

© Коллектив авторов, 2014 г.
УДК 616.366-002-036.11-089

**Р. А. Сопия, А. А. Попов,
А. Ю. Коробов, Э. Р. Сопия**

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИ- СТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИ- ДОСТУПА

Кафедра хирургических болезней Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова; Городская больница № 9, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день единственным радикальным методом лечения калькулезного холецистита (КХ) является хирургический. В последние годы все большее распространение получают малоинвазивные способы оперативного лечения. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) в настоящее время является методом выбора при хроническом КХ, и доля ее в ряде стационаров при данной патологии приближается к 100 %. Острый холецистит (ОХ) также давно уже не является ограничением для эндовидеохирургического вмешательства. Не стоит забывать и о холецистэктомии из мини-доступа (ХМД), которая обладает своими преимуществами и может применяться наряду с лапароскопической операцией. Важнейшими критериями оценки эффективности холецистэктомии, как, впрочем, и любой операции, являются ближайшие и отдаленные результаты лечения. Осложнения, возникающие во время операции и в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении КХ, вполне изучены, разработаны меры их профилактики. Немало исследований посвящено отдаленным результатам ЛХ. Однако, на наш взгляд, существует недостаточно данных об отдаленных результатах хирургического лечения калькулезного холецистита с применением мини-доступа. Именно этой проблеме мы и решили посвятить наше исследование.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты хирургического лечения калькулезного холецистита с применением мини-доступа.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены отдаленные результаты ХМД у 72 больных хроническим КХ и 133 больных острым КХ, находившихся в хирургическом отделении Городской больницы № 9 Санкт-Петербурга с 2004 по 2010 г. Таким образом, наблюдение за

больными осуществлялось в период от 3 до 6 лет после перенесенной операции. В группе больных хроническим КХ, которым произведена плановая ХМД, было 62 (86,1 %) женщины и 10 (13,9 %) мужчин. Средний возраст пациентов этой группы составил $62,3 \pm 6,3$ года. Пациентам с острым КХ ХМД выполнялась по срочным показаниям. В этой группе было 115 (86,5 %) женщин и 18 (13,5 %) мужчин. Средний возраст этих больных составил $66,2 \pm 8,3$ года. Оценка отдаленных результатов ХМД проводилась с помощью двух международных опросников качества жизни (КЖ): общий опросник — Medical Outcomes Study 36-Item Short Form General Health Survey (SF-36) и специализированный опросник для гастроэнтерологических больных — Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS). Кроме того, использовались объективные данные, лабораторные и инструментальные исследования, протоколы ранее проведенных исследований, выписные эпикризы.

Опросник SF-36 дает возможность оценить количественные показатели КЖ по определенным шкалам. При анкетировании больных учитывалось состояние за последний месяц до операции и после нее. Анкета SF-36 включает 36 вопросов, которые отражают 8 шкал здоровья: физическое состояние, физическая работоспособность, эмоциональное состояние, социальная роль, психическое здоровье, жизненная активность, болевой синдром и общее состояние здоровья. Оценки по каждой шкале могут колебаться от 0 до 100 баллов. Специализированный гастроэнтерологический опросник (GSRS) состоит из 15 пунктов, которые складываются в 5 шкал: абдоминальная боль, рефлюкс-синдром, диарейный синдром, диспептический синдром, синдром запоров. Показатели шкал колеблются от 1 до 7, более высокие значения соответствуют более выраженным симптомам и более низкому КЖ. На основе анализа данных анкетирования больные с ОХ были разделены на 3 группы: 1 — хороший результат операции; 2 — удовлетворительный; 3 — неудовлетворительный. В 1-ю группу с хорошим отдаленным результатом вошли 98 (73,7 %) больных. У этих больных отсутствовали жалобы, свидетельствующие о функциональных расстройствах органов брюшной полости, общее состояние их не страдало. Больные данной группы не придерживались диеты и не имели ограничений в трудоспособности. Во 2-ю группу с удовлетворительным результатом вошли 34 (25,6 %) пациента, которые в отдаленном послеоперационном периоде не чаще 1 раза в месяц отмечали дискомфорт и умеренные боли в правом подреберье после погрешности в диете. В 3-ю группу вошел 1 (0,7 %) больной, который после оперативного лечения отмечал

частые приступы болей в правом подреберье и эпигастральной области, что потребовало госпитализации в хирургический стационар. Пациенты 1-й группы не нуждались в обследовании. Больным 2-й группы обследование проводилось амбулаторно. Больной 3-й группы обследован в стационаре.

