

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Изучены непосредственные результаты лечения 265 больных в возрасте 75 лет и старше. Сопутствующие заболевания были у 246 человек (92,8%), причем в среднем на одного больного приходилось 2,1 заболевания. Деструктивные формы острого холецистита диагностированы у 236 пациентов (89%), Все это вместе взятое позволяет отнести их к III – IV классу операционного риска по классификации ASA с вероятностью наступления летального исхода в 30 – 50 % случаев. Оперировано 139 больных (52,4%). Холецистэктомия из традиционного широкого лапаротомного доступа была произведена у 16 человек (11,5%), холецистэктомия из минилапаротомного доступа у 111 (79,8%), холецистостомия выполнена у 12 больных (8,6%). Умерло после операции 8 больных (5,7%).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Наибольшее число умерших больных было после выполнения холецистэктомии из лапаротомного доступа (6 из 8 пациентов). После операции, произведенной из минилапаротомного доступа, не умер ни один человек. Не перенесли хирургическое вмешательство в виде холецистостомии двое больных. При анализе полученных результатов лечения выяснено, что все больные, которым произведена холецистостомия, были в возрасте 80 лет и старше, у которых процент деструкции желчного пузыря, число сопутствующей патологии на 1 больного были гораздо больше, чем в возрастной группе 75 – 79 лет. В связи с этим, степень анестезиологического и операционного риска достигает своего максимума именно в возрастной группе 80 лет и старше. Это позволяет считать оправданным выполнение холецистолитотомии с последующим дренажом желчного пузыря. Изучение отдаленных результатов в течение 3 лет у 10 выживших больных показало, что не один из них не обращался повторно по поводу заболеваний желчного пузыря, у большинства пациентов искусственный желчный свищ самостоятельно закрылся.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении последнего столетия в истории хирургии острого холецистита декларировался тезис о том, что деструкция стенки желчного пузыря является противопоказанием для выполнения холецистостомии как операции выбора у больных с высокой степенью операционного риска, приводящего к высоким показателям смертности. В связи с этим, у многих хирургов возникал закономерный вопрос: а зачем накладывать холецистостому у больных с катаральной формой воспаления желчного пузыря, если эта форма острого холецистита не представляет реальной угрозы для жизни больного? Полученные нами достаточно неплохие непосредственные и отдаленные результаты лечения после выполнения холецистолитотомии с последующим дренированием просвета желчного пузыря позволяют рекомендовать шире использовать данную операцию при деструктивном холецистите у больных с высокой степенью операционного риска.

**С.А. Совцов, Е.В. Прилепина**

## **РОЛЬ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА В СНИЖЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования (Челябинск)*

**Цель исследования** — снижение послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных высокой степенью анестезиологического и операционного риска

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами были изучены данные внутрибольничного бактериологического мониторинга 3 хирургических и реанимационного отделений клиники за период 2003 – 2008 гг. Было исследовано 4791 посевов: из ран – 3046, мокроты – 1633, крови – 111, мочи – 1. Рост культуры получен в 4072 (85 %) случаях. Кроме этого, нами проанализированы непосредственные результаты лечения 265 больных с острым холециститом в возрасте 75 лет и старше. Сопутствующие заболевания были у 246 человек (92,8%), причем в среднем на одного больного приходилось 2,1 заболевания. Деструктивные формы острого холецистита диагностированы у 236 пациентов (89%), Все это вместе взятое позволяет отнести их к III – IV классу анестезиологического и операционного риска по классификации ASA с вероятностью наступления летального исхода в 30 – 50 % случаев. Оперировано 139 больных (52,4%). Послеоперационные осложнения возникли в 14,5 % наблюдений, из них гнойно-воспалительного характера у 3 % больных.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время у хирургических больных борьба с послеоперационными гнойно-воспалительными осложнениями ведется двумя путями: периоперационная антибиотикопрофилактика путем эмпирического назначения противомикробных препаратов (которая отличается субъективным подходом и в связи с этим далеко не всегда эффективна) и послеоперационная антибиотикотерапия, основанная на результатах бактериологических посевов жидких сред организмов (данные этих анализов бывают готовы в лучшем случае через 4–6, а то и 10 дней после операции).

Проведенное нами исследование изучения данных внутрибольничного микробиологического мониторинга указанных отделений стационара клиники показало, что в хирургических и реанимационном отделениях преобладала грамотрицательная флора: в 2201 анализе (54 %) (*E. coli* – 75,3 %, *P. aeruginosa* – 12 %, *Acinetobacter* – 8,3 %, *Kl. pneumoniae* – 3,4 %, прочие – 1 %); грамположительные – в 1738 посевах (43 %) (*S. aureus* – 62 %, *S. epidermidis* – 14 %, *E. faecalis* – 10 % и др.); грибы – 28 (0,6 %), дрожжи – 105 (2,4 %). При поступлении антибиотикотерапия с учетом данных мониторинга была назначена 101 пациенту изучаемой группы (74 %). Периоперационную антибиотикотерапию получило 44 пациента (71 %). Нами применялись группы антибактериальных препаратов активных в отношении микрофлоры острого холецистита: бета-лактамы (аминопенициллины (амоксиклав, амикацин), цефалоспорины I–III поколения (цефазолин, цефурабол, клафоран, цефабол), фторхинолоны (ципрофлоксацин), нитромидазолы (метронидазол). В контрольной группе больных, лечившихся в период 1998–2002 гг., когда внутрибольничный мониторинг флоры не проводился, послеоперационные осложнения возникли у 23 % больных, т.е. в 7,6 раза чаще.

**А.А. Стеклов, М.В. Паршиков, В.И. Горбунов, М.В. Мельник, С.Е. Никитин**

### ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕХНИКО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ В ЛПУ

*Городская больница № 4 (Ульяновск)  
МНПО «ПАРИЗО» (Москва)  
Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва)  
Ульяновский государственный университет (Ульяновск)  
ООО «Центр протезирования и реабилитации «Возрождение» (Ульяновск)  
Центральный институт травматологии и ортопедии (Москва)*

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Анализируя протезно-ортопедическую помощь в Ульяновской области, мы пришли к мнению:

1. Государственным протезно-ортопедическим предприятиям трудно в полной мере оказывать раннюю реабилитационную помощь пациентам в части индивидуального протезирования и ортезирования.
2. Оказание протезно-ортопедической помощи осуществляется в разных (часто значительно отдаленных) учреждениях.
3. Трудности в транспортировке больного с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата из ЛПУ в протезно-ортопедическое предприятие значительно увеличивают сроки получения пациентом протезно-ортопедического изделия.
4. Отсутствие единых программ реабилитации, различное мнение о конкретных методиках;
5. Отсутствие конкретного специалиста, курирующего больного, составляющего общую программу реабилитационного процесса;
6. Практически полное отсутствие взаимодействия между специалистами, осуществляющими лечебный процесс, реабилитацию и обеспечение протезно-ортопедическими изделиями и техническими средствами реабилитации;

### ОПЫТ РАБОТЫ

В г. Ульяновске с 2006 г. на базе МУЗ Городская больница № 4 создано ортопедо-техническое подразделение, выведенное из общего бюджетного финансирования, и состоящее из кабинета приема специалиста, слепочной, мастерской и склада продукции. Прием пациентов и выполнение работ в подразделении ведут сотрудники Центра протезирования и реабилитации «Возрождение» г. Ульяновск. В период лечения и реабилитации они тесно взаимодействуют с врачами и специалистами данного учреждения и других ЛПУ. Функционирует вышеназванное подразделение по таким направлениям, как:

1. Индивидуальное ортезирование из современных полимерных иммобилизирующих материалов.