doi: 10.17116/hirurgia2016340-44

Симультанные оперативные вмешательства на органах брюшной полости и забрюшинного пространства

В.М. ТИМЕРБУЛАТОВ*, Д.И. МЕХДИЕВ, Ш.В. ТИМЕРБУЛАТОВ, Р.Б. САГИТОВ, Р.А. ЯМАЛОВ, Э.Н. ГАЙНУЛЛИНА

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии (зав. — член-корр. РАН В.М. Тимербулатов) Башкирского государственного медицинского университета, Уфа

Simultaneous abdominal and retroperitoneal surgery

V.M. TIMERBULATOV, D.I. MEKHDIEV, SH.V. TIMERBULATOV, R.B. SAGITOV, R.A. YAMALOV, E.N. GAYNULLINA

Chair of Surgery with the course of endoscopy (head, corresponding-member of RAS V.M. Timerbulatov), Bashkir State Medical University, Ufa

Проанализированы результаты симультанных операций на органах брюшной полости, частота которых по отношению к общему числу всех хирургических вмешательств составила 3,49%. Большинство операций (697) выполнено видеолапароскопическим методом, из минилапаротомного (48) и открытого (111) доступов. Чаще производили сочетанные гинекологические (83,2%), абдоминальные хирургические (14,3%), реже урологические (0,8%) операции. Большинство сочетанных операций (89,8%) отнесено к I и II степени тяжести по классификации D. Lochlein и R. Pichlmayer. Сочетанные операции увеличивают продолжительность вмешательства в среднем на 30,3%, что является значимым фактором при операциях III степени тяжести и видеолапароскопических операциях. В то же время сочетанные операции не вызывали статистически достоверного увеличения срока проведения послеоперационной интенсивной терапии, а также летальности и частоты послеоперационных осложнений. **Цель** — изучение результатов симультанных операций у больных с заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. **Материал и методы.** В статье представлен анализ 856 симультанных оперативных вмешательств, доля которых к общему числу операций составила 3,49%. Большинство операций выполнено видеолапароскопическим способом (*n*=697, или 81,4%), реже из открытого (*n*=111, или 12,9%) и минилапаротомного (*n*=48, или 6,7%) доступа. Большая часть сочетанных операций отнесена к I и II степени тяжести по классификации D. Lochlein и R. Pichlmayer. При обследовании больных использованы современные методы лучевой (УЗИ, КТ, МРТ, ангиография), эндоскопической и лабораторной диагностики. **Результаты.** Выполнение симультанных операций увеличивает их продолжительность в среднем на 30,3%, что является значимым фактором при операциях III степени тяжести, видеолапароскопических операциях. Симультанные операции не вызывают статистически достоверного увеличения длительности пребывания больного в отделении интенсивной терапии и реанимации, а также — роста послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: симультанные операции, органы брюшной полости, забрюшинного пространства.

Aim. To study the results of simultaneous abdominal and retroperitoneal interventions. **Material and methods.** The article presents analysis of 856 simultaneous operations whose proportion was 3.49% of total number of operations. Most of them was performed via videolaparoscopic approach (697, 81.4%), open access and mini-laparotomy were used rarer (111, 12.9%) and 48 (6,7%) respectively). Severity of great number of interventions corresponded to degree I and II of D. Lochlein and R. Pichlmayer classification. Modern diagnostic methods including sonography, computed tomography, magnetic resonance imaging, angiography, endoscopy and laboratory data were used to define diagnosis. **Results.** Simultaneous approach increases duration of surgery 30.3% on the average that is significant risk factor in case of surgery of severity degree III and videolaparoscopic interventions. Simultaneous surgery does not significantly increase ICU-stay and incidence of postoperative complications.

Keywords: simultaneous surgery, abdominal and retroperitoneal surgery.