Анализ данных анкетирования 72 больных хроническим КХ исключил необходимость разделения их на группы, поскольку ни у одного пациента каких-либо функциональных расстройств со стороны органов брюшной полости не отмечено. И все они могут быть отнесены в одну группу с хорошим результатом операции. В проведении амбулаторного обследования данные больные не нуждались.

Наряду с клиническими данными, комплексное обследование больных также включало ряд лабораторных показателей, УЗИ брюшной полости, по показаниям выполнялись фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС), магнитнорезонансная холангиография (МРХГ), ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с результатами опросника SF-36, все показатели КЖ больных хроническим КХ в отдаленном послеоперационном периоде значительно превышали таковые до операции. Причем значимых различий по конкретным шкалам у данных пациентов выявлено не было. Результаты, полученные с помощью специального гастроэнтерологического опросника в отдаленном послеоперационном периоде, также значимо превышали таковые до хирургического лечения.

Данные, полученные с помощью опросника SF-36 у больных ОХ, включенных в 1-ю и 2-ю группу, свидетельствуют о значительно более высоких показателях КЖ после перенесенной операции. Однако у пациентов 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й, отмечены более низкие показатели по шкале психического здоровья, социальной роли и жизненной активности. Анализ данных специального опросника у больных 1-й и 2-й групп также демонстрирует значительное превышение показателей по всем шкалам в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с таковыми до оперативного лечения. Сравнительная оценка послеоперационных результатов больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й, демонстрирует некоторое снижение показателей по шкалам болевого, диспепсического и рефлюкс-синдромов. В связи с этим пациенты 2 группы были вынуждены периодически принимать лекарственные препараты.

Анализ данных общего и специального опросников у больного 3-м группы выявил отсутствие тенденции к улучшению по всем шкалам после операции. Все послеоперационные показатели у данного больного были значительно ниже, чем у пациентов двух других групп.

Всем больным с ОХ во 2-й группе 1 раз в 6 месяцев амбулаторно проводилось ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ). При этом у 35 (26,3 %) больных выявлены признаки хронического панкреатита, которые имели место и до операции. У 21 (15,8 %) больного по данным УЗИ определялись диффузные изменения структуры печени, которые также были выявлены до хирургического лечения. Кроме того, у 18 (13,5 %) пациентов при проведении УЗИ брюшной полости выявлен спаечный процесс в подпеченочном пространстве. У 15 (11,3 %) больных при исследовании общего желчного протока выявлено увеличение его диаметра до 9 – 12 мм. При проведении лабораторного исследования у больных 2-й группы уровень билирубина и трансаминаз был в пределах нормы.

Единственный пациент с неудовлетворительным результатом операции через 2 года после хирургического лечения госпитализирован в экстренном порядке. Клиника заболевания была представлена болевым синдромом в правом подреберье и эпигастральной области, а также синдромом механической желтухи. По данным УЗИ брюшной полости у больного выявлены признаки холедохолитиаза, который в дальнейшем подтвердился при проведении МРХГ и РХПГ. Данному больному выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкремента из общего желчного протока.

Необходимо отметить, что ни у одного больного после хирургического лечения с применением минидоступа не выявлено послеоперационных вентральных грыж.

ВЫВОДЫ

1. Все больные, оперированные по поводу хронического калькулезного холецистита с применением минидоступа, имели хорошие отдаленные результаты.

2. 99,3 % больных острым холециститом, оперированных в срочном порядке, имели хорошие и удовлетворительные результаты, что демонстрирует возможность широкого применения холецистэктомии из минидоступа при данной патологии.

