

5. Цуканов, Ю.Т. Варикозная болезнь нижних конечностей как следствие дисплазии соединительной ткани / Ю.Т. Цуканов, А.Ю. Цуканов // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 84–89.
6. Швальб, П.Г. Диагностический и лечебный алгоритмы при хронической венозной недостаточности / П.Г. Швальб // Стандарты диагностики и лечения хронической венозной недостаточности : мат. V конф. ассоциации флебологов России. – М., 2004. – С. 23–25.
7. Antignani, P.L. Анализ классификаций хронической венозной недостаточности нижних конечностей / P.L. Antignani // Рефераты симпозиума в рамках XIV Всемирного конгресса Международного союза флебологов. 9–14 сентября 2001 года, Рим, Италия. – М. : «Митра-Пресс», 2001. – С. 16.
8. Caggiati, A. Segmental hypoplasia of the great saphenous vein and varicose disease / A. Caggiati, E. Mendoza // Europ. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2004. – Vol. 28, № 3. – P. 257–261.
9. Cavezzi, A. Удаление притоков и склеротерапия с помощью склерозирующих средств в виде пены большой подкожной вены ноги на втором этапе / A. Cavezzi // Флебология. – 2004. – Т. 22. – С. 8.
10. Ramelet, A.A. Варикозные вены и телеангиоэктазии / A.A. Ramelet, P. Kern, M. Perrin ; пер. с франц. под ред. Т.В. Алекперовой. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – С. 288.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД У ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

И. В. ДОРЕНИН, С. В. МИНАЕВ,
Я. И. СУХОДОЛОВ

Проанализированы результаты диагностики и лечения 136 детей и подростков с ВБНК. В соответствии с классификацией CEAP определили степень варико-за: C0 – 34 пациента, C1 – 67, C2 – 35. Выбор стратегии и тактики лечения, а также эффективность лечебных действий у больных с варикозной болезнью зависели от своевременной диагностической программы, клинико-анатомической формы заболевания и предполагали применение современных методик консервативного и оперативного лечения. Примененный лечебно-диагностический подход позволил в 80,7 % случаев добиться хорошего результата лечения у детей с ВБНК.

Ключевые слова: варикозная болезнь, нижние конечности, лечебно-диагностическая тактика, дети

MEDICAL-DIAGNOSTIC APPROACH IN ADOLESCENTS WITH LOWER LIMB VARICOSITY

DORONIN I. V., MINAEV S. V.,
SUKHODOLOV Y. I.

The results of diagnosis and treatment of 136 children and adolescents with lower limb varicosity. According to the CEAP classification of the degree of varices were as follows: C0 – 34 patients, C1 – 67 C2 – 35. The choice of treatment strategy and tactics, as well as the effectiveness of therapeutic action in patients with varicose veins depended on timely diagnostic program, clinical and anatomical forms of the disease according to the CEAP classification, and suggested the use of modern techniques of conservative and surgical treatment in children and adolescents. Applied Medical-Diagnostic approach allowed in 80.7 % of cases to achieve a good outcome of treatment in children with lower limb varicosity.

Keywords: varicose veins, lower extremity, therapeutic and diagnostic tactics and children

© Р. Р. Курбанисмаилова, Р. Т. Меджидов, 2013
УДК 616.366-003.7-053.9-089.879

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Р. Р. Курбанисмаилова, Р. Т. Меджидов

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала

Проблема лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и, особенно, ее осложнений у больных старческого возраста до настоящего времени остается одной из актуальных задач хирургии [1, 3]. Многообразие существующих методов лечения осложненной ЖКБ делает не-

легкой задачу индивидуального выбора лечения заболевания в каждом конкретном случае [3, 4]. Возраст больного не является противопоказанием к оперативному пособию, однако характер инволютивных изменений органов и систем у лиц старшей возрастной группы заставляет рассматривать эту категорию больных как наиболее неблагоприятную в плане развития осложнений и требующую адекватной предоперационной подготовки [2, 6].

У больных старческого возраста значительно чаще развиваются деструктивные формы острого холецистита (ОХ) с высокой частотой осложнений и летальностью. С внедрением в практику малоинвазивных хирургических технологий появились возможности снизить эти показатели [2, 5, 7, 8].

