

КОМБІНОВАНІ ТА СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Білоцерківська районна лікарня (м. Біла Церква)

Дана робота є фрагментом НДР «Симультанні та комбіновані оперативні втручання за холелітіазу та виразкової хвороби», № держ. реєстрації 0113U000906.

Вступ. Поєднана патологія на сьогодні є однією з маловивчених проблем сучасної гастроентерології, проте, з кожним роком збільшується кількість пацієнтів із такими захворюваннями, що звичайно викликає підвищений інтерес вчених до цієї проблеми. Перед практикуючим хірургом часто постає проблема вибору обсягу виконання оперативних втручань, хоча сучасний розвиток хірургії дозволяє значно його розширити, а поєднані (симультанні) та комбіновані операції стали нормою хірургічної діяльності [1].

За даними ВООЗ, у 30% хворих, госпіталізованих у хірургічне відділення, діагностується поєднана патологія органів черевної порожнини [2]. Незважаючи на значну кількість симультанної патології, за даними літератури вона оперується лише в 3-5% випадків.

Питаннями хірургічної тактики, одномоментної корекції декількох захворювань займалось багато вчених. Завдяки цим авторам та їх дослідженням розроблений та сформований ряд нових принципів хірургічного лікування таких хворих [3,6,]. Більшість прихильників поєднаних операцій підкреслюють їх безсумнівну перевагу перед декількома хірургічними втручаннями, звертаючи увагу на їх економічний ефект. Враховуючи весь позитив, який отримують під час проведення симультанних та комбінованих оперативних втручань, до теперішнього часу лишається невирішеною проблема визначення показань і протипоказань, вибору виду та об'єму операції, визначення оптимальної тактики лікування хворих з поєднаними та комбінованими хірургічними захворюваннями, що є підставою для подальшого дослідження цієї проблеми.

На сучасному етапі надання хірургічної допомоги значна увага приділяється фінансово – економічному аспекту, в умовах оптимізації ліжкового фонду його раціонального використання. Постає питання усунення одночасно декількох хірургічних захворювань, ризику повторного наркозу та його ускладнень, а також повторного обстеження та передопераційної підготовки [2, 7].

Мета дослідження – поліпшення результатів лікування хворих із кількома хірургічними

захворюваннями з використанням поєднаних операцій, обґрунтування клінічної та економічної доцільності поєднаних та комбінованих хірургічних втручань.

Об'єкт і методи дослідження. Нами проведено оперативні втручання у 198 хворих, з яких 55-м (27,8%) хворим виконано симультанну операцію (**табл. 1**); 6 (3%) хворим – комбіновану із різною патологією черевної порожнини (**табл. 2**), за винятком хворих, оперованих із приводу злоякісних новоутворень.

Таблиця 1

Структура симультанних операцій

| Структура симультанних операцій | Кількість прооперованих хворих (n =55) |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Шлунок та ДПК + ЖВШ | 19 |
| ЖВШ + грижі черевної стінки | 7 |
| Гострий апендицит + дивертикул Меккеля | 2 |
| ЖВШ + гінекологія | 4 |
| Грижі + гінекологія | 6 |
| Операції на органах черевної порожнини + ГЕР | 5 |
| Операції на органах черевної порожнини + операції на шкірі та пжк | 9 |
| Операції на органах черевної порожнини + дуоденостаз | 3 |

Таблиця 2

Структура комбінованих операцій

| Структура комбінованих операцій | Кількість прооперованих хворих (n =6) |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| ГДЗ + товстий кишечник | 3 |
| ГДЗ + ЖВШ | 2 |
| ГДЗ + в/сальник | 1 |

В ургентному порядку прооперовано 6 хворих (9,8%), у плановому – 55 хворих (90,2%). У 50 хворих (82% випадків) оперативне лікування проводили з одного доступу, у 11 хворих (18%) – із різних.

У хворих, яким оперативне лікування проводили в ургентному порядку, для визначення ступеня ендогенної інтоксикації та можливості проведення симультанного етапу вираховували Мангеймський перитонеальний індекс (МПІ). Підрахунок МПІ

передбачає три ступеня тяжкості перитоніту. Якщо МПІ менше 20 балів (I ступінь тяжкості), летальність визначається як нульова, за МПІ від 20 до 30 балів (II ступінь тяжкості) летальність становить 29%, за МПІ більше 30 балів (III ступінь тяжкості) летальність 100%. 95,1% хворих мали супутню терапевтичну патологію.

