

Обзор литературы

Симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости

К.П. Артыков, Р.Р. Рахматуллаев, А.Р. Рахматуллаев

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Обзорная статья посвящена анализу доступных литературных источников о возможности и целесообразности выполнения лапароскопических симультанных операций при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Так, по данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология отмечается у 20-30% больных хирургического профиля, из них лишь до 6-8% случаев выполняется симультанная операция.

По данным литературы, с появлением лапароскопической методики симультанные операции вновь стали актуальными. Однако при этом требует серьезного внимания разработка геометрии операционных доступов лапароскопических вмешательств в зависимости от локализаций патологии. Остаётся неотработанным вопрос очередности хирургических вмешательств и общие вопросы интраоперационной тактики с учётом специфики лапароскопического пособия, а также нет единой всеобъемлющей классификации и чётко выработанного алгоритма тактики хирургического лечения сочетанной хирургической патологии.

Ключевые слова: симультанная операция, лапароскопия, сочетанные хирургические заболевания

Одновременная хирургическая коррекция сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости интересовала хирургов давно. Первое сообщение об одномоментном выполнении двух операций относится к 1735 г., когда Claudius, оперируя 11-летнего ребёнка, произвёл аппендэктомию и грыжесечение. В 1922г. А.В. Вишневский впервые в российской литературе описал одномоментное выполнение нефрэксии с аппендэктомией [1-3].

По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология имеется у 20-30% больных хирургического профиля, из них лишь до 6-8% случаев выполняется одновременная коррекция их, т.е. симультанная операция (СО). Сдержанное отношение хирургов к СО объясняется отсутствием единого мнения о показаниях и противопоказаниях к СО, недостаточно изученными результатами.

В немногочисленных отечественных и зарубежных статьях, посвящённых данной проблеме, мало внимания уделено таким важнейшим показателям, как длительность операции, продолжительность послеоперационного периода и ряд других факторов, характеризующих степень тяжести операционной травмы. Понятие «симультанная операция» было введено в медицинскую литературу М. Reiffersceid в

1971г. и впервые упоминается в его статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости: хирургические аспекты», в русскоязычной литературе впервые этот термин использовали Л.И. Хнох и И.Х. Фельтшинер в 1976г. [1-3]. Симультанными авторы назвали операции, одновременно производимые на двух или более органах брюшной полости по поводу разных, не связанных между собой заболеваний. Основным этапом названа операция, направленная на устранение наиболее опасного патологического процесса, независимо от дооперационной диагностики, операционных доступов, порядка проведения основного и сопутствующего вмешательства. Авторами были выделены пять групп показаний к симультанным операциям: абсолютные, или куративные, превентивные, профилактические, диагностические и вынужденные.

Широкое признание симультанные операции получили благодаря работам В.Д. Фёдорова, разработавшего классификацию, методологию таких вмешательств, показания и противопоказания к их выполнению. Термин «симультанная» происходит от латинского слова "simul" – одновременно, в одно и то же время, совместно; от французского слова "simultane" – одновременный, одномоментный, англ. "simultaneously" – одновременно [4,5].

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 «симультаные» операции синонимами. Симультаные операции делят на экстренные и плановые, выделяют основной и сопутствующий этапы, по показаниям различают абсолютные, превентивные, диагностические и вынужденные, по срокам выполнения – 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 объёма, технических особенностей предстоящих операций, топографоанатомических особенностей и характера патоморфологических изменений в очагах поражения [6].

Существует множество классификаций СО, например, в классификации Lohlein приводятся лишь абсолютные и относительные показания, что в большей степени применимо к неотложным ситуациям. Л.В. Поташёв и В.М. Седов делят операции на неожиданные, предполагаемые и заранее планируемые [7]. Lochlein и Pichlmaier предложили классификацию одномоментных операций, разделив их по степени тяжести:

- малые операции, незначительно повышающие травму и практически не оказывающие влияния на степень риска оперативного вмешательства в целом (аппендэктомия, грыжесечение, удаление кист и дивертикулов);
- операции средней тяжести, повышающие степень операционной травмы, но мало влияющие на повышение общего операционного риска (холецистэктомия и простатэктомия);
- операции с высокой степенью риска, обусловленного как тяжестью операционной травмы, так и сопутствующими заболеваниями и осложнениями [8].

Авторы считают допустимым одномоментное выполнение малых и средней степени тяжести операций, причём эту комбинацию уже относят к вмешательствам с высокой степенью риска. Две и более операции с высокой степенью риска, по их мнению, можно производить только в крайне редких ситуациях и лишь по жизненным показаниям. Ссылка на степень тяжести вмешательства и комбинацию этих степеней весьма схематична и не отражает возможности организма и, тем более, не адаптирована к особенностям лапароскопических операций [8].