Курбанисмаилова Рахимат Рамазановна,
аспирант кафедры общей хирургии
Дагестанской государственной медицинской академии;
тел.: 89288781280

Меджидов Расул Тенчаевич,
доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой
общей хирургии, проректор по лечебной работе
Дагестанской государственной медицинской академии;
тел.: 670806

Цель исследования – выбор оптимальной хирургической тактики при осложненной ЖКБ у пациентов старческого возраста.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов клинического обследования и лечения 126 больных старческого возраста (75 лет и старше) с ЖКБ и ее осложнениями, находившихся на стационарном лечении в клинике общей хирургии Дагестанской медицинской академии. Все больные были разделены на три клинические группы: первую составили 42 пациента, которым выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) под общим обезболиванием, вторую – 41 больной, которым оперативное пособие оказано из мини-доступа (МД) (под общим обезболиванием – 17, под местной анестезией – 14), в третью группу вошли перенесшие оперативное вмешательство путем традиционной широкой лапаротомии (ТШЛ) – 43 больных (под общим обезболиванием – 19, под местной анестезией – 14).

Большинство оперированных составили больные, страдающие хронической формой заболевания (68,8 %). Из числа оперированных с острым калькулезным холециститом (ОКХ) доля катарального холецистита составила всего 12,4 %.

Перивезикальный инфильтрат в анализируемых группах отмечен у 12, паравезикальный абсцесс – у 2, эмпиема желчного пузыря (ЖП) – у 3 больных. При этом в группе пациентов, оперированных из лапароскопического доступа (ЛД), перивезикальный инфильтрат наблюдался у 2, эмпиема ЖП – у 1 пациента. При использовании МД данные осложнения встречались чаще: перивезикальный инфильтрат у 5, перивезикальный абсцесс у 1 и эмпиема ЖП у 2 больных. В группе оперированных путем ТШЛ перивезикальный инфильтрат отмечен у 3 больных, перивезикальный абсцесс у 1, эмпиема ЖП – у 2 больных.

Холедохолитиаз отмечен у 5,8 % больных, из них в 67,9 % случаев пациенты поступили в стационар с желтухой различной степени выраженности. В группе оперированных с использованием лапароскопической технологии холедохолитиаз отмечен у 1 пациента, МД – у 3 и ТШЛ – у 3 больных. Картина холангита отмечена у 2 больных.

Основную патологию у большинства пациентов отягощали различные фоновые заболевания: одно у 25 (20,2 %) больных, два, три и более – у 79 (62,7 %) больных. Из сопутствующих заболеваний в анализируемых группах ведущее место занимали сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия (36,8 %), ишемическая болезнь сердца (73,4 %). ХОБЛ отмечен у 32,4 % больных, бронхиальная астма у 2,6 %, эмфизема легких у 43,4 %, дыхательная недостаточность различной степени выраженности – у 29,4 % больных. При обследовании желудка и двенадцатиперстной кишки полип желудка выявлен в 4,2 % случаев, эрозивные гастродуодениты в 9,6 %, язвенная болезнь в 3,2 % случаев. Сахарным диабетом страдали 8 (6,8 %) пациентов.

Задачи обследования и лечения больных решали путем комбинированного и последовательного применения комплекса клиничко-лабораторных, инструментальных и эндоскопических исследований. Такой подход позволил выделить ситуации, которые требовали выполнения малоинвазивных хирургических вмешательств на первом этапе и разработать дооперационные критерии отбора пациентов для

различных видов доступов при операциях на желчных путях.

У больных деструктивным ОХ, осложненным механической желтухой, в большинстве случаев лечение проводили в 3 этапа. На первом этапе выполняли минимальное оперативное вмешательство – микрохолецистостомию, направленное на ликвидацию проявлений ОХ, механической желтухи и холангита, затем (на 7–10 день) выполняли 2 этап – эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с удалением камней из холедоха, а на третьем этапе (спустя, как правило, 10–14 суток) проводилась радикальная операция – холецистэктомия.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) применена нами у 12 (9,5 %) больных. У 6 (4,7 %) пациентов ЭРХПГ была завершена эндобилиарным вмешательством (ЭПСТ). Диагностическая лапароскопия как изолировано, так и в сочетании с другими методами была выполнена 4 (3,2 %) больным. При этом под контролем лапароскопии чреспузырная декомпрессия билиарного тракта была выполнена у 3 (2,7 %) больных с деструктивными формами ОХ. Микрохолецистостомия под УЗИ-наведением выполнена 4 (3,2 %) пациентам.

В подавляющем большинстве случаев традиционная холецистэктомия выполнялась из трансректального разреза передней брюшной стенки. Минилапаротомная холецистэктомия также преимущественно выполнялась с применением трансректального разреза, а при ВЛХЭ использован 4-портовый доступ.

