

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК:616.381-089.2

**ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Эгамбердиев Бобир Алишерович

5А 510112– Хирургия

Диссертация написана для получение степени магистра

Научный руководитель: д.м.н., профессор Ходжиматов Г.М.

Андижан -2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

АННОТАЦИЯ	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	21
ВВЕДЕНИЕ	22
Глава 1. ПРОБЛЕМА СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).	28
1.1 Понятие симультанности в экстренной абдоминальной хирургии . . .	28
1.2. Некоторые особенности хирургической тактики при сочетанной патологии органов брюшной полости	36
1.3. Качество жизни и экономическая эффективность, как основные критерии применения симультанных операций	40
1.4. Нерешенные вопросы применения симультанных операций при сочетанных патологиях органах брюшной полости в области экстренной хирургии	43
Глава 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.	50
2.1 Исследованный контингент и его особенности	50
2.2 Методы исследования.	52
2.3. Методы оперативного лечения и анестезиологического пособия	52
2.4. Методика определения экономической эффективности симультанных операций..	
2.5. Статистические методы	

Глава 3. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЕ И ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ	55
3.1 Общие принципы оперативного лечения сочетанной неотложных хирургических заболеваний в различных этажах брюшной полости...	55
3.1.1. Симультантные операции у больных с острым аппендицитом....	59
сочетанной хирургической патологией органов брюшной полости	
3.1.2. Симультантные операции у больных с острым холециститом сочетанной хирургической патологией органов брюшной полости	64
Глава 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ.	68
4.1 Течение интра- и раннего послеоперационного периода при симультантных операциях у больных с неотложными хирургическими патологиями, метод обезболивания.....	68
4.2. Сравнительная оценка симультантных лапароскопических операций с симультантными лапаротомическими операциями.....	77
4.3. Экономическая эффективность симультантных операций.....	81
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	89
ВЫВОДЫ	94
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	95
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	96

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО
СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

ФАКУЛЬТЕТ : лечебный **Студент магистратуры:** Эгамбердиев Б.А.

КАФЕДРА : ФУВ хирургии, скорой медицинской помощи,
анестезиологии-реаниматологии.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Ходжиматов Г.М.

Год обучения : 2012-2015 **Специальность :** Хирургия

АННОТАЦИЯ К МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

на тему :

**ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ
ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ НА ОРГАНАХ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Актуальность проблемы: На сегодняшний день частота сочетанных патологий органов брюшной полости ежегодно увеличивается и не имеет тенденций к снижению. Важно отметить, что данное положение становится не менее актуальным и в экстренной абдоминальной хирургии. Важность проблемы состоит в том, что, несмотря на увеличение частоты сочетанных патологий в абдоминальной хирургии, особенно при неотложной хирургии, решения вопроса касающейся одномоментного лечения данных обстоятельствах все еще остается открытым.

Как свидетельствуют литературные данные зарубежных авторов, около более 57% больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, поступающие на экстренное оперативное

лечение, имеют сочетанные хирургические патологии. Однако, всего лишь 0,8-1,4% из них подвергаются к симультанному лечению. Причем в последнее время отмечен ежегодный рост частоты сочетанных патологий на 1,5-2% [62, 70, 76]. Основными причинами увеличения роста сочетанных хирургических патологий являются увеличение продолжительность жизни населения, изменения экологии, социальные факторы, а также развития цивилизации, которая приводит к гиподинамии. Это так называемые причины общего характера [62, 66, 67, 76, 92]

Однако не следует забывать о взаимосвязанность функционирования органов и систем в организме, который нарушение функции одного из них могут обуславливать к функциональным или органическим изменениям в том системе или органе взаимосвязанный с ними. А также, нельзя забывать о соседствующих органах, что патологические изменения в одном из них непосредственно могут вызывать нарушения их функций вплоть до грубых органических изменений.

На современном этапе развития практического здравоохранения, высокий интерес государства к оказанию населения качественной и высококвалифицированной медицинской помощи требует совершенствования решению данного вопроса путем совершенствования применения эффективных и высокотехнологических методов лечения сочетанных патологий, тем самым определяет на наш взгляд, важность проблемы их оперативного лечения при неотложной хирургии.

Одним из методов лечения пациентов с сочетанной хирургической патологией является выполнение у них одноэтапных операций, при которых производится вмешательство на двух и более органах, в том числе расположенных в разных анатомических областях, в ходе одного анестезиологического пособия.

Актуальность подобного способа лечения обусловлена соображениями как медицинского, так и экономического характера.

Разработка высокотехнологических методов лечения хирургических больных особенно в области неотложной хирургии предоставили новые возможности для применения миниинвазивных методов лечения в области как и плановой так и в экстренной хирургии и позволили расширить диапазон симультанных операций, когда ликвидируется сразу несколько патологических состояний в различных этажах брюшной полости [14, 34, 43-47, 82].

Существуют различные точки зрения на положительные и отрицательные моменты симультанных операций в отрасли экстренной хирургии. Сравнительные исследования в этом вопросе, позволяющие сделать собственную оценку, весьма актуальны. При этом надо иметь в виду, что общепринятая клиничко-лабораторная оценка результатов многоэтапного хирургического лечения и симультанных операций в большинстве случаев не имеет существенных различий.

Проблема совершенствования и внедрения в клиническую практику наиболее эффективных методов симультанных операций, учитывающая клинического, экономического и социального благополучия, служит основой для выбора метода и объема хирургического лечения, оценки его результатов; позволяет обосновать и расширить применение симультанных операций в области экстренной хирургии, определить их эффективность.

Повышенный в последние годы интерес к симультанным операциям в неотложной абдоминальной хирургии выводит проблему за рамки медицинской, придавая ей социально- экономическую значимость.

Еще одной проблемой внедрения новых малоинвазивных хирургических методик при выполнении симультанных операций у неотложных хирургических больных является отсутствие единых тактических алгоритмов, критерии определяющих показания к их использованию. Существенные различия в оснащении хирургических стационаров различных уровней в нашей стране, проблема подготовки

хирургических кадров затрудняют принятие единых тактических подходов и схем.

Кроме того, пристального внимания как практических хирургов, так и организаторов здравоохранения, требуют проблемы стандартизации подходов и создания единой организационной основы для широкого использования малоинвазивных технологий в хирургической практике. Вопросы совершенствования организационных схем оказания помощи хирургическим больным в разрезе внедрения и использования новых малоинвазивных технологий по-прежнему представляют серьезный интерес для изучения и не теряют актуальности [5, 54, 71, 74, 78].

Исследование медико-социальной и экономической целесообразности применения операций с использованием открытых малых доступов в комплексе с другими малоинвазивными технологиями представляет серьезный интерес для практического здравоохранения.

Учитывая вышеизложенных, **целью** нашего исследования явилось обоснование внедрения наиболее эффективных методов (миниинвазивных) симультанных операций при сочетанной патологии органах брюшной полости в экстренной абдоминальной хирургии

Для достижения указанной цели сформулированы следующие **задачи:**

1. Обосновать целесообразность выполнения симультанных операций при неотложных хирургических патологиях органов брюшной полости.
2. Провести сравнительный анализ осложнений, исходов и эффективности при одновременных и изолированных операциях.
3. Провести анализ качества жизни пациентов и экономического эффекта при выполнении симультанных операций у больных с неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Научная новизна исследования:

1. На основании анализа применения симультанных операций с использованием лапароскопических доступов в условиях неотложного хирургического стационара получены новые данные, определяющие роль и место этих вмешательств в ургентной абдоминальной хирургии среди прочих хирургических технологий. Определено использование данного метода в качестве минимально инвазивной операциям и в качестве дополнения к традиционным хирургическим технологиям.

Доказано влияние внедрения симультанных операций, как и с лапароскопическим так и с лапаротомическим доступом, на основные показатели работы отделения неотложной хирургии, оказывающего помощь хирургическим больным в круглосуточном режиме.

Дана оценка влияния внедрения симультанных операций с использованием миниинвазивных доступов на медико-экономическую эффективность работы неотложного хирургического стационара.

4. Разработана организационная основа для использования симультанных операций при сочетанных хирургических патологий в органах брюшной полости с применением миниинвазивных технологий.

Объем и структура работы

Содержание диссертации изложено на 80 странице компьютерного набора, состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций, приложений. Библиографический указатель включает 78 источников, из них 50 являются литературным данным авторов стран СНГ, а остальные авторов дальнего зарубеж. Работа иллюстрирована 16 таблицами и 22 рисунком.

Практическая значимость работы

Расширение существующих знаний о значении и области применения операций с использованием миниинвазивных технологий, а

также их роли в системе оказания неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.

Определено, что вмешательства с использованием открытых малых доступов могут быть рассмотрены как щадящий вариант лапаротомных операций.

Материалы и методы исследования:

На протяжении 2011-2014 года на базе кафедры «**ФУВ хирургии, скорой медицинской помощи, анестезиологии-реаниматологии АндГосМИ**» было исследовано около 165-190 больных которым произвели симультанные оперативные вмешательства. Все больные были разделены на две группы: контрольная и основная. В контрольную группу вошли больные, которым хирургическое лечение произвели традиционным методом. В основную группу вошли больные, которым хирургическое лечение произвели малоинвазивным методом. Результаты традиционного и малоинвазивного способов симультанных операций были изучены по архивным данным в базе кафедры ФУВ хирургии, скорой медицинской помощи, анестезиологии-реаниматологии АндГосМИ.

Целенаправлено и комплексно были изучены больные поступившие в период с 2011-2014 гг.

Методы исследования.

- Обще клинические исследования(общ.анализ крови, общ.анализ мочи,биохимический анализ крови, RW анализ. экг , рент-я грудной клетки)
- Специальные методы исследования (обзорная рент-я брюшной полости, Узи брюшной полости и КТ органов брюшной полости)

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Симультанные операции с использованием лапароскопических доступов в экстренной хирургии стратегически являются альтернативой традиционным вмешательствам из лапаротомного доступа как минимально

инвазивный способ выполнения повторных вмешательств для ликвидации абдоминальных осложнений операций при остром холецистите и остром аппендиците.

2. Несмотря на более продолжительной длительности, лапароскопические технологии при наличии сочетанной патологии органов брюшной полости позволяют выполнять симультанные вмешательства и одновременно осуществлять диагностику основного заболевания и сочетанной патологии, следовательно улучшая ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения.

3. Лапароскопические симультанные операции являются наиболее оптимальным методом выбора при хирургическом лечении сочетанной патологии органов брюшной полости у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, с анемией средней и тяжелой степени, а также у женщин активного репродуктивного возраста.

В интересах экономической, социальной и клинической эффективности симультанные лапаротомические операции в неотложной хирургии заболеваний брюшной полости несколько уступает свое место лапароскопическим методам, а также позволяют интенсифицировать работу хирургического стационара и улучшить основные показатели его деятельности.

Выводы:

1. Высокая частота сочетание острых и хронических патологий органов малого таза при неотложных хирургических заболеваниях органов нижнего и верхнего этажа брюшной полости, а также близкое анатомическое расположение обуславливают приоритет симультанных операций.

2. Ранние осложнения симультанных и изолированных лапаротомических операций представлены повышением температуры тела, парезом кишечника, расхождением шва послеоперационной раны, застойной пневмонией. При этом удельный вес осложнений на 82,7% меньше при лапароскопических вмешательствах, чем при лапаротомических.

3. Конечные исходы при симультанных и изолированных лапаротомических и лапароскопических операциях при неотложных хирургических заболеваниях органов брюшной полости существенно не различаются, однако качество жизни и социальное благополучие больных после симультанных операций значительно благоприятнее

4. Внедрение миниинвазивных симультанных операций в лечебную тактику при сочетанной патологии органов брюшной полости в экстренной хирургии позволяет сократить не прямые расходы в среднем в 1,8 раза. Основные показатели качества жизни в большинстве случаев нормализуются к 2 суткам после одновременных хирургических вмешательств путем лапароскопического доступа.

Практические рекомендации

1. При проведении комплексного предоперационного обследования больных с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости необходимо расширять стандарт на предмет диагностики хирургических патологий органов малого таза, по поводу которых возможно проведение симультанного оперативного вмешательства (острые воспалительные заболевания придатков матки, перекрут ножки или разрыв кисты (апоплексия) яичника).

2. При наличии материально-технической базы и подготовленных кадров необходимо выполнять симультанное лапароскопическое оперативное лечение неотложной хирургической патологии, так как его выполнение избавляет больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости сразу от нескольких заболеваний, устраняя риск повторных вмешательств и наркозов, снижает количество интра- и послеоперационных осложнений, сокращает сроки пребывания больной в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, улучшает качество жизни пациенток.

3. Больным с сочетанной патологией желчного пузыря и с неотложным хирургическим состоянием органов малого таза (острый аппендицит, перекрут ножки кисты яичника, апоплексия яичника) первым этапом следует выполнять лапароскопическую холецистэктомию, затем на втором этапе произвести оперативное вмешательство на органах малого таза

Научный руководитель :

д.м.н., профессор:

Ходжиматов Г.М.

Студент магистратуры :

Эгамбердиев Б.А.

**MINISTRY HIGHER AND SECONDARY SPECIAL
EDUCATION UZBEKISTAN
MINISTRY OF HEALTH OF THE REPUBLIC OF
UZBEKISTAN
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE**

FACULTY: THERAPEUTIC MASTER: EGAMBERDIYEV B.A.

**DEPARTMENT: FACULTY OF IMPROVE THE PHYSICIANS. SURGERY,
EMERGENCY CARE, ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE.**

SUPERVISOR: DOCTOR OF MEDICAL SCIENCES. PROF.

HODJIMATOV G.M.

ACADEMIC YEAR: 2012-2015

SPECIALTY: SURGERY

ANNOTATION TO MASTERS DISSERTATION

ON THE THEME OF :

**SUBSTANTIATION SIMULTANEOUS OPERATIONS IN ACUTE
SURGICAL DISEASES OF ABDOMINAL CAVITY**

Actuality the problem: To date, the frequency of associated abdominal pathology is increasing annually and has a downward trend. It is important to note that this provision does not become less important in emergency abdominal surgery. The importance of the problem lies in the fact that, despite an increase in the frequency of comorbidity in abdominal surgery, especially for emergency surgery, a one-time solution to the question regarding the treatment of these conditions is still open.

As evidenced by the published data of foreign authors, some more than 57% of patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity, arriving at an emergency surgery, have associated surgical pathology. However, only 0.8-1.4% of them are subjected to simultaneous treatment. And recently recorded an annual growth rate comorbidity 1.5-2% [62, 70, 76]. The main reasons for increasing the growth of combined surgical pathologies are the increase in life

expectancy, changes in environmental and social factors as well as the development of civilization, which leads to inactivity. This so-called general causes [62, 66, 67, 76, 92]

But we should not forget about the interconnectedness of the functioning of organs and systems in the body, which is a violation of the functions of one of them may be responsible for functional or organic changes in the system or organ interrelated. And also, do not forget about the neighboring organs, pathological changes in one of them can directly cause the violation of their functions until the coarse organic changes.

At the present stage of development of practical health care, the high interest of the state to provide the population with quality and high quality medical care requires improvement to address this issue by improving the application of efficient and high-tech methods of treatment comorbidity, thus defines our view, the importance of the problem of surgical treatment for emergency surgery.

One method of treating patients with combined surgical pathology is the performance of their single-stage operation in which the intervention is carried out in two or more bodies, including those located in different anatomic areas in a single anesthetic.

The relevance of this method of treatment due to reasons both medical and economic. The development of high-tech methods of treatment of surgical patients especially in the field of emergency surgery provide new opportunities for the application of minimally invasive treatments in the field as well as planned and in emergency surgery and allowed to extend the range of simultaneous operations that eliminated several pathological conditions in the various floors of the abdominal cavity [14, 34, 43-47, 82].

There are different points of view on the positive and negative aspects of simultaneous operations in the sector of emergency surgery. Comparative studies on this issue, allowing to make its own assessment, are highly relevant. It must be borne in mind that the common clinical and laboratory evaluation of a

multi-stage surgical treatment and simultaneous operations in most cases there are no significant differences.

The problem of improvement and introduction into clinical practice of the most effective methods of simultaneous operations, taking into account the clinical, economic and social well-being is the basis for the selection of the method and extent of surgical treatment, evaluate its results; It allows you to justify and expand the use of simultaneous operations in the field of emergency surgery, to determine their effectiveness.

Increased in recent years, interest in simultaneous operations in emergency abdominal surgery brings the problem beyond health, giving it a socio-economic importance.

Another challenge of introducing new minimally invasive surgical techniques when performing simultaneous operations in emergency surgical patients is the lack of unified tactical algorithms, the criteria defining the indications for their use. Significant differences in the equipment of the surgical hospitals of different levels in our country, the problem of training of surgical staff hinder the adoption of common approaches and tactical schemes.

In addition, attention both practical surgeons and organizers of health problems require a standardization of approaches and the creation of a single institutional framework for the extensive use of minimally invasive techniques in the surgical practice. Issues of improvement of organizational schemes to assist surgical patients in the context of the introduction and use of new minimally invasive technologies continue to represent a serious interest for the study and did not lose their relevance [5, 54, 71, 74, 78].

A study of medical and social and economic feasibility of operations using open minimal access in combination with other minimally invasive technologies represents a serious interest for practical health care.

Considering the above, the purpose of our study was

Substantiation of the introduction of the most effective techniques (minimally invasive) simultaneous operations in combined abdominal pathology in emergency abdominal surgery.

To achieve this goal formulated the following tasks:

1. Substantiation expediency of performing simultaneous operations in emergency surgical abdominal pathology.
2. A comparative analysis of complications, outcomes and efficiency of simultaneous operations and isolated.
3. To analyze the quality of life and economic benefits when performing simultaneous operations in patients with urgent surgical diseases of the abdominal cavity.

The scientific novelty of the research:

1. On the basis of analysis of the application of simultaneous operations using the laparoscopic approach in the conditions of emergency surgical hospital received new data, defining the role and place of these interventions in emergency abdominal surgery among other surgical techniques. Defined use of the method as a minimally invasive operations and as a complement to traditional surgical techniques.

It proved the impact of implementation of simultaneous operations, as with laparoscopic or laparotomy with access to the main indicators of the emergency room, assisting surgical patients around the clock.

The estimation of the impact of the introduction of simultaneous operations using minimally invasive access to medical and economic efficiency of the emergency surgical hospital.

4. To develop the institutional framework for the use of simultaneous operations in combined surgical pathology in abdominal organs using minimally invasive technologies.

Volume and structure of the work

The content of the dissertation set out on page 80 computer set, consists of an introduction, four chapters, conclusions, practical recommendations, applications. Bibliographic index includes 78 sources, 50 of them are authors of published data of the CIS countries, and the other authors abroad. The work is illustrated with 16 tables and 22 figures.

The practical significance of the work

Expansion of existing knowledge about the meaning and scope of the operations using minimally invasive techniques, as well as their role in the system of emergency surgical care to patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity.

It was determined that the interference with the use of open minimal access can be considered as intrusive option laparotomic operations.

Materials and methods:

During the 2011-2014 year at the Department «FACULTY OF IMPROVE THE PHYSICIANS. SURGERY, EMERGENCY CARE, ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE» was investigated about 165-190 patients who made simultaneous surgery. All patients were divided into two groups: control and basic. To control group consisted of patients in whom surgical treatment produced by traditional method. The study group included patients who have made minimally invasive surgery method. Results of traditional and minimally invasive methods simultaneous operations were studied historical data in the database of the Department FACULTY OF IMPROVE THE PHYSICIANS. SURGERY, EMERGENCY CARE, ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE.

Purposefully and comprehensively examined the patients received during the period of 2011-2014.

Research methods.

- Overall clinical studies (obsch.analiz blood obsch.analiz urine, blood chemistry, RW analysis. ECG, rent-I have chest)
- Special methods of research (survey of rents th abdomen, abdominal ultrasound and CT abdominal organs)

Main provisions for the defense:

1. Simultaneous operation using laparoscopy in emergency surgery is a strategic alternative to traditional interventions of laparotomy as a minimally invasive method of performing repeated interventions to eliminate the complications of abdominal operations at an acute cholecystitis and acute appendicitis.

2. In spite of the longer duration, laparoscopic techniques in the presence of comorbidity abdominal organs allow you to perform simultaneous intervention and at the same time to diagnose the underlying disease and comorbidity, hence improving the immediate and long-term results of surgical treatment.

3. Laparoscopic simultaneous operations are the most optimal method of choice for surgical treatment of combined pathology of the abdominal cavity in patients with overweight and obesity, anemia moderate and severe, as well as women of reproductive age. In the interests of economic, social and clinical efficacy laparotomichesikie simultaneous operation in emergency surgery diseases of the abdominal cavity is slightly inferior to its place laparoscopic techniques, and allow to intensify the work of the surgical hospital and improve key indicators of its activity.

Conclusions

1. High frequency of the combination of acute and chronic pathologies of the pelvic organs in emergency surgical diseases of the lower and upper abdomen, and the close anatomical location determine the priority of simultaneous operations.

2. Early complications of simultaneous and isolated laparotomy operations presented fever, intestinal paresis, divergence seam postoperative wounds, congestive pneumonia. The share of complications by 82.7% less in laparoscopy than with laparotomy.
3. The final outcome with the simultaneous and isolated laparotomy and laparoscopic surgery for urgent surgical diseases of the abdominal cavity do not differ significantly, but the quality of life and social well-being of patients after simultaneous operations much more favorable
4. Introduction of simultaneous operations in minimally invasive medical tactics when combined pathology of the abdominal cavity in emergency surgery can reduce indirect costs by an average of 1.8 times. The main indicators of the quality of life in the majority of cases are normalized to 2 days after simultaneous surgery by laparoscopic access.