Ряд авторов выделяют симультаные операции на одной и разных анатомических областях, а Ганцев Ш.Х, Седлицкий Д.И, Праздников Э.И, Галимов О.В (1989), в пределах одного, двух и трёх этажей брюшной полости, Хамидов А.И. (1990) подразделяет сочетанные операции на одно-двух-и внеполостные, в зависимости от числа хирургических доступов [9].

В настоящее время в литературе имеется путаница в определении СО, и существуют 7 терминов, которыми определяются хирургические вмешательства на двух и более органах: «одномоментные», «сочетанные», «симультаные», «комбинированные», «обширные», «расширенные» и «синхронные». В этой связи Фёдоров А.В, Кригер А.Г, Колыгин А.В, Кочатков А.В. (2011г.) предлагают принять единую терминологию-классификацию данных вмешательств и призывают к обсуждению данного вопроса на страницах медицинских журналов, с целью принятия соответствующей резолюции на съезде хирургов России [10,11].

В конце XX и в начале XXI века, в связи с внедрением в клиническую практику малоинвазивных методов операций, особенно лапароскопических методик, с улучшением анестезиологического и реанимационного пособия, появлением современных диагностических методов исследования, таких как УЗИ, МРТ, КТ, отмечается возросший интерес к данной проблеме. Симультаные лапароскопические операции являются перспективным направлением в хирургии. Они позволяют с минимальной травматичностью избавить больного от двух или нескольких недугов, не прибегая к повторным операциям, в рамках одного анестезиологического пособия, сохраняют его психику, сопровождаются высоким медико-социальным эффектом. Повторные госпитализации при последовательных хирургических вмешательствах сопровождаются большими материальными затратами, несвоевременность устранения патологии может привести к осложнениям одного из заболеваний.

При проведении симультаных операций длительность лечения укорачивается, пациент не испытывает дополнительных эмоциональных переживаний, снижается риск возможных осложнений при повторном наркозе. Эти обстоятельства приводят к более быстрому восстановлению трудоспособности [12,13], социальной адаптации пациента.

Так, по данным исследования Альтмарк Е.М. (2011), средняя длительность койко-дня при лапароскопических операциях была $4,5 \pm 0,9$ дня, при симультаных вмешательствах этот показатель достоверно не увеличился и составил $4,9 \pm 1,1$. При выполнении симультаных операций традиционным способом, средняя длительность пребывания больного в стационаре составила 14 дней. Сравнение данных показателей в исследуемых группах свидетельствует о том, что выполнение дополнительных этапов лапароскопического вмешательства не приводит к уве-



личению послеоперационного койко-дня, а операции, выполненные открытым способом, увеличивают сроки пребывания в стационаре в 1,5 раза [12,13].

Следует помнить, что необоснованное расчленение оперативного лечения сочетанных заболеваний во многих случаях чревато упущением оптимальных сроков хирургической коррекции сопутствующих патологических изменений, а также развитием в раннем послеоперационном периоде обострения некорригированного заболевания. Так, С. McSherry и F. Glenn (1981) приводят данные, согласно которым у 3,8% больных, имеющих камни в жёлчных путях и перенёсших операции на других органах брюшной полости, в раннем послеоперационном периоде возникает острый холецистит [14,15].

Первые сообщения о лапароскопических СО появились в начале 90-х гг. XX века. В 1993г. R.J. Lanzaфаме выполнил лапароскопическую холецистэктомию и традиционную герниопластику у двух больных. Опубликованы работы о сочетанном удалении кист паренхиматозных органов и выполнении операций на органах брюшной полости и малого таза. В настоящее время эти вмешательства с использованием лапароскопической техники производятся в большинстве клиник, однако широкого распространения они не имеют, число сообщений о результатах сочетанных операций с использованием лапароскопической техники невелико, чаще авторы приводят описание клинических наблюдений [16].

При лапароскопических СО многие авторы используют стандартную геометрию портов для каждого вмешательства отдельно, не придавая большого значения удвоению числа проколов брюшной стенки. В таких ситуациях целесообразным является использование «мигрирующего порта». Использование принципа «мигрирующего порта» при стандартных симультанных вмешательствах позволяет снизить количество трокарных доступов, тем самым позволяет СО производить менее травматично.

