациенток гинекологических стационаров у 12,7–20% женщин, имеющих миому матки, выявляется калькулезный холецистит [7,23], в исследовании M. Stevens et al. [53] этот показатель составил 47,8%. Необходимость выполнения сочетанной холецистэктомии большинство авторов объясняют высоким риском развития в раннем послеоперационном периоде различных осложнений холелитиаза. По данным В.Г. Абашина (1997), у 28,6% гинекологических больных с наличием сопутствующего холецистолитиаза, которым, по каким-либо причинам, одномоментное хирургическое лечение не было выполнено, в послеоперационном периоде имело место обострение холецистита. Ch. McSherry и F. Glenn (1981) опубликовали исследование, согласно которому у 3,8% больных, перенесших операции на органах брюшной полости, в раннем послеоперационном периоде возникает острый послеоперационный холецистит, обуславливающий летальный исход в 10,9% случаев. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия по поводу неосложненной желчнокаменной болезни показана у пациенток с гинекологической патологией, отнесенных к первым трем группам риска по классификации ASA. Абсолютными противопоказаниями к выполнению симультанной холецистэктомии являются высокий операционно-анестезиологи-



Анализ проведенных исследований показывает, что симультанные лапароскопические операции в 2–3 раза сокращают сроки пребывания больного в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, в 3 раза повышают экономическую эффективность лечения и улучшают качество жизни пациентов

ческий риск у больных IV группы по классификации ASA и генерализованные формы рака яичника или матки с канцероматозом брюшины [25]. Установлено, что длительный карбоксиперитонеум во время симультанной лапароскопической холецистэктомии и гинекологической операции не оказывает существенного влияния на показатели гемодинамики в послеоперационном периоде, что расширяет возможности проведения малоинвазивных симультанных вмешательств у больных с хронической терапевтической патологией. Количество послеоперационных осложнений и степень операционной травмы при проведении симультанно с лапароскопической холецистэктомией гинекологической операции не превышают данные показатели при выполнении традиционных методик хирургической коррекции подобной патологии [12, 23, 41].

Большинство авторов отмечают целесообразность комбинации гинекологических операций с коррекцией абдоминальных деформаций и ожирения (липосакция, панникулэктомия, абдоминопластика, герниопластика), при этом не отмечается существенного увеличения частоты послеоперационных осложнений [18, 45, 51, 52, 56, 59]. Z. Kryger et al. [47], анализируя базу данных гинекологических операций Medline с 1980 по 2007 гг., в комбинации с панникулэктомией, абдоминопластикой или липосакцией выявили, что при использовании мультидисциплинарного командного подхода данный вид операций может безопасно выполняться у определенного контингента пациентов.

Опущение и выпадение половых органов в структуре общих гинекологических заболеваний составляет 28–39%, а частота сочетания пролапса гениталий с недержанием мочи достигает 75%, с патологией мочевого пузыря – 74–80%, с ректоцеле – 15–43% [1, 28]. Общность патофизиологических предпосылок опущения и выпадения внутренних половых органов, стрессового недержания мочи, ректоцеле позволяет рассматривать данные состояния как цельную медицинскую проблему, требующую интегративных подходов в диагностике и выборе метода лечения [38]. Сохраняет актуальность проблема разработки оптимального диагностического алгоритма в обследовании пациенток с ректоцеле на до- и послеоперационном этапах. Широко используемая за рубежом система стадирования и описания пролапса гениталий POP-Q (ICS, 1996) редко применяется в практике отечественных клиницистов. По данным G.W. Davila (2002), N. Mizrahi (2002), только 6% гинекологов в предоперационном обследовании пациенток с ректоцеле используют проктодефекографию, тогда как в практике колопроктологов этот метод применяется в 80% случаев. Как правило, гинекологи при обследовании больных с ректоцеле ограничиваются сбором жалоб, анамнеза и клиническим осмотром, что недостаточно для уточнения степени тяжести заболевания, формирования групп риска по рецидиву ректоцеле, выявления сопутствующей патологии аноректальной области, определения тактики ведения пациентки.

