



СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Байбулатов Э.М.

Национальный центр онкологии МЗ КР,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ результатов симультанных вмешательств, выполненных 7-м больным, по поводу онкологических заболеваний органов мочеполовой системы, и других конкурирующих хирургических патологий.

БОЙРОКТҮН ЖАНА ЗААРА БЕЗИНИН РАГЫ МЕНЕН ООРУГАНДАРГА СИМУЛЬТАНДУУ ОПЕРАЦИЯ ЖАСОО

Байбулатов Э.М.

КР ССМ онкология улуттук борбору,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Заара-жыныс системасынын органдарынын онкологиялык оорулары жана бапка ушуга окшош хирургиялык оорулары бар 7 оорулууга жасалган симультандуу операциянын жыйынтыгына анализ жүргүзүлдү.

SIMULTANEOUS OPERATIONS OF PATIENTS WITH KIDNEY AND BLADDER CANCER

Baibulatov E.M.

National Oncology Center of the Ministry of Health in KR,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The analyses of simultaneous intervention results of seven patients with cancer of the urogenital tract, and other competing surgical pathology.

Злокачественные новообразования, по-прежнему остаются крайне актуальной проблемой человечества, и длительное время является ведущей причиной смертности во многих странах мира. В структуре смертности рак занимает третье место после сердечнососудистых заболеваний и травм. Злокачественные новообразования остаются одной из важных медико-социальных проблем. В Кыргызстане, как и в большинстве стран мира, отмечается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них. По опубликованным данным, число больных с впервые в жизни установленным диагнозом «злокачественное новообразование» и поставленных на учет в течении года за последние 10 лет увеличилось на 20%.

Часто основным методом лечения многих злокачественных новообразований органов брюшной полости является хирургический метод. Выполнение одномоментного

хирургического вмешательства на 2-х и более органах по поводу различных хирургических заболеваний называется симультанной операцией. В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению числа таких оперативных вмешательств. Это связано с совершенствованием методов обезболивания, использованием новых высокотехнологичных методов оперативных вмешательств и развитием реаниматологии, а также с прогрессом дооперационной и интраоперационной диагностики сочетанных заболеваний.

Преимущество симультанных операций заключается в одномоментном избавлении больного от нескольких хирургических заболеваний, а также от необходимости проводить повторную операцию, анестезиологическое пособие и риска возможных повторных послеоперационных осложнений. Не менее важен психический настрой больного на проведение однократного оперативного вмешательства при



сочетанной патологии

По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология отмечается у 20-30% пациентов хирургического профиля.

К сожалению, в настоящее время отсутствует общепринятое определение и классификация симультанных операций. Ни одна из существующих классификаций не отражает в полной мере характер и специфику всего разнообразия симультанных операций при различных заболеваниях. Выбор допустимого суммарного объема вмешательства недостаточно изучен и освещен в литературе. Ряд авторов настаивает на термине «сочетанные» операции, мотивируя тем, что одномоментные операции осуществляют бригады хирургов в одно и тоже время. Другие к симультанным операциям относят вмешательства при первично-множественных злокачественных опухолях. По нашему мнению, их следует относить к сочетанным оперативным вмешательствам. При симультанных операциях выделяют основной этап и сопутствующий. Которых может быть несколько. Операция основного этапа направлена на устранение наиболее опасного для жизни больного патологического процесса, а сопутствующего - на ликвидацию заболевания, выявленного в период до – или интраоперационного обследования.

К симультанным не относятся операции на двух или более органах, пораженных одним заболеванием, например: гнойно-воспалительное расплавление, множественные травматические поражения органов или операции, направленные на восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта и желчновыводящих путей. «Комбинированные» и «расширенные» операции, особенностью которых является увеличение объема вмешательства для лечения одного заболевания. Также нельзя отождествлять с симультанными операциями. Симультанные операции в хирургии известны давно. Аппендэктомия с овариоэктомией или резекция дивертикула Меккеля в сочетании с герниопластикой выполнялись в тридцатые годы прошлого столетия.

А.В.Вишневский в 1932г. под местной анестезией из люмботомического доступа удалил

правую пионефротическую почку, калькулезный желчный пузырь и пораженную раком правую половину толстой кишки. Исход благополучный. Урология как область медицины, занимающаяся оперативным лечением заболеваний органов мочеполовой системы, не осталась в стороне от общемировой тенденции в хирургии к росту числа симультанных операций. Особенно это заметно в онкоурологии. Сегодня обычной клинической практикой стала цистэктомия с последующей деривацией мочи в изолированный сегмент кишки (операция Бриккера), уретеросигмостомией и даже формированием кишечного мочевого резервуара и его аностомозом с уретрой для восстановления самостоятельного мочеиспускания. Однако операции, одномоментно выполняемые по поводу основного опухолевидного очага и конкурирующей хирургической патологии, все еще являются редкостью. Это связано как с большой технической сложностью, так и со значительным операционно-анестезиологическим риском таких вмешательств.

Несмотря на достижения в науке и медицине, в литературе мало данных о результатах симультанных операций, у онкологических больных с патологией мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями. Имеющиеся данные разрозненны, и чаще в виде демонстрации в отдельных случаях, что является на сегодняшний день одной из актуальных задач клинической онкологии

Цель нашей работы - обосновать возможность выполнения симультанных операций у онкобольных с патологией мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями.

