

Литература

1. Алексеев С.В. Современное состояние экологии детства и возможность устойчивого развития Российского общества. Материалы 111 Конгресса педиатров России. – Москва, 1998. – С.4-6.
2. Ахундов Р.А., Клименко В.И., Акинъшин В.И. Программа валеологического воспитания школьников. – Белгород, 2000. – 71 с.
3. Балева Л.С., Кобринский Б.А. Принципы организации мониторинга состояния здоровья и окружающей среды на федеральном: региональном и местном уровнях. Материалы 111 Конгресса педиатров России. – Москва, 1998. – С. 6-8.
4. Башкирова М.А. Комплексная характеристика состояния здоровья детского населения как критерий гигиенической оценки загрязнений атмосферного воздуха: Автореф. дисс. к.м.н. – М., 1986. – 21с.
5. Вельтищев Ю.Е. Рост ребенка: закономерности, нормальные вариации соматотипы, нарушения и их коррекция / Лекции для врачей. – М. 2000. – 79 с.
6. Вельтищев Ю.Е., Ветров В.П. Объективные показатели нормального развития и состояния здоровья ребенка (нормативы детского возраста). – М. 2000. 96 с.
7. Информационный бюллетень основных показателей педиатрической службы Белгородской области за 2000 год. Статистический справочник. Белгород. 2000. – 14 с.
8. Кучма В.Р. Формирование здоровья детей и подростков в современных социальных и эколого-гигиенических условиях. – М.: ММА им. И.М.Сеченова, 1996. – 282 с.
9. Романова Т.А., Карпов П.А., Акинъшин В.И., Чурсина О.А. Состояние здоровья детей Белгородской области, проживающих в экологически различных зонах. Материалы научно-практической конференции: Актуальные вопросы теоретической и практической педиатрии. – Белгород, 2001. – С. 11-15.
10. Романова Т.А. Влияние некоторых средовых факторов на иммунную реактивность детей Крыма, страдающих хронической пневмонией: Автореф. дис. к.м.н. – Симферополь, 1992. – 20 с.
11. Шевченко Ю.Л. О задачах службы охраны здоровья матери и ребенка в современных условиях. Материалы IX съезда педиатров России. – Москва, 2001. – С. 3-4.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*А.П. Седов, И.П. Парфенов, В.Д. Луценко,
А.А. Карпачев, А.М. Мишустин*

Кафедра хирургических болезней медицинского факультета БелГУ

Несмотря на то, что лечению желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений у лиц пожилого и старческого возраста посвящен целый ряд публикаций, большинство из этих работ опубликованы до широкого внедрения в клиническую практику малоинвазивных способов лечения. В работах представлены в основном результаты традиционных или малоинвазивных вмешательств, при этом достаточно мало сравнительной характеристики таких операций, анализа причин осложнений и летальности. Учитывая, что доля больных старше 75 лет (этот возраст и старше установлен в соответствии с определенными ВОЗ границами старческого возраста – 75–89 лет) составляет до 30–40% и на лицо демографическая тенденция к старению населения, при этом послеопе-

рациональная летальность остается высокой. Мы посчитали возможным поделиться нашим опытом лечения таких больных.

В Межтерриториальном центре Черноземья хирургии печени и поджелудочной железы Белгородской областной клинической больницы с 1985 г. по 2000 г. выполнено 3932 оперативных вмешательства при различных клинических формах ЖКБ. Мужчин было 608 (15,46%), женщин – 3324 (84,54%), при этом доля пациентов старше 75 лет составила 323 больных (8,2%), из них мужчин – 81 (25,1%), женщин – 242 (74,9%). При этом до внедрения в практику работы эндохирургических вмешательств у больных до 75 лет произведено 2087 операций, летальность – 2,01%, старше 75 лет – 153 операции с летальностью 9,1%.

С 1995 года мы широко применяли при операциях по поводу ЖКБ и ее осложнений лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) и эндоскопические папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), что существенно изменило хирургическую тактику. Больных до 75 лет прооперировано 1522 (летальность 0,26%), после 75 лет – 170 (11,6%) с летальностью 2,9%. За это же время удалось резко снизить количество прямых оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках с 20,7% до 13,3% у лиц до 75 лет, а у больных старше 75 лет – с 57,5% до 21,7%.

ЛХЭ у пациентов старческого возраста выполнена у 62,7%. Причинами отказа от ЛХЭ были выраженный перивезикальный спаечный процесс, при котором все отделы желчного пузыря были замурованы в плотных сращениях (4), инфильтративный процесс в области шейки не позволяющий точно дифференцировать элементы связки (8), синдром Мирризи (3), кровотечения из пузырной артерии (2), наличие признаков билиарной гипертензии, обнаруженных во время операции, что потребовало дополнительной коррекции (3). Остальные 27 больных оперированы традиционно вначале внедрения в клиническую практику ЛХЭ.

Как убеждает наш опыт, большинство нестандартных, трудных и осложненных операций отмечается у больных старшей возрастной группы. Тщательная и кропотливая препаровка ткани с четкой дифференцировкой трубчатых структур в этой зоне позволяет выполнить большинство операций лапароскопически. Это позволяет наименее травматично выполнить операцию и снизить летальность у этой группы больных.

За этот же период времени произведено 740 эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном соске (БДС) по поводу осложненной ЖКБ, при этом доля пациентов старше 75 лет составила 30,2% (223), из них по поводу резидуального холедохолиаза ЭПСТ успешно произведена 42 больным. В 6 случаях произведены прямые хирургические вмешательства из-за наличия перифателлярного дивертикула (3), крупного конкремента (2), продленного стеноза БДС (1). Двое больных (4,7%) умерло из-за кровотечения из рассеченного БДС.

У остальных 175 больных после ЭПСТ 38 ЛХЭ не произведены из-за выраженной сопутствующей патологии, 11 больных отказались, 15 оперировались в других лечебных учреждениях. У 101 пациента произведена ЛХЭ и у 5 – традиционная холецистэктомия. При этом после ЭПСТ умерло 5 больных (2 – кровотечение, 1 – панкреонекроз, 1 – брюшинная перфорация двенадцатиперстной кишки, 1 – почечно-печеночная недостаточность), что составляет 2,9%. После ЛХЭ в этой группе умерла больная из-за сердечно-сосудистой декомпенсации.

Произведенные исследования показывают, что широкое внедрение в практику лечения осложненных форм ЖКБ малоинвазивных методов лечения, особенно у лиц старческого возраста позволяет добиться существенного снижения летальности, а с увеличением опыта производства таких операций уменьшается значительно потребность традиционных методов и увеличивается хирургическая активность.