Practical advice

1. In carrying out comprehensive preoperative examination of patients with urgent surgical abdominal pathology is necessary to expand the standard for the diagnosis of surgical pathologies of the pelvic organs, about which possible to conduct simultaneous surgery (acute inflammatory diseases of the uterus, torsion or rupture of cysts feet (apoplexy) ovary).
2. If the material-technical base and trained personnel necessary to carry out a simultaneous laparoscopic surgical treatment of acute surgical pathology as its implementation saves patients with concomitant diseases of the abdominal cavity from several diseases, eliminating the risk of re-interventions and anesthesia reduces the amount of intra- and postoperative complications, shortens hospital stay and the duration of temporary disability, and improves the quality of life of patients.
3. Patients with combined pathology of the gallbladder and urgent surgical condition of the pelvic organs (acute appendicitis, torsion legs ovarian cysts,

ovarian apoplexy), the first step should be to perform laparoscopic cholecystectomy, and then in the second stage to make surgery on the pelvic organs

**SUPERVISOR DOCTOR OF
MEDICAL SCIENCES. PROF.:**

HODJIMATOV G.M.

MASTER :

EGAMBERDIYEV B.A.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АЭ	-	Аппендэктомия
АЯ	-	Апоплексия яичника
ЖКБ	-	Желчекаменная болезнь
ИзМТ	-	Избыточная масса тела
ИМТ	-	Индекс массы тела
КЯ	-	Киста яичника
ЛС	-	Лапароскопия
ЛТ	-	Лапаротомия
МА	-	Местная анестезия
ОЭА	-	Эндотрахеальная анестезия
ПОО	-	Послеоперационные осложнения
СЛСО	-	Симультанные лапароскопические операции
СЛТО	-	Симультанные лапаротомические операции
СО	-	Симультанные операции
СП	-	Сочетанные патологии
УЗИ	-	Ультразвуковое исследование
ХЭК	-	Холецистэктомия
ЭЭ	-	Экономическая эффективность
ИзЛСО	-	Изолированные лапароскопические операции
ИзЛТО	-	Изолированные лапаротомические операции

Введение

На сегодняшний день частота сочетанных патологий органов брюшной полости ежегодно увеличивается и не имеет тенденций к снижению. Важно отметить, что данное положение становится не менее актуальным и в экстренной абдоминальной хирургии. Важность проблемы состоит в том, что, несмотря на увеличение частоты сочетанных патологий в абдоминальной хирургии, особенно при неотложной хирургии, решения вопроса касающейся одномоментного лечения данных обстоятельствах все еще остается открытым.

Как свидетельствуют литературные данные зарубежных авторов, около более 57% больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, поступающие на экстренное оперативное лечение, имеют сочетанные хирургические патологии. Однако, всего лишь 0,8-1,4% из них подвергаются к симультанному лечению. Причем в последнее время отмечен ежегодный рост частоты сочетанных патологий на 1,5-2% [62, 70, 76]. Основными причинами увеличения роста сочетанных хирургических патологий являются увеличение продолжительность жизни населения, изменения экологии, социальные факторы, а также развития цивилизации, которая приводит к гиподинамии. Это так называемые причины общего характера [62, 66, 67, 76, 92]

Однако не следует забывать о взаимосвязанность функционирования органов и систем в организме, который нарушение функции одного из них могут обуславливать к функциональным или органическим изменениям в том системе или органе взаимосвязанный с ними. А также, нельзя забывать о соседствующих органах, что патологические изменения в одном из них непосредственно могут вызывать нарушения их функций вплоть до грубых органических изменений.

На современном этапе развития практического здравоохранения, высокий интерес государства к оказанию населения качественной и высококвалифицированной медицинской помощи требует совершенствования решению данного вопроса путем совершенствования применения эффективных и высокотехнологических методов лечения сочетанных патологий, тем самым определяет на наш взгляд, важность проблемы их оперативного лечения при неотложной хирургии.

Одним из методов лечения пациентов с сочетанной хирургической патологией является выполнение у них одноэтапных операций, при которых производится вмешательство на двух и более органах, в том числе расположенных в разных анатомических областях, в ходе одного анестезиологического пособия.

Актуальность подобного способа лечения обусловлена соображениями как медицинского, так и экономического характера. Разработка высокотехнологических методов лечения хирургических больных особенно в области неотложной хирургии предоставили новые возможности для применения миниинвазивных методов лечения в области как и плановой так и в экстренной хирургии и позволили расширить диапазон симультанных операций, когда ликвидируется сразу несколько патологических состояний в различных этажах брюшной полости [14, 34, 43-47, 82].

Существуют различные точки зрения на положительные и отрицательные моменты симультанных операций в отрасли экстренной хирургии. Сравнительные исследования в этом вопросе, позволяющие сделать собственную оценку, весьма актуальны. При этом надо иметь в виду, что общепринятая клиничко-лабораторная оценка результатов многоэтапного хирургического лечения и симультанных операций в большинстве случаев не имеет существенных различий.

Проблема совершенствования и внедрения в клиническую практику наиболее эффективных методов симультанных операций, учитывающая клинического, экономического и социального благополучия, служит основой для выбора метода и объема хирургического лечения, оценки его результатов; позволяет обосновать и расширить применение симультанных операций в области экстренной хирургии, определить их эффективность.

Повышенный в последние годы интерес к симультанным операциям в неотложной абдоминальной хирургии выводит проблему за рамки медицинской, придавая ей социально-экономическую значимость.

Еще одной проблемой внедрения новых малоинвазивных хирургических методик при выполнении симультанных операций у неотложных хирургических больных является отсутствие единых тактических алгоритмов, критерии определяющих показания к их использованию. Существенные различия в оснащении хирургических стационаров различных уровней в нашей стране, проблема подготовки хирургических кадров затрудняют принятие единых тактических подходов и схем.

Кроме того, пристального внимания как практических хирургов, так и организаторов здравоохранения, требуют проблемы стандартизации подходов и создания единой организационной основы для широкого использования малоинвазивных технологий в хирургической практике. Вопросы совершенствования организационных схем оказания помощи хирургическим больным в разрезе внедрения и использования новых малоинвазивных технологий по-прежнему представляют серьезный интерес для изучения и не теряют актуальности [5, 54, 71, 74, 78].

Исследование медико-социальной и экономической целесообразности применения операций с использованием открытых малых доступов в комплексе с другими малоинвазивными технологиями представляет серьезный интерес для практического здравоохранения.

Учитывая вышеизложенных, **целью** нашего исследования явилось обоснование внедрения наиболее эффективных методов (миниинвазивных) симультанных операций при сочетанной патологии органах брюшной полости в экстренной абдоминальной хирургии

Для достижения указанной цели сформулированы следующие **задачи:**

1. Обосновать целесообразность выполнения симультанных операций при неотложных хирургических патологиях органов брюшной полости.

2. Провести сравнительный анализ осложнений, исходов и эффективности при одновременных и изолированных операциях.

3. Провести анализ качества жизни пациентов и экономического эффекта при выполнении симультанных операций у больных с неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости

Научная новизна исследования:

1. На основании анализа применения симультанных операций с использованием лапароскопических доступов в условиях неотложного хирургического стационара получены новые данные, определяющие роль и место этих вмешательств в ургентной абдоминальной хирургии среди прочих хирургических технологий. Определено использование данного метода в качестве минимально инвазивной операциям и в качестве дополнения к традиционным хирургическим технологиям.

Доказано влияние внедрения симультанных операций, как и с лапароскопическим так и с лапаротомическим доступом, на основные показатели работы отделения неотложной хирургии, оказывающего помощь хирургическим больным в круглосуточном режиме.

Дана оценка влияния внедрения симультанных операций с использованием миниинвазивных доступов на медико-экономическую

эффективность работы неотложного хирургического стационара.

3. Разработана организационная основа для использования симультанных операций при сочетанных хирургических патологиях в органах брюшной полости с применением миниинвазивных технологий.

Объем и структура работы

Содержание диссертации изложено на 80 странице компьютерного набора, состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций, приложений. Библиографический указатель включает 78 источников, из них 50 являются литературным данным авторов стран СНГ, а остальные авторов дальнего зарубеж. Работа иллюстрирована 16 таблицами и 22 рисунком.

Практическая значимость работы

Расширение существующих знаний о значении и области применения операций с использованием миниинвазивных технологий, а также их роли в системе оказания неотложной хирургической помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.

Определено, что вмешательства с использованием открытых малых доступов могут быть рассмотрены как щадящий вариант лапаротомных операций.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Симультанные операции с использованием лапароскопических доступов в экстренной хирургии стратегически являются альтернативой традиционным вмешательствам из лапаротомного доступа как минимально инвазивный способ выполнения повторных вмешательств для ликвидации абдоминальных осложнений операций при остром холецистите и остром аппендиците.

2. Несмотря на более продолжительной длительности, лапароскопические технологии при наличии сочетанной патологии органов брюшной полости позволяют выполнять симультанные вмешательства и одновременно осуществлять диагностику основного заболевания и сочетанной патологии, следовательно улучшая ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения.

3. Лапароскопические симультанные операции являются наиболее оптимальным методом выбора при хирургическом лечении сочетанной патологии органов брюшной полости у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, с анемией средней и тяжелой степени, а также у женщин активного репродуктивного возраста.

В интересах экономической, социальной и клинической эффективности симультанные лапаротомические операции в неотложной хирургии заболеваниях брюшной полости несколько уступает свое место лапароскопическим методам, а также позволяют интенсифицировать работу хирургического стационара и улучшить основные показатели его деятельности.

Личный вклад автора

Автор сам лично оперировал 25 симультанных операций лапароскопическим доступом, из них 20 по поводу острого аппендицита.

Автором разработан алгоритм и критерий на проведения симультанных операций сочетанных хирургических патологий органов брюшной полости.

Глава 1

ПРОБЛЕМА СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1. Понятие симультанности в экстренной абдоминальной хирургии, история вопроса.

Сочетанными или симультанными операциями (СО) считают вмешательства, выполняемые: одномоментно; на двух или более органах; а также по поводу различных заболеваний [10-15, 22, 27-32]. По данным разных авторов [6, 10, 11, 15, 22, 29,], удельный вес больных в хирургических стационарах с наличием 2-3-х хирургических заболеваний составляет 20-30%.

В настоящее время большинство хирургов признают целесообразность выполнения симультанных операций [10-15, 22, 27-32, 36-40]. Они имеют определенные преимущества: одновременно излечиваются 2-3 разных по сути 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; исключается необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке; повышается экономическая эффективность лечения [5, 6, 10-12, 15, 22, 27-30].

Слово «симультанный» происходит от латинского *simul* (вместе, совместный), а в полном виде от французского *simultane* (одновременный) [28]. К.Д. Тоскин и др. [28] считали, что целесообразно применения этого

термина обусловлена наиболее полным отражением обозначаемого им понятия и использования в публикациях зарубежных авторов. Однако в отечественной литературе наряду с термином «симультанная» получили широкое распространение и другие термины, употребляющиеся как синонимы. При анализе публикаций по этому вопросу авторы выяснили, что треть исследователей используют термин «симультанная», чуть меньше трети - «сочетанная», а остальные применяют оба термина или «одномоментная», «одномоментная сочетанная».

Симультантные операции делят на экстренные и плановые, выделяют основной и сопутствующий этапы операции. По показаниям различают абсолютные, превентивные, диагностические и вынужденные. По срокам выполнения выделяют одномоментно-синхронные операции, которые выполняются одновременно несколькими хирургическими бригадами при значительном удалении друг от друга анатомических зон, нуждающихся в хирургической коррекции, и одномоментно-последовательные, выполняемые друг за другом одной или несколькими бригадами в одной анатомической области. Очередность выполнения симультанного вмешательства определяется индивидуально, в зависимости от объема, технических особенностей предстоящих операций, топографо-анатомических особенностей и характера патоморфологических изменений в очагах поражения [1, 27, 31, 35].

Впервые в 1976 году в отечественной литературе применили этот термин и дали определение симультантным операциям Л.И. Хнох и И.Ф. Фельтшинер [34]. Симультантными они называли операции, одновременно выполняемые на двух и более органах брюшной полости по поводу разных и не связанных между собой заболеваний.

Касаясь исторического аспекта, следует отметить, что симультантные операции выполнялись уже в начале XX века, но чаще вынужденно при множественных ранениях военного и мирного времени. В отдельных случаях выполняли и плановые симультантные вмешательства. А.В.

Вишневым были опубликованы две статьи об «одномоментной через один разрез операции пришивания блуждающей почки и аппендэктомии под местной анестезией» в 1922 г. и «одномоментной через один разрез операции на почке, желчном пузыре и слепой кишке под местной анестезией» в 1932 г. [29, 32]. Однако, такие операции носили эпизодический характер.

Широкое распространение симультанных операций в плановой хирургии началось в конце 60-х - начале 70-х годов XX века. Это стало возможным благодаря совершенствованию методов общего обезболивания, реанимации и интенсивной терапии [6, 10, 11, 12, 22, 27, 28, 29, 32]. Существенно улучшилась предоперационная диагностика за счет активного внедрения лучевых методов исследования и эндоскопии. Внедрение новых медицинских технологий (электрокоагуляции, сшивающие аппараты и др.) позволило выполнять операции менее травматично и сократить сроки их выполнения [6, 11, 15]. Одномоментные хирургические вмешательства при нескольких заболеваниях активно внедряли Н.Н. Малиновский с соавт. [11], В.Д. Федоров с соавт. [29-32], А.Г. Земляной и С.К. Малкова [6], Л.В. Поташов и В.М. Седов [22], Э.В. Луцевич с соавт. [9], О.Б. Милонов с соавт. [15], Л.В. Успенский с соавт. [27], В.З. Маховский с соавт. [12-14]. Благодаря работам этих хирургов складывалось положительное отношение к плановым симультанным операциям и в нашей стране. Сочетанные операции составляли 1,5-10% от общего числа операций [2, 11, 22]. Летальность при их выполнении не превышала 1,9-2,9% [2, 11, 22, 27]. Все авторы отмечали существенную экономическую эффективность применения симультанных операций [6, 10-15, 22, 27-32].

Тогда же симультанные операции получили распространение и за рубежом [36-38, 40, 42, 44, 45, 47-50]. С учетом накопленного опыта их применения появились публикации, обосновывающие классификацию и принципы выполнения симультанных операций.

Первая классификация симультанных операций была предложена в 1971 году М. Reffersheid [47] и включала следующие типы операций: абсолютные (отказ от одномоментного вмешательства может привести к смерти); превентивные (невыполнение второй операции может привести к неблагоприятным последствиям); профилактические (сопутствующее удаление неизмененного органа, например, червеобразного отростка); диагностические (с целью устранения сомнений в поражении второго органа); вынужденные (при технических трудностях удаления одного органа без удаления второго).

В 1977 г. немецкие хирурги D. Lochlein и R. Pichmayr [45] предложили разделять симультанные операции по степени тяжести: малая (аппендэктомия, овариэктомия, грыжесечение и т.д.); средняя (холецистэктомия, резекция мочевого пузыря, надвлагалищная ампутация матки); высокая (резекция желудка, резекция печени, гемиколэктомии и др.).

Отечественные хирурги Л.В. Поташов и В.М. Седов [22] критически отнеслись к классификации М. Reffersheid [47] и считали недопустимым включать в группу симультанных операций диагностических вмешательств (биопсия печени, цитобиопсия), а также профилактических симультанных операций, которые связаны с удалением неизмененных органов. Они также считали неправомерным называть симультанной «вынужденную» операцию, связанную «со случайным повреждением питающего сосуда, излишней мобилизацией» и другими подобными обстоятельствами.

Авторами была дана уточненная классификация симультанных операций, предусматривающая их разделение:

- экстренные (неожиданные и предполагаемые);
- плановые (неожиданные, предполагаемые, планируемые заранее).

Такое разделение симультанных операций позволило точнее определять показания к их выполнению, объем и последовательность

выполнения этапов операции, рекомендовать наиболее рациональный доступ, подготовить хирурга и больного к сочетанному вмешательству.

В многочисленных публикациях многие [6, 9, 10, 11-13, 15, 29,32] разделяются симультанные операции по объему (малые, средние и большие), по типу доступа (из одного или из разных доступов) и по методу выполнения (лапаротомные и эндовидеоскопические).

В.З. Маховский с соавт. [13] разработали и предложили классификацию степеней операционного риска при выполнении сочетанных хирургических вмешательств. Операционный риск - степень предполагаемой опасности, которой подвергается больной во время хирургического вмешательства и наркоза. Авторы определяют степень операционного риска сочетанных хирургических вмешательств основанного на оценке 4 факторов: объема и травматичности сочетанной операции; особенностей сочетанных заболеваний (их характера, степени функциональных, метаболических и органических повреждений органов и тканей, обусловленной непосредственно сочетанными заболеваниями или их осложнениями); характера и тяжести сопутствующих заболеваний; возраста больного. Эта классификация позволяет точнее определить степень операционного риска при выполнении симультанных операций для выбора оптимальной хирургической тактики.

К.Д. Госкин с соавт. [28] детализировали понятие о сочетанных заболеваниях. Авторы считали, что к ним относятся два и более различных заболеваний, при каждом из которых показано оперативное вмешательство, выполнимое одномоментно. Из сочетанных заболеваний следует выделить основное (ведущее) и собственно сочетанное заболевание (одно и больше). Основное заболевание -то, которое представляет наибольшую опасность для здоровья и жизни больного, независимо от дооперационной диагностики, доступа, последовательности этапов операции, а при равной угрозе от конкурирующих хирургических заболеваний то, которое привело больного в стационар. Сочетанным

является заболевание, которое представляет сравнительно меньшую опасность для здоровья и жизни больного, и операция по поводу которого может быть отложена. В соответствии с определениями основного и сочетанного заболевания авторами выделены этапы операции. *Основной этап* выполняется по поводу основного заболевания, *симультаный* - по поводу сочетанного.

Л.В. Поташов и В.М.Седов [22] отмечали, что сочетание нескольких заболеваний обычно бывает в двух вариантах: в виде случайного совпадения или закономерного проявления двух или большего числа заболеваний у лиц определенной группы, например синдром Сента (грыжа пищеводного отверстия, хронический калькулезный холецистит, дивертикулез толстой кишки). К этой же группе относятся сочетанные заболевания, вызванные одними и теми же факторами риска (грыжи разных локализаций, сочетание желчнокаменной и мочекаменной болезни).

Среди отечественных хирургов отмечаются разные подходы к выполнению симультаных плановых и экстренных операций.

Большинство российских хирургов считают, что число экстренных симультаных операций должно быть минимальным. В условиях неотложной хирургии следует стремиться к разделению таких операций на два этапа, ограничить число сочетанных операций, выполнять их только по строгим показаниям [5, 11, 12, 22, 27, 28]. Однако некоторые хирурги не исключают возможность их выполнения. Т.Ш. Магдиев и Н.В. Северенко [10] отмечали, что в подобных ситуациях нет однозначного решения вопроса. Необходимо учитывать характер основного заболевания, по поводу которого предпринимается оперативное вмешательство, отсутствие перитонита, кровопотери, общее состояние больного, тяжесть сопутствующей патологии. О.Б. Милонов с соавт. [15] так же считали противопоказанием к их выполнению тяжелое общее состояние, преклонный возраст, разлитой перитонит, профузное кровотечение, необходимость

второго доступа. При этом операции вне брюшной полости в дополнение к неотложным абдоминальным вмешательствам возможно только у тех больных, у которых объем сопутствующей операции не очень велик.

С других позиций должна решаться проблема сочетанных вмешательств у больных, оперируемых в плановом порядке. Их целесообразно шире внедрять в клиническую практику, а для этого уделять большее внимание клиническому исследованию и дополнительному применению современных методов диагностики для выявления сочетанных заболеваний [6, 10, 11, 12, 13, 15, 22, 27, 29, 32]. Следует планировать симультанные операции. Неожиданные симультанные операции свидетельствуют о некачественном дооперационном обследовании [11, 22, 28].

Предметом обсуждения являются вопросы сочетания операций по объему, последовательности их выполнения, целесообразности доступов, показаний и противопоказаний.

Многие считают, что более рационально сочетание средних по объему операций, средних и малых, больших и средних. Выполнение одновременно больших по объему операций должно производиться только по строгим показаниям [11, 13, 15, 22, 28]. В публикациях последнего десятилетия В.Д. Федоров и со-авт. [29-32] отмечают положительные результаты среднетяжелых и тяжелых одномоментных сочетанных операций и считает, что планомерное выполнение одномоментных сочетанных операций и освоение их в различных, особенно специализированных отделениях, при совершенствовании анестезиологического и реанимационного обеспечения являются одним из путей развития хирургии и повышения ее эффективности. Этих взглядов придерживаются и другие хирурги [20, 35, 52, 54].

Для определения последовательности операций надо в первую очередь выполнять вмешательство по поводу основного заболевания, а также руководствоваться соображениями асептики, важностью этапа

операции и стремлением сократить время вмешательства, хотя в каждом конкретном случае вопрос должен решаться индивидуально [11, 15, 22, 28]

Противопоказания к симультанным операциям являются тяжелые соматические заболевания, возрастные изменения, гнойно-воспалительные заболевания, осложнения, возникшие во время операции и наркоза [11, 13, 15, 22, 28].

