



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр



Дорогие коллеги, друзья!

Со времени проведения Первого Украинского Конгресса по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии в нашей стране прошло два года.

Этот конгресс собрал более 400 ведущих специалистов хирургии из более чем 10 стран мира. Было представлено около 100 видеодокладов по всем разделам оперативной хирургии и смежным специальностям, работало 8 научных секций конгресса. Все это позволило гостям и участникам конгресса не только показать свои достижения, но и обменяться опытом, получить новые идеи в своих профессиональных интересах, обучать своих последователей и учиться самим.

Полученный позитивный резонанс, общественная поддержка и энтузиазм привели нас к решению о проведении Второго Украинского Конгресса по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии в рамках развития новых хирургических технологий XXI века в Украине и за ее пределами.

Мы надеемся на широкий интерес и участие в нашем Конгрессе специалистов самых различных клиник Украины и мира, и приложим максимум усилий по созданию творческой рабочей и дружеской атмосферы на Втором Украинском Конгрессе по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии.

Искренне Ваш,
В. Белый

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ОРГАНИЗАТОР КОНГРЕССА

Киевский клинический госпиталь

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ОРГАНИЗАТОР

Центральная клиническая больница

СООРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА

- > Главный военный клинический госпиталь МО Украины
- > Украинский Фонд поддержки и развития нейроэндоскопии и эндоскопической нейрохирургии
- > АО "Aquarius"

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ КОНГРЕССА

"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" ISSN 1029-743X

СПОНСОР КОНГРЕССА

Компания "Sanofi-Synthelabo"

ПОЧЕТНЫЙ ПРЕЗИДЕНТ КОНГРЕССА

А.Ф. Возианов

ПРЕЗИДЕНТ КОНГРЕССА

В.Я. Белый

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ КОНГРЕССА

М.П. Бойчак

ВИЦЕ-ПРЕЗИДЕНТ КОНГРЕССА

А.Г. Данчин

СЕКРЕТАРИАТ КОНГРЕССА

Данчин А.А. (генеральная организация)
Палиенко Р.К. (общая организация)
Жижкевич Т.В. (секретариат)

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ КОНГРЕССА

Клиника нейрохирургии и неврологии ГВКГ
01016, Украина, Киев, ул. Госпитальная, 18
тел. +038 (044) 261-95-21
факс +038 (044) 252-83-79

НАУЧНЫЙ КОМИТЕТ

Возианов А.Ф. (Украина)
Bauer B.L. (Germany)
Бойчак М.П. (Украина)
Cohen A.R. (USA)

Венцовский Б.М. (Украина)
 Гирин В.Н. (Украина)
 Грубник В.В. (Украина)
 Заболотный Д.И. (Украина)
 Запорожан В.М. (Украина)
 Захараш М.П. (Украина)
 Зозуля Ю.А. (Украина)
 Зубарев П.М. (Россия)
 Fukushima T. (USA)
 Grotenhuis A.J. (Netherlands)
 Hellwig D. (Germany)
 Коновалов А.Н. (Россия)
 Никишаев В.И. (Украина)
 Ничитайло М.Е. (Украина)
 Пасько В.В. (Украина)
 Perneczky A. (Germany)
 Полищук Н.Е. (Украина)
 Радионов Б.В. (Украина)
 Руденко А.Ю. (Украина)
 Саенко В.Ф. (Украина)
 Samii M. (Germany)
 Teo Ch. (Australia)
 Тимофеев А.А. (Украина)
 Тофан А.В. (Украина)
 Щеглов В.И. (Украина)

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ЯЗЫКИ КОНГРЕССА

Украинский, Английский, Русский

НАУЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Научная программа состоит из пленарных лекций, специализированных лекций, научных презентационных докладов, постер-сессии и научной выставки согласно нижеследующим основным темам.

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ

- ♦ абдоминальная хирургия
 - общие вопросы / желудочно-кишечные кровотечения / гепатопанкреатобилиарная хирургия / колопроктология / пластическая хирургия
- ♦ нейрохирургия
 - нейротравматология / онконейрохирургия / спинальная нейрохирургия / сосудистая нейрохирургия / окклюзионные процессы / нейронавигация
- ♦ урология / гинекология
- ♦ торакальная хирургия
- ♦ ЛОР-хирургия
- ♦ ортопедия / травматология
- ♦ интервенционная радиология / диагностика в МИН

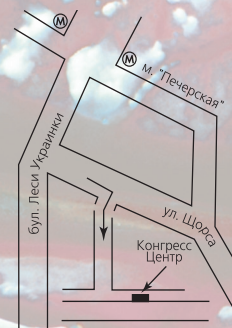
- хирургии
- ♦ интенсивная терапия в МИН хирургии
- ♦ обучение в МИН хирургии
- ♦ новые инструменты, препараты, технологии и идеи

ПЛЕНАРНЫЕ СЕКЦИИ

- Секция 1**
 Абдоминальная хирургия
- Секция 2**
 Урология / гинекология
- Секция 3 / специальные лекции**
 Ортопедия / сосудистая хирургия
- Секция 4**
 Нейрохирургия
- Секция 5**
 Торакальная хирургия
- Секция 6**
 ЛОР-хирургия
- Секция 7**
 Диагностика в МИН хирургии

РЕГИСТРАЦИЯ УЧАСТНИКОВ / МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

Регистрация участников будет проходить на 2-м этаже Конгресс-центра с 14.00 до 17.00 17 сентября и с 08.30 до 16.00 18, 19, 20 сентября 2001 г.
 Место проведения: Киев, ул. Госпитальная, 18 (вход со стороны ул. Щорса), Главный военный клинический госпиталь, Помещение клуба.



ТЕХНИЧЕСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Слайды: Будет осуществляться двойная проекция слайдов (5×5 см) в жестких рамках.
 Плакаты: Размер представляемых плакатов 90 см (ширина) × 150 см (высота).
 Видео: Для видео-презентаций во время докладов конгресса могут использоваться все стандарты (S-VHS-Pal, VHS-NTSC, U-Matic-low band).
 Over Head: Во время презентаций или дискуссий будет использоваться over head проекция.

ПРОМЫШЛЕННАЯ ВЫСТАВКА

Во время проведения Конгресса будет проводиться техническая выставка, на которой будет представлено новейшее медицинское

РАСПИСАНИЕ РАБОТЫ КОНГРЕССА

Время	18 сентября 2001 вторник	Время	19 сентября 2001 среда	Время	20 сентября 2001 четверг
9.00 - 11.15	Церемония открытия Секция 1	9.00 - 10.30	Секция 4	9.00 - 10.00	Секция 1
11.15 - 11.30	Перерыв	10.30 - 10.45	Перерыв	10.00 - 10.15	Перерыв
11.30 - 13.00	Секция 2	10.45 - 13.00	Секция 4	10.15 - 11.00	Секция 5
13.00 - 14.00	Обед	13.00 - 14.00	Обед	11.00 - 11.15	Перерыв
14.00 - 14.40	Секция 3	14.00 - 14.50	Секция 4	11.15 - 11.45	Секция 6
14.40 - 14.50	Перерыв	14.50 - 15.00	Перерыв	11.45 - 12.00	Перерыв
14.50 - 17.10	Секция 1	15.00 - 17.30	Секция 1	12.00 - 13.00	Секция 1
17.30	Вечерний прием			13.00 - 14.00	Обед
		19.00	Гала-ужин	14.00 - 15.00	Секция 7
				15.00	Церемония закрытия

II Украинский Конгресс по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии

- 2 Общая информация
- 5 Финальная научная программа
- 10 Материалы конгресса
- 10 Нейрохирургия (часть I)
- 15 Нейрохирургия (часть II)
- 18 Абдоминальная хирургия (Общие вопросы)
- 21 Абдоминальная хирургия
(Гепатопанкреатобилиарная хирургия)
- 26 Абдоминальная хирургия
(Желудочно-кишечные кровотечения)
- 28 Пластическая хирургия
- 30 Абдоминальная хирургия (Колопроктология)
- 33 Урология / Гинекология
- 36 ЛОР-хирургия
- 38 Торакальная хирургия
- 40 Артроскопия / Анестезиология /
Сосудистая хирургия
- 42 Диагностика в МИН-хирургии



© Український журнал малоінвазивної та
ендоскопічної хірургії, 2001

© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та
ендоскопічної нейрохірургії, 2001

© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2001

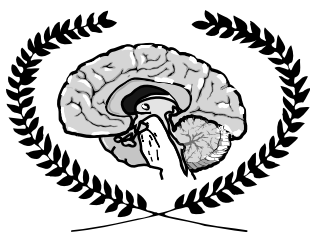
Все права захищені. Перепечатка матеріалів або їх частей в
любом виді без письмового згоди держателя авторських прав
буде преследуватися в судовому порядку.

© Ukrainian Journal of Minimally Invasive
and Endoscopic Surgery, 2001

© Ukrainian Fund of the Support and Development of Neuro-
endoscopy and Endoscopic Neurosurgery. All rights reserved.

© Kiev's Clinical Hospital, Medical Corp.

All right reserved.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

ФИНАЛЬНАЯ НАУЧНАЯ ПРОГРАММА

18 сентября 2001

- 9.00 Церемония открытия**
Приветствие Президента Конгресса
В.Я. Белого
Приветствие Председателя Конгресса
М.П. Бойчака
- 9.30-11.15 Секция 1**
Абдоминальная хирургия /
Гепатопанкреатобилиарная хирургия
Председательствующие: Белый В.Я.,
Бойчак М.П., Ничитайло М.Е.
1. Застосування екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії в лікуванні резидуального холедохолітазу / Ничитайло М.Ю., Гойда С.М.*, Собчинський С.А., Гойда М.С., Войцишин В.В. **(8 минут)**
 2. Особливості лапароскопічних оперативних втручань в лікуванні гострого холециститу / Мішалов В.Г.*, Сопко О.І., Гойда С.М., Балабан О.В., Теслюк І.І. **(8 минут)**
 3. Лапароскопическая ревизия и санация общего желчного протока в лечении холедохолитиаза и механической желтухи / Ничитайло М.Е.*, Огородник П.В. **(8 минут)**
 4. Применение метода электротермоадгезии в гепатопанкреатобилиарной хирургии / Ничитайло М.Е.*, Литвиненко А.Н., Гулько О.Н. **(8 минут)**
 5. Результаты использования способа "открытой лапароскопии" через минилапаротомный доступ при желчнокаменной болезни / Ачилов Ш.Д.*, Калиш Ю.И., Мурадов Б.Х., Шамирзаев Б.Н. **(8 минут)**
 6. Малоинвазивная хирургия острого холецистита / Пелех В.А.*, Козленко И.И., Вовк А.А., Володько Ю.Н., Крячко В.В. **(8 минут)**
 7. Коррекция осложнений лапароскопической холецистэктомии / Земсков В.С., Ковальская И.А.*, Буров Е.Ю., Земскова М.В., Ткаченко А.А. **(8 минут)**
 8. Миниинвазивная хирургия острого деструктивного панкреатита / Ковальская И.А.* **(8 минут)**
 9. Лечебно-тактический и социально-экономический аспекты лапароскопической холецистэкто-

- мии и минихолецистэктомии / Земсков В.С., Ковальская И.А.*, Буров Е.Ю., Ткаченко А.А., Дичаковский Е.В., Луфер А.Л. **(8 минут)**
10. Опыт хирургического лечения патологии желчевыводящих путей у больных с тромбоцитопатиями / Мишалов В.Г., Суховий М.В., Сопко А.И.*, Стельмах А.И., Лозян И.В. **(8 минут)**
 11. Особливості штучної вентиляції легень при проведенні лапароскопічних операцій / Старіков А.В., Дубов О.М.*, Левченко Т.М., Трешалін Г.О., Мельник В.М. **(8 минут)**
- 11.15-11.30 Перерыв**
- 11.30-13.00 Секция 2**
Урология / Гинекология
Председательствующие:
Запорожан В.Н., Гладчук И.З.,
Брыков В.И.
1. Эндоскопическое лечение рака мочевого пузыря / Брыков В.И.*, Терещенко Н.К., Коршунов Н.П., Степушкин С.П. **(8 минут)**
 2. Особливості ТУР ПЗ / Стаховський Е.О.*, Карпенко В.С., Білик В.І. **(8 минут)**
 3. Профилактика осложнений при ТУР ПЗ / Стаховський Е.О., Білик В.І.* **(8 минут)**
 4. Эндоскопическое лечение уретероцеле / Стаховский Э.А., Глоба А.И.* **(8 минут)**
 5. Сравнительный анализ лапароскопических гистерэктомий с использованием электрохирургической оперативной техники / Запорожан В.Н., Гладчук И.З.*, Рожковская Н.К. **(8 минут)**
 6. Лікування хворих на зовнішній ендометріоз: аналіз десятирічного досвіду / Запорожан В.М., Гладчук І.З., Рожковська Н.М., Непорада С.М.* **(8 минут)**
 7. Опыт выполнения лапароскопических консервативных миомэктомий с использованием препарата "Золадекс" / Гладчук И.З., Назаренко О.Я.* **(8 минут)**
 8. Використання "Вільпрафену" та озонотерапії при лапароскопічному лікуванні гнійно-запальних процесів малого тазу хламідійної етіології / Венцківський Б.М., Жегулович В.Г., Яроцький М.Є., Семенюк Л.М.*, Бурка О.А. **(8 минут)**

9. Роль і значення локальних методів терапевтичного впливу при гіперпластичних станах ендометрію / Борода А.М.*, Лакатош В.П., Жегулович В.Г., Яроцький М.Є. (8 минут)

13.00-14.00 Обед

14.00-14.40 Секция 3

Специальная лекция / Артроскопия

Артроскопічна пластика передньої зхрещеної зв'язки колінного суглоба / Орлянки В., Зазірний І.*, Шабус Р. (8 минут)

Специальные лекции / Сосудистая хирургия

1. Застосування малоінвазивної десимпатизації при лікуванні хронічної артеріальної недостатності кінцівок на фоні підвищеного операційного ризику / Криса В.М., Нестеренко В.Л.* (8 минут)
2. Ендоскопічна хірургія перфорантних вен / Мішалов В.Г.*, Черняк В.А., Селюк В.М. (8 минут)

14.40-14.50 Перерыв

14.50-17.10 Секция 1

Абдоминальная хирургия / Гепатопанкреатобилиарная хирургия Председательствующие: Грубник В.В., Чернев В.Н.

1. Доклад компании "Sanofi-Synthelabo" (8 минут)
2. Желчеистечения после лапароскопических холецистэктомий / Бычков С.А.*, Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Шеремет А.И. (8 минут)
3. Нові аспекти в хірургічному лікуванні панкреонекрозу та його ускладнень / Милиця М.М., Мартиновський О.І.*, Постоленко М.Д. (8 минут)
4. Холецистэктомия из минидоступа при лечении больных острым и хроническим холециститом / Бобров О.Е.*, Семенюк Ю.С., Бучнев В.И., Мендель Н.А. (8 минут)
5. Способ конверсии лапароскопического доступа при холецистэктомии в подреберный минидоступ / Семенюк Ю.С., Бучнев В.И., Игнатов И.Н.*, Мендель Н.А. (8 минут)
6. Лапароскопическое лечение холедохолитиаза при остром и хроническом калькулезном холецистите / Грубник В.В., Ткаченко А.И., Дюжев А.С.*, Калинин С.В., Ильяшенко В.В. (8 минут)
7. Особенности лечения острого ферментативного холецистита с помощью видеоэндоскопической техники / Иващенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К.(мл)*, Журавлева Ю.И. (8 минут)
8. Эндоскопическое лечение ЖКБ, осложненной механической желтухой / Кутепов С.Б., Крамаренко К.А.*, Захарчук А.П. (8 минут)
9. Нестандартные ситуации при выполнении лапароскопической холецистэктомии / Трепет С.О.*, Тарапон О.Ю., Яворский И.И., Подпратов С.Е. (8 минут)

10. Лапароскопическая локальная антибактериальная терапия в лечении острого инфицированного панкреатита / Сипливый В.А., Петренко Г.Д.*, Тесленко С.Н., Петренко Д.Г., Гузь А.Г. (8 минут)

11. Малоінвазивні хірургічні втручання в лікуванні різних клінічних форм гострого панкреатиту та його ускладнень / Побуцький О.О.* (8 минут)

12. Досвід малоінвазивних хірургічних втручань при жовчекам'яній хворобі / Ткачук О.Л.* (8 минут)

13. Оптимизация работы хирургической бригады при выполнении лапароскопической холецистэктомии / Чернев В.Н., Слободяник В.П., Андриенко Н.Н.* (8 минут)

14. Этапные малоинвазивные вмешательства в хирургическом лечении острого панкреатита / Брискин Б.С., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х.* (8 минут)

15. Возможности малоинвазивных технологий в лечении панкреатических свищей / Третьяк С.И., Федорук А.М., Баранов Е.В.*, Савченко А.В. (8 минут)

19 сентября 2001

9.00-10.30 Секция 4

Нейрохирургия

Председательствующие: Данчин А.Г., Гайдар Б.В., Парфенов В.Е., Любичев И.С.

1. Сочетанные артериовенозные пороки развития: эндоваскулярный подход / Свистов Д.В.*, Вознесенская Н.Н., Кандыба Д.В. (8 минут)
2. Контралатеральный доступ к аневризмам ПМА-ПСоА/ Гайдар Б.В.*, Свистов Д.В. (8 минут)
3. Дифференцированное хирургическое лечение фронто-базальных повреждений / Литвин А.О.*, Данчин А.Г., Данчин А.А., Хрипунов А.Н. (8 минут)
4. Возможности диагностики и лечения назальной ликворреи / Черевилло В.Ю.*, Гофман В.Р., Андроненков В.А. (8 минут)
5. Эндовидеомониторинг в трансфеноидальной хирургии аденом гипофиза / Черевилло В.Ю.*, Щербук Ю.А., гофман В.Р., Полежаев А.В. (8 минут)
6. Осложнения внутрисосудистого лечения артериовенозных мальформаций / Вознесенская Н.Н.*, Свистов Д.В., Парфенов В.Е., Максимец В.А., Щеголев А.В. (8 минут)
7. Методика, артефакты, безопасность спиральной компьютерно-томографической ангиографии головы и шеи / Савелло А.В.*, Свистов Д.В., Кандыба Д.В., Аносов Н.А., Труфанов Г.Е. (8 минут)
8. Использование "Тахокомба" для интраоперационной пластики дна турецкого седла в трансфеноидальной хирургии аденом гипофиза /

Черebilло В.Ю., Щербук Ю.А., Полежаев А.В.*, Мануковский В.А. (8 минут)

9. Эмболизация опухолей головного мозга и основания черепа / Свистов Д.В., Парфенов В.Е.*, Савчук А.Н., Чоманов М.А., Андроненков В.А., Киселев А.С. (8 минут)

10.30-10.45 Перерыв

10.45-13.00 Секция 4

Нейрохирургия

Председательствующие: Парфенов В.Е., Брехов А.Н., Любичев И.С.

1. Конверсия классической микрохирургической дискэктомии при оперативном лечении тяжелых форм поясничного остеохондроза / Брехов А.Н.* (8 минут)
2. Дифференцированный микрохирургический доступ и интраоперационный эндовидеомониторинг в предупреждении рецидивов пояснично-крестцовых радикулитов / Парфенов В.Е.*, Щербук Ю.А., Топтыгин С.В. (8 минут)
3. Обоснование межтеловой стабилизации при микрохирургической дискэктомии на поясничном отделе позвоночника / Брехов А.Н., Елисеев С.Л.*, Мильнер В.Н. (8 минут)
4. Особенности анестезиологического пособия и интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных с внутримозговыми гематомами различного генеза, удаленных эндоскопическим способом / Дейниченко Ю.К.*, Бурлай В.З., Герасюченко Э.И., Васильева Л.В., Белименко В.А. (8 минут)
5. Лечение осложненной черепно-мозговой травмы с помощью ассистирующей эндоскопической техники / Любичев И.С. (8 минут)
6. Эндоскопический видеоконтроль при клипировании мешотчатых аневризм сосудов головного мозга / Смянович А.Ф.*, Любичев И.С., Шипай А.П., Головкин А.М. (8 минут)
7. Эндоскопический контроль в микрохирургии менингиом бугорка турецкого седла / Барановский А.Е.* (8 минут)
8. Криохирургия при трансфеноидальном удалении аденом гипофиза / Мануковский В.А.*, Щербук Ю.А., Гофман В.Р., Черebilло В.Ю., Полежаев А.В. (8 минут)
9. Интраоперационная селективная лазерная термодеструкция глиом полушарий большого мозга с медианным распространением / Розуменко В.Д.*, Хоменко А.В. (8 минут)
10. Лазерная технология термодеструкция внутримозговых опухолей полушарий большого мозга / Розуменко В.Д.* (8 минут)
11. Интраоперационная локальная химиотерапия супратенториальных глиом головного мозга цисплатином / Лукашейко Ю.Н.* (8 минут)
12. Результаты хирургического лечения внутримозговых гематом при геморрагических инсультах / Головкин А.М.* (8 минут)

13.00-14.00 Обед

14.00-14.50 Секция 4

Нейрохирургия

Председательствующие:

Парфенов В.Е., Брехов А.Н., Любичев И.С.

1. Эндоскопическая ассистирующая микрохирургия кистозных опухолей задней черепной ямки / Данчин А.Г.* (8 минут)
2. Ассистирующая нейроэндоскопия при удалении невринома преддверноулиткового нерва III-VI стадии / Смянович А.Ф., Шанько Ю.Г.* (8 минут)
3. Эндоскопическая перфорация дна третьего желудочка при окклюзионных процессах головного мозга / Данчин А.А.* (8 минут)
4. Використання фібринолітиків при видаленні внутрішньомозгових гематом / Хрипунов А.Н.* (8 минут)
5. Эндоскопическая ассистирующая микрохирургия поясничных грыж дисков / Левитская Е.В.* (8 минут)
6. Частичное и субтотальное удаление невринома преддверноулиткового нерва / Шанько Ю.Г.* (8 минут)

14.50-15.00 Перерыв

15.00-17.30 Секция 1

Абдоминальная хирургия / Общие вопросы / Пластическая хирургия

Председательствующие: Грубник В.В., Хворостов Е.Д., Мишалов В.Г.

1. Лапароскопические операции в лечении хирургических заболеваний селезенки / Грубник В.В., Киселев В.А.*, Четвериков С.Г. (8 минут)
2. Опыт применения лапароскопической спленэктомии у больных с заболеваниями системы крови / Хворостов Е.Д.*, Семенов И.А., Цивенко А.И. (8 минут)
3. Лапароскопическая эхинококкэктомия в комплексном лечении эхинококкоза печени / Грубник В.В., Четвериков С.Г.*, Сабри Аль Нидари (8 минут)
4. Малоінвазивні методи лікування абсцесів печінки / Русин В.І.*, Стойка В.І., Русин А.В., Шніцер Р.І., Румянцев К.Є. (8 минут)
5. Малая инвазивная хирургия эхинококкоза печени / Ачилов Ш.Д.*, Калиш Ю.И., Шамирзаев Б.Н., Мурадов Б.Х. (8 минут)
6. Малоінвазивні методи лікування непаразитарних кіст печінки / Русин В.І.*, Стойка В.І., Русин А.В., Шніцер Р.І., Румянцев К.Є. (8 минут)
7. Первый опыт лапароскопических фундопликаций при рефлюксной болезни / Грубник В.В., Гонта В.Ю.*, Грубник Ю.В., Тимохин Ю.Д. (8 минут)
8. Лапароскопические операции в лечении диафрагмальных грыж / Карлюга В.А.*

Грубник Ю.В., Андриевский П.Н.,
Фоменко В.А., Тимохин Ю.Т. (8 минут)

9. Параумбиликальная грыжа после лапароскопической холецистэктомии: причины, профилактика / Велькер С.И.*, Упырев А.В. (8 минут)
10. Лапароскопическая герниопластика / Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Слободяник В.П.*, Куриленко А.П., Андриенко Н.Н. (8 минут)
11. Ендоскопічні втручання на щитоподібній залозі / Грубнік В.В., Косован В.М.*, Горячий В.В. (8 минут)
12. Порівнювальна оцінка застосування різних методів гемостазу при проведенні ендоскопічних оперативних втручань на щитоподібній залозі / Грубнік В.В., Косован В.М.*, Горячий В.В. (8 минут)
13. Малоинвазивный лифтинг вялого стареющего лица / Топка Э.Г., Спарш Д.Е., Мамрак Ю.В. (8 минут)
14. Наш опыт эндоскопического лифтинга лица / Спарш Д.Е., Топка Э.Г., Мамрак Ю.В. (8 минут)
15. Опыт применения эндоскопических методов в пластической эстетической хирургии / Мишалов В.Г., Храпач В.В.*, Балабан О.В., Юрченко Д.А. (8 минут)

20 сентября 2001

9.00-10.00 Секция 1

**Абдоминальная хирургия /
Колопроктология**

**Председательствующие:
Каштальян М.А., Чернев В.Н.,
Гладчук И.З.**

1. Мультидисциплинарные хирургические операции с применением лапароскопической техники / Гешелин С.А., Каштальян М.А.*, Гладчук И.З., Вайнтриб П.Л., Шаповалов В.Ю. (8 минут)
2. Лапароскопическая технология в хирургическом лечении заболеваний толстой кишки / Грубник В.В., Величко В.В.* (8 минут)
3. Вариант малоинвазивного оперативного вмешательства при повторной реконструкции пищевода по поводу рака / Зуев А.С., Доросевич А.Е., Тхоржевский Б.Б. (8 минут)
4. Використання малоінвазивних методів у лікуванні злукової недуги / Сорочинський І.М.* (8 минут)
5. Комплексное лечение больных в IV стадии рака, метастатическим поражением печени с использованием лапароскопической криодеструкции, местным применением цитостатиков пролонгированного действия, суперселективной химиоэмболизации, аутоиммунной вакцинации / Чернев В.Н.* (8 минут)

10.00-10.15 Перерыв

10.15-11.00 Секция 5

Торакальная хирургия

**Председательствующие: Хайлов М.П.,
Крамаренко Ю.С.**

1. Опыт более 200 видеоторакоскопических операций / Сон А.С., Хайлов М.П.*, Каштальян М.А., Кучер Б.М. (8 минут)
2. Видеоторакоскопическая диагностика заболеваний органов грудной полости / Крамаренко Ю.С.*, Сафонов В.Е., Чернев В.Н. (8 минут)
3. Використання відеоторакоскопії в діагностиці та лікуванні спонтанного пневмоторакса / Десятерик В.І., Єжеменський М.О.*, Вігуро С.В., Міхно С.П., Мірошніченко В.М., Войчак С.П. (8 минут)
4. Малоінвазивне хірургічне лікування гострих нагінних процесів плевральної порожнини / Сніжко С.С.*, Шевчук М.Г. (8 минут)
5. Особливості клініки, діагностики та лікування мезотеліоми плеври / Волошин Я.М.*, Радіонов Б.В., Опанасюк М.С., Калабуха І.А., Пристайко Я.Й., Хмель О.В., Дорошенко П.М., Паливода М.Г. (8 минут)

11.00-11.15 Перерыв

11.15-11.45 Секция 6

ЛОР-хирургия

**Председательствующие: Щербул В.И.,
Климов З.Т., Головкин В.В.**

1. Эндоскопическая микрогайморотомия при внеопухолевых заболеваниях верхнечелюстной пазухи / Головкин В.В.*, Антоненко А.Э. (8 минут)
2. Эндоскопические вмешательства при новообразованиях гортани с использованием фиброоптики / Кизим В.В.*, Попов А.В., Богачев Е.П. (8 минут)
3. Эндонозальная эндоскопическая хирургия решетчатой кости при хроническом гнойном фронтите / Климов З.Т.* (8 минут)

11.45-12.00 Перерыв

12.00-13.00 Секция 1

Абдоминальная хирургия /

Желудочно-кишечные кровотечения

**Председательствующие: Грубник В.В.,
Мишалов В.Г., Никишаев В.И.**

1. Ендоскопічний гемостаз при шлунково-кишкових кровотечах на фоні гострого інфаркту міокарду / Мішалов В.Г., Лешишин І.М.*, Маркулан Л.Ю., Бородин Є.В., Ткаченко О.А. (8 минут)
2. Сравнительная характеристика эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / Никишаев В.И., Головин С.Г.*, Кузнецов К.В., Музыка С.В., Лысенко В.Н. (8 минут)
3. Лапароскопічна ваготомія у хірургічному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки / Грубнік Ю.В.*, Фоменко В.А.,

Грубник В.В., Четверіков С.Г., Карлюга В.А. **(8 минут)**

4. Лапаро-эндоскопические операции в лечении больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями / Грубник Ю.В.*, Московченко И.В., Андриевский П.Н., Фоменко В.А. **(8 минут)**
5. Лапароскопические операции в лечении перфоративных гастродуоденальных язв / Карлюга В.А.*, Грубник Ю.В., Андриевский П.Н., Фоменко В.А. **(8 минут)**
6. Роль эндоскопических засобів гемостазу у лікуванні гострокривавлячих виразок дванадцятипалої кишки та шлунка / Нестеренко О.Л.* **(8 минут)**

13.00-14.00 Обед

14.00-15.00 Секция 7

Диагностика в МИН хирургии

Председательствующие: Заруцкий Я.Л., Чернев В.Н., Буров Е.Ю.

1. Значення хелікобактеріозу у розвитку гастродуоденальної виразковості різної природи / Колосович І.В.*, Шкурко Б.Б., Кириченко О.В., Романенко О.А., Ващенко Г.Ф., Кутняк В.М. **(8 минут)**
2. Диагностика и лечение поддиафрагмальных и внутрипеченочных абсцессов под контролем УЗИ / Заруцкий Я.Л., Новикова М.Н., Бондаренко В.В.*, Гайдаев Ю.А., Полосенко С.С., Субботин В.Ю., Коваленко А.В. **(8 минут)**

3. Лапароскопия с биопсией в выборе метода лечения гепатитов и цирроза печени, осложнивших течение желчекаменной болезни / Буров Е.Ю.*, Колесник В.А., Сусак Я.М., Денека Е.Р., Крючина Е.А. **(8 минут)**

4. Клініко-морфологічне обґрунтування вибору інвазивних точок для пункційної тонкогілкової черезшкірної біопсії печінки в умовах лапароскопічного контролю і без такого / Денека Є.Р.*, Сусак Я.М., Колесник В.А., Буров Є.Ю., Коваленко А.П. **(8 минут)**

5. Эндоскопическая трансдуоденальная холедохоскопия / Чернев В.Н., Насташенко И.Л.*, Слободяник В.П., Андриенко Н.Н. **(8 минут)**

6. Первый опыт применения эндосонографии в диагностике заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны / Чернев В.Н.*, Насташенко И.Л., Слободяник В.П., Андриенко Н.Н. **(8 минут)**

7. Ультрасонография полипов желчного пузыря / Третьяк С.И., Рашинский С.М.*, Федорук А.М. **(8 минут)**

8. Интервенционная сонография в диагностике и лечении оментобурсита / Федорук А.М.*, Третьяк С.И., Баранов Е.В. **(8 минут)**

15.00

Церемония закрытия

Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery. ISSN 1029-743X

Complete overview of all sides of minimally invasive surgery. Newly developed surgical techniques on the base of experience and world surgery evolution. From "key hole" surgery and neuronavigation to molecular surgery. World science standard — "the state of art" of endomicrosurgery — for You, Your patients and Your future. Look over horizon!

Worldwide edition, is published four times a year, is confirmed by the Highest Attestation Commition of Ukraine, is an exclusive possessor of the international index — the ISSN — among Ukrainian editions. Index for subscription in Ukraine — 40719.

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. ISSN 1029-743X

Полный охват всех граней минимальной инвазивной хирургии. Сверхсовременные хирургические технологии на основе опыта и эволюции мировой хирургии. От "key hole" хирургии и нейронавигации до молекулярной хирургии. Эталоны мировой науки — "великолепие искусства" эндомикрохирургии — для Вас, Ваших пациентов и Вашего будущего. Расширьте свой кругозор.

Всемирное издание. Выходит 4 раза в год. Утверждено ВАК Украины. Эксклюзивный обладатель международного индекса ISSN среди новых медицинских изданий Украины. Подписной индекс — 40719.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

НЕЙРОХИРУРГИЯ (часть I)



Сочетанные артериовенозные пороки развития: эндоваскулярный подход.

Сви́стов Д.В., Вознесенская Н.Н., Кандыба Д.В.
Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия.

Сочетание аневризм и артериовенозных мальформаций является нередким видом сосудистой патологии головного мозга, угрожающим внутричерепными кровоизлияниями. Ограниченное число публикаций по этой теме определяет интерес к опыту лечения подобных пациентов.

Под наблюдением за период с 1992 года находилось 11 пациентов с различными вариантами сочетания аневризм и артериовенозных мальформаций головного мозга. Преобладали мужчины (8:3). Средний возраст пациентов составил 32,2 года. В пяти наблюдениях доминировал эпилептический синдром, в 4-х – смешанные внутричерепные кровоизлияния, в двух – псевдотуморозный синдром. Среди случаев геморагической манифестации заболевания аневризмы стали источником геморрагий в трех (75%). Какой-либо связи между типом, размером АВМ и фактом наличия и размером аневризм нами не выявлено. В 10-ти случаях аневризмы локализовались в тех же сосудах бассейнах, что и основные афференты АВМ. В одном наблюдении аневризма СМА не была ни анатомически, ни функционально связана с микромальформацией лобной доли. Бифуркационно-гемодинамические аневризмы диагностированы в 9 наблюдениях, диспластические – в двух. Церебральная ангиография остается единственным надежным способом диагностики сопутствующих аневризм.

Решение о последовательности и выполнении и содержании лечебных мероприятий принимали на основании анализа природы заболевания, характера клинической манифестации, числа и локализации сопутствующих аневризм.

В комплексе лечебных мероприятий доминировали внутрисосудистые манипуляции: эмболизация АВМ – 9 наблюдений (частичная - 1; субтотальная - 7; тотальная - 1); тромбирование аневризм – 4; эмболизация аневризм отдельным баллоном – 1; эмболизация аневризм микроспиралями – 1. Клипирование аневризм при открытом вмешательстве выполнено в 2-х наблюдениях. Протонная терапия микромальформации – в двух наблюдениях. В результате, 8 из 11 сопутствующих аневризм выключены из кровообращения, в 6 случаях с применением только внутрисосудистых методов, а пяти из них – одновременно с вмешательством на АВМ. Стойкий неврологический дефицит отмечен в одном наблюдении, летальных исходов не отмечено.

Большая часть аневризм, сопутствующих АВМ, особенно проксимальные и интраниальные, могут быть радикально выключены из кровотока при помощи внутрисосудистых методов, одновременно или поэтапно с выключением АВМ, как правило, являющейся фактором, провоцирующим ангиотоническое «большое потока», осложняющееся синдромом растяжения сочленений сегментов артерий. Вмешательства безопасны, по сравнению с открытыми, и радикальны. Дальнейшего изучения требует судьба аневризм, расположенных на питающих артериях после радикальной или субтотальной эмболизации компартмента мальформации.

Контралатеральный доступ к аневризмам ПМА-ПСОа.

Гайлар Б.В., Сви́стов Д.В.

Кафедра нейрохирургии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия

Аневризмы ПМА-ПСОа являются наиболее частой анатомической формой мешчатых аневризм передних отделов артериального круга, составляя до 30% от их числа. Ряд вопросов хирургического лечения этих аневризм в остром периоде их развития остается актуальным. К числу подобных вопросов относится выбор стороны оперативного доступа.

Обычно предпочтение отдают **правостороннему птериональному доступу** за исключением ряда ситуаций, при которых целесообразен левосторонний подход. При ряде анатомических форм аневризм такой подход представляется неудобным. При явном асимметричном строении А1 сегментов ПМА, заполнении обоих А2 сегментов с одной стороны купол аневризмы обычно направлен латерально и вглубь операционной раны (в противоположную от доступа сторону), вверх и кзади (в межполушарную щель). В подобных анатомических условиях шейка аневризмы оказывается скрыта петлями А2 сегментов ПМА. Контроль контралатерального А2 сегмента при наложении клипсы в направлении спереди назад или между А2 сегментами оказывается ненадежным даже при использовании эндоскопической техники.

В последовательной серии из десяти пациентов с аневризмами ПМА-ПСОа в остром периоде субархноидального кровоизлияния (от первых часов до 14 суток после САК). применен контралатеральный птериональный доступ. Показаниями к нему служили: резко асимметричное строение ПМА (доступ осуществляли со стороны гипоплазированной ПМА); направление купола аневризмы назад и вверх. Выбор в пользу контралатерального доступа формулировали во время диагностической ангиографии, которую выполняли и в атипичных укладах. Обязательным компонентом оперативного доступа являлось применение эндоскопической техники и микрососудистого доплеровского датчика (16 МГц).

К преимуществам модифицированного доступа могут быть отнесены следующие:

- «глубоком» положении временного клипсы, окклюзирующего питающий аневризму сосуд, в связи с чем он не препятствует манипуляциям на аневризме;
- идеальная визуализация А2 сегментов обеих ПМА как до, так и после клипирования, их доступность для доплерографического контроля проходимости;
- минимальный риск клипирования и деформации магистральных артерий браншами клипсы, благодаря продольному или поперечному (в «хвосте») положению бранш, по отношению к А2 сегментам;
- отсутствие прямого контакта с перфорантными ветвями доминирующей ПМА;
- отсутствие прямого контакта с сегментами артерий, пораженных спазмом.

Результаты операций с использованием модифицированного доступа при описанном анатомическом варианте аневризм лучше, чем при применении традиционного доступа, что демонстрирует обоснованность и безопасность применения контралатерального птерионального доступа в хирургии аневризм ПМА-ПСОа в условиях передней трифуркации ВСА, несущей аневризму.

Дифференцированное хирургическое лечение фронто-базальных повреждений

Литвин А. О., Данчин А. Г., Данчин А. А., Хрипунов А. Н.

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины

Введение. Фронто-базальные повреждения (ФБП) в структуре черепно-мозговой травмы составляют от 4% до 11%. При этом 68% - 87% пациентов требуют хирургического лечения. Цель исследования: улучшение результатов лечения пострадавших с различными видами фронто-базальных повреждений путем внедрения новых малоинвазивных эндоскопических микрохирургических методов оперативных вмешательств.

Материалы и методы: исследование основано на опыте хирургического лечения 91 пострадавшего с различными видами ФБП. Из них 69 были оперированы традиционными методами оперативных вмешательств, 22 - малоинвазивными методами с применением эндоскопической микрохирургической техники. Нами использовались жесткие эндоскопы фирм "Linvatec", "Karl Storz" углом обзора операционного поля 0°, 30°, 70°, 90° и 120° диаметром рабочей части 2,8 мм и 4,0 мм, длиной 100 и 180 мм. Изображение, полученное с помощью жестких эндоскопов проецировалось на видеомониторы "SONY".

Результаты: Общая послеоперационная летальность составила 11 (12%) наблюдений. В группах пациентов оперированных традиционным и эндомикрохирургическим методами умерло 10 (14,5%) и 1 (4,5%) пациентов соответственно. При исследовании влияния метода оперативного вмешательства на ранние и поздние послеоперационные результаты установлено превалирование пациентов с сохраненной работоспособностью в группе оперированных эндомикрохирургическими методами ($p < 0,05$). Среди черепно-мозговых послеоперационных осложнений превалировали риниты назальной ликвореи - 10% наблюдений, а также внутричерепные гематомы, которые составили 5 (5,5%) наблюдений. Черепно-мозговые инфекционные осложнения преимущественно заключались в развитии менингоэнцефалита, составившего 8,8% наблюдений. При исследовании внечерепных послеоперационных осложнений наиболее часто встречалась пневмония - (42,3%) наблюдений. При этом превалирование частоты развития послеоперационной пневмонии зарегистрировано в группе оперированных традиционными методами.

Выводы: применение малоинвазивных эндомикрохирургических методов оперативных вмешательств позволило улучшить результаты хирургического лечения фронто-базальных повреждений, снизить летальность и количество послеоперационных осложнений.

Возможности диагностики и лечения назальной ликвореи

Черепилло В.Ю., Гофман В.Р., Андроненков В.А.

Кафедра нейрохирургии ВМедА, г. Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на частое развитие назальной ликвореи при черепно-мозговых травмах, проблемы точной локализации ликворного свища до настоящего времени не полностью решены. Часто используемый метод радионуклеидного сканирования достаточно дорог, и, самое главное, недостаточно информативен. Полученные при радионуклеидном сканировании данные с точностью верифицируют сам факт назальной ликвореи, но совершенно не дают информации о точном месте локализации ликворного свища. Зачастую радионуклеиды распространяются по всей передней черепной ямки от клиновидной пазухи до лобных пазух. Частые причины повторных назальных ликворей, несмотря на выполняемые оперативные пособия, по нашему мнению как раз и обусловлены неточной локализацией ликворного свища.