При дисфункции тазового дна оперативное лечение является основным. В последние годы при сочетанных заболеваниях внутренних половых органов и нарушениях мочеиспускания хирурги отдадут предпочтение плановым симультанным операциям с использованием синтетичес-

ких имплантатов. Хирургическая коррекция генитального пролапса, сочетающегося со стрессовым недержанием мочи, путем сетчатой пластики стенок влагалища по технике Prolift и петлевой операции по технике TVT (Tensionfree Vaginal Tape) или кольпоуретросуспензии нитями является эффективным методом лечения этой сочетанной патологии [58]. В то же время ряд авторов отмечают, что ближайшие и отдаленные результаты использования синтетических имплантатов неоднозначны и требуют дальнейшего изучения. При сочетании генитального пролапса с ректоцеле также предложено немало способов хирургической коррекции заболевания, которые направлены на устранение выпячивания передней стенки прямой кишки и укрепление ректовагинальной перегородки с использованием различных хирургических доступов (трансвагинального, промежностного, трансанального, абдоминального). Быстрое развитие реконструктивно-пластической хирургии тазового дна в последние годы открывает новые пути профилактики послеоперационных рецидивов: использование малоинвазивных методик, одновременная коррекция всех функциональных расстройств органов малого таза, применение современных синтетических материалов для восстановления дефектов тазовой фасции [38]. Продолжаются дискуссии о целесообразности симультанных реконструктивных операций по пластике тазового дна и пластических операций, при этом некоторые авторы [39] показывают, что данные операции увеличивают длительность операции, число послеоперационных осложнений и количество послеоперационных койко-дней.

При наличии у гинекологических больных варикозного расширения вен нижних конечностей оптимальным является выполнение 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 [3]. Показано, что симультанное оперативное вмешательство у женщин при поражении вен нижних конечностей в сочетании с гинекологической патологией незначительно увеличивает время проведения операции, не усугубляет течение послеоперационного периода и не приводит к увеличению числа осложнений. Постагрессивная реакция после сочетанных операций у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей мало отличается от таковой после изолированных оперативных вмешательств. Плановые сочетанные операции у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей являются важным методом интенсификации работы хирургического стационара [14].

Продолжает дискутироваться целесообразность выполнения симультанных операций в онкогинекологии [36]. Рядом авторов показана эффективность и безопасность выполнения панникулэктомии у больных с тазовыми опухолями [55, 61]. Это вмешательство снижает частоту интраоперационных осложнений и послеоперационной раневой инфекции без существенного увеличения времени операции и объема интраоперационной кровопотери [42], позволяет существенно расширить объем парааортальной лимфаденэктомии у больных раком эндометрия [60].

Доказаны целесообразность и безопасность выполнения симультанной холецистэктомии у больных с холелитиазом, которым выполняются радикальные операции по поводу злокачественных гинекологических опухолей [40]. J. Malfetano et al. [48] показали, что частота осложнений, связанная с выполнением холецистэктомии у онкогинекологических больных, составляет 2,2%.

Таким образом, при подготовке женщин с заболеваниями органов малого таза к оперативным вмешательствам необходимо расширять стандарт предоперационного обследования на предмет диагностики сочетанных экстрагенитальных заболеваний, нуждающихся в хирургической коррекции. Вопрос о выполнении планового симультанного оперативного вмешательства должен быть в обяза-

тельном порядке согласован с больной, на ее проведение должно быть получено письменное информированное согласие.

Сравнительная оценка одноэтапных и симультанных операций показала, что при правильном индивидуальном подборе больных с сочетанной патологией, адекватной предоперационной подготовке больных с учетом компенсаторных возможностей организма и уменьшением степени операционного риска, индивидуализированном выборе метода и объема операции увеличение объема операции не оказывает влияния на частоту послеоперационных осложнений, способствует значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Адамян Л.В., Гайдарова А.Х., Панин А.В.

Сочетанные операции в гинекологии: вопросы классификации и методологического подхода // Лапароскопия и гистероскопия в акушерстве и гинекологии / Под ред. В.И. Кулакова, Адамян Л.В. – М., 2002. – С. 422–428.

