

ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ



УДК 616.345–089.12

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

А. В. Борота, А. П. Кухто, А. А. Борота, Н. К. Базиян—Кухто

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

SIMULTANT OPERATIVE INTERVENTIONS IN PATIENTS FOR THE DISEASES OF LARGE BOWEL

A. V. Borota, A. P. Kukhto, A. A. Borota, N. K. Baziyan—Kukhto

Проблема одновременной хирургической коррекции нескольких заболеваний интересовала хирургов давно. Уже в 70—е годы XX века, благодаря развитию диагностической базы, улучшению предоперационной подготовки больных, усовершенствованию в области анестезиологии и реаниматологии расширены показания к выполнению симультанных операций. Понятие "симультанная операция" введено М. Reiffersceid в 1971 г., впервые приведено в его статье "Одновременное вмешательство в брюшной полости: хирургические аспекты" [1], в русскоязычной литературе этот термин использовали Л. И. Хнох и И. Х. Фельгшинер [2], в 1922 г. А. В. Вишневский впервые в отечественной литературе описал одномоментное выполнение нефрэктомии и аппендэктомии. В бывшем СССР широкое признание симультанные операции получили благодаря работам В.Д. Федорова, разработавшего классификацию, методологию таких вмешательств, показания и противопоказания к их выполнению [3]. Термин "симультанная" происходит от латинского слова simul — "одновременно, в одно и то же время, совместно с", французского simultane — "одновременный, одномоментный", английского simultaneously — "одновременно".

При анализе публикаций отмечено, что одни авторы используют термин "одномоментная операция", другие — "сочетанная", третьи — "одновременная" или "одновременная сочетанная" и др. Мы согласны с мнением К. Д. Тоскина, В. В. Жебровского [4], которые, проанализировав эту терминологию, предложили в качестве эталона термин "симультанная операция", опираясь на латинское происхождение. Термин же "сочетанная", по мнению авторов, более всего подходит к заболеванию, по поводу которого предполагают вмешательство. При этом сопутствующим заболеванием авторы предложили называть фоновое заболевание, оказывающее влияние на переносимость и исход операции.

В настоящее время симультанной операцией считают хирургическое вмешательство, производимое одно-

временно на двух органах или более по поводу этиологически не связанных одно с другим заболеваний [3 — 5]. Некоторые авторы 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 [5, 6]. В энциклопедическом словаре медицинских терминов "одномоментная операция" — та, все этапы которой выполняют один за другим, без разрыва во времени. В отечественных публикациях часто используют термин "симультанная операция", что обеспечивает однозначность обмена информацией. Слово "сочетанная", по аналогии с понятием "сочетанная травма", логичнее применять для обозначения болезней, подлежащих одновременной хирургической коррекции [7 — 11]. Обширные, расширенные, синхронные, комбинированные операции предусматривают устранение одного онкологического процесса, хотя могут быть выполнены на различных органах. При сочетанных операциях осуществляют одномоментную коррекцию, выделяют основное, сочетанное и конкурирующее заболевания, то есть возможна одномоментная коррекция изменений в двух органах и более по поводу их самостоятельных заболеваний или зависящих одно от другого. Задачей является установление показаний к их одномоментной коррекции, обоснование хирургического доступа, анестезиологического пособия и т. д. В. Д. Федоров уточняет возможность выполнения симультанных операций с использованием разных доступов, не ограничивая их только брюшной полостью [11]. Нельзя считать определяющим и вмешательство на разных органах, поскольку и на одном органе возможно выполнение операций по поводу различных заболеваний (зашивание разрыва печени и удаление ее эхинококковой кисты). Нельзя считать симультанными операции профилактические, диагностические и вынужденные, поэтому перед вмешательством следует обос-

новать необходимость его выполнения и показания для больного. Некоторые операции при осуществлении иного вмешательства становятся их обязательным этапом. Такое вмешательство не считают симультанным [2, 12, 13].

