

УДК: 616-001-002-084

Алі Шірафі Мохаммед Алі
ВІНИ, Україна, Українська медична стоматологічна академія, м. Поділля

СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ЖОВЧНО-КАМ'ЯНОЮ ХВОРОБОЮ

На основі проведеного поглибленого аналізу літературних джерел з'ясовано історію, термінологію, епідеміологію і прикладні аспекти симультантних оперативних втручань. Проаналізовано характер таких операцій у пацієнтів з жовчокам'яною хворобою. Показано, що критичних методів оцінки і прогнозування ускладнень симультантних хірургічних втручань не існує.

Ключові слова: Симультантні операції, жовчокам'яна хвороба.

Останні десятиліття ХХ століття захворюваність людини на жовчокам'яну хворобу збільшується значними темпами [24]. За даними клінічних спостережень, за останні 40 років захворюваність холелітіазом кожні 10 років подвоювалася, а по матеріалам патологоанатомічних досліджень, за 25 років вона виросла приблизно в 2,8 рази [2]. Загально визнаним є положення, що при жовчокам'яній хворобі абсолютно показане оперативне лікування і відмова від нього може бути обумовлений лише значущими протипоказаннями [6].

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я 30-40% населення мають поєднану патологію, з яких близько 11% підлягають хірургічній корекції [5, 14]. Актуальним є вирішення питання про необхідність поєднаного лікування із застосуванням інвазивних методів як класичних, так і малоінвазивних з використанням ендохірургічної техніки. Останніми роками лікарі, що виявляють поєднану хірургічну патологію, схильні до одночасної її ліквідації операційним шляхом [25].

Симультантні операції (СО) до широкого впровадження сучасних методів діагностики і сучасного анестезіолого-реанімаційного забезпечення виконувалися, переважно випадково, оскільки в першу чергу, лякала невивченість, імовірна небезпека збільшення часу операції, як чинника розвитку післяопераційних ускладнень [28].

З часом від випадкових екстрених і планових симультантних втручань багато клінік перейшли до задалегідь планованих операцій [11, 17]. Проте до теперішнього часу існує багато прихильників послідовного виконання хірургічних втручань.

Метою роботи було поглиблення уявлення про актуальність даної теми. На основі аналізу літературних джерел вивчити історію розвитку проблеми симультантних оперативних втручань, термінологію, епідеміологічні і патофізіологічні аспекти. Проаналізувати характер симультантних оперативних втручань у пацієнтів з жовчокам'яною хворобою.

Результати дослідження та їх обговорення. Жовчокам'яна хвороба одна з найпоширеніших у світі. Нею страждають 10-15% населення в розвинених країнах [27]. У 10-20% випадків патологія розповсюджується за межі жовчного міхура [16], у поєднанні з холедохолітіазом [22].

Завдяки сучасним засобам діагностики, кількість хворих постійно зростає [23]. У США жовчокам'яною хворобою страждає 20 мільйонів чоловік і діагностується щорічно 1 мільйон випадків [26]. Відповідно зростає кількість хворих, у яких виявляється супутня патологія [4]. За нашим ретроспективним аналізом історій хвороб кількість хворих, що страждають на ЖКБ, у яких виявляється поєднана патологія з 1998 р. по 2008р. збільшилась у 4 рази.

Історія хірургії, як і історія розвитку інших наук і спеціальностей, рясніє багатьма прикладами паралельного розвитку і розробки однієї і тієї ж проблеми різними авторами. Так сталося і з СО. Різні хірургічні школи почали виконувати одночасно (в один і той же час), в процесі однієї операції не одне, а два і більше оперативне втручання [1, 10, 20]. Так в хірургічному ужитку з'явився термін С («simultane» (сумісно) - з французького від "simul" (одночасно) - з латинського) [18].