Для диагностики и определения топик свившего хода нами использовался метод спиральной компьютерной томографии в условиях контрастирования субархноидальных пространств основания черепа. Для этой цели эндоназально пациенту за 20-30 минут до сканирования вводилось 15 мл омнипака – 300. Контраст проводился до дистери основания черепа, пациент занимал положение на лежа на животе носом вниз. И в этой позиции проводилось томографическое исследование на аппарате «СОМАТОМ-ПЛЮС 4А» (Siemens). Углубленное изучение полученных изображений и их анализ осуществляли при помощи программ многоплоскостной реконструкции (MPR). Использовали также трехмерное изображение зоны интереса (SSD) и проекции максимальной интенсивности (MIP). Использованная методика позволяет с точностью до 1-2 мм локализовать свищевой ход.

Оперативные вмешательства проводились трансанальным доступом. Верифицировалась точная локализация свищевых ходов, для чего дополнительно использовался жесткий эндоскоп «CONCEPT» (Швейцария) 4 мм, адаптированный к видеосистеме «Karl Storz», или «Зенит». Эндоскопический видеомониторинг позволяет улучшить ориентировку, четко визуализировать место ликворной фистулы. Кроме того видеозапись позволяет документировать ход оперативного пособия. Пластика ликворного свища осуществлялась участком свободно взятый широкой фасции бедра по размерам фистулы. Фиксация трансплантата осуществлялась с помощью биологического клея «Тиссукул». Дополнительно место пластики прикрывалось лепестком слизистой. Операция заканчивалась тампонадой носа по Воячеку. Использованная методика позволяет, с нашей точки зрения, добиться минимальной травматичности и радикальности в выполнении данного типа оперативных пособий.

Методика, артефакты, безопасность, спиральной компьютерно-томографической ангиографии головы и шеи.

Савелло А.В., Сви́стов Д.В., Кандыба Д.В., Аносов Н.А., Труфанов Г.Е.

Кафедры нейрохирургии, рентгенологии и радиологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на широкое клиническое применение спиральной компьютерно-томографической ангиографии (СКТА) в целях диагностики заболеваний сосудов головы и шеи оценка возможностей этой методики остается неоднозначной.

Целью исследования являлось изучение особенностей контрастного усиления и оптимизация методики выполнения спиральной компьютерно-томографической ангиографии при заболеваниях сосудов головы и шеи, определение безопасности этого исследования.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 190 спиральной компьютерно-томографических ангиографий. СКТА выполняли на аппарате Somatom Plus 4 (Siemens). Первоначально выполняли нативную компьютерную томографию интересующей области. Для определения времени задержки контрастирования выполняли динамическую компьютерную томографию. Сканирование зоны интереса проводили в спиральном режиме в каудокраниальном или краниокаудальном направлении, с внутривенным введением 90-100 мл неионного контрастного вещества со скоростью 3-4,5 мл/с.

Результаты. Оптимальное значение инкремента реконструкции составляет половину толщины среза (чем достигается 50% перекрытие получаемых срезов). Для построения двух- и трехмерных реконструкций оптимальным является отношение (толщина среза / инкремент реконструкции) 2/1. Время оборота рентгеновской трубки должно быть минимально возможным (0,75 с).

В 190 выполненных исследованиях в одном случае наблюдали субфасциальное введение контрастного вещества. Преходящее головное напряжение наблюдалось у 7 пациентов (4,2%), тошнота у 2 (1,2%). В ходе исследования мы встретились с артефактами при контрастном усилении как в артериальном, так и в венозном русле: звездчатые артефакты (подключичная вена), ленточные артефакты (времная вена), «контрастная струя» при замедленном контрастировании полости аневризм. Наблюдаемые при спиральной компьютерно-томографической ангиографии артефакты обусловлены неравномерной концентрацией контрастного вещества в просвете сосудов структур. Особенности отображения сосудистой системы при СКТА: качество визуализации сосудов зависит только от степени и равномерности контрастного усиления крови и не зависит от характеристик ее потока; все сосудистые структуры визуализируются одновременно; вместе с сосудистыми структурами неизбежно отображаются и другие анатомические образования.

Учет особенностей контрастного усиления при спиральной компьютерной томографии головы и шеи позволяет оптимизировать методику ее выполнения, повысить качество диагностики и минимизировать влияние артефактов на качество диагностики. СКТА является безопасным методом с низким риском развития осложнений.

Криохирургия при трансфеноидальном удалении аденомы гипофиза

Мануковский В.А., Щербук Ю.А., Гофман В.Р., Черепилло В.Ю., Полежаев А.В.

Кафедра нейрохирургии ВМедА, г. Санкт-Петербург, Россия

С целью оптимизации техники вмешательства и возможно более полного удаления новообразований гипофиза в последние годы все чаще разрабатывается метод трансотактической криодеструкции. Нами использовалась криохирургический прибор, особенностью которого является применение в качестве хладагента и хладоносителя разных веществ. Устройство выгодно отличается от известных аппаратов, работающих на жидком азоте. Оно легко управляемо, имеется возможность контроля размера и объема ткани, подлежащей деструкции, возможность мгновенного прекращения дезинтеграции при необходимости. Изучены гистологические изменения биологической ткани после криовоздействия. Определено, что участок ткани после замораживания подвергается тотальному некрозу, на месте которого в последующем образуется кистозная полость.

Выполнено более 50 трансфеноидальных вмешательств по поводу эндо- и супраселлярных аденом гипофиза с использованием криодеструкции. Перед оперативным вмешательством производился расчет размеров новообразования, особенно учитывались его диаметр, денситометрические данные, соотношение с окружающими анатомическими структурами, определялась глубина введения криозонда в ткань опухоли и расположение его по отношению к костным структурам. После осуществления доступа к турецкому седлу и опухоли, с помощью эндоскопа и ЭОПА осуществлялась навигация криозонда в опухоль. Данный прибор создавал зону холодовой дезинтеграции ткани диаметром до 1,5 см. После криодеструкции с помощью ультразвукового деструктора и микрохирургической техники разрушенная ткань опухоли парциально поэтапно удалялась.

Проведенное исследование доказало, что холодовая дезинтеграция опухолей хиазмально-селлярной области безопасна при использовании зондов с контролируемым объемом криовоздействия. Применение видеондоскопической и рентгенологической техники позволяет контролировать расположение криоканюли, процесс криодеструкции, что в большинстве случаев позволяет добиваться тотальности и селективности оперативного вмешательства.

Эндовидеомониторинг в трансфеноидальной хирургии аденом гипофиза

Чербылло В.Ю., Щербук Ю.А., Гофман В.Р., Полежаев А.В.
Кафедра нейрохирургии ВМедА, г. Санкт-Петербург, Россия

Селективная аденомэктомия, ставшая возможной вследствие совершенствования диагностических возможностей, в корне изменила показания к оперативному лечению аденом гипофиза.

Нами оперировано 242 пациента с аденомами гипофиза, из которых в 154 случаях применялась эндоскопическая техника. Доступ осуществлялся через левый носовой ход стандартным транссептально-трансфеноидальным подходом. Учитывая, что вскрытие основной пазухи и полости турецкого седла является одним из наиболее сложных и ответственных этапов операции, с этого момента нами постоянно использовался 4 мм жесткий эндоскоп "CONCEPT" (Швейцария), адаптированный к видеосистеме "Karl Storz". Эндоскопический видеомониторинг позволяет улучшить ориентировку, четко визуализировать место трепанации турецкого седла, контролировать взаимоотношения опухоли с образованиями ХСО во время оперативного вмешательства, четко определить границы опухоли, а также осуществлять мониторинг радикальности оперативного пособия. Увеличение, получаемое при использовании эндоскопа с 30° углом обзора после вскрытия дна турецкого седла, оптимально для четкой визуализации дефекта твердой мозговой оболочки, а также идентификации нормальной и патологической ткани гипофиза. Удаление опухолевой ткани проводилось под непосредственным контролем эндоскопа и этапной боковой флюороскопией. Двойной контроль позволял быть уверенным в точном расположении инструментов относительно срединной линии турецкого седла, а также визуализировать глубину введения инструментов в его полость. Для проведения эндоскопической транссептальной трансфеноидальной аденомэктомии предпочтительно использование прямых жестких эндоскопов диаметром не более 4 мм с углом бокового обзора 30°, так как их конструктивные особенности позволяют получить оптимальное четкое и увеличенное изображение содержимого феоидального синуса и турецкого седла, в том числе тех структур, которые находятся за пределами прямой видимости в условиях затемненного узкого и длинного операционного равновесия канала.

Путь дальнейшего развития трансфеноидальной хирургии лежит в совершенствовании используемой эндоскопической техники, что вместе с высоким мастерством хирурга позволяет дифференцировать, даже при крупных опухолях, обеспечить "функциональный" характер оперативного пособия, купируя не только зрительные, но и гормональные нарушения.

Осложнения внутрисосудистого лечения артериовенозных мальформаций.

Вознесенская Н.Н., Сивстов Д.В., Парфенов В.Е., Максимец В.А., Щеголев А.В.
Кафедры нейрохирургии, анестезиологии и реаниматологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия.

Вопросы показаний, техники выполнения и безопасности эмболизаций АВМ остаются актуальными, особенно в связи с появлением новых поколений эмболизующих веществ и микрокатетеров, управляемых в потоке крови. Оперированы 38 больных с АВМ большого мозга. Выполнено 58 внутрисосудистых операций, в шести случаях предприняты открытые вмешательства, направленные на удаление нетромбированных компартментов мальформаций.

Оперативные вмешательства осуществляли в рентгеноперационной под местной анестезией, дополненной управляемой внутривенной седацией Диприваном® перед введением эмболизата проводили профилактику инфекционных осложнений путем внутривенного введения максимальной разовой дозы антибиотика широкого спектра. В послеоперационном периоде назначали глюкокортикоидные гормоны, противосудорожные, антигипертензивные, симптоматические средства.

Отклонения от запланированного хода оперативного вмешательства отмечены у 17 больных (44,7%). У 13 больных отмечены неврологические выпадения. 12 случаев неврологических осложнений отнесены к категории ишемических, 2 – геморагических (в одном наблюдении имело место сочетание обоих факторов). Среди изолированных неврологических синдромов доминировали двигательные (6) и зрительные (3) нарушения. Среди сочетанных – доминировали различные афферентные расстройства (5). В большинстве случаев неврологические выпадения регрессировали к моменту выписки больных. Стойкие выпадения отмечены в трех наблюдениях (7,3%).

В целях прогнозирования риска ишемических осложнений применялся тест Wada с введением 50-100 мг тиопентала. Чувствительность теста в отношении грубых неврологических дефектов составила 100%; специфичность 83%. В шести случаях отмечен разрыв микрокатетера. Неврологический дефицит в связи с этим отмечен у двух пациентов, у остальных осложнение протекало бессимптомно. Ведущим компонентом консервативной терапии послеоперационных осложнений по ишемическому типу являлась гипербарическая оксигенация, обладающая антигипоксическим и гипоксическим эффектами. Положительный эффект ГБО при ишемических неврологических нарушениях отмечен в 81,3% случаев.

Геморагические осложнения были представлены итрогенным разрывом и перфорацией афферентной артерии. В первом случае отмечена острая внутримозговая гематома, потребовавшая оперативного удаления вместе с остатками АВМ, во втором – неосложненное субарахноидальное кровоизлияние. В одном из наблюдений в раннем послеоперационном периоде развился острый гнойный реактивно-токсический менингоэнцефалит.

Таким образом, частота стойких неврологических нарушений эмболизации АВМ невелика: 7,9% наблюдений (после 5,2% операций). Инвалидизирующий характер осложнения имели лишь в одном случае (2,6%). Летальный исход отмечен в одном случае (2,6%).

Эмболизация опухолей головного мозга и основания черепа.

Сивстов Д.В., Парфенов В.Е., Сачук А.Н., Чоманов М.А., Андроненков В.А., Киселев А.С.
Кафедры нейрохирургии, оториноларингологии Военно-медицинской академии, Санкт-Петербург, Россия.

Хирургия опухолей краниобазальной локализации представляет собой серьезную проблему нейроонкологии и смежных дисциплин в силу пограничности этой зоны, близости потенциально инфильтрированных полостей, крупных артериальных сосудов и венозных коллекторов.

Целью исследования стало изучение технических приемов и результатов предоперационной эмболизации опухолей основания черепа.

Оперировано 26 пациентов. У 17-ти больных имели место интракраниальные объемные патологические процессы (16 - менингиомы основания черепа; 1 - менингосаркома); у остальных - ювенильная ангиофиброма носоглотки, распространявшаяся в околоносовые пазухи, пазуху основной кости, крыловидную ямку. Выполнено 29 эмболизаций. Использовался феморальный доступ. Направляющим катетером осуществлялась катетеризация основного ствола наружной сонной артерии. Для суперселективной катетеризации глубокой верхнечелюстной (24), средней обочной (12), лицевой (8) артерий; восходящей артерии глотки (8) применялись микрокатетеры Rapid-Transit 2.3F, микропроводники 007-012.

Основной задачей катетеризации являлась установка катетера в проксимальных сегментах артерий, питающей опухоль, при сохранении ортогонального кровотока и отсутствии контрастирования «опасных» коллатеральных сосудов с бассейнами глазничной, позвоночной, шилососцевидной артерий. Эмболизация сосудистой сети опухоли осуществлялась с применением микроэмболов из микросфер поливинил алкохоля Trufill 45-350µ до достижения «стоп-контраста» в питающей артерии. В 12 наблюдениях использована клеевая композиция в виде смеси N-бутилцианоакрилата и жирорастворимого контрастного вещества Lipiodol ultrafluid в соотношении от 1:2 до 1:6. Моментом окончания манипуляции считали прекращение контрастирования сосудистой сети опухоли при контрольной суперселективной и тотальной ангиографии. Катетеризацию и эмболизацию всех выявленных питающих артерий опухоли осуществляли за одну процедуру, даже при двустороннем кровоснабжении. Неврологических или трофаноральных осложнений не отмечено. Удаление опухоли выполнялось на следующие сутки. У оперированных нами больных отмечалось уменьшение кровотока в тех зонах, как на этапе хирургического доступа, так и на основном этапе удаления опухоли. Степень кровотока снижалась в два и более раза по сравнению с ангиограммами наблюдений без предшествующей эмболизации.

Таким образом, предоперационная эмболизация является относительно безопасным, контролируемым, высокоэффективным средством профилактики интраоперационной кровопотери и манипуляционных осложнений при васкуляризованных опухолях основания черепа. Планируя проведение ангиографического исследования больному с краниобазальными опухолями целесообразно быть в готовности осуществления одномоментной эмболизации.

Использование "Тахокомба" для интраоперационной пластики дна турецкого седла в трансфеноидальной хирургии аденом гипофиза

Чербылло В.Ю., Щербук Ю.А., Полежаев А.В., Мануковский В.А.
Кафедра нейрохирургии ВМедА, г. Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на использование эндоскопических систем, операционного микроскопа, рентгеноскопического контроля, специального микрохирургического инструментария, в литературе сообщается о серьезных осложнениях при трансфеноидальных вмешательствах. Их подразделяют их на три большие группы: орбито-окулярные, сосудистые, энцефало-менингеальные. Повреждение диафрагмы турецкого седла встречается в 10% - 26% случаев, а частота послеоперационной назальной ликвореи составляет 1,5% - 9,6%. Среди прочих осложнений ликворея встречается наиболее часто, она опасна развитием гнойных менингитов, что обуславливает актуальность проблемы ее хирургического лечения.

В наших наблюдениях назальная ликворея имела место в 2,5% от общего числа операций. Причинами возникновения ликвореи явились неполноценное фрагментированное строение диафрагмы и ее протрузия в полость седла после удаления основного объема опухоли. С помощью эндоскопической техники возможно верифицировать данное осложнение интраоперационно, выявить не только факт истечения ликвора, но уточнить локализацию дефекта диафрагмы турецкого седла, что является поводом для коррекции дальнейшего хода вмешательства. Используемые для пластики дна этого материала (мышца, гемостатическая губка, фрагмент аутохряща, фасции, костная крошка) по целому ряду параметров не удовлетворяли требованиям хирургов, зачастую не купировали имеющуюся ликворею.

Нами выполнялась пластика дна и его герметизация с помощью ТахоКомба® (Nycomed, Австрия), представляющего собой пластину коллагена, покрытую компонентами фибринового клея (тромбин, фибриноген, апротинин). Пластины ТахоКомба® разрезали на несколько фрагментов размерами 1,5х2,0см, после чего вводили в клиновидную пазуху и плотно прижимали клеящей поверхностью к зоне дефекта с экспозицией 5 минут. При необходимости манипуляцию производили несколько раз и приклеивали до 5 участков пластины. Во всех случаях оперативное вмешательство заканчивали после тщательного эндоскопического осмотра операционного поля при отсутствии признаков продолжающейся ликвореи. В послеоперационном периоде во всех случаях после удаления тампонады полости носа при пластике дна турецкого седла ТахоКомбом® ликвореи не было. Таким образом, использование герметизации дна седла ТахоКомбом® позволяет купировать ликворею, восстанавливает целостность дна седла, является хорошим гемостатическим средством.

Дифференцированный микрохирургический доступ и интраоперационный эндовидеомониторинг в предупреждении рецидивов пояснично-крестцовых радикулитов

Парфенов В.Е., Щербук Ю.А., Топтыгин С.В.
Военно-медицинская академия
Санкт-Петербург, Россия

Нами изучены результаты лечения 1135 больных с дискогенными пояснично-крестцовыми радикулитами, оперированных в клинике нейрохирургии Военно-медицинской академии за период с 1982 по 2001 годы.

До 1986 года без применения интраоперационной видеоскопии оперированы 702 пациента, 87 из которых (12,4%), оперированы повторно по поводу рецидива дискогенного пояснично-крестцового радикулита (ДПКР). Рецидив грыжи ранее оперированного межпозвоночного диска (52,3%) и рубцово-спаечный эпидурит (эпидуральный и перидуральный фиброз) на уровне ранее выполненного оперативного вмешательства (20,5%) были причиной рецидива у подавляющего числа пациентов (72,8%). 44,8% пациентов реоперированы в течение ближайшего года. Из этой группы у 32,2% больных повторное вмешательство предпринято по поводу рецидива грыжи межпозвоночного диска на прежнем уровне.

Анализ исходов хирургических вмешательств, а также накопленный опыт пред- и интраоперационной диагностики, позволили сформулировать показания к дифференцированному выбору хирургического доступа при срединных, парамедианых, заднебоковых, фораминальных грыжах. С учетом микрохирургической анатомии позвоночного канала и возникающих пространственных взаимоотношений грыж межпозвоночных дисков с нервно-сосудистым комплексом объем хирургической депрессии и манипуляций различен.

С 1996 года в клинике нейрохирургии ВМедА выполнено 433 открытых микрохирургических дискэктомии, 200 из которых - под интраоперационным эндоскопическим видеомониторингом. Эндовидеомониторинг проводили на наиболее ответственных этапах операции с использованием жестких эндоскопов "Concept" и "Karl Storz" (длина 18 см, диаметр 4 мм, угол направления наблюдения соответственно 0°, 30° и 70°).

Анализ результатов 233 дискэктомий с использованием дифференцированного выбора микрохирургических доступов без применения интраоперационного эндовидеомониторинга, свидетельствовал о рецидиве стойкого болевого синдрома и неврологических расстройств у 12 (5,1%) пациентов. Из них у 4 больных повторное вмешательство предпринято по поводу рецидива грыжи на прежнем уровне. В группе оперированных с использованием интраоперационного эндовидеомониторинга рецидив болевого синдрома верифицирован у 4 (2,0%) больных. Из них 2 реоперированы по поводу грыжи межпозвоночного диска на другом уровне, 2 - в связи с развитием эпидурального и перидурального рубцово-спаечного процесса, сочетающегося с варикозным расширением эпидуральных вен.

Сравнение результатов лечения больных с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, оперированных без применения интраоперационной видеоскопии и с ее помощью, подтвердило преимущество последнего способа, позволившего уменьшить число рецидивов с 12,4% до 2,0% (P < 0,05).

Эндоскопический видеоконтроль при клипировании мешотчатых аневризм сосудов головного мозга.

Смеянович А.Ф., Любичев И.С., Шипай А.П., Головкин А.М.

Среди существующих методов лечения мешотчатых аневризм сосудов головного мозга, не смотря на достижения эндоваскулярной хирургии, открытые микрохирургические вмешательства остаются наиболее массовыми и надежными. Однако применение современных технологий, таких как эндоскопический видеоконтроль при клипировании аневризм, позволяет улучшить результаты вмешательств.

За последние 3 года в нейрохирургической клинике НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии прооперировано 214 больных с мешотчатыми аневризмами (у 6 больных - 2 аневризмы, у 3 - 3). В основном использовался птериональный доступ в различных модификациях и проводились разработанные нами методики профилактики послеоперационной пневмоцефалии. Смертность составила 2,8% (6 больных), причем в 3 случаях неблагоприятный исход наступил от причин не связанных с оперативным вмешательством (сопутствующая тяжелая соматическая патология). Интраоперационные разрывы произошли у 38 пациентов (17,7%). В 6 (2,8%) случаях при выделении аневризм передних отделов Виллизиевой многоотдельной шейки аневризмы находилась за несущим сосудом и не была доступна для выделения. В этих случаях мы использовали эндоскоп с 30 градусной оптикой для визуализации и выделения шейки аневризмы. Кроме этого, в 5 случаях мы использовали эндоскоп для контроля тотальности выключения аневризмы и проходимости магистральных сосудов.

Таким образом, применение эндоскопической ассистирующей техники позволяет в некоторых случаях выделять шейку аневризмы и производить видеоконтроль тотальности ее выключения и проходимости несущих сосудов, что способствует улучшению результатов хирургического лечения аневризм сосудов головного мозга.

Обоснование межтеловой стабилизации при микрохирургической дискэктомии на поясничном отделе позвоночника
 Брехов А.Н., Елисеев С.Д., Мильнер В.Н.
 Кафедра травматологии и ортопедии Крымского медицинского университета
 Симферополь, Украина

Введение. Микрохирургическая дискэктомия (МДЭ), соответствующая требованиям адекватности декомпрессии спинальных структур, позволяет устранить все факторы компрессии. Однако при тяжелых формах поясничного остеохондроза возможна как первичная нестабильность позвоночно-двигательного сегмента (ПДС), так и его дестабилизация в процессе выполнения интраоперационных декомпрессионных приемов. Обоснованию межтеловой стабилизации при МДЭ и определению факторов влияющих на ее выбор посвящено данное сообщение.

Материалы и методы. В клинике ортопедии Крымского медицинского университета МДЭ при поясничном остеохондрозе на фоне выраженных дегенеративно-деструктивных изменений (ДДИ) позвоночника выполнена у 250 больных в возрасте от 18 до 59 лет. Из них у 20 выполнен задний межтеловой спондилодез (ЗМС). На уровне L3-L4 оперирован один больной, на уровне L4-L5 - 10, на уровне L5-S1 - 9 больных. Для ЗМС использовался имплантат и технология его установки разработанные в клинике ортопедии КМУ. Базовая технология вмешательства - микрохирургическая дискэктомия по Caspar's. У всех больных оценены клинические, рентгенологические и интраоперационные факторы влияющие на тактику микрохирургического вмешательства.

Результаты. Предоперационное обследование больных позволило выявить клинические, рентгенологические и КТ-графические признаки, влияющие на выбор ЗМС: размеры и локализация экзостузии диска в позвоночном канале, высота межтелового промежутка и фораминальный клиренс, гипертрофия дуг и дугоотростчатых суставов, стеноз позвоночного канала и его латеральных recessus, оксификация задней продольной связки, наличие и локализация задних остеофитов тел позвонков, нестабильность ПДС, взаимоотношения междугового промежутка и плоскости диска, наличие рубцово-спаечного эпидурита. Наличие у больного указанных признаков позволяет предложить дестабилизирующий объем декомпрессионной части вмешательства (парциальная фасэктомия и парциальная резекция смежных дуг) и необходимость стабилизации сегмента.

Интраоперационно нами выявлены дополнительные факторы: варианты проекции устья отхождения корешкового нерва на плоскость диска и их соответствие плоскости междугового промежутка, выраженность и распространенность рубцово-спаечного эпидурита, интенсивность кровотока из эпидуральных вен. Чаше дестабилизация сегмента при МДЭ происходит на уровне L3-L4, L4-L5, т.к. на этих уровнях при низкой высоте диска междугового промежутка всегда ниже плоскости диска. При малых параметрах фораминального клиренса и сопутствующем спондилоартрозе адекватная декомпрессия корешкового нерва на уровне L4-L5 требует большей по объему резекции дугоотростчатых суставов.

Выводы. При планировании микрохирургического вмешательства на поясничном отделе позвоночника необходима тщательная предоперационная оценка ДДИ в ПДС, а также интраоперационных факторов, влияющих на объем резекции заднего опорного комплекса и возможность дестабилизации сегмента, что определяет необходимость заднего межтелового спондилодеза.

Конверсия классической микрохирургической дискэктомии при оперативном лечении тяжелых форм поясничного остеохондроза
 Брехов А.Н.

Крымский медицинский университет, кафедра травматологии и ортопедии
 Симферополь, Украина

Введение

Широкое внедрение малоинвазивных и эндоскопических технологий в вертебральную хирургию обуславливает расширение показаний к применению данных методик при тяжелых формах поясничного остеохондроза. Данное сообщение посвящено изучению причин обуславливающих различные варианты резекции структурных элементов заднего опорного комплекса при микрохирургической дискэктомии (МДЭ).

Материал и методы

Клиника ортопедии располагает опытом хирургического лечения 250 пациентов с тяжелыми формами поясничного остеохондроза в возрасте от 18 до 68 лет. Применялась базовая хирургическая технология - МДЭ (Caspar's), в последние годы дополненная полипроекторным ассистирующим эндоскопическим видеомониторингом. Инструменты «Aescular» и «Karl Storz» с соответствующим видеоборудованием.

Результаты и их обсуждение

На этапе освоения методики (1995год) естественным желанием было выполнение классической методики МДЭ по Caspar's - без резекции задних опорных структур, однако реальные клинические и интраоперационные ситуации диктовали свои требования независимо от класса инструментария и малообеспечения. Рассматривая имеющиеся в настоящее время технологии с позиций диалектики малоинвазивности - малотравматичности и радикальности устранения вертеброрадикального конфликта, следует дифференцировать, для каких анатомических структур мы хотим достигнуть малотравматичности, для опорных или спинальных структур, т.е., какую «цену» мы платим за успехи той, или иной малоинвазивной технологии. Современное стремление хирургов к малоинвазивности в развитии эндомикрохирургических технологий далеко не всегда означает снижение травматичности хирургических вмешательств на позвоночник. Имея определенный опыт хирургического лечения тяжелых форм поясничного остеохондроза малоинвазивными технологиями, можно сказать, что в «гонке» за снижением травматичности оперативного вмешательства по отношению к коже, фасции и мышцам резко возрастает травматизация спинальных структур, снижается адекватная радикальность устранения всех слагаемых элементов вертеброрадикального конфликта, а также уменьшается возможность выполнения реконструктивно-стабилизирующих этапов операции.

Заключение

В зависимости от КТ, МРТ и интраоперационных признаков, опубликованных нашей клиникой в предыдущие годы (2000-2001), нами выделены следующие основные варианты конверсии классической микродискэктомии: микродискэктомия + парциальная резекция вышележащей дуги (3-5мм); микродискэктомия + селективная медиальная резекция верхнего суставного отростка; микродискэктомия + парциальная медиальная фасэктомия - 1/3, 1/2 части сустава; микродискэктомия + парциальная фасэктомия + парциальная резекция вышележащей дуги; микродискэктомия + парциальная резекция смежных дуг и дугоотростчатого сустава.

Лечение осложнённой черепно-мозговой травмы с помощью ассистирующей эндоскопической техники.

Любишев И.С.

Пневмоцефалия (ПЦ) при черепно-мозговой травме (ЧМТ) встречается в 8-10% случаев и является следствием перелома воздухоносных костей черепа. Небольшое количество воздуха, попавшего в субарахноидальное пространство при открытой ЧМТ не имеет большого клинического значения и лишь подтверждает открытый характер травмы. Массивное скопление воздуха в эпи-субдуральном пространстве и в желудочках мозга вызывает компрессию мозга и приводит к необратимым нарушениям. Кроме этого при открытой ЧМТ нередко наблюдается ликворея, что требует оперативного вмешательства.

За последние 5 лет в нейрохирургической клинике НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии диагностировано 58 случаев ПЦ при ЧМТ. Из них у 8 наблюдалась ликворея (в 5 случаях прекратилась самостоятельно, в 3-проводились одномоментные вмешательства по удалению газа и закрытию дефектов с помощью эндоскопической ассистирующей техники). При тензиометрии у 6 больных выявлена гипотензивная ПЦ, что требовало применения специально разработанной методики по замещению газа физиологическим раствором с проведением массивной инфузионной терапии. При операциях по закрытию дефектов на основании черепа при ликвореи использовался препарат ТАХОКОМБ, что значительно улучшило надёжность вмешательства.

Использование эндоскопической ассистирующей техники при осложнённой ЧМТ (ПЦ и ликворея) позволяет производить ревизию полостей, содержащих воздух, удалять его а также выявлять источник ПЦ и ликвореи.

Особенности анестезиологического пособия и интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных с внутримозговыми гематомами различного генеза удаленных эндоскопическим способом.

Дейниченко Ю.К., Бурлай В.З., Герасютенко Э.И., Васильев Л.В., Белименко В.А.
 Украина, г.Запорожье. Центр экстремальной медицины.

Введение: Благодаря применению в нейрохирургии эндоскопической техники удалось значительно снизить травматичность и продолжительность оперативных вмешательств. Для анестезиологического обеспечения такого рода вмешательств применяются различные виды тотальной внутривенной анестезии (ТВБА) на основе барбитуратов, бензодиазепинов, пропофола. При использовании ТВБА на основе пропофола появилась возможность раннего восстановления сознания больного после операции, снижение до минимума степени фармакологического угнетения витальных функций в раннем послеоперационном периоде. В интенсивной терапии таких больных кроме общепринятых методик клинически значимо фармакологическое воздействие непосредственно в зоне перифокального воспаления, терапия и профилактика отека головного мозга. С этой целью мы используем недавно появившийся на фармакологическом рынке препарат L - лизина эсцинат. Его применение в рекомендуемых дозировках не только позволяет сократить список патогенетически важных лекарственных средств, но и обеспечивает высокую эффективность всего комплекса лечебных мероприятий.

Материал и методы: Для проведения эндоскопического удаления внутримозговых гематом различного генеза мы в своей работе использовали жесткие нейроскопы по «Gaab» фирмы «Karl Storz» с проецированием изображения через эндовидеокамеру на цветной монитор, приливо-отливный аппарат «Unimat Plus», коагулятор «Autoscan», Holmium Yag Laser. Все операции проводились в условиях ТВБА на основе пропофола, а при проведении интенсивной терапии в послеоперационном периоде использовался L-лизина эсцинат.

Нами проведено 61 эндоскопическое нейрохирургическое оперативное вмешательство, из них 30 у больных с ОНМК и 31 у пострадавших с ЧМТ. Продолжительность операции от 45 до 80 мин. Объем внутримозговых кровоизлияний составлял от 60 до 200 мл. Подход к гематомам осуществлялся через одно фрезевое отверстие диаметром 20-25мм, наложенное в расчетной точке наиболее благоприятной для подхода к гематоме. Тяжесть состояния по шкале Глазго у всех больных составляла не более 10 баллов. Оперировано 45 мужчин и 14 женщин, в возрасте от 21 до 74 лет. В группе больных с нетравматическими внутримозговыми гематомами умерло 5 больных, процент послеоперационной летальности составил 16,7%.

В группе больных с ЧМТ 23 пациента оперированы по поводу одиночных и множественных внутримозговых гематом травматического генеза, в 9 случаях эндоскопия носила ассистирующий характер. Умерло 3 пациента, послеоперационная летальность составила 9,6%.

Выводы: Использование пропофола для анестезии при проведении эндоскопического удаления гематом различного генеза и L-лизина эсцината в интенсивной терапии острого послеоперационного периода позволяет улучшить результаты лечения.

Эндоскопический контроль в микрохирургии менингиом бугорка турецкого седла.

Барановский А.Е.

Нейрохирургический отдел, НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии МЗ Республики Беларусь, Минск.

Введение. Повреждение микрососудов хиазмально-еллярной области, структур гипоталамо-гипофизарной зоны при удалении медиобазальных внемозговых опухолей предней и средней черепных ямок как правило приводит к грубым осложнениям в послеоперационном периоде, а в определенном проценте случаев и к смерти больного. Интраоперационная инспекция этих структур до настоящего времени остается трудновыполнимой задачей, требующей своего адекватного решения.

Целью нашего исследования являлась выработка техники эндоскопического контроля за параопухолевыми структурами при микрохирургических манипуляциях во время удаления менингиом бугорка турецкого седла на всех этапах оперативного вмешательства.

Материал и методы. Всего обследовано и прооперировано 6 женщин и 1 мужчину в возрасте от 49 до 63 лет, находившихся в нейрохирургическом отделении 5-й клинической больницы г.Минска в 1998-2000гг.. Размеры опухолевых узлов у больных варьировали в пределах 1,7 – 3,4 см. Эндоскопический контроль осуществлялся жестким эндоскопом. Эндоскоп периодически вводили в трепанационное окно в наиболее опасные и сложные моменты операции с целью уточнения сложившейся ситуации и контроля за состоянием окружающих структур мозга, а также предотвращения возможных повреждений сосудов, окружающих опухолевый узел.

Результаты. Всем больным было произведено тотальное удаление опухоли.

Послеоперационный период протекал без осложнений летальных исходов не было.

Результаты хирургического лечения внутримозговых гематом при геморрагических инсультах.

Головко А.М.

НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии. г.Минск. Беларусь.

Введение. Внутримозговые гематомы при геморрагическом инсульте встречаются до 85% случаев, оставаясь и в настоящее время тем видом инсульта, подходы к лечебной тактике которого противоречивы, а лечение нередко безуспешно. Целью работы является сравнение результатов различных вмешательств.

Материал и методы. Проведен анализ хирургического лечения 185 больных в возрасте 21-69 лет с инсультами внутримозговыми гематомами, находившимися в нейрохирургическом стационаре с 1998 по 2000 г. Диагноз до операции верифицирован КТ или МРТ головного мозга. Метод пункционного опорожнения использовался для аспирации кровоизлияний, располагающихся в глубоких отделах головного мозга, либо как первый этап вмешательства у тяжелых больных с тем, чтобы позже произвести более полное удаление гематомы. Данный метод использовался лишь у 32 больных. Такое оперативное вмешательство может вызвать развитие повторного кровотечения, что было выявлено в последующем при контрольной КТ головного мозга у 21 больного.

Открытый метод, при котором полость гематомы вскрывалась и ее содержимое удалялось под контролем зрения, использовался при кровоизлияниях объемом более 40 см³ у 98 больных, в случаях значительно выраженного дислокационного синдрома и начинающегося вклинения, когда необходимо быстрое и радикальное удаление гематомы.

Использование эндоскопической техники во многом позволило решить проблемы как открытых вмешательств, так и стереотаксической аспирации. С применением эндоскопического оборудования оперировано 55 больных. Эндоскопическая ассистенция дает возможность последовательно осмотреть всю поверхность мозговой ткани, составляющей стенки удаленной гематомы, в поисках источника кровотечения, и осуществить надежный гемостаз.

Результаты. Радикальность удаления полшарных внутримозговых кровоизлияний при использовании эндоскопической техники составила 60-80%. Использование эндоскопической техники позволило существенно улучшить результаты хирургического лечения. По данным нашей клиники летальность снизилась с 58% до 42%.

Выводы. Преимущества таких оперативных вмешательств через минимальную краниотомию способствуют улучшению послеоперационных результатов, которые выражаются в более быстром и полном регрессе неврологического дефицита, уменьшении сроков госпитализации, снижении риска послеоперационных осложнений.

Ассистирующая нейроэндоскопия при удалении невринома преддверно-улиткового нерва III-IV стадии

Смежнович А.Ф., Шанько Ю.Г.
Курс нейрохирургии, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Развитие лечебно-диагностической базы современной нейрохирургии позволило значительно снизить послеоперационную летальность и увеличить степень радикализма удаления новообразований головного мозга. В этих условиях первостепенное значение приобретает проблема сохранения и скорейшего восстановления неврологических функций. Решение этих задач во многом определяется адекватностью методов интраоперационной визуализации и контроля, среди которых важное место занимает методика нейроэндоскопии.

В микрохирургии невринома преддверно-улиткового нерва III-IV ст. с 1998 г. в качестве вспомогательного метода по ходу операции в 21 случае нами использовалась ассистирующая нейроэндоскопия. Применялся односторонний трансмастальный субокципитальный доступ. Эндоскопический этап осуществлялся аппаратурой фирмы «Aescular» монопортальным способом с применением оптического тубуса с наконечником, скошенным под углом 30°.

На всех этапах вмешательства осуществлялся видеоэндоскопический контроль с выведением изображения на монитор. В процессе отделения от поверхности опухоли нервов каудальной группы, лицевого и тройничного, а также передней нижней мозжечковой артерии, область их расположения предварительно осматривалась с помощью эндоскопической оптики, что в значительной степени облегчало дальнейшую работу. Отмечено, что манипуляции эффективны, прежде всего, при работе в субарханоидальных цистернах. Проведение этапного эндоскопического контроля без предварительной подготовки свободного пространства оказалось малоинформативным.

Наиболее эффективно использование метода ассистирующей эндоскопии на этапе удаления интрамастальной части опухоли. В большинстве случаев удавалось адекватно проследить ход лицевого нерва и его взаимоотношения с капсулой опухоли в расширенном внутреннем слуховом проходе, что позволяло избежать резекции его задней стенки для удаления интрамастальной порции новообразования. У 14 оперированных были четко прослежены анатомические детали задней нижней мозжечковой артерии. В 5 случаях видеоэндоскопия существенно облегчила выделение верхнего полюса опухоли из отверстия мозжечкового канала.

Таким образом, ассистирующая видеоэндоскопия эффективна при удалении невринома преддверно-улиткового нерва III-IV ст. Она обеспечивает адекватную визуализацию интрамастальной порции опухоли, что позволяет исключить этап резекции задней стенки внутреннего слухового прохода. Постоянный контроль анатомических деталей расположения новообразования снижает травматичность хирургического вмешательства.

Интраоперационная локальная химиотерапия супратенториальных глиом головного мозга цисплатином.

Лукашайко Ю.Н.

НИИ неврологии, нейрохирургии и физиотерапии. г.Минск. Республика Беларусь.

Введение. В Республике Беларусь заболеваемость опухолями головного мозга составляет 4,0 случая на 100000 населения. Широкая распространенность заболевания, наклонность к рецидивированию после оперативного удаления обусловили необходимость внедрения новых высокоэффективных технологий комплексного терапевтического подхода к этой нерешенной проблеме. Реальные перспективы имеет метод введения цитостатических химиопрепаратов в ложе удаленной опухоли, что обеспечивает их максимальную концентрацию в зоне хирургического вмешательства.

Нами с 1998 года применяется метод локальной химиотерапии злокачественных глиом головного мозга с имплантацией в ложе удаленной опухоли полимер-лекарственной формы противоопухолевого препарата цисплатина.

Материалы и методы. Препарат представляет собой 20 полимерных пластинок 1,5х1,5 см суммарной площадью 45 см², что соответствует средней площади послеоперационного ложа удаленного новообразования головного мозга. Концентрация цисплатина на 6-карбоксилцеллюлозе составляла - 1 мг на 1 см² рассасывающегося полимера. Микронейрохирургический метод включал косто-пластическую трепанацию черепа с вскрытием твердой мозговой оболочки, энцефалотомию, вакуумную или ультразвуковую аспирацию опухоли в пределах видимой неизмененной мозговой ткани. Ложе опухоли выстилалось пластинками полимер-лекарственной формы цисплатина с последующим удалением костного лоскута и ушиванием операционной раны.

За 1998-2000 годы вышеуказанный метод применён у 63 больных с супратенториальными опухолями головного мозга. У 42 (66%) больных диагностированы низкодифференцированные глиомы (Grade III-IV), у 19 (30%) менее злокачественные глиомы (Grade I-II), у 2 (4%) больных метастатические новообразования головного мозга.

Радикальность удаления опухоли и состояние имплантированной полимер-лекарственной формы цисплатина осуществлялась методами КТ, МРТ.

Результаты. Продолжительность безрецидивного периода увеличивалась в среднем на 50% по сравнению с контрольной группой.

Выводы. Анализ результатов комплексной терапии злокачественных глиом головного мозга с использованием новой полимер-лекарственной формы противоопухолевого препарата цисплатина свидетельствует о перспективности вышеуказанного метода.

Интраоперационная селективная лазерная термодеструкция глиом полушарий большого мозга с меданным распространением

Розуменко В.Д., Хоменко А.В.

Институт нейрохирургии АМН Украины, г. Киев, Украина

Лазерная термодеструкция (ЛТД) - принципиально новый мининвазивный метод хирургического лечения опухолей. Целевое воздействие высокочастотным излучением неодимового-АИГ ($\lambda=1.06$ мкм) лазера на участки глиальной опухоли, распространяющиеся в меданные образования мозга и функционально-важные структуры, направлено на повышение радикальности, снижение травматичности оперативных вмешательств.