На современном этапе развития малоинвазивной хирургии в клиническую практику широко внедряются однопортовые лапароскопические симультанные операции (холецистэктомия + гистерэктомиа, холецистэктомиа + овариальная цистэктомиа) [17]. Наряду с простой демонстрацией опыта выполнения этих вмешательств и количественно-качественной характеристикой сочетания лапароскопических операций, в некоторых публикациях стали появляться работы с глубоким анализом возможностей лапароскопической техники в проведении симультанных операций, появились первые классификации, алгоритмы тактики лапароскопических методов лечения сочетанной патологии.

Галимов О.В. с соавт. (2010) являются сторонниками индивидуального подхода при выборе очерёдности СО, при этом большое значение они придают принципам асептичности операции. В то же время учитывали сложности выполнения этапов и первым стараются выполнять тот, который в большей степени может привести к конверсии доступа операции. Состояние функции жизненно важных органов и гомеостаза являлось определяющим фактором в решении вопроса о дальнейшем продолжении хирургического вмешательства [18,19].

Ряд авторов при определении очерёдности этапов СО исходят от асептичности операции. Так, при сочетании герниопластики с аппендэктомией и патологией органов малого таза предлагают первым этапом выполнять герниопластику [12,13].

Пучков К.В. с соавт. в 1997г. сообщили о симультанных лапароскопических операциях при различных синдромных поражениях нескольких органов брюшной полости, включающих рассечение связки Трейца, холецистэктомию, дуоденолиз, ваготомию в модификации Хилла-Баркера, крурорафию и фундопликацию по Ниссену по поводу триады Кастана. Операция заняла 3 часа [20].

В последнее десятилетие наметилась отчётливая тенденция к увеличению количества больных с сочетанием доброкачественных гинекологических новообразований, преимущественно миомы матки и жёлчнокаменной болезни. Среди пациенток гинекологических стационаров у 12,7–20% женщин, имеющих миому матки, выявился калькулёзный холецистит в исследовании M.L. Stevens, B.C. Hubert, E.J. Wanzel. Этот показатель составил 47,8%. Необходимость выполнения сочетанной холецистэктомии большинство авторов объясняют высоким риском развития в раннем послеоперационном периоде различных осложнений холелитиаза [21–26].

Таким образом, анализ литературы за последнее время показал возрастающий интерес к лапароскопическим симультанным операциям, достоинства симультанных операций не вызывают сомнений. Кроме того, до настоящего времени нет единого названия операций, одни авторы пользуются термином «одномоментная операция», другие – «сочетанная», третьи – «одновременная» или «одновременная сочетанная» и т. п., также нет единой всеобъемлющей классификации и чётко выработанного алгоритма тактики хирургического лечения сочетанной хирургической патологии.

Одномоментные вмешательства избавляют больного от нескольких заболеваний, позволяют избежать риска повторной операции и общего обезболивания, исключается возможность обострения сопутствующего заболевания в послеоперационном периоде и, кроме того, имеются явные экономические преимущества.



Продолжительность послеоперационного периода после симультанных операций не возрастала по сравнению с изолированными вмешательствами, иногда была даже меньше по длительности. Однако имеется ещё много проблем, требующих доработки и осмысления в свете нового хирургического подхода к этим вмешательствам, в связи с появлением лапароскопических малоинвазивных технологий. В частности, не понятно, почему нельзя считать симультанной операцией, выполненную на разных органах или в разных областях, по поводу заболевания, вызванного одной причиной. Двусторонняя паховая грыжа может быть как прямой – с двух сторон, так и косой – с одной и прямой – с другой стороны. Это требует выполнения одновременно двух либо однотипных, либо различных операций в разных областях брюшной полости, разнообразных симультанных операций при различных заболеваниях.

