

Раздел 4

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2000.– Vol 4, №3. –
С.50 - 60

Малоинвазивные методы в абдоминальной хирургии, торакальной хирургии и гинекологии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

Бойко В.В., Криворучко ИА., Тищенко А.М., Сариян И.В.,

Малоштан А.В., Смачило Р.М.

Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии

Проблема лечения острого панкреатита сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. Результаты лечения некротических форм заболевания остаются неудовлетворительными. Основными факторами, влияющими на исход заболевания, являются ранние (неинфекционные) и поздние (септические) системные осложнения. Главные исследования в современной терапии острого панкреатита ведутся в направлении разработки медикаментозного блокирования развития системных осложнений и _ применения малоинвазивных диагностических и лечебных методик.

В клинике Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии в последнее десятилетие широко применяется эндоскопический метод у больных острым панкреатитом. Проанализированы результаты использования эндоскопической техники у 224 больных данным заболеванием в 1996-2000 гг

Всем больным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, в ходе которой диагностировали возможные сопутствующие поражения гастродуоденальной зоны. При наличии данных о билиарном генезе острого панкреатита (наличие конкрементов желчновыводящих путей при УЗИ; повышение АСТ, АЛТ, билирубина; женский пол) выполняли ЭРПХГ (70 больных), при наличии холедохолитиаза - ЭПСТ (64 больных). В отсроченный период лечение желчнокаменной болезни дополнялось лапароскопической холецистэктомией (45 больных).

Больным с клиникой острого живота выполнялась ургентная лапароскопия (160 больных). Она носила диагностический и лечебный характер. Исключались возможные другие острые заболевания органов брюшной полости, эвакуировался выпот, выполнялось дрениро-

вание брюшной полости сроком до 2-3 суток. Вскрытие и дренирование сальниковой сумки в ранние стадии заболевания не выполняли во избежание вторичного инфицирования некрозов поджелудочной железы.

Лапароскопический подход считаем методом выбора в лечении поздних осложнений острого панкреатита, когда возникает необходимость наружного дренирования жидкостных образований сальниковой сумки (постнекротическая киста поджелудочной железы - большие размеры кисты, сопровождающиеся симптомами сдавления соседних органов, угроза разрыва кисты, инфицированная киста; абсцесс поджелудочной железы). Лапароскопическое дренирование жидкостных образований сальниковой сумки выполнено у 7 больных.

С 1999 года больным с острым некротическим панкреатитом в ранние сроки заболевания проводим под контролем эндоскопии зонд для энтерального питания (5 больных), что позволяет корригировать нутритивный статус больных и предотвращает прогрессирование энтеральной недостаточности.

Использование эндоскопических технологий в комплексной терапии больных острым панкреатитом существенно улучшило результаты лечения, благодаря многоцелевому характеру их применения, характеризующегося малотравматичностью и высокой диагностической и лечебной ценностью.

Ефективність лапароскопії при лікуванні синдрому полікістозних яєчників.

Верніковський І.В., Томич М.В., Трохим А.В., Пирогова В.І.

Львівський державний обласний перинатальний центр

Львівський державний медичний університет

Синдром полікістозних яєчників є однією з найчастіших причин порушення менструальної та дітородної функції у жінок репродуктивного віку.

Мета даної роботи дослідження ефективності лапароскопічного доступу при лікуванні 185 жінок з синдромом полікістозних яєчників, які знаходились у І гінекологічному відділенні з 1991 по 1999 р.

Середній вік пацієнток становив $23,4 \pm 1,3$ років. У 52 (28,1%) жінок попередньо проводилась медикаментозна терапія, яка у 27 (51,9%) виявилась неефективною.

Пацієнток умовно розділили на 3 групи:

І група – 93 (50,27%) жінок проводили діатермокаутеризацію яєчників (радіальне розсічення тканини яєчників на глибину до 0,8-1 см в кількості 5-8 за допомогою монополярного елект-

роду у виді голки). Відновлення менструальної функції відмічено у 82 (88,7%) пацієток, спонтану овуляцію спостерігали у 63 (67,74%), вагітність наступила у 61 (65,59%) жінок.

II група – 58 (31,35%) жінок використовувалась коагуляція в шахматному порядку на глибину 0,5-0,8 см в кількості 8-12. Ефективність даної процедури при встановленні регулярних місячних становила 48 (82,76%). Самостійна овуляція – 40 (68,97%), відновлення дітородної функції у 35 (60,34%) жінок.

III група – 34 (18,38 %) пацієток проводилась клиновидна резекція (висічення тканини яєчника довжиною 2,5 см на глибину до 1,5 см. Кровоточиві ділянки додатково коагульовані). При спостереженні у даній групі відповідні показники становили: відновлення менструальної функції у 26 (76,47%) жінок, овуляція – 22 (64,71%), вагітність наступила у 20 (58,82%) жінок.

Таким чином, по даних нашої клініки відновлення менструальної та дітородної функції найчастіше відмічалось після проведення діатермокаутеризації яєчників, що свідчить про ефективність лапароскопічного доступу при синдромі полікістозних яєчників.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ В ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А. В. ГЕРЕГ, В. И. АРАМЭ

Кафедра хирургии №1 «Н. АНЕСТИАДИ», (зав. – акад. Г. П. ГИДИРИМ),

Государственный Медицинский Университет, Кишинев, Молдова.

На протяжении последних лет не ослабевает интерес к проблеме острого панкреатита (ОП). Целью нашего исследования явилось изучение эффективности эндоскопического дренирования (одномоментной и пролонгированной) в комплексном лечении больных с острым панкреатитом.

На основании нашего опыта лечения 15 больных с острым панкреатитом в возрасте от 26-70 лет, из которых при обследовании у 9 из них выявлен отечный панкреатит, у 4 – геморрагический панкреонекроз и у 2 – холецистопанкреатит. Диагноз заболевания, характер и распространенность изменений в поджелудочной железе определялись на основании клинико-лабораторных данных, инструментальных исследований (ультразвукового исследования, лапароскопии, гастроуденоскопии, ЭРПХГ).

Пусковым моментом в возникновении острого панкреатита явилось быстрое развитие стойкой гипертензии. Причиной этому служили возникновение препятствия для оттока панкреатического секрета из-за выраженного отёка слизистой в области устья большого дуоденального сосочка (БДС) и устья главного панкреатического протока.

Всем больным на фоне традиционной консервативной терапии ретроградно канюлировали главный панкреатический проток, вводили контрастное вещество и осуществляли панкреатографию. После аспирации панкреатического секрета вводили 5-фторурацил и устанавливали внешние внутрипротоковые дренажи или внутренние эндопротезы. У 12 больных установка декомпрессионных дренажей и протезов предшествовалось эндоскопической папиллосфинктеротомией.

Анализ показал, что эндоскопическое дренирование в сочетании с внутрипротоковым введением цитостатика в начальных фазах заболевания способствовало abortивному течению острого панкреатита у всех больных.

Применение эндоскопического дренирования является методом этиотропного и патогенетического воздействия на патологические процессы в поджелудочной железе при остром панкреатите.

Эндоскопические и лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе

Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В., Калинин С.В., Дюжее А.С.

Одесский государственный медицинский университет

Желчнокаменная болезнь - самое распространенное заболевание органов пищеварения, ею болеют, по данным ВОЗ, до 10-15% взрослого населения. У 10-14% больных данная патология осложняется холедохолитиазом, что создает определенные сложности выбора оптимального метода лечения таких больных.

