

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ

K. V. Serozudinov, A. I. Baranov

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN PLANNED SURGERY

¹МБАПУ «Городская клиническая больница № 1» г. Новокузнецк²ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» Минздрава РФ, г. Новокузнецк

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 102 пациентов, которым выполнены плановые симультанные оперативные вмешательства. С патологией щитовидной железы оперированы 33% больных. Оценено количество послеоперационных осложнений, длительность раннего послеоперационного периода, летальность. Выявлено, что выполнение плановых симультанных оперативных вмешательств у больных с патологией щитовидной железы не приводит к увеличению количества осложнений, длительности раннего послеоперационного периода.

Ключевые слова: симультанные операции, патология щитовидной железы.

Authors made a retrospective analysis of cases of 102 patients with undergone planned simultaneous operations. 33% of operated patients were with the thyroid gland pathology. The number of postoperative complications, duration of early postoperative period, mortality were estimated. It was revealed that the execution of planned simultaneous surgical operations in patients with thyroid gland pathology does not increase the number of complications, duration of early postoperative period.

Key words: simultaneous operations, thyroid gland pathology.

УДК 616-089.151

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения, сочетанная хирургическая патология имеется у 20–30 % пациентов хирургического профиля [1–3]. Попытки разработать показания и оценить риски симультанных операций появились одновременно с самим понятием симультанной операции. Большинство способов оценки рисков выполнения таких операций сложны и не нашли широкого применения [2, 4]. В настоящее время большинство исследований по симультанным операциям связаны с широким внедрением лапароскопического доступа в хирургии, урологии и гинекологии [5–7]. Имеются сообщения о значительной экономической выгоде симультанных операций, достигающей 42,4 % [8]. Возможность выполнения подобных вмешательств у пациентов с хирургической патологией эндокринных желез малоизучена.

Цель настоящего исследования – оценить непосредственные результаты хирургического лечения больных с сочетанной хирургической патологией, в том числе с хирургической патологией щитовидной железы, которым выполнялись симультанные оперативные вмешательства.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Для оценки результатов хирургического лечения больных с сочетанной хирургической патологией проведен ретроспективный анализ 102 историй болезни пациентов, которым выполнены симультанные оперативные вмешательства в период с 2010 по 2013 г. в МБАПУ «Городская клиническая больница № 1» г. Новокузнецка.

Критерий включения больных в исследование – выполнение плановых симультанных оперативных вмешательств (двух или более). Симультанными считали операции, соответствующие определению, предложенному А.В. Фёдоровым (2011) [1]. В исследование не включались больные с двусторонними паховыми грыжами, пациенты, которым выполнялись одномоментные операции на щитовидной железе и околощитовидных железах. Противопоказанием к симультанной операции считали отнесение больного к III классу по шкале операционно-анестезиологического риска Американского общества анестезиологов (ASA), наиболее частыми причинами этого были хроническая сердечная и дыхательная недостаточность. Операции выполнялись по абсолютным и относительным показаниям.

Оценивались следующие показатели: пол, возраст, характер и количество сочетанных

хирургических патологий, характер и длительность оперативного вмешательства, наличие и характер послеоперационных осложнений, длительность раннего послеоперационного периода.

Для описания центральных тенденций и дисперсии количественных признаков использовали показатели медиан *Me*. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывалось абсолютное число и относительная величина в процентах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследуемая группа больных составила 5,7% от всех пациентов, оперированных в отделении за выбранный период времени. Средний возраст пациентов составил 55 лет. Преобладали больные женского пола – 74 человека (72,5%), мужчин было 28 (27,5%).

Характер хирургической патологии у исследуемых пациентов отразил основные направления работы отделения – наряду с сочетаниями различных видов вентральных грыж и неосложненной желчнокаменной болезни (ЖКБ) у 33 % больных выполнялись операции на щитовидной железе. Сочетание ЖКБ и различных вентральных грыж наблюдалось у 38 человек (37,3%), сочетание ЖКБ и патологий щитовидной и околощитовидной железы – у 24 (23,5%), сочетания вентральных грыж – у 14 (13,7%) пациентов. Прочие сочетания хирургических патологий, в том числе новообразования кожи и мягких тканей, варикозное расширение вен нижних конечностей, патологии надпочечников отмечались у 26 больных (25,5%). У 4 пациентов имели место сочетание трех хирургических патологий (3,9%).

