

у 3 пациенток (8,1%) диагностировано энтероцеле стадии III–IV (точка С), у 1 пациентки (2,7%) – задней стенки влагалища стадии III (точка Вр).

Обсуждение

При всем многообразии методов лечения пролапса гениталий критерии излеченности сводятся к отсутствию анатомических нарушений тазового дна. При этом практически не учитывается полное восстановление физической, психоэмоциональной и социальной составляющей жизни женщины. Исследование качества жизни пациенток с пролапсом гениталий поможет выяснить эффективность наиболее часто применяемых в клинической практике методов оперативного лечения.

Так, применение сетчатых имплантов позволяет значительно улучшить результаты хирургического лечения у больных с тяжелыми проявлениями дисплазии соединительной ткани, наличием обширных дефектов лобково-шеечной и ректовагинальной фасций (особенно высоких дефектов), у пациенток с рецидивными формами пролапса гениталий. Эффективность операций с применением сетчатого импланта составила 94,3% (оценка эффективности через 24 мес.), но при этом качество жизни снижено за счет mesh-ассоциированных осложнений (40%), в частности, эрозии слизистой оболочки влагалища над сетчатым имплантом. При этом нарушений техники оперативного вмешательства отмечено не было. Физические и социальные ограничения наиболее значительно были выражены у пациенток с симптомами гиперактивного мочевого пузыря, стрессового недержания мочи. При хирургической коррекции пролапса гениталий, которая ограничивалась коррекцией мышечных и соединительно-тканых структур, удовлетворенность анатомическими результатами составила 75,7%. При этом диспареуния и боль отмечены у пациенток, у которых узость входа во влагалище обеспечивалась за счет мышечного, а не слизистого слоя.

Выбор метода оперативного лечения при коррекции пролапса гениталий должен быть

индивидуализирован с учетом разнообразия жалоб и объективной картины заболевания, с обязательным выяснением влияния конкретных симптомов на качество жизни каждой отдельно взятой пациентки. Внедрение анкетирования в повседневную практику гинеколога будет являться залогом успеха хирургического лечения и даст наилучшие субъективные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беженарь В. Ф. и соавт. Операция забрюшинной влагалищной кольпопексии с применением системы Prolift при коррекции пролапса тазовых органов у женщин: Пособие для врачей. – СПб, 2011.
2. Гинекология: национальное руководство / Под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1088 с. (серия «Национальные руководства»).
3. Пролапс тазовых органов у женщин: этиология, патогенез, принципы диагностики: Пособие для врачей / В. Ф. Беженарь и соавт. – СПб, 2010.
4. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза: Пособие для врачей / О. Б. Лоран и соавт. – М., 2012.
5. Ширшов В. Н., Леваков С. А., Нечаева О. Е., Крутова Т. В., Оболонков В. Ю. Возможности ультразвукового метода исследования для определения тактики лечения при стрессовом недержании мочи у женщин с опущением переднего свода влагалища // Клиническая практика. – 2010. – № 3.
6. Argirovic R. B., Gudovic A. M. et al. Transvaginal repair of genital prolapse with polypropylene mesh using a tension-free technique // Eur. j. obst & gyn and reprod. biol. – 2010. – Nov. № 153 (1). – P. 104–107.
7. Khandwala S., Williams Ch. et al. Review of 250 consecutive cases of vaginal mesh surgery for genital organ prolapse // J. gyn. surg. – 2014. – Jun. № 30 (3). – P. 134–140.
8. Lowenstein L., Alcalay M. Relation of anterior vaginal mesh for pelvic organ prolapse repair to critical genital structures // J. sex. med. – 2012. – May. № 9 (5). – P. 1235–1238.

Поступила 10.03.2016

И. Ю. ТОРШХОЕВ, И. В. КАНКСИДИ, Г. К. КАРИПИДИ, Ю. П. САВЧЕНКО

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И/ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Кубанского государственного медицинского университета Минздрава России, Россия, 350040, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14;

Проведено ретроспективное исследование непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 112 больных с острым холециститом в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки, находившихся на лечении в хирургических отделениях в Краснодарской городской больнице скорой медицинской помощи (КГК БСМП) с 2010 по 2015 г.

Ключевые слова: острый холецистит, язвенная болезнь, симультанные операции.

