

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2021

УДК 616.389:616.381-089:616-089.166-089

Е. А. Толеубаев¹, А. Е. Алибеков², А. М. Балыкбаева², Б. А. Мамытов¹

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

¹Областная клиническая больница г. Караганда (Караганда, Республика Казахстан);

²Кафедра хирургических болезней Медицинского университета Караганды (Караганда, Республика Казахстан)

Ключевые слова: симультанные операции, сочетанные операции, комбинированные операции, эндовидеохирургия

В последнее время отмечается тенденция к увеличению сочетанных заболеваний, проявляющихся более всего в высокоразвитых индустриальных странах. С возрастом происходит своеобразное «накопление» болезней и отмечается множественность патологических процессов. В среднем, у мужчин старше 60 лет регистрируется 4,3 заболевания, а у женщин того же возраста – 5,2. Каждые последующие 10 лет к ним прибавляется еще по 1-2 болезни. Однако увеличение продолжительности жизни населения, совершенствование диагностических методик, повышение качества анестезиологического и реанимационного пособия и широкое внедрение малоинвазивных вмешательств привело к тому, что в мире наметился заметный рост интереса хирургов к сочетанным операциям. Они избавляют больного от повторного вмешательства, приносят положительный экономический эффект, связанный с сокращением койко-дней, дублированием одних и тех же медикаментов. Также важное значение для больного имеет психологический эффект, оказывающий решающее влияние на исход операции. Но, несмотря на накопленное 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%. То есть сочетанная патология встречается у каждого третьего больного хирургического профиля, однако, как ни парадоксально, доля симультанных операций составляет не более 6% от всех выполняемых вмешательств.

Идея выполнения нескольких операций в один момент возникла уже давно. Первое упоминание о сочетанной коррекции двух хирургических заболеваний относят еще к 1735 г., когда основатель госпиталя Святого Георгия в Англии королевский хирург Claudius Amyand, оперируя флегмону пахово-мошоночной грыжи у мальчика 11 лет, обнаружил в

грыжевом мешке гангренозный перфорированный аппендикс и выполнил аппендэктомия и пластику брюшной стенки лигатурным способом.

Операции, выполненные через один или несколько доступов последовательно в одно вмешательство по поводу двух, а иногда и трех заболеваний получили название симультанных (от франц. *simultane* – одновременно).

В 1976 г. Л. И. Хнох и И. Х. Фельтшнер дали определение симультанным операциям – это такие хирургические вмешательства, которые выполнены на разных органах. Они же выделили основной и симультанные этапы операций и дали модифицированную классификацию этих вмешательств.

Основным этапом была обозначена операция, направленная на устранение наиболее опасного патологического процесса независимо от дооперационной диагностики, операционных доступов, порядка проведения основного и сопутствующего вмешательства. Симультанными названы хирургические вмешательства, проводимые под единым анестезиологическим обеспечением по поводу таких заболеваний, которые напрямую не связаны с основными.

Перед выполнением симультанного хирургического вмешательства в каждом конкретном случае необходима оценка необходимости и целесообразности выполнения хирургического вмешательства, а также оценка операционных и анестезиологических рисков. В этом аспекте плановая хирургия раскрывает широкие перспективы для выполнения сочетанных операций. Данные исследований свидетельствуют, что увеличение объема оперативного вмешательства в ходе сочетанных операций не оказывает существенного влияния на частоту послеоперационных осложнений и показатели летальности.

Не так однозначно отношение к сочетанным операциям, выполняемым при острой

хирургической патологии: оно колеблется от полного неприятия до признания допустимости при благоприятных условиях и состоятельности компенсаторных возможностей организма. Чего опасается хирург, отказываясь от операций по поводу сопутствующих хирургических заболеваний при выполнении неотложного оперативного лечения? Во-первых, осложнений со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, почек, печени и т. д. Во-вторых – инфекционных осложнений, сводящих на нет все старания по лечению сочетанной патологии и ухудшающих состояние пациента.