Критерієм виконання симультанних та комбінованих операцій вважалась компенсація життєво важливих функцій організму хворого, яка визначається за клінічними даними, лабораторними та інструментальними показниками.

Основними інструментальними методами дослідження, які обумовлюють тактику хірургічного лікування хворих із поєднаними захворюваннями, є ультразвукова діагностика органів черевної порожнини та ФГДС. За допомогою УЗД визначають стан печінки, підшлункової залози, розмір жовчного міхура, товщину його стінок, стан холедоха. У разі виявлення захворювань жовчовивідних шляхів (стеноз великого дуоденального сосочка, холедохолітаз) проводиться ендоскопічна корекція (папілосфінктеротомія, ендоскопічна екстракція конкрементів). Обов'язковими є визначення соматичного стану пацієнта та виконання загальноклінічних та біохімічних лабораторних досліджень.

Результати досліджень та їх обговорення.

Проаналізувавши літературні дані, щодо поєднаних операцій ми виявили, що переважна більшість із них (70%) виконується з одного хірургічного доступу, що зменшує операційну травму. Перевага таких операцій полягає в їх низькій летальності, що не перевищує показники за виконання аналогічних операцій окремо, а також в їх економічній ефективності [4, 5]. Встановлено, що симультанними називають операції, які виконуються одночасно на двох та більше органах із приводу двох та більше різних захворювань, причому оперативні втручання можуть виконуватись як з одного, так і з різних доступів. Якщо оперативне втручання проводиться на декількох органах, із метою лікування одного захворювання, то це вважають комбінованими операціями [2, 6]. Виконання комбінованих оперативних втручань значно розширює їх об'єм, забезпечуючи при цьому радикальність виконання. Однак слід зважати на можливі негативні наслідки симультанних операцій, зокрема, подовження часу наркозу, можливе збільшення кількості крововтрати, підвищення ризику ймовірних ускладнень під час операції та в післяопераційному періоді.

У наших дослідженнях ми виявили, що симультанні оперативні втручання на шлунку, жовчних протоках, печінці, підшлунковій залозі, кишківнику, грижах черевної стінки нині виконуються в багатьох хірургічних центрах. Проаналізувавши структуру виконаних нами симультанних операцій, відзначимо, що на перший план виступають поєднання виразкової хвороби гастроудоденальної зони із захворюваннями біліарної системи – 34,5% захворювання ЖВШ

у поєднанні з грижами передньої черевної стінки склали 12,7%, грижі передньої черевної стінки у жінок в поєднанні з гінекологічними захворюваннями, які потребували хірургічного втручання, – 10,9%.

У структурі виконаних комбінованих операцій переважала виразкова хвороба гастроудоденальної зони, яка пенетрувала у поперековоободову кишку, що потребувало розширення оперативного втручання до комбінованої резекції шлунка та резекції поперековоободової кишки – 50%. Пенетрація виразки в жовчовивідні шляхи із виконанням комбінованої операції складала 33,3%.

Комбіновані та поєднані захворювання в усіх випадках призводили до розширення обсягу оперативного втручання, що майже завжди якоюсь мірою впливало на перебіг післяопераційного періоду. Не завжди за лікування ургентної патології та наявності поєданого хірургічного захворювання вдавалось одночасно полікувати хворого. Це, в основному, пов'язано з недостатнім передопераційним обстеженням, обумовленим ургентністю ситуації, боязню оперуючого хірурга розширити об'єм втручання, неадекватною оцінкою наявної ситуації, відсутністю чітких критеріїв, які б визначали можливість розширення оперативного втручання.

Оцінка тяжкості стану хворого з поєднаними захворюваннями для вибору тактики лікування також залишається актуальною. До факторів ризику для проведення симультанних операцій, насамперед, належить супутня патологія та вік хворого. Тяжкість операційної травми та продовженість оперативного втручання також можуть негативно впливати на стан пацієнта.

