

ОПЕРАЦИИ НА АОРТЕ И АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Жириков А. В.¹, Асланов А. Д.¹, Куготов А. Г.¹, Эдигов А. Т.¹

¹ФГБОУ ВПО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова», Россия (360004, КБР, Нальчик, ул. Чернышевского, 173), arturmed@mail.ru

Отражен опыт лечения 98 больных с заболеваниями аорты и артерий нижних конечностей в сочетании с различными заболеваниями органов брюшной полости и брюшной стенки. Проведен сравнительный анализ симультанных операций и поэтапного хирургического лечения. Широкое внедрение ультразвука, электрокоагуляции, сшивающих аппаратов и других технических средств позволяет производить оперативное вмешательство менее травматично и менее продолжительно. Проведен сравнительный анализ поэтапных и симультанных операций. При проведении симультанных операций длительность ненамного превышает проведение изолированного сосудистого этапа, исключается риск возможных осложнений со стороны сопутствующей хирургической патологии. Длительность нахождения больных в стационаре увеличивается после проведения поэтапных операций в связи с развитием в послеоперационном периоде осложнений со стороны сопутствующей хирургической патологии.

Ключевые слова: сосудистая хирургия, заболевания органов брюшной полости, симультанные операции

SURGERIES ON THE AORTA AND LOWER EXTREMITY ARTERIES WITH CONCOMITANT SURHICAL PATHOLOGY

Zhirikov A.V.¹, Aslanov A.D.¹, Kugotov A.G.¹, Edigov A.T.¹

¹ Kabardino-Balkarian State University n.a. H.M. Berbekov, Russia (360004, KBR, Nalchik, 173 Chernyshevskogo str.), arturmed@mail.ru

We have described the experience of treating 98 patients with diseases of the aorta and lower limb arteries in conjunction with various diseases of the abdominal cavity and the abdominal wall. A comparative analysis of simultaneous surgeries and of phased surgical treatment was done. The widespread introduction of ultrasound, electrocoagulation, suturing devices and other equipment, helps doing less traumatic and shorter surgery. We have done the comparative analysis of phased and simultaneous surgeries. The duration of simultaneous surgeries is not much higher than the duration of the isolated vascular phase, the risk of possible complications from the accompanying surgical pathology is excluded. The duration of stay of patients in hospital increases after the phased surgeries were done, in connection with the development of postoperative complications accompanying surgical pathology.

Keywords: vascular surgery, abdominal disease, simultaneous surgery

Впервые сообщил об одномоментном выполнении двух операций Claudius в 1735 г., когда произвел аппендэктомию и грыжесечение одиннадцатилетнему мальчику. В 1922 г. впервые в отечественной литературе описал одномоментное выполнение аппендэктомии с нефропексией А.В. Вишневский. Широкое признание в России симультанные операции получили благодаря работам В.Д. Федорова, разработавшего классификацию, показания и противопоказания к их выполнению.

В настоящее время под симультанными операциями понимают хирургическое вмешательство, одновременно производимое на двух или более органах по поводу заболеваний, этиологически не связанных между собой. Большинство исследователей считают термины «сочетанные» и «симультанные» операции синонимами, однако ряд авторов настаивают на термине «сочетанные операции», мотивируя это тем, что

одномоментные операции осуществляют бригады хирургов в одно и то же время. При этом понятие симультанных операций на сегодня до сих пор остается расплывчатым: к ним относят и гистерэктомию и билатеральную сальпингэктомию, и радикальную мастэктомию и овариэктомию при раке молочной железы, и вмешательства при первично-множественных злокачественных опухолях. Операции на двух или более органах, пораженных одним патологическим процессом, не относят к симультанным операциям (гнойно-воспалительные процессы, множественные травматические поражения). Комбинированные и расширенные операции, целью которых является увеличение объема вмешательства для лечения одного заболевания, также нельзя отождествлять с симультанными операциями. Комбинированная операция — это выполнение двух или более самостоятельных операций по поводу различных проявлений одного заболевания, расширенная операция — вмешательство, при котором увеличение стандартного объема обусловлено распространением заболевания, в частности прорастианием опухоли на соседние органы.

Симультанные операции имеют свою градацию: их делят на экстренные и плановые, по показаниям различают абсолютные, превентивные, диагностические и вынужденные, выделяют основной и сопутствующий этапы. По срокам выполнения выделяют одномоментно-синхронные операции, которые выполняются одновременно несколькими хирургическими бригадами, когда нуждающиеся в хирургической коррекции анатомические зоны расположены на значительном удалении друг от друга, и одномоментно-последовательные операции, выполняемые в одной анатомической области одной или несколькими бригадами друг за другом. Очередность выполнения симультанного вмешательства определяется индивидуально в зависимости от объема и технических особенностей предстоящих операций.

