

тивную поддержку (зондовое энтеральное питание сбалансированными смесями). Антибактериальная терапия этой группе пациентов не проводилась. Длительность проводимой консервативной терапии определялась клиникой заболевания и корректировалась на основании данных инструментальных (УЗИ, ЭФГДС, лапароскопия, КТ с внутривенным усилением) и лабораторных методов исследований.

У пациентов с тяжелыми формами панкреатита (тяжесть состояния по Ranson более 4-х баллов), на фоне признаков деструкции железы в схему лечения включали антибактериальные препараты, в первую очередь группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения.

Оперативное пособие было оказано 204 пациентам с деструктивными формами острого панкреатита, что составило 92,7 %.

До 1999 г. методом выбора хирургического лечения была открытая лапаротомия, во время которой по показаниям выполняли некрэктомию, абдоминализацию поджелудочной железы, дренирование. С 2000 г. в лечении деструктивного панкреатита широко используется лапароскопия с обязательным дренированием желчного дерева (транспеченочная холецистостомия) и брюшной полости (4-я трубками в стандартных точках). Показанием к выполнению лапароскопии в динамике было: программируемые лапароскопии с санацией брюшной полости при распространенном перитоните; ухудшение клинической картины у пациента с отечным панкреатитом.

«Открытые» операции были выполнены у 92 (41,8 %) пациентов, малоинвазивные вмешательства — у 128 (58,2 %).

После лапароскопических вмешательств умерло 22 (17,2 %) больных, после «открытых» — 35 (38,04 %). Общая летальность с диагнозом «панкреатит» составила 4,8 %, послеоперационная — 25,9 %.

Таким образом, выработанная в клинике тактика индивидуального подхода к выбору метода лечения больных острым деструктивным панкреатитом в зависимости от стадии течения и наличия осложнений, применение новых — малоинвазивных технологий, позволила снизить общую и послеоперационную летальность.

Р.Р. Курбанисмаилова, Р.Т. Меджидов

ВЫБОР ДОСТУПА ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Махачкала)

ВВЕДЕНИЕ

Широкое внедрение в клиническую практику миниинвазивных технологий существенно изменило подходы к лечению больных желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Важнейшими аргументами для вынесения суждения о преимуществах или недостатках того или иного оперативного доступа всегда служат показатели оперативной летальности и осложнений.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезнью у лиц старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наш опыт применения различных доступов у 131 пациента старческого возраста (75 лет и выше) с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями: лапароскопическая холцистэктомия — 44, холецистэктомия из мини-доступа — 42, традиционная холецистэктомия — 45, показывает, что многие интра- и послеоперационные осложнения характерны как для миниинвазивных операций, так и оперативных вмешательств, выполненных из широкой лапаротомии. Среди 7 (16,1 %) осложнений, которые наблюдались при лапароскопической холцистэктомии, интраоперационные осложнения отмечены у 2-х (4,6 %) пациентов, послеоперационные — у 5 (11,5 %). При использовании холецистэктомии из мини-доступа, осложнения во время операции наблюдали у 2-х (4,7 %) больных, ранние послеоперационные — у 3-х (7,0 %). При традиционной холецистэктомии общее число осложнений составило 26,6 % (12) случаев. Из них интраоперационные осложнения наблюдали у 3-х (6,6 %) оперированных, послеоперационные — у 9 (20,0 %).

Местные интраоперационные осложнения в анализируемых группах больных встречались одинаково часто и составили при лапароскопической холцистэктомии — 4,8 %, холецистэктомии из мини-доступа — 4,9 % и при традиционной холецистэктомии — 5,0 %. Общие осложнения нами отмечены при лапароскопической холцистэктомии у 1,7 % пациентов, при холецистэктомии из мини-доступа и традиционной холецистэктомии этот показатель составил 0,9 % и 1,8 % соответственно в каждой группе. Наибольшее число послеоперационных осложнений наблюдали у пациентов, перенесших оперативное вмешательство

путем широкой лапаротомии — 16,8 %, при лапароскопической холцистэктомии этот показатель составил 11,9 % и при холецистэктомии из мини-доступа — 6,9 %. У больных, перенесших традиционную холецистэктомию, отмечен более высокий процент общих послеоперационных осложнений — 8,3 %, против 3,2 % при лапароскопической холцистэктомии и 1,8 % при холецистэктомии из мини-доступа. Поздние послеоперационные осложнения наблюдались у 3,4 % оперированных традиционным путем и только у 0,8 % — после лапароскопической холцистэктомии, после же вмешательств путем холецистэктомии из мини-доступа, осложнений нами не выявлено.

