

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В.А. Белобородов, О.С. Олифирова, С.П. Шевченко

Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф.
И.П. Артюхов; Амурская государственная медицинская академия, ректор –
д.м.н., проф. В.А. Доровских;

МУЗ ГКБ №1 г. Новосибирска, гл. врач – В.Ф. Коваленко.

Резюме: *представлены основные сведения о сути симультанных операций и возможностях их выполнения при заболеваниях разных органов и желез в современной хирургической практике. Описан исторический аспект этого вопроса, существующие классификации симультанных операций и мнения ведущих специалистов России и других стран.*

Ключевые слова: *симультанные операции, научный обзор.*

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 «симультаный» 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».

Впервые в 1976 году в отечественной литературе применили этот термин и дали определение симультаным операциям Л.И. Хнох и И.Ф. Фельтшинер [34]. Симультаными 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 симультаные операции выполнялись уже в начале XX века, но чаще вынужденно при множественных ранениях военного и мирного времени. В отдельных случаях выполняли и плановые симультаные вмешательства. А.В. Вишневским были опубликованы две статьи об «одномоментной через один разрез операции пришивая 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 симультаных 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 ис-

следования 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. Pichmaur [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 M. 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] разделяют 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. Тоскин 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, *симультанный* – 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 отмечают разные подходы к выполнению симультанных плановых и экстренных операций.

Большинство российских хирургов считают, что число экстренных симультанных 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 соавт. [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. Этим 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 следу-

ет 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 гепатобилиарной 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].

Информация о симультанных операциях у больных с заболеваниями щитовидной железы (ЩЖ) немногочисленна. А.П. Калинин [7] отмечал, что различные виды симультанных операций в хирургической эндокринологии – особый ее аспект, требующий специального рассмотрения, которому в последние годы, как и в других областях хирургии, уделяется значительное внимание.

Упоминания о симультанных операциях на ЩЖ и других органах впервые встречаются в работах О.Б. Милонова с соавт. [15], Н.Н. Малиновского с соавт. [11]. Вмешательство на ЩЖ сопряжено с необходимостью второго оперативного доступа, что может отягощать течение послеоперационного периода за счет большей травматичности по сравнению с операциями, выполненными из одного доступа [15]. С другой точки зрения, это может быть объяснено нежеланием

хирургов «действовать» в условиях поражения органа, патология которого может изменить адаптацию больного к операционной травме [16]. Как показали последующие исследования, существенных гормональных изменений после операций на ЩЖ не происходит, поэтому, как правило, не требуется дополнительной коррекции во время выполнения хирургического вмешательства и в раннем послеоперационном периоде [17].

О необходимости внедрения симультанных операций при патологии ЩЖ сообщали многие [15, 17, 23, 25, 21, 39, 41, 43, 51, 53]. Сочетанные заболевания при патологии ЩЖ чаще имеют случайный характер (грыжи, доброкачественные новообразования, варикозное расширение вен). С другими заболеваниями, по мнению некоторых авторов, существует патогенетическая связь. В частности, при синдроме Сиппла [8], нарушении функции ЩЖ и желчнокаменной болезни [7, 21, 25], заболеваниях молочных желез и женских гениталий [17], язвенной болезни [7, 16]. Однако эти связи прослеживаются не у всех больных и недостаточно четко аргументированы.

В одной из первых публикаций по этому вопросу К.И. Мышкин с соавт. [16] обобщили десятилетний опыт выполнения симультанных операций у 122 больных с заболеваниями ЩЖ. Авторы указывали на необходимость предоперационной подготовки, направленной на достижение сбалансированности функционирования эндокринной системы и ликвидацию, при необходимости острых проявлений сопутствующих заболеваний. Все больные были оперированы в плановом порядке с разнообразной хирургической патологией: варикозным расширением вен, грыжами, калькулезным холециститом, доброкачественными опухолями, заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки.

А.Ф. Романчишен с соавт. [23] выполнили симультанные операции у 24 больных. Авторами была предложена классификация симультанных операций на ЩЖ, которая включала их разделение на три группы. Первая группа – травматичность операции на ЩЖ превышала таковую при вмешательстве на другом органе (удаление доброкачественных опухолей наружной локализации).