Термин «симультанная» операция появился более 50 лет назад [24], хотя некоторые авторы считают правильным называть ее «сочетанная» операция [9—12, 14]. Под симультанной операцией авторы понимают одновременное (или последовательное) выполнение двух разных оперативных вмешательств — двумя хирургическими бригадами на разных органах (областях тела). Поскольку для больного независимо от технологии и организации хирургических вмешательств результат является одинаковым, эти два термина можно считать синонимами [14].

© Коллектив авторов, 2016

**В.М. Тимербулатов* — заведующий кафедрой хирургии с курсом эндоскопии ИДПО Башкирского государственного медицинского университета, член-корр. РАН, профессор. 450106 Уфа, ул. Батырская, 39/2, больница скорой помощи, кафедра хирургии; e-mail: timervil@yandex.ru

Таблица 1. **Общая характеристика симультанных оперативных вмешательств**

Доступ	Область применения	Число больных	Доля к общему числу операций
Лапароскопический	Всего	697	16,12% (4323/697)*
	Гинекология	580	23,02% (2519/580)*
	Детская хирургия	11	1,5% (676/11)*
	Абдоминальная хирургия	100	8,8% (1132/100)*
	Урология	6	6,2% (96/6)*
Минилапаротомный	Абдоминальная хирургия	48	1,3% (3700/48)*
Классический (открытый)	Абдоминальная хирургия	111	0,74% (15 000/111)*

Примечание. * — соотношение общего количества операций и симультанных.

Сочетанные заболевания, по данным ВОЗ, наблюдаются у 20—30% больных хирургического профиля, поэтому симультанные операции должны выполняться часто, но фактически их доля не превышает 1,5—6% общего количества хирургических вмешательств [2, 6, 15, 17]. Основными причинами негативного отношения хирургов к симультанным операциям являются увеличение риска осложнений и смертности (особенно у больных III и IV групп по классификации ASA), частое выявление сочетанных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста, увеличение продолжительности оперативного вмешательства, неполное дооперационное обследование [21, 22].

Наиболее обоснованной для практических целей является классификация, предложенная D. Lochlein и R. Pichlmayer [23], согласно которой выделяют 3 степени тяжести сочетанных операций: I степень — малые по объему операции, незначительно повышающие хирургическую агрессию и имеющие низкий операционно-анестезиологический риск; II степень — вмешательства средней степени тяжести, увеличивающие операционную травму, но не сопровождающиеся значительным повышением операционно-анестезиологического риска; III степень — операции высокой степени риска, обусловленные тяжестью операционной травмы, значимыми коморбидными заболеваниями и вероятностью послеоперационных осложнений.

Несмотря на прогресс анестезиологии и реаниматологии, проведение симультанных операций попрежнему сопряжено со значительными проблемами, они не могут считаться стандартными, поэтому расширение объема операций требует индивидуального подхода в каждом конкретном наблюдении.

Материал и методы

Нами проведен ретроспективный анализ результатов симультанных оперативных вмешательств за 10 лет. В него включили прежде всего абдоминальные симультанные операции, а хирургические вмешательства на органах малого таза, забрюшинных органах, операции у детей приведены в рамках эндовидеохирургических операций. За указанный период было выполнено 856 симультанных операций, в том числе 697 лапароскопическим способом **(табл. 1)**, 48 из минилапаротомного доступа и 111 из открытого, классического доступа. Из приведенных данных следует, что чаще всего симультанные операции выполняли при гинекологических заболеваниях (83,2% общего числа симультанных вмешательств), реже — в абдоминальной хирургии (14,3%) и меньше всего — в детской хирургии (1,5%) и урологии (0,8%).

Непременным условием обоснования возможности выполнения сочетанных операций является всестороннее обследование больных. Помимо общеклинических методов, оно включало лучевые (УЗИ, МРТ, КТ, ангиография), эндоскопические, функциональные методы исследования.

Результаты и обсуждение

В соответствии с классификацией D. Lochlein и R. Pichlmayer [23] большинство симультанных операций относится к I и II степени тяжести (89,84%), операции III степени тяжести выполняли чаще всего с использованием открытого доступа и очень редко лапароскопического **(табл. 2)**.