Продолжительность операции лапароскопической холцистэктомии в среднем составила $60,20 \pm 2,13$ мин. При холецистэктомии из мини-доступа $58,9 \pm 3,6$ и $51,24 \pm 3,36$ при традиционной холецистэктомии. Продолжительность послеоперационного пребывания больных в стационаре составила: при лапароскопической холцистэктомии — $8,6 \pm 1,4$ койко-дней.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ И ВЫВОДЫ

Все выше изложенное позволяет нам говорить о том, что лапароскопическая холцистэктомия — радикальная операция и помимо неоспоримых преимуществ несет в себе потенциальный риск развития сердечно-легочных осложнений, связанных с пневмоперитонеумом. Поэтому в старческом возрасте оперативное вмешательство на желчных путях открытыми способами могут быть предпочтительнее лапароскопических, холецистэктомия из мини-доступа позволяет выполнить полный объем вмешательств на желчных путях в щадящем варианте и результаты сопоставимы с лапароскопической холцистэктомией.

Н.В. Литвинова, М.Ф. Осипенко

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С БИЛИАРНЫМИ БОЛЯМИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ (Новосибирск)

Цель исследования: выявить взаимосвязь между билиарными болями после холецистэктомии и данными анамнеза, фенотипическими, семейными особенностями, клиническими симптомами до операции, вариантом течения желчнокаменной болезни и видом оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проводилось лечение больных желчнокаменной болезнью ($n = 145$) в возрасте от 21 до 83 лет (средний возраст $56,8 \pm 14,18$ г., медиана 58 лет), поступивших для холецистэктомии в Городские клинические больницы № 12 и № 25 Новосибирска. Перед холецистэктомией все больные были подробно клинически обследованы, проводилось заполнение специально составленных анкет с оценкой имеющихся симптомов, анамнеза. Через 6 месяцев после холецистэктомии проводился повторный опрос больных по телефону или при личном контакте с повторным заполнением анкет. При необходимости, больные подвергались клиническому обследованию. Через 6 месяцев опрос удалось провести у 126 человек (отклик составил 86,9 %). Диагноз желчнокаменной болезни был верифицирован у всех больных по данным ультразвукового исследования до холецистэктомии и подтвержден интраоперационно. Результаты обработаны с применением пакета статистических программ «SPSS 11.5».

РЕЗУЛЬТАТЫ

Выявлена большая вероятность наличия билиарных болей через 6 месяцев после операции при имеющихся приступах желчной колики до холецистэктомии ($OR\ 5,3; 95\% CI\ 2,06 - 3,41; \chi^2 = 12,1; p = 0,001$) и при наследственности, отягощенной по желчнокаменной болезни ($OR\ 2,7; 95\% CI\ 1,06 - 7,07; \chi^2 = 4,3; p = 0,038$). Отношение шансов наличия билиарных болей после лапароскопической холецистэктомии составило 0,7 ($95\% CI\ 0,17 - 1,59; \chi^2 = 1,3; p = 0,034$). Корреляционный анализ через 6 месяцев после холецистэктомии у больных с бессимптомным течением заболевания выявил статистически значимую взаимосвязь появления билиарных болей после операции с наследственностью, отягощенной по желчнокаменной болезни (коэффициент Пирсона $r = 0,169, p = 0,016$).

ВЫВОДЫ

Через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни билиарные боли беспокоят 65,9 % больных. При исходно симптомном течении заболевания они сохраняются у 68 % больных, а при исходно бессимптомном течении впервые появляются у 57,7 % больных. Факторами, ассоциирован-