Вторая группа – операция на ЩЖ равнозначна по тяжести вмешательству на другом органе (холецистэктомия, грыжесечение, резекции молочной железы). Третья группа – вмешательство на другом органе более травматично по сравнению с операцией на ЩЖ (резекция желудка, нефрэктомия). Необходимыми условиями для проведения симультанных операций при заболеваниях ЩЖ являются высокая квалификация хирурга, хорошее оснащение клиники с высоким уровнем анестезиолого-реанимационной службы, отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний. Авторы считают, что целесообразно начинать совмещенные вмешательства с операции на ЩЖ, так как при них можно точнее прогнозировать время и объем вмешательства. Наконец, при сочетании рака ЩЖ и доброкачественных заболеваний других органов, второй этап оперативного лечения при определенных условиях может быть отложен. Отмечается, что симультанные операции на ЩЖ и других органах предпочтительно выполнять в плановом порядке при эутиреоидном состоянии. Однако приводят примеры выполнения экстренных операций: резекций желудка по поводу перфоративных и кровоточащих язв с одновременными операциями на ЩЖ в связи с токсическим зобом.

В последние годы во многих клиниках [7,21,23] выполняются операции, позволяющие одномоментно устранить патологию ЩЖ и желчевыводящих путей, что обосновывается имеющейся патогенетической связью между заболеваниями ЩЖ и желчекаменной болезнью. Гипофункция ЩЖ ведет к гиперхолестеринемии, гиперкальциемии и развитию дискинезии желчных путей по гипокинетическому типу [25]. Эти факторы способствуют развитию и поддержанию застойных и воспалительных процессов в стенке желчного пузыря и камнеобразованию в его просвете [21,23]. С.С. Слесаренко и М.А. Коссович [25] провели анализ результатов лечения 137 больных, оперированных по поводу тиреоидной и билиарной патологии. Большинство составили больные с аутоиммунным тиреоидитом и раком ЩЖ, которые, как правило, сопровождаются гипофункцией ЩЖ. Холецистэктомию выполняли преимущественно лапароскопическим

способом или через мини-доступ, что позволяло снизить операционную травму и достичь хороших функциональных и косметических результатов. Учитывая патогенетическую связь между указанными заболеваниями ЩЖ и желчнокаменной болезнью, эти операции они называют «ассистированными», а не симультанными. По мнению авторов, операция должна начинаться с лапароскопической холецистэктомии.

М.П. Павловским с соавт. [21] симультанные операции были выполнены 28 больным с патологией ЩЖ и калькулезным холециститом. Авторы отдают предпочтение первоначальному выполнению лапароскопической холецистэктомии, и лишь у больных токсическим зобом первым этапом являлась операция на ЩЖ. По мнению авторов, симультанные операции показаны при отсутствии тяжелого тиреотоксикоза и необходимости лимфаденэктомии.

А.Г. Оганян [21] проанализировал опыт хирургического лечения у 115 больных. При отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний показаниями к оперативному лечению являлись сочетание тиреоидной патологии и другие заболевания: доброкачественные опухоли мягких тканей, грыжи разных локализаций, хронический калькулезный холецистит, заболевания паращитовидных и молочных желез, заболевания матки и придатков. Автором были предложены алгоритмы обследования и лечения этой группы больных. Оптимальным видом анестезии являлся эндотрахеальный наркоз. Операции на ЩЖ целесообразнее выполнять основным этапом. Это позволяет более точно прогнозировать объем и продолжительность вмешательства, избежать возможного взаимоинфицирования тканей. В случаях сочетания заболеваний ЩЖ с доброкачественными заболеваниями, грыжами различных локализаций при необходимости операция по поводу сочетанной патологии может быть отсрочена. Кроме того, при наличии у больного патологии ЩЖ и хронического калькулезного холецистита, возникшие во время лапароскопической холецистэктомии трудности могут потребовать конверсии с вмешательством на желчных протоках, после чего операция на ЩЖ будет нежелательна.

За рубежом сочетанные операции на ЩЖ применялись преимущественно из одного доступа на шее для одновременного лечения гиперпаратиреоза [39, 43, 46, 51, 53]. U. Wolfhard et al. [54] сообщили о симультанных вмешательствах на сердце и ЩЖ у 14 больных за период 1988 по 1994 годы. Авторы обращали внимание на анатомическую близость этих органов и отмечали их положительный эффект оперативного лечения.

Таким образом, несмотря на немногочисленность публикаций по этой проблеме, всеми авторами подчеркивается целесообразность и экономическая эффективность симультанных операций на ЩЖ и других органах [16, 17, 19, 21, 25, 39, 43, 46, 51, 53, 54].