Материал и методы

В хирургическом отделении №5 на базе Национального Центра Онкологии были изучены результаты симультанных операций 7-и больных, с 2002 по 2008 г.г. со злокачественными новообразованиями мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями. По данным ВОЗ за последние



годы (17лет) количество урологических больных, поступающих в специализированные стационары увеличилось с 2,8 до 6,6%. Стоит отметить, что с увеличением количества больных с фоновыми заболеваниями, растет и число конкурирующих хирургических патологий. Все это подтверждает актуальность вопроса оперативного лечения сочетанных хирургических заболеваний. Обращает на себя внимание, что часто сочетанные заболевания в нашем случае встречались в возрасте от 60 до 80 лет. Среди них преобладали женщины - 4(57,1%), мужчины - 3(42,9%). Фоновыми заболеваниями, при которых была произведена симультанная операция были : рак мочевого пузыря – 3 больных (42,8%), рак почки – 4 больных (57,2%)

Наиболее частыми симультантными хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости были: Удаление кисты яичника по поводу нагноившейся кисты- у 2 больных(28,5%), Пластика передней брюшной стенки по поводу вентральной грыжи – у 2 больных(28,5%); Резекция простаты по поводу аденомы простаты – у 1больного (14,2%); Холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита – у 1больного (14,2%); Вскрытие абсцесса по поводу абсцесса передней брюшной стенки – у 1 больного (14,2%). До симультанного хирургического вмешательства, специального лечения никто не получал

В послеоперационном периоде химиотерапию получили 2 больных (28,5%) из 7. Для выполнения симультантных операций очень важное значение имеет выбор оперативного доступа, который нередко приходится изменять во время вмешательства в зависимости от обнаруженных изменений в различных органах, нередко расположенных в отдаленных областях брюшной полости. В нашем случае из нижнесрединного доступа выполнено -3 операции (42,8%), из верхнесрединного доступа выполнено - 4 операции (57,2%). В случае расширения объема операции при расположении органов в разных анатомических областях в пределах брюшной полости требуется продление доступа. Наиболее сложные по объему операции потребовали продления разреза или перехода

на другой доступ в связи с расширением объема операции (1больной – 14,2%). Следует отметить, что при выполнении симультантных операций основным методом обезболивания был эндотрахеальный ингаляционный наркоз у всех исследуемых больных.

Авторы положительно отзываются о симультантных операциях, по скольку они имеют низкие показатели послеоперационных осложнений и летальности – до 6,3%.

Результаты

Одним из важных моментов решения вопроса о симультантных операциях является степень операционного риска. При учете степени риска мы придерживались классификации акад. РАМН Н.Н Малиновским и соав. Учитывая возраст больных старше 60 лет, объем и травматичность операции, особенность основного онкологического заболевания, характер и тяжесть сопутствующего конкурирующего заболевания, в нашем случае степень операционного риска является – IV степень.

Изучены результаты симультантных вмешательств и выживаемость у 7 больных.

Послеоперационные осложнения были у 2 больных(28,5%), связанные с кровотечением из почечной вены – 1 больного, эвентрация кишечника – у 1 больного. В последующем у этих больных был летальный исход, связанный с послеоперационными осложнениями. Пятеро больных (71,5%) продолжают жить и периодически наблюдаются по месту жительства. Средняя продолжительность после симультантных операций составило около 6 лет. Следовательно, симультантные операции у онкологических больных с патологией мочеполовой системы, с другими конкурирующими хирургическими заболеваниями оправданы и целесообразны. Неустраненное сочетанное заболевание или разделение этих операций на отдельные этапы может в последующем стать причиной развития осложненного течения. Таким образом, выполнение симультантных операций из одного хирургического доступа на жизненно важных органах забрюшинного пространства и брюшной полости, показывает



ряд объективных преимуществ симультанного хирургического вмешательства перед традиционными: один хирургический доступ, однократное анестезиологическое пособие, минимальная кровопотеря, значительное сокращение продолжительности оперативного вмешательства и послеоперационного течения, а также одномоментная коррекция проблемы социальной адаптации и качество жизни больного.

Литература

1. Баков В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. = Рязань, 2000.
2. Земляной А.Г., Малкова С.К. Симультанные операции на органах брюшной полости // Хирургия. – 1986; 3: 23-25.
3. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1999; 6: 54-56.
4. Маховский ВЗ, Ованесов Б Д., Агейчев В.Д. и др. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002; 7: 41-46.
5. Олифирова О.С., Омельченко В.А.,

Гончарук Г.В. и др. Симультанные операции в хирургической практике // Вести. хирургии. – 2002; 161 (5): 84-86.

6. Федоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику // Анн. хир. – 2001, 4: 23-38.
7. Федоров В.Д., Цвиркун В.В., Нешитов П.С. и др. Одномоментные сочетанные операции на почке и других органах // Хирургия. – 2001, 1: 22-26
8. Filiadis I., Hastazeris K., Tsimaris I. Simultaneous adenomectomy preperitoneal repair of inguinal hernias by a single incision with the application of polypropylene mesh // Int. Urol. Nephrol. – 2003; 35 (1): 19-24.
9. Gonzalez-Ojeda A., Anaya-Prado R., Fuentes-Orozco C. et al. Combined transurethral prostatectomy and mesh-based tension-free inguinal hernia repair // Hernia. – 2003; 7(3): 141-145.
10. Savino M., Musquera M., Plou J et al. Lithiasis in complete ureteral duplication and prostate cancer: combined surgery treatment // Arch. Ital. Urol. Androl. – 2003; 75 (3): 158-160.
11. Takagi H., Mori Y., Iwata H. Simultaneous operations for combined thoracic and abdominal aortic aneurysms // Surg. Today. – 2003; 33 (9): 674-678/