

УДК 616.6-053.8/9-089

КЛАССИФИКАЦИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

И.Г. Лешенко¹, О.И. Братчиков², В.В. Сливкин¹, Е.А. Шумакова²,
Н.А. Кречко¹, И.Ю. Лазарев¹, И.В. Шатохина³,

¹Первый НИИ реабилитации ветеранов войн НОУ ВПО «Медицинский институт "РЕАВИЗ"», г. Самара,

²ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет»,

³ООО «Клиника "Дализ"», г. Самара

Братчиков Олег Иванович – e-mail: bratov45@mail.ru

С 1995 по 2010 г. прооперированы в плановом порядке 1862 урологических пациента. Среди них плановые симультанные операции выполнены 229 (12,3%) больным. Возраст пациентов составил от 60 до 89 лет. Авторами предложена рабочая классификация симультанных операций у урологических больных пожилого и старческого возраста, которая предусматривает разделение симультанных операций на семь категорий – по характеру выполнения, числу операций, профилю заболевания, виду этапов операции, степени операционно-анестезиологического риска, объему и технологии выполнения. Она позволяет точнее определить показания к их выполнению, обеспечить адекватную подготовку больных и операционной бригады к операции, уточнить объем и последовательность выполнения этапов операции, выбрать наиболее рациональный доступ, унифицировать учет и отчетность.

Ключевые слова: урологические больные, пожилой и старческий возраст, симультанные операции, классификация.

From 1995 to 2010 were operated routinely 1862 urological patient. Among them planned simultaneous operations performed 229 (12,3%) patients. The age of patients ranged from 60 to 89 years. The authors proposed a working classification of simultaneous operations in elderly and senile urological patients, which provides simultaneous operations division into seven categories – the nature of execution, the number of operations, the profile of the disease, an operation stages, the degree of operational – anesthetic risk, volume and technology implementation. It allows you to better define the indications for their implementation, ensure adequate training of patients and the surgical team for the operation, to clarify the scope and sequence of the phases of the operation, choose the most efficient access to unify accounting.

Key words: urological patients, elderly age, simultaneous operations, classification.

Введение

Одним из ключевых вопросов, стоящих перед клиницистом, является разработка и апробация классификационной характеристики симультанных операций, в частности в гериатрической урологии. При этом, несмотря на существование вариантов классификаций симультанных операций в различных отраслях медицины (хирургии, гинекологии и др.), в доступной литературе нам не удалось найти сведений о классификации симультанных операций у урологических больных пожилого и старческого возраста.

Методической основой для разработки предлагаемой нами классификации симультанных операций у урологических больных пожилого и старческого возраста послужили работы отечественных и зарубежных авторов [1–10].

Цель исследования: с современных позиций клинической медицины разработать классификацию симультанных операций у урологических больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы

В урологических отделениях кафедры урологии Курского

государственного медицинского университета и Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн с 1995 по 2010 г. прооперированы в плановом порядке 1862 пожилых пациента. Среди них плановые симультанные операции выполнены 229 (12,3%) больным. Все больные – мужчины. Их возраст составил от 60 до 89 лет (средний возраст 74,1±5,2 года).

При обследовании и хирургическом лечении больных учитывали клинические рекомендации Российского общества урологов и Ассоциации медицинских обществ по качеству [11] и рекомендации отечественных и зарубежных специалистов [11–14]. При этом у каждого больного было выявлено от 2 до 6 сопутствующих заболеваний, которые требовали предоперационной коррекции.

В зависимости от выявленных сопутствующих заболеваний больным проводили тщательную предоперационную подготовку с применением всего арсенала медикаментозной и немедикаментозной терапии [11, 15, 16].