Показаниями к оперативному лечению заболеваний ЩЖ являлись рост узлового образования ЩЖ, компрессия органов шеи, токсический зоб с тиреотоксикозом легкой или средней степени тяжести, подозрение на малигнизацию, рак ЩЖ I – II стадии [16, 19, 21, 25]. Противопоказаниями являются: рак ЩЖ с регионарными метастазами, токсический зоб с тяжелым тиреотоксикозом, пожилой и старческий возраст (свыше 60 лет), тяжелую сопутствующую патологию, гнойно-воспалительные процессы, большой объем и травматичность сочетанной операции на другом органе, а также неуточненная сопутствующая хирургическая патология [16, 19, 21, 25].

Все авторы отмечали, что симультанные операции на ЩЖ должны выполняться только в плановом порядке и показания к ним должны быть веско аргументированы [16, 17, 19, 21, 25, 39, 53, 54]. Наиболее предпочтительно сочетание малых и средних, двух средних операций [16, 17, 19, 21, 25]. В качестве сочетанных операций рационально использовать малоинвазивные методы (эндовидеоскопические, мини-доступы, ненатяжные виды герниопластик) [16, 17, 19, 21, 25]. Применение малоинвазивных методик при симультанных операциях способствует снижению травматичности оперативного вмешательства и благоприятному течению раннего послеоперационного периода [16, 17, 19, 21, 25].

Таким образом, вопрос последовательности выполнения операций следует решать индивидуально и исходить с позиций первоочередного устранения основного заболевания, так как в случае возникновения каких-либо осложнений операции или наркоза, операция по поводу сочетанного заболевания может быть отложена без существенного ущерба для здоровья больного. С точки зрения некоторых авторов [16, 17, 19, 23] симультанную операцию целесообразнее начинать с операции на ЩЖ как более прогнозируемого и «чистого» этапа. Применение симультанных операций на ЩЖ особенно актуально в зонах зобной эндемии [19]. Продолжительность хирургического вмешательства увеличивается незначительно, а экономическая эффективность не вызывает сомнений [16, 17, 19, 21, 23, 25]. Кроме того, одномоментная хирургическая коррекция заболеваний ЩЖ и других органов не сопровождается ростом послеоперационных осложнений и позволяет достичь хороших результатов лечения [16, 17, 19, 21, 23, 25].

Литература

1. Алипьев В.Ю., Сорогин А.Б. О целесообразности сочетанных операций у проктологических больных // Хирургия. – 2000. – №1. – С. 41-43.
2. Аристархов В.Г., Бирюков С.В., Гадзыра А.Н. Опыт проведения одномоментных сочетанных операций у больных с артериальной гипертензией надпочечникового генеза // Совр. аспекты хир. эндокринол.: мат. XV Росс. симп. по хир. эндокринол. – Рязань, 2005. – С. 24-26.
3. Баулина Н.В., Баулина Е.А. Симультанные операции в хирургии и гинекологии // Вест. хирургии. – 2004. – Т. 163, №2. – С. 87-90.
4. Бударин В.Н. Симультанная лапароскопическая операция // Хирургия. – 1998. – №12. – С. 57.
5. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А., Сафронов В.В. и др. Сочетанные операции при холелитиазе // Хирургия. – 1999. – № 8. – С. 37-39.
6. Земляной А.Г., Малкова С.К. Симультанные операции на органах брюшной полости // Хирургия. – 1986. – № 3. – С. 23-25.

