

<https://doi.org/10.17116/endoskop2018240413>

К вопросу о целесообразности выполнения сочетанных лапароскопических операций

Проф. О.В. ГАЛИМОВ^{1*}, проф. А.В. ФЕДОРОВ², д.м.н. В.О. ХАНОВ¹, к.м.н. А.В. КОЛЫГИН²

¹Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия; ²ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования — изучение результатов использования видеоэндоскопических технологий при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости. **Материал и методы.** Проанализированы результаты 1740 лапароскопических операций, из которых 148 выполнены одновременно. **Результаты.** Отмечена отчетливая тенденция снижения общего количества сочетанных операций. При этом летальности, повторных оперативных вмешательств, а также развития случаев каких-либо серьезных послеоперационных осложнений не отмечалось. Данные виды вмешательств большими переносятся легче, чем поэтапное лечение, а процент экономии средств в группе сочетанных операций составил до 42%. **Заключение.** Выполнение малоинвазивных сочетанных вмешательств наиболее соответствует требованиям экономической эффективности в хирургии. Авторами предлагается предусмотреть для одновременных оперативных вмешательств введение собственного повышающего коэффициента для расчета стоимости лечения по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: сочетанные операции, лапароскопические технологии, экономическая эффективность.

On the issue of applicability of simultaneous laparoscopic surgeries

O.V. GALIMOV¹, A.V. FEDOROV², V.O. KHANOV¹, A.V. KOLYGIN²

¹Clinic of Bashkir State Medical University, Ufa, Russia; ²A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, Moscow, Russia

The article is devoted to the study of the results of videoendoscopic abdominal surgeries. Material and methods. Authors analyzed the results of 1740 laparoscopic operations, 148 of which were performed simultaneously. Results. A clear trend of decrease in the total number of simultaneous surgeries was noted. At the same time, lethality, repeated surgical interventions, as well as the development of cases of any serious postoperative complications were not noted. These types of interventions are easier for patients than step-by-step treatment, and the percentage of savings in the group of simultaneous surgeries was up to 42%. Conclusion. Accordingly, the implementation of minimally invasive simultaneous interventions most meets the requirements of economic efficiency in surgery. The authors propose to provide for the introduction of simultaneous surgical interventions own increasing coefficient for the calculation of the cost of treatment on the territorial program of compulsory health insurance.

Keywords: simultaneous surgeries, laparoscopic technologies, economic efficiency.

В последние годы при оказании хирургической помощи больным, помимо сугубо медицинских аспектов, большое внимание уделяется интенсификации работы стационаров, рациональному использованию коечного фонда, снижению экономических затрат, расширению объема оперативных вмешательств [1, 2]. Вследствие увеличения продолжительности жизни населения и совершенствования диагностических технологий наметилась тенденция к возрастанию числа больных, имеющих 2–3 сопутствующих хирургических заболеваний. Наличие у многих пациентов (по данным ВОЗ, у 20–30%) сочетанных хирургических заболеваний ставит перед хирургами задачу одновременной их коррекции в ходе одного вмешательства [3, 4].

Лапароскопические операции — раздел абдоминальной хирургии, который наиболее интересен практикующим хирургам и наиболее востребован больными. С совершенствованием инструментария и хирургической техники стали чаще выполняться операции, показания к которым ранее ограничивались. Очевидные преимущества сочетанных лапароскопических операций: одновременная коррекция двух и более хирургических заболеваний, в том числе в различных анатомических областях и на разных этажах брюшной полости, при минимальных сроках госпитализации и реабилитации, хорошем косметическом эффекте и снижении числа послеоперационных осложнений [5–7]. Сочетанные вмешательства не только избавляют больного от двух и более забо-

леваний, но и предупреждают риск повторных операций и связанных с ними осложнений [2, 3, 5, 8].

Однако, несмотря на значительный рост выявляемых сочетанных заболеваний органов брюшной полости, в том числе функциональных (таких как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, колостазы, гинекологическая патология и др.), которые успешно лечит современная хирургия, а также рост оперативной активности в целом, количество выполняемых симультанных вмешательств соразмерно не нарастает.

Цель исследования — изучение возможностей лапароскопических технологий для проведения сочетанных операций и оценка целесообразности их выполнения в современных условиях.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты 1740 лапароскопических операций, проведенных в Клинике Башкирского государственного медицинского университета в 2012—2016 гг., из них 148 (8,5%) — симультанных. Как показано на рисунке, несмотря на ежегодный прирост выполняемых лапароскопических вмешательств в целом, отмечается отчетливая тенденция снижения общего количества симультанных операций.



Доля симультанных вмешательств в общей структуре лапароскопических операций, выполненных в 2012—2016 гг.

