

РЕДАКТОРСЬКИЙ ПОГЛЯД

- 5 К истории эндоскопических и малоинвазивных методов диагностики и лечения в Киевском военном госпитале
Бойчак М.П.

Minimally Invasive and Endoscopic Methods of Diagnostics and Treatment — The History and Evolution in Kiev Military Hospital
M.P. Boychak

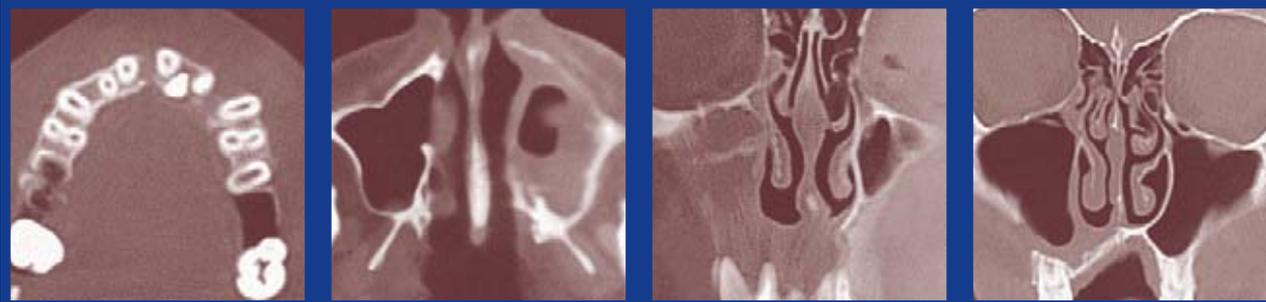
стор. 9



КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 9 Опыт применения видеоторакоскопии в диагностике и лечении посттравматического свернувшегося гемоторакса
Кравченко К.В., Сафонов В.Е.
Experience of Application of Videothoracoscopy in Diagnostics and Treatment Posttraumatic Clotted Hemothorax
K.V. Kravchenko, V.E. Safonov
- 12 Трансуретральная резекция в лечении заболеваний мочевого пузыря, ассоциированных с папилломавирусной инфекцией гениталий у женщин
Брыков В.И., Иванова И.М., Головки С.В., Лищук В.Д.
Transurethral Resection in Treatment of Urinary Bladder Diseases Associated with Papilloma Viruses Infection of Female Genitals
V.I. Brikov, I.M. Ivanova, S.V. Golovko, V.D. Lishchuk

стор. 21



КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

- 16 Рак прямой кишки — состояние и перспективы колоректальной хирургии в Главном военном клиническом госпитале МО Украины
Конеv В.Г.
Rectum Cancer — Statement and Future Perspectives of Colorectal Surgery in Main Military Clinical Hospital of Defense Ministry of Ukraine
V.G. Konev
- 21 Хірургічна тактика при лікуванні великих одонтогенних кіст верхньощелепної пазухи
Федірко І.В.
Surgery of Large Odontogenic Cysts of Maxillary Sinuses
I.V. Fedirko
- 26 Малоінвазивна методика усунення несвіжих та застарілих вивихів напівмісяцевої, човноподібної кісток, перилунарних вивихів
Савка І.С., Цівіна С.А., Семенець Є.Л.
The Fewer Invasion Method in Operative Treatment Neglected Dislocations in the Wrist Joint, Scaphoid and Semilunar Bones
I.S. Savka, S.A. Tzivina, Ye.L. Semenets
- 29 Лапароскопическая миомэктомия
Гладчук И.З., Лищук В.Д., Назаренко О.Я., Будяковская О.В.
Laparoscopic Myomectomy
I.Z. Gladchuk, V.D. Lishchuk, O.Ya. Nazarenko, O.V. Bydiakovska

стор. 26



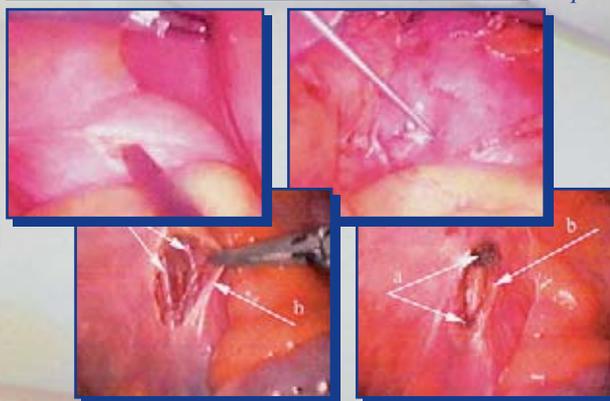
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

- 33 Шестилетний опыт применения функциональной эндоскопической риносинусохирургии
Шербул В.И., Олейников В.Б.
Six-years Experience of Functional Endoscopic Surgery of the Paranasal Sinuses and Nose
V.I. Sherbul, V.B. Oleynikov
- 37 Дистанционная литотрипсия коралловидного нефролитиаза
Терещенко Н.К., Коршунов Н.П., Стеценко В.А.
Extracorporeal Shockwave Lithotripsy Coral Stones of Kidneys
N.K. Tereschtschenko, N.P. Korshynov, V.A. Stetsenko
- 41 Наш опыт лапароскопических операций в лечении урологических заболеваний
Головко С.В., Чернев В.Н.
Our Experience of Laparoscopic Operations in Treatment of Urology Diseases
S.V. Golovko, V.N. Chernev
- 46 Опыт применения эндоскопической техники в сердечно-сосудистой хирургии
Черняк В.А., Роговский В.М., Коваль Б.М., Осадчий А.И.
Experience of Application of Endoscopic Technique in Cardiovascular Surgery
V.A. Chernyak, V.M. Rogovsky, B.M. Koval, A.I. Osadchy

стор. 37



стор. 41



стор. 49



ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 49 Перший досвід використання ультразвукового гармонійного скальпелю в малоінвазивному хірургічному лікуванні неспецифічних повних екстрасфінктерних норниць прямої кишки
Рубцов М.Л., Конев В.Г., Лурін І.А., Шудрак А.А., Біба О.П., Ткач К.Д., Черкашин К.І., Сотніков А.В.
The First Experience of Ultrasonic Harmonic Scalpel in Miniinvasive Surgical Treatment of Nonspecific Full Extrasphincter Anal Fistulas
N.L. Rubtsov, V.G. Konev, I.A. Lurin, A.A. Shudrak, A.P. Biba, K.D. Tkach, K.I. Cherkashin, A.V. Sotnikov

НА ОБКЛАДИНЦІ

Адміністративний корпус Головного військового клінічного госпіталю Міністерства оборони України, збудований у 1755 році.



© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2005

© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії, 2005

© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2005

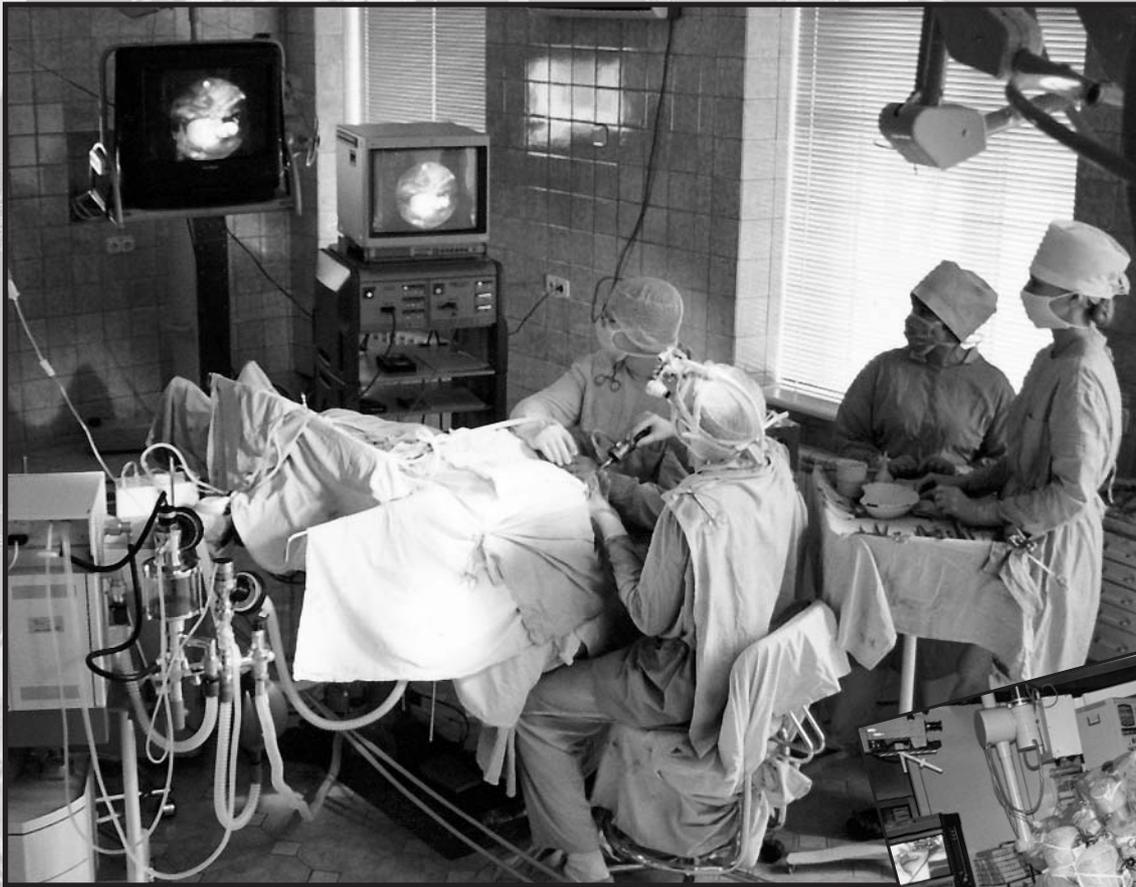
Все права захищені. Перепечатка матеріалів або їх частей в будь-якому виді без письмового згоду держателя авторських прав буде преследуватися в судовому порядку.

© Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery, 2005

© Ukrainian Fund of the Support and Development of Neuroendoscopy and Endoscopic Neurosurgery. All rights reserved.

© Kiev's Clinical Hospital, Medical Corp.

All right reserved.



**Клиника нейрохирургии и неврологии
Главного военного клинического
госпиталя МО Украины**

имеет в своем составе 4 лечебных отделения: нейрохирургическое – 35 коек, неврологическое – 30 коек, ангионеврологическое – 30 коек, анестезиологии и реанимации – 10 коек. Все виды оперативных вмешательств на центральной и периферической нервной системе с применением новых эндоскопических и микрохирургических технологий:

1. Дискогенные пояснично-крестцовые радикулиты (грыжи дисков).
2. Повреждения позвоночника и спинного мозга.
3. Опухоли головного и спинного мозга.
4. Острые, подострые и хронические субдуральные и эпидуральные гематомы.
5. Внутримозговые кровоизлияния.
6. Абсцессы головного мозга.
7. Окклюзирующие заболевания головного мозга.
8. Огнестрельные ранения головного и спинного мозга.

Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18
тел.: (044) 261 9521
факс: (044) 522 8379

К ИСТОРИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ В КИЕВСКОМ ВОЕННОМ ГОСПИТАЛЕ

Бойчак М.П.

Главный военный клинический госпиталь МО Украины, Киев

Minimally Invasive and Endoscopic Methods of Diagnostics and Treatment — The History and Evolution in Kiev Military Hospital

M.P. Boychak

Main Military Clinical Hospital, Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Эндоскопическая диагностика начала применяться с конца XVIII ст. и прошла в своем развитии несколько последовательных этапов, каждый из которых характеризовался совершенствованием аппаратуры и появлением новых методов. Выделяют четыре основных периода развития эндоскопии: ригидный (1795 — 1932), полугибкий (1932 — 1958), волоконно-оптический (1958 — 1981) и электронный (1981 — по настоящее время).

Первые эндоскопы начали использоваться для исследования в гинекологии, урологии, отоларингологии, при исследовании пищевода и желудка.

В Киевском военном госпитале первым эндоскопический метод исследования в урологии применил врач-хирург, доктор медицины А.А. Чайка, когда в 1918 г. один из госпиталей Красного Креста передал ему цистоскоп Альбаррана. В послевоенные годы Г.И. Бурчинский и Б.Л. Французов одни из первых в стране стали применять лечебную бронхоскопию у больных с гнойными заболеваниями легких.

С 1962 г. в госпитале началось исследование желудка с помощью жесткого эндоскопа "Красногвардеец". Пионером в проведении этих исследований стал врач И.А. Шлыков, организовавший эндоскопический кабинет во 2-м терапевтическом отделении. В 1968 г. им была защищена кандидатская диссертация "Сравнительное изучение морфологических изменений и функциональных нарушений при хронических заболеваниях желудка и 12-перстной кишки у лиц молодого возраста".

В 60-е годы стала бурно развиваться современная эндоскопия. В основу волоконно-оптических эндоскопов была положена идея передачи света по гибким стеклянным волокнам, которую предложил еще в 1927 году Хопкинс.

Первый фиброгастроскоп JF—1 (без управляемого конца) в госпитале появился в 1970 г., а в 1972-73 гг. еще

два новых гастроскопа. Исследования с их помощью стал проводить старший ординатор 2-го терапевтического отделения Л.Ф. Голик. В период с 1974 г. стали использоваться также сигмоэндоскопы.

В 1977 г. эндоскопический кабинет был реорганизован в штатное эндоскопическое отделение и возглавил его старший лейтенант медицинской службы Г.Л. Швец. Отделение было размещено в хирургическом корпусе. С 1983 г. в отделении стала работать врач С.И. Кирилко. Уже в 1988-89 гг. в практику работы был внедрен уреазный тест для диагностики *Helicobacter pylori* — ассоциированной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Кроме широко применявшихся исследований желудочно-кишечного тракта Г.Л. Швец внедрил метод ЭРХПГ (1986 г.) и диагностическую лапароскопию (1987 г.) с помощью фриделевского лапароскопа.

С 1983 года стала выполняться бронхофиброскопия. Эти исследования выполнялись Г.Л. Швецом, С.И. Кирилко, а также начальниками пульмонологического отделения А.Ю. Терентьевым и В.Н. Каплуном.

С началом 80-х годов широкое распространение получила лечебная гастрофиброскопия при длительно нерубцующихся язвах желудка и луковиц двенадцатиперстной кишки. Использовалось лазерное и ультрафиолетовое облучение язв. В 1991 г. Г.Л. Швец защитил кандидатскую диссертацию "Применение ультрафиолетового лазерного излучения в комплексном лечении язвенной болезни". Им было опубликовано 15 работ, посвященных различным аспектам клинической эндоскопии, предложены два изобретения и 14 рацпредложений.

В 1994 г. эндоскопическое отделение возглавил подполковник медицинской службы В.Н. Чернев — абдоминальный хирург, имевший опыт работы при оказании интернациональной помощи населению Йемена и Эфио-

пии. С 1993 г. в отделении начал работать также опытный специалист в области бронхологии кандидат медицинских наук Н.А. Калашников.

В.Н. Чернев — врач широко мыслящий, тонко чувствующий дальнейшие пути развития эндоскопии, активно внедрял новые методы диагностики и лечения. Эндоскопические методы диагностики и лечения стали осваивать и использовать также врачи лечебных отделений: гастроэнтерологи, пульмонологи, проктологи и др. В соответствующих отделениях были развернуты эндоскопические кабинеты. Этому способствовала и гуманитарная помощь правительства Японии, передавшего госпиталю современную эндоскопическую аппаратуру. Был оптимизирован и штат эндоскопического отделения, с 1993 г. в отделении стало работать 10 врачей эндоскопистов. Совершенствовались традиционные эндоскопические методы.

В области пульмонологии много полезного привнесено в госпиталь кандидатом медицинских наук Н.А. Калашниковым. Он внедрил предложенную им методику полихромскопического анализа, в 1,5 раза повышавшую информативность фибробронхоскопии в диагностике хронического бронхита, туберкулеза, саркоидоза и опухолей легких. Им внедрен также кристаллографический метод изучения бронхиальных смывов и бронхоальвеолярный лаваж при раке легкого, и дозированное термическое воздействие при легочном сегментарном лаваже у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Вошло в систему использование ранних бронхоскопий в лечении бронхолегочных осложнений в раннем послеоперационном периоде. В 1993-95 гг. Н.А. Калашниковым была разработана и опубликована бронхоскопическая классификация дисплазий бронхов.

Н.А. Калашников докладывал результаты своих исследований в 1993 г. на Европейском пульмонологическом конгрессе в Риме, в 1994 г. на 8-м Всемирном конгрессе по бронхоэзофагологии и бронхологии в Мюнхене, в 1998 г. на 10-м всемирном конгрессе по бронхоэзофагологии в Будапеште, в 1999 г. на 9-м конгрессе по заболеваниям органов дыхания в Москве.

С 1996 по 2004 год в госпитале работал опытный специалист, кандидат медицинских наук И.Л. Насташенко. Ему принадлежит заслуга в широком применении диагностических и лечебных ЭРХПГ. На базе отделения он продолжил изучение и совершенствование методики ЭРХПГ, выполняя докторскую диссертацию на тему: "Эндоскопические вмешательства у больных с билиарной обструкцией небластоматозного генеза". За время работы в отделении им опубликовано 17 печатных работ по этому направлению. Оформлены 3 патента на изобретения в области эндоскопической хирургии желчных путей. Публикации вышли в свет в материалах конференций, съездов и конгрессов в Ужгороде, Киеве, Москве, Львове, Базеле (Швейцария), Мюнхене (Германия).

Вопросами лечения холедохолитиаза занимался также майор медицинской службы И.А. Лурич. Им, в частности, использовалась эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсией на фоне предварительно прове-

денной контактной литолитической терапии (введение в холедох кремнеземного препарата "Силикс"). Этот метод позволил значительно расширить возможности эндоскопической папиллосфинктеротомии. Результаты исследований нашли отражение в кандидатской диссертации И.А. Лурича "Современные малоинвазивные и эндоскопические методы в комплексном лечении холедохолитиаза" (2002).

В настоящее время под руководством В.Н. Чернева исследования в области лечения холедохолитиаза продолжает ординатор отделения эндоскопической диагностики и хирургии майор медицинской службы В.П. Слободяник. С помощью уникальной методики эндосонографии, использующейся в госпитале с 2002 года, имеется возможность практически 100% верификации камней в желчных путях. Метод эндосонографии позволил на качественно новом уровне проводить диагностику опухолей желудочно-кишечного тракта, выявлять редкие заболевания фатерова сосочка.

С назначением В.Н. Чернева начальником эндоскопического отделения начался качественно новый этап развития эндоскопической службы госпиталя — становление лапароскопической хирургии, на основе использования современной аппаратуры и хирургического инструментария фирм "Olimpus", "Storz". Уже в 1995 году были выполнены первые эндоскопические холецистэктомии.

Эндоскопическая хирургия стала применяться и в других отделениях госпиталя. С помощью В.Н. Чернева хирурги стали овладевать навыками работы с эндоскопической техникой.

Первым в Украине с 1994 года эндоскопический метод в нейрохирургии применил начальник клиники нейрохирургии и неврологии госпиталя полковник медицинской службы А.Г. Данчин. Эндоскопические операции стали использоваться при подострых и хронических субдуральных гематомах — бипортальное и мультипортальное их удаление. В последующем были предложены и другие новые эффективные малоинвазивные нейрохирургические операции с эндоскопической ассистенцией, в частности при выполнении различных операций на головном и спинном мозге (удаление опухолей, абсцессов и пр.). Разработан и внедрен трипортальный доступ для микрохирургического удаления грыж межпозвоночных дисков. Стали выполняться эндоскопические перфорации дна 3-го желудочка головного мозга.

По материалам этой работы выполнена докторская диссертация "Малоинвазивные хирургические вмешательства при супратенториальных внутримозговых кровоизлияниях, обусловленных артериальной гипертензией" (А.Г. Данчин, 2001), три кандидатские диссертации: "Дифференцированное хирургическое лечение хронических субдуральных гематом" (А.А. Данчин, 2001), "Дифференцированное хирургическое лечение фронто-базальных повреждений" (А.О. Литвин, 2002) и "Компьютерная томография в диагностике, планировании эндомикрохирургических вмешательств в оценке эффективности лечения больных с эпидуральными и субдуральными гематомами" (Г.В. Цвигун, 2001).

Нейрохирурги госпиталя постоянно участвуют в международных съездах, посвященных эндоскопической и малоинвазивной нейрохирургии. На 3-м Международном конгрессе по эндоскопической нейрохирургии в 1996 году в Марбурге (Германия) было представлено 2 доклада из госпиталя, в 1997 году в Париже на Всемирном конгрессе по минимальной инвазивной нейрохирургии — 3 доклада, в 1998 году во Франкфурте (Германия) на 1-ом Международном конгрессе по эндоскопической ассистирующей нейрохирургии — 3 доклада, в 2000 году на конгрессе Европейской ассоциации нейрохирургов в Дании — 6 докладов. На этом конгрессе старший ординатор нейрохирургического отделения госпиталя капитан медицинской службы А.А. Данчин был председателем секции минимальной инвазивной и эндоскопической нейрохирургии. Нейрохирурги госпиталя принимали активное участие и в других международных форумах нейрохирургов (Египет, 2001 г.; Великобритания, 1999 г.; США, 2002 г.).

По инициативе А.Г. Данчина в Украине были проведены первые съезды по минимальноинвазивной и эндоскопической хирургии. Первый съезд состоялся в Киеве в 1999 году, второй — в 2001 году, также в Киеве. В работе съездов принимали участие ученые не только с Украины, но и с других стран (Германия, США, Нидерланды, Россия).

Благодаря активной общественной позиции А.Г. Данчина, его трудолюбию, упорству и настойчивости с 1996 года издается "Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії", на страницах которого специалисты имеют возможность обмениваться опытом работы. Таким образом, эндоскопическая нейрохирургия, существующая в мире всего около 20 лет, имеет возможность успешно развиваться и в Украине.

С 1996 года в ЛОР клинике госпиталя впервые в стране по инициативе ее начальника полковника медицинской службы В.И. Шербула используется метод функциональной эндоскопической ринохирургии, позволивший на качественно новом уровне оперировать больных с патологией носа и носовой перегородки. За это время в клинике выполнено более 40 000 таких операций. Таким образом, на смену травматическим операциям пришли малоинвазивные методики, позволившие не только качественно выполнить хирургическое вмешательство, улучшить функционирование верхних дыхательных путей, но и устранить причины хронических страданий системы органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма и др.). Своим опытом В.И. Шербул с коллегами (В.В. Головки, В.Б. Олейников, Т.Г. Кунах, Л.М. Омерова, А.Е. Антоненц) делится с ЛОР-специалистами военных и гражданских лечебных учреждений. С анализом своей работы они неоднократно выступали на заседаниях Киевского научного общества отоларингологов, врачебных конференциях, на 10-м съезде отоларингологов Украины, на страницах журналов по специальности.

Эндоскопические методы лечения в урологии развивались вначале самостоятельно, без участия врачей-эндоскопистов. В 1991 году в урологическом отделении госпи-

тала впервые были произведены трансуретральные резекции: 25 июля — по поводу аденомы предстательной железы, 30 июля — по поводу опухоли мочевого пузыря. Первым эти операции начал выполнять начальник отделения полковник медицинской службы В.И. Брыков.

С 1998 года под руководством профессора С.О. Возианова старший ординатор урологического отделения майор медицинской службы Я.В. Собков стал применять малоинвазивные методы лечения кистозных заболеваний почек, в том числе лапароскопическую резекцию стенки кисты. Материалы его исследований докладывались на 2-м съезде по эндоскопической хирургии (2001), 10-м съезде онкологов Украины (2001), защищена кандидатская диссертация "Малоинвазивные вмешательства при кистозных заболеваниях почек" (2004).

В 2003 году в госпитале впервые выполнена операция — лапароскопическая варикоцелектомия, в 2004 году — лапароскопическое лечение кист почек, в 2005 году — лапароскопическая уретеролитотомия. Их инициатором стал начальник клиники урологии и нефрологии госпиталя кандидат медицинских наук полковник медицинской службы С.В. Головки при активной поддержке начальника отделения эндоскопической диагностики и хирургии В.Н. Чернева.

Представляют интерес и работы урологов в области лечения опухолей мочевого пузыря.

В.Г. Бедниной, Н.И. Хедой и И.Л. Троицким в 2002-2003 годах разработана методика внутриаартериальной суперселективной полихимиотерапии при раке мочевого пузыря, позволившая проводить органосохраняющие трансуретральные операции, значительно продлившие безрецидивный период жизни больных. Аналогичных разработок, с достигнутым в госпитале качеством, на территории стран СНГ нет. В 2004 году В.Г. Бедниной по этой тематике была защищена кандидатская диссертация "Внутриаартериальная суперселективная полихимиотерапия у больных уротелиальным раком мочевого пузыря".

С помощью эндоскопических методов лечения, применения малоинвазивных методик проктологам госпиталя удалось достичь новых результатов в лечении толстокишечной непроходимости и опухолей толстой кишки. Заслуга в их внедрении принадлежит начальнику клиники абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии полковнику медицинской службы В.Г. Коневу.

С 1995 года он стал применять лапароскопические технологии в лечении острой толстокишечной непроходимости. Предложенная методика позволила значительно улучшить исходы заболевания и качество жизни больных. Предложенный В.Г. Коневым способ хирургического лечения этого грозного осложнения опухолей толстой кишки нашел поддержку среди проктологов Украины и стран СНГ, стал внедряться в других лечебных учреждениях страны. В 1998 году по материалам своей работы В.Г. Коневым была защищена кандидатская диссертация "Лечение острой толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии с применением лапароскопической операции".

Ординатором проктологического отделения майором медицинской службы А.А. Шудраком с 1998 года стала

изучаться эффективность применения неoadьювантной внутриартериальной полихимиотерапии в сочетании с применением этапной лапароскопической операции у больных с колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью толстой кишки. В результате этой методики удалось улучшить результаты лечения этой категории больных, довести их исходы до уровня выживаемости больных местнораспространенным раком толстой кишки без явлений кишечной непроходимости. Результаты работы А.А. Шудрака нашли отражение в его кандидатской диссертации "Пути улучшения результатов лечения больных колоректальным раком, осложненным острой непроходимостью толстой кишки" (2000).

С 2000 года В.Г. Конев с сотрудниками (А.А. Шудрак, И.А. Лурин, Е.И. Уманец) совместно со специалистами отделения интервенционной радиологии И.Л. Троицким и Н.И. Хедой разработали методику, не имеющую аналогов в мире, высокоразрешающей компьютерной томографии в сочетании с суперселективной ангиографией в диагностике и планировании сфинктеросохраняющих операций при низкорасположенном раке ампулярного отдела прямой кишки. Методика основана на сочетании использования двух методов: суперселективной катетеризации прямокишечной артерии с целью выполнения лечебных предоперационных инфузий химиопрепаратов в зону опухолевого поражения и компьютерная томографии с внутриартериальным контрастированием через установленный катетер. Данная методика позволила повысить уровень диагностики опухолей прямой кишки, более точно определить глубину и объем опухолевого процесса, его границы. Это в свою очередь позволило выполнить сфинктеросохраняющие операции и в 70-80% случаев сохранить сфинктерный аппарат без выведения кишки на брюшную стенку.