Следует отметить, что если одни исследователи указывают на необходимость расширения показаний к этим операциям, отмечая их положительные качества, то другие очень осторожно подходят к этому вопросу, обосновывая свои взгляды высоким процентом осложнений, и указывают, что эти операции должны выполняться хирургом высокой квалификации и только по очень строгим показаниям.

Вместе с тем показания и противопоказания к сочетанным операциям, как указывают многие исследователи, в хирургии разработаны недостаточно, а мнения, высказанные по этому поводу, нередко противоречивы.

Цель работы – анализ результатов симультанных операций у больных с хирургической патологией органов брюшной полости в условиях Областной клинической больницы г. Караганды.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Областной клинической больнице г. Караганды на базе кафедры хирургических болезней Медицинского университета Караганды в период с 01.01.2010 по 31.12.2020 г. было проведено 147 симультанных и комбинированных оперативных вмешательств. В ходе исследования проанализированы истории болезни данных пациентов.

Всем больным проведено общее клиническое обследование, тщательно собирался анамнез, формировался план дополнительных обследований, в том числе с привлечением смежных специалистов. Стандартный диагностический алгоритм состоит из физикальных, лабораторных, рентгенологических и послеоперационных ультразвуковых исследований органов брюшной полости и малого таза. Предоперационная подготовка больных проводилась в соответствии с исходным состоянием больного, в основном учитывалась тяжесть состояния на основании вычисления риска возникновения осложнений в послеоперационный период. Подготовка больного к операции

состояла из психологического и общесоматического компонентов. Назначили инфузионную, антибактериальную и при необходимости – заместительную терапию.

При планировании сочетанных операций предварительно проводилась беседа и объяснялись преимущества симультанных операций, обсуждались возможности доступа, если планировалось делать операцию в два доступа. Все больные после проведения бесед с ними и объяснения преимуществ симультанных операций дали согласие на операцию.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты симультанных и комбинированных операций сопоставлены с результатами соответствующих моноопераций.

Возраст пациентов варировал от 18 до 76 лет. В возрасте от 18 до 30 лет было 18 больных (12,2%), от 31 до 40 лет – 34 (23,1%). Наиболее многочисленную группу составили лица в возрасте от 41 до 50 лет – 57 (38,8%) больных. Больных в возрасте от 51 до 60 лет было 36 (24,5%), старше 60 лет – 2 (1,4%). У 32 (21,8%) пациентов были установлены сопутствующие терапевтические заболевания, среди которых преобладали ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, анемия, гепатит, тиреоидит, варикозное расширение вен нижних конечностей, врожденный порок сердца.

У 124 (84,35%) больных на дооперационном этапе диагностированы основное и сопутствующее хирургическое заболевание и, соответственно, объем лапароскопической операции был запланированным. В остальных 23 (15,65%) наблюдениях сочетанные патологии были выявлены в результате интраоперационной ревизии.

Очередность вмешательств на разных органах выполнялась по известному правилу полостной хирургии «от чистого – к инфицированному».

Самую большую группу по сочетанным заболеваниям составили больные с патологией желчного пузыря, которым провели холецистэктомию, именно она была основной операцией и в большинстве случаев сочеталась с другими оперативными вмешательствами.

Из общего количества наблюдений по характеру сочетанных хирургических заболеваний больные распределились следующим образом: 1) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и хронический калькулезный холецистит зарегистрированы у 81 (55,1%) боль-

ного, которым выполнили симультанную операцию – лапароскопическую фундопликацию по Ниссону с куррографией+холецистэктомия; 2) острый аппендицит и разрыв кисты ячника диагностированы у 10 (6,8%) пациентов, которым выполнили лапароскопическую аппендэктомию+тубэктомию; 3) киста печени и хронический калькулезный холецистит выявлены у 6 (4,08%) больных, которым выполнили лапароскопическое иссечение кисты печени и холецистэктомию; 4) киста селезенки и хронический калькулезный холецистит зарегистрированы у 2 (1,36%) человек, которым выполнили лапароскопическое иссечение кисты селезенки и холецистэктомию; 5) киста почки и нефроптоз III-IV степени диагностированы у 9 (6,12%) пациентов, которым выполнили лапароскопическое иссечение кисты почки+нефропексию; 6) хронический калькулезный холецистит в сочетании с вентральной грыжей выявлены у 39 (26,5%) пациентов, которым осуществили холецистэктомию+гернои-пластику.