Adamyan LV, Gaidarova AH, Panin AB

Co-operation in gynecology: the classification and methodological approach // Laparoscopy and hysteroscopy in obstetrics and gynecology / Ed. By VI Kulakov, LV Adamyan – М., 2002. – P. 422–428.

2. Александров Л.С.

Симультанные оперативные вмешательства в гинекологии: дис. доктора мед. наук: 14.00.01, 14.00.27 / Л.С. Александров. – М., 2005. – 328 с.

Alexandrov LS

Simultaneous surgery in gynecology: MD dis 14.00.01, 14.00.27 / LS Alexandrov. – Moscow, 2005. – 328 p.

3. Александров Л.С.

Методы оптимизации лечения гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей / Л.С. Александров, А.И. Ищенко, А.М. Шулуто, К.С. Геворгян, Н.В. Ведерникова // Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве: материалы междунар. конгресса. – М., 2002. – С. 444–445.

Alexandrov LS

Methods for optimizing the treatment of gynecological patients with varicose veins of the lower extremities / LS Alexandrov, AI Ishchenko, AM Shulutko, KS Gevorgyan, NV Vedernikova // Laparoscopy and hysteroscopy in gynecology and obstetrics: Materials of International. Congress. – М., 2002. – P. 444–445.

4. Аль Бикай Рами А.А.

Оценка результатов симультанных абдоминальных операций: дис. кандидата мед. наук: 14.00.27 / Аль Бикай Рами Абдель Азиз. – Ярославль, 2009. – 109 с.

Al Bikay Rami AA

Evaluation of the results of simultaneous abdominal surgery: MD dis 14.00.27 / Al Bikay Rami Abdel Aziz. – Yaroslavl, 2009. – 109 p.

5. Альтмарк Е.М.

Симультанные лапароскопические операции (Обзор литературы) / Е.М. Альтмарк // Вестник хирургии. – 2007, Т. 166. – № 4. – С. 117–125.

Altmark EM

Simultaneous laparoscopic surgery (Review of Literature) / EM Altmark // Journal of Surgery. – 2007, V. 166. – № 4. – P. 117–125.

6. Байрамов Н.Ю.

Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии / Н.Ю. Байрамов, А.С. Гадирова // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – № 5. – С. 17–20.

Bayramov NY

Endovideosurgery in the diagnosis and treatment of concomitant gynecological and surgical pathology / NY Bayramov, AS Gadirova // Endoscopiesurgery. – 2009. – № 5. – P. 17–20.

7. Баулина Н.В.

Симультанные операции в хирургии и гинекологии / Н.В. Баулина, Е.А. Баулина // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2004, Т. 163. – № 2. – С. 87–91.

Baulina NV

Simultaneous operations in surgery and gynecology / NV Baulina, EA Baulina // Journal of Surgery. IIGrekova. – 2004, V. 163. – № 2. – P. 87–91.

8. Брехов Е.И.

Опыт проведения симультанных лапароскопической холецистэктомии и гинекологических операций / Е.И. Брехов, Е.Б. Савинова, Е.А. Лебедева // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 12. – С. 23–26.

Brekhov EI

The experience of simultaneous laparoscopic cholecystectomy and gynecologic operations / EI Brehov, EB Savinova, EA Lebedeva // Surgery. Journal of NI Pirogov. – 2010. – № 12. – P. 23–26.

9. Верткина Н.В.

Клинико-экономические аспекты симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста / Н.В. Верткина, Ф.Ф. Хамитов // Клиническая геронтология. – 2008. – № 4. – С. 5–10.

Vertkina NV

Clinical and economic aspects of simultaneous operations in elderly and senile / NV Vertkina, FF Hamitov // Clinical Gerontology. – 2008. – № 4. – P. 5–10.

10. Гайдарова А.Х.

Сочетанные операции в гинекологии: дис. доктора мед. наук: 14.00.01 / А.Х. Гайдарова. – М., 2003. – 357 с.

Gaidarova AH

Co-operation in gynecology: MD dis 14.00.01 / AH Gaidarova. – М., 2003. – 357 p.

11. Галимов О.В.

Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О.В. Галимов, Д.М. Зиганшин, С.Р. Туйсин и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2012. – № 3. – С. 25–28.

Galimov OV

Treatment of patients with combined pathology of the pelvic organs with the use of laparoscopic techniques / OV Galimov, DM Ziganshin, SR Tuysin and others // Endoscopic surgery. – 2012. – № 3. – P. 25–28.

12. Гордеева Т.В.

Симультанные лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза у женщин.: Дис. к. мед. н.: 14.00.27 14.00.01 / Т.В. Гордеева. – СПб, 2006. – 209 с.

Gordeeva TV

Simultaneous laparoscopic surgery combined with diseases of the abdominal cavity, retroperitoneum and pelvis in women. PhD dis 14.00.27 14.00.01 / TV Gordeeva. – St. Petersburg, 2006. – 209 p.

13. Галлямова С.В.

Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выпол-

нении сложных сочетанных эндохирургических вмешательств / С.В. Галлямова, В.Г. Ширинский, Э.А. Галлямов, О.Э. Луцевич, И.Г. Бобринская, М.П. Толстых // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 30–35.

Galliamova SV

Predicting safety of anesthetic management for complex interventions combined endosurgical / SV Galliamova, VG Shira, EA Gallyamov, OE Lutsevich, IG Bobrinskaya, MP Tolstych // Endoscopic surgery. – 2008. – № 1. – P. 30–35.

14. Геворкян К.С.

Сочетанные операции у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей : дис. кандидата мед. наук: 14.00.01; 14.00.27 / Геворкян Карине Симоновна. – М., 2003. – 114 с.

Gevorgyan KS

Co-operatingynecologicpatientswithvaricoseveinsofthelowerextremities: PhD dissertation ...: 14.00.01, 14.00.27 / KS Gevorgyan. – М., 2003. – 114 p.

15. Дедков И.П.

Опыт применения комбинированных оперативных вмешательств при раке прямой кишки / И.П. Дедков, М.А. Зыбина, Н.Г. Кононенко // Клиническая хирургия. – 1976. – № 2. – С. 43–46.

Dedkov IP

Experience in the use of combined surgery for rectal cancer / IP Dedkov, MA Zyбина, NG Kononenko // Clinical Surgery. – 1976. – № 2. – P. 43–46.

16. Деенчин П.

Одномоментное проведение нескольких операций / П. Деенчин // Хирургия. – 1975. – № 7. – С. 44–48.

Deenchin P

Simultaneous carrying out several operations / P Deenchin // Surgery. – 1975. – № 7. – P. 44–48.

17. Запорожцев Д.А.

Лапароскопические операции в гинекологии / Д.А. Запорожцев // Малоинвазивная медицина / Под ред. А.С. Бронштейна – М.: МНПИ, 1998. – С. 160–173.

Zaporozhtsev DA

Laparoscopic surgery in gynecology / DA Zaporozhtsev // Minimally Invasive Medicine / Ed. AS Bronstein – М: MNPI, 1998. – P. 160–173.

18. Евтихова Е.Ю.

Симультанные операции при патологии органов брюшной полости и послеоперационных вентральных грыжах / Е.Ю. Евтихова, С.Н. Шурыгин, И.С. Грачев, А.В. Муха, О.А. Лебедева, А.А. Аль Бикай Рами, С.Ю. Сорокин // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2006. – № 3. – С. 44–45.

Evtihova EJ

Simultaneous operations in the pathology of the abdominal cavity and postoperative ventral hernias / EJ Evtihova, SN Shurigin, IS Grachev, AV Fly, OA Lebedev, AA Rami Al Beek, SJ Sorokin // Journal of Transplantation and Artificial Organs. – 2006. – № 3. – P. 44–45.

19. Иванов В.В.

Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением / В.В. Иванов, К.В. Пучков // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 65–69.

Ivanov VV

One-stage laparoscopic surgery combined with diseases of the abdominal cavity and pelvis in patients with obesity / VV Ivanov, KV Puchkov // Bulletin of the NI Pirogov National Medical and Surgical Center. – 2011. – № 4. – P. 65–69.

