УДК 617-089

Симультанные операции (история вопроса, дефиниции, классификация)

Д.А. Унанян

Медицинский центр «Аштарак»
0201, Аштарак, ул. Григора Нарекаци, 61

Ключевые слова: синдром взаимного отягощения, симультанные операции, сочетанные операции, комбинированные операции

Выбор оптимального метода лечения той или иной патологии является одним из наиболее сложных и до конца нерешенных вопросов современной клинической медицины. В большей степени это относится к оперативным вмешательствам вследствие травматичности, выраженного болевого синдрома, наличия интра- и послеоперационных осложнений, длительных сроков реабилитации и т.п., негативных оборотных сторон традиционной хирургии.

С целью минимизировать негативные последствия оперативных вмешательств с начала XX века активно разрабатывается «хирургия малых доступов» и внедряются минимально инвазивные хирургические технологии.

Цель, поставленная исследователями, заключалась, с одной стороны, в снижении травматичности хирургического пособия со всеми вытекающими последствиями, с другой – в техническом обеспечении возможности выполнения полного и радикального объема необходимого вмешательства.

Названная «минимально инвазивной», хирургия развивалась в нескольких направлениях, из которых для полостной хирургии значимыми стали хирургия из минидоступов и лапароскопическая хирургия, из которых наиболее перспективным направлением явилась лапароскопическая хирургия. Ее появлению способствовал целый ряд открытий в области медицинской техники, включающий разработку и апробацию нового инструментария и видеоскопического оборудования. Впервые выполненная французским хирургом Филиппом Муре (Philip Moore) в 1987 году лапароскопическая холецистэктомия явилась событием, названным впоследствие «второй французской революцией» [цит. по 15].

Три фактора способствовали стремительному распространению лапароскопической хирургии по всему миру: несомненные преимущества новой технологии для больного; спрос населения на новые виды операций, возросший после рекламной компании, и активность фирм-производителей медицинского оборудования, быстро оценивших потенциальный рынок в лапароскопической хирургии [15]. По мере накопления опыта лапароскопических операций

стали появляться сообщения об одновременных вмешательствах на одном или нескольких органах, выполняемых под контролем лапароскопа.

Следует отметить, что проблема хирургического лечения сочетанных заболеваний была в центре внимания исследователей еще с XVIII века. Так, первое упоминание о сочетанной коррекции двух хирургических заболеваний относят к 1735 году, когда Claudius выполнил аппендэктомию и герниопластику одиннадцатилетнему мальчику [цит. по 21]. Резко возросший интерес к данной проблеме объясняется целым рядом причин: увеличением продолжительности жизни в целом, совершенствованием диагностических методик, улучшением анестезиологического пособия и реанимационного обеспечения, широким внедрением малоинвазивных эндовидеохирургических вмешательств.

В 1995 году Всемирной организацией здравоохранения были опубликованы статистические данные, согласно которым у 25-30% больных, подлежащих оперативному лечению в связи с каким-либо заболеванием, выявляются дополнительно одно или несколько заболеваний, требующих хирургического лечения [6].

Достоинства симультанных операций не вызывают сомнений. 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. Неоспоримым преимуществом симультанных операций является одновременное устранение двух или более хирургических заболеваний, оперативное лечение которых откладывалось на более поздний срок. При этом устраняется риск повторного анестезиологического пособия и его осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке. Однако, несмотря на большое число клинических наблюдений, симультанные операции выполняются в среднем всего у 3% больных с патологией, требующей хирургического вмешательства, тогда как необходимость в проведении таковых, по данным ВОЗ, составляет 20-30% [22,29].

Крайне низкое количество выполняемых симультанных вмешательств, не соответствующее реальным потребностям в них, объясняется целым рядом причин: неполное обследование больных в предоперационном периоде, недостаточная интраоперационная ревизия органов брюшной полости и малого таза, преувеличение степени операционного риска при определении возможности проведения симультанных операций, склонность хирургов к осуществлению многоэтапного оперативного лечения сочетанных заболеваний, повышение ответственности хирурга при возможном неудачном исходе операции, техническая и психологическая неподготовленность хирургов, гинекологов и анестезиологов к расширению объема оперативного вмешательства [16, 30].