Результаты. Продолжительность холецистэктомии из ТШЛ составила $50,15 \pm 2,1$ мин, средняя длина кожного разреза передней брюшной стенки – $16,22 \pm 0,4$ см (разрез Лахей – Спасокукоцкого). Интраоперационные осложнения (ИО) отмечены у 2 (8,1 %) оперированных. В раннем послеоперационном периоде (ПП) осложнения встречались у 6 (14,0 %) оперированных. Среди них преобладали общие осложнения (8,3 %), местные осложнения имели место только у 4,6 % оперированных. Пневмония наблюдалась у 2 (4,6 %), инфаркт миокарда у 1 (2,3 %), мерцательная тахикардия у 2 (4,6 %) и развитие острой печеночно-почечной недостаточности было отмечено у 1 (2,3 %) оперированной, в последнем случае отмечен летальный исход (2,3 %). Из местных осложнений в одном наблюдении формировался абсцесс подпеченочного пространства, который был дренирован под УЗИ-наведением, в другом – спаечная тонкокишечная непроходимость (была выполнена релапаротомия, рассечение спаек).

Анализ отдаленных результатов в сроки от 4 и более недель после операции показал развитие грыжи передней брюшной стенки у 2 пациентов. Оба были оперированы – выполнено грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки полипропиленовой сеткой. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре после ХЭ путем ТШЛ составила $13,6 \pm 3,3$ койко-дня.

Переход к ТШЛ в группе оперированных путем МД (41 чел.) потребовался в 2 (5,5 %) случаях. Причиной конверсии при этом служили выраженные рубцово-склеротические и воспалительно-инфильтративные изменения в зоне шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки.

При использовании диапневтических методик в условиях двухэтапной программы лечения у одной пациентки наблюдалось выпадение холецистостоми-

ческого катетера при минихолецистостомии (устранено путем редренирования).

Продолжительность ХЭ из МД составила в среднем $59,6 \pm 3,2$ мин, средняя длина кожного разреза при трансректальном мини-доступе составила $4,3 \pm 0,2$ см. ИО наблюдались у 5,9 % оперированных, все они были местного характера. Кровотечение из культи пузырной артерии отмечалось у 1 (2,3 %) пациентки, для его остановки потребовалось расширение оперативного доступа. В одном наблюдении отмечено кровотечение из ложа желчного пузыря, остановлено без расширения доступа.

Ранние послеоперационные осложнения (ПО) в данной группе встречались у 3 (7,2 %) больных: местные – у 2 (4,6 %), общие – у 1 (2,4 %). Местные осложнения относились к раневым осложнениям в виде инфильтрата в области раны. В одном случае имела место пневмония. Летальных исходов в данной группе больных не было.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после ХЭ из МД составила $8,8 \pm 2,3$ койко-дня.

Многоэтапная программа лечения в группе больных с ВЛХЭ была предпринята 3 (7,1 %) пациентам. Осложнения, связанные с малоинвазивным вмешательством, отмечены в одном наблюдении – умеренное кровотечение из послеоперационной раны после ЭПСТ, остановленное путем диатермокоагуляции.

Переход на лапаротомию при ВЛХЭ отмечен в 3 (7,1 %) наблюдениях. Из них на минилапаротомию – в 2 (4,7 %), на ТШЛ – в 1 (2,3 %) случае.

Средняя продолжительность ВЛХЭ составила $61,5 \pm 3,1$ мин. Средняя длина комбинированных кожных разрезов – $4,2 \pm 0,2$ см. При ВЛХЭ интраоперационные осложнения наблюдались у 7,0 % оперированных. Из них общие – в 2,3 %, местные – в 4,7 % случаев. Послеоперационные осложнения отмечены у 11,9 % оперированных, из них местные у 7,3 %; общие у 4,6 %.

Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре при ВЛХЭ составила $7,9 \pm 1,3$ койко-дня. Среди пациентов, перенесших ВЛХЭ, летальных исходов не было.

Обсуждение. Наиболее убедительными аргументами для вынесения суждения о преимуществах

или недостатках того или иного оперативного доступа всегда служат показатели послеоперационной летальности и осложнений. Наш опыт применения ВЛХЭ и МД в хирургическом лечении ЖКБ наряду с холецистэктомией из ШЛ у лиц старческого возраста показывает, что многие ИО и ПО характерны как для операций с использованием видеолапароскопической технологии и МД, так и оперативных вмешательств, выполненных путем ТШЛ.

Местные ИО в анализируемых группах больных встречались одинаково часто. Общий процент конверсий на ТШЛ среди 83 оперированных больных с использованием «малых» хирургических доступов составил 4,0 %.

