



УДК 616.36-003.7-089

ХИРУРГИЯ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ РАЙОНА

Н.В. Комаров, д. м. н., Р.Н. Комаров, к. м. н., А.С. Маслагин, к. м. н.,
О.В. Канашкин, МУЗ «Павловская ЦРБ», г. Павлово, Нижегородская область

Современная история лечения желчно-каменной болезни насчитывает немногим более 100 лет, с того момента, когда в 1882 году Лангенбух выполнил первую холецистэктомию. В последние два десятилетия диагностике и хирургическому лечению желчно-каменной болезни (ЖКБ) и ее осложнениям уделяется особое внимание. Это связано с постоянным совершенствованием методов диагностики и внедрения новейших технологий – эндоскопической хирургии. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) у человека впервые выполнена Филиппом Море в июне 1987 г. в Лионе, что позволило данное событие впоследствии назвать второй французской революцией. Впервые ЛХЭ в России выполнил в 1991 г. Ю.И. Галлингер в НЦХ РАМН.

В связи с увеличением числа больных холециститом за последние годы резко увеличилось и число операций не только в больших городах и крупных хирургических центрах, клиниках, но и в районных лечебных учреждениях. За истекшие два десятилетия лапароскопическая холецистэктомия получила повсеместное стремительное распространение в мире. С точки зрения физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больных, ЛХЭ превосходит открытую холецистэктомию. В связи с высокой изначальной стоимостью лапароскопической аппаратуры и инструментария процесс внедрения видеоэндоскопических вмешательств почти не коснулся районного звена здравоохранения, поэтому сегодня одновременно существует так называемая городская и сельская хирургия, разрыв между которыми все увеличивается.

Внедрение эндоскопической хирургии в районной медицине является актуальным предметом научного изучения. В Павловском районе видеоэндоскопическое оборудование в лечении больных применяется с 1998 года. Нами поставлена цель: провести сравнительный анализ применения высоких технологий в Павловском агропромышленном районе на примере лечения пациентов ЖКБ, условно разделенного на 2 периода: до и после внедрения лапароскопической техники (с 1989 г.).

Рассматривая данный вопрос необходимо отметить комплекс мероприятий, применяемых в лечении пациентов ЖКБ, составными частями которого являются: 1. ультразвуковое исследование; 2. этапность лечения; 3. место лапароскопической холецистэктомии в районной хирургии желчно-каменной болезни; 4. дренирование брюшной полости; 5. повторные оперативные вмешательства; 6. экономическая эффективность внедрения лапароскопической холецистэктомии; 7. клинический путь ведения пациентов с желчно-каменной болезнью в условиях района [1].

В структуре заболеваемости острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости на первом месте остается острый аппендицит (рис.1). Уверенно в начале XXI века занял второе место острый панкреатит. По количеству экстренных операций холецистэктомия в районе занимает второе место после аппендэктомии. За десятилетний период (1998–2007 гг.) в районе лечились 1122 больных с острым холециститом, оперированы 649, хирургическая активность составила 57,8%. Послеоперационная летальность снизилась

при остром холецистите до 1,4%, в первую очередь, благодаря внедрению лапароскопической холецистэктомии и плановой санации камненосителей.

Применение видеоскопической техники способствовало снижению летальности после операции при хроническом холецистите в условиях района ($с 1,4 \pm 0,6$ до $0,1 \pm 0,1\%$ ($t=2,2$)), при остром холецистите в условиях района с $3,8 \pm 1,1$ до $1,4 \pm 0,5\%$ ($t=2$) (таблицы 1, 2).

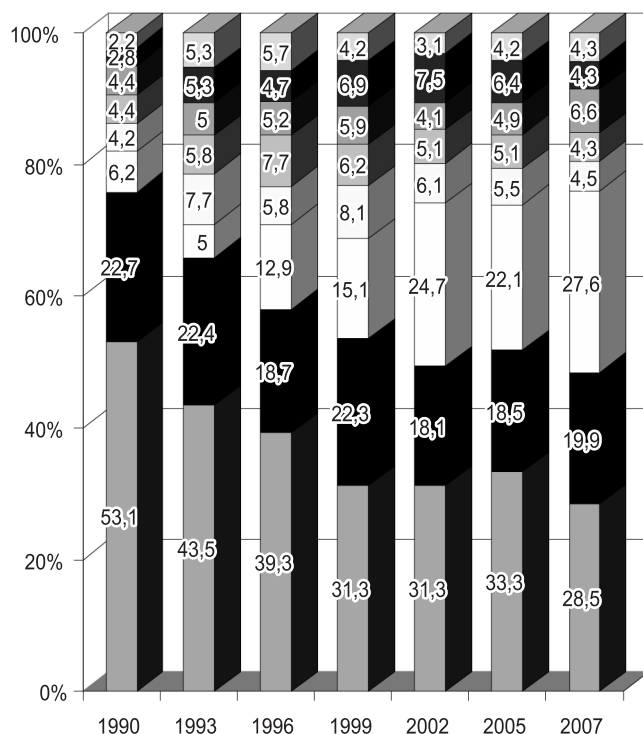
Таким образом, применение новейших технологий целесообразно и оправдано в условиях района. Новейшие хирургические технологии позволяют улучшить доступность и качество медицинской помощи пациентам с желчно-каменной болезнью в условиях муниципального района. Мероприятия организационного, лечебного характера позволили улучшить результаты лечения жителей района с желчно-каменной болезнью. С учетом наших успехов и неудач в неотложной хирургии проводимая модернизация здравоохранения района требует коррекции: усиления материально-технической базы с созданием межрайонных специализированных отделений с высокотехнологичной медицинской помощью, сохранения и укрепления кадрового потенциала района с повышением мотивации к качеству труда и профессиональному росту.

Таблица 1. Результаты лечения больных с острым холециститом в условиях района (1993–2007 гг.)

Заболевание		1998-2007	1993-1997
Острый холецистит	всего	1122	598
	оперировано	649	292
	в т. ч. эндоскопически	155	-
	умерло	9 ($1,4 \pm 0,5\%$)	11 ($3,8 \pm 1,1\%$)
	в т. ч. позже 24 час	8	10
	конс. лечение	473	306
	хирург. активность, %	57,8	48,8
$t=2$			

Таблица 2. Результаты оперативного лечения больных с хроническим холециститом в условиях района (1993–2007 гг.)

Заболевание		1998-2007	1993-1997
Хронический холецистит	всего	848	289
	оперировано		
	в т. ч. эндоскопически	555	-
	умерло	1 ($0,1 \pm 0,1\%$)	4 ($1,4 \pm 0,6\%$)
$t=2,2$			



■ OA ■ OX □ OP □ TJ ■ OKH ■ UG ■ KY ■ PY

Рис. Структура заболеваемости острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости в динамике за 1990–2007 гг. (%).

Примечание:

OA – острый аппендицит;

OX – острый холецистит;

UG – ущемленная грыжа;

KY – кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки;

PY – прободная язва; OKH – острая кишечная непроходимость;

OP – острый панкреатит; TJ – травма живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комаров Н.В., Маслагин А.С., Комаров Р.Н., Канашкин О.В. Хирургия желчно-каменной болезни в условиях района. - Н. Новгород. - 2006. - 128 с.