Выбор метода оперативного лечения больных с холедохолитиазом остается дискуссионным. Большинство хирургов предлагают производить эндоскопическую сфинктеропиллотомию с извлечением конкрементов перед выполнением лапароскопической холецистэктомии. Однако такая тактика двухэтапного лечения приводит к увеличению числа осложнений, характерных для каждой из операций. В последнее время все шире используются лапароскопические вмешательства на желчных протоках.

В настоящем сообщении изучены результаты лапароскопических и эндоскопических вмешательств у 276 больных с холедохолитиазом. С 1994 по 1999 год ЛХ выполнена у 2239 больных желчнокаменной болезнью, 78% из них - женщины. 1290 пациентов оперированы по поводу хронического холецистита, 949 - в связи с острым холециститом. Возраст варьировал от 6 до 83 лет. Средний возраст - $56 \pm 6,5$ лет. Предоперационное обследование включало общеклинические, биохимические и ультразвуковое исследование у всех больных. Клинико-лабораторные симптомы холедохолитиаза с механической желтухой были выявле-

ны у 194 пациентов. Всем им выполнена ЭРХПГ, во время которой у 186 больных выявлены конкременты в холедохе. Больным произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 182 (97,8%) удалось извлечь конкременты из холедоха и через 2 - 3 суток после папиллосфинктеротомии больным выполнена ЛХ. У 4 больных, которым не удалось извлечь конкременты из холедоха из-за больших размеров, выполнена открытая холецистэктомия. Во время лапароскопической холецистэктомии при подозрении на холедохолитиаз, производилась интраоперационная холангиография, которая была выполнена у 346 (15,5%) пациентов. Конкременты в протоках выявлены у 90 (4%) больных.

У 12 больных с холедохолитиазом произведена конверсия, конкременты извлечены во время открытой холедохолитотомии с дренированием протоков Т-образным дренажем по Керу. В данной группе больных серьезных осложнений не наблюдалось.

У 40 больных было выполнено лапароскопическое извлечение конкрементов из протоков. Из них у 28 - через пузырный проток. Извлечение конкрементов производилось под контролем фиброхоледоскопа диаметром 3,8Fс корзинкой Dormia. У 7 пациентов операция завершилась наружным дренированием холедоха. У 21 пациента был установлен стент диаметром 2 мм, дистальный конец которого находился в двенадцатиперстной кишке, пузырный проток клипировался. У 12 больных произведена лапароскопическая холедохолитотомия. Через холедохотомическое отверстие вводился фиброхоледоскоп, с помощью которого осматривали проксимальные и дистальные желчные протоки и извлекали конкременты. Затем у 4 больных было выполнено наружное дренирование холедоха Т-образным дренажом. У 8 больных вводили транспапиллярный билиарный стент и холедохотомическое отверстие ушивали наглухо. Лапароскопическое вмешательство заканчивалось контрольной холангиографией. В группе больных, которым выполнялось извлечение конкрементов через пузырный проток, среднее пребывание в стационаре составило $5 \pm 2,5$ дня, а при выполнении лапароскопической холедохотомии - $10,2 \pm 4,5$ дня.

Из 186 больных, которым до выполнения ЛХ производилась эндоскопическая сфинктеропапиллотомия, у 10 больных (5,4%) наблюдались осложнения: острый панкреатит, кровотечение из рассеченной папиллы, которые не потребовали оперативного лечения. ЛХ после эндоскопической сфинктеропапиллотомии не сопровождалась серьезными техническими проблемами, подтекания желчи из культи пузырного протока не было ни в одном случае. Среднее пребывание в стационаре этой группы больных составило $6,5 \pm 3$ дня.

Летальных исходов у больных после лапароскопических вмешательств не было.

Наш опыт показал, что у больных с холедохолитиазом конкременты могут быть извлечены как эндоскопическим методом, так и во время лапароскопического вмешательства.

Лапароскопическим вмешательствам на желчных протоках присущи все преимущества мининвазивных методов лечения. Наилучшие результаты наблюдаются у тех больных, которым удалось извлечь все конкременты через пузырный проток, а установка билиарного стента позволяет клипировать пузырный проток без наружного дренирования.

Отдаленные результаты эндоскопической ваготомии при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

Грубник Ю.В., Четвериков С.Т., Фоменко В.А.

Одесский государственный медицинский университет, ГКБ № 11.

Введение. На Украине в современных социально-экономических условиях показания к хирургическому лечению язвенной болезни вынужденно расширяются ввиду высокой стоимости длительной консервативной протавоязвенной терапии. В настоящее время разрабатываются методики малотравматичных операций на желудке - лапароскопические ваготомии (ЛВ).

Материалы и методы. В течение последних 6 лет нами выполнена ЛВ у 164 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Из них мужчин было 139, женщин - 33. Возраст больных варьировал от 21 до 64 лет. У 97 больных показанием к операции послужило кровотечение из язвы. Им был произведен эндоскопический локальный гемостаз, используя лазерную фотокоагуляцию или другие методы, и через 3 - 5 (уток выполнялась ЛВ. 59 больных оперированы по поводу часто рецидивирующей язвенной болезни при неэффективности медикаментозного лечения. У 8 пациентов из этой группы наблюдались явления рефлюкс-эзофагита.

Выполняли различные варианты лапароскопических ваготомии: у 108 больных выполнили лапароскопическую ваготомию по Taylor (задняя стволовая, передняя серомиотомия), у 41 - по Hill-Barker (задняя стволовая, передняя селективная проксимальная ваготомия), у 8 больных выполнены операции по Bailey-Zucker (селективная проксимальная ваготомия), у 15 больных произведена ваготомия по Gomez-Ferger (задняя стволовая ваготомия с иссечением малой кривизны с помощью stapлеров). После выполнения операции Taylor у 8 больных с симптомами рефлюкс-эзофагита проводили фундопликацию по Nissen.

Результаты и обсуждение. Операция Taylor в техническом плане легка для исполнения и операционное время составляет 60 - 80 минут. У 8 пациентов с симптомами рефлюкс-эзофагита ваготомия по Taylor дополнена фундопликацией по Nissen. Такая комбинация удлиняла время операции до 2-3 часов. Послеоперационный период у всех пациентов протекал

легко. Назогастральный зонд находился в желудке 12-24 часа. Пациенты выписывались из стационара на 3-4 день с рекомендациями принимать в течение 2 недель тройную антихеликобактерную терапию.

Более простым в техническом исполнении было выполнение задней стволовой ваготомии с резекцией малой кривизны желудка с помощью stapлеров. Эта операция выполнялась за 40-60 минут. Мы не наблюдали осложнений в послеоперационном периоде.

Из 123 пациентов, перенесших ЛВ по методике Taylor и Gomez-Ferrer, 98 наблюдались в течение 24 - 48 месяцев. Исследование желудочной секреции через 12 месяцев показали уменьшение ВАО на 50-65 % и МАО на 52-63 %. Рецидив язвы наблюдался у 6 пациентов (5,9 %). У 4 из этих 6 пациентов, мы обнаружили *Helicobacter pylori*. Лечение было эффективно у 5 пациентов из этой группы. Один пациент оперировался спустя 28 месяцев после выполнения ЛВ по поводу кровотечения из рецидивной язвы.

