

УДК 617.55-007.43-089.-068.1-036.1

*А.В. Бондаренко, П.Ф. Гюльмамедов***ОЦІНКА СТАНУ ХВОРИХ НА ВЕЛИКІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ ВЕНТРАЛЬНІ ГРИЖІ З СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ДО ОПЕРАЦІЇ***Донецький національний медичний університет ім. М.Горького*

Проаналізовані результати лікування 177 хворих з ускладненими післяопераційними вентральними грижами великих розмірів. Всі хворі мали 2 і більш супутніх захворювань. Розроблена двохетапна доопераційна оцінка стану хворих: на 1 етапі встановлювався ступінь компенсації супутньої патології, на 2 етапі для оцінки впливу фонові патології та первинного рівня внутрішньочеревного тиску на розвиток синдрому абдомінальної компресії використовувався індекс важкості абдомінальної компресії. Згідно алгоритму визначалися протипоказання до операції та передопераційна підготовка. У 50 хворих несприятливий результат прогнозований і попереджений завдяки розробленому алгоритму. У 5 (3,9%) хворих зі стандартним обстеженням після операції зареєстрована гостра серцево-легенева недостатність. Померло 2 хворих від ускладнень пов'язаних з розвитком абдомінальної компресії.

Ключові слова: післяопераційні грижі, передопераційна діагностика.

Незважаючи на успіхи в індустрії шовних та протезних матеріалів частота ускладнень в хірургії великих післяопераційних вентральних гриж (ВПВГ) залишається високою. Це обумовлено як обсягом грижового дефекту, так і супутньою соматичною патологією, характер якої безпосередньо впливає та ускладнює, як перебіг самої грижової хвороби, так і процес лікування [2]. В літературі немає чітких критеріїв доопераційної оцінки стану хворих на ВПВГ та протипоказань до хірургічного лікування з урахуванням цих факторів [1, 2].

Мета роботи – розробити доопераційні критерії оцінки комплексного впливу фонові патології та первинного рівня внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) на розвиток ускладнень та протипоказань до хірургічного лікування хворих на ВПВГ ускладнених супутньою соматичною патологією.

Матеріал та методи

Нами проаналізовані результати лікування 177 хворих на ВПВГ, які мали супутню соматичну патологію та зайву вагу. 79,6% хворих мало 2 і більш супутніх захворювань, серед яких: захворювання серцево-судинної системи, хронічні захворювання легень, хронічні захворювання нирок, цукровий діабет та захворювання щитоподібної залози, варикозна хвороба кінцівок. Доопераційна оцінка складалася з двох етапів. На 1 етапі встановлювався ступінь компенсації супутньої патології згідно загальноприйнятих міжнародних кри-

теріїв в залежності від недостатності функції ураженого органу. Невідповідність критеріям компенсації органної недостатності являлася протипоказанням до операції. На 2 етапі для оцінки комплексного впливу фонові патології та первинного рівня ВЧТ на розвиток синдрому абдомінальної компресії (САК) та ймовірності несприятливого результату для хворих на ВПВГ ми розробили індекс важкості абдомінальної компресії (ІВАК) [3]. ІВАК добре корелює зі шкалою анестезіологічного ризику АРАСНЕ II та в той же час є більш специфічний для хворих на ВПВГ з супутньою патологією. ІВАК використовувався, як специфічний вирішальний критерій встановлення протипоказань до хірургічного лікування хворих на ВПВГ, а також в ранньому післяопераційному періоді для прогнозування САК та визначення тактики лікування. ІВАК розраховується шляхом множення значення важкості пацієнта по клініко-лабораторних ознаках (вік, частота серцевих скорочень, артеріальний систолічний тиск, частота дихання, діурез на добу, число органів з клінічними ознаками недостатності, індекс ваги тіла, загальний білок крові, сечовина, рівень лейкоцитів, тромбоцитів крові, лейкоцитарний індекс інтоксикації, тривалість підвищеного ВЧТ, ознаки парезу кишечника) на величини відповідних індексів важкості фонові патології, на індекс важкості інтраабдомінальної інфекції (паралігатурний абсцес, кишковий свищ, міжпетльовий абсцес, кишкова непрохідність доброякісного генезу,

грижа зі схильністю до защемлення, післяопераційний перитоніт, патологія печінки та біліарної системи в стадії субкомпенсації, хронічний пієлонефрит) і поправочні коефіцієнти, що погіршують прогноз захворювання (лікування антибактеріальними препаратами більше 3 діб, тривале лікування кортикостероїдами, абдомінальний сепсис, який ускладнився гострим ерозивно-виразковим ураженням шлунка, ДВЗ-синдром (клінічно й лабораторно підтверджений), клініко-рентгенологічні ознаки респіраторного дистрес-синдрому дорослих, штучна вентиляція легенів більше 2 діб). Потім вимірюється ВЧТ. На основі результатів дослідження змодельована номограма (див. рис.). Лінійкою з'єднуються значення в 1 стовпчику й величини ІВАК (2 стовпчик). При цьому продовження прямої лінії у 3 стовпчику номограми вкаже ймовірну летальність ($p \leq 0,05$) і у 4 стовпчику – можливу лікувальну тактику. При рівні D – ознак САК немає та ризик його розвитку мінімальний. Хворим на ВПВГ з рівнем вище ніж D хірургічне лікування було протипоказано. Таким хворим проводилась додаткова передопераційна підготовка спрямована на компенсацію того компонента, що безпосередньо погіршував стан хворого.