Симультанные операции наиболее целесообразно выполнять из одного доступа, так как при этом операционная травма минимальна и послеоперационный период протекает более легко, чем при выполнении двух доступов [15]. В связи с этим в последние годы получили распространение малоинвазивные методы симультанных операций (эндовидеоскопические, из мини-доступов, ненатяжные методы герниопластики), позволяющие значительно уменьшить травматичность оперативного вмешательства [4, 18, 19, 25, 26, 33, 41, 42, 48, 50].

При планируемых симультанных операциях следует привлекать врачей других специальностей: гинекологов, урологов, ангиологов, проктологов для решения вопроса о показаниях к оперативному лечению и их участии в операции [11, 18].

Н.Н. Малиновский с соавт. [11], подчеркивая целесообразность симультанных операций, отмечали, что при любой сочетанной патологии не всегда следует стремиться к их выполнению. Симультанное оперативное вмешательство должно выполняться только после всестороннего обследования больного и тщательного определения показаний, исключающих существенное возрастание операционного риска.

Симультанные оперативные вмешательства получили распространение в разных областях хирургии, но главным образом, в хирургии желудка и гепато-билиарной зоны [5, 6, 10-15, 26, 33], проктологии [1, 29-32], хирургической эндокринологии [2, 16, 17, 21], урологии [30], гинекологии [3], при ожирении [24], заболеваниях сердца и другой хирургической патологии [11, 20, 54]. Все более широкое

применение находят симультанные эндовидеоскопические операции [4, 19, 25, 26, 33, 41, 42, 48, 49, 50].

Таким образом, на современном этапе 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 центрах [20, 29, 31, 32, 35, 52,54], а с другой - более широкое использование малоинвазивных методов преимущественно эндовидеоскопических и мини-доступов [4, 18 , 19, 21, 25, 26, 33, 41, 42, 48, 50].

1.2. Некоторые особенности хирургической тактики при сочетанной патологии органов брюшной полости в экстренной хирургии

В последние годы при оказании неотложной хирургической помощи больным, помимо сугубо медицинских аспектов, большое внимание уделяется интенсификации работы хирургических стационаров, рациональному использованию коечного фонда, снижению экономических затрат, расширению объема оперативных вмешательств [5, 7, 26]. Благодаря увеличению продолжительности жизни населения, усовершенствованию диагностических технологий, наметилась тенденция к возрастанию числа больных, имеющих 2-3 сопутствующих хирургических заболевания. Наличие у многих пациенток сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний, частота которых, по данным ВОЗ, составляет 20-30%, ставит перед хирургами и гинекологами задачу о возможности одновременной коррекции такой патологии [1, 7, 12, 23]. Повышение эффективности лечения хирургических больных, требующих ургентного оперативного вмешательства при наличии у них

сочетанной хирургической патологии, достигается за счет выполнения симультанных операций. Использование симультанных операций параллельно с миниинвазивными и традиционными методами в хирургическом лечении больных с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями позволяет устранить всю выявленную хирургическую и гинекологическую 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 нескорректированного сопутствующего заболевания, повышает качество жизни больных (физическая активность, психическое состояние, ролевое, социальное функционирование) [10, 31, 35].

Однако в научной литературе доказательно-обоснованные исследования относительно этой проблемы встречаются нечасто, хотя на практике многие хирурги и гинекологи отмечают необходимость выполнения таких операций [17, 23, 25]. Тем не менее, симультанные операции выполняются чаще как случайные, и это наиболее часто распространено при экстренной хирургической патологии.

При этом остается достаточно большим процент послеоперационных осложнений. Кроме того, ургентные состояния заставляют хирургов в очень коротких сроках диагностировать основную патологию, который был причиной для обращения больных, и оказать неотложную помощь. Однако, диагностика сочетанных хирургических или гинекологических патологий требует тщательную исследование и определенную время минимум не менее двое суток. Проблема в том, что при неотложных состояниях для до операционной выявления сочетанных патологий нет такой возможности как в плановой хирургии. Поэтому большинства случаев сочетанные патологии у экстренных больных выявляется интраоперационно, которые требует от хирурга в течение

коротких сроках принятия быстрого решения о дальнейшей тактике, определения объема и доступа операции. Именно поэтому, несмотря на то, что сочетанные патологии встречается очень часто, и по мере увеличения их частоты, симультанное лечение все еще не имеет тенденции к увеличению и находится на одинаковом уровне. Многие проблемы, связанные с выполнением симультанных и комбинированных операций в плановой гинекологии, также продолжают оставаться нерешенными. К ним относятся вопросы, связанные с классификацией симультанных хирургических вмешательств, определением показаний и противопоказаний к ним, ранней диагностикой сочетанных заболеваний на до-операционном этапе, выбором оперативного доступа, метода и объема операции, последовательностью выполнения основного и симультанного этапов, оценкой операционно-анестезиологического риска, особенностями постагрессивных реакций в послеоперационном периоде, ведением послеоперационного периода у данной категории больных, а также социально-экономической эффективностью сочетанных оперативных вмешательств [1, 13, 33, 35]. Дальнейшая разработка этой проблемы позволит увеличить спектр показаний к проведению симультанных и расширенных операций в гинекологии, оптимизировать технику их выполнения и ведение послеоперационного периода, повысить качество жизни пациенток.

Повсеместное внедрение в хирургическую практику миниинвазивных технологий позволило значительно расширить показания к проведению симультанных операций, в частности для коррекции сочетанной патологии в разных областях брюшной полости. Подобные операции обладают рядом неоспоримых преимуществ: малотравматичность, быстрый реабилитационный период, хороший косметический эффект, экономическая рентабельность при большом объеме оперативного вмешательства.

Крупный вклад в изучение проблемы сочетанных хирургических операций, выработку лечебной тактики внесен акад. РАН и РАМН Б.В. Петровским и его учениками: Н.Н. Малиновским, В.И. Шумаковым, Ю.В. Беловым, профессорами Н.Н. Каншиным, А.Ф. Черноусовым, Э.Н. Ванцяном, В.Н., Эфендиевым, О.Б. Милоновым, Л.В. Успенским [5, 12, 14, 27, 28, 30—32]. Эти операции немногочисленны и в основном выполняются в ряде крупных отечественных хирургических клиник, они более продолжительные, могут быть несколько сложнее.

Если принципы лечебной тактики у больных с несколькими хирургическими заболеваниями органов, расположенных в разных анатомических областях (грудная, брюшная полость, забрюшинное пространство), в настоящее время сформулированы отечественными исследователями и постоянно совершенствуются [1, 3, 5, 7—27], то вопросы лечебной тактики при экстренных сочетанных операциях на органах брюшной полости и на органах малого таза остаются нерешенными. Особую актуальность она представляет у женщин детородного возраста, которые, по данным литературы, составляют 41,3% больных [2, 9, 23, 26].

В настоящее время публикации по этому вопросу единичны, хотя представляют, несомненно, большой интерес для практических хирургов всех специальностей, работающих в экстренной (неотложной) хирургии. Однако отсутствуют современные исследования по этому вопросу. Фундаментальные обобщающие клинические работы относятся к 60-м годам прошедшего столетия, однако в тот период современные методы исследования (УЗИ, лапароскопия, КТ, МРТ и др.) отсутствовали.

Операции при остром аппендиците и калькулезном холецистите в сочетании с заболеваниями малого таза часто являются этапом, причем половина больных поступают позже суток от начала заболевания [2, 6, 10, 16, 18-23, 25]. Тенденция к увеличению числа таких больных (21,7-54,4%) прослеживается во всем мире.

Ввиду отсутствия исследований в данной области неотложной хирургии и гинекологии, общепринятой тактики проведения сочетанных операций при заболеваниях острым аппендицитом, аднекситом, сальпингитом, сальпингоофоритом, при правосторонней трубной беременности в настоящее время не существует, хирурги и гинекологи сталкиваются с затруднением при оценке возможности и последовательности их проведения. Это приводит к тому, что выполняется лишь один из этапов сочетанной операции — хирургический или гинекологический. Неустраненное сочетанное заболевание может впоследствии приобретать осложненное течение (нагноение, перекрут и перфорация кисты, воспалительный или гнойно-септический процесс при пиосальпинксе, сальпингите, параметрите)

1.3. Качество жизни и экономическая эффективность, как основные критерии применения симультанных операций

Для пациента психологически менее травмирующим является избавление от необходимости подготовки и проведения двух отдельных операций. С экономической точки зрения потребность в новых госпитализациях, повторное обеспечение ведения послеоперационного периода, повышает суммарные расходы на лечение сочетанной хирургической патологии (Макаров П.А., 1998).

Развитие современных технологий в хирургии и анестезиологии сделало технически выполнимым практически любые варианты исполнения одноэтапных операций. В частности, холецистэктомия может дополнять как более сложные оперативные вмешательства на различных органах брюшной и грудной полостей, произведенные по поводу онкологических заболеваний, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, алиментарно — конституционального

ожирения Ш-ГУ степени и др.; так и «менее сложные», такие как флебэктомия, герниопластика паховых грыж (Сотничемко Б.А. с соавт., 1993; Дадвани С.А. с соавт., 1999). В то же время, показания к одноэтапным операциям определяются преимущественно на основании субъективного клинического опыта каждого отдельного хирурга.

Для определения экономической эффективности симультанных операций большинство исследователей рекомендуют экономический анализ стоимости болезни, на основе которого можно провести детальный расчет основных затратных компонентов лечебного процесса от первичного посещения специалиста до выписки из стационара [9, 10, 20]. Экономическую эффективность сочетанных и симультанных операций рассчитывают путем определения разности стоимости стационарного обслуживания, амбулаторного лечения и расходов по бюджету социального страхования. Так, для расчета экономического эффекта симультанных лапароскопических операций В.В. Стрижалецким и соавт. [33] была использована формула:

$$\text{ЭЭСО} = (\text{Тиз} - \text{Тем}) + [(\text{Внз} - \text{Всим}) \times (\text{П} + \text{Л}) \times \text{К}],$$

где ЭЭСО - экономический эффект симультанных лапароскопических операций; Тиз - тариф за лечение, соответствующий по длительности лечения за две изолированные лапароскопические операции (сумма двух тарифов); Тем - тариф за лечение, соответствующий по длительности при проведении симультанной операции; Внз - число дней временной нетрудоспособности (при амбулаторном и стационарном лечении) в сумме за две изолированные операции; Всим - число дней временной нетрудоспособности (при амбулаторном и стационарном лечении) при проведении симультанной операции; П - региональный валовой продукт на 1 человека в день; Л - оплата листка нетрудоспособности за один день; К - коэффициент числа трудоспособных (работающих) больных равен 0,85.

При вычислении экономического эффекта симультанной операции у пациентки В.В. Ивановым и соавт. [19] использовалась модифицированная формула С.С. Пчельникова и соавт. [32]:

$$\text{ЭЭСО} = C1 \times P (H_o - H_e) + C2 (K_o - K_c) + B3 (H_o - H_e) + (P_o + 0 + H)4x(1M-1),$$

где 1 - средняя стоимость продукции, выпускаемой одним работающим за один день; 2 - стоимость 1 койко-дня в отделении; 3 - средние затраты на 1 день нетрудоспособности по социальному страхованию; 4 - тарифы на медицинские услуги; N - количество одномоментно выполненных операций; H_o - общее время нетрудоспособности больного при последовательном выполнении изолированных операций; H_e - время нетрудоспособности больного при выполнении симультанной операции; K_o - общий койко-день при последовательном выполнении изолированных операций; K_c - койко-день при выполнении симультанной операции.

Анализ проведенных исследований показывает, что симультанные лапароскопические операции в 2-3 раза сокращают сроки пребывания больного в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, в 3 раза повышают экономическую эффективность лечения и улучшают качество жизни пациентов. Для повышения рентабельности работы хирургических отделений рекомендуется вычислять минимальную безубыточную интенсивность проведения операций, которая является отправной точкой при планировании оперативной деятельности стационара [10].

В структуре экстрагенитальной хирургической патологии у больных с заболеваниями малого таза основное место занимают грыжи передней брюшной стенки - 35,1%, заболевания желчного пузыря - 27,1%, заболевания червеобразного отростка - 25,3% [2]. По данным других авторов, хирургическая патология органов брюшной полости составляет 18,2%, паховые грыжи - 15,5%, 19,6% - простые кисты почек [12]. Очень часто

заболевания внутренних половых органов (как доброкачественные, так и злокачественные) сочетаются с ожирением - около 20% случаев [19,45,51].

Наиболее частыми показаниями к выполнению гинекологического этапа при оперативном лечении больных с хирургической патологией органов брюшной полости, паховыми грыжами и кистами почек являются миома матки (26,9%), генитальный эндометриоз (19,2%), доброкачественные опухоли яичников и опухолевидные образования придатков матки (19,2%), трубно-перитонеальное бесплодие (13,5%), острые воспалительные заболевания придатков матки (9,6%), опущение тазовых органов (3,8%) [12], по данным других авторов - миома матки с аденомиозом (43,7%), миома матки, аденомиоз с доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями яичников (14,5%), миома матки, аденомиоз с пролапсом гениталий и несостоятельностью мышц тазового дна (9,8%), миома матки, аденомиоз с наружным эндометриозом (9,0%) [10]. Аналогичные соотношения приводят и другие авторы [7,17, 31].

1.4. Нерешенные вопросы применения симультанных операций при сочетанных патологиях органах брюшной полости в области экстренной хирургии

ВОЗ в 1985 г. опубликовала статистические данные, которые до настоящего времени актуальны, согласно которым в 25-30% больных подлежащих оперативному лечению в связи с каким-либо заболеванием выявляется, дополнительно, одно или несколько заболеваний, требующих оперативного лечения. Однако, несмотря на наличие реальных возможностей для оказания необходимого объема медицинской помощи данной категории пациентов и достижения максимально медико-

социального и экономического эффекта, до настоящего времени лишь у 1,5-6 % таких больных проводится симультанные вмешательства.

До настоящего времени нет четких, общепринятых, научно обоснованных принципов тактики лечения больных с сочетанными заболеваниями при неотложной хирургии. Многие технические, тактические, морально-этические вопросы, связанные с выполнением симультанных операций, до настоящего времени, продолжают оставаться открытыми. В литературе последних лет такие вопросы, как определение понятия «симультанная операция», классификация, показания к таким операциям, выбор оперативного доступа, объем и последовательность выполнения определенных этапов, сравнительная оценка одно- или двухмоментных вмешательств, риск повторных операций, экономические аспекты хирургического лечения сочетанных заболеваний органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза изучены и разработаны недостаточно и остаются предметом дискуссии.

Необходимость дальнейшей разработки вопросов, связанных с диагностикой и лечением острой хирургической патологии органов брюшной полости, обусловлена сохраняющейся устойчивой тенденцией роста госпитализированных пациентов, относящихся к данной группе [Савельев и др., 2004, 2008; Ермолов и др., 2009]. Вместе с тем, даже при таком распространенном заболевании, как острый холецистит, в масштабах здравоохранения РФ нет стандартизированного подхода к лечению, из-за отсутствия единого мнения о лечебно-диагностической тактике и рациональных объемах помощи [Федоров А.В., 2008]. Несомненно также, что улучшение качества оказания специализированной хирургической помощи больным может быть достигнуто путем дальнейшего внедрения в практику современных малоинвазивных технологий диагностики и лечения этих заболеваний [Емельянов и др., 2002; Филимонов и др., 2004; Черкасов и др. 2007].

Так, видеолапароскопические вмешательства в настоящее время продолжают интенсивно изучаться, развиваться и внедряться в клиническую

практику [Васильев 2006; Савельев, Кириенко 2009, Маскин и др., 2009; Емельянов и др., 2011; Сажин и др., 2011; Хатьков и др., 2012], однако отмечается, что многие из них не получили широкого клинического применения из-за технической сложности и длительности, а также недостаточной первичной подготовки хирургов [Ефименко, Балалыкин, 2006; Федоров А.В., Оловянный, 2011]. Более того, основу практического здравоохранения составляет огромное число периферийных стационаров, работу которых сегодня просто нереально перевести на рельсы видеолапароскопии [Прудков, 2007]. Все это требует дальнейшего изучения альтернативных малотравматичных методик, например таких, как операции из минидоступа [Прудков, 2007]. Однако единого мнения относительно целесообразности применения минилапаротомных вмешательств в абдоминальной хирургии нет. Одни авторы считают, что операции из открытого минидоступа более травматичны, чем лапароскопические [Савельев, Петухов, 2012]. Другие - что, минилапаротомные вмешательства с более доступными требованиями к техническому оснащению [Совцов и др., 2007; Шулуток и др., 2012; Keus et al., 2008, 2009] ни в чём не уступают видеоэндоскопическим с клинической точки зрения, а также являются предпочтительными с экономической стороны [Брискин и др., 2005; Keus et al., 2009]. Кроме того, по данным литературы определение минилапаротомии как особого малоинвазивного доступа, варьирует в широких пределах - от 3-5 см. [Шулуток и др., 2012] до 10 см. и более [Srivastava et al., 2001; Keus et al, 2009].

Также необходимо отметить тот факт, что любые малоинвазивные технологии, взятые в отдельности, имеют вполне определённые недостатки и пределы возможности в конкретной клинической ситуации [Федоров В.Д. и др., 2003; Николаев и др., 2007; Борисов и др., 2007]. Это подчеркивает актуальность научных изысканий, направленных на изучение вмешательств, которые могут быть выполнены с использованием нескольких малоинвазивных методик оперирования. Эта группа операций отличается многообразием и вариабельностью применяемых оперативных приемов и технологий, однако в литературе нет

единого подхода к систематизации и классификации подобных вмешательств [Шулутко и др., 1997;).

В связи с широким распространением лапароскопических технологий, в хирургии открываются новые возможности в проведении симультанных операций. Малотравматичность, быстрый реабилитационный период, хороший косметический эффект при большем объеме оперативного вмешательства делает малоинвазивные методы предпочтительными при симультанных операциях на органах верхнего и нижнего этажей брюшной полости. В случаях, когда симультанная операция включает комбинацию технически сложных и объемных вмешательств, или одна из операций производится в сложной анатомической зоне с ограниченной возможностью осмотра, целесообразно использовать стандартные точки проколов для каждой операции в отдельности. Использование принципа «мигрирующего порта» при стандартных симультанных вмешательствах позволяет снизить травматичность лапароскопического доступа за счет уменьшения числа используемых троакаров [2, 6, 8, 23, 31]. Сегодня в клиническую практику широко внедряются однопортовые симультанные операции (холецистэктомия + гистерэктомия [43], холецистэктомия + овариальная цистэктомия [54]).

Продолжаются дискуссии о показаниях и противопоказаниях к симультанным операциям. Использование лапароскопических технологий значительно снижает травматичность хирургического вмешательства, что позволяет расширить объем оперативного пособия у больных гинекологического профиля до 2-3 симультанных операций без существенного ущерба для здоровья пациента. Согласно исследованиям Д.А. Запорожцева [17], плановые симультанные операции у гинекологических больных показаны при наличии у них сочетанной патологии, требующей хирургической коррекции, если исходное состояние пациенток не превышает НЕ класс риска анестезиологического пособия по

классификации физического состояния пациента Ассоциации анестезиологов (ASA). СВ. Галлямовой и соавт. [13] разработаны шкала и алгоритм определения операционно-анестезиологического риска симультанного эндохирургического вмешательства, которые включают балльную оценку от 3,5 до 10,5 балла, рассчитываемых с учетом оценки характера и травматичности каждого этапа вмешательства (по Н.Н. Малиновскому) и степени тяжести соматического состояния больного по классификации ASA. Выполнение симультанного эндохирургического вмешательства при балльной оценке операционно-анестезиологического риска до 7,5 балла сопряжено с наименьшим числом осложнений анестезиологического обеспечения, а при оценке, превышающей 8 баллов, - с увеличением числа осложнений анестезиологического обеспечения и требует ограничения количества и сложности этапов операций, снижения степени хирургической агрессии, сокращения (до 4 ч) длительности периода поддержания карбоксиперитонеума или использования мануально-ассистированной техники с обязательным снижением (до 8 мм рт. ст.) уровня внутрибрюшного давления. Использование разработанных шкалы и алгоритма операционно-анестезиологического риска в предоперационной оценке состояния больных позволило авторам сократить число осложнений анестезиологического обеспечения при выполнении сложных симультанных эндо-хирургических вмешательств с 47,3 до 10%.

По данным А. Аль Бикай Рами [4], оценка тяжести функционального состояния пациентов с сочетанными хирургическими абдоминальными заболеваниями по шкале функционального состояния P-POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enumeration of Mortality and Morbidity) является объективным критерием определения степени риска симультанных оперативных вмешательств: у пациентов с показателями тяжести физиологического состояния более 21 балл и тяжести оперативного вмешательства свыше 23 баллов по шкале P-

POSSUM симультанные операции сопровождаются большим числом осложнений и значительным риском летального исхода. Этим пациентам показаны этапные операции. В случае, если показатели тяжести физиологического состояния менее 20 баллов, а тяжести оперативного вмешательства ниже 17 баллов по шкале P-POSSUM, вероятность летального исхода приближается к нулевой оценке, показано выполнение симультанных операций.