Частота симультанных операций, включая лапароскопические, по отношению к общему количеству всех оперативных вмешательств составила 3,49%.

Симультанные операции III степени тяжести чаще выполняли при заболеваниях толстой кишки (резекция прямой кишки, право- или левосторонняя гемиколэктомия), желудка и при патологическом ожирении при открытых вмешательствах. Видеолапароскопическим способом выполнено 8 оперативных вмешательств указанной степени тяжести (экстирпация матки + холецистэктомия или + резекция ободочной кишки, последняя выполнена лапароскопически ассистированным способом).

Из общего числа симультанных оперативных вмешательств 82% были произведены в плановом, 18% — в экстренном порядке. Следует отметить, что у 95% больных, оперированных в плановом порядке, симультанные оперативные вмешательства планировались до операции, только в 5% наблюдений

Таблица 2. **Характер и объем абдоминальных оперативных вмешательств (открытым и минилапаротомным доступом)**

Основные оперативные вмешательства	Симультанное оперативное вмешательство	Число операций
Холецистэктомия	Грыжесечение по поводу пупочной грыжи	39
Резекция желудка	Холецистэктомия	36
Резекция тонкой кишки	Аппендэктомия	9
Резекция толстой кишки	Холецистэктомия	6
Аппендэктомия	Аднексэктомия	16
Резекция толстой кишки	Резекция мочевого пузыря	9
Резекция толстой кишки	Резекция печени	7
Резекция толстой кишки	Аднексэктомия	5
Билиопанкреатическое шунтирование	Холецистэктомия	4
Билиопанкреатическое шунтирование	Холецистэктомия Аппендэктомия	2
Прочие		25

сочетанные заболевания не были диагностированы или не были уточнены отдельные особенности течения сопутствующего заболевания.

Чаще всего, принимая решение о сочетанном вмешательстве, хирурги берут в расчет не столько показания, сколько противопоказания к операции.

По данным литературы, доля симультанных операций составляет обычно 1,5—6% всех выполняемых хирургических вмешательств, что раньше объясняли несовершенством анестезиологического, реанимационного обеспечения. В настоящее время основной причиной редкого выполнения симультанных операций является высокий операционно-анестезиологический риск у больных III и IV групп по классификации ASA. В последние 2—3 десятилетия число таких больных растет в связи с увеличением доли пациентов пожилого и старческого возраста, поскольку вероятность различных осложнений при сочетанных операциях у них выше [3, 4, 7, 21, 22]. У 60—70% больных этой категории выявляют коморбидные заболевания сердечно-сосудистой и респираторной систем, сахарный диабет.

Выполнение симультанных операций в экстренной ситуации должно быть особенно обоснованным. Противопоказаниями к расширению объема оперативного вмешательства являются распространенный перитонит, тяжелая кровопотеря, анестезиологический риск IV степени по ASA [3, 26]. Симультанные операции в условиях экстренной хирургии оправданы только в случае, если у больного выявляют два или более острых заболевания, каждое из которых может привести к смерти [7, 13, 16, 19, 21, 23].

Во время неотложных операций порой трудно дифференцировать изменения в соседних органах, по сути такие вмешательства оказываются вынужденными, основанными на субъективных оценках хирурга. По нашим данным, дополнительное подтверждение необходимости симультанных операций было получено в 5% наблюдений в результате интраоперационной ревизии органов брюшной полости.

В специальной литературе некоторые авторы приводят противопоказания к сочетанным операциям, в то время как четко сформулированные показания отсутствуют [1, 4, 8, 18, 24—27].

Симультанные операции увеличивают продолжительность вмешательства в среднем на 30,3%, причем при симультанных операциях I и II степени тяжести на 27,6%, при операциях III степени тяжести на 33%. Этот факт следует учитывать при наличии у больных сопутствующих заболеваний, он может быть значимым при выполнении сочетанных операций III степени тяжести и лапароскопических вмешательствах.