Операция Hill-Barker (задняя стволовая и передняя селективная проксимальная ваготомия) была выполнена у 41 пациентов. Длительность выполнения операции составила 120-150 мин. Ранние результаты были хорошими у всех 38 пациентов. Более сложной для лапароскопического выполнения была операция Bailey-Zucker - проксимальная селективная ваготомия, которая была выполнена у 8 пациентов. Длительность операции составила 3-4 часа. У 2 пациентов выполнен переход к лапаротомии из-за кровотечения при диссекции ветвей заднего вагуса. Спустя 12-30 месяцев обследованы 36 пациентов из этой группы. Рецидив язвы наблюдался в 2 случаях (5,6 %). Исследование биоптатов из антрального отдела желудка у этих пациентов показало присутствие *Helicobacter pylori*.

Анализируя отдаленные результаты в течение 4 лет после выполнения операции отличные и хорошие результаты по шкале Visick (1 или II) получены у 92 % пациентов, удовлетворительные (Visick III) - у 3,8 %, неудовлетворительные (Visick IV) - у 4,2 % пациентов.

Выводы. Теоретически полная ваготомия возможна при выполнении двухсторонней селективной проксимальной ваготомии по Bailey-Zucker или задней стволовой ваготомии с передней селективной проксимальной ваготомией по Hill-Barker, но лапароскопическое выполнение этих процедур технически слишком сложное. Наш опыт показывает, что лапароскопическая ваготомия по Taylor и Gomez-Ferrer являются адекватными операциями при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при условии успешной эрадикации *Helicobacter pylori*.

**Малоинвазивные и лапароскопические вмешательства
в лечении эхинококкоза печени**

Грубник В.В., Кошель Ю.Н., Четвериков С.Г., Бойко А.В., Сабри Аль Нидари

Одесский государственный медицинский университет.

Введение. Лечение паразитарных поражений печени остается одной из наиболее актуальных проблем хирургической гепатологии. Единственным эффективным методом лечения эхинококкоза печени является оперативный. Значительную часть оперативных вмешательств можно выполнить с использованием методик малоинвазивных хирургических вмешательств - лапароскопических операций и дренирования кист под контролем УЗИ.

Материалы и методы. С сентября 1997 года по настоящее время выполнено 16 лапароскопических вмешательств у больных эхинококковым печени. Среди них было 10 мужчин и 6 женщин в возрасте от 19 до 58 лет. Показаниями к эндоскопической эхинококкэктомии служили небольшие размеры кист от 5 до 10 см в диаметре, их поверхностное расположение, солитарные кисты, отсутствие дочерних кист и осложнений. Нами использовалась аппаратура фирмы «Martin» и инструментарий эндоскопических фирм «Karl Storz», «Ethicon» и «Auto Suture». Операции производились под эндотрахеальным наркозом. Использовали 4 троакара: 2-11 мм и 2-5 мм. К обнаруженной кисте плотно прикладывали конец троакара, производили пункцию и эвакуацию содержимого кисты. После чего рассекали фиброзную капсулу и с помощью эндоконтейнера удаляли хитиновую оболочку. Антипаразитарную обработку остаточной полости производили с помощью гипохлорита натрия с экспозицией 10 минут. У 8 больных в остаточную полость по троакару вводили гибкий моноволоконный кварцевый световод и обрабатывали расфокусированным лучом неодимового АИГ лазера мощностью 40-50 Вт, экспозицией 3-5 минут. Ушивание остаточной полости произведено у 11 больных, у 5 - дренирование ПХВ - дренажем с фиксацией последней эндошвами. Подтекания содержимого кисты в брюшную полость не отмечено. Операции выполнены без перехода на лапаротомию. Пункция и дренирование паразитарных кист печени выполнена под контролем УЗИ у 58 больных. Из них у 37 - солитарные кисты, у 21- множественные. Диаметр кист от 4 до 18 см. С целью визуализации использовалась ультразвуковая установка «Аloka-650». Производили пункцию кисты иглой 180 с дренажем, который вводили в полость кисты по игле для предотвращения обсеменения сколексами. Полученный из полости кисты материал срочно отправляли на цитологическое исследование. После чего производили полную аспирацию содержимого кисты и вводили 96% этиловый спирт с целью уничтожения инвазивного материала и склерозирования хитиновой оболочки. Дренаж фиксировали к коже. Последний находился в полости кисты в течение 4 - 8 недель. Остаточная полость ежедневно промывалась гипохлоритом натрия до исчезновения в промывных водах живых сколексов. В течение этого времени развивался спаечный процесс вокруг трубки с образованием фиброз-

ного канала. После чего под контролем УЗИ дренаж извлекался.

Результаты. У 2 больных после лапароскопической эхинококкэктомии в послеоперационном периоде наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 12 сутки; эти больные выписаны на 14 сутки после операции. Другие больные выписаны без осложнений на 5-6 сутки. При контрольном ультразвуковом исследовании через 3 месяца остаточная полость в виде фиброзного канала размерами 0,5-0,8 x 1,5-2,5 см отмечена у 5 больных. Осложнений после проведения чрескожной чреспеченочной пункции паразитарной кисты мы не наблюдали. Критериями полного выздоровления больных после малоинвазивного пункционного вмешательства были отсутствие остаточной полости, отсутствие элементов паразита кисты при игольчатой биопсии. Хороший результат был получен у 47 больных. У 2 больных наблюдалось нагноение остаточной полости; у 9 - остаточная полость размерами 1,0-1,5 x 2,5-3,8 см.

Выводы. 1). Лапароскопическая эхинококкэктомия может с успехом использоваться при наличии у пациентов поверхностно расположенных небольших эхинококковых кист. Отсутствие лапаротомного разреза значительно сокращает сроки реабилитации больных после оперативного лечения эхинококкоза печени. 2). Пункционное лечение эхинококковых кист печени - эффективный и малотравматичный метод лечения, который следует активно использовать в хирургическом лечении эхинококкоза печени, особенно при локализации кист в труднодоступных для удаления хирургическим путем отделах печени.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

В.В. Грубник, П.П. Шипулин, В.А. Мартынюк

Одесская областная клиническая больница

Введение. Профилактика рецидивов спонтанного пневмоторакса (СП) в настоящее время остается не менее актуальной, несмотря на внедрение в практику новых технологий и методов лечения: видеоторакоскопические операции и торакоскопические операции (ВТО, ТС). По данным отечественных и зарубежных авторов, процент рецидивов при современных методах лечения составляет от 1% до 5%, а при лечении дренированием и плевральными пункциями достигает 7%. Для профилактики рецидивов СП используются различные виды плевродеза. В связи с этим мы решили поделиться своим опытом профилактики рецидивов СП.

Материалы и методы. В последнее время для лечения СП мы использовали ВТО и ГС. Операции выполнялись по известной методике. Всем больным (57 пациентов), оперированным торакоскопически, выполнялась лазерная фотокоагуляция буллезно измененных участков висцеральной плевры и задне-боковых отделов париетальной плевры с целью создания плевродеза. Фотокоагуляция задне-боковых отделов париетальной плевры выполнялась со II по VII межреберья. В работе нами использовался неодимовый АИГ-лазер "Радуга-1", генерирующий инфракрасное излучение длиной волны 1,064 мкм. Использовались контактная и бесконтактная методики, причем предпочтение отдавалось последней. Мощность излучения составляла от 20 до 50 Вт, энергия колебалась от 5500 до 1500 Дж, что зависело от площади поверхности фотокоагуляции. Операции заканчивались введением 2 дренажей с последующей активной аспирацией в течение 48 - 72 часов. Следует отметить, что в литературе известны аналогичные методики плевродеза с использованием лазерной техники, однако, отношение к ним ряда авторов неоднозначно. Также нет четких показаний и противопоказаний к использованию данной методики в практическом здравоохранении, из-за чего многие хирурги в настоящее время к методикам лазерного плевродеза относятся скептически, считая их малоэффективными.

