

УДК 616.381-089.85-059

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА

А.Дж. Саткеева

Проведен анализ данных оперативного лечения больных с сочетанными хирургическими заболеваниями. Отмечено уменьшение сроков нетрудоспособности пациентов и затрат, связанных с анестезиологическим пособием. Установлено повышение экономической эффективности лечения и психологического состояния больных.

Ключевые слова: симультанные операции; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; холецистит; заболевания щитовидной железы.

ANALYSIS TREATMENT RESULTS OF SIMULTANEOUS ABDOMEN AND PELVIC OPERATIONS

A.J. Satkeeva

This article is data of surgical treatment patients with complex surgical diseases. The complex operations decreases the time of patients disability, reduces the costs associated with anesthetic benefit. Increase in cost efficiency of treatment and psychological state of patients is established.

Keywords: simultaneous operations; gastric ulcer and duodenal ulcer; cholecystite; thyroid disease.

Введение. По данным многих авторов, частота сочетанных хирургических заболеваний колеблется от 14 до 30 % [1–3].

В литературе до настоящего времени нет единого определения, что же считать симультанными операциями. Так, по данным [1, 4, 5], сочетанными, или симультанными, операциями следует считать хирургические операции, производимые одновременно на двух или более органах, по поводу различных заболеваний. Прежде всего, авторы указывают, что необходимо строго разграничивать сочетанные операции, выполняемые по поводу двух и трех различных заболеваний отдельных органов, и комбинированные вмешательства, которые выполняются вынужденно, чаще всего при онкологических процессах, распространяющихся на соседние органы из первично пораженного опухоли органа. При комбинированных онкологических операциях обычно удаляется единый конгломерат органов и тканей, пораженных одним заболеванием, и альтернативой таковому вмешательству является лишь отказ от оперативного лечения, т. е. признание неоперабельности злокачественного поражения.

Как утверждают многие исследователи [6, 7], преимущество сочетанных операций заключается

в следующем: одновременно больной излечивается от 2-х или 3-х хирургических заболеваний, предупреждается прогрессирование патологического процесса, оперативное вмешательство по поводу которого откладывается на более поздний срок; сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения; устраняется риск повторного наркоза и его осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке и от высокого риска срочной операции по жизненным показаниям; повышается экономическая эффективность лечения.

И, наконец, важным преимуществом симультанных операций перед этапными является значительное сокращение сроков пребывания больных в стационаре, а следовательно, уменьшение сроков их нетрудоспособности и значительное повышение экономической эффективности лечения [1, 8].

При этом щадится психика больного, которого обследуют и оперируют всего один раз и который однократно переживает трудности послеоперационного периода [4].

Вместе с тем, показания и противопоказания к сочетанным операциям, как указывают многие исследователи [8], в хирургии разработаны недос-

Таблица 1 – Распределение больных по заболеваниям

Характер патологии	Всего	
	абс. число, n	%
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки + хронический калькулезный холецистит	6	5,2
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки + грыжа передней брюшной стенки	8	6,9
Хронический калькулезный холецистит + эхинококкоз печени	12	10,3
Хронический калькулезный холецистит + грыжа передней брюшной стенки	16	13,8
Хронический калькулезный холецистит + зуб	48	41,4
Хронический калькулезный холецистит + фибромиома матки	8	6,9
Хронический калькулезный холецистит + киста яичника	4	3,4
Острый аппендицит + апоплексия яичника	6	5,2
Острый аппендицит + киста яичника	8	6,9
Итого	116	100

таточно, а мнения, высказанные по этому поводу, нередко противоречивы.

Целью данного исследования является анализ результатов симультанных оперативных вмешательств при сочетанных заболеваниях.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 116 больных с сочетанными хирургическими заболеваниями, оперированных в хирургических отделениях Национального госпиталя МЗ КР за последние 10 лет.

На оперативное лечение с сочетанными хирургическими заболеваниями поступило мужчин – 54 (46,5 %), женщин – 62 (53,5 %).

