



УКРАЇНА

(19) UA (11) 62952 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ОЦІНКИ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З НЕПУХЛИННОЮ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

1

2

(21) u201101334

(22) 07.02.2011

(24) 26.09.2011

(46) 26.09.2011, Бюл.№ 18, 2011 р.

(72) НЕЧИТАЙЛО МИХАЙЛО ЮХИМОВИЧ, ГОД-ЛЕВСЬКИЙ АРКАДІЙ ІВАНОВИЧ, САВОЛЮК СЕРГІЙ ІВАНОВИЧ

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб передопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень у хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею, що включає визначення тяжкості стану хворих та ризик виникнення піс-

ляопераційних ускладнень на момент госпіталізації, який **відрізняється** тим, що визначення групи ризику розвитку післяопераційних ускладнень здійснюють згідно з передопераційною оцінкою тяжкості стану за сумою балів по анамнестичному, клінічному, лабораторно-інструментальному блоку та блоку бальної оцінки змін значень діагностичних індексів, що дозволяє стратифікувати всіх хворих відповідно до їх вихідної бальної оцінки на групи низького (12-19), середнього (20-35), високого (36-42) та надвисокого (43 бали і вище) ризику післяопераційних ускладнень.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, а саме до способів індивідуалізованої об'єктивної оцінки ризику розвитку післяопераційних ускладнень у хворих з непухлинними обтураційними жовтяницями. Може бути використана для прогнозування перебігу післяопераційного періоду у хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею, ускладнених гострою печінковою недостатністю, гнійним холангітом, деструктивним холециститом, у хворих старшої вікової групи з різним ступенем декомпенсації супутньої соматичної патології та в групі хворих високого операційно-анестезіологічного ризику, на етапі підготовки хворих до оперативного лікування та виконання передопераційної консервативної терапії, для динамічної оцінки ефективності її методів інтенсивного консервативного лікування.

Основна причина незадовільних післяопераційних наслідків лікування хворих з непухлинними обтураційними жовтяницями, в першу чергу її ускладнених та критичних форм, обумовлена виникненням проявів гострої печінкової недостатності, прогресування якої в післяопераційному періоді обумовлюється вибором та впливом нераціональної тактики та необґрунтованим застосуванням хірургічних методів біліарної декомпресії на функціональний стан печінки, та проявами гнійно-септичних ускладнень [Ткачук О. Л., Шевчук М. Г. Постдекомпресійні дисфункції печінки у хворих на

обтураційну жовтяницю // Вісник Вінницького національного медичного університету.-2010. - № 14(2). - С. 360-363].

Саме тому з метою прогнозування наслідків хірургічної корекції та розвитку післяопераційних ускладнень, пов'язаних з функціональним порушенням функції печінки, застосовують прогностичні оціночні шкали для об'єктивної оцінки тяжкості стану хворих з хірургічною патологією печінки: MELD [Ковальчук О. Л., Грубник В. В. Прогнозування ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на цироз печінки // Шпитальна хірургія.-2010. - № 3. - С. 8-12], Child-Pugh, індекс ушкодження печінки Національного інституту здоров'я США та її доповнена модифікація (мінімальна індексна шкала оцінки печінки (МІШОП), системи оцінки факторів операційного ризику з зазначенням груп високого ризику (ASA) [Шапошников А. В. Интегральный подход к оценке функции печени при цирозах и опухолях печени // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2005. - № 4, Том 15. - С. 88-92].

Однак, представлені прогностичні системи розраховані для застосування у хворих з травмами печінки, з цирозом та пухлинами печінки, а спеціалізованих систем для переважної оцінки ризику післяопераційних ускладнень у хворих з непухлинними обтураційними жовтяницями на теперішній час не існує. Крім цього, це вузькоспеціалізовані

(19) UA (11) 62952 (13) U

прогностичні системи, вони не розраховані на од-ночасні оцінки функціональної здатності печінки та впливу на печінку хірургічних методів біліарної декомпресії, вплив супутньої соматичної патології на перебіг післяопераційного періоду, ризику післяопераційних ускладнень, в тому числі гнійно-септичного характеру, не дозволяють вибирати раціональну тактику хірургічного лікування та корекцію якісного складу періопераційного лікування.

Поставлену задачу корисної моделі "Спосіб передопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень у хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею" вирішують шляхом визначення суми балів по анамнестичному, клінічному, лабораторно-інструментальному блоку та блоку бальної оцінки змін значень оригінальних діагностичних індексів. Згідно з корисною моделлю всі хворі з непухлинними обтураційними жовтяницями стратифікуються на групи низького, середнього, високого та надвисокого ризику розвитку післяопераційних ускладнень, що є показанням до вибору оптимальної тактики хірургічного лікування.

Поставлену задачу вирішують способом передопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень у хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею, що передбачає визначення групи ризику розвитку післяопераційних ускладнень на момент госпіталізації в клініку згідно з передопераційною оцінкою тяжкості стану за сумою балів по анамнестичному, клінічному, лабораторно-інструментальному блоку та блоку бальної оцінки змін значень діагностичних індексів, що дозволяє стратифікувати всіх хворих відповідно до їх вихідної бальної оцінки на групи низького (12-19), середнього (20-35), високого (36-42) та надвисокого (43 бали і вище) ризику післяопераційних ускладнень.

