

А. А. Тихонович

АНАЛИЗ ПРАКТИКИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ: ПОКАЗАНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Научный руководитель: ассист. Климук С. А.

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. *Миниинвазивные вмешательства прочно заняли свою нишу в экстренном и плановом хирургическом лечении механической желтухи, последствий острого деструктивного панкреатита и полостных интраабдоминальных образований. Будучи время- и затратоэффективными, они обладают преимуществами, значительно перевешивающими ассоциированные с ними риски и необходимость специального обучения персонала и приобретения оборудования и расходных материалов.*

Ключевые слова: *миниинвазивные вмешательства, чрескожное дренирование под контролем УЗИ, механическая желтуха, деструктивный панкреатит, панкреатогенные кисты, абсцесс брюшной полости.*

Summary. *Minimally invasive interventions firmly occupied their niche in the emergency and elective surgical treatment of mechanical jaundice, consequences of acute destructive pancreatitis and intra-abdominal lesions. Being time-consuming and cost-effective, they have advantages that considerably outweigh the risks associated with them and the need for special training of personnel and the purchase of equipment and supplies.*

Key words: *minimally invasive interventions, percutaneous drainage under ultrasound control, mechanical jaundice, destructive pancreatitis, pancreatogenic cysts, abdominal abscess*

Актуальность. В настоящее время увеличивается число острых хирургических заболеваний. Среди них острый панкреатит занимает 3 место - 7-12 %. При этом летальность при панкреонекрозах остается неизменно высокой, по данным различных авторов и при различных его формах колеблется от 11% до 70% [1,3,4,5]. Также сохраняется тенденция к росту числа тяжелых деструктивных заболеваний органов брюшной полости, в ряде случаев сопровождаемое системными и локальными гнойно-септическими осложнениями, в частности абсцессами брюшной полости. Они встречаются у 0,8-2 % оперированных и сопровождаются летальностью в 10,5-26,1% случаев. Что касается механической желтухи, что из 1000 умерших непосредственно от осложнений холелитиаза погибает 8,6%, а у 7,8% он является немаловажным отягощающим фактором.[2,4,5]. В настоящее время для лечения острых хирургических болезней используют методики малоинвазивного вмешательства.

Цель: Оценить результаты применения миниинвазивных вмешательств (МИВ) в практике общехирургического отделения.

Задачи:

- 1) оценить исходы МИВ при панкреатогенных полостных образованиях и
- 2) механической желтухе опухолевого и неопухолевого генеза;
- 3) оценить доступность МИВ в рутинной практике общего хирурга

Материалы и методы исследования: Проведен ретроспективный анализ 37 карт стационарных пациентов 1 хирургического отделения и гнойной хирургии 5 ГКБ за 2015-2017 годы. Женщин составило 23, мужчин 17. Средний их возраст составил 60 лет.

Результаты и обсуждения: По нозологическим формам пациенты были разделены на три группы: осложнений панкреатита, механической желтухи и прочих заболеваний.

Группу панкреатита составили 6 пациентов (3 женщины и 3 мужчины), средний возраст - 60 лет. Патологический процесс локализовался у 2 пациентов в области поджелудочной железы, в поддиафрагмальном пространстве у 1, в подпеченочном пространстве у 1, и в области хвоста поджелудочной железы у 1 пациента. По дренажу у 5 пациентов выделялось мутное, коричневого цвета отделяемое, у 1 - светлое, желтого цвета. Средний объем выделяемого составил 1058,3 мл. Постановка дренажа была выполнена в среднем на 16 сутки после поступления в стационар. В анализах до операции наблюдалось повышение лейкоцитов до $10,2 \cdot 10^9/\text{л}$, и повышение амилазы до 180 ЕД/л. После операции значения биохимических параметров спустились до нормального уровня: в среднем, лейкоциты - до $7,44 \cdot 10^9/\text{л}$, амилаза до 53 ЕД/л.

Группа механической желтухи. В эту группу вошло 20 пациентов. Они были разделены на две подгруппы: механическая желтуха на фоне опухолевого процесса и неопухолевого процесса.