Во всех случаях симультанных вмешательств первым следовало основное – лапароскопическая холецистэктомия. После окончания первого этапа при отсутствии противопоказаний осуществлялось сопутствующее вмешательство. Герниопластика выполнялась открытым способом, в двух случаях (послеоперационная вентральная грыжа) применяли полипропиленовый протез. Для сочетанного вмешательства на печени достаточным было четыре предустановленных троакара. Для лапароскопических гинекологических вмешательств устанавливали дополнительный троакар в левой подвздошной области (в трех случаях потребовался шестой троакар – в правой подвздошной области).

В анамнезе ранее перенесли лапаротомию 21 (14,28%) из 147 больных. В 6 (4,08%) случаях при лапароскопическом вмешательстве выявлена спаечная болезнь. В анамнезе у 2 пациентов из 6 ранее были 2 лапаротомии, у 3 пациентов – одна лапаротомия, у 1 больного не было лапаротомии в анамнезе.

Летальных случаев не было. У 1 больного было поражение троакаром нижней эпигастральной артерии, в связи с чем в последующем проведено расширение троакарной раны и перевязка сосудов. В 3 (2,04%) случаях осуществлялась конверсия по причине холодохолитиаза.

В ранний послеоперационный период у 16 (10,9%) больных из 147 оперированных с

сочетанными патологиями возникли различные осложнения. Отсутствие послеоперационных осложнений со стороны бронхолегочной системы, возможно, связано с ранней активизацией больных. Нагноение раны наблюдалось у 13 пациентов (8,8%), желчеистечение – у 2 (1,36%), частичная спаечная кишечная непроходимость отмечена – у 1 (0,7%). Все осложнения разрешены консервативным путем. У 14 (9,5%) пациентов в результате раздражения диафрагмального нерва возникли послеоперационные боли в правом подреберье, которые разрешились самостоятельно, без лечения какими-либо лекарственными средствами. У остальных 131 больных послеоперационный период протекал без осложнений.

Послеоперационные осложнения чаще всего возникали у больных старшего и пожилого возраста. Это в значительной степени связано с тем, что наибольшее количество сочетанных операций было выполнено лицам именно этой возрастной группы, у которых, помимо сочетанных хирургических заболеваний, наблюдались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Определили среднюю продолжительность операций и при этом установили, что продолжительность операций «лапароскопическая фундопликация по Ниссону с куррографией+холецистэктомия» составила $92 \pm 12,3$ мин, «холецистэктомия+герноиопластика» – $84 \pm 8,4$ мин, «лапароскопическая аппендэктомию+тубэктомия» – $87 \pm 8,2$ мин.

Средняя продолжительность выполнения операции «лапароскопическое иссечение кисты печени+холецистэктомия» равнялось $78 \pm 9,8$ мину, «лапароскопическое иссечение кисты почки±нефропексия» – $82 \pm 8,2$ мин и «лапароскопическое иссечение кисты селезенки+холецистэктомия» – $83 \pm 9,8$ мин.

Средняя продолжительность лапароскопической нефропексии как монооперации, по данным, составляет 50-60 мин. Для иссечения кисты почки в среднем в качестве монооперации требовалось 135 мин, обычная холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита в среднем – $58 \pm 5,4$ мин, аппендэктомию – $38 \pm 11,4$ мин, лапароскопическое иссечение кисты почки и печени – $60 \pm 12,6$ мин, лапароскопическая фундопликация по Ниссону с куррографией длится $55 \pm 9,3$ мин, герноиопластика продолжается 58 ± 8 мин.

Таким образом, время проведения симультанных операции увеличилось достоверно ($p < 0,01$) в сравнении с изолированными.