А.В. Колыгиним [22] показано, что, с целью улучшения результатов лечения, у больных с предстоящей сочетанной операцией необходимо обращать внимание на факторы, достоверно ухудшающие результаты хирургического вмешательства. На дооперационном этапе это: возраст больного (старше 60 лет), наличие операций в анамнезе, физический статус по ASA (3 и 4), степень риска по классификации операционно-анестезиологического риска МНОАР (значительная и высокая), показатели спирометрии (жизненная емкость легких менее 90% от нормы) и уровня белка крови (менее 60 г/л), наличие сопутствующих заболеваний (более 3); на интраоперационном этапе - длительность операции более 200 мин и кровопотеря более 500 мл. При выявлении у больного до 2 предрасполагающих факторов частота развития осложнений составляет 3,8%, при наличии от 3 до 5 факторов - 16,2%, 6-8 - частота осложнений увеличивается до 32,5%, при наличии от 9 до 11 факторов осложнения развиваются практически у всех пациентов. Поэтому при наличии у больного от 6 до 8 предрасполагающих факторов решение о возможности проведения сочетанной операции должно приниматься коллегиально. При наличии у больного более 9 предрасполагающих факторов от сочетанной операции целесообразно воздержаться.

Тяжесть и характер послеоперационного периода в основном зависят от объема основного этапа симультанной операции, а длительность стационарного лечения соответствует сроку реабилитации больной после одного, большего по объему, вмешательства. Число послеоперационных

осложнений после симультанных операций у женщин с заболеваниями внутренних половых органов, по данным сборной статистики, составляет 2-6,9%, летальность - 0-0,5%, выполнение симультанного этапа в большинстве случаев не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений, по сравнению с изолированными вмешательствами [1, 2, 7, 12,23,31].

В последние десятилетия в литературе сообщалось различными авторами о выполнении серий от нескольких десятков до нескольких сотен одноэтапных операций. В то же время практически не-встречаются работы, освещающие различные аспекты выполнения одноэтапных операций при сочетании желчнокаменной болезни с другими хирургическими заболеваниями. В большинстве своем анализ сводится к описанию серии случаев без учета отдаленных последствий. Нам не удалось обнаружить в доступной литературе аргументированных показаний и практических рекомендаций к применению данного метода лечения.

Таким образом, возникает необходимость изучения опыта применения одноэтапных операций при желчнокаменной болезни, течения послеоперационного периода, риска развития осложнений и летальных исходов; а также выработки показаний к выполнению подобных вмешательств.

Глава 2

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

2.1 Исследованный контингент и его особенности

Работа выполнена в 1-й хирургической отделении Андижанского филиала Республиканского центра неотложной медицинской помощи (заведующий отделением – Асронов Ш.Я.)

Критериями включения больных к исследованию явились:

- больные с острым холециститом сочетанной хирургической патологией органов брюшной полости и малого таза, который диагностированный до операции, интраоперационно;
- больные с острым аппендицитом сочетанной хирургической и гинекологической патологией органов брюшной полости и малого таза, который диагностированный до операции, интраоперационно;

Возраст больных колебался от 15 до 60 лет. Средний возраст составил $33,4 \pm 2,7$ лет.

Настоящее исследование является проспективным (когортное исследование). Соответственно с целью и задачи исследования работа была выполнена на нескольких прицельных этапах (рис).

Распределение больных группам осуществлялся на различных этапах прицельно в зависимости от цели этапа.

На первом этапе все больные, поступившие к неотложной хирургической помощи, были распределены на 2 основную группу в зависимости от имеющейся патологией, расположенной в различных этажах брюшной полости.



Рис. Дизайн и этапы исследования

2.2 Методы исследования

В настоящей работе были выполнены общеклинические методы диагностики, установленные по протоколу в неотложной хирургии.

Диагностику сочетанных патологий осуществляли с помощью УЗИ исследования, рентгенодиагностики в отделении функциональной диагностики Андиганского филиала РЦНМП. Кроме того, как основной метод диагностики и лечения применялся метод лапароскопии.

2.2.1 Методы оперативного лечения и анестезиологического пособия

Метод анестезии при проведении симультанных операций состоял в основном из общего эндотрахеального обезболивания с дополнением внутривенного наркоза.

Симультанные операции проведены лапароскопическим и лапаротомическим (традиционным) доступом.

2.2.3 Методика определения экономической эффективности симультанных операций

В управлении качества медицинской помощи (КМП), оперативном выявлении тех объектов, которые требуют определенных мер коррекции, немаловажное значение имеют разработка и внедрение постоянно действующих систем оценки качества и эффективности медицинской помощи. Система оценки качества должна охватывать все разделы медицинского цикла и учитывать все факторы, влияющие на те или иные

параметры. Существует много предложений по оценке клинической эффективности деятельности ЛПУ.

Нами использованы рекомендации [7,8], позволяющие наиболее полно охватить параметры, определяющие КМП:

– объемы, виды и структура услуг, оказываемых хирургическом отделением;

–удельный вес внедрения новых технологических процессов и освоения новых методик – отношение фактического числа новых технологий и методик к общему числу используемых технологий и методик;

–удельный вес качественных услуг – отношение количества случаев некачественных услуг к общему количеству выполненных услуг;

–показатель осложнений – отношение количества выявленных осложнений к количеству вылеченных больных;

–показатель эффективности внедрения новой техники – отношение числа вылеченных больных до внедрения новой техники к числу вылеченных больных после внедрения новой техники;

–медицинская эффективность – число вылеченных и охваченных профилактическими мероприятиями больных к числу первично обратившихся больных;

В последние годы с целью получения объективных количественных данных о качестве оказываемой медицинской помощи используют числовые показатели, получившие название индикаторов качества.

Качественные характеристики КМП могут выражаться с помощью количественных показателей, например, интегрального коэффициента интенсивности [6]:

Интегральный коэффициент интенсивности (K_i) как обобщенный показатель, представляет собой произведение коэффициентов

медицинской результативности, социальной удовлетворенности и соотношения затрат (K_i):

$$K_i = K_p \times K_c \times K_z, \text{ где}$$

K_p - Коэффициент медицинской результативности – отношение числа случаев с достигнутым медицинским результатом (R_d) к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи (R): $K_p = R_d / R$.

K_p может рассматриваться и как коэффициент качества (K_k) – отношение числа случаев полного соблюдения адекватных технологий к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи, а также – к показателю структуры причин неправильного выбора технологии.

K_c - Коэффициент социальной удовлетворенности – отношение числа случаев удовлетворенности потребителя (Y) к общему числу оцениваемых случаев оказания медицинской помощи (N): $K_c = Y / N$.

K_z - Коэффициент соотношения затрат – отношение нормативных затрат (тарифов) к фактически произведенным затратам на оцениваемые случаи оказания медицинской помощи.

При максимально высокой результативности работы ЛПУ Интегральный коэффициент интенсивности (K_i) близок к «1», более низкие его показатели свидетельствуют о наличии неиспользованных резервов повышения КМП.

На всех уровнях оценки КМП необходимо исходить из принципа, что она служит не инструментом для выявления и наказания тех или иных медицинских работников, а для получения информации в целях управления соответствующими объектами и повышения эффективности деятельности [2]. Сопоставление фактически достигнутого результата с планируемым результатом позволяет судить о качестве КМП.

Глава 3

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ КАК ВЫСОКОЭФФЕКТИВНОЕ И ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПАТОЛОГИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

3.1 Общие принципы оперативного лечения сочетанной неотложных хирургических заболеваний в различных этажах брюшной полости

Хирургическое лечение больных с сочетанной патологией требует особого подхода, как в предоперационной подготовке, так и интра и послеоперационном ведении. Детальное предоперационное обследование позволяло заранее определить объем оперативного пособия и сформировать операционную бригаду в соответствии с данным принципом. Также в связи с необходимостью планирования проведения оперативного вмешательства и его объема больные консультировались гинекологом, а также для определения операционного риска были осмотрены анестезиологом.

Слияние двух направлений в современной хирургии: активное развитие видеолапароскопических технологий с одной стороны и необходимость в лечении симультанных операций, с другой стороны привело к расширению объема вмешательств появлению новых технических приемов манипулирования. При наличии положительных эффектов от лапароскопических операций по поводу сочетанных

заболеваний органов брюшной полости есть и существенные минусы, связанные с вопросами отбора и подготовки, больных к данным операциям, интраоперационного и послеоперационного их ведения.

Важным этапом оперативного вмешательства у больных с экстренной сочетанной патологией является операционный доступ, с которым связаны объем и последовательность операции. А также, правильный подбор больных при выполнении симультанных операций в экстренных случаях учитывая операционно-анестезиологического риска. Чрезвычайно важным в принятии решения об экстренной симультанной операции является то, что риск ее не должен превышать опасности самого заболевания.

В связи с этим нами были использованы классификация, принятая и рекомендованная к практическому применению Московским научным обществом анестезиологов и реаниматологов (1989 г.), предусматривающая количественную (в баллах) оценку операционно-анестезиологического риска по трем основным категориям:

- 1) Общее состояние больного,
- 2) Объем и характер хирургической операции,
- 3) Характер анестезии.

Классификация операционно-анестезиологического риска Московского научного общества анестезиологов и реаниматологов (1989 г.)

Описание категорий риска	Баллы
<i>I. Оценка общего состояния больных</i>	
<i>Удовлетворительное:</i> соматически здоровые пациенты с локализованными хирургическими заболеваниями без системных расстройств и сопутствующих заболеваний	0,5
<i>Средней тяжести:</i> больные с легкими или умеренными системными расстройствами, связанными или не связанными с	1

основным хирургическим заболеванием	
<i>Тяжелое:</i> больные с выраженными системными расстройствами, которые обусловлены или не обусловлены хирургическим заболеванием	2
<i>Крайне тяжелое:</i> больные с крайне тяжелыми системными расстройствами, которые связаны или не связаны с хирургическим заболеванием и представляют опасность для жизни больного без операции и во время операции	4
<i>Терминальное:</i> больные в терминальном состоянии с выраженными явлениями декомпенсации функции жизненно важных органов и систем, при котором можно ожидать смерти во время операции или в ближайшие часы без нее	6
<i>II. Оценка объема и характера операции</i>	
Малые полостные или небольшие операции на поверхности тела	0,5
	1
<i>III. Оценка характера анестезии</i>	
Различные виды местной потенцированной анестезии	0,5
Регионарная, эпидуральная, спинномозговая, внутривенная или ингаляционная анестезия с сохранением спонтанного дыхания или с кратковременной вспомогательной вентиляцией легких через маску наркозного аппарата	1
Обычные стандартные варианты комбинированного эндотрахеального наркоза с использованием ингаляционных, неингаляционных или немедикаментозных средств анестезии	1,5
Комбинированный эндотрахеальный наркоз с применением ингаляционных, неингаляционных анестетиков и их сочетаний с методами регионарной анестезии, а также специальных методов анестезии и корригирующей интенсивной терапии (искусственная гипотермия, инфузионно-трансфузионная терапия, управляемая	2

гипотония, вспомогательное кровообращение, электрокардиостимуляция и др.)	
Комбинированный эндотрахеальный наркоз с использованием ингаляционных и неингаляционных анестетиков в условиях искусственного кровообращения, гипербарической оксигенации и др. при комплексном применении специальных методов анестезии, интенсивной терапии и реанимации	2,5

Степень риска оценивается следующим образом:

- I степень (незначительная) – 1,5 балла;
- II степень (умеренная) – 2 – 3 балла;
- III степень (значительная) – 3,5 – 5 баллов;
- IV степень (высокая) – 5,5 – 8 баллов;
- V степень (крайне высокая) – 8,5 – 11 баллов.

Связи с тем, что наши больные являются экстренным, к общую сумму полученного бала прибавили еще 1 балл.

Данная классификация позволяет более полно и объективно, чем все существующие, охарактеризовать степень риска анестезии и операции с учетом и физического статуса, и сложности операции и анестезиологического пособия. Известно, что по общепринятой классификации, аппендэктомия и холецистэктомия относятся к малым оперативным вмешательствам, которые можно отнести к низкому риску. Поэтому нас интересовала сочетанные патологии, их локализация и состояние больных. По результатам быстрой оценки риска, к исследованию включили больных имевшие 2 степени риска (2-3 балла).

Таким образом, алгоритм, составленный нами при планировании симультанных операций в экстренном хирургии, состоялся из следующей:

1- шаг. Осмотр хирургом после поступления больной с признаками острого аппендицита или холецистита.

2- шаг. Проведение клинико-лабораторные исследования направленные подтверждения основного заболевания.

3- шаг. Консультирования гинекологом для исключения гинекологической патологии требующее оперативное лечение.

4- шаг. Осмотр анестезиолога для оценки операционно-анестезиологического риска (не зависимости от выявления сочетанной патологии).

А. при до операционной диагностики сочетанной патологии согласно с заключением анестезиолога быстро решать вопрос о проведении СО.

Б. При не диагностировании сочетанной патологии оценивать степени операционного риска и заранее определить показаний и противопоказаний проведения СО в случаях интраоперационной выявления сочетанной патологии. Уведомить хирургической бригады.

5-шаг. Уведомить больного о его (ее) состоянии и о возможности проведения СО и получить информированное письменное согласие.

6- шаг. А. При до операционном диагностировании сочетанной патологии (если имеются показания к проведению СО) готовить операционную бригаду в составе хирургов и гинеколога. Б. при не установлении сочетанной патологии перед началом операции осведомить гинеколога или хирурга.

3.1.1 Симультаные операции у больных с острым аппендицитом сочетанной хирургической патологией органов брюшной полости

У 60 больных основная операция была выполнена по поводу острого аппендицита как основной экстренной патологии и 70% из них

подвергались к СЛСО (рис 3.1). Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при: нагноении кисты у 51 (5,3%) больных, перекруте кисты у 31 (3,2%) больных, разрыве кисты у 39 (4,0%) больных, неизменной кисте у 74 (7,7%) больных; резекция яичника при апоплексии у 253 (26,2%) больных; овариэктомия у 8 (0,8%) больных (рис 3.2.).

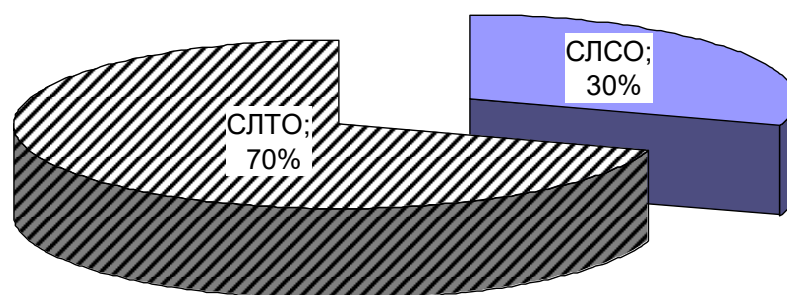


Рис 3.1. Распределение больных с острым аппендицитом и сочетанной хирургической патологией подвергавшихся к симультанному лечению по методу оперативного доступа

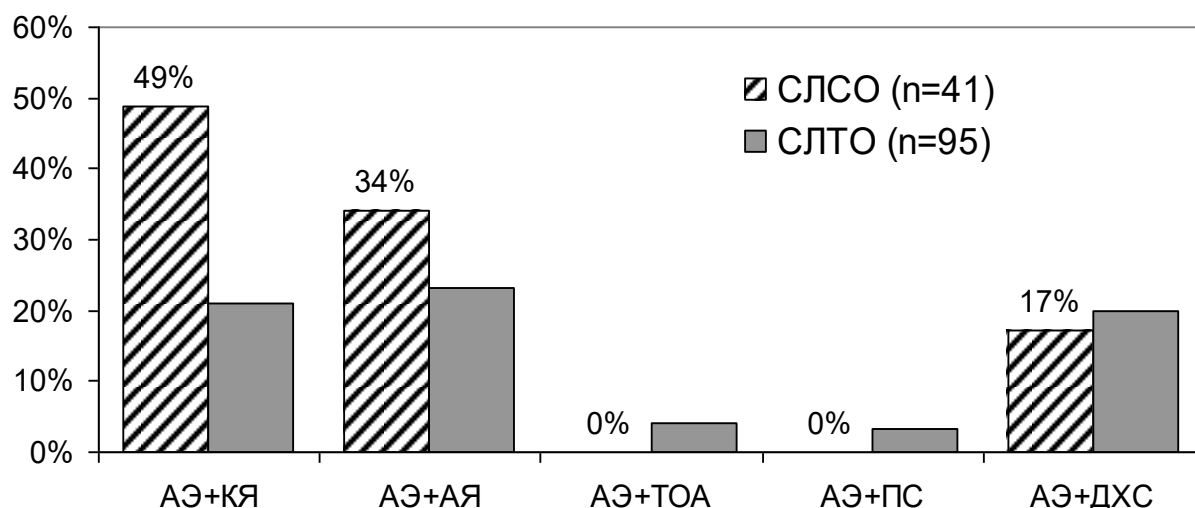


Рис 3.2. Структура сочетанных гинекологических патологий у больных с острым аппендицитом

Таблица 3.1.

Распределение больных с острым аппендицитом по возрасту по структуре сочетанных патологий

	СЛСО (n=41)				СЛТО (n=95)			
	До 20	21-39	40-60	Всего	До 20	21-39	40-60	Всего
АЭ+КЯ	11	6	3	20	11	6	3	20
	55%	30%	15%	100%	55%	30%	15%	100%
АЭ+АЯ	5	8	1	14	14	7	1	22
	36%	57%	7%	100%	64%	32%	5%	100%
АЭ+ТОА	0	0	0	0	0	1	3	4
	0	0	0	0%	0	25%	75%	100%
АЭ+ПС	0	0	0	0	0	3	0	3
	0	0	0	0%	0	100%	0	100%
АЭ+ДХС	0	5	2	7	0	15	4	19
	0	75%	25%	100%	0	79%	21%	100%
Всего	16	19	6	41	25	32	11	68
	39%	46%	15%	100%	37%	47%	16%	100%

Анализ распределения больных в возрастном аспекте по характеру сочетанных патологий при СЛСО и СЛТО показали следующие. Больные, оперированные по поводу сочетанной ретенционной кистой яичника и поэтапно проведенные ДХС путем СЛСО и СЛТО, распределялись в возрастном аспекте почти в аналогичном порядке и половина больных с КЯ составляли женщины до 20, и каждая третья находилась в возрасте 21-39 лет. Поэтапная операция по поводу апоплексии яичника более половине случаев была произведена ЛТ доступом у больных в возрасте до 20 лет, тогда как ЛС наиболее чаще подвергались женщин в возрасте 21-29 лет. Симультанные операции по поводу сочетанной ТОА и ПС в основном были выполнены ЛТ доступом (таб. 3.1).

Известно, что масса тела и характер жировой клетчатки больного являются наиболее важными показателями определяющие операционно-анестезиологического риска для больной и их увеличение создает технические трудности при выполнении оперативного вмешательства.

Таблица 3.2.

Распределение больных с острым аппендицитом и сочетанной патологией по массе тела

	НМТ	ИзМТ	Ожирение 1	Ожирение 2
СЛСО (n=41)	16 39%	11 27%	9 22%	5 12%
СЛТО (n=67)	56 59%	23 24%	12 13%	4 4%
Всего (n=110)	72 53%	34 25%	21 15%	9 7%

Как демонстрируют приведенные данные на таблице 3.2, больные с нормальной массой тела в большинстве случаев подвергались к симультанным операциям ЛТ доступом, по мере нарастания массы тела и при выраженности подкожной жировой клетчатки предпочтение отдавалась к СЛСО. Этот факт еще раз подтверждает о том, что при наличии ожирения и при выраженности подкожной жировой клетчатки в области операционной поли, предпочтительным доступом для выполнения симультанных операций является лапароскопический метод.

Таблица 3.3.

Структура сопутствующих соматических патологий у больных с острым аппендицитом и сочетанной патологией

	Легкая анемия	Тяжелая анемия	Ожирение 1	Ожирение 2	АГ	ВРВНК	ВРВМТ
СЛСО	8	12	9	5	6	2	1
(n=41)	20%	29%	22%	12%	15%	5%	2%
СЛТО	38	13	12	4	11	4	2
(n=67)	39%	14%	13%	4%	12%	4%	2%
Всего	68	31	21	9	17	6	3
(n=110)	50%	23%	15%	7%	13%	4%	2%

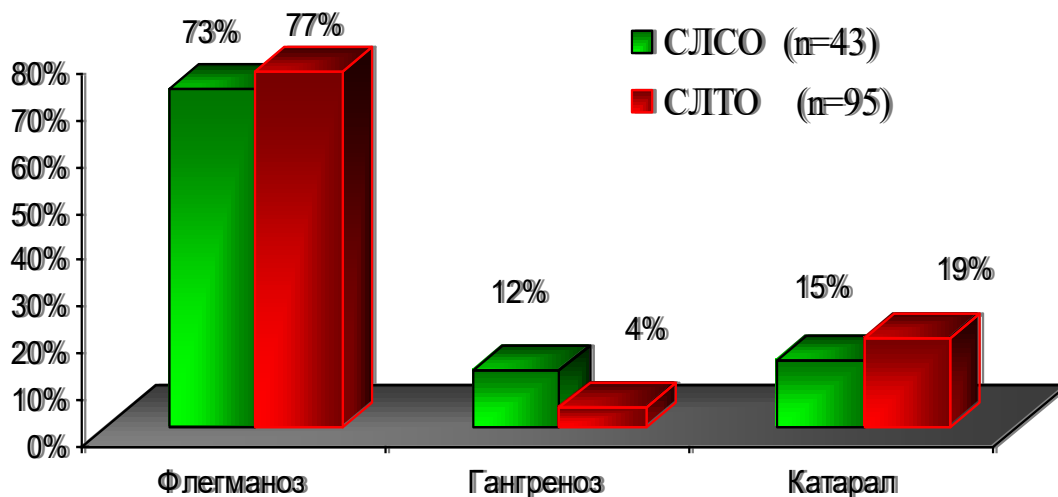


Рис 3.3. Распределение больных по форме острого аппендицита

Частота встречаемости флегмонозной и катаральной формы аппендицита в обеих группах больных были схожие (рис 3.3). Однако гангренозная форма в 3 раза чаще обнаружена у больных, подвергавшихся к СЛСО. И наиболее частым оказалось ее флегмонозная форма. Таким

образом, флегмонозная и гангренозная форма острого аппендицита не являлись противопоказанием проведения симультанной операции особенно лапароскопическим доступом.