В.Н. Чернев, В.Г. Конев, И.Л. Троицкий, А.А. Шудрак успешно применяют в комплексном лечении первичного рака печени и метастатических поражений печени метода криодеструкции печени в сочетании с химиоэмболизацией печеночных или сегментарных печеночных артерий с использованием комплекса химиопрепаратов (митоксантрон, митомицин С, андриамидин, 5-фторурацил). Предложенная методика продлевает жизнь больным, улучшает ее качество, уменьшает стоимость химиотерапии на 25-50% в сравнении со стоимостью внутривенной химиотерапии, кроме того значительно уменьшается риск осложнений.

Материалы указанных разработок опубликованы и доложены на 2-м съезде онкологов СНГ, 10-м съезде онкологов Украины, 1-м съезде проктологов Украины, 20-м съезде хирургов Украины, многочисленных конференциях.

Эндоскопические операции широко используются в госпитале и в клинике гинекологии. С 1995 года начальником клиники кандидатом медицинских наук полковником медицинской службы В.Д. Лищуком и его сотрудниками (В.В. Бондарчуком и др.) этот вид хирургических вмешательств используется при лечении бесплодия, доброкачественных опухолей матки и яичников, внематочной беременности, эндометриоза, фибромиомы матки, аднекситов. Нередко выполняются симультанные операции. Почти 10-летний опыт использования лапароскопических операций в гинекологии неоднократно докладывался на различных конференциях, съездах акушеров и гинекологов Украины.

С 2002 года эндокопическая хирургия нашла место и в травматологии. Начальник травматологического отделения кандидат медицинских наук полковник медицинской службы И.С. Савка освоил эндоскопические операции при заболеваниях и травмах коленного сустава. В клинике травматологии предложен также метод эндоскопической фасциотомии при стрессовых повреждениях костей нижних конечностей.

В клинике пульмонологии с 2001 года торакальными хирургами освоена методика диагностической и лечебной видеоторакоскопии, позволившая значительно улучшить качество диагностики заболеваний плевры, диссеминированных процессов в лечении патологии органов средостения, выполнять малотравматические операции при заболеваниях плевры и легких.

Сосудистые хирурги под руководством заведующего кафедрой госпитальной хирургии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца профессора В.Г. Мешалова осваивают видеоскопическую технику при лечении заболеваний вен нижних конечностей.

Таким образом, за последние 10 лет усилиями специалистов по эндоскопической диагностике и лечению, хирургов госпиталя, удалось значительно расширить диагностические и лечебные возможности современной эндоскопической техники, благодаря внедрению собственных (авторских) методик удалось получить качественно новые возможности в лечении многих заболеваний, в том числе онкологических.



ПОДПИСКА 2006

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2006 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СВЕРНУВШЕГОСЯ ГЕМОТОРАКСА

Кравченко К.В., Сафонов В.Е.

Клиника пульмонологии, Главный военный клинический госпиталь МО Украины, Киев

Experience of Application of Videothoracoscopy in Diagnostics and Treatment Posttraumatic Clotted Hemothorax

K.V. Kravchenko, V.E. Safonov

Clinic of Pulmonology, Main Military Clinical Hospital, Ministry of Defence, Kiev, Ukraine

Надійшла 17 травня 2005
Допущена 21 травня 2005

Summary

In article is submitted experience of application of videothoracoscopy for 5 patients with a trauma of a thorax which was complicated post-traumatic clotted hemothorax. Opportunities the endoscopic modern equipment considerably expands indications to its use at diagnostics and treatment of clotted hemothorax. Decrease the intraoperative trauma and reductions of quantity of postoperative complications at use of this method convince of necessity it more wide application.

Keywords: posttraumatic clotted hemothorax, videothoracoscopy.

Введение

В последние годы отмечается неуклонный рост количества пострадавших с травмой груди. При этом наблюдается большое число осложнений, среди которых одним из наиболее сложных в диагностике и лечении является свернувшийся гемоторакс (СГ). Травматический гемоторакс встречается у 25-59,9% пострадавших, у 0,5-21,3% больных он завершается формированием свернувшегося гемоторакса [2, 3, 6]. Среди осложнений огнестрельных ранений груди СГ встречается у 8-15% пострадавших [5]. Летальность в группе больных с СГ составляет от 3,9% до 4,5% [3].

В генезе развития СГ в 57-71,5% случаев ведущими факторами являются: отсутствие эвакуации крови из плевральной полости вследствие позднего обращения пострадавшего за медицинской помощью; недостаточно эффективная эвакуация крови из плевральной полости, связанная с использованием высокой точки дренирования, пассивного метода эвакуации или с сочетанием этих двух недостатков [3]. У 18% больных с гемотораксом, которые первоначально лечились дренированием плевральных по-

лостей, формируется свернувшийся гемоторакс, а 39% из них показано хирургическое лечение [4].

При рентгенологическом исследовании грудной клетки можно заподозрить наличие гемоторакса при объеме более 300-500 см³. Применение УЗИ и КТ значительно расширило диагностические возможности, позволяя уточнить объем, локализацию, плотность свернувшейся крови.

В лечении СГ используются как консервативные (плевральные пункции с местным применением фибринолитиков), так и хирургические (дренирование, торакоскопия, торакотомия) методы в зависимости от состояния пациента, стадии формирования СГ и его объема. Каждый метод имеет ограниченные показания и не является универсальным.

Применение современной эндоскопической техники и инструментария расширило возможности торакоскопии при травме груди, открыв эру современной видеоторакоскопической хирургии. Показано, что видеоторакоскопия (ВТС) эффективна в выявлении ранений диафрагмы в 98% наблюдений, в эвакуации гемоторакса в 90%, при остановке внутривидеоторакопического кровотечения в 82%, при этом у 62% больных удается избежать напрасной торакотомии или лапаротомии [7].

Материалы и методы

В отделении торакальной хирургии ГВКГ ВТС выполнена 5 больным с посттравматическим СГ. У 2 пациентов причиной СГ послужило проникающее (1 — колото-резанное, 1 — огнестрельное осколочное) ранение грудной клетки, у 3 пациентов СГ возник вследствие закрытой тупой травмы



Рис. 1. Ультразвуковая картина свернувшегося гемоторакса.

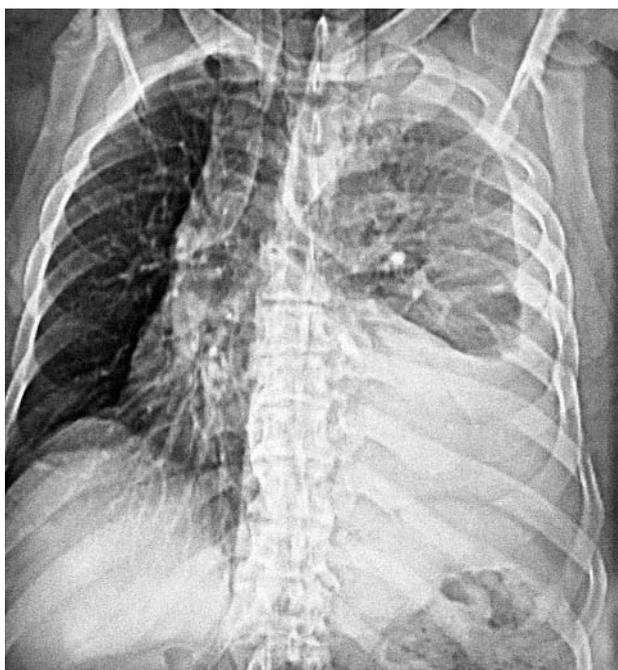


Рис. 2. Компьютерная томография спонтанного пневмоторакса.

груди с переломами ребер; в 3-х случаях СГ был правосторонним, в 2-х — левосторонним. В диагностике СГ применяли рентгенологический, ультразвуковой методы, КТ и пункции плевральной полости. Период времени от момента травмы до выполнения операции составил от 2 до 15 суток.

ВТС выполняли с помощью торакоскопа фирмы "Karl Storz" (Германия) с боковой оптикой 10 мм, изображение с видеокамеры передавалось на цветной монитор "Sony-Trinitron". Операции проводились под общим обезболиванием с использованием высокочастотной вентиляции легких. Торакоскоп вводили в IV-VI межреберье по передней или средней подмышечной линии. После ревизии плевральной полости через 2-3 дополнительных разреза, используя стандартные эндоскопические инструменты, выполняли плевролиз, дефрагментацию и удаление сгустков крови, электрокоагуляцию поврежденных участков грудной стенки и легкого, санацию и дренирование плевральной полости.

Результаты и обсуждение

Продолжительность операции составляла в среднем 50 минут. Все больные после ВТС в 1-2 сутки возвращались к обычному режиму. Болевой синдром был выражен незначительно. Плевральные дренажи удалялись на 2-3 сутки. Пребывание пациентов в хирургическом стационаре, в среднем, не превышало 5 суток. Воспалительных осложнений, летальных случаев не было. При исследовании функции внешнего дыхания в отдаленном периоде у 3-х пациентов нарушений не выявлено, у 2-х пациентов были незначительные нарушения ФВД.

В начале освоения методики ВТС получено одно интраоперационное осложнение в виде профузного внутриплеврального кровотечения из-за повреждения спайкой во время наложения пневмоторакса внутренней грудной артерии, что потребовало перехода к торакотомии (срок от момента травмы до операции составил 10 суток). У пациента с огнестрельным осколочным ранением левой половины грудной во время ВТС после ревизии и устранения свернувшегося гемоторакса было выявлено сквозное ранение левого легкого, проникающее ранение перикарда, касательное ранение верхушки сердца. Проведенное предоперационное обследование (рентгенография, УЗИ, компьютерная томография, ЭКГ, Эхо-КГ) указанные повреждения не выявило. Выполнена торакотомия для полноценного устранения выявленных повреждений.

Раннее полноценное дренирование плевральной полости широкими трубками (диаметром до 1,5 см), скорейшее удаление крови и расправление легкого позволяют предотвратить возникновение СГ при травме груди в 50-70%. По данным литературы [5], при подтверждении диагноза лечебные мероприятия должны быть направлены на максимально скорейшую эвакуацию свернувшейся крови: до 2 суток после ранения — посредством коррекции дренажей плевральной полости, от 3 до 5 суток — путем торакоскопии, от 6 до 10 суток — с помощью фибринолитической терапии, свыше 10 суток — с применением хирургического вмешательства. По нашим наблюдениям, использование ВТС позволяет адекватно устранить

СГ как в ранние до 2 суток, так и более поздние сроки до 10-15 суток.

При выполнении ВТС место для введения торакоскопа должно находиться вблизи зоны повреждения (на расстоянии одного-двух межреберий), но не проходить через нее. Частичная облитерация плевральной полости не является противопоказанием к ВТС, так как использование пальцевого отслаивания легкого от грудной стенки из 3-х точек позволяет освободить пространство, имеющее достаточные размеры для визуального контроля и проведения дальнейшего плевралолиза инструментами.

На основании накопленного опыта, а также данных литературы [1,7], сформулированы противопоказания к ВТС операциям: 1) заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации (недостаточность кровообращения II-III ст.); 2) инфаркт миокарда, в острой и подострой стадиях; 3) острое нарушение мозгового кровообращения; 4) выраженная дыхательная недостаточность — III ст.; 5) существенные нарушения свёртываемости крови; 6) общее тяжёлое состояние больного; 7) нарушения психики; 8) полная облитерация плевральной полости.

Выводы

1. Видеоторакоскопическая ликвидация посттравматического свернувшегося гемоторакса не только эффективна, но и может быть альтернативой торакотомии.
2. Целесообразна более активная тактика использования ВТС при осложненной травме грудной клетки, так как благоприятный результат лечения напрямую зависит от сокращения сроков от момента травмы до оказания хирургического пособия.
3. Малая травматичность операционного доступа и манипуляций, отличный обзор и визуальный контроль всех этапов операции, раннее восстановление нарушенных функций организма и физической активности пациента, уменьшение количества послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре, отличный косметический результат определяют возможность более широкого применения эндохирургических методов в торакальной хирургии.
4. Учитывая возможность интраоперационных осложнений и необходимость в ряде случаев конверсии в торакотомию, очевидным представляется выполнение ВТС в специализированных торакальных отделениях.

Литература

1. Авилова О.М., Гетьман В.Г., Макаров А.В. (1986) Торакоскопия в неотложной грудной хирургии. (Киев). "Здоров'я". С. 28-30, 52-61, 88-105.
2. Байдан В.И. (1988) Ранняя диагностика и хирургическое лечение свернувшегося гемоторакса. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. (Киев). 19 с.
3. Ермолов А.С., Абакумов А.М., Погодина А.Н., Шербатенко М.К., Бармина Т.Г., Донов Л.В. (2002) Диагностика и лечение посттравматического свернувшегося гемоторакса. Хирургия. 11: 4-9
4. Минченков В.Л., Вишневикий О.А., Мищенко В.В. (2003) Традиционные и торакоскопические методы лечения больных со свернувшимся гемотораксом. Вестник Смоленской медицинской академии. 1: 17-18
5. Рыбаков С.М., Коптев Е.М., Левчук А.Л. (1996) Диагностика и лечение свернувшегося гемоторакса после огнестрельной травмы груди. Военно-медицинский журнал. 9: 26-29
6. Шойхет Я.Н., Цеймах Е.А., Заремба С.В., Маркова Т.А. (1993) Лечение посттравматического гемоторакса. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2: 44-47
7. Villavicencio R. T., Aucar J. A., Wall M. J. (1999) Analysis of thoracoscopy in trauma. Surgical Endoscopy. Vol. 13; 1: 3-9

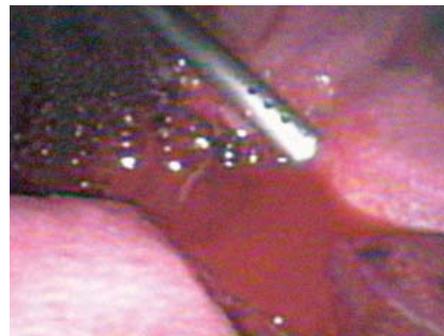


Рис. 3. Эндоскопическая картина левостороннего гемоторакса.



Рис. 4. Эндоскопическая картина свернувшегося гемоторакса.



Рис. 5. Удаляемый из плевральной полости сгусток крови.



Рис. 6. Эндоскопическая картина огнестрельного ранения грудной стенки.

ТРАНСУРЕТРАЛЬНА РЕЗЕКЦІЯ В ЛЕЧЕННІ ЗАБОЛЕВАНЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, АССОЦІЙОВАНИХ С ПАПІЛЛОМАВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ГЕНІТАЛІЙ У ЖЕНЩИН

Брыков В.И., Иванова И.М., Головки С.В., Лищук В.Д.

Клиника урологии и нефрологии, Клиника гинекологии, Главный военный клинический госпиталь МО Украины, Киев

Transurethral Resection in Treatment of Urinary Bladder Diseases Associated with Papilloma Viruses Infection of Female Genitals

V.I. Brikov, I.M. Ivanova, S.V. Golovko, V.D. Lishchuk

Clinic of urology and nephrology, Clinic of gynecology, Main Military Clinical Hospital, Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Надійшла 27 травня 2005
Допущена 31 травня 2005

Summary

This article treats the fundamentally new approach to diagnosis of multi focal nidi in the mucous tunic of urogenital tract, associated with the HPV infection of genitals for the first time in Ukraine and other NIS States. The article provides the main indications for application of transurethral resection (TUR) within the set of therapeutic measurements, directed at removal of nidal transformations in urinary bladder.

Keywords: cytосcopy, colposcopy, transurethral resection, urinary bladder, leukoplakia, dysplasia.

Введение

Проблема диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), в последние годы привлекает особое внимание в связи с резким ростом заболеваемости, значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом данного возбудителя. ВПЧ считается иницирующим фактором в генезе рака шейки матки (РШМ), занимающего второе место в структуре онкологической патологии у женщин, а также рассматривается в качестве причины дистрофических и злокачественных заболеваний вульвы и влагалища [9].

Результаты зарубежных исследований свидетельствуют о широком распространении наиболее известной клинической формы папилломавирусной инфекции (ПВИ) — остроконечных кондилом — 30,3%, что обуславливает необходимость дальней-

шего изучения частоты различных форм ПВИ у женщин [2].

Возбудителем инфекции является ДНК-содержащий вирус, поражающий эпителий кожи и слизистых оболочек нижних отделов гениталий. Вместе с тем многие вопросы клиники, диагностики и тактики ведения женщин, инфицированных ВПЧ, остаются дискуссионными. Клинические проявления данной инфекции переменны и не всегда понятны практическому врачу [13, 14].

Работы последних лет направлены на изучение механизмов развития состояний, предшествующих раку и способствующих ему факторов, знание которых поможет сосредоточить внимание на группах женщин высокого риска, сформулировать алгоритм их обследования и лечения [9, 14].

По мере расширения диагностических приёмов, направленных на достоверное выявление поражений слизистых гениталий ВПЧ, становится возможным ассоциативная оценка и интерпретация цистоскопических картин уротелия мочевого пузыря у этой категории гинекологических больных.

Общие эмбриональные начала мочевой и генитальной систем являются объективной предпосылкой к многочисленным патологическим сочетаниям в урогинекологии. Вместе с тем объектом исследования состояние мочевыделительной системы при гинекологической патологии становится лишь при выраженных расстройствах мочеиспускания [10], а

многие доклинические проявления или скудные жалобы пациенток, излагаемые либо гинекологу, либо урологу, остаются неучтёнными.

В результате страдает объективность подхода к оценке многофакторности проявления заболевания, в частности ПВИ урогенитального тракта, а значит и формирование комплексного лечения [8].

В доступной русскоязычной и иностранной литературе мы не нашли сведений о состоянии слизистой мочевого пузыря у женщин с ПВИ нижнего отдела гениталий, что и определило цель настоящего исследования: изучить характер поражений уротелия мочевого пузыря у гинекологических больных, инфицированных ВПЧ и сформулировать показания для проведения адекватного лечения.

Материалы и методы

Целенаправленному комплексному обследованию с применением цистоскопии подвергнуто 116 (100%) гинекологических больных в возрасте от 19 до 50 лет (средний возраст $30 \pm 3,9$ лет) с папилломавирусными поражениями гениталий. Среди них:

1. клинически выраженные формы (видимые невооруженным глазом — различные виды экзофитных кондилом) — 26 (22,4%);
2. субклинические формы (не видимые невооруженным глазом и бессимптомные, выявляемые только при кольпоскопии и/или цитологическом или гистологическом исследовании — плоские кондиломы, малые формы, кондиломатозный цервицит/вагинит, инвертированные кондиломы) — 41 (35,3%);
3. латентные формы (отсутствие клинических, морфологических или гистологических изменений при обнаружении ДНК ВПЧ — 15 (12,9%);
4. цервикальные интраэпителиальные неоплазии CIN различной степени выраженности — 18 (15,5%).

Всем представленным гинекологическим больным проводилась расширенная вульвокольпоскопия, цитологическое исследование мазков, патоморфологическое изучение биоптатов с пораженных участков гениталий с акцентом на наличие характерных признаков инфицирования ВПЧ.

Сопутствующая генитальная инфекция была пролечена после предварительной диагностики бактериоскопическим, бактериологическим и методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Идентификация материалов со слизистых гениталий, подтверждающая наличие ДНК, ВПЧ, проводилась методом ПЦР с генотипированием ВПЧ. Типы ВПЧ разделены на группы онкогенного риска: высо-

кого (16, 18, 45, 56), промежуточного (31, 33, 35, 52, 58) и низкого (6, 11, 40, 42, 43, 44).

В результате обследования у 26 больных ПВИ (22,4%) выявлены типы ВПЧ высокого онкогенного риска (причем ведущим по частоте выявляемости был ВПЧ 16-го типа), у 35 (30%) — промежуточного онкогенного риска, а у 38 (32%) — низкого онкогенного риска. Сочетание различных типов ВПЧ отмечено у 21 (18,1%) больной. У 17 (14,6%) больных ДНК ВПЧ обнаружить не удалось, несмотря на очевидные клиноморфологические признаки инфекции, что свидетельствует о необходимости дальнейшего развития методик выявления ВПЧ и целесообразности неоднократного ПЦР исследований у некоторых женщин.

При экзофитных кондиломах наружных гениталий и влагалища чаще определялись вирусы низкоонкогенных типов.

Важным моментом изучения урологического статуса больных женщин являлся анализ целенаправленного опроса пациенток.

Большинство из них отмечали императивные позывы к мочеиспусканию — 89 человек (76,6%), поллакиурию — 88 (75,9%), боли в надлобковой области — 64 (55,1%), дизурию — 62 (53,5%), жжение в уретре и мочевом пузыре — 47 (40,5%), никтурию — 49 (42,2%), терминальную макрогематурию — 6 (5,1%), не предъявляли жалоб — 19 (21,5%). В анамнезе у 78 (67,2%) пациенток признаки хронического цистита отмечались в течение 2-5 лет с периодичностью обострений 1-2 раза в год.

Всем представленным больным, независимо от наличия и выраженности дизурических явлений, производилась цистоскопия. У 69 (59,5%) пациенток были выявлены в зоне мочепузырного треугольника Лъето белесоватые пятнистые бахромчатые разрастания, возвышающиеся над уровнем нормальной слизистой и четко отграниченные от неё, расцененные нами как лейкоплакия [3, 6]. В 22 (18,9%) случаях цистоскопические картины оценивались как явления хронического шейчного цистита, у 2 (1,7%) больных обнаружены полипы с признаками хронического цистита. У 37 (31,9%) пациенток лейкоплакия зоны мочепузырного треугольника сочеталась с папиллярными поражениями шейки мочевого пузыря. В 23 (19,8%) случаях патологических изменений при цистоскопии не выявлено.

Радикальным методом хирургического лечения изменений на слизистых мочевого пузыря, оцениваемых как "плюс ткань", является метод трансуретральной резекции (ТУР) — удаление ткани в области шейки мочевого пузыря путем резекции, коагуляции при воздействии электрического тока с помощью металлической петли цисторезектоскопа. Принцип ме-

тогда заключается в воздействии тепла, возникающего в тканях организма при прохождении через них тока высокой частоты, как через проводник с большим сопротивлением. Больную укладывают на спину с разведенными и согнутыми под прямым углом нижними конечностями. Оперативное вмешательство выполняется под внутривенной или спинномозговой анестезией. Мочевой пузырь заполняют стерильной дистиллированной водой или 5% раствором глюкозы. Для хорошей видимости операционного поля создают постоянный приток в мочевой пузырь промывной жидкости. Резекция пораженных участков слизистой и подслизистой проводится до мышечного слоя. Процесс вмешательства контролируется на мониторе. Резекцию заканчивают тщательным гемостазом и промыванием мочевого пузыря для удаления кусочков ткани и сгустков крови. Мочевой пузырь дренируется уретральным катетером Фолея № 20-22 с постоянным орошением уроантисептиками в течение одних суток [1, 3, 5, 12, 15, 16, 18].

Результаты и обсуждение

Согласно гистологической классификации опухолей мочевого пузыря [ВОЗ, 1999 год] папиллярный и полипоидный циститы, фолликулярный цистит, малакоплакия (лейкоплакия) относятся к опухолеподобным состояниям [6, 11] и требуют соответствующего подхода в выборе лечебной тактики. Риск развития рака мочевого пузыря возрастает при лейкоплакии с явлениями акантоза и дисплазии эпителия [6, 7, 17].

В представленном нами материале данные, полученные в результате цистоскопического исследования, могут быть рассмотрены как важный дополнительный материал для интерпретации поведения ПВИ в урогенитальном тракте в целом. Соответственно, прогностическая оценка очагов лейкоплакии уретерия очевидно должна быть расценена с позиций более выраженной онкологической настороженности. В 51 случае (100%) больным с лейкоплакией и другими выявленными изменениями мочевого пузыря, ассоциированными с ПВИ гениталий, применялась комплексная противовоспалительная, противовирусная, иммунокорректирующая терапия по индивидуальным программам с учетом гинекологического статуса. Местно в мочевой пузырь проводились инстилляции растворами уроантисептиков.

В процессе динамического наблюдения было отмечено улучшение цистоскопического статуса и уменьшение симптоматики после консервативного лечения в случаях шеечного цистита у 17 (33,3%) пациенток. Состояние оставалось без динамики в 5 (9,8%) случаях.

В группе больных с цистоскопической картиной лейкоплакии относительное улучшение наступило лишь в 7 (13,7%) случаях.

У 8 (15,7%) больных отмечалось некоторое нарастание патологических признаков в виде распространения про-

цесса на шейку мочевого пузыря и появления на ней слизистых полипов, папиллярных разрастаний вокруг устьев мочеточников.

Необходимо отметить, что эти случаи протекали на фоне ассоциаций генитальных поражений с типами ВПЧ высокого и промежуточного онкогенного риска.

В остальных случаях изменения на уретерии мочевого пузыря оставались стабильными.

Хирургическому вмешательству были подвергнуты 22 (100%) пациентки в возрасте от 25 до 50 лет ($34 \pm 3,2$ лет) с цистоскопическим диагнозом лейкоплакии мочевого пузыря и давностью заболевания от одного года до трех лет. При этом, чем длительнее был срок заболевания, тем распространеннее зона поражения слизистой мочевого пузыря.

У всех больных прослеживалась ассоциация с клиническими и субклиническими формами поражений нижних отделов гениталий, а также ПВИ высокого и промежуточного онкогенных типов ВПЧ и отсутствие эффекта от трехмесячного консервативного лечения.

В раннем послеоперационном периоде у 2 (9,1%) больных было обострение хронического пиелонефрита, купированное консервативными мероприятиями. Длительность лечения больных составляла 4,6 койко-дня. Резецированные ткани подвергались гистологическим исследованиям. У 10 (45,4%) больных выявлена лейкоплакия мочевого пузыря, у 6 (27,3%) — хроническое воспаление с метаплазией и гиперкератозом (эти изменения слизистой также характерны для лейкоплакии), у 2 (9,1%) — плоскоклеточная метаплазия желёз Брунна с дисплазией переходного эпителия, по одному случаю были диагностированы — фиброзный полип с дисплазией эпителия, переходно-клеточные папилломы с очагами метаплазии и дисплазии, хронический фолликулярный цистит и кавернозная гемангиома мочевого пузыря.

После оперативных вмешательств больные получали, по показаниям, комплексную консервативную терапию сроками до 3-х месяцев. Все оперированные пациентки находятся под динамическим наблюдением гинеколога и уролога с обязательным цистоскопическим контролем в сроки, определенные традиционно для опухолевых заболеваний мочевого пузыря. Из всех наблюдаемых (от 3-х месяцев до 3-х лет) только у одной больной выявлен полип шейки мочевого пузыря, удаленный в последующем эндовезикально, без признаков малигнизации. У всех оперированных в зоне резекции поражённой слизистой сформировался нежный белесоватый рубец. Рецидива заболеваний не выявлено, дизурических явлений нет.

