

## НОВЫЕ МЕТОДЫ

© Аристархов В.Г., Гадзыра А.Н., Бирюков С.В. 2006  
УДК 617.5-089  
А 812

### К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА И «ВЫНУЖДЕННЫХ» СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЯХ

*В.Г. Аристархов, А.Н. Гадзыра, С.В. Бирюков*

Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова

**Основываясь на анализе историй болезней двух больных, в разное время оперированных в Рязанской городской клинической больнице № 11, демонстрируется значение рационального выбора оперативного доступа для уменьшения числа вынужденных симультанных операций.**

В последние годы отмечается тенденция к выявлению у больных сразу нескольких хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. По данным ВОЗ до трети больных в хирургических отделениях имеют по 2-3 сочетанных заболевания. Это, как правило, связано с нежеланием больных оперироваться в более ранние сроки, что приводит к «накоплению» болезней, которые становятся конкурентными [5].

Успехи в анестезиологии, реаниматологии, совершенствование хирургической техники, новые шовные материалы, новые возможности в диагностике заболеваний и предоперационной подготовке таких больных, - все это способствует расширению хирургической помощи и выполнению у них симультанных операций. Преимущество подобных операций заключается в том, что они избавляют больного сразу от 2-3 заболеваний, устраняют риск повторных вмешательств и возможных после каждого из них послеоперационных осложнений. Не стоит забывать и о положительном экономическом эффекте подобных операций [1,2,4,5].

В настоящее время не существует

общепринятой классификации симультанных операций, однако большинство авторов ссылается на классификацию, предложенную Л.И. Хнохом и И.Х. Фельтшиннером в 1976г [6].

#### Классификация симультанных операций

1. Абсолютные (куративные)
2. Превентивные
3. Профилактические
4. Диагностические
5. Вынужденные

Однако не каждая удачно выполненная симультанная операция является благом для больного. Это в полной мере относится к так называемым «вынужденным» вмешательствам из вышеприведенной классификации. В данном случае дополнительные мероприятия обусловлены диагностической неясностью, либо техническими погрешностями допущенными хирургами (случайное повреждение питающего сосуда, излишняя мобилизация органа), или же были связаны с удалением интактных органов. Зачастую причиной подобных операций является выбор неадекватного оперативного доступа [3,7].

В качестве примера приводим на-

блюдения двух больных в разное время оперированных в областном урологическом и хирургическом отделении №2 ГКБ №11 г. Рязани.

Больная Н, 53 лет поступила в областное урологическое отделение с жалобами на боли в левой поясничной области, субфебрилитет, тошноту, общую слабость. Данные жалобы в течение месяца. Консультирована хирургом Скопинской ЦРБ, выполнено УЗИ почек, брюшной полости. В проекции верхнего полюса левой почки лоцируется опухолевидное образование крупных размеров. С диагнозом: Опухоль левой почки? Опухоль хвоста поджелудочной железы? направлена в областное урологическое отделение ГКБ №11 г. Рязани. При обследовании: АД – 150/80, кризов нет; общ. анализ мочи: уд. вес 1020, реакция кислая, мутная, белок 0,132 г/л, эпителий плоский 4-6 в поле зрения, лейкоциты сплошь, оксалаты ++, слизь ++, бактерии ++; общ. и биохимический анализ крови без патологии. УЗИ почек: контуры нечеткие, Rs – 105x70мм., ТСП – 18мм., у верхнего полюса – объемное образование с нечеткими неровными контурами, неоднородной структуры р. 65x75мм.; Rd – 106x60мм., ТСП – 17мм., ЧЛС не расширены. При экскреторной урографии функция почки сохранена, почка смещена каудально. Больная подготовлена на операцию с диагнозом: Опухоль левой почки. 19.04.05 под наркозом произведена люмботомия слева, обнажена и с большими техническими трудностями выделена левая почка. При ревизии: в области верхнего полюса опухоль очень крупных размеров, дифференцировка которой затруднена в связи с высоким расположением. Выполнена нефрэктомия слева. Данные окончательного Гистологического исследования: почка обычного вида; опухоль – феохромоцитома с расстройством кровообращения и некрозами.

Известно, что недостатками внебрюшинных поясничных доступов, особенно без резекции XI ребра, является значительная глубина раны и острый угол наклона оси оперативного действия, ограничивающем визуализацию области операции, что сказывается при адреналэктомиях справа, так как манипуляции в узкой ране на большой глубине затруднительны [3]. Таким образом, выбор доступа, не обеспечивающего достаточного обзора операционного поля и удобства работы на оперируемом органе привел к выполнению вынужденной симультанной операции: левосторонней нефр- и адреналэктомии.

Больная Р., 62 лет, поступила в хирургическое отделение №2 с жалобами на стабильно повышенное АД (170-150/90-80мм. рт. ст.), с периодическими кризами до 280/140 мм. рт. ст., сопровождающимися дрожью, чувством страха, бледностью, похолоданием конечностей. Гипертония в течение 15 лет, последние несколько лет – кризовое течение. По УЗИ в области верхнего полюса левой почки лоцируется кистозное образование. Госпитализирована для уточнения диагноза. При обследовании: общие анализы крови, мочи, биохимические исследования крови без особенностей; суточная моча на катехоламины: адреналин 24,1, норадреналин 22,6, дофамин 94,8 (рис. 1, 2). УЗИ почек, надпочечников: контуры нечеткие, Rs 100x45мм., ТСП – 15мм., Rd 100x45мм., ТСП – 15мм., ЧЛС не расширены; слева: в паренхиматозном слое в верхнем полюсе кальцинаты р. 4мм. и 5мм., в средней части почки кальцинат 5мм.; у верхнего полюса округлое образование пониженной эхогенности, неоднородной структуры р. 63x62мм. Справа надпочечник отчетливо не лоцируется. КТ надпочечников: в проекции левого надпочечника объемное образование с кистозной дегенерацией 68x72мм. Экскреторная урография: функция левой почки