7. Калинин А.П. «Перекрестки» эндокринологии и гастроэнтерологии. – М: МОНИКИ, 1997. – С.28-56.
8. Казеев К.Н., Куртаев Л.В., Джикия Т.С. и др. Семейные формы хромаффинном // Пробл. эндокринол. – 1983. – № 3. – С. 40-43.
9. Луцевич Э.В., Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В. Сочетанные операции при гастродуоденальных язвах // Хирургия. – 1997. – №1. – С. 18-20.
10. Магдиев Т.Ш. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1999. – №6. – С. 54-55.
11. Малиновский Н.Н., Савчук Б.Д., Агейчев В.А. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике // Хирургия. – 1983.-№ 2. – С. 63-68.
12. Маховский В.З. Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники // Хирургия. – 1992. – № 4. – С. 47-52.
13. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Мадагов Л.А. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии // Хирургия. – 2002. — №7. – С. 41-46.
14. Маховский В.З., Ованесов Б.Т., Маховский В.В. и др. Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты ее хирургического лечения // Хирургия. – 2006. – №5. – С.18-22.
15. Милонов О.Б., Черноусов А.Ф., Смирнов В.А. и др. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1982. – №12. – С. 89-93.
16. Мышкин К.И. Опыт симультанных операций при заболеваниях щитовидной железы // Вест. хирургии. – 1991. – №5. – С. 47-48.
17. Оганян А.Р. Симультанное хирургическое лечение больных с сочетанной патологией щитовидной железы и других органов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 25 с.
18. Олифирова О.С., Омельченко В.А., Гончарук Г.В. и др. Симультанные операции в хирургической практике // Вест. хирургии. – 2002. – Т.161, №5. – С.84-86.

19. Олифирова О.С., Яновой В.В., Каргаполов Ю.А. Симультантные операции при патологии щитовидной железы в Амурской области // Совр. аспекты хир. эндокринол.: мат. XV Росс. симп. по хир. эндокринол. – Рязань, 2005. – С. 239-242.
20. Островский Ю.П., Жарков В.В., Андрущук В.В. и др. Первый опыт проведения симультанного хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями и конкурирующей ишемической болезнью сердца в республике Беларусь // Грудная и серд.-сосуд. хирургия. – 2003. – №4. – С. 38-41.
21. Павловский М.П. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы и симультанная лапароскопическая холецистэктомия // Совр. аспекты хир. эндокринол.: мат. 11-го Росс. симп. – С-Пб, 2003. – С. 172-174.
22. Поташов Л.В., Седов В.М. Сочетанные оперативные вмешательства // Хирургия. – 1979. – №8. – С. 6.
23. Романчишен А.Ф. Симультантные операции у больных с заболеваниями щитовидной железы // Вест. хирургии. – 1999. – №2. – С. 51-54.
24. Седлецкий Ю.А., Гостевской А.А., Мирчук К.К. Сочетанные операции при лечении крайних форм ожирения // Вест. хирургии. – Т.156, №1. – С.50-53.
25. Слесаренко С.С. Сочетанные малоинвазивные операции при патологии щитовидной железы и желчекаменной болезни // Эндоскоп. хирургия. – 2001. – №5. – С. 46- 51.
26. Стебунов С.С., Занько С.Н., Лызилов и др. Симультантные операции при лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хирургия. – 1998. – №3. – С. 18-21.
27. Успенский Л.В., Кургузов О.П., Кузин Н.М. и др. Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1990. – №2. – С. 60-66.
28. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультантные операции –название и определение // Вест. хирургии. – 1981. – № 5-6. – С. 9.

29. Федоров В.Д. Среднетяжелые и тяжелые одномоментные сочетанные операции // Хирургия. – 1993. – №3. – С. 3-7.
30. Федоров В.Д., Будаев К.Д., Назаренко Н.А. и др. Одномоментная резекция 7 органов при раке восходящей ободочной кишки // Хирургия. – 1998. – № 11. – С. 5558.
31. Федоров В.Д., Цвиркун В.В., Нешитов С.П. и др. Одномоментные сочетанные операции на почке и других органах // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 22-26.
32. Федоров В.Д. Внедрение одномоментных сочетанных операций в хирургическую практику // Анналы хирургии. – 2001. – №4. – С. 23-38.
33. Хатьков И.Е., Николенко А.А., Даценко В.С. Опыт проведения симультанных операций в лапароскопической хирургии // Эндоскоп. хирургия. – 1997. – № 4. – С. 26-27.
34. Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х. Симультанные операции в брюшной полости // Хирургия. – 1976. – № 4. – С. 75-79.
35. Яковлев С.И., Кравчук Ж.Н., Воленко А.В. Одномометная резекция желудка, слепой и сигмовидной кишок по поводу первично-множественного рака // Хирургия. – 1998. – № 12. – С. 58.
36. DeBrock B.J., Davis B.E., Noble M.J. et al. Combined cholecystectomy and radical genitourinary cancer surgery // Urology. – 1993. – Vol. 41, N. 2. – P. 103-106.
37. Esho J.O., Ntia I.O., Kuwong M.P. Synchronous suprapubic prostatectomy and inguinal herniorraphy // Eur. Urol. – 1988. – Vol. 14. – P. 96.
38. Filiadis I., Hastazeris K., Tsimaris I. Et al. Simultaneous adenomectomy and preperitoneal repair of inguinal hernias by a single incision with the application of polypropylene mesh // Int. Urol. Nephrol. – 2003. – Vol.35, N. 1. – P. 19-24.
39. Friedrich J. Simultaneous interventions of the thyroid gland in primary hyperparathyroidism // Zentralbl Chir. – 1995. – Vol. 120, N. I. – P. 43-46.