Метод лазерной термодеструкции основан на результатах предварительно проведенного математического моделирования процесса ЛТД и экспериментальных исследований по избирательному поглощению излучения в опухолевой ткани и мозговом веществе. Существенным фактором повышения эффекта термодеструктивного воздействия лазерного излучения является согласование показателей преломления облучаемой биоткани и базового вещества при введении в ткань контрастирующих агентов - триомбраста, урографина, верографина и др., избирательно накапливающихся в гиперваскуляризированной ткани глиомы.

С применением метода селективной ЛТД проведено 11 операций при анапластических глиомах и глиобластомах. Контрастирование опухолевой ткани осуществлялось путем внутривенного введения препарата за 15 - 20 мин непосредственно до начала интраоперационного этапа термодеструкции (после микрохирургического удаления центральных участков опухоли). Облучение контрастированной опухоли проводилось целенаправленным бесконтактным способом лазерного воздействия при мощности излучения 5 - 10 Вт и времени экспозиции 5 - 15 мин. Применялись специально разработанные волоконно-оптические излучатели со сферической, кольцевидной и конусообразной индикатрисами рассеяния. Послеоперационный контроль эффекта лазерной термодеструкции (коагуляция, деструкция, некрозобразование) осуществляется путем проведения компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), одноконтровой эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ). Применение метода селективной ЛТД при глиальных опухолях позволяет повысить степень радикальности хирургического вмешательства, снизить риск травматизации смежных мозговых структур, обеспечить качество жизни оперированных больных.

Частичное и субтотальное удаление невринома преддверно-улиткового нерва

Шанько Ю.Г.

Курс нейрохирургии, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Результаты частичного и субтотального удаления невринома преддверно-улиткового нерва IV ст., практически, не дискутируются в литературе, хотя в ряде случаев такие вмешательства являются единственно допустимыми.

Наш клинический материал включает 391 случай невринома преддверно-улиткового нерва III-IV ст. Из числа этих больных 83(21,2%) опухоль удалена субтотально или частично. Применялась стандартная методика хирургического вмешательства из субокципитального доступа.

Частичное удаление новообразования во всех случаях (34 чел.) было обусловлено расстройствами сердечной деятельности, которые развились по ходу хирургического вмешательства. Как правило, в этих случаях еще до операции имели место ишемические поражения стволовых отделов головного мозга с отчетливой неврологической симптоматикой. Из числа этих больных 23 чел. оперированы повторно в связи с продолженным ростом опухоли. Двоим из них во время повторной операции опухоль удалена тотально, а остальным - частично.

Наличие участка инфильтративного роста опухоли в мост мозга с формированием интимных сращений капсулы с подлежащими анатомическими образованиями предопределило субтотальное удаление невриномы у 49 больных. В этих случаях попытки выделения медиального полюса невриномы были связаны с грубой операционной травмой. Участок инфильтрации по площади редко превышал 2 см². Оставление таких небольших участков капсулы при условии тщательного удаления с них стромы опухоли, как правило, не приводило к продолженному росту новообразования.

Летальность при частичном удалении невринома преддверно-улиткового нерва III-IV ст. была выше, чем при тотальном и составила около 12,5%. Это в значительной степени обусловлено декомпенсированным исходным состоянием оперированных и наличием тяжелых сопутствующих соматических заболеваний. При субтотальном удалении новообразования летальность составила около 6,5%.

Таким образом, показания к частичному удалению невринома преддверно-улиткового нерва IV клинической стадии формируются в зависимости от течения наркоза и характера наблюдаемых при этом нарушений сердечной деятельности. Субтотальное удаление показано при наличии инфильтрации медиального полюса капсулы опухоли в ткани моста мозга.

Лазерная технология термодеструкции внутримозговых опухолей полушарий большого мозга

Розуменко В.Д.

Институт нейрохирургии АМН Украины, г. Киев, Украина.

Основной принцип технологии лазерной термодеструкции состоит в локальном строго дозированном повышении температуры опухолевой ткани с целью ее разрушения без хирургического выделения из окружающих мозговых структур.

В эксперименте установлены особенности патоморфологических изменений в очаге термодеструкции при непрерывном и импульсном режимах лазерного воздействия с формированием зон коагуляционного некроза, некролиза и отека. Эффект лазерной термодеструкции опухоли нарастает во временном интервале и через 24 часа характеризуется увеличением числа поврежденных клеток.

Для интраоперационного применения метода ЛТД использован АИГ-неодимовый лазер «Радуга-1», работающий в непрерывном режиме, и принципиально новый импульсный лазер «Нейтронеодим».

Прецизионное воздействие на опухолевую ткань обеспечивается с применением гелий-неоновой лазерной системы наведения высокочастотного инфракрасного излучения. В процессе термодеструкции опухоли отсутствует необходимость значительного разведения мозговой раны, что исключает тракционно-компрессионное воздействие на смежные мозговые структуры.

Топография внутримозговых опухолей, их размеры, гистоструктура, степень анаплазии устанавливаются на дооперационном этапе по результатам компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и одноконтровой эмиссионной компьютерной томографии. Проведено 88 операций дифференцированной ЛТД внутримозговых опухолей. В 17 наблюдениях имели место глиомы II степени анаплазии, в 48 - III степени анаплазии, в 13 - глиобластомы, в 5 - саркомы, в 5 - метастазы рака.

В 36 наблюдениях провели лазерную термодеструкцию зон опухолевой инфильтрации ложа удаленной опухоли, в 37 наблюдениях - объемное дозированное разрушение участков опухоли, распространяющихся в меданные структуры и функционально значимые зоны, в 11 наблюдениях - селективную термодеструкцию гиперваскуляризированной предварительно контрастированной опухолевой ткани, в 4 наблюдениях - интраоперационное терморазрушение опухоли.

Осложнений, непосредственно связанных с интраоперационным применением ЛТД, не наблюдали. Результаты клинических исследований свидетельствуют об эффективности и перспективности применения метода ЛТД, обеспечивающего качественно новый уровень хирургических вмешательств при внутримозговых опухолях.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

НЕЙРОХИРУРГИЯ (часть II)



Опыт использования малоинвазивных и эндоскопических методов хирургических операций на головном мозге.

Карабаев И. Ш., Камалов К. У., Карабаев О. В., Подлубный А. Б., Долгобородова Ю. С.

Введение: В последнее десятилетие в нейрохирургии отдается приоритет малоинвазивным хирургическим вмешательствам.

Материалы и методы: Малоинвазивные и эндоскопические операции на головном мозге нами проводились с 1994 г. До настоящего времени проведено 246 операций. По годам: 1994г.-16, 1995г.-21, 1996г.-39, 1997г.-36, 1998г.-44, 1999г.-43, 2000-2001г.-47. Под малоинвазивными хирургическими операциями (МХО) мы подразумеваем удаление патологического процесса внутричерепной локализации из двух расчетных фрезевых отверстий в черепе с установкой приточно-отточной дренажной системы. Под эндоскопической хирургической операцией (ЭХО) мы подразумеваем удаление патологического процесса внутричерепной локализации из одного расчетного фрезевого отверстия с помощью фиброларингоскопа с установкой контрольного дренажа. МХО выполнены в 194 сл., ЭХО выполнены в 52 сл. Методы обезболивания: интубационный наркоз-56 сл., внутривенный наркоз-96 сл., местная анестезия с внутривенным потенцированием-94 сл. Указанные операции проводились при: хронических конвексительных гематомах-81 сл., подострых конвексительных гематомах-56 сл., острых конвексительных гематомах-12 сл., внутримозговых гематомах- 58 сл., гироммах- 24 сл., абсцессах головного мозга-15 сл. Все операции заканчивались дренированием патологической полости, причем приточно-отточное дренирование использовано в 144 сл., пассивное дренирование в 102 сл.

Результаты: Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 241 сл. Осложнения отмечены у 43 больных, из них: повторные кровоотечения-6 сл., контралатеральные гематомы-9 сл., неполное удаление гематомы-15 сл., нагноение раны-9 сл., наружная ликворея-4 сл. Реоперации у 8 пациентов, в остальных случаях удалось купировать осложнение консервативной терапией. Летальные исходы отмечены в 5 случаях. В группе хронических конвексительных гематом-1 пациент, абсцессов головного мозга-1, внутримозговых гематом-3.

Выводы: 1. При наличии определенной технической базы и подготовки специалистов, малоинвазивные хирургические вмешательства могут быть широко внедрены в практику, как отвечающие всем требованиям относящимся к проведению нейрохирургических оперативных вмешательств. 2. Значительное сокращение осложнений и летальных исходов в основных группах при вышеуказанных патологиях ведут к уменьшению длительности операций, сокращению койко-дней, снижению инвалидизации пациентов в послеоперационном периоде, сокращению сроков реабилитации.

Эндоскопическая хирургия каротидно-кавернозных соустьев.

Абдукадиров А.А., Якубов Д.Б., Махмудова З.С.

Республиканский научный центр нейрохирургии, кафедра нейрохирургии, ВПХ, травматологии Первого Ташкентского Государственного Медицинского Института. Ташкент, Узбекистан.

За период с 1996 по 2001 гг. нами было обследовано 20 больных с каротидно-кавернозными соустьями. Мужчин-14 и женщин-6 человек. Возраст больных составил от 18 до 79 лет. Причинами каротидно-кавернозных соустьев явились не тяжелая черепно-мозговая травма-12 случаев; удар в шейную область-2 случая; в остальных 6 случаях соустье образовалось спонтанно.

Клинически соустья у всех больных проявлялись пульсирующим экзофтальмом, поражением глазодвигательных нервов, дулош шумом в голове и хемозом. Поражение глазодвигательных функций было различным- от умеренно выраженного до полной плеггии. Снижение зрения наблюдалось в пределах от 0,7 до 0,3 единиц. У 2 больных пульсирующий экзофтальм был двухсторонним.

Всем больным производилась чрезбазальная селективная тотальная церебральная ангиография по методу Сельдингера на ангиографической установке "Multistar". Во всех 20 случаях каротидно-кавернозное соустье функционировало за счет повреждения стенки кавернозной части внутренней сонной артерии. При этом у 14 больных наблюдался полный сброс артериальной крови в кавернозный синус. Не смотря на это, ни у одного больного не наблюдался признаки ишемии мозга. Это объяснялось адекватным кровоснабжением полушария головного мозга за счет противоположной внутренней сонной артерии, что подтверждалось ангиографически.

19 больным произведено эндоваскулярное вмешательство с использованием баллон-катетера типа Сербиненко. Одна больная воздержалась от операции. У 12 больных удалось разобщить каротидно-кавернозное соустье с сохранением кровотока в сонной артерии (реконструктивная операция). У остальных 7 больных завести баллон в соустье не удалось по различным причинам, в связи с чем произведено выключение соустья стационарной окклюзией сонной артерии на уровне диска (деструктивная операция). При этом временная контрольная окклюзия сонной артерии не приводила к ишемическим явлениям.

Регресс экзофтальма наблюдался на 4-6 сутки после операции. Хемоз и резкий отек век исчезал на 5-7 сутки. Восстановление глазодвигательных функций занимало более длительное время и зависело от длительности существования соустья, от возраста больных и выраженности экзофтальма. Более «ранимыми» в этом отношении были отводящий нерв. Его восстановление шло медленно, порой месяцами и годами. Хотя улучшение функции отводящего нерва наблюдалось на 40-50%, полного восстановления мы не наблюдали ни в одном случае. Отмечено также улучшение зрительных функций, но также полного возврата к исходному состоянию не наблюдалось.

Дискография как метод, определяющий показания к перкутанной нуклеотомии

Ишмухамедов С.Н., Кариев М.Х., Сабуренко Ю.Ф., Коробко С.А., Джуманов К.П., Норов А.У.

Научный Центр нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, кафедра нейрохирургии Первого Ташкентского Государственного медицинского института, ВПХ и травматология (зав.кафедрой и директор – д.м.н., проф. Кариев М.Х.) Ташкент. Узбекистан

За период с 1999 по 2000гг в РНЦНХ произведено 63 экстрадуральных дискографий больным, которым планировалась перкутанная нуклеотомия. Больные обследованы неврологически, произведены КАТ, МРТ и эпидурография. Однако ни один из этих методов не выявляет небольшие повреждения фиброзного кольца. Дискография выявляет разрывы фиброзного кольца, а также размеры протрузий и грыжевого выпячивания.

Хорошие результаты после перкутанной дискотомии были достигнуты у больных и с протрузией до 0,7 см. В то же время в исследуемой группе были больные с небольшими протрузиями до 0,5 см, у которых результаты операций не всегда были удовлетворительными. При отборе больных для перкутанной операции ориентировались на следующие обстоятельства: при введении контраста в диск за счет увеличения внутридискового давления при сохранении фиброзного кольца у больных появляются боли в пояснице с фонацией заинтересованного корешка. Таким больным, у которых при дискографии контраст не распространялся за пределы диска, была произведена чрескожная дискотомия, причем операция производилась непосредственно после дискографии через тот же прокол. Таким образом исследование, показывая и противопоказания к операции уточнялись сразу же, что снижает инвазивность операции. При разрыве фиброзного кольца и продольной связи, контраст вытекает эпидурально, поэтому показаний болей в момент введения контраста в диск не отмечается. Этой группе больных операция производилась интерминимальным доступом.

Хорошие результаты после перкутанной дискотомии были получены в основном у больных с хронической люмбагией. Уже во время операции (через 15-20 мин после дискографии) по мере снижения внутридискового давления боли в пояснице и ноге уменьшались, а у некоторых больных практические исчезли.

Уточнены показания для перкутанной дискотомии. Совмещены исследования дисков и самой операции, что значительно снижает ее инвазивность.

Результаты хирургического лечения посттравматической гидроцефалии

Халиков Н.Х., Кариев Г.М., Файзуллаев Р.Б.

Кафедра нейрохирургии, ВПХ и травматологии I - ТашГосМИ
Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
(директор-проф.М.Х.Кариев.)

Целью настоящего сообщения является оценка отдаленных результатов ликворошунтирующих операций при посттравматической гидроцефалии.

Проведен анализ данных комплексного обследования и результатов хирургического лечения у 18 больных с посттравматической гидроцефалией находившихся на лечении в РНЦНХ Республики Узбекистан в период 1995-2000 гг.

Возраст больных от 2-56 лет. Катамнез от 1-5 лет. Всем больным проведен комплекс нейрохирургических (включая рентгенологические, компьютерно-томографические) исследования. Всем больным произведена операция ВПС с погружением периферического конца шунта в брюшную полость пункционным способом. При выборе тактики лечения больных с посттравматической гидроцефалией учитывались особенности, характер и степень нарушения ликворобращения, выраженность психических нарушений. Операции проводились в сроки до года после травмы. После операции хорошие результаты отмечены у больных оперированных в ранние сроки после травмы. У них значительно улучшилось психическое состояние. КТ картина характеризовалась уменьшением размеров желудочков головного мозга и субаракноидальных шей, регрессом гипертензионно-гидроцефальной симптоматики. Удовлетворительные результаты наблюдались у больных оперированных после длительного коматозного состояния и вегетативного статуса. Психическое состояние у них улучшилось незначительно. КТ картина характеризовалась умеренной вентрикуломегалией с увеличением мозгового лаважа. У двух больных оперированных в сроки через год после травмы положительная динамика отмечена не было. При отсутствии гипертензионно-гидроцефальной симптоматики у них сохранялась грубая психо-патологическая симптоматика. Таким образом эффективность ликворошунтирующих операций при посттравматической гидроцефалии зависит от характера повреждения мозга, формы и стадии гидроцефалии, возраста больных и сроков проведения шунтирующих операций после травмы.

Дифференцированный подход к лечению травматических субдуральных гидром.

Кариев М.Х., Югай И.А., Ахмедиев М.М.
Республиканский Научный Центр Нейрохирургии.
г.Ташкент. Узбекистан.

Применение современных методов визуализации повысило достоверность предоперационного диагноза с уточнением локализации патологического очага, его размеров, характера поражения мозгового вещества. Имея в наличии такие данные, появилась возможность проводить минимально инвазивные оперативные вмешательства.

Задачей нашего исследования было сравнить частоту различных методов оперативных вмешательств, применяемых при удалении травматических субдуральных гидром (ТСГ) в период до применения компьютерной томографии (КТ) и после, и уточнить показания к применению минимально инвазивных из них.

В исследование были включены 65 больных с верифицированным диагнозом ТСГ, пролеченных в Республиканском Научном Центре Нейрохирургии.

Больные разделены на 2 группы, из которых 35 больных с КТ составили I группу, а оставшиеся 30 – II группу, лечившихся до широкого применения КТ.

Выявлено, что трепанация черепа с целью удаления гидром и создания декомпрессии проводилось у 15 больных I группы (42,8%) и у 19 больных II группы (63,3%). Больным I группы удаление гидром через фрезевое отверстие с последующим дренированием проведено в 10 случаях (28,6%), а больным II группы в 9 (30,4%). Наложение системы закрытого наружного дренирования подверглись 10 (28,6%) больных I группы и всего 2 больных (6,3%) второй.

У больных I группы, опираясь на данные КТ, декомпрессивная трепанация черепа проводилась при обнаружении:

- острой и подострой изолированной гидром с деформацией и смещением желудочковой системы более 5 мм.
- острой и подострой гидром в сочетании с внутричерепной гематомой или многооскольчатывдавленным переломом.
- острой и подострой гидром с обширными очагами ушиба и разможжения головного мозга.

Гидром удалялись минимально инвазивно: 1) через фрезевое отверстие с дренированием в 1-2 дня при выявлении на КТ:

- острой и подострой изолированной гидром со смещением срединных структур до 5 мм.
- путем наложения системы закрытого наружного дренирования сроком до 4-днев при обнаружении:

- хронической гидром.

Таким образом, тактика оперативного лечения травматических субдуральных гидром определяется КТ картиной, и ее применение дает возможность производить минимально инвазивные операции.

Лечение героинового наркомании малыми нейрохирургическими вмешательствами

Кариев М.Х., Гафуров Ф.З., Перфильев С.В., Алтибаев У.У.

Научный Центр нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, кафедра нейрохирургии Первого Ташкентского Государственного медицинского института (зав.кафедрой и директор – д.м.н., проф. Кариев М.Х.) г.Ташкент

В течение последних десятилетий значительно ухудшилась наркологическая обстановка в странах СНГ. Неблагоприятная обстановка сложилась и в Узбекистане.

С проблемой лечения больных с героиновой наркоманией сталкиваются врачи многих специальностей, при этой нейрохирургии не являются исключением. До настоящего времени не существует единого метода лечения наркомании со стойкими хорошими результатами. Хирургические деструктивные вмешательства на структурах мозга не являются нападением в лечении этой категории больных.

За 9 месяцев 2000-2001 гг. в Республиканском Научном Центре нейрохирургии получили специальное лечение 23 больных с героиновой наркоманией. В первой стадии наркомании было 5 и во второй – 17 больных. Из них 4 – женщины и 19 – мужчин в возрасте от 23 до 40 лет. По стажу употребления наркотиков больные разделились: от 1 до 3 лет – 15, до 5 лет – 5, 12 лет – 1, 14 лет – 1 и 20 лет – 1. Дозы героина ко дню поступления в стационар: 0,1-0,3 грамм – у 12, от 0,5 до 1 грамм – у 7 и у 4-х больных – от 1 до 6 граммов. 1 больной принимал героин интраназально, четверо – в виде вдыхания паров, а остальные – в виде внутривенных инъекций.

Все больные прошли полное клиническое нейрофизиологическое и компьютерно-томографическое обследование.

По выработанной нами методике все больным проведен интенсивный курс лечения. По выведению больных из абстинентного синдрома и разрешения психической зависимости всем больным на завершающем этапе лечения произведены подоболочечные инсуляции лечебного газа с преимущественным воздействием на лобные отделы головного мозга и особенно мелко базальные структуры.

На момент выписки у всех больных удалось разрушить физическую и психическую зависимости к героину и добиться фиксации результата.

Лечение эпидуральных гематом задней черепной ямки у детей

Ахмедиев М.М., Ахмедиева Ш.Р.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Республика Узбекистан

Клиническое течение эпидуральных подострых гематом задней черепной ямки у детей отличается большим своеобразием. Это вызвано развитием ряда компенсаторных механизмов: неполное зарращение костных швов черепа, малая дифференциация функций мозга, наличие более широких, чем у взрослых, базальных цистерн и подпаутинных пространств.

В наших наблюдениях в 3/4 случаев превалировало подострое течение эпидуральных травматических гематом задней черепной ямки. Основным механизмом травмы затылочной области были падения на улице. Потери сознания дети обычно не отмечали.

Начальная стадия подострого течения эпидуральных гематом со сдавлением мозга часто бессимптомно, начавшись, протекало с преобладанием общемозговых симптомов над очаговыми. Помимо местных признаков травмы затылочной области (ссадины, кровоподтеки, пастозность мягких тканей) отмечали болезненность, ограничение движений в шейно-затылочной области.

В стадии декомпенсации прогрессируют нарушения витальных функций. Положение таких детей в постели пассивное, сознание нарушено, сухожильные рефлексы отсутствуют, выражены менингеальные симптомы, пирамидные парезы от сдавления ствола мозга и бульбарные симптомы от сдавления дна IV желудочка. Выражен фиксационный синдром головы, и туловища – даже незначительное перемещение в пространстве вызывает приступ резкой головной боли с рвотой, появление системного вестибюлярного головокружения, вплоть до потери сознания с сердечно-сосудистыми и бульбарными явлениями. Прогрессирует ухудшается состояние больных. КТ выявляло отек и дислокацию мозга, признаки окклюзионной гидроцефалии, которые выявлены в половине наших наблюдений.

С установлением диагноза в проекции предполагаемой эпидуральной гематомы, диагностированной КТ и МРТ, накладывали фрезевое отверстие, обычно это совпадало с линейным переломом затылочной кости. Отсосом удаляли жидкую часть гематомы и стружки крови, проводили ревизию эпидурального пространства с использованием световолоконной оптики, гемостаз.

При шийном оперативном лечении отмечается снижение летальности, уменьшение рецидивов гематом и частоты инфекционно-воспалительных осложнений. Своевременное опорожнение гематомы способствует редислокации мозга без проведения дополнительной вентрикулопункции, послеоперационный период протекает более благоприятно, сокращается длительность пребывания больных в стационаре. Отдаленные наблюдения в сроки до 5 лет отмечают практически полное выздоровление больных.

Таким образом, метод шийного оперативного лечения подострых эпидуральных травматических гематом задней черепной ямки позволяет улучшить результаты их оперативного

Лечение посттравматических абсцессов головного мозга у детей

Кариев М.Х., Ахмедиев М.М., Ахмедиева Ш.Р.

Республиканский научный центр нейрохирургии, Ташкент, Республика Узбекистан

Посттравматические абсцессы головного мозга (ПАГМ) являются наиболее тяжелой формой гнойно-воспалительных осложнений открытой черепно-мозговой травмы (ЧМТ). По нашим данным удельный вес ПАГМ составил 8,2% ко всем случаям абсцессов головного мозга.

Цель работы - изучить особенности ПАГМ у детей, уточнить показания к дифференцированному хирургическому лечению.

Проведен анализ 20 верифицированных ПАГМ. Преобладали мальчики (63,9%) школьного возраста. Причиной ПАГМ в 7 (35%) случаях были нагноения мягких тканей головы, в 11 (55%) - менингоэнцефалит. В 40,4% случаев высеяны стафилококки (*Staphylococcus aureus* - 26,6%), стрептококки - в 11,6%.

Особенности течения ПАГМ оказывают влияние на клиническую картину заболевания. У 13 (65%) больных преобладала общемозговая и воспалительная симптоматика, у 7 (35%) - очаговая симптоматика. Преобладали однокамерные ПАГМ - 12 (60%) случаев. Ранние ПАГМ наблюдались у 14 (70%) больных. В фазе субкомпенсации было 9 (45%) детей, в фазе умеренной клинической декомпенсации - 8 (40%), грубой декомпенсации - 3 (15%).

Компьютерная томография (КТ) характеризовалась зоной пониженной плотности, имеющей кольцевидную форму - "корона эффект". Тактика лечения зависела от стадии формирования ПАГМ, его локализации, размеров, общего состояния и преморбидного фона ребенка. При абсцессах "малого" размера от 25 до 45 мм глубиной и парастоловой локализации консервативная терапия проведена 5 (25%) больным с восстановлением структуры мозговой ткани при КТ контроле и регрессом неврологической симптоматики. У 15 (75%) больных при углублении общемозговой симптоматики, проявлении дислокационных симптомов, КТ выявила уменьшение плотности абсцесса, гнойный очаг увеличивался, возникала угроза разрыва абсцесса. 12 (60%) больным в тяжелом состоянии, нарастающих признаках сдавления мозга, проведено пункционное опорожнение с активным дренированием и введением в полость абсцесса антибиотиков. Тотальное удалено 8 (40%) ПАГМ, дренировано ложе, установлена приточно-отточная система. Исходы лечения зависели от клинической фазы ПАГМ, а также способа оперативного вмешательства.

Таким образом, особенности ПАГМ обосновывают необходимость проведения профилактических мероприятий. В диагностике ПАГМ ведущее место занимает КТ способствующая уточнению топографии и структуры абсцесса, выбору адекватного метода лечения. Тактика лечения определяется стадией заболевания, выраженностью нарушений неврологических и витальных функций. В ряде случаев с учетом тяжести состояния больных, локализации, клинической фазы, следует отдавать предпочтение удалению ПАГМ через фрезевые и узкоканальные отверстия.

Стереотаксическая электростимуляция подкорковых ядер в лечении ДЦП

Мунинов А.К., Алимов Х.М., Бабаханов Ф.Х.

Научный Центр нейрохирургии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, кафедра нейрохирургии Первого Ташкентского Государственного медицинского института (директор и зав.кафедрой – д.м.н., проф. Кариев М.Х.) г.Ташкент, Узбекистан

В комплексном лечении больных с ДЦП значительное место занимают методы функциональной нейрохирургии (стереотаксические операции на головном мозге).

К настоящему времени накоплен определенный опыт электростимуляции подкорковых ядер при различных заболеваниях головного мозга (Бехтерева Н.П. с соавт., 1972; Mazars, 1976; Benabid A.L. et all, 1995; Шебалов В.А. с соавт, 1998). Однако механизм лечебного воздействия электростимуляции структур мозга до сих пор окончательно не раскрыт, и различные исследователи трактуют его по-разному.

Нами было обследовано 17 больных с различными формами ДЦП. Большинство оперированных были в возрасте от 3 до 8 лет. Все дети были в состоянии полной двигательной беспомощности.

Для операции использовали стереотаксический аппарата Рихерта-Мундтегера. После наложения трепанационного отверстия корончатой фрезой в мозг введен микроэлектрод. Электростимуляции подвергнуто в основном ядро таламуса (VL ядро). Электростимуляцию производили биполярными прямоугольными импульсами напряжением тока до 10, продолжительностью 1 мс в виде серии импульсов различной частоты. Электростимуляция производилась в течение 3-5 мин с короткими перерывами. После электростимуляции у 80% оперированных больных отмечалось снижение спастичности различной степени. У 90% больных при электростимуляции VL-ядра таламуса мы наблюдали общую активацию психической деятельности, оживление, двигательную активность, улучшение речи. Особенно хорошие результаты получены у больных с атонической-атактической формой ДЦП. Во время электростимуляции осложнений не наблюдалось.

Таким образом, электростимуляция подкорковых ядер головного мозга стимулирует и восстанавливает нарушенные церебральные механизмы. Применение электростимуляции подкорковых ядер головного мозга в комплексном лечении ДЦП ускоряет процесс восстановления утраченных функций головного мозга.

Случай атипичного клинического течения артериовенозной мальформации головного мозга
Абдукадиров А.А., Якубов Д.Б., Махмудова З.С., Лейкин З.Н.

Республиканский научный центр нейрохирургии, кафедра нейрохирургии, ВПХ, травматологии Первого Ташкентского Государственного Медицинского Института. Ташкент, Узбекистан.

Общепринято выделение трех клинических типов течения артериовенозной мальформации головного мозга: псевдотуморозный, геморрагический, эпилептиформный.

В нашем наблюдении описывается клиническая картина течения артериовенозной мальформации головного мозга, наиболее типичная для каротидно-кавернозного соустья. Выполнение дополнительных методов обследования (компьютерная томография, каротидная ангиография) позволили установить правильный диагноз: Больная С., 24 года, находилась на стационарном лечении РНЦДНХ. Жалобы при поступлении: постоянная головная боль, выбухание правого глаза, постоянный «дующий» шум в голове, наличие пульсирующего образования в области верхнего века. Из анамнеза: больна около 2 -х лет. При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное, со стороны внутренних органов при обычных методах исследования патологии не выявлено. Сознание ясное, поведение адекватное. Грубой очаговой симптоматики не выявлено. Локально: правосторонний пульсирующий экзофтальм, инъекция сосудов конъюнктивы, хемоз, под верхним веком визуализируется выбухающий клубок расширенных венозных сосудов, являющихся дренирующим для патологического образования. Аускультативно над верхним веком выслушивается «дующий» систолический шум, синхронный с пульсовой волной на внутренней сонной артерии, исчезающей при ее сдавлении. ЭХО ЭГ: смещение М-ЭХО справа на лево на 5 мм. Осмотр окулиста: зрение 1,0 с обеих сторон. Поле зрения: полная левосторонняя гомонимная гемианопсия. Глазное дно: справа выраженная ангиопатия, слева-умеренная ангиопатия. Произведена КТ: выявлена тень повышенной плотности в правой теменно-височной области продолговатой формы (4х1 см). Произведена каротидная ангиография справа, выявившая артериовенозную аневризму правой теменной области размером 6х4 см. Афферентным сосудом является гипертрофированная в 1,5 раза правая средняя мозговая артерия, основной дренаж осуществляется по анастомотическим венам в кавернозный синус и дальнейшим сбросом через верхнюю и нижнюю глазничные вены той же стороны.

Большой произведена операция «Неполная эндоваскулярная эмболизация АВМ» по общепринятой методике (2,3) с регрессом симптоматики: размеры дренирующего венозного клубка под верхним веком заметно уменьшились, пульсация сосудов резко ослабла. В послеоперационный период сохраняется умеренная головная боль. При повторном осмотре через три месяца наблюдается стабильный эффект.

Была обнаружена артериовенозная мальформация правой теменной области головного мозга с преимущественным шунтирование крови через вены глазницы, что сопровождалось симптоматикой наиболее типичной для каротидно-кавернозного соустья.

Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery. ISSN 1029-743X

Worldwide edition, is published four times a year, is confirmed by the Highest Attestation Commition of Ukraine, is an exclusive possessor of the international index — the ISSN — among Ukrainian editions. Index for subscription in Ukraine — 40719.

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. ISSN 1029-743X

Полный охват всех граней минимальной инвазивной хирургии. Сверхсовременные хирургические технологии на основе опыта и эволюции мировой хирургии. От "key hole" хирургии и нейронавигации до молекулярной хирургии. Эталоны мировой науки — "великолепие искусства" эндомикрохирургии — для Вас, Ваших пациентов и Вашего будущего. Расширьте свой кругозор.

Всемирное издание. Выходит 4 раза в год. Утверждено ВАК Украины. Эксклюзивный обладатель международного индекса ISSN среди новых медицинских изданий Украины. Подписной индекс — 40719.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ (Общие вопросы)



Лапароскопические операции в лечении хирургических заболеваний селезенки

Грубник В.В., Киселев В.А., Четвериков С.Г.

Одесский государственный медицинский университет. Украина.

Введение. Традиционно применяемая при лечении хирургических заболеваний селезенки лапаротомная спленэктомия является травматичным оперативным вмешательством и сопровождается большой частотой осложнений.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с хирургическими заболеваниями селезенки путем использования современных малоинвазивных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. С сентября 1997 года по настоящее время выполнено 16 лапароскопических спленэктомий. Показаниями к операции были: тромбоцитопеническая пурпура – у 6 больных, спленомегалия – у 4, гемолитическая микросфероцитарная анемия – у 2, эхинококковые кисты селезенки – у 2, непаразитарные кисты селезенки – у 2 больных. Операции выполнялись по двум методикам: лапароскопическая спленэктомия в чистом виде (6 больных) и мануально асстирированная лапароскопическая спленэктомия с использованием системы Pneumo Sleeve фирмы Dexterity, а также оригинального пневморуква собственной конструкции (10 больных).

Результаты. Длительность операции варьировала от 110 до 220 минут (в среднем 158±23 минуты). Во время операции и в раннем послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: у 3 больных – кровотечение, которое возникло в двух случаях при выделении ножки селезенки и в одном – при пересечении коротких желудочных сосудов; в одном случае наблюдался послеоперационный панкреатит вследствие избыточного использования диатермокоагуляции в области хвоста поджелудочной железы. Длительность нахождения в стационаре после операции варьировала от 2 до 4 суток (в среднем 2,7±1,2 сут). Важным фактором, влияющим на результативность операции является адекватная предоперационная подготовка, особенно у больных с тромбоцитопенией. Это позволяет уменьшить кровоточивость из мелких сосудов при выделении селезенки из скрапелли и при пересечении селезеночных связей. Существенным также является выбор метода лапароскопической спленэктомии. Так, чисто лапароскопическое вмешательство показано при максимальном размере селезенки 15 – 18 см и при незначительном сплечном процессе в зоне операции. В остальных случаях показано выполнение мануально асстирированной операции с системой пневморуква. Дорогостоящее пересечение сосудистой ножки селезенки эндостеплером можно заменить тщательным выделением магистральных сосудов, их клипированием или лигированием с экстра- или интракорпоральным завязыванием узлов.

Выводы. Наш опыт лапароскопических спленэктомий свидетельствует о возможности успешного применения этого метода при различных хирургических заболеваниях селезенки. Комбинированные операции с мануальной асстирией показаны при больших размерах селезенки и технических сложностях, возникающих во время выполнения операции.

Опыт применения лапароскопической спленэктомии у больных с заболеваниями системы крови.

Хворостов Е.Д., Семененко И.А., Цивенко А.И.

Кафедра хирургических болезней

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Харьков, Украина.

В лечении гематологических заболеваний особое место занимает спленэктомия. Целью данной работы явилось использование метода лапароскопической спленэктомии (ЛСЭ) у больных с заболеваниями системы крови.

За период 2000-2001 гг. в хирургическом стационаре Дорожной клинической больницы станции Харьков произведена лапароскопическая спленэктомия у 8 пациентов со следующими иммунологическими формами: аутоиммунная гемолитическая анемия-2 больных, наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия-2, тромбоцитопеническая пурпура-3, апластическая анемия-1. Возраст больных составил от 16 до 54 лет. Показания к спленэктомии были выставлены строго индивидуально в связи с неэффективностью консервативных мероприятий и развитием явлений гиперспленизма после проведенного обследования и лечения в качестве предоперационной подготовки в условиях гематологического отделения. Технически лапароскопическую спленэктомию мы выполняем следующим образом. Положение пациента на спине с приподнятым головным концом на 10 градусов и косой ротацией стола вправо под углом 30 градусов. Используем 5 троакаров: 1) 10 мм. (умбиликальный)- для введения оптики, 2) 10 мм. (в правой мезогастральной области по средней ключичной линии)- для введения инструментов, обеспечивающих захват и отведение желудка в области большой кривизны; 3) 10 мм. (в левой мезогастральной области) - для введения ретрактора и отведения большого сальника, трасции селезеночно-ободочной связи; 4) 10 мм. (в левом подреберье по средней ключичной линии) - для введения основных инструментов (диссектора, эндоклипера, ножниц, монополярного коагулятора); 5) 5 мм. (по средней линии на 4 см. ниже мечевидного отростка) - для введения мягкого травматичного зажима. После выведения селезенки из её ложа производим мобилизацию нижнего полюса, клипирование и пересечение левую желудочно-сальниковую и короткие желудочные артерии. Затем, пересекая с помощью диатермии селезеночно-ободочную и диафрагмально-ободочную связи, получаем возможность клипировать основные источники кровоснабжения. Селезенку извлекаем по частям через микролапаротомный 6 см длиной поперечный разрез в левом подреберье, через который в течение 2-3 суток после операции дренировали трубочным дренажем левое поддиафрагмальное пространство. Средняя длительность ЛСЭ составила 120 минут, максимальный размер удаленной селезенки – 18х12х10 см. В послеоперационном периоде больных рано активизировали, с 1-2 суток переводили на пероральное питание. Интра- и послеоперационных осложнений не было.

Считаем, что альтернативным методом выбора в хирургическом лечении больных с заболеваниями системы крови является ЛСЭ, которая лишена недостатков, присущих открытому методу и является перспективной методикой в арсенале минимальной инвазивной хирургии.

Малая инвазивная хирургия эхинококкоза печени

Ачилов Ш.Д., Калиш Ю.И., Шамирзаев Б.Н., Мурадов Б.Х.

Центральный Военный Клинический Госпиталь МО РУз, г. Ташкент

Хирургическое лечение эхинококкоза печени всегда являлось актуальной проблемой современной хирургии. А развитие науки и техники дало возможность для использования оптико-волоконных приборов в абдоминальной хирургии.

С 1995 г. в ЦВКГ МО РУз был внедрен метод «открытой лапароскопии» через минилапаротомный доступ, а с 2000 г. метод классической лапароскопии. Операции проводились с использованием набора «Мини - ассистент» г. Екатеринбург (Россия) и лапароскопических инструментов и аппаратуры «KARL STORZ» (Германия).

Целью проведения операций явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени. Прооперировано 34 пациента: 30 мужчин, 4 женщины. Размер кист составил от 2х2 до 7х8 см. с различной их локализацией в печени. В двух случаях лапароскопическая операция при внутреннем расположении кист была закончена «открытой лапароскопией» через минилапаротомный доступ.

Послеоперационный период у больных, оперированных малоинвазивным методом, протекал более благоприятно. Пациентам через несколько часов после операции разрешалось вставать и передвигаться по палате, выполнять элементы дыхательной гимнастики.

Серьезных осложнений, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде не наблюдалось. Среднее пребывание на койке после операции составило 10 дней. Таким образом, применение методов «открытой лапароскопии» через минилапаротомный доступ и классической лапароскопии у определенного контингента больных позволяет значительно уменьшить послеоперационные осложнения и улучшить результаты операций.

Лапароскопическая эхинококкэктомия в комплексном лечении эхинококкоза печени

Грубник В.В., Четвериков С.Г., Сабри Аль Нидар

Одесский государственный медицинский университет

Введение. Лечение паразитарных поражений печени остается одной из наиболее актуальных проблем хирургической гепатологии [2]. Новые перспективы в лечении эхинококкоза открывает использование лапароскопических вмешательств [1].

Цель - улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени путем уменьшения травматичности операций, частоты послеоперационных осложнений, рецидивов и длительности периода реабилитации больных после оперативного лечения.

Материалы и методы. С 1997 года по настоящее время выполнено 39 лапароскопических вмешательств у больных эхинококкозом печени. Среди них было 22 мужчин и 17 женщин в возрасте от 10 до 58 лет. Средний возраст больных – 36,4±5,2 года. 5 пациентов оперированы по поводу сопутствующего эхинококкоза легких. Операции производились с использованием 3 троакар. Эвакуацию жидкого содержимого кисты осуществляли после пункции толстой иглы электротомом. Хитиновые оболочки удалялись с помощью эндомешка после вскрытия фиброзной капсулы. При обнаружении перфорантных желчных протоков производили их ушивание либо лазерную коагуляцию волокон световода в контактом режиме с использованием неодимового АИГ-лазера. Стенки фиброзной капсулы обрабатывали раствором бетадина либо расфокусированным лазерным излучением и поглощенной дозе 300 – 400 Дж/см². Остаточную полость дренировали 2 ПВХ трубками. Все пациенты принимали в послеоперационном периоде мебедазол по 50 мг/кг веса в сутки в течение 7 – 10 суток.

Результаты. Все операции выполнены без перехода к лапаротомии. Средняя продолжительность операции была 65,3±3,4 минуты (от 40 до 120 минут). Продолжительность пребывания в стационаре составила 3,6±1,2 дня (от 2 до 9 суток). Дренаж из остаточной полости извлекали на 8 – 25 сутки после операции после ультразвукового контроля. Летальность была нулевой. У 8 (20,5%) пациентов наблюдали осложнения: у 5 - подтекание желчи по дренажу из остаточной полости (у 2 - желчеистечение прекратилось самостоятельно, а у 3 - была выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия); у 1 - нагноение остаточной полости (произведена пункция и дренирование остаточной полости под контролем УЗИ); у 2 - наблюдались нагноение в области троакарного прокола. При наблюдении в течение 4 – 36 после операции рецидив эхинококкоза диагностирован у одного больного (5,9%).

Выводы. Лапароскопическая эхинококкэктомия может с успехом использоваться в лечении эхинококкоза печени при наличии у пациентов поверхности расположенных кист. Использование комплексной терапии с бензимидазольными карбаматами позволяет уменьшить частоту рецидивов эхинококкоза.

Литература. 1. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени / Хамидов А.И., Меджидов Р.Т., Хамидов М.А. и др. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. - №1. – С. 16.

2. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Деенин Г.П. Хирургия эхинококкоза. М.: Медицина, София: Медицина и физкультура. 1985. – 216 с.

Первый опыт лапароскопических фундопликаций при рефлюксной болезни.

Авторы: проф. Грубник В.В., Гонга В.Ю., Грубник Ю.В., Тимохин Ю.Д.

Цель работы:

Изучить возможность выполнения фундопликаций лапароскопическим способом и сравнить эффективность лапароскопических фундопликаций с открытыми операциями.

Материалы и методы:

С 1995 по 2001 г.г. выполнено лапароскопических фундопликаций у 70 больных, из них 48 мужчины, 22 женщины. Возраст колебался от 26 до 48 лет (средний возраст - 39,5 ± 6,2). Показанием к операции было наличие рефлюксной болезни у всех больных или наличие желудочно-пищеводного рефлюкса, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы I – II стадии у 29 человек; II – III стадии у 4 человек с длительностью анамнеза от 1 до 25 лет.

Использовали стандартный метод лапароскопической операции, пневмоперитонеум накладывали до уровня 15мм. рт. ст., у 12 больных с сопутствующей патологией 8 – 10 мм. рт. ст. Операцию выполняли у 26 человек через 4 троакара, и 24 больных через 5 троакар.

Фундопликация по Ниссену у 42 больных, им произведена полная мобилизация желудка с пересечением коротких сосудов желудка и селезенки, по Туппе у 7 больных, по Розетти – Ниссену у 21 больного. У 58 пациентов ушивались ножки диафрагмы, у 4 использовалась полипропиленовая сетка, для пластики грыжевых дефектов пищеводного отверстия диафрагмы. Длительность операции от 55 до 240 минут, в среднем 80 – 90 минут.

Результаты: Летальных исходов не было. У 3 больных в связи с кровотечением из коротких сосудов селезенки произведена конзерсия. В послеоперационном периоде у двух больных развилась пневмония, плеврит наблюдался у трех пациентов. Нарушение мозгового кровообращения мы наблюдали у одного больного.

Начиная со вторых суток прооперированные больные начинали ходить и принимать пищу, из стационара выписывались на 4 – 5 сутки (среднее время пребывания в стационаре - 4,5 ± 1,5 дня). Приходящая дисфагия наблюдалась у 9 больных. Отдаленные результаты от 1 до 5 лет, прослеживали у 54 больных: Visick I – II у 49, Visick III у 5. Рецидивов грыж не было.

Заключение:

Лапароскопические фундопликации являются современным, высокоэффективным и малоинвазивным видом лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

В.А. Карлюга, Ю. В. Грубник, П. Н. Андриевский, В. А. Фоменко, Ю. Т. Тимохин.

Одесский медицинский университет, ГКБ-11 г. Одесса

Цель - Разработать лапароскопическую методику операций при больших диафрагмальных грыжах

Материалы - С 1997 г. по настоящее время было прооперировано лапароскопически 5 больных с диафрагмальными грыжами больших размеров и газострофагальным рефлюкс-гастритом с аллопластической грыжевого отверстия полипропиленовой сеткой Mesh. Полипропиленовую сетку укладывали на грыжевое отверстие, расправляли ее и фиксировали отдельными швами и клипсами. Швы накладывали лапароскопически с интракорпоральным завязыванием по методике Cusheiry-Bersi. После чего проводили фундопликацию по Ниссену.

Результаты - Летальных исходов не было. Резидивов грыж не было. Нагноений и отторжений сетки не наблюдалось.

Выводы: Аллопластика больших диафрагмальных грыж полипропиленовой сеткой имеет значительные преимущества перед традиционным наложением швов на ножки диафрагмы и сведением краев грыжевого отверстия, т.к. при аллопластике сеткой отсутствует натяжение со стороны краев грыжевого отверстия и сведены к минимуму условия для рецидива образования грыж.

Малоінвазивні методи лікування непаразитарних кіст печінки.

Русин В.І., Стойка В.І., Русин А.В., Шніцер Р.І., Румянцев К.С.
Ужгородський Національний Університет, кафедра госпітальної хірургії,
м.Ужгород, Україна

Непаразитарні кісти печінки – об'єднання різних нозологічних форм за єдиною ознакою: утворенням в печінці порожнини, заповненої негнійною рідиною.

Матеріали та методи: Матеріалом дослідження стали результати лікування 37 хворих з непаразитарними кістами печінки, які знаходились на лікуванні в хірургічній клініці ОКЛ м. Ужгород з 1995 року по 2000 рік. Діаметр кіст у всіх хворих був більше 5 см.

Лікування вимагало декількох етапів:

1. Ультразвукове виявлення патологічного вогнища;
2. Вибір найбільш раціонального місця на поверхні тіла для прицільної пункції;
3. Безпосереднє виконання прицільної пункції;
4. Термінове цитологічне дослідження пунктата;
5. Склерозування порожнини 96% спиртом з послідуною його аспірацією через 15 хвилин;
6. Проведення лапароскопічного втручання при наявності показів до нього.

Під місцевою анестезією у вибраній точці при допомозі голки “Шіба” під контролем ультразвукового апарату “General Electric RTX 200”, без пункційних адаптерів виконувалась пункція порожнини кісти печінки. Одночасно з цитологічним дослідженням пунктату виконувалась повна аспірація порожнини. Після повної евакуації вмісту кісти в порожнину останньої вводився 96% спирт у кількості 25% об'єму евакуйованого вмісту з послідуною відсмоктуванням через 15 хвилин.

Обговорення: Використання малоінвазивних методик завоює все більше прихильників в лікуванні непаразитарних кіст печінки, оскільки такі методи, як резекція печінки, марсупіалізація кісти або цистостероанастомоз супроводжуються великою кількістю ускладнень.

З метою склерозуючої терапії запропоновано вводити в порожнину кісти після аспірації її вмісту 96% спирт, суміш цього спирту з 5% розчином йоду або “Aethoxysclerol” в об'ємі рівному ¼ аспірату з залишенням цієї суміші протягом 10-15 хвилин в порожнині кісти з послідуною аспірацією.

Серед 37 хворих з непаразитарними кістами печінки тільки у 18 (48.6%) пацієнтів вдалося досягти повної облітерації порожнини кісти після трьохразових сеансів склеротерапії. Ще у 8 (21.6%) хворих облітерація порожнини кісти наступила після п'яти сеансів склеротерапії. У 11 (29.7%) хворих після п'ятиразових сеансів склеротерапії облітерація не наступила, і їм виконане лапароскопічне висічення кісти печінки.

Висновки: Поверхневі прості кісти печінки доцільно видалити лапароскопічно, внутрішньопечінково розташовані кісти слід лікувати методом склерозування.

Малоінвазивні методи лікування абсцесів печінки

Русин В.І., Стойка В.І., Русин А.В., Шніцер Р.І., Румянцев К.С.
Ужгородський Національний Університет, кафедра госпітальної хірургії, м.Ужгород,
Україна

Хірургічне лікування абсцесів печінки шляхом розтину та дренирування його порожнини трансабдомінальним або трансторакальним доступом супроводжується важкими ускладненнями і летальністю 12-17%, досягаючи в окремих випадках 46% [1]. Використання для цих цілей ультразвукових методів дослідження, під контролем яких виконується пункція або дренирування гнійника, дали можливість в більшості випадків абсцесів печінки відмовитись від традиційного розтину та дренирування.

Матеріали та методи: Матеріалом дослідження стали результати лікування 43 хворих з абсцесами печінки, які знаходились на лікуванні в хірургічній клініці ОКЛ м. Ужгород з 1995 року по 2000 рік.

Першу групу склали 24 (55.8%) хворих з абсцесом печінки, де величина абсцесу не перевищувала 5 см в діаметрі; другу групу склали 19 (44.2%) пацієнтів, де абсцес був більшого діаметру.

Лікування вимагало декількох етапів:

1. Ультразвукове виявлення патологічного вогнища;
2. Вибір найбільш раціонального місця на поверхні тіла для прицільної пункції;
3. Безпосереднє виконання прицільної пункції;
4. Термінове цитологічне дослідження пунктата;
5. Промивання і евакуація вмісту.
6. Проведення повторної пункції при наявності показів до неї.

Методом “free hand” (вільної руки), виконувалась пункція порожнини абсцесу. Виконувалась повна аспірація порожнини. У випадку невеликих розмірів абсцесу, порожнина промивалась розчином антибіотиків. При розмірах абсцесу печінки більше 5 см методом Сельдінгера виконували дренирування порожнини абсцесу катетером типу “Malecot”. У випадку величини абсцесу від 10 см і більше, виконувалось дренирування абсцесу двома дренажними катетерами для постійного зрошення і промивання порожнини гнійника.

Обговорення: Альтернативу хірургічному лікуванню абсцесів печінки на сьогодні склали черешкірні дренируючі втручання під контролем ультразвуку.

В першій групі хворих окрім піогенного абсцесу печінки реактивний плеврит спостерігався у 7, в'ялопротікаючий дифузний перитоніт у 5, продовжуючий некроз заочеревинної клітковини у 3, зовнішня жовчна нориця у двох. При посівах в більшості випадків відмічався ріст змішаної мікрофлори, частіше всього зустрічались E. coli (52.8%), Klebsiella (29.2%), Staph. aureus (12.5%), Citrobacter (5.5%). Змішана мікрофлора відмічена в 54.2% спостережень.

В результаті постійного промивання антисептиком у хворих з великими піогенними абсцесами реєструвалась така динаміка: на 3 добу 58% посівів були стерильні, на 6 добу – 92%. На 9 – 100%. Дренажі забирались на 13-15 добу лікування.

При невеликих ізольованих абсцесах печінки в ці ж дні стерильними ставали відповідно 10, 50 і 100% посівів. Три пункції потребували тільки 7 (29,1%) хворих з 24, іншим 17 (70.9%) хворим виконували по 4-5 пункцій.

Висновки:

Малоінвазивні втручання під контролем ультразвуку є методом вибору в лікуванні піогенних абсцесів печінки, які складають альтернативу хірургічному лікуванню, що виконується тільки при їх неефективності.

II Украинский Конгресс по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии 18-20

сентября 2001 г. Украина, Киев, Киевский клинический госпиталь

Ф.И.О.участника: Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Слободяник В.П., Куриленко А.П., Андриенко Н.Н.
Клиника/отделение: медицинское отделение эндоскопической диагностики и хирургии
Контактный адрес и телефон: г. Киев., ул. Госпитальная, 18., ГВКГ. Тел 261 - 95 - 86.
Тезисы презентации - компьютер.

Лапароскопическая герниопластика

Введение: Операции по поводу дефектов передней брюшной стенки у нас в стране и за рубежом занимают по частоте первое место среди плановых хирургических вмешательств. Проблема хирургического лечения наружных грыж передней брюшной стенки до настоящего времени остается весьма актуальной и далека от окончательного разрешения. Свидетельством тому является большое число оперативных методик, ни одна из которых не гарантирует пациента от возникновения рецидива грыжи в послеоперационном периоде. По данным разных авторов, число осложнений после открытой герниопластики (рецидив грыжи, нагноение операционной раны, повреждение семенного канатика и др.) достигает 5 – 7%, а при повторных вмешательствах – 30% и более. Современная эндоскопическая техника позволила внести радикальные изменения в методику хирургической коррекции этого заболевания.

Материалы и методы: Мы располагаем опытом лечения 43 больных с наружными грыжами живота различной локализации (среди них 24 (55,8%) операции по поводу рецидивных грыж), которым была выполнена лапароскопическая герниопластика. Возраст пациентов от 27 до 55 лет. Операции проводились под общим обезболиванием. При проведении операций по поводу прямой и косой паховых грыж выполняли интраперитонеальную герниопластику полипропиленовой сеткой фирмы «Auto Suture» (США). Синтетический сетчатый протез соответствующих размеров после отсепаровки брюшины и выделения грыжевого мешка из элементов семенного канатика (при косых грыжах) или предбрюшинной клетчатки (при прямых грыжах) фиксировали при помощи степлера к плотным тканям - наружному краю прямой мышцы живота, купферовской и паховой связке, апоневрозу внутренней косой мышцы живота. При грыжах белой линии живота ликвидацию грыжевых ворот осуществляли выкраем по размеру дефекта аллотрансплантатом. Фиксацию полипропиленовой сетки проводили разработанной нами лапароскопической иглой (с выдвигающимся на острие иглы металлическим «трилистником» для лучшего захвата нити) швами по «шпиль Кляппа», которые затягивали после ликвидации напряженного пневмоперитонеума.

У больных с рецидивными грыжами из-за наличия рубцов на коже и спячного процесса в брюшной полости, значительно затруднена постановка троакаров и ход операции, поэтому мы использовали открытый способ введения первого троакара по методу Хассона.

Результаты: Ближайшие и отдаленные результаты были удовлетворительными у 41 (95,3%) пациента. За период клинического наблюдения в течение 5 лет рецидивов грыж у этой группы пациентов не наблюдалось. На этапе освоения методики выполнения лапароскопической герниопластики у 2 (4,6%) больных было повреждение (десерокация) тонкой кишки монополярным электродом во время сращения спаек, так как выполнение повторных операций (при рецидивных грыжах) в брюшной полости сопряжено с техническими сложностями, вызванными обширным спаечным процессом. Из них у 1 (2,3%) пациента место десерокации тонкой кишки ушито лапароскопическим путем во время операции (послеоперационный период протекал гладко болевая выпущена на 7 сутки в удовлетворительном состоянии). У 1 (2,3%) больного через сутки после операции появились боли в животе, перитонеальные симптомы, что послужило причиной выполнения лапаротомии. В послеоперационном периоде сформировался кишечный свищ, закрывшийся самостоятельно.

Выводы: Использование нами метода Хассона при постановке первого троакара, у ранее оперированных больных, позволяет предотвратить повреждение внутренних органов, крупных сосудов, избежать предбрюшинной инфуляции газа, подкожной эмфиземы. Применение разработанной нами иглы в выполнении лапароскопической герниопластики значительно сокращает время операции, снижает количество послеоперационных осложнений (несостоятельность фиксации аллотрансплантата), немаловажен также косметический эффект. Лапароскопическая герниопластика является наиболее перспективным направлением практической герниологии, как минимально травматический метод, позволяющий избежать рецидива, снижающий процент возникновения послеоперационных гнойно-септических осложнений, укорачивающий реабилитационный период больных.

Параумбиликальная грыжа после лапароскопической холецистэктомии:

причины, профилактика.

Велькер С.И., Упырев А.В.

1 хир. отделение, Клинический госпиталь ГУВД г. Москвы, Россия

По данным литературы частота послеоперационной параумбиликальной грыжи после лапароскопической холецистэктомии колеблется от 3 до 7%. Причины и профилактика ее малоизучены.

Целью работы явился анализ причин возникновения и выработка рекомендаций по профилактике послеоперационной параумбиликальной грыжи. Грыжа возникла у 35 больных на 757 лапароскопических холецистэктомий (4,6%) и у всех в первый же год после вмешательства. Во всех случаях желчный пузырь удалялся из параумбиликального доступа.

Выявлены 2 главные причины этого осложнения: 1) технические трудности при ушивании краев рассеченного апоневроза; 2) гнойно-инфекционные осложнения со стороны раны. Увязать появление грыжи с первой причиной можно было у 20 больных и со второй - у 15.

Для профилактики причин возникновения параумбиликальной грыжи разработана следующая тактика: 1) желчный пузырь удалялся в контейнере; 2) края апоневроза перед ушиванием мобилизовались за счет расширения каждой раны и под контролем зрения брались на держалки, при необходимости он ушивался с помощью специальной иглы со стороны брюшной полости; 3) у тучных больных и при наличии полости в подкожной клетчатке - ее дренирование; 4) у больных, по соматическому статусу предрасположенных к раневым осложнениям - профилактическое введение антибиотиков на операционном столе.

За последние 2 года по такой схеме оперировано 72 пациента. В 3 наблюдениях выявлены инфильтраты раны, которые разрешились консервативно. Все больные динамически наблюдаются. Послеоперационной грыжи не выявлено.

Выводы: 1) основными причинами возникновения параумбиликальной грыжи после лапароскопической холецистэктомии являются неадекватноешивание краев рассеченного апоневроза и осложнения со стороны раны; 2) профилактика ее должна быть направлена на тщательный визуальный контроль сшиваемых краев апоневроза и предотвращение раневых осложнений.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ (Гепатопанкреато- билиарная хирургия)



Застосування екстракорпоральної ударнохвильової літотрипсії в лікуванні резидуального холедохолітіазу.

Ничитайло М.Ю., Гойда С.М., Собчинський С.А., Гойда М.С., Войцишин В.В. (Кафедра торакоабдомінальної та судинної хірургії КМАПО ім. П.Л.Шупика, м.Київ, Хмельницька обласна клінічна лікарня, м.Хмельницький).

Вступ. Проблема лікування хворих з резидуальним холедохолітіазом (РХ) залишається в центрі уваги хірургів. Рівень летальності при повторних оперативних втручаннях залишається високим і перевищує 10%. Важливою стає впровадження в клінічну практику нових малотравматичних методів усунення РХ, які б зменшували кількість повторних хірургічних втручань. Найпоширенішим на сьогодні є холедохолітіотомія з транспілярного доступу. Проте при невідповідності розмірів конкремента діаметру інтрапанкреатичної частини холедоха провести ендоскопічну холедохолітотомію не завжди можливо.

Матеріали і методи. Обстежено 15 пацієнтів з резидуальним холедохолітіазом, в лікуванні яких застосовувалася екстракорпоральна ударнохвильова біліарна літотрипсія (ЕУХБЛ). Серед хворих було 10 жінок і 5 чоловіків. Всім раніше була виконана холецистектомія з зовнішнім дренируванням загальної жовчної протоки. РХ діагностовано при виконанні в післяопераційному періоді чередженої холангіографії.

ЕУХБЛ проводилася на апараті "Lithostat multiline" (Siemens, Німеччина) відразу після верифікації діагнозу РХ. Енергія ударної хвилі в фокальній зоні відповідала 2-3 відповідним рівням літотриптора. Тривалість одного сеансу літотрипсії в середньому складала 17 хвилин. Кількість ударних хвиль за один сеанс до 2000. Локалізацію конкрементів і наведення ударних хвиль здійснювали за допомогою поліпозиційної рентгенокопії, після чередженого контрастування жовчовивідних шляхів. Інтервали між сеансами ними склали 48 годин.

Результати. Задовільним результатом вважалось руйнування конкрементів з подальшим їх відходженням в дванадцятипалу кишку, або фрагментація конкрементів до розмірів, які дозволяли здійснити холедохолітіотомію з транспілярного доступу. Задовільний результат спостерігався в 11 пацієнтів. В п'яти з них руйнувані камінці відходили самостійно, в трьох випадках пацієнтам з частково фрагментованими конкрементами проводилася ендоскопічна папілосфінктеротомія, трьом хворим руйновані конкременти видалені через дренаж.

Необхідного результату досягли за один сеанс ЕУХБЛ в 6 пацієнтів, чотирьом хворим було проведено два сеанси літотрипсії, в одній пацієнтці було проведено 6 сеансів літотрипсії.

В 4 спостереженнях застосування ЕУХБЛ було неефективне. Цим хворим були проведені відкриті хірургічні втручання: видалення конкрементів загальної жовчної протоки через холедохотомійний отвір, зовнішнє дренирування гепатикохоледоха.

Висновки. Наявність зовнішнього дренажа загальної жовчної протоки дозволяє використовувати ЕУХБЛ, як самостійний метод лікування резидуального холедохолітіазу в випадках стенозуючого папіліту. Застосування екстракорпоральної літотрипсії дозволяє уникнути повторних хірургічних втручань при виявленні резидуального холедохолітіазу.

Особливості лапароскопічних оперативних втручань в лікуванні гострого холециститу.

Мішалов В.Г., Сопко О.І., Гойда С.М., Балабан О.В., Теслюк І.І.

Кафедра Госпітальної хірургії №2 з курсом грудної та судинної хірургії Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця, Центральна міська клінічна лікарня м.Києва.

Вступ. Накопичення досвіду ендоскопічних оперативних втручань, вдосконалення хірургічної техніки дозволили розширити покази до лапароскопічних втручань при жовчокам'яній хворобі (ЖХХ). Зокрема, операції при гострих холециститах виконуються в 15-30% випадків. Частота розвитку післяопераційних гнійно-запальних ускладнень і ятрогенних пошкоджень жовчовивідних шляхів залишається відносно високою в ургентній хірургії ЖХХ.

Матеріали і методи. З 1998 року на клінічних базах кафедри Госпітальної хірургії №2 з курсом грудної та судинної хірургії перебувало 422 пацієнтів з патологією жовчного міхура, яким проведено лапароскопічну холецистектомію (ЛХ). В 82 (19,4%) оперативне втручання виконано під час гострого холециститу, з них в 10 (2,4%) був біляміхуровий абсцес. Операції проводяться на обладнанні фірм "Olympus" і "MGB", інструментами фірми "Ethicon". ЛХ проводилася після попереднього обстеження пацієнтів, яке включало ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, фіброгастроудоденоскопію. Критеріями вибору пацієнтів для ЛХ були: відсутність жовтяниці або розширення загальної жовчної протоки, відсутність симптомів перитоніту. Передопераційна підготовка включала інфузійну терапію, антибіотикотерапію, корекцію супутньої патології.

Результати. Після накладання пневмоперитонеуму троакари в черевну порожнину вводили в типових точках Редіка-Олсена. Під час втручання проводилася ретельна ревізія органів черевної порожнини, з оцінкою стану печінки і селезінки, видимих ділянок кишечника, органів тазу. В обов'язковому порядку визначався діаметр загальної жовчної і міхурової протоки. Флегмонозний холецистит діагностовано в 63 хворих (76,8%), гангренезний, – в 19 пацієнтів (23,2%). В 28 випадках виявлений ризик запальний інфільтрат в ділянці жовчного міхура. При видаленні жовчного міхура в 10 пацієнтів було діагностовано паравезикулярний абсцес. При розкритті абсцесу порожнини останнього обробляли спиртом; в усіх випадках підпечіночний простір промивався розчинами антисептиків. Дренаж в підпечіночний простір проводили через рану проколу в правому підбер'ї. У випадках гангренезного холециститу додатково встановлювали ірігатор. В п'яти випадках (6,1%) був здійснений перехід від ЛХ до відкритої холецистектомії. Це було обумовлено кровотечею (трьох пацієнтів) і технічними труднощами у візуалізації елементів гепатодуоденальної зв'язки (двоє хворих). В післяопераційному періоді продовжували проводити антибіотикотерапію, промивання підпечіночного простору метрогіолом (30 мл двічі на добу). Випадків внутрішньочеревних гнійних ускладнень не спостерігалось. Серед ускладнень в ранньому післяопераційному періоді було 5 випадків нагноєння післяопераційної рани.

Висновки. ЛХ є ефективним методом в лікуванні не тільки хронічного, але і гострого холециститу.

Малотравматична хірургія гострого холециститу.

Пелех В.А., Коложенко І.Н., Вовк А.А., Володько Ю.Н., Кривоноз В.В.

Хірургічне відділення, БСМП, г. Дніпропетровськ, Україна.

Введення. Цель исследования-выяснение возможностей взаимного дополнения классической и минидоступной хирургических технологий при лечении больных с острым холециститом.

Материал и методы. Проведен анализ 107 холецистэктомий, выполненных за последний год. С применением минидоступной технологии стандартным набором инструментов с кольцевым ранорасширителем «Миниассистент» фирмы «Лига-7» выполнена 51 операция (47,7%). Специальный отбор больных не производился. Среди оперированных-39 больных пожилого возраста (76,5%). Дюоперационная диагностика включала: анамнез, лабораторные исследования, ЭГДС, УЗИ, ЭРХПГ по показаниям, обследование легочной и сердечно-сосудистой систем. У 43 (84,3%) больных выявлена сопутствующая патология, что отразилось на сроках пребывания больных в стационаре (средний койко-день – 14).

Длина кожного разреза составила в среднем 3,9 см., время выполнения операции в среднем 57 мин. В 45 случаях произведена холецистэктомия с дренированием холедоха (12) и без (33), 5 с холедохолитомией и 1 с холедоходуоденостомией. В 3 случаях выполнена конверсия классическим доступом по Кокеру.

Результаты. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. В послеоперационном периоде отмечены 4 осложнения – острый панкреатит, подпеченочная гематома, острый тромбоз вена голеней, пневмония. Летальных исходов не было. Имело место снижение сроков пребывания в стационаре с 20 к/д при классической до 14 к/д при минидоступной технологии, а так же значительное снижение затрат на лечение.

Выводы:

1. Минидоступная хирургическая технология при лечении больных с острым холециститом и холедохолитазом является альтернативой лапароскопической холецистэктомии.
2. Минидоступ позволяет значительно расширить показания к оперативному лечению острого холецистита и холедохолитазу.
3. Целесообразно расширить показания к срочным операциям, т.к. длительность острого процесса прямо пропорциональна длительности операции.
4. Минидоступ дает хороший косметический и экономический эффект.
5. При необходимости холецистэктомии можно расширить до холедохолитомии, дренирования холедоха, холедоходуоденостомии.

Коррекция осложненной лапароскопической холецистэктомии.

В.С. Земсков, Ковальская И.А., Буров Е.Ю., Земсков М.В., Ткаченко А.А.

Киевский городской Центр хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы, кафедра общей хирургии НМУ им. А.А.Богомольца, ГКБ №10, Киев, Украина
Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время применяется при лечении осложненной желчекаменной болезни, полипоза и холестероза желчного пузыря.

Цель: проанализировать осложнения ЛХЭ, которые возникают во время операции, в ранний послеоперационный период, и отдаленные сроки.

Материалы и методы: Изучены и проанализированы осложнения ЛХЭ у 67 больных, которые были оперированы как в нашей клинике (13), так и в других больницах г.Киева и Украины (54). Осложнения распределились следующим образом:

1. Повреждение гепатикохоледоха (5 больных);
2. Острый панкреатит (6 больных);
3. Послеоперационные грыжи (2 больных);
4. Келлоидные рубцы (9 больных);
5. Инфильтраты в области троакарных ран (10 больных);
6. Неудовлетворенность пациента эстетическими результатами операции (35 больных).

При повреждении гепатикохоледоха у 2-ух больных развилась стриктура холедоха, биллиарный цирроз печени, выполнена бигепатикоэномостомия, лечение цирроза с использованием методов экстракорпоральной детоксикации.

У двух пациентов был коагуляционный некроз стенки гепатикохоледоха, наложен шов холедоха с его наружным дренированием. К этой группе отнесена больная с «резцированными» желчным пузырем, готовится к плановой операции. Острый панкреатит возник в различные сроки после операции.

Всем больным проводилась консервативная терапия по методике клиники, эффект положительный.

Послеоперационные грыжи возникли в области пупочного разреза, одна из них – гигантских размеров. Проведено радикальное лечение грыж. Келлоидные рубцы были у 9 пациентов, в области эпигастриального доступа. У одного пациента келлоидный рубец сочетался с перистомитом мечевидного отростка грудины. Проведено консервативное лечение по методике клиники с хорошим результатом.

Выводы: Для предупреждения осложнений решающее значение имеет тщательное выполнение всех технических деталей оперативного вмешательства, полноценное предоперационное обследование больных, своевременный переход к конверсии (минидоступ или открытая лапаротомия), соблюдение силовых линий на коже живота при выполнении разрезов, обязательное введение системы семейного врача для этих пациентов.

Лечебно-тактический и социально-экономический аспекты лапароскопической холецистэктомии и минихолецистэктомии.

В.С. Земсков, Ковальская И.А., Буров Е.Ю., Ткаченко А.А., Дичаковский Е.В., Луфер А.Л.

Цель – изучить эффективность лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и минихолецистэктомии из минидоступа у больных острым и хроническим калькулезным холециститом, их социальную и трудовую реабилитацию, клинические и финансовые аспекты предложенных оперативных доступов.

Материалы и методы: Изучены результаты применения ЛХЭ у 103 больных и минихолецистэктомии (МХЭ) у 479 больных как при остром, так и при хроническом калькулезном холецистите, возраст больных от 18 до 84 лет.

Время операции при МХЭ составляло $57 \pm 5,7$ минут, при ЛХЭ – $94 \pm 8,7$ минут, частота перехода от ЛХЭ к минидоступу – 3,2%. Средний койко-день при МХЭ – $3,0 \pm 1,2$, при ЛХЭ – $2,0 \pm 0,8$.

Рубцово-инфильтративные изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, перихолецистит, выраженные легочно-сердечные нарушения, нарушения в системе свертывания крови суживают показания к ЛХЭ; но не к минихолецистэктомии. Минидоступ позволяет адекватно и в полном объеме работать на внепеченочных желчных протоках и паренхиме печени, при необходимости, осуществлять визуальный и инструментальный контроль. Стоимость лечения больного с холецистэктомией состоит из: 1) затрат на операцию (при ЛХЭ гораздо выше, чем при минихолецистэктомии); 2) оплаты труда медперсонала; 3) стоимости пребывания в стационаре и медикаментозное обеспечение; 4) затраты, связанные с временной нетрудоспособностью после операции (при ЛХЭ срок нетрудоспособности меньше на 3-5 дней по сравнению с МХЭ).

Выводы: Лапароскопическая холецистэктомия и минихолецистэктомия сопоставимы в лечебно-тактическом плане, по косметическому эффекту; в социальных и финансовых вопросах, однако минихолецистэктомия расширяет возможности оперативного пособия при осложненных формах острого и хронического калькулезного холецистита, и может быть операцией выбора в таких случаях, как желчекаменная болезнь на фоне вирусного гепатита С, начальной стадии цирроза печени.

Необходимо отметить, что затраты на ЛХЭ выше в среднем на 100 у.е., чем затраты на минихолецистектомию.

Желчестечение после лапароскопических холецистэктомий.

Бычков С.А., Хворостов Е.Д., Захарченко Ю.Б., Шеремет А.И.

Кафедра хирургических болезней

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Харьков, Украина.

Внедрение видеоэндоскопических хирургических методик привело к тому, что лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) стала стандартным оперативным вмешательством при холециститах. Ее высокая эффективность по сей день не исключает возникновения интра- и послеоперационных осложнений, существенно влияющих на результаты оперативного лечения, пролонгирующих сроки послеоперационного периода и в значительной мере определяющих исход заболевания.

В нашей клинике с 1994 года выполнено 1970 ЛХЭ, из них у 1324 больных (67,2 %) по поводу хронического калькулезного холецистита и у 646 (32,8 %) – острого калькулезного холецистита. Методика проведения лапароскопических операций была стандартной. В структуре послеоперационных осложнений доминировало внутрибрюшное желчестечение (17 больных).

Своевременной диагностике желчестечения в раннем послеоперационном периоде способствовали обязательное дренирование брюшной полости и послеоперационное ультразвуковое исследование (УЗИ). Отмечена высокая диагностическая эффективность УЗИ при выявлении жидкостных включений любого объема.

У 14 больных при выделении желчи по дренажу сонографически выявлен выпот с незначительным жидкостным образованием в ложе желчного пузыря, что потребовало проведения активной аспирации, антибактериальной и десинтоксикационной терапии. У двух больных с внутрибрюшным желчестечением, сопровождавшимся клиникой перитонита, выполнена реллапароскопия через 48 часов после ЛХЭ. Во время реллапароскопии обнаружена причина желчестечения – подтекание желчи из ложа желчного пузыря. Во время операции проведена дополнительная электрокоагуляция ложа желчного пузыря, адекватная санация и дренирование брюшной полости. У одной больной с желчестечением на вторые сутки после операции при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии диагностировано полное пересечение холедоха. Больной наложен гепатикоэномостомия на отключенной петле по Ру.

Во всех случаях наблюдались хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Таким образом, дренирование подпеченочного пространства после ЛХЭ способствует более ранней диагностике внутрибрюшного желчестечения, ультразвуковое исследование способствует выбору адекватной хирургической тактики при желчестечении, а реллапароскопия носит не только диагностическую, но и лечебную направленность.

Мінінвасивна хірургія гострого деструктивного панкреатиту.

Ковальська І.А.

Київський державний Центр хірургії печінки, жовчних протоків і піджелудочної залози, кафедра загальної хірургії НМУ ім. А.А. Богомольця, ГКБ №10, Київ, Україна

Цель: вивчити можливості застосування мінінвасивної хірургії в діагностиці та ліченні гострого панкреатиту.

Задачи: визначити показання, оптимальні строки і ефективність застосування мінілапаротомного доступу і лапароскопії в ліченні і діагностиці гострого панкреатиту.

Матеріали і методи: С 1998 по 2000 рік було госпіталізовано 319 хворих з гострим панкреатитом. У всіх хворих застосована активна консервативна тактика. Показаннями до оперативного втручання були: прогресування біліарного панкреатиту, при якому неможливо ендоскопічне видалення жовчних конкрементів, виникнення гнійних ускладнень або масивний некроз тканин піджелудочної залози. Вивчені результати оперативного лічення 93 (29%) хворих з гострим панкреатитом в віці від 36 до 68 років, чоловіків 58%, жінок – 42%, післяопераційна летальність – 8,6%, загальна летальність – 4,7%. В 26 випадках була застосована лапароскопія в комплексному ліченні гострого панкреатиту, що дозволило поліпшити діагностику, виключити можливі інші гострі захворювання брюшної порожнини, укласти дренаж і провести бродячу пошкодження з лічної порожнини. В 14 із них, коли панкреонекроз був біліарного генезу – виконана лапароскопічна холецистектомія з дренажуванням брюшної порожнини. Мінілапаротомія виконана у 67 хворих. Такий доступ дозволяє в достатньому обсязі провести ревизию гепатодуоденальної зв'язки, голови піджелудочної залози, виконати холецистектомію, при необхідності – некроекстрактомію, дренажування холедоха, дренажування брюшної порожнини. В післяопераційному періоді у 23 хворих по показанням виконали ЕРПСТ і ЗРПСТ.

Результати: У всіх хворих, прооперованих лапароскопічно і з мінілапаротомного доступу післяопераційний період протікав без ускладнень, летальних ісходів в цій групі не було. Середній койко-день становив -10,2 ± 1,7 (при відкритій лапаротомії – 18,8; 2,4). Всі пацієнти вилікувані через 1, 6 і 12 місяців після операції, станом задовільним, у 3 виявлена зовнішня секреторна недостатність піджелудочної залози, коректируема креоном.

Висновки: Застосування мінінвасивних методів в комплексному ліченні гострого деструктивного панкреатиту дозволяє поліпшити діагностику, результати лічення, забезпечує більш легку післяопераційну період і скорочення строків медичної і трудової реабілітації.

Опыт хирургического лечения патологии желчевыводящих путей у больных с тромбозом печени.

Мишалов В.Г., Суховерхов М.В., Сопко А.И., Стельмах А.И., Лозан И.В.

Кафедра госпитальной хирургии №2 с курсом грудной и сосудистой хирургии НМУ им. акад. А.А. Богомольца. Киевская городская клиническая больница №9, отделение хирургии.

Несмотря на достигнутые успехи в гематологии, трансфузиологии, некоторые хирурги находятся в плену старых воззрений, боязни применения активных методов лечения при оказании неотложной и плановой хирургической помощи больным с заболеваниями системы крови. Занимаясь многие годы лечением сочетанной патологии у больных с ИТП, особое внимание обращаем на особенности клинического течения, подготовки и трансфузионного обеспечения оперативного вмешательства у этой категории больных. Опасность проведения хирургических вмешательств связана со многими факторами (факторы риска). К ним можно отнести следующие: повышенная кровоточивость, замедленное заживление ран, повышенная возможность возникновения гнойно-септических осложнений (и т.д.). Особое внимание, в связи с этим, отводится лапароскопии, как наиболее щадящему оперативному вмешательству.

Целью нашей работы является разработка программы лечения гематологических больных при хирургическом лечении патологии желчевыводящих путей.

При ИТП в клинике выполнено 47 оперативных вмешательств. Из них 9 больных прооперировано в неотложном порядке по поводу острого флегмонозного холецистита, 38 больных оперировано в плановом порядке (хронический калькулезный холецистит – 31, ЖКБ с холедохолитиазом – 7). Лапароскопическая холецистектомия выполнена 28 больным, в 15 случаях плановое оперативное лечение сочеталось со спленэктомией.

Диагноз устанавливался на основании общеклинических исследований, исследования пунктата костного мозга и селезенки, показателей сосудисто-тромбоцитарного и плазменного звена гемостаза, биохимических показателей крови, ультразвукового исследования, диагностической лапароскопии. В предоперационном периоде, с целью профилактики возможных осложнений проводились комплексные лечебные мероприятия, включающие применение кортикостероидов в дозе 1 – 2 мг/кг, антипротекторов – в среднесуточных дозах. Длительность предоперационной подготовки – от 2^д до 4^д суток. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде, для сохранения устойчивого гемостаза и предупреждения развития надпочечниковой недостаточности, доза кортикостероидов увеличивали до 3 мг/кг веса. С целью подавления фибринолитической активности применяли контрактал 1 – 2 тыс. ЕД/кг. Восполнение ОЦК проводилось за счет гемотранфузии эритроцитарной массы. Контроль эффективности терапии осуществлялся клиническими и лабораторными тестами.

При условии соблюдения правильной тактики ведения в до- и послеоперационном периоде, дифференцированного подхода к виду оперативного лечения, в частности к широкому внедрению лапароскопической технологии, позволяет свести к минимуму вероятность развития послеоперационных осложнений у гематологических больных.

Нові аспекти в хірургічному лікуванні панкреонекрозу та його ускладнень.

Мілія М.М., Мартинюк О.І., Постоленко М.Д.

Кафедра хірургії –І (зав. каф. док. мед. наук Мілія М.М.) Запорізького державного інституту удосконалення лікарів м. Запоріжжя, Україна

Однією з найбільш складних проблем хірургічної гастроентерології є лікування хворих панкреонекрозом (ПН). Актуальність проблеми ПН зумовлена зростаючою частотою захворювання, ускладнень та летальністю, яка сягає 40%, а при окремих формах - 70%. Гнійно-некротичні ускладнення є ведучими причинами смерті хворих на ПН і найбільшою мірою обумовлені токсемією та площею ураження заочеревинної клітковини. Впровадження в медичну практику малоінвазивних ендоскопічних методів лікування дозволило переглянути деякі питання тактики та методів лікування, знизити ступінь операційного ризику, летальність та покращити віддалені наслідки лікування порівняно з традиційними методами.

Метою нашої праці було покращення результатів способів хірургічного лікування ПН. В зв'язку з цим у 20 пацієнтів з панкреонекрозом були використані технології малоінвазивних та малоінвазивних хірургічних втручань. Розроблено спосіб виконання заочеревинної клітковини при панкреонекрозі та пристрій для його ліквідації. В способі використовується послідовна ендоскопічних втручань та системи мінідоступу, які розміщені на передній та периферійній черевній стінці з використанням багатопрохідного дренажного пристрою для створення програмованого простору у заочеревинній клітковині, яким можливо змінювати тиск на різних ділянках програмованих порожнин, та виконувати чередований некроекстрактомії. Дренажна система складається з дренажної перфорованої трубки із внутрішнім діаметром 12мм. чи 10мм. і чотирма шпіндральними гумовими балонами, кожний з яких має окрему нитку трубки для постачання повітрям, що збільшує дренажну поверхню. Дренажна вільної черевної порожнини здійснюємо через доступ у місці стояння першого троакара, а для дренажування черевної порожнини використовуємо місце другого троакара. Підводимо парні дренажні пристрої для відмивання гнійного ексудату і некротизованих тканин.

Після застосування зазначених заходів: поліпшувалося самопочуття хворих, купірувалися явища психозу, токсичної енцефалопатії, зменшилася задишка, тахікардія, збільшувався діурез, фіксувалися зниження сечовини, креатиніну, рівня молекули середньої маси, ЛП і ЦК. Про ефективність дренажування судимо: клінічно /зменшення інфільтрату/, по результатам рентгенофлюорографії, ультрасонографії та томографії.

Спосіб дозволяє гарантовано, при максимальній безпеці для пацієнта покращити результати лікування панкреонекрозу, запобігти генералізації процесу, завдяки малій травматичності операції практично виключити виражений болючий синдром у післяопераційному періоді та післяопераційний парез кишечника; дренажувати черевну сумку та вільну черевну порожнину, застосовувати об'ємні інструменти при видаленні великих секвестрів, значно скоротити перебування хворих у стаціонарі після операції, зменшити частоту розвитку ускладнень, летальність. Летальність не перевищила 9-10%.

Але всі розглянуті аспекти потребують подальшого вивчення та розроблення показників для використання того чи іншого способу хірургічної корекції і впровадження в клінічну практику.

Холецистектомия из минидоступа при лечении больных острым и хроническим холециститом.

Бобров О.Е., Семенов Ю.С., Бучнев В.И., Мендель Н.А.

Отделение хирургии, городская клиническая больница №8, г. Киев, Украина и отделение малоинвазивной хирургии, областная больница, г. Ровно, Украина.