По данным ВОЗ, у 25 — 30% пациентов, которым показано оперативное лечение по поводу какого-либо заболевания, дополнительно выявляют другие патологические состояния, также требующие хирургического вмешательства. Сочетанные заболевания органов брюшной полости выявляют достаточно часто, по данным литературы — у 2,8 — 63% пациентов. Например, синдром Кастена — сочетание грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронического холецистита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — диагностируют у 5 — 7% больных [14—17]. Это не связано с увеличением числа заболеваний, а является следствием увеличения продолжительности жизни населения, улучшения уровня диагностики, достижений хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Если первые симультанные вмешательства выполняли случайно, во время осуществления неотложных и плановых операций, позже их стали планировать заранее [18, 19]. Чаще всего у одного больного выполняют не более двух операций. Однако есть сообщения об одномоментной резекции 7 органов [20]. Наибольшее число одновременных симультанных операций выполнены у пациентки в возрасте 62 лет по поводу 10 различных заболеваний, продолжительность операции 3 ч 45 мин [21]. Больной произведены: экстирпация матки с придатками, удаление забрюшинной фибросаркомы, аппендэктомия, резекция 30 см тонкой кишки, полипэктомия из прямой кишки, наложение сигмоморектоанастомоза, пластика послеоперационной грыжи брюшной стенки, секторальная резекция грудной железы, удаление папилломы и липомы брюшной стенки. Кровопотеря составила не более 200 мл, в палате интенсивной терапии больная находилась в течение 1 сут. Все раны зажили первичным натяжением. Послеоперационных осложнений не было. В отделении до операции больная находилась 8 сут, после операции — 17. Больная наблюдалась амбулаторно, клинических данных, свидетельствующих о рецидиве опухолей, не было.

Симультанные операции — еще одно звено в достижении цели, поставленной перед миниинвазивной хирургией. При сохранении минимальной инвазии они позволяют расширять хирургическую задачу до объема двух оперативных пособий и более. В 1989 г. М. И. Перельман [6] определил симультанные операции как новое программное направление в хирургии. В настоящее время не наблюдают тенденции к уменьшению частоты хирургических заболеваний, сопровождающихся поражением соседних органов, оперативная коррекция которых требует расширения объема оперативного вмешательства с привлечением других специалистов. Высокый уровень диагностических возможностей, совершенствование анестезиологического и реанимационного обеспечения оперативных вмешательств, внедрение

лапароскопических технологий позволяют выполнять оперативные вмешательства менее травматично, с минимальной кровопотерей, меньшей продолжительностью послеоперационного периода и периода реабилитации пациента. Это создает реальные условия для расширения показаний к выполнению симультанных операций, уменьшения частоты интра- и послеоперационных осложнений, длительности лечения больного в стационаре и периода временной нетрудоспособности, представляет широкие перспективы для улучшения результатов оперативного лечения пациентов по поводу сочетанных заболеваний [6, 22 — 25]. Наряду с простой констатацией опыта выполнения и количественно-качественной характеристикой сочетанных операций, с конца 90-х годов XX в. стали появляться работы с глубоким анализом возможностей лапароскопической техники во время выполнения симультанных операций, появились первые классификации, алгоритмы тактики лечения сочетанных заболеваний [15, 26, 27]. Лапароскопические операции разделяют на две группы: только с использованием эндовидеохирургических методов и выполненные путем сочетанного применения эндовидеохирургических методов и стандартной хирургии. Во вторую группу включены различные виды герниопластики на передней брюшной стенке в сочетании с лапароскопической холецистэктомией [28].

В. Л. Полуэктов и соавторы [29] разработали алгоритм лечения сочетанных хирургических заболеваний с использованием лапароскопических технологий. Авторы основательно продумали методы предоперационной диагностики и все этапы операций. Решение о переходе от одного этапа вмешательства к другому, как и необходимости выполнения симультанной операции, принимали после обязательной оценки основных действий хирурга, что способствовало повышению безопасности операции.

