



Батиров Бехзод Аминджанович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ҚОРИН БЎШЛИГИ ОРГАНЛАРИДА СИМУЛЬТАН ОПЕРАЦИЯЛАР ТАСНИФИ

Батиров Бехзод Аминджанович

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

CLASSIFICATION OF SIMULTANEOUS OPERATIONS ON ABDOMINAL ORGANS

Batirov Behzod Aminjanovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Симультан операциялар атамасини аниқлаш ва уларнинг таснифи бўйича адабиётларда маълумотлари келтирилган. Ҳозирги вақтда симультан операцияларнинг кўплаб таснифлари мавжуд. Қорин бўшлиғи жарроҳлиги ривожланишининг ушбу босқичида ушбу таснифлар билан келишиш қийин. Ушбу таснифларнинг аксарияти тарихий аҳамиятга эга, комбинацияланган жарроҳлик касалликларининг патогенетик механизмларини акс эттирмайди ва бир вақтнинг ўзида бажариладиган операциялар босқичларини аниқлай олмайди.

Калит сўзлар: симультан операциялар, жарроҳлик тажовуз.

Abstract. The literature data on the definition of the term simultaneous operation and their classification are presented. Currently, there are many classifications of simultaneous operations. It is difficult to agree with these classifications at this stage of development of abdominal surgery. Most of these classifications have historical significance, do not reflect the pathogenetic mechanisms of combined surgical diseases and are unable to determine the stages of simultaneous operations.

Keywords: Simultaneous operations, surgical aggression.

По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология имеется у 20-30% больных хирургического профиля. Из них лишь до 6-8% случаев выполняется одновременная их коррекция, т.е. симультанная операция (СО). Сдержанное отношение хирургов к СО объясняется отсутствием единого мнения о показаниях и противопоказаниях к ним, и недостаточно изученными результатами. В немногочисленных отечественных и зарубежных статьях, посвященных данной проблеме, мало внимания уделено таким важнейшим показателям, как длительность операции, продолжительность послеоперационного периода и ряд других причин, характеризующих степень тяжести операционной травмы [1, 14].

Одновременная хирургическая коррекция сочетанных хирургических заболеваний (СХЗ) органов брюшной полости интересовала хирургов давно. Первое сообщение об одномоментном выполнении двух операций относится к 1735 г., когда Claudius, оперируя 11 летнего ребенка, произвел аппендэктомии и грыжесечение. В СНГ впервые о симультанной операций сообщил С.П. Фёдоров (1922): удаления желчного пузыря и черве-

образного отростка. А.В. Вишневский (1932) выполнил симультанную операцию в виде нефрэктомии, холецистэктомии и правосторонней гемиколэктомии. Данную СО автор производил под местной анестезией [5]. Несмотря на более вековую давность выполнения первой симультанной операции в мире, по сей день выполнение симультантных операций при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости остаётся актуальной проблемой. Понятие «симультанная операция» была введена в медицинскую литературу S.Roleff (1970) и M. Reiffersceid в 1971 г., и впервые упоминается в его статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости: хирургические аспекты», где предложил следующую классификацию СО:

1. лечебные;
2. превентивные;
3. профилактические;
4. вынужденные;
5. диагностические симультантные.

Л.И. Хнох и И.Х. Фельтшинер (1976 г.) симультантными операциями назвали, одновременно производимые на двух или более органах брюш-

ной полости по поводу разных, не связанных между собой заболеваний [11]. 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:

1. абсолютные или куративные;
2. превентивные;
3. профилактические;
4. диагностические;
5. вынужденные.

В настоящее время существует множество классификаций СО. С этими классификациями на данном этапе развития абдоминальной хирургии трудно согласиться. Например, Л.В.Поташов и В.М.Седов (1977) разделили СО на “экстренные” и “плановые”, “неожиданные” и “предполагаемые”, а среди плановых операций - на «планируемые заранее» и на «непредвиденные – вынужденные”. Данная классификация больше всего подходит к экстренным случаям [8].