ВЫВОДЫ

1. Симультанные операции в настоящее время стали повседневной частью хирургической деятельности. Они являются обоснованными и эффективными хирургическими вмешательствами, где широко используются современные малоинвазивные технологии. Выполнять симультанные операции, особенно в их малоинвазивном варианте выгоднее и экономически для больницы и психологически для пациентов.

2. Сочетанные хирургические вмешательства, особенно выполненные из одного операционного доступа, незначительно повышают тяжесть операции по сравнению с вмешательствами, по поводу такого же основного заболевания. Весьма показательно, что симультанные операции не приводят к тяжелым операционным осложнениям, которые были бы характерны только для операции этого типа. Время, необходимое для выполнения симультанной операции, меньше, чем суммарное время, необходимое для выполнения каждой операции в отдельности.

3. Выполнение симультанных операций незначительно увеличивает продолжительность операции, но при этом сохраняются средние сроки пребывания больных в стационаре и уменьшаются прямые затраты на лечение больных.

4. Сокращение продолжительности стационарного лечения при использовании одновременной хирургической коррекции нескольких заболеваний по сравнению с многоэтапным хирургическим лечением позволяет оказать высококвалифицированную и специализированную хирургическую помощь. Следует помнить, что, несмотря на существенные преимущества симультанных операций, они должны выполняться по строгим показаниям и хирургом достаточно высокой квалификации.

ЛИТЕРАТУРА

1 Баулина Н. В. Симультанные операции в хирургии и гинекологии /Н. В. Баулина, Е. А. Баулина //Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, №2. – С. 87-90.

2 Галимов О. В. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни /О. В. Галимов, М. А. Нуртдинов, Е. И. Сендерович //Вестник хирургии. – 2002. – №1. – С. 82-86.

3 Ганцев Ш. Х. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность /Ш. Х. Ганцев, Ю. И. Седлецкий, Э. Н. Праздников //Вестник хирургии. – 1991. – №4. – С. 51-54.

4 Дадвани С. А. Сочетанные операции при холелитиазе /С. А. Дадвани, Н. А. Кузнецов, В. В. Сафронов //Хирургия. – 1999. – №8. – С. 37-39.

5 Земляной А. Г. Симультанные операции на органах брюшной полости /А. Г. Земляной, С. К. Малкова //Хирургия. – 1986. – №3. – С. 23-25.

6 Магдиев Т. Ш. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии /Т. Ш. Магдиев, Н. В. Северинко //Хирургия. – 1999. – №6. – С. 54-55.

7 Магомедов А. З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей //Хирургия. – 1997. – №8. – С. 50-52.

8 Максимов В. А. Симультанные операции: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Саратов, 1984. – 24 с.

9 Малиновский Н. Н. Степень операционного риска /Н. Н. Малиновский, Н. С. Леонтьева, И. Н. Мешалкин //Хирургия. – 1973. – №10. – С. 32-36.

10 Маховский В. З. Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты ее хирургического лечения /В. З. Маховский, Б. Т. Ованесов, В. В. Маховский //Хирургия. – 2006. – №5. – С. 18-22.

11 Маховский В. З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии /В. З. Маховский, Б. Т. Ованесов, Л. А. Мадагов //Хирургия. – 2002. – №7. – С. 41-46.

12 Олифирова О. С. Симультанные операции в хирургической практике /О. С. Олифирова, В. А. Омельченко, Г. В. Гончарук //Вестник хирургии. – 2002. – Т. 161, №5. – С. 84-86.

13 Осипов Б. Б. Симультанные операции в неотложной хирургии (острый холецистит) //Матер. республ. науч.-практ. конф. «Малоинвазивная хирургия в Республике Беларусь». – Гомель, 2002. – С. 95-98.

14 Осипов Б. Б. Симультанные операции в неотложной хирургии //Эндоскопическая хирургия. – 2003. – Приложение – С. 105-106.

15 Осипов Б. Б. Возможности выполнения симультанных лапароскопических операций у больных острым холециститом (микробиологические аспекты) /Б. Б. Осипов, В. В. Осипов //Матер. междунар. науч.-практ. конф. «Неотложная медицина». – Гомель, 2003. – С. 135-138.