Однако следует учитывать и возможные отрицательные последствия симультанных вмешательств: увеличение продолжительности наркоза; возможное увеличение кровопотери; повышение вероятности осложнений во время и после операции. Выполнение симультанных операций в случаях различной хирургической патологии, сочетающейся со злокачественными новообразованиями других органов, в значительной степени предопределено фатальным

прогнозом при отказе от своевременного оперативного вмешательства [7]. Следует также учесть, что у больных, которым необходимо оперативное лечение (например, трансплантация органов), нередко имеет место сочетанная абдоминальная патология [37].

К тому же, исследования последних лет позволяют находить все новые закономерности в сочетании заболеваний различных органов и систем, при этом также не исключаются и случайные сочетания различных патологических процессов, для которых характерен *синдром взаимного отягощения* [18]. По определению, *синдром взаимного отягощения* – это комплекс симптомов, указывающий на более тяжелое течение патологического процесса, связанного с каждым из сочетающихся повреждений, по сравнению с клинической картиной, характерной для аналогичных изолированных повреждений [28].

В 1976 году Л.И. Хнох и И.Х. Фельтшинер [36] дали определение симультанным операциям, выделили основной и симультанные этапы операций и дали модифицированную классификацию этих вмешательств. Симультанными авторы назвали *операции, одновременно производимые на двух или более органах брюшной полости по поводу разных, не связанных между собой заболеваний* (курсив наш. – *Д.У.*). Основным этапом была обозначена операция, направленная на устранение наиболее опасного патологического процесса независимо от дооперационной диагностики, операционных доступов, порядка проведения основного и сопутствующего вмешательства. Авторами были выделены также пять групп показаний к симультанным операциям: абсолютные, или куративные, превентивные, профилактические, диагностические и вынужденные.

Имеются и другие классификации симультанных операций. Так, например, Л.В. Поташов и соавт. [29] по показаниям делят симультанные операции на неожиданные, предполагаемые и заранее планируемые. В классификации Lohlein приводятся лишь абсолютные и относительные показания, что в большей степени применимо к неотложным ситуациям [цит. по 15].

Представляет определенный интерес наличие в литературе различных терминов, касающихся симультанных операций, совокупность которых можно охарактеризовать как «терминологическую путаницу». Так, при анализе публикаций, относящихся к искомой проблеме, можно выявить, что одни авторы пользуются термином «одномоментная операция», другие – «сочетанная», третьи – «одновременная» или «одновременная сочетанная» и т.п. Скорее всего, близким к истинному значению является мнение К.Д. Тоскина и соавт. [34], которые, проанализировав всю эту терминологическую неразбериху, предложили термин «симультанная операция», исходя из его латинского происхождения (от лат. simul – «в одно и то же время, совместно» и similis – «похожий, подобный»; отсюда – simultaneus). Термин же «сочетанная», по мнению авторов, более подходит заболеванию, по поводу которого, собственно, и предполагается вмешательство. При этом в качестве сопутствующей патологии авторы предложили называть фоновое заболевание, оказывающее влияние на исход операции. Исходя из последнего умозаключения мы также в дальнейшем будем пользоваться термином «симультанная операция» (СО).

Следует отметить, что в англоязычной литературе для обозначения СО в настоящее время принят термин «combined» – комбинированный [38-40,43]. Однако есть и публикации, в которых, тем не менее, употребляется термин «simultaneous» – одновременный [41,42,44].

До сих пор не совсем ясным и однозначным представляется и само определение симультанных операций. Так, в 1983 году Н.Н. Малиновский и соавт. [23] внесли уточнение в определение, предложенное Хнохом и Фельтшинером, добавив к нему еще возможность выполнения операций из одного или разных хирургических доступов, не ограничиваясь при этом только брюшной полостью. Признаком СО авторы считают отсутствие патогенетической связи между сочетанными заболеваниями. По поводу последнего нельзя обойти вниманием мнение С.А. Гордеева [15], который считает, что патогенетическая связь не всегда лежит на поверхности и может объединять, казалось бы, совершенно разные поражения органов и тканей.

Мы склонны согласиться с мнением С.А. Гордеева, поскольку, действительно, однозначно определить причинно-следственные патогенетические связи между различными патологиями не только в обычном контролируемом клиническом исследовании, но и даже в рандомизированных исследованиях не всегда представляется возможным. Определенный вклад в вопрос выявления причинно-следственных патогенетических связей могут внести обсервационные крупномасштабные исследования [35], однако отчеты о таких исследованиях в литературе отсутствуют.

К.Д. Тоскин и соавт. [34] в 1991 году предложили свою дефиницию СО. По их мнению, это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение. Далее авторами предлагается структурная схема основных составляющих симультанных операций: наличие основного, сочетанного и сопутствующего заболевания и деление операции на основной и симультанный этапы.

