

выраженности патологических синдромов, летальности, трудоспособности и других признаков путем начисления определенных баллов, которые умножаются на частоту встречаемости признака, выраженную в процентах. Наименьшее количество баллов, а значит, и лучший результат были получены после органосохраняющих операций в сочетании с ваготомией (274 балла), наихудшие – после резекции желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера (763 балла).

Заключение

Таким образом, проведенный анализ позволяет считать органосохраняющие операции методом выбора в хирургическом лечении ДРЯС ДПК. Они характеризуются меньшим количеством ранних послеоперационных осложнений, лучшими отдаленными результатами, более высоким качеством жизни пациентов. Из резекционных методов наихудшие ближайшие и отдаленные результаты имеет способ Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Финстерера.

Поступила 4.02.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дурлештер В. М. Радикальная дуоденопластика и селективная проксимальная ваготомия в лечении декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки: Автореферат дис. канд. мед. наук. Краснодар, 1992.
2. Ивашкин В. Т. Отношение гастроэнтеролога к хирургическому лечению язвенной болезни // Актуальные вопросы современной хирургии: Сборник тезисов. М., 2000. С. 139–140.
3. Кузин Н. М., Алимов А. Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 1997. № 4. С. 38–43.

4. Лобанков В. М. Хирургия язвенной болезни на рубеже XXI века // Хирургия. 2005. № 1. С. 58–64.
5. Окоемов М. Н., Кузин Н. М., Крылов Н. Н. и др. Сравнительная характеристика эффективности операций при язвенном пилородуоденальном стенозе // Хирургия. 2002. № 5. С. 26–29.
6. Оноприев В. И., Замулин Ю. Г., Сихов Ш. Т., Караваев В. Л. Дуоденопластика – новый тип дренирующей операции при селективной проксимальной ваготомии у больных со стенозирующими язвами двенадцатиперстной кишки // Всероссийская научно-практическая конференция хирургов. Тезисы докл. Саратов, 1980. С. 239–240.
7. Панцырев Ю. М., Гринберг А. А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М., 1979. 159 с.
8. Черноусов А. Ф., Чернооков А. Ю., Семенов А. Ю. Актуальные вопросы современной хирургии: Сборник тезисов. М., 2000. С. 379.
9. Ellis H. Pyloric stenosis in surgery of the stomach and duodenum, 4 th edition, L. M. Nyhus, Boston, little Brown, 1986. P. 475–489.

M. T. DIDIGOV

COMPARATIVE ESTIMATION OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF THE STENOSIS OF THE DUODENAL GUT

Experience of surgical treatment of 68 patients with ulcer stenosis of a duodenal gut is generalized. To 24 patients are executed organosaving interventions in a combination with or in an isolated kind. 44 patients the resection 2/3 stomachs in various updatings is executed. The comparative estimation of ways of surgical treatment ulcer stenosis is given, early postoperative complications and the remote pathological syndromes are analysed.

Key words: stomach ulcer DPK, stenosis DPK, surgical treatment.

Ад. К. ЖАНЕ

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Ставропольская государственная медицинская академия (ректор проф. Б. Д. Минаев),

ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»
(главный врач проф. В. И. Кошель)

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает в структуре больничной летальности 7–10% [1]. Ее кумулятивная частота в стационаре составляет 0,5%, а частота обусловленных ею смертей – 0,3% [2]. Прижизненно ТЭЛА распознается не более чем у 50% больных. В 85% причиной ТЭЛА является тромбоз глубоких вен нижних конечностей, частота которого в многопрофильном стационаре колеблется от

5 до 15%, что зависит от количественной и качественной структуры отделений. Удельный вес ТЭЛА в структуре периоперационной летальности составляет 15–20% [3]. Особенно высока частота эмболоопасного тромбоза глубоких вен после травматологических и ортопедических операций, общехирургических, гинекологических и урологических вмешательств. Тромбоз глубоких вен сам по себе увеличивает

продолжительность стационарного лечения в среднем на 8 суток, что существенно увеличивает суммарную стоимость лечебно-диагностического процесса [4].