В последние годы, учитывая серьезность последствий длительного воздействия ВПЧ на слизистые гениталий с образованием очаговых поражений, предпринимаются попытки оптимизации лечебных приемов. Существует точка зрения о необходимости удаления выявляемых мультифокальных очагов хирургическим или химическим методом воздействия на фоне противовирусной и иммунокорректирующей терапии [7, 13, 14].

Анализируя имеющиеся данные наших наблюдений, можно считать целесообразным рассматривать подход к

лечению изменений в мочепузырном треугольнике по аналогии с лечением гениталий, а, значит, считать ТУР рациональным методом.

Заключение

Таким образом, в результате комплексного обследования больных с урогенитальной патологией, ассоциированной с типами ВПЧ различного онкогенного риска, выявлено частое 69 (59,5%) сочетание с цистоскопическими картинами лейкоплакии области мочепузырного треугольника.

При определении показаний для проведения хирургического иссечения патологических очагов уротелия методом ТУР необходимо учитывать сочетание следующих факторов:

1. наличие стабильных очаговых изменений на слизистых мочевого пузыря, не поддающихся комплексным, консервативным воздействиям в течение 3-х месяцев;
2. ассоциативное присутствие в тканях урогенитального тракта ВПЧ высокого и промежуточного типов онкогенного риска;
3. поражение нижнего отдела гениталий ассоциированные с ВПЧ, проявляющиеся в клинических и субклинических формах;
4. длительность присутствия ВПИ в тканях урогенитального тракта;
5. возраст пациенток.

ТУР, выполняемая в подобных случаях, является эффективным методом иссечения очаговых поражений уротелия.

Литература

1. Астафьев В.В. (1985) Ошибки, опасности и осложнения при трансуретральных операциях (опухоль простаты и мочевого пузыря). Урология и нефрология. 2: 63-67
2. Аполихина И.А. (1999) Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Москва). с.20
3. Брыков В.И., Терешенко Н.К., Коршунов Н.П. и соавт. (2000) Оптимизация трансуретральной резекции (ТУР) опухолей мочевого пузыря. Сборник "Актуальные проблемы детской урологии". (Харьков). с. 339-347
4. Брыков В.И., Терешенко Н.К., Коршунов Н.П. и соавт. (2001) Лечение полипоидных циститов и лейкоплакий у женщин. Сборник "Актуальные проблемы урогинекологии". (Харьков). с. 178-180
5. Возианов А.Ф., Люлько А.В. (2001) Атлас — руководство по урологии. (Днепропетровск). Том 2; с. 600
6. Воробьев А.В. (2003) Классификация и диагностика рака мочевого пузыря, вопросы дифференциальной диагностики (лейкоплакия, сосочковый цистит, гнезда фон Брунна, нефрогенная метаплазия). Практическая онкология. 4; 4
7. Иванова И.М., Исакова Л.М., Ганина К.П. (1998) Кольпоскопические признаки патологических процессов шейки матки, ассоциированные с вирусом папилломы человека. Акушерство и гинекология. (Москва). 2: 16-20
8. Иванова И.М., Брыков В.И., Исакова Л.М., и соавт. (2004) Оптимизация клинического подхода к диагностике папилломавирусной инфекции гениталий у женщин с рецидивирующей дисплазией шейки матки. Сборник. Российский конгресс "Генитальные инфекции и патология шейки матки". (Москва).
9. Козаченко В.П. (2001) Рак шейки матки. Современная онкология. 48; 1: 43-46
10. Клименко И.А. (1987) Предопухолевые заболевания мочевого пузыря (клиника, диагностика, лечение). Автореф. дисс... док. мед. наук. (Киев). с. 20
11. Переверзев А.С. (2000) Клиническая урогинекология, (Харьков). с. 200
12. Переверзев А.С., Петров С.Б. (2000) Опухоли мочевого пузыря, (Харьков). с. 82-84
13. Прилепская В.Н. (1999) Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. (Москва). с. 63-66
14. Роговская С.И. (2003) Папилломавирусная инфекция нижних отделов гениталий: клиника, диагностика, лечение. Автореф. дисс...док. мед.наук. (Москва). с. 26
15. Филиппович С.В., Москаленко Н.В., Новиков С.Б. (2004) Цистит у женщин. (Москва). с. 52
16. Tinzem M., Marberger M. (2003) Urinary Markers for Detecting Bladder Cancer EAU Update Series, Vol.1; 2: 64-70
17. Weiss M.A., Mills S.E. (1991) Urinary tract infection and inflammatory lesions. Atlas of genitourinary tract disorders. Vol.4: 102-106
18. Zlotta A.R. (2003) Introduction to issue of Bladder Cancer EAU Update Series. Vol.1; 2: 51-52



ПОДПИСКА 2006

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2006 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ — СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ В ГЛАВНОМ ВОЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ МО УКРАИНЫ

Конев В.Г.

Клиника проктологии, Главный военный клинический госпиталь МО Украины, Киев

Rectum Cancer — Statement and Future Perspectives of Colorectal Surgery in Main Military Clinical Hospital of Defense Ministry of Ukraine

V.G. Konev

Clinic of Proctology, Main Military Clinical Hospital of Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Надійшла 15 червня 2005
Допущена 30 червня 2005

Summary

The article is devoted to the surgical treatment of patients with rectum cancer. The expediency and an opportunity of performance a local excision through the rectum and videolaparoscopic operations is proved. Technical aspects of performance of operative interventions are resulted. The analysis of the direct, remote and functional results of treatment has made. Performance of such operations at patients with low rectum cancer is proved, that has allowed improving their quality of a life.

Keywords: rectum cancer, local excision through the rectum, videolaparoscopic operations.

Введение

В структуре онкологической заболеваемости в мире колоректальный рак в настоящее время занял 4-е место и ежегодно регистрируется около 600 тысяч вновь заболевших [7].

Развитые страны несут огромные экономические потери в связи с высокой заболеваемостью колоректальным раком, при этом многие пациенты после оперативных вмешательств по причине выведения противоестественного заднего прохода становятся инвалидами. В США стоимость лечения больных колоректальным раком составляет 6,5 млрд. долларов в год [11].

В Украине в 2002 году было зарегистрировано 17344 больных колоректальным раком, из них раком прямой кишки — 8354, в том числе в Киеве — 492 больных. Не прожили 1-го года из них — 35,9 % [1].

Все вышеперечисленное свидетельствует о чрезвычайной важности проблемы и требует новых современных подходов как в диагностике, так и в лечении этого серьезного заболевания.

Развитие традиционной хирургии рака прямой кишки ведет свое начало с 1896 года, когда впервые была выпол-

нена французским хирургом Кеню "удачная двухмоментная комбинированная операция" [2] (брюшнопромежностная экстирпация прямой кишки (БЭП)).

В дальнейшем, благодаря различным хирургам, были выполнены брюшноанальная (БАР) и внутрибрюшная резекции прямой кишки (ВБР).

В связи с возросшими требованиями пациентов и врачей к уровню и качеству жизни и с появлением новых в хирургии технологий изменилась структура сфинктеросохраняющих операций в лечении рака прямой кишки. Разработка различных оптимальных хирургических вмешательств, которые позволяют сохранить естественный замыкательный аппарат прямой кишки и первичное восстановление кишечной непрерывности, проводится отечественными и зарубежными хирургами.

Особо важное значение при выполнении сфинктеросохраняющих оперативных вмешательств, с целью соблюдения принципов онкологического радикализма, имело широкое внедрение в онкохирургию прямой кишки концепции мезоректумэктомии. [8. 9]. Исследование основывалось на предположении, что неадекватное удаление клетчатки вокруг прямой кишки дистальнее линии резекции способствует развитию тазового рецидива. Было доказано, что опухолевые клетки встречаются в мезоректуме до 3-4 см дистальнее уровня опухоли. Поэтому полная мезоректумэктомия должна выполняться ниже уровня резекции кишки на 3-4 см.

БЭП, производимые при нижеампулярных раках, являются калечащими операциями и по современным данным показания к ним сужаются.

Брюшноанальные резекции прямой кишки — функционально более привлекательные операции, по сравнению с экстирпациями, и в настоящее время усовершенствована их техника (интерсфинктерная БАР).

Низкие колоректальные и наданальные анастомозы (длина культи прямой кишки меньше 5 см), получившие широкое распространение после внедрения в хирургическую практику прямого колоанального анастомоза по А. Parks [9] стали чаще применяться благодаря современным сшивающим аппаратам.

Новый этап развития колоректальной хирургии напрямую связан с бурным развитием современных технологий и их быстрому внедрению в здравоохранение.

Началом эры видеоэндоскопической хирургии относится 1987 год, когда во Франции F. Mouret впервые выполнил лапароскопическую холецистэктомию [3]. С того времени лапароскопическая холецистэктомия стала "золотым стандартом" в хирургии желчного пузыря.

С 1990 года стали выполняться лапароскопические операции на толстой кишке: Jacobs произвел правостороннюю гемиколэктомию под лапароскопическим контролем с последующим внебрюшным формированием кишечного анастомоза через минилапаротомный доступ, вскоре Lahey выполнил резекцию сигмовидной кишки, а Flover — левостороннюю гемиколэктомию [3].

В этом же году Franklin первым выполнил лапароскопический ручной и аппаратный шов толстой кишки.

Активная пропаганда и разработка лапароскопических операций в России связана с Сажиным В.П., который в 1993 году выполнил первую резекцию сигмовидной кишки [4].

В Украине лапароскопические операции при колоректальном раке были впервые выполнены в Республиканском проктологическом центре в 1994 г. И в этом же году — в Главном военном клиническом госпитале МО Украины.

За последние 10 лет лапароскопические технологии активно вытеснили традиционную хирургию в лечении холецистита, грыж, ряда гинекологических заболеваний. Однако на этом поступательном фоне до сих пор весьма скромно представлена лапароскопическая хирургия колоректальных заболеваний и немногие клиники имеют опыт более 200-300 операций.

И все же лапароскопические технологии имеют свое будущее и только временной фактор (накопление опыта, обучение кадров), а также оснащение лечебных учреждений на современном уровне позволит шире применять эти технологии при операциях в колопроктологии.

Самая удобная по исполнению операция с применением лапароскопических технологий — резекция сигмовидной ободочной кишки; большая по объему и по трудоемкости — правосторонняя гемиколэктомию, выполнение которой требует более подготовленной хирургической бригады. Еще сложнее выполнить левостороннюю гемиколэктомию, поэтому показания к выполнению этой операции лапароскопическим способом по мнению многих авторов ограничены.

Лапароскопические операции на прямой кишке во многом сходны с операциями на толстой кишке, т.к. все виды резекций прямой кишки предусматривают кроме манипуляций с самой прямой кишкой выполнять компоненты лапароскопической мобилизации и сигмовидной кишки.

Но есть отличия — технология лапароскопического выделения прямой кишки, особенно если мобилизацию нужно выполнить до анального канала, сложна и трудоемка. Следует напомнить, "что для того, чтобы научиться классической технологии мобилизации прямой кишки также необходимо большое усердие" [5].

Мировые стандарты качества хирургической помощи значительно возросли. Большую роль в этом сыграло широкое использование высокотехнологических лапароскопических хирургических методов. Главную роль при этом играет тщательность гемостаза, и если в традиционной хирургии этому моменту до последнего времени не уделялось должного внимания, то с появлением лапароскопических технологий хирургические клиники резко изменили свое отношение к гемостазу.

Для тщательности гемостаза еще в 1907 году инженер Forest предложил производить разрезы тканей при помощи иглы, насаженной на изолированной ручке, подключенной с выходной клеммой аппарата d'Arsonval. Из-за того, что игла при этом не раскалялась, ей дали название "кальткаутер" [3].

В настоящее время для лапароскопических операций было налажено производство (а именно лапароскопические технологии потребовали) широкого спектра медицинской аппаратуры, позволяющей производить рассечение и коагуляцию тканей с использованием различных видов энергии. Это различные виды скальпелей: ультразвуковой, плазменный, лазерный, радионож, электронож.

Появились современные коагуляторы и диссекторы: Ультрасижн (гармонический скальпель) производства Ethicon и LigaSure (США), которые с успехом используются как в лапароскопической, так и в открытой хирургии.

Материалы и методы

В зависимости от локализации опухоли прямой кишки относительно зубчатой линии, глубины ее инвазии и гистологической структуры в клинике абдоминальной хирургии ГВКГ нами выполнены следующие оперативные вмешательства:

1. Трансанальное иссечение опухоли (аденокарцинома высокой степени дифференцировки T_{is}, T₁, при эндозУЗИ нет данных за лимфогенное распространение опухоли — отсутствуют регионарные метастазы в лимфоузлы)
2. Трансанальная резекция нижеампулярного отдела прямой кишки с резекцией дистальной части кишки и мезоректума, формированием ректоанального анастомоза (высоко- и умеренно дифференцированная аденокарцинома T₂ с отсутствием регионарных метастазов).
3. Брюшно-анальная резекция прямой кишки с резекцией внутреннего сфинктера (интерсфинктерная БАР) (высоко- и умеренно дифференцированная аденокарцинома T₃₋₄N₀₋₃, располагающаяся выше 1 см от зубчатой линии).
4. Брюшно-промежностная экстирпация (БПЭ) прямой кишки (аденокарцинома T₄N₀₋₃ любой степени диф-

ференцировки с поражением сфинктера анального канала и перианальной кожи).

5. Эвисцерация таза с формированием нео-цист и противоестественного заднего прохода (аденокарцинома T4 с прорастанием в треугольник мочевого пузыря).
6. Чрезбрюшная (передняя) резекция прямой кишки (при опухолях, локализующихся в ректосигмоидном и верхнеампулярном отделе прямой кишки).
7. Брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки с низведением в анальный канал сигмовидной или других отделов ободочной кишки (при раке среднеампулярного отдела).

Для определения показаний к выполнению сфинктеросохраняющих операций при раке нижеампулярного отдела прямой кишки производили трансанальное эндоУЗИ и КТ с ангиографическим усилением. Комбинированную неоадьювантную ПХТ проводили через установленный по Сельдингеру катетер в верхнюю прямокишечную артерию (внутриартериальная ПХТ).

В проктологическом отделении Главного военного клинического госпиталя МО Украины с 1992 по 2004 г.г. выполнено 296 радикальных оперативных вмешательств по поводу рака прямой кишки. Средний возраст пациентов — 64,2 года. Распределение больных в зависимости от стадии заболевания: II стадия — 186 больных, III стадия — 110 больных. В 96% случаев имела место аденокарцинома различной степени дифференцировки, в 4% — имели место перстневидноклеточный рак, меланома, недифференцированный рак, плоскоклеточный рак.

В зависимости от показаний выполнены следующие операции: внутрибрюшная резекция прямой кишки — 119; брюшно-анальные резекции — 124 (из них БАР по Дюамелю — 18, БАР с низведением с избытком — 61, БАР с резекцией внутреннего сфинктера и первичным колоперианальным анастомозом — 45); брюшно-промежностные экстирпации — 33 (из них 4 с лапароскопическим брюшным этапом); эвисцерации таза — 6; трансанальное иссечение опухоли — 8; Трансанальная резекция нижеампулярного отдела прямой кишки с резекцией дистальной части кишки и мезоректума, формированием ректоанального анастомоза — 6;

Лапароскопическая хирургия колоректального рака начиналась со слепого переноса хирургических приемов при традиционных операциях. При этом мобилизация толстой кишки (правой и левой половины) осуществлялась с рассечения париетальной брюшины бокового фланга, однако хирурги в этом случае встречались с большими техническими трудностями из-за плохой дифференциации слоев фасциальных пространств. В последующем, с накоплением опыта, появились технические приемы, присущие именно лапароскопической хирургии (дифференциация и пересечение артериальных стволов до мобилизации органа, четкая визуализация фасциальных пространств и манипуляции в межфасциальных перегородках), которые быстро распространились в традиционной хирургии.

В настоящее время мы начинаем мобилизацию толстой кишки, по аналогии с приемами лапароскопической хи-

рургии, с тщательной визуализации, а затем выделения и пересечения магистральных сосудов соответствующих отделов кишки. При этом, при необходимости, выполняется и лимфодиссекция, что крайне важно в хирургии колоректального рака.

Совершенствование лапароскопической хирургии привело к новым техническим приемам мобилизации прямой кишки. Если в традиционной хирургии [6] рекомендуют мобилизацию кишки начинать с лирообразного разреза тазовой брюшины, что, как правило, сопровождается кровотечением и затрудняет в дальнейшем четкую дифференциацию слоёв, то опыт лапароскопической хирургии изменил этот этап. Выделение кишки мы стали осуществлять "шаг за шагом", т.е. рассечение брюшины идет поэтапно. При этом выделение задней полуокружности прямой кишки должно "обгонять" мобилизацию боковых и переднебоковых стенок, что производится с помощью диатермокоагуляции или гармонического скальпеля и выполняется под хорошей визуализацией и с особой тщательностью (при мобилизации прямой кишки стараемся не повредить нервные стволы тазового сплетения, что в послеоперационном периоде способствует улучшению функции мочевого пузыря и сохранению половой функции у мужчин).

В своей практике для окончательного гемостаза со стороны промежности при выполнении БАР мы используем набор пластиковых принадлежностей для миниинвазивной хирургии геморроя к комплекту аппарата РРН (аппарат для лечения геморроя и пролапса прямой кишки по методике Лонго производства компании "Этикон"). Этот этап операции мы выполняем следующим образом. После окончательной мобилизации прямой кишки со стороны брюшной полости для выполнения сфинктеросохраняющей операции при нижеампулярном раке оперирующий хирург приступает к интерсфинктерному выделению анального канала или наданальному отсечению прямой кишки. Затем, завершив мобилизацию кишки, после удаления препарата, хирург вводит прозрачный пластиковый круговой расширитель от комплекта РРН в анальный канал или сохраненные мышечные слои наружного сфинктера и осматривает его структуры. Прозрачность устройства позволяет видеть источники капиллярного кровотечения и участки поврежденных мышечных слоев. При необходимости через круговой расширитель вводится аноскоп из комплекта РРН, что позволяет осмотреть и коагулировать участки повышенной кровоточивости зоны уретры, предстательной железы и шейки мочевого пузыря. Чтобы не повредить нервные окончания, в параростатической зоне используем специальный пинцет с тонкими браншами и минимальные кратковременные электротоки аппарата диатермии.

После тщательного гемостаза выполняем ушивание поврежденных мышечных слоев сфинктера по типу сфинктеропластики, гофрируя сфинктер, через отдельный разрез в проекции копчика дренируем пресакральное пространство двухпросветной трубкой для активной аспирации.

Через сфинктер проводим изогнутый корнцанг и подготовленный трансплантат ободочной кишки с надетым

резиновым колпачком, низводим за нитку в анальный канал, при этом брыжейка кишки должна быть обращенной к крестцу. После того, как трансплантат низведен, хирург, оперирующий со стороны промежности, формирует колоперианальный анастомоз. В это же время другая бригада хирургов параллельно восстанавливает брюшину таза и левого бокового канала, при необходимости дренируя таз и левый боковой канал.

Благодаря внедрению в практику современных сшивающих аппаратов ("Ethicon", "Autosuture") мы смогли расширить показания к выполнению чрезбрюшных передних резекций прямой кишки. Так нами выполняются низкие и супернизкие передние резекции прямой кишки при раке среднеампулярного отдела с формированием низких, в том числе и наданальных, анастомозов. Предпочтение отдаем циркулярным степлерам "Ethicon" с диаметром 33 мм. После формирования аппаратного анастомоза обязательно проводим оценку его состоятельности путем ректороманоскопической визуализации и пневмокомпрессии. При малейшем сомнении в состоятельности и надежности анастомоза превентивно формируем разгрузочную стопу.

Относительно частое (по литературным данным и по нашим данным в период до 1998 г.) развитие некрозов низводимого на промежность или в малый таз трансплантата вызвали необходимость изучения причин развития данного осложнения. Нами установлено, что причиной некроза низводимого трансплантата стала недостаточная интраоперационная оценка состояния его кровоснабжения. Как правило, после пересечения нижней брыжеечной артерии, в сигмовидной ободочной кишке возникают гипоксические изменения, что обуславливает необходимость выполнения расширенной операции в виде дополнительной мобилизации левой половины ободочной кишки и низведения не сигмовидной кишки, а нисходящей. Так, выполнение расширенных операций позволило практически полностью избавиться от столь грозного осложнения, как некроз низводимого трансплантата.

Большое значение отдаем проведению медикаментозного лечения в пред- и послеоперационном периоде. Для проведения антибиотикопрофилактики применяем схемы, включающие обязательно метрогил и один из антибиотиков "кишечной" направленности (цефалоспорины 3-4 поколений, амоксиклав). При возникновении инфекционных осложнений к лечению добавляем макролиды, либо карбопены.

С целью профилактики возникновения тромботических осложнений последние 5 лет в 100% случаев применяем низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксипарин) и интраоперационную пневмокомпрессию нижних конечностей

Результаты, их обсуждение

При оценке результатов мы оценивали непосредственные результаты лечения (послеоперационные осложнения, летальность), отдаленные результаты (рецидивирование, метастазирование, выживаемость), функциональные результаты (качество жизни).

Осложнения в послеоперационном периоде: БАР — 52 больных (41,9%); БПЭ — 16 больных (48,5%); внутрибрюшная резекция — 28 больных (23,5%); эвисцерация таза — 6 больных (100%). Послеоперационная летальность: 3,37% (внутрибрюшные резекции — 4 пациента, БАР — 6).

При анализе полученных непосредственных результатов лечения следует отметить, что все послеоперационные осложнения и летальные исходы были после выполнения "стандартных" (открытых) операций. В то время, как после лапароскопических и трансанальных операций осложнений и летальных исходов отмечено не было. Это свидетельствует о несомненной целесообразности и перспективности применения именно лапароскопических технологий. Однако в настоящее время широкое внедрение этих технологий затруднено.

В чем дело? Безусловно, есть технические трудности. Работать с большим органом, который имеет обширную сосудистую сеть со сложной архитектурой не просто, а выполнение мобилизаций значительных и даже обширных отделов кишки — процесс трудоемкий. Неизбежный контакт с множеством прилегающих к толстой кишке органов и магистральных сосудов повышает риск ятрогенного их повреждения, особенно если у хирурга нет достаточного опыта.

Кроме этого не меньшим барьером являются и сложившиеся психологические аспекты. Хирург, в совершенстве владеющий классическими методами, как правило, с определенным недоверием относится к новому и не проявляет желания приступить к трудоемкому процессу переучивания и овладения сложным и трудоемким методом. В то же время молодой хирург, который не владеет приемами сложной классической хирургии при заболеваниях ободочной и, особенно, прямой кишок, по понятным причинам не имеет права самостоятельно приступить к выполнению лапароскопических операций

Кроме вышеперечисленного важной причиной медленного освоения лапароскопических технологий в колоректальной хирургии является необходимость оснащения операционных не только стандартными лапароскопическими инструментами, но и дорогостоящими сшивающими аппаратами, из-за чего стоимость операции резко возрастает.

В структуре осложнений преобладали осложнения со стороны мочевыделительной системы, что чаще встречалось после выполнения БАР, БПЭ, низких и супернизких передних резекций прямой кишки и проявлялось атонией мочевого пузыря с развитием задержки мочи с последующими инфекционными уретритами, циститами, восходящими пиелонефритами. С накоплением опыта выполнения резекций прямой кишки, при более щадящем выделении прямой кишки и применением современных технологий, количество осложнений заметно уменьшается.

Наиболее грозным послеоперационным осложнением явился некроз низведенной кишки, который имел место в 10 случаях (3,37%). При этом у 5 больных выполнены повторные операции в связи с затеком кала в брюшную полость. У 5 больных лечение данного осложнения проведено консервативно, что стало возможным благодаря

адекватному дренированию и самостоятельному отграничению калового затека от брюшной полости. Выполнение расширенных операций при раке прямой кишки позволило избежать развития некротических изменений низведенной кишки за счет низведения нисходящей кишки, кровоснабжение которой являлось практически всегда адекватным.

Применение современных антибиотиков с целью проведения антибиотикопрофилактики и превентивной антибиотикотерапии позволило значительно уменьшить в динамике количество инфекционных осложнений со стороны лапаротомной раны и брюшной полости с 14 % до 1998 года до 3% с 1998 года.

У 4 больных после операции возникла тромбоэмболия легочной артерии, из них 2 больных умерли. После внедрения в практику низкомолекулярных гепаринов данное осложнение не возникало.

Наиболее благоприятный послеоперационный период отмечен у пациентов, перенесших трансанальное иссечение опухоли (операция с минимальной травматизацией, однако показания к ней очень ограничены и больные к этим операциям должны тщательно обследоваться). Малое количество этих больных (8 пациентов) говорит само за себя.

Трансанальная резекция нижеампулярного отдела прямой кишки более травматична, чем трансанальное иссечение опухоли. Она выполнялась преимущественно у пациентов, имеющих тяжелую сопутствующую патологию и старческий возраст. Осложнений после выполнения этих операций не отмечено, отдаленные результаты благоприятные.

Рецидивы выявлены у 19 больных (6,4%) (после БАР — 8, БПЭ — 3, внутрибрюшная резекция — 4).

Метастазы возникли у 16 (5,4%) пациентов после внутрибрюшной резекции прямой кишки.

Умерли от причин, не связанных с основным заболеванием — 10 (3%) (БПЭ — 3, БАР — 4, внутрибрюшная резекция — 3).

Оценку функциональных результатов провели путем анкетирования оперированных больных. Наихудшие функциональные результаты отмечены у больных, которым выполнена БПЭ, что связано с отсутствием заднего прохода и наличием постоянного противоестественного заднего прохода. Лучшие результаты были после трансанальных операций — нарушения функции, а следовательно ухудшения качества жизни у этих больных не было.

У больных, перенесших БАР и переднюю резекцию прямой кишки качество жизни оказалось выше в случае выполнения передней резекции прямой кишки (чем выше анастомоз, тем лучше функциональные результаты). Это связано с сохранением в нетронутым виде анального канала и в том или ином виде культи прямой кишки, что невозможно соблюсти при выполнении БАР, особенно ее интерсфинктерного варианта. Для улучшения качества жизни таких пациентов нами разработана и внедрена ре-

абилитационная программа, направленная на восстановление функции континенции, основанная на усовершенствовании хирургических приемов (щадящее выделение нервных сплетений, резекция сфинктера, сфинктер-, сфинктеролеваторопластика, формирование первичного колоперианального анастомоза), комплексе пред- и послеоперационной лечебной физкультуры. Данная программа позволила достигнуть при интерсфинктерной резекции прямой кишки лучших результатов, чем при традиционной БАР с низведением кишки с избытком.

Выводы

1. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения рака прямой кишки возможно за счет активного внедрения в практику современных технологий малоинвазивной и лапароскопической хирургии.
2. Применение сфинктеросохраняющих операций при раке средне- и нижеампулярного отдела позволило без ухудшения отдаленных результатов лечения добиться улучшения качества жизни оперированных пациентов.
3. Лечение больных колоректальным раком должно быть комплексным и его необходимо проводить в специализированных отделениях, укомплектованных подготовленными специалистами, оснащенными необходимым оборудованием с перспективой освоения и внедрения лапароскопических технологий.