Структура наиболее часто выполняемых сочетанных лапароскопических операций

Вид оперативного вмешательства	Число больных (n=148)
Холецистэктомия + грыжесечение	89 (60,1%)
Холецистэктомия + коррекция грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	24 (16,2%)
Холецистэктомия + удаление кист яичников	18 (12,2%)
Фундопликация по Nissen + операции на матке и придатках	8 (5,4%)
Резекция желудка + холецистэктомия	5 (3,4%)
Операции на кишечнике + холецистэктомия	5 (3,4%)
Краевая резекция печени при кистах + холецистэктомия	3 (2,1%)
Прочие, в том числе сочетанные операции, включающие три и более одномоментных вмешательств	19 (12,8%)

Главное объяснение этому видится нам в сложившейся системе оплаты страховыми медицинскими компаниями в большинстве регионов России, которая подразумевает расчеты нормативов строго по изолированным нозологиям (при этом стационар показывает оперативную активность, у хирурга растет число операций). Это невольно стимулирует хирургов к поэтапным законченным случаям госпитализации пациентов с сочетанной патологией.

В структуре проанализированных сочетанных лапароскопических операций преобладали холецистэктомии и грыжесечения — 89 (60,1%) больных (см. таблицу).

У больных с вентральными, послеоперационными грыжами больших размеров операция начиналась с выделения грыжевого мешка, вскрытия его, освобождения его содержимого от спаечных сращений с погружением в брюшную полость. Грыжевой дефект использовали для установки порта для оптики. Холецистэктомия проводилась по стандартной методике. В нашей клинике удаление желчного пузыря мы проводим через трансумбиликальный доступ, который при необходимости (в случае затруднения извлечения удаленного препарата) всегда можно расширить. Пластика пупочного кольца определялась размерами грыжевых ворот. В 23 случаях выполнялась пластика брюшной стенки синтетическим имплантатом. Коррекция грыжи пищеводного отверстия диафрагмы как основного или сопутствующего заболевания при сочетанной патологии выполнена 35 пациентам, наиболее часто при сочетании с калькулезным холециститом — 24 (16,2%) наблюдения. Для восстановления запирающей клапанной функции кардии использовалась фундопликация по Nissen, дополненная при расширении пищеводного отверстия более 3,5 см задней диафрагмокрурорафией.

Особое место занимает сочетание патологии верхних отделов пищеварительного тракта с хирургическими заболеваниями органов малого таза, в основном у женщин. В нашей серии такие случаи отмечены у 26 (17,5%) пациентов. Как показывают наши наблюдения, довольно часто данное сочетание диагностируется интраоперационно (что связано, скорее, с существующими стандартами диагностики) и требует установки дополнительных портов, приме-

нения специальных инструментов и хирургической техники. Удаление кист яичников выполнено 18 больным, гистерэктомия — 4, консервативная миомэктомия — 3, лапароскопическая ампутация матки — 1. Пяти (3,7%) пациентам с III—IV степенью морбидного ожирения, сочетающегося с желчнокаменной болезнью, выполнены лапароскопическая сливрезекция и холецистэктомия. Среди прочих выполненных операций отметим краевую резекцию печени при кистах — 3 и операции на кишечнике — 5 (3,4%). Рассечение брюшинных спаек не выделяли как самостоятельную операцию, хотя у большинства пациентов, перенесших в прошлом хирургические вмешательства на органах брюшной полости (особенно широкие лапаротомии), имел место обширный спаечный процесс, который требовал проведения прецизионного адгезиолизиса (28 больных), а в ряде случаев и применения противоспаечных барьерных средств.

Результаты

Летальности, повторных оперативных вмешательств, а также развития случаев каких-либо серьезных послеоперационных осложнений не отмечалось (структура осложнений по Dindo—Clavien). Длительность пребывания пациентов в клинике после выполнения симультанных операций составила от 2 до 6 дней.

Как показал наш опыт, симультанное вмешательство незначительно повышает тяжесть состояния больных в раннем послеоперационном периоде, но при этом в большой степени помогает избежать осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, психологически больными переносится легче, чем поэтапное лечение, значительно снижает сроки нетрудоспособности и время пребывания в стационаре.

Оценка стоимости медицинских услуг, методология расчетов постоянно меняются (зачастую в зависимости от текущей экономической ситуации). В этой связи хотелось бы еще раз привести некоторые наши расчеты, обосновывающие преимущества симультанных вмешательств. Нами (А.В. Федоровым и соавт.) была рассчитана средняя полная стоимость лечения при различных заболеваниях, проведен сравнительный анализ средней стоимости сочетанного и поэтапного хирургического лечения. Стоимость оперативного лечения вычислялась по методике расчета затрат на медицинские услуги МИАЦ РАМН с учетом номенклатуры медицинских услуг Министерства здравоохранения и реестра медицинских услуг с указанием условных единиц трудозатрат (УЕТ). Сумма затрат, относимых на простую услугу, включает: заработную плату, начисления на заработную плату; стоимость медикаментов, мягкого инвентаря, оборудования, косвенных расходов в соответствии с уста-

новленными нормативами. Общая стоимость расходов на каждый случай лечения включает: стоимость оказанных услуг; стоимость медикаментов и расходных материалов (не входящих в стандартный минимум, учтенный в УЕТ), фактически использованных для лечения пациента в данном конкретном случае. Результаты расчетов по каждому случаю (общая стоимость лечения) могут быть представлены как в разрезе составляющих компонентов (услуг, материалов и т.п.), так и в разложении на составляющие УЕТ стоимости: заработную плату врачей и медсестер с начислениями, стоимость медикаментов, мягкого инвентаря, оборудования, косвенных расходов. Данная методика является стандартной для подготовки ежемесячной отчетности в Минздрав России о себестоимости лечения пациентов по различным видам высокотехнологичной медицинской помощи и для расчета стоимости лечения больного по добровольному медицинскому страхованию. На основании полученных данных стоимости лечения были рассчитаны разница между одномоментным выполнением двух или нескольких вмешательств и затраты при их раздельном выполнении. Получившуюся разницу рассматривали как средства, потенциально сэкономленные государством или клиникой для государства. Процент экономии средств в группе сочетанных операций составил до 42%.