Коротенько аналізуючи історичний аспект виконання СО слід зазначити, що перше таке успішне оперативне втручання у 1735 році виконав Amyand Claudius одночасно провівши апендектомію і герниопластику. Федоров С. П. у 1918 році і Гінсбург А.С. в 1928 р. опублікували роботи про можливість виконання СО при хронічному холециститі і апендициті. У 1932 році А.У. Вишневський під місцевою анестезією успішно провів СО: нефректомію (у зв'язку з піонефрозом), холецистектомію (у зв'язку з жовчокам'яною), правосторонню геміколектомію (у зв'язку з раком ободової кишки). У 1937 році з'явилася стаття Панкратова В.П., присвячена техніці одномоментної резекції шлунку і холецистектомії. В.Т. Нацвін в 1957г. вперше проаналізував результати таких операцій і визначив показання до одномоментної резекції шлунку і холецистектомії. J.Ochsner et al. (1960) повідомляють про 64 пацієнти, яким апендектомія, холецистектомія, резекція шлунку, операції на товстій кишці були проведені спільно з резекцією аневризми черевної аорти з задовільним результатом.

Термін СО до цих пір трактують по-різному. На думку провідних хірургів, СО – одночасно виконані оперативні втручання на двох або більше органах, з приводу різних захворювань (патогенетично не зв'язаних), незалежно від того, виконуються вони з одного або декількох хірургічних доступів [9, 16].

Існує думка, що слід розмежовувати поняття симультанні і поєднані операції. Так, Грінцов А.Г. і співавт. (1998) вважають, що до СО відносяться втручання одночасні, послідовні, на двох або декількох органах, тканинах з приводу патогенетично не зв'язаних захворювань, які виконують різні бригади хірургів з використанням одного розширеного або двох хірургічних доступів. Поєднаними вважають операції на одному або декількох анатомічно і фізіологічно зв'язаних органах з приводу одного захворювання, його прямих наслідків і ускладнень [4]. Геджієв А.Ф. до СО відносить операції, що виконуються на двох і більш органах з приводу різних хірургічних захворювань або з приводу одного захворювання, але з різних оперативних доступів (двостороння пахвинна грижа) [3].

Спірним залишається питання, чи є СО втручання з приводу одного захворювання, але з різних оперативних доступів (двостороння венектомія і грижесічення з приводу симетричних гриж) [15].

При виявленні поєднаної патології, що вимагає хірургічного лікування, виділяють основне і супутнє захворювання. Основним захворюванням є те, яке представляє небезпеку для здоров'я і життя хворого, а при рівній загрозі від конкуруючих захворювань те, що з'явилося причиною госпіталізації. Необхідно враховувати складність і тривалість операцій з приводу конкуруючих захворювань. Відповідно виділяється основний і симультанний (супутній) етапи операції. Під час основного етапу повинна виконуватися операція, направлена на усунення найбільш небезпечного патологічного процесу, незалежно від доопераційної діагностики, операційних доступів і послідовності основного і симультанного етапів, що передбачалася до операції [17].

У зв'язку з виділенням анестезіології в нову медичну галузь, у хірургів з'явилася можливість триваліше і безпечніше оперувати, розширилися діагностичні можливості. Все це, поза сумнівом, підштовхнуло до осмислення досвіду і сміливішого підходу до виконання симультанних операцій. Проте, більшість авторів прагнули скоротити час операцій, поліпшити хірургічну техніку і методику знеболення з метою зниження кількості ускладнень [15].

Закінчувався емпіричний період накопичення досвіду, починався період осмислення і наукового обґрунтування концепції СО. Саме у цих роботах була вироблена спроба пояснення і забезпечення безпечного виконання операцій, зокрема з погляду профілактики післяопераційних ускладнень з позиції патофізіологічних порушень. Діагностика поєднаних захворювань органів черевної порожнини складна. Вона вимагає ретельного вивчення скарг, анамнезу, даних об'єктивного обстеження, компетентної інтерпретації результатів додаткових методів дослідження. У ряді випадків супутня патологія інших органів черевної порожнини не діагностується до операції з тієї причини, що обстеження пацієнтів припиняється, як тільки виявляється патологія, що вважається основною [7]. Тому підготовка до СО повинна передбачати всебічне обстеження хворих з метою виявлення супутніх захворювань, визначення ступеню операційного ризику і корекції порушених функцій організму. Необхідно у пацієнтів з жовчокам'яною хворобою ретельно досліджувати стан шлунку, дванадцятипалої кишки, товстої кишки, використовуючи клінічні і ендоскопічні методи, уважно оглядаючи органи черевної порожнини і тазу. Одним з головних чинників, що обмежують показання до СО, є підвищений операційний ризик у зв'язку з додатковою операційною травмою, можливістю інфікування черевної порожнини, неспроможністю швів через недостатню підготовку оперованого органу.