3.1.2. Симультанные операции у больных с острым холециститом сочетанной хирургической патологией органов брюшной полости

Последние десятилетия XX века заболеваемость человека желчнокаменной болезнью увеличивалась значительными темпами. По данным клинических наблюдений, в последние 40 лет заболеваемость холелитиазом за каждые 10 лет удваивалась, а по материалам патологоанатомических исследований, за 25 лет она выросла примерно в 2,8 раза (Бурков С.Г., Гребенев А.Л., 1995). Нерациональное и избыточное питание, распространенность алиментарно-конституционального ожирения объясняют тот факт, что в настоящее время до 10% взрослого населения развитых стран являются носителями камней в желчном пузыре (Shaffer E., 2005).

Общепризнанным является положение, что при желчнокаменной болезни абсолютно показано оперативное лечение, и отказ от него может быть обусловлен лишь значимыми общими противопоказаниями (Ермолов А.С. с соавт., 2004). Только своевременно выполненная холецистэктомия позволяет избежать развития таких осложнений желчнокаменной болезни, как острый калькулезный холецистит, острый билиарный панкреатит и острый холангит, летальность при которых остается достаточно высокой, особенно у лиц старше 60 лет. Откладывание планового оперативного лечения при хроническом калькулезном холецистите повышает частоту госпитализаций по срочным показаниям и общую стоимость

лечения у данной категории больных (Cheruvu C., Eyre-Brook I., 2002; Somasekar K. et al., 2002).

Желчнокаменной болезнью страдают люди в любом возрасте, но чаще в пожилом и старческом. Это обуславливает тенденцию к увеличению доли больных, имеющих кроме желчнокаменной болезни еще по 2-3 хирургических заболевания других локализаций (Сахаутдинов Я.Г., Ганцев Ш.Х., 1989; Олифирова О.С. с соавт., 2002). В настоящее время удельный вес сочетанной патологии в хирургической клинике составляет 20-30 % (Дадвапи С.А. с соавт., 1999).

Таким образом, актуален вопрос обоснование применения одноэтапных операций при остром холецистите на основании изучения течение послеоперационного периода, риска развития осложнений и летальных исходов; а также выработки показаний к выполнению подобных вмешательств.

Нами проведено симультанное оперативное лечение у 26 больных с острым холециститом, поступивших в 1-е хирургическое отделение Андиганского филиала РНЦЭМП за период 2013-2014 гг., и почти более 2/3 (78%) из них подвергались к СЛСО.

В отличие от больных с острым аппендицитом, у данной группы больные в возрасте до 20 лет почти не встречались, и это объясняется с возрастными особенностями частоты его встречаемости. Однако СЛСО более половине случаев (58%) были выполнены у больных в возрасте 21-39 лет, тогда к СЛТО в 62,5% случаях подвергались больные в возрасте 40-60 лет.

Интересен был тот факт, что и в данной группе наиболее благоприятным методом проведения симультанной операции у больных с избыточной массой тела и ожирением оказался как и при аппендектомии - лапароскопический доступ. При ожирении 1 степени СЛСО (у 26%) были выполнены в 2 раза чаще по сравнению с СЛТО (у 13%), а почти у всех

больных с ожирением 2 степени (у 16%) симультанная операция проведена ЛС доступом (таб. 3.4.).

Таблица 3.4.

Распределение больных с острым холециститом по возрасту и массе тела

	Ср. воз (лет)	до 20 лет	21-39 лет	40-60 лет	НМТ	ИзМТ	Ожирение 1	Ожирение 2
СЛСО	38,1+2,1	0	11	8	4	7	5	3
(n=19)		0%	58%	42%	21%	37%	26%	16%
СЛТО	40,1+1,4	0	3	5	4	3	1	0
(n=8)		0%	37,5%	62,5%	50%	38%	13%	0%
Всего	38,8+1,7	0	14	13	абс	8	10	6
		0%	54%	50%	%	30%	37%	22%

Поскольку ОХ встречается в основном среди взрослого контингента больных, структура и частота сопутствующих соматических патологий резко отличались от 1 группы больных. Так, как если у 1 группы больных доминирующим оказались анемия и ожирение, то в данной группе больных лидирующим оказался ожирение различной степени (при СЛСО – в 46%, при СЛТО – 13% случаев), и как очевидно у данных категории больных оптимальным выбором проведения СО являлся ЛС метод. Кроме того, артериальная гипертония 1 степени и остеохондроз поясничного позвонка была диагностирована у каждой 6 и 5 больной. В отличие от 1 группы больных частота ВРВНК составила в 1,5 раза чаще (рис 3.4).

Среди больных с острым холециститом, подвергавшихся к СЛСО, показанием к оперативному лечению служило флегмонозная форма (95%), а в остальных случаях диагностирована его катаральная форма (5%)

(рис 3.5). таким образом, флегманозная форма острого холецистита не являлся противопоказанием к проведению СЛСО.

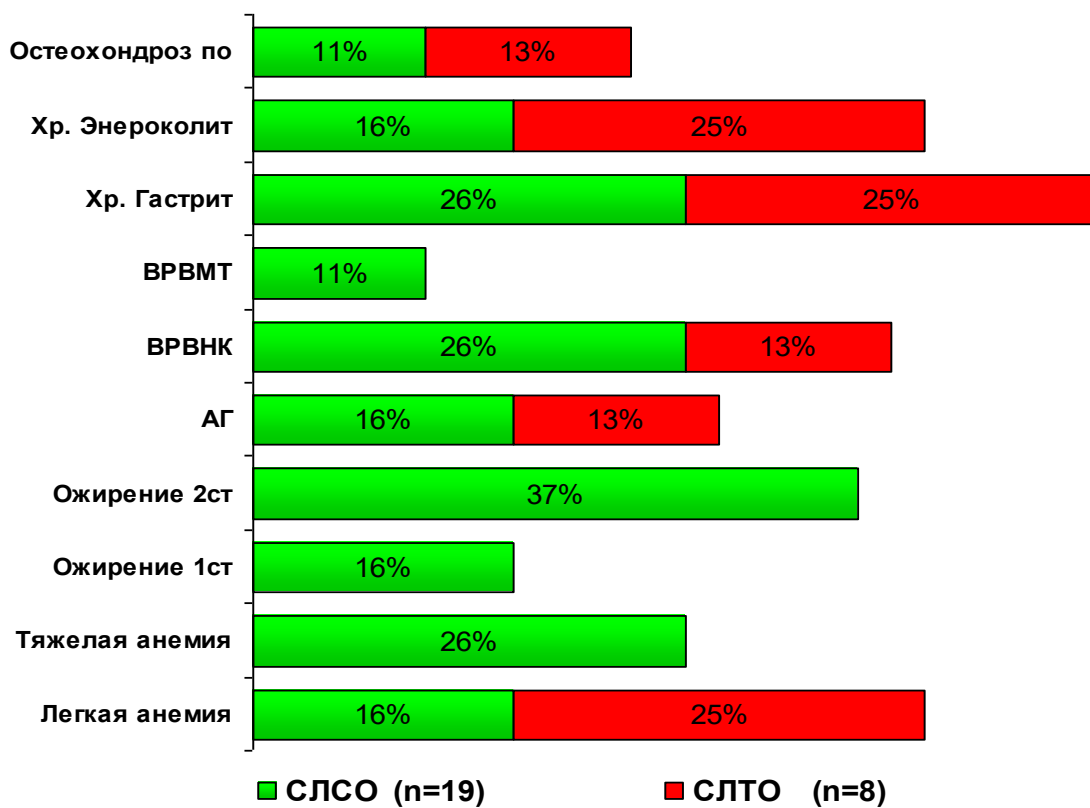


Рис 3.4. Структура сопутствующих соматических патологий у больных с острым холециститом

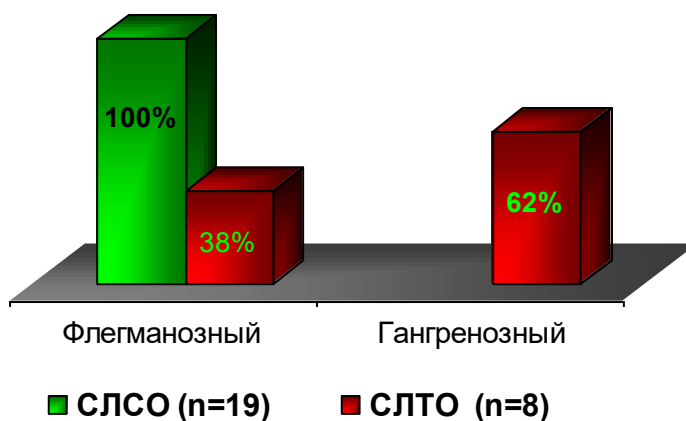


Рис 3.5. Распределение больных по форме острого холецистита

Глава 4

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Как упомянули в предыдущей главе, для клинической оценки тщательно анализировали течение интра-, раннего послеоперационного периода (ближайшие результаты), длительность госпитализации, температурная реакция больных в динамике послеоперационном периоде, наличие болевого синдрома и его интенсивность.

Так, при выполнении СЛСО у больных с острым аппендицитом кроме 2х случаев конвульсии (расширение СЛСО на СЛТО) интраоперационные осложнения не наблюдались. У тех 2х больных сочетанными патологиями явились ТОГО, однако в связи с техническими трудностями во время оперативного вмешательства, и следовательно, более продолжительным его течением были вынуждены расширять оперативного объема с лапаротомическим доступом.

Как демонстрируют приведенные данные на и рисунке 4.1., при выполнении СЛТО продолжительность операции до 30 мин по сравнению с СЛСО оказалась в 3 раза чаще . а от 46 до 90 и от 61 до 120 мин в 1,5 и 1,2 раза чаще. Почти в 2,2 раза больше выполнялись операции с длительностью от 212 до 180 мин при СЛСО по сравнению СЛТО. И эти данные подтверждают о том, что выполнение СО лапароскопическим доступом требует больше времени, чем при лапаротомическим методом. Можно сказать, что по времени выполнения оперативной техники лапаротомический доступ превалирует над лапароскопическим. Это можно объяснить с ограничением состав бригады, постоянной работой с инструментами при лапароскопии.

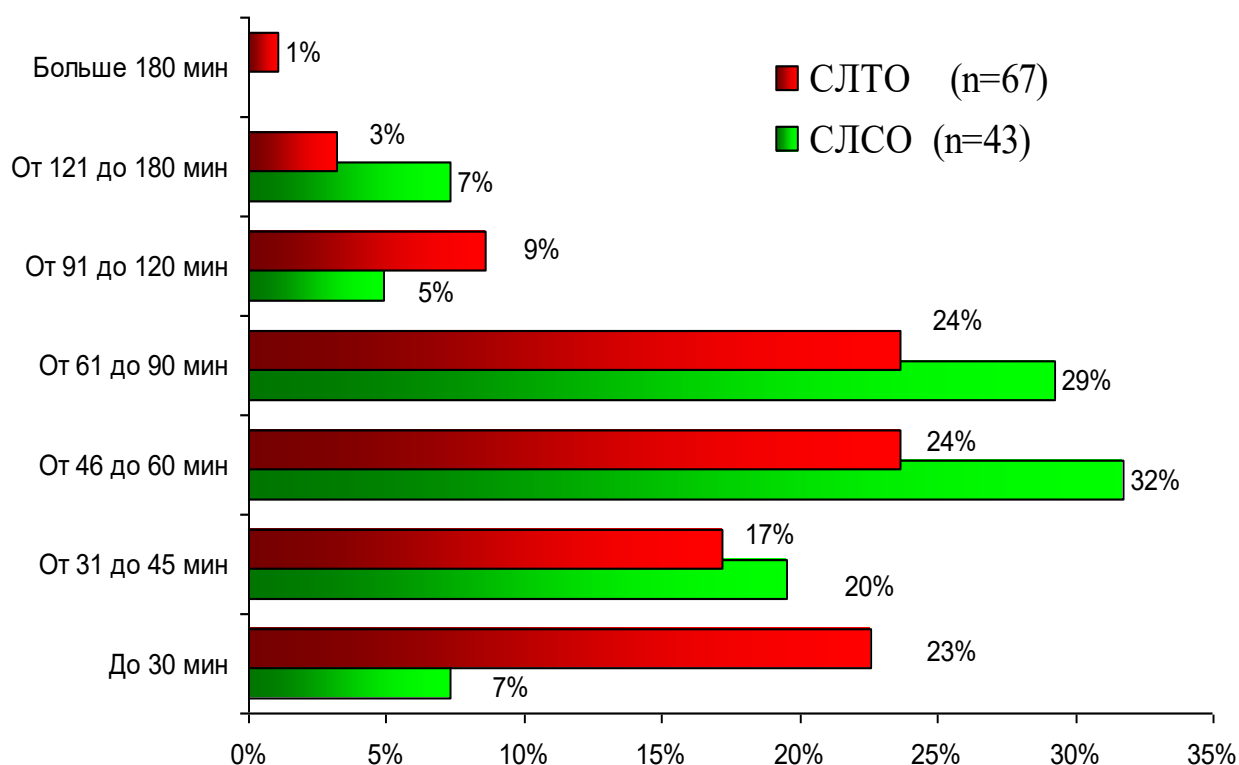


Рис 4.1. Характер продолжительность оперативного вмешательства при выполнении СО различным доступом у больных с острым аппендицитом

Однако, анализ ранних послеоперационных осложнений показал иные данные. Если по сокращению времени операции лидировал лапаротомический доступ, то по структуре и частоте ранних послеоперационных осложнений, послеоперационного болевого синдрома, по длительности госпитализации и по характеру послеоперационной температурной реакции лапароскопический метод не уступил своё место лапаротомическому доступу.

При выполнении СЛСО по поводу острого аппендицита ранними послеоперационными осложнениями, оказались парез кишечника и повышение температуры тела до 37,20С на 3-е сутки после операции, которые отметили у 2 и 5% больных соответственно (рис 4.2.).

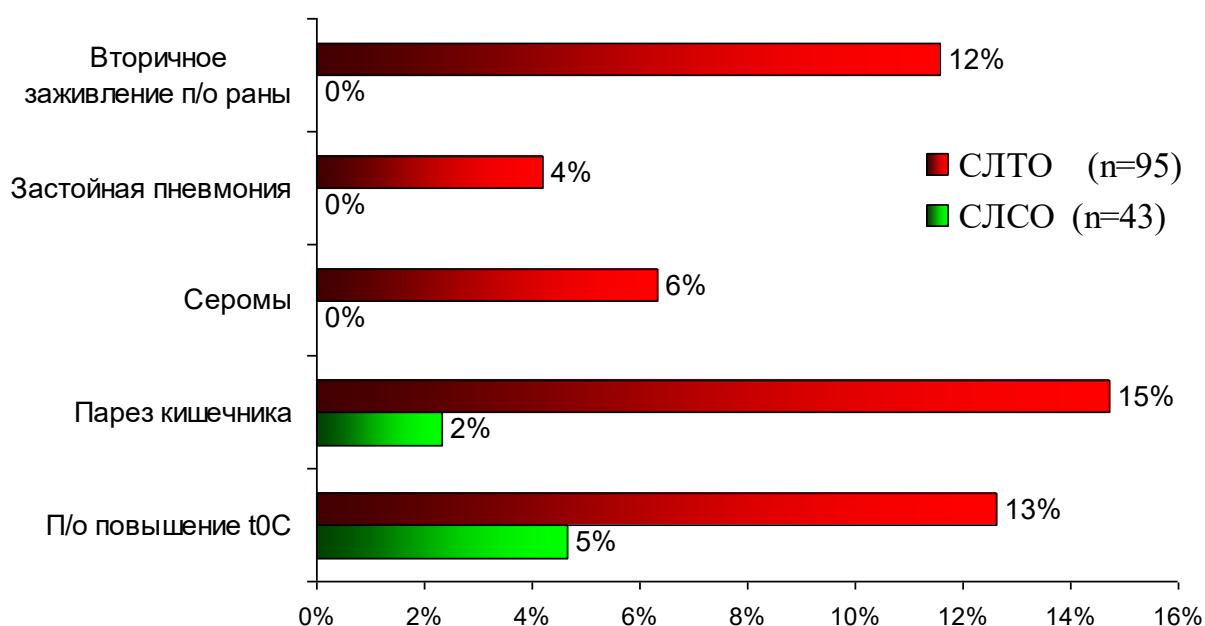


Рис 4.2. Структура и частота ранних послеоперационных осложнений при выполнении СЛСО у больных с острым аппендицитом.

У 12% больных при СЛТО вследствие инфильтрата в области послеоперационной раны, серомы, а также лигатурного свища происходило вторичное заживление послеоперационной раны.

На послеоперационного болевого синдрома при выполнении СЛСО больные жалобу почти не предъявляли. Однако у группы больных с СЛТО около половины больных предъявляли жалобу на болевой синдром уже начиная с 1-й сутки послеоперационного периода, который длился до 2х суток.

При анализе температурной реакции больных в послеоперационном периоде (рис 4.3., 4.4., 4.5., 4.6) получили убедительные данные о том, что у, которых были произведены СЛСО, температурная кривая находилась в грани 36,6 и 36,7°C. Напротив, в группе больных, у которых были произведены КМЭ по традиционному методу, уже с первой сутки после операции были зарегистрированы повышения температуры тела до 37,2°C, которые придерживались на таком уровне до 4-е сутки

послеоперационного периода. Повышение температуры тела после операции свидетельствует о воспалительной реакции организма на операционную травму и на инородную тела (шовные материалы). Чем больше наложение шва на операционную рану (при этом учитывается и раны в матке), чем выше вероятность воспалительной реакции организма. Повышение температуры тела обусловлено с местным воспалительным процессом, поэтому его уровень сохраняется в пределах 37°C. Доказательством этого можно привести, к примеру, резкое нарастание СОЭ в послеоперационном периоде. Подтверждением этого следует отметить, что у больных группы контроля в послеоперационном периоде синхронно с повышением температуры тела наблюдался резкий подъем скорости оседания эритроцитов от исходного уровня на 60%, и по сравнению с основной группы была в 2,5 раза больше.

У основной группы больных в послеоперационном периоде не были наблюдаемы нарушение кишечной моторики, как это была отмечена у некоторых больных группы контроля.