Заключение

Таким образом, сочетанные операции экономически выгоднее поэтапного хирургического лечения, они имеют экономические преимущества перед поэтапным лечением вследствие снижения общего суммарного койко-дня и суммарного времени пребывания на больничном листе, отсутствия расходов на обязательное повторное предоперационное обследование. Сочетанные операции доказали свою клиническую и экономическую эффективность, что позволяет дать рекомендации административным и страховым органам по стимуляции внедрения сочетанных операций в широкую практику путем введения повышающих тарифов в соответствии с относительной их эффективностью по отдельным конкретным их сочетаниям, вне зависимости от величины тарифов и реальной себестоимости услуг в каждом конкретном стационаре.

Выполнение малоинвазивных вмешательств при хирургическом лечении сочетанной патологии органов брюшной полости наиболее соответствует требованиям экономической эффективности в хирургии. Одномоментная коррекция нескольких заболеваний исключает повторную госпитализацию в стационар и расходы, связанные с амортизацией оборудования, назначение медицинских препаратов для проведения наркоза и ведения больного в послеоперационном периоде, использование перевязочного

материала, увеличение дней временной нетрудоспособности и т.д. Учитывая сложившуюся ситуацию, считаем необходимым предусмотреть для simultанных оперативных вмешательств отдельный учет и, при формировании оплаты страховыми компаниями, введение собственного повышающего коэффици-

циента для расчета стоимости лечения по территориальной программе обязательного медицинского страхования.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Галлямов Э.А., Луцевич О.Э., Попов С.В. Одномоментные лапароскопические операции. *Клиническая и экспериментальная хирургия*. 2014;3:70-77. [Gallyamov EA, Lucevich OE, Popov SV. Odnomomentnie laparoskopicheskie operacii. *Klinicheskaya i eksperimentalnaya hirurgiya*. 2014;3:70-77. (In Russ.)].
2. Hart S, Ross S, Rosemurgy A. Laparoendoscopic singlesite combined cholecystectomy and hysterectomy. *Invasive Gynecol*. 2010; 17(6):798801.
3. Федоров А.В., Кригер А.Г., Колыгин А.В., Кочатков А.В. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение). *Хирургия*. 2011;7:72-76. [Fedorov AV, Kriger AG, Koligin AV, Kochatkov AV. Odnomomentniye operacii. Terminologiya (obzor literature b sobstvennoe predlozhenie). *Hirurgiya*. 2011;7:72-76. (In Russ.)].
4. Jocko JA, Shenassa H, Singh SS. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series. *J Obstet Gynecol Can*. 2013;35(1):4448.
5. Галимов О.В., Ханов В.О., Аминова Л.Н. Хирургическое лечение сочетанных заболеваний органов малого таза. Симултанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. Монография. Под ред. Пучкова К.В., Бакова В.С., Иванова В.В. М.: Медпрактика; 2005. [Galimov OV, Khanov VO, Aminova LN. Hirurgicheskoe lechenie sochetannih zabolevanii organov malogo taza. Simultannie laparoskopicheskie operativnie vmeshatelstva v hirurgii i ginekologii. Monografiya. Pod red. Puchkova KV, Bakova VS, Ivanova VV. M.: Medpraktika; 2005. (In Russ.)].
6. Yi QH, Ling SR, Chen KM, et al. Evaluation of the clinical value of simultaneous hysterectomy and bilateral salpingectomy in perimenopausal women. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2012;47(2): 110114.
7. Luebke Th, Wolters U, Gawenda M. Thomas Luebke. Simultaneous Gastrointestinal Surgery in Patients With Elective Abdominal Aortic Reconstruction An Additional Risk Factor? *Arch Surg*. 2002; 137(2):143-147.
8. Surico D, Gentilli S, Vigone A, Paulli E, Leo L, Surico N. Laparoendoscopic singlesite surgery for treatment of concomitant ovarian cystectomy and cholecystectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010;17(5):656-659. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2010.05.005>

Поступила 10.12.17

Сведения об авторах:

Федоров Андрей Владимирович — акад. РАН, д.м.н., проф., генеральный секретарь российского общества хирургов, главный научный сотрудник Организационно-методического отдела ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России
Галимов Олег Владимирович — д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Ханов Владислав Олегович — д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Колыгин Алексей Вадимович — к.м.н., врач-хирург отделения общей хирургии Государственной клинической больницы №29 им. Н.Э. Баумана