Весьма интересными представляются рассуждения С.А. Гордеева [15] по поводу понятия «симультанная операция»: «Казалось бы, из понятия «симультанная операция» логично и просто вытекают основные показания к ее выполнению – наличие различных заболеваний нескольких органов. Однако во многом выбор показаний и объем оперативного вмешательства определяются разнообразием ситуаций, в которых находятся больные. Ответственность как юридическая, так и моральная, которую берет на себя хирург, решаясь на вторую операцию, очень велика. Кроме “ювелирного” мастерства, знания анатомии и глубокого понимания особенностей патологического процесса необходимо почти интуитивно чувствовать ту грань, переход за которую может обернуться трагедией для больного».

Представляет интерес классификация СО, предложенная Lochlein и Pichlmayr [цит. по 15]:

- *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.

Авторы считают вполне допустимым одномоментное выполнение малых и средней степени тяжести операций, причем 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.

Всякая СО, выполняемая в традиционной манере, сопровождалась увеличением травматичности не только за счет суммарного увеличения объема нескольких вмешательств, но и включала травматичность расширенной лапаротомии, необходимой для обеспечения производства всех этапов операции. Любые усовершенствования предоперационной подготовки или оперативной техники всегда “спотыкались” на слабом звене в алгоритме симультанных операций – широком операционном доступе. Число послеоперационных осложнений колебалось в пределах от 1,5% до 40,2% и зависело не столько от специфики сочетанной патологии, сколько от характера симультанных операций [15].

Ситуация с проблемой СО кардинально изменилась после появления нового направления в медицине – эндовидеохирургии. Сегодня лапароскопическая операция представляет собой вмешательство с прецизионным выделением, пересечением или анастомозированием анатомических структур, отсутствием кровопотери, инфицирования брюшной полости и брюшной стенки [20].

Оценив по достоинству возможности лапароскопических операций, хирурги на новом методическом уровне вновь вернулись к проблеме СО [8,14,25].

При этом многие авторы указывали, что хотя СО на брюшной стенке и на органах брюшной полости увеличивают сложность вмешательства, однако при этом сокращаются сроки лечения, снижается риск развития возможных осложнений в виде сопутствующих заболеваний из-за дополнительного наркоза и эмоциональных переживаний, связанных с необходимостью повторного вмешательства [4,27,31].

К сожалению, отечественные авторы не уделяют должного внимания вопросам, связанным с показаниями, противопоказаниями, порядком проведения, интра- и послеоперационными осложнениями при СО. Так, при поиске в базе данных «Армянская медицина» [1] по ключевым словам «симультанные операции», «сочетанные операции», «комбинированные операции» нами за последние 10 лет было выявлено всего 14 работ, касающихся искомой проблемы [2,3,5,9-13,17,19,24,26,32, 33].

Таким образом, СО являются перспективным направлением современной хирургии. Основными преимуществами лапароскопических СО являются: одновременное устранение двух или более заболеваний, малая травматичность, ранние сроки активизации больных, снижение числа осложнений в раннем послеоперационном периоде, высокий социально-экономический эффект.

Поступила 16.11.15

Համաժամանակյա վիրահատություններ (խնդրի պատմությունը, սահմանումը, դասակարգումը)

Դ.Ա.Հունանյան

Հոդվածում ներկայացվում է համաժամանակյա վիրաբուժության զարգացման ուրվագիծը: Դիտարկվում են համաժամանակյա վիրահատությունների տերմինաբանության եւ դասակարգման խնդիրները: Մատնանշվում են դրանց առավելությունները եւ թերությունները: Նշվում է, որ լապարասկոպիկ համաժամանակյա վիրահատությունների հիմնական առավելություններն են. երկու կամ ավելի հիվանդությունների միաժամանակյա վերացումը, տրավմատիկության ցածր աստիճանը, հիվանդների ակտիվացման վաղ ժամկետները, բարդությունների քանակի կրճատումը հետվիրահատական վաղ շրջանում, բարձր սոցիալ-տնտեսական արդյունքը:

Simultaneous surgery (history of the problem, definitions, classification)

D.A. Hunanyan

The article presents a brief historical review of the development of simultaneous surgery. The article features issues of terminology and classification, advantages and disadvantages of the simultaneous operations (SO). The review notes that the main advantages of laparoscopic SO are: the simultaneous removal of two or more diseases, minor traumatism, early activation of patients, reduced number of complications in the early postoperative period, high socio-economic effect.