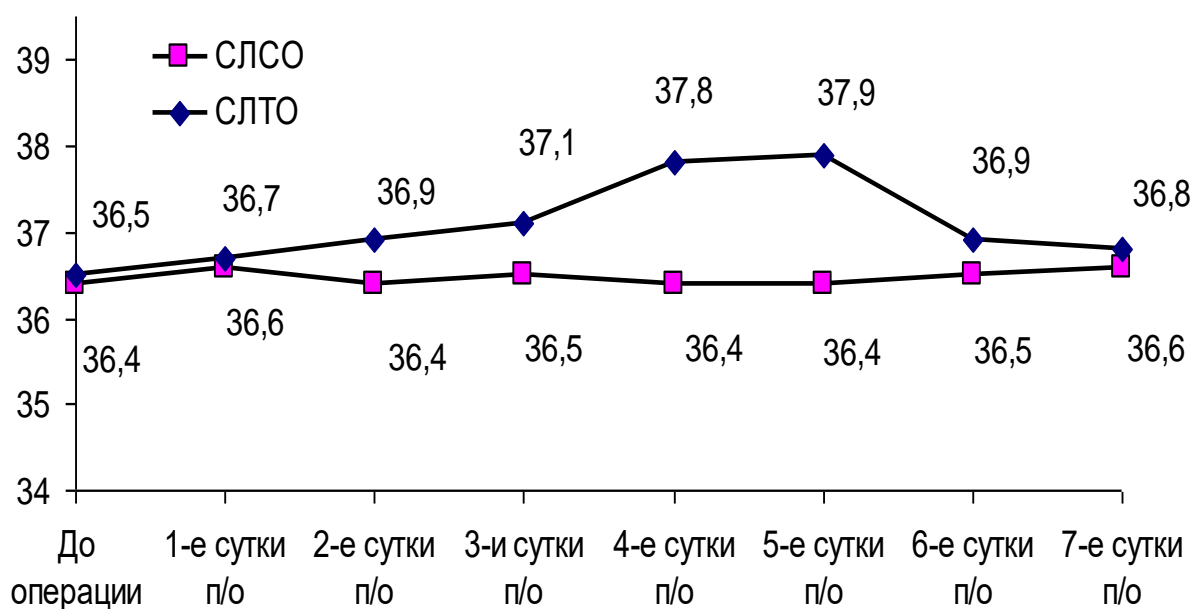


Рис 4.3. Характер температурной реакции в динамике до и после операционного периода у больных с острым аппендицитом и сочетанной патологией подвергавшихся СЛТО (n=67)

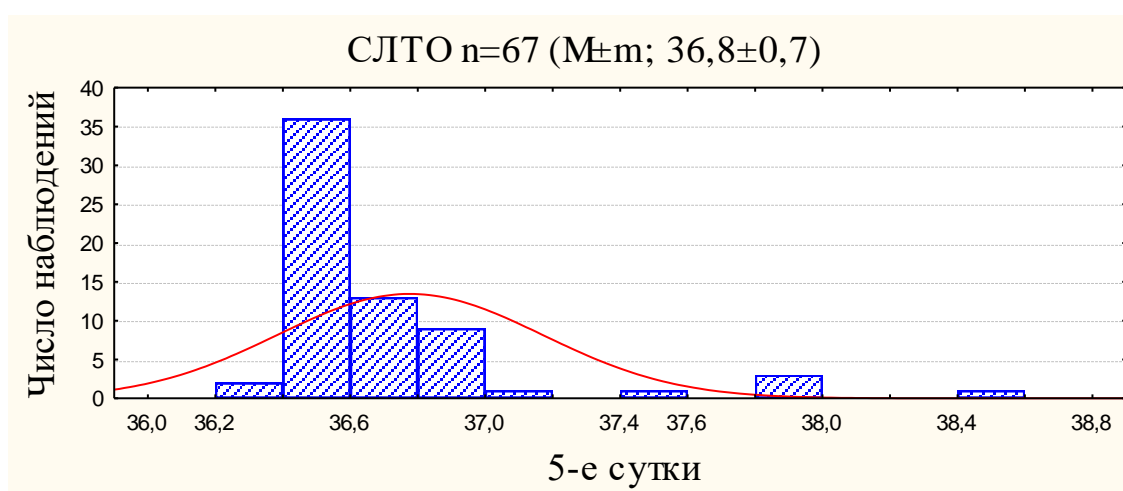
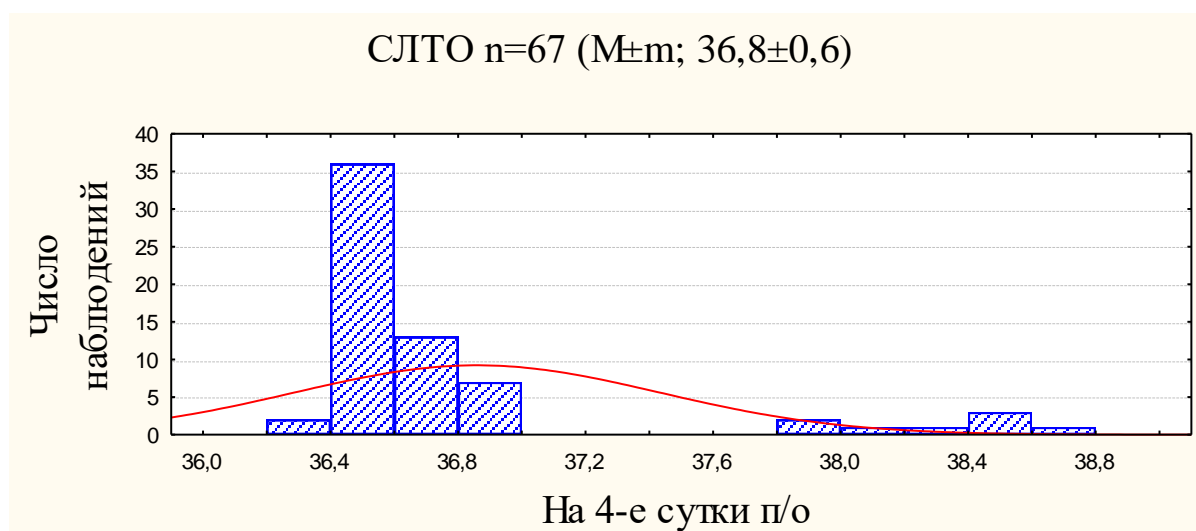
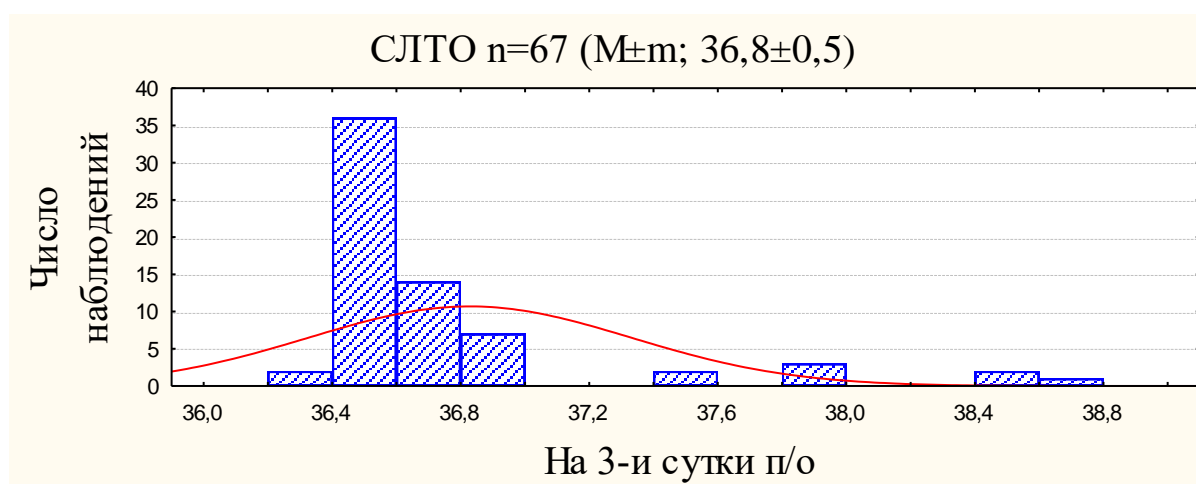


Рис 4.4., 4.5., 4.6. . Распределение больных с острым аппендицитом и сочетанной патологией подвергавшихся СЛТО (n=67) по особенности температурной реакции на 3-и, 4-е и 5-е сутки послеоперационного периода

Продолжительность лечения в стационаре зависела от оперативного доступа. Среднее количество койко-дней после слсо составило на 2 раза короче чем при СЛТО (табл и рис 4.7.).

Таблица

Сравнительный анализ особенности госпитализации

	Общая койка дня	Средняя койка дня
СЛСО (n=41)	131	2,18
СЛТО (n=67)	382	4
Всего (n=110)	423	3,1

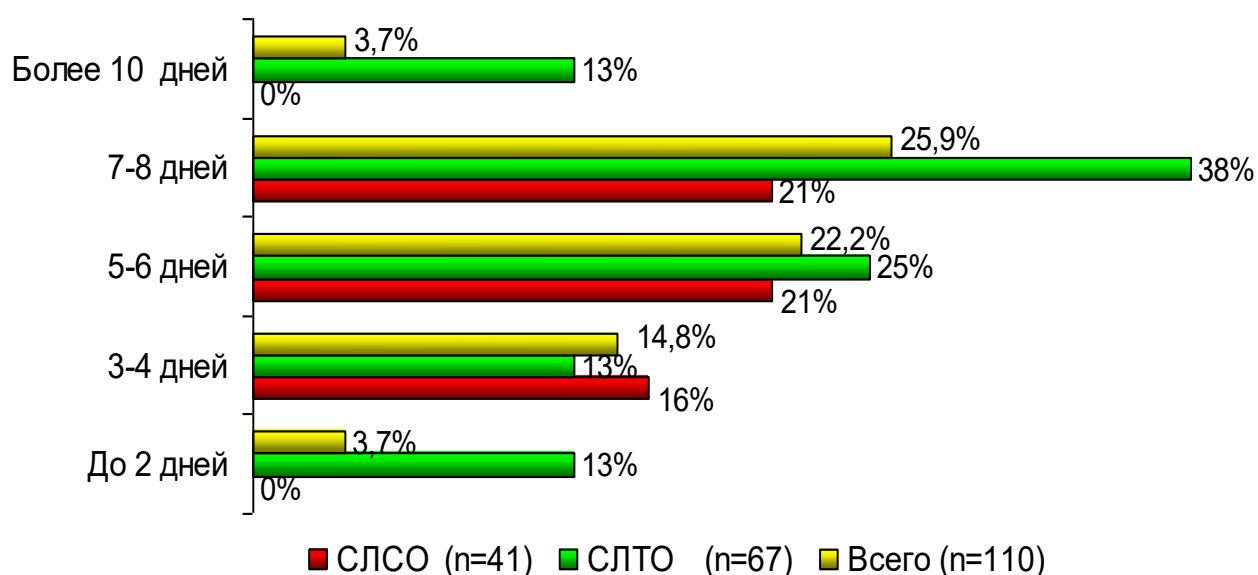


Рис 4.7. Анализ длительность госпитализации при проведении СО у больных с острым аппендицитом

По частоте и структуре послеоперационных ранних осложнений а также по частоте болевого синдрома показатели у больных с острым холециститом почти были сходные как у группы женщин с СЛТО.

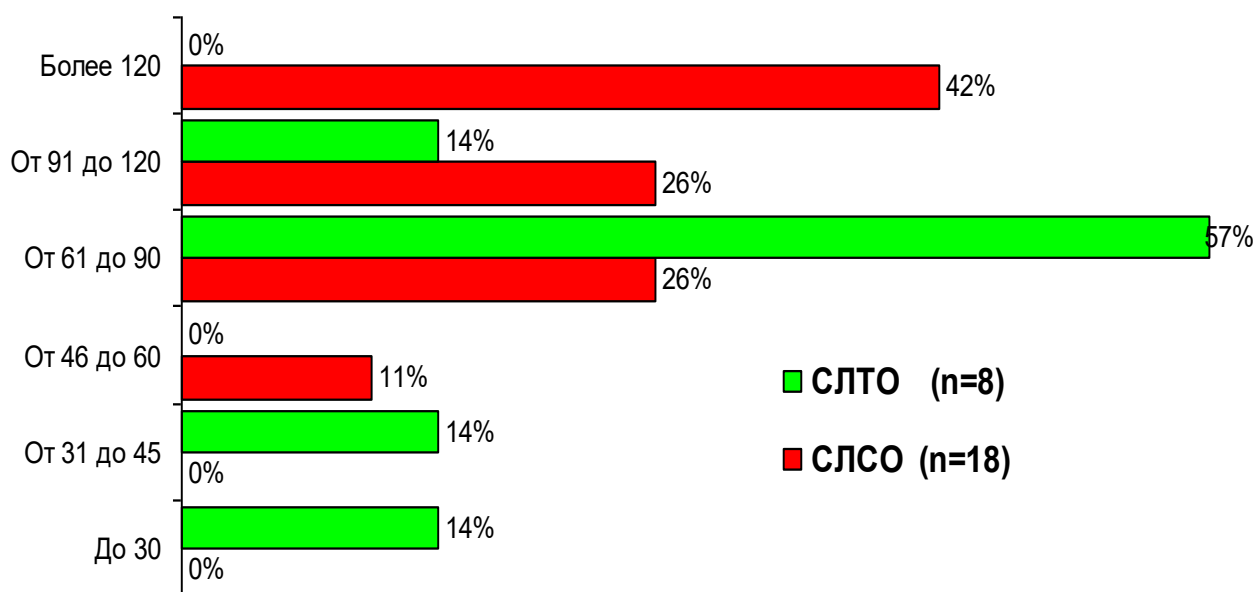


Рис 4.8. Особенности продолжительности операции у больных с острым холециститом

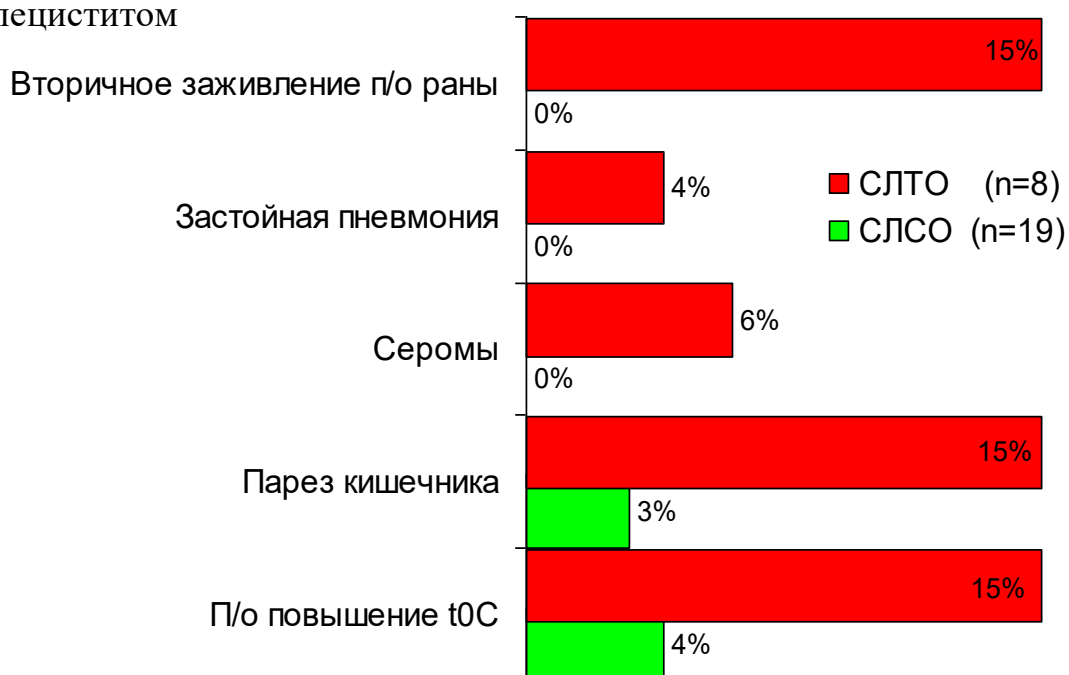


Рис 4.9. Структура и частота ранних послеоперационных осложнений при выполнении СЛСО у больных с острым холециститом

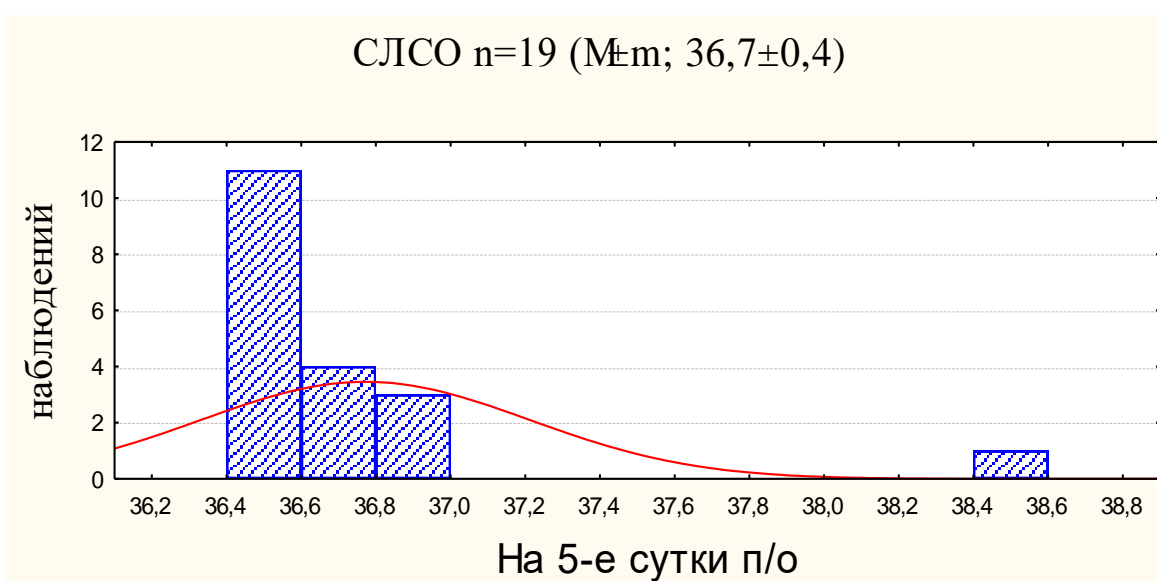
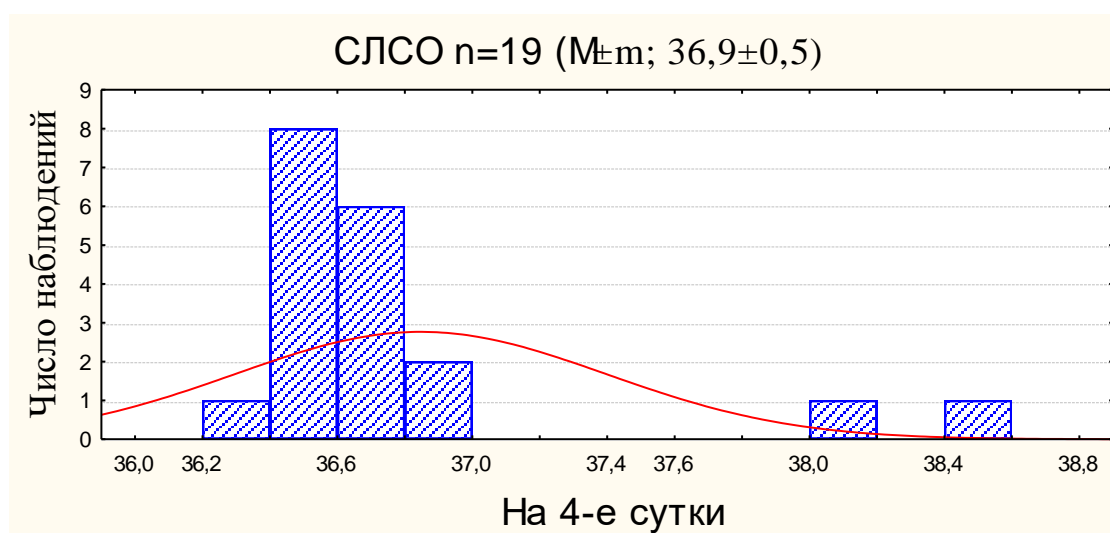
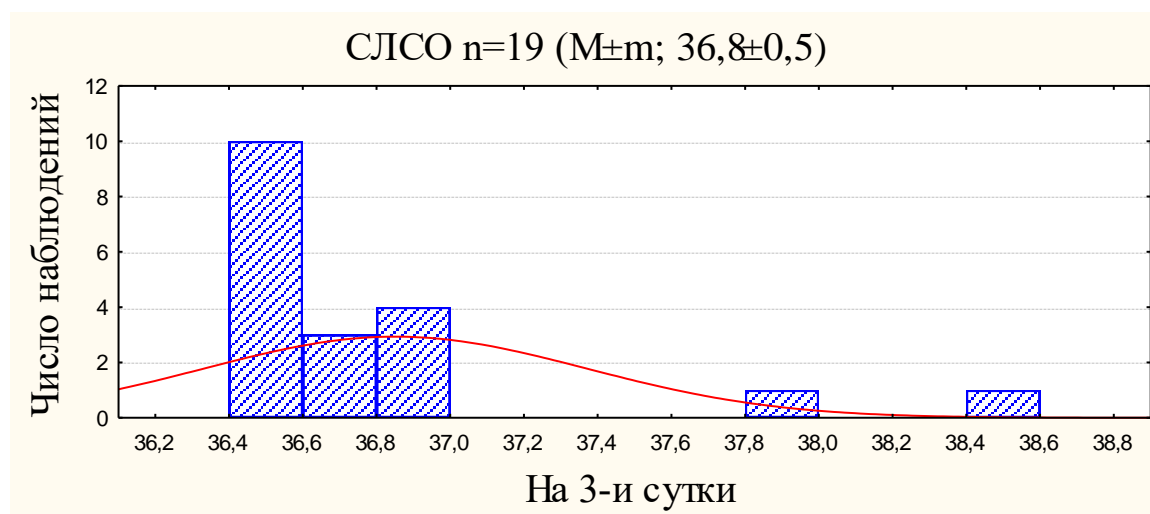


Рис 4.10., 4.11., 4.12.. Распределение больных с острым холециститом подвергавшихся СЛТО по особенности температурной реакции на 3-и. 4-е и 5-е сутки послеоперационного периода.