Целью нашего сообщения являлось точное представление данной методики, ее эффективности на собственном опыте и определение места в практическом здравоохранении при лечении больных СП.

Результаты и обсуждение. Рецидивы отмечены в 2(3,5%) случаях и наблюдались в первые 7 суток после операции. Одному пациенту выполнена торакотомия с резекцией патологического участка легкого и созданием плевродеза, второму пациенту выполнена видеоторакоскопическая операция с резекцией буллезного участка легкого при помощи эндоскопических сшивающих аппаратов и созданием плевродеза, используя диатермокоагуляцию. Оба пациента выздоровели. Причинами неудач считаем недостаточный объем резекции и фотокоагуляции висцеральной и париетальной плевры, что наблюдалось на этапах освоения методики. Хотя некоторые авторы считают, что лазерная фотокоагуляция плевры с целью создания плевродеза менее эффективна и значительно уступает плеврэктомии, плевродезу, выполненному при помощи диатермокоагуляции и абразии плевры, мы, используя описанную методику, получили хорошие результаты.

Выводы:

1. Создание плевродеза - обязательный этап оперативного вмешательства при лечении СП, используя любую методику.

2. Лазерная фотокоагуляция плевры с целью создания плевродеза является необходимой и достаточно эффективной профилактикой СП при устранении причины последнего.

Особливості діагностики та лікування

жовчекам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом

Т.М.Дзвонковський, В.В.Дзвонковська, Л.В.Скальський, О.І.Фалат, Є.І.Романишин

Міська клінічна лікарня №1, медична академія м.Івано-Франківськ

ВСТУП Діагностика та лікування жовчекам'яної хвороби (ЖКХ), ускладненої холедохолітіазом(ХЛ) залишається однією з актуальних проблем клінічної гепатології. Поєднання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) та ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) являється "золотим стандартом" в лікуванні цієї патології (Андреев А.Л. и соавт.,1995; Егиев В.Н. и соавт.,1998).

Тому велике значення в ефективному лікуванні хворих жовчекам'яною хворобою має своєчасна діагностика ХЛ та санація протокових систем печінки (Саенко В.Ф. и соавт.,1996; Bonlay et al.,1992).

В нашій роботі ми поставили мету вивчити в порівняльному аспекті різні методи діагностики і лікування хворих на жовчекам'яну хворобу, ускладнену ХЛ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. На базі нашої клініки за період 1997-1999рр. проведено 125 ЕПСТ у хворих ЖКХ, ускладнену ХЛ. Серед них було 97 жінок та 28 чоловіків, віком від 20 до 88 років. Ультразвукове дослідження (УЗД) печінки, позапечінкових протоків, жовчового міхура, підшлункової залози проводили на апараті "Shimasonic SDL-310" з конвексним датчиком 3,5 Мгц в реальному масштабі часу, після 12-14 годин голодування хворого і підготовки препаратом "Еспумізан".

Ендоскопічну ретроградну холангіографію (ЕРХГ) виконували з допомогою фібродуоденоскопа з боковою оптикою JF- 20 "Olympus" і електронно-оптичного перетворювача "Siemens" з комп'ютерною обробкою рентгензображення. ЕПСТ проводили канюляційним та неканюляційним методами використовуючи папілоти KD-19Q, 28Q, 10Q, а також кошечок Dormia FG-18Q.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Проведені дослідження показали, що до холецистектомії ХЛ виявлено у 59(47,2%) хворих, з них у 54 з допомогою УЗД і у 5 – тільки після ЕРХГ. У решти 66(52,8%) пацієнтів ХЛ діагностовано у різні терміни (2 тижні – 19 років) після попередніх оперативних втручань, з них: після традиційної холецистектомії у 25 хворих, холецистектомії з холедохолітотомією у 30 та після ЛХЕ в 11 пацієнтів.

У всіх 125 хворих проведено УЗД під час якого особливу увагу надавали стану жовчевих шляхів: наявність конкрементів, пухлин та інших патологічних процесів. Слід відзначити, що УЗД не завжди було успішним через метеоризм, надмірність підшкірної жирової клітковини та невеликі розміри конкрементів позапечінкових жовчевих протоків. Щодо останнього – у 10 (8%) хворих ХЛ не був діагностований при УЗД, а тільки після проведення ЕРХГ т.я. гепатикохоледох діаметром 6-8 мм містив одиничні чи множинні конкременти розміром до 4-5 мм. Даний факт підтверджує нашу думку про межу можливості методу УЗД і ніяк не говорить про його недоліки чи суб'єктивні, індивідуальні можливості спеціаліста. Крім цього при сонографії не завжди можливо визначити істинні розміри конкремента, оскільки ультразвуковий промінь відбивається від найбільш щільної його частини, а “м'ягка” оболонка залишається невидимою.

При виконанні ЕРХГ важливим являється дозоване, під мінімальним тиском введення контрастної речовини, з метою попередження ускладнень і уникнення діагностичних помилок, коли невеликих розмірів конкременти прикриваються “забиваються” контрастом. Так у 4 хворих в холедоку діаметром 6-7 мм виявлено конкременти до 4 мм тільки завдяки комп'ютерній відеообробці рентгензображення, коли весь хід контрастування тут же був підданий перегляду. Це дає можливість, крім значного покращення рівня діагностики, суттєво меншити променеве навантаження на хворого і персонал. Стандартна ЕПСТ проведена у 112 (89,6%) хворих і при відповідності розміру конкрементів до діаметра дистальної частини холедоха нами застосована активна тактика. Ендоскопічна літоекстракція з допомогою кошичка Дорміа виконана у 91 (81,2%) пацієнта, що було кінцевим лікуванням у хворих після попередніх операцій або етапом підготовки до ЛХЕ.

У 10 (8%) хворих з конкрементами до 4-5 мм виконання супрапапілярної холедоходуоденостомії дало можливість як видалити їх так і зберегти субмукозний і нижній сфінктер великого дуоденального сосочка, що забезпечило в післяопераційному періоді його фізіологічну функцію.

Двоетапна ЕПСТ виконана у 3 (2,4%) хворих з конкрементами холедоха розміром 18-20мм, т.я. після першого етапу застосування активної тактики було ризикованим через можливе вклинення їх в дистальній частині та високу травматичність. Проведення другого

етапу ЕПСТ через 5-7 днів після курсу спазмолітичної,обезболуючої і дегідратаційної терапії сприяло відходженню цих конкрементів у просвіт дванадцятипалої кишки.

ВИСНОВКИ. Результати проведених досліджень показують, що сонографічні та рентгенендоскопічні методи мають певні особливості при діагностиці ЖКХ, ускладненої ХЛ.

При сонографії ХЛ негативне значення мають метеоризм, надмірна жирова клітковина і невеликі розміри та різна структура конкрементів, що в кінцевому результаті сприяло діагностичним помилкам. Так у 10 з 125 обстежених хворих при УЗД конкременти не виявлені, тому достовірність методу при даній патології становить 92%.