А.И. Дасаев (1987) выделяет симультанные операции на одной и разных анатомических областях, а Ш.Х. Ганцев (1989) в пределах одного, двух и трех этажей брюшной полости, А.И. Хамидов (1990) подразделяет сочетанные операции на одно, двух и внеполостные, в зависимости от числа хирургических доступов.

В основу классификации О.Б. Милонова (1982) был положен принцип анатомической близости пораженных органов, а также срочность выполнения операций. Другие авторы (Л.В. Поташов (1977), А.Ф. Греджев (1983), Н.Н. Малиновский (1983) стали подразделять СО в зависимости от количества доступов в брюшную полость [7,8].

Для практикующих врачей наиболее приемлимой является классификация одномоментных операций, предложенная А.Д. Кочкиным и соавт (2013). Так авторы дают четкую формулировку следующим видам оперативных вмешательств.

Симультанные операции – это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу заболеваний, при которых показано хирургическое лечение. Сочетанные операции – это одновременное выполнение двух или нескольких операций на одном органе по поводу одного или различных по этиологии заболеваний

Комбинированные операции – это операции, выполненные на нескольких органах по поводу проявлений одного заболевания в течение одного оперативного вмешательства.

Расширенная операция – это вмешательство, при котором увеличение стандартного объема обусловлено распространением заболевания.

В настоящей научной работе мы рассматриваем первый тип операции (симультанные).

Выделим 2 этапа симультанных операций: основной и симультанный.

Основной этап – это симультанная операция, выполняемая по поводу основного заболевания больного, а основное заболевание – это такое, которое привело больного в стационар и представляет большую опасность для его жизни на этапе хирургического лечения [2,4].

Симультанный этап – это этап операции, выполняемый по поводу сочетанного заболевания, а сочетанное заболевание – это такое, которое представляет меньшую опасность для жизни больного на этапе хирургического лечения по сравнению с основным заболеванием и зависит от выбора хирургов, состояния пациента и сопутствующего заболевания.

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», «симультанные», «комбинированные», «обширные», «расширенные» и «синхронные». В этой связи, Фёдоров А.В с соавторами (2011) предложили принять единую терминологию - классификацию данных вмешательств и приглашали к обсуждению данного вопроса на страницах медицинских журналов с целью принятия соответствующей резолюции на съезде хирургов. Несмотря на явные преимущества СО, они составляют около 3% от всех хирургических операций, выполняемых в клиниках хирургического профиля, тогда как частота СХЗ составляет 20-30%.

Неоспоримым преимуществом сочетанных операций является одновременное устранение двух или более хирургических заболеваний, оперативное лечение которых откладывалось на более поздний срок, устраняется риск повторного наркоза и его осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке. Несмотря на большое число клинических наблюдений, сочетанные оперативные вмешательства выполняются в среднем у 3% хирургических больных, тогда как их частота, по данным ВОЗ, достигает 20-30%.

Основной причиной, служащей для отказа от СО, является их травматичность. По мнению большинства авторов, СО отягощают хирургическое вмешательство и период послеоперационного течения и сопровождаются высокой частотой различных осложнений и летальностью. Главными факторами, ограничивающими выполнение СО, являются общее состояние больного, возраст,

степень тяжести основного и СХЗ. При СО увеличивается степень риска предстоящего оперативного вмешательства за счет увеличения продолжительности операции, дополнительной травматизации, особенно у лиц отягощенным соматическим статусом, а также наличие их осложнений. [3,15]. В ответ на любое оперативное вмешательство в организме возникают системные патофизиологические изменения, выраженность которых определяется исходным состоянием больного и травматичностью хирургической агрессии. При СО, имеющих дополнительный этап, а в некоторых случаях и дополнительный доступ к патологически измененным органам брюшной полости, «постагрессивная реакция» организма будет более выраженной, чем при изолированных операциях, что и заставляет многих хирургов воздерживаться от СО при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости [6,12].