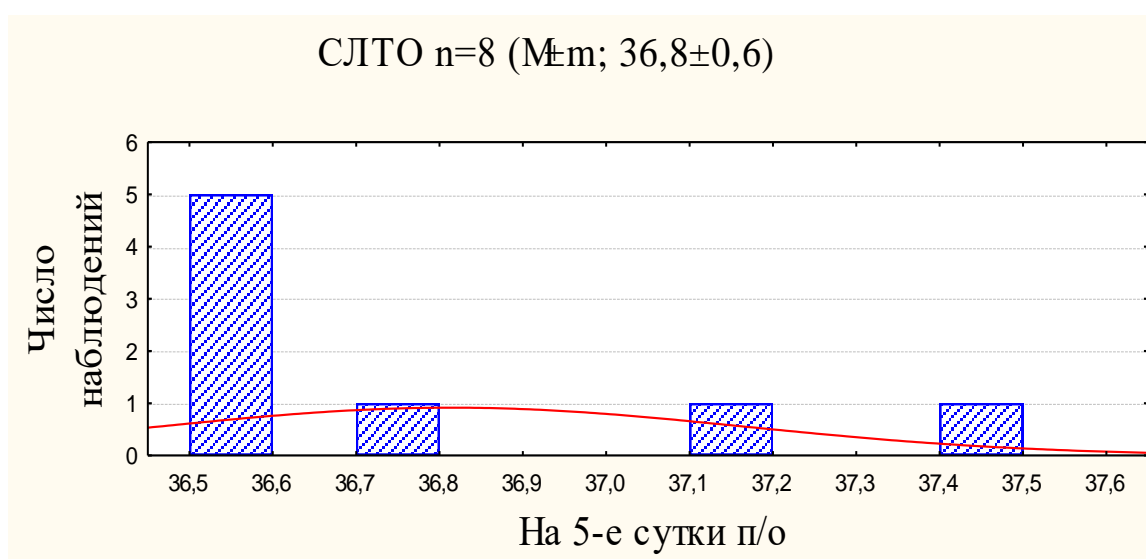
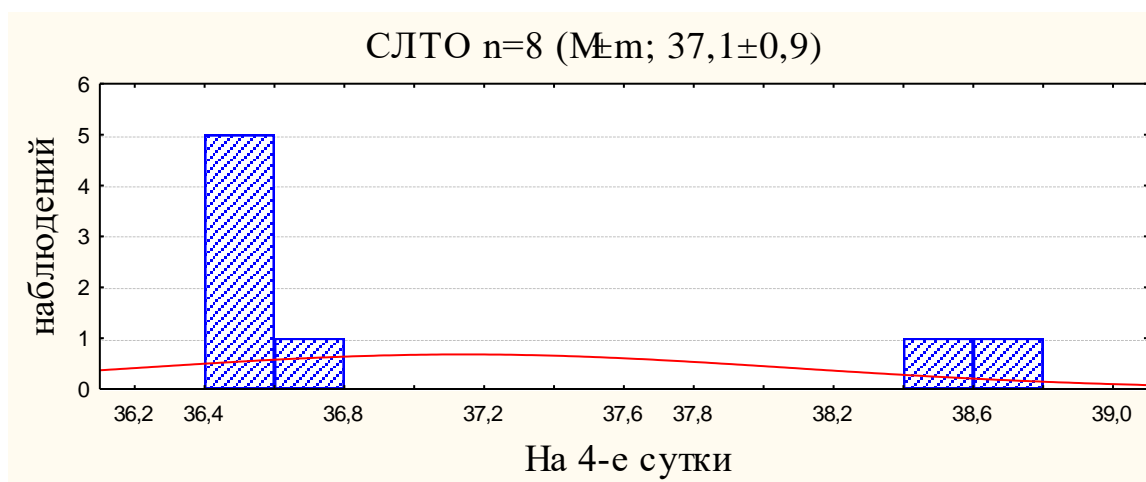
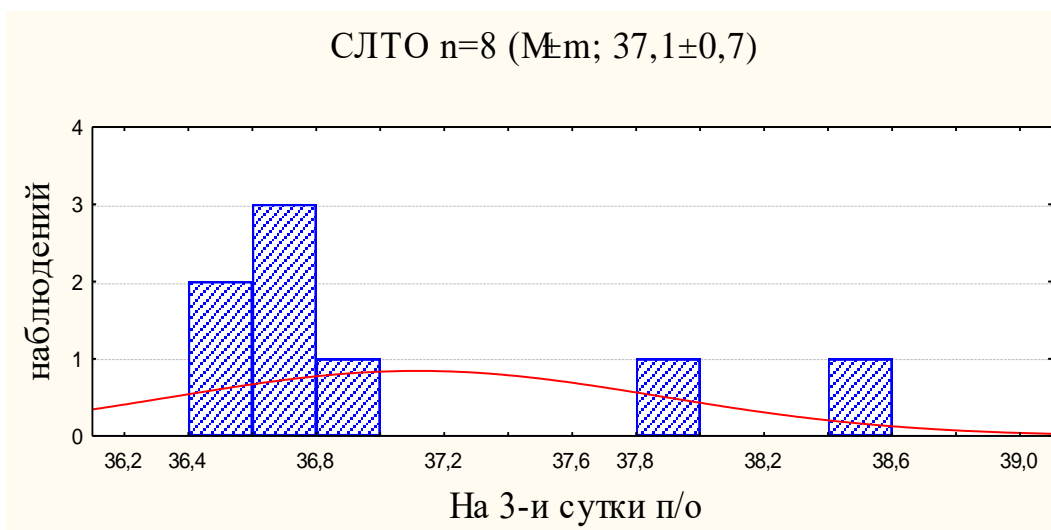


Рис 4.13., 4.15., 4.16. Распределение больных с острым холециститом подвергавшихся СЛТО по особенности температурной реакции на 3-и, 4-е и 5-е сутки послеоперационного периода.

4.2. Сравнительная оценка симультанных лапароскопических операций с симультанными лапаротомическими операциями.

Для получения корректных результатов проведенной работы произведен статистический анализ исследуемых параметров на подчинение полученных данных наших выборочных совокупностей закону нормального распределения. При соответствии нормальному распределению применяли параметрические методы статистической обработки, при выявленных отклонениях от него - методы непараметрического анализа.

Сравнение степени травматичности симультанных и изолированных оперативных вмешательств оценивали на основании следующих критериев:

- а) общая продолжительность госпитализации;
- б) продолжительность послеоперационной госпитализации;
- в) продолжительность операции;
- г) величина интраоперационной кровопотери;

.Продолжительность общей госпитализации у больных, подвергавшихся к СЛТО, при сравнении с СЛСО, была в среднем выше. Данные показатели при сравнении с показателями изолированными ЛС и ЛТ операциями были идентичными. Укорочения время пребывания больных в стационаре имело прямой зависимости от оперативного доступа, так при выборе ЛС больные чаще выписывались из стационара к 2ым, 3им суткам после операции.

Продолжительность общей госпитализации и при сравниваемых группах – СЛСО против ИзЛО; СЛТО против ИзЛТ – почти практически не отличалась ($p > 0,05$) (таб 3.6).

Хотя результаты сравнительного анализа продолжительности операции были несколько иначе. Так, удлинение длительности операции в основном отметили у группы больных подвергавшихся к СЛСО и ИзЛСО. Тогда как при выполнении СЛТО и ИзЛТО достигались минимальные трата времени чем при ЛС доступом (таб 3.7.). Это можно объяснить с ограничением доступа к операционной поле.

Таблица 3.6.

Длительность пребывания больных в стационаре (койка дня, день)

	Общее к/д	Среднее к/д	до 2	3 и 4	5 и 6	7 и 8	Более 10
СЛСО	4	382	19	52	14	5	3
			20%	56%	15%	5%	3%
СЛТО	3,5	214	17	30	11	2	0
			28%	50%	18%	3%	0%

Таблица 3.7.

Сравнительная оценка характер длительности оперативного вмешательства при выполнении симультанной операции ЛС и ЛТ доступом (в мин)

	Средняя продолжительность операции	до 30	от 31 до 45	от 46 до 60	от 61 до 90	от 91 до 120	больше 120	больше 140
СЛСО (n=60)	80,2	21	16	22	22	8	3	1
		23%	17%	24%	24%	9%	3%	1%
СЛТО (n=95)	61,19	3	8	15	17	6	11	0
		5%	13%	25%	28%	10%	18%	0%

Однако, не смотря на длительной продолжительности время операции, при выполнении симультанных и изолированных операций ЛС доступом объем интраоперационной кровопотери был значительно меньше по сравнению с ЛТ методом. В результате сравнительного анализа выявили, что длительность операции при проведении симультанных операций превышал всего лишь в 0,4 раза по сравнению с изолированным. Более того, несмотря на удлинения времени операции, объем интраоперационных кровопотерей при проведении симультанных операций превышал незначительно от объема изолированных операций.

Таблица 3.8.

Сравнительная оценка особенности послеоперационных осложнений при выполнении симультанных и изолированных операций

	Ранние послеоперационные осложнения					
	П/о повышение t0C	Расхождение швов п/о раны	Парез кишечника	Серомы	Застойная пневмония	Вторичное заживление п/о раны
	Острый аппендицит					
СЛСО (n=43)	5%	0%	2%	0%	0%	0%
СЛТО (n=67)	13%	12%	15%	6%	4%	12%
ИзЛО (n=40)	4%	0%	2%	0%	0%	0%
ИзЛТ (n=80)	16%	14%	14%	8%	4%	14%
	Острый холецистит					
СЛСО (n=19)	4%	0%	3%	0%	0%	0%
СЛТО (n=8)	15%	151%	15%	6%	4%	15%
ИзЛО (n=40)	4%	0%	3%	0%	0%	0%
ИзЛТ (n=80)	15%	151%	15%	6%	4%	15%

Послеоперационные осложнения у больных, перенесших традиционные симультанные и изолированные операции, представлены в таблице 3.8. Характерен был тот факт, что по сравнению с ЛТ доступом при выполнении симультанных операций ЛС методом частота развития ранних послеоперационных осложнений была достоверно ниже. Особенно важно отметить, что частота данных осложнений были почти аналогичными между сравниваемых группах (СЛСО против ИзЛСО;

СЛТО против ИзЛТО). Это еще раз подчеркивает о том, что несмотря на удлинения длительности оперативного вмешательства, при выполнении СЛСО частота ранних послеоперационных осложнений, продолжительность госпитализации больных такова как при ИзЛТО, что позволяет обосновать выполнение симультанных операций в экстренной хирургии при сочетанных патологиях и по мере возможности отдавать предпочтение к миниинвазивным методом.

Частота и характер ранних послеоперационных осложнений выявленных при изолированных и симультанных лапаротомических операциях почти были схожими.

В нашем случае летальность больных после симультанных операций не наблюдался. Результаты проведенного анкетирования для оценки отдаленных результатов и качество жизни больных после симультанных операций показали, что больные, которыми были проведены СЛСО, в 97% случаев ответили «Да» на удовлетворенности от проведенного оперативного лечения. Тогда как больные, у которых были проведены СЛТО, в 68% случаев ответили «Да» на удовлетворенности от проведенной симультанной операции.

Таким образом, в интересах экономической, социальной и клинической эффективности симультанные лапаротомические операции в неотложной хирургии заболеваний брюшной полости несколько уступает свое место лапароскопическим методам.

4.3. Экономическая эффективность симультанных операций

Проведена оценка экономической, социальной и клинической эффективности результатов симультанной операции больных с сочетанными острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. У всех женщин тактика выбора метода симультанной операции определена по разработанному нами алгоритмом. Планируемый результат

достигнут у 98% больных. У 100 было проведено анкетирование, удовлетворенность полученным лечением отметили 98 больных.

Нормативная стоимость лечения (койка дня)

В 2011 году 1378650 сум фактическая – 247450 сум;

В 2012 году 1305600 сум, фактическая – 268800 сум

В 2013 году нормативная стоимость лечения 1676340 сум, фактическая – 291900 сум

Для вычисления коэффициент интегральной эффективности (КИЭ) при применении разработанной нами методики профилактики определяли коэффициент социальной эффективности, коэффициент медицинской эффективности и коэффициент соотношения затрат, коэффициент достигнутых результатов, и после чего определяли КИЭ.

1. Коэффициент социальной эффективности:

98

$$K_{\text{соц. эфф.}} = \frac{98}{100} = 0,97$$

100

2. Коэффициент медицинской эффективности:

96

$$K_{\text{мед. эфф.}} = \frac{96}{100} = 0,96$$

100

3. Коэффициент соотношения затрат:

14000

В 2011 году:

1378650

$$K_{\text{эк. эфф.}} = \frac{1378650}{247450} = 5,6$$

247450

1305600

$$K_{\text{эк. эфф.}} = \frac{\text{---}}{\text{---}} = 4,8$$

268800

1676340

$$K_{\text{эк. эфф.}} = \frac{\text{---}}{\text{---}} = 4,8$$

291900

4. Коэффициент достигнутых результатов:

85

$$K_{\text{дост. рез.}} = \frac{\text{---}}{\text{---}} = 5,7$$

90

5. Коэффициент интегральной эффективности:

$$\text{В } 2013 \text{ г } K_{\text{И}} = 0,97 * 0,96 * 4,8 = 4,4$$

$$\text{В } 2014 \text{ г } K_{\text{И}} = 0,97 * 0,96 * 5,7 = 5,3$$

Коэффициент социальной и медицинской эффективности составил 0,97 и 0,96 соответственно. В норме $K_{\text{сэ}}$ и $K_{\text{мэ}}$ должен быть ближе к единице. Полученные нами данные еще раз доказывают, что широкое применение в практике внедряемого нами метода профилактики преждевременных родов является наиболее социально и клинически эффективным. Коэффициент интегральной эффективности ($K_{\text{И}}$) должен быть больше единицы ($K_{\text{И}} \geq 1$). Чем выше показатель, тем лучше ожидаемый результат разработанной методики. В нашем случае как видно из выше приведенных данных, КИЭ выше указанной величины что доказывает значительную эффективность проведения симультанной операции миниинвазивным доступом при сочетанных острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Колебания КИЭ обусловлены длительностью пребывания больных в стационаре - койка дней, что существенно влияло на увеличение финансовых затрат. На наш взгляд, внедрение миниинвазивных методов симультанных операций к

практику в области экстренной абдоминальной хирургии позволить снизить частоту интра и послеоперационных осложнений, можно значительно снизить финансовых затрат государством.

Таблица 3.9

Оплата за койка дня и по нозологиям

По нозологиям	Общая стоимость (сум)	Оплата за 1 го койка дня	Стоимость
Острый холецистит	41 525	Стоимость 1го койка дня по медикаментам	4081 сум
Острый аппендицит	23 100		
Кистэктомия, резекция яичника	69 277	Стоимость 1го койка дня по питанию	1737 сум
ТОГО	83 214		
ПС	83 214		
Другие	26 700	Общая стоимость 1 к/д	5880 сум
Данные о койке дня (фактические)			
Средняя к/д при СЛСО	3,5 дней	Средняя к/д при СЛТО	4 дней
Число больных подвергавшихся к СЛСО	60	Число больных подвергавшихся к СЛТО	95
Общая к/д при выполнении СЛСО	215 дней	Общая к/д при выполнении СЛТО	382 дней

Таблица 3.10

Основная патология	Метод СО	Оплата по нозологиям	Оплата за к/д (за 1 дня)	Общ. к/д	сред. к/д	Общая сумма оплаты	Средняя затрата для каждой больной	Соотношение затрат (коэффициент минимизации затрат)	Оборот койки за месяц
Острый аппендицит	СЛСО	993300	5818	131	3,1	1755458	40825	1,2*	11,3
	СЛТО	1547700	5818	315	4,7	3380370	50453		7,4
Острый холецистит	СЛСО	788975	5818	78	4,1	1242779	65409	1,4*	8,5
	СЛТО	332200	5818	67	8,4	722006	90251		4,2

По определению ВОЗ, под качеством жизни понимают восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума. Другими словами, качество жизни – степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Показатель качества жизни позволяет определить, каким образом болезнь влияет на человека.

Общий опросник здоровья (MOS SF – 36) в последние годы является одним из наиболее часто используемых в хирургии для определения

уровня КЖ. Он был создан в США J. Ware [152] на основе других уже существующих более 20 лет опросников – General Psychological Well-Being Inventory (учет общего психологического восприятия здоровья), Health perceptions Questionnaire (анкета восприятия здоровья) с учетом данных проведенного исследования. Модель, лежащая в основе конструкции шкал и суммарных измерений опросника SF – 36 имеет 3 уровня [61, 64, 67]:

1. пункты (вопросы),
2. 8 шкал, каждая из которых содержит от 2 до 10 пунктов,
3. суммарные измерения, которые объединяют шкалы. 35 пунктов из 36 используют для обработки баллов по шкалам и 1 пункт позволяет определить «переходную точку здоровья».

Опросник SF – 36 подходит для самостоятельного заполнения (больными в возрасте 14 лет и старше), для компьютерного опроса или для заполнения обученным специалистом при личном контакте или по телефону (интервью).

Для изучения КЖ был выбран именно этот опросник, так как он соответствует требованиям многомерности, прост в заполнении, обладает необходимыми психометрическими свойствами. Опросник SF-36 прошел адаптацию и валидацию для России с помощью специалистами Межнационального Центра Исследования КЖ. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал. Эти шкалы показывают два основных компонента здоровья: физический компонент здоровья (1-4 шкалы) и психический (5-8 шкалы) и представлены следующим образом:

1. Физическое функционирование (ФФ) – отражает степень в которой физическое состояние больного ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице и др.);
2. Ролевое функционирование (РФ) – обусловлено физическим состоянием, влиянием физического состояния на повседневную ролевую деятельность;

3. Болевые ощущения (БО) и их влияние на способность заниматься повседневной деятельностью;
4. Общее здоровье (ОЗ) – оценка больным своего самочувствия в настоящий момент и перспектив лечения;
5. Жизнеспособность (ЖС) – это ощущение сил и энергии или наоборот, уменьшения жизненной активности;
6. Социальное функционирование (СФ) – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние больного ограничивает его социальную активность (общение);
7. Солевое эмоциональное функционирование (РЭ) – предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и др.);
8. Психическое здоровье (ПЗ) – характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний и психическом неблагополучии. Различные шкалы объединяют от 2 до 10 пунктов. Каждый пункт используется только одной определенной шкалой. В соответствии со стандартной процедурой обработки полученных данных, значение каждой шкалы выражается в баллах и колеблется в диапазоне от 0 до 100, где 0 – это наихудшее, а 100 баллов – наилучшее КЖ. Для более детального изучения КЖ больных после различных способов СО (лапароскопических или лапаротомических), а также учитывая то, что определенной шкалы для оценки КЖ после операции по поводу острого холецистита нет, мы решили выделить один критерий – болевой синдром в области операции и добавить несколько специфичных для ЖКБ критериев. В связи с этим в качестве адаптации шкалы SF-36 к данному заболеванию были использованы следующие критерии: отсутствие или наличие боли в правом подреберье; необходимость соблюдения диеты; появление

дискомфорта в области послеоперационного рубца; формирование послеоперационной грыжи. Мы выделили именно эти критерии так как считаем, что именно они 37 более всего влияют на КЖ больных, перенесших холецистэктомию. На имеющиеся в опроснике SF-36 и добавленные нами вопросы больные отвечали с помощью интервью, выбирая наиболее подходящий ответ из списка предложенных, каждому из которых соответствовало определенное цифровое значение. Больные заполняли анкету после операции в сроки от 5 месяцев до 5 лет, после операции.

А также учитывая то, что определенной шкалы для оценки КЖ после операции по поводу острого аппендицита и после выполнение оперативного вмешательства на органах малого таза нет, мы решили выделить 2 критериев – болевой синдром в области операции и добавить несколько специфичных для ЖКБ критериев и признаки связанные с послеоперационного спаечного процесса. В связи с этим в качестве адаптации шкалы SF-36 к данному заболеванию были использованы следующие критерии: отсутствие или наличие хронически тазовые боли; запоры; появление дискомфорта в области послеоперационного рубца; формирование послеоперационной грыжи. Мы выделили именно эти критерии так как считаем, что именно они более всего влияют на КЖ больных, перенесших оперативного вмешательства на органах малого таза и нижнего этажа брюшной полости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшней день частота сочетанных патологий органов брюшной полости ежегодно увеличивается и не имеет тенденций к снижению. Важно отметить, что данное положение становится не менее актуальным и в экстренной абдоминальной хирургии. Как свидетельствуют литературные данные зарубежных авторов, около более 57% больные с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, поступающие на экстренное оперативное лечение, имеют сочетанные хирургические патологии. Однако, всего лишь 0,8-1,4% из них подвергаются к симультанному лечению.

Актуальность проблемы состоит в том, что, последнее время, не смотря на ежегодный рост частоты сочетанных патологий, решения вопроса касающейся одномоментного лечения данных обстоятельствах все еще остается открытым. Это объясняется ряд трудностями, которые препятствуют хирургам выполнять симультанных операций, а также, отсутствием четких критерий и алгоритм действия, позволяющий хирургам принять решение за короткий срок в подобных ситуациях. Важно отметить, что несмотря на внедрение в клинической практике высокотехнологических миниинвазивных методов, до сих пор при выполнении симультанных операций в экстренной хирургии предпочтение отдается к лапаротомическим доступам.

С целью обоснование внедрения наиболее эффективных методов симультанных операций при сочетанной патологии органах брюшной полости в экстренной абдоминальной хирургии.

Симультанные операции проведены лапароскопическим и лапаротомическим методом. Сравнительную оценку провели с целью выбора наиболее оптимального метода симультанных операций.

Соответственно с целью, задачами и дизайне исследования больные распределяли на 2 основную группу. Основную группу составили больные

подвергавшие симультанным операциям путем лапароскопического и лапаротомического доступа. В группу сравнения включили больных с аналогичными основными хирургическими заболеваниями подвергавшихся к изолированной операции лапаротомическим и лапароскопическим доступом. Оценку пользы проведения симультанных операций осуществляли путем анализа клинической, социальной и экономической эффективности методов.

В 1-ом хирургическом отделении Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2011 по 2014 года было выполнено 165 симультанных хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Из них у 110 основная операция была выполнена по поводу острого аппендицита как основной экстренной патологии. И более половины из них (67%) подвергались к симультанной операции лапаротомическим доступом. В 64% случаев сочетанные патологии были диагностированы до операции, и следовательно, у больных предоперационно были получены письменное согласие на проведения симультанной операции. Остальных случаях лапароскопический метод использован с диагностической целью, что позволило несколько сократить время начатия оперативного лечения. Сочетанными этапами операций были: кистэктомия при неизменной кисте у 47%, которая почти в 1,5 раза чаще была произведена путем лапароскопического доступа по сравнению с лапаротомическим; резекция яичника при апоплексии была выполнена в аналогичной частоте, как и лапароскопическом так и лапаротомическом доступом у 33% пациенток. Почти каждая 6-я больная подвергалась к добровольную хирургическую стерилизацию маточных труб лапаротомическим доступом, которая выполнялась в 1,7 раза чаще по сравнению с лапароскопическим методом. У 2 больных, у которых была произведена диагностическая лапароскопия по поводу ТОА, операция завершалась конверсией. В случаях пиосальпинкса симультанная операция выполнялась лапаротомическим

доступом. Как видно из вышеизложенных результатов, острый аппендицит наиболее часто сочетается с патологией органов малого таза и доминирующими среди них является патология яичников. Поскольку, аппендикулярный отросток расположен в нижнем этаже брюшной полости, и сопутствующие патологии находились в полости малого таза, технические трудности с выполнением симультанных операций при обоих метода не наблюдались.