В возрасте до 20 лет наблюдали 8 больных (6,9 %), а более многочисленную группу составили лица в возрасте от 30 до 60 лет – 68 больных (58,6 %), лиц старше 60 лет было 34 (29,3 %), они и составляли наиболее тяжелую группу пациентов.

Преобладание старческого и пожилого возрастного состава предопределило и наличие сопутствующих заболеваний, которые имелись у 24 пациентов (20,7 %). Среди них преобладали болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пневмосклероз), потребовавшие тщательной предоперационной подготовки.

Результаты и обсуждение. По характеру сочетанных хирургических заболеваний больные распределялись следующим образом (таблица 1).

Язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в сочетании с другими заболеваниями наблюдалась у 14 больных. При этих патологиях первоначально мы производили оперативное вмешательство по поводу язвенной болезни, а в последующем производили холецистэктомию и грыжесечение.

Из 116 больных у 88 (75,8 %) был хронический калькулезный холецистит в сочетании со следующими заболеваниями: хронический калькулезный холецистит + эхинококкоз печени у 12 (10,3 %) больных, хронический калькулезный холецистит + грыжа передней брюшной стенки – у 16 больных (13,8 %), хронический калькулезный холецистит + зуб – у 48 (41,4 %), хронический калькулезный холецистит + фибромиома матки – у 8 (6,9 %), хронический калькулезный холецистит + киста яичника – у 4 (3,4 %) больных.

Как видно из нашего материала, самую большую группу составили больные хроническим калькулезным холециститом в сочетании с заболеваниями щитовидной железы.

Проведенный анализ результатов симультанных операций показал, что ранние послеоперационные осложнения, не являвшиеся причиной летального исхода, развились у 12 (10,3 %) больных. Из 116 больных, подвергшихся сочетанным хирургическим вмешательствам, после операции умер один больной, что составило 0,8 %.

Послеоперационные осложнения чаще всего возникали у больных старшего и пожилого возраста. Это в значительной степени связано с тем, что наибольшее количество сочетанных операций было выполнено лицам именно этой возрастной группы, у которых, помимо сочетанных хирургических заболеваний, наблюдались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Заметное преобладание больных с послеоперационными осложнениями и одним летальным исходом в возрастных группах старше 60 лет свидетельствует о том, что лица пожилого и преклонного возраста хуже переносят хирургическое вмешательство по сравнению с более молодыми больными. Мы детально проанализировали и качество

Таблица 2 – Характеристика ранних послеоперационных осложнений

Характер осложнений	Всего	
	абс. число, n	%
Пневмония	1	0,8
Нагноение послеоперационной раны	6	5,1
Анастомозит	1	0,9
Частичная спаечная кишечная непроходимость	2	1,7
Желчеистечение	1	0,9
Тиреотоксический криз	1	0,9
Всего	12	10,3

осложнений. Их общая характеристика в раннем послеоперационном периоде представлена в таблице 2.

Мы убедились в том, что сочетанные операции должны выполняться при строгом соблюдении показаний и противопоказаний к ним. Основным показанием к сочетанным хирургическим вмешательствам во всех случаях является наличие различных хирургических заболеваний двух или более органов.

Противопоказанием к сочетанным операциям, выполняемым в плановом порядке, по нашим прогностическим тестам, является тяжелое общее состояние больного, преклонный возраст. Кроме того, нужно обязательно учесть, что серьезные осложнения, возникшие во время операции или при проведении наркоза, требуют отказа от выполнения симультанных операций. При отсутствии указанных противопоказаний плановое сочетанное вмешательство может быть произведено во всех ситуациях, когда все его этапы можно выполнить из одного операционного доступа, либо двух мало-травматичных.

Для определения последовательности операций при сочетанном вмешательстве мы руководствовались соображениями проявления клиники заболеваний, асептики, важностью этапа операции и стремлением сократить ее продолжительность и кровопотерю.

В первую очередь целесообразно выполнять основные операции, но в каждом конкретном случае вопрос должен решаться индивидуально. Необоснованное расчленение оперативного лечения сочетанной патологии во многих случаях чревато упущением сроков хирургической коррекции сопутствующих заболеваний, а также отказом больного от последующих оперативных вмешательств.