16 Пашкевич В. И. О целесообразности выполнения симультанных операций /В. И. Пашкевич, В. А. Тарасов, Е. А. Вайковский //Хирургия. – 1992. – №3. – С. 166-167.

17 Смирнова В. И. Анестезия и инфузионно-трансфузионная терапия при обширных сочетанных и комбинированных полостных хирургических вмешательствах //Хирургия. – 1993. – №3. – С. 83-87.

18 Стебунов С. С. Симультаные операции при лапароскопической холецистэктомии / С. С. Стебунов., С. И. Занько, А. Н. Лызикив, А. А. Лызикив //Эндоскопическая хирургия – 1998. – №3. – С. 18-21.

19 Федоров В. Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику /В. Д. Федоров //Анналы хирургии. – 2001. – № 4. – С. 23-38.

20 Ikard R. W. Combining laparoscopic cholecystectomy and (peri) umbilical herniorrhaphy //Am. Surg. – 1995. – V. 61 (4). – P. 304-305.

21 Knaus W. A. APACHE II: A severity of disease classification system /W. A. Knaus, E. A. Draper, D. Wagner //Critical Care Medicine. – 1985. – V. 13. – P. 818.

22 Li H. Simultaneous operative treatment of patients with primary liver cancer associated with portal hypertension /H. Li, Y. L. Hu, Y. Wang //Hepatobiliary. Pancreat. Dis. Int. – 2002. – V. 1, №1. – P. 92-93.

23 Lopez-Martinez R. A. Laparoscopic cholecystectomy combined with ventral hernia repair /R. A. Lopez-Martinez, S. J Raina //Laparoendosc. Surg. – 1993. – V. 6. – P. 561-562.

24 Olivari N. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and laparoscopically assisted vaginal hysteroadnexectomy /N. Olivari, M. Luerti, G. Torzilli //Surg. Laparosc. Endosc. – 1996. – V. 6 (3). – P. 239-242.

25 Sarli L. Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension-free versus laparoscopic inguinal hernia repair /L. Sarli, F. Villa, F. Marchesi //Surgery. – 2001. - V. 129, №5. – P. 530-536.

REFERENCES

1. Baulina N. V. Simul'tannye operacii v hirurgii i ginekologii /N. V. Baulina, E. A. Baulina //Vestnik hirurgii. – 2004. – T. 163, №2. – S. 87-90.

2. Galimov O. V. Sochetannye laparoskopicheskie vmeshatel'stva pri zhelchnokamennoj bolezni /O. V. Galimov, M. A. Nurtdinov, E. I. Senderovich //Vestnik hirurgii. – 2002. – №1. – S. 82-86.

3. Gancev Sh. H. Otdalennye rezul'taty sochetannyh operacij i ih jekonomoicheskaja jefektivnost' /Sh. H. Gancev, Ju. I. Sedleckij, Je. N. Prazdnikov //Vestnik hirurgii. – 1991. – №4. – S. 51-54.

4. Dadvani S. A. Sochetannye operacii pri holelitiaze /S. A. Dadvani, N. A. Kuznecov, V. V. Safronov //Hirurgija. – 1999. – №8. – S. 37-39.

5. Zemljanoj A. G. Simul'tannye operacii na organah brjushnoj polosti /A. G. Zemljanoj, S. K. Malkova //Hirurgija. – 1986. – №3. – S. 23-25.

6. Magdiev T. Sh. Sochetannye operacii v abdominal'noj hirurgii /T. Sh. Magdiev, N. V. Severinko //Hirurgija. – 1999. – №6. – S. 54-55.

7. Magomedov A. Z. Sochetannye operativnye vmeshatel'stva pri zabolevanijah pečeni i zhelchevyvodjashhijh putej //Hirurgija. – 1997. – №8. – S. 50-52.

8. Maksimov V. A. Simul'tannye operacii: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. – Saratov, 1984. – 24 s.

9. Malinovskij N. N. Stepen' operacionnogo riska /N. N. Malinovskij, N. S. Leont'eva, I. N. Meshalkin //Hirurgija. – 1973. – №10. – S. 32-36.