ТАБЛИЦА 1.
Распределение больных по тяжести и сочетанию операций (n=229)

Степень операционно-анестезиологического риска	Основные сочетания операций	Количество, %
Умеренная	Двухсторонняя операция Винкельмана	12 (5,3%)
	Односторонняя операция Винкельмана или циркумцизия, или эпидидимэктомия в сочетании с герниопластикой по поводу малой послеоперационной вентральной грыжи	3 (1,3%)
	Двухсторонняя операция Винкельмана с герниопластикой	3 (1,3%)
	Односторонняя операция Винкельмана в сочетании с односторонней паховой герниопластикой	1 (0,4%)
	Односторонняя операция Винкельмана в сочетании с циркумцизией	1 (0,4%)
	Всего	20 (8,7%)
Значительная	Одномоментная аденомэктомия в сочетании с паховой герниопластикой, с герниопластикой по поводу малой послеоперационной вентральной грыжи, с односторонней операцией Винкельмана, с циркумцизией, с орхэктомией, с эпидидимэктомией, с удалением кисты придатка или кисты семенного канатика	85 (37,4%)
	Трансуретральная резекция аденомы простаты в сочетании с цистолитотомией, с паховой герниопластикой, с герниопластикой по поводу малой послеоперационной вентральной грыжи, с односторонней операцией Винкельмана, с циркумцизией, с орхэктомией, с эпидидимэктомией, с удалением кисты придатка или кисты семенного канатика	44 (19,4%)
	Оптическая уретротомия в сочетании с цистолитотомией, с паховой герниопластикой, с герниопластикой по поводу малой послеоперационной вентральной грыжи, с односторонней операцией Винкельмана, с циркумцизией, с орхэктомией, с эпидидимэктомией, с удалением кисты придатка или кисты семенного канатика	37 (16,2%)
	Прочие	13 (5,6%)
	Всего	180 (78,6%)
Высокая	Одномоментная аденомэктомия в сочетании с двухсторонней паховой герниопластикой или с двумя другими вентральными грыжами малых размеров, с герниопластикой по поводу послеоперационной вентральной грыжи средних размеров, с двухсторонней операцией Винкельмана	19 (8,3%)
	Трансуретральная резекция аденомы простаты в сочетании с двухсторонней паховой герниопластикой или с двумя другими вентральными грыжами малых размеров, с герниопластикой по поводу послеоперационной вентральной грыжи средних размеров, с двухсторонней операцией Винкельмана	10 (4,4%)
	Всего	29 (12,7%)
	Итого	229 (100%)

Для определения степени операционно-анестезиологического риска плановых симультанных операций у пожилых больных нами использованы методики, рекомендуемые Американской ассоциацией анестезиологов (1961) и Московским научным обществом анестезиологов-реаниматологов (1989) [11, 15, 16].

Операции выполняли как традиционным способом (60%), так и с использованием эндоскопической техники (40%). При этом было 22 варианта сочетания операций как чисто урологических, так и в сочетании с хирургическими. Наиболее часто выполняли аденомэктомию (АЭ) по поводу АПЖ (45,7%) и трансуретральную резекцию (ТУР) простаты с другими операциями (23,8%), оптическую уретротомию (ОУТ) с другими операциями (16,2%), прочие операции (14,3%) (таблица 1).

Две операции выполнены 168 больным, три – 51, четыре – 9, пять – 1 (всего 529 операций).

В случаях, когда у наших пациентов по вышеизложенным критериям определяли крайне высокую степень операционно-анестезиологического риска, симультанную операцию считали противопоказанной и выполняли поэтапные операции с учётом клинической приоритетности имеющихся урологических заболеваний.

В работе использовали методы описательной статистики, корреляционного анализа, определение достоверности разницы между сравниваемыми величинами на основе расчета критерия Стьюдента. Разницу считали достоверной при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Детальный клинико-статистический анализ 229 плановых симультанных операций, выполненных у урологических больных пожилого и старческого возраста, позволил нам разделить их на следующие категории:

I. По характеру вмешательства:

1. Планируемые:

- по поводу заболеваний, диагностируемых на дооперационном этапе (аденомэктомия, ТУР и т. д.).

2. Вынужденные:

- обусловленные интраоперационными находками (орхэктомия при симультанном этапе – грыжесечении) и техническими причинами;

- связанные с интраоперационными осложнениями (при массивном кровотечении из ложа простаты выполняют перевязку внутренних подвздошных артерий).

3. Профилактические (во время чреспузырной аденомэктомии удаляют впервые выявленный полип мочевого пузыря, а затем выполняют симультанный этап – грыжесечение).

II. По числу операций (две, три и более).

III. По профилю заболевания:

1. Только урологические.

2. Урологические и другие (хирургические, сосудистые и другие).

IV. По виду этапов выполнения операции:

1. Основной этап (аденомэктомия, ТУР, оптическая уретротомия).