Литература

1. Рак в Україні, 2001-2002 (2003) Бюлетень національного онкологічного реєстру України. №4
2. Верещинский А.О. (1935) Техника комбинированных операций на прямой кишке. (Ленинград). 252 с.
3. Седов В.М., Стрижелецкий В.В. (2002) Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика. (Санкт-Петербург). 179 с.
4. Сажин В.П., Диденко В.В., Пигин А.С. (1995) Лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. (Рязань). 40 с.
5. Александров В.Б. (2003) Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии. (Москва). 188 с.
6. Шалимов А.А., Радзиховский А.П. (2003) Атлас операций на органах пищеварения. (Киев). "Наукова думка". 1; 338 с.
7. Helm J.F., Sandler R.S. (1999) Colorectal cancer screening. Med. Clin. North Am. Vol. 83: 1403-1422
8. Heald R.J., Husband E.M., Ryall R.D. (1982) The mesorectum in rectal cancer surgery — the clue to pelvic recurrence? Brit. J. Surg. Vol. 42: 613-616
9. Parks A.G. (1972) Transanal technique in low rectal anastomosis. Proc. roy. Soc. Med. Vol. 65: 47-48
10. Scott N., Jackson P., Al-Jaberi T. et al. (1995) Total mesorectal excision and local recurrence: a study of tumor spread in the mesorectum distal to rectal cancer? Brit. J. Surg. Vol. 82: 1031-1033
11. Schrag D., Weeks J. (1999) Costs and cost — effectiveness of colorectal cancer prevention and therapy. Semin. Oncol. Vol. 26: 561-568

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ ВЕЛИКИХ ОДОНТОГЕННИХ КІСТ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ

Федірко І.В.

Клініка щелепно-лицевої хірургії та стоматології, Головний військовий клінічний госпіталь МО України, Київ

Surgery of Large Odontogenic Cysts of Maxillary Sinuses

I.V. Fedirko

Clinic of Maxillae-Facial Surgery and Stomatology, Main Military Clinical Hospital of Ministry of Defense of Ukraine, Kiev

Надійшла 16 травня 2005
Допущена 21 травня 2005

Summary

In this article we present experience of endoscopic technique in treatment patients with large odontogenic cysts of maxillary sinuses. We think that such kind of treatment has high clinical and economical effect. What's more computer tomography is necessary diagnostic procedure in preoperative examination of patients with large odontogenic cysts. And cooperation of ORL-surgeons with maxillae-facial surgeons has many preferences in treatment of such pathology.

Keywords: odontogenic cyst, endoscopic surgery, maxillary sinus.

Вступ

Частою причиною розвитку верхньощелепного синуситу є поширення інфекції на тканини верхньощелепної пазухи із гострих та хронічних одонтогенних періапикальних вогнищ. Нагноєння радикулярних кіст, які вросли у верхньощелепну пазуху нерідко ускладнюються розвитком синуситу. В основному, це великі кісти, при яких руйнуються кісткові стінки пазухи (Бернадський Ю.І., 1968; Лур'є А.З., 1974). Одонтогенний синусит може також розвинутися і як наслідок періодонтиту, періоститу або остеомиєліту при поширенні процесу з альвеолярного відростка на пазуху (Неупокоев Н.Н. з співавт., 1997).

За даними літератури, одонтогенні гайморити складають 3-30% від загальної кількості запальних захворювань верхньощелепної пазухи та близько 7% від загальної кількості хірургічних стоматологічних хворих (Уваров В.М., 1962; Бернадський Ю.І., Заславський М.І., 1968; Тимофеев О.О., 1997; Морохоев В.І., 1998; Самолазов С.Г., 1999). За даними Мануйлова О.Є. та співавторів (1981), у 15% випадків причиною виникнення одонтогенних гайморитів були білякореневі кісти.

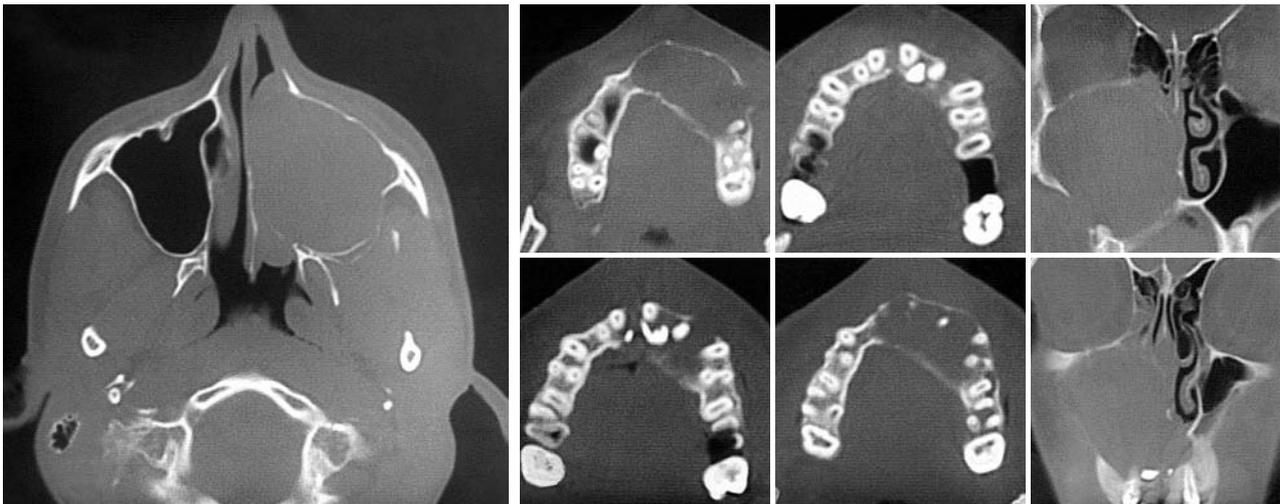
Важливу роль у патогенезі цієї групи захворювань мають тісні топографоанатомічні взаємовідносини верхньощелепної пазухи із зубами верхньої щелепи. На думку

Груздева Н.А. (1978), виникнення одонтогенного гаймориту залежить в основному від двох факторів: товщини кісткового прошарку, який відділяє верхівку кореня від слизової оболонки пазухи і тяжкості перебігу одонтогенного запалення.

При відсутності одонтогенних деструктивних процесів в ділянці дна пазухи, близькість розташування коренів залежить від типу будови синусу, її форми та об'єму. Розрізняють пневматичний, склеротичний та проміжний типи будови верхньощелепних пазух (Кручинський Г.В., 1991).

Найближче до дна пазухи розташовані верхівки коренів премолярів, перших і других молярів. Але в деяких випадках кісткова стінка в ділянці дна верхньощелепної пазухи відсутня і верхівки коренів зубів, виступаючи в її порожнину на різну довжину, вкриті тільки слизовою оболонкою. Таке співвідношення необхідно розглядати як фактор ризику розвитку верхньощелепного синуситу. Це підтверджує і найчисельніша група перфорацій пазухи, які виникають після видалення цих зубів (Заславський Н.І., 1949; Губайдулліна Є.Я., 1959; Уваров В.М., 1962; Бернадський Ю.І., 1968; Грасманіс Н.Б., 1988; Богатов А.І., 1991; Анютін Р.Г., 1996). Таким чином, від типу будови пазухи залежать і клінічні прояви та рентгенологічна картина одонтогенних кіст верхньої щелепи. При пневматичному типі пазухи кіста ростиме безпосередньо в порожнину пазухи з мінімальним пошкодженням кісткової тканини альвеолярного відростка і при її запаленні швидко ускладниться розвитком синуситу. У випадку склеротичного типу будови пазухи кістководеструктивні зміни будуть більш вираженими в альвеолярному відростку з деформацією останнього та стінок пазухи.

Традиційні методи обстеження та лікування хворих з цією патологією не завжди дозволяють об'єктивно оцінити характер патологічних змін з боку пазухи та межуючих



Мал. 1. КТ біляносових пазух хворого О. з великою одонтогенною кістою лівої верхньої щелепи, що проросла в верхньощелепну пазуху та ліву половину носа до операції.

з нею тканин і структур (альвеолярний відросток верхньої щелепи, зуби, порожнина носа, рота, орбіта, інші приносові пазухи), точно встановити клінічний діагноз, а тому і виконати адекватне хірургічне втручання (Мануйлов О.Є. з співав., 1980; Мельников А.В., 1985; Лузіна В.В., 1987; Богатов А.І., 1991; Лаврентьев С.С., 1995; Романов І.А., 1998; Ашмарін М.П., 1999; Піскунов С.З. з співав., 2004; Friendman W, Hetal, 1990).

Використана останнім часом для діагностики та лікування багатьох хірургічних захворювань відеоендоскопічна техніка дозволила розширити спектр малоінвазивних оперативних втручань у багатьох розділах хірургії (Шевригін Б.В., 1971; Піскунов Г.З., Лопатін А.С., 1992; Піскунов С.З. з співав., 1995; Козлов В.С., 1997; Лопатін А.С., 1998; Гарашенко Т.М., 1997; Messerklinger W 1978; Wigand M.E., 1990; Stammerger H 1991), в тому числі і в розвитку ендохірургії біляносових пазух. Проведені W.Messerklinger у 1960-70-х роках ендоскопічні дослідження стали основою методу, який названий сучасниками Functional Endoscopic Sinus Surgery — F.E.S.S. (функціональна ендоскопічна хірургія біляносових пазух) та отримав світове визнання.

Перші публікації про застосування ендоскопічної техніки у щелепно-лицевій хірургії з'явилися наприкінці минулого сторіччя, які показали високу ефективність та перспективність для діагностики і лікування захворювань верхньощелепної пазухи, скронево-нижньощелепного суглобу, при проведенні остеосинтезу переломів нижньої щелепи, фейсліфтингу тощо (Богатов А.І., 1998; Мельников М.Н., Сисолятин С.П., 1998 Carls; F.R., Engelke W., 1992; Ramirez O.M., 1994; Kennedy D., 1996). Тому використання можливостей ендоскопічної техніки для лікування захворювань верхньощелепної пазухи є актуальним.

Матеріал та методи

У клініці щелепно-лицевої хірургії та стоматології ГВКГ МО України за період з 1998 по 2005 роки метод ендоскопічної діагностики та лікування був використаний в комплексному лікуванні 40 хворих з одонтогенними гаймо-

ритами, радикальними кістами, що вросли в пазуху, ретенційними кістами пазухи, із сторонніми тілами пазухи, з травматичними ушкодженнями середньої зони обличчя, а також з метою біопсії. Серед усіх хворих більшість склали чоловіки — 34 (85%), жінки — 6 (15%).

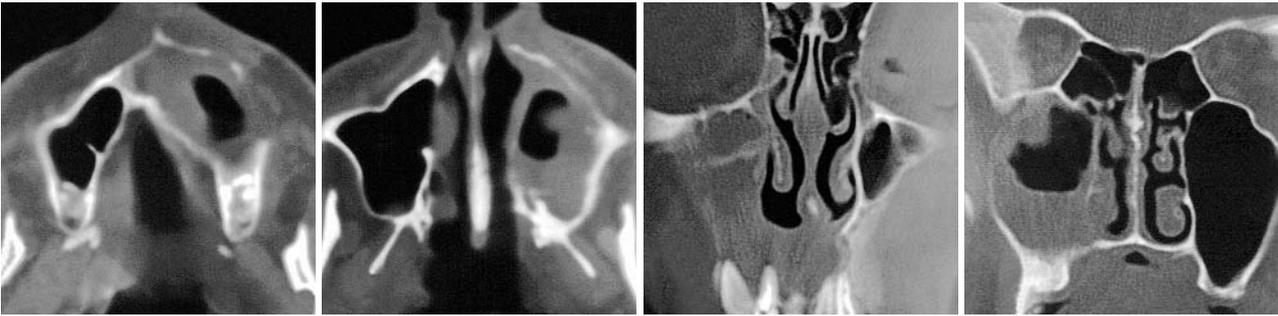
Найчастішими показами до використання ендохірургії були радикальні кісти, що вросли в порожнину верхньощелепної пазухи — 17 випадків (42,5%). Із них, у 3 (17,6%) хворих (чоловіки, середній вік складав 21 рік) кісти досягли значних розмірів, займаючи практично весь об'єм пазухи, із вираженим руйнуванням та деформацією її стінок.

У одного хворого причиною розвитку кісти був хронічний періодонтит 21 зуба, у другого — 22 зуба, у третього хворого — 17 зуба. В усіх хворих був пневматичний тип будови верхньощелепної пазухи.

Оперативне втручання виконували під місцевою анестезією (Sol. Septonesti 4%, Sol. Ultracaini 4%) з використанням ендоскопічного комплексу (Karl Storz, Німеччина), що включав: ендоскопи діаметром 4 мм з кутом зору 0°, 30°, 70°, набір інструментів для ендоназальної хірургії, шейверну систему (Karl Storz, Німеччина), монітор 19 "Trinitron" Sony, відеокамеру Telekam DX (Karl Storz, Німеччина), освітлювач Halogen 250 Twin (Karl Storz, Німеччина), шейверну систему "Stryker" TRS-II з прямими та кутовими фрезами, портативну бормашину "Bien Air" з прямим наконечником та набором фрез, відео- та фотоапаратуру.

У передопераційному періоді хворим за показами проводили прицільну рентгенографію зубів, рентгенографію біляносових пазух, комп'ютерну томографію біляносових пазух в коронарній і аксіальній проекціях, санацію порожнини рота, консультацію оториноларинголога. При необхідності проводили панорамну рентгенографію щелеп, підготовку зубів до операції.

Суть застосованого нами методу полягає у проведенні діагностичних та лікувальних маніпуляцій у верхньощелепній пазусі під ендоскопічним контролем. Хворим із одонтогенними кістами верхньощелепних пазух великих розмірів, під потенційованою місцевою анестезією виконували розріз слизової оболонки та окістя альвеолярного



Мал. 2. КТ біляносових пазух хворого О. через 3 місяці після операції.

відростку верхньої щелепи довжиною 2,0-5,0 см, на 2 мм нижче перехідної складки, слизово-окисний клапоть відшаровували доверху. За допомогою бормашини випилювали округлий отвір діаметром 6-8 мм у передньо-боковій стінці пазухи, через який вводили ендоскоп та робочі інструменти. При наявності у передньо-боковій стінці верхньощелепної пазухи дефекту, що утворився внаслідок росту кісти та при його достатніх розмірах, всі маніпуляції проводили через нього. Після видалення кісти та резекції верхівок коренів причинних зубів під ендоскопічним контролем, проводили огляд пазухи. При цьому оцінювали радикальність виконаної операції, загальний стан слизової оболонки та кісткових стінок пазухи, наявність патологічних змін у них (гіперемію, набряк, травматичні ушкодження, дефекти та ін.), достатність транспортної функції пазухи через природне співустя, висоту виступання верхівок коренів інших зубів в порожнину пазухи, видаляли патологічно змінені ділянки слизової, залишки пломбувальної маси. На заключному етапі операції рану зашивали наглухо. Остеопластичних матеріалів для закриття кісткових дефектів ми не використовували.

В зв'язку із наявністю у 1 хворого супутньої патології остіомеатального комплексу, відповідну корегуючу ендоскопічну операцію проводили відразу перед основним хірургічним втручанням.

Клінічне спостереження

Хворий О. (іст. хв. 15353/370 від 23 серпня 2002 року) поступив з приводу одонтогенної кісти лівої верхньої щелепи, що проросла в верхньощелепну пазуху, ліву половину носа.

При госпіталізації скаржився на припухлість лівої щочки, неможливість дихання через ліву ніздрю.

Прогресуюче порушення дихання через ліву половину носа (особливо зранку) мало місце на протязі двох місяців до госпіталізації. Близько двох років назад стоматологом за місцем служби проводилось лікування 22 зуба з приводу пульпіту.

Місцевий статус: асиметрія обличчя за рахунок припухлості тканин лівої щічної та підочної ділянок. Ліва очна щілина менша від правої, ліве очне яблуко на 2-3 мм вище від правого. Прикус ортогнатичний. Відкриття рота вільне, безболісне. Слизова оболонка ротової порожнини блідо-рожева, над 22 — 26 зубами ціанотична. 22 зуб змінений у кольорі, коронка 26 зуба повністю зруйнована, перкусія зубів верхньої щелепи безболісна. Аль-

веолярний відросток верхньої щелепи зліва від 21 до 25 зуба потовщений з піднебінного та щічного боків. З вестибулярного боку пальпується невеличке вибухання, що поширюється на всю передню стінку лівої верхньощелепної пазухи із позитивним симптомом "пергаментного" хрусту. Латеральна та нижня стінки лівої половини носа змінені медіально і доверху, на 2/3 перекриваючи носовий прохід.

На КТ біляносових пазух від 23/08-2002 виявлено, що повітряність лівої верхньощелепної пазухи знижена, пазуха збільшена в об'ємі, стінки стоншені, частково фрагментовані (нібито розсунуті); в порожнині пазухи наявний об'ємний утвір розміром 48×52×49 мм, неоднорідної структури, щільністю 10-35 од. Н; лівий носовий прохід заповнений пролабуючим у нього з пазухи утвором, носові раковини фрагментовані, чітко не візуалізуються; фрагменти медіальної стінки пазухи віджаті до носової перетинки; задній відділ нижньої стінки лівої орбіти та очне яблуко незначно змінені доверху; альвеолярна бухта зліва розширена в передньо-середньому відділі з поширенням на альвеолярний відросток щелепи за рахунок експансивного росту новоутвору; в ділянці верхівок коренів 21, 22 зубів визначається стороннє тіло кісткової щільності розміром 5×6 мм (можливо дистопований зуб). Повітряність інших біляносових пазух не порушена, кістково-деструктивні зміни відсутні.

Хворий оглянутий оториноларингологом, офтальмологом, невропатологом.

28 серпня 2002 року спільно з оториноларингологом пацієнту виконали під ендоскопічним контролем оперативне втручання: лівобічна гайморотомія, видалення кісти лівої верхньощелепної пазухи.

Хід операції

Під місцевою анестезією Sol. Septonesti 4% — 7,0, в положенні хворого на спині, зроблено розріз слизової та окістя альвеолярного відростка верхньої щелепи від 13 до 26 зуба на 2мм вище шийок зубів, а в ділянці 12, 11, 21, 22 зубів по їх шийках. Слизово-окисний клапоть відшаровано доверху. Виявлені 3 дефекти кісткової тканини альвеолярного відростка та передньої стінки лівої верхньощелепної пазухи розмірами 2,5×2,0 см, 2,0×0,8 см, 1,0×1,0 см, через які вип'ячувалася оболонка кісти, проникаючи між "віялоподібно" зміщеними у вестибулярний бік та оголеними на 2/3 коренями 21, 22, 23, 24, 25 зубів. При пункції утвору

отримали близько 20 мл прозорої рідини солом'яно-жовтого кольору з кристалами холестерину. Під контролем ендоскопічної техніки відділили оболонку кісти від коренів вказаних зубів, оточуючих тканин та видалили її. Особливі затруднення виникли при видаленні кісти в ділянці нижньої та медіальної стінки пазухи, де вона була інтимно спаяна з слизовою оболонкою носа через часткову руйнацію нижньої половини кісткової стінки та утворення дефекту розміром 4,0×2,0 см. На "куполі" кісти, під лівою орбітою виявили частину кортикальної пластинки нижньої стінки пазухи, що по формі нагадувала частину шаркарпи яйця, товщиною 0,1-0,5 мм. Після видалення кісти пазуху промоли, оглянули за допомогою ендоскопа і виявили, що на верхній, задньо-латеральній і частково передньо-латеральній стінках слизова оболонка пазухи збережена, без видимих патологічних змін. Вентиляція пазухи через природне співустя була задовільною. Слизово-окисний клапоть уклали на місце та зашили рану наглухо. В лівій половині носа залишили 2 "пальчикові" тампони для фіксації слизової дна та латеральної стінки.

В порожнині видаленої кісти виявили стороннє тіло (пломбувальна маса), розміром 2,0×0,3 см, гачкоподібної форми, яке було розцінене при КТ дослідженні як надкомплектний зуб.

Післяопераційний період протікав гладко. "Пальчикові" тампони видалили на 6 добу. На 8 добу після операції зняли шви. Гістологічне дослідження №11479-84, від 06/09-2002: радікулярна кіста.

При контрольних оглядах хворого через 3, 12, 18 місяців спостерігали нормалізацію зовнішніх контурів обличчя, носового дихання. За даними комп'ютерної томографії, у місцях деструкції кісткової тканини верхньої щелепи, стінок пазухи і носа проходило її поступове відновлення без ознак рецидиву.

Результати та їх обговорення

Всі хворі з одонтогенними кістами верхньощелепних пазух великих розмірів, які входили у наші спостереження, були випсані з клініки з позитивними результатами після проведеного лікування. Ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційному періоді не спостерігали. Реци-

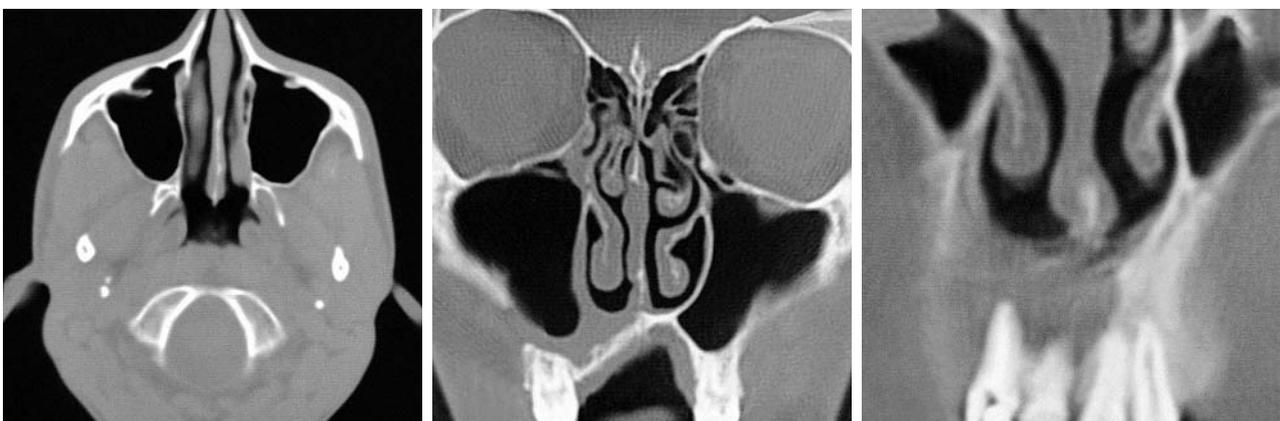


Мал. 3. панорамна рентгенографія щелеп хворого О. через 3 місяці після операції.

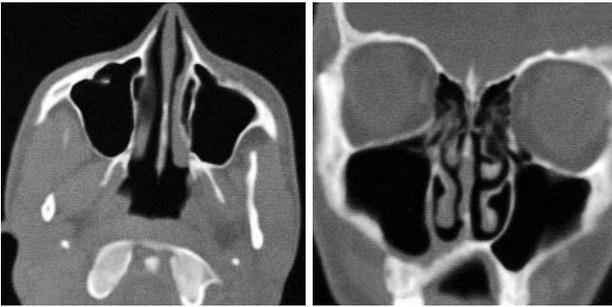
диви захворювання були відсутні. Відновлення пошкоджених структур і функцій відбувалося в короткі терміни.

"Причинні" зуби в усіх пацієнтів вдалося зберегти. Із них, у 1 хворого провели резекцію верхівки кореня 12 зуба, а у другого хворого — 17 зуба, при цьому одонтогенна кіста верхньощелепної пазухи росла лише з одного піднебінного кореня.

Загальноприйнятою в хірургічній стоматології тактикою лікування хворих з одонтогенними кістами верхньощелепних пазух великих розмірів є проведення радикальної або щадячої гайморотомії. На думку багатьох авторів (Биканова Т.Г., 1999; Піскунов С.З., Лазарев А.І., 2004) такі операції на гайморовій пазусі є надто травматичними та не завжди виправданими. Класична радикальна гайморотомія передбачає повне видалення слизової оболонки пазухи та формування співустя великих розмірів з порожниною носа в нижньому носовому ході, оперативний доступ через передню стінку пазухи супроводжується значним травмуванням м'яких тканин, порушенням іннервації слизової оболонки альвеолярного відростку, ясен, зубів, верхньої губи, щоки, носа внаслідок пересічення гілок підочного нерву та утворенням великого дефекту кістки. В комплексі, це призводить до збільшення післяопераційного періоду із можливістю виникнення ускладнень та втрати функції пазухи (Анютін Р.Г., 1998; Ашмарін М.П., 1999; Скоробогатий В.В., 2000; Murray P.J,



Мал. 4. КТ біляносових пазух хворого О. через 12 місяців після операції.



Мал. 5. КТ біляносових пазух хворого О. через 18 місяців після операції.

1983; Oeken F. W., 1985; Low W.K., 1995). Це спонукає до розробки нових методів діагностики одонтогенних кіст верхньощелепних пазух та удосконалення техніки оперативних втручань.

При розвитку радікулярної кісти верхньої щелепи в ділянці зубів фронтальної групи, показана резекція верхівок коренів з метою їх збереження. У тих же випадках, коли причиною росту кіст є бокові зуби (премоляри та моляри), останні переважно видаляють, що нерідко призводить до утворення ороантрального сполучення (Заславський Н.І., 1949; Губайдулліна Є.Я., 1959; Уваров В.М., 1962; Бернадський Ю.І., 1968; Грасманіс Н.Б., 1988; Богатов А.І., 1991; Анютін Р.Г., 1996). Це, в свою чергу, вимагало проведення додаткового оперативного втручання.

Незважаючи на впровадження у клінічну практику комп'ютерної та магнітнорезонансної томографії, діагностика пухлинних процесів верхньощелепної пазухи представляє певні труднощі (Leopold D., et al., 1994). Діагностична ендоскопія дозволяє візуалізувати процес, визначити його поширення та характер, прицільно взяти біопсію (Сисолятин П.Г., 2000).

Наведені приклади клінічних спостережень показують, що тривалий безсимптомний перебіг та несвоєчасна діагностика одонтогенних кіст верхньощелепних пазух можуть стати причиною виражених деструктивних змін у тканинах, які утворюють альвеолярний відросток, верхньощелепну пазуху, порожнину носа, орбіти, призвести до порушення їх функцій та значної деформації середньої зони обличчя. В зв'язку з цим особливого значення набуває ретельне передопераційне обстеження, планування та підготовка хворого до операції спільно із оториноларингологом, офтальмологом, обов'язкове проведення комп'ютерної томографії біляносових пазух, панорамної рентгенографії щелеп, підготовку зубів до оперативного втручання. До складу операційної бригади бажано включати оториноларинголога, а при необхідності й інших спеціалістів.

Висновок

Наш досвід лікування хворих із великими одонтогенними кістами верхньощелепних пазух показує високу ефективність застосування ендоскопічної техніки у щелепно-лицевій хірургії, її клінічну та економічну доцільність.