I. Y. TORSHHOEV, I. V. KANKSIDI, G. K. KARIPIDI, Y. P. SAVCHENKO

ABOUT EFFEKTINOSTI SIMULTANEOUS OPERATIONS IN PATIENTS
WITH A COMBINATION OF ACUTE CHOLECYSTITIS WITH GASTRIC
ULCER AN /OR DUODENAL ULCER

*Department of hospital surgery medical university of Kuban state medical university
of the health Ministry of Russia,
Russia, 350040, Krasnodar, str., 40 Years of Victory 14;
Municipal health Krasnodar city clinical emergency hospital,
tel. +79284421792. E-mail: ibragim_kuban@mail.ru*

A retrospective study of immediate and gave-represented results of surgical treatment of 112 patients with acute cholecystitis combined with gastric ulcer and/or duodenal ulcers who were treated in surgical departments in Krasnodar city hospital ambulance (SCC emergency hospital) from 2010 to 2015.

Key words: acute cholecystitis, peptic ulcer disease, simultaneous operations.

Введение

Сочетание острого калькулезного холецистита с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки ставит перед хирургами сложную тактическую задачу [1, 2]. Неэффективность консервативного лечения приступа острого холецистита диктует необходимость выполнения экстренной холецистэктомии. Упорное продолжение консервативного лечения может приводить к формированию плотного воспалительного инфильтрата в подпеченочном пространстве, что снижает шансы на успешное применение лапароскопических технологий [3, 4, 5]. Оставление активной язвы в желудке или двенадцатиперстной кишке опасно возникновением кровотечения в раннем послеоперационном периоде. В дальнейшем агрессивное и осложненное течение язвенной болезни у ряда больных становится показанием к оперативному лечению [5, 6]. Этапное выполнение вмешательств снижает непосредственный операционный риск, но и применение симультанных операций имеет свои неоспоримые преимущества [4, 5, 6].

Цель работы – оценить эффективность симультанных операций при лечении больных с острым холециститом в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или ДПК.

Материалы и методы

Все пациенты были распределены на две группы: 1-я – основная группа (51 чел., 45,5%), в которой выполнены симультанные операции; 2-я – контрольная группа (61 чел., 54,4%), в которой изолированно выполняли холецистэктомию. Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Из таблицы 1 видно, что большинство больных были в возрасте 60–69 лет (39–34,9%), 40–49 лет (23–20,5%), 50–59 лет (19–17,0%), 70–79 лет (17–15,2%). Другие возрастные группы встречались значительно реже. Так, в возрасте 80 и более лет было 6 больных (5,3%), в возрасте 30–39 лет – 5 больных (4,5%).

Во всех возрастных группах преобладали женщины, особенно в возрасте 60–69, 40–49 и 50–59 лет (26,7%, 14,2% и 11,6% соответственно). Соотношение женщин/мужчин составило 3,4:1.

По тяжести состояния, возрасту, частоте и выраженности механической желтухи, срокам госпитализации больные были примерно сопоставимы.

Все больные поступали в хирургическое отделение по «Скорой помощи» с диагнозом: острый холецистит. Пациентов обеих групп обследовали по одинаковому алгоритму и проводили однотипную предоперационную подготовку

Распределение больных по полу и возрасту (абс., %)

Возраст	Контрольная				Основная				Всего	
	Муж.	Жен.	Всего	%	Муж.	Жен.	Всего	%	Абс.	%
18–19	1	–	1	1,6	–	–	–	0	1	0,8
20–29	–	2	2	3,3	–	–	–	0	2	1,8
30–39	1	2	3	4,9	–	2	2	4	5	4,5
40–49	3	9	12	19,7	4	7	11	21,5	23	20,5
50–59	3	3	6	9,8	3	10	13	24,5	19	17,0
60–69	4	15	19	31,1	5	15	20	39,2	39	34,9
70–79	4	9	13	21,3	–	4	4	7,9	17	15,2
80 и более	1	4	5	8,2	–	1	1	2,0	6	5,3
Всего	17	44	61	100	12	39	51	100	112	100

медикаментозными средствами, корригирующими состояние сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, почек, метаболических процессов, а также назначали антибактериальные средства, спазмолитические и дезинтоксикационные препараты, витамины С и группы В.

При лечении больных контрольной группы выбор сроков, вида и объема операции осуществляли исходя из следующих положений: возраста пациентов, выраженности признаков острого холецистита, длительности и выраженности механической желтухи, наличия явных признаков холангита, местного или распространенного перитонита, тяжести сопутствующих заболеваний, общего состояния больных. Исходя из этих положений из 112 пациентов у 45 (40,1%) выполняли ЛХЭ, у 16 (14,2%) – открытые ХЭ с холедохолитотомией, интраоперационной холангиографией (ИОХГ) и наружным дренированием общего желчного протока. Пациентам с тяжелым общим состоянием или в случаях непредвиденных осложнений во время наркоза ограничивались ХЭ с наружным дренированием холедоха. В послеоперационном периоде им выполняли фистулохолангиографию и при выявлении камней в холедохе производили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с холедохолитозэкстракцией. У соматически тяжелых пациентов с выраженной желтухой и интоксикацией в качестве первого этапа хирургического лечения осуществляли чрескожно чреспеченочную холецистостомию под УЗИ-наведением, используя местную анестезию с холецистохолангиографией для выяснения проходимости пузырного протока и желчных путей, оттока желчи наружу. Затем, в послеоперационном периоде, на 4–7-й день после операции, выполняли ЭПСТ с удалением камней из холедоха в качестве второго этапа операции. Другим вариантом хирургического лечения было проведение первым этапом