Холецистектомия (ХЭ) из подреберного минидоступа (МД) в последние годы получила распространение как альтернатива лапароскопической (ЛХЭ) и традиционной открытой ХЭ (R.Aguirre et al., 1998). Она имеет ряд преимуществ: не требует дорогой аппаратуры; легка в изучении для хирургов; болевой синдром выражен незначительно; не оказывает отрицательного влияния на вентиляционную функцию легких; сокращается время пребывания больного в стационаре и обеспечивается хороший косметический эффект. Способ ХЭ из подреберного МД разработан в городской больнице №8 г.Киева (положительное решение на изобретение №2001031608 от 11.03.2001 г.) и применяется при хирургическом лечении больных острым (ОХ) и хроническим холециститом (ХХ).

Цель проанализировать результаты лечения больных с ОХ и ХХ при использовании ХЭ из МД. **Материалы и методы:** Особенности используемого МД были: выполняли разрез в правом подреберье параллельно и на 2 см ниже реберной дуги длиной 4-7 см. Медиальный край разреза начинали от внешнего края прямой мышцы живота. Апоневроз рассекали на 2-3 см больше длины кожного разреза. Мышцы туго расслаивали, частично пересекали с помощью электрокоагуляции. После вскрытия брюшины захватывали дно желчного пузыря окончательным захватом (при необходимости выполняли пункцию желчного пузыря). Брюшину над дном желчного пузыря надсекали с обеих сторон. Диатермокоагулятором мобилизовали желчный пузырь на 2/3. После этого снимали окончательный захват с дна желчного пузыря и накладывали его на область кармана Гартмана, а мобилизованный на 2/3 желчный пузырь инвертировали в брюшную полость. Под визуальным контролем проводили выделение и перевязку пузырного протока и пузырной артерии традиционным способом. После обработки элементов шейки желчный пузырь удаляли. После дренирования и тщательного контроля гемостаза проводили послойное ушивание брюшной стенки.

Результаты: В 1998-2000 гг. было выполнено 696 ХЭ из подреберного МД у больных ОХ (94,8% от всех оперированных с ОХ больных) и 309 – у больных с ХХ (96,9% от оперированных больных с ХХ). Длительность операции составляла 30-100 мин. (средняя длительность - 48,1±4,7 мин. при ОХ и 41,6±4,2 мин. при ХХ). Длительность пребывания больного в стационаре после операции составила - 6,1 дня при ОХ и 5,8 дня при ХХ. При ОХ умерло 4 больных (0,6%), все старше 80 лет. При ХХ летальных исходов не было.

Выводы: ХЭ из подреберного МД является безопасным, простым и экономически эффективным методом оперативного лечения ОХ и ХХ.

Способ конверсии лапароскопического доступа при холецистэктомии в подреберный минидоступ.

Семенов Ю.С., Бучнев В.И., Игнатов И.Н., Мендель Н.А.

Отделение хирургии, городская больница №8, г. Киев, Украина; отделение малоинвазивной хирургии, областная больница, г.Ровно, Украина; клиника "Медиком", г. Киев, Украина.

По свободной статистике И.А.Корешкина и соавт., (2000) при выполнении лапароскопической холецистектомии (ЛХЭ) в 3-30% случаев возникает необходимость в конверсии. Общепринятая конверсия лапароскопического доступа в срединную лапаротомию (СЛ) сопровождается большой операционной травмой, психологически тяжела как для больного, так и для хирурга. Всегда ли возникает реальная потребность в выполнении срединного разреза? Опыт, накопленный нами, позволяет утверждать, что ряд осложнений и ситуаций, требующих конверсии может быть успешно скорректирован через подреберный минидоступ (МД). Такой доступ имеет преимущества перед СЛ: малоинвазивным, сопоставим по степени повреждения тканей с ЛХЭ, оказывает минимальное влияние на функцию легких, прост в выполнении. Целью работы было обоснование целесообразности и безопасности конверсии ЛХЭ в подреберный МД.

Материалы и методы. В 1998-2000 гг. нами накоплен опыт 1005 холецистэктомий из подреберного МД при остром и хроническом холецистите. На указанный способ холецистектомии получено положительное решение на изобретение №2001031608 от 11.03.2001 г. Подреберный МД выполняли следующим образом: проводили разрез в правом подреберье параллельно и на 2 см ниже реберной дуги длиной до 4-7 см. Медиальный край разреза начинали от внешнего края прямой мышцы живота. Апоневроз рассекали по направлению разреза на 2-3 см больше, чем длина кожного разреза. Мышечные волокна туго расслаивали по ходу разреза, частично пересекали с помощью электрокоагуляции. Особенности используемых оперативных приемов были те, что после выделения 2/3-3/4 пузыря от дна тела его погружали в брюшную полость, что позволяло четко визуализировать гепатодуоденальную связку, карман Гартмана, элементы треугольника Кало.

Мы обладаем опытом конверсии ЛХЭ в подреберный МД у 2 больных. У первого больного произведена конверсия в подреберный МД по поводу первично-кальциевого абсцесса и выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки. Из-за технических сложностей потребовалось расширение разреза до 10 см. Общее время операции составило 110 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений. У второй больной конверсия произведена с целью ревизии холедоха, холедохолитотомии и наружного дренирования. Длительность операции составила 70 минут. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Конверсия в подреберный МД является одним из методов выбора при возникновении интраоперационных осложнений во время ЛХЭ.

Досвід малоінвазивних хірургічних втручань при жовчнокам'яній хворобі

Ткачук О.І., Івано-Франківська державна медична академія кафедра госпітальної хірургії

Вступ. Лапароскопічна хірургія завоює все більше прихильників серед вітчизняних хірургів завдяки ряду принципових переваг перед традиційними хірургічними втручаннями. Однак, зберігається певна настороженість та протидія розширенню застосування цієї технології. Тому залишається актуальним аналіз та узагальнення досягнень та проблем, що виникають у практичній роботі центрів та відділень малоінвазивної хірургії.

Матеріал, методи та результати дослідження. Проведено рандомізований ретроспективний аналіз історій хвороби за п'ятирічний період. Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) вперше проведена у Івано-Франківській області у 1995 році. Протягом п'яти років проведено 3519 операцій ЛХЕ. У динаміці відмічається постійне зростання кількості ЛХЕ, як у абсолютних цифрах, так і частки у загальній кількості всіх холецистектомій. Запроваджено власний спосіб екстракції жовчного міхура з черевної порожнини. Для цього проводимо розширення троакарного каналу у правому підребер'ї до 1,5-2 см. Через створений таким чином контрпунктуру проводимо просування ложа жовчного міхура та остаточне видалення згустків крові марлевим туфелем, вводимо дренажні засоби, у тому числі, при необхідності – марлевий тампон. Застосування такої методики дозволяє значно скоротити час операції, оскільки відпадає необхідність ушивання субумбікального проколу, покращується якість дренажування черевної порожнини. При калькульозному холециститі ускладненому холедохолітіазом застосовуємо 3 варіанти хірургічної тактики: а) при поодиноких дрібних конкрементах – консервативна спазмолітична терапія за розробленою схемою з наступною ЛХЕ (12 хворих); б) при поодиноких конкрементах середнього діаметру – ендоскопічна папілотомія, літотекстракція з наступною ЛХЕ (19 хворих); в) традиційна лапаротомія з холедохолітотомією. З 2000 року почато освоєння холедохоскопічного ревізії жовчних шляхів за допомогою холедохоскопа фірми Volf, що з часом дозволяло виробити окремий варіант хірургічної тактики, що має певні переваги перед існуючими варіантами.

Висновки. Лапароскопічна холецистектомія є ефективним хірургічним методом лікування гострого та хронічного калькульозного холециститу, що забезпечує високий стандарт якості і має безперечні переваги над іншими методами. Низька травматичність лапароскопічного методу холецистектомії дозволяє рекомендувати її пацієнтам з безсимптомним каменезістотомом у якості профілактичного хірургічного втручання. Назріла необхідність широкого запровадження малоінвазивних втручань при каменях жовчних проток, зокрема методом вибору повинні стати втручання, що зберігають анатомічну цілісність та функцію папілярного сфінктера.

Лапароскопическое лечение холедохолитиаза при остром и хроническом калькулезном холецистите.

В.В.Грубник, А.И.Ткаченко, А.С.Дождев, С.В.Калинчук, В.В.Изышевко

Одесская областная клиническая больница

Материалы и методы. С 1994 по 2001 год ЛХ выполнено у 3179 больных желчнокаменной болезнью. 1898 пациентов оперированы по поводу хронического холецистита, 1281 – в связи с острым холециститом. Среди оперированных больных преобладали женщины – 71 %. Возраст больных был от 5 до 84 лет. Средний возраст составил 53,6±6,5 лет. 29 % больных имели одно или несколько сопутствующих заболеваний. Симптомы холедохолитиаза были выявлены у 218 пациентов.

У 88 больных предпринята попытка лапароскопического извлечения конкрементов из протоков. У 58 больных мы попытались извлечь конкременты через пузырный проток. Извлечение конкрементов производилось под контролем фиброхоледохоскопа фирмы Cirkon диаметром 9,8F с помощью корзинок Дормана. У 6 больных операция закончилась установкой наружного дренажа, у 31 пациентов по проводнику проводился специальный стент диаметром 2 мм без наружного дренирования. У 21 пациента мы – клипировали пузырный проток без установки наружного дренажа и билиарного эндопротеза.

У 16 больных произведена лапароскопическая холедохолитомия. После извлечения конкрементов у 6 больных холедох дренировался Т-образным дренажем, у 10 вводили транспиллярный билиарный стент и холедохотомическое отверстие ушивали наглухо. Лапароскопическое вмешательство заканчивалось контрольной холангиографией. У 14 больных после удаления конкрементов был выявлен стеноз фатерова соска. У этих пациентов мы выполняли антеградную папиллотомию.

Результаты. У 88 больных выполнены лапароскопические вмешательства на желчных протоках. У 58 из них через пузырный проток. У 2 пациентов в послеоперационном периоде мы наблюдали подтекание желчи по «улавливающему» дренажу, связанное со стенозом Фатерова соска. Этим больным была выполнена эндоскопическая папиллотомию. У 1 больной через 14 месяцев был выявлен резидуальный конкремент.

Летальных исходов не было. Среднее пребывание больных в стационаре составило 6,5±3 дня. В группе больных, которым производилась лапароскопическая холедохотомия среднее пребывание в стационаре составило 10,2±4,5 дня. В сравнении в группах больных, которым выполнялось извлечение конкрементов через пузырный проток и антеградная папиллотомию среднее пребывание в стационаре составило 5±2,5 дня.

Выводы. Несмотря на то, что лапароскопические вмешательства на желчных протоках технически достаточно сложны, требуют дополнительного оборудования, им присущи все преимущества минимальных вмешательств. Наилучшие результаты наблюдаются у тех больных, которым удается извлечь все конкременты через пузырный проток, а установка билиарного стента позволяет клипировать пузырный проток без наружного дренирования.

Лапароскопическая ревизия и санация общего желчного протока в лечении холедохолитиаза и механической желтухи

Ничитайло М.Е., Огородник П.В.

Отдел лапароскопической хирургии Института хирургии и трансплантологии АМН Украины

Введение. Среди осложненных форм желчнокаменной болезни доля холедохолитиаза (ХЛТ) с механической желтухой (МЖ) составляет 12–13%, поэтому при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в 10–25% случаев необходима ревизия гепатохоледоха [1, 2].

Материал и методы. К настоящему времени в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза выполнено 6210 ЛХЭ из них ревизию и санацию желчных ходов проводили 73 (1,2%) больных в возрасте 32–85 лет.

Мы используем следующие способы исследования ОЖП при лапароскопическом доступе: 1. осмотр и измерение его ширины, 2. интраоперационная инструментальная «тапальная»; 3. интраоперационная холангиография (ИОХГ); 4. интраоперационная холангиоскопия (ИОХС); 5. интраоперационная сонография (ИСГ).

Результаты. ИОХГ традиционно является одним из наиболее информативных методов диагностики патологии желчных протоков в 73 случаях перешла из диагностической в лечебную. ИОХС чаще использовали при контрольной ревизии ОЖП после удаления конкрементов. ИСГ применяли у 30% больных исследуемой группы. Больным выполняли ревизию и санацию ОЖП через культю пузырного протока у 54 (74%), с ее рассечением у 21 (28,8%) и у 19 (26%) после супрадуоденальной холедохотомии.

Операцию завершали клипированием пузырного протока или его лигированием петлей Редлика у 38 (52,1%) больных, наружным дренированием холедоха по Холстеду – у 22 (30,1%), по Керу – у 13 (17,8%). Холедох ушивали атравматической нитью «Викрил» 4.0 отдельными швами с эндокорпоральным завязыванием узлов. Конверсия понадобилась в 4 (5,5%) случаях. Осложнения имели место у 11 (15%) больных, но релапароскопия или релапаротомия не выполнялась. Летальных исходов не было.

Выводы. Лапароскопическая ревизия и санация ОЖП применима у многих больных ХЛТ, является малотравматичным вмешательством, которое значительно сокращает послеоперационную и социальную реабилитацию больных.

Литература

1. Berci G., Morgenstern L. (1994) Laparoscopic management of common bile duct stones. Surg. Endoscopy. Vol. 8, 1168–1175.
2. Schwesinger W. H., Sirinek K. R., Strodel W. E. (1999) Laparoscopic Cholecystectomy for Biliary Tract Emergencies; State of the Art. Wld. J. Surg. Vol. 23., 334–342.

Результаты использования способа «открытой лапароскопии» через мини лапаротомный доступ при желчнокаменной болезни

Ачилов Ш.Д., Калиш Ю.И., Мурадов Б.Х., Шамирзаев Б.Н.

Центральный Военный Клинический Госпиталь МО Руз, г. Ташкент

В клиническую практику ЦВКГ МО Руз был внедрен метод «открытой лапароскопии» через минилапаротомный доступ у больных с желчнокаменной болезнью. Основной целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных через минилапаротомный доступ. С 1995 г. прооперировано 247 больных с различными формами калькулезного холецистита.

С хроническим калькулезным холециститом – 180, острым калькулезным холециститом – 60, калькулезным холециститом и холедохолитиазом – 7 больных. Следует отметить, что у 8 больных метод был применен при неудачных попытках выполнения холецистэктомии классическим лапароскопическим способом. Операции проводились с использованием хирургических инструментов набора «Мини - ассистент» г. Екатеринбург (Россия).

Послеоперационные осложнения в виде нижней долевой пневмонии, нагноение операционной раны наблюдались у 2,2% оперированных больных. Среднее пребывание пациентов после операции на койке составило 5 суток.

Таким образом, метод «открытой лапароскопии» является самостоятельным видом хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью, позволяющее избежать целый ряд послеоперационных осложнений по сравнению с операцией из лапаротомного доступа. А также может применяться как заключительный этап незавершенных лапароскопических операций.

II Украинский Конгресс по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии 18-20 сентября 2001 г. Украина, Киев, Киевский клинический госпиталь

Ф.И.О. участника: Чернев В.Н., Слободяник В.П., Андриенко Н.Н.

Клиника/отделение: медицинское отделение эндоскопической диагностики и хирургии

Контактный адрес и телефон: г. Киев., ул. Госпитальная, 18, ГВКГ.

Тел 261 - 95 - 86. Тезисы. Презентация – компьютер

Оптимизация работы хирургической бригады при выполнении лапароскопической холецистэктомии

Введение: Хирургическое лечение заболеваний желчных путей является одной из актуальных проблем современной медицины, это прежде всего связано с увеличением количества больных с острым и хроническим холециститом. В настоящее время во многих клиниках Европы и США 95-97% больных оперируют по поводу желчнокаменной болезни с помощью лапароскопического метода. Уменьшение объема операционной травмы достигается высокой хирургической техникой, снижением неизбежной кровопотери, щадящим отношением к тканям, уменьшением продолжительности операции.

Материалы, методы, результаты: В отделе эндоскопической диагностики и хирургии ГВКГ выполнены более 1500 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). По мере накопления опыта, внесены рационализаторские предложения, выделены и отработаны принципы лапароскопических операций, сделаны ряд предложений организационного и технического плана:

1. «параллельное выполнение» интраоперационных манипуляций: только в период одновременной готовности к работе видеопаратуры и достаточного пневмоперитонеума (8-12 мм.рт.ст.), проводим постановку троакаров. 2. У больных имевших в анамнезе полостные операции из-за наличия рубцов на коже и спячного процесса в брюшной полости, значительно затруднена постановка троакаров и хол операции. Мы использовали открытый способ введения первого троакара по методу Хассона. Это позволяет предотвратить повреждение внутренних органов, крупных сосудов, избежать предбрюшной инфузии газа, положить эмбрионы и газовой эмболии. 3. Правильный выбор экспозиции: мы придерживаемся французской методики ЛХЭ при этом трасию желчного пузыря (ЖП) выполняем латерально вниз по направлению к брюшной стенке, тем самым раскрывая для обзора треугольник Кало, что снижает риск повреждения его элементов. 4. При тонкостенном, напряженном ЖП проводим его пункцию, что значительно сокращает время выделения ЖП из ложа печени, уменьшает риск развития послеоперационных осложнений, связанных с разрывом стенки и инфицированием брюшной полости. 5. При инфильтрированном и широком пузырном протоке накладываем на остающийся участок пузырного протока эндопетлю, что предупреждает нестойкость культи. 7. Стремимся, максимальный объем выделения ЖП проводить «тупым путем», что снижает риск повреждения сосудов, наружных желчных протоков, печени. 8. Избыточное коагулирование ложа может привести к глубоким некрозам печени, что грозит образованием в послеоперационном периоде полочечного абсцесса, поэтому при обильном кровотечении используем герниостеплер, или прошиваем место повреждения. 9. Удаление ЖП из брюшной полости проводим после погружения последнего в резиновый контейнер (что уменьшает риск инфицирования брюшной полости), через прокол у мечевидного отростка, для снижения риска развития послеоперационных грыж. 10. При прошивании брюшной стенки используем разработанную нами иглу (с выдвигающимся на острие иглы металлическим «трилистником» для лучшего захвата нити), это позволяет полюсной прошить брюшную стенку, улучшает гемостаз, значительно сокращает время данного этапа ЛХЭ. 12. Операцию заканчиваем после ревизии брюшной полости и обязательной постановки дренажа в полочечное пространство на 24-48 часов. При зашивании кожи возможно использование степлера со скобами, что значительно сокращает время этого этапа операции и улучшает сопоставление краев раны.

Выводы: Выполняя принципы проведения лапароскопических операций, приведенные технические приемы, уделяя внимание организации работы хирургической бригады позволило нам сократить среднее время выполнения ЛХЭ до 30 минут и снизить количество осложнений с 2,4% до 0,2%. Выполнение операций лапароскопическим путем имеет высокий экономический эффект, так как с сокращением продолжительности операции значительно снижаются материальные затраты.

Применение метода электротермоагезии в гепатопаракреотобилиарной хирургии.

Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Гулько О.Н.

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, Киев.

Введение. Специфика лапароскопических операций ставит задачу перед хирургами совершенствовать методы гемостаза и соединения тканей. Наша работа основана на использовании способности электрического тока заданных характеристик, подведенного на специально разработанный инструментальный вызывая «оплавление» краев соединяемых поверхностей, представляющее собой гомогенный субстрат состоящий из денатурированных молекул эластана и коллагена. Застывая, они образуют т.н. «белковые мостики», с помощью которых соединяемые поверхности и удерживаются.

Материалы и методы. Нами выполнено 360 лапароскопических операций больным с патологией желчного пузыря, печени и поджелудочной железы с применением метода электротермоагезии. 83 больным ЖКБ, в том числе у 62 осложненной хроническим билиарным панкреатитом выполнена герметизация желчного пузыря. У 65 из них она являлась этапом лапароскопической холецистэктомии, а в 18 случаях производилась после его непреднамеренной перфорации. У 198 пациентов с помощью электротермоагезии, как альтернативы клипированию, выполнена герметизация отходящей части пузырного протока и пузырной артерии, а 18 больным герметизировали культю пузырного протока. У 10 больных метод был применен для герметизации постфункциональных отверстий поджелудочной железы после её интраоперационной биопсии. Также с применением метода электротермоагезии нами выполнено 6 лапароскопических энуклеаций гемангиом печени, 3 кровяные резекции печени, 2 перцистэктомии и 15 экзихококэктомий (при гадитидном экзихококкозе) и в 19 случаях непаразитарных кист печени. Осложнений, связанных с применением ЭТА не выявлено.

Выводы. Проведенные исследования показывают, что метод электротермоагезии является перспективным методом соединения мягких тканей, гемостаза в лапароскопической хирургии. Его достоинствами являются: существенное сокращение операционного времени, уменьшении себестоимости операции, возможности сохранения минимального эффекта.

Особенности лечения острого ферментативного холецистита с помощью видеоэндоскопической техники

Ивашенко В.В., Скорцов К.К., Скорцов К.К. (мл.), Журавлева Ю.И.
Клиника общей хирургии №2 Донецкого государственного медицинского университета им. М.Горького. г. Донецк, Украина

Введение. Известно, что причиной развития острого холецистопанкреатита (ОХП) является как калькулез желчного пузыря (ЖП), так и патологическое состояние желчевыводящих путей, сопровождающееся их микротравмой и обуславливающее одновременное развитие острого холецистита, протоковой гипертензии и биллопанкреатического рефлюкса. Поражения, вызванные литическим действием панкреатических ферментов, также рассматривались как вариант ОХП. Однако, на основании клинических и экспериментальных данных (Шаак Т.В.) показано, что при скоплении больших количеств поджелудочного сока в ЖП в результате панкреатопузырного рефлюкса и при нарастающей гипертензии может развиваться некроз слизистой пузыря с развитием желчного перитонита без вовлечения в патологический процесс поджелудочной железы. Эта форма острого воспаления ЖП была названа ферментативным холециститом (ФХ). **Цель исследования:** определение особенностей диагностики и лечебной тактики у больных ФХ с использованием видеоэндоскопической техники.

Материалы и методы. С 1993 по 2001 год в клинике выполнено 3415 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭТ). Из них по поводу хронического калькулезного холецистита - 2749 (80,5 %), острого холецистита - 589 (17,3 %). ОХП - 77 (2,2 %). Из 589 больных с острым холециститом у 27 (4,6 %) диагностирован ФХ. Женщин было 19 (70,4 %), мужчин - 8 (29,6 %) в возрасте от 24 до 65 лет. Клинические особенности течения - острое начало с выраженным в первые сутки от начала заболевания отмечено у 21 (77,7 %) с развитием дыхательной, печеночно-почечной недостаточности. Температура тела у 22 больных оставалась нормальной. В крови отмечали лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом. При УЗИ ЖП выявляли утолщение его стенок при отсутствии конкрементов. Всем больным в экстренном порядке выполняли ЛХЭТ. Интраоперационно выявляли желчный выпот без макроскопического нарушения целостности ЖП. Желчный выпот и желто-зеленое студенистое пропитывание тканей являются самыми характерными признаками ферментативного повреждения ЖП и общего желчного протока. При исследовании желчи, полученной во время операции из желчных путей у всех больных выявляли повышение активности амилазы более 128 ед по Вольгеуму. У всех больных операционно заканчивали дренированием холедоха через культю пузырного протока (дренаж удаляли после нормализации состояния и снижения уровня амилазы).

Результаты и выводы. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было, средняя продолжительность лечения составила 7 суток. Таким образом основным применением антиферментных препаратов в послеоперационном периоде, как основных патогенетически обоснованных компонентов лечения.

Эндоскопическое лечение ЖКБ, осложнённой механической желтухой.

Кутепов С.Б., Крамаренко К.А., Захарчук А.П.

Кафедра хирургии и проктологии ХМАПО. Харьков, 2-я гор. больница.

Целью работы является оценка возможности применения эндоскопических методов лечения у больных с ЖКБ осложненной холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом.

Материалы и методы: В клинике кафедры хирургии и проктологии ХМАПО с 1998 по 2000 г. было выполнено 235 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). У 31 больных с ЖКБ ,осложнённой механической желтухой, (13,2%) было выполнено двухэтапное эндоскопическое лечение.

На первом этапе таким больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в комбинации с другими эндобилиарными вмешательствами такими как назобилиарное дренирование (НБД), литоэкстракция конкрементов корзиной Дормиа в первые двое суток пребывания больного в стационаре. ЛХЭ выполнялась вторым этапом через 2 - 7 суток после ЭПСТ и только при абсолютной уверенности в полном восстановлении проходимости желчных путей.

Результаты: Причиной непроходимости желчных путей явились: холедохолитиаз - в 26 случаях, стенозирующий папиллит - в 3 случаях и их сочетание - у 2 больных. Холангит различной степени был выявлен у 25 больных (80,6 %) и был купирован во всех случаях после проведения местной терапии желчных путей через НБД разработанным в клинике кафедры препаратом (1 % раствор нодопирона в 15 % водном растворе ПЗО 400).

ЛХЭ проводили по общепринятой методике, описанной Reddick E.J. и Olsen D.O. В своей работе использовали видеохирургический комплекс и инструментарий фирмы "Linvatec"(USA).Из 31 больного, оперированного после эндобилиарного вмешательства в 21 случаях желчный пузырь был хронически изменен, в 8 случаях диагностировано обострение хронического холецистита, у 2 больных - деструктивный флегмонозный холецистит. Конверсия ЛХЭ на открытую холецистэктомию была произведена в 1 случае (3,2 %),когда при выделении пузырного протока был выявлен формирующийся холецистохоледохальный свищ. Ещё у одной больной была выполнена релапароскопия и повторная ЭПСТ на 2-е сутки после ЛХЭ из-за желчестенения из культи пузырного протока на фоне не скорректированной желчной гипертензии.

Выводы:Двухэтапное эндоскопическое лечение является, наиболее предпочтительным и высокоэффективным методом лечения больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой. Залогом успеха такого лечения является тщательная дооперационная диагностика и отбор больных к ЛХЭ.

Возможности малоинвазивных технологий в лечении панкреатических свищей

Третьяк С. И., Федорук А. М., Баранов Е. В., Савченко А. В.

Республиканский центр хирургической гепатологии, Минский диагностический центр, г. Минск, Республика Беларусь

Среди осложнений острого некротизирующего панкреатита наиболее серьёзными являются панкреатические свищи. Наибольшую опасность вызывают наружные панкреатические свищи. Они возникают, как правило, у оперированных больных.

Целью нашей работы было изучить возможность формирования чрезфистульного панкреатикогастроэнтероанастомоза с применением малоинвазивных технологий (УЗИ, ФДС и рентгенотелевизии).

С целью проведения поэтапного сужения диаметра свищевого хода до 4 мм и формирования не осложнённого свища, выполнения ультразвукографии поджелудочной железы (ПЖ) и параназальной зоны, проведения рентгеноконтрастного исследования желудка и 12 перстной кишки с одновременной фистулографией (определялась топография свища) была проведена сама операция.

После удаления стоящего ранее дренажа в свищевой ход под контролем УЗИ вводили аппарат Ишнина В. Г. (устройство для дренирования полостных образований (УДПО) - фирма МИТ г. Железнодорожный (Россия)) до паренхимы ПЖ. Затем направляли устройство непосредственно к задней стенке желудка и делали пробные нажимы на стенку желудка. Одновременно в полость желудка вводили фиброгастроскоп под контролем, которого оценивали место пункции выпячивающиеся зоны желудка и выполняли перфорацию его стенки острым мандреном УДПО. Затем мандрен извлекали, пропускали металлическую струну, которую фиксировали с помощью петли эндоскопа. По струне устанавливали катетер 12 F (4мм) в полость желудка. С помощью фиксирующей нити дистальный отдел катетера формировали в форме кольца диаметром 2-3 см. Тракцией катетера добивались тесного соприкосновения стенки желудка и просвета свища. Проводили рентгенологический контроль: через катетер – контраст в полости желудка. Положение катетера фиксировали на коже. По катетеру в первые 7 суток отходил как панкреатический сок, так и желудочный. Через 12-14 суток возникало широкое соустье между свищом и желудком. В этот период поступления из дренажа наружу не отмечалось. Однако катетер оставался в таком положении ещё на 7-10 суток. Регулярно проводили эндоскопический и фистулографический контроль. На 21 сутки катетер удаляли. Осложнений не было.

Данная методика позволяет создать широкий панкреатикогастроэнтероанастомоз не применяя лапаротомию. Отдалённые результаты в сроки до 12 месяцев – благоприятные.

Лапароскопическая локальная антибактериальная терапия в лечении острого инфицированного панкреатита

Сипильный В.А., Петренко Г.Д., Тесленко С.Н., Петренко Д.Г., Гузь А.Г.
Кафедра общей хирургии №2

Харьковского государственного медицинского университета
г. Харьков, Украина

Введение.

Проблема лечения инфицированных форм острого панкреатита является одной из актуальных в ургентной абдоминальной хирургии. Несмотря на большое разнообразие клинико-лабораторных критериев острого панкреатита, дифференцировать асептический и инфицированный панкреатит весьма сложно. Имея более 15 - летний опыт применения экстренной диагностической лапароскопии, а в последние годы и видеолапароскопии для верификации инфицированных форм острого панкреатита мы широко используем этот метод. Сопоставляя прямые и косвенные признаки панкреатита, мы уточняли и конкретизировали диагноз. При выявлении инфицированных форм острого панкреатита диагностическая лапароскопия трансформировалась в лечебную.

Материалы и методы.

Из 321 наблюдаемых нами больных инфицированные формы острого панкреатита выявлены у 171 (53,3%). У 59 из них применено лапароскопическое орошение салниковой сумки и поджелудочной железы максимальными дозами антибиотиков в сочетании с растворами интрофуранов и ингибиторами протеаз. Лекарственная смесь включала антибиотики аминогликозидного ряда – 10-12 г (конамини, мономицин) или цефалоспорины – 2-3 г (кефзол, зинафен); раствор фурацилина 1:5000 – 350,0 мл; ингибиторы протеаз 20 000 – 100 000 ЕД (контрикал, гордокс, налор); раствор новокаина или лидокаина 0,5% - 150,0 мл. Температура тела после введения смеси 18-20° С. Данная пропись составляет суточную дозу. Лекарственная смесь подавалась в салниковую сумку через микроиригатор со скоростью 5-8 капель в минуту на протяжении 3-5 суток.

Выводы:

Разработанный нами способ лапароскопической локальной антибактериальной терапии инфицированных форм острого панкреатита позволил уменьшить количество осложнений и летальность в два раза.

Осложнений от предложенного способа лапароскопической локальной антибактериальной терапии острого панкреатита не было.

Наш опыт позволяет рекомендовать данную методику для применения в комплексной терапии инфицированных форм острого панкреатита.

Малоінвазивні хірургічні втручання в лікуванні різних клінічних форм гострого панкреатиту та його ускладнень.

Побуцький О.О., Івано-Франківська державна медична академія, кафедра госпітальної хірургії.

Вступ. Малоінвазивні хірургічні втручання, зокрема лапароскопія та черешірні пункциї під УСГ-контролем, в останні роки займають вагоме місце в комплексному хірургічному лікуванні гострого панкреатиту (ГП) та його ускладнень. Метою роботи було підвищення ефективності та результатів комплексного лікування хворих на ГП шляхом застосування малоінвазивних хірургічних технологій та ендолімфатичного введення медикаментозних середків, зокрема Далагріну® та Сандостатину®. **Матеріали, методи та результати дослідження.** Лапароскопічні втручання виконано у 87 хворих з різними клінічними формами ГП, з них інтерстиціальну форму захворювання виявлено у 14 та некротичну – у 67 хворих. З метою уточнення діагнозу діагностичне лапароскопічне обстеження органів черевної порожнини проведено у 17 хворих, що складало 14,79 % із числа прооперованих, в 11 з них верифіковано гострий некротичний панкреатит (ГНП). Лапароскопічне дренирування черевної порожнини, як метод лікування ферментативного перитоніту при ГНП застосовано у 33 пацієнтів (28,71 %), з них 26 отримували в наступному сеансі інтермітентного перитонеального діалізу до повної ліквідації явищ ферментативного перитоніту та відновлення перистальтики кишечника. У 49 (42,63 %) хворих на гострий біліярний панкреатит без явищ холедохолітазу та обтураційної жовтяниці, виконано лапароскопічну холецистектомію у віддалені терміни після стихання клінічних проявів ГП на фоні інтенсивної консервативної терапії. У 12 із загального числа хворих з панкреонекрозом в наступному були виконані лапаротомні втручання на фоні наростання ознак ендотоксикозу та панкреатогенного сепсису. У 4 хворих на ГНП при лапароскопії мала місце конверсія в лапаротомию. Померло 9 хворих (7,83 %). Тонкоголкової черешірні пункциї постнекротичних кіст салникової сумки під УСГ контролем проводили у 46 хворих із максимальним видаленням вмісту кісти і введенням антибіотиків, що сприяло забезпеченню асептичного характеру панкреонекрозу та покращенню спланхнічного кровотоку підшлункової залози. Повторні пункциї салникової сумки виконано у 7 (3,22 %), а зовнішнє дренирування абсцесів і постнекротичних кіст салникової сумки – у 5 хворих (2,3 %). У 8 хворих черешірні пункциї були відкритими етапом до проведення лапароскопії чи лапаротомії. У 7 (3,22 %) хворих на ГНП пункцийні втручання стали одним методом хірургічного лікування і дозволили на фоні інтенсивних консервативних заходів уникнути "відкритих" хірургічних втручань. Всім, без виключення хворим, незалежно від вибраної індивідуально хірургічної тактики та методів хірургічного лікування, застосовували синтетичні нейропептиди (Далагріні® і Сандостатин®) у відповідних терапевтичних дозах, що сприяло підвищенню ефективності комплексного лікування. У 46 хворих з ГНП нейропептиди вводили ендолімфатично. **Висновки.** Таким чином, малоінвазивні хірургічні втручання, зокрема лапароскопія, черешірні пункциї під УСГ контролем та ендолімфатична терапія нейропептидами дають можливість ефективно боротися з клінічними проявами панкреонекрозу та його ускладненнями, обмежувати покази до лапаротомії, зменшити відсоток детальних наслідків.

Этапные малоинвазивные вмешательства в хирургическом лечении острого панкреатита

Брискин Б.С., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х.

Московский Государственный медико-стоматологический Университет, г. Москва

Введение. Одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии остается лечение тяжелых форм панкреонекроза. Летальность при инфицированном панкреонекрозе превышает по некоторым данным от 12 до 75%. Основные трудности хирургического лечения связаны с выбором адекватного доступа к зоне развития деструктивных изменений.

Целью нашего исследования было показать преимущества этапных малоинвазивных вмешательств в хирургическом лечении тяжелых форм панкреонекроза перед классическими хирургическими вмешательствами, не считая больных с гнойным перитонитом. **Материалы и методы.** Представлен анализ лечебных вмешательств у 176 больных острым панкреатитом, находившимся на лечении в клинике хирургических болезней на базе ГКБ №50. Всем больным проводили патогенетически обоснованную терапию с использованием ингибиторов секреции поджелудочной железы и протеаз. На этапе хирургического лечения предпочтение отдавали малоинвазивным методам (лапароскопия, дренирование под УЗИ и КТ наведением, мини-доступы с использованием аппарата «Мини-ассистент»).

Результаты. До 1995г применяли оперативные вмешательства классическим способом (91 человек). Производили срединную лапаротомию с широким вскрытием салниковой сумки и обширной некрэксекстрактомией. Операцию завершали тампонированием и дренированием салниковой сумки. Послеоперационная летальность достигала 53,2%. С 1995г начали использовать малоинвазивные вмешательства (оперировано 85 пациентов). Всем проводили УЗИ и КТ обследование и определяли дальнейшую тактику введения. Диагностическая лапароскопия с дренированием салниковой сумки и брюшной полости выполнена у 31 больных. Дренирование салниковой сумки под УЗИ наведением – у 33 больных. Этапные программные санации салниковой сумки и забрюшинного пространства с использованием аппарата «Мини-ассистент» у 21 больных. Послеоперационная летальность снизилась до 17,3%. Следует отметить, что в нашей клинике в последнее время при обнаружении на УЗИ или КТ забрюшинной инфильтрации применяются раннее дренирование забрюшинного пространства из внебрюшинных минидоступов с целью деконпрессии.

Выводы. Наша концепция основана на трех принципиально важных аспектах: мощная патогенетически обоснованная лекарственная терапия создает предпосылки к успешному хирургическому лечению; хирургическому лечению подлежат только деструктивные формы, при этом оперативные вмешательства должны быть максимально малоинвазивными и выполняться по возможности в период возникновения гнойно-деструктивных осложнений; ранние малоинвазивные вмешательства носят дренирующий характер и обеспечивают деконпрессию.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ (Желудочно-кишечные кровотечения)



Ендоскопічний гемостаз при шлунково-кишкових кровотечах на фоні гострого інфаркту міокарду.

Мішалов В.Г., Дешишин І.М., Маркулян Л.Ю., Бородин С.В., Ткаченко О.А.
Кафедра госпітальної хірургії №2 з курсом грудної та судинної хірургії НМУ ім. О.О.Богомольця, Центральна міська клінічна лікарня м.Києва.

Вступ. При гострому інфаркті міокарду (ІМ) часто виникають ускладнення з боку інших органів і систем. Одним із найбільш важких ускладнень є кровотеча з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Летальність при кровотечах без ІМ складає 12-20% і не має тенденції до зменшення, при виразкових кровотечах цей показник коливається в межах 10-12%, при гострих виразково-ерозивних пошкодженнях верхнього відділу ШКТ - 15-22%. Показники летальності значно збільшуються у хворих з гострим інфарктом міокарду.

Матеріали і методи. Проліковано 27 пацієнтів з гострим ІМ, у яких розвилася шлунково-кишкова кровотеча (ШКК) з верхніх відділів ШКТ. Серед них було 20 чоловіків і 7 жінок. Діагноз кровотечі було встановлено на основі клінічних даних (гіпотонія, тахікардія, різка блідість шкіри, блювота типу „кавової гуці“, мелена), лабораторних даних - анемія, інструментальних методів дослідження - зондування шлунку, ФЕГДС. Лікування розпочинали із консервативних заходів: гемостатики, противиразкові препарати, препарати, що покращують мікроциркуляцію, компенсація крововтрат, лікування гострого ІМ (із антикоагулянтів використовували низькомолекулярний гепарин в профілактичних дозах). При неефективності даного лікування виконували ендоскопічний гемостаз, при його неефективності, рецидиві і продовженні кровотечі проводили оперативне лікування. Враховуючи стан пацієнтів, важкість даної патології, ми виконували переважно паліативні оперативні втручання, спрямовані на зупинку кровотечі.

Результати. У 7 хворих кровотеча зупинена консервативно, у 11 - ендоскопічним гемостазом, у 2 хворих після зупинки кровотечі гемостатиками виник рецидив кровотечі і гемостаз вдалося провести ендоскопічно, у 5 хворих виконали оперативне лікування в зв'язку з продовженням кровотечі, рецидивом кровотечі після ендоскопічного гемостазу. Виконували органозберігаючі операції з висіченням виразки і ендоскопічним контролем надійності гемостазу під час операції. 5 хворих померли: 2 - від прогресування серцево-судинної недостатності, 1 - від стрімкої, масивної кровотечі на фоні обширного ІМ, 1 - від тромбоемболії легеневої артерії, 1 - від рецидиву кровотечі на фоні прогресування серцево-судинної недостатності.

Висновки. Ендоскопічний гемостаз при шлунково-кишкових кровотечах на фоні гострого інфаркту міокарду дає можливість значно зменшити кількість оперативних втручань. Запропонована лікувальна тактика у хворих з гострим інфарктом міокарду, ускладненим шлунково-кишковими кровотечами, дозволяє суттєво знизити показники летальності.

Сравнительная характеристика эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка
Никишаев В.И., Годовин С.Г., Кузнецов К.В., Музыка С.В., Лысенко В.Н.
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Введение. Наиболее опасным осложнением синдрома portalной гипертензии является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (КВРВПЖ). Способы консервативной терапии малоэффективны, а существующие методики операций характеризуются высокой летальностью и отсутствием положительного влияния на продолжительность жизни больных. В связи с этим важное значение приобретают малоинвазивные вмешательства, в т.ч. эндоскопическая склеротерапия (ЭСТ), эндолигирование (ЭЛ) и эндолигирование (ЭЛ).

Материалы и методы. Эндоскопические методы гемостаза применены у 140 больных с КВРВПЖ в возрасте 53±7,4 лет (116 мужчин и 24 женщины). Были использованы три различные методики ЭСТ: ЭК и ЭЛ, а также комбинация ЭК и ЭЛ в модификации авторов. В 1-ой группе осуществляли инъекции склерозанта интравенозно с целью облитерации варикса (36 больных - 25,7%). Во 2-ой группе инъекции склерозанта выполняли паравезально для создания сдавливающей рубцовой муфты вокруг расширенной вены (12 пациентов - 8,6%). В 3-ей группе использовали комбинацию интра- и паравезальных введений склерозанта, что позволило достичь двух терапевтических целей одновременно (49 пациентов - 35%). Интравезально вводили от 4 до 10 мл 3% раствора тромбозана, паравезально - 35% раствор этанола. В 4-ой группе больных (15-10,7%) применили ЭК источника кровотечения, в 5-ой группе (12 - 8,6%) - ЭЛ кровоточащего варикса. В 6-ую группу (16 больных - 11,4%) вошли пациенты, которым применили ЭК кровоточащей вены выше и ниже аррозии с введением склерозанта в участок вены, изолированный клипсами (2-4 мл). Различий по полу, возрасту, тяжести основного заболевания и активности кровотечения в данных группах пациентов не было. Лечебная эндоскопия была выполнена у 81 больного (57,9%) с активным кровотечением и у 59 (42,1%) в раннем отсроченном периоде (12-18 часов с момента поступления). По нашим данным, результаты эндоскопического лечения больных в экстренном порядке и раннем отсроченном периоде статистически не различаются.