Метод розрахунку ІВАК проведений ретроспективно у 127 (71,8%), та проспективно до хірургічного лікування в 50 (28,4%) хворих.

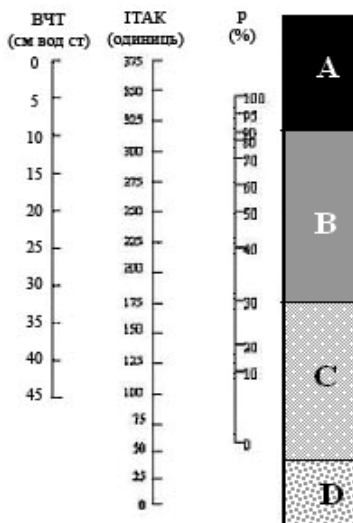


Рис. Номограма для прогнозування розвитку САК.

Результати та обговорення

У 50 хворих несприятливий результат прогнозований і попереджений ґрунтуючись на вивченні ІВАК проспективно. Під час операції в цій групі серцево-легеневих ускладнень не було. В післяопераційному періоді зареєстровано в 21 (42%) хворих граничний рівень САК. В жодному випадку хірургічна декомпресія не знадобилася. САК ліквідований консервативними заходами. Летальних випадків не було.

У хворих, яким не застосовувався метод доопераційної оцінки у післяопераційному періоді зареєстрована гостра серцево-легенева недостатність – в 5 (3,9%) випадках. У одній хворі з рівнем САК – В (ретроспективно згідно ІВАК) виконана ургентна декомпресійна релапаротомія. Померла 1 хвора у результаті тромбоемболії легеневої артерії та 1 хвора від комбінованої ниркової та і серцево-легеневої недостатності, як прояв САК.

Висновки

Двохетапна доопераційна оцінка хворих на ВПВГ та супутньою патологією із застосуванням ІВАК дозволяє об'єктивно встановити протипоказання до операції, вказати напрямки необхідної передопераційної підготовки, тим самим попередити розвиток важких інтра та післяопераційних ускладнень.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ГРЫЖАМИ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ ДО ОПЕРАЦИИ

А.В. Бондаренко, П.Ф. Гюльмамедов

Проанализированы результаты лечения 177 больных с осложненными послеоперационными центральными грыжами больших размеров. Все больные имели 2 и более сопутствующих заболеваний. Разработана двухэтапная дооперационная оценка состояния больных: 1 этап – определение степени компенсации фоновой патологии, на 2 этапе для оценки влияния фоновой патологии и начального внутрибрюшного давления на развитие абдоминальной компрессии введен индекс тяжести абдоминальной компрессии. Несоответствие данным критериям было противопоказанием к операции и проводилась дополнительная подготовка. У 50 больных неблагоприятный результат прогнозирован и предотвращен благодаря разработанной программе дооперационной диагностики. У 5 (3,9%) больных со стандартной диагностикой после операции отмечена сердечно-легочная недостаточность, 2 больных умерло от осложнений связанных с развитием абдоминальной компрессии.

Ключевые слова: послеоперационные грыжи, дооперационная диагностика.

PREOPERATIVE EXAMINATION OF THE PATIENTS WITH LARGE POSTOPERATIVE HERNIA AND CONCOMITANT DISEASES

A.V. Bondarenko, P.F. Gulmamedov

The results of 177 patients treatment with large complicated postoperative hernia are analyzed. All patients had 2 and more concomitant diseases. Two-stage preoperative examination of such patients is worked out. 1 stage includes determination of concomitant diseases compensation, 2 stage – determination of influence of concomitant diseases and initial intraabdominal pressure on compartment syndrome development according to modified index of abdominal compression severity. This algorithm made it possible to prevent development of postoperative cardio-pulmonary complications and compartment syndrome.

Key words: postoperative hernia, preoperative diagnosis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фелештинский Я.П. Пути улучшения предоперационной подготовки пациентов пожилого и старческого возраста с послеоперационными большими размерами грыжами живота/ Я.П. Фелештинский // Український медичний часопис.– 1999.– № 3 (11). – С. 79-82.
2. Чушкин М.И. Предоперационная оценка больных с сердечно-сосудистой патологией и их подготовка к плановым внесердечным хирургическим вмешательствам / М.И. Чушкин, И.С. Явелов // Consilium Medicum.– 2002.–Т. 4. – № 4. – С. 591-612.
3. Abdominal perfusion pressure: a superior parameter in the assessment of intra-abdominal hypertension / M. Cheatham, M. White, S. Sagraves [et al.]//J. Trauma. – 2000. – № 49 (4). – P. 621-627.

Стаття надійшла 09.03.2011