Ми переконались в необхідності проведення симультанних та комбінованих операцій у підготованих хворих, які йдуть на планове оперативне лікування з різними захворюваннями органів черевної порожнини, тим самим забезпечуючи не тільки радикалізм втручання із переважанням економічної вигоди, зменшення психологічної травми. Одним з основних показників клінічної ефективності вважається кількість ускладнень, які виникли під час операції та в післяопераційному періоді у хворих із симультанними та комбінованими операціями. Під час аналізу груп хворих, яким виконані симультанні та комбіновані операції, та хворих, яким виконували операцію з приводу тільки основного захворювання, статистично вірогідної розбіжності у структурі ускладнень, що виникли під час операції та в післяопераційному періоді, виявлено не було.

Висновки.

1. Поєднані та комбіновані операції, крім медичних та соціальних, мають значні економічні переваги перед етапним лікуванням внаслідок зниження загального сумарного ліжко-дня і сумарного часу перебування на лікарняному листі, відсутністю витрат на обов'язкове повторне передопераційне обстеження, у зв'язку з чим вони можуть бути рекомендовані до застосування в широкій практиці.

2. Причина низького виявлення поєднаної та комбінованої патології полягає в неповному обстеженні хворих у передопераційному періоді, а тому необхідно розширяти стандартні передопераційні обстеження незалежно від захворювання, за яким буде оперуватися хворий.

3. У випадках виконання симультанних та комбінованих операцій ускладнення які виникали під час операції та в післяопераційний період, статистично не відрізнялись від тих, що виникали у лікуванні основного захворювання.

4. У структурі симультанних операцій переважали операції на шлунку та дванадцятипалій кишці у поєднанні із захворюваннями міліарної системи (34,5%).

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні та обґрунтуванні хірургічної тактики та вибору обсягу і методу хірургічного втручання при поєднаних та комбінованих захворюваннях жовчовивідних шляхів і виразковою хворобою гастродуоденальної зони.

Література

1. Буянов В. М. Сочетанные операции в брюшной полости и забрюшинном пространстве / Буянов В. М., Маховский В. З. // Хирургия. – 1990. – №7. – С. 81-86.
2. Графов А. К. Современные аспекты диагностики и лечения больных при сочетании холелитиаза и язвенной болезни : автореф. дисс. на соискание ученой степени доктора мед. н. : спец. 14. 00. 27 «Хирургия» / А. К. Графов. – Воронеж. 2006. – 43 с.
3. Краснов О. А. Хирургическая тактика лечения больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в сочетании с хроническим калькулезным холециститом / О. А. Краснов // Анналы хирургии. – 2008. – №5. – С. 30-33.
4. Маховский В. З. Одновременные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В. З. Маховский. – Ставрополь. 2002. – С. 205.
5. Паташев Л. В. Сочетанные оперативные вмешательства в видеоэндохирургии / Л. В. Паташев, Д. Ю. Семенов // Эндоскоп. Хирургия. – 2003. – №5. – С. 8-12.
6. Рудаков А. А. Плановые сочетанные операции как метод интенсификации лечения хирургических больных : автореф. дисс. соискание ученой степени к. мед. н. : спец. 14. 00. 27 «Хирургия» / А. А. Рудаков. – СПб., 1993. – 18 с.
7. Mason E. E. Perioperative risk and safety of surgery for severe obesity / E. E. Mason, t K. E. Renquis, D. Jiang // Am. J. Clin. Nutr. – 1992. – Vol. 55. –P. 573-576.

УДК 616. 367 – 089

КОМБІНОВАНІ ТА СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Грузинський О. В.

Резюме. У статті на власному клінічному матеріалі узагальнено досвід хірургічного лікування хворих з поєднаними і комбінованими хірургічними захворюваннями, виділені і оцінені фактори ризику, що впливають на розвиток післяопераційних ускладнень, визначені показання та протипоказання до виконання поєднаних та комбінованих операцій з урахуванням факторів ризику.

Доведено, що поєднані та комбіновані операції, крім медичних та соціальних, мають значні економічні переваги перед етапним лікуванням внаслідок зниження загального сумарного ліжко-дня і сумарного часу перебування на лікарняному листі, відсутністю витрат на обов'язкове повторне передопераційне обстеження, у зв'язку з чим вони можуть бути рекомендовані до застосування в широкій практиці.