В общей популяции среди данного контингента, распределение больных, подвергавшихся к симультанным операциям лапароскопическим и лапаротомическим доступом, в возрастном аспекте почти были аналогичными. Однако, анализ возраста больных по характеру сочетанной патологии показал, что пациентки подвергавшиеся к лапаротомической симультанной операции при сочетании апоплексии яичника в 60% случаев оказались в возрасте до 20 лет. Следует подчеркнуть, что пациентки в возрасте до 20 лет являются женщинами активного репродуктивного возраста, что необходимо избежать от послеоперационного спайкообразования, которая может стать причиной бесплодия в дальнейшем у данного контингента больных.

При анализе распределение больных по массу тела получили интересные данные о том, что частота лапароскопических симультанных операций имела прямую зависимость от прибавки массы тела. Это еще раз подчеркивает о том, что при наличии ожирения выполнения симультанных операций лапароскопическим доступом является наиболее оптимальным.

В структуре сопутствующих соматических патологий заболевания, затрудняющие оперативной техники, такие как ожирение 1 и 2 степени встречалась в 2 и 3 раза чаще соответственно у больных подвергавшихся симультанным лапароскопическим операциям. Частота остальных патологий были сходными.

Доминирующим в структуре формы острого аппендицита оказалась его флегмонозный вид, который встречался в аналогичной частоте при

выполнении и лапароскопической и лапаротомической симультанной операции. Но гангренозная форма в 3 раза чаще диагностировался у больных подвергавшихся лапароскопической операции.

По укороченной длительности симультанных операций преобладал лапаротомический доступ. При этом в каждый 5 случаев операции длились до 30 минут. Тогда как, более продолжительное протекание операции наблюдалось в основном при выполнении лапароскопических симультанных операций.

Но, несмотря на это, средняя койка дня при выполнении симультанных операций лапароскопическим доступом составил 2 дня, и по сравнению с лапаротомическим доступом была почти в 2 раза короче. И следует отметить, что, несмотря на длительной продолжительности оперативного вмешательства при лапароскопическом доступе, объем интраоперационной кровопотери был намного меньше, чем у лапаротомического метода.

А также, осложнения раннего послеоперационного периода была характерно в основном больным, подвергавшимся лапаротомическому симультанной операции. И частыми осложнениями у этих больных в раннем послеоперационном периоде оказались послеоперационное повышение температуры тела, парез кишечника, застойная пневмония, расхождения швов послеоперационной раны, серомы. Ранняя активация (мобилизация) больных при лапароскопическом методе осуществлялся сразу же через 4 часа после операции. А при выполнении симультанных операций лапаротомическим доступом – на 2-е или 3-е сутки после операции. По поводу в качестве основной патологии острого калькулезного холецистита были выполнены 27 симультанных операций. В том числе из них 70% были проведены лапаротомическим доступом. В отличие от больных с острым аппендицитом, основной контингент больных с острым холециститом составили пациенты в возрасте от 21 до 60 лет. Средняя койка дня при симультанных лапароскопических

операциях составила 2,4, а при симультанных лапаротомических операциях – 4,3 дня. Это привело к снижению не прямых затрат при СЛСО в 1,9 раза по сравнению с СЛТО.

Выводы

1. Высокая частота сочетания острых и хронических патологий органов малого таза при неотложных хирургических заболеваниях органов нижнего и верхнего этажа брюшной полости, а также близкое анатомическое расположение обуславливают приоритет симультанных операций.
2. Ранние осложнения симультанных и изолированных лапаротомических операций представлены повышением температуры тела, парезом кишечника, расхождением шва послеоперационной раны, застойной пневмонией. При этом удельный вес осложнений на 82,7% меньше при лапароскопических вмешательствах, чем при лапаротомических.
3. Конечные исходы при симультанных и изолированных лапаротомических и лапароскопических операциях при неотложных хирургических заболеваниях органов брюшной полости существенно не различаются, однако качество жизни и социальное благополучие больных после симультанных операций значительно благоприятнее.
4. Внедрение миниинвазивных симультанных операций в лечебную тактику при сочетанной патологии органов брюшной полости в экстренной хирургии позволяет сократить непрямые расходы в среднем в 1,8 раза. Основные показатели качества жизни в большинстве случаев нормализуются к 2 суткам после одновременных хирургических вмешательств путем лапароскопического доступа.

Практические рекомендации

1. При проведении комплексного предоперационного обследования больных с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости необходимо расширять стандарт на предмет диагностики хирургических патологий органов малого таза, по поводу которых возможно проведение симультанного оперативного вмешательства (острые воспалительные заболевания придатков матки, перекрут ножки или разрыв кисты (апоплексия) яичника).

2. При наличии материально-технической базы и подготовленных кадров необходимо выполнять симультанное лапароскопическое оперативное лечение неотложной хирургической патологии, так как его выполнение избавляет больных с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости сразу от нескольких заболеваний, устраняя риск повторных вмешательств и наркозов, снижает количество интра- и послеоперационных осложнений, сокращает сроки пребывания больной в стационаре и длительность временной нетрудоспособности, улучшает качество жизни пациенток.

3. Больным с сочетанной патологией желчного пузыря и с неотложным хирургическим состоянием органов малого таза (острый аппендицит, перекрут ножки кисты яичника, апоплексия яичника) первым этапом следует выполнять лапароскопическую холецистэктомию, затем на втором этапе произвести оперативное вмешательство на органах малого таза

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУР

1. Басос А.С., Майстренко Н.А., Берлев В.И. и др. Симультанная лапароскопическая холецистэктомия у гинекологических больных: достоинства и недостатки // Эндоскопическая хирургия. М., 2009.-№ 1-С. 143-144.
2. Баулина Н.В. Симультанные лапароскопические операции в гинекологии и хирургии. // Эндоскопическая хирургия. М., 2005.-№1-С.14-15.
3. Баранов, Г. А. Отрицательные эффекты пневмоперитонеума при малоинвазивных операциях / Г. А. Баранов, А. Т. Бронтвейн, Б. В. Харламов // Второй съезд хирургов Южного Федерального округа с международным участием : материалы съезда. - Ростов-на-Дону. - 2009. - С. 9.
4. Бебуришвили, А. Г. Технологическая классификация миниинвазивных операций / А. Г. Бебуришвили, С. И. Панин, П. А. Пироженко // Хирургия. - 2009. - Т. 7. - С. 29-32.
5. Бебуришвили, А. Г. Технологические составляющие и оценка эффективности применения сочетанных минилапаротомных и лапароскопических операций / А. Г. Бебуришвили, С. В. Михин, С. И. Панин // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 4. - С. 29-34.
6. Бехтева, М. Е. Хирургия единого лапароскопического доступа: история и современное состояние вопроса / М. Е. Бехтева, А. В. Баранов, Д. Н. Панченков // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - Т. 18, № 6. - С. 26-31.
7. Брискин, Б. С. Симультанные операции у пожилых больных с желчнокаменной болезнью на фоне мультифокального атеросклероза /Б. С. Брискин, Ф. Ф. Хамитов, М. В. Костюченко // Клиническая геронтология. - 2006.-Т. 12, №6. -С. 7-11.
8. Влияние операции холецистэктомии на моторику органов желудочно-кишечного тракта / В. С. Савельев, М. С. Магомедов, В. А. Петухов, И. Ревякин // Эндоскопическая хирургия. - 2007. - № 3. - С. 32-39.

9. Гешелин С.А., Каштальян М.А., Гладчук И.З. и др. Симультантные операции у больных холециститом // Украинский журнал хирургии. — Киев. 2008.-№2.-С.60-63.

10. Глянцев, С. П. Д. О. Отт (1855-1929) - основоположник эндоскопической хирургии (к 150-летию со дня рождения) / С. П. Глянцев, А. В. Федоров, В. Е. Оловянный // Эндоскопическая хирургия. - 2005. - № 2. - С. 3-8.

11. Гордеева Т.В. Симультантные лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза у женщин.: Дис. . канд.мед.наук.-Спб.,2005.-С. 105-115.

12. Жолобова М.Н. Симультантные операции в гинекологии и хирургии. // Журнал акушерства и женских болезней. М.,2005.-№4.-С.11-16.

13. Иванов Ю.В. Современные представления о . сочетанной хирургической патологии и симультантных операциях. // Анналы хирургии. М.,2007.-№4.-С.17-20.

14. Ищенко А.И., Александров Л.С., Шулутко А.М., Ведерникова Н.В. и др. Симультантные операции в гинекологии: оценка эффективности. // Журнал акушерства и женских болезней. М.,2005.-№4-С.8-9.

15. Кашеев В.И. Симультантные операции на основе лапароскопической холецистэктомии.: Автореферат . канд.мед.наук. Москва.2007.-С.99-105.

16. Контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности. - Женева : ВОЗ, 2009. - 1 с.

17. Кучеренко, В. З. Риски в здравоохранении и проблемы безопасности пациента в медицинской практике / В. З. Кучеренко, А. В. Сучков // ГлавВрач.-2011-№3.-С. 11-18.

18. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии /А. С. Ермолов, А. А. Гуляев, П. А. Ярцев [и др.] // Хирургия. - 2007. - № 7. - С. 57-59.

19. Макаров, Ю. А. Хирургическая тактика при холедохолитиазе и

папиллостенозе / Ю. А. Макаров, С. Ю. Никуленков, С. С. Солонский // Вестник Новых Медицинских Технологий. - 2005. - Т. 12, № 2. - С. 53.

20. Минилапароскопия в хирургии органов брюшной полости / К. В. Стегний, И. А. Сарванов, В. А. Мацак, А. А. Кречотень [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. - 2008. - № 1. - С. 77-81.

21. Никитенко А.И. Одновременные (симультанные) эндовидеохирургические операции в лечении сочетанной хирургической патологии. // Эндоскопическая хирургия. — М., 2005. - № 1. - С. 91-92.

22. Оценка медицинских технологий : международный опыт / В. И. Стародубов, И. Н. Каграманян, А. Л. Хохлов [и др.]. - Москва, 2012. - 104 с.

23. Оценка эффективности внедрения малоинвазивных технологий в систему кардиохирургической помощи / М. М. Загатин [и др.] // Вестник Российской Военно-медицинской академии. - 2013. - Т. 41, № 1. - С. 11.

24. Первый опыт симультанных операций из минидоступов при сочетании желчнокаменной болезни и мультифокального атеросклероза / М. Д. Дибиров, Ф. Ф. Хамитов, А. Н. Гудков [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2005. - № 26. - С. 149.

25. Применение системы оценки технологий здравоохранения в принятии эффективных управленческих решений / Л. И. Светый [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. - 2013. - Т. 15, № 1-4. - С. 234-235.

26. Применения аппарата «Liga Sure» при лапароскопических вмешательствах : клинические аспекты / К. В. Пучков, В. В. Иванов, Д. А. Мартынова [и др.] // Клиник. - 2005. - № 3. - С. 19-21.

27. Прудков, М. И. Основы минимально инвазивной хирургии / М. И. Прудков. - Екатеринбург : Изд-во Уральского университета, 2007. - 64 с.

28. Пути улучшения результатов лечения больных желчнокаменной болезнью / А. В. Федоров, Г. А. Кривцов, О. Э. Карпов, М. Л. Таривердиев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2008. - № 4. - С. 3-5.

29. Пушкарь, Д. Ю. Роботы в медицине / Д. Ю. Пушкарь // Вестник Российской академии наук. - 2012. - Т. 82, № 11. - С. 971-977.

30. Рутенбург Г.М., Беженарь В.Ф., Стрижелецкий В.В. Экстренные симультанные лапароскопические операции в гинекологии. // Тезисы юбилейного пленума правления РОЭХ. Сочи, 2005.

31. Рутенбург Г.М. Симультанные лапароскопические операции в лечении заболеваний малого таза и желчекаменной болезни. // Журнал акушерства и женских болезней. М., 2006. - №4. - С. 26-29.

32. Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., Альтмарк А.М. К вопросу об очередности выполнения симультанных лапароскопических операций. // Эндоскопическая хирургия. М., 2007. - №5. - С. 41-42.

33. Сажин, В. П. Эндохирургия: современное состояние и пути развития / В. П. Сажин // Хирургия. - 2005. - № 1. - С. 21-27.

34. Сравнительная характеристика влияния пневмоперитонеума с использованием различных газовых смесей на кислотно-щелочное состояние крови при лапароскопических операциях / В. Е. Корик, С. А. Жидков, А. А. Маковская, Д. А. Ключко // Новости хирургии. - 2011. - Т. 19, № 4. - С. 31-35.

35. Стародубов, В. И. Мониторинг эффективности деятельности научных учреждений системы здравоохранения в условиях модернизации / В.И. Стародубов, Е. И. Аксенова // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. - 2012. - № 3. - С. 10-16.

36. Стойко, Ю. М. Верность пироговским традициям и высокие медицинские технологии - основа хирургии в национальном медико-хирургическом центре имени Н. И. Пирогова // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова. - 2006. - Т. 1, № 1. - С. 28.

37. Тимербулатов, В. М. Терминология и классификация миниинвазивных операций / В. М. Тимербулатов, В. М. Сибаев, Р. Б. Сагитов // Клиническая и экспериментальная хирургия. - 2011 - № 1. - С. 89-99.

38. Ханов В.О. Миниинвазивные технологии в хирургическом лечении сочетанных заболеваний органов брюшной полости.: Дис. .докт.мед.наук.- Уфа.-2008.-С.115-142.

39. Хафизов Т.Н., Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И. и др. // Симультанные лапароскопические операции в абдоминальной хирургии. Эндоскопическая хирургия. - М., 2007. - №1. - С.97.

40. Харламов, Б. В. Холецистэктомия из минидоступа в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Харламов Борис Владимирович. - Москва, 2007. - 104 с.

41. Хатьков, И. Е. Методология внедрения малоинвазивных технологий в экстренную хирургию / И. Е. Хатьков, И. Е. Ходос, А. А. Панкратов // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - № 5. - С. 52-59.

42. Хирургия в клетчаточных пространствах через малые доступы / Ю. Т. Цуканов, А. Ю. Цуканов, В. В. Василевич [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2007. - Т. 13, № 2. - С. 37-45.

43. Холецистэктомия из малотравматичных доступов в лечении острого холецистита / А. И. Черепанин, Э. А. Галлямов, А. Ю. Бирюков, И. Микаелян, Д. Федоров // Хирургия. - 2010. - № 12. - С. 31-37.

44. Цуканов, Ю. Т. Варианты аппендэктомий через малые доступы при различной распространенности поражения отростка / Ю. Т. Цуканов, А. Ю. Цуканов, А. Н. Будинский // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - № 1. - С. 86-87.

45. Шулуток, А. М. Современные принципы хирургического лечения желчнокаменной болезни / А. М. Шулуток, В. Г. Агаджанов // 80 лекций по хирургии : учебно-практическое пособие / под ред. С. В. Савельева. - 2008. - С. 382.

46. Blute, M. L. Historical Perspectives of LESS and NOTES / M. L. Blute, S. Rais-Bahrami, L. Richstone M. D. // Scar-Less Surgery. - Springer : London, 2013. - P. 3-11.

47. Dimitrij Oscarovic Ott (1855-1929) «Die Ventroskopie» / M. Hatzinger, A. Fesenko, L. Biiger [et al] // Der Urologe. - 2013. - P. 1-5.

48. Giuliani, A. Perspectives : Where Shall We Be 20 Years from Now? / A. Giuliani, A. Patrì // Minimally Invasive Surgery of the Liver. - Springer : Milan,

2013.-P. 313-319.

49. Kelley, W. E. The evolution of laparoscopy and the revolution in surgery in the decade of the 1990s / W. E. Kelley // Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. - 2008. - Vol. 12, № 4. - P. 351-357.

50. Kobayashi, M. Surgical Navigation with Distance Sensation Using Force Feedback for Robotic Surgery / M. Kobayashi, I. Sato, R. Nakamura // Journal of Medical Imaging and Health Informatics. - 2013. - Vol. 3, № 1. - P. 120-124.

51. Merkulov, O. A. The role of computer-assisted navigation systems for endoscopic endonasal approaches to the skull base in children / O. A. Merkulov, M. A. Panyakina // От Леонардо Да Винчи к роботу «Да Винчи». - 2012. - Т. 7. - №. 1.-P. 37.

52. Minimally invasive and surgical management strategies tailored to the severity of acute diverticulitis / F. D. McDermott [et al.] // British Journal of Surgery. - 2014. - Vol. 101, № 1. . p. 90-99.

53. Mohan, H. M. Natural-orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) : Minimally Invasive Evolution or Revolution? / H. M. Mohan, J. M. O'Riordan, D. C Winter // Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 244-250.

54. Mohan, H. M. Natural-orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) : Minimally Invasive Evolution or Revolution? / H. M. Mohan, J. M. O'Riordan, D. C Winter // Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques. - 2013. - Vol. 23, № 3. - P. 244-250.

55. Multimedia article : Transvaginal laparoscopic cholecystectomy : laparoscopically assisted / M. Bessler, P. D. Stevens, L. Milone [et al.] // Surg Endosc. - 2008. - Vol. 22, № 7. - P. 1715-1716.

56. New hybrid approach for NOTES transvaginal cholecystectomy : preliminary clinical experience / L. A. Decarli, R. Zorron, A. Branco [et al.] // Surg Innov. - 2009. - Vol. 16, № 2. - P. 181-186.

57. Nezhat, C. Nezhat's Video-Assisted and Robotic-Assisted Laparoscopy and Hysteroscopy / C. Nezhat, F. Nezhat, C Nezhat. - 4th Edition. - USA :

Cambridge University Press, 2013 - 728 p.

58. Olivari N., Luerti M., Torzilli G. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and laparoscopically assisted vaginal hysteroadnexectomy. // Dept. of G. Surg., Hospital of Lodi.-Italy.-2007.

59. Olovyanny, V. D. O. Ott (1855 - 1929) - the founder of endoscopic surgery / V. Olovyanny, S. D. Glyantsev // Abstract book of the 10th World Congress of Endoscopic Surgery. - Berlin, 2006. - P. 29.

60. Podolsky, E. R. Single port access (SPA) surgery-a 24-month experience / E. R Podolsky, P. G. 2nd Curcillo // J. Gastrointest. Surg. - 2010. - Vol. 14, № 5. - P. 759-767.

61. Prasad, A. Single incision laparoscopic surgery / A. Prasad // World J. Gastroenterol. - 2010. - Vol. 16, № 21. - P. 2705-2706.

62. Single-incision laparoscopic cholecystectomy single institution experience and literature review / Y. Hirano, T. Watanabe, T. Uchida [et al] // World J. Gastroenterol. - 2010.- Vol.16, № 2.- P. 270-274.

63. Single-port-access (SPA) cholecystectomy : a multi-institutional report of the first 297 cases / P. G. 2nd Curcillo, A. S. Wu, E. R. Podolsky [et al] // Surg Endosc. - 2010. - Vol. 24, № 8. - P. 1854-1860.

64. Sutton, C. History of Power Sources in Endoscopic Surgery / C. Sutton, J. Abbott // Journal of minimally invasive gynecology. - 2013. - Vol. 20, № 3. - P. 271-278.

65. Swanstrom, L. L. Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery : The Future of Gastrointestinal Surgery / L. L. Swanstrom, Y. Khajanchee, M. A. Abbas // Perm J. - 2008. - Vol. 12, № 2. - P.42-47.

66. Tapping, D. Lean office demystified / D. Tapping, A. Dunn // Chelsea, MA : MCS Media, 2006.

67. Thomas, P. The professor lord Darzi interview // Lond J Prim Care. -2008.- Vol. 1.-P. 17-22.

68. Three-dimensional laparoscopy : a step toward advanced surgical navigation / N. C Buchs, F. Volonte, F. Puquin [et al] // Surgical endoscopy. -

2013. -Vol. 27, №2.-P. 692-693.

69. Transvaginal cholecystectomy (NOTES) combined with minilaparoscopy / C Dolz, J. F. Noguera, A. Martin [et al.] // Rev Esp Enferm Dig. -2007. - Vol. 99, № 12. - P. 698-702.

70. Syrakos T., Antonitsis P., Zacharakis E., Takis A., Manousari A., Bakogiannis K., Efthimiopoulos G, Achoulias I., Trikoupi A., Kiskinis D. / Small-incision (minilaparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in a university hospital // Langenbecks Arch. Surg.- 2004. - Vol. 389. (3). - P. 172-

71. Tyagi N.S., Meredith M., Lumb J. et al. A new minimally invasive technique for cholecystectomy. Subxiphoid "minimal stress triangle" microceliotomy // Ann. Surg. - 1994. - V.220. № 5. - P. 617-625.

72. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials / Ed. Spilker B. 2nd Edition. - Philadelphia: New-York Lippincott-Raven - 1996. - 1259 p.

73. Ware J.E., Sherbour CD. The MOS 36-item short form health survey: Conceptual framework and item selection. Medical Care - 1992. - Vol. - 30. P - 473-483.

74. WHO. Meeting of investigation on quality of life. // Geneva. - 1992.

75. Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg CD., Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Amer. J. Cardiol 1984. - Vol. - 54. P. - 908-913.

76. World Health Organization. Measurement of level of health: Report of a study group. WHO Technical Report Series. - 1957. - P. - 137.

77. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? World Health Forum. - 1996. - Vol. - 1. - P. 29.

78. Yelin E Measuring Functional Capacity of Persons with Disabilities in Light of Emerging Demands in the Workplace// NAP.- 1999. - P - 475.