20. Ищенко А.И.

Оценка клинической и экономической эффективности симультанных операций в гинекологии / А.И. Ищенко, Л.С. Александров, А.М. Шулуток // Вестник новых медицинских технологий. – 2006, Т. XIII. – № 4. – С. 109–112.

Ishchenko AI

Evaluation of the clinical and cost effectiveness of simultaneous operations in gynecology / AI Ishchenko, LS Alexandrov, AM Shulutko // Herald of new medical technologies. – 2006, T. XIII. – № 4. – P. 109–112.

21. Ищенко А.И.

Симультанные операции в гинекологии / А.И. Ищенко, Н.В. Веретенникова, М.Н. Жолобова, К.А. Суханбердиев // Вестник новых медицинских технологий. – 2002. – № 4. – С. 17–19.

Ishchenko AI

Simultaneous operations in gynecology / AI Ishchenko, NV Veretennikova, MN Zholobova, KA Suhanberdiev // Bulletin of new medical technologies. – 2002. – № 4. – P. 17–19.

22. Колыгин А.В.

Оценка эффективности и определение факторов риска сочетанных операций: дис. канд. мед. наук. 14.00.27/ А.В. Колыгин. – М., 2012. – 122 с.

Kolygin AV

Evaluation of effectiveness and to determine risk factors combined operations: PhD Dis. 14.00.27 / AV Kolygin. – М., 2012. – 122 p.

23. Лебедева Е.А.

Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: дис. канд. мед. наук. 14.00.27 / Е.А. Лебедева. – М., 2010. – 123 с.

Lebedeva EA

Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and gynecologic surgery with combined pathology of the gall bladder and the pelvic organs: PhD Dis. 14.00.27 / EA Lebedeva. – М., 2010. – 123 p.

24. Луцевич О.Э.

Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств / О.Э. Луцевич, С.А. Гордеев, Д.А. Запорожцев, Ю.А. Прохоров, Л.И. Винницкий // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 2. – С. 25–29.

Lutsevich OE

Rating traumatic simultaneous laparoscopy / OE Lutsevich, SA Gordeev, DA Zaporozhtsev, Y Prokhorov, LI Vinnitsky // Endoscopic surgery. – 2005. – № 2. – P. 25–29.

25. Майстренко Н.А.

Симультанные эндовидеохирургические вмешательства при заболеваниях матки и придатков, сочетающихся с неосложненными формами желчнокаменной болезни / Н.А. Майстренко, И.В. Берлев, А.С. Басос, С.Ф. Басос // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – Т. LVII. – Вып. 3. – С. 18–23.

Maystrenko NA

Simultaneous Assisted Surgery intervention in diseases of the uterus and appendages, combined with uncomplicated gallstone disease / NA Maystrenko, IV Berlev, AC Basos, SF Basos // Journal of Obstetrics and Women's Diseases. – 2008. – T. LVII. – Vol. 3. – P. 18–23.

26. Маховский В.З.

Одномоментные сочетанные операции в неотложной хирургии и гинекологии / В.З. Маховский, В.А. Аксеенко, В.В. Маховский и др. // Хирургия. – 2008. – № 9. – С. 41–45.

Makhovsky VZ

One-stage combined operations in emergency surgery and gynecology / VZ Makhovsky, VA Akseenko, VV Makhovsky etc. // Surgery. – 2008. – № 9. – P. 41–45.

27. Милонов О.Б.

Сочетанные операции в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, А.Ф. Черноусов, В.А. Смирнов // Хирургия. – 1982. – № 12. – С. 89–93.

Milonov OB

Co-operation in abdominal surgery / OB Milon, AF Chernousov, VA Smirnov // Surgery. – 1982. – № 12. – P. 89–93.

28. Нечипоренко А.Н.

Состояние мочевыводящих путей и почек у женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов / А.Н. Нечипоренко, Н.А. Нечипоренко // Урология. – 2012. – № 3. – С. 14–19.

Nechiporenko AN

Condition of the urinary tract and kidney in women with prolapse and prolapse of internal genital organs / AN Nechiporenko, NA Nechiporenko // Urologiya. 2012. – № 3. – P. 14–19.

