

Тазовая хирургия – насущная необходимость современной медицины



**Денис
Эдуардович
Елисеев**

Ординатор
2-го года обучения
ФГУ НИИ урологии
МЗ и СР РФ
edionis@mail.ru

В настоящее время в российской медицине сложилась ситуация, при которой происходит дробление медицинских специальностей и дисциплин на более узкие разделы: из эндокринологии выделена диабетология, из кардиологии — аритмология и т. д. Безусловно, это способствует глубокому изучению соответствующих разделов клинической медицины. Но такой путь развития здравоохранения имеет и определенные недостатки, а именно: отсутствует междисциплинарный подход, некоторые нозологии «теряются» между несколькими узкими специальностями, больные не знают, к какому специалисту им обратиться, а врачи в силу отсутствия достаточной подготовки в смежных областях не могут оказывать квалифицированную помощь на достаточном уровне.

Все вышесказанное в полной мере относится к взаимоотношению специальностей, составляющих женскую тазовую хирургию, — урологии, гинекологии, проктологии, хирургии. Объединение нескольких специальностей в одну дисциплину обосновано множеством причин. Все органы малого таза эмбриологически, анатомически и функционально тесно связаны. Вероятно, поэтому в клинической практике часто наблюдаются сочетанные заболевания как половых, так и мочевых органов и прямой кишки. При этом в большинстве случаев первично поражаются органы половой сферы, а уже затем в патологический процесс вовлекается мочевая система и кишечник.

По данным В.И. Краснополского и С.Н. Буяновой, количество гинекологических больных с поражением смежных органов составляет 28–32% от всех больных, госпитализированных в гинекологическую клинику МОНИИАГ для хирургического лечения. При этом патологический процесс в гениталиях сочетается с поражением толстой кишки (78%), мочевого пузыря (25%), мочеточников (54%).

В XIX в. в период бурного развития оперативной гинекологии, внедрения эндоскопии в урологии, на стыке этих специальностей начала рождаться новая дисциплина — урогинекология. Отсутствие антибактериальных препаратов, несовершенная оперативная техника гинекологов, недоступность квалифицированной акушерской помощи всем слоям населения, распространенность гононейроинфекции рисовали мрачную картину дореволюционной России — большая перинатальная и материнская смертность, послеродовые септические осложнения, тяжелые акушерские свищи и разрывы промежности, гонококковые перитониты и проч. Поэтому появление и развитие урогинекологии было оправданным и своевременным.

Не вдаваясь глубоко в историю, можно сказать, что на данном этапе развития медицинской науки правомернее использовать термин «тазовая хирургия», поскольку он достаточно емкий и включает еще один раздел — проктогинекологию. По моему мнению, в малом тазу существует 5 патологических процессов, затрагивающих в той или иной степени все органы мало-

го таза, 3 из которых носят инфильтративно-воспалительный характер. Во-первых, это гнойно-воспалительные заболевания внутренних половых органов с формированием tuboовариальных образований и их перфорацией в различные отделы кишечника или мочевого пузыря. Во-вторых, распространенные формы генитального эндометриоза (эндометриоз яичников и ретроцервикальный эндометриоз) и экстрагенитальный эндометриоз с поражением ободочной и прямой кишки, с формированием эндометриоидных инфильтратов в параметрии, приводящих к стриктурам мочеточника. Третий инфильтративный процесс — это местнораспространенные опухоли органов малого таза, преимущественно рак шейки матки, яичников, мочевого пузыря, прямой кишки.

Сейчас тазовой хирургии или урогинекологии в перечне медицинских специальностей РФ нет, соответственно, отсутствуют специалисты, одинаково хорошо подготовленные по хирургии, урологии и гинекологии.

Еще одна нозология, часто встречающаяся среди женского населения, — пролапс тазовых органов и нередко сопутствующее ему недержание мочи при напряжении, имеющие общие этиопатогенетические аспекты. Ну и последняя нозологическая группа — это всевозможные мочеполовые и кишечнополовые свищи.

С XIX в. очень изменился спектр урогинекологических заболеваний: уменьшилось количество септических акушерских осложнений, разрывов промежности, пузырно-влагалищных свищей, особенно акушерского генеза. Безусловно, это следствие стремительного развития акушерства, оказания качественной акушерской помощи в женских консультациях и родильных домах. Сейчас тазовая хирургия стала уделять больше внимания проблемам, нарушающим качество жизни пациенток, — недержанию мочи, пролапсу тазовых органов, эстетической и пластической хирургии наружных половых органов.

В последние два десятилетия в связи с активным внедрением оперативной лапароскопии в гинекологии стали возникать такие специфические осложнения, как коагуляционные некрозы мочеточника, появляющиеся преимущественно после радикальных операций на матке. Спектр заболеваний со временем меняется, а востребованность специалистов в области тазовой хирургии продолжает расти.

Уже доказаны ограниченность урологического, гинекологического или проктологического подходов по отдельности и необходимость создания специализации «тазовая хирургия». Для любой пациентки гораздо лучше, если ее лечением будет заниматься врач, хорошо подготовленный по нескольким смежным специальностям, чем несколько специалистов (гинеколог, уролог, хирург), разбирающихся только в своей узкой области.