Результаты. Гемостатический эффект был достигнут нами у всех пациентов. Рецидив кровотечения наблюдался у 6 пациентов в 1-й группе (16,7%), у 4 - во 2-ой (33,3%), у 5 - в 3-ей (10,2%), у 2 - в 4-ой (13,3%), у 3 - в 5-ой (25%), у 1 - в 6-ой (6,3%). Применение эндоскопических методов по поводу рецидива кровотечения позволило достичь гемостаза в 12 случаях из 21 (57,1%).

Однако, несмотря на комплексную гемостатическую терапию, летальный исход наступил в 6 случаях в 1-ой группе (16,7%), 2 - во 2-ой (16,7%), 7 - в 3-ей (14,3%), 1 - в 4-ой (6,7%), 2 - в 5-ой (16,7%), 1 в 6-ой (6,3%). Общая летальность составила 13,6%.

Выводы: 1. Эндолигирование и лигирование высокоэффективны при активном КВРВПЖ. Сравнительный анализ показывает преимущество в эффективности комбинированной интра- и паравезальной склеротерапии, а также комбинации склеротерапии с клипированием.

Лапароскопічна ваготомія у хірургічному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки

Ю.В.Грубник, В.А.Фоменко, В.В.Грубник, С.Г.Четверіков, В.А.Карлюга
Одеський державний медичний університет, обласна клінічна лікарня, МКЛ №11

Вступ. За сучасних соціально-економічних умов України хворі на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДК) не мають можливості отримувати консервативне лікування у повному обсязі, тому показання до хірургічного лікування цієї патології змушено поширюються.

Мета дослідження. Розробити алгоритм вибору методу лікування хворих на ВХДК з використанням лапароскопічних ваготомій.

Матеріали та методи. З 1993 року нами провадиться лапароскопічна ваготомія (ЛВ), яка була виконана у 164 хворих на ВХДК. З них чоловіків було 131, жінок - 33. Вік хворих коливався від 21 до 64 років. У 97 хворих спостерігалася кровотеча з виразки, їм був проведений ендоскопічний локальний гемостаз. 55 хворих були оперовані з приводу часто рецидивуючої ВХДК при неефективності медикаментозного лікування. У 8 випадках ЛВ було проведено при перфоративній виразці. У 4 хворих був субкомпенсований стеноз пілоруса.

Нами були виконані різні варіанти ЛВ: у 108 хворих виконали ЛВ за Taylor (задня стовбурова, передня сероміотомія), у 38 - за Hill-Backer (задня стовбурова, передня селективна проксимальна ваготомія), у 8 хворих були виконані операції за Bailey-Zucker (селективна проксимальна ваготомія), у 10 хворих проведена ЛВ за Gomer-Fetter (задня стовбурова ваготомія з виразками малої кривизни за допомогою stapлерів).

Результати. Усі хворі, за винятком двох, у котрих ми були змушені перейти до лапаротомії, достатньо легко перенесли лапароскопічну операцію. Хворі вставали, починали ходити та приймати їжу на другу добу. Пацієнти залишались із стаціонару на 3 - 5 добу з рекомендаціями приймати медикаментозну терапію, спрямовану на ерадикацію гелікобактерії. Контрольні ендоскопічне дослідження, проведені через один місяць після операції, підтвердили повне загоєння виразок у всіх хворих. Через один місяць після операції вивчена шлункова секреція у 105 пацієнтів. Виявлене зниження БПК на 65 - 72%, МПК - на 56 - 70%.

Ранні віддалені результати простежені строком від 6 до 12 місяців у 116 хворих. Відмінні та добрі результати за шкалою Visik спостерігалися у 98 (84,5%) хворих. Рецидивні виразки були виявлені у 16 (14,8%) хворих. У 14 з 16 хворих із рецидивними виразками були знайдені хелікобактерії у біоптатах слизової оболонки антрального відділу шлунка. Проведений курс мелікаментозної терапії, що складалася з омепразолу, кларитроміцину та амоксициліну дозволив досягти повного загоєння виразкового дефекту у 12 хворих протягом 2-3 тижнів. Повторна операція була виконана в одного хворого у зв'язку із повторною кровотечею з рецидивної виразки.

Висновки. Найбільш простими та припустимими щодо технічного плану є методики лапароскопічного виконання ваготомії за Taylor та Gomer-Fetter. Правильне виконання ЛВ дозволяє добитися адекватного зниження шлункової секреції та повного загоєння виразкового дефекту.

ЛАПАРО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ
Ю. В. Грубник, И. В. Москвиченко, П. Н. Андриевский, В. А. Фоменко
Одесский медицинский университет, ГКБ-11 г. Одесса

Вступление: Острые гастродуоденальные кровотечения являются грозным осложнением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) особенно у лиц пожилого и старческого возраста у лиц с тяжелой сопутствующей патологией. Летальность у данной категории больных составляет от 15 до 25%, поэтому разработка новых методик остановки кровотечений является актуальной проблемой хирургии.

Целью работы является разработка методов эндоскопического гемостаза при большом риске лапаротомного оперативного вмешательства.

Материалы и методы: За последние 3 года нами разработаны и внедрены методы сочетанного эндоскопического и лапароскопического гемостаза при больших калезных язвах желудка и ДПК. Оперировано 24 больных. Из них язвы желудка были у 18 больных, язвы ДПК - у 6 больных. Женщин - 6, мужчин - 18. Средний возраст составлял 71±12 лет. По данным эндоскопии у больных наблюдалось активное кровотечение по классификации Forrest 1А. Все больные имели тяжелую сопутствующую патологию: инфаркт миокарда, инсульт, сахарный диабет, хронический пиелонефрит, эмфизема легких и другие. Общепринятый эндоскопический гемостаз оказался неэффективным. Всем больным проводили эндо-лапароскопические операции. Пациенту одновременно выполняли на операционном столе фиброгастроскопию и лапароскопию. После обнаружения язвы при помощи специальной эндоскопической иглы, в которую зарежались монофиламентная нить Vicryl 2/0, через биопсийный канал под контролем эндоскопа прокалывалась стенка желудка в области язвы. Лапароскопическим инструментом со стороны брюшной полости захватывался конец нити, вставленной в специальное ушко эндоскопической иглы. Затем иглу возвращали в желудок, и вновь прокалывали его в проекции язвенного сосуда насквозь. Лапароскопическим захватом захватывали второй конец нити. Этот конец нити отскакивал от оставшейся лигатуры, которая вместе с иглой возвращалась в желудок. Узлы завязывались лапароскопическим инструментом интракорпорально. Подобная манипуляция повторялась для более надежного прошивания язвы и лигирования кровоточащих сосудов.

Результаты: Продолжительность операции колебалась от 20 до 30 минут. Рецидивного кровотечения мы не наблюдали. Летальных исходов не было.

Выводы: Сочетание эндоскопического и лапароскопического подхода к лигированию кровоточащих сосудов язвы позволяет значительно уменьшить вероятность рецидива кровотечения и избежать лапаротомной операции на высоте кровотечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

В. А. Карлюга, Ю. В. Грубник, П. Н. Андриевский, В. А. Фоменко
Одесский медицинский университет, ГКБ-11 г. Одесса

Вступление: Гастродуоденальные перфоративные язвы до настоящего времени остаются грозным осложнением язвенной болезни с высокой послеоперационной летальностью, поэтому внедрение новых малоинвазивных методик, позволяющих уменьшить операционную травму, является актуальной проблемой.

Цель: Разработка показаний к лапароскопическим операциям, а также оптимальных методик их проведения у больных с гастродуоденальными перфоративными язвами.

Материалы и методы: За 5 лет в клинике прооперировано 42 перфоративные язвы. Из них 36 мужчин, 6 женщин. Средний возраст больных 36 ± 3 года. Время операций от момента перфорации составляло: до 6 часов - 16 больных, от 6 до 12 часов - 18 больных, свыше 12 часов - 8 больных. Операции производились по следующим методикам: у 28 больных произведено ушивание краев язвы с перитонизацией сальников, у 8 больных производили тампонирование перфорационного отверстия сальником, с фиксацией сальника к краям язвы, у 6 больных иссечены края язвы с последующим ушиванием и перитонизацией краев язвы сальником. После ушивания перфорационного отверстия производили лаваж брюшной полости 5-8 литрами антисептиком с последующим дренированием брюшной полости пластинчатыми либо трубчатыми дренажами. В 10 случаях ушивание перфоративной язвы дополняли заднежелудочковой ваготомией в сочетании с сероміотомією. В послеоперационном периоде всем больным назначали антибиотикотерапию, инфузионную терапию. Всем больным проводили эрадикацию Helicobacter pylori в сочетании с антацидной терапией.

Результаты: Послеоперационной летальности у всех оперированных больных не было. Средний срок пребывания на койке сократился на 3±1 дня. Количество нагноений послеоперационной раны было одно. Послеоперационных грыж не было. Длительность операции колебалась от 35 до 50 минут при ушивании язвы, до 70-80 минут в случае с дополнением ушивания ваготомией.

Выводы: Лапароскопические операции по поводу перфоративных язв позволяют уменьшить сроки пребывания на койке, снижают риск нагноений операционной раны, снижают риск возникновения грыж и является перспективным направлением в ургентной хирургии.

Роль ендоскопічних засобів гемостазу у лікуванні гострокривавлячих виразок дванадцятипалої кишки (ДПК) та шлунка.

Нестеренко О.Л.

Рівненська обласна клінічна лікарня, Україна.

Вступ. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, яка ускладнюється гострою кровотечею, продовжує залишатися найбільш частою патологією, що супроводжується досить значимими цифрами летальності та післяопераційних ускладнень. Одним із шляхів покращення результатів лікування є зменшення питомої ваги хворих оперованих на висоті кровотечі.

Матеріали та методи. Нами проаналізовано результати лікування 813 хворих з гостримі кровотечами у провіді травного тракту різної етіології. До повідомлення увійшли 649 пацієнтів з виразковими ураженнями верхнього відділу травного тракту, що перебували на лікуванні у Рівненському обласному центрі лікування шлунково-кишкових кровотеч з 1996 до 2000 років, а саме: пацієнтів з виразковою хворобою шлунка було 137 (21,1%), виразковою хворобою ДПК - 445 (68,56%), гостримі ерозивно-виразковими гастродуоденітами - 67 (10,34%). Чоловіків - 466 (71,8%), жінок - 183 (28,2%). Кровотеча важкого ступеня діагностована у 128 (19,7%) пацієнтів, середнього - 207 (31,9%), легкого - 314 (48,4%).

Результати та їх обговорення. Ендоскопію здійснювали відразу після поступлення хворого для визначення ступеня гемостазу, доцільності та виду застосування методів ендоскопічного гемостазу, прогнозування оперативного лікування. Ендоскопічний гемостаз методом вибору вважали у пацієнтів з "гостримі" виразками шлунка та ДПК, вперевиявленими хронічними виразками шлунка та ДПК, у хворих з надзвичайно високим ризиком операції та при утриманні пацієнта від необхідного оперативного втручання. Ступінь гемостазу визначали за класифікацією Forrest. Пацієнтів з Forrest 1 - 53 (8,2%), з Forrest 2 - 313 (48,3%), з Forrest 3 - 284 (46,3%). З ендоскопічних методів застосовували діатермокоагуляцію, гідродіатермокоагуляцію, ін'єкційні засоби (введення 70-96% етанолу). У хворих з Forrest-1 метою була остаточна зупинка кровотечі ендоскопічними засобами. Ефективність складала 77,3%. Метою при Forrest 2 було зменшення розвитку рецидиву кровотечі, ефективність методу складала 42,1%, причому, у більшості маніпуляцій застосовувались по два і більше разів. Нижча ефективність у другій категорії пацієнтів пов'язана з більш вираженими патоморфологічними змінами (пептири, виразки розміром понад 2-3см), методом вибору було хірургічне лікування і ендоскопічні засоби застосовувались для зупинки кровотечі для підготовки хворого до втручання. Загальна летальність складала 2,15%.

Висновки. Макроскопічна оцінка стану місцевого гемостазу дає змогу визначити категорію пацієнтів у яких методи ендоскопічного гемостазу дозволяють уникнути хірургічного втручання а також прогнозувати з високою ймовірністю ризик рецидиву кровотечі, тим самим зменшити відсоток хірургічних втручань на висоті кровотечі.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ



Ендоскопічні втручання на щитоподібній залозі.

Грубнік В.В., Косован В.М., Горячий В.В.
Одеський державний медичний університет. Одеська обласна клінічна лікарня.

Досягнення в ендоскопічній хірургії відкривають нові можливості для застосування цих втручань на щит. В світовій літературі описані результати ендоскопічних втручань на щитовидній та парашитовидній залозах (1, 2, 3).

Матеріал і методи дослідження. Відеоендоскопічні втручання на щитовидній залозі після верифікації доброякісного характеру вузлової патології виконувались за допомогою відеоендоскопічних апаратів фірм «Martin» та «Wolf» виробництва Німеччини з використанням ендоскопів діаметром 5 і 10 мм. Для створення робочої порожнини використано запропонований нами метод каркасного ліфтингу. В даний час виконано 47 таких втручань у хворих з вузловим еутиреоїдним зобом. Під час проведення операції проводилось цитологічне та гістологічне дослідження вузлів з цілью верифікації їх характеру та вибору обсягу оперативного втручання. Обсяг виконання операції складав від ошадливої резекції в 34 (72,34%) випадках до геміструмектомії в 13 (27,66%) випадках. За допомогою відеоендоскопа і ендоскопічного інструментарію виділявся вузол або доля ЩЗ. Гемостаз проводився шляхом кліпуння верхньої, нижньої щитовидних артерій та вен, кровотечу з дрібних судин зупиняли шляхом монополярної електрокоагуляції в 12 (25,53%) біполярної - у 35 (74,47%) випадках. Видалення вузлів більше 2,5см фрагментарно. Післяопераційна рана зашивалась з використанням косметичних швів.

Результати і їх обговорення. Задовільні результати отримані в 46 (97,87%) хворих. Використання монополярної електрокоагуляції на перших етапах освоєння методу привело до парезу п.гассігуса у 1 (2,13%) випадку. Тому надалі ми застосовуємо тільки біполярний метод електрокоагуляції. Через 3 тижні після проведення консервативної терапії функція п.гассігуса у хворої цілком відновила. Використання методу накладення кліпс на артеріальні та венозні судини ЩЗ приводить до стійкого гемостазу. Ускладнень у вигляді інтраопераційних та післяопераційних кровотеч не спостерігалось.

Висновки: 1. Операції з застосуванням відеоендоскопічної техніки, при доброякісній патології щитовидної залози, являються перспективним методом лікування і можуть бути операціями вибору.

Література:

1. Bendinelli C., Jacconi P., Miccoli P. Endoscopic thyroid and parathyroid surgery. Surg. Endosc., 1999; 13: 3: 314-315
2. Henry J.F., Defechereux T., Gramatik L., De Boissezon C. Endoscopic thyroidektomi in a porcine. Ann. Chir./1999; 331 –334.
3. Miccoli P., Monchik J.M., Minimally invasive parathyroid surgery. Surg. Endosc. (2000) 14: 987-990 DOI 10.1007/s00460000192

Опыт применения эндоскопических методов в пластической эстетической хирургии.

Мишалов В.Г., Храпач В.В., Балабан О.В., Юрченко Д.А.

Кафедра госпитальной хирургии №2 с курсом грудной и сосудистой хирургии Национального медицинского университета им.О.О.Богомольца, Центральная городская клиническая больница, Киев, Украина

Введение. Одна из задач пластической эстетической хирургии- получение малозаметного послеоперационного рубца. Цель применения эндоскопической техники – возможность манипуляции на тканях через операционный разрез кожи эстетически-обоснованной локализации и небольшой протяженности. Материалы и методы. Эндоскопическая техника (фирмы Storz) применялась нами с 1998 года при выполнении операций на лице, молочных железах, передней брюшной стенке в случаях необходимости обширной препаровки и манипуляции на мягких тканях через небольшой разрез кожи, отдаленный от области основного вмешательства.

Выполнено: 30 операций пластики верхней трети лица, 10-фронтотрастик, 22-эндотрихотрихотомии молочных желез, 5-абдоминопластик. Результаты. Во всех случаях достигнут положительный ожидаемый косметический эффект. Длина разреза по сравнению с традиционными методами операции сократилась на 30-200%. Осложнений не было.

Выводы. Применение эндоскопической техники и методик позволяет за счет выполнения эстетически-обоснованной локализации операционного разреза небольшой протяженности, прецизионной препаровки мягких тканей и манипуляции на ней, тщательного гемостаза под визуальным контролем достичь положительных результатов , недостижимых традиционными способами и сократить частоту послеоперационных осложнений.

Наш опыт эндоскопического лифтинга лица

Спарих Д.Е., Топка Э.Г., Мамрак Ю.В.

Днепропетровская медицинская академия.

Центр эндоскопической и пластической хирургии, г.Днепропетровск, Украина

Актуальность, история развития и основные тенденции. Альтернативой оперативным методам коррекции возрастных изменений (морщин и овала лица) являются малоинвазивные, малотравматичные, амбулаторные вмешательства, позволяющие достичь хороших результатов, избежать неблагоприятных осложнений, исключить воздействие общей анестезии на организм, значительно сократить реабилитационный период.

Материалы и методы. За период с 2000 по июнь 2001 года в клинике эндоскопической и пластической хирургии выполнено 18 эндоскопических оперативных вмешательств в области верхней и нижней третьей лица. Возраст пациентов колебался от 27 до 68 лет (в среднем - 47 лет). Женщины составили большую часть пациентов. Операции выполнялись с использованием оборудования и инструментария фирм Karl Storz и Richard Wolf.

Показаниями к операции служили: птоз бровей, морщины лба, выраженные носогубные складки, опущение тканей верхней и средней третьей лица.

В большинстве случаев эндоскопические операции комбинировались с другими косметическими омолаживающими операциями.

Результаты. После выполнения вышеуказанных операций желаемый результат был достигнут у 100% пациентов. Среди послеоперационных осложнений отмечали: гематома - 1 пациент, парез лобной ветви лицевого нерва 3 пациента (наблюдался в период становления метода, ликвидировался применением физиотерапии) В настоящий момент результаты стабильно хорошие и отличные, предсказуемые

Выводы. Эндоскопическая техника позволяет снизить объем операционной травмы, уменьшить длину разрезов, максимально сохранить трофику тканей и иннервацию. Использование эндоскопической техники позволяет удовлетворить пациентов, избегающих видимых следов косметической операции (в том числе и мужчин) и выполнить эстетическое ремоделирование лицам молодого возраста.

Малоинвазивный лифтинг вялого стареющего лица.

Топка Э.Г., Спарих Д.Е., Мамрак Ю.В.

Днепропетровская медицинская академия.

Центр эндоскопической и пластической хирургии, г.Днепропетровск, Украина

Вялое стареющее лицо характеризуется гравитационным птозом мягких тканей, неудовлетворительно изменяющем овал лица. В настоящее время альтернативой оперативным методам коррекции овала лица при возрастных изменениях являются малоинвазивные, малотравматичные, амбулаторные вмешательства, позволяющие достичь хороших результатов, избежать неблагоприятных осложнений, исключить воздействие общей анестезии на организм, значительно сократить реабилитационный период.

С 1999 по 2001г в Центре эндоскопической и пластической хирургии имплантации специальных нитей-подтяжек «Аптос» выполнена 24 пациентам (22 женщинам и 2 мужчин) 23-59 лет

Специальные нити «Аптос» -это хирургическая шовная нить из нерассасывающегося синтетического материала (чаще пролена) различной длины В зависимости от показаний и анатомических областей использовали нити со сходящимися или расходящимися насечками, имплантируемые в мягкие ткани лица на различную глубину подкожно-жировой клетчатки в определенных направлениях.

Срок реабилитации составил 4-7 суток.

Ближайший послеоперационный период протекал гладко у 19 пациентов (79%), неблагоприятно - у 5 (21%). Неблагоприятные проявления (гиперкоррекция - у - пациентов (8%), втяжения в местах выкола-выкола 1 (4%), линейные кровоизлияния по ходу нити у 3 (12,5%) легко корригировались самостоятельно или мануально, в основном проявлялись в период становления метода Общехирургических осложнений и аллергических реакций не отмечено. Отдаленные результаты (Змес - 2 года) прослежены у 21 пациента У 18(85,7%) наблюдали стойкий хороший эффект, у 3 (14,3%) требовалась дополнительная коррекция одно- или двусторонней имплантацией дополнительных нитей. Таким образом, коррекция овала лица с применением имплантации нитей «Аптос» позволяет добиться хороших стойких эстетических результатов при меньшей хирургической агрессии.

Порівнювальна оцінка застосування різних методів гемостазу при проведенні ендоскопічних оперативних втручань на щитоподібній залозі.

Грубнік В.В., Косован В.М., Горячий В.В.

Одеський державний медичний університет. Одеська обласна клінічна лікарня. Відділення ендоскопічної та малоінвазивної хірургії.

Проведення гемостазу при виконанні 47 ендоскопічних втручань на щитоподібній залозі (ЩЗ) мало вивчено і в літературі майже не освітлено. При виконанні ендоскопічних втручань на ЩЗ з використанням монополярної електрокоагуляції нами в 1 (2,13%) хворі було отримано ускладнення в вигляді тимчасового парезу зворотного нерва. Цей випадок змусив нас вичити та оцінити існуючі методи ендоскопічного гемостазу: моно- та діатермокоагуляції, лазерної коагуляції.

Матеріал та методи.

Вивчено гістологічні зрізи у 47 хворих, яким проводились ендоскопічні втручання на щитоподібній залозі з використанням для гемостазу мілких судин моно – в 12 (%), діатермо – в 24 (%) та лазерної коагуляції у 11 (%) хворих. Гістологічні зрізи було окрашено аур-еозино. Моно- та діатермокоагуляція виконувалась апаратом для високочастотної хірургії ЕН57М-1, лазерна коагуляція неодимовим АЛГ-лазером, аргонна коагуляція апаратом EXB4 “ЕФА – 0701”.

Вивчалась ступінь пошкодження оточуючих тканин при проведенні різних методів коагуляції та залежність від експозицій.

Результати та їх обговорення.

При проведенні монополярної електрокоагуляції судин ЩЗ зона пошкодження оточуючих тканин була найбільшою із всіх вивчених. Зона пошкодження оточуючих тканин ЩЗ прямопропорційна експозиції впливу. При проведенні діатермокоагуляції судин ЩЗ зона пошкодження тканин була мінімальною та локалізувалась в місці впливу та майже не залежала від експозиції. Лазерна коагуляція судин ЩЗ визнавала поверхневий некроз оточуючих тканин та мало залежала від тривалості впливу. Найменшою була зона пошкодження оточуючих тканин при використанні апарата EXB4 “ЕФА – 0701”. Післяопераційних кровотеч із коагульованих судин при використанні різних методів гемостазу не спостерігалось.

Висновки:

1. Використання монополярної електрокоагуляції при виконанні ендоскопічного гемостазу на ЩЗ повинно бути обмеженим, особливо при роботі поблизу зворотних нервів.

2. Лазерна та діатермокоагуляція являються оптимальним методом гемостазу при ендоскопічних втручаннях на ЩЗ.

3. Аргонна коагуляція апаратом EXB4 “ЕФА – 0701” являється найперспективнішою при проведенні ендоскопічного гемостазу на ЩЗ.

Література: 1. Емельянов С.И., Феденко В.В., Хатыков И.Е. Эндоскопический подход к выполнению хирургических вмешательств на щитовидной железе. //Эндоскопическая хирургия. -2000. -№3. -С. 26-28.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ (Колопроктология)



Мультидисциплинарные хирургические операции с применением лапароскопической техники.

Гешелин С.А., Кашталын М.А., Гладчук И.З., Вайнтрауб П.Л., Шаповалов В.Ю.
Отделение абдоминальной хирургии, 411 Центральный военный клинический госпиталь Южного оперативного командования.
Одесский государственный медицинский университет.

Введение. Увеличение количества больных с сочетанной патологией побуждает к разработке нестандартных подходов к хирургической коррекции заболеваний. Оперативная лапароскопия расширила показания к симулированным в том числе и мультидисциплинарным операциям с участием хирургов различного профиля. **Материалы и методы.** За 5 лет выполнено 309 симулированных хирургических операций с применением лапароскопической техники. В операциях использовались наборы эндоскопического оборудования "MARTIN" и "KARL STORZ" (Германия), "CIRCON ASCM" (США), "ЭНДОМЕДИУМ" (Россия). Применялась электрохирургическая техника резания и коагуляции, клипирование, реже – лигирование. Все операции выполнены авторами статьи. **Результаты.** У 309 больных выполнена 661 операция, что составляет 9,8% от общего числа вмешательств с использованием лапароскопической техники. Наиболее часто выполнялись лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с эндоскопическими операциями на женских половых органах (52% пациентов). Гинекологические лапароскопические операции в сочетании с лапароскопической аппендэктомией выполнены у 6,8%, гинекологические лапароскопические операции в сочетании с операциями на других органах – у 4,5%. У 36 пациентов лапароскопические операции сочетались с открытыми операциями на органах брюшной полости и на передней брюшной стенке.

В 261 случае (84,6%) объём оперативных вмешательств был запланирован заранее, а у 48 (15,4%) – был непредвиденным.

Учитывая характер патологии принималось решение об участии в операции хирургов того или иного профиля. Окончательное решение о проведении и объёме МОВ принимали субоперационно. Для сокращения продолжительности некоторые виды операций целесообразно выполнять двумя бригадами одновременно.

Средняя продолжительность выполнения МОВ составила 71,3±11 мин, что на 33% превышает продолжительность основного этапа. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила 3,9±1,7 суток, что не отличалось от аналогичного показателя у больных, оперированных тол по поводу основного заболевания – 3,4±1,6 суток. В послеоперационном периоде отмечено 7 осложнений. Конверсионных лапаротомий и летальных исходов не было.

Выводы: Снижение длительности пребывания больного в стационаре, устранение риска повторных оперативных вмешательств и связанных с ними послеоперационных осложнений, экономическая эффективность данных операций играют немаловажную роль при переходе к страховой медицине.

Лапароскопическая технология в хирургическом лечении заболеваний толстой кишки.

Одесский государственный медицинский университет. Областная клиническая больница.
Отделения гастроэнтерохирургии и эндоскопической хирургии. Одесса. Украина.
В.В. Грубник, В.В. Ведишко.

Введение. С 1991 года в мире осваиваются лапароскопические методики операций на толстой кишке. Анализ отдаленных результатов их применения по данным ряда авторов позволяет сделать вывод о ряде преимуществ малоинвазивных методик. Уменьшаются кровопотери, выраженность послеоперационного болевого синдрома, количество осложнений, сокращаются сроки госпитализации и периода реабилитации.

Начиная с 1996 года выполняются вмешательства с ручной ассистенцией, с использованием системы пневморукавка. Последний позволяет нивелировать недостатки лапароскопической колопроктологии.

Материалы и методы. В хирургической клинике Одесского государственного медицинского университета за период с 1998 по 2001 год наблюдалось 38 больных с заболеваниями толстой кишки в возрасте от 27 до 73 лет. Мужчин было 26 человек (68,4%), женщин 12 (31,56%). Все заболевания распределились: 15 наблюдений (39,5%) – опухоли левой половины ободочной кишки, 6 (15,7%) – опухоли правой половины ободочной кишки, 5 (13,1%) – долихосигма, 4 (10,5%) – хронический колостаз при синдроме Пайра, 5 (13,1%) – опухоли прямой кишки, 3 (7,9%) – дивертикулярная болезнь.

Всего произведено 32 классических лапароскопических вмешательства и 6 лапароскопических вмешательств на толстой кишке с ручной ассистенцией при помощи системы пневматического рукава: 4 (66,6%) правосторонних гемиколэктомии, 1 (16,6%) левосторонняя гемиколэктомия и 1 (16,6%) резекция сигмовидной кишки. При этом использовались пневморуква фирм «Dexterly» и «Smith & Nefew».

Результаты. В послеоперационном периоде среди пациентов, оперированных без ручной ассистенции отмечались следующие осложнения: несостоятельность межкишечного анастомоза в 1 случае (2,6%), нагноение раны в 2 случаях (5,3%), левосторонний экзудативный плеврит в 1 наблюдении (2,6%), сроки пребывания в стационаре составили 9,7± 1,2 суток. У больных, оперированных с ручной ассистенцией, осложнений не было, средний койко-день составил 6,8± 1,1 суток (p< 0,01).

Выводы. Наш опыт 38 операций свидетельствует о перспективности лапароскопической технологии в колопроктологии. Малоинвазивные методики позволяют снизить количество послеоперационных осложнений, сроки госпитализации, избежать большого травматического разреза, повысить комфортность послеоперационного периода, снизить кровопотерю. Внедрение в практику ручной ассистенции с использованием пневматического рукава обеспечивает соблюдение онкологических канонических резекции кишки за счет доступности пальпации кишки и лимфатических узлов.

Сорочинский Л.М.

Використання малоінвазивних методів у лікуванні злуквої недуги
Івано-Франківська медична академія

ВСТУП. Актуальність злукуютьворення органів черевної порожнини, як післяопераційного ускладнення, за останні роки стає все більш гострою проблемою і нагадує про себе кожен раз, коли постає питання про необхідність повторного оперативного втручання. Клінічним проявом злуквого процесу є кишкова непрохідність. Висока частота захворюваності на злукую хворобу, труднощі при виборі оптимального методу лікування, високий рівень післяопераційних ускладнень і летальності зумовлюють пошук нових методичних підходів. Найбільш конструктивним на сучасному етапі в лікуванні злуквої хвороби є впровадження малоінвазивних лапароскопічних втручань.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ. Проведено аналіз лапароскопічних хірургічних втручань у хворих на злукую недугу з 1996 по 2000 роки. Вік хворих коливався від 17 до 85 років. Пациєнтів жіночої статі було 73,8%, чоловічої – 26,2%. Для лапароскопічних операцій використовувалися ендохірургічні комплекси фірми "Storz".

РЕЗУЛЬТАТИ ТА МАТЕРІАЛИ ДОСЛІДЖЕННЯ. В більшості хворих малоінвазивні лапароскопічні втручання нами використовувалися як симульовані операції після лікування основного захворювання – лапароскопічної холецистектомії. В основному злуквий процес в черевній порожнині виявляли у хворих, що були прооперовані з причини гострого апендициту. Рихлі і шнуровидні злуки розміщувалися між передньою черевною стінкою та сальником, кишечником і місцем агресії. Рихлі зрощення без особливих труднощів розділяли тупим загнутим зондом, більш щільні пересікали ножицями, сальник і злуки з вираженими судинами попередньо коагулювали. Позитивні результати отримані після ліквідації синдрому Кноха у 18 хворих, безсимптомних злук, що могли ускладнюватися защемленнями через навантажувальний "вікон" - у 74 хворих. Ліквідацію зрощень при клінічних проявах злуквої хвороби і калькульозного холециститу проведено у 27 хворих. Найбільш технічні труднощі були під час лапароскопічного втручання у хворих з клінічними проявами злуквої недуги – кишкові непрохідності. Нами прооперовано таких 14 хворих. З них ліквідовано зрощення сальника при синдромі Кноха (4), гострий злуквий кишковий непрохідності (8). В 1 хворого не уникнули такого ускладнення як термічне пошкодження стінки порожнистого органу. У 4 хворих із кишковою непрохідністю під час діагностичної лапароскопії через виражений злуквий процес і здуття петель кишечника проведено подальшу конверсію в лапаротомію.

ВИСНОВОК. Таким чином, використання малоінвазивних лапароскопічних втручань при лікуванні злуквої недуги обґрунтовано при строго індивідуальному підході до кожного окремого випадку.

Вариант малоинвазивного оперативного вмешательства при повторной реконструкции пищевода по поводу рака

А. С. Зуев, А. Е. Доросевич, Б. Б. Тхоржевский

Смоленский областной институт патологии, Смоленский гарнизонный госпиталь

Актуальность: Из всех существующих в настоящее время методов эзофагопластики по поводу рака пищевода, замещение его стеблем из большой кривизны желудка находит всё больше сторонников. К основным преимуществам следует отнести минимальное число анастомозов с сохранением последовательности пищеварительного тракта. Максимальное выделение пищевода вплоть до глотки и ревизия зон метастазирования повышает радикализм операции, а опасность рецидива в средостении требует проведения желудочного трансплантата на шею вне ложа пищевода. Подкожная энтероторакальная эзофагопластика с внеполостным отсроченным анастомозом на шее лишена принципиальных недостатков предыдущих вариантов, однако более длинный путь проведения трансплантата создаёт предпосылки к развитию ишемических нарушений в проксимальной части стебля. Ретроспективный анализ использования кожного и кожно-мышечного лоскутов продемонстрировал их малую эффективность. Многогранность, частое образование свищей, стеноза, малигнизация кожного трансплантата обуславливают необходимость поиска новых способов пластики шейной части пищевода. При этом приходится учитывать тот факт, что в течении первых 2 лет рецидив рака пищевода возникает в 88,2% случаев, в том числе 67,9% в первый год. Проведённый нами анализ лечения 70 пациентов, которым выполнялась эзофагогастропластика по поводу рака пищевода показал, что некроз проксимальной части стебля аутоотрансплантата развивался у 25,7% пациентов (n=18), в том числе краевой (до 3 см) у 9, частичный (до 10 см) у 5 и значительный (>10 см) у 4. У 6 из 18 пациентов эзофагопластика не была завершена. Послеоперационная летальность составила 14,2%, трёхлетняя выживаемость - 35,7%. Особые трудности возникали в случаях, когда на фоне химиолучевой терапии выполняется повторная реконструкция в связи с некрозом проксимальной части трансплантата. Удаление остатков первичного трансплантата и формирование нового их тонкой или толстой кишки трудно выполнимо из-за обширности повторной операции и резкого снижения питательного статуса.

Для пластики тотального дефекта шейной части пищевода, на наш взгляд, наиболее перспективной использование сегмента нисходящей ободочной кишки (СНОК) с устьем нижней брыжеечной артерии (НБА) и терминальным отделом нижней брыжеечной вены (НБВ).

Материал и методы: Работа выполнена на 12 собаках и одобрена локальным этическим комитетом. Осуществляли пластику шейной части пищевода свободным реваскуляризованным СНОК. Иссекали шейную часть пищевода длиной 4-6 см, дефект замещали СНОК длиной 8-12 см с терминальным отделом НБВ и устьем НБА со стенкой аорты. НБВ анастомозировали при помощи аппарата АСЦ-4 (втулка 2 мм) с наружной подчелюстной или наружной артерией веной, НБА – с общей сонной артерией конец в бок АИ с нитью 4/0-5/0. Продолжительность ишемии 40-60 мин. Дистальный и проксимальный анастомозы формировали при помощи отдельных двухрядных швов АИ с нитью 2/0-3/0. На аорту, в области устья НБА, накладывали непрерывный шов АИ с нитью 4/0-5/0.

Результаты исследования: На 3 сутки после операции макроскопически рельеф слизистой кишечного аутоотрансплантата был сохранён. При гистологическом исследовании наблюдалась перестройка кишечного эпителия, лимфоцитарная инфильтрация, количество бокаловидных клеток было минимальным.

На 14 сутки аутоотрансплантат представлялся веретенообразно расширенным, исчезли складки слизистой оболочки. Гистологически отмечалось образование многослойного плоского эпителия, характерного для стенки пищевода и более выраженного на периферии. В центре трансплантата обнаруживались мелкие очаги некроза, лейкоцитарная инфильтрация, очаги грануляционной ткани. Под эпителием находилась соединительная ткань, содержащая единичные железы, пролиферирующие слезь. Мышечный слой представлялся как отчётливый, с лимфогистиоцитарной инфильтрацией, извитыми нервными волокнами и структурами невром.

На 21 сутки сохранялось веретенообразное расширение свободно проходимо трансплантата. Гистологически на всём протяжении трансплантата отмечена метаталазия с заменой на многослойный плоский эпителий, под которым находились островки грануляционной ткани.

На 30 сутки макроскопически трансплантат не визуализировался, на всём его протяжении структура слизистой характерная для пищевода. В отдельных участках определялись островки грануляционной ткани. Встечались как ампутационные невроны, так и практически не изменённые нервные волокна.

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о хорошей адаптации аутоотрансплантата СНОК в раннем послеоперационном периоде. Развивающиеся в нервных волокнах дистрофические процессы стабилизируются и, к 30 суткам, отмечается частичное восстановление их структуры, сочетающееся с формированием невром.

Выводы: Пластика тотального дефекта шейной части пищевода с использованием СНОК с устьем НБА и терминального отдела НБВ, эффективна и может быть использована для клинического применения как менее инвазивный и более оптимальный вариант повторной реконструкции шейной части пищевода.

II Украинский Конгресс по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии 18-20 сентября 2001 г. Украина, Киев, Киевский клинический госпиталь.

Ф.И.О. участника: Чернев В.Н.

Клиника/отделение: медицинское отделение эндоскопической диагностики и хирургии

Контактный адрес и телефон: г. Киев., ул. Госпитальная, 18., ГВКГ.

Тел 261 - 95 - 86.

Тезисы.

Вид презентации – компьютер

Комплексное лечение больных в IV стадии рака, метастатическим поражением печени с использованием лапароскопической криодеструкции, местным применением цитостатиков пролонгированного действия, суперселективной химиоэмболизации, аутоиммунной вакцинации.

Введение: За последние 15 лет значительно возрос интерес к лечению злокачественных поражений печени. К таким поражениям относятся первичный рак печени и метастазы в печень после радикальных операций по поводу опухолей других органов. Количество больных с одиночными метастазами небольших размеров не превышает 15–18% всех пациентов с метастазами рака в печень. При больших же одиночных и множественных метастазах только 20–30% больных возможно улучшить качество и продолжительность жизни с помощью резекции печени. Поэтому реально резектабельность печени при метастазах составляет от 25 до 30%. Вышесказанное обуславливает необходимость научного поиска такого метода или комплекса методов, которые позволят девитализировать клетки злокачественной опухоли и повысить абляционную эффективность операции, не усугубляя, или минимально воздействуя при этом, на уже сниженную противоопухолевую резистентность организма больного.

Материалы и методы: Нами проведено комплексное лечение 23 больных в IV стадии рака с множественными метастазами в печень с использованием лапароскопической криодеструкции (ЛК) метастатических очагов, местным применением цитостатиков пролонгированного действия (ЦПД), суперселективной химиоэмболизации (ССХЭ) комплексом препаратов (5-фторурацил + адриабластин + метоксантрон), послеоперационной аутоиммунной вакцинации (ПОАВ).

Обязательным условием для выполнения лапароскопической криодеструкции опухоли печени должно быть наличие цитоморфологической верификации процесса. Установить морфологическую форму новообразования у большинства больных удается обычно до лапароскопической операции, так как все больные оперированы ранее (удаление первичной опухоли).

У 8 (34,8%) пациентов выполнены релапароскопии. Показанием к их проведению у 5 (21,7%) пациентов было обнаружение по данным УЗИ и КТ новых метастазов рака в печень. В ходе релапароскопии из метастазов печени брали биопсию, производили криодеструкцию метастатических очагов, местно применяли ЦПД. У 2 (8,7%) больных при релапароскопии обнаружены новые метастазы в печени размерами до 1–2 см в диаметре, которые не были выявлены при УЗИ и КТ в силу недостаточной достоверности этих методов диагностики. Произведена криодеструкция этих очагов и местно применен цитостатик пролонгированного действия. Для гистологического подтверждения эффективности выполненного криовоздействия брали биопсию.

Результаты: У всех больных в послеоперационном периоде уменьшился болевой синдром и проявления интоксикации. При комплексном использовании криохирургии, ПОАВ, ССХЭ и местно воздействия ЦПД на метастатический очаг в печени, рецидива опухоли не наблюдалось.

Выводы: Криодеструкция метастазов печени с использованием методики лапароскопии является малотравматичной, дает низкое количество осложнений, имеет короткий оперативный и послеоперационный период, по сравнению с другими методами хирургического лечения больных с метастатическим поражением печени. Проведение релапароскопии в послеоперационном периоде позволяет точно локализовать новые метастазы, проследить динамику регрессии опухоли, прогнозировать результаты и корректировать схему лечения, при этом минимальная травматизация не способствует развитию спаечного процесса в брюшной полости.

Комплексное лечение, предложенное нами, безусловно, не является радикальным методом лечения злокачественных опухолей, особенно в стадии метастазирования, однако позволяет увеличить продолжительность и улучшить качество жизни данной категории больных.

Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery

ISSN 1029-743X

Complete overview of all sides of minimally invasive surgery. Newly developed surgical techniques on the base of experience and world surgery evolution. From "key hole" surgery and neuronavigation to molecular surgery. World science standard — "the state of art" of endomicrosurgery — for You, Your patients and Your future. Look over horizon!

