

Использование разработанного комплекса профилактики позволило сократить более чем в 2 раза частоту послеоперационных гнойных осложнений, сократить частоту несостоятельности кишечных швов и послеоперационного перитонита, летальность и сроки стационарного лечения оперированных больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров В.И., Трусов Р.А., Счастливцев И.В. Кишечные анастомозы. Физико-механические аспекты. – М., 2004. – 192 с.
2. Каншин Н.Н., Хамидов А.И., Яковлев С.И. Кишечные швы, используемые при операциях на толстой кишке. – М., 1984. – 145 с.
3. Клиническая оперативная колопроктология. Руководство для врачей / Под ред. В.Д.Федорова. – М., 1994. – 432 с.
4. Кныш В.И., Ананьев В.С. // Хирургия. – 1985. – №3. – С.138-143.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИНИИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ РАМЕНСКОЙ ЦРБ

А.М. Кошелев, М.С. Кошелев
Раменская ЦРБ

В Раменском районе проживает 208 тыс. населения – 57,3% городского и 42,7% сельского.

В составе МУЗ «Раменская ЦРБ» имеется 2 общехирургических отделения по 45 коек, приём больных ведётся поочерёдно. В состав ЛПУ входят специализированные урологическое, онкологическое, детское, травматологическое, ЛОР, глазное отделения. В дежурную бригаду входят 3 хирурга, 2 травматолога. Круглосуточное квалифицированное УЗИ и большинство лабораторных исследований отсутствуют. В Речицкой участковой больнице развёрнуто 40 хирургических коек, где преобладающей является гнойная хирургия.

Лапароскопические операции в Раменской ЦРБ внедряются с 1998 г. Вначале освоена лапароскопическая холецистэктомия при хроническом калькулёзном холецистите, в дальнейшем – при остром холецистите; первая аппендэктомия, лапароскопическая ваготомия проведены в 1999 г. Также применялась лапароскопическая санация и дренирование в программе лечения острого панкреатита. Холецистэктомия из минидоступа практикуется с 1999 г.

Целенаправленное изучение доступной литературы, участие в разнообразных хирургических конференциях и съездах дало возможность выявить наличие в Российской медицине неоднозначного подхода к применению тех или иных миниинвазивных вмешательств в комплексе лечения острого холецистита и его осложнённых форм. Взгляды ведущих специалистов различных клиник, их подходы к лечению не имеют тенденции к единообразию. Так, возможно выделение нескольких школ или концепций в отношении применения различных вмешательств у больных с острым холециститом.

В связи с накоплением определённого опыта применения миниинвазивных технологий в условиях Раменской ЦРБ проведён анализ основных показателей лечебной деятельности хирургического стационара на этапах внедрения лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа. Опреде-

лены количественные значения, процентное распределение, осложнения, до- и послеоперационный койко-день, летальность и прочие величины, характеризующие вышеуказанные вмешательства, за последние 8 лет (табл. 1). Ретроспективно оценена применяемая с 2002 г. концепция лечения больных острым холециститом и его осложнениями, внедрённая для оптимизации помощи пациентам, страдающим заболеваниями ЖКБ, с использованием новых методов лечения.

Общее число лапароскопических вмешательств за период внедрения составило 1548, холецистэктомий из минидоступа – 116, традиционных холецистэктомий – 1075, из них 122 больным с клиникой механической желтухи; дренирование по Холстеду – Пиковскому – 71, наложение ХДА – 22, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия – 16, в связи с тяжестью сопутствующей патологии предпринято наложение 7 холецистостом.

Таблица 1

Операции, выполненные в Раменской ЦРБ за 1998–2005 гг.

Операции	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Всего холецистэктомий	277	266	319	324	384	425	401	432
Общее число лапароскопических вмешательств	20 7,2%	115 43,2%	154 48,3%	162 50%	212 55,2%	280 65,9%	291 72,6%	314 72,7%
Общее число операций из минидоступа	-	1	16 5%	33 10,2%	22 5,7%	30 7%	7 1,7%	7 1,6%
Общее число традиционных холецистэктомий	207 74,7%	111 41,7%	149 46,7%	129 40%	150 39%	115 27%	103 25,1%	111 25,7%

Таблица 2

Операции при холецистите (%)

Операции		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
При остром холецистите	Лапароскопические	-	36,6	29,4	42,9	48,6	58,9	67	55
	Минидоступ	-	0,7	5,8	10,9	5,7	7	2,1	2
	Открытые	100	62,7	64,5	46,1	45,6	34	30,9	43
При хроническом холецистите	Лапароскопические	26,5	74,1	69,8	64,8	69,1	74	80,3	86,5
	Минидоступ	-	-	4	8,5	5,7	7,1	1,2	1,2
	Открытые	73,4	25,9	26,2	26,7	25,2	18,9	18,5	12,3

Всего с 1998 по 2001 г. произведено 683 холецистэктомии по поводу острого холецистита, 452 – традиционным способом, 196 лапароскопическим, 35 из минидоступа. По поводу хронического холецистита за тот же временной промежуток выполнено 414 операций, 255 – лапароскопически, 114 – традиционно, 15 – из минидоступа.

С 2002 по 2005 г. больным с острым холециститом проведено 912 операций: 350 традиционным доступом, 522 лапароскопически, 38 из минидоступа. По поводу хронического холецистита предпринято 730 вмешательств, 129 – традиционных холецистэктомий, 575 – лапароскопических, 26 – из минидоступа.