Улучшение диагностических возможностей практической медицины, совершенствование анестезиологического и реанимационного обеспечения операций и раннего послеоперационного периода создают реальные условия для расширения объема оперативных вмешательств и выполнения одновременно нескольких операций при сочетанных хирургических заболеваниях. Этому способствует широкое внедрение ультразвука, электрокоагуляции, сшивающих аппаратов и других технических средств, позволяющих производить оперативное вмешательство менее травматично и менее продолжительно.

Повышение эффективности лечения больных с заболеваниями аорты и артерий нижних конечностей, требующих оперативного вмешательства, при наличии у них сочетанной хирургической патологии достигается за счет выполнения симультанных операций. Использование комбинированных операционных доступов в хирургическом

лечении больных с сочетанными заболеваниями брюшной полости и артерий нижних конечностей позволяет устранить всю выявленную хирургическую патологию в рамках одного анестезиологического пособия, избавляет от повторных операций и связанных с ними операционных, послеоперационных хирургических и анестезиологических осложнений и эмоциональных нагрузок, исключает возникновение в раннем послеоперационном периоде обострения сопутствующего заболевания, повышает качество жизни больных.

Подчеркивая целесообразность симультанных операций, хотелось бы отметить, что при любой сочетанной патологии не всегда следует стремиться к их выполнению. Симультанное оперативное вмешательство должно выполняться только после всестороннего обследования больного, тщательного определения показаний, исключающих возрастание операционного риска. Целесообразность симультанных операций не вызывает сомнений, при этом наблюдаются две основные тенденции их применения. С одной стороны – это одномоментное сочетание больших и сложных хирургических вмешательств на нескольких органах в специализированных клиниках, а с другой – более широкое использование малоинвазивных методов, преимущественно лапароскопических и мини-доступов.

С появлением малоинвазивной эндовидеохирургической техники вопрос о более активном внедрении симультанных операций в хирургическую практику и возможности расширения показаний к ним стал особенно актуален. Целый ряд несомненных преимуществ лапароскопических методик, подтвержденных многочисленными исследованиями (уменьшение травматичности операционного вмешательства, снижение интра- и послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания больного в стационаре и длительности временной нетрудоспособности, уменьшение послеоперационной летальности) создает широкие перспективы для улучшения результатов лечения больных с сочетанными заболеваниями.

В то же время, несмотря на то, что в крупных стационарах России процент выполнения лапароскопических операций от объема всех абдоминальных операций составляет 20–30%, а в специализированных центрах достигает до 70%, процент выполнения симультанных лапароскопических оперативных вмешательств остается столь же низким, и вышеуказанные проблемы в лечении больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства остаются нерешенными.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с патологией аорты и магистральных сосудов нижних конечностей с сопутствующими хирургическими патологиями органов брюшной полости.

Материалы и методы

За период 2008–2015 гг. в отделении сосудистой хирургии Республиканской клинической больницы г. Нальчика находилось на лечении 98 больных с патологией аорты и магистральных сосудов нижних конечностей с сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Сопутствующей патологией у 31 пациента была желчнокаменная болезнь, у 8 пациентов – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, у 30 пациентов — паховая грыжа и у 8 — вентральная грыжа. Кроме того, у некоторых больных наблюдалось несколько сопутствующих заболеваний, а именно у 5 пациентов — язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и ЖКБ, у 9 — вентральные и паховые грыжи, у 7 — ЖКБ и вентральные грыжи

По половому признаку они распределены следующим образом: 63 (64,3%) мужчин и 35 (35,7%) женщин.

Характер сосудистой и сопутствующей патологии представлен в табл.1.

Таблица 1

Характер сосудистой и сопутствующей патологии

Сопутствующие заболевания	Сосудистая патология		
	Аневризма брюшного отдела аорты N=32	Синдром Лериша N=47	Окклюзия магистральных сосудов ниже паховой складки N=19
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	6	2	-
ЖКБ	14	17	-
Паховые грыжи	2	9	19
Вентральные грыжи	3	5	-
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки + ЖКБ	2	3	-
Вентральные и паховые грыжи	4	5	-
ЖКБ + вентральные грыжи	1	6	-

Для сравнительного анализа лечения таких пациентов больные были разделены на две группы. В первую группу вошли больные, которым оперативное лечение проводилось поэтапно (47 больных), т.е. на первом этапе больным проводились реконструктивные операции на аорте и артериях нижних конечностей, и через 2–3 месяца проводился второй этап, т. е. ликвидация сопутствующей хирургической патологии.

Характер сопутствующей хирургической патологии в первой клинической группе представлен в табл. 2.

