

По времени от начала заболевания до поступления распределены до 6 часов — 21,9 (27 %), от 6 до 24 час. — 63,5 (78 %), позже 24 часов — 14,6 (18 %).

На 1 этапе (1963—1985 гг.) выполнено 10 986 аппендэктомий или 61%, на 2 этапе (1985—2006 гг.) 7 018 или 39 %.

При сравнении двух периодов оказалось, что во втором по сравнению с первым, наблюдается тенденция к снижению таких форм аппендицита, как простая форма на 1 954 (57,6 %), флегмонозная — на 1 925 (29,8 %), гангренозная форма на 280 (42,4 %).

Однако количество перфоративных форм во втором периоде увеличилось по сравнению с первым периодом на 125 (26,2 %).

Общее число аппендэктомий во втором периоде снизилось по сравнению с первым периодом на 3 968 (22 %) (табл. 1). Всего осложнений 367 (2,04 %). Умерло 5 больных (0,03 %).

На основании аналитического исследования мы пришли к выводу, что имеется тенденция к снижению простых и флегмонозных форм, а количество деструктивных аппендицитов незначительно увеличилось.

Такое колебание разных форм острого аппендицита возможно связано с глобальными климатическими изменениями, влиянием солнечной ионизирующей радиацией на организм человека, алиментарными факторами, снижением иммунных сил организма и изменением вирулентности патогенной флоры, в связи с широким применением современных антибиотиков, а так же гипердиагностики. Улучшилась санитарная культура населения через средства массовой информации, появились новые методы диагностики острого аппендицита: УЗИ, компьютерная томография, лапароскопия.

Запущенные формы острого аппендицита зачастую связаны с отсутствием глубоких знаний клиники атипичного течения острого аппендицита.

Тактика при остром аппендиците и техника оперативного лечения за эти периоды времени не изменились, исключение составляет лапароскопическая аппендэктомия, применяемая в отдельных клиниках. Значительно снизилось число гнойных осложнений, за счет проведения периоперационной антибиотикопрофилактики и применения новейших антибиотиков — цефалоспоринов, фторхинолонов, метрогила в послеоперационном периоде, детоксикационной терапии и современного физиотерапевтического лечения.

В.П. Егоров

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОЙ, ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ МИНИДОСТУПА ПО М.И. ПРУДКОВУ

ГУЗ «Уссурийская городская больница» (г. Уссурийск)

В I хирургическом отделении Уссурийской городской больницы в период с 1998—2006 гг. выполнено на 401 плановая холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни.

Из них открытая холецистэктомия (ОХЭ) у 271 больного, что составляет 67,6 %. При этом в 26 случаях встретилась сочетанная патология, в том числе холедохолитиаз — 10, стеноз БДС — 10, пузырно-кишечный свищ — 2, АМК — 3. Пациентам выполнены операции: холедоходуоденостомия, папиллотомия, устранение пузырно-кишечных соустьев. Осложнений — 2,2 %, летальных исходов не было.

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) выполнена у 102 больных, что составляет 24,5 %. Женщин — 96, мужчин — 6. Осложнений 9—8,8 %, из них электротравма ДПК, травма холедоха — 4, желчеистечения — 1, кровотечение — 1, потеря желчного пузыря — 1, нагноение — 1. Умерла 1 больная — летальность 0,8 %.

Холецистэктомия из минидоступа по М.И. Прудкову выполнена у 26 больных, что составляет 6,5 %. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

Проведя анализ всех способов холецистэктомий, считаем, что «золотым» стандартом для лапароскопической холецистэктомии является неосложненная ЖКБ. Лапароскопическая холецистэктомия должна широко внедряться в общехирургических стационарах. Осложнения, наблюдаемые в наших исследованиях, имели место при освоении техники операции.

Холецистэктомия из минидоступа по М.И. Прудкову, является также щадящей операцией, хорошо переносимая больными с сердечно-сосудистой патологией. Окрытая холецистэктомия остается методом выбора в хирургическом лечении ЖКБ, при отсутствии лапароскопической стойки и с заведомо известными трудностями.