

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

**А.Я. Волков, В.Я. Шеншин, О.В. Золкина, В.В. Павленко, А.С. Мастеров,
И.В. Харченко, В.П. Армашов, В.В. Осокин, Н.М. Доценко**
Видновская районная больница

В настоящей публикации обобщен опыт лечения больных, страдающих калькулезным холециститом, в условиях районной больницы г. Видного с 2001 по 2005 гг.

Неуклонный рост числа пациентов, страдающих калькулезным холециститом, давно не является секретом для практикующих хирургов, в связи с чем увеличивается и количество операций, выполняемых по поводу данной патологии. Хирурги, занимающиеся оказанием экстренной хирургической помощи, регулярно сталкиваются с вопросом о сроках выполнения и методах оперативного пособия этой категории больных.

На примере опыта нашего лечебного учреждения видна эффективность внедрения в хирургический арсенал малоинвазивных методов лечения. Операцией выбора при остром калькулезном холецистите принято считать холецистэктомию из минидоступа. На базе 2 хирургического отделения Видновской районной больницы такие операции активно применяются в течение 4 лет (первая операция с применением аппаратуры ЛИГА-7 по методу М.И. Пруткова была выполнена 12 июня 2001 г.). За прошедшее время было выполнено 534 холецистэктомии из минидоступа (в 2001 году – 29 операций, в 2002 – 93, в 2003 – 111, в 2004 – 149, в 2005 – 152). До 2001 г. операции при хроническом холецистите выполнялись традиционным способом либо лапароскопическим, при остром холецистите и осложненном течении желчнокаменной болезни – традиционным способом.

Нами было выполнено 240 операций из минидоступа при остром холецистите и 294 – при хроническом. Наибольшее количество операций приходилось на возрастную категорию от 50 до 70 лет (до 50 лет – 150, от 50 до 70 лет – 265, старше 70 лет – 119). Самой молодой оперированной пациентке было 18 лет, а самой пожилой – 95 (этой больной выполнена холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование холедоха по Керу из минидоступа). Среди оперированных пациентов большую часть составляли женщины (450). Мужчин было 84.

За указанный период времени было выполнено 22 симультанные операции, одним из этапов которых являлась холецистэктомия (у пациентов с раком желудка, ободочной кишки, вентральными грыжами в сочетании с калькулезным холециститом).

Из всех оперированных больных с острым процессом у 129 отмечен флегмонозный холецистит, у 43 – гангренозный, у 30 была выявлена водянка, а у 38 – эмпиема желчного пузыря. В 5 случаях, помимо холецистэктомии, проведена холедохолитотомия из минидоступа с наружным дренированием общего желчного протока в связи с интраоперационным выявлением холедохолитиаза (выполнялась холангиография). В 19 случаях был осуществлен переход на традиционный доступ из-за выраженных инфильтративных изменений в области желчного пузыря. У части больных, госпитализированных для планового оперативного лечения по поводу хронического калькулезного холецистита, подтвержденного ультразвуковым исследованием, интраоперационно выявлены изменения, характерные

для острого флегмонозного холецистита, что было впоследствии подтверждено морфологическим исследованием.

Интраоперационные осложнения при холецистэктомиях из минидоступа (плановых, срочных и экстренных) отмечены в 9 случаях (1,6%): у 2 больных возникло кровотечение из культи пузырной артерии, у 2 – выраженное кровотечение из сосудов ложа желчного пузыря, у 2 – ятрогенное повреждение правой печеночной артерии (выполнен сосудистый шов). Эти осложнения послужили причиной расширения операционного доступа. У 3 пациентов имелось ятрогенное повреждение холедоха. В этих случаях выполнено дренирование по Керу с ушиванием раны холедоха. У 2 больных удалось провести вмешательство из минидоступа, у одного потребовалось выполнить конверсию.

Из послеоперационных осложнений (1,3%) в 2 случаях отмечен желчный перитонит, причиной которого в первом случае явилось недиагностированное во время операции повреждение холедоха на этапе освоения методики. Во втором выявлена несостоятельность культи пузырного протока. У 2 больных в раннем послеоперационном периоде диагностирован абсцесс подпеченочного пространства. Вмешательства, направленные на устранение данных осложнений, выполнялись лапароскопически (санация и дренирование полости абсцесса). Из осложнений со стороны раны отмечено 3 случая нагноения, в одном из них в отдаленном периоде сформировалась послеоперационная вентральная грыжа, потребовавшая пластики грыжевых ворот.