2. Сочетанный этап (сопутствующее урологическое заболевание: водянка яичка, дивертикул мочевого пузыря и т. д.).

3. Симультанный этап (сопутствующее хирургическое, сосудистое и другое заболевание).

V. По степени операционно-анестезиологического риска:

1. Незначительная (I степень).
2. Умеренная (II степень).
3. Значительная (III степень).
4. Высокая (IV степень).
5. Крайне высокая (V степень).

VI. По объему выполнения:

1. Радикальная (аденомэктомия, ТУР).
2. Паллиативная (бороздчатая резекция простаты, трансуретральное рассечение простаты, эпицистостомия).

VII. По технологии выполнения:

1. Обычным, традиционным способом.
2. С использованием малоинвазивных технологий (эндоскопические, мини-доступы и другие).
3. Смешанный вариант.

Иллюстрируем вынужденную симультанную операцию следующим клиническим наблюдением.

Больной С., 81 год, переведен из терапевтического отделения СОКГВВ в урологическое отделение госпиталя 04.06.07 г. с диагнозом: АПЖ II ст. Камень мочевого пузыря. Хронический пиелонефрит, активная фаза. Сопутствующие заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. ХСН II. Гипертоническая болезнь II ст. риск III. Хронический гастрит, ремиссия. Хронический дуоденит, ремиссия. Рак прямой кишки. Функционирующий противоестественный задний проход. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей II ст., окклюзия ПБА с двух сторон. Липома поясничного отдела. Атеросклероз. ДЭП II–III ст., вестибуло-атактический синдром. Поясничные остеохондроз, люмбагия. Больному предполагали выполнить малоинвазивную симультанную операцию с использованием контактной ударноволновой литотрипсии для фрагментации и удаления камня мочевого пузыря и ТУР аденомы простаты. Однако после ТУР в ходе литотрипсии острый край одного из фрагментов раздробленного камня повредил ткань простаты и возникло интенсивное кровотечение. В ход операции внесена коррекция и выполнена эпицистостомия. Из мочевого пузыря удалены 12 конкрементов, а затем в связи с продолжающимся кровотечением произведена аденомэктомия. Таким образом, в ходе симультанной операции выполнены: двухсторонняя вазотомия, ТУР аденомы простаты, контактная литотрипсия камня мочевого пузыря, одномоментная АЭ, эпицистостомия. В послеоперационном периоде развился цистит, который купирован адекватной терапией. Мочепузырный свищ закрылся самостоятельно, рана зажила первичным натяжением. Восстановлено самостоятельное мочеиспускание, свищ закрылся полностью на 22-е сутки. Гистология № 19983: аденоматозно-стромальная гиперплазия предстательной железы.

В приведенном клиническом наблюдении оперирующий уролог по совокупности данных предоперационного обследования планировал выполнить относительно малоинвазивную симультанную операцию с использованием ТУР простаты и КУЛТ. Однако возникшее интраоперационное кровотечение вследствие непредвиденной технической ошибки (ранение ткани простаты) побудило изменить план операции – выполнить вынужденную операцию – чреспузырную АЭ.

Следующий клинический пример иллюстрирует профилактическое симультанное вмешательство.

Больной Д., 76 лет, поступил в урологическое отделение 20.10.2007 г. с жалобами на учащенное мочеиспускание вялой струей, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Больным себя считает 15 лет, амбулаторно лечился растительными и гомеопатическими препаратами, ухудшение последние 2 года. При обследовании выставлен диагноз: АПЖ II ст. Левосторонняя прямая вправимая паховая грыжа. Хронический пиелонефрит, активная стадия. Атеросклеротический кардиосклероз. ИБС Н I. Экстрасистолия. Гипертоническая болезнь II ст. Атеросклероз мозговых сосудов. ДЭП II ст.

02.11.2007 г. операция: двухсторонняя вазорезекция, чреспузырная АЭ, при этом впервые выявлен полип мочевого пузыря, произведена профилактическая резекция полипа. Грыжесечение с пластикой паховых ворот по Лихтенштейну. Интраоперационная кровопотеря – 60 мл. Продолжительность операции – 1 час 30 минут.