Ю.Е. Мянністе з соавт. (1986), застосувавши методику визначення показників складності операції, враховуючи тривалість операції, що ускладнюють чинники технічного виконання, вивели його середнє значення, рівне 33 балам. Супутня холецистэктомія добавляла тільки 3-5 балів.

Важливим при виконанні СО є визначення тяжкості стану хворого і ризику оперативного втручання. Виділяють 3 групи ризику: 1 група хворих, яким симультанна операція може бути виконана без істотної підготовки; 2 група хворих, яким доцільно провести тільки основний етап операції; 3 група хворих, яким може бути виконано тільки мінімальне втручання [12].

Однією з важливих особливостей СО була оцінка тяжкості операції по клініко-лабораторними критеріями, можливість відмови від виконання до або під час операції, а також профілактика післяопераційних ускладнень в цілому [13]. Ці аспекти до цих пір залишаються маловивченими.

Для диференційного підходу до вибору методу лікування і прогнозування можливих ускладнень при виконанні симультанних операцій важливе значення має інтегральна оцінка факторів ризику, яка дозволяє виділити групи ризику, а також дати якісну оцінку стану хворих [8]. Проблема якісної оцінки тяжкості стану пацієнтів стала найбільш актуальною на протязі останніх десятиліть. Це зв'язано з тим, що об'єктивізація стану хворих дозволяє прогнозувати ймовірність летального випадку, терміни загальної госпіталізації і перебування у відділенні, оцінити ефективність СО, які проводяться, ймовірність виникнення ускладнень у хворих з жовчокам'яною хворобою. Для прогнозування перебігу післяопераційного періоду застосовуються: респіраторний індекс – для виявлення легеневих ускладнень, ренальний індекс – для діагностики гострої ниркової недостатності, індекс септичного стану – SSS – для раннього виявлення сепсису.

Дискусія

Однак ці системи оцінки і прогнозування основані на динаміці лише декількох або навіть одиничних клінічних параметрів і не дозволяє адекватно відобразити всю суть клінічної картини захворювання. В зв'язку з

цим вони не знайшли належного застосування в клінічній медицині і потребують подальшого вивчення з метою прогнозування виникнення ускладнень після проведення СО.