10. Mahovskij V. Z. Odnomomentnye sochetannye operacii pri zhelchnokamennoj bolezni i rezul'taty ee hirurgicheskogo lechenija /V. Z. Mahovskij, B. T. Ovanesov, V. V. Mahovskij //Hirurgija. – 2006. – №5. – S. 18-22.

11. Mahovskij V. Z. Odnomomentnye sochetannye operacii v neotloznoj i planovoj hirurgii /V. Z. Mahovskij, B. T. Ovanesov, L. A. Madagov //Hirurgija. – 2002. – №7. – S. 41-46.

12. Olifirova O. S. Simul'tannye operacii v hirurgicheskoi praktike /O. S. Olifirova, V. A. Omel'chenko, G. V. Goncharuk //Vestnik hirurgii. – 2002. – T. 161, №5. – S. 84-86.

13. Osipov B. B. Simul'tannye operacii v neotloznoj hirurgii (ostryj holecistit) //Mater. respubl. nauch.-prakt. konf. «Maloinvazivnaja hirurgija v Respublike Belarus'». – Gomel', 2002. – S. 95-98.

14. Osipov B. B. Simul'tannye operacii v neotloznoj hirurgii //Jendoskopicheskaja hirurgija. – 2003. – Prilozhenie – S. 105-106.

15. Osipov B. B. Vozmozhnosti vypolnenija simul'tannyh laparoskopicheskijh operacij u bol'nyh ostrym holecistitom (mikrobiologicheskie aspekty) /B. B. Osipov, V. V. Osipov //Mater. mezhdunar. nauch.-prakt. konf. «Neotlozhnaja medicina». – Gomel', 2003. – S. 135-138.

16. Pashkevich V. I. O celesoobraznosti vypolnenija simul'tannyh operacij /V. I. Pashkevich, V. A. Tarasov, E. A. Vajkovskij //Hirurgija. – 1992. – №3. – S. 166-167.

17. Smirnova V. I. Anestezija i infuzionno-transfuzionnaja terapija pri obshirnyh sochetannyh i kombinirovannyh polostnyh hirurgicheskijh vmeshatel'stvah //Hirurgija. – 1993. – №3. – S. 83-87.

18. Stebunov S. S. Simul'tannye operacii pri laparoskopicheskoj holecistjektomii /S. S. Stebunov., S. I. Zan'ko, A. N. Lyzikov, A. A. Lyzikov //Jendoskopicheskaja hirurgija – 1998. – №3. – S. 18-21.

19. Fedorov V. D. Vnedrenie odnomentnyh sochetannyh operacij v hirurgicheskiju praktiku /V. D. Fedorov //Annaly hirurgii. – 2001. – № 4. – S. 23-38.

20. Ikard R. W. Combining laparoscopic cholecystectomy and (peri) umbilical herniorrhaphy //Am. Surg. – 1995. – V. 61 (4). – P. 304-305.

21. Knaus W. A. APACHE II: A severity of disease classification system /W. A. Knaus, E. A. Draper, D. Wagner //Critical Care Medicine. – 1985. – V. 13. – P. 818.

22. Li H. Simultaneous operative treatment of patients with primary liver cancer associated with portal hypertension /H. Li, Y. L. Hu, Y.

Wang //Hepatobiliary. Pancreat. Dis. Int. – 2002. – V. 1, №1. – R. 92-93.

23. Lopez-Martinez R. A. Laparoscopic cholecystectomy combined with ventral hernia repair /R. A. Lopez-Martinez, S. J. Raina //Laparoendosc. Surg. – 1993. – V. 6. – P. 561-562.

24. Olivari N. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and laparoscopically assisted vaginal hysteroadnexectomy /N. Olivari, M. Luerti, G. Torzilli //Surg. Laparosc. Endosc. – 1996. – V. 6 (3). – P. 239-242.

25. Sarli L. Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension-free versus laparoscopic inguinal hernia repair /L. Sarli, F. Villa, F. Marchesi //Surgery. – 2001. – V. 129, №5. – R. 530-536.

Поступила 10.02.2021 г.