Еще в 1909 г. один из ярких представителей акушерско-гинекологической науки Г.Е. Рейн писал: «Взгляд, что к ведению гинекологов относятся только половые органы женщины, все же находящиеся рядом, над и под ними, не подлежит их компетенции, несомненно, ошибочен». И далее: «Если гинекологи возьмут на себя труд изучения мочевой системы женщины и ее лечение, то для них явится возможность лечить не болезнь, а излечить больную, которая не знает, кто ее должен лечить, и, переходя от

одного специалиста к другому, не получает благоприятных результатов от их лечения».

Сейчас тазовой хирургии или урогинекологии в перечне медицинских специальностей РФ нет, соответственно, отсутствуют специалисты, одинаково хорошо подготовленные по хирургии, урологии и гинекологии. Не могут исправить положение и месячные курсы повышения квалификации по урогинекологии, так как для освоения каждой составляющей этой специальности требуется гораздо больше времени. Сейчас этих пациенток делят между собой отдельные узкие специалисты — урологи, гинекологи, проктологи. При этом чаще всего вся тазовая хирургия сводится к slingовым уретропексиям при стрессовом недержании мочи петлей TVT и ее аналогами и росту популяции «врачей-TVТологов».

А тяжелые больные остаются «за бортом» медицинской помощи. Безусловно, причина сложившейся ситуации кроется в страхе узких специалистов перед возможными осложнениями, неумении с ними бороться, нежелании затрачивать силы и время на выхаживание таких сложных больных в послеоперационном периоде.

Приведу несколько примеров несостоятельности организации медицинской помощи для этой категории пациентов. Часто урологи, выполняя операции по реконструкции тазового дна, не могут оценить показания к экстирпации матки у пациентки и технически осуществить ее, а при необходимости выполнения симультанной операции на придатках матки (например, при кисте яичника) дополнить ее лапароскопическим доступом. Другой яркий пример «взаимоотношения» специалистов — интраоперационная травма органов мочевой системы или кишечника при гинекологических операциях.

Один из возможных путей повышения качества оказания медицинской помощи этой сложной категории больных — реорганизация системы подготовки кадров.

Гинекологи обычно не в состоянии самостоятельно ликвидировать возникшие осложнения — ушить дефект стенки мочевого пузыря или кишки, наложить уретероуретеро- или уретероцистоанастомоз, колостому. Урологи и хирурги, приглашенные на операцию, в свою очередь также оказываются в сложной ситуации. Непривычное операционное поле, незнание особенностей гинекологической патологии, часто нестандартность возникшей ситуации дискредитируют их как специалистов.

Еще один распространенный пример выбора неадекватной тактики ведения пациенток — лечение эндометриоза. Часто гинекологи, обнаруживая во время операции распространенный генитальный эндометриоз, удаляют тем или иным способом эндометриоидные гетеротопии в области внутренних половых органов и оставляют участки ретроцервикального эндометриоза с прорастанием прямой кишки, ошибочно предполагая, что он регрессирует на фоне консервативного лечения. А многие хирурги и проктологи не все-

гда решаются производить резекцию прямой кишки и наложение анастомоза в подбрюшинном отделе малого таза. Это лишь отдельные примеры и наблюдения, реальная же ситуация более многогранна, а формат газетной или журнальной статьи не позволяет раскрыть все проблемные аспекты.

Одним из возможных путей повышения качества оказания медицинской помощи для этой сложной категории больных служит реорганизация системы подготовки кадров. Конечно, нет необходимости из каждого уролога или гинеколога формировать тазового хирурга, это слишком долгий и затратный процесс, который в нашей стране может растянуться на несколько лет постдипломного образования, включая получение специализаций по урологии, гинекологии, хирургии.

Иным образом устроена система медицинского образования в большинстве развитых стран. За рубежом, например, у будущего врача-гинеколога или уролога в резидентуру включен курс по общей хирургии. Но вне зависимости от различных систем образования можно обрисовать образ полноценного тазового хирурга.

Во-первых, необходима теоретическая и практическая подготовка по смежным специальностям. Во-вторых, врач должен владеть техникой реконструктивно-пластических и радикальных операций на женских половых органах и уметь выполнять их открытым абдоминальным, лапароскопическим и влагалищным доступами.

Следующий штрих — это владение техникой оперативных вмешательств на органах мочевой системы и кишечнике. Сюда относятся такие операции и приемы, как шов мочевого пузыря и кишечника, уретероуретеро- и уретероцистоанастомоз, операция Боари, нефростомия, резекция кишечника, колостомия, назоинтестинальная интубация и др.

В России существуют отделения и клиники, занимающиеся отдельными вопросами тазовой хирургии.

Но в подавляющем большинстве случаев этими больными, как я уже говорил, занимаются либо урологи, либо гинекологи, либо проктологи. Складывается впечатление односторонности изучаемых проблем, потому что отсутствуют специалисты, способные взглянуть на женский таз в целом. И конечно, прав был А.М. Мажниц, говоривший: «Акушерство-гинекология и женская урология — дочерние клетки общей хирургии, это — близнецы с различным возрастным цензом, генетически, клинически и практически так intimately связанные между собой, что границы между ними зачастую сглаживаются».

В заключение хотел бы еще раз отметить, что урогинекология или проктогинекология — это не отдельные очень узкие специальности, сформировавшиеся на стыке нескольких дисциплин, а области, требующие от врача двойных и даже тройных вложений сил, времени, потому что, как писал Д.В. Кан: «Знания, даже очень глубокие, только одной из этих специальностей еще недостаточны для лечения урогинекологических больных». **УС**