Література

1. Брагин В.В. Выполнение симультанных операций при сочетании желчнокаменной болезни с другими заболеваниями органов брюшной полости / В.В. Брагин, Д.В. Борзенко // Клиническая хирургия. - 1995.-N.3. - С.11-13.
2. Бурков С.Г. Желчнокаменная болезнь (эпидемиология, патогенез, клиника) / Бурков С.Г., Комаров Ф.И., Гребенев А.Л. Руководство по гастроэнтерологии. - М.: Медицина, 1995. - Т.2 - С. 417-442.
3. Геджиев А.Ф. Симультанные операции при сочетанной хирургической патологии / А.Ф. Геджиев, В.Ф. Шаталов, Я.Ф. Роголин / Клиническая хирургия.-1983. - №1.-С.28-29.
4. Гринцов А.Г. Одномоментные операции при лапароскопической холецистэктомии / А.Г. Гринцов, В.В. Хацко, А.М. Дудин / II конгресс хирургов Украины: Зб. наук. робіт.- Київ – Донецьк: Клінічна хірургія, 1998. – С. 279-280.
5. Дадвани С.А. Сочетанные операции при холелитиазе / С.А. Дадвани, Н.А. Кузнецов, В.В. Сафронов / Хирургия. - 1999. -N.8. - С. 37-39.
6. Ермолов А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему / Ермолов А.С., Упырев А.В., Иванов П.И. / Хирургия. - 2004. - №5.-С. 4-9.
7. Земляной А.Г. Симультанные операции на органах брюшной полости / Земляной А.Г., Малков С.К. / Хирургия. – 1985. - №3. – С. 22-25.
8. Крапивин Б.В. Симультанные лапароскопические операции / Б.В. Крапивин, А.С. Слесаренко, Р.С. Дадаев, и др. / Эндоскопическая хирургия. – 1998.- № 2. – С. 62.
9. Кургузов О.П. Сочетанные операции / Кургузов О.П., Кузнецов Н.А. // Хирургия. – 1989.- № 9. – С.141-145.
10. Магомедов А.З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей / Магомедов А.З. / Хирургия. - 1997. - N.8. - С. 50-53.
11. Маховский В.З. Одномоментные сочетанные операции при желчнокаменной болезни и результаты ее хирургического лечения / В.З.Маховский, Б.Т.Ованесов, В.В. Маховский [и др.] / Хирургия.- 2006.- N.5. - С. 18-22.
12. Миронов Б.И. Сочетанные операции на толстой кишке и желчевыводящих путях: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1989. - 16 с.
13. Мышкин К.И. Сочетанные операции при гастродуоденальных язвах / Мышкин К.И., Толстокоров А.С., Максимов В.Ю. / Хирургия. - 1989. - N.4. - С. 3-6.
14. Олифирова О.С. Симультанные операции в хирургической практике / О.С. Олифирова, В.А. Омельченко, Г.В. Гончарук и др. / Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2002. -Т. 161, N.5. - С. 84-86.
15. Помелов В.С. Демонстрация больного после правосторонней гемиколэктомии и резекции двенадцатиперстной кишки по поводу синхронного рака / Помелов В.С., Будаев К.Д., Мовсесян С.З. / Хирургия. – 1991. – №3. – С. 158 – 159.
16. Тимошин А.Д. Гинекологические операции в хирургической клинике / Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В./ Эндоскопическая хирургия. – 1999. – №6. – С. 42.
17. Федоров В.Д. Одномоментные обширные и сочетанные операции / Федоров В.Д./ Хирургия. – 1983.- №3. – С. 8-15.
18. Хнох Л.И. Симультанные операции в брюшной полости / Хнох Л.И., Фельтшиннер И.Х. / Хирургия. – 1976. – №4. – С. 75 – 79.
19. Чадаев А.П. Факторы риска и прогнозирование послеоперационных легочных осложнений у гериатрических больных / Чадаев А.П. / Хирургия. – 1989. – №7. – С. 152.
20. Шенгера Л.В. Сочетанные операции в плановой абдоминальной хирургии / Шенгера Л.В. / Клиническая хирургия. – 1987. – №9. – С. 48 – 50.
21. Artificial surfactant (Surfactant-TA) modulates adherence and superoxide productions of neutrophils / Suwade A., Otake K., Yakuwa N., Maira M. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 1998. – Vol. 158, №6. – P. 1890 – 1899.
22. Cheruvu C.V. Consequences of prolonged wait before gallbladder surgery / Cheruvu C.V., Eyre-Brook LA. / Ann. R. Coll. Surg. Engl. - 2002. - Vol. 84, N.1. - P. 20-22.
23. Muhrbech O. Prevalence of gallstone disease in a Swedish population / Muhrbech O., Aheberg J. / Scandinavian Journal of Gastroenterology. – 1998; 30 (11): 1125-1128.
24. Philips P.A. Outpatient laparoscopic cholecystectomy // Proceedings of the Scientific Session of the American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES) Atlanta, Georgia, USA, 29 March-1 April 2000 /Philips P.A., Amaral J.F. / Surgical Endoscopy. – 2000; 14 (Supplement 1): 211.
25. Sarli L. Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension-free versus laparoscopic inguinal hernia repair / Sarli L., Villa F., Marchesi F. / Surgery. - 2001. - Vol. 129, N.5. - P. 530-536.
26. Sawyers J.Z. Current status of conventional (open) cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy / Sawyers J.Z. / Ann. Surg. – 1996; 223: 1-3.
27. Shaffer E.A. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? / Shaffer E.A. / Curr. Gastroenterol. Rep. - 2005. - Vol. 7, N.2.-P. 132-140.
28. Somasekar K. Costs of waiting for gall bladder surgery / Somasekar K., Shankar P.J., Foster M.E. et al. / Postgrad. Med. J. - 2002. - Vol. 78, N.925. - P. 668-669.