Метод ЕРХГ дозволяє практично у всіх випадках діагностувати патологію позапечінокових жовчевих протоків, хоча при наявності в гепатикохоледоку конкрементів розміром до 4 мм можливі діагностичні помилки. Тому впроваджена нами комп'ютерна відеообробка рентгензображення дає можливість під час проведення ЕРХГ неодноразово переглянути весь хід дослідження і тим самим досягнути практично 100% достовірності діагностики. Від цього залежить тактика виконання ЕПСТ і відповідно ефективність лікування хворих ЖКХ, ускладненої ХЛ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреев А.Л., Прядко А.С.,Филин А.В. (1995) Малоинвазивная хирургия желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и папиллостенозом. Эндохирургия сегодня.4:178-180.
2. Егиев В.Н., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Семенов М.В.(1998) Новые технологии в лечении холедохолитиаза (описание 4 наблюдений). Анналы хирургической гепатологии.3(1):84-87.
3. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е., Дяченко В.В. и др.(1996) Применение малоинвазивных операций в лечении холелитиаза, осложненного обтурационной желтухой. Клини.хирургия. 4: 6-7.
4. Bonlay J., Schelenberg., Brady P.G. (1992) Role of ERCP and therapeutic biliari endoscopy in association with laparoscopic cholecystectomy. Am.J.Gastroenterol. 87: 837-842.

Застосування лапароскопії в діагностиці та лікуванні гострого панкреатиту.

В.С. Земсков, І.О. Ковальська, Є.А. Крючина

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця,

Центр хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних шляхів, м. Київ

Висока летальність при гострому панкреатиті, тенденція до росту деструктивних форм з подальшим розвитком некротичних та гнійних ускладнень, лишають актуальними дослідження питань діагностики та лікування цієї групи хворих (1,2,3).

Активне застосування в клініці малоінвазивних хірургічних методів дозволяє використовувати їх в діагностиці та комплексному лікуванні гострого панкреатиту (3,4).

Матеріали та методи. На протязі останніх трьох років (1997- 1999 р. р.) було госпіталізовано до клініки 354 хворих різними формами гострого панкреатиту. У 62 з них був некротичний панкреатит та критерій Ренсона вище трьох. Вік пацієнтів цієї групи хворих (62) варіював від 18 до 78 років, чоловіків було 55,9%, жінок – 44,1%. Всі хворі госпіталізовані в ургентному порядку, пізніше 24 годин від початку захворювання поступило 37,41% хворих. В 21 випадку нами була застосована лапароскопія в комплексному лікуванні гострого деструктивного панкреатиту, що дозволило покращити діагностику, евакуювати ексудат із черевної порожнини та дренувати черевну порожнину з метою лаважу.

В 9 випадках, коли панкреонекроз був біліарного генезу – виконана лапароскопічна холецистектомія з дренажуванням черевної порожнини.

Відкритих операцій в цій групі хворих виконано 4 (6,45%) хворим з тотальним некрозом підшлункової залози та розлитим фібринозно-гнійним перитонітом. Померло 2 хворих в післяопераційному періоді внаслідок прогресування поліорганної недостатності (1) та арозивної кровотечі (1).

Консервативна терапія деструктивного панкреатиту включала в себе:

1.Блокатори секреції підшлункової залози: сандостатин по 0,1 мг 3 рази в добу п/ш 5 - 7 днів; кальцитонін 300 МЕ /24 год. в/в протягом 6 днів, даларгін 10 мг в/в крап, потім 4 мг /3 рази в добу в /м. Призначати блокатори панкреатичної секреції необхідно тільки в перші 5 - 7 днів розвитку захворювання, а препарати соматостатину - при розвитку арозивних кровотеч і свищів (панкреатичних, кишкових). *2.Цитокинова блокада* : пентоксифілін 20 мл добу в /в крап 5 - 7 діб. *3.Антиоксиданти:* аскорбінова кислота - 5% 10 - 20 мл 5 діб, токоферол 2 мл у добу 5 діб, церулоплазмін 100 мг у добу 5 - 7 діб (як стимулятор кровотворення може застосовуватися при анемії в хворих із гнійно-некротичними ускладненнями), финоптин 5 - 10 мг у добу в/в повільно 3 - 5 діб.

4.Аналгетики (ненаркотичні (баралгін, кетанов), наркотичні (за винятком морфіну), перидуральна анестезія. *5.Спазмолітики* (но-шпа, папаверин, бускопан, галіюр), м-холіноблокатори(атропін, платифілін, гастроцепін);

6. *Стимулятори моторики кишечника* (убретид 0,5 мг , повторне введення не раніше, ніж через 24 години ; бензогексоній 2,5% 0,5 мл 2 рази в добу; перидуральна анестезія).

7. *Профілактика транслокації кишкової мікрофлори* :

детоксикація (внутрішньокішечний лаваж, ентеросорбція); корекція метаболічних порушень і відновлення бар'єрної функції кишечника (глутамін, аргінін, МСТ, антиоксиданти); імунокорекція (3, 6 поліненасичені жирні кислоти, «Теком», аргінін, глутамін); раннє ентеральне харчування (установлення зонда в початковий відділ тонкої кишки інтраопераційно (якщо хворий оперований) або ендоскопічно; селективна деконтамінація кишечника (поліміксин, норфлоксацин, амфотерицин У).

8. *Инфузійна терапія* (об'єм залежить від клінічної ситуації, перевага віддається колоїдам перед ізотонічними розчинами кристалоїдів).

9. *Антибіотикотерапія*: карбопенемі (Тіенам 500 мг 3 - 4 рази в добу в/в крап; Меронем 500 - 1000 мг в/в крап 1 раз у добу); фторхинолони (ципрофлоксацин 500 - 750 мг 2 рази в добу, офлоксацин (таривид) 400 - 800 мг 2 рази на добу в/в крап, пефлоксацин (абактал) 400 мг 2 рази в добу в/в крап.); цефалоспорини III - IV покоління (цефтриаксон 1 -2 р 1 - 2 рази в добу., цефобід 1-2 г 3 рази на добу, цефатаксим 1 - 3 р 4 рази в сут., цефтизоксим 0,5 - 4 г у 2 - 4 ін'єкції); синтетичні пеніциліни (піперацилін 2 - 6 г 4 рази на добу, мезлоцилін 2 - 6 г 4 рази на добу). Всі антибіотики (за винятком карбопенемів) необхідно комбінувати з антианаеробними препаратами (100 мг 3 рази в добу в/в крап). Курс антибіотикотерапії не менше 14 днів, завжди доповнюється антимікотичною терапією (кетоконазол, нізорал) 200 мг у добу, флуконазол (дифлюкан) 50 - 400 мг у добу). 10. *Профілактика ерозивно-виразкових поразок ШКТ* (Н2 - блокатори, антациди, інгібітори протонної помпи, сукральфат). 11. *Корекція гіперліпідемії*(ліпостабіл 10 - 20 мл у добу в /в). 12 *Парентеральне харчування* (при необхідності). 13. *Інгібітори протеаз* (контрикал, трасилол, гордокс) - застосовувати тільки при ДВС – синдромі. 14 *Гепатопротектори*. При наявності ураження органів-мішеней (респіраторний-дістрес синдром, гостра ниркова, печінкова недостатність - посиндромна терапія).