Виявлення і вивчення патологічно змінених тканин, що утворюють верхньощелепну пазуху під час проведення оперативного втручання, дає змогу більш об'єктивно їх

оцінити та використати для визначення подальшої хірургічної тактики. Зменшення важкості операційної травми завдяки використанню ендоскопічної техніки дозволяє скоротити термін післяопераційної реабілітації хворих та уникнути багатьох небажаних ускладнень, відновити функцію біляносових пазух і носа.

Дуже важливим є збереження "причинних" зубів (особливо верхніх премолярів та молярів, із функціонально придатними для подальшого лікування коронками), з недопломбованими каналами коренів, з радікулярними кістами на будь-якому з коренів, будь-яких розмірів. Окрім усіх переваг, які дає збереження зуба, це часто запобігає утворенню ороантрального сполучення та проведенню додаткових оперативних втручань.

Література

1. Анютін Р.Г., Романов І.А. (1998) Щадящая гайморотомия у больных с перфоративным одонтогенным гайморитом. *Российская ринология*. 2: 34
2. Бернадский Ю.И., Заславский Н.И. (1968) Одонтогенные гаймориты. (Москва). "Медицина". 385 с.
3. Богатов А.И. (1991) Методы диагностики и лечения больных с острыми перфорациями и инородными телами верхнечелюстных пазух. *Стоматология*. 5: 49-51
4. Быканова Т.Г. (1999) Щадящие оперативные методы лечения одонтогенных гайморитов. *Российская ринология*. 4: 15-17
5. Губайдуллина Е.Л. (1959) Одонтогенные свищи верхнечелюстной пазухи. Автореферат диссертации к.м.н. (Москва). 19 с.
6. Заславский Н.И. (1949) Патогенез, клиника, терапия одонтогенных и травматических гайморитов и их сравнительная оценка. Автореферат диссертации к.м.н. (Харьков). 45 с.
7. Кручинский Г.В., Филиппенко В.И. (1991) Одонтогенный верхнечелюстной синусит. (Минск). 46 с.
8. Лузина В.В. (1987) Лечение больных одонтогенным гайморитом в условиях поликлиники. Автореферат диссертации к.м.н. (Москва). 16 с.
9. Лурье А.З. (1974) О щадящей гайморотомии. *Труды Пермского медицинского института*. (Пермь). Том 119; 14: 44
10. Мануйлов О.Е., Агапов В.С., Панин М.Г. (1980) Объем и методы обследования больных с одонтогенными гайморитами. Проблемы и перспективы научных исследований в теоретической и практической медицине. (Москва). "Медицина". 44 с.
11. Пискунов С.З., Лазарев А.И., Быканова Т.Г. (2004) Консервативное и хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита. (Курск). 26 с.
12. Скоробогатый В.В. (2000) Способ хирургического лечения больных с перфоративным одонтогенным гайморитом. *Российская ринология*. 3: 44-45
13. Тимофеев А.А. (1997) Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. (Киев). "Здоровье". 220 с.
14. Уваров В.М. (1962) Одонтогенный гайморит. (Ленинград). 291 с.
15. Leopold D. et al. (1994) Clinical course of acute maxillary sinusitis documented by sequential MRI scanning. *Am J Rinology*. p. 19-28
16. Low W.K. (1995) Complications of the Caldwell — Luc operation and how to avoid them. *Aust N Z J Surg*. Vol. 65; 8: 582-584
17. Murray P.J. (1983) Complications after treatment of chronic maxillary sinus disease with Caldwell — Luc procedure. *Laryngoscope*. Vol. 93; 3: 282-284
18. Stammberger H. (1991) Functional endoscopic sinus surgery. In book: *The Messerklinger technique*. Eds.: Decker B.C. (Philadelphia). p. 529

МАЛОІНВАЗИВНА МЕТОДИКА УСУНЕННЯ НЕСВІЖИХ ТА ЗАСТАРІЛИХ ВИВИХІВ НАПІВМІСЯЦЕВОЇ, ЧОВНОПОДІБНОЇ КІСТОК, ПЕРИЛУНАРНИХ ВИВИХІВ

Савка І.С., Цівіна С.А., Семенець Є.Л.

Клініка пошкоджень, Головний військовий клінічний госпіталь МО України, Київ

The Fewer Invasion Method in Operative Treatment Neglected Dislocations in the Wrist Joint, Scaphoid and Semilunar Bones

I.S. Savka, S.A. Tsivina, Ye.L. Semenets

Clinic of Injuries, Main Military Clinical Hospital, Main Military Clinical Hospital of Ministry of Defense of Ukraine, Kiev

Надійшла 24 травня 2005
Допущена 29 травня 2005

Summary

Represented peculiarities of surgical technology in combination with possibilities and experience of implementation of X-ray diagnostic equipment, which make possible to use the fewer invasions and the most effective methods of treatment such pathology, which in their turn improve a lot results of treatment and make possible faster and completed regeneration of functions of the wrist, the reduction of disabilities such patients.

Keywords: X-ray diagnostic equipment, fewer invasions, surgical technology, wrist.

Вступ

Розвиток рентгенодіагностичної техніки в останні роки та особливості її застосування призводить до виникнення нових та вдосконалення існуючих методик лікування окремих видів патології кистьового суглобу [2, 3]. Такий прогрес, поряд з досвідом виконання оперативних втручань сприяє більш швидкому та повному одужанню пацієнтів з застарілими, несвіжими вивихами напівмісяцевої, човноподібної кісток, перилунарними вивихами, зменшує їх інвалідизацію [2-4]. Це пояснюється мінімальною інвазивністю оперативного втручання, скороченням часу операції, патогенетичністю даної методики [5].

За даними світової літератури при застарілих або несвіжих вивихах кісток зап'ястка використовується методика відкритого їх усунення, яка включає: доступ по тилу кистьового суглобу 5-9 см з наступним артролізом суглобу, усуненням вивиху та в застарілих випадках вилучення вивихнутої кістки [1-4], що

призводить до додаткової травматизації структур, які утворюють та оточують кистьовий суглоб, підвищує ризик розвитку післяопераційних ускладнень, збільшує кількість негативних віддалених наслідків (деформуючий артоз, асептичний некроз вивихнутої кістки), збільшує собівартість лікування.

Матеріали і методи

З 2002 по 2005 рік в клініці пролікований 21 хворий з вивихами кісток зап'ястка. В 11 випадках вивихи були свіжими (до 2 діб з моменту травми), 5 вважались несвіжими (до 2 тижнів), 5 були застарілими (більше 2 тижнів).

Строки звертання до лікаря після травми різні — 11 хворих звернулись за допомогою в день травми або в наступний; 5 — через тиждень; 2 — через два тижні; 3 були оглянуті лікарем в день травми, але діагноз вивиху встановлено не було, і тільки через 4-5 тижнів, після повторного огляду спеціалістом було встановлено наявність вивиху, проведено відповідне лікування. Серед несвіжих та застарілих вивихів кісток зап'ястка — 5 з вивихом напівмісяцевої кістки; 3 — з вивихом човноподібної кістки; 2 — з перилунарними вивихами. Слід зауважити, що при свіжих травмах кистьового суглобу співвідношення за анатомічною ознакою було те ж саме. У двох хворих (вивих напівмісяцевої кістки) травма супроводжувалась явищами гіпостезії, парестезії, руховими розладами в зоні іннервації серединного нерву.

Механізм травми полягав в падінні на витягнуту руку (7 випадків); зустрічі різкого супротиву руки, кисть якої зібрана в кулак та швидко рухається до цілі (8 випадків); пряма дія предметів та механізмів на кистьовий суглоб (6 випадків).



Мал. 1. Рентгенограма хворого при поступленні (вивих напівмісяцевої кістки).

В разі, коли вивих кісток зап'ястка був рентгенологічно підтверджений, хворий готувався до оперативного лікування (планового — в разі неускладненої травми, та невідкладного в разі наявності ускладнень). В операційній виконувалось закрите усунення вивиху за загальноприйнятими методиками, рентгенологічний контроль. 11 хворих мали свіже ушкодження кистьового суглобу та вивихи кісток зап'ястка були успішно усунені закрито під провідниковою анестезією — (8 хворих), та під загальним знеболенням — 3. При несвіжих та застарілих вивихах кісток зап'ястка спроба закритого усунення вивихів у всіх випадках закінчувалась невдачею. Повторні намагання досягти успіху закритим способом в цих випадках небажані, тому що це може призвести до додаткової травматизації.

В 10 випадках застарілих або несвіжих вивихів кісток зап'ястка нами виконувалось оперативне втручання, яке включало: провідникову анестезію, проведення через дистальні метаепіфізи II-V п'ястих кісток, перпендикулярно до їх повздожньої осі, спиця Ілізарова та фіксація її в дистальному напівкільці апарату зовнішньої фіксації Ілізарова (в модифікації Аверкієва). Через обидві кістки передпліччя, на межі їх середньої та нижньої третин, проводиться дві спиці Кіршнера які з натягом фіксуються в проксимальному напівкільці апарату Ілізарова. Виконується дистракція кистьового суглобу в апараті зовнішньої фіксації.

В проекції вивихнутої кістки, по тилу кистьового суглобу виконується прокол скальпелем (3-5 mm) шкіри, підшкірної клітковини, поверхневої фасції. Через прокол розріз, в напрямку до вивихнутої кістки тупо заводиться однозубий гачок, який під контролем електронно-оптичного перетворювача (ЕОПа) заводиться за вивихнуту кістку. Шляхом тракції за гачок, виконується усунення вивиху та ЕОП-контроль (ми використовували рентгенодіагностичну апаратуру типу Sire Mobil 2000-2/23 Siemens).

В разі досягнення позитивного результату, інструмент виводиться, а рана зашивається, дистракція суглобу в апараті зовнішньої фіксації зменшується на 1/3 від почат-



Мал. 2. Рентгенограма хворого після усунення вивиху.

кової. При необхідності в рану встановлюється дренаж, який видаляється через 12-24 години. Хворому призначається анальгетична, протинабрякова, фізіотерапія, ЛФК з наступного дня. Апарат зовнішньої фіксації демонтується через 4-5 тижнів, після чого хворий повинен пройти курс комплексного інтенсивного реабілітаційного лікування.

Результати досліджень та їх обговорення

Віддалені наслідки (3-8 місяців) були проаналізовані у 6 хворих, яким встановлювався діагноз несвіжих та застарілих пошкоджень: початкові прояви післятравматичного деформуючого артозу виявлялись у 3. Явищ асептичного некрозу травмованої кістки не виявляли у жодного. У 1 хворого фіксували розвиток параартикулярних осифікатів по тильній поверхні суглобу, наявність помірно вираженого больового синдрому, обмеження рухів. У хворих з усуненими свіжими вивихами кісток зап'ястка ми спостерігали в 3 випадках розвиток асептичного некрозу напівмісяцевої кісточки, в 4 — явища деформуючого артозу кистьового суглобу в комбінації з асептичним некрозом, в інших випадках результат був задовільний. Слід зауважити про вагомє значення комплексного реабілітаційного лікування, сумлінне відношення до цієї проблеми самого хворого.

Середній ліжко-день при такому лікуванні складає 3-4 доби, що в порівнянні з групою хворих, які лікувались за загальною прийнятою методикою (відкрито), становить 10-14 дб.

До негативних сторін цієї методики можна віднести те, що під час операції хірург отримує певну дозу опромінення, але ця доза значно менша за гранично допустиму; необхідність наявності в операційній відповідного рентгенодіагностичного обладнання, яке в лікувальних закладах часто відсутнє.

Використовуючи вищеописану методику, у всіх випадках вдавалось усунути вивихи кісток. При наявності в операційній відповідної рентгенодіагностичної апарату-

ри час операцій не перевищує 30-40 хвилин, малоінвазивність забезпечується відповідним розрізом (3-5 mm), самою технікою операції. Після оперативного втручання забезпечується правильне положення вивихнутої кістки по відношенню до оточуючих її структур (в умовах помірної дистракції суглобу), що є необхідною умовою для формування оптимальних рубців, кровоносних судин (на місцях пошкоджених під час вивиху зв'язок, суглобової капсули), створенню оптимального середовища для метаболізму кістки в умовах відсутності прямого кровопостачання. Вище означені особливості є патогномічними для лікування таких травм, попереджують розвиток деформуючого артозу кистьового суглобу (або зводить його прояви до мінімуму), асептичного некрозу травмованої кістки, що призводить до більш швидкого та повного відновлення функції кистьового суглобу, зменшенню інвалідації таких хворих. Лікування не потребує значних економічних та інших видів витрат.

Висновки

Застосування вищеописаної методики лікування вивихів кісток зап'ястка значно знижує ризик розвитку ранніх післяопераційних ускладнень, покращує віддалені наслідки (попереджує розвиток асептичного некрозу, деформуючого артозу), покращує економічні показники лікування.

При травмі кистьового суглобу хворий повинен оглядатися травматологом та в разі діагностування вивиху кісток зап'ястка, його усунення повинно виконуватись в найкоротші терміни щоб докорінно знищити таке поняття як несвіжий та застарілий вивих кісток зап'ястка.

При застарілих та несвіжих вивихах кісток зап'ястка використовувати закритий метод усунення вивиху недоцільно так як він не призводить до успіху та навпаки ускладнює стан хворого.

Література

1. Привес М.Г. (1958) Нормальна анатомія людини. (Москва). "Медгиз". 770 с.
2. Синило М.І. (1979) Атлас травматичних вивихів. (Київ). "Здоров'я". с. 59-65
3. Трубников В.Ф. (1984) Захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату. (Київ). "Здоров'я". с. 285-287
4. Шаповалов В.М. (2004) Військова травматологія та ортопедія. (Ст-Петербург). "Искусство России". с. 389-390
5. Chapman (1993) Operative Orthopaedics, Second Edition. In book: The Hand, James H. Dobyns, Richard A. Berger. (Ed. Lippincott). p. 1289-1305
6. William E. Prentice (1993) Rehabilitation Techniques in Sport Medicine. Mosby, Second Edition, Scott Lephart. p. 359-373

Ежемесячные циклы обучения нейроэндоскопическим и малоинвазивным методам оперативных вмешательств, эндоскопической ассистирующей нейрохирургии

Программа обучения:

- ▶ Концепция Key-Hole доступов в нейрохирургии.
 - ▶ Концепция эндоскопических доступов.
- ▶ Концепция эндоскопических ассистирующих доступов.
 - ▶ Анатомия желудочковой системы.
- ▶ Специальное оборудование для проведения нейроэндоскопических операций.
- ▶ Техника нейроэндоскопических операций:
 - ✓ вентрикулостомия дна третьего желудочка;
 - ✓ операции при кистозных образованиях головного мозга;
 - ✓ операции на желудочковой системе головного мозга.
- ▶ Техника эндоскопических ассистирующих операций:
 - ✓ хронические субдуральные гематомы;
 - ✓ внутримозговые кровоизлияния;
 - ✓ кистозные образования головного мозга супра- и субтенториальной локализации:
 - ▶ арахноидальные кисты;
 - ▶ кистозные опухоли;
 - ✓ грыжи дисков поясничного отдела позвоночника.

Для получения дополнительной информации обращайтесь:
 01016 Украина, г. Киев, ул. Госпитальная, 18
 Клиника нейрохирургии и неврологии
 Главного военного клинического госпиталя
 тел. (044) 261-9521, факс (044) 522-8379

НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ
 УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ЦИКЛЫ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МИОМЭКТОМИЯ

Гладчук И.З., Лищук В.Д.*, Назаренко О.Я., Будяковская О.В.*

Клиника гинекологии, Главный Военный Клинический Госпиталь МО Украины, Киев*
411 Центральный Военный Клинический Госпиталь, Одесса, Украина

Laparoscopic Myomectomy

I.Z. Gladchuk, V.D. Lischuk*, O.Ya. Nazarenko, O.V. Bydiakovska*

Clinic of Gynecology, Main Military Clinical Hospital, Ministry of Defence, Kiev, Ukraine*
411 Military Clinical Hospital, Ministry of Defence, Odessa, Ukraine

Надійшла 17 травня 2005
Допущена 21 травня 2005

Summary

In the article is present modern information, which consist the questions of surgery treatment of myoma utery by laparoscopic method. On the basis of own clinical materials, we give our view on the applying of endoscopic technique for doing myomectomy. There has been conducted the analysis of technical peculiarities of performing laparoscopic myomectomy to 150 patients. The authors have expressed their opinion concerning the necessity of thorough selection of patient for laparoscopic myomectomy. The criteria for the selection of patient for laparoscopic myomectomy have been named. Sizes of the uterine fibroids, location of fibroid nodules and their number are the criteria of the selection of patient for laparoscopic myomectomy, as well as the wish of a patient to preserve her reproductive function.

Keywords: laparoscopic myomectomy, reproductive function.

Введение

Миома матки (ММ) — доброкачественная гормонально-зависимая опухоль, которая развивается из мышечного слоя матки. Миома матки — наиболее распространенная опухоль женских половых органов. Она выявляется у 10-27% гинекологических больных и у 25% женщин старше 35 лет. По локализации миоматозных узлов различают субсерозные, интрамуральные, субмукозные, интралигаментарные и шеечные миомы. Широкое внедрение эндоскопических доступов в оперативную гинекологию не только способствовало радикальному пересмотру хирургического подхода к лечению заболеваний придатков матки, но и обострило дискуссию по поводу миомэктомии [4]. Миомэктомия может выполняться путем лапаротомии, лапароскопии и минилапаротомии с лапароскопической ассистенцией. Ла-

пароскопическая миомэктомия может являться альтернативой чревосечения, особенно у больных с субсерозной локализацией узлов или необходимости выполнения органосохраняющей операции при миоме матки [3,4]. Обладая меньшей травматичностью и лучшим косметическим эффектом она потеснила на второй план классическую лапаротомную миомэктомию во многих гинекологических стационарах [2,6].

Профессором Савицким Г.А. высказано предположение о целесообразности более раннего выявления и хирургического лечения (лапароскопическим способом) миомы матки с целью предотвращения роста опухоли [7]. По мнению ряда авторов лапароскопическая миомэктомия является минимально-инвазивной альтернативой лапаротомной операции [1,5]. В то же время, этот метод хирургического лечения миомы матки остается предметом дискуссии. [9].

Целью работы является анализ технических особенностей проведения лапароскопической миомэктомии и оценка её ближайших результатов для отработки показаний к её выполнению и улучшению исходов операции.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в период с 1997 по 2002 год находилось 150 больных, которым выполнялась лапароскопическая миомэктомия. В эту группу вошли больные, у которых миома матки была основным заболеванием, требующим оперативного лечения.

Средний возраст прооперированных женщин составил $36,2 \pm 3,3$ лет.

В результате проведенного общеклинического обследования установлено, что у 62 (41,5%) анализируемой группы больных заболевание протекало без каких-либо клинических проявлений. Болевой синдром, различной степени выраженности, отмечали 69 (46,1%) женщин, а сочетание его с геморрагическим — 44 (29,9%). Безболезненные менометрорагии имели место у 13 (8,7%), нарушение функции мочевого пузыря — у 8 (5,4%) пациенток. Бесплодием страдали 16 (10,9%) женщин: 11 (7,6%) — первичным, 5 (3,2%) — вторичным. Средний уровень гемоглобина перед операцией составил $114,8 \pm 11,2$ г/л. Кроме общеклинического обследования всем пациентам проводилось ультразвуковое сканирование органов малого таза с доплерометрией, для уточнения локализации и размеров узлов миомы с оценкой интенсивности кровотока в них, компьютерная томография органов малого таза. Лапароскопия проводилась по общепринятой методике под эндотрахеальным наркозом [1]. Миомэктомия выполнялась с использованием моно- и биполярной электрохирургической техники, ультразвукового скальпеля "Olympus" (Япония), аргоно-плазменной коагуляции. Оперативная техника собственно миомэктомии включала в себя четыре основных фазы: гистеротомию, энуклеацию миоматозного узла, электрохирургическую обработку ложа узла или наложение маточного шва, извлечение миомы и санация брюшной полости. При субсерозно-интерстициальной локализации производился круговой разрез. Расстояние от края разреза до неизмененного миометрия определялось индивидуально в зависимости от размеров узла. В процессе выделения миоматозный узел фиксировался специальным эндоскопическим штопором. При интрамуральной и интралигаментарной локализации узла разрез выполнялся над местом его наибольшего выпячивания. Глубина разреза доходила до поверхности капсулы узла. Дальнейшее вылушивание узла производилось путем последовательных тракций в разных направлениях с одновременной коагуляцией кровоточащих сосудов. Для устранения глубоких ран стенки матки, после миомэктомии, применяли лигатурную оперативную технику с интра- или экстракорпоральным завязыванием узлов. Обычно накладывали 2-3 наводящих шва. Удаление макропрепарата из брюшной полости, в большинстве случаев проводилось через переднюю брюшную стенку после расширения одной из боковых контрапертур, с помощью механического или электромеханического морцелятора, через апертуру заднего свода влагалища или минапаротомный разрез на передней брюшной стенке.

Результаты исследования и их обсуждение

Во время лапароскопической операции миома матки, как единственная гинекологическая патология, установлена у 89 (59%) прооперированных. У остальных 61 (40,4%) больных встречалась другая сопутствующая гинекологическая патология. Чаще всего одновременно с миомой матки встречались: эндометриоз — у 30 (20,0%), фолликулярные кисты и кисты желтого тела — у 20 (13,4%) женщин; реже — дистальная трубная окклюзия 4 (2,6%) и синдром поликистозных яичников 2 (1,3%). Исходя из интраоперационно выявляемой патологии кроме лапароскопической миомэктомии выполнялось адекватное оперативное вмешательство: сальпингоовариолизис, дистальная тубопластика, консервативная хирургия эндометриоза, резекция яичника.

У 150 больных всего было удалено 228 миоматозных узлов. За одно оперативное вмешательство удаляли от одного до семи узлов. Единичные миоматозные узлы были у 110 (73,3%) прооперированных больных, а у 40 (26,6%) пациенток выявлена множественная миома матки. Два миоматозных узла удалены у 17 (11,3%) женщин, три — у 11 (7,3%), четыре — у 9 (6,0%), пять и более миоматозных узлов — у 3 (2,0%). Размер доминантного миоматозного узла колебался от 15 до 130 мм. Средний размер единичного миоматозного узла составил $52,7 \pm 5,1$ мм, в то время как средний размер доминантного узла при множественной миоме матки составил $33,3 \pm 3,1$ мм. Длительность операции колебалась в широких пределах: от 30 до 180 минут, в среднем — $94,8 \pm 10,7$ минут. В 90 (60%) случаях операции продолжались не более 90 минут и выполнялись во временном промежутке от 30 до 90 минут (Табл. 1).

Средняя продолжительность операции при удалении единичного миоматозного узла составила $93,0 \pm 9,4$ минут. В случаях удаления единичного миоматозного узла на ножке операция длилась в среднем $78,5 \pm 6,3$ минут. Размеры удаляемых узлов колебались в пределах от 31 до 80 мм. Средняя продолжительность операции при удалении единичного субсерозного узла составила $87,2 \pm 10,2$ минут. При превышении размера миоматозного узла более 110 мм в диаметре операция

Таблица 1. Распределение операций по продолжительности выполнения

Продолжительность операции	Число больных (%)
< 60 мин.	36 (24,0%)
61 - 90 мин.	54 (36,0%)
91 - 120 мин.	27 (18,0%)
121 - 150 мин.	17 (11,3%)
> 151 мин.	16 (10,6%)

заканчивалась лапароконверсией в двух из трех случаев, при размерах более 90 мм в двух из шести. При удалении единичного интрамурального узла размерами более 90 мм средняя продолжительность операции составила $120 \pm 11,7$ минут (Таблица 2).

При удалении двух миоматозных узлов диаметр доминантного узла не превышал 60 мм и в среднем равнялся $41,7 \pm 2,4$ мм. Средняя длительность операции составила $95,1 \pm 9,7$ мин. При удалении трех миоматозных узлов размер доминантного узла не превышал 50 мм, а средняя длительность операции составила $102,8 \pm 11,2$ мин. В двух случаях диаметр доминантного узла составлял 45 мм. В одном случае операция длилась 160 минут, в другом из-за развившейся во время операции кровопотери пришлось перейти на гистерэктомию. При удалении четырех миоматозных узлов размер доминантного узла не превышал 40 мм, а средняя длительность операции составила $112,8 \pm 11,2$ минут. При удалении более 4-х узлов в случаях, если средний диаметр и диаметр доминантного узла не превышают двух см, операция успешно заканчивалась лапароскопически и длительность ее в среднем составляла $80 \pm 17,3$ минут.

В том случае, если доминантный узел превышал в диаметре 50 мм, а средний диаметр удаляемых узлов был более 20 мм, операция затягивалась более чем на 2 часа. В связи с этим, в 7 (70,0%) из 10 таких случаев приходилось перейти на лапаротомию. У 6 (15,0%) пациенток с множественными интрамуральными миомами применена двухэтапная тактика. На первом этапе удаляли 3-4 миомы, имеющие центрифугальную локализацию. Через 2-4 месяца осуществляли повторную лапароскопию и удаление оставшихся миом. Лигатурная оперативная техника была применена в 17 (11,3%) случаях, из них в 11 с интракорпоральным завязыванием узлов, в остальных 6 — с экстракорпоральным. В 10 (58,8%) случаях использовали по три лигатуры, а у 7 (41,2%) — по две. Во всех случаях применения лигатурной техники размеры интрамуральной миомы превышали

4,5 см в диаметре. У 6 женщин в ходе миомэктомии наблюдалось проникновение в полость матки.

Послеоперационный период у большинства 137 (91,3%) больных протекал без осложнений. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $4,8 \pm 0,9$ дня. У 100 (67%) женщин срок послеоперационного пребывания в стационаре составлял не более трех суток.

Анализ выполненных миомэктомий лапароскопическим путем показал, что успех операции зависит от размеров миомы, локализации и количества узлов. Мы солидарны с мнением авторов, которые считают, что лапароскопическая миомэктомия есть методом выбора у больных, желающих сохранить репродуктивную функцию в случаях наличия фиброматозных узлов диаметром до 30 мм и субсерозной локализации в матке [10, 11]. При больших размерах миомы, в процессе гистеротомии и энуклеации узла образуется достаточно обширная поверхность деструкции ткани матки [12]. Сшивание тканей в ложе узла сближает не свежерезанные ткани, а подвергшиеся коагуляционному некрозу.