Worldwide edition, is published four times a year, is confirmed by the Highest Attestation Commition of Ukraine, is an exclusive possessor of the international index — the ISSN — among Ukrainian editions. Index for subscription in Ukraine — 40719.

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743X

Полный охват всех граней минимальной инвазивной хирургии. Сверхсовременные хирургические технологии на основе опыта и эволюции мировой хирургии. От "key hole" хирургии и нейронавигации до молекулярной хирургии. Эталоны мировой науки — "великолепие искусства" эндомикрохирургии — для Вас, Ваших пациентов и Вашего будущего. Расширьте свой кругозор.

Всемирное издание. Выходит 4 раза в год. Утверждено ВАК Украины. Эксклюзивный обладатель международного индекса ISSN среди новых медицинских изданий Украины. Подписной индекс — 40719.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

УРОЛОГИЯ / ГИНЕКОЛОГИЯ



Эндоскопическое лечение рака мочевого пузыря
Брыков В.И., Терещенко Н.К., Коршунов Н.П., Степушкин С.П.
Брыков В.И.

Клиника урологии и нефрологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины, Киев

Введение

За последние 5 лет в Украине заболеваемость раком мочевого пузыря (РМП), увеличилась более чем на 20%. Целью работы является обоснование оптимизации метода трансуретральной резекции (ТУР), РМП на основании 10-летнего опыта клиники урологии и нефрологии ГВКГ.

Материалы и методы

За 10 лет выполнены 331 операция по поводу РМП, из них методом ТУР - 254 (76,7%). Клиническому анализу подвергнуты истории 149 больных, которым выполнены эндоскопические операции. Мужчин было -132 (88,6%), женщин -17 (11,4%). За последние 4 года количеством ТУР, РМП возросло почти в 4 раза в связи с оптимизацией метода, расширением показаний к операции в клиническом мониторинге больных с рецидивными опухолями.

Всем больным выполнено комплексное урологическое обследование, которое наряду с традиционными исследованиями включало: компьютерную томографию (8,2%), магниторезонансную томографию (5,2%), лимфосцинтиграфию (2,7%), а также тазовую ангиографию (2,8%).

В результате обследования у 32 больных РМП сочетался с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и в трех случаях с раком предстательной железы.

Все больные РМП, оперированные ТУР разделены на 2 группы:

I - пациенты (91), которым ТУР выполняли однократно.

II - (58) многократные ТУР в связи с рецидивом РМП.

Результаты

Определены показания, относительные и абсолютные противопоказания к ТУР, РМП, разработаны критерии оценки отдаленных результатов, которые базировались на анализе послеоперационных осложнений, частоте и времени появления рецидива опухоли, изменениях стадии ракового процесса и процента выживаемости. На протяжении 10 лет летальность среди больных II группы составила 0,8%, а частота рецидивирования - 27,5%. 5-ти летняя выживаемость пациентов, оперированных ТУР, РМП составила - 92,3%.

Выводы

1. Эффективность ТУР, РМП зависит от стадии опухолевого процесса, сопутствующих заболеваний, определения строгих показаний к эндоскопическому лечению.
2. Своевременное выявление раннего рецидивирования ракового процесса в МП с последующей ТУР, существенно улучшает отдаленные результаты.
3. ТУР, РМП в стадии Т2-Т3в даже при наличии метастазов является альтернативной операцией выбора радикального лечения РМП.

Сравнительный анализ лапароскопических гистерэктомий с использованием электрохирургической и ультразвуковой оперативной техники

Запорожан В.Н., Гладчук И.З., Рожковская Н.К.
Кафедра акушерства и гинекологии Одесского Государственного Медицинского Университета, г. Одесса, Украина.

Вступление. Целью исследования было провести сравнительный анализ результатов выполнения гистерэктомий с применением электрохирургической и ультразвуковой хирургической техники в клиниках Одесского Государственного Медицинского Университета в 1996 – 2000 г.г.

Материалы и методы. В статье представлены рандомизированные клинические и статистические результаты анализов лапароскопических гистерэктомий с использованием электрохирургической (биполярные режущие щипцы "Everest Medical" или триполярные режущие щипцы "Circson" USA) (первая группа, n=450) и ультразвуковой техники (Olimpus, Japan) (вторая группа, n=50). Во всех случаях выполнялась лапароскопическая гистерэктомия. Все операции были выполнены авторами статьи.

Результаты. Длительность операций не отличалась в обеих группах (1-ая – 78±19 и 2-ая – 80±21 минут). Объем кровопотери так же был сходным в обеих группах: 105±37 и 95±29 соответственно. Частота подъема температуры более 37,5 С была выше в первой группе (в 1,5 раза). Показатели койко-дня составляли 4,3±0,1 в первой группе и 3,1±0,2 во второй группе (p<0,5). Мы наблюдали в 25 (5,5%) случаях осложнения после гистерэктомий с использованием электрохирургической техники и в 2 (4%) – с использованием ультразвуковой техники. В первой группе у нас было 2 случая повреждения органов мочевыводящего тракта: термическое повреждение мочевого пузыря и мочеточника. Первое осложнение было устранено интраоперационно с помощью лапароскопической техники, второе – консервативно с хорошим результатом. Серьезных осложнений во второй группе не наблюдалось.

Выводы. Использование ультразвуковой оперативной техники при лапароскопической гистерэктомии более безопасно для пациентов, ведет к снижению частоты случаев гипертермии в послеоперационном периоде и снижает длительность пребывания больных в стационаре.

Особливості ТУР ПЗ

Стаховський Е. О., Карпенко В. С., Білик В. І.
М. Київ

Ендоскопічне лікування ДГПЗ, у пацієнтів з вираженими супутніми захворюваннями, пов'язано з високим ризиком виникнення інтраопераційних та післяопераційних ускладнень.

Мета роботи: підвищити ефективність ТУР ПЗ шляхом удосконалення оперативної техніки.

Матеріали і методи: клінічному аналізу піддано 180 хворих на ДГПЗ віком від 51 до 85 років, яким виконана ТУР ДГПЗ. В залежності від об'єму передміхурової залози, кількості залишкової сечі та тяжкості супутніх захворювань виконані наступні ендоскопічні операції: розсічення ПЗ у 18 хворих, парціальна резекція ПЗ – у 28, субтотальна – у 74, тотальне видалення гіперплазованої частини ПЗ, у 60.

Розсічення – передбачало резекцію шийки сечового міхура та ПЗ у вигляді "борозни". У 12 хворих за малої ПЗ (масою 20-30г) здійснене розсічення на 4 та 8 годин за диференціалом. У 6 хворих були гіперплазовані переважно бічні частини ПЗ. У них виконане розсічення шийки сечового міхура та ПЗ на 6 годин. При виконанні парціальної резекції ПЗ - видаляли середню частку, яка у вигляді "клапану" спричиняла значне порушення сечовипускання. Резековано від 11 до 25 г ПЗ, тривалість операції не перевищувала 30 хв. Субтотальна резекція передбачала видалення середньої та резекцію половини часток ПЗ. Операцію здійснювали хворим з вираженою інфравезикальною обструкцією та порушенням скорочувальної функції м'язів, що виштовхує сечу. Обсяг резекції ПЗ від 25 до 53 г. Тотальне видалення ДГПЗ передбачало резекцію гіперплазованої ПЗ до хірургічної капсули. Маса резцированої тканини становила у середньому (52 ± 4 г.) і не перевищувала 60 г. Показанням до тотального видалення гіперплазованої ПЗ були виражені атонічні зміни в стінці сечового міхура.

Результати: у пацієнтів, яким розсічена ПЗ, було збережене сечовипускання, був помірно знижений УФІ - (7,5 – 9,3 мл/с), об'єм залишкової сечі становив (70 -160 мл). Парціальне, субтотальне та тотальне видалення ПЗ в усіх спостереженнях дозволило відновити сечовипускання та функцію сечового міхура. Повторної резекції ПЗ потребували 3 хворих через 3-8 років.

Висновки: застосування диференційованого підходу до виконання ТУР ДГПЗ у пацієнтів з тяжкими супутніми захворюваннями дозволило в усіх відновити сечовипускання, усунути симптоми інфравезикальної обструкції

Профілактика ускладнень при ТУР ПЗ

Стаховський Е. О., Білик В. І.
М. Київ

Трансуретральна резекція (ТУР) залишається "золотим стандартом" в лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ), але вона може спричинити різні ускладнення, зокрема - синдромом водної інтоксикації організму - "ТУР-синдромом", кровотечу, запальні процеси сечових шляхів. Це значно підвищує операційний ризик особливо у хворих з вираженою супутньою патологією.

Мета роботи: удосконалити міри профілактики гострих інфекційних ускладнень та ТУР синдрому при трансуретральній резекції ПЗ.

Матеріали і методи: Проведений клініко-лабораторний аналіз у 76 хворих, яким в клініці пластичної та відновної урології здійснена операція – ТУР з приводу доброякісної гіперплазії (ДГ) ПЗ. Операція ТУР ПЗ включала резекцію ДГ, дренажування сечового міхура за допомогою катетера Фолея протягом 48-72 годин. Всім хворим до операції і в після операційному періоді, залежно від ступеня інфікованості та анатомо-функціональних змін в сечовивідній системі, призначали антибіотик широкого спектру дії нефтазидим (фортум) від 1г до 10г на курс лікування. Ефективність антибактеріальної профілактики оцінювали за вираженістю клінічних симптомів після операції, клініко-бактеріологічних досліджень сечі та крові. У 38 пацієнтів був визначений об'єм промивної рідини, яка всмоктується при ТУР ДГПЗ за допомогою етанолу. Методика даного дослідження заключалась в наступному: до 5% розчину глюкози, якою зрошували сечовий міхур під час операції, додавали 96% етиловий спирт, таким чином щоб концентрація його становила один відсоток. Обстеження пацієнтів під час операції складалось з виміру артеріального тиску, пульсу, та забору крові для визначення алкоголю.

Результати: встановлено що кількість всмоктуючої рідини була прямо пропорційно залежна від ваги видаленої тканини (p < 0,0001). Так об'єм рідини більше 800 мл, який всмоктувався, був визначений у 9 (24%) пацієнтів, тільки у 1 (2,63%) хворого вага видаленої тканини була менша 45 грам. Профілактична антибіотикотерапія препаратом нефтазидим (фортум) дозволила уникнути після операційних гострих запальних ускладнень у 74 (97,4%) хворих. Тривалість лікування після операції становила 4–6 днів.

Висновки: враховуючи що пацієнти які підлягають трансуретральній резекції простати часто належать до груп з високим операційним ризиком, із-за їх віку і супутньої патології, доцільно прогнозувати і проводити міри профілактики операційних та після операційних ускладнень що значно покращить якість лікування.

Эндоскопическое лечение уретероцеле

Стаховський Э.А., Глоба А.И.

Отд. пластической и восстановительной урологии, института урологии и нефрологии АМН, Киев, Украина

Уретероцеле – врожденное расширение внутрипузырной части мочеточника, которое, по нашим данным встречается среди больных уретерогидронефрозом в 5% случаев. Являясь одним из сложных пороков развития, при несвоевременном и неадекватном лечении приводит к нарушению пассажа мочи, пиелонефриту, сморщиванию почки и потере её функции. До настоящего времени нет единой точки зрения на тактику лечения уретероцеле. Это обусловлено вариабельностью анатомо-функциональных изменений в верхних мочевыводящих путях

В основу настоящей работы положены результаты клинического обследования и эндоскопического лечения 38 больных с уретероцеле. Пациенты были в возрасте от 4 до 65 лет. В 8% патологический процесс был двусторонним. В результате рентгенологического и радиологического исследования у 64% больных было установлено наличие уретерогидронефроза. У 36% уретероцеле сопровождалось пиелонефритом и замедлением пассажа мочи без эктазии верхних мочевыводящих путей. Всем больным было произведено эндоскопическое лечение: трансуретральное рассечение уретероцеле. Для операции применяли уретротом №24 с непрерывным током промывной жидкости. После проведения его в мочевой пузырь производили цистоскопию с определением размеров и локализации уретероцеле. Затем в просвет устья вводили нож уретротом и рассекали на протяжении 5-6мм. Обязательным условием рассечения является устранение стаза мочи в уретероцеле. Операцию заканчивали установлением в мочевой пузырь катетера Фолея на 3-5 дней. После оценки отдаленных результатов лечения отмечен положительный результат у всех больных у которых до операции отсутствовала эктазия верхних мочевыводящих путей. И лишь у 6% пациентов с уретерогидронефрозом результат операции осложнился пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Практическое отсутствие осложнений, сокращение сроков госпитализации, минимальная травматичность и надежность позволяют отнести эндоскопическую коррекцию уретероцеле к методу выбора его лечения.

Лікування хворих на зовнішній ендометріоз: аналіз десятирічного досвіду.

Запорожан В.М., Гладчук І.З., Рожковська Н.М., Непорада С.М.

Одеський державний медичний університет. Одеська дорожня клінічна лікарня

З 1992 по 2001 роки під нашим спостереженням знаходилось 1200 хворих на зовнішній генітальний ендометріоз. В залежності від застосованих методів лікування пацієнтки були розподілені на три групи. В першій групі (n = 220) лікування проводилось консервативним шляхом із застосуванням гормональних препаратів. У другій групі (n = 800) проводилось комбіноване лікування, яке включало оперативне втручання та до- або післяопераційну гормонотерапію. Ця група, в свою чергу, була розподілена на дві підгрупи. ІІа - 650 хворих, у яких хірургічне втручання проведено лапароскопічним шляхом; ІІб підгрупа, у якій хірургічний етап було здійснено за допомогою лапаротомії. В третій групі (n = 180) застосували лише хірургічне лікування. Ця група також була розподілена на дві підгрупи: ІІІа підгрупа - 100 жінок, хірургічне лікування яким провели за допомогою лапароскопії, та ІІІб підгрупа - 80 жінок, яких було прооперовано за допомогою "відкритого" хірургії.

Результати лікування оцінювали за частотою та строками рецидивів, повним зльненням від більшового синдрому, частотою настання вагітності у жінок, зацікавлених у відновленні репродуктивної функції.

Зроблено висновок, що у жінок, зацікавлених в відновленні репродуктивної функції, перевагу має насамперед комбіноване лікування з застосуванням консервативної лапароскопічної хірургії та агоністів ГнРГ. Однак при можливості шкловитого видалення вогнищ ендометріозу у хірургічний спосіб від додаткової гормональної терапії у цієї категорії пацієнток можна утриматись. У жінок, які не виказують бажання завагітніти та спостерігаються більший синдром, методом вибору слід вважати гормональну терапію із застосуванням агоністів ГнРГ, антигонадотропів, "чистих" гестагенів, гестерину або оральних контрацептивів. При важких експансивних формах захворювання, ретроєврікального ендометріозу у жінок пізнього репродуктивного віку методом вибору може розглядатись радикальне хірургічне лікування лапароскопічним або "відкритим" методом.

Опыт выполнения лапароскопических консервативных миомэктомий с использованием препарата «ЗОЛАДЕКС».

Гладчук И. З., Назаренко О. Я.
Одесский государственный медицинский университет,
411 Центральный военный клинический госпиталь ЮОК

Вступление: консервативная миомэктомия может быть выполнена, как традиционно путём лапаротомии, так и с использованием современной видеоэндоскопической аппаратуры. С целью улучшения условий выполнения, последние годы используют агонисты ГнРГ для предоперационной подготовки.

Цель: проанализировать результаты выполнения лапароскопической миомэктомии для уточнения показаний, противопоказаний и условий проведения адекватной терапии «ЗОЛАДЕКСОМ».

Материалы и методы: в госпитале с 1996 выполнено 173 лапароскопические миомэктомии. 43(24,8%)пациенткам проводили предоперационную подготовку препаратом «ЗОЛАДЕКС». Препарат вводили в дозе 3,6 мг. ежемесячно трижды. Операция была через 3-4 недели после последней инъекции.

Результаты и обсуждение: средний возраст прооперированных составил 33,5 лет (от 21 до 54). Средний уровень гемоглобина до лечения составил 98,5 г/л, а перед операцией - 118,5 г/л. У больных, которым не проводилась адекватная терапия препаратом этот показатель составил - 107,3 г/л. Размер матки до начала лечения составлял 11,5 недель беременности (от 8 до 14). Размеры миом, по данным УЗИ колебались в пределах между 57 мм. до 11 мм. и в среднем составили 65,9 мм. Через 28 дней после 3-й инъекции размер матки составил 7,8 недель беременности, что было на 27,7% меньше первичного, как и размер максимального миоматозного узла (41,7 мм.). Наиболее выраженное уменьшение наблюдалось в узлах интрамуральной и субсерозноинтрамуральной локализации. В среднем за операцию удаляли до 2-х узлов, максимум 6. В группе получавшей препарат до 50% миом было интрамуральной локализации. У пациентов, которым не проводилась адекватная терапия, до 70% миом располагалось субсерозно и имели в среднем размер 30,4 мм (до 75 мм.). Продолжительность операции составила в среднем 100,5 минут (от 30 до 190). У 8 больных край дефекта миометрия зашивали отдельными (1-5) синтетическими адсорбирующимися швами с экстр. - или интракорпоральным завязыванием узлов. В остальных случаях после тщательной коагуляции ложа эндоплинтис не накладывали. Если размер узла превышал 4 см. удаляли его, в основном, через заднее кольчатое отверстие. В 7(4%) случаях перешли на лапаротомию. У 21% прооперированных в течение 3-х суток наблюдалась лихорадка до 38 градусов. Средняя продолжительность пребывания больной в стационаре составила 3,2 суток.

Вывод: лапароскопическая миомэктомия является операцией выбора у женщин репродуктивного возраста. Возможности успешного выполнения вырастают после проведения адекватной терапии «ЗОЛАДЕКСОМ» в течение 3-х месяцев, у женщин с интрамуральным расположением узлов размерами более 50 мм., постгеморрагической анемией. Она способствует нормализации показателей красной крови и уменьшению размеров миоматозных узлов и матки на 28% от первичных.

Використання Вільпрафену та озонотерапії при лапароскопічному лікуванні гнійно-запальних процесів малого таза хламідійної етіології.

Венчиківський Б.М., Жегулович В.Г., Яроцький М.С., Семенюк Л.М., Бурка О.А.
Кафедра акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету
м. Києва, Україна

В структурі гінекологічних захворювань запалення внутрішніх статевих органів складають 17,8-28%. Серед збудників запальних процесів хламідії виявляються у 28-84% жінок. Для консервативної терапії використовують комбінацію двох або трьох антибіотиків. Жодна із запропонованих у медичній літературі схем не виявляється ідеальною.

Мета. Вивчити вплив Вільпрафену та озонотерапії при лапароскопічному лікуванні гнійно-запальних процесів малого таза хламідійної етіології.

Матеріали та методи. 3 1999 по 2001 р. нашим колективом виконано 180 лапароскопічних операцій. З них 30 (16,6%) жінок було прооперовано з приводу запальних процесів внутрішніх статевих органів. Хламідіоз було виявлено у 15 (50%) хворих. Лапароскопія проводилася за загальноприйнятою методикою із застосуванням ендоскопічного обладнання фірми "WISAP" (Німеччина). Показаннями для проведення операції були: необхідність підтвердження діагнозу, сальпінгіти та сальпінгофорити, що часто рецидивують, гідро- та піосальпікси, тубооваріальні абсцеси, пельвіоперитоніти. Для аспіраційно-промивного лаважу використовували медичний озонатор "Промінь-2" виробництва ВАТРА-ЕКОМЕДІ м.Тернопіль. При хламідійній інфекції використовували препарат Вільпрафен (Heinrich Mack).

Результати: 3 20 хворих, яким проведено операції, гострий сальпінгіт був у 16 (53,3%), абсцес яєчника у 2 (6,6%), піосальпікс у 5(16,7%), гнійне тубооваріальне утворення у 3 (10%), гідросальпікси та спайковий процес, який утворює кістозні порожнини - 4 (13,3%). Після 2-3 діб з моменту лапароскопії відбулося покращення загального стану, нормалізація температури, зменшення болювого синдрому, зниження кількості ексудату з черевної порожнини. Рецидивів запальних захворювань після операцій не було. Вагітність напустила у 5 пацієнток.

Висновки: Методика аспіраційно-промивного лаважу порожнини малого таза озонованим фізіологічним розчином під час лапароскопічних операцій при гнійно-запальних захворюваннях внутрішніх статевих органів у жінок значно поліпшує результати лікування порівняно з лапаротомним доступом. Використання Вільпрафену при лікуванні хламідійної інфекції у цих жінок у 92% випадків мало позитивний результат.

Роль і значення локальних методів терапевтичного впливу при гіперпластичних станах ендометрію.

Борода А.М., Лакатош В.П., Жегулович В.Г., Яроцький М.С.
Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця. м. Київ.

Вступ. Проблема патологічних гіперпластичних станів ендометрію на сьогодні є досить актуальною і являє собою одну із важливих медико-соціальних проблем, як для України так для всієї світової спільноти. Численні наукові дослідження в цьому напрямку розкрили певні особливості виникнення та перебігу захворювання, однак говорити про остаточне вирішення даної проблеми ще є передчасно. Встановлено, що захворювання є багатofакторним і спричинене рядом як внутрішніх так і зовнішніх чинників. В залежності від переваги одних з них в кожному конкретному випадку вимальовується певна патогенетична картина, а перебіг захворювання набуває окремих індивідуальних ознак. Це зумовлює складність в виборі та реалізації програми терапевтичних заходів та може вплинути на його ефективність, сприяти рецидивам чи мати ризик виникнення малігнізації.

Матеріали і методи. 126 жінок з патологічними станами ендометрію підлягало комплексному клініко-лабораторному обстеженню з застосуванням лікувально-діагностичної гістероскопії. В 72 хворих в програмі лікування диференційовано застосовано локальні методи терапевтичного впливу, як деструктивного так і не деструктивного характеру.

Результати. Гістероскопія дала змогу дати ендоскопічну характеристику стану ендометрію - встановити ендоскопічний діагноз, визначити місця патологічного враження та взяти прицільно матеріал для морфологічної верифікації діагнозу; обґрунтовано вжити локальних терапевтичних заходів; провести оцінку ефективності лікування. Гістероскопічний і морфологічний діагноз співпали в 88,4% випадків. Деструктивні втручання, як правило, не супроводжувалися нормалізацією морфоструктури ендометрію. Однак, диференційоване застосування локальних методик терапевтичного впливу сприяло підвищенню його ефективності на 8,6%.

Висновки. 1. Гістероскопічне дослідження має бути обов'язковим в разі виявлення чи прояву ознак патології ендометрію під час ультразвукового чи іншого скринінгу, а також при наявності клінічних ознак захворювання.

2. Локальні терапевтичні втручання є патогенетично обґрунтованими у 72% хворих патологічними станами ендометрію і завжди мають бути складовою частиною комплексної програми лікування цієї групи хворих.

3. Застосування деструктивних методів терапевтичного впливу має бути патогенетично обґрунтованим і проводиться після клініко-морфологічної верифікації діагнозу. При наявності передраку чи пloidозі на малігнізацію доцільно вживати більш радикальних заходів.

4.Пацієнтки після проведеного внутрішньоматкового втручання підлягають диспансерному нагляду.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ЕКТОПІЧНІЙ ВАГІТНОСТІ

Одесський державний медичний університет
Гладчук І.З., Шитова А.В., Ананко Ю.О.

Органозберігаючі лапароскопічні операції при ектопічній вагітності проводять у випадках, коли пацієнтка ще не реалізувала свою дітородну функцію та бажає її зберегти на майбутнє. Віддалені результати таких операцій залежать від багатьох чинників та характеризується значними розбіжностями. Вони кращі при непорушеній ампулярній вагітності та значно гірші при істмічній та інтрамуральній локалізації плідного яйця. Відсутність єдиної тактики щодо проведення органозберігаючих лапароскопічних операцій при різних формах ектопічної вагітності змусила нас проаналізувати власний досвід таких операцій.

Матеріал та методи. В ретроспективне дослідження були включені 47 пацієнток, у яких упродовж 1996-2000 років з приводу ектопічної вагітності було проведено органозберігаючі лапароскопічні операції. Вік пацієнток коливався від 16 до 35 років і в середньому становив $24,5 \pm 3,7$ років. У 7 (14,8 %) із 47 жінок було по одній дитині, у решті (85,1 %) – жодної. У 39 (82,9 %) пацієнток ектопічна вагітність була діагностована на етапі прогресування, у решті – порушеною. Випадків ампулярної вагітності було 42, істмічної – 3, інтрамуральної – 2. У всіх 47 жінок планувалося проведення органозберігаючої операції. У 42 (89,3 %) випадках така операція була проведена методом лінійної сальпінготомії із застосуванням електрохірургічної або ND-YAG- лазерної оперативної техніки, у 3 жінок з порушеною за типом абортів ампулярною вагітністю була застосована методика видавлювання та аспірації плідного яйця. У 2 пацієнток з інтрамуральною вагітністю застосовували власну методику органозбережливих операцій із застосуванням двох ендоскопічних петлевих лігатур. До тубектомії вимушені були вдатися у 2 (4,2 %) жінок. Випадків конверсійних лапаротомій не було. У 43 (91,4 %) пацієнток у післяопераційному періоді проводили моніторинг рівня ХГ, у 3 (6,3 %) - додаткову терапію метотрексатом. Контрольні ГСГ виконано у 41 пацієнтки.

Результати. Найближчі результати не залежали від типу застосованої оперативної техніки. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі після операції становила $2,5 \pm 0,3$ діб. Ранніх післяопераційних ускладнень не спостерігали. Контрольні рентгенограми продемонстрували прохідність опорованої труби у 97 % випадків ампулярної вагітності та у 1 з трьох випадків істмічної вагітності. Позитивні результати зафіксовано у 17 із 18 випадків проведення лазерної сальпінгостомії та у 25 із 29 випадків електрохірургічної методики операції. Частота настання вагітності у жінок з позитивними результатами ГСГ становила 85 %, а серед усіх обстежуваних пацієнток – 73 %. Репродуктивні результати після проведення лазерної сальпінгостомії в порівнянні з електрохірургічною методикою операції були на 14% вищі.

ЛАПАРОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ТУБООВАРІАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ

Товшштейн Л.А. Одеський Медичний інститут.

Проведення лапароскопічних операцій у хворих з тубооваріальними абсцесами (ТОА) вперше було запроваджено у 1986 р. американським хірургом H. Reich. Завдяки мінімальній інвазивності, високій прецизійності та вдосконаленню оперативної ендоскопічної техніки при багатьох видах гінекологічної патології вдалося покращити результати лікування, значно зменшити економічні витрати.

ТОА ускладнюють перебіг гострих та хронічних гнійно-запальних захворювань придатків матки у 14,8 – 15,9 % випадків та за умов неадекватної терапії можуть привести до генералізації процесу з розвитком перитоніту – у 5% випадків, сепсису – у 3,8% з високим ризиком летального кінця (2%) (В.І.Краснопольський, С.Н.Буянова, 1999; Б.Я.Вейцівський, 1999; В.А.Чайка, 2000). За нашими даними 13% хронічних запальних захворювань придатків матки ускладнюються тубооваріальними абсцесами.

Упродовж 1998-2001 років з приводу тубооваріальних абсцесів було прооперовано 90 хворих лапароскопічним шляхом.

Розповсюдженість патологічного процесу була така: однокічний ТОА – 63 (70%) хворих, двокічний ТОА – 27 (30%) хворих, вторинне запалення яєчників – 6 (6,6%) хворих, ТОА з пельвіоперитонітом – 17 (18,8%) хворих, ТОА з розлитим перитонітом – 3 (3,3%) хворих, загроза перфорації ТОА – 6 (6,6%) хворих.

Протягом 2000 року і по теперішній час було виконано дві лапароскопічні гістеректомії з приводу однокічного ТОА з ознаками перфорації та некрозу миоматозного вузла на фоні тривалого використання внутрішньоматкового контрацептиву, а також з приводу розлитого перитоніту на фоні ТОА, ендометригії та вузлових міомі матки з дисциркуляторними порушеннями.

Середній вік пацієнток становив 28,7 $\pm$ 3,5 років. Видалення патологічного вогнища при лапароскопії з черевної порожнини у 59 (65%) хворих здійснювали через задній кольчатий отвір, у решті – через один із проколів у передній черевній стінці.

Інфузійна терапія у середньому тривала дві доби.

Для проведення періопераційної антибіотикотерапії використовували Zinacef (Glaxo) або Ciprofol (KRKA) (зінацеф по 1,5 г на добу внутрішньовенно крапельно в середньому 2-3 доби, ципрофол по 400 мг два рази на добу упродовж 4 діб), препарати групи нітроїмідазолу по 1500 мг на добу у три прийми внутрішньовенно крапельно, при необхідності – препарати групи аміноглікозидів. При цьому слід відмітити, що більш економічно використовувати ципрофол.

Середній післяопераційний ліжко-день становив 3,1 $\pm$ 0,4. Після виписки із стаціонару хворим проводився курс реабілітаційних заходів в умовах денного стаціонару чи амбулаторно.

Середня вечірня температура тіла хворих упродовж 3 діб була такою: 1-ша доба – 37,5 $\pm$ 0,3 $^{\circ}$ C, 2-га – 37,2 $\pm$ 0,3 $^{\circ}$ C, 3-тя – 36,9 $\pm$ 0,3 $^{\circ}$ C.

Застосовували тактику ранньої рухової активності – хворі починали ходити через 12 годин після операції, що сприяло відновленню перистальтики кишечника у найближчі 24 години після операції. Додаткові методи стимуляції кишечника не застосовувалися.

У 18 (20%) хворих у післяопераційному періоді виконували динамічну лапароскопію через 12 та 24 години, яка дозволяла знизити частоту внутрішньочеревинного абсцедування, післяопераційного спайкоутворення та сприяла, таким чином, поліпшенню віддалених результатів операції.

Серед зафіксованих ускладнень було 2 (2,2%) випадки нагноєння післяопераційної рани у місці евакуації макропрепарата із черевної порожнини і 1 (1,1%) випадок сероми в парамілікарній області. Репараторотомії та конверсійних лапаротомій не було.

Таким чином, можна прийти до висновку, що застосування оперативної лапароскопії у комплексному лікуванні хворих з ускладненими формами ТОА є високоефективним та потребує подальшого удосконалення.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

ЛОР-ХИРУРГИЯ



Эндоскопическая микрогайморотомия при внеопухолевых заболеваниях верхнечелюстной пазухи.

Головки В.В., Антонов А.Э.

Клиника оториноларингологии (нач. Шербул В.И.) Главного военного клинического госпиталя МО Украины (нач. к.м.н. М.П.Бойчук)

Введение. Многочисленные варианты строения лицевого черепа не всегда позволяют успешно выполнить вмешательства на верхнечелюстной пазухе эндоназально (лепторингия, локализация кист в переднемедиальных и нижних отделах верхнечелюстной пазухи и др.). Методом выбора при этом является доступ через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи. Материал и методы. Доступом через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи прооперировано 12 больных. Из них – 8 больных с кистой пазухи, которая локализовалась в переднемедиальном углу пазухи и в альвеолярной бухте, 4 больных с хроническим гнойным гайморитом. Всем больным в обязательном порядке выполнялась КТ околоносовых пазух в коронарной проекции и эндоскопия полости носа для оценки состояния остеомаляльного комплекса. При операциях использовались: эндоскопы 25° 2,7мм (Richard Wolf) и 0° 4мм (Karl Storz), видеокамера Telekam DX (Karl Storz), монитор 19" Trinitron (Sony), осветитель Halogen 250" Twin (Karl Storz), система "Streycer" TPS-II, микродебридер (Karl Storz), набор микрохирургических инструментов.

Операции выполнены под местной анестезией. Доступ осуществлялся путем вертикального разреза в преддверии рта длиной до 1см, обнажением передней стенки пазухи площадью до 1см², трепанацией пазухи диаметром 3-4мм для введения эндоскопов и наложением второго трепанационного отверстия диаметром до 3мм для введения микроинструментов и насадки 2мм микродебридера или шейвера. После удаления патологического содержимого, по показаниям формируем соустье, как принято, в области задней фонтанеллы.

В послеоперационном периоде осложнений не наблюдали. Операция выполняется или амбулаторно, или стационарно сроком не более одних суток.

Выводы. Эндоскопическая микрогайморотомия через переднюю стенку верхнечелюстной пазухи является альтернативой эндоназальным доступам при определенных показаниях и надежной альтернативой операции Каддуэлла-Люка.

Эндоскопические вмешательства при новообразованиях гортани с использованием фиброоптики

В.В.Кизим, А.В.Попов, Е.П.Богачев

Кафедра ЛОР-болезней факультета последипломного образования Донецкого медицинского университета, ИНВХ АМН Украины, Донецк, Украина

Новообразования гортани по-прежнему остаются ведущей онкопатологией и занимают 1-е место в структуре всех ЛОР-онкологических заболеваний. Одним из важных этапов в диагностике и лечении опухолей гортани является биопсия новообразования. Традиционно данная операция производится при неяркой либо при яркой ларингоскопии с использованием различных инструментов (гортанных щипцов или высушителей). Вместе с тем, в ряде случаев анатомические особенности гортани, локализация новообразования и его характер, не позволяют детально рассмотреть гортань, уточнить локализацию и распространенность опухолевого процесса, прицельно выполнить биопсию либо произвести радикальное удаление новообразования. Решению данной рода проблемы, на наш взгляд, способствует использование фиброволоконной оптики.

В ЛОР-клинике ИНВХ АМН Украины (г.Донецк) на протяжении ряда лет для осмотра гортани, выполнения биопсии либо удаления новообразований используются установки фирмы «Olympus». Вмешательства производились после премедикации с внутримышечным введением 0,1% раствора атропина, с использованием аппликационной анестезии 10 % раствором лидокаина. В 1999-2001гг. фиброларингоскопия с целью уточнения характера, локализации и распространенности процесса произведена у 38 пациентов с различными заболеваниями гортани, в том числе у 23 при подозрении на наличие злокачественной опухоли. За этот же период у 27 больных произведено удаление доброкачественных новообразований (фибромы, ангиомы, папилломы) с использованием фиброволоконной оптики. Показанием к выполнению данного рода вмешательств послужила труднодоступная локализация опухолей (гортанная поверхность надгортанника, область передней комиссуры, подскладочный отдел). Во всех случаях удавалось одномоментно, либо в два приема произвести шадящее удаление новообразований. Таким же образом у 19 больных со злокачественными новообразованиями была выполнена биопсия гортани, при этом у 17 пациентов гистологически был выполнен плоскоклеточный рак различной степени дифференциации. В последующем всем больным были выполнены радикальные оперативные вмешательства необходимого объема.

Таким образом, использование фиброволоконной оптики позволяет выполнить шадящие вмешательства при доброкачественных новообразованиях гортани, прицельно произвести биопсию опухоли, сократить сроки обследования и лечения больных.

Эндоназальная эндоскопическая хирургия решетчатой кости при хроническом гнойном фронтите

Климов З.Т.

Кафедра ЛОР-болезней факультета последипломного образования Донецкого государственного медицинского университета, Донецк, Украина

После создания W. Messerklinger – 1966, 1967, 1979, 1987 стройной патофизиологической теории возникновения синуситов, были разработаны новые принципы хирургического лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Господствующие представления о синусогенной теории возникновения синуситов были пересмотрены, а на смену радикальным оперативным вмешательствам пришла эндоназальная эндоскопическая функциональная полисинусотомия, дополненная в трудах М.Е. Wigand – 1989, 1990 и H. Stammberger – 1979, 1980, 1985, 1986, 1987, 1990.

Одним из наиболее сложных вмешательств на передней группе синусов следует считать операцию на лобной пазухе. Следует отметить, что за небольшой срок своего существования были пересмотрены некоторые положения, изменена тактика оперативных вмешательств.

В нашей клинике произведено 126 эндоназальных хирургических вмешательств по поводу хронического гнойного фронтита.

В 48 случаях выполнена эндоназальная эндоскопическая фронтотомия с расширением лобно-носового соустья преимущественно кпереди за счет клеток валика носа. Из них в 27 случаях больные подверглись эндоскопической эндоназальной фронтотомии после ранее произведенных радикальных операций на лобной пазухе. В 12 случаях эндоназальная эндоскопическая фронтотомия произведена при наличии полипозно-гнойного этмоида, естественное соустье расширено за счет обнаруженных больших разрушений в решетчатой кости. В 9 случаях эндоназальная эндоскопическая фронтотомия была произведена после вмешательств на среднем носовом ходе по поводу полипозного этмоида, хронического гайморита, фронтита.

В 78 случаях при хроническом гнойном фронтите произведена этмоидотомия, расширение лобного кармана, операция кончалась ревизией лобно-носового соустья, что создало хорошую дренажную функцию лобной пазухи. За 3 года отмечено 2 случая рецидива хронического гнойного фронтита.

В заключении следует отметить, что при хроническом гнойном фронтите не следует во всех случаях добиваться расширения естественного соустья, если после произведенной этмоидотомии естественное соустье состоятельно и восстановлено, а дренажная функция лобной пазухи адекватная.

Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery

ISSN 1029-743X

Complete overview of all sides of minimally invasive surgery. Newly developed surgical techniques on the base of experience and world surgery evolution. From "key hole" surgery and neuronavigation to molecular surgery. World science standard — "the state of art" of endomicrosurgery — for You, Your patients and Your future. Look over horizon!

Worldwide edition, is published four times a year, is confirmed by the Highest Attestation Commition of Ukraine, is an exclusive possessor of the international index — the ISSN — among Ukrainian editions. Index for subscription in Ukraine — 40719.

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743X

Полный охват всех граней минимальной инвазивной хирургии. Сверхсовременные хирургические технологии на основе опыта и эволюции мировой хирургии. От "key hole" хирургии и нейронавигации до молекулярной хирургии. Эталоны мировой науки — "великолепие искусства" эндомикрохирургии — для Вас, Ваших пациентов и Вашего будущего. Расширьте свой кругозор.

Всемирное издание. Выходит 4 раза в год. Утверждено ВАК Украины. Эксклюзивный обладатель международного индекса ISSN среди новых медицинских изданий Украины. Подписной индекс — 40719.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ



Опыт более 200 видеоторакоскопических операций.

Сон А. С., Хайлов М. П., Каштальян М. А., Кучер Б.М

Одесский государственный медицинский университет ,
411 Центральный военный клинический госпиталь ЮОК

Вступление: в нашем лечебном учреждении за последние 7 лет на волне развития эндоскопической хирургии, прежде всего брюшной полости и гинекологии, начали проводиться видеоторакоскопические операции, количество которых, а также сложность возрастает из года в год.

Материалы и методы: в госпитале на сегодняшний день выполнено 149 вмешательств, при хронической артериальной недостаточности артерий верхних конечностей (наибольшая группа больных), а также 53 больным выполнены операции на органах грудной клетки и средостения.

Результаты и обсуждение: за 7 лет в отделении выполнено 149 верхнегрудных видеоторакоскопических симпатэктомий, 53 операции при заболеваниях плевры и легких, средостения, 2 вмешательства при рецидиве язвенной болезни после СТВ с дреннрующими операциями - наддиафрагмальная стволовая ваготомия. Тяжелых осложнений, характерных для открытых торакотомий (эмпиема плевры, свернувшийся пневмоторакс, пневмония) - не было. Дренажирование плевральной полости на стороне вмешательства было обязательным в течение суток. Эндоскопические вмешательства проводились по общепринятой методике с учетом удобства введения инструментов. Только в 3 случаях мы использовали раздельную интубацию бронхов, однако, по мере усложнения операций, к этому приему, по-видимому, придется обращаться гораздо чаще. В ряде случаев, при сложных оперативных вмешательствах приходилось применять 2 и больше манипуляторов (при стандартной методике -1 манипулятор и оптическая система). Использовались наборы эндоскопической аппаратуры фирм «Martin», «Karl-Storz», а также «Эндо медиум» (Россия).

Выводы: Наш сравнительно небольшой опыт дал возможность позитивно оценить видеоторакоскопическую технику при оперативном лечении ряда заболеваний.

1. Сократился койко-день в среднем с 21 до 5.

2. Удалось избежать имевшихся при открытых методиках осложнений.

3. Улучшилась диагностика заболеваний плевры, легких, средостения.

Положительный опыт и прогресс видеоторакоскопической хирургии в условиях многопрофильного лечебного учреждения даёт возможность дальнейшего развития этой методики в интересах сердечно-сосудистой, торакальной, и абдоминальной хирургии.

Ю.С. Крамаренко, В.Е. Сафонов, В.Н.Чернев

Главный Военный Клинический Госпиталь, отделение торакальной хирургии
Киев, Украина

Ул. Госпитальная 18, тел. 2619571

Видеоторакоскопическая диагностика заболеваний органов грудной полости

Несмотря на широкий спектр современных методов диагностики, установление истинной природы заболеваний при многих поражениях органов грудной полости сопряжено со значительными трудностями.

Больные часто проходят длительный путь обследования, прежде чем удается установить правильный диагноз. Это отодвигает сроки лечения, что отрицательно сказывается на его результатах.