Результати та обговорення. До 1997 року летальність серед оперованих хворих складала 14,25-15,0%. Аналізуючи отримані результати, видно, що майже 50% хворих, поступаючих в стаціонар з клінікою гострого панкреатиту потребують проведення лікувально-діагностичної лапароскопії з метою уточнення характеру ураження підшлункової залози, виявлення ферментативного перитоніту та парапанкреатичних ускладнень. Використання лапароскопії в комплексному лікуванні гострого панкреатиту за три останні роки дозволило знизити післяопераційну летальність до 3,3-6,15%. Таким чином , використання малоінвазивних методів дозволяє покращити діагностику та результати комплексного консервативного та хірургічного лікування різних форм гострого панкреатиту.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Земсков В.С., Ковальская И.А., Крючина Е.А. Современные подходы к лечению острого деструктивного панкреатита// Клінічна хірургія –1999- №11.- с.5-6.
2. Савельев В.С., Кубышкин В. А. Панкреонекроз. Состояние и перспектива. Хирургия.- 1993.- №6.- с.22-28.
3. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: комплексная диагностика и лечение. Новый медицинский журнал.- 1997.- №3.- с.10-13.
4. Foitzik T; Fernannnddez-del Castillo. Pathogenesis and prevention of early pancreatic infection in experimental acute necrotizing pancreatitis/ Ann Surg 1995 Aug;222(2):179-85.

Применение метода электротермоадгезии тканей в хирургии печени и поджелудочной железы.

М.Е.Ничитайло, Ю.А.Фурманов, А.Н.Литвиненко, А.А.Ляшенко

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

В последнее время были предложены и внедряются разнообразные методы соединения биологических тканей, в том числе и основанные на принципе сварки. В основе электросварочных методик лежит использование термической энергии, в результате воздействия которой происходит локальная коагуляция и денатурация свариваемой ткани. После прекращения электротермовоздействия между свариваемыми структурами образуется коагуляционная пленка, с помощью которой и происходит их соединение.

В основе нашей работы изучение возможностей применения электрического тока высокой частоты с целью соединения различных биологических тканей (метод разработан совместно с Институтом электросварки им. Е.О.Патона НАН Украины, руководитель проекта - академик Б.Е.Патон). Нами были проведены экспериментальные исследования на животных (белые крысы, кролики, свиньи), в результате которых определены оптимальные режимы электросварки различных биологических тканей, позволившие минимизировать термическую травму при создании необходимой прочности электротермоадгезивного соединения. Полученные результаты позволили приступить к внедрению методики в клинику.

Нами с применением метода электротермоадгезии тканей прооперировано 44 больных с патологией желчного пузыря, печени и поджелудочной железы.

30 больным выполнена герметизация холецистотомной раны. Она являлась этапом лапароскопической холецистэктомии в случаях хронического или острого калькулезного холецистита, осложненного хроническим билиарным панкреатитом с явлениями желчной гипертензии, водянкой или эмпиемой желчного пузыря, когда невозможно без опорожнения

осуществить его захват зажимами. После прокола стенки желчного пузыря и эвакуация желчи края образованного отверстия сводили биполярным сварочным зажимом, введенным через один из лапаропортов. Через бранши инструмента пропускали электрический ток заданных характеристик. В момент его прохождения осуществляется сварка и герметизация прокола стенки желчного пузыря. В 5 случаях выполняли предварительную эвакуацию конкрементов из полости желчного пузыря через разрез длиной 2-3 см. У 24 больных с помощью электросварки, как альтернативы клиппированию, выполнили герметизацию отходящей части пузырного протока, у 6 - его культи, у 25 - пузырной артерии, при этом использовали специальный Г-образный биполярный зажим.

Пяти больным с доброкачественными опухолями печени выполнили краевые резекции печени. Для их осуществления использовали специальный инструментарий, представляющий собой Т- или Г-образные биполярные зажимы, которые последовательно накладывали проксимальнее линии предполагаемой резекции. Пропускали электрический ток заданных характеристик. После завершения сварки резецируемый участок печени оказывается отделенным от остального массива паренхиматозного органа коагуляционной бороздой. При отсечении резецируемого участка значительного кровотечения или подтекания желчи не отмечено. При необходимости осуществляли дополнительный гемостаз с помощью биполярного пинцета. Одной из этих больных произведена лапароскопическая краевая резекция печени с использованием специального лапароскопического инструмента. Мы не отметили осложнений, связанных с применением данных методик.

Метод также был применен у 8 больных для герметизации постпункционных отверстий печени и поджелудочной железы после их интраоперационной биопсии. У 5 из них производилась аспирационная биопсия поджелудочной железы с целью дифференциальной диагностики хронического билиарного панкреатита и рака поджелудочной железы, у 3 - для уточнения характера очаговой патологии печени. Осложнений, связанных с выполнением данной методики, не наблюдали. В одном случае с использованием методики электросварки выполнена лапароскопическая холецистоэнтеростомия. При выполнении данной операции использовали тот же биполярный сварочный зажим, что и при сварке холецистотомной раны, введенный через порт в левом фланке живота. Петлю тощей кишки подводили к желчному пузырю и фиксировали на расстоянии 4-5 см вдоль кишки двумя держалками. Стенки кишки и пузыря сжимали биполярным сварочным зажимом, после чего пропускали электрический ток заданных характеристик. Путем наложения зажима в 6-8 точках формировали серо-серозный сварочный шов. Затем просветы кишки и пузыря вскрывали и формировали заднюю губу анастомоза. Завершали анастомоз наложением серо-серозных сварочных швов,

после чего держалки удаляли. Через миниразрез в правом фланке живота из брюшной полости выводили петлю тонкой кишки. С помощью биполярного пинцета формировали брауновское соустье методом электросварки подобно тому, как выполнялся холецистоэнтероанастомоз. На приводящую петлю накладывали заглушку. Послеоперационных осложнений не было.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что электросварка биологических тканей является очень перспективным методом их соединения. Особенно большие преимущества данного метода проявляются в лапароскопической билиарной хирургии. Его основные достоинства перед традиционными методиками заключаются в сохранении минимального инвазивного эффекта лапароскопической операции, существенном сокращении операционного времени. Применение метода позволяет отказаться или существенно ограничить использование дорогостоящих расходных материалов для соединения тканей.

Опыт применения перкутанной, эндоскопически контролируемой гастростомии.

Попов А.А., Вербя А.И.

Дунайская бассейновая больница на водном транспорте, г. Измаил.

Существенным фактором в терапии и восстановлении больного является правильное и полноценное питание. У пациентов нуждающихся в интенсивной терапии из-за нарушения катоболического обмена веществ возникает потребность в высококалорийном питании /от 3000 ккал и более/. Парентерально можно обеспечить едва ли более 2000 ккал, так как неизбежно наступают нарушения водно-электролитного обмена, органы выделения и кровообращения оказываются перегруженными, часто возникают воспаления вен, восходящая инфекция, желудочно-кишечная атония [1]. По этим причинам переход на кормление с участием желудочно-кишечного тракта должен проводиться как можно быстрее. Трансназальный зонд, как способ доставки питания в организм прост и легок в исполнении. Однако этот способ неприемлим при необходимости обеспечить долгосрочное кормление из-за возникающих воспалительных процессов в полости носа, глотки и пищевода. В 90-х годах в связи с дальнейшим развитием эндоскопии, использованием ее не только в диагностических целях, но и в хирургии, терапии появляется ряд публикаций о наложении перкутанной /черезкожной/, эндоскопически контролируемой гастростомы /ПЭГ/. Burghart W., Scheppach W., Hoffman K. в 1989 г. сообщили об успешном проведении 124 операций по наложению ПЭГ, доказав безвредность, малотравматичность и простоту метода, позволяющего обеспечить долгосрочное интрагастральное питание, избегая, как травматичности общепринятой хирургической техники, так и осложнений длительного использования трансназального зонда [2].