Умеренная гематурия сохранялась 6 дней. Постепенно состояние нормализовалось. Восстановилось самостоятельное мочеиспускание. Раны зажили первичным натяжением. Выписан с выздоровлением.

Соотношение плановых, вынужденных и профилактических операций составило соответственно 95,60%, 3,10% и 1,30% (рис. 1).

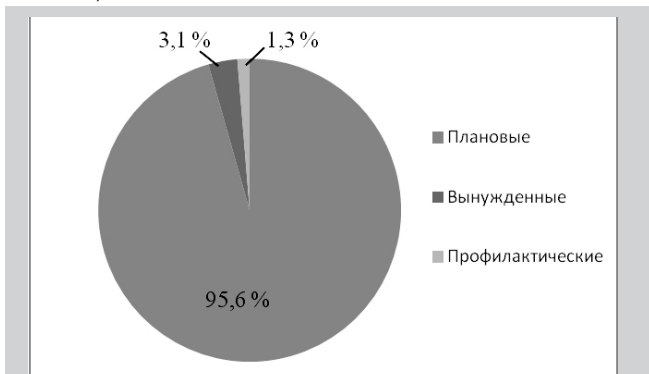


РИС. 1.
Распределение операций по характеру выполнения.

По числу операций выделяли двух- (59,10%), трех- (22,20%), четырех- (17,00%) и пятиэтапные (1,70%) (рис. 2).

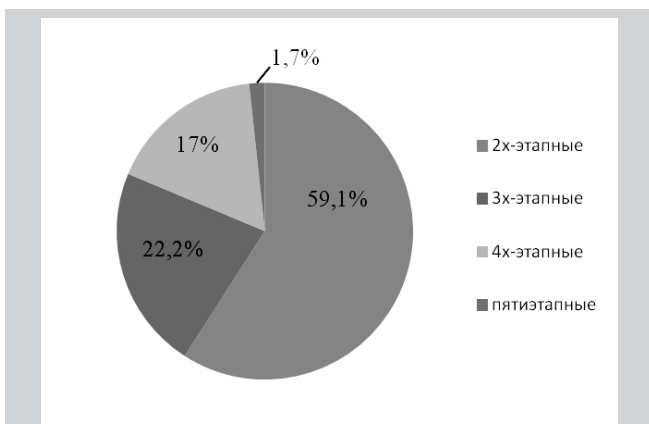


РИС. 2.
Распределение больных по числу операций.

По профилю заболевания выделяли только урологические (88,60%) и смешанные урологические и хирургические (11,40%) (рис. 3).

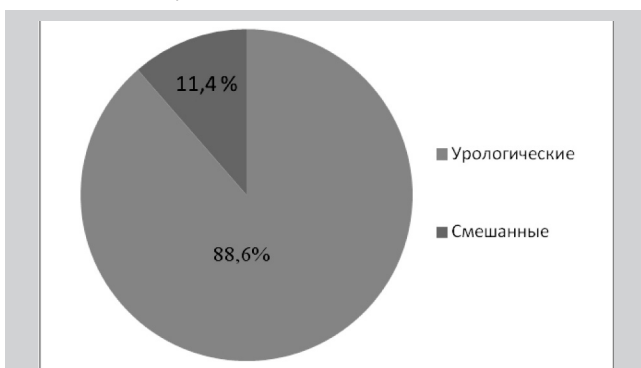


РИС. 3.
Распределение больных по профилю заболеваний.

По виду выделяли операции основного, сочетанного и симультанного этапов. При этом сочетанные операции выполнили 88,60% больным, у 11,40% операции были симультанные (рис. 4).

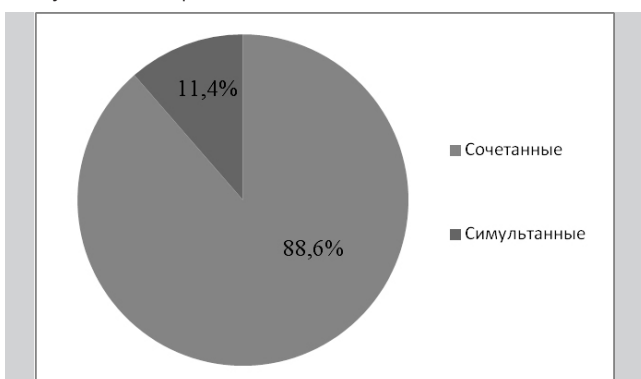


РИС. 4.
Распределение больных по виду операций.