Повышение внутрибрюшного давления нежелательно во время операций на органах брюшной полости и передней брюшной стенке, следовательно, необходимо учитывать патофизиологические особенности влияния пневмоперитонеума. При этом лапароскопический этап минимально травматичен и не повышает риск выполнения оперативного вмешательства [26, 29 — 31].

Особенно интересны сообщения о симультанных операциях по поводу различных поражений нескольких органов брюшной полости. Так К. В. Пучков и соавторы [15] осуществили операцию, включавшую рассечение связки Трейтца, холецистэктомию, дуоденолиз, ваготомию в модификации Хилла—Баркера, крурорафию и фундопликацию по Ниссену по поводу триады Кастена. Операция длилась 3 ч.

Лечение пациентов по поводу сочетанных заболеваний требует серьезного понимания патофизиологии синдромного поражения. Коррекция таких заболеваний с использованием миниинвазивных технологий может стать перспективным направлением в хирургии. Однако в настоящее время нет ни названия операций, ни всеобъемлющей классификации, ни четко разрабо-

танного алгоритма тактики хирургического лечения сочетанных заболеваний.

Н. Н. Малиновский, Л. В. Поташов [16, 32] считают признаком симульганной операции отсутствие патогенетической связи между сочетанными заболеваниями. Авторы добавили к определению симульганной возможность выполнения операций с использованием одного или разных хирургических доступов. К. Д. Тоскин и соавторы [4], объединив все указанные признаки, считают методологически правильным такое определение симульганной операции: одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение. Следует различать основной и симульгантные этапы. Заболевания, по поводу которых производили сочетанные этапы, являются сочетанными, а остальные — следует считать сопутствующими. Основное заболевание — то, которое представляет наибольшую опасность.

В настоящее время существуют многочисленные термины для определения таких вмешательств. По мнению В. Д. Федорова [11], обширные, расширенные, синхронные, комбинированные операции предусматривают устранение одного онкологического процесса, хотя могут быть выполнены на различных органах. Альтернативой такому оперативному вмешательству может быть только отказ от него. В. В. Маховский и соавторы [33] для оценки опасности выполнения сочетанных хирургических вмешательств предложили выделять 4 степени операционного риска: 1 — незначительная, 2 — умеренная, 3 — высокая, 4 — чрезвычайная на основе оценки 4 факторов:

- объем и травматичность сочетанных вмешательств;
- особенности сочетанных заболеваний (характер, тяжесть функциональных, метаболических и органических повреждений органов и тканей);
- характер и тяжесть сопутствующих заболеваний;
- возраст больного.

Применяют также классификацию степеней риска, разработанную Н. Н. Малиновским и соавторами [32]. Выделяют 5 степеней риска: 1 степень — незначительная, при небольших по объему операциях у пациентов в

возрасте до 50 лет без сопутствующих заболеваний; 2 — умеренная, при более расширенных операциях, но неосложненном течении основного заболевания; у пациентов без сопутствующих заболеваний, а также при небольших по объему операциях, но у пациентов более старшего возраста; 3 степень — при операциях, значительных по объему, при осложненном течении хирургического заболевания; 4 степень — при вмешательствах у пациентов при тяжелом дооперационном состоянии, с выраженными сопутствующими заболеваниями; 5 степень — при вмешательствах по жизненным показаниям. Авторы считают противопоказанием к выполнению сочетанных хирургических вмешательств только 5 степень риска. Наличие патологического процесса в половых органах чревато гнойными осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде.

Нет единого мнения относительно оценки тяжести операции. По данным Н. В. Баулиной и соавторов [21], основными ее критериями являются:

- кровопотеря, возможная или возникшая;
- длительность операции и наркоза, обусловленные этим нарушения органов и систем, в том числе токсическое влияние;
- обширная раневая поверхность;
- вероятность возникновения осложнений.