Материалы и методы: Для наложения ПЭГ нами были использованы стандартные наборы фирмы "Wilson Cook medical inc.": PEG-24, PEG-18. Операция проводилась с помощью фиброгасгродуоденоскопов "Olympus" по методике Кеймлинга [3]. Сложность в приобретении и дороговизна наборов заставила нас пойти на некоторые изменения в стандартной методике. Так в качестве пункционной иглы использовалась игла из подключичного набора, в качестве проводника стерильная нейлоновая леска сложенная вдвое. За основу гастростомической трубки использовался катетер Петцера № 24 соединенный с трубкой-проводником. Фиксация к коже изначально произведена кожными швами, а затем резиновым фиксатором.

Результаты: В 1997 году нами проведено две операции по наложению ПЭГ. обе успешно. Последняя операция выполнена по поводу последствия тяжелой черепно-мозговой травмы в сентябре 1997 г. Пациент находится на гастростомическом питании по настоящее время. За этот период произведена четырехкратная замена трубки, в качестве которой использован катетер Петцера №24 в домашних условиях наружным способом. За период 1997-99 г успешно произведено 7 операций не получив никаких серьезных осложнений.

Выводы: 1. Использование перкутанной /чрезкожной/, эндоскопически контролируемой гастростомы позволяет обеспечить адекватное долгосрочное энтеральное питание при нейрогенных дисфагиях без риска аспирации, политравме, объемных оперативных вмешательствах в полости рта, раковых обструкциях в верхних отделах ЖКТ, а также желудочную декомпрессию при нарушениях опорожнения.

2. Операции по наложению перкутанной /чрезкожной/, эндоскопически контролируемой гастростомы просты, практически лишены осложнений, выполнимы в условиях хирургических стационаров любого уровня, имеющих эндоскопические кабинеты.

Литература:

1. "Инфузионная терапия и клиническое питание" под ред. Г.Н. Хлябича. "Фрезениус" АГ-ФРГ, 1992 г.
2. Burghart W., Scheppach W., Hoffman K. "Perkutane endoscopische Gastrostomie: Erfahrungen mit 124 Patienten" Akt.Ernahr. 14:179-184/1989/
3. Keymling M., "Perkutane endoscopische kontrollierte Gastrostomie", Gastroenterologie /Suppl.2/ 27: 65-68 /1989/.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Скумс А.В., Огородник П.В.

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

Вопрос выбора рационального способа коррекции ятрогенных повреждений и стриктур желчного протока после холецистэктомии до настоящего времени является предметом дискуссии. Если до последнего времени хирургами традиционно обсуждались принципы и детали их хирургической коррекции, то в эру мини-инвазивной хирургии возросла роль малотравматичных чрескожных и эндоскопических эндобилиарных вмешательств, применяемых как качестве вспомогательных, так и окончательных методов лечения [1, 2, 3, 4, 5]. Целью нашей работы явился анализ результатов применения указанных методов лечения и определение их роли в лечении повреждений и стриктур желчных протоков.

За период с января 1989 г. по декабрь 1999 г. в клинике 182 больных подверглись различным видам оперативных вмешательств по поводу ятрогенных повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. Анализу подвергнуты результаты применения миниинвазивных вмешательств в лечении повреждений и стриктур желчных протоков, а также их осложнений в ходе хирургической коррекции у 40 больных. Миниинвазивные вмешательства включали эндоскопическую папиллосфинктеротомию с удалением конкрементов и инородных тел, бужирование, дилатацию и стентирование желчных протоков и анастомозов из эндоскопического или чрескожного доступов, назобилиарное дренирование (табл.).

Таблица Миниинвазивные вмешательства у больных с повреждениями желчных протоков и их последствиями

Способ коррекции	Число больных
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением конкрементов	18
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением скрытых дренажей	7
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и стентирование желчных протоков	8
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование	3

Эндоскопическое бужирование и дилатация билиодигестивных анастомозов	4
Всего	40

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия явилась окончательным методом лечения у 3 больных с несостоятельностью культи пузырного протока вследствие резидуального холедохолитиаза, а также у 2 больных с послеожоговыми перфорациями желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. У 7 больных, несмотря на успешное удаление скрытых дренажей и применение у трех из них повторных сеансов бужирования и дилатации стриктур в дальнейшем потребовалось выполнение хирургических вмешательств.

Эндоскопическое стентирование при неполных повреждениях и стриктурах желчных протоков проведено у 8 больных. У 7 из них вмешательство привело к быстрому (в течение 2-5 суток) закрытию наружных желчных свищей, а у одного больного попытка эндоскопического стентирования закончилась неудачей.

К сожалению, эндоскопические вмешательства при повреждениях и стриктурах желчных протоков имеют ограниченное применение, так как для их успешного использования необходимы ряд условий: свободный доступ к большому сосочку двенадцатиперстной кишки, небольшая протяженность повреждения или стриктуры, наличие ее частичной проходимости, а также совершенное владение техникой рентгенологических и эндоскопических вмешательств. В связи с этим рентгенэндоскопические вмешательства нами чаще применялись как вспомогательные, в качестве первого этапа операции. Более самостоятельное значение они имеют при наружных желчных свищах, обусловленных холедохолитиазом, стенозом дистального отдела общего желчного протока, а также у больных с инородными телами желчных протоков.

Низкая эффективность эндоскопических вмешательств может быть объяснена также поздними сроками обращения больных, когда при наличии частичных стриктур протоков выше препятствия обнаруживались крупные плотные конкременты, не поддающиеся извлечению и литотрипсии. Это наблюдалось у 8 больных и у 3 из них в связи с наличием гнойного холангита с целью предоперационной декомпрессии желчных протоков выполнено назобилиарное дренирование по предложенному нами способу.

При ретроспективном анализе результатов можно с уверенностью утверждать, что при малых и некоторых видах частичных повреждений миниинвазивные вмешательства являются альтернативой хирургическому методу и имеют в этих случаях вполне самостоятельное значение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. (1997) Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи.-Санкт-Петербург.: Эскулап.-147с.
2. Davids P.H.P., Tanka A.K.F., Rauws E.A.J. et al. (1993) Benign biliary strictures: surgery or endoscopy? // Ann Surg- Vol. 217.-P. 237-243.
3. Fantini G., Basso N., Rossi P. (1995) Complications after laparoscopic cholecystectomy. Coordinated radiologic, endoscopic and surgical treatment // Surg Endosc- Vol. 9-P. 29-36.
4. Kozarek R.A., Ball T.J., Patterson D.J. et al. (1994) Endoscopic treatment of biliary injury in the era of laparoscopic cholecystectomy // Gastrointestinal Endoscopy.-Vol. 40-P. 10-16.
5. Vitale G.C., George M., McIntare K. et al. (1996) Endoscopic management of benign and malignant biliary strictures // Am J Surg.- Vol. 171.-P. 553-557.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

Томич М.В., Верніковський І.В., Козицька І.Ю.

Львівський державний обласний перинатальний центр

Львівський державний медичний університет

На сьогоднішній день у цілому світі відмічається тенденція до зростання частоти позаматкової вагітності. Актуальність даної проблеми полягає в тому, що ця патологія є основною причиною смертності серед гінекологічних хворих.