Общие ИО отмечены при ВЛХЭ у 1,7 % пациентов, при МД и ТШЛ они не встретились. В основном осложнения были связаны с развитием кардиоваскулярного коллапса и гипертонического криза.

Наибольшее число ПО наблюдали у больных, перенесших оперативное вмешательство путем ТШЛ (14,0 %), при ВЛХЭ этот показатель составил 11,9 %, а при МД 7,2 %. Чаще других в группе пациентов, оперированных из ТШЛ, наблюдали послеоперационную пневмонию (4,7 %) и различные нарушения сердечного ритма (4,7 %). Из числа осложнений, развившихся у больных после ВЛХЭ, одинаково часто отмечались ателектаз легких (2,3 %) и тромбоз вен нижних конечностей (2,3 %).

Местные ПО чаще всего (9,4 %) наблюдались у пациентов, оперированных путем ТШЛ. При ВЛХЭ ПО отмечены в двух случаях (4,7 %), а при МД их не было.

Поздние ПО чаще встречались при выполнении ТШЛ, и среди них преобладают грыжи передней брюшной стенки (9,3 %).

При анализе особенностей течения ПП в разных группах отмечено, что у больных, оперированных из ЛД и МД, ПП протекал сравнительно легче, чем после ХЭ путем ТШЛ, что способствовало уменьшению продолжительности стационарного лечения.

Подводя итог проведенному анализу показателей ИО и ПО, летальности, продолжительности оперативного вмешательства, размеров доступа, особенностей течения ПП, сроков пребывания больных в стационаре (табл.), следует отметить, что сравнительно

Таблица

Основные параметры оценки оперативных доступов, используемых для хирургического лечения ЖКБ

Параметры	Вид оперативного доступа			Группы сравнения	
	ВЛХЭ (n=42)	МД (n=41)	ТШЛ (n=43)	ВЛХЭ – ТШЛ*	МД – ТШЛ**
Средняя длина разреза, см	$4,2 \pm 0,2$	$4,3 \pm 0,2$	$16,2 \pm 0,4$	$p=0,033$	$p=0,037$
Продолжительность ХЭ, мин	$61,5 \pm 3,1$	$59,6 \pm 3,2$	$50,15 \pm 2,1$	$p=0,531$	$p=0,557$
Осложнения, % дооперационные интраоперационные послеоперационные	2,38 7,0 11,9	2,40 5,9 7,2	2,30 8,1 14,0	$p=0,625$ $p=0,933$ $p=0,947$	$p=0,642$ $p=0,901$ $p=0,304$
Койко-день: общий дооперационный послеоперационный	$7,9 \pm 1,3$ $1,4 \pm 0,3$ $6,5 \pm 1,1$	$8,8 \pm 2,3$ $1,6 \pm 0,2$ $7,2 \pm 2,1$	$13,6 \pm 3,3$ $1,8 \pm 0,4$ $11,8 \pm 2,9$	$p=0,393$ $p=0,968$ $p=0,326$	$p=0,556$ $p=0,642$ $p=0,490$
Летальность, %	–	–	2,3	$p=0,505$	$p=0,516$

* Видеолапароскопическая холецистэктомия с традиционной широкой лапаротомией (ВЛХЭ с ТШЛ).

** Мини-доступ с традиционной широкой лапаротомией (МД с ТШЛ).

большая травматичность вмешательства путем ТШЛ способствует развитию пареза кишечника, выраженному болевому синдрому, угнетению функций внешнего дыхания. Напротив, наименьший оперативный доступ, максимальная асептичность выполнения операций ВЛХЭ и ХЭ из МД, малая травматичность, короткий и гладкий ПП, относительно низкие цифры числа ПО, отсутствие летальности позволяют нам говорить, что малоинвазивные доступы для холецистэктомии у пациентов старческого возраста являются более щадящими.

Вместе с тем необходимо отметить, что в ряде случаев, когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и высокий риск возникновения опасных ИО, использование ТШЛ для ХЭ более оправдано. Не следует забывать, что пневмоперитонеум и связанные с ним патофизиологические сдвиги со стороны дыхания и сердечной деятельности у лиц старческого возраста могут привести к неблагоприятному исходу операции. Из всех вариантов доступов для ХЭ у пациентов старческого возраста наиболее оптимальным, на наш взгляд, является ХЭ из МД. При утверждении такого положения мы исходили из следующих преимуществ данного доступа: отсутствие гемодинамических и метаболических расстройств, связанных с пневмоперитонеумом, постоянный визуальный контроль и возможность манипулирования по традиционной методике, отсутствие достоверной разницы всего времени оперативного вмешательства при наличии показаний для выполнения интраоперационной ревизии желчевыводящих путей.

