

О.А. Шабатина, И.А. Ольховский, А.А. Виноградов, А.Н. Плеханов, Л.В. Борбоев,
А.И. Товаршинов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА БЛИЗЛЕЖАЩИХ РЕЗУЛЬТАТОВ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*НУЗ «Отделенческая клиническая больницы больницы на ст. Улан-Удэ ОАО «РЖД» (Улан-Удэ)
ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)*

В последние 20 лет сформировалось новое направление в современной хирургии — малоинвазивная хирургия. В абдоминальной хирургии широкое распространение получили лапароскопические вмешательства, в то же время в последние годы появились альтернативные малотравматичные методики — операции из минилапаротомного доступа. Последние сочетают открытость традиционной лапаротомии и применение лапароскопического оборудования.

В нашем отделении минилапаротомный доступ начали применять с июня 2004 года. В течение полу-года все хирурги отделения вполне освоили операцию холецистэктомии из минидоступа. За 2004 — 2007 гг. во 2-ом хирургическом отделении было выполнено 87 холецистэктомий из минидоступа. В 2004 году выполнена 21 операция, в 2005 году — 29, в 2006 — 8, в 2007 — 29. Снижение количества операций в 2006 году обусловлено поломкой оборудования. Распределение по полу составило 30 мужчин и 57 женщин. Возраст пациентов — от 22 до 85 лет, в среднем $48,6 \pm 16,3$ года. Экстренных операций было 52, плановых — 35. Удельный вес холецистэктомий из минидоступа составил 18,1 %, традиционный доступ выполнялся в 35 % случаев, лапароскопическая холецистэктомия — в 46,7 %. В 3 случаях из минилапаротомного доступа произведена холедохолитотомия с наложением ХДА. Переход к обычному доступу потребовался в 1 (1,1 %) случае в связи с перивезикальным инфильтратом в сочетании с синдромом Мириizzi (по данным литературы — 1,5—2,0 %). Осложнения составили 2,2 % (по литературным данным — 2,5—12,5 %) случаев. Нагноений послеоперационной раны не было (по данным литературы — 0,9—1,1 % случаев). Имелось 2 осложнения после операции при деструктивном холецистите. В одном случае отмечено подтекание желчи из поврежденной коагуляцией культи пузырного протока проксимальнее наложенной лигатуры, в другом случае — из аберрантного протока ложа желчного пузыря. В обоих случаях подтекание желчи замечено по контрольным дренажам, устранено в раннем послеоперационном периоде до формирования затеков желчи. В обоих случаях наступило выздоровление. В целом получены хорошие результаты во всех случаях. При сравнительном анализе осложнений при традиционной холецистэктомии отмечено в 4,1 % случаев, все при экстренных операциях. После ЛХЭ имелось 2 осложнения (0,8 %) — повреждение холедоха и кровотечение из ложа желчного пузыря. Послеоперационный койко-день составил после минилапаротомных операций 6,8 дня, после ЛХЭ — 5,7 дня, после традиционной холецистэктомии — 10,9.

В представленной работе изучается влияние на непосредственные результаты холецистэктомии (ХЭ) по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ) таких показателей, как длительность ожидания вмешательства, тяжесть сопутствующего заболевания, вид доступа.

Целью исследования является сравнительная оценка непосредственных результатов хирургического лечения ХКХ методами ЛХЭ, ХЭ через мини-доступ и широкий лапаротомный доступ.

Задачи исследования: сравнение непосредственных результатов различных видов доступа, выявление преимуществ и недостатков, оценка экономического и клинического эффекта каждого из них.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализировано 578 историй болезни больных, оперированных по поводу ХКХ различными видами доступа в ОКБ на станции г. Улан-Удэ. и БСМП им. Ангапова г. Улан-Удэ за 2005 — 2007 гг. С применением «слепого» метода произведено рандомизированное клиническое исследование непосредственных результатов хирургического лечения ХКХ у 100 пациентов после ЛХЭ, у 100 — после мини-доступа, у 100 — после лапаротомного доступа.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Группы пациентов для всех видов вмешательств не отличались по полу и возрасту. Отмечено преобладание пациентов с сопутствующими заболеваниями среди больных, оперированных из мини-доступа и лапаротомного доступа (доступа в правом подреберье по Федорову). Длительность предоперационной подготовки во всех группах практически одинакова. Специфическим интраоперационным осложнением ЛХЭ является травма ОЖП. ЛХЭ является наименее травматичным видом доступа, что сказывается на сроках послеоперационной реабилитации, длительности койко-дня и временной нетрудоспособности. При ЛХЭ требуется самый небольшой объем обезболевания, антибиотикотерапии и инфузионной терапии в послеоперационном периоде.