29. Пачес А.И.

Рак щитовидной железы / А.И. Пачес, Р.М. Пропп. – М.: Медицина, 1984. – 84 с.

Paches AI

Thyroid cancer / AI Paches, RM Propp. – Moscow, Medicine, 1984. – 84 p.

30. Перельман М.И.

Сочетанные операции на легких и других органах / М.И. Перельман // *Анналы хирургии.* – 1996. – № 1. – С. 28–31.

Perelman MI

Co-operation on the lungs and other organs / MI Perelman // *Annals of Surgery.* – 1996. – № 1. – P. 28–31.

31. Пучков К.В.

Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии: монография / К.В. Пучков, В.С. Баков, В.В. Иванов – М.: ИД МЕД-ПРАКТИКА. – М., 2005. – 168 с.

Puchkov KV

Simultaneous laparoscopic surgery in gynecology and surgery: monograph / KV Puchkov, VS Tanks, VV Ivanov. – Moscow: Foreign medical practice. – Moscow, 2005. – 168 p.

32. Пчельников С.С.

Экономическая эффективность хирургических вмешательств / С.С. Пчельников, Ш.А. Тенчурин, П.П. Пашков // *Хирургия.* – 1990. – № 11. – С. 137–139.

Pchelnikov SS

Cost-effectiveness of surgical interventions / SS Pchelnikov, Sh Tenchurina, PP Pashkov // *Surgery.* – 1990. – № 11. – P. 137–139.

33. Стрижелецкий В.В.

Экономическая эффективность симультанных операций в хирургии и гинекологии / В.В. Стрижелецкий, Г.М. Рутенбург // *Московский хирургический журнал.* – 2008. – № 1. – С. 26–30.

Strizheletsky VV

Cost-effectiveness of simultaneous operations in surgery and gynecology / V Strizheletsky, GM Rutenburg // *Moscow surgical journal.* – 2008. – № 1. – P. 26–30.

34. Тоскин К.Д.

Симультанные операции, название и определение / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский, А.А. Земляникин // *Вестник хирургии.* – 1991. – № 5. – С. 3–9.

Toskin KD

Simultaneous operations, the name and identification / KD Toskin, VV Zhebrowsky, AA Zemlyanikin // *Journal of Surgery.* – 1991. – № 5. – P. 3–9.

35. Федоров А.В.

Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А.В. Федоров, А.Г. Кригер, А.В. Колыгин, А.В. Кочатков // *Хирургия.* – 2011. – № 7. – С. 72–76.

Fedorov AV

Simultaneous operations. Terminology (a review of literature and own proposal) / AV Fedorov, AG Krieger, A Kolygin, AV Kochatkov // *Surgery.* – 2011. – № 7. – P. 72–76.

36. Хатьков И.Е.

Сочетанные эндовидеохирургические вмешательства у онкологических больных / И.Е. Хатьков, К.В. Агапов, Р.Е. Израйлов, Д.Л. Давидович // *Эндоскопическая хирургия.* – 2010. – № 2. – С. 3–8.

Khatkov IE

Co-Assisted Surgery intervention in cancer patients / IE Khatkov, KV Agarov, RE Israilov, DL Davidovich // *Endoscopic surgery.* – 2010. – № 2. – P. 3–8.

37. Хнох Л.И.

Симультанные операции в брюшной полости / Л.И. Хнох, И.Х. Фельшшнер // *Хирургия.* – 1976. – № 4. – С. 75–79.

Hnoh LI

Simultaneous operations in the abdomen / LI Hnoh, IH Felyshiner // *Surgery.* – 1976. – № 4. – P. 75–79.

38. Voccasanta P

Prospective clinical and functional results of combined rectal and urogynecologic surgery in complex pelvic floor disorders / P Voccasanta, M Venturi, M Spennacchio et al. // *Am. J. Surg.* – 2010. – Vol. 199, N. 2. – P. 144–153.

39. Craig JB

Reconstructive pelvic surgery and plastic surgery: safety and efficacy of combined surgery / JB Craig, KL Noblett, CA Conner // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2008. – Vol. 199, N 6. – P. 701–705.