Таблица 2

Характер сосудистой и сопутствующей патологии в первой клинической группе

Сопутствующие заболевания	Сосудистая патология		
	Аневризма брюшного отдела аорты N=17	Синдром Лериша N=26	Окклюзия магистральных сосудов ниже паховой складки N=4
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	2	1	-
ЖКБ	8	12	-
Паховые грыжи	1	5	4
Вентральные грыжи	1	3	-
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки + ЖКБ	1	1	-
Вентральные и паховые грыжи	3	2	-
ЖКБ + Вентральные грыжи	1	2	-

Во вторую группу вошли больные, которым проводилась симультанная операция (51 больной), т.е. одновременно проводилась ликвидация сосудистой и сопутствующей хирургической патологии. При этом длительность операции во всех случаях удлинялась на 20–40 мин, что не утяжеляло течение анестезии и послеоперационный период.

Характер сопутствующей хирургической патологии во второй клинической группе представлен в табл. 3.

Таблица 3

Характер сосудистой и сопутствующей патологии во второй клинической группе

Сопутствующие заболевания	Сосудистая патология		
	Аневризма брюшного отдела аорты N=15	Синдром Лериша N=21	Окклюзия магистральных сосудов ниже паховой складки N=15
Язвенная болезнь желудка и	4	1	-

двенадцатиперстной кишки			
ЖКБ	6	5	-
Паховые грыжи	1	4	15
Вентральные грыжи	2	2	-
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки + ЖКБ	1	2	-
Вентральные и паховые грыжи	1	3	-
ЖКБ + вентральные грыжи	-	4	-

Результаты

В первой клинической группе в послеоперационном периоде после реконструкции магистральных сосудов нижних конечностей на 2-е сутки у 2 больных с паховыми грыжами развилась клиника ущемления, при этом больные в экстренном порядке повторно оперированы. У одного больного произведена резекция сальника в связи с некротизацией. У 3 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки после резекции аневризмы аорты на фоне антикоагулянтной терапии развилось ЖКК язвенной этиологии, что потребовало отмены антикоагулянтов и назначения гемостатиков, что у 2 больных привело к тромбозу браншей протеза и магистральных артерий нижних конечностей. При этом у одного больного путем тромбэктомии удалось восстановить кровоток, а у другого после безуспешной попытки произведена ампутация левой нижней конечности. У одного больного с ЖКБ в послеоперационном периоде развилась печеночная колика, механическая желтуха. Больной в экстренном порядке оперирован – холецистэктомия из мини-доступа Асланова, дренирование холедоха по Вишневскому.

Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Длительность госпитализации составила 10–24 койко-дня.

Во второй группе осложнения со стороны реконструкции и общего состояния больного не наблюдались. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. Длительность госпитализации составила 7–10 койко-дней.

Заключение

Сравнительная оценка одноэтапных и симультанных операций показала, что при правильном индивидуальном подборе больных с сочетанной патологией, адекватной предоперационной подготовке больных с учетом компенсаторных возможностей организма и уменьшением степени операционного риска, индивидуализированным выбором метода и объема операции увеличение объема операции не оказывает влияния на частоту

послеоперационных осложнений, ведет к значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе.

При проведении сравнительного анализа поэтапных и симультанных операций выявлено, что при проведении симультанных операций длительность ненамного превышает проведение изолированного сосудистого этапа. При выполнении симультанных операций исключается риск возможных осложнений со стороны сопутствующей хирургической патологии. После проведения поэтапных операций длительность нахождения больных в стационаре увеличивается в связи с развитием в послеоперационном периоде осложнений со стороны сопутствующей хирургической патологии.

Список литературы

1. Белов Ю.В., Комаров Р.Н., Степаненко А.Б., Мкртчян А.Н. Аневризма аорты и желчнокаменная болезнь: необходима ли одномоментная операция? Хирургия 2010; 2:64—66.
2. Белов Ю.В., Комаров Р.Н. «Абдоминальные катастрофы» в хирургии аорты и сердца. Хирургия 2010; 4:4—11.
3. Белов Ю.В., Комаров Р.Н. Одномоментные сердечно-сосудистые и онкологические операции: когда, кому и как? Монография. М., 2014.
4. Шумаков В.И. Симультанные операции на открытом сердце и органах брюшной полости. М: ПРОФИЛЬ 2006; 214.3
5. Давыдов М.И., Герасимов С.С., Шестопалова И.М. и др. Хирургическое лечение больных раком толстой кишки с конкурирующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Хирургия. — 2008. — № 8. — С. 10–17.
6. Anisimowicz L., Jarmoszewicz K. et al. Simultaneous operation including coronary artery bypass grafting on the beating heart and modified radical mastectomy mode patey-a case raport\\wiad. Lec. — 2000. — Vol. 53. – № 11-12. — 693 p.
7. Lopez-Encuentra A., Bronchogenic Carcinoma co-operative Group. Comorbidity in operable lung cancer. A mylticancer descriptive study on 2992 patients\\Lung Cancer. — 2002. — Vol. 35. — P. 263–269.

Рецензенты:

Уметов М.А., д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии ФГБОУ ВПО КБГУ, г. Нальчик;

Эльгарова Л.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ
ВПО КБГУ, г. Нальчик.