E. A. Toleubayev¹, A. E. Alibekov², A. M. Balykbayeva², B. A. Mamytov¹

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN ABDOMINAL SURGERY

¹Karaganda regional clinical hospital (Karaganda, Republic of Kazakhstan);

²Department of Surgical Diseases of Karaganda medical university (Karaganda, Republic of Kazakhstan)

Simultaneous operations have now become a daily part of surgical activity. They are modern, reasonable and effective surgical interventions, where modern minimally invasive technologies are widely used. It would seem that everything is clear: both economically for the hospital and psychologically for patients, it is more profitable to perform simultaneous operations, especially in their minimally invasive version.

As the results of our studies have shown, combined surgical interventions, especially those performed from the same surgical approach, slightly increase the severity of the operation in comparison with the interventions performed for the same underlying disease. It is quite indicative that simultaneous operations do not lead to severe surgical complications, which would be characteristic only for this type of operation. The time required to complete a simultaneous operation is less than the total time required to complete each operation separately.

Performing simultaneous operations insignificantly increases the duration of the operation, but at the same time, the average length of stay of patients in the hospital is preserved and the direct costs of treating patients are reduced.

Reducing the duration of inpatient treatment in case of using the simultaneous surgical correction of several diseases in comparison with multistage surgical treatment, allows for highly qualified and specialized surgical care. It should be remembered that, despite the significant advantages of simultaneous operations, they must be performed according to strict indications and by a sufficiently qualified surgeon.

Key words: simultaneous operations, combined operations, combined operations, endovideosurgery.

E. A. Төлеубаев¹, А. Е. Әлібеков², А. М. Балықбаева², Б. А. Мамытов¹

ІШТІҢ ХИРУРГИЯСЫҢДА БІР УАҚЫТТА ЖАСАЛЫНАТЫН ОПЕРАЦИЯЛАР

¹Қарағанды қаласының облыстық клиникалық ауруханасы (Қарағанды, Қазақстан Республикасы);

²Хирургиялық аурулар кафедрасы, Қарағанды медициналық университеті (Қарағанды, Қазақстан Республикасы)

Симультанды операциялар қазіргі уақытта хирургиялық қызметтің күнделікті бөлігіне айналды. Олар заманауи негізделген және тиімді хирургиялық араласулар болып табылады, мұнда қазіргі заманғы кішіинвазивті технологиялар кеңінен қолданылады. Бәрі түсінікті болып көрінетін сияқты: аурухана үшін де, науқастар үшін де психологиялық тұрғыдан да симультанды операция жасаған тиімді, әсіресе олардың кішіинвазивті әдістерді қолдану арқасында.

Біздің зерттеулеріміздің нәтижелері көрсеткендей, аралас хирургиялық әрекеттер, әсіресе бір операциялық қол жетімділіктен жасалған, бірдей негізгі ауруға байланысты жасалған араласулармен салыстырғанда операцияның ауырлығын аздап арттырады. Симультанды жасалатын операциялар тек осы типтегі операцияға тән болатын ауыр операциялық асқынуларға әкелмейтіні өте маңызды. Бір операцияны орындау үшін қажетті уақыт әр операцияны жеке орындау үшін қажет жалпы уақыттан аз.

Симультанды операцияларды орындау операцияның ұзақтығын біршама арттырады, бірақ бұл ретте науқастардың стационарда болуының орташа мерзімі сақталады және науқастарды емдеуге тікелей шығындар азаяды.

Көп кезеңді хирургиялық емдеумен салыстырғанда, бірнеше ауруларды бір мезгілде хирургиялық түзетуді пайдаланған кезде стационарлық емдеу ұзақтығын қысқарту, жоғары білікті және мамандандырылған хирургиялық көмек көрсетуге мүмкіндік береді. Есте сақтау керек, симультанды операциялардың маңызды артықшылықтарына қарамастан, оларды қатаң көрсеткіштер бойынша, өте жоғары білікті хирург жүргізуі керек.

Кілт сөздер: симультанды операциялар, аралас операциялар, біріктірілген операциялар, эндо-бейнехирургия