Важным также является вопрос об очередности выполнения симульганной операции. Придерживаясь общепринятого мнения о приоритете основного заболевания, более всего угрожающего жизни пациента, мы позволяем себе выстраивать тактику с учетом удобства оперирования. В некоторых ситуациях после ревизии и оценки тяжести основного поражения мы при благоприятных условиях выполняем вначале более быстрые этапы симульганной операции, чтобы не тратить на них время при выполнении более серьезного основного вмешательства.

В заключение хотелось бы отметить, что симульганные операции являются перспективным направлением хирургии. Они позволяют с минимальной травматичностью избавить больного от двух или нескольких недугов без выполнения повторных вмешательств, сохранить его психику, достичь высокого медико—социального эффекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Reiffersceid M. Der simultaneing ziff in der Bayyehohle — Chirurgische Aspekte / M. Reiffersceid // Zbl. Chir. — 1971. — Bd. 5. — S. 201.
2. Хнох Л. И. Симульганные операции в брюшной полости / Л. И. Хнох, И. Х. Фельштинер // Хирургия. — 1976. — № 4. — С. 75 — 79.
3. Одномоментные операции. Терминология / А. В. Федоров, А. Г. Кригер, А. В. Колыгин, А. В. Кочатков // Там же. — 2011. — № 7. — С. 72 — 76.
4. Тоскин К. Д. Симульганные операции, название и определение / К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский, А. А. Земляникин // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 1991. — № 5. — С. 3 — 9.
5. Милонов О. Б. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии / О. Б. Милонов, А. Ф. Черноусов, В. А. Смирнов // Хирургия. — 1982. — № 12. — С. 89 — 93.
6. Перельман М. И. Сочетанные операции на легких и других органах / М. И. Перельман // Анналы хирургии. — 1996. — № 1. — С. 28 — 31.
7. Одномоментные сочетанные операции в неотложной хирургии и гинекологии / В. З. Маховский, В. А. Аксеев, В. В. Маховский [и др.] // Хирургия. — 2008. — № 9. — С. 41 — 45.
8. Одномоментные сочетанные операции на органах брюшной полости при компрессионном стенозе чревного ствола / У. Д. Арипов, Ш. А. Абдурахманов, Ф. Н. Назиров [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2004. — Т. 163, № 2. — С. 104 — 109.
9. Плановые сочетанные операции при злокачественных новообразованиях желудочно—кишечного тракта, патологии брюшной аорты и ее ветвей. Проблемы патологии сосудов у онкологических больных / Г. П. Авдеев, Ю. В. Александров, А. Ф. Григорьев [и др.] // Сб. науч. тр.; под ред. А. А. Фокина, А. В. Важенина. — Челябинск, 2002. — С. 9 — 10.
10. Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выполнении сложных сочетанных эндовидеохирургических вмешательств / С. В. Галлямова, В. Г. Ширинский, Э. А. Галлямов [и др.] // Эндоскоп. хирургия. — 2008. — № 1. — С. 30 — 35.

