

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
КАФЕДРА ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

**С. А. Жидков**

**СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ  
В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ  
И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ  
У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2008

УДК 617.55–089.8–053.89 (075.8)

ББК 54.54 я 73

Ж 69

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 30.04.2008 г., протокол № 8

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. общей хирургии, д-р мед. наук, проф. Г. П. Рычагов; проф. каф. военно-полевой хирургии, д-р мед. наук, проф. С. А. Алексеев

**Жидков, С. А.**

Ж 69 Симультантные операции в абдоминальной хирургии и возможность их выполнения у лиц старше 60 лет : метод. рекомендации / С. А. Жидков. – Минск : БГМУ, 2008. – 12 с.

В работе представлены определение и понятие о симультантных операциях. Показаны их преимущества в абдоминальной хирургии, различные классификации, показания и противопоказания. На личном опыте автора обоснована возможность их выполнения в экстренной абдоминальной хирургии у лиц старше 60 лет.

Предназначены для студентов и курсантов старших курсов, хирургов-субординаторов, хирургов-интернов.

УДК 617.55–089.8–053.89 (075.8)

ББК 54.54 я 73

---

Учебное издание

**Жидков Сергей Анатольевич**

## **СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск С. А. Жидков

В авторской редакции

Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Корректор Ю. В. Киселёва

Подписано в печать 02.05.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 0,7. Уч.-изд. л. 0,5. Тираж 100 экз. Заказ 640.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004;

ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

Ул. Ленинградская, 6. 220006, Минск

© Оформление. Белорусский государственный  
медицинский университет, 2008

## Введение

По данным ВОЗ, у 30 % больных, госпитализированных в хирургические отделения, выявляются сочетанные заболевания органов брюшной полости. Из них от 4 до 7 % больных нуждаются в выполнении симультанных операций.

Симультанная (сочетанная) операция (СО) — это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано оперативное лечение. В ходе ее различают основной и симультанный этапы. Основным этапом является тот, который ликвидирует угрозу для жизни.

Преимущества СО заключаются в следующем: одновременно излечиваются 2 или 3 хирургических заболевания; предупреждается прогрессирование заболевания, оперативное лечение которого откладывалось на более поздний срок; сокращается время суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения; устраняется риск повторного наркоза и его осложнений; отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке; повышается экономическая эффективность лечения.

## Классификация СО

Типы сочетанных операций по Refferscheid (1971):

1. Абсолютные (отказ от одномоментного вмешательства может привести к смерти).
2. Превентивные (невыполнение второй операции может привести к неблагоприятным последствиям).
3. Профилактические (сопутствующее удаление неизмененных органов, например, червеобразного отростка).
4. Диагностические (с целью устранения сомнений в поражении второго органа).
5. Вынужденные (при технических трудностях удаления одного органа без удаления второго).

Естественно, что по этой классификации обязательными для выполнения были лишь абсолютные (например, при остром деструктивном аппендиците и одновременном разрыве яичника) или вынужденные операции (при повреждении питающего сосуда органа, не планировавшегося к удалению и т. п.).

Качественная оценка сочетаний разных операций была предложена немецкими хирургами Lochlein и Pichlmaug в 1977 г.

Степень тяжести сочетанных операций по Lochlein и Pichlmaug:

1. Малая (аппендэктомия, грыжесечение, удаление кист яичников и т. п.).

2. Средняя (холецистэктомия, простатэктомия и пр.).
3. Высокая (резекция желудка, гастрэктомия, экстирпация прямой кишки и т. п.).

В 1991 году А. А. Землянкин предложил классификацию СО, представленную в табл. 1.

Таблица 1

**Классификация СО по А. А. Землянкину**

Квалифицирующий признак	Классификация
Срочность операции	– плановые; – экстренные
Показания к операции	– симультанные операции по абсолютным показаниям; – симультанные операции по относительным показаниям; – вынужденные грыжесечения
Срок принятия решения о выполнении симультанной операции	– планируемые заранее; – непредвиденные (непланируемые)
Оперативный доступ	– симультанные операции из одного доступа; – симультанные операции из двух и более доступов

Классификация симультанных операций по П. А. Макарову (1998):

- I. 1) абсолютные (в том числе и вынужденные);  
2) относительные (в том числе профилактические).
- II. В онкологии:
  - 1) расширенные;
  - 2) комбинированные;
  - 3) сочетанные;
  - 4) их сочетания:
    - комбинированно-расширенные;
    - комбинированно-сочетанные;
    - комбинировано-сочетано-расширенные.

Все они могут быть:

- III. 1) экстренными;  
2) плановыми.
- IV. 1) малыми;  
2) средними;  
3) операциями с высокой степенью риска.
- V. 1) неожиданными;  
2) предполагаемыми;  
3) планируемые заранее.