Однако, 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 желчных путях и, перенесших операции на других органах брюшной полости, в раннем послеоперационном периоде, возникает острый холецистит [5,9].

Резюмируя данный раздел, необходимо отметить, что при изучении современной литературы 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 четко выработанного алгоритма тактики хирургического лечения сочетанной хирургической патологии. Большинство из этих классификаций имеет историческое значение, не отражает патогенетические механизмы СХЗ и не в состоянии определить этапность выполнения СО. 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.

Разногласия имеются и в очередности выполнения того или иного вмешательства, ориен-

тируясь или на тяжесть основного этапа, или на "чистоту операции".

У больных с вентральными грыжами частота сопутствующих хирургических заболеваний брюшной полости колеблется от 11,8 до 16,3% [13,16]. Причем часть хирургической патологии выявляется только во время оперативных вмешательств. Анализ сопутствующей патологии в органах брюшной полости свидетельствует о том, что только у 59,3% больных с грыжами было только одно заболевание, часто у них выявляли два (13,3-25,5%), три (13,5-51,6%), четыре (1,7-35,1%) и более заболеваний. Установлено, что чем больше у больного размер грыжи, тем больше у него сопутствующих заболеваний [17,20].

Тактика лечения больных с грыжами и сопутствующей хирургической патологией продолжает обсуждаться до настоящего времени. Существенно различаются два подхода к лечению сопутствующих заболеваний. Согласно одному, сочетанная патология должна быть устранена одновременно путем выполнения симультанных вмешательств [18,19]. Согласно другому, сочетанные заболевания устраняются поэтапно. Выбор же одного из решений зависит, прежде всего, от характера патологии. Для этого необходимо выявлять хирургические заболевания, требующие одномоментной коррекции. Этому способствует алгоритм обследования больных с грыжами. Среди диагностических методов наиболее доступным и информативным является ультразвукография. О.Н. Мелентьевой (2010) предложен алгоритм ультразвукографического исследования больных с грыжами, включающий два этапа. Алгоритм УЗИ больного с ПВГ до операции направлен на оценку грыжевых ворот и брюшной стенки, на выявление патологии в органах брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза. Эти данные позволяют определить предстоящий объем вмешательства и его риск. В послеоперационном периоде УЗИ направлено на оценку состояния зоны оперативного вмешательства, органов грудной, брюшной полостей и малого таза. Эта информация способствует раннему выявлению осложнений, которые можно устранить малоинвазивными способами.

С.А. Колесников с соавт. (2006) разработали шкалу для определения сложности вентральных грыж и объема вмешательства [10]. Необходимость такого подхода подтверждают исследования многочисленных авторов. В диагностически сложных случаях у больных с грыжами, кроме УЗИ, следует выполнять МРТ, данные которой также способствуют принятию правильного тактического решения.

Литература:

1. Абдуллаев Э.Г. Послеоперационные вентраль-

ные грыжи после лапароскопических вмешательств / Э. Г. Абдуллаев, В. В. Феденко, В. В. Бабыгин // Эндоскоп. хирургия. - 2005. - № 4. - С. 11-13.

2. Алишев О.Т., Шаймарданов Р.Ш. Современное состояние и проблемы лечения больших послеоперационных вентральных грыж // Практическая медицина. - 2013. - № 2 (67). С. 16 – 21.

3. Аутлев К. М. и др. Профилактические моменты возникновения послеоперационных вентральных грыж у пациентов с морбидным ожирением // Медицинская наука и образование Урала. - 2016. - Т. 17. - № 3. - С. 60.

4. Ахтамов Ж.А. Профилактика инфекционных осложнений аллопластики ущемленных послеоперационных вентральных грыж / Ж.А. Ахтамов [и др.] // Герниология. - 2008. - № 3. - С. 6-7.

5. Баймаханов Б.Б., Бутабаев Н.К. Способ предоперационной подготовки больного с большой вентральной грыжей: патент РФ № 21080// Комитет по правам интеллектуальной собственности министерства юстиции республики Казахстан. - 2009, Официальный бюллетень. № 4.