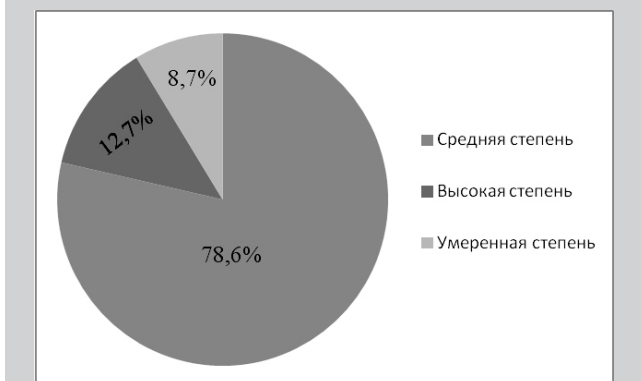


РИС. 5.
Распределение больных по степени операционно-анестезиологического риска.

Мы согласны с мнением авторов [2, 5] о том, что кроме термина «симультанная операция», отвечающего за одновременные операции, признано считать, что «сочетанным» этапом симультанной операции являются вмешательства, выполненные в пределах одной специальности (напри-

мер, после аденомэктомии – операция Винкельмана). А «симультанным» этапом является операция, выполненная в рамках другой специальности (например, после аденомэктомии – грыжесечение).

По степени операционно-анестезиологического риска дифференцировали на операции с незначительной, умеренной, значительной, высокой и крайне высокой степенью риска. Больных с незначительной степенью операционно-анестезиологического риска не было, с крайне высокой степенью риска симультанные операции были противопоказаны. В итоге с умеренной степенью риска прооперировали 8,70% больных, со значительной степенью – 78,60%, с высокой – 12,70% (рис. 5).

По объему операции дифференцировали на радикальные (100%) и паллиативные (0%).

Различия по технологии выполнения: обычным способом – 59,50%, смешанный вариант – 37,10%, с использованием малоинвазивных технологий – 3,40% (рис. 6).



РИС. 6.
Распределение больных по технологии выполнения операций.

Предложенная рабочая классификация симультанных операций у урологических больных пожилого и старческого возраста предусматривает разделение симультанных операций на семь категорий – по характеру выполнения, числу операций, профилю заболевания, виду этапов операции, степени операционно-анестезиологического риска, объему и технологии выполнения. Она позволяет точнее определить показания к операции, обеспечить адекватную подготовку операционной бригады, выбрать наиболее рациональный доступ, методику её выполнения, уточнить объем и последовательность выполнения этапов операции. Полагаем, что эта классификация дает возможность выявить тенденцию развития технологии урологических симультанных операций, унифицировать учет и отчетность работы специализированных гериатрических стационаров.

Выводы

1. Среди урологических больных пожилого и старческого возраста 12,3% нуждаются в выполнении симультанных операций.

2. Симультанные операции у урологических больных пожилого и старческого возраста необходимо классифицировать на семь категорий – по срокам выполнения, числу операций, профилю заболевания, виду этапов

операции, степени операционно-анестезиологического риска, объема и технологии выполнения.

3. Показанием к выполнению симультанных операций у пожилых урологических пациентов является наличие патологии, требующей хирургической коррекции. Симультанные операции у этих больных носят плановый (95,6%), вынужденный (3,1%) и профилактический (1,3%) характер ($p < 0,05$).