Залогом успеха операций на желчевыводящих путях у лиц старческого возраста с учетом применения миниинвазивных технологий являлось использование всех современных методов обследования на дооперационном этапе, позволяющее предупредить возникновение технических ошибок.

Выводы

1. При осложненном течении желчнокаменной болезни у пациентов старческого возраста целесообразно проводить этапное лечение.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Р. Р. КУРБАНИСМАИЛОВА, Р. Т. МЕДЖИДОВ

В статье проводится сравнительный анализ различных доступов, использованных при хирургическом лечении осложнений желчнокаменной болезни у 126 пациентов старческого возраста. Лапароскопический доступ (ЛД) применен в 42 наблюдениях, мини-доступ (МД) – в 41 и традиционная широкая лапаротомия (ТШЛ) – в 43 случаях. Продолжительность холецистэктомии при ЛД составила $61,5 \pm 3,1$ мин, при МД $59,6 \pm 3,2$ мин, при ТШЛ $50,15 \pm 2,1$ мин. Интраоперационные осложнения при ЛД отмечены в 7,0 %, при МД в 5,9 %, ТШЛ в 8,1 % наблюдений. Послеоперационные осложнения: ЛД 11,9 %, МД 7,2 %, ТШЛ 14,0 %. Общий срок госпитализации: ЛД $7,9 \pm 1,3$ койко-дня; МД $8,8 \pm 2,3$ койко-дня; ТШЛ $13,6 \pm 3,3$ койко-дня. Летальность при ТШЛ составила 2,3 %, при ЛД и МД летальность отсутствовала.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, хирургическая тактика, старческий возраст

2. Оперативные вмешательства на желчных путях при желчнокаменной болезни из мини-доступа являются методом выбора у больных старческого возраста.

Литература

1. Брискин, Б.С. Хирургические болезни в геронтологии. Избранные лекции / Б.С. Брискин, С.Н. Пузина, Л.Н. Костюченко. – М. : Бином, 2006. – С. 223.
2. Брискин, Б.С. Геронтология и хирургия – проблемы и перспективы // Клиническая геронтология. – 2004. – № 2. – С. 5–6.
3. Ветшев, П.С. Хирургическое лечение холецистита: незыблемые принципы, щадящие технологии / П.С. Ветшев, А.М. Шулуто, М.И. Прудков // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 92.
4. Меджидов, Р. Т. Стандартизация оперативного доступа для холецистэктомии у больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями / Р.Т. Меджидов, А.Г. Хатуев, Р.А. Койчуев // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII. – № 1. – С. 104–107.
5. Совцов, С.А. Можно ли снизить летальность при остром холецистите // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 6. – С. 15.
6. Шулуто, А. М. Открытая лапароскопия: Пути улучшения хирургического лечения калькулезного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста / А.М. Шулуто, В.Г. Агаджанов // Клиническая геронтология. – 2004. – № 2. – С. 39–42.
7. Keus, F. Randomized clinical trial of small-incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholecystolithiasis primary and clinical outcomes / F. Keus, J.E. Werner, H.G. Gooszen [et al.] // Arch.Surg. – 2008. – Vol. 1434. – P. 371–377.
8. Svranks, T. Small-incision (minilaparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in a university hospital / T. Svranks, P. Antonilis, E. Zacharakis [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. – 2004. – Vol. 389. – P. 172–177.

SURGICAL APPROACH IN COMPLICATED CHOLELITHIASIS AMONG THE PATIENTS OF SENILE AGE KURBANISMAILOVA R. R., MEDZHIDOV R. T.

The comparative analysis of various approaches, used in surgical treatment of cholelithiasis complications among 126 patients of senile age is given in this article.

Laparoscopic approach (LA) is applied in 42 observations, mini approach (MA) – in 41 and traditional extensive laparotomy (TEL) – in 43 cases. The duration of cholecystectomy in LA is $61,5 \pm 3,1$ min.; in MA – $59,6 \pm 3,2$ min.; in TEL – $50,15 \pm 2,1$ minutes. Intraoperative complications in LA are registered in 7,0 %; in MA – in 5,9 %; in TEL – in 8,1 % observations. Postoperative complications: LA – 11,9 %; MA – 7,2 %; TEL – 14,0 %. The total hospitalization term: LA – $7,9 \pm 1,3$; MA – $8,8 \pm 2,3$; TEL – $13,6 \pm 3,3$ patient days. Mortality: at LA – 0, at MA – 0, at TEL – 2,3 %.

Key words: cholelithiasis, surgical treatment, senile age