ЭПСТ с удалением камней из холедоха, а вторым этапом – ЛХЭ.

У 51 больного основной группы лечение отличалось тем, что в процессе хирургического лечения по поводу острого холецистита учитывали наличие язвенного дефекта желудка и/или двенадцатиперстной кишки, возраст, сопутствующие заболевания, длительность язвенного анамнеза, локализацию язвенного дефекта, наличие какого-либо осложнения ЯБ и проводили симультанные хирургические вмешательства, дополняя медикаментозной терапией сопутствующего заболевания.

Наличие заболеваний гастродуоденальной зоны, подлежащих хирургической коррекции, имело значение для выбора объема операции. Так, выявление у пациентов с острым холециститом каллезных или гигантских язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки служило основанием для выполнения открытой симультанной операции.

У 42 (82,3%) пациентов язва локализовалась в ДПК, у 9 (17,6%) – в желудке.

В случаях диагностики у больных острым холециститом заболеваний желудка и/или двенадцатиперстной кишки, не требующих хирургической коррекции, после ХЭ проводили медикаментозную терапию.

У 63 (56,2%) наблюдались разной степени тяжести сопутствующие заболевания. Наиболее распространенные сопутствующие заболевания в контрольной и основной группах – это патология органов сердечно-сосудистой системы (73,0%) и сахарный диабет (19,1%). Болезни почек и мочевыводящих путей, а также органов дыхания встречались значительно реже (3,1% и 4,8% соответственно). Послеоперационные осложнения в контрольной группе отмечены у 18 (29,5%) больных, в основной группе – у 7 (13,7%). С летальностью в контрольной группе – 6,5% и 1,9% в основной группе.

Всем пациентам проводили комплексное обследование по органам и системам. Оно включало общеклиническое исследование больного: сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, проведение осмотра, пальпации, перкуссии, анализ полученных результатов клинического обследования, проведение лабораторных и инструментальных исследований по общепринятым методикам. В частности, лабораторные исследования включали: общий анализ крови и мочи, состояние свертывающей системы крови, биохимические показатели, определение группы крови, резус-фактора, МОР.

Инструментальные методы обследования включали: ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих протоков, поджелудочной железы, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (по показаниям); компьютерную томографию органов брюшной полости (по показаниям), обзорную рентгенографию органов брюшной полости (по показаниям).

С целью изучения отдаленных результатов лечения мы провели индивидуальный письменный опрос больных, используя специально разработанную анкету.

В анкету были включены вопросы, позволяющие сделать вывод о наличии патологии желудка и/или ДПК (осложнение ЯБ), а также со стороны других органов брюшной полости. Оценка отдаленных результатов проводилась по 3-балльной системе («хорошо», «удовлетворительно», «плохо»).

К хорошим результатам были отнесены все те случаи, когда лица, перенесшие операцию, не испытывали никаких симптомов, чувствовали себя здоровыми и в момент обследования не предъявляли жалоб.

К удовлетворительной оценке отнесли больных, у которых отмечались периодические боли в эпигастриальной области. Сюда же вошли больные, которые в течение отдельного времени после операции испытывали боли в эпигастрии, а на протяжении последних лет и в день обследования не предъявляли жалоб.

Результаты операции считались плохими при возникновении рецидивов боли, которые требовали стационарного лечения, утрате трудоспособности.

Частота и характер осложнений ЯБ изучены в контрольной и основной группах в результате комплексного обследования больных с плохими результатами по данным анкетирования. Данным больным было проведено комплексное обследование, включавшее УЗИ гепатобилиарной зоны, поджелудочной железы, ФГДС, R-скопию желудка по показаниям.

Для выявления истинно отрицательных и ложноотрицательных результатов анкетирования

были выборочно обследованы пациенты, у которых, по данным анкеты, результат операции был расценен как удовлетворительный и исключал наличие язвы желудка и/или ДПК или ее осложнения.