Современные методы анестезии и интенсивной терапии позволяют выполнить сочетанные оперативные вмешательства без значимого увеличения послеоперационных осложнений и летальности. Так, в группе больных, которым выполнялись сочетанные операции, осложнения отмечены в 2,5% наблюдений (кровотечения — 1,25%, инфекционные осложнения в области вмешательства — 1,25%), летальных исходов не было (в группе сравнения у больных, перенесших одно оперативное вмешательство, послеоперационные осложнения были в 2,3% наблюдений, летальность составила 0,3%).

Преимущества симультанных операций подробно освещены в специальной литературе [1, 2, 5, 20, 27]. К ним относятся избавление больного от двух и более заболеваний, необходимости выполнения второй операции по поводу сочетанного заболевания при этапном лечении, высокая экономическая эффективность, исключение повторной госпитализации, сокращение срока лечения.

В соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья (Федеральный закон №323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 20) на все медицинские вмешательства должно быть получено добровольное информированное согласие больного. Следовательно, больному также должно быть объяснено предстоящее выполнение сочетанной операции и получено его согласие. Юридические сложности могут возни-

кать при обнаружении сочетанного заболевания при интраоперационной ревизии, выполнении экстренных оперативных вмешательств. При невозможности получения согласия больного на выполнение симультанной операции эту проблему нужно решить коллегиально, проведя интраоперационный консилиум с участием опытных специалистов, старшего хирурга. Необходимо отметить, что при плановых операциях больной должен пройти всестороннее предоперационное обследование, обнаружение впервые уже в ходе операции серьезного сочетанного заболевания следует рассматривать как дефект ведения хирургического больного.

Особенно важным представляются ситуации, в которых симультанные операции могут существенно повлиять на степень операционно-анестезиологического риска и продолжительность вмешательства. Полагаем, что для характеристики симультанных оперативных вмешательств можно выделить следующие их группы:

А. 1. Запланированные в предоперационном периоде сочетанные операции.

2. Незапланированные в предоперационном периоде сочетанные операции.

Б. 1. Сочетанная операция, повышающая операционно-анестезиологический риск (на 1 и более баллов).

2. Сочетанная операция, существенно не влияющая на операционно-анестезиологический риск.

В. 1. Сочетанная операция, обусловленная желанием больного.

2. Сочетанная операция, обоснованная хирургическими показаниями и согласием больного.

Оценка сочетанных операций по группе А позволяет судить об уровне и качестве обследования больных в клинике (критерий качества лечения); по группе Б — более точно и обоснованно формулировать не только показания, но и противопоказания к актуальной операции; по группе В идеальной представляется ситуация В2, в то время как ситуацию В1 следует всесторонне обсуждать с больными. Например, возможность выполнения сочетанной операции из одного минилапаротомного доступа резко ограничена, она чаще всего выполняется из второго минидоступа, больные об этом должны быть информированы. При открытых и лапароскопических операциях изменения количества и размера доступа (доступов), как правило, не требуется.