После выполнения холецистэктомии имелось 3 летальных исхода, причинами которых в одном случае явилось повреждение холедоха с развитием желчного перитонита и полиорганной недостаточности. В остальных двух наблюдениях смерть наступила от тромбэмболии легочной артерии и острого инфаркта миокарда, развившихся в послеоперационном периоде.

Тактические подходы к лечению больных с острым калькулезным холециститом постепенно подвергаются пересмотру. Основной вопрос касается определения наиболее выгодных сроков выполнения оперативного вмешательства. В нашем лечебном учреждении сформирован определенный алгоритм ведения этой группы больных. Всем пациентам с подозрением на патологию желчного пузыря выполняется УЗИ брюшной полости. Это исследование, наряду с клинической картиной, является ведущим в определении тактики лечения. В обязательном порядке выполняется ЭГДС, ЭКГ, рентгенологическое исследование легких, по показаниям – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (механическая желтуха в анамнезе, гипербилирубинемия, расширение внутрипеченочных протоков и подозрение на холедохолитиаз при УЗИ, наличие мелких конкрементов в желчном пузыре).

Наличие ультразвуковых признаков острого холецистита (увеличение размеров пузыря, утолщение стенки, явления перихолецистита, свободная жидкость в брюшной полости и др.) и клинические проявления (пальпаторно определяющийся желчный пузырь, резкая болезненность при пальпации в правом подреберье, положительный симптом Орнтера, гипертермия, лейкоцитоз) позволяют выставить показания к оперативному лечению в срочном порядке. Данная тактика целесообразна у соматически здоровых или пациентов, имеющих сопутствующие заболевания в стадии компенсации.

Подходы к лечению больных пожилого возраста и больных с выраженной со-

матической патологией имеют ряд отличий. При эффективности консервативной терапии (инфузионно-спазмолитическая, антибактериальная) в течение первых суток от начала заболевания от оперативного лечения в срочном порядке лучше воздержаться. По возможности таким пациентам необходимо купировать острый период и выполнить оперативное пособие не ранее чем через 1 месяц. В это время необходимо провести лечение, направленное на компенсацию сопутствующих заболеваний. При отсутствии выраженного эффекта от проводимого лечения в течение 2-3 суток, отсутствии положительной клинической и ультразвуковой динамики выставляются показания к оперативному лечению. В послеоперационном периоде продолжается антибактериальная и симптоматическая терапия.

Операцией выбора у соматически тяжелых больных, по нашему мнению, является не лапароскопическая холецистэктомия, а вмешательство из минидоступа. Достоинствами этого вмешательства являются малотравматичный доступ, отсутствие необходимости создания пневмоперитонеума, достаточная возможность манипулирования на структурах гепатодуоденальной связки, возможность быстрой активизации больных. Инструментарий для выполнения подобных вмешательств выгодно отличается по цене от оборудования для лапароскопической холецистэктомии.

Холецистэктомия из минидоступа – наиболее эффективный способ операции при остром холецистите – характеризуется низкой частотой осложнений, малой выраженностью болевого синдрома и позволяет выполнять вмешательства на внепеченочных желчных протоках.

При высокой клинической эффективности холецистэктомия из минидоступа является менее затратным способом оперативного лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Галашев В.И., Зотаков С.Д., Глянцев С.П. // Хирургия. – 2001. – № 3. – С. 15-18.
2. Кузнецов Н.А., Аронов А.С., Харитонов С.В., Бронтвейн А.Т. // Хирургия. – 2003. – № 5. – С. 35-40.
3. Прутков М.И., Чернядьев С.А., Совцов С.А. и др. // Хирургия минидоступа. / Материалы Уральской межрегиональной науч.-практич. конф. – 2005. – С. 18-21.

ПРИМЕНЕНИЕ ВНЕОЧАГОВОГО СТЕРЖНЕВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ТЯЖЕЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ТРАВМАМИ

В.М. Головчак, А.В. Панасюк, А.Б. Макшанцев

Видновская районная больница

В настоящее время все большую актуальность приобретают так называемые высокоэнергетические травмы. Эти повреждения возникают при большом положительном или отрицательном ускорении в результате действия внешней силы большой величины. Чаще всего причиной этого являются автокатастрофы, поездные травмы и травмы, полученные при падении с большой высоты. Как правило, больные, получившие эти повреждения, попадают в стационары с тяжелыми сочетанными травмами черепа, конечностей, органов грудной и брюшной полостей, сопровождающимися декомпенсированным шоком. Нередко выявляются