Требуют серьёзного внимания разработка геометрии операционных доступов лапароскопических вмешательств с учётом локализации очагов поражения и отработка ситуационной оперативной техники. Остаются неотработанными порядок очерёдности хирургических вмешательств и общие вопросы интраоперационной тактики с учётом специфики лапароскопического пособия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Reiffersceid M. Der simultaneingriff in der Bauechthohle-Chirurgische Aspekte / M.Reiffersceid // Zent. Bl. Chir. – 1971. – Bd. 5. – S 2010.
2. Хнох Л.И. Симультанные операции в брюшной полости / Л.И.Хнох, И.Х.Фелтшинер // Хирургия. – 1976. – № 4. – С. 75-79.
3. Виноградов В.В. Комбинированные операции при холецистите / В.В.Виноградов, П.И.Зима // Хирургия. – 1977. – № 1. – С.116-119.
4. Фёдоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику / В.Д.Фёдоров // Анналы хирургии. – 2000. – № 4. – С.33-35.
5. Луцевич О.Э. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств / О.Э.Луцевич [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 2. – С. 25-29.
6. Милонов О.Б. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии / О.Б.Милонов, А.Ф.Черноусов, В.А.Смирнов // Хирургия. – 1982. – № 12. – С.89-93.
7. Поташов Л.В. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургии / Л.В.Поташов, В.М.Седов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1979. – № 8. – С. 61-65.
8. Lohlein D. Simultaneingriffe bei Operationen Magen, Duodenum und Gallenwegsystem / D.Lohlein, R.Pichmayr // Zbl. Chir. – 1977. – Bd. 102. – H.19. – S. 1174-1182.
9. Отдалённые результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность / Ганцев Ш.Х., Седлицкий Д.И., Праздников Э.И., Галимов О.В. // Вестник хирургии. – 1991. – № 4. – С.135-137.
10. Дронова В.Л. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях / В.Л.Дронова [и др.] // Украинский журнал хирургии. – 2013. – № 2 (21). – С. 143-151.
11. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / А.В.Фёдоров, А.Г.Кригер, А.В.Колыгин, А.В.Кочатков // Хирургия. – 2011. – № 7. – С. 72-76.
12. Альтмарк Е.М. Симультанные лапароскопические операции (Обзор литературы) / Е.М.Альтмарк // Вестник хирургии. – 2007. – Т. 166, № 4. – С. 117-125.
13. Альтмарк Е.М. Симультанные лапароскопические операции: дис... канд. мед. наук /Е.М.Альтмарк. – СПб. – 2007. – 130с.
14. McSherry C.K. Biliary Tract Surgery Concomitant with Other Intra-abdominal Operations / C.K.McSherry, F.Glenn // Ann. Surg. – 1981. – Vol. 193. – P. 169-175.
15. Hart S. Laparoendoscopic singlesite combined cholecystectomy and hysterectomy / S.Hart, S.Ross, A.Rosemurgy // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2010. – Vol. 17, № 6. – P. 798-801.
16. Surico D. Laparoendoscopic singlesite surgery for treatment of concomitant ovarian cystectomy and cholecystectomy / D.Surico, S.Gentilli, A.Vigone // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2010. – Vol. 17, № 5. – P. 656-659.
17. 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.
18. Галимов О.В. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О.В.Галимов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2012. – № 3. – С. 25-28.
19. Симультанные лапароскопические операции на органах малого таза / О.В.Галимов, В.О. Ханов, А.Н.Аминова, Д.М.Зиганшин // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – № 5. – С. 51-56.
20. Пучков К.В. Сочетанные лапароскопические оперативные вмешательства при грыже пищеводного отверстия диафрагмы / К.В.Пучков, Б.Я.Гаусман, М.М.Мартынов //Эндоскопическая хирургия. – 1996. – №4. – С. 27-28.



21. 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. 65-68.
22. Hart S. Laparoendoscopic singlesite combined cholecystectomy and hysterectomy / S.Hart, S.Ross, A.Rosemurgy // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2010. – Vol. 17, № 6. – P. 798-801.
23. Лебедева Е.А. Симультаные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: дис. ... канд. мед. наук / Е.А.Лебедева. – М., 2010. – 123с.
24. 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.
25. Jocko J.A. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series / J.A.Jocko, H.Shenassa, S.S.Singh // J. Obstet. Gynecol. Can. – 2013. – Vol. 35, N 1. – P. 44-47.
26. Hart S. Laparoendoscopic singlesite combined cholecystectomy and hysterectomy / S.Hart, S.Ross, A.Rosemurgy // J. Minim. Invasive Gynecol. – 2010. – Vol. 17, № 6. – P. 798-801.

Summary

Simultaneous operations in combined surgical abdominal diseases

K.P. Artikov, R.R. Rakhmatullaev, A.R. Rakhmatullaev

Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU

The review article is devoted to the analysis of available literature on the possibility and feasibility of laparoscopic simultaneous operations in combined surgical diseases of the abdominal cavity. Thus, according to the WHO, concomitant surgical pathology seen in 20-30% of surgical patients, of which only 6-8% of cases performed simultaneous operations.

According to the literature, with the advent of laparoscopic techniques simultaneous operations again become relevant. However, this requires serious attention to geometry developing of surgical approach in laparoscopic surgery, depending on the pathologies' localization. It remains unspent issue prioritization of surgery and intraoperative general questions of tactics, taking into account the specifics of laparoscopic benefits and there is no single comprehensive classification and clearly elaborated algorithm surgical treatment of combined surgical pathology.

Key words: simultaneous operations, laparoscopy, combined surgical diseases

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Рахматуллаев Алиджон Рахимджонович –
аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33
E-mail: alisher-8888@mail.ru