6. Балацкий Е. Р., Журавлева Ю. И. Особенности лечения послеоперационных вентральных грыж после перенесенного перитонита //Перитонит от А до Я (Всероссийская школа). - 2016. - С. 105-108.

7. Белоконов В. И., Ковалева З.В., Пушкин С.Ю. Передняя протезирующая герниопластика комбинированным способом при больших и гигантских вентральных грыжах // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - № 5. - С. 45-50.

8. Егиев В. Н., Кулиев С. А., Евсюкова И. В. Оценка качества жизни у пациентов, перенесших переднюю сепарационную пластику //Московский Хирургический. - 2018. - Т. 8. - С. 25.

9. Зохидова С. Х. и др. Наш опыт лечения ущемленных после операционных вентральных грыж у больных пожилого возраста //Вестник экстренной медицины. - 2013. - № 3.

10. Колесников С. А. и др. Ауто-и аллопластика в хирургии вентральных грыж (необходимость, достаточность, эффективность) //Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2016. - № 3. - С. 162-162.

11. Корольков А. Ю. и др. Хирургическое лечение гигантской вентральной грыжи, осложненной в послеоперационном периоде абдоминальным компартмент-синдромом //Вестник хирургии имени ИИ Грекова. - 2018. - Т. 177. - № 5. - С. 83-85.

12. Лазаричева Н. М. Выбор лечебной тактики у пациентов старших возрастных групп с гигантскими и обширными послеоперационными вентральными грыжами: дисс. - ГОУВПО" Москов-

ская медицинская академия", 2011.

13. Лебедев С. Н. и др. Анализ неоперационных предикторов послеоперационных вентральных грыж //Пермский медицинский журнал. - 2017. - Т. 34. - № 6.

14. Подолужный В.И., Хронические серомы при надпоясничном расположении протеза у больных с грыжами живота / В.И. Подолужный, А.В. Кармадонов, А.А. Перминов //Герниология. - 2007. - № 2. - С. 25-26.

15. Пушкин С.Ю., Характер морфофункциональных изменений в тканях при формировании жидкостных образований в подкожной клетчатке у пациентов после грыжесечения / С.Ю. Пушкин, В.И. Белоконов, Г.И. Шифрин [и др.] // Новости хирургии. - 2011. - Т. 19, № 2. С. 16-20.

16. Шамин В.П., Этиология, профилактика, лечение раневых осложнений после герниопластики / В.П. Шамин и [др.] // Герниология. - 2011. - № 1. - С. 48-49.

17. Broman K. K. et al. Hidden Morbidity of Ventral Hernia Repair with Mesh: As Concerning as Common Bile Duct Injury? //Journal of the American College of Surgeons. - 2016. - Т. 223. - № 4. - С. S61.

18. Rizaev J. A., Shodmonov A. A. Optimizing the Surgical Phase of Dental Implants Optimization of the Surgical Phase of Dental Implantation Based on Computer Modelling //Eurasian Medical Research Periodical. - 2022. - Т. 12. - С. 84-87.

19. Rizaev J. A., Umirzakov Z. B. B., Umirov S. E. Ways to Optimize Medical Services for Covid-19 Patients //Specialusis Ugdymas. - 2022. - Т. 1. - № 43. - С. 1217-1224.

20. Rizaev J. A., Bekmuratov L. R. Prevention of tissue resorption during immediate implant placement by using socket shield technique //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. - 2022. - Т. 2. - № 3.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Батиров Б.А.

Резюме. Представлены литературные данные по определению термина симультанная операция и их классификация. В настоящее время существует множество классификаций симультанных операций. С этими классификациями на данном этапе развития абдоминальной хирургии трудно согласиться. Большинство из этих классификаций имеет историческое значение, не отражает патогенетические механизмы сочетанных хирургических заболеваний и не в состоянии определить этапность выполнения симультанных операций.

Ключевые слова: Симультанные операции, хирургическая агрессия.