Литература

1. Հայկական բժշկություն. www.medlib.am
2. *Агавелян М.А., Агавелян А.М., Саркисян К.А.* Сочетанные операции при хроническом колостазе. Сб. мат. VI национального научно-медицинского конгресса “Здоровье человека” (с международным участием), 10-12 октября 2007 г. Ереван, 2007, с. 219-220.
3. *Агавелян М.А., Агавелян А.М.* Сочетанные операции при хроническом колостазе. Международный конгресс “Неотложная хирургия”, Ереван, 1-3, X, 2008, Медицинский вестник “Эребуни”, 2008, 3 (35), с. 246-247.
4. *Адамян А.А., Гогия Б.Ш.* Результаты использования полипропиленовой сетки Prolene (Ethicon) при послеоперационных вентральных грыжах. Тез. симпозиума «Реконструктивная и пластическая хирургия». М., 30-31 января 2001, с.41.

5. *Акопян А.М., Адамян А.В., Ордуян С.Л.* Одномоментные сочетанные операции у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и паховой грыжей в условиях современной многопрофильной больницы. Герниология, 2005, 2 (6), с. 10-12.
6. *Александров Л.С.* Симультанные и комбинированные оперативные вмешательства в гинекологии. Дис. ... докт.мед.наук. М., 2005.
7. *Али Бикай Рами Абдель Азиз.* Оценка результатов симультанных абдоминальных операций. Автореф. дис. ... канд. мед.наук. Ярославль, 2009.
8. *Альтмарк Е.М.* Симультанные лапароскопические операции. Автореф. дис. ... канд. мед.наук. СПб., 2007.
9. *Ананикян П.П., Ананикян П.П.* Симультанные операции в абдоминальной хирургии. Современные аспекты реабилитации в медицине. Мат. I Международной конференции, посвященной 10-летию Академии медико-технических наук РФ, 23-25 сентября 2003 г., Ереван, 2003, с. 26.
10. *Ананикян П.П., Ананикян П.П.* Симультанные операции в абдоминальной хирургии. Юбилейный сборник мат. II национального конгресса "Здоровье человека", посвященного 40-летию НИЗ им. С. Х. Авдалбекяна, 17-19 сентября 2003 г. Ереван, 2003, с. 124.
11. *Ананикян П.П., Ананикян П.П.* Симультанные операции в абдоминальной хирургии. Мат. Всеармянского международного хирургического конгресса. Ереван, 2003, с. 34-35.
12. *Батикян О.Х., Оганесян С.С., Месропян Р.Н. и соавт.* Сочетанные операции в абдоминальной хирургии. Сборник мат. I национальной научно-медицинской конференции «Здоровье человека», 6-8 ноября 2002 г. Ереван, 2002, с. 104.
13. *Баяхчиянц А.Ю., Агаронян А.О., Арутюнян А.П.* Комбинированные операции при сочетанной патологии тазового дна. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Мат. международной научно-практической конференции 15 октября 2004 г. Ереван, 2004, с. 40-41.
14. *Галимов О. В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И., Галлямов Э.А., Зиганшин Т.М.* Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни. Вестник хирургии, М., 2002, 1, с. 82-86.
15. *Гордеев С.А.* Комбинированные и симультанные лапароскопические операции: http://www.celt.ru/articles/art/art_31.phtml
16. *Гордеева Т.В.* Симультанные лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза у женщин. Дис… канд. мед. наук. СПб., 2006.
17. *Григорян С.Х. Манукян А.М. Акопян П.Р. и соавт.* Симультанные операции при хирургических заболеваниях живота. Научные труды и сообщения. НИЗ им. С. Х. Авдалбекяна МЗ РА. Ереван, 2003, ч. 1, с. 71-73.
18. *Давидович Д.Л.* Сочетанные эндовидеохирургические операции у онкологических больных. Дис.... канд. мед. наук. М., 2010.
19. *Дрампян А.Ф., Арутюнян Ю.А., Абовян Д. Л. и соавт.* Сочетанные операции в гинекологии. Мат. Всеармянского международного хирургического конгресса. Ереван, 2003, с. 326.