Больные, поступившие в плановом порядке по поводу хронического холецистита, оперировались в 95% случаев, оперативное лечение не производилось при развитии ОРВИ, декомпенсации сопутствующей патологии, выявлении заболеваний, требующих иной тактики лечения.

Послеоперационный койко-день составил в I период 11,7, во II – 10,8 в группе больных, которым проводилась традиционная холецистэктомия. В группе пациентов, оперированных лапароскопически, – I период – 8,1 койко-дня, II период – 6,8. Не имелось значительной динамики в значениях пред- и послеоперационного койко-дня, длительности операции и возраста больных, подвергнутых холецистэктомии из минидоступа. Предоперационный койко-день составлял 3-5 дней, послеоперационный – 8,6, подавляющее количество пациентов относилось к возрастной группе старше 60 лет.

Таблица 3

Структура осложнений лапароскопических холецистэктомий

Осложнения	1998-2001	2002-2005
Конверсии	12 (0,77%)	7 (0,45%)
Острый панкреатит	2 (0,13%)	1 (0,06%)
Желчеистечение по дренажам	0,26%	0,32%
несостоятельность культи пузырного протока	3 (0,19%)	1 (0,06%)
из ложа	1 (0,06%)	4 (0,26%)
Кровотечения из ложа, культи пузырной артерии	4 (0,26%)	2 (0,13%)
Тромбофлебит поверхностных вен	5 (0,32%)	3 (0,19%)
Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия лёгочных артерий	-	1 (летальный исход)
Серомы, нагноения троакарных ран	21 (1,35%)	5 (0,3%)

Всего за I период серьёзные послеоперационные осложнения встретились в 2,7%, лапаротомии потребовали все случаи послеоперационных кровотечений. Возникли два случая несостоятельности культи пузырного протока, 1 больной переведён в абдоминальное отделение МОНИКИ им. Владимирского, где при ре-лапароскопии повторно клипирован пузырный проток. Желчеистечение из ложа желчного пузыря прекратилось самостоятельно к 9 суткам.

Во II периоде (1,53% осложнений) кровотечения возникли у больного с циррозом печени после холецистэктомии в плановом порядке и у больной после холецистэктомии по поводу острого холецистита (больная страдала гипертонической болезнью с возникновением криза после операции). В обоих случаях проводилась лапаротомия, ушивание ложа желчного пузыря с оставлением гемостатической губки. Серомы и нагноения возникали в области эпигастральной раны, через которую проводили извлечение желчного пузыря; извлечение из пупочного разреза производили только при наличии пупочной грыжи с последующей пластикой грыжевых ворот. Резкое снижение количества нагноений, отмеченное во II периоде, связываем с изменением технологии наложения кожного разреза, извлечения желчного пузыря. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей с тромбоэмболией лёгочной артерии, повлекшей летальный исход, возник у больной старческого возраста, после оперативного лечения по поводу хронического калькулёзного холецистита.

В 2001-2003 гг. во время холецистэктомии из минидоступа произошло 2 полных пересечения общего печёночного протока, потребовавших перевода больных в специализированные учреждения для дальнейшего лечения. Также отмечено два кровотечения из ложа желчного пузыря, нагноение и образование инфильтратов в 3 случаях, послеоперационный панкреатит в одном наблюдении, образование вентральной грыжи. В связи с этим показания к холецистэктомии из минидоступа были резко сужены.

Всем умершим больным производились традиционные вмешательства. Выявлено, что в 100% случаев имела место поздняя обращаемость больных за медицинской помощью.

Число оперативных вмешательств по поводу ЖКБ в 2005 г. увеличилось на 63,8% по сравнению с 1998 г., за II период (2002 – 2005) на 30% выросло количество холецистэктомий по поводу острого холецистита в сравнении с I периодом (1998 – 2001), количество плановых холецистэктомий возросло на 43,3%. Возрастной состав больных меняется в сторону омоложения, однако количество больных старческого возраста с тяжёлым соматическим отягощением не снижается.

Внедрение новых технологий в лечение пациентов с желчнокаменной болезнью и её осложнениями позволяет вдвое сократить летальность, уменьшить количество осложнений, сократить до- и послеоперационный койко-день, снизить число осложнений ЖКБ благодаря своевременной санации.

Для получения положительных результатов от внедрения миниинвазивных технологий необходимо создание и чёткое следование алгоритму курации больных ЖКБ с применением новых методик диагностики и лечения. Положительный результат получен от модификации лапароскопического оперативного вмешательства у больных с острым холециститом.

Улучшение результатов лечения возможно при следующих условиях:

- проведения необходимых лабораторно-диагностических мероприятий в первые 6-8 часов с момента поступления;
- обогащения материально-технической базы высокотехнологичным оборудованием, принятия организационно-технических мер, направленных на возможность использования дежурной бригадой видеолапароскопической стойки 24 часа в сутки;
- обучения врачебного и сестринского состава работе в новых условиях;
- внедрения интраоперационной холедохоскопии с возможностью санации желчных протоков, что сделает возможными одномоментные лапароскопические вмешательства в хирургии ЖКБ, осложнённой острым холециститом и механической желтухой.

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕПЦИЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ДРУГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ВНЕДРЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ ЦРБ

А.М. Кошелев, М.С. Кошелев
Раменская ЦРБ

Появление новых методик операций, их внедрение в широкую клиническую практику отражаются на устоявшейся тактике лечения различных нозологий. С