Подгруппу желтух *опухолевого* генеза составило 13 пациентов (5 мужчин и 8 женщин). Средний возраст - 70 лет. Причины опухолевого процесса были следующими: объемное образование поджелудочной железы наблюдалось у 10 пациентов, аденома БДС у 1 пациента и рак селезеночного изгиба толстой кишки у 1 пациента. Длительность желтухи до поступления в стационар составляла от 2 недель до 1 месяца. В среднем дренаж ставился на 5 сутки после поступления в стационар. По дренажу выделялась желчь, средним объемом 300 мл. У всех пациентов холедох был расширен - в среднем до 18 мм. В биохимическом анализе крови до операции средний уровень общего билирубина составил 240 мкмоль/л, прямого - 119,09 мкмоль/л, непрямого - 127,16 мкмоль/л. Максимальное падение билирубина отмечено на 6 сутки, в среднем до уровня 80 мкмоль/л. После операции средние значения параметров биохимического анализа крови были следующими: уровень общего билирубина 215 мкмоль/л, прямого - 113,8 мкмоль/л, непрямого - 112,16 мкмоль/л.

Подгруппа желтух *неопухолевого* генеза: 7 пациентов (4 женщины и 3 мужчины), средний возраст составил 62 года. Основным заболеванием были: псевдотуморозный панкреатит наблюдался у 2 пациентов, стриктура холедоха у 2 пациентов, механическая желтуха у 4 пациентов. Длительность желтухи до поступления в стационар - от 4 дней до 2 недель. Дренаж устанавливали на 11 сутки после поступления. У пациентов этой группы холедох был расширен в среднем до 15 мм. В биохимических анализах крови до операции в среднем: общий билирубин - 198 мкмоль/л, прямой билирубин - 128 мкмоль/л, непрямого билирубин - 102 мкмоль/л. Максимальное падение билирубина отмечено на 6-7 сутки, в среднем до уровня 70-80 мкмоль/л. После операции наблюдалось падение уровня общего билирубина до 150 мкмоль/л, непрямого до 85 мкмоль/л, прямого до 90 мкмоль/л.

Группа прочих заболеваний. Эту группу составило 11 пациентов (4 мужчин и 8 женщин). Средний возраст - 65 лет. Патологический процесс локализовался у 6 пациентов в правой доле печени, в частности в сегментах S6, S8; у 2 пациентов это

было поддиафрагмальное пространство справа, у 2 - подпеченочное пространство, у 1 пациента - ложе желчного пузыря. Патологические состояния пациентов были различные, такие как абсцесс печени наблюдался у 4 пациентов, у 2 пациентов был выявлена кисты правой доли печени, у 1 пациента наблюдалось жидкостное скопление в области желчного пузыря, был выявлен острый флегмонозный калькулезный холецистит у 1 пациента, у 3 пациентов было выявлено жидкостное скопление в брюшной полости. Постановка дренажа осуществлялась в среднем на 7 сутки после поступления в стационар. Отделяемым в большинстве случаев оказался гной, у большинства пациентов - с примесями крови, средним объемом 700 мл. В общем анализе крови типично уменьшение воспалительного синдрома после дренирования

Выводы:

1. МИВ успешно внедрены в практику лечения острых хирургических заболеваний (панкреатит, абсцесс печени, панкреонекроз и др.);
2. Сокращается длительность пребывания пациентов в стационаре;
3. Послеоперационный период переносится пациентами легче, чем при открытых операциях;
4. Использование МИВ снижает частоту осложнений и послеоперационную летальность.

A. A. Tihonovich

ANALYSIS OF PRACTICE OF MINI-INVASIVE INTERVENTIONS IN GENERAL SURGERY: INDICATIONS AND PROSPECTS

Tutors: assistant Klimuk. S. A

Department of general surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

- 1) Методические рекомендации «Воспалительные заболевания органов брюшной полости в хирургической практике». Брискин Б. С. с соавт., 2000; Ермолова А. С. с соавт., 2000; Гальперин Э. Н. с соавт., 2001 / стр. 8.
- 2) Соколов, А. Н. Малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем УЗИ при лечении абсцессов брюшной полости; диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.27 / А. Н. Соколов. – Воронеж, 2004. – 146 с.
- 3) Барсуков, М. Г. Чрескожное дренирование абсцессов брюшной полости под контролем ультразвукового сканирования; диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.27 / М. Г. Барсуков. – Москва, 2003. – 94 с.
- 4) Герасимов, И. В. Хирургическое лечение абсцессов печени и поддиафрагмального пространства с помощью малоинвазивных технологий (способы оптимизации диагностики и лечения); диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.27 / И. В. Герасимов. – Воронеж, 2006. – 133 с.
- 5) Зигинова, Т. М. Особенности эпидемиологии, диагностики и лечения деструктивных форм острого панкреатита в условиях северного региона; диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.27 / Т. М. Зигинова. – Петрозаводск, 2008. – 117 с.