20. *Емельянов С.И., Богданов Д.Ю., Матвеев Н.Л.* Технические аспекты лапароскопической адреналэктомии. Мат. 3-го международного хирургического конгресса «Научные исследования в реализации программы “Здоровье населения России”» 21-24.02.2008. М., 2008, с. 109-110.
21. *Кащеев В.И.* Симультанные операции на основе лапароскопической холецистэктомии. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2007.
22. *Кубышкин В.А., Стрекаловский В.П., Вуколов А.В.* Лапароскопическая холецистэктомия. Старые проблемы в новом свете. Хирургия, 1997, 1, с. 65-68.
23. *Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д., Агейчев В.А., Борушко М.В.* Сочетанные хирургические вмешательства в хирургической практике. Хирургия, 1983, 12, с. 63-68.
24. *Меликсетян В.Ф., Ханамирян Р.М., Мовсисян В.В. и соавт.* Сочетанные операции в практике ринологии. Вестник хирургии Армении, 1998, 1 (18), с. 34-36.
25. *Мосягин В.Б.* Сравнительная оценка лапароскопического и традиционных методов лечения паховых грыж. Эндоскопическая хирургия, 2005,1, с.88-94.
26. *Оганян А.Р.* Симультанное хирургическое лечение больных с сочетанной патологией щитовидной железы и других органов. Дис.... канд. мед. наук. М., 2004.
27. *Плотников Ю.В.* Прогнозирование как выбор способа герниопластики. Герниология, 2009, 1, с. 27-28.
28. Политравмы. Википедия: https://ru.wikipedia.org/wiki
29. *Поташов Л.В., Седов В.М., Фигурина Т.Д.* Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1987, 3, с. 131-134.
30. *Пучков К.В., Баков В.С., Иванов В.В.* Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. М., 2005.
31. *Пушкин С.Ю.* Обоснование системного подхода при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенке у больных с вентральной грыжей. Дис.... докт. мед. наук. Самара, 2011.
32. *Сеинян С.Г., Саргсян Р.Г., Галстян Г.А. и соавт.* Комбинированные органосохранные оперативные вмешательства в хирургическом лечении сарком мягких тканей. Мат. III Конгресса онкологов Закавказских государств. Ереван, 2004, с. 211.
33. *Тер-Аветикян З.А., Саарян В.В., Меграбян Н.Г. и соавт.* Симультанные операции в экстренной хирургии органов брюшной полости. Научные труды и сообщения. НИЗ им. С. Х. Авдалбекяна МЗ РА. Ереван, 1997, ч. 2, с. 210-212.
34. *Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А.* Симультанные операции: название и определение. Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 1991, т. 146, 5-6, с. 3-9.
35. *Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э.* Клиническая эпидемиология. М., 1998.
36. *Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х.* Симультанные операции в брюшной полости. Хирургия, 1976, 4, с. 75-79.
37. *Шумаков В.И.* Симультанные операции на открытом сердце и органах брюшной полости. М., 2006.

38. *Dahami Z., Barjani F., Saghir O., Ben Elkhaiat R., Moudouni M.S., Sarf I.* Combined inguinal hernia repair and transurethral resection of the prostate (TURP) for benign prostatic hypertrophy. J. Chir. (Paris), 2009, Vol.146, 6, p. 549-52.
39. *Gonzalez-Ojeda A., Anaya-Prado R., Fuentes-Orozco C., Portilla-de-Buen E., Mucino-Hernandez M.I., Medina-Meza C.O.* Combined transurethral prostatectomy and mesh-based tension-free inguinal hernia repair. Hernia, 2003, Vol.7, 3, p. 141-145.
40. *Jasmi A.Y., Thambidorai C.R., Khairussalleh J.* Combined needlescopic cholecystectomy and laparoscopic splenectomy for the treatment of thalassaemic splenomegaly and cholelithiasis. Med. J. Malaysia, 2003,Vol.58, 3, p. 443-445.
41. *Li H., Hu Y.L., Wang Y., Zhang D.S., Jiang F.X.* Simultaneous operative treatment of patients with primary liver cancer associated with portal hypertension. Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int., 2002, Vol.1, l, p. 92-93.
42. *Micali S.1., Pini G., Sighinolfi M.C., De Stefani S., Annino F., Bianchi G.* Laparoscopic simultaneous treatment of peripelvic renal cysts and stones: case series. J. Endourol., 2009, 23 (11), 1851-6.
43. *Othman I., Abdel-Maguid A.F.* Combined transurethral prostatectomy and inguinal hernioplasty.Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery, 2010, Vol.14, 2, p. 149-53.
44. *Zarba Meli E., Meli L., Forti A., Ioni L., Ruggeri M., Bagarani M.* Cholelithiasis and renal cysts: simultaneous laparoscopic treatment. Chir. Ital., 2003, Vol.55, 4, p. 561-564.