Вид и частота ранних послеоперационных осложнений зависел, в основном, и от особенностей основного и сопутствующего хирургического вмешательства и степени тяжести состояния больного.

Как показали результаты наших исследований, сочетанные хирургические вмешательства в абдоминальной хирургии, особенно выполненные из одного операционного доступа, незначительно повышают тяжесть операции по сравнению с вмешательствами, производимыми по поводу такого же основного заболевания. Весьма показательно, что симультанные операции не приводят к тяжелым операционным осложнениям, которые были бы характерны только для операции этого типа [9, 10].

Особо важное значение приобретает профилактика осложнений после сочетанных операций, которая должна заключаться в тщательном анализе состояния больного и подготовке его к таким операциям, особо строгом соблюдении правил асептики и антисептики, безупречном проведении наркоза, рациональной интенсивной терапии и ранней активизации с применением лечебной физкультуры в послеоперационном периоде.

Наш опыт показал, что сочетанные операции не сопровождаются высокой летальностью и не приводят к развитию тяжелых специфических осложнений. Относительно низкий уровень послеоперационной летальности убедительно подтверждает возможность более широкого применения сочетанных операций, но разумно, с учетом вышеперечисленных требований.

Экономические аспекты сочетанных операций в последние годы приобрели особую актуальность, поскольку эти операции обеспечивают, наряду со значительной медико-социальной важностью, высокую экономическую эффективность, но они должны соответствовать и высокому качеству.

Таким образом, симультанные операции имеют существенные преимущества перед последовательными, но они должны выполняться с учетом риска операции и возникновения осложнений в послеоперационном периоде. Несмотря на существенные преимущества симультанных операций, они должны выполняться по строгим показаниям и хирургами достаточно высокой квалификации.

Литература

1. *Айтмурзаев М.М.* Симультантные эндохирургические операции / М.М. Айтмурзаев, Г.Б. Каиров, Т.Н. Межчилов // Эндоскопическая хирургия. 2000. № 2. С. 24–26.
2. *Дадвани С.А.* Сочетанные операции при холелитиазе / С.А. Дадвани, Н.А. Кузнецов, В.В. Сафронов // Хирургия. 1999. № 8. С. 37–39.
3. *Олифирова О.С.* Симультантные операции в хирургической практике / О.С. Олифирова, В.А. Омельченко, Г.В. Бондарчук // Вестник хирургии. 2000. № 2. С. 84–86.
4. *Александров А.И.* Видеолапароскопия в диагностике экстренной хирургической патологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Александров. М., 2002. 15 с.
5. *Магдиев Т.Ш.* Сочетанные операции в абдоминальной хирургии / Т.Ш. Магдиев, Н.В. Северенко // Хирургия. 1999. № 6. С. 54–55.
6. *Богданов Ю.В.* Опыт выполнения симультантных операций / Ю.В. Богданов, Е.Н. Ткачук, Д.Ю. Богданов // Эндоскопическая хирургия. 2000. № 2. С. 10–11.
7. *Маховский В.З.* Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В.З. Маховский, Б.Т. Ованесов, Л.А. Мадагов // Хирургия. 2002. № 7. С. 41–46.
8. *Галимов О.В.* Современные аспекты лечения сочетанных заболеваний / О.В. Галимов, М.А. Нуртдинов, Д.М. Дмитриев // Актуальные вопросы современной хирургии. М., 2000. С. 92–93.
9. *Шаршенов А.К.* Симультантные операции в гинекологии – путь к охране репродуктивного здоровья: методические рекомендации / А.К. Шаршенов, Э.А. Маматов, С.Ж. Байтороев. Бишкек, 2002. 15 с.
10. *John T., Reisinger, Susan A., Ashbury, Robert, Jones, Ellen, Clarke-Pearson, Daniel L.* Feasibility study of concurrent weekly cisplatin and whole abdominopelvic irradiation followed by doxorubicin/cisplatin chemotherapy for advanced stage endometrial carcinoma: a Gynecologic Oncology Group trial // Gynecologic Oncology. 2004. Vol. 95. № 1. P. 95–100.