**Показания и противопоказания к проведению симультанных операций (В. З. Маховский, 2002):**

1. Симультанная операция выполняется в случаях, когда оперативное лечение показано при каждом из сочетанных заболеваний.



Противопоказания к экстренным СО определяются индивидуально, с учетом общесоматического статуса больного, характера и тяжести течения основного и сопутствующих заболеваний.

Определение степени операционного риска сочетанных хирургических вмешательств основывалось на оценке четырех факторов (В. З. Маховский, 2002):

1. Объем и травматичность сочетанной операции.

2. Особенности сочетанной хирургической патологии: характера заболеваний, степени функциональных, метаболических и органических повреждений органов и тканей, обусловленной сочетанными заболеваниями или их осложнениями.

3. Характер и тяжесть сопутствующих заболеваний.

4. Возраст больного.

Первый фактор — объем и травматичность сочетанной операции подразделен на три группы:

1. Малая по объему и травматичности сочетанная операция — при сочетании небольших по объему хирургических вмешательств (аппендэктомия, дивертикулэктомия, грыжесечение и др.).

2. Средняя по объему сочетанная операция — при сочетании двух и более хирургических вмешательств, незначительно повышающих операционную травму (холецистэктомия, простатэктомия).

3. Значительное по объему сочетанное хирургическое вмешательство — сочетание тяжелых по травматичности двух и более хирургических вмешательств (гастрэктомия, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки и т. д.).

Второй фактор — характер сочетанной хирургической патологии:

1. Сочетание неосложненных хронических хирургических заболеваний и доброкачественных новообразований.

2. Сочетание неосложненных острых хирургических заболеваний и злокачественных новообразований.

3. Осложненная сочетанная хирургическая патология. При наличии осложнений даже у одной из нескольких сочетанных патологий (ЖКБ, механическая желтуха, холедохолитиаз, язвенная болезнь, осложненная кровотечением и т. д.).

Третий фактор — сопутствующая патология внутренних органов:

1. Патология с преимущественно функциональными нарушениями.

2. Заболевания с органическими изменениями.

3. Тяжелая патология внутренних органов со стойкой декомпенсацией их функции.

4. Сочетанная сопутствующая органическая патология различных внутренних органов и систем (тяжелая форма сахарного диабета, декомпенсированный порок сердца и т. д.).

Четвертый фактор — возраст:

- а) от 25 до 50 лет;
- б) от 51 до 60 лет;
- в) от 61 до 70 лет;
- г) старше 71 года.

Учитывая перечисленные выше факторы можно заключить, что степень операционного риска:

1. Незначительная — при выполнении малых по объему сочетанных операций; при хронических или острых неосложненных хирургических заболеваниях у больных молодого, среднего возраста и старшей возрастной группы без органической сопутствующей патологии.

2. Умеренная — определяется сочетанием следующих факторов:

а) при выполнении малых по объему сочетанных операций у лиц пожилого и старческого возраста;

б) при выполнении средних по объему сочетанных операций у лиц молодого, среднего и пожилого возраста с неосложненной сочетанной хирургической патологией.

3. Высокая — вероятна при выполнении:

а) значительных по объему сочетанных операций у лиц молодого, среднего и пожилого возраста без сопутствующей патологии;

б) средних по объему сочетанных операций у лиц пожилого и старческого возраста;

в) малых по объему сочетанных операций у лиц пожилого и старческого возраста с осложненными хирургическими заболеваниями и декомпенсированной сопутствующей патологией внутренних органов.

4. Чрезвычайная — вероятна при выполнении средних или значительных по объему сочетанных операций у больных с острыми хирургическими заболеваниями по жизненным показаниям, несмотря на глубокие функциональные и органические нарушения внутренних органов.

Предложенная классификация степеней операционного риска сочетанных хирургических вмешательств призвана способствовать правильной постановке показаний и противопоказаний при выполнении операций такого рода.

### **Выполнение со в экстренной абдоминальной хирургии у лиц старше 60 лет**

Нами было произведено 347 различных СО пациентам старше 60 лет. Из них 162 (46,7 %) было выполнено в плановом порядке и 185 (53,3 %) — в экстренном.

В плановой хирургии СО у пожилых составили 4,2 %, в экстренной — 3,7 %. Если учесть то, что в 142 случаях экстренных операций у лиц старше 60 лет от СО по объективным причинам пришлось отказаться

до операции и в 21 случае во время вмешательства, то нуждаемость в них составила 7,0 %.

Было установлено, что 72 пациента из 154 (46,8 %) в возрасте 60–74 лет и 17 из 31 старше 75 лет (54,8 %) не знали о наличии у них сочетанных заболеваний, требующих хирургической коррекции. При ретроспективном анализе историй болезни установлено, что анамнез был собран подробно лишь у 62 пациентов (33,5 %).