40. DeBrock BJ

Combined cholecystectomy and radical genitourinary cancer surgery / BJ DeBrock, BE Davis, MJ Noble et al. // *Urology.* – 1993. – Vol. 41, N. 2. – P. 103–106.

41. Griffin S

Combined abdominal hysterectomy, cholecystectomy and appendectomy: a study of 25 cases in Abbottabad / S Griffin, N Abbassi, Z Parveen et al. // *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad.* – 2006. – V. 18. – N. 2. – P. 57–59.

42. Hardy JE

The safety of pelvic surgery in the morbidly obese with and without combined panniculectomy: a comparison of results / JE Hardy, CJ Salgado, MS Matthews // *Ann. Plast. Surg.* – 2008. – Vol. 60, N. 1. – P. 10–13.

43. Hart S

Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy / S Hart, S Ross, A Rosemurgy // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2010. – Vol. 17, N. 6. – P. 798–801.

44. Jocko JA

The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series / JA Jocko, H Shenassa, SS Singh // *J. Obstet. Gynecol. Can.* – 2013. – Vol. 35, N. 1. – P. 44–48.

45. Kaplan HY

Safety of combining abdominoplasty and total abdominal hysterectomy: fifteen cases and review of the literature / HY Kaplan, E Bar-Meir // *Ann. Plast. Surg.* – 2005. – Vol. 54, N. 4. – P. 390–392.

46. Kim YT

Prealbumin changes in gynecologic patients undergoing intra-abdominal surgery / YT Kim, JW Kim, SH Kim // *Int. J. Gynecol Obstet.* – 2004. – Vol. 86, N. 1. – P. 63–64.

47. Kryger ZB

Safety issues in combined gynecologic and plastic surgical procedures / ZB Kryger, GA Dumanian, MA Howard // *Int. J. Gynecol. Obstet.* – 2007. – Vol. 99, N 3. – P. 257–263.

48. Malfetano JH

Incidental cholecystectomy in the treatment of gynecologic malignancy / JH Malfetano, RT MacDowell, MM O'Hare // *J. Gynecol. Surg.* – 1990. – Vol. 6, N 3. – P. 195–198.

49. Reiffersceid M

Der simultaneingriff in der Bayrachhohle-Chirurgische Aspekte / M Reiffersceid // *Zent. Bl. Chir.* – 1971. – Bd. 5. – S 2010.

50. Salom EM

The safety of incidental appendectomy at the time of abdominal hysterectomy / EM Salom, D Schey, M Peñalver et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2003. – Vol. 189, N 6. – P. 1563–1567.

51. Sinno S

Assessing the safety and efficacy of combined abdominoplasty and gynecologic surgery / S Sinno, S Shah, K Kenton et al. // *Ann. Plast. Surg.* – 2011. – Vol. 67, N 3. – P. 272–274.

52. Shull BL

Combined plastic and gynecological surgical procedures / BL Shull, CN Verheyden // *Ann. Plast. Surg.* – 1988. – Vol. 20, N 6. – P. 552–557.

53. Stevens ML

Combined gynecologic surgical procedures and cholecystectomy / ML Stevens, BC Hubert, EJ Wenzel // *Am. J. Obst. Gynecol.* – 1984. – N 149. – P. 350–354.

54. Surico D

Laparoendoscopic single-site surgery for treatment of concomitant ovarian cystectomy and cholecystectomy / D Surico, S Gentilli, A Vigone // *J. Minim. Invasive Gynecol.* – 2010. – Vol. 17, N 5. – P. 656–659.

55. Tillmanns TD

Panniculectomy with simultaneous gynecologic oncology surgery / TD Tillmanns, SA Kamelle, I Abudayyeh // *Gynecol. Oncol.* – 2001. – Vol. 83, N 3. – P. 518–522.

56. Umeadi UP

Apronectomy in combination with major gynecological procedures / UP Umeadi, AS Ahmed, J Murphy, RJ Slade // *J. Obstet. Gynecol.* – 2008. – Vol. 28, N 5. – P. 516–518.