За 10 років у клініці Перинатального центру знаходилося на лікуванні 347 жінок з трубною вагітністю. Діагноз у всіх випадках базувався на клінічних даних, заключенні УЗД (трансвагінальне сканування) та рівня хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові. При лікуванні трубної вагітності ми враховували наступні фактори: вік жінки і бажання у майбутньому зберегти дітородну функцію, розміри та локалізацію плідного яйця у матковій трубі, стан другої маткової труби та наявність супутньої гінекологічної патології (спайковий процес, ендометріоз, проведені в минулому абдомінальні операції).

Лапароскопічний доступ ми використали у 61 (17,58% жінок), середній вік яких становив 26,8 років, першовагітні з них 14,75%. Органозберігаючі оперативні втручання проведені у 38 (62,3%) жінок, з них у 19 (50%) проводилась сальпінгостомія з видаленням плідного яйця, у 11 (28,9%) шляхом видавлювання з фімбріального відділу трубу, у 8 (21,1%), пункція труби та відсмоктування вмісту з послідуочим введенням 25мг метотрексату.

Тубектомію проведено у 21 (34,43%) жінок.

Тільки у 2 (3,28%) жінок ми змушені перейти на лапаротомічний доступ у зв'язку з вираженим спайковим процесом та масивною крововтратою. Середній ліжко-день становив $3,2 \pm 1,4$. Відновлення працездатності після лапароскопії на 12-16 день. Прокідність маткової труби на стороні поразення після органозберігаючих операцій становила 76,32%.

З 32 жінок, які бажали завагітніти, маткова вагітність наступила у 20 (62,5%), повторна позаматкова вагітність у 4 (12,5%), II непліддя мало місце у 8 (25%) жінок.

Таким чином, лапароскопічний доступ при лікуванні прогресуючої трубної вагітності є методом вибору, який покращує результати операції: скорочує час перебування у стаціонарі та період відновлення працездатності, дає змогу у більшості жінок зберегти дітородну функцію.

Способ перевязки пузырного протока во время выполнения лапароскопической холецистэктомии.

Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Тучков А.В., Слабодяник В.П.

ГВКГ МО Украины

Введение: Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по праву является «золотым» стандартом хирургического лечения неосложненного калькулезного холецистита (КХ). Применение миниинвазивных технологий снижает свободу манипуляций в брюшной полости. Одним из ответственных этапов холецистэктомии является надежная герметизация пузырного протока (ППр). По данным С.А. Мунтяна (1998) при длительном течении хронического калькулезного холецистита ППр расширяется и укорачивается [1]. М.Е. Ничитайло и соавт. (1996), А.Н. Чугунок и соавт. (1996) отмечают значительные технические трудности выполнения ЛХЭ обусловленные широким и коротким ППр. Описаны случаи вынужденного выполнения экстренной релапаротомии при негерметичном клипировании последнего [2, 4].

Вышеизложенное обуславливает необходимость разработки способа перевязки широкого и короткого ППр во время выполнения ЛХЭ, позволяющего надежно герметизировать проток без перехода на лапаротомию и предупредить развитие послеоперационных осложнений связанных с подтеканием желчи в брюшную полость.

Материалы и методы: В клинике абдоминальной хирургии ГВКГ МО Украины за период с 1997 по 1999 годы по поводу холелитаза в плановом порядке прооперированно 651 человек, в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст 49,7 лет), женщин 514 (средний возраст 48,9 лет), мужчин – 137 (средний возраст 52,2 года). Из них 612 пациентам выполнена ЛХЭ. У 15 пациентов (2,3%), в возрасте от 58 до 75 лет во время выполнения ЛХЭ диагностирован широкий и короткий ППр. Герметизация которого, с применением больших клипс, была без-

успешной. У всех 15 пациентов анамнез заболевания был более 5-ти лет. Впервые встретившиеся нам описанные изменения ППР заставили прибегнуть к открытой холецистэктомии.

Для выполнения ЛХЭ без конверсии разработан способ перевязки расширенного и укороченного ППР экстракорпоральным узлом с применением дополнительной трубки, с конусным концом, для затягивания лигатуры.

За прототип был использован способ выполнения холецистэктомии через лапаротомный разрез с дальнейшим удалением желчного пузыря [5]. Наложение лигатуры и затягивание узла на пузырьном протоке во время выполнения ЛХЭ технически сложно и тоже может привести к подтеканию желчи в брюшную полость при недостаточном затягивании узла.

Разработанный способ (позитивное решение о выдаче патента № 98126920 от 28.12.1998) заключается в следующем: во время выполнения ЛХЭ под пузырьный проток, через троакар вводят лигатуру, другой конец лигатуры выводят из брюшной полости через тот же троакар, далее узел завязывают снаружи, потом один конец нити проводят через трубку с конусным концом, наружный диаметр трубки должен практически совпадать с внутренним диаметром троакара затем опираясь конусом на узел затягивают последний до надежной герметизации ППР. Таким же способом завязывают второй и третий узлы. Использование дополнительной трубки обеспечивает плотное затягивание узла, чем обеспечивается профилактика послеоперационных осложнений, связанных с подтеканием желчи из ненадежно герметизированной культи ППР.

Результаты и обсуждение: Данным способом был перевязан широкий и короткий ППР во время выполнения ЛХЭ у 14 больных. Послеоперационный период у указанных пациентов протекал без осложнений. Все 14 пациентов выписаны из стационара на 4-е сутки после операции.

В качестве иллюстрации приводим пациентку Ч., которая страдала холецистолитиазом в течении 15 лет. во время выполнения ЛХЭ диагностирован широкий и короткий пузырьный проток, попытки клипирования последнего были безуспешными. Был применен способ перевязки ППР с использованием разработанного в клинике узла. В троакар диаметром 10 мм. в левом подреберье была заведена под ППР викриловая нить 3/0 и второй конец лигатуры выведен из брюшной полости через тот же троакар. Экстракорпорально завязан узел, затем один конец лигатуры был заведен в трубку с конусным концом (последний должен быть направлен вниз), наружный диаметр трубки 9 мм, а внутренний пропускает лигатуру 3/0. Длина трубки 25 мм. Далее упираясь конусом на узел, через троакар, затянули лигатуру до плотной перевязки ППР. Таким же способом были завязаны второй и третий узлы. Концы нити срезаны. Дистально ППР был перевязан описанным способом. Далее была вы-

полнена холецистэктомия по известной методике [3]. Послеоперационный период протекал без осложнений, больная выписана по месту жительства на 4-е сутки.

Таким образом, описанный способ позволяет выполнять ЛХЭ с надежным герметичным лигированием ППр без конверсии и позволяет избежать послеоперационных осложнений связанных с подтеканием желчи в брюшную полость у пациентов с широким и коротким ППр.

Список литературы:

1. Мунтян С.А. Разработка и оптимизация методов лечения и профилактики желчнокаменной болезни. // Дисс. ... д.м.н., Днепропетровск, 1998, 317 с.
2. Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Литвиненко А.Н. и др. Желчный перитонит после лапароскопической холецистэктомии // Клиническая хирургия, 1996, №2-3, с. 42
3. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1998 г. - 351 с.
4. Чугунок А.Н., Федоров И.В., Дмитриев Е.Г., Славин Л.Е. Ятрогенные повреждения лапароскопической холецистэктомии и их предупреждения // Казанский медицинский журнал, 1996, №3, т. LXXVII, с. 161-167.
5. Шалимов А.А., Шалимов С.А. Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К. : Здоров'я, 1993. – 512 с.