В настоящее время эффективность профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) не вызывает сомнений. Несмотря на наличие убедительных доказательств клинической эффективности профилактических мероприятий, удивительным и опасным является факт недооценки риска этих осложнений и необходимости применения профилактических мер в условиях многопрофильного стационара. Так, ряд крупных аналитических исследований, проведенных английскими, американскими, канадскими, итальянскими и арабскими специалистами, показал схожие данные: комплексная профилактика ВТЭО используется не более чем у 30–35% больных, при этом у большинства из них она недостаточна. Проведенный анализ выявил, что одной из основных причин данной проблемы является страх врачей перед геморрагическими осложнениями при проведении антикоагулянтной терапии.

Целью настоящего исследования было изучение безопасности комплексной системы профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений в многопрофильном стационарном учреждении.

Работа проведена в условиях ГУЗ «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи» (Ставропольская краевая клиническая больница до 2005 г.), который является многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, включающим 17 стационарных, 12 параклинических отделений и консультативную поликлинику мощностью 250 посещений в смену.

Экономическая эффективность и безопасность комплексной программы профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений изучены на 125 501 стационарном больном, из которых 47 535, пролеченных в 2001–2002 гг., составили контрольную группу (исторический непараллельный контроль), 77 966, пролеченных в 2003–2005 гг., – основную. В основной группе использована комплексная система профилактики венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений. Сравни-

ваемые группы были сопоставимы по нозологической структуре, возрастному распределению. Коечная мощность стационара в сравниваемые периоды времени оставалась постоянной (810 коек).

Среди профилактических вмешательств с доказанной клинической эффективностью нами использованы следующие мероприятия:

- медикаментозная профилактика прямыми антикоагулянтами;
- ранняя активизация больных после хирургических вмешательств;
- лечебная физкультура, направленная на работу мышц голени и стопы у иммобилизованных больных;
- эластическая компрессия и перемежающаяся пневмокомпрессия (предпочтение отдавалось компрессионному трикотажу фирмы Medi).

Стандартизацию профилактических мероприятий проводили согласно отраслевому стандарту 91500.11.0007–2003 (приказ от 09.06.2003 № 233), протокол ведения больных «Профилактика тромбозов и тромбоэмболии легочной артерии при хирургических и иных инвазивных вмешательствах». Медикаментозная профилактика проводилась низкомолекулярными гепаринами (предпочтение отдано низкомолекулярному гепарину клексан), для которых доказаны более высокие клиническая эффективность и безопасность, чем для нефракционированного гепарина, при сопоставимых экономических затратах.

Внедрение новой системы организации лечебно-диагностического процесса происходило в рамках функционирующей в учреждении с 1999 г. индустриальной модели управления качеством медицинской помощи (или модели непрерывного повышения качества).

Безопасность комплексной профилактики измерялась с помощью 4 индикаторов качества, ранжированных методом экспертных оценок в порядке убывания их клинической значимости:

1. Реоперации по поводу больших геморрагических осложнений (% от числа оперированных);
2. Послеоперационные кровотечения (% от числа оперированных);

Таблица 1

Большие и малые геморрагические осложнения, послеоперационные кровотечения и реоперации по поводу кровотечений

Показатель	Контрольная группа	Основная группа	P
Среднее число выбывших больных	23 767	26 237	
Среднее число оперированных	10 821	13 216	
Большие геморрагические осложнения, %	0,25 (0,19–0,32)	0,26 (0,20–0,32)	0,945
Малые геморрагические осложнения, %	2,70 (2,5–2,9)	2,64 (2,45–2,84)	0,708
Послеоперационные кровотечения, %	0,39 (0,28–0,52)	0,41 (0,31–0,53)	0,884
Реоперации по поводу кровотечений, %	0,32 (0,23–0,45)	0,33 (0,24–0,45)	0,989

Результаты анкетирования 39 респондентов хирургических отделений до и после внедрения профилактических мероприятий

Вопросы анкеты	2001–2002	2003–2005
Испытываю страх перед геморрагическими осложнениями	87% (34/39)	9% (3/34)
Испытываю страх перед возможной несостоятельностью швов передней брюшной стенки	56% (19/34)	3% (1/34)
Не верю в клиническую эффективность профилактики ТЭЛА	38% (13/34)	3% (1/34)
Ничего не знаю о методах и способах профилактики ТЭЛА	21% (7/34)	0

3. Большие геморрагические осложнения: полостные кровотечения, обширные гематомы, наружные и скрытые кровотечения (%);

4. Малые геморрагические осложнения: внутри- и подкожные кровоизлияния, малые гематомы мягких тканей (%).