4. Использование разработанной классификации симультанных операций у урологических больных пожилого и старческого возраста в работе специализированных гериатрических стационаров даст возможность выявлять тенденции их развития, уточнять показания к применению, обеспечивать адекватную подготовку больных и хирургической бригады к операции, унифицировать отчетность.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.** Братчиков О.И., Амбарян А.А., Шумакова Е.А., Хмарук А.П., Трифонов Е.Ю. Морфология стенки мочевого пузыря у больных аденомой предстательной железы в поздней стадии // *Мат. XII Рос. съезда урологов, Москва, 18-21 сентября 2012*, С. 15.
Bratchikov O.I., Ambarjan A.A., Shumakova E.A., Hmaruk A.P., Trifonov E.Ju. Morfologija stenki mochevogo puzyrja u bol'nyh adenomnoj predstatel'noj zhelezy v pozdnej stadii // Mat. XII Ros. s'ezda urologov, Moskva, 18-21 sentjabrja 2012, S. 15.
- 2.** Пушкин С.Ю., Белоконов В.И. Лечение больных при сочетании вентральной грыжи со спаечной болезнью брюшной полости и свищами желудочно-кишечного тракта. *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2010. Т. 20. № 5. С. 16.
Pushkin S.Ju., Belokonev V.I. Lechenie bol'nyh pri sochetanii ventral'noj gryzhi so spaечноj boleznyu brjushnoj polosti i svishhami zheludochno-kishechnogo trakta. Ros. zhurn. gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2010. T. 20. № 5. S. 16.
- 3.** Хамидов А.И., Магомедов М.П. Симультанные оперативные вмешательства в хирургической практике. *Клинич. хирургия*. 1990. № 1. С. 50-52.
Hamidov A.I., Magomedov M.P. Simul'tannye operativnye vmeshatel'stva v hirurgical'eskoj praktike. Klinich. hirurgija. 1990. № 1. S. 50-52.
- 4.** Хнох Л.И., Фельтшинер И. Х. Симультанные операции в брюшной полости. *Хирургия*. 1976. № 4. С. 75-79.
Hnox L.I., Fel'tshiner I.H. Simul'tannye operacii v brjushnoj polosti. Hirurgija. 1976. № 4. S. 75-79.
- 5.** Федоров А.В., Кригер А.Г., Колыгина А.В., Кочатков А.В. Одномоментные операции. *Хирургия*. 2011. № 7. С. 72-76.
Fedorov A.V., Kriger A.G., Kolygina A.V., Kochatkov A.V. Odnomomentnye operacii. Hirurgija. 2011. № 7. S. 72-76.
- 6.** Яковлев О.Г., Лещенко И.Г., Сливкин В.В. Симультанные урологические операции у ветеранов войн. Самара: АЗИМУТ, 2012.
Jakovlev O.G., Leshhenko I.G., Slivkin V.V. Simul'tannye urologicheskie operacii u veteranov vojn. Samara: AZIMUT, 2012.
- 7.** Piazzese E. et al. Incidence, predisposing factors, and results of surgical treatment of incisional hernia after orthotopic liver transplantation. *Transplant. Proc.* 2004. Vol. 36. № 10. P. 3097-3098.
- 8.** Kamer E. Laparoscopic cholecystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair: A retrospective study. *J. Postgrad Med.* 2007. Vol. 53. № 3. P. 76-180.
- 9.** Martin D.F. Ventral mesh in umbilical epigastric hernia repairs: clinical outcomes and complications. *Hernia*. 2008. Vol. 12. № 4. P. 379-383.
- 10.** Nielsen M.E., Walsh P.C. Systematic detection and repair of subclinical inguinal hernias at radical retropubic prostatectomy. *Urology*. 2005. Vol. 66. P. 1034-1937.
- 11.** Клинические рекомендации. Урология / под ред. Н.А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 368 с.
Klinicheskie rekomendacii. Urologija / pod red. N.A. Lopatkina. M.: GJeOTAR-Media, 2007. 368 s.
- 12.** Alsikafi N.F., Gerber G.S. Bilateral metachronous testicular seminoma associated with microlithiasis. *J. Urol.* 1998. № 159. P. 1643-1644.
- 13.** Brawer M.K. Diagnosis of lower urinary tract symptoms. *Med. Special. Report*. 1999. P. 1996-2233.
- 14.** Isaacs J.T., Coffey D.S. Etiology and disease process of benign prostatic hyperplasia. *Prostate*. 1989. № 26. P. 33-50.
- 15.** Лещенко И.Г., Галкин Р.А. Руководство по хирургическим болезням пожилых. Самара: Перспектива, 2004.
Leshhenko I.G., Galkin R.A. Rukovodstvo po hirurgical'eskim boleznyam pozhilyh. Samara: Perspektiva, 2004.
- 16.** Урология: нац. рук. / под ред. Н.А. Лопаткина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1024 с.
Urologija: nac. ruk. / pod red. N.A. Lopatkina. M.: GJeOTAR-Media, 2009. 1024 s.