При обследовании до операции у лиц в возрасте 60–74 лет чаще (74,8 %) ставился полный диагноз, нежели у больных 75 лет и старше (61,3 %). Это обусловлено тем, что люди старческого возраста имеют больше различных сопутствующих заболеваний, которые гораздо чаще протекают с обострениями. Поэтому требуется интенсивная коррекция гомеостаза, что не всегда дает возможность провести полноценный поиск сочетанной хирургической патологии.

В 27 случаях (14,6 %) до операции не была установлена сочетанная патология органов брюшной полости, что делает детальную ревизию последней во время лапаротомии у пожилых весьма актуальной.

Таким образом, учитывая приведенные данные, все неотложные СО мы разделили на две группы:

- I — запланированные заранее;
- II — неожиданные.

Для определения показаний к выполнению СО была разработана балльная шкала оценки функционального состояния организма с использованием оценки полиорганной недостаточности по шкалам MODS (1985) и SOFA (1999) (табл. 2).

Таблица 2

**Шкала оценки степени ПОН у больных старше 60 лет**

Система	Показатель	Баллы				
		0	1	2	3	4
Дыхательная	ЧДД	< 20	20–25	25–30	> 30	
Мочевыделительная	Креатинин крови	≤ 96,8	97–202	207–352	333–502	≥ 503
Печень	Билирубин крови	≤ 20,5	21–54,8			
Сердечно-сосудистая	АД (сист.)	120–160 100–120	160–180 80–100	180–200 < 80	> 200	
	Ритм	Ритмичный	Экстрасистолия	Мерцательная аритмия		
	ФВЛЖ	> 60 %	50–60 %	40–50 %	< 40 %	
	Тип ЦГД	Нормокинетический	Гиперкинетический	Гипокинетический		
Гемостаз	Тромбоциты, ×10 <sup>9</sup>	≥ 120	81–120	51–80	21–50	
Неврологический статус	Шкала Глазго	15	13–14	10–12	7–9	≥ 20

Максимальной суммой баллов, при которой было возможно выполнение СО, мы считали 4. При этом каждый показатель не должен превышать 1 балл.

Исходя из этой шкалы, по различным причинам отказали в выполнении СО 142 (40,8 %) больным, причем 74 (52,1 %) — в связи с декомпенсацией функции сердечно-сосудистой системы.

В этих случаях проводили только основную операцию по жизненным показаниям, с обязательной интенсивной предоперационной подготовкой.

Важным моментом при выполнении СО у лиц старше 60 лет считали предоперационную подготовку. Во всех случаях в ее проведении, кроме хирурга, участвовали анестезиолог и терапевт. Особенности предоперационной подготовки определялись степенью тяжести хирургического заболевания и сопутствующей терапевтической патологией.

Таблица 3

Вид экстренных СО у больных пожилого и старческого возраста

Основная операция	Сочетанная операция						Всего, n (%)
	на желудке и кишечнике	холецистэктомия	грыжесечение	операции на сосудах	опухоли мягких тканей	прочие операции	
На желудке и кишечнике		7	16	2	7	4	36 (19,5)
Холецистэктомия	5		47	2	25	17	96 (51,9)
Грыжесечение		6		2	25	2	35 (18,9)
Операции на сосудах			4		6		10 (5,4)
Прочие операции			4		4		8 (4,3)
ИТОГО	5	13	71	6	67	23	185 (100)

Наиболее часто, в 96 случаях (51,9 %), СО выполнялись при холецистэктомии по поводу острого холецистита (табл. 3), т. к. больные ЖКБ и ее осложнениями составили основную группу пациентов пожилого и старческого возраста. Самую сложную группу составили больные, которым в качестве основного этапа лечения были выполнены операции на желудке и кишечнике — 36 пациентов (19,5 %). Грыжесечение при ущемленных грыжах как основная операция была выполнена в 35 случаях (18,9 %).

При остром восходящем тромбозе подкожных вен нижних конечностей выполняли операцию Троянова. При этом симультанным этапом в 4 случаях было грыжесечение по поводу паховых грыж, а в 6 случаях — удаление липомы. К прочим операциям отнесены 4 операции, которые были произведены по поводу разрыва кисты яичника, а также 2 операции по поводу нагноения кисты печени и 2 операции по поводу острого аппендицита.

При анализе полученных данных было установлено, что 59,4 % или 110 из 185 СО были произведены из одного лапаротомного доступа.

Во время выполнения операции отказались от симультанного этапа по следующим причинам (21 случай — 12,9 %):

- массивная кровопотеря во время основной операции (3 случая);
- наличие распространенного перитонита (11 случаев);
- нестабильная гемодинамика во время основного этапа (4 случая);
- недостаточная квалификация хирургов (3 случая).