Экономическая эффективность комплексной программы профилактики измерялась вычислением разницы между количеством денежных средств, сэкономленных за счет сокращения числа больных с тромбозом глубоких вен (произведение стоимости 1 койко-дня, числа предотвращенных случаев и среднего периода дополнительного лечения из-за развившегося тромбоза – 8), и количеством денег, потраченных на дополнительную закупку клексана.

После внедрения комплексной профилактики венозных тромбозмболических осложнений удалось статистически и клинически значимо сократить среднюю продолжительность стационарного лечения (с 11,5 до 10,6) и послеоперационное пребывание больных в стационаре. Это способствовало тому, что при одном и том же коечном фонде учреждению удалось пролечить дополнительно в среднем 2470 человек, а оперировать в среднем 2395 больных ежегодно.

Безопасность комплексной профилактики венозных тромбозмболических осложнений заключалась в стабильной частоте малых и больших геморрагических осложнений, послеоперационных кровотечений и реопераций по поводу больших геморрагических осложнений после внедрения перечисленных мероприятий (табл. 1).

Интересным представляется факт изменения социальной ориентации врачей хирургических отделений в отношении используемой профилактической системы. После внедрения комплексной программы в социальном и медико-технологическом направлениях отмечены явные позитивные сдвиги в числе положительных ответов после повторного анкетирования группы респондентов (табл. 2).

Экономическая эффективность комплексной программы профилактики тромбоза глубоких вен (ТГВ) и ТЭЛА заключалась в суммарной ежегодной экономии денежных средств ОМС в количестве 2 112 868 рублей, или 2608 рублей в пересчете на 1 стационарное место (пересчет в ценах на 2006 год).

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. Использование низкомолекулярных гепаринов в качестве базисной основы профилактики не сопровождается статистически и клинически значимым увеличением частоты геморрагических раневых осложнений, послеоперационных кровотечений и ассоциированных с ними повторных операций.

2. Затраты, связанные с дополнительной закупкой для профилактических мероприятий необходимого количества низкомолекулярных гепаринов, в 2,5 раза ниже суммарного экономического эффекта от снижения общей частоты венозных тромбозмболических осложнений.

3. В целом экономическая эффективность стандартизированной профилактики заключается в экономии 2608 рублей в год на 1 стационарное место многопрофильной больницы.

Поступила 12.07.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Baglin T. P. Fatal pulmonary embolism in hospitalised medical patients / T. P. Baglin, K. White, A. Charles // J. Clin. Pathol. 1997. Vol. 50. P. 609–610.
2. Stein P. D. Prevalence of acute pulmonary embolism among patients in a general hospital and at autopsy / P. D. Stein, J. W. Henry // Chest. 1995. Vol. 108. P. 978–981.
3. Geancarlo A. Prevention of Venous Thromboembolism in Surgical Patients / A. Geancarlo // Circulation. 2004. Vol. 110. P. 4–12.
4. Davidson B. The Economics of Venous Thromboembolism Prophylaxis / B. Davidson, S. Sullivan, S. Kahn, L. Borris, P. Bossuyt, G. Raskob // Chest. 2003. Vol. 124. P. 393–396.

AD. K. JANE

EVALUATION OF SAFETY AND COST EFFICIENCY OF COMPLEX PROPHYLACTICS OF PULMONARY EMBOLISM PROGRAM APPLICATION IN MULTIPLE-DISCIPLINE HOSPITAL

The article presents up to date approaches in evaluations of safeties and economical efficacy of introduction complex system for prophylaxis pulmonary thromboembolism in multiprofile hospital.

Economical efficacy and safeties of complex thromboprophylaxis was studied on 125 501 hospitalized patients. Control group makes up 47 535 patients, main group makes up 77 966 patients.