40. Gonzales-Ojeda A., Anaya-Prado R., Fuentes-Orozco C. Et al. Combined transurethral prostatectomy and mesh-based tension-free inguinal hernia repair // *Hernia*. – 2003. – Vol. 7, N. 3. – P. 141-145.

41. Hazama K., Akashi A., Maehata Y. Videoendoscopic surgery combined with a minimal sternotomy for removing a thyroid tumor extending into the mediastinum. A case report // *Surg. Endosc.* – 2001. – Vol.15, N. 7. – P. 759.

42. Jasmi A.Y., Thambidorai C.R., Khairussalleh J. Combined needlescopic cholecystectomy and laparoscopic splenectomy for the treatment of thalassaemic splenomegaly and cholelithiasis // *Med. J. Malaysia*. – 2003. – Vol. 58, N. 3. – P. 443-445.

43. Kairaluoma M.V. Simultaneous thyroid operation in patients undergoing initial neck exploration for primary hyperparathyroidism // *Ann. Chir Gynaecol.* – 1994. – Vol. 83, N.1. – P.30-34.

44. Li H., Hu Y.L., Wang Y. et al. Simultaneous operative treatment of patients with primary liver cancer associated with portal hypertension // *Hepatobiliary. Pancreat. Dis. Int.* – 2002. – Vol.1, N.1. – P. 92-93.

45. Lochlein D., Pichmayr R. // *Langenbecks arch. chir.* – 1977. – Bd. 343, N 3. – S. 205-206.

46. Moore F.D. Jr. Oral Calcium supplements to enhance early hospital discharge after bilateral surgical treatment of the thyroid gland or exploration of the parathyroid glands // *J. Am. Coll. Surg.* – 1994. – Vol. 178, N.1. – P. 11-16.

47. Reffersheid M. // *Zbl. Chir.* – 1971. – Bd. 96, N 35. – S. 1210-1211.

48. Sarli L., Villa F., Marchesi F. Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension-free versus laparoscopic inguinal hernia repair // *Surgery*. – 2001. – Vol.129, N.5. – P. 530-536.

49. Savino M., Musquera M., Palou J. et al. Lithiasis in complete ureteral duplication and prostate cancer: combined surgery treatment // *Arch. Ital. Urol. Androl.* – 2003. – Vol.75, N.3. – P. 158-160.

50. Simon E., Kelemen O., Knausz J. et al. Synchronously performed laparoscopic cholecystectomy and hernioplasty // Acta Chir Hung. – 1999. – Vol.38, N.2. – P. 205-207.

51. Strichartz S. The operative management of coexisting thyroid and parathyroid disease // Arch. Surg. – 1990. – Vol.125, N.10. – P. 1327-1331.

52. Takagi H., Mori Y., Iwata H. et al. Simultaneous operations for combined thoracic and abdominal aortic aneurysms // Surg.Today. – 2003. – Vol.33, N.9. – P. 674-678.

53. Wahl R. Primary hyperparathyroidism — early diagnosis in patients referred for thyroid surgery // Langenbecks Arch. Surg. – 2000. – Vol.385, N.8. – P. 515-520.

54. Wolfhard U., Krause U., Walz M. K. et al. Combined interventions in heart and thyroid surgery – an example of interdisciplinary cooperation // Chirurg. – 1994. – Vol. 65, N.12. – P. 1107-1110.

COMBINED OPERATIONS IN SURGICAL PRACTICE

V.A. Beloborodov, O.S. Olifirova, S.P. Shevchenko

Krasnoyarsk state medical academy; Amur state medical academy; Municiple clinical hospital №1, Novosibirsk.

The basic data on essence of the combined operations and opportunities of their performance are submitted at diseases of different bodies and gland in modern surgical practice. The historical aspect of this question, existing classifications of the combined operations and opinions of leading experts of Russia and other countries is described.