Факторы риска развития осложнений в послеоперационном периоде изучены ретроспективно в группах «случай» – «контроль» у больных контрольной группы, где за «случай» принималось наличие профузного язвенного кровотечения. Для оценки клинической значимости факторов риска рассчитывались величина отношения шансов (ОШ) и ее 95%-ный доверительный интервал развития «случая» при наличии или отсутствии фактора риска.

Анализ эффективности профилактических мероприятий в основной группе (51 человек) проводился в сравнении с непараллельным контролем (контрольная группа из 61 человека). Статистическая значимость различий рассчитывалась с использованием критерия χ^2 при доверительном уровне вероятности $P < 0,05$. Для оценки величины клинического эффекта использованы следующие показатели: снижение относительного риска (СОР), снижение абсолютного риска (САР) и число больных, которым необходимо проведение повторного оперативного пособия для предупреждения язвенного кровотечения желудка и/или ДПК.

Статистический анализ производился с помощью пакета статистических компьютерных программ «Biostat» (1998) и «Excel XP» с использованием специальных руководств по медицинской и биологической статистике.

Результаты и обсуждение

В соответствии с разработанной хирургической тактикой при наличии у больных острым холециститом заболеваний желудка и/или ДПК, требующих хирургической коррекции, в разные сроки выполняли различные сочетания оперативных вмешательств (табл. 2).

Как следует из данных таблицы 2, в этой группе больных наиболее часто производили мостовидную дуоденопластику и ХЭ (34–66,7%). Операция сегментарной дуоденопластики и ХЭ выполнена у 8 больных (15,7%).

Сочетание операции ХЭ с резекцией 2/3 желудка осуществлено у 3 больных. Это были 1 пациент с пилородуоденальным стенозом, 2 больных с язвами малой кривизны и пилорического отдела желудка. Гастропластика и ХЭ произведены у 6 пациентов при локализации в теле и кардиальном отделе желудка.

Для оценки результатов лечения больных основной группы учитывали те же показатели, что и в контрольной группе, а именно: число послеоперационных осложнений и их исходы,

Виды и сроки хирургических вмешательств у больных в основной группе с момента поступления

№ п/п	Виды и объемы хирургических вмешательств	Сроки операции		Количество больных
		Экстренные (до 24 ч)	Срочные (24–48 ч)	
1	Дуоденопластика мостовидная, ХЭ	9	25	34
2	Дуоденопластика сегментарная, ХЭ	2	6	8
3	Резекция 2/3 желудка, ХЭ	1	2	3
4	Гастропластика, ХЭ	4	2	6
	Всего	16	35	51

Таблица 3

Послеоперационные осложнения и исходы у больных основной группы

№ п/п	Виды послеоперационных осложнений	Количество осложнений	Умерло больных
1	Несостоятельность гастроэнтероанастомоза	1	-
3	Острое нарушение мозгового кровообращения	1	1
6	Послеоперационный панкреатит	2	-
7	Тромбофлебит нижних конечностей	1	-
8	Пневмония	2	-
	Всего	7 (13,7%)	1 (1,9)

длительность стационарного лечения. Виды послеоперационных осложнений и их исходы у больных данной группы представлены в таблице 3.

Результаты исследования видов и количества послеоперационных осложнений, отраженные в таблице 3, показывают, что наиболее частыми из них были пневмонии (2–3,9%) и послеоперационный панкреатит (2–3,9%). Следует отметить, что несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза отмечена у 1 больного (1,9%). Другие послеоперационные осложнения (тромбофлебит вен нижних конечностей, острое нарушение мозгового кровообращения) возникли по 1 случаю. Летальный исход отмечен в 1 наблюдении при остром нарушении мозгового кровообращения.

Продолжительность стационарного лечения показывает общую эффективность проводимой терапии в предоперационном и послеоперационном периодах, поскольку при возникновении осложнений длительность стационарного лечения увеличивается. Пациенты основной группы до операции находились в стационаре $4,72 \pm 0,92$ дня. Длительность послеоперационного лечения составила $13,87 \pm 0,64$ дня. Общая продолжительность стационарного лечения равна $18,59 \pm 0,83$ дня.

Отдаленные результаты прослежены у 46 (91,3%) больных из 51 оперированного больного основной группы. Сроки наблюдения составили

от 2 до 5 лет. Изучение отдаленных результатов проводилось путем анкетирования пациентов, ранее перенесших оперативное лечение.

Хорошие результаты отмечены у 32 (71,3%) пациентов, удовлетворительные – у 13 (28,3%), плохой результат – у 1 (2,2%) больного.