Таким образом, частота симультанных оперативных вмешательств по отношению к общему числу всех хирургических вмешательств составила в среднем 3,49%, в зависимости от области хирургии она колеблется от 0,74 до 23,02%. Большинство симультанных операций (89,8%) относится к I и II степени тяжести по классификации D. Lochlein и R. Pichlmayer, они чаще всего могут выполняться лапароскопическим методом или из минилапаротомного доступа. Симультанные операции увеличивают продолжительность вмешательств в среднем на 30,3%, что может быть значимым фактором при операциях III степени тяжести и видеолапароскопических операциях. Симультанные операции не вызывают статистически достоверного увеличения срока пребывания больного в отделениях послеоперационной интенсивной терапии и реанимации, а также летальности и частоты послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Али Б.Р.А.А. *Оценка результатов симультанных абдоминальных операций:* Дис. ... канд. мед. наук. Ярославль. 2009.
2. Альтмарк Е.М. Симультанные лапароскопические операции II. *Вестник хирургии.* 2007;4:111-113.
3. Бунатян А.А., Буров Н.Е., Гологорский В.А. и др. *Руководство по анестезиологии.* М.: Медицина; 1994;655.
4. Галлямова С.В. *Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выполнении сложных сочетанных эндохирургических вмешательств:* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2008.
5. Гордеев С.А. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств II. *Эндоскопическая хирургия.* 2006;10:66-68.
6. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Стилиди И.С., Магаладзе З.О. *Тактика хирургического лечения больных синхронными первично-множественными злокачественными опухолями в сочетании с раком легкого.* Проблемы современной онкологии: материалы юбилейной конференции. Томск. 1999;78-80.
7. Иванов Ю.В., Соловьев И.А., Шарнов М.Б. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях. *Анналы хирургии.* 2007;4:17-20.
8. Лебедева Е.А. *Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза:* Дис. ... канд. мед. наук. М. 2010.
9. Малиновский Н.Н. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике. *Хирургия.* 1983;12:63-68.
10. Милонов О.Б., Черноусов А.Ф., Смирнов В.А. и др. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии. *Хирургия.* 1982;12:89-93.
11. Перельман М.И. Сочетанные операции на легких и других органах. *Анналы хирургии.* 1996;1:28-31.
12. Поташов Л.В., Васильев В.В., Семенов Д.Ю. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в видеоэндохирургии II. *Эндоскопическая хирургия.* 2003;5:8-12.
13. Поташов Л.В., Седов В.М., Фигурина Т.Д. Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии. *Вестник хирургии.* 1987;4:131-134.
14. Федоров В.Д. Одномоментные обширные и сочетанные операции. *Хирургия.* 1983;3:8-15.
15. Chen Y, Bai J, Guo Y, Zhang G. The simultaneous repair of an irreducible diaphragmatic hernia while carrying out a cesarean section. *Int J Surg Case Rep.* 2013;4:9:771-772.
16. Esser G, Mirtz G. Incidental appendectomy with cholecystectomy. *Am J Surg.* 1987;53:10:553-557.
17. Gillen S, Michalski CW, Schuster T et al. Simultaneous/ Incidental cholecystectomy during gastric/esophageal resection: systematic analysis of risks and benefits II. *World. J Surg.* 2010;34:5:1008-1014.

18. Harmon GD, Senagore AJ, Kilbride MJ. lnterleukin-6response to laparoscopic and open colectomy. *Dis Colon Rectum*. 1994;37:8:754-759.
19. Hellenthal NJ, Stewart GS, Cambio AJ, Delair SM. Renal cell carcinoma metastatic to gallbladder: a survival advantage to simultaneous nephrectomy and cholecystectomy II. *Int Urol Nephrol*. 2007;39:2:377-379.
20. Kamer E, Unalp HR, Derici H et al. Laparoscopic cholecystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair: a retrospective study. *J Postgrad Med*. 2007;53:3:176-180.
21. Kim JJ, Schirmer B. Safety and efficacy of simultaneous cholecystectomy at Roux-en-Y gastric bypass II. *Surg Obes Relat Dis*. 2009;5:1:48-53.
22. Lai SL, Yang JC, Wu JM et al. Combined cholecystectomy in gastric cancer surgery. *Int J Surg*. 2013;11:4:305-308.
23. Lohlein D, Pichlmayr R. Risk of combined surgical procedures in operations of colon and rectum. *Langenbecks Arch Chir*. 1977;343:3:205-216.
24. Reifferscheid M. Der simultaneingziff in der Bauchhohle — chirurgischer aspekte. *Zent Bl Chir*. 1971;5:1210.
25. Shaffer EA. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? *II Curr Gastroenterol Rep*. 2005;7:2:132-140.
26. Shennib H, Fried GM, Hampson LG. Does simultaneous cholecystectomy increase the risk of colonic surgery II. *Am J Surg*. 1986;151:2:266-268.
27. Thompson JS, Philben VJ, Hodgson PE. Operative management of incidental cholelithiasis. *Am J Surg*. 1984;148:6:821-824.