Ключові слова: жовчокам'яна хвороба, симультанні операції, поєднана патологія, післяопераційні ускладнення, хірургічний доступ, операційна травма.

УДК 616. 367 – 089

КОМБИНИРОВАННЫЕ И СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Грузинский А. В.

Резюме. В статье на собственном клиническом материале обобщен опыт хирургического лечения больных с сочетанными и комбинированными хирургическими заболеваниями, выделены и оценены факторы риска, влияющие на развитие послеоперационных осложнений, определены показания и противопоказания к выполнению сочетанных операций с учетом факторов риска.

Доказано, сочетанные и комбинированные операции, кроме медицинских и социальных, имеют значительные экономические преимущества перед этапным лечением вследствие снижения общего суммарного койко-дня и суммарного времени пребывания на больничном листе, отсутствием затрат на обязательное повторное предоперационное обследование, в связи с чем они могут быть рекомендованы к применению в широкой практике.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, симультанные операции, сочетанная патология, послеоперационные осложнения, хирургический доступ, операционная травма.

UDC 616.367 – 089

Combined and Simultaneous Operations in Abdominal Surgery

Gruzinskiy A. V.

Summary. It is proved that combined pathology has not been studied profoundly in modern gastroenterology, though the number of patients with these diseases has been increasing. Despite the widespread simultaneous pathology is operated only in 3-5% of cases. At the present stage of surgical care much attention is paid to financial economic aspects, in terms of optimizing the bed stock management. The problem of simultaneous elimination of multiple surgical diseases, the risk of recidescend anesthesia and its complications, as well as re-examination and preoperative preparation arises.

The paper deals with the analysis of the surgery operations in 198 patients, 55 (27.8%) of which undergone completed simultaneous operation, 6 (3%) patients – a combinative one with different abdomen pathology, except for the patients with malignant tumors operated.

6 (9.8%) patients were operated in urgent procedure, 55 patients (90.2%) were operated according to the plan. Surgical treatment with a single access was performed in 50 patients (82% of cases), in 11 patients (18%) – with several different accesses.

In patients with urgent operative treatment the degree of endogenous intoxication and the possibility of simultaneous phase was calculated with Mannheim peritoneal index (MPI). Compensation of the vital functions of the patient organism determined by clinical data, laboratory and instrumental performance. was considered the criteria of simultaneous and combined operations performing.

In our studies, we found out that nowadays simultaneous surgery on the stomach, bile duct, liver, pancreas, intestine, abdominal wall hernias are performed in many surgical centers. Combination of gastroduodenal ulcers and diseases of the biliary system makes 34.5% of biliary tracts disease, the combination with abdominal wall hernias makes 12.7% of abdominal wall hernias in women, combined with gynecological diseases requiring surgery – make 10.9% and these take the first place in the structure of simultaneous operations.

Gastroduodenal ulcer penetrating into cross-iliac intestine prevailed in the structure of performed combined operations, which required expanding the surgery to the combined resection of the stomach and cross-iliac resection made 50%. Penetration of biliary tract ulcers in the execution of combined operations was 33.3%.

Combined and plural diseases in all cases led to the expansion of surgical intervention, which influenced the postoperative period in most cases. It was not possible every time in the treatment of emergent conditions and under the availability of combined surgical disease to treat the patient simultaneously. This is mainly due to inadequate preoperative examination, caused by the urgency of situation, by fear of the operating surgeon to expand the amount of interference, inadequate assessment of the situation, the lack of clear criteria that would determine the possibility of expanding the surgery. It has been found that combined and simultaneous operations, in addition to medical and social advantages, have significant economic ones in the staged treatment due to lower overall total bed-day and total time of sick leave, absence of costs required for preoperative re-examination, thus making them recommended for use in general practice.

In cases of simultaneous performing of combined operations and complications encountered during the surgery and in the postoperative period they were not statistically different from those encountered in the treatment of the basic disease.

Key words: cholelithic illness, simultaneous operations, combined pathology, postoperative complications, surgical access, operational trauma.

Рецензент – проф. Малик С. В.

Стаття надійшла 22.07.2013 р.