Таким образом, из 46 анкетированных больных хорошие результаты отмечены у 32, удовлетворительные – у 13 и плохой – у 1 больного.

Причиной плохого отдаленного результата у больного основной группы явилась пептическая язва анастомоза.

Для изучения отдаленных результатов хирургического лечения в основной группе больных со стороны желудка и/или ДПК были обследованы амбулаторно и стационарно больные с удовлетворительными и больной с плохим отдаленными результатами. В данной группе проведено комплексное обследование, включавшее ФГДС, УЗИ печени, поджелудочной железы, желчевыводящих путей, ФГДС.

В группе больных с удовлетворительными результатами основными жалобами (78,3%) были непостоянные, преходящие боли, возникающие после погрешностей в диете или при физической нагрузке.

Два человека появление болей ни с чем не связывали. Проявлений язвенной болезни в этой группе не наблюдалось, никто не обращался в лечебные учреждения по поводу данных жалоб,

трудоспособность у всех сохранена. Больным выполнено комплексное обследование.

После выполнения симультанной операции (основная группа) общее количество осложнений составило 13,7%, операционная летальность – 1,9%. Из них у 2 (3,8%) пациентов ранний послеоперационный период осложнился панкреатитом, 2 случая пневмонии. После проведенного курса интенсивной консервативной терапии больные выздоровели. Летальный исход отмечен у 1 больного с ОНМК. Средние сроки пребывания в стационаре составили $15,43 \pm 0,37$ дня.

На второй этап оперативного лечения больные основной группы не поступали. Пациент с пептической язвой гастроэнтероанастомоза наблюдается и проходит консервативное лечение амбулаторно у гастроэнтеролога.

Таким образом, применение симультанных операций в лечении больных с острым холециститом в сочетании с язвенной болезнью желудка и/или ДПК не приводит к увеличению числа осложнений, росту операционной летальности и практически не увеличивает сроки лечения в стационаре. Отдаленные результаты убеждают в наличии медицинских и экономических преимуществ применения симультанных операций, что позволяет рекомендовать их применение в клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко В. А. Экстренные и срочные хирургические вмешательства у больных при сочетании язвенной болезни и калькулезного холецистита // В сб.: Пирововская хирургическая неделя. – СПб, – 2010. – С. 249–250.
2. Быстров С. А., Жуков Б. Н., Бизярин В. О. Мини-инвазивные операции в лечении желчекаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. – 2010. – № 7. – С. 55–59.
3. Добровольский С. Р., Богопольский П. М., Нагай И. В. и др. Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии // Хирургия. – 2004. – № 7. – С. 56–60.
4. Иванов Ю. В., Соловьев Н. А., Шарнов М. Б. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях // Анналы хирургии. – 2007. – № 4. – С. 17–20.
5. Смотрин С. М., Гаврилик Б. Л., Нечипоренко Н. А., Нечипоренко А. Н. Симультанные операции при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Мат. XIV съезда хирургов Республики Беларусь. – Витебск, 2010. – С. 455–456.
6. Ahmad F., Soomro I., Maher M. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis // Annals. – 2007. — V. 13. № 4. – P. 238–241.
7. Biswas S. K., Saha J. C., Rahman M. M., Rahman M. A. Laparoscopic cholecystectomy in acute calculus cholecystitis // Experience at district level hospital faridpur med. col. j. – 2010. – V. 5. № 1. – P. 3–6.

Поступила 01.10.2015

Е. Н. ТРАВЕНКО

ОТРАВЛЕНИЯ ЭТАНОЛОМ И АЛКОГОЛЬ-АССОЦИИРОВАННАЯ ПАТОЛОГИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Кафедра судебной медицины ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4; тел. (861) 262-20-50. E-mail: elenachon@yandex.ru

Установлено, что частота встречаемости алкоголь-ассоциированных заболеваний при смертельных интоксикациях этанолом на фоне различных форм алкогольной болезни печени вариabельна и превалирует в группах алкогольного гепатита и стеатоза.

Ключевые слова: отравление этанолом, алкогольная болезнь печени, соматическая патология.

Е. Н. ТРАВЕНКО

ETHANOL POISONING AND ALCOHOL-RELATED PATHOLOGY OF INTERNAL ORGANS

Department of forensic medicine KubGMU medical university of Ministry of health of Russia, Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedin, 4; tel. (861) 262-20-50. E-mail: elenachon.yandex.ru

It was found that the incidence of alcohol-related diseases with fatal intoxications with ethanol on the background of the various forms of alcoholic liver disease is variable and is prevalent in the groups alcoholic hepatitis and steatosis.

Key words: ethanol poisoning, alcoholic liver disease, somatic pathology.