Важную роль в исходе оперативных вмешательств играет квалификация хирургов, выполняющих СО у лиц старше 60 лет. Опыт и квалификация хирурга приобретают особое значение в том случае, если сочетанное заболевание является случайной находкой, а операция выполняется по жизненным показаниям.

Основное количество операций (76,7 %) у больных пожилого и старческого возраста выполняли хирурги высшей и I категории, что в итоге положительно повлияло на исход лечения. В 13 случаях (7,0 %) у хирургов II категории возникли трудности при проведении симультанного этапа операции. В этих случаях для выполнения операции, при обнаружении сочетанной хирургической патологии привлекался более квалифицированный хирург.

Проведен анализ сроков пребывания больных в послеоперационном периоде в отделении реанимации после обычной и сочетанной холецистэктомии. Они оказались практически одинаковыми (рис. 2).

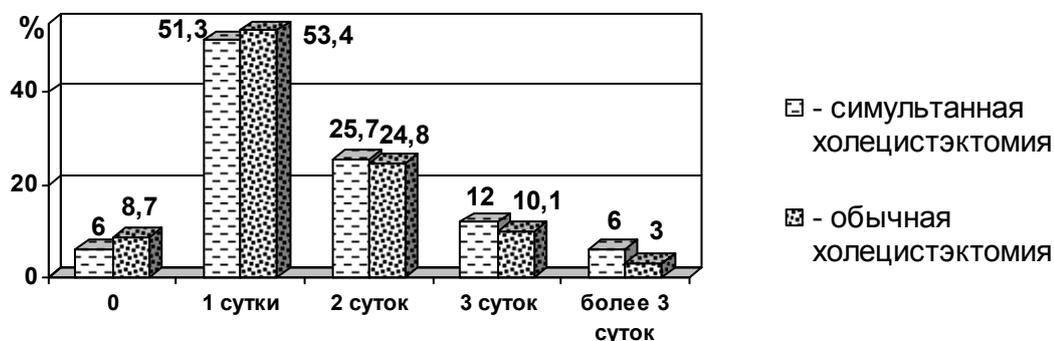


Рис. 2. Удельный вес больных после симультанной и обычной холецистэктомии в зависимости от сроков пребывания в отделении реанимации

Сроки пребывания в стационаре после обычных и симультанных операций были практически одинаковыми (рис. 3).

Послеоперационные осложнения развились у 14 пациентов (7,6 %): у 7 — нагноение послеоперационной раны; у 3 — со стороны сердечно-сосудистой системы (мерцательная аритмия и гипертонический криз); у 2 — послеоперационная пневмония; у 1 — временное нарушение функ-

ции почек; у 1 — ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии. Летальных исходов после СО не было.



Рис. 3. Средняя продолжительность лечения после обычных и симультанных операций

### Заключение

Симультанные операции на современном этапе развития хирургии являются современным способом лечения сочетанных хирургических заболеваний, в том числе и у больных старше 60 лет.

Их выполнение имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение.

### Литература

1. Землянкин, А. А. Симультанные операции при вентральных грыжах : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Землянкин. Харьков, 1991. 24 с.
2. Макаров, П. А. О целесообразности выполнения симультанных операций в условиях общехирургического стационара : автореф. дис. ... канд. мед. наук / П. А. Макаров. Самара, 1998. 20 с.
3. Маховский, В. З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В. З. Маховский. Ставрополь, 2002. С. 205.
4. Показаны ли симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста / Г. Л. Ратнер [и др.] // Клиническая геронтология. 1998. № 4. С. 29–32.
5. Симультанные операции в хирургической практике / О. С. Олифирова [и др.] // Вестник хирургии. 2002. Т. 161, № 5. С. 84–86.
6. Федоров, В. Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику / В. Д. Федоров // Анналы хирургии. 2001. № 4. С. 33–38.
7. Эфендиев, Э. Н. Симультанные операции у больных аденомой предстательной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Э. Н. Эфендиев. Баку, 1998. 26 с.
8. Leshchenko, I. G. Elective combined operations — the new problem of geriatric surgery / I. G. Leshchenko, I. K. Aleksandrov, N. A. Krechko. 2007. Vol. 50, № 4. P. 28–31.
9. Lochlein, D., Pichlmayr // Langenbecks arch. chir. 1977. Bd. 343, № 3. S. 205–206.

10. *Refferscheid, M.* // Zbl. Chir. 1971. Bd. 96, № 35. S. 1210–1211.

11. *Simultaneous combined operations in urgent and elective surgery* / V. Z. Makhovsky [et al.]. 2002. Vol. 87, № 7. P. 41–46.

### Оглавление

Введение .....	3
Классификация СО .....	3
Выполнение СО в экстренной абдоминальной хирургии у лиц старше 60 лет .....	7
Заключение .....	11
Литература .....	11