Лапароскопическая миомэктомия, при всей ее привлекательности, теряет свои преимущества перед лапаротомным доступом в случаях, если диаметр узла превышает 11 см, наличия множественной миомы [7,8]. Так, Nezhat С. (1996) высказывает беспокойство по поводу широкого распространения лапароскопической миомэктомии вместо лапаротомии [10]. Автор считает, что у женщин детородного возраста интрамуральные миомы должны быть оперированы лапаротомным доступом, а свои рекомендации обосновывает необходимостью полноценного и качественного закрытия дефекта миометрия после удаления узла. Частота конверсии в анализируемой группе больных ниже по сравнению с данными литературы. Данное обстоятельство связано с тщательным отбором больных для лапароскопической миомэктомии на основе результатов клинических и дополнительных методов исследования. Все преимущества

Таблица 2. Продолжительность лапароскопической миомэктомии в зависимости от размеров и локализации единичной миомы матки

Диаметр миомы, мм (n = количество больных)	Локализация миомы			
	На ножке (M±m) минут	Субсерозный (M±m) минут	Интрамуральный (M±m) минут	Интралигаментарный (M±m) минут
< 30, (n = 18)	39,0 ± 2,5	61,25 ± 7,2	-	-
31-40, (n=25)	65,0 ± 11,2	65,0 ± 12,9	75,0 ± 21,0	85,0 ± 10,4
41-50, (n=16)	65,0 ± 11,0	92,5 ± 13,1	110 ± 21,3	130,0 ± 20,5
51-60, (n = 14)	66,6 ± 11,4	93,7 ± 14,0	140 ± 21,5	-
61-70, (n = 16)	100,0 ± 14,0	125 ± 15,0	110 ± 21,4	-
71-80, (n = 14)	101,6 ± 14,1	85,3 ± 15,7	170 ± 22,3	-
81-90, (n = 4)	-	-	145 ± 23,0	-
91-100, (n = 3)	-	200 ± 17,1	90 ± 20,4	-

лапароскопической миомэктомии становятся очевидными, когда осуществляется правильный отбор больных для этой операции [13]. Так, у больных с наличием узлов более 10-11 см, их интралигаментарной локализацией, нахождением миоматозного узла в проекции маточной артерии, множественной миомой заранее планируем миомэктомию лапаротомным доступом.

Заключение

Таким образом, из приводимых результатов можно заключить, что лапароскопическое удаление единичных интрамуральных и субсерозных миоматозных узлов на узком и широком основании технически сложно и нецелесообразно, если диаметр узла превышает 11 сантиметров. При размерах миомы от 9 до 11 см успешная лапароскопическая операция возможна, но необходим избирательный подход. Операции, предпринимаемые для удаления единичного интрамурального миоматозного узла, превышающего в диаметре 60 мм, отличаются повышенным риском лапароконверсии. В случае множественной (>4) миомы одномоментное выполнение лапароскопической миомэктомии оправдано лишь в отдельных случаях, когда доминантный узел не достигает 50 мм.

Литература

1. Донне Д. (1997) Миома матки: тактика и лечение — состояние мастерства. Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки: Мат. Межд. конгресса. (Москва). 90 с.
2. Гладчук И.З., Назаренко О.Я. (2001) Опыт выполнения лапароскопических миомэктомий с использованием препарата "Золадекс". Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. 3: 37
3. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Нечитайло М.Е. (1999) Видеозендоскопические операции в хирургии и гинекологии. (Киев). "Здоров'я". 301 с.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В. (2000) Эндоскопия в гинекологии. Руководство для врачей. (Москва). "Медицина". 384с.
5. Лайнс Т. (1997) Эндоскопическая миомэктомия. Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. Мат. межд. конгресса. (Москва).
6. Лищук В.Д., Назаренко О.Я. (2001) Лапароскопическая миомэктомия. Одесский медицинский журнал. 2: 31-37
7. Савицкий Г.А. Савицкий А.Г. (2000) Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). (Санкт-Петербург). "ЭЛБИ". 235 с.
8. Darai E., Deval B., Darles C., Benifla J.L., Guglielmina J.N., Madelenat P. (1996) Myomectomy: laparoscopy or laparotomy. Contracept. Fertil. Sex. 24(10): 751-756
9. Falkone T., Bedaiwy M.A. (2002) Minimal invasive management of uterine Fibroids. Cur. Opin. Obstet. Gynecol. 14(4): 401-407
10. Nezhat C. (1996) The "cons" of laparoscopy myomectomy in women who may reproduce in the future. Int. J. Fertil. menopausal Stud. 41(3): 280-283
11. Nezhat C., Nezhat F., Bess O., Nezhat C.H., Seidman D.S., Nezhat C.R., Mashiach R. (1994) Laparoscopically assistant miomectomy: a report of a new technique in 57 cases. Int. J. Fertil. Menopausal Stud. 39(1): 39-44
12. Ostrzenski A. (1997) A new laparoscopic miomectomy technique for intramural fibroids penetrating the uterine cavity. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 74(2): 189-193
13. Szymanowski K., Skrzypczak J. et al. (2000) Laparoscopic myomectomy. Ginecol. Pol. 71(1): 413-418

НПП "Технотроник" и МЦ "Эндомед" Проектирование, модернизация, оснащение эндоскопических кабинетов

Установка для дезинфекции эндоскопической техники "Нерпа":

- предстерилизационная очистка, дезинфекция и стерилизация гибких эндоскопов и лапароскопов;
- автоматические режимы работы: проточный и циркуляционный.

Электронное оборудование "Эндовид":

- визуализация и обработка эндоскопических изображений;
- оптический спектральный анализ для ранней диагностики онкозаболеваний.

Аппаратура высокочастотная электрохирургическая

03146, г. Киев, а/я 1, НПП "Технотроник"
тел./факс (+38044) 236-78-66; 236-10-15, 455-48-47
e-mail: endomed@visti.com; techno@uzers.ntu-kpi.kiev.ua



ВОЛОКОННАЯ ОПТИКА НПФ «ОПТРОН»

Мы производим:

- жёсткие и гибкие световоды всех типов;
- осветители для подключения световодов;
- налобные прожекторы с увеличительной оптикой.

Осуществляем ремонт:

- эндоскопической аппаратуры всех моделей;
- волоконно-оптических световодов;
- лапароскопов

72313, г. Мелитополь, п/я 63;
тел.: (0619) 42-68-00, тел./факс: (0619) 42-44-89;
e-mail: optron@mediana.net.ua

ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ

Шербул В.И., Олейников В.Б.

Клиника оториноларингологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины, Киев

Six-years Experience of Functional Endoscopic Surgery of the Paranasal Sinuses and Nose

V.I. Sherbul, V.B. Oleynikov

ORL clinic of Main Military Clinical Hospital of Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Надійшла 28 березня 2005
Допущена 21 квітня 2005

Summary

There were performed 3958 operative measures with endoscopic techniques during the period 1998-2004 in ORL clinic of Main military clinical hospital of Defense Ministry of Ukraine. We used endoscopic diagnostic examinations in conjunction with modern imaging methods, particularly computed tomography. Thus using less traumatic interventions which preserve the mucosa, a cure was possible in the majority of all cases of chronic sinusitis, without having to resort to the more radical surgical methods — either endonasally or from the exterior — that have been implemented up to now.

Keywords: functional endoscopic surgery, paranasal sinuses, FESS.

Введение

Современная функциональная хирургия околоносовых пазух является продуктом параллельного развития двух направлений: внутриносовой хирургии, история которой началась еще в XIX столетии и эволюции методик эндоскопического исследования носа и околоносовых пазух, которые первоначально использовались только в диагностических целях

Пионером эндоназальной хирургии верхнечелюстной пазухи принято считать J. Mikulicz, который впервые описал метод вскрытия верхнечелюстной пазухи через средний носовой ход еще в 1887 году [11].

Методика вскрытия верхнечелюстной пазухи через средний носовой ход была детально разработана еще в XIX веке. E. Zuckerkandl, описал данный метод в 1892 году, но позднее от него отказались из-за опасности повреждения стенки орбиты [6, 7].

Оториноларингологи одними из первых взяли на вооружение методики эндоскопии. Первая попытка применения эндоскопа в ринологии была сделана в

1901 году, когда A. Hirschmann использовал модифицированный цистоскоп для осмотра полости носа, а также верхнечелюстной пазухи через наложенное дрелью отверстие в области собачьей ямки. W. Spielberg (1922) модифицировал эту методику и предложил вводить в пазуху эндоскоп через отверстие в латеральной стенке нижнего носового хода, сделанное троакаром. M. Maltz (1925) ввел сам термин "синусоскопия" и разработал эндоскопы с боковой оптикой, которые стали прообразом применяющихся в настоящее время. Однако, в последующие 30 лет развитие оптической эндоскопии почти остановилось, и публикации на эту тему были спорадическими [1, 2, 9].

Широкое использование методов эндоскопической диагностики и хирургии в ринологии началось в 60-е годы после разработки жестких оптических систем Хопкинса. Базируясь на новых технических возможностях, W. Messerklinger разработал теоретическое обоснование и физиологические концепции данного метода. В основном его работам мы обязаны становлением техники эндоскопической диагностики и эндоскопической хирургии в нынешнем виде. Именно благодаря W. Messerklinger, эндоскопическая ринохирургия не стала просто арифметической суммой возможностей внутриносовой хирургии и эндоскопии, но привнесла новую философию в лечении синуситов в целом [1, 3, 4, 11].

В настоящее время отпала необходимость убеждать врачей в полезности методов функциональной ринохирургии. Практически прекратилась жаркая полемика со сторонниками "радикальных" методов хирургического вмешательства о преимуществах

функциональных методов хирургического лечения [7, 9, 10].

В то же время известно, что далеко не всех случаях использование методов функциональной ЭРСХ приводит к положительному результату, что вполне попятно, так как не может быть универсального метода для всех случаев жизни и болезни. Этот факт не дает оснований для порицания методов функциональной ЭРСХ, но заставляет изучать причины неудач и искать пути совершенствования метода [5, 8, 9, 11].

Материалы и методы

Метод функциональной ЭРСХ впервые применен в ЛОР клинике ГВКГ в 1995 году, а с 1998 года постепенно заменял методы радикальной хирургии.

Нами проведено изучение результатов операций у 3958 больных за период с 1998 по 2004 годы.

Использовались эндоскопическое и микрохирургическое обеспечение: 25° и 70° 2,7 мм эндоскопы (Richard Wolf, Германия), 0°, 30° и 70° 4 мм эндоскопы (Karl Storz, Германия), монитор 19 "Trinitron" Sony, видеокамера Telekam DX (Karl Storz, Германия), осветитель Halogen 250 Twin (Karl Storz, Германия), шейверная система "Stryker" TRS-II с прямыми и угловыми фрезами, шейверная система (Karl Storz, Германия), ринофиброскоп 11001 RD (Karl Storz, Германия), аппарат аргоно-плазменной коагуляции ЭКОН-0701, коагулятор "Valleylab" с различными насадками, наборы микрохирургических инструментов для носа о ОНП.

Мы использовали комплексный подход к оценке состояния боковой стенки носа, где располагаются соустья пазух и узкие ходы между анатомическими структурами, одновременно устраняя все патологические изменения в этих органах, включая патологию перегородки носа.

Изолированное поражение ОНП встречалось редко, чаще это ячейки решетчатой кости в начальных стадиях болезни.

Не редко имело место сочетанное поражение нескольких ОНП.

Всем больным с заболеваниями носа и околоносовых пазух перед операцией выполнялись КТ околоносовых пазух в коронарной проекции, при необходимости в аксиальной проекции, значительно реже выполнялось МРТ.

Результаты и их обсуждение

Результаты хирургического лечения показали, что оба метода исследования не всегда являются достаточно информативными в плане диагностики. Особенно часто расхождения были выявлены в полостях с малыми объемами, в небольших по размеру лобных, верхнечелюстных, клиновидных пазухах. В большей степени элементы гипердиагностики были выявлены при МРТ исследовании. Таким образом, для более объективной оценки патологического процесса в околоносовых пазухах является КТ. Предпочтительнее выполнить КТ ППН в коронарной проекции.

Наше оборудование дает возможность проведения фото- и видеорегистрация результатов исследования. Это позволяет документировать дооперационные и операционные данные, что может быть существенно в юридическом отношении и для ретроспективного клинического и научного анализа.

Для повышения эффективности функциональных эндоскопических операций больным выполнялась диагностическая эндоскопия полости носа. Весьма важен также осмотр зоны остиомеатального комплекса, носового клапана с помощью оптики, что позволяет выбрать оптимальный объем хирургического лечения.

Проводили компьютерную томографию в нескольких проекциях, использовали снимки во время операции. У больных с бронхиальной астмой и аспириновой триадой перед операцией проводили короткий курс общей кортикостероидной терапии, а в послеоперационном периоде местную кортикостероидную терапию не менее шести месяцев. В послеоперационном периоде больным выполняли уход за полостью носа и околоносовыми пазухами в амбулаторном порядке.

Полипоз, возникший в результате грибкового поражения слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух более агрессивен, чем полипоз при бактериальном поражении. Поскольку чаще всего мы имеем дело с неинва-

Таблица 1. Хирургические вмешательства (нос и ОНП) по годам

Операции	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Полипополисинусотомия	19	34	153	89	95	111	108
Полипоэтомидотомия	18	16	15	42	51	42	47
Ревизия остиомеатального комплекса	21	19	33	36	35	49	54
Операции на лобной пазухе	24	24	3	3	6	4	4
РО на гайморовой пазухе	9	18	9	5	6	2	2
Кисты верхнечелюстных пазух	4	5	8	12	16	15	21
Инородные тела верхнечелюстных пазух	1	2	5	7	5	6	5
Операции на носовых раковинах	54	135	114	105	94	67	59
Аденотомия	41	41	41	29	40	38	37
Септопластика	200	248	285	235	232	295	288
Всего операций: 3958	391	542	666	525	580	629	625

зивной формой поражения пазух, обычное местное противогрибковое лечение в послеоперационном периоде дает хороший результат. Иногда приходится назначать и общую противогрибковую терапию. Мы испытываем трудности при лабораторной диагностике грибкового синусита, а также отсутствии местных противогрибковых препаратов.

Прогресс в лечении полипозного риносинусита мы связываем с комбинацией хирургического и консервативного лечения, поскольку правильно выполненное вмешательство, восстанавливая проходимость заблокированных естественных отверстий околоносовых пазух, дает возможность вводимым интраназально кортикостероидным аэрозолям воздействовать не только на слизистую оболочку полости носа, но и проникать во все околоносовые пазухи. К сожалению, ни самая качественная операция, ни кортикостероидная терапия не в состоянии полностью излечить полипозный риносинусит, однако они дают возможность значительно улучшить качество жизни больных и удлинить промежутки между рецидивами.

При выполнении ревизии остеомиатального комплекса важным условием является восстановление вентиляции околоносовых пазух через естественные соустья, доступа к верхнечелюстной пазухе через естественное соустье. Мы не производим резекцию крючковидного отростка в случае отсутствия его патологии (пародоксальный его изгиб, гипертрофия, и др.), при глубоком расположении естественного отверстия, делаем его частичную резекцию в проекции соустья. Расширение естественного соустья с верхнечелюстной пазухи от 2 до 7 мм. Таким образом, с одной стороны воздух не попадает непосредственно в полость пазухи, с другой стороны налажена постоянная вентиляция пазухи и создаются условия для эвакуации отделяемого и слизи. При сочетании полипозного синусита с бронхиальной астмой создаем максимально широкое соустье, оно распространяется от места прикрепления крючковидного отростка до самых задних отделов верхнечелюстной пазухи, по возможности сглаживая порог между пазухой и дном среднего носового хода. Соустье с лобной пазухой расширяем путем порционной резекции передней части решетчатой буллы, при необходимости заднего отдела клетки *Agger nasi*. Клиновидную пазуху открываем вниз и медиально до 4–5 мм.

В процессе вмешательств на перегородке носа ригидная оптика нашла широкое применение, уменьшилась

травматичность слизистой оболочки, улучшился обзор глубоких отделов полости носа, появилась возможность выполнения криситомии в задних отделах перегородки.

Ригидная оптика обеспечивает контроль и нередко является средством обнаружения источника кровотечения. Нам удавалось во время операции и послеоперационном периоде при кровотечениях обнаруживать и коагулировать измененные сосуды в различных отделах носовых раковин, в носоглотке, на перегородке носа.

Оптимальным для нас методом хирургического лечения кист верхнечелюстных пазух являлся — удаление их через средний носовой ход под контролем эндоскопа используя изогнутый инструмент до 120 градусов, угловую шейверную фрезу 40 градусов. При кистах, расположенных в переднемедиальных отделах, мы использовали щадящее вскрытие пазухи через ее переднюю стенку — микрогайморотомия.

Операции Денкера и Калдвелл-Люка мы применяли при онкологическом поражении решетчатого лабиринта и верхнечелюстных пазух, когда удаление опухоли не было возможным под эндоскопическим контролем в полном объеме.

Восстановление носового дыхания при вазомоторных ринитах без истинной гиперплазии слизистой оболочки мы делаем путем подслизистой коагуляции передних концов нижних носовых раковин. При гипертрофии заднего конца нижней носовой раковины шейвером резецируем его, а раневую поверхность коагулируем аргоно-плазменным коагулятором, что делает операцию бескровной.

Аденотомия выполнялась трансназальным доступом, с использованием шейверной системы, различных коагуляторов, что позволило качественно визуализировать операционное поле, удалить всю аденоидную ткань, достигнуть качественного гемостаза. В последнее время для гемостаза предпочтение отдаем аргоно-плазменному коагулятору.

Все инородные тела (пломбирочный материал, зубы, боры, пуля, скрепка и др.) верхнечелюстных пазух были удалены через расширенное естественное соустье, при необходимости одномоментно выполнялась коррекция внутриносовых структур.

Применения новых современных фармакологических средств позволило сократить послеоперационный период при эндоскопических вмешательствах в полости носа и околоносовых пазухах.

Таблица 2. Осложнения после хирургических вмешательств по годам

Осложнения	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Назальная ликворея	-	-	1	-	-	1	1
Повреждение медиальной стенки глазницы	2	3	-	-	1	-	3
Интраоперационное кровотечение	3	1	1	-	-	-	1
Носовое кровотечение 1-7 сутки	2	3	1	2	1	1	3
Отек ретробульбарной клетчатки	4	3	1	2	1	2	2
Повреждение слезного мешка	-	-	1	-	-	-	-
Гнойный синусит	1	-	2	-	-	-	3
Синехии полости носа	16	14	12	14	12	11	14
Всего: 146	28	24	19	18	15	15	27

Как известно, наиболее тяжело в послеоперационном периоде больные переносят тампонаду. Процедура тампонады может быть значительно облегчена применением тампонов "Мироцель" и "Эндоцель", "пальчиковых" тампонов, силиконовых сплинтов, которые мы оставляли в полости носа от одного до десяти дней. Тампоны можно дополнительно пропитывать лекарственными средствами в течение всего периода тампонады. Таким образом, послеоперационный период у больных удастся значительно облегчить. Пациенты легче переносят тампонаду, нет сильных головных болей, гипертермии, улучшается трофика локутов слизистой оболочки, быстрее происходит процесс эпителизации.

Всего за отчетный период у нас было 146 осложнений которые не повлияли на клинический исход.

Все случаи назальной ликвореи закончились выздоровлением. Повреждение медиальной стенки глазницы не требовало дополнительного оперативного вмешательства, носовые кровотечения остановлены используя отсоскоагулятор или аргно-плазменный коагулятор, под контролем эндоскопа. Задняя тампонада не выполнялась ни разу. Синехии полости носа возникали у пациентов, которым по разным причинам не производился послеоперационный уход за полостью носа.

Использование метода показало, что не во всех случаях удается получить стабильный положительный результат.

Повторной операции были подвергнуты 56 больных с полипозным риносинуситом. Причинами повторных операций были — местный и общий иммунодефицит, аллергия, непереносимость неспецифических противовоспалительных медикаментозных средств, сопутствующие полипозному полисинуситу бронхиальная астма, аспириновая триада, дефекты предыдущих операций, стеноз соустья, патогенная микрофлора.

Средняя длительность лечения в ЛОР клинике ГВКГ с использованием метода эндоскопической риносинусохирургии составил 2,2 дня, без использования 7,8 дня, что может свидетельствовать о высокой экономической рентабельности.

Заключение

Клиническое использование функциональных эндоскопических методик для диагностики и хирургического лечения заболеваний носа и околоносовых

пазух убедительно подтверждают их значительные преимущества перед радикальными органоразрушающими вмешательствами. Нарботанный нами материал будет более детально проанализирован по каждой нозологии, что будет отражено в последующих научных работах.

Литература

1. Быкова В.П. (1975) Динамика катарального воспаления (на основе морфологического изучения хронических ринитов и риносинуситов). Дис. док. мед. наук. (Москва).
2. Гурьев И.С., Пискунов Б.С. (2000) Анатомические особенности среднего носового хода у больных с кистами верхнечелюстных пазух. Современные вопросы аудиологии и ринологии. (Москва). с. 104-106.
3. Завьялов Ф.Н. (1998) Морфогенез, диагностика и хирургическое лечение антрохоанальных полипов. Дис. канд. мед. наук. (Курск).
4. Крюков А.И., Шубин М.Н., Сединкин А.А., Антонова Н.А. (2002) Состояние верхнечелюстных пазух в отдаленном послеоперационном периоде при различных вариантах санирующих операций. Вестник оториноларингологии. 3:4-8
5. Лопатин А.С., Быкова В.П., Арцыбашева М.В. (1997) Современные принципы диагностики и лечения хоанальных полипов. Вестник оториноларингологии. 1:8-12
6. Лопатин А.С., Пискунов Г.З., Горячкина Л.А., Тополева Т.С., Арцыбашева М.В., Чучуева Н.Г. (1998) Ведение послеоперационного периода, при функциональных внутриносовых хирургических вмешательствах. Учебное пособие. (Москва), "Медицина". 120 с.
7. Пальчун Б.Т. (2002) Противоречивая лечебная тактика при ряде основных заболеваний ЛОР-органов (опыт ЛОР-клиники РГМУ). Вестник оториноларингологии. Материалы Российской конференции оториноларингологов. (Москва). с. 16-22.
8. Пискунов С.З. (1995) О хирургическом лечении хоанальных полипов. Труды XV съезда оториноларингологов России. (С-Петербург). 2:87-90.
9. Пискунов В.С. (2002) Значение эндоназальных анатомических структур в норме и патологии. Дис. канд. мед. наук. (Курск).
10. Ширшова А.А. (2001) Хирургическое и экстракорпоральное лечение больных полипозным синуситом в сочетании с легкой патологией. Современные вопросы лечебной и профилактической медицины. (Москва). с. 52-54.
11. Чучуева Н.Г. (2002) Анализ причин неудач функциональной эндоскопической риносинусохирургии. Дис. канд. мед. наук. (Москва).



ПОДПИСКА 2006

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2006 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

ДИСТАНЦИОННАЯ ЛИТОТРИПСИЯ КОРАЛЛОВИДНОГО НЕФРОЛИТИАЗА

Терещенко Н.К., Коршунов Н.П., Стеценко В.А.

Клиника урологии Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Украины, Киев

Extracorporeal Shockwave Lithotripsy Coral Stones of Kidneys

N.K. Tereschtschenko, N.P. Korshynov, V.A. Stetsenko

Clinic of Urology and Nephrology, Main Military Clinical Hospital, Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Надійшла 24 травня 2005
Допущена 29 травня 2005

Summary

The clinic experience in our urology department of extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL) coral stones for the last 7 years includes 97 cases. The indications and contraindications for ESWL coral stones are determined. The complications of ESWL coral stones are interpreted. The techniques of ESWL coral stones is presented.

Keywords: lithotripsy, coral stones, nephrolithias.

Введение

Лечение больных коралловидным нефролитиазом — одна из самых сложных проблем урологии. Остаются нерешенными вопросы показаний к оперативному лечению, консервативному, дистанционной литотрипсии (ДЛТ) коралловидного нефролитиаза (КН).

В последние годы, благодаря совершенствованию и новым разработкам ДЛТ, в лечении коралловидного нефролитиаза существенно изменилась тактика лечения мочекаменной болезни и, в частности, коралловидного нефролитиаза, основой которой является определение показаний для ДЛТ, прогнозирование возможных осложнений, послеоперационный режим лечения. В литературе представлены использование различных методов литотрипсии КН, дискутируется целесообразность применения метода, поскольку на некоторых литотрипторах получены неудовлетворительные результаты, проявившиеся в виде серьезных осложнений [3, 4, 5, 9, 10]. В месте с тем, зачастую прослеживается противоречивость в технике ДЛТ КН, недостаточно полно освещены вопросы определения показаний и противопоказаний метода.

Цель работы — представить собственный клинический опыт ДЛТ КН по разработанной нами технологии, определение показаний и противопоказаний, оптимизация метода.

Материалы и методы

Клинический опыт урологического отделения ГВКГ за 7 лет составил дробление коралловидного камня (КК) у 102 пациентов, мужчин — 63; женщин — 39. Средний возраст составил — 43,2 года \pm 0,8.

Оперативные и эндовезикальные вмешательства по поводу нефролитиаза составили 10,2 % всех пролеченных больных мочекаменной болезнью.

Сеансы ДЛТ КК выполнялись на литотрипторе "Lithostar 2-Plus" Siemens. Общее количество ДЛТ составило 328. Дробление проводилось при напряжении от 12 до 18 KV с постепенной адаптацией к режиму энергии. Количество импульсов за один сеанс не превышало 4000. У 14 пациентов КК занимал практически всю чашечно-лоханочную систему почки. В остальных случаях размер КК варьировал от 2,5 до 6,0 см в диаметре с появлением отростков и камней в чашечках почки.

В процессе дробления КК почки использовался фиксирующий пояс, уменьшающий амплитуду движения почки [2], учитывался также феномен отраженной шоковой волны, что имело значение в оценке литодинамических процессов в послеоперационном периоде [6], и предвидении послеоперационных осложнений.

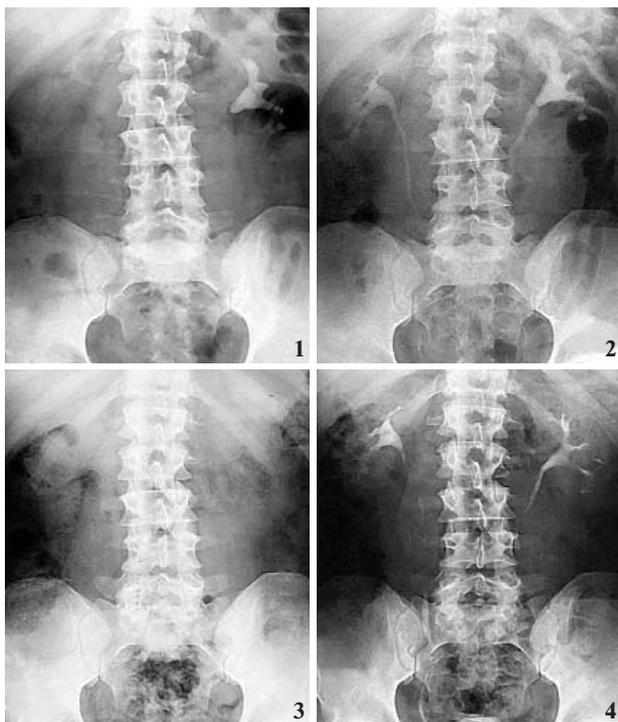


Рис. 1 — рис. 4. Первое клиническое наблюдение

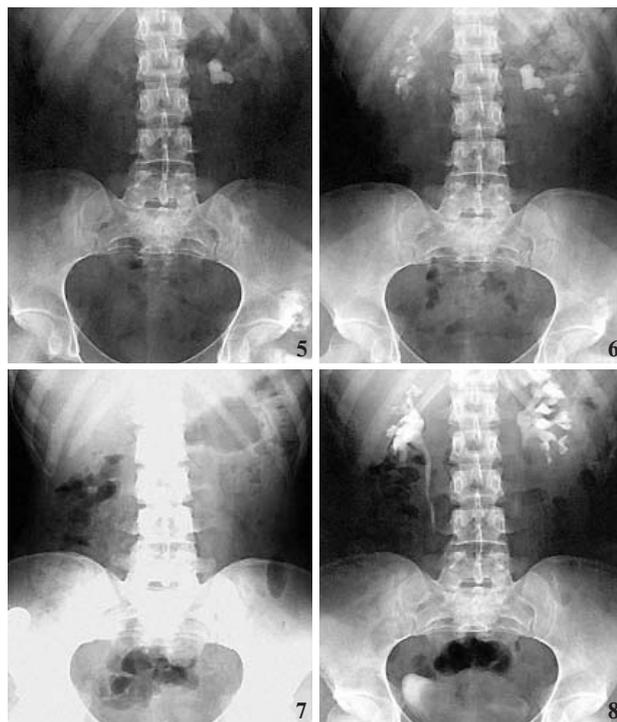


Рис. 5 — рис. 8. Второе клиническое наблюдение

Противопоказаниями для проведения ДЛТ КН являлись прежде всего:

1. Обострение хронического пиелонефрита;
2. Сужение пиелoureтерального сегмента, узкий мочеточник;
3. Существенное снижение функции почки, чисто оксалатный состав камня, беременность.