Резюме

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖОЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аль Ширафи Мохаммед Авад

На основе проведенного углубленного анализа литературных источников изучена история, терминология, эпидемиология и прикладные аспекты одновременных оперативных вмешательств. Проанализирован характер таких операций у пациентов с желчекаменной болезнью. Показано, что критических методов оценки и прогнозирования осложнений одновременных хирургических вмешательств не существует.

Ключевые слова: одновременные операции, желчекаменная болезнь.

Стаття надійшла 8.08.2010 р.

SIMULTANNION OF OPERATION FOR PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Alshrafi Mohammed Awaad

On the basis of the conducted deep analysis of literary sources history, terminology, epidemiology and applied aspects of simultannion of operative interferences, is found out. Character of such operations is analyzed for patients with cholelithiasis. It is show that receptive methods of estimation and prognostication of complication simultanion of surgical interferences does not exist.

Key words: simultannion operation, cholelithiasis.

УДК: 616.+612.75] - 053.5/.6 : 616.2/.6-036.12(477)

С.И.Григорюк

Харьковский национальный медицинский университет, Харьковская областная клиническая больница, г. Харьков

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА: СТРУКТУРА ТРАВМ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ

Проведен анализ опубликованных данных относительно частоты повреждений лицевого черепа с учётом медико-социальных, организационных и конституционально-биологических факторов. Отмечена необходимость междисциплинарного подхода к решению проблемы профилактики осложнённого течения этих травм, что объясняется высокой частотой сочетанных повреждений и посттравматическими особенностями функционального состояния органов и систем.

Ключевые слова: повреждения лицевого черепа, осложнённое течение, структура травм, приемственность и взаимосвязь.

Публикация является фрагментом плановой научно – исследовательской работы Харьковского национального медицинского университета «Удосконалення та розробка нових методів діагностики та лікування хворих з патологією щелепно – лицевої області» (№ держреєстрації 0106U001858; 2006-2010р.).

В экономически развитых странах частота травм и несчастных случаев занимает третье место в структуре причин смертности: после сердечно - сосудистых заболеваний и новообразований; на втором - среди причин первичной инвалидности и заболеваний с временной нетрудоспособности. По данным ВОЗ ежегодно от травм гибнет 300 тыс лиц трудоспособного возраста и более семи миллионов травмированных ежегодно становятся инвалидами [20]. Последние годы в структуре общего травматизма увеличился удельный вес челюстно-лицевой травмы (ЧЛТ); среди городского населения её удельный вес в структуре различных травм составляет 3,2 - 8,0% [4]. В тоже время, по данным специализированных челюстно - лицевых стационаров, в структуре госпитализированных 38,4% лиц с ЧЛТ, что свидетельствует о медицинской и социальной значимости данной патологии [1]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, наиболее частыми причинами ЧЛТ являются дорожные происшествия (43,9%) и нападения (26,7%). Среди других причин, в порядке убывания, распределились: ЧЛТ от падения (16,5%), несчастные случаи на производстве (9,5%), спортивные травмы ЧЛО (3,18%). По другим данным, среди причин ЧЛТ на первом месте находится бытовая травма (82,7%), а дорожно-транспортная травма составляет 11,8%; при этом, уменьшение количества лиц, получивших ЧЛТ на производстве связывают со спадом последнего в постсоветских странах [29] и нынешними кризисными явлениями в экономике разных стран.

Как свидетельствуют данные специализированных челюстно-лицевых клиник, дорожно - транспортная травма и травма при падении с высоты отличаются от других видов ЧЛТ множественностью и наибольшей тяжестью переломов костей лица [56], в тоже время, большинство пациентов с ЧЛТ - трудоспособного возраста [1, 29]; согласно эпидемиологическим данным, преобладающее число пострадавших в возрасте 21-30 и 31-40 лет (соответственно 28,5% и 26,6%), тогда как в возрастных группах 15-20 и 41-50 лет частота ЧЛТ имеет сопоставимые уровни (16,7% и 15,7% соответственно), а в возрастной группе 51-60 лет - составляет 9,1% и уменьшается в возрастном периоде после 60 лет до 3,3% [16]. Данные отечественных исследователей аналогичны данным зарубежных авторов, согласно которым пик ЧЛТ приходится на второе - четвертое десятилетия жизни [34]: мужчины получают ЧЛТ чаще, чем женщины; соотношение мужчин и женщин в структуре челюстно-лицевых