угнетена, мазки контраста слева определяются с 20 минуты, что вероятнее всего связано с дислокацией почки из-за объемного образования; функция справа сохранена. Больная подготовлена к операции: принимала  $\alpha$ -адреноблокаторы, проводились инфузии кристаллоидов. 24.03.05 под наркозом разрезом по Айрду-Хелману в левом подреберье вскрыта брюшная полость (рис. 3, 4). Мобилизован селезеночный угол толстой кишки. Обнажено забрюшинное пространство и обнаружена большая опухоль (10х6см.), располагающаяся между почечной веной (вентрально) и почечной артерией (дорсально). Путем порционного пересечения вокруг опухоли, последняя мобилизована с медиальной и латеральной стороны. Верхняя

часть опухоли освобождена после смещения тела и хвостовой части поджелудочной железы. При этом повреждена селезеночная вена, которая ушита. При окончательном выделении задней поверхности опухоли повреждена почечная артерия. Последняя ушита обвивным швом по Каррелю, кровоток восстановлен. Данные окончательного гистологического исследования: феохромоцитомы. Таким образом, отказавшись от традиционной в таких случаях люмботомии в пользу трансбрюшинного доступа, обеспечивающего хороший обзор и удобство работы хирурга, удалось при достаточно сложном анатомическом расположении опухоли произвести изолированную левостороннюю адреналэктомию.

Рис. 1. УЗИ картина опухоли левого надпочечника

Рис. 2. УЗИ картина опухоли левого надпочечника

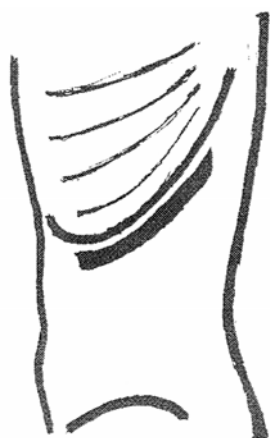


Рис. 3. Левосторонняя люмботомия

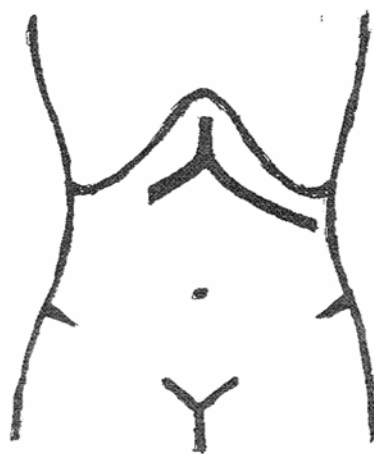


Рис. 4. Лапаротомия по Айрду-Хелману

Выбор наиболее рационального доступа является одним из важных моментов любой операции. Нельзя не согласиться с мнением Ю.А. Пытеля с соавторами, которые указывают, что «успех любой операции в известной степени обусловлен рационально выбранным

доступом, что позволяет во многом избежать осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах». Это, как показывает практика, позволяет в ряде случаев избежать бессмысленных «вынужденных» симуль-  
танных вмешательств.

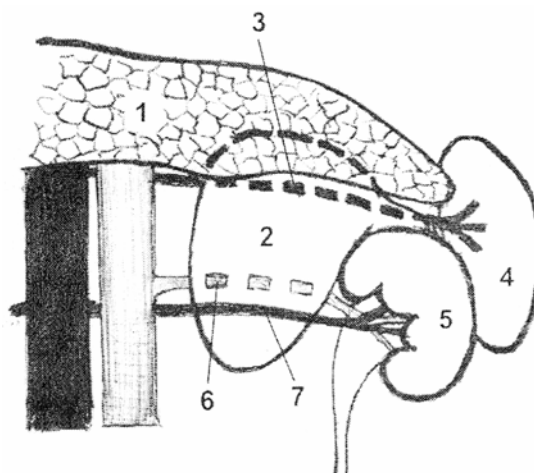


Рис. 5. Анатомия опухоли надпочечника (схема).

1. Поджелудочная железа.
2. Феохромацитомы.
3. Селезеночная вена.
4. Селезенка.
5. Почка.
6. Почечная артерия.
7. Почечная вена.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Сочетанные операции в условиях общехирургического стационара. Адрианов А.В.- М., 1998г.
2. Симультаные операции в эндокринной хирургии. Богатырев О.П., Калинин А.П., Сергеева Т.В. В кн. //Хирургия эндокринных желез – СПб., 1996г. С. 161-164.
3. Диагностика и хирургическое лечение артериальной гипертензии надпочечникового генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук./, Ильенко М.В. Бишкек, 2006.
4. Сочетанные операции в неотложной и плановой абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Мадагов Л.У./ – Ставрополь, 1999.
5. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. Маховский В.З. – Ставрополь, 2002.
6. Симультаные операции в брюшной полости Хнох Л.И., Фельтишнер И.Х.. //Хирургия.- 1976.- №4, С.75-79.
7. Внедрение одномоментных и сочетанных операций в хирургическую практику. Федоров В.Д //Анналы хирургии.- 2001., №4, С. 33-38.

#### TO THE QUESTION CONCERNING THE CHOICE OF SURGICAL APPROACH AND «FORCED» SIMULTANEOUS OPERATIONS

V.G. Aristarhov, A.N. Gadzira, S.V. Birukov

Based on the analysis of history of two patients' diseases, operated on in the Ryazan municipal training hospital №11 in different time, an importance of rational choice of an operational access for the reducing the number of forced simultaneous operations is demonstrated.