Наибольшую настороженность возможных осложнений вызывали пациенты с единственной почкой и двусторонней почечной патологией. В клинике выполнялась ДЛТ крупных камней единственной почки у 7 пациентов. Обязательным условием предупреждения осложнений у этой категории больных была установка DJ-стента.

Результаты и обсуждение

Анализ клинического материала указывает на высокую эффективность ДЛТ КК уратного и фосфатного состава. Для эффективности их дробления было достаточно 2500 ударов при максимальной энергии не превышающей 15 KV.

При проведении сеансов ДЛТ у больных коралловидным нефролитиазом преследовались следующие задачи:

1. Определение строгих показаний в каждом конкретном случае, учитывая прежде всего морфофункциональный потенциал почки, состав камня, состояние уродинамики, используя при этом

традиционные урологические методы, в некоторых случаях компьютерную-томографию, МРТ, УЗИ с доплерографическим картированием.

2. Предоперационная подготовка включает в себя дезинтоксикационную, антибактериальную терапию. Эффективность ДЛТ связана с физико-химическими характеристиками камня. Достижение высокой эффективности ДЛТ возможно при проведении цитратной терапии препарата "Блемарен", "Уролит-У".
3. Предупреждение тотальной обструкции мочеточника фрагментами раздробленного конкремента: установка стентов, спазмолитическая терапия, катетеризация мочеточника, стимуляция диуреза, применение физ. методов, амплипульс на "каменную дорожку". Повторный сеанс ДЛТ крупных осколков в мочеточнике.
4. ДЛТ КК должна проводиться в шадающем режиме под внутривенным обезболиванием. Проводя сеанс ДЛТ КК не ставится цель быстрого получения эффективного результата за один сеанс. Отработанная в клинике технология дробления КК состоит в фракционном дроблении камня начиная с лоханочно-уретральной его части, затем крупные фрагменты лоханки и отростки с перерывом не менее 6-8 суток в промежутках между сеансами ДЛТ. Обязательным является дробление крупных осколков в мочеточнике и разряжение "каменной дорожки" — амплипульс, стимуляция диуреза.

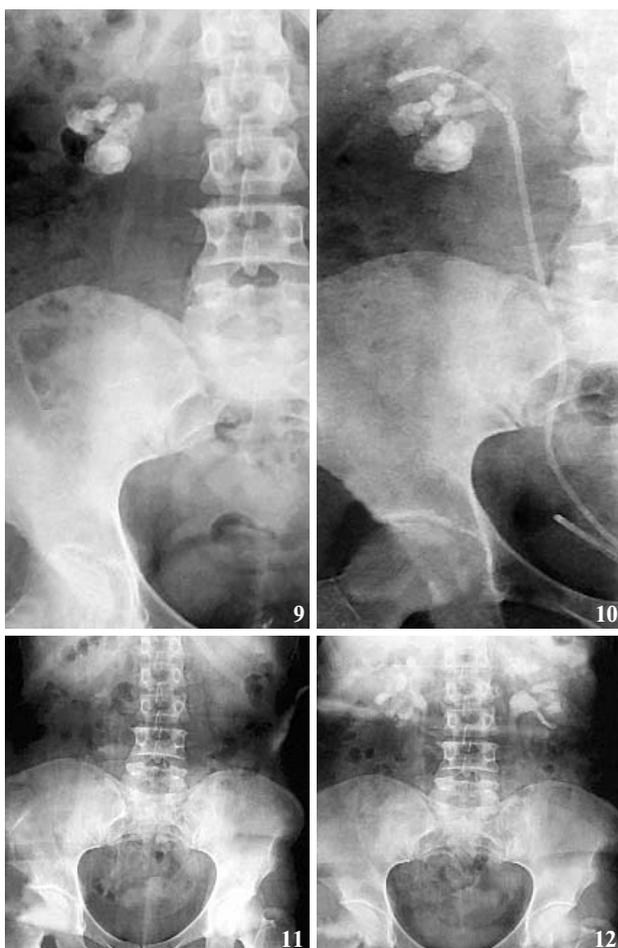


Рис. 9 — рис. 12. Третье клиническое наблюдение

У 26 больных было достигнуто полное разрушение камня и выведение практически всех осколков.

У 32 пациентов потребовался повторный этап ДЛТ через 1-1,5 месяца. Предложенная технология ДЛТ КН позволила уменьшать количество осложнений до 9,3%. У 5 больных полностью раздробить КК не удалось в течении года, 3 из них были прооперированы. Наиболее грозным осложнением послеоперационного периода ДЛТ КК явилась гематома окологломерулярной клетчатки. Так, у 7 больных гематома успешно лечилась консервативно, у 1 больного выполнено пункционное дренирование, и в одном случае проведена нефрэктомия в связи с гнойным пиелонефритом. Основной принцип консервативного лечения гематомы почки заключался в гемостатической, дезинтоксикационной, антибактериальной и рассасывающей терапии, под ежедневным УЗИ контролем и показателями свертывания крови. Гемотрансфузия выполнена у одного пациента в связи с нарастающей анемией.

Почечные колики (58) купировались после ДЛТ отдельных крупных осколков мочеточника, спазмолитической терапии и амплипульса. У 6 больных

произведена катетеризация мочеточника и у 4 рассечение устья и удаление осколков петлей Дорнье.

Обострение пиелонефрита после ДЛТ КН выявлено у 24,7%. Всем больным назначалась антимикробная терапия за 2-3 дня до ДЛТ с последующим продолжением до 7 дней. В посевах мочи больных КН высеяна в основном *E. Coli* — 82,5%, *Ps. Aeruginosa* — 10,5%, *Enterobacter sp.* — 5,2%. Согласно чувствительности к антибиотикам назначалась антимикробная терапия. Основное значение при обострении пиелонефрита придавали восстановлению уродинамики: ДЛТ осколков в мочеточнике, катетеризация мочеточника, рассечение устья и извлечение осколка, вплоть до открытых оперативных вмешательств. Так, одному больному потребовалось уретролитотомия (удаление осколка "каменной дорожки"), другому в связи с развитием апостематозного пиелонефрита удалён крупный фрагмент КК, наложена нефростома.

Противопоказанием для ДЛТ КН является снижение функционального состояния почки более чем на 50%, упорное течение хронического пиелонефрита с выраженной бактериемией, неэффективность первых двух сеансов ДЛТ [7, 12].

Из осложнений ДЛТ при КН следует отметить также в одном случае — бактериемический шок и у 2 больных — гипертонический криз. Обострение хронической почечной недостаточности отмечено у 18 пациентов, в основном страдающих двусторонним пиелонефритом, из них у 2 — с единственной почкой. У этих больных потребовались реанимационные мероприятия с подключением искусственной почки.

Клинические наблюдения

Первое наблюдение

Больной Р., 58 лет. Диагностирован коралловидный камень левой почки (Рис.1). Функция почек сохранена. Камень заполняет чашечно-лоханочную систему полностью (Рис. 2). Выполнено два этапа ДЛТ. Всего шесть сеансов. Результат представлен на рис. 3, 4. Функция почек удовлетворительная. Камень полностью отошёл в виде песка и осколков.

Второе наблюдение

Больная П., 19 лет. Выявлен коралловидный камень левой почки. Функция левой почки снижена. Проведено три сеанса ДЛТ. Камень полностью раздроблен и отошёл песок и осколки. Функция левой почки значительно улучшилась (Рис. 5-8).

Третье наблюдение

Больная Н., 52 года. Диагностированы двусторонние камни почек, справа — коралловидный камень. ДЛТ справа

выполнена в три этапа по два сеанса. Перерыв между сеансами ДЛТ составил два месяца. Отдалённые результаты представлены на рис. 11, 12: отошел песок и мелкие осколки. Функция почек — удовлетворительная (Рис. 9-12).

Заключение

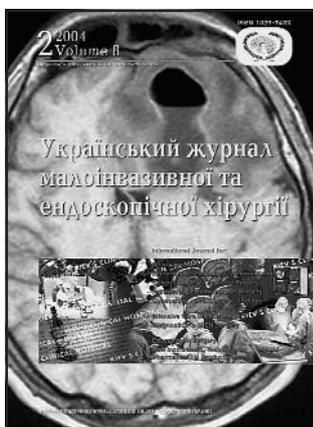
Таким образом, приведённые клинические наблюдения показывают, что ДЛТ КН является современной альтернативой хирургическому лечению. Показания для ДЛТ КН строго индивидуальны, а прогнозируемый успех зависит не только от размеров камня, его химического состава, но и в предвидении опасности возникновения осложнений и их предупреждений.

Противопоказанием для ДЛТ в лечении КН является выраженное снижение функции почки, упорный воспалительный процесс в ней, неэффективность первых двух сеансов при плотных КК.

ДЛТ является в лечении КН высокоэффективным методом имеющим ряд преимуществ: неинвазивность, малая травматичность почки, легкая переносимость, возможность неоднократного проведения ДЛТ без вреда для больного, снижение инвалидности и ускорение реабилитации пациентов.

Литература

1. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Винаров А.З. (2001) Осложнения дистанционной ударно-волновой литотрипсии. Профилактика и лечение. (Москва). "Медицина". 78 с.
2. Коршунов Н.П. Пристрій для обмеження фізіологічної діяльності рухливості нирок при ДЛТ. Патент на винахід № 37121А.
3. Мартов А.Г., Зенков С.С., Гришкова Н.Г., Беспалов Д.А. (1996) Определение объема коралловидных камней для объективизации результатов дистанционной литотрипсии. Пленум Правления Всероссийского общества урологов: материалы. (Екатеринбург). с. 370-371
4. Олефир Ю.В., Авдейчук Ю.И., Гарилевич Б.А., Касаикин А.В., Акименко А.Ю. (1998) Тактика ведения больных коралловидным нефролитиазом, лечившихся методом дистанционной нефролитотрипсии при формировании "каменной дорожки". Неотложная медицинская помощь: состояние, проблемы, перспективы развития. Тез. докл. науч.-практ. конф. (Москва). с. 168-169
5. Ревунов А.Ф. (1996) Показания к дистанционной литотрипсии при двусторонних коралловидных и множественных камнях, осложненных пиелонефритом, ХПН и уросепсисом. Пленум Правления Всероссийского общества урологов: материалы. (Екатеринбург). с. 386-387
6. Терещенко Н.К., Коршунов Н.П. (2003) Феномен отраженной шоковой волны при экстракорпоральной литотрипсии. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 7; 2: 4-6
7. Терещенко Н.К., Коршунов Н.П. (2004) Дистанционная литотрипсия на фоне экскреторной урографии. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 8; 4: 14-18
8. Тиктинский О.Л., Кривенко А.Е., Кореньков Д.Г., Сагалович Л.Б., Остриков В.П. (1996) Этапная дистанционная литотрипсия. Пленум Правления Всероссийского общества урологов: материалы. (Екатеринбург). с. 395-396
9. Albala D.M., Assimos D.G., Clayman R.V., Denstedt J.D. (2002) Lower pole I: a prospective randomized trial of extracorporeal shock wave lithotripsy and percutaneous nephrostolithotomy for lower pole nephrolithiasis-initial results. J Urol 167 (4): 1805
10. Buchholz N.P., van Rossum M. (2001) Shock wave lithotripsy treatment of radiolucent ureteric calculi with the help of contrast medium. Eur Urol. 39 (2): 200-203
11. Dulce H.-G., Dulce M., Butz M. (1985) Fortschr. Urol. Nephrol. 23: 381
12. Madbouly K., Sheir K.Z., Elsobky E., Eraky I., Kenawy M. (2003) Risk factors for the formation of a steinstrasse after extracorporeal shock wave lithotripsy: a statistical model. J Urol. 169 (1): 292



ПОДПИСКА 2006

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2006 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Головко С.В., Чернев В.Н.

Клиника урологии и нефрологии Главного военного клинического госпиталя Министерства Обороны Украины, Киев

Our Experience of Laparoscopic Operations in Treatment of Urology Diseases

S.V. Golovko, V.N. Chernev

Clinic of Urology and Nephrology, Main Military Clinical Hospital, Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Надійшла 23 травня 2005
Допущена 29 травня 2005

Summary

There are clinical materials of laparoscopic operations for kidney cysts (10), varicocele (29) and others presented. The methods of the operations are presented. There is a comparative characteristic with open operations presented. The indications for laparoscopic operations are determined. The outcomes of the treatment are presented.

Keywords: laparoscopic operation, kidney cyst, varicocele.

Введение

В урологической практике лапароскоп впервые использован в 70-х годах для диагностики крипторхизма [1,2]. Далее лапароскопию начали выполнять для диагностики гидронефроза, рака почки, солитарных кист почек, поликистоза [3]. В 80-х годах были освоены такие лапароскопические процедуры, как тазовая лимфаденэктомия, перевязка варикозных вен яичка [4,7]. В 90-х годах разработаны новые технологии, позволяющие выполнять нефрэктомия, нефропексию, уретеролитотомию, резекцию кист почек, цистэктомия, дивертикулэктомия и др. [2, 5, 6, 8, 9]. Значительным достижением лапароскопической урологии стало освоение радикальной простатэктомии [10].

В урологических клиниках Украины лапароскопические операции используется очень редко. Публикаций, посвященных изучению лапароскопической хирургии в урологической практике, чрезвычайно мало и носят они фрагментарный характер.

Если развитие абдоминальной и гинекологической лапароскопии двигалось успешно, завоевывая все большее число сторонников, то эволюция уроло-

гической лапароскопии, к всеобщему удивлению, шла довольно медленно, хотя клиническая потребность в ней была очень высока. Лапароскопия значительно превосходит по информативности ультразвуковое исследование, компьютерную и ядерно-магнитную томографию.

Проведенные в последнее время лапароскопические урологические операции продемонстрировали реальную возможность их выполнения и окончательное достижение с их помощью заранее поставленной лечебной или диагностической цели, а также способность обеспечить пациенту более комфортный и короткий восстановительный период по сравнению с традиционной открытой операцией.

Путь внедрения лапароскопии в урологическую практику был долгим и достаточно сложным, пройдя эволюцию многими этапами и дойдя до совершенных в настоящее время операций по удалению и пластике лапароскопическим путем органов мочеполовой системы. Однако, несмотря на значительный прогресс, достигнутый в последние годы, многие важные вопросы, касающиеся роли лапароскопической хирургии в лечении урологических заболеваний, остаются неосвещенными в отечественной литературе. Крайне недостаточно описаны особенности выполнения лапароскопических операций. Остается нерешенной и другая проблема — предупреждение осложнений, возникновение которых возможно на всех этапах операции. Вот почему считаем возможным проанализировать и описать наш собственный опыт, включающий в себя результаты обследования и лечения больных с различными заболе-



Рис. 1

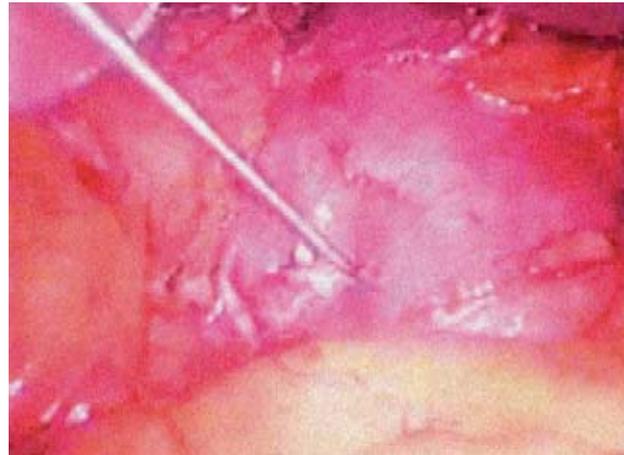


Рис. 2

ваниями мочеполовой системы. Продолжение клинических исследований позволит расширить область применения лапароскопических урологических методик — как диагностических, так и лечебных целях.

Материалы и методы

В 2002-2004 годах в урологическом отделении ГВКГ МО Украины лапароскопическим методом был прооперирован 41 пациент.

Лапароскопическая резекция простой кисты почки

Лапароскопическим методом были оперированы 10 пациентов с симптоматическими простыми кистами почек, из них 4 мужчин и 6 женщины. Средний возраст больных составил 54 года. Частота поражения правой и левой почки была одинаковой. Во всех случаях кисты были одиночными. У 9 пациентов кисты были выявлены впервые, и только одной ранее перенес чрескожную пункцию с одновременной склеротерапией полости кисты спиртом. Все пациенты жаловались на постоянные ноющие боли в поясничной области, у 3 больных отмечено повышение артериального давления различной степени выраженности, у одной больной выявлено пальпируемое объемное образование. Длительность заболевания варьировала от 9 месяцев до 7 лет. С целью диагностики и определения тактики лечения применя-

лись общеклинические методы обследования, ультразвуковое сканирование, обзорная и внутривенная урография, динамическая сцинтиграфия, в двух случаях выполнена компьютерная томография.

По результатам проведенного обследования имели место кистозные образования размером от 5.0 до 14.0 см, в 8 случаях киста локализовалась на передней поверхности почки, в одном — по латеральному контуру и в одном случае — на задней поверхности верхнего сегмента. По данным динамической сцинтиграфии дефицит секреторной функции соответствующей почки составил от 18% до 55%. Гематурия, пиурия и гипертермия отсутствовала во всех случаях.

Лапароскопическую резекцию простой кисты почки выполняли под эндотрахеальным обезболиванием, в положении больного на боку под углом 45° в следующей последовательности.

В брюшную полость параумбиликально сверху вводили иглу Вереща и нагнетали углекислый газ до давления 14 мм рт. ст., которое поддерживалось на протяжении всей операции. После извлечения иглы в том же месте проводили первый трокар, который использовали для лапароскопа. Проводили осмотр органов брюшной полости и определяли положение кист. Еще два трокара вводили на стороне патологии по среднеключичной линии: 5-миллиметровый трокар в подреберье и 10-миллиметровый трокар в мезогастрii. Далее с помощью электрокоагулирующих ножниц проводили разрез брюшины по соответствующему латеральному каналу, начиная в точке, рас-

Таблица 1.

№ п/п	Вид оперативного лечения	Количество больных	Средний возраст больных	Пол	
				Мужчины	Женщины
1.	Лапароскопическая резекция простой кисты почки	10	54	4	6
2.	Лапароскопические варикоцелэктомии	29	18.4	29	-
3.	Лапароскопическая урелитотомия	1	74	1	-
4.	Ревизия органов малого таза	1	74	1	-

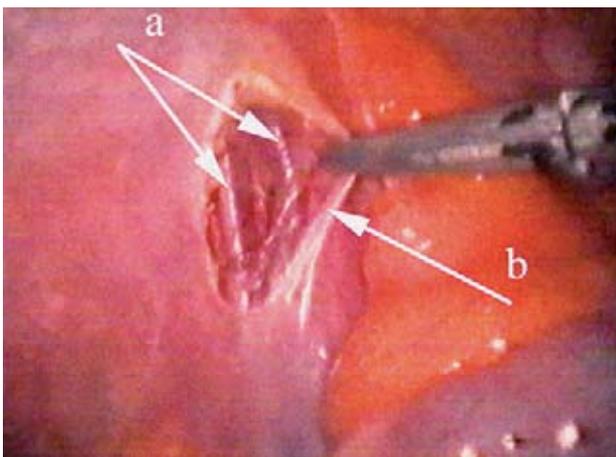


Рис. 3

положенной на 8-10 см ниже селезеночного или печеночного изгиба ободочной кишки, и поднимаясь вверх до самого изгиба. Тупым и острым путем отсепарировали ободочную кишку до фасции Герота. Фасцию рассекали и после обнаружения кисты продолжали препаровку до максимального обнажения ее свода (рис. 1).

При достаточной мобилизации свода кисты с помощью лапароскопической иглы проводили пункцию и аспирацию ее содержимого (рис. 2).

Затем захватывая специальным зажимом стенку кисты и рассекая ее электрокоагулирующими ножницами или крючком, проводили максимальное иссечение стенки кисты, выступающей за пределы почки. Остающиеся края стенки кисты подвергали электрокоагуляции на всем протяжении, а неудаленную ее часть тщательно осматривали и обрабатывали 96° спиртом. Иссеченную часть стенки, а также биоптат из подозрительных на опухоль участков оставшейся стенки отправляли на гистологическое исследование. Операцию завершали тщательным гемостазом и повторным осмотром органов брюшной полости с целью исключения какой-либо травмы, полученной при манипулировании. Рану дренировали в течение суток силиконовой трубкой, установленной ретроперитонеально через дополнительный 5-миллиметровый трокар по заднеподмышечной линии. Дефект брюшины ликвидировали путем наложения 2-3 титановых клипс на края. На места введения трокаров накладывали по одному шву. Через 24 часа при отсутствии отделяемого дренажную

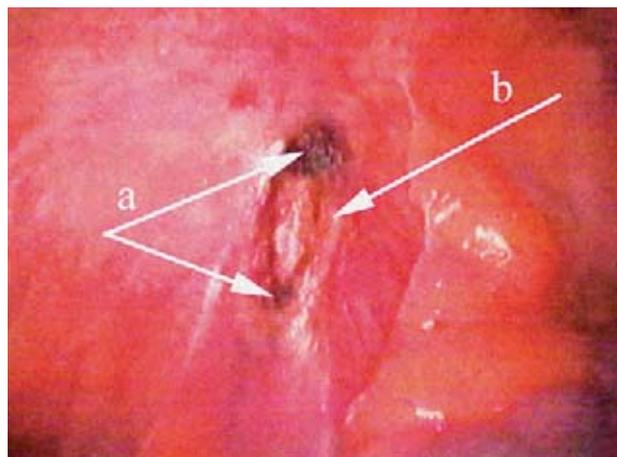


Рис. 4

трубку удаляли, пациентов активизировали и разрешили принимать обычную пищу. Через 3-4 суток пациентов выписывали из стационара.

Лапароскопические варикоцелэктомии

В урологическом отделении ГВКГ МО Украины в течение двух лет выполнено 29 лапароскопических варикоцелэктомий, из них 12 операций выполнено по поводу рецидива заболевания. Средний возраст пациентов составил $18,4 \pm 1,2$ года.

Всем больным с рецидивным варикоцеле до операции выполнялось УЗИ с доплерографией яичковых сосудов и сосудов почек для выявления функционирующих стволов внутренней семенной вены. При недостаточной информативности последнего исследования у двух пациентов нами была выполнена флебография яичковой вены трансфеморальным доступом.

Методика операций заключалась в рассечении брюшины на 3-5 см выше внутреннего пахового кольца над семенными сосудами, выделении яичковых сосудов, отделении вен от артерии и лимфатических сосудов, коагуляции (или клипирования) и рассечении вен (рис. 3, 4).

При выявлении расширенной вены левого семявыносящего протока, последняя также пересекалась. Метод обезболивания — внутривенная анестезия, длительность операции от 15 до 30 минут. Все больные были активизированы через несколько часов после операции и выписаны на следующий день.

Таблица 2.

№ п/п	Вид оперативного лечения	Средняя длительность операции	Процент рецидивирования	Средний койко-день
1.	Лапароскопическая резекция простой кисты почки	40-60 мин	0%	4±1.2
2	Открытое оперативное лечение	50-90 мин	0%	8±1.4
3	Пункционное вмешательство	20 мин	15-30%	3±1.1

Осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. Лапароскопическая варикоцелэктомия у больных с рецидивным варикоцеле производилась с незначительными техническими трудностями, длительность операции увеличивалась ввиду необходимости выделения венозных стволов из рубцовой ткани.

Результаты и их обсуждение

Все лапароскопические операции выполнялись под эндотрахеальным обезболиванием и завершались без анестезиологических осложнений. Длительность операций варьировала от 15 до 60 мин. Во всех случаях кровопотеря была минимальна, не требующей применения гемостатиков.

Затруднения с выделением кисты возникли в одном случае, что было обусловлено локализацией кисты по задней поверхности почки, позволившей резецировать не более половины общей площади стенки кисты. В остальных случаях кисту резецировали максимально, по краю почечной паренхимы. В 9 случаях операцию заканчивали дренированием полости кисты, в одном случае, когда киста локализовывалась на задней поверхности почки, выполняли дренирование полости кисты и подпеченочного пространства. Отток жидкости через дренаж был минимальным, в связи с чем дренаж удаляли через 24–48 часов. В течении первых суток после операции у всех пациентов отмечалась небольшая болезненность соответствующей половины живота, которая купировалась анальгетиками и не требовала введения наркотических препаратов. Антибиотики с профилактической целью после иссечения кисты вводили внутримышечно в течении 1 дня. Средний койко-день составил $4 \pm 1,2$. Ни в одном из гистологических исследований не было обнаружено злокачественной опухоли.

Сравнительная характеристика различных видов оперативного лечения кист почек представлена в таблице 2.

Лапароскопическое лечение позволило достичь желаемых результатов. Контрольное исследование, включающее клинические и биохимические исследования крови, а также ультразвуковое сканирование почек, проводилось через 3 и 6 месяцев после операции. Контрольная динамическая сцинтиграфия — через 6 месяцев после операции. У всех пациентов, обследованных в указанные сроки, отмечены улучшения самочувствия, нормализация артериального давления, отсутствия рецидива кисты. У двух пациентов, выполнивших динамическую сцинтиграфию через 6 месяцев, отмечено значительное увеличение

очистительной способности почек. Результаты клинических и биохимических исследований крови и мочи у всех пациентов были в пределах нормы.

Наш первый опыт применения лапароскопических операций в лечении простой кисты почки позволяет считать основными преимуществами данной методики малую травматичность, контролируемость и эффективность. При операциях на кистах почек легко выполняется максимальная резекция стенки кисты, оставшиеся края на всем протяжении коагулируются с целью предотвращения кровотечения. Операционное время эквивалентно или меньше продолжительности открытой операции. Пациенты активизируются на первые сутки после операции, а через 5–6 дней полностью трудоспособны. Наш опыт подтвердил не только безопасность данной операции, но и положительные клинические результаты в позднем послеоперационном периоде. У всех пациентов, прошедших контрольное обследование, отмечено исчезновение субъективных симптомов, имевшихся до операции.