3. Неудовлетворительный результат хирургического лечения, обусловленный холедохолитиазом, выявлен у 0,7 % больных острым холециститом через 2 года после операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прудков М. И., Бебуришвили А. Г., Шулуто А. М. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении калькулезного холецистита // Эндоскоп. хирургия. — 1996. — № 2. — С. 12–16.
2. Ильченко А. А. Постхолецистэктомический синдром: клинические аспекты проблемы // Гастроэнтерология. — Consilium medicum. — 2006. — № 2. — С. 49–53.
3. Сопия Р. А., Чернов К. М., Попов А. А. и др. Опыт применения холецистэктомии из мини-доступа в условиях общехирургического стационара // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. — 2010. — № 2. — С. 65–68.
4. Прудков М. И. Минилапаротомия и открытые «лапароскопические операции» в лечении больных желчнокаменной болезнью // Хирургия. — 1997. — № 1. — С. 32–35.
5. Шулуто А. М., Прудков М. И., Дагвани С. А., Ветшев П. С. Желчнокаменная болезнь. — М., 2000.
6. Богданович В. Б. Функциональное состояние желудка и дуодено-гастральный рефлюкс после хирургического лечения желчнокаменной болезни: дис. ... канд. мед. наук. — М., 1987. — С. 156.
7. Bar-Meir S., Halpern Z., Barden E. et al. Frequency of papillary dysfunction among cholecystectomized patients // Hepatology. — 1984. — № 4. — P. 328–330.
8. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome I process // Gut. — 1999. — № 45 (Suppl. II). — P. 1–5.
9. Olsen D. O. Mini-lap cholecystectomy // Am. J. Surg. — 1993.
10. War J. E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF-36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view // BMJ. — 1993. — № 306. — P. 1429–1430.

РЕЗЮМЕ

Р. А. Сопия, А. А. Попов, А. Ю. Коробов,
Э. Р. Сопия

Отдаленные результаты хирургического лечения калькулезного холецистита с применением мини-доступа

Представлены отдаленные результаты хирургического лечения 72 больных хроническим и 133 больных острым калькулезным холециститом с применением мини-доступа в сроки от 3 до 6 лет после операции. Отдаленные результаты оценивались с помощью двух международных опросников качества жизни (SF-36, GSRS), а также на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Все пациенты, оперированные по поводу хронического калькулезного холецистита, имели хорошие отдаленные результаты. 99,3 % больных острым калькулезным холециститом имели хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения. Лишь у 1 (0,7 %) больного получен неудовлетворительный результат, обусловленный холедохолитиазом, выявленным через 2 года после операции.

Ключевые слова: калькулезный холецистит, холецистэктомия, мини-доступ, отдаленные результаты.

SUMMARY

R. A. Sopiya, A. A. Popov, A. J. Korobov,
E. R. Sopiya

Long-term results of surgical treatment of calculous cholecystitis with the use of mini-access

The paper presents the follow-up results of the mini-access surgery for chronic calculous cholecystitis (72 patients) and for calculous cholecystitis (133 patients) performed 3–6 years ago. The long-term results were estimated on two international questionnaires of quality of life (SF-36, GSRS), and on the data of clinical, laboratory and instrumental methods of investigation. All patients operated on for chronic calculous cholecystitis had good long-term results. 99.3 % of the patients with acute calculous cholecystitis had good and satisfactory results of surgical treatment. Only 1 (0.7 %) patient had an unfavourable result, because of choledocholithiasis, identified 2 years after surgery.

Key words: calculous cholecystitis, cholecystectomy, mini-access, long-term results.

© С. В. Васильев, Т. А. Мошкова, 2014 г.
УДК 616-007.43-089.28/.29

С. В. Васильев, Т. А. Мошкова

ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ СЕТЧАТЫМИ ПРОТЕЗАМИ PROGRIP

Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета
Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова

ВВЕДЕНИЕ

Паховые грыжи — частое хирургическое заболевание, особенно у мужчин. Поэтому качественное лечение паховых грыж так актуально, а способы радикального и надежного устранения заболевания постоянно совершенствуются. Для

улучшения результатов лечения можно либо совершенствовать методы протезирования пахового канала, либо воздействовать на свойства материалов, используемых в качестве протезов, придавая им необходимые полезные качества.

Среди многочисленных способов лечения паховых грыж повсеместно признан способ протезирования пахового канала по методике Лихтенштейна.

В настоящее время этот способ открытой герниопластики является операцией выбора и «золотым стандартом» лечения паховых грыж [1–3].

В качестве протезного материала используют сетчатые протезы из полипропилена. Полипропилен инертен для организма пациента, но его применение как инородного материала все-таки может привести к ряду нежелательных последствий: раны заживают хуже, а сами операции травматичнее из-за необходимости имплан-