В отделении торакальной хирургии ГВКГ за последние два года было выполнено 20 торакоскопических диагностических вмешательств. Первое место занимали больные с экссудативным плевритом, неясной этиологии – 15 случаев (75 %), второе – с диссеминированными заболеваниями легких – 3 случая (15 %), с опухолями средостения – 2 случая (10 %).

Все больные до торакоскопии прошли комплексное обследование в пульмонологических и туберкулезных отделениях, однако, диагноз заболевания оставался неясным. Торакоскопия выполнялась под общим (90 %) и местным обезболиванием, в положении больного на здоровом боку или на спине. Во время диагностической торакоскопии производили детальный осмотр плевральной полости, биопсию с помощью эндоскопических кусачек, разрушение, при необходимости, плевро-легочных орошений. Послеоперационных осложнений не было.

Этиология заболевания установлена в 90 % случаях. Наибольшая эффективность отмечена при первичных опухолях плевры (мезотелиоме) – 6 случаев, до 100 %, вторичного злокачественного поражения плевры и параканкроном плеврите – 6 случаев, до 95 %.

Таким образом, видеоторакоскопия является высоко эффективным методом диагностики, который по своей эффективности приближается к открытой биопсии, но является малоинвазивным, относительно безопасным, легко переносится больными.

Особливості клініки, діагностики та лікування мезотеліом плеври.

Волошин Я.М., Радіонов Б.В., Опанасюк М.С., Калабуха І.А., Пристаїтко Я.Й. Хмель О.В., Дорошенко П.М., Паливода М.Г.

Інститут фізіатрії у пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України, відділення торакальної
хірургії; м.Київ

Проаналізовані історії хвороби 75 пацієнтів за 1980 – 2000 рр., у яких була діагностована мезотеліома плеври. Чоловіків було 46 (61,33%), жінок – 29 (38,67%). Більшість хворих (57 – 76%) були у віці від 25 до 50 років. Хворі від 3 до 14 місяців безуспішно лікувалися в різних лікувальних закладах з приводу: пневмонії – 11 (14,67%); інфільтративного туберкульозу легень – 7 (9,32%); екссудативного плевриту: туберкульозної етіології – 8 (10,67%), неспецифічного походження – 12 (16%), незрозумілої етіології – 32(42,67%); г) емпієми плеври – 5 (6,67%). Переважали скарги на: болі на стороні ураження – у 63 хворих (84%), підвищення температури тіла – у 68 (90,69%), кашель – у 34 (45,33%), задишка – у 41 (54,67%), втрата маси тіла – у 28(37,33%), слабкість – у 72 (96%). Рентгенологічно відмічали екссудативний плеврит у 75 хворих, причому у 3 – двосторонній; пристіночно округлу тінь діаметром від 4 до 9 см – у 10 (13,33%), нерівномірне потовщення плеври – у 42 (56%), дрібновогніщеву дисемінацію – у 19(25,33%). Найбільш інформативним методом (94,67%) діагностики являється таракоскопія з біопсією плеври. Візуально солітарна форма мезотеліоми була округлої форми, з рівною гладкою поверхнею, білого кольору і нагадувала хрящ. При дифузній формі мезотеліоми на ін'єксованій парієтальній плеврі визначалися “бугорки” різної форми і розмірів від 3 до 11 мм. Хворим проводили пункції плевральної порожнини хіміотерапію, протизапальну, симптоматичну. Операції виконані 17 хворих (22,67%): видалення пухлини з плевректомією і резекцією змінених ребер – у 11, плевректомія з декортикацією легені – у 6. Помер один хворий. Морфологічні дослідження показали наявність у 65 хворих (86,67%) мезотеліоми епітеліоїдного типу, у 6 (8%) – саркоми плеври і у 4 (5,33%) – змішаної форми. Після операції нам вдалося продовжити життя хворим від 8 місяців до 2,5 років. Таким чином, в останні роки значно збільшилося число хворих з мезотеліомою плеври. Серед скарг хворі відмічали наростаючі болі в грудній клітці на стороні ураження, постійне підвищення температури тіла, задишку, слабкість, швидке накопичення рідини в плевральній порожнині. Важливе значення в діагностиці має поєднання клініко-рентгенологічного, лабораторного та інструментального дослідження (торакоскопія з біопсією плеври). Своєчасна діагностика захворювання може продовжити життя хворих.

Використання відеоторакоскопії в діагностиці та лікуванні спонтанного пневмоторакса.Десятерик В.І., Сжеменський М.О., Вігуро С.В., Міхно С.П., Мірошніченко В.М.,
Войчак С.П.Дніпропетровська державна медична академія, кафедра хірургії, травматології та ортопедії
факультету післядипломної освіти ,м. Кривий Ріг.

Проведено аналіз лікування 234 хворих на спонтанний пневмоторакс(СП).Вік хворих від 16до 78 років.Чоловіків було 208 (89%), жінок – 26(11%).

Лікування хворих проводили згідно розробленого алгоритму.Після пункції та дренажу плевральної порожнини проводилось консервативне лікування і обстеження хворого: оглядова рентгенографія ОГП, КТ ОГП, діагностично-лікувальна відеоторакоскопія.

Всього виконано 179 (76%) відеоторакоскопичних втручання, серед яких: 19 ендоскопічних резекцій легені, 132 коагуляцій бул з утворенням хімічного плевродеза, 8 коагуляцій плевро-пульмональних зрощень та дефектів легень з утворенням плевродеза, 34 хворим проведені торакотомії з резекцією легені, 21 хворий лікувався з допомогою пункції та дренажу плевральної порожнини.У 20 хворих під час ендоскопічного втручання причини виникнення СП виявлено не було.

В результаті проведення відеоторакоскопичних операцій у всіх хворих вдалося досягти повного одужання. Летальних наслідків та рецидивів пневмоторакса не було. В 4-х випадках (2,2%) виникло ускладнення у вигляді залишкової порожнини, що потребувало додаткового дренажу.У одному випадку (0,7%) післяопераційний період ускладнився паренхіматозною фістулою, що призвело до торакотомії з ушиванням дефекта легені і декортикацією. Інших ускладнень не було. В групі хворих,які з різних причин лікувалися методом пункції та дренажу плевральної порожнини рецидив пневмоторакса склав 20 %.Загальна летальність – 4(1,7%).Середня тривалість лікування – 5,5 ліжко-дня,а у хворих оперованих по класичній відкритій методиці – 9,5 ліжко-дня.

Малоінвазивне хірургічне лікування гострих нагінних процесів плевральної порожнини

Сніжко С.С., Шевчук М.Г.

Кафедра госпітальної хірургії, Івано-Франківська державна медична академія

Проблема лікування гострих нагінних процесів плевральної порожнини (ГНППП) залишається однією із найбільш актуальних проблем торакальної хірургії, оскільки не дивлячись на появу нових антибактеріальних препаратів частота повного клінічного видоздоровлення становить 30-60% а летальність складає 30-70%. При використанні загально прийнятого дренажу і лаважу плевральної порожнини неможливо досягнути санації всіх її відділів а наявність гнійних кишень підтримує запальний процес, що значно утруднює лікування.

Матеріали і методи: протягом останніх трьох років нами проліковано 42 хворих з ГНППП у яких використано нами запропонований метод багатополосного попереминого постійного і фракційного лаважу плевральної порожнини. Суть методу полягає в тому, що методом торакцентезу в плевральну порожнину вводиться мікроскоп під контролем якого по верхній границі ураженої порожнини вводяться мікrohrігатори, кількість яких залежить від кількості гнійних кишень та величини ураженої порожнини. Мікrohrігатори підслнуються до розподільчої крапельної системи, через які вводяться антисептичні розчини та антибактеріальні середники. На місце торакцентезу вводиться дренаж по Біолау. Перекриваючи дренажну систему через мікrohrігатори вводимо антисептичні розчини і повністю заповнюємо гнійну порожнину з інсталяцією на 1-2 год. В подальшому дренажна система відкривається і переводиться на постійний проточний лаваж через мікrohrігатори. Вказану маніпуляцію фракційного лаважу повторювали 2-3 рази за добу.

Результати. Використовуючи дану методику нам вдалося зменшити показники інтоксикації вже на 2-3 добу від початку її використання , показники рівня інтоксикації приходили до норми на 5-7 добу, час перебування хворих у стаціонарі скорочено на 44%,процент повного клінічного видоздоровлення становив 89%, летальність знижено до 4.8%.

Висновки. Використання даного методу багатополосного попереминого постійного і фракційного лаважу плевральної порожнини дозволяє і знизити показники інтоксикації , ліквідувати нагінний процес, добитися максимальної санації всіх відділів ураженої порожнини, зменшити летальність та покращити ефективність лікування.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

АРТРОСКОПИЯ / АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ / СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ



Артроскопічна пластика передньої зхрещеної зв'язки колінного суглоба В.Орлянський (1), І. Зазірний (2), Р.Шабус(1)

1.Віденська приватна клініка, Австрія. 2.Київська міська клінічна лікарня №12

Вступ. Метою лікування розриву передньої зхрещеної зв'язки (ПЗХЗ) колінного суглоба (КС) є запобігання розвитку остеоартрозу (ОА) і збереження працездатності пацієнтів. Артроскопічна реконструкція ПЗХЗ дозволяє ранні пасивні і активні рухи, так як вона виключає ризик передніх підвихів. В зв'язку з тим, що реабілітація проводиться відразу по операції, мінімізується атрофія м'язів і обмеження руху. Метою цієї роботи було встановлення різниці між відкритою і артроскопічною пластиками ПЗХЗ.

Матеріал і методи. Контрольну групу склали 60 пацієнтів, яким виконано відкриту пластику ПЗХЗ трансплантатом з надколінникового сухожилля. Досліджувану групу склали 90 пацієнтів, яким із-за передньої нестабільності КС проведено пластику ПЗХЗ трансплантатом надколінникового сухожилля за допомогою артроскопічної техніки.

Результати. Проведене нами дослідження показало переваги артроскопічної методики, оскільки більшість оцінюваних параметрів (стабільність, руховість, обсяг м'язів, спортивне відновлення, набряк, біль) у хворих досліджуваної групи були кращі, ніж у хворих контрольної групи. Обмеженість руху більше 15° була у 10% хворих контрольної групи і у 4% - досліджуваної групи. Рентгенологічні прояви ОА у хворих контрольної групи виявлено частіше, ніж у хворих після артроскопічного втручання (38% проти 16%). Теж саме можна сказати про результати артроскопії через рік після операції. Артроскопічні прояви ОА у хворих після відкритої пластики ПЗХЗ були більш значимими, ніж у хворих після артроскопічної операції.

Висновки. Швидша реабілітація з меншою кількістю ускладнень, менші темпи розвитку ОА в післяопераційному періоді є перевагою артроскопічної операції.

Застосування малоінвазивної десимпатизації при лікуванні хронічної артеріальної недостатності кінцівок на фоні підвищеного операційного ризику.

В.М.Криса, В.Л.Нестеренко.

Івано-Франківська державна медична академія.

Вступ. Актуальність проблеми лікування облітеруючих уражень артеріальної системи кінцівок обумовлена поширеністю та стабільним прогресуванням частоти захворювання. Спостерігається тенденція до малоінвазивної хірургії, яка в ряді випадків може стати єдиним методом допомоги хворим.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 78 пацієнтів з периферичними формами облітеруючих захворювань судин кінцівок. Жінок 18, чоловіків 60. Вік від 33 до 71 року. Хронічна артеріальна недостатність кінцівок від І до IV ст. по Фонтену. В передопераційних обстеженнях окрім загальноприйнятих клінічних методик записували ЕКГ.

Гіпертонічна хвороба діагностована у 31, ішемічна хвороба серця у 58, порушення серцевого ритму у 11, хронічні захворювання легень у 44, наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу у 19, анемія у 16, захворювання нирок у 24, захворювання шлунково-кишкового тракту у 58, цукровий діабет у 16, інші захворювання у 7. В середньому по чотирьох захворюваннях на пацієнта. Клінічний перебіг патологій у пацієнтів з підвищеним операційним ризиком має свої особливості, тому загальноприйняті операції нерідко бувають несовісними або протипоказані. Малоінвазивну десимпатизацію проводили під місцевою анестезією на рівні 2-3 поперекових хребців, під контролем комп'ютерного томографа. Стан периферичного артеріального русла кінцівок оцінювали по рентгеноангіографічним даним, ультразвуковій доплерографії, реовазографії, електромагнітній флоуметрії.

Результати дослідження та їх обговорення. Ліквідація впливу судиннозвужуючих нервів на гладкі м'язи судин збільшує кровотік до 6-9 мл/хв/100 г. При вимірюванні регіонарного систолічного тиску відмічено зниження на 10-15 мм Нг. Збільшення реовазографічного індексу $0,21 \pm 0,02$ до $0,025 \pm 0,61$ При електромагнітній флоуметрії зменшення швидкості об'ємного кровотоку. При оцінці ефективності малоінвазивної десимпатизації майже повне зникнення клінічних проявів виявлено у 71% і виражене покращення у 83,5%. Динаміка потенціалу кінцівки спостерігається від безпосередньо під час маніпуляції до 24 год. Пригнічення функції потових залоз, внаслідок зникнення симпатичного впливу відмічено у 82,5% хворих. Зменшилась переміста кульгавість у 83,5% пацієнтів. Летальних випадків чи ускладнень під час та після втручання не було.

Висновки. Малоінвазивність втручання рекомендує малоінвазивну десимпатизацію як операцію вибору у хворих з хронічною артеріальною недостатністю та супутньою соматичною патологією. Зменшення кількості доопераційних обстежень, застосування місцевої анестезії у пацієнтів з підвищеним операційним ризиком дозволяє скоротити перебування в стаціонарі до 2-2,5 дб.

Особливості штучної вентиляції легень при проведенні лапароскопічних операцій.

Старіков А.В., Дубов О.М., Левченко Т.М., Трещалін Г.О., Мельник В.М.
Українська військово-медична академія, кафедра анестезіології та реанімації
Клініка анестезіології та реанімації ГВКГ МО України
м.Київ, Україна

Проведення лапароскопічної операції у хворих з супутньою серцево-судинною патологією вимагає особливого підходу до її анестезіологічного забезпечення.

Враховуючи відсутність достатньої кількості літературних даних з цього питання ми поставили перед собою мету вивчити особливості проведення ШВЛ у цього контингенту хворих.

Нами обстежено 60 хворих, які були прооперовані лапароскопічним методом з приводу хронічного калькульозного холециститу на базі ГВКГ МО України. Всі хворі мали супутні захворювання: ішемічна хвороба серця, хронічна коронарна недостатність, гіпертонічна хвороба II – III стадії, надлишкову вагу. Хворих було розділено на дві групи (група I та група II), ідентичні за віком, статтю. В обох групах проводилось одностійне загальне знеболення по типу збалансованої нейролептаналгезії.

Отримані результати свідчать, що в I групі хворих в умовах накладання карбоперітонеуму мали місце наступні зміни: підвищення артеріального тиску, тахікардія, зниження ударного об'єму крові (УОК) на 11,5 %, серцевого індексу (СІ) на 7,8%, підвищення ЗГЮ на 20 %, ППЮ на 17 %. При нормовентиляції у 56 % хворих виявлено зростання шугування крові, зниження РаО₂.

Враховуючи дані результати в II групі хворих нами була застосована ШВЛ зі зниженням ДО (ДО складав 5-6 мл/кг) при незміненому ХОД. Це дало змогу суттєво стабілізувати показники центральної гемодинаміки. Підвищити насичення артеріальної крові киснем та знизити шугування крові в системі легеневої артерії.

Таким чином, отримані нами попередні результати дають можливість рекомендувати використовувати цей режим вентиляції при проведенні лапароскопічних операцій особливо у хворих з супутньою серцево-судинною патологією.

Ендоскопічна хірургія перфорантних вен

В.Г. Мішалов, В.А. Черняк, В.М. Селюк.

Кафедра госпітальної хірургії №2 з курсом грудної та судинної хірургії НМУ ім О.О.Богомольця, Центральна міська клінічна лікарня м.Києва.

Вступ. Патологія венозних судин є однією з найрозповсюдженіших хірургічних проблем. 1% населення страждає на хронічні венозні виразки нижніх кінцівок, а хронічна венозна недостатність (ХВН) є найбільш частою причиною розвитку хронічних трофічних виразок нижніх кінцівок. Застосування нових методів оперативних втручань у цих хворих, зокрема ендоскопічної субфасціальної перев'язки перфорантних вен (ЕСПВ), може сприяти покращенню результатів їх лікування.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходились 16 пацієнтів з хронічною венозною недостатністю нижніх кінцівок в стадії суб- та декомпенсації. В клініці госпітальної хірургії №2 НМУ 16-ти хворим виконано 18 оперативних втручань з приводу трофічних виразок гомілки венозної етіології. Оперативні втручання включали поєднання венектомії з ендоскопічною перев'язкою перфорантних вен у 12 випадках, у 6 випадках ЕСПВ застосовувалась як окрема операція.

Результати. Серед результатів лікування слід відзначити виникнення гематом у 3-х хворих після комбінованих оперативних втручань. Інфекційні ускладнення у вигляді нагноєння післяопераційної рани відмічено у 2-х пацієнтів з обширними гнійно-трофічними виразками. Загалом у 15-ти з 16-ти пацієнтів отримано добрі та задовільні результати, що проявлялось загосенням трофічних виразок. Післяопераційний період у всіх пацієнтів протікав значно легше, аніж у випадках застосування традиційної відкритої перев'язки перфорантних вен.

Висновки. Застосування ендоскопічної субфасціальної перев'язки перфорантних вен (ЕСПВ) дає можливість значно зменшити травматичність оперативних втручань, дозволяє суттєво покращити перебіг післяопераційного періоду та покращити результати лікування хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок венозної етіології.

Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery. ISSN 1029-743X

Complete overview of all sides of minimally invasive surgery. Newly developed surgical techniques on the base of experience and world surgery evolution. From "key hole" surgery and neuronavigation to molecular surgery. World science standard — "the state of art" of endomicrosurgery — for You, Your patients and Your future. Look over horizon!

Worldwide edition, is published four times a year, is confirmed by the Highest Attestation Commition of Ukraine, is an exclusive possessor of the international index — the ISSN — among Ukrainian editions. Index for subscription in Ukraine — 40719.

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. ISSN 1029-743X

Полный охват всех граней минимальной инвазивной хирургии. Сверхсовременные хирургические технологии на основе опыта и эволюции мировой хирургии. От "key hole" хирургии и нейронавигации до молекулярной хирургии. Эталоны мировой науки — "великолепие искусства" эндомикрохирургии — для Вас, Ваших пациентов и Вашего будущего. Расширьте свой кругозор.

Всемирное издание. Выходит 4 раза в год. Утверждено ВАК Украины. Эксклюзивный обладатель международного индекса ISSN среди новых медицинских изданий Украины. Подписной индекс — 40719.



II УКРАИНСКИЙ КОНГРЕСС ПО МИНИМАЛЬНОЙ ИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

18-20 сентября 2001

Украина, Киев, Главный военный клинический госпиталь, Конгресс-Центр

материалы конгресса

ДИАГНОСТИКА В МИН-ХИРУРГИИ



Значення хелікобактеріозу у розвитку гастроудоденальної виразковості різної природи
Колосович І.В., Шкуро Б.Б., Кирichenko О.В., Романенко О.А., Ващенко Г.Ф., Кутяк В.М.
 Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, ДОЛ №2, м.Київ, Україна

Роль бактерії *Helicobacter pylori* (НР) у патогенезі доброякісної гастроудоденальної виразковості широко дискутується. Крім того, встановлено, що мікроорганізм також продукує цитотоксичний канцерогенний білок Cag A. НР викликає ахлоргідрию з наступним виникненням клітинної атиpii, збільшення клітин Турновера у слизовій оболонці шлунка і, як наслідок, підвищення кількості кліткових трансформацій. Ці дані підтверджуються результатами ряду досліджень, при яких НР виявлено у 89% хворих на інтестинальний рак шлунка (РШ) та у 32% – на дифузний. У зв'язку з цим Міжнародним агентством по вивченню раку при ВОЗ мікроорганізм був віднесений до канцерогену першого порядку.

Метою нашого дослідження було вивчення частоти інфікованості НР хворих на гастроудоденальну виразковість різної природи за допомогою прямого уреазного тесту. Нами досліджено 287 хворих, серед них пептична виразка шлунка (ПВШ) виявлена у 119 хворих, дуоденальна виразка (ДВ) – у 131, рак шлунка (РШ) – у 28. Усім хворим виконували ендоскопічне дослідження шлунка з прицільною біопсією слизової оболонки антрального відділу – по 2 шматочки з ділянці малої кривини та передньої стінки на 2-4 см вище ворота. Використовували стандартний пропис уреазного тесту згідно російським "Рекомендаціям по діагностиці та лікуванню *Helicobacter pylori* у дорослих при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки". Ступінь інфікованості слизової оболонки бактерією оцінювали за шкалою від +++ до – за уреазним тестом: "+++" – реакція на протязі 30 хв., "++" – реакція до 2 год., "+" – реакція до 24 год., "-" – немає реакції.

Нами отримано наступні результати – найбільший відсоток інфікованих на НР (за ступенем інфікованості) виявлено серед пацієнтів на ДВ (90%), причому у більшості з них відмічено ++ та +++ ступені інфікованості (86,4%). Значно нижчою була частота виявлення НР у хворих на ПВШ (40,3%), у більшості хворих відмічено + ступінь інфікованості (43,8%). Крім того, простежувалась чітка залежність рівня інфікованості НР від типу виразки шлунка, числа виразок шлунка та характеру ускладнень. Найвищий рівень зареєстровано у хворих на ПВШ 3-го типу за Джонсоном (++ та +++ ступені відмічено у 82,4% хворих). У пацієнтів з множинними виразками шлунка високий ступінь інфікованості відмічено у 87,5% випадків. Серед ускладнень ПВШ найбільший відсоток інфікованих НР зареєстровано при стенозі ворота (97,1%). Відмічено високу частоту виявлення НР у хворих на РШ (82%), причому високий та середній ступені інфікованості було відмічено у 82,6% хворих.

Таким чином, наведені результати свідчать про те, що НР є важливим етіологічним фактором розвитку ДВ та РШ. Роль бактерії у виникненні ПВШ дещо перебільшена. Однак безумовним є факт, що хелікобактеріоз обтяжує перебіг ПВШ та сприяє розвитку важких ускладнень пептичної виразки.

Диагностика и лечение поддиафрагмальных и внутрипеченочных абсцессов под контролем УЗИ.

Заруцкий Я.Л., Новикова М.Н., Бондаренко В.В., Гайдаев Ю.А., Полосенко С.С., Субботин В.Ю., Коваленко А.В.

(Украинская военно-медицинская академия)
 (Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи)

В клинике политравмы больницы скорой медицинской помощи авторы наблюдали 19 пострадавших, за период с 1995 по 2001 год, у которых в послеоперационном периоде развились внутрибрюшные абсцессы гепатобилиарной зоны, из них у 14 были поддиафрагмальные абсцессы, у 5 абсцессы печени.

Применение ультразвукового исследования позволило у всех пострадавших своевременно диагностировать абсцессы печени и выбрать наиболее эффективную тактику лечения. Двое больных были излечены однократной лечебно-диагностической пункцией, 3 — многократными пункциями, 14 — дренированием под контролем УЗИ. Осложнений и летальных исходов при использовании малоинвазивных технологий у этих пострадавших не было. При лабораторном исследовании материала, полученного при пункции под контролем УЗИ, инфицированное содержимое отмечено у 14 больных, неинфицированное — у 5.

Пункция абсцессов с их последующим дренированием и целенаправленной санацией под контролем ультразвукового исследования способствовало улучшению результатов лечения пострадавших (сокращение длительности послеоперационного периода в 2 раза).

Лапароскопия с биопсией в выборе метода лечения гепатитов и цирроза печени, осложнивших течение желчекаменной болезни.

Буров Е.Ю., Колесник В.А., Сусак Я.М., Денек Е.Р., Крючина Е.А.

Киевский городской Центр хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы, кафедра общей хирургии НМУ им. А.А. Богомольца, ГКБ №10, Киев, Украина

Целью настоящего сообщения является обоснование преимуществ выполнения чрезкожной тонкоигольной инцизионной биопсии печени в сочетании с диагностической лапароскопией у больных с гепатитами и циррозом печени, осложнивших течение желчекаменной болезни.

Материалы и методы. Представлены результаты биопсии печени под контролем лапароскопа у 28 больных. Проводилась морфологическое изучение биоптатов, применялся метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) для определения активности вирусов гепатитов в ткани печени.

Результаты. Женщин было – 21, мужчин – 7. Средний возраст пациентов составил 45 лет (от 15 до 75 лет). Длительность лапароскопии с биопсией составила 40 ± 15 минут. Лапароскопически оценивали размеры печени, цвет и структуру поверхности органа, проводили ревизию брюшной полости. Биопсия печени выполнялась иглой системы ASAP™ DELTACUT™ из 3-5 точек в различных сегментах обеих долей печени. Забор материала осуществляли совместно с клиническим патоморфологом. Отмечены 2 случая кровотечения из места пункции печени, остановленных с помощью коагуляции.

После морфологического и вирусологического исследования биоптатов у 10 больных установлен хронический гепатит В; 5 больных – хронический гепатит С; 7 больных – цирроз печени; 6 больных – метастатическое поражение печени. Положительная реакция ПЦР обнаружена у 3-х больных гепатитом С и 2-х больных гепатитом В. У 7 пациентов (25%) гепатит или цирроз сочетались с желчекаменной болезнью. Все больные оперированы - выполнена холецистэктомия.

Выводы. Лапароскопия с тонкоигольной биопсией печени является безопасным методом, позволяющим точно установить диагноз, активность процесса в печени, определить стадию течения болезни и выработать индивидуальную тактику лечения для каждого случая. Лапароскопическая биопсия печени является "золотым стандартом" в диагностике гепатитов и циррозов печени.

Клініко-морфологічне обґрунтування вибору інвазивних точок для пункції тонкоіголкової черевічної біопсії (ТГБ) печінки в умовах лапароскопічного контролю і без такого.

Денек Є.Р., Сусак Я.М., Колесник В.А., Буров Є.Ю., Коваленко А.П.
 Відділ клінічної патології, Центр хірургії печінки, 10-та клінічна лікарня, м.Київ, Україна

Актуальність. Кількість різного роду ускладнень після ТГБ печінки коливається за даними різних авторів від 1% (Sharlock L., 1955) до 23% (Spinzi G. et al., 2001). Смертельні ускладнення зустрічалися від 0,06 % до 0,3 % (Sharlock L., 1955, Montalto et al., 2001). Більша частина цих ускладнень пов'язана з неадекватним вибором інвазивних точок, що і визначило мету роботи.

Методи: З 1999 по першу половину 2001 року в Центрі хірургії печінки проведено 108 ТГБ печінки, з яких 23 виконано при вогнищевих процесах в умовах лапароскопічного контролю і загального знеболювання, а 85 при дифузних захворюваннях печінки із застосуванням місцевої анестезії. Серед ускладнень відмітили 1 випадок шоку, який потребував інтенсивної терапії та 1 випадок профузного кровотечі з паренхіми циротичної зміненої печінки, для зупинки якої була необхідна лапаротомія. ТГБ проводили з врахуванням даних УЗД та КТ. Матеріал для морфологічного дослідження отримано в 92,6 % випадків. Використовували голку ASAP Deltacut Biopsy System.

Результат. 1. В умовах лапароскопії для ТГБ пропонуємо точку, яка знаходиться в області перетину уявних ліній, горизонтальна з яких з'єднує нижній край правого і лівого 10-х ребер, а вертикальна іде по середній лінії до правого прямого м'яза живота. ТГБ проводили після ідентифікації на просвітлення наявних підшкірних вен за допомогою введення у черевну порожнину світловода, який, в свою чергу, використовували і як контролюючий. Ця точка дає доступ до правої та лівої часток печінки, які до передньо-верхньої їх поверхні так і до нижньої.

2. Для ТГБ при дифузних патологічних процесах в печінці без лапароскопічного контролю пропонуємо групу точок: а) в 7-му міжребровому проміжку (МРП) по передній аксілярній лінії (АЛ), б) в 8-му МРП по середній АЛ, в) у 9-му МРП по задній АЛ. У всіх випадках голка проходить через плевральний синус, діафрагму та черевну порожнину, потрапляє у маловаскуляризовану частку печінки і знаходиться нижче тканини легень на 3-4 см, що невелике можливість пневмотораксу. Перевагу віддаємо першій згаданій точці.

3. Для ТГБ в умовах запальних процесів в правій плевральній чи черевній порожнинах вибираємо точку, що знаходиться на верхній уявної кути, утвореного нижнім краєм правого 12-го ребра та латеральним краєм правої м'язової групи еректорів спини. Потрапляємо в заочеревинне поле печінки. Вибір вказаної точки обмежений в зв'язку з можливістю травми внутрішніх органів вен печінки, правих наднирників, нирки та їх судин.

Висновок: Таким чином, вказано на клініко-анатомічні переваги та особливості групи інвазивних точок для черевічної тонкоіголкової біопсії печінки.

Ультрасонография полипов желчного пузыря

Третьяк С. И., Рашицкий С. М., Фелорук А. М.

Отделение хирургической гепатологии, 9 ГКБ, г. Минск, Беларусь.

Актуальность проблемы в настоящее время определяется следующими факторами; возрастающим числом обнаружения полипов желчного пузыря во время УЗИ гепатобилиарной зоны и при гистологическом исследовании удаленных препаратов желчного пузыря; высоким процентом рака желчного пузыря (до 7,5-8%) на фоне полипоза; отсутствием четких критериев отбора больных для оперативного вмешательства.

Цель исследования – разработать дифференциально-диагностические критерии различных видов полипов желчного пузыря, используя анализ ультрасонографических образов в дооперационном периоде. На основании полученных данных выработать тактику и оптимальное хирургическое пособие для лечения больных с различными видами полипов желчного пузыря.

Отбор пациентов производился с учетом клинической картины заболевания и данных УЗИ ГЗБ. Дифференциальная диагностика истинных паренхиматозных полипов от холестеринных проводилась с использованием гистогистического коэффициента плотности тканей при УЗ исследовании, рассчитывавшегося как отношение плотности ткани полипа к плотности ткани печени. За период с января 1995 г. по июнь 2000 г. включительно нами оперировано 68 больных с полипозом желчного пузыря, селективно отобранных по нашей методике. Большинству пациентов была выполнена лапароскопическая холецистэктомия.

Из 68 больных было 18 мужчин (26,5%) и 50 женщин (73,5%) в возрасте от 15 лет до 71 года. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 7 лет. У всех пациентов, которые наблюдались более 1 года, отмечалось увеличение количества и размеров полипов в динамике.

По результатам биопсий паренхиматозный характер ткани подтвержден у 49 человек (90,7%). Локально-доброкачественные результаты при УЗИ в предоперационном периоде получены у 9,3% больных с полипозом, у которых гистогистический коэффициент плотности колебался 1,3 до 1,4.

В группе больных с паренхиматозными полипами у 14 (7,1%) в ткани полипов обнаружены морфологические изменения, характерные для местной активизации репродуктивной герпетической инфекции. В 3 случаях (6,2%) верифицирован рак желчного пузыря.

Выводы:

1. При использовании разработанной методики удается своевременно и с высокой степенью достоверности (90,7%) диагностировать у больных потенциально злокачественные полипы желчного пузыря в амбулаторных условиях.
2. Своевременная диагностика позволяет установить показания к оперативному лечению тогда, когда возможно предотвратить развитие рака желчного пузыря у пациентов или радикально излечить их на ранних стадиях заболевания.

Интервенционная сонография в диагностике и лечении оментобурста

Фелорук А. М., Третьяк С. И., Баранов Е. В.

Республиканский центр хирургической гепатологии, Минский диагностический центр, г. Минск, Республика Беларусь

Причинами оментобурсты могут быть: поступление содержимого из полых органов (желудок, 12-п. кишка, ободочная кишка) и/или трубчатых структур (желчь, кровь, лимфа) и др. Однако чаще всего оментобурста является следствием острого панкреатита (вариант панкреатического сплюснения желудка). По мнению ряда авторов, летальность при гнойно-некротических осложнениях оментобурсты достигает от 23% до 80%.

Целью исследования являлась оценка эффективности малоинвазивных вмешательств под ультрасонографическим контролем у больных с панкреатогенным оментобурстом. Среди 257 пациентов с острым панкреатитом, проходивших лечение в Центре хирургической гепатологии с 1997 по 2001 г., оментобурст был выявлен у 5% больных с интерстициальным и у 83% с некротизирующим панкреатитом. Верификация диагноза острого панкреатита проводилась на основании комплексного обследования больных, включающего клинические, лабораторные и инструментальные методы, основным из которых было проведение ультразвукового мониторинга, которое проводилось на аппаратах Aloka SSD-630 – 500 с использованием устройств для дренирования полостных образований Ивашина В. Г. (Россия) и иглами: «Monogest», «Hibax», «Rakochoy», «G-20».

Ультрасонографическая картина оментобурсты характеризовалась появлением жидкостного компонента, расположенного между задней стенкой желудка и поверхностью поджелудочной железы. Анхогенная структура оментобурсты могла иметь и различные включения. В ранний период панкреатогенный оментобурст протекает в асептических условиях и носит ферментативный характер, а в более поздние сроки – гнойный. Варианты малоинвазивных вмешательств, использованных нами у пациентов с панкреатогенным оментобурстом, включали: этапные аспирационные санации (от 1 до 8 вмешательств) у 39 пациентов и дренирующие – у 74 больных. Во всех случаях проводился поиск и попытка выполнения вмешательства из внеорганного доступа. Однако в 31 случае были использованы доступы через две стенки желудка (24) и через паренхиму печени (7). Осложнения наблюдались у 2 пациентов (транслокация дренажа и абсцедирование). Летальных исходов не было.

Идентичность ультразвуковой картины при неинфицированном и инфицированном процессах в салниковой сумке диктует необходимость выполнения своевременной интервенционной сонографии. Это позволяет осуществить не только забор материала для биохимического, морфологического и бактериологического исследований с диагностической целью, но и выполнить ряд лечебных манипуляций (аспирация содержимого, локальная доставка панкреопротекторных препаратов и антибиотиков в полость после аспирации, выполнение наружного дренирования).

Таким образом, наш опыт применения ранней интервенционной сонографии у больных с панкреатогенным оментобурстом, показывает высокую эффективность в диагностике и лечении этой категории пациентов.

II Украинский Конгресс по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии 18-20 сентября 2001 г. Украина, Киев, Киевский клинический госпиталь.

Ф.И.О. участника: Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Слободяник В.П., Андриенко Н.Н.

Клиника/отделение: медицинское отделение эндоскопической диагностики и хирургии
Контактный адрес и телефон: г. Киев, ул. Госпитальная, 18, ГВКГ. Тел 261 - 95 - 86.
Тезисы презентация - компьютер.

Эндоскопическая трансдуоденальная холедохоскопия

Введение: В настоящее время эндоскопические методы диагностики и лечения широко внедряются в клиническую практику. В частности, при хирургическом лечении патологии органов гепатопанкреатобилиарной системы на современном уровне невозможно обойтись без эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Наряду с эндоскопическими методами диагностики широко применяются ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ). УЗИ позволяет достоверно судить о наличии и степени расширения внутри - и внепеченочных желчных протоков, т.е. о существовании билиарной гипертензии, однако установление уровня и механизма обструкции желчных протоков возможно лишь в 64,8% - 86,2% случаев. КТ более информативна при блантоматозной патологии - уточняются размеры опухоли, наличие метастазов, возможности метода в диагностике холедохолитиаза ограничены только рентгенконтрастными конкрементами. Информативность ЭРПХГ в диагностике вышеприведенной группы заболеваний не превышает 95%. Неудовлетворенность специалистов приведенными цифрами заставляет их разрабатывать новые диагностические методики. **Материалы и методы:** Нами проведено 11 эндоскопических трансдуоденальных холедохоскопий (ЭТХС). Показанием к их выполнению было наличие клинических проявлений механической желтухи, подтвержденных данными УЗИ, КТ, ЭРПХГ, эндосонаграфией и общеклиническими анализами. Исследование выполнялось с использованием системы материнский дуоденоскоп - дочерний холедохоскоп (OLYMPUS - CHF TYPE B20, Япония). Возможность ретроградного введения холедохоскопа в желчные протоки обеспечивалась предварительным выполнением адекватной эндоскопической папиллосфинктеротомии. Проведение проточной ирригации желчевыводящих путей облегчает осмотр, особенно при наличии явлений холангита, хлопьев замазки, фибрина, гноя в протоках. Управляемый дистальный конец дочернего холедохоскопа и наличие у него инструментального канала диаметром 1,8 мм дают возможность под постоянным визуальным контролем производить резизию от дистальных до проксимальных отделов холедоха, контроль за всеми стенками внепеченочных, а при выраженной дилатации и внутрипеченочных желчных протоков (до 4 - 5 порядка), а также осуществлять диагностические и лечебные манипуляции. Необходимости в захвате конкрементов корзинкой Dotm, проводимой через инструментальный канал бебископа в приведенных наблюдениях не возникало. В случаях неуточненного характера стеноза желчных путей выполняли внутривитриковую биопсию. **Результаты:** Проведение ЭТХС в приведенном наблюдении составило 40,7%. Факторами, затрудняющими ее выполнение явились: "низкое" расположение большого сосочка двенадцатиперстной кишки, вследствие возрастного висцероптоза, наличие парафатеральных дивертикулов, грубая деформация залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки, вследствие перенесенной ранее операции по поводу язвенной болезни. У 8 (72,7%) пациентов диагностирован холедохолитиаз, у 2 (18,2%) блантоматозная обструкция, обусловленная прорастанием опухоли извне, у 1 (9,1%) - рубцовая стриктура супрадуоденального отдела холедоха. **Выводы:** эндоскопическая трансдуоденальная холедохоскопия - существенное дополнение к общепринятым методам диагностики заболеваний желчевыводящих путей и является наиболее достоверным методом диагностики холангита.

II Украинский Конгресс по минимальной инвазивной и эндоскопической хирургии 18-20 сентября 2001 г. Украина, Киев, Киевский клинический госпиталь.

Ф.И.О. участника: Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Слободяник В.П., Андриенко Н.Н.

Клиника/отделение: медицинское отделение эндоскопической диагностики и хирургии
Контактный адрес и телефон: г. Киев, ул. Госпитальная, 18, ГВКГ. Тел 261 - 95 - 86.
Тезисы презентация - компьютер.

Первый опыт применения эндосонаграфии в диагностике заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Введение: На основании данных ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), общеклинических и лабораторных исследований в ряде случаев не удается выявить и конкретизировать характер поражения органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Сложна дифференциальная диагностика хронического панкреатита и опухолей поджелудочной железы (ПЖ). Достоверность УЗИ и КТ при раке ПЖ и хроническом панкреатите составляет 88 - 92%, ЭРПХГ до 90%. При небольших размерах опухолей, не распространяющихся на протоковую систему ПЖ и печени ЭРПХГ не информативно.

Материалы и методы: нами проведена эндосонаграфия у 27 пациентов в возрасте от 30 до 60 лет, которые поступили в клинику с патологией желчевыводящих путей и ПЖ. Мы использовали аппарат фирмы OLYMPUS - EU - M 30 (эндосонаграф, Япония). На этапе освоения методики, эндо - УЗИ выполняли после ЭРПХГ и установления диагноза. Возможность регулировки глубины осмотра при проведении исследования от 1 до 12 см, позволяет осмотреть ПЖ на всем протяжении, ее протоковую систему, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки, паренхиму печени, парааортальные лимфатические узлы. С целью верификации достоверности полученных данных всем больным в обязательном порядке выполняли УЗИ органов брюшной полости, КТ, фиброгастродуоденоскопию.

Результаты: У 17 (62,9%) пациентов диагностирован холедохолитиаз, у 4 (14,8%) - стенозирующий папилит, у 2 (7,4%) обусловленный наличием парафатеральных дивертикулов, у 8 (29,6%) - опухоли головки или тела ПЖ с сдавлением панкреатической части холедоха и явлениями механической желтухи, у 2 (7,4%) - хронический индуративный панкреатит с расширением главного панкреатического протока (в одном случае из них с вируснолитиазом).

Выводы: Приведенные наблюдения демонстрируют возможности эндосонаграфии в диагностике заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Преимуществами метода в сравнении с ЭРПХГ, КТ, УЗИ являются:

1. Возможность диагностики небольших по размерам (до 1-2 см. в диаметре) опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны, незадействующих протоковой системы печени и ПЖ.
2. Возможность дифференцирования доброкачественной и злокачественной патологии.
3. Одномоментное проведение эндоскопического и ультразвукового исследования.
4. Возможность выполнения прицельных пункционных диагностических и лечебных манипуляций.

Применение эндосонаграфии позволяет снизить лучевую нагрузку, неизбежную при выполнении ЭРПХГ и КТ, на больного (что особенно актуально у молодых пациентов и у беременных) и медицинский персонал.

Эндосонаграфия обладает высокой информативностью и большим диагностическим потенциалом возможностей в оценке структурных и функциональных изменений при заболеваниях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Возможность расширения диагностического потенциала метода представляется по мере накопления опыта его использования.

Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery ISSN 1029-743