К достоинствам мини-доступа относится меньшее количество интраоперационных осложнений в сочетании с возможностью проведения комплексной ревизии желчевыведительной системы при операции.

ХЭ из открытого лапаротомного доступа остается необходимой при осложненном течении ХХХ, когда требуется вмешательство на внепеченочных желчных протоках, а также в хирургии острого холецистита.

ВЫВОДЫ

Опыт холецистэктомий из минилапаротомного доступа позволяет нам подтвердить ряд преимуществ данных операций:

1. Привычная техника операций легко осваивается хирургами, владеющими традиционными методами.
2. Возможность открытой ревизии — визуально и пальпаторно — зоны операции позволяет избежать роста осложнений даже на стадии освоения минидоступа.
3. Существует легкая конверсия доступа при возникновении осложнений во время операции и технических трудностях.
4. Имеется возможность выполнения минидоступа при осложненном течении ЖКБ, что невозможно или очень сложно при лапароскопической холецистэктомии.
5. Существенное снижение послеоперационного койко-дня, по сравнению с традиционной холецистэктомией, и незначительное превышение, по сравнению с лапароскопической холецистэктомией, в основном в связи с использованием минидоступа.

С.И. Швед, М.З. Насыров, Д.В. Самусенко, В.А. Крылов

ПРИЧИНЫ РАЗЛИЧИЙ ИСХОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

**ФГУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова (Курган)
МУ Городская больница № 36 «Травматологическая» (Екатеринбург)**

Среди переломов верхней конечности у детей наиболее часто встречаются и представляют наибольшие сложности при лечении переломы в области мышцелка плеча. Они составляют 55 % от числа всех переломов плечевой кости. Трудность репозиции и несовершенство традиционных методов лечения часто приводят к неудовлетворительным исходам (Баиров Г.А., 2000; Mohan N. et al., 2002; Ходжанов И.Ю. с соавт., 2007). Необоснованное расширение показаний к внутренней фиксации в ряде случаев также сопровождается неудовлетворительными результатами, требующими сложных и длительных реконструктивных вмешательств для коррекции (Дуйсенов Н.Б. с соавт., 2008).

Проанализированы результаты лечения 87 больных в возрасте от 1,5 до 17 лет. Чрезмышцелковые переломы встретились у 55, надмышцелковые — у 5 пациентов, эпифизеолизы внутреннего надмышцелка — у 11, головчатого возвышения — у 4. У 12 пострадавших в возрасте 13–16 лет имелись рентгенологические признаки оссифицировавшихся эпифизарных ростковых зон. Большинство пострадавших (59 человек) были мальчики. Преобладала левосторонняя локализация (54 больных). Уличный травматизм отмечался в 50, бытовой — в 23, школьный — в 7, спортивный — в 5, автодорожный — в 2 случаях.

До поступления у 30 пострадавших предпринималось безуспешное консервативное и оперативное (диафиксация) лечение. Шесть больных госпитализировано через 7–10 дней после травмы и неудачных неоднократных попыток закрытой ручной репозиции. Трое пациентов поступили через 5–7 недель после травмы с признаками несросшегося перелома, потребовавшего открытой репозиции и фиксации локтевого сустава в аппарате, при этом у них удлиннялись сроки лечения и ухудшались отдаленные результаты.

При лечении больных в РНЦ ВТО использовали чрескостный остеосинтез по Илизарову, в МУ ГБ № 36 г. Екатеринбурга — накостный (трое больных). Все вмешательства при чрескостном остеосинтезе осуществляли по принципам ургентной хирургии, при накостном у некоторых больных сроки удлиннялись в связи с необходимостью санации кожных покровов. У 72 больных использовали компоновку с минимальным количеством внешних опор. У больных подросткового возраста спицы фиксировали в опорах на трех уровнях либо применяли погружной остеосинтез двумя пластинами. Трое пациентов без или с небольшим смещением отломков пролечены консервативным способом.

Считаем, что при транспортировке и оказании помощи необходимо избегать лишней травматизации, решая вопрос об оперативном лечении в ранние сроки. У 34 % поступивших больных предшествующее