Спосіб передопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень у хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею виконують наступним чином. Після госпіталізації та верифікації діагнозу непухлинної обтураційної жовтяниці здійснюють передопераційну оцінку тяжкості стану згідно з математичним обрахунком суми балів по анамнестичному блоку: вік - 60-69 (1), 70-79 (2), 80 і більше (3); стать - чоловіча (2), жіноча (1); тривалість холестази - 1-7 днів (1), 7-14 днів (2), 14-21 днів (3), більше 21 доби (4), перенесені оперативні втручання на біліарній системі - відкрита чи лапароскопічна холецистектомія (1), папілосфінктеротомія (2), білідигестивний анастомоз (3); клінічному блоку: гіпертермія - 37-37,9 °C (1), 38-38,9°C (2), 39 °C і більше (3), оцінка ступеня декомпенсації соматичної патології - цироз печінки та цукровий діабет по: компенсація (1), субкомпенсація (2), декомпенсація (3), серцева недостатність: СН 1 ступеня (1), СН 2 ступеня (3), СН 3 ступеня (5), серцево-легенева недостатність (5), аритмія (5), порушення провідності (5), діурез - 1000-700мл (1), 700-500 мл (2), 500 мл і менше (3); лабораторно-інструментальному блоку: лейкоцитоз - 9-14,9 (1), 15-19,9 (2), 20 і більше (3), значення загального білірубину - 50-99 (1), 100-199 (2), 200-299 (3), 300 мкмоль/л і більше (4), протромбінового індексу - 90-80 % (1), 79-60 % (2), 59-40 % (3), 39 % і менше (4), УСГ критерії деструктивного холецистити

та біліарної гіпертензії - ознаки деструктивного холецистити (2), діаметр холедоха до 20 мм (2), більше 20 мм (3) та блоку бальної оцінки змін значень діагностичних індексів: 1) (білірубін загальний/білірубін прямий)/(загальний білок/альбумін) (норма-3,9) - 2,9-3,8 (1), 1,9-2,8 (2), 0,9-1,8 (3), 0,8 і менше (4); 2) (білірубін загальний/білірубін прямий)/(альбумін/ефективна концентрація альбуміну) (норма-4,73) - 4,5-2,5 (1), 2,5-1,5 (2), 1,4 і менше (3); 3) (глюкоза/глікогемоглобін)/(альбумін/фібриноген) (норма-0,05) - 0,05-0,07 (1), 0,08-0,11 (2), 0,12-0,14 (3), 0,15 і більше (4). Отримана сума балів дозволяє стратифікувати всіх хворих відповідно до їх вихідної бальної оцінки на групи низького (12-19), середнього (20-35), високого (36-42) та надвисокого (43 бали і вище) ризику післяопераційних ускладнень. Представлений розподіл хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею дозволяє оптимізувати вибір тактики хірургічного лікування та якісний склад інтенсивної консервативної терапії: 1) групі з низьким ризиком (12-19 балів) - показана одномоментна радикальна операція традиційними (відкритими) чи малоінвазивними (лапароскопічними) технологіями; 2) групі високого (36-42 бали) та надвисокого (43 бали і вище) ризику показано застосування етапної тактики хірургічного лікування, де на 1 етапі здійснюють малотравматичну паліативну біліарну декомпресію малоінвазивними методами, а вже на 2 етапі, після стабілізації функціонального стану печінки та корекції системних метаболічних порушень, здійснити радикальну етапну ліквідацію біліарної патології, переважно малоінвазивними методами або малотравматичними відкритими методами (з міні-доступів); 3) групі середнього (20-35 балів) ризику потребує ретельної динамічної оцінки стану під впливом ініціальної передопераційної підготовки: якщо в процесі спостереження бальна оцінка зменшується - хворим можливе виконання одномоментної радикальної операції або малоінвазивними, або відкритими методами, якщо ж в динаміці бальна оцінка не змінюється - то хворі потребують реалізації етапної тактики біліарної декомпресії з переважним застосуванням малотравматичних хірургічних технологій. Клінічний приклад. Хвора З. 53 років, історія хвороби № 240, знаходилася на стаціонарному лікуванні в хірургічній клініці кафедри хірургії № 2 Вінницького Національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, на базі якої функціонує міський центр хірургії печінки, позапечінкових жовчних протоків та підшлункової залози, з 9.01 по 25.01.2009 р. з діагнозом: ЖКХ: хронічний калькульозний холецистит, холедохолітаз, холангіт, механічна жовтяниця, тубулярний стеноз холедоха В 1 за Bismuth. Після верифікації діагнозу та здійснення оцінки за розробленою шкалою передопераційної оцінки ризику післяопераційних ускладнень важкість стану хворої був оцінений в 16 балів, хвора віднесена в групу низького ризику післяопераційних ускладнень, що слугувало дотримання тактики виконання одномоментної радикальної ліквідації обтураційної жовтяниці. 12.01.2009 р. хвора оперована, виконано холецистектомію від шийки, формування супрадуоденального холедоходуоденоанастомозу за

Юрашем-Виноградовим. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. В задовільному стані хвора виписана на 12 добу післяопераційного періоду.

Запропонована корисна модель дозволяє об'єктивно оцінити важкість стану хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею на момент госпіталізації хворого до хірургічного стаціонару, визначити на етапі підготовки до оперативного лікування ризик виникнення можливих післяопераційних ускладнень (гостра печінкова недостатність, гнійно-септичні ускладнення), що дозволяє оптимізувати вибір та обґрунтувати підходи до

тактики хірургічного лікування всіх хворих з непухлинною обтураційною жовтяницею, в тому числі з її ускладненими формами - критичні непухлинні обтураційні жовтяниці, хворі старшої вікової групи з різним ступенем декомпенсації супутньої соматичної патології, хворих з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику, дозволяє в динаміці здійснювати контроль за ефективністю інтенсивної консервативної терапії в передопераційному та післяопераційному періодах, коригуючи її якісний склад, зменшуючи негативні впливи вибраних методів біліарної декомпресії на функціональний стан печінки.