Расположение кисты по задней поверхности почки вызывает определенные технические сложности и удлиняет время операции, поэтому лапароскопическое резекция кисты более показана при расположении ее на передней поверхности. Надо отметить, что проведение пункционных методов лечения при локализации кисты на передней поверхности затруднено или невозможно. Исходя из вышесказанного, можно подвести итог, что лапароскопическая резекция кисты является методом выбора при лечении крупных кист почек, расположенных на ее передней поверхности.

За 2-х летний период наблюдения рецидив варикоцеле выявлен у 1 пациента, оперированного лапароскопически. Следует отметить, что в группе больных, у которых в ходе операции была выявлена и пересечена расширенная вена семявыносящего протока, рецидива варикоцеле не отмечено. Мы считаем, что расширение вены семявыносящего протока указывает на присутствие стаза венозной крови в венах мочеполювого сплетения, вследствие которого возникает затруднение оттока крови от вен задней части гроздьевидного сплетения. Таким образом, после изолированного пересечения яичковой вены варикоцеле может персистировать.

Гидроцеле развилось у 1 больного, оперированного во время освоения методики. Развитие последнего связано с пересечением лимфатических сосудов, сопровождающих яичковую артерию и вены. Полученные результаты лечения не отличаются от данных зарубежных авторов, применяющих лапароскопические методики в урологии.

Сравнительная характеристика различных видов оперативного лечения варикоцеле представлена в таблице 3.

Таблица 3.

№ п/п	Вид оперативного лечения	Средняя длительность операции	Процент рецидивирования	Средний койко-день
1.	Лапароскопические варикоцелэктомии	10–30 мин	3,4%	$3 \pm 1,3$
2	Операция по Иванисевичу	30 мин	10–15%	$7 \pm 1,4$

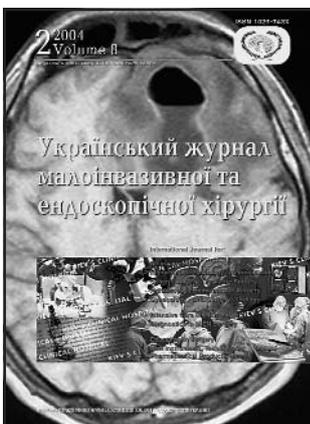
Наш первый опыт уретеролитотомии говорит о недопустимости лапароскопических операций при наличии сопутствующих заболеваний органов брюшной полости, выраженной аэроколии и предшествующих операций на органах забрюшинного пространства, что значительно усложняет выполнение операции и является потенциально опасным в возникновении осложнений.

Выводы

1. Технологические особенности разработанных лапароскопических операций, основанные на технических возможностях лапароскопического оборудования и инструментов, обеспечивают малоинвазивное, информативное и высокоэффективное выполнение операций на органах мочеполовой системы.
2. Наличие первичной или рецидивной простой кисты почки, расположенной по передней поверхности почки и вызывающей снижение функциональной способности почки, является показанием к выполнению лапароскопической резекции.
3. Лапароскопическая резекция простой кисты почки является высокоэффективным и радикальным методом лечения, обеспечивающим минимальную инвазивность и отличный косметический эффект.
4. Преимуществом лапароскопической окклюзии яичковой вены при варикоцеле является интраоперационное оптическое увеличение элементов семенного канатика, которое позволяет сохранить яичковую артерию и лимфатические протоки при гарантированном лигировании максимального количества стволов яичковой вены, что обеспечивает отсутствие послеоперационных осложнений и уменьшение количества рецидивов.
5. Эффективность лапароскопической окклюзии яичковой вены сопоставима с результатами открытого хирургического лигирования и трансформальной склеротерапией.
6. Наличие сопутствующих заболеваний органов брюшной полости, выраженной аэроколии и предшествующих операций на органах забрюшинного пространства, значительно усложняет выполнение лапароскопических операций при урологических заболеваниях, является потенциально опасным в возникновении различных осложнений и может быть причиной перехода к открытой операции.
7. Отсутствие гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопических операциях является большим преимуществом данного метода лечения по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами.

Литература

1. Ерохин А.П., Воложин С.И. (1995) Крипторхизм. (Москва). "Медицина". 344 с.
2. Степанов В.Н., Кадыров З.А., Розиков Ю.Ш., Томкевич Б.А. (1997) Лапароскопическое лечение брюшного крипторхизма у взрослых. Урология и нефрология. 5: 25-27
3. Степанов В.Н., Кадыров З.А. (2001) Атлас лапароскопических операций. (Москва). с. 1
4. Степанов В.Н., Мумладзе Р.Б., Перельман В.М., Кадыров З.А. и др. (1997) Лапароскопическое лечение варикоцеле. Урология и нефрология. 1: 3-6
5. Троицкий О.А., Романов В.А. (1996) Лапароскопическая нефрэктомия. Урология и нефрология. 2: 8-11
6. Canghai P.V. (1996) Laparoscopic nephrolithotomy. Eur. J. of urology. Vol. 3; 1
7. Coptcoat M.J., Joyce F.D. (1993) Laparoscopy in urology. (Oxford). 160 p.
8. Das S. (1992) Laparoscopic removal of bladder diverticul. J. Urol. Vol. 148; 6: 1837-1839
9. Fornara P., Doehn C. et al. (1999) Laparoscopic nephropexy. Eur. V. J. of urology. Vol. 6; 1
10. Guillonneau B., Rozert F., Cathelineau X. et al. (1999) Laparoscopic radical prostatectomy. Eur. V. J. of urology. Vol. 6; 3



ПОДПИСКА 2006

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2006 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Черняк В.А., Роговский В.М., Коваль Б.М., Осадчий А.И.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом грудной и сосудистой хирургии НМУ им. А.А. Богомольца, Киев, Украина
Клиника сосудистой хирургии, Главный военный клинический госпиталь МО Украины, Киев

Experience of Application of Endoscopic Technique in Cardiovascular Surgery

V.A. Chernyak, V.M. Rogovsky, B.M. Koval, A.I. Osadchy

Department of Surgery with the course of pectoral and vascular surgery, Medical University, Kiev, Ukraine
Clinic of Vascular Surgery, Main Military Clinical Hospital, Ministry of Defence, Kiev, Ukraine

Надійшла 17 травня 2005
Допущена 21 травня 2005

Summary

It was treated 178 patients by a surgical method with use of videoendoscopic technique. To such operations 8 nosologies units of the cardiovascular diseases. 5 basic surgical accesses used: pleural, retroperitoneal, subfascial, hypodermic, endovascular. 8 types of operative interferences applied on an aorta, pulmonary artery, pericardium, venous and sympatic nervous systems.

The results of treatment are appraised at all patients. The analysis of results rotined high efficiency of videoendoscopic methods of treatment of cardiovascular diseases.

Keywords: videoendoscopic surgery, cardiovascular diseases.

Введение

Разнообразие нозологических единиц среди хирургических болезней сердечно-сосудистой системы требует соответственно разных подходов к их лечению. При этом основными задачами лечения больных с поражением артериального и венозного сосудистого русла являются восстановление кровотока

прямыми или непрямыми методами, а также устранение возможных причин заболевания [1, 2].

В то же время высокая травматичность этих операций и высокий риск их выполнения побуждает многих пациентов отдавать предпочтение менее эффективным консервативным методам лечения [3, 6]. Одним из возможных выходов из создавшегося положения может быть использование в хирургической практике эндоскопических операций [4, 5, 7].

Материалы и методы

Под нашим наблюдением в период с 1999 по 2005 год находилось 178 больных, перенесших хирургические вмешательства с использованием эндоскопической техники. Средний возраст больных составил 67 ± 3 лет, мужчин было 144, женщин — 34 (соотношение 4:1). Больных с патологией венозной системы

Таблица 1. Распространение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в зависимости от нозологической единицы

№	Диагноз	Количество (n=178)	%
1	Посттромбофлебитический синдром нижних конечностей	130	73
2	Острая тромбоэмболия легочной артерии	2	1,1
3	Постэмболическая легочная гипертензия	6	3,4
4	Синдром Рейно верхних конечностей	7	3,9
5	Облитерирующий эндартериит/атеросклероз нижних конечностей	20	11,2
6	Ишемическая болезнь сердца	7	3,9
7	Артериовенозные мальформации	3	1,7
8	Кисты перикарда	3	1,7



Рис. 1. Грудная симпатэктомия (операционный доступ).

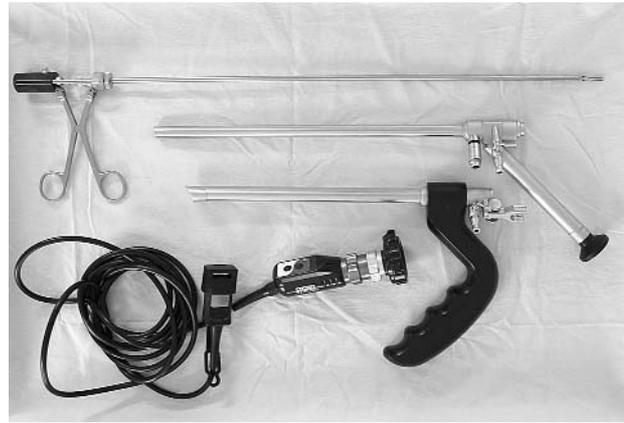


Рис. 2. Набор инструментов для операций на венозной системе: тубус-ретрактор, видеокамера, клиппатор.

было 138 (77,5%), артериальной — 34 (19,1%), со смешанной — 6 (3,4%) (таблица 1).

Во время оперативных вмешательств были использованы 5 основных хирургических доступов:

1. Плевральный — 10 (5,7%): по поводу синдрома Рейно верхних конечностей и кист перикарда;
2. Ретроперитонеальный — 10 (5,7%): по поводу облитерирующего эндартериита или атеросклероза нижних конечностей;
3. Субфасциальный — 130 (73%): по поводу посттромбофлебитического синдрома нижних конечностей;
4. Подкожный — 10 (5,7%): по поводу ишемической болезни сердца и артерио-венозных мальформаций;
5. Эндовазальный — 18 (10,1%): по поводу острой тромбоэмболии легочной артерии, постэмболической легочной гипертензии и высокого синдрома Лериша.

Виды оперативных вмешательств представлены в таблице 2.

В большинстве оперативных вмешательств были использованы стандартные общепринятые методики.

Особенностью торакоскопических операций были: эндотрахеальный наркоз с отдельной интубацией бронхов и однологочной вентиляцией. При этом оптимальной считали методику с использованием

2 троакаров: первый — диаметром 10 мм для введения видеокамеры (5 межреберье по средней подмышечной линии) и второй — диаметром 7 мм для введения инструментов (4 или 6 межреберья по средней подмышечной линии) (Рис.1).

Для проведения поясничной симпатэктомии использовали 3 троакара: первый — для введения видеокамеры, второй — для фиксации поясничного симпатического ствола и третий — для его диссекции. Особенностью этой операции было введение лечебного газа в забрюшинное пространство.

Эндоскопическую перевязку перфорантных вен на голени, клипирование артериовенозных соустьев и забор подкожной вены для аутовенозного шунтирования осуществлены при помощи специального инструментария, основными из которых были: видеокамера с торцевой оптикой, тубус — ретрактор и набор инструментов для диатермокоагуляции, лигирования и клипирования сосудов (Рис. 2).

Тромбэндартерэктомию из легочной артерии осуществляли при помощи специально разработанного способа, сущность которого заключается во введении эндоскопа в ветви легочной артерии совместно с катетером, раздутием которого обеспечивается окклюзия дистального отдела исследуемого сосуда. Особенностью способа является простота применения в условиях тромбэндартерэктомии из ветвей

Таблица 2. Виды оперативных вмешательств с использованием эндоскопической техники

№	Виды оперативного вмешательства	Количество (n=178)	%
1	Эндоскопическая перевязка перфорантных вен	130	73
2	Тромбэктомия/эндартерэктомию из легочной артерии	8	4,5
3	Грудная симпатэктомия	7	3,9
4	Поясничная симпатэктомия	10	5,7
5	Аортокоронарное шунтирование (этап забора аутовены для шунта)	7	3,9
6	Эндартерэктомию из аорты и поясничных артерий	10	5,7
7	Клипирование артериовенозного соустья	3	1,7
8	Удаление кисты перикарда	3	1,7

легочной артерии, отсутствие необходимости применения специальных устройств и веществ для создания оптической среды между камерой эндоскопа и стенкой сосуда, возможность обзора мелких дистальных ветвей легочной артерии. В данном способе условия создания оптической среды создаются путем облитерации дистального отдела исследуемого сосуда дилатацией баллона-катетера.

Видеоконтроль во время эндартерэктомии из аорты на большом протяжении был крайне необходим для оценки качества ее проведения. При этом использовали видеокамеру с торцевой оптикой. Для оценки устьев почечных, висцеральных и поясничных артерий применяли видеокамеру с боковой оптикой, что позволило у 4 (2,2%) пациентов выполнить тромбэктомию из почечных артерий, у 2 (1,1%) — брыжеечных и у 6 (3,4%) — поясничных артерий. В последней группе больных наряду с облитерацией инфраренальной части аорты и критической ишемией нижних конечностей были диагностированы до операции спинальная ишемия различной степени тяжести.

Описанные способы позволили хорошо визуализировать сосуды, кисты и нервы в различных анатомических областях, а также оценить состояние парных и непарных ветвей аорты.

Все операции осуществлены с использованием стойки "Karl-Storz" (Германия) и набора инструментов этой же фирмы.

Результаты и обсуждение

Использование видеоэндоскопической техники во время хирургических вмешательств на сердечно-сосудистой системе во многих случаях позволяет осуществлять операцию с минимальной операционной травмой, сокращением ее длительности и пребывания больного в стационаре. Так, грудная симпатэктомия и удаление кист перикарда с применением видеоэндоскопии позволило сократить продолжительность операций — в среднем с 2,5 до 1,2 часов, пребывание в стационаре с 8,9 суток до 3,4.

Эндоскопическая перевязка перфорантных вен является методом выбора при ПТФС, особенно у больных с трофическими нарушениями в нижней трети голени. Особая ценность метода состоит в том, что при его использовании хирургический доступ осуществляется вне зоны индурации или трофической язвы, что исключает гнойные осложнения в послеоперационном периоде.

Неоценимой представляется техника видеоэндоскопического контроля во время тромбэндартерэктомии из аорты, легочной артерии и их ветвей. Предложенная методика оперативных вмешательств позволила избежать обширных артериотомий и значительно улучшить качество выполненных операций. Сравнительная характеристика результатов этих вмешательств в сравнении со стандартными позволила констатировать значительное улучшение качества жизни оперированных больных, что подтверждено контрольными показателями давления в легочной артерии, сегментарного давления на артериях нижних конечностей, данными ультразвуковой эхолокации и ангиографии.

Летальных исходов не наблюдалось. Полученные нами результаты не уступают результатам специализированных клиник мира [1].

Выводы

1. Видеоскопические операции в сердечно-сосудистой хирургии значительно превосходят стандартные методики по своим возможностям и являются более эффективными.
2. Предложенные новые способы оперативных вмешательств с применением видеоскопической техники позволяют сократить продолжительность операций в 2,1 раза, сроки пребывания больных в стационаре в 2,6 раза и значительно улучшить качество жизни оперированных больных.

Литература

1. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. (1989) Сердечно-сосудистая хирургия. (Москва). "Медицина". 752 с.
2. Пиптюк О.В., Геник С.В. (2003) Обгрунтування і застосування автотрансплантації кісткового мозку при лікуванні хронічної критичної ішемії нижньої кінцівки. Клін. хір. 12: 23-25
3. Покровский А.В., Кошкин В.М., Кириченко А.А. и др. (1999) Вазапостан (простогландин Е1) в лечении тяжелых стадий артериальной недостаточности нижних конечностей. Пособие для врачей. (Москва). 16 с.
4. Шипулин П.П., Потапенко М.А. (1995) Видеоторакоскопические операции — новое направление в грудной хирургии. Хирургия. 6: 71-75
5. Akio Wakabayashi (1993) Thoracoscopic tehniqne for Management of Giant Bullous Lung Disease. Ann. Thorac. Surg. Vol. 53: 708-712
6. Hakim T.S. (1994) Effect of erythrocyte heart treatment on pulmonary vascular resistance. Microvasc. Res. Vol. 48; 1: 13-25
7. Manual of Endoscopy (1994) Blackwell Scientific Publications. (N.Y.), Dan C. Martin (Eds). 192 p.

ПЕРШИЙ ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ГАРМОНІЙНОГО СКАЛЬПЕЛЮ В МАЛОІНВАЗИВНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ПОВНИХ ЕКСТРАСФІНКТЕРНИХ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ

Рубцов М.Л., Конєв В.Г., Лурін І.А.*, Шудрак А.А.*, Біба О.П.*, Ткач К.Д.***, Черкашин К.І.***, Сотніков А.В.**

Проктологічне відділення*, медичне відділення ендоскопічної діагностики та хірургії***, Головний військовий клінічний госпіталь МО України, Київ
Українська військово-медична академія**, Київ

The First Experience of Ultrasonic Harmonic Scalpel in Miniinvasive Surgical Treatment of Nonspecific Full Extrasphincter Anal Fistulas

N.L. Rubtsov, V.G. Konev, I.A. Lurin*, A.A. Shudrak*, A.P. Biba*, K.D. Tkach***, K.I. Cherkashin**, A.V. Sotnikov**

Department of Proctology*, Medical Department of endoscopic diagnostic and surgery***, Main Military Clinical Hospital of Ministry of Defense of Ukraine, Kiev
Ukraine Military Medical Academy**, Kiev

Надійшла: 14 червня 2005
Допущена: 21 червня 2005

Summary

The article is devoted to the surgical treatment of patients with a anal fistula. Using of the ultrasonic harmonic scalpel allows to decrease terms of surgical treatment, to reduce painful syndrome after operation and also to reduce terms of rehabilitation. In the article the technic of operation is described.

Keywords: anal fistula, surgical treatment, ultrasonic harmonic scalpel.

Вступ

Ультразвуковий скальпель (УЗС) в хірургії почали використовувати з квітня 1994 року, коли Amaral J. зробив лапароскопічну холецистектомію в експерименті на тварині. Після цього багато авторів описували переваги та успішне його використання при різних оперативних втручаннях (лапароскопічній гістеректомії, холецистектомії [1,2], тонзилектомії, при операціях на язиці, шитовідній залозі [3], в нейрохірургії то що). Langer С. успішно застосував УЗС при ендоскопічних втручаннях на прямій кишці. Інші автори також отримали позитивні результати при використанні УЗС у колоректальній хірургії [4].

УЗС призначений для здійснення розрізів м'яких тканин, коли потрібно контролювати кровотечу та мінімальне термічне пошкодження.

Принцип дії УЗС оснований на високій частоті (55 кГц) коливання титанового леза робочої насадки у продольному напрямку. Коагуляція та розсічення тканин проводиться за допомогою трох механізмів впливу:

1. механичне розрізання за допомогою вібрації робочої частини скальпелю;
2. кавітація у рідкій середі (наприклад, у внутришньоклітинній рідині). Під впливом вібрації виникають вакуумні вакуолі, котрі при закіпанні руйнують навколишні структури. Вони концентруються у рідині у області щільних структур.
3. температурний вплив. Підвищення температури пов'язано з тертям інструменту об тканини. Виділення тепла тим більше, чим більше коливань у одиницю часу.

Співвідношення різання та коагуляції визначається правилом: швидкість різання обернено пропорційна щільності тканини, а коагуляційний ефект обернено пропорційний швидкості різання. Факторами, що визначають ефективність коагуляції та розсічення тканин є:

- рівень потужності, який визначається амплітудою коливань, — чим більше встановлена потужність, тим більше розсікаючий ефект и тим менше коагулюючий. Навпаки, чим менше потужність, тим слабше різання та більше коагуляція.
- натяжіння тканин. Тракція тканин у бік робочої леза дозволяє прискорити різання підхвачонної частини тканин. Менше натяжіння тканин посилить коагулюючий ефект.

Вібруюча кромка леза забезпечує коагуляцію кровонесних судин, при розрізанні тканин гемостаз виникає при зіткненні тканин з лезом, що рухається. Механичне переміщення леза викликає вібрацію молекул колагена всере-



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

дині тканини та зміну їх природних властивостей, супроводжуючись утворенням коагулянту.

В процесі розрізання потужність можна регулювати, збільшуючи чи зменшуючи процес коагуляції та швидкість різання. Коагуляція крупних судин (0,5-3,0 мм) може супроводжуватися коаптивної коагуляцією. Енергія ультразвука дозволяє прецизійно різати та коагулювати із мінімальним латеральним термічним пошкодженням навколишніх тканин. Ультразвуковий вплив зменшує ступінь обуглювання та висушування тканин, при цьому поліпшуючи візуалізацію внаслідок незначного утворення диму. Це дозволяє одночасно надійно коагулювати судини та розсікати тканини. Прибор дозволяє пересікати та надійно коагулювати судини до 0,5 см у діаметрі. При цьому глибина термічного впливу не перевищує 1,5 мм, що набагато менше у порівнянні з глибиною пошкодження тканин під впливом електрокоагуляції (Mc Carus S. D, 1996, Armstrong Det al, 2002).

Під час застосування УЗС використовуються обидві функції прибору: коагуляція та розсічення.

Матеріали та методи

За період з березня по травень 2005 року в проктологічному відділенні Головного військового клінічного госпіталю МО України з використанням УЗС UltraCision Harmonic Scalpel System фірми "Ethicon" (Johnson & Johnson USA) було прооперовано 7 хворих з неспецифічними повними екстрасфінктерними норицями прямої кишки (НПЕНПК) різного ступеня складності. УЗС складається з високочастотного мікропроцесорного генератору (Рис. 1) та коагуляційних ножиць (Рис. 2).

З прооперованих хворих мали задне розташування внутрішнього отвору НПЕНПК — 4 (57,14%), передне розташування внутрішнього отвору — 2 (28,57%) та 1 (14,28%) бокове. Чоловіків було — 5, жінок — 2.

Вік хворих був від 18 до 63 років та у середньому склав $42,5 \pm 2,3$ років.

Методика виконання операції в усіх випадках була стандартна. Висічення нориці виконували з використанням ультразвукового скальпелю в режимах різання та коагуляції. Ефективність використання ультразвукового скальпелю для коагуляції оцінювалася за станом тканин — побіління тканин свідчило, що гемостаз ефективний (Рис. 3, Рис. 4). В процесі різання можна було регулювати процес коагуляції та швидкість різання. Коагуляція судин дрібного діаметру дозволяла уникнути кровотечі. У кожному випадку вдавалося виділити норицевий хід єдиним блоком, на протязі, з зовнішнім та внутрішнім отворами (Рис. 5). Післяопераційна рана мала наступний вигляд (Рис. 6) та не ушивалась.

Результати дослідження та їх обговорення

Використання УЗС привело до значного скорочення тривалості оперативного втручання у порівнянні з традиційним висіченням НПЕНПК за методикою Рижих ($25,0 \pm 1,0$ хвилин та $45,0 \pm 0,06$ хвилин відповідно). Отри-

мані результати достовірні ($P < 0,05$). Скорочення тривалості оперативного втручання досягається за рахунок відсутності необхідності у виконанні таких етапів як, гемостаз за допомогою електрокоагуляції та ушивання післяопераційних ран. Крім того, тому що висічення тканин проводиться швидше за рахунок одночасного проведення коагуляції та пересічення тканин.

В післяопераційному періоді у хворих відзначена менша інтенсивність больового синдрому в порівнянні з такою ж, при операціях з використанням електрокоагуляції за методикою Рижих. Починаючи з другої доби відміняли наркотичні анальгетики, тоді як після операції за Рижих тільки на 3-4-у добу.

Після використання УЗС ліжко-день у пацієнтів склав $5,9 \pm 0,2$, а після операції за Рижих відповідно $7 \pm 0,01$. Різниця на "користь" малотравматичної методики виявилася достовірною ($P < 0,05$).

Висновки

У зв'язку з невеликою кількістю хворих, у яких під час операції використано УЗС, отримані результати фактично належать до періоду "освоєння методики", але вже з перших операцій можна зробити висновки про переваги його застосування, що продемонстровані у:

1. зменшенні тривалості оперативного втручання;
2. зниженні інтраопераційної крововтрати;
3. можливості роботи у важкодоступних місцях норицевого ходу (профілактика виникнення його рецидивів);
4. зменшенні больового синдрому в післяопераційний період;
5. швидкому загоєнні післяопераційної рани.

Мінімальна пошкоджуюча дія УЗС на тканини приводить до скорочення терміну епітелізації післяопераційної рани та дозволяє рекомендувати його до більш широкого застосування у клінічній практиці для висічення НПЕНПК.

Однак при цьому слід зазначити, що остаточні висновки про негативні та позитивні сторони застосування УЗС робити зарано, у зв'язку з малим досвідом його застосування.

Література

1. Хворостов Є.Д., Гриньов Р.М., Бичков С.О., Шеремет А.І., Черкова Н.В., Томін М.С. (2002) Досвід застосування ультразвукового скальпелю в лапароскопічній хірургії. Одеський медичний журнал. 6 (74): 97-98
2. Хворостов Е.Д., Гринев Р.Н., Черкова Н.В., Скалозуб Т.Е. (2002) Применение ультразвукового скальпеля в лечении желчекаменной болезни. Клінічна хірургія. 5-6: 54
3. Егиев В.Н., Кянджунцев С.Р., Алиев З.О., Ильина Е.В. (2004) Применение ультразвукового скальпеля в хирургии щитовидной железы. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 4: 61-63
4. Воробьев Г.И., Кузьминов А.М., Жученко А.П. и соавт. (2001) Опыт применения ультразвукового скальпеля в колоректальной хирургии. Анналы хирургии. 2: 59-61



Рис. 4.

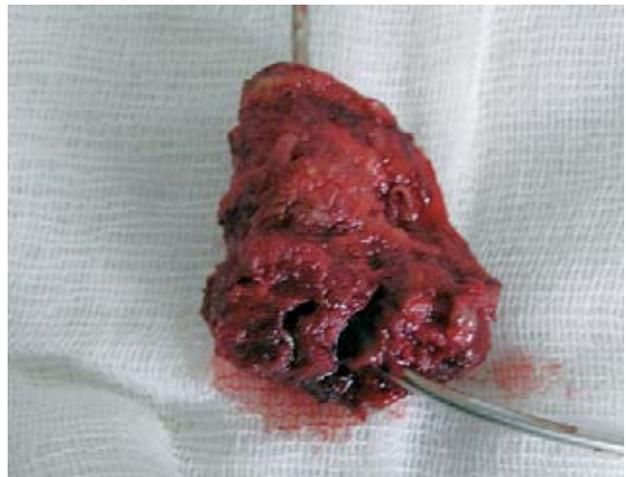


Рис. 5.



Рис. 6.