57. Uwaezuoke S

Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis: a case report and literature review / S Uwaezuoke, E Udoye, E Etebu // *Ethiop J Health Sci.* – 2013. – Vol. 23, N 1. – P. 69–72.

58. Van der Ploeg M

Protocol for the CUPIDO trials; multicenter randomized controlled trials to assess the value of combining prolapse surgery and incontinence surgery in patients with genital prolapse and evident stress incontinence (CUPIDO I) and in patients with genital prolapse and occult stress incontinence (CUPIDO II) / M van der Ploeg, MG Dijkgraaf, H van der Vaart, JP Roovers // *BMC Womens Health.* – 2010. – N 11. – P. 10–16.

59. Wallace SA

Panniculectomy and abdominoplasty in patients undergoing gynecologic surgery: a single center case series of 15 combined procedures / SA Wallace, AF Mericli, PT Taylor, DB Drake // *Ann. Plast. Surg.* – 2013.

60. Wright JD

Panniculectomy: improving lymph node yield in morbidly obese patients with endometrial neoplasms / JD Wright, MA Powell, TJ Herzog et al. // *Gynecol Oncol.* – 2004. – Vol. 94, N 2. – P. 436–41.

61. Wright JD

Long-term outcome of women who undergo panniculectomy at the time of gynecologic surgery / JD Wright, EJ Rosenbush, MA Powell et al. // *Gynecol Oncol.* – 2006. – Vol. 102, N 1. – P. 86–91.

62. Yetkin G

Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis / G Yetkin, M Uludag, B Citgez, N Polat // *BMJ*–2009.

63. Yi QH

Evaluation of the clinical value of simultaneous hysterectomy and bilateral salpingectomy in perimenopausal women / QH Yi, SR Ling, KM Chen et al. // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* – 2012. – Vol. 47, N 2. – P. 110–114.

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ПОЄДНАННІ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ТА ХІРУРГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

В.Н. Запорожан, д. мед. н., професор, академік НАМН України, віце-президент НАМН України, ректор Одеського національного медичного університету, завідувач кафедри акушерства та гінекології № 1

Т.Ф. Татарчук, д. мед. н., професор, член-кор. НАМН України, заступник директора з наукової роботи, завідувачка відділення ендокринної гінекології Інституту педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України

А.І. Дронов, д. мед. н., професор, завідувач кафедри загальної хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

В.Л. Дронова, д. мед. н., Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Е.А. Крючина, доцент кафедри загальної хірургії № 1 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

У роботі наведено огляд вітчизняної та іноземної літератури з проблеми виконання симультанних операцій у гінекології – питання термінології, класифікації, оцінки травматичності та клініко-економічної ефективності, особливості симультанних операцій при поєднанні гінекологічних захворювань з іншою хірургічною патологією (апендицит, ожиріння, грижа, жовчокам'яна хвороба, варикозна хвороба вен нижніх кінцівок та ін.).

Ключові слова: симультанні операції, гінекологія, хірургія.

SIMULTANEOUS OPERATIONS AT A COMBINATION OF GYNECOLOGICAL AND SURGICAL PATHOLOGY

V.N. Zaporozhan, MD, professor, academician of NAMS of Ukraine, Vice-President of NAMS of Ukraine, Rector of the Odessa National Medical University

T.F. Tatarchuk, MD, professor, corresponding member of NAMS of Ukraine, Deputy Director for Research Work, Chief of the Endocrine Gynecology Department, SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine»

AI Dronov, MD, professor, head of the General Surgery Department number 1, National Medical University named after AA Bogomolets

VL Dronova, MD, National Medical University named after AA Bogomolets

EA Kryuchina, assistant professor of the General Surgery Department number 1, National Medical University named after AA Bogomolets

In this work provides an overview of domestic and foreign literature about problems of simultaneous operations in gynaecology – questions of terminology, classifications, assessment traumatism and clinical and cost-effectiveness, features of operations in cases of combination gynecologic diseases with surgical pathology (appendicitis, morbid obesity, hernia, cholelithiasis, varicose veins on the lower leg, etc.).

Keywords: simultaneous operations, gynecology, surgery.