Основной считали патологию, по поводу которой больной госпитализирован, чаще всего это были патология щитовидной железы и вентральные грыжи. Желчнокаменная болезнь чаще выступала как сопутствующая патология, зачастую выявлялась при обследовании пациентов перед операцией.

Спектр выполненных операций включает резекции щитовидной железы, удаление аденом околощитовидных желез и надпочечников, холецистэктомии, различные варианты протезирующих герниопластик, вэнктомии и прочее. В большинстве случаев операции выполнялись в двух анатомических областях (96 больных), у 4 человек – в трех анатомических областях. Операции выполнялись поэтапно одной хирургической бригадой от более чистого этапа к менее чистому.

В соответствии с классификацией оперативных вмешательств по объему (Lochlein, Pichlmaier) выделяли малые, средние и большие операции. К малым относили герниопластику при паховых, бедренных, пупочных, эпигастральных

грыжах, аппендэктомии, венэктомии, удаление новообразований кожи и мягких тканей и прочие. Средними операциями считали холецистэктомию, герниопластику при послеоперационных вентральных грыжах. Операции на щитовидной железе, абдоминопластику, герниопластику при послеоперационных вентральных грыжах W 3–4 причисляли к большим операциям. Сочетания малых операций были у 22 больных (21,5%), сочетания средних – у 16 (15,7%), сочетания средних и малых операций – у 27 (26,5%), сочетания больших и малых – у 4 (3,9%), сочетания больших и средних операций – у 33 (32,4%) пациентов.

Сочетание традиционных (открытых) и малоинвазивных (единый и многопортовый лапароскопический доступ, минидоступ) операций было в 61 случае (59,8%), симультанные вмешательства только из малоинвазивного доступа – в 6 (5,9%), симультанные вмешательства только из традиционных доступов – в 36 случаях (35,6%). Малоинвазивные доступы использовались при лечении ЖКБ, вентральных грыж. В целом количество больных, у которых применялись малоинвазивные доступы составило 67 человек (65,7%).

Медиана продолжительности операции составила 80 минут, медиана раннего послеоперационного периода – 9 сут.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (6,8%) больных. Таким образом, доля осложнений по отношению к общему количеству операций (208) – 4,3%. Среди осложнений: парез гортани – 3 случая (2,9%); нагноение послеоперационной раны – 1 наблюдение (1,0% больных, 0,5% по отношению к общему количеству доступов). К осложнениям также относили гематомы и серомы послеоперационных ран – 2 случая. У одного больного наблюдали острую тонкокишечную непроходимость на 5-е сут после лапароскопической герниопластики по поводу косой паховой грыжи и холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита вследствие ущемления петли тонкой кишки в дефекте ушитой брюшины. Пациент был оперирован повторно в объеме релапароскопии, вправления петли кишки и повторного ушивания брюшины, в дальнейшем послеоперационный период протекал благоприятно. В группе больных, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, было 4 осложнения (11,8%), из них непосредственно с операцией на щитовидной железе связаны 3 (8,8%). Летальных исходов не отмечено.

В целом не выявлено усиления операционной травмы от сочетания операций: не потребовалось усиления анальгетической терапии, не увеличились количество осложнений и длительность раннего послеоперационного периода.

Увеличения количества послеоперационных осложнений в группе больных, оперированных по поводу патологии щитовидной железы, также не наблюдалось.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Накопленный опыт выполнения плановых симультанных операций у больных с сочетанной