11. Федоров В. Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику / В. Д. Федоров // *Анналы хирургии*. — 2001. — № 4. — С. 33 — 38.
12. Стрижелецкий В. В. Экономическая эффективность симультанных операций в хирургии и гинекологии / В. В. Стрижелецкий, Г. М. Рутенбург // *Моск. хирург. журн.* — 2008. — № 1. — С. 26 — 30.
13. Лебедева Е. А. Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: спец. 14.01.17 / Е. А. Лебедева. — М., 2010. — 23 с.
14. Байрамов Н. Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии / Н. Ю. Байрамов, А. С. Гадирова // *Эндоск. хирургия*. — 2009. — № 5. — С. 17 — 20.
15. Пучков К. В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии / К. В. Пучков, В. С. Баков, В. В. Иванов. — М.: Медпрактика, 2005. — 168 с.
16. Сочетанные оперативные вмешательства в видеоэндохирургии / Л. В. Поташов, В. В. Васильев, Д. Ю. Семенов [и др.] // *Эндоск. хирургия*. — 2003. — Т. 9, № 5. — С. 8 — 12.
17. Combined abdominal hysterectomy, cholecystectomy and appendicectomy: a study of 25 cases in Abbottabad / S. Griffin, N. Abbassi, Z. Parveen [et al.] // *J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad*. — 2006. — Vol. 18, N 2. — P. 57 — 59.
18. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях / В. Л. Дронова, А. И. Дронов, Е. А. Крючина [и др.] // *Укр. журн. хірургії*. — 2013. — № 2 (21). — С. 143 — 151.
19. Симультанные оперативные вмешательства по поводу хирургических заболеваний толстой кишки и других органов брюшной полости / А. В. Борота, О. В. Совпель, А. П. Кухто, Н. К. Базиян—Кухто // *Клін. хірургія*. — 2014. — № 7. — С. 20 — 22.
20. Федоров В. Д. Одномоментная резекция 7 органов при раке восходящей ободочной кишки / В. Д. Федоров, К. Д. Будаев // *Хирургия*. — 1998. — № 11. — С. 55 — 58.
21. Баулина Н. В. Симультанные операции в хирургии и гинекологии / Н. В. Баулина, Е. А. Баулина // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. — 2004. — Т. 163, № 2. — С. 87 — 91.
22. Александров Л. С. Сочетанные операции в гинекологии / Л. С. Александров, А. И. Ищенко, Н. В. Ведерникова // *Акушерство и гинекология*. — 2003. — № 4. — С. 11 — 14.
23. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О. В. Галимов, Д. М. Зиганшин, С. Р. Туйсин [и др.] // *Эндоск. хирургия*. — 2012. — № 3. — С. 25 — 28.
24. Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты ее хирургического лечения / В. З. Маховский, Б. Т. Ованесов, Е. В. Печенкин [и др.] // *Хирургия*. — 2006. — № 5. — С. 18 — 22.
25. Сахаутдинов В. Г. Лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости / В. Г. Сахаутдинов, Ш. Х. Ганцев // *Там же*. — 1989. — № 4. — С. 27 — 29.
26. Альтмарк Е. М. Симультанные лапароскопические операции / Е. М. Альтмарк // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. — 2007. — Т. 166, № 4. — С. 117 — 125.
27. Первый опыт симультанной лапароскопической резекции сигмовидной кишки и лапароскопической холецистэктомии с трансвагинальным доступом / А. Е. Войновский, А. П. Колтович, К. Д. Мурватов [и др.] // *Хирургия*. — 2009. — № 6. — С. 32 — 35.
28. Симультанные лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях передней брюшной стенки и органов брюшной полости, забрюшинного пространства и полости таза / А. В. Борота, Н. М. Енгенов, Г. Е. Полунин [и др.] // *Вестн. неотлож. и восстановит. медицины*. — 2012. — Т. 13, № 4. — С. 472 — 474.
29. Алгоритм лечения больных с сочетанной хирургической патологией / В. Н. Полуэктов, В. Н. Харитонов, В. Н. Жильцов [и др.] // *Эндоск. хирургия*. — 2000. — № 2. — С. 51 — 52.
30. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств / О. Э. Луцевич, С. А. Гордеев, Д. А. Запорожцев [и др.] // *Там же*. — 2005. — № 2. — С. 25 — 29.
31. Management of problems in laparoscopic surgery of the biliary tract / N. Kathouda, J. Heimbucher, S. Mills, J. Mouiel // *Ann. Chir. Gynaecol.* — 1994. — Vol. 83, N 2. — P. 93 — 99.
32. Сочетанные хирургические вмешательства в хирургической практике / Н. Н. Малиновский, Б. Д. Савчук, В. А. Агейчев, М. В. Борушко // *Хирургия*. — 1983. — № 12. — С. 63 — 68.
33. Маховский В. З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В. З. Маховский. — Ставрополь, 2006. — 2-е изд. — 240 с.