Safeties of complex prophylaxis measured by 4 quality indicators, graph leveled by Delphy methods in decreasing order of clinical significance.

Economical efficacy of programs for complex prophylaxis was measured by calculation of difference between financial resources getting from reduction in number of patients with leg vein thrombosis and financial resources spent for additional medicaments purchases.

В. А. КУЛИШ, П. А. КУЛИШ, С. В. АВАКИМЯН, А. Я. КОРОВИН

ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Кафедра госпитальной хирургии КГМУ, клиническая больница СМП, г. Краснодар

Введение

Синдром Мириззи характеризуется как воспалительно-рубцовый опухолевидный конгломерат, состоящий из желчного пузыря и общего желчного протока.

Название синдрома связано с аргентинским хирургом R. L. Mirizzi, известным в области физиологии желчевыделения, и внедрением в клиническую практику интраоперационной холеграфии. В 1948 г. автором была впервые описана рентгенологическая семиотика "гепатического" синдрома, признаками которого являлись "стаз желчи и контрактура желчного протока при отсутствии в нем конкрементов", а также рентгенологическая картина "калькулезного" синдрома с образованием свища между желчным пузырем и общим печеночным протоком.

Главным морфологическим признаком синдрома является сужение просвета общего печеночного протока [2, 8], который проявляется стенозом общего печеночного протока, вызванным присутствием в пузырном протоке или в гартманновском кармане конкремента или имеющимися сращениями, сопровождающимися воспалением желчного пузыря и проявляющимися холангитом и желтухой [4, 9]. Однако некоторые авторы называют синдромом Мириззи сужение не только просвета общего печеночного протока, но также правого долевого и общего желчного протоков [7]. Более существенно различаются мнения тех авторов, которые предполагают, что морфологической основой синдрома является только пузырно-холедохеальный свищ [1, 10]. Однако и в этом случае имеются разногласия в отношении локализации патологического соустья: в одних сообщениях упоминается наличие свищей между желчным пузырем и общим печеночным протоком, в других – приводятся наблюдения образования свищей между желчным пузырем и холедохом. Например, в классификации М. В. Corlette, Н. Bismuth (1975) предусматривается разделение билиобилиарных свищей на два вида в зависимости от того, где находится патологическое соустье – выше или ниже обычного соединения магистрального желчного и пузырного протоков.

В последние годы увеличивается число публикаций, авторы которых различают две формы синдрома Мириззи: первую – острую, главным морфологическим признаком которой является сужение просвета гепатикохоледоха, и вторую – хроническую, сущность которой состоит в образовании свища между гепатикохоледохом и просветом желчного пузыря [4, 11].

Это указывает лишь на сложность дифференциального диагноза и необходимость его проведения для определения как тактики лечения в целом, так и объема оперативного вмешательства [3, 6].

Во многом похожие диагностические затруднения встречаются и при хронической форме синдрома Мириззи. Эта задача упрощается благодаря тому, что общепризнанной причиной формирования свища между желчным пузырем и внепеченочным желчным протоком служит наличие конкрементов, мигрирующих из желчного пузыря [1, 3, 7].

Следовательно, сужение просвета гепатикохоледоха и образование пузырно-холедохеального свища представляют собой этапы одного процесса, обусловленного перемещением желчных камней, и это явление в целом необходимо отнести к осложнениям желчнокаменной болезни [8, 9].

Этиопатогенез. Среди предрасполагающих факторов в возникновении синдрома Мириззи наибольшее значение придается расположению пузырного протока и гепатикохоледоха по отношению друг к другу, и прежде всего трем следующим вариантам: 1) низкой бифуркации, когда уровень слияния этих протоков локализуется дистальнее обычного; 2) параллельному расположению протоков на значительном протяжении; 3) наличии общей оболочки, покрывающей оба протока [2, 3, 5].

По мнению В. С. Савельева и В. И. Ревякина (1999), нельзя исключить их значение, но наиболее вероятным из факторов является такой вариант врожденной аномалии, при котором пузырный проток открывается в нижнюю треть гепатикохоледоха со стороны его внутренней стенки и имеет большую, чем обычно, длину. Выявленные топографические особенности встречаются при обеих формах синдрома.