хирургической патологией позволяет говорить о хороших результатах лечения данной группы больных. Выполнение симультанных операций не сопровождается увеличением количества послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с аналогичными показателями по данным публикаций. Возможно успешное выполнение симультанных операций у больных с хирургической патологией щитовидной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров А. В., Кригер А. Г., Колыгин А. В. и др. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) // Хирургия. – 2011. – № 7. – С. 72–76.
2. Галлямова С. В. Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выполнении сложных сочетанных эндохирургических вмешательств: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 22 с.
3. Федоров В. Д. Одномоментные обширные и сочетанные операции // Хирургия. – 1983. – № 3. – С. 8–15.
4. Галлямова С. В., Ширинский В. Г., Галлямов Э. А. и др. Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выполнении сложных сочетанных эндохирургических вмешательств // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 30–35.
5. Луцевич О. Э., Галлямов Э. А., Преснов К. С. и др. Сочетанные эндовидеоскопические вмешательства в абдоминальной хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С. 78.
6. Пучков К. В., Баков В. С., Карпов О. Э. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанной хирургической и гинекологической патологии // Актуальные проблемы хирургии: Сб. науч. трудов. – Рязань. – 2000. – С. 83–87.
7. Баулина Е. А., Баулина Н. В. Симультанные операции в хирургии и гинекологии // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2004. – № 2. – С. 87–91.
8. Кригер А. Г., Федоров А. В., Колыгин А. В. Медико-экономический стандарт сочетанных операций // Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов» [Официальный сайт]. URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/standarty-v-hirurgicheskoi-praktike/mediko-yekonomicheskii-standart-sochetanyh-operacii.html> (дата обращения: 01.09.2014).

REFERENCES

1. Fedorov A. V., Kriger A. G., Kolygin A. V. et al. Odnomomentnye operacii. Terminologiya (obzor literatury i sobstvennoe predlozhenie) [Simultaneous operations. Terminology (literature review and own proposal)] // Hirurgiya – Surgery, 2011, no. 7, pp. 72–76.
2. Gallyamova S. V. Prognozirovanie bezopasnosti anesteziologicheskogo obespecheniya pri vypolnenii slozhnykh sochetannykh endohirurgicheskikh vmeshatel'stv [Predicting of anesthetic management safety during the execution of complex combined endosurgical interventions]: Author. Dis. ... Cand. med. Sci. Moscow, 2008. – 22 p.
3. Fedorov V. D. Odnomomentnye obshirnye i sochetannye operacii [Simultaneously extensive and combined operations] // Hirurgiya – Surgery, 1983, no. 3, pp. 8–15.
4. Gallyamova S. V., Shirinskiy V. G., Gallyamov E. A. et al. Prognozirovanie bezopasnosti anesteziologicheskogo obespecheniya pri vypolnenii slozhnykh sochetannykh endohirurgicheskikh vmeshatel'stv [The forecasting of safety of anesthetic support of difficult simultaneous endosurgical operations] // Endoskopicheskaya hirurgiya, 2008, no. 1, pp. 30–35.
5. Lutsevich O. E., Gallyamov E. A., Presnov K. S. et al. Sochetannye endovideoskopicheskie vmeshatel'stva v abdominal'noy hirurgii [Combined endovideoscopic intervention in abdominal surgery] // Endoskopicheskaya hirurgiya, 2006, no. 2, pp. 78.
6. Puchkov K. V., Bakov V. S., Karpov O. E. Simul'tannye laparoskopicheskie operativnye vmeshatel'stva pri sochetannoy hirurgicheskoy i ginekologicheskoy patologii [Simultaneous laparoscopic surgery with combined surgical and gynecological pathology] // Actual problems of surgery: collection of proceedings. Rязань, 2000. pp. 83–87.
7. Baulina Ye. A., Baulina N. V. Simul'tannye operacii v hirurgii i ginekologii [Simultaneous operations in surgery and gynecology] // Vestnik hirurgii im. I. I. Grekova, 2004, no. 2, pp. 87–91.

8. Kriger A. G., Fedorov A. V., Kolygin A. V. Mediko-ekonomicheskiy standart sochetannyh operaciy [Medical-economic standard of combined operations] // All-Russian public organization "Russian Society of Surgeons". URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/standarty-v-hirurgicheskoi-praktike/mediko-yekonomicheskii-standart-sochetanyh-operacii.html> (дата обращения: 01.09.2014).

Поступила в редакцию 12.11.2014

Утверждена к печати 03.12.2014

Авторы:

Серозудинов Кирилл Валерьевич – канд. мед. наук, врач-хирург хирургического отделения № 2 МБЛПУ «Городская клиническая больница №1» (г. Новокузнецк).

Баранов Андрей Игоревич – д-р. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии, урологии и эндоскопии ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» (г. Новокузнецк).

Контакты:

Серозудинов Кирилл Валерьевич

тел. 8-913-335-71-30

e-mail: kirillserozudinov@yandex.ru