

УДК: 616-089.819-089.15-089.17

ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СИМУЛЬТАННИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ЗА ШКАЛОЮ ОЦІНКИ РИЗИКУ ТА МЕТОДИКА ВСТАНОВЛЕННЯ ПОКАЗАНЬ І ПРОТИПОКАЗАНЬ

М. С. Загрійчук, І. І. Булик, Ю. І. Масюк, А. В. Гомон, В. А. Кондратюк, В. В. Присяжнюк
Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

PROGNOSTICATION OF EFFICACY OF SIMULTANT LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN ACCORDANCE TO THE RISK ESTIMATION SCALE, AND THE METHOD OF ESTABLISHING OF INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS

M. S. Zagriyчук, I. I. Bulyk, Yu. I. Masyuk, A. V. Gomon, V. A. Kondratyuk, V. V. Prisyazhnyuk

Симультанні оперативні втручання як спосіб лікування кількох хірургічних хвороб відомий досить давно [1]. Проте, після впровадження в хірургічну практику лапароскопічних технологій такий напрямок є ще більш актуальним [2]. Симультанні хірургічні втручання з приводу ЖКХ та інших хірургічних захворювань органів черевної порожнини, зокрема, грижі передньої черевної стінки, кістозних захворювань органів, гострого апендициту тощо, виконують як відкритим способом, так і з застосуванням лапароскопічних хірургічних технологій [3].

Впровадження в клінічну практику лапароскопічних технологій значно розширило можливості ефективного хірургічного лікування цієї складної категорії хворих [4]. Сьогодні хірургічна корекція різних хвороб органів черевної порожнини чітко визначена, проте, тактика симультанного хірургічного лікування двох хірургічних захворювань та більше вивчена й розроблена недостатньо [5]. Якщо "золотим стандартом" в лікуванні ЖКХ є лапароскопічна холецистектомія [6], а гриж різної локалізації — переважно відкрита грижопластика, то тактика хірургічного лікування пацієнтів з приводу ЖКХ у поєднанні з грижею не визначена. Така сама ситуація існує і за інших поєднань хірургічних хвороб.

Доцільність та виправданість виконання симультанних операцій, зокрема, лапароскопічних безсумнів-

Реферат

Узагальнений досвід хірургічного лікування та проаналізовані його результати у пацієнтів з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), поєднаної з іншими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини. Висвітлені основні аспекти діагностики та прогнозування ефективності симультанних операцій, наведена методика прогнозування результатів оперативного лікування таких хворих, запропонований принцип визначення оцінки показань та протипоказань до виконання симультанних лапароскопічних операцій, представлена шкала оцінки ризику виконання таких оперативних втручань.

Ключові слова: симультанні лапароскопічні операції; шкала оцінки ризику; прогнозування ефективності.

Abstract

Experience of surgical treatment was summarized and its results were analyzed in patients, suffering biliary calculous disease, coexistent with other surgical diseases of abdominal organs. Main aspects of diagnosis and prognosis for efficacy of simulant operations were presented, and there were also adduced the method of prognosis of the operative treatment results in such patients, the proposed principle of determination of indications and contraindications for performance of simulant laparoscopic operations, a scale of the risk estimation for performance of such operative interventions.

Key words: simulant laparoscopic operations; scale of risk estimation; prognostication of efficacy.

на [7], адже, таке лікування має багато переваг у порівнянні з відкритими методами. Це, зокрема, виконання однієї операції замість кількох, зменшення медикаментозного навантаження на хворого, тривалості трудової та соціальної реабілітації хворих тощо [8]; а при використанні лапароскопічних технологій — ще переваги, пов'язані з використанням лапароскопічних методів, відсутність великих розрізів, мінімальні операційна травма та больовий синдром, зменшення частоти післяопераційних ускладнень тощо.

Незважаючи на це, деякі питання щодо лікування пацієнтів з приводу ЖКХ та інших хірургічних захворювань органів черевної порожнини

не вирішені [9]. Одними з основних сьогодні вважаємо правильне визначення показань та протипоказань до проведення такого лікування, техніка виконання таких втручань, відповідний рівень доопераційної діагностики хворих та деякі інші. Крім того, потрібно ще до початку лікування мати можливість проаналізувати та прогнозувати його результат, оцінити ризик, ймовірність виникнення інтраопераційних та післяопераційних ускладнень під час виконання кількох операцій одночасно тощо. Метою дослідження є обґрунтування показань і протипоказань до виконання симультанних оперативних втручань, розроблення шкали оцінки ризику та ймовір-

ності виникнення ускладнень, що, на нашу думку, значно полегшить прийняття рішення щодо виконання симультанних лапароскопічних операцій та сприятиме зменшенню частоти виникнення ускладнень.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2005 по 2012 р. у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу виконані 3032 оперативних втручання з приводу ЖКХ та інших захворювань жовчного міхура. У 202 пацієнтів під час огляду та передопераційної діагностики, крім ЖКХ, виявлені ще одне або декілька хірургічних захворювань органів черевної порожнини, в тому числі 183 жінок та 19 чоловіків; у 175 — виконані різноманітні симультанні

оперативні втручання (основна група), з них 157 жінок та 18 чоловіків. Як контроль відібрані 100 хворих (група порівняння), яким здійснене лише одне оперативне втручання — лапароскопічна холецистектомія. В цій групі 81 жінка та 19 чоловіків. Вік хворих у середньому 52 роки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Здатність хірурга чітко визначити можливість виконання того чи іншого оперативного втручання, основні показання та, зіставивши дані, спроєктувати загальноприйняті алгоритми на конкретного хворого, вирішують подальший успіх оперативного лікування або, навпаки, його невдачу та виникнення ускладнень. Це потрібно робити перед

операцією, адже, лише детальна й максимально ефективна передопераційна підготовка та обстеження забезпечують успіх операції. При необхідності лікування поєднаних хірургічних захворювань завдання ускладнюється тим, що хірург планує здійснити оперативне втручання відразу на кількох органах, а інколи й системах, кожній з яких притаманні свої ускладнення та непередбачувані ситуації. Отже, створення алгоритму та схеми оцінки ризику, а також прогнозування ефективності симультанної лапароскопічної корекції двох хірургічних хвороб є одним з пріоритетних напрямків цього дослідження.

Для оцінки передопераційного стану хворого ми відібрали деякі симптоми та ознаки, кожному з яких присвоєно відповідну кількість балів залежно від їх важливості. Діагностичні критерії та шкала градації представлені в *табл. 1*.

Створений, впроваджений та запатентований метод прогнозування ефективності симультанної операції використаний на практиці та імплементований на всіх хворих, яким виконували симультанні лапароскопічні втручання у клініці в період з 2005 по 2012 р. Ефективність методу досить висока, за нашими даними, 90 — 92%. Оскільки в основу вибору критеріїв покладені ознаки та симптоми, обрані нами суб'єктивно, а завданням перед впровадженням цього методу у практику було розробити просту та зручну методику для повсякденного використання, ця методика не охоплює всі можливі варіанти поєднання нозологічних форм та симптомів, тому достовірність методу не досягає 100%. Тим не менше, більшість фахівців, які використовували методику в комплексній оцінці передопераційного стану пацієнтів, яким планували виконання симультанного оперативного втручання, відзначили її корисність, практичність та легкість застосування.

Якщо в результаті оцінки передопераційного стану хворого та прогнозування ступеня ризику й ефективності симультанного оперативного втручання за цією методикою

Таблиця 1. Прогнозування ефективності симультанної операції

Діагностичний критерій	Коефіцієнт
Вік, років	
20 – 50	0
51 – 60	0,5
61 і старше	1,0
Стать	
Ч	1,0
Ж	0
Раніше виконані операції на органах черевної порожнини	
Відсутні	0
1	0,5
2	1,0
3 і більше	1,5
Кількість операцій, що плануються	
1	0,5
2 і більше	1,0
Стан серцево-судинної системи (АТ, мм рт. ст.)	
120/80 – 150/90	0
150/90 – 180/100	0,5
180/100 і вище	1,0
Стан дихальної системи (ЧД за 1 хв)	
18 – 20	0
20 – 24	0,5
24 і більше	1,0

Таблиця 2. Варіанти можливих результатів та їх оцінка

Діапазон коефіцієнта	Інтерпретація прогностичного коефіцієнта
0 – 2	Хороший, низький ступінь ризику
2 – 4	Задовільний, середній ступінь ризику
4 – 6	Незадовільний, високий ступінь ризику

Таблиця 3. Критерії оцінки результатів симультанного лапароскопічного втручання

Ознака	Результат		
	позитивний	задовільний	незадовільний
Тривалість лікування хворого після операції, днів	1 – 3	4 – 7	8 і більше
Больовий синдром	Не виражений	Середній	Виражений
Крововтрата, мл	До 50	50 – 350	351 і більше
Післяопераційні ускладнення	Відсутні	Незначні	Тяжкі
Рецидиви хвороб	Відсутні	-	Є
Технічні складності під час виконання операції	Відсутні	Незначні	Значні, конверсія

отриманий прогностичний коефіцієнт від 0 до 2, результат оцінювали як хороший (табл. 2). Це означає, що ризик виконання симультанного оперативного втручання мінімальний, а ймовірність досягнення позитивного результату — максимально висока.

Якщо в результаті оцінки коефіцієнт становив 2 – 4, це свідчило про можливість виконання симультанного оперативного втручання, проте, ймовірність досягнення максимально позитивного результату була значно менше, а операційний ризик у таких хворих більш високий. За такої ситуації симультанну лапароскопічну операцію виконувати доцільно, проте, кваліфікація хірурга та технічні можливості операційного обладнання мають бути відповідними. Крім того, перед операцією слід мати достатню кількість крові та її замінників, адже, ризик виникнення інтраопераційної кровотечі досить високий.

Якщо в результаті оцінки коефіцієнт становив 4 – 6, від симуль-

танного лапароскопічного втручання слід відмовитись, а операцію виконувати лише з приводу основного захворювання за життєвими показаннями. Хоча такі хворі потребують особливо ретельного передопераційного обстеження, за результатами якого може бути прийняте рішення про доцільність виконання симультанної лапароскопічної операції, проте, це частіше виняток, ніж правило.

Критерії, за якими оцінювали результат як позитивний, задовільний чи незадовільний, наведені у табл. 3.

При застосуванні методу прогнозування ризику та ефективності симультанного оперативного втручання у практиці ми зіставили коефіцієнт оцінки до операції та оцінку результату після операції і дійшли висновку, що ефективність методу становить 92%. Це свідчило, що така шкала оцінки ризику перед операцією має високу інформативність і може бути використана у повсякденній роботі хірургічних стаціонарів країни.

ВИСНОВКИ

1. Симультанні лапароскопічні операції з приводу ЖКХ у поєднанні з іншими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини є методом вибору в лікуванні таких пацієнтів.

2. Розроблена шкала оцінки ризику виконання симультанного лапароскопічного втручання дозволяє з ймовірністю 90 – 92% визначити показання та протипоказання до здійснення операцій, прогнозувати виникнення інтра— та післяопераційних ускладнень і має бути застосована у клінічній практиці.

3. Застосування запропонованої методики сприяло зменшенню частоти ускладнень більш ніж у 3 рази, дозволило уникнути виконання симультанних лапароскопічних операцій у хворих з критеріями 4 і більше, а також летальності при лікуванні цієї складної категорії пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Combined laparoscopic splenectomy and cholecystectomy for the treatment of hereditary spherocytosis: is it safe and effective? / R. Caprotti, C. Franciosi, F. Romano [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 1999. — Vol. 9, N 3. — P. 203 – 206.
2. Single-stage laparoscopic adrenalectomy and pancreatic cyst excision in a patient with von Hippel — Lindau disease / O. Castillo, M. Kerkebe, G. Vitagliano, L. Arellano // Actas Urol. Esp. — 2007. — Vol. 31, N 3. — P. 292 – 294.
3. Chan J. W. Simultaneous laparoscopic totally extraperitoneal repair for concurrent ipsilateral spigelian and indirect inguinal hernia / J. W. Chan, P. W. Chiu, W. Enders // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2008. — Vol. 18, N 4. — P. 414 – 416.
4. Concomitant cholecystectomy and open heart surgery / N. Charokopos, P. Antonitsis, C. Spanos [et al.] // Surg. Today. — 2007. — Vol. 37, N 8. — P. 638 – 641.
5. Simultaneous laparoscopic excision for the treatment of rectal carcinoma and the synchronous hepatic metastasis / Y. Chen, A. Xiang, N. Wang, L. Xiao // Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. — 2009. — Vol. 31, N 1. — P. 69 – 71.
6. Simultaneous laparoscopic treatment for common bile duct stones associated with acute cholecystitis. Results of a prospective study / M. Chiarugi, C. Galatioto, V. Lippolis [et al.] // Chir. Ital. — 2006. — Vol. 58, N 6. — P. 709 – 716.
7. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and percutaneous papillary balloon dilatation for cholecystocholedocholithiasis / F. Chikamori, N. Kuniyoshi, S. Shibuya, Y. Takase // Dig. Surg. — 2003. — Vol. 20, N 1. — P. 12 – 17.
8. Laparoscopic splenectomy plus cholecystectomy for treating hereditary spherocytosis combined with cholelithiasis in siblings / S. Choi, S. Han, S. Yoon [et al.] // Min. Invas. Ther. Allied Technol. — 2007. — Vol. 16, N 5. — P. 317 – 318.
9. Filichia A. Simultaneous fundoplication and gastric stimulation in a lung transplant recipient with gastroparesis and reflux / A. Filichia, A. Baz, C. Cendan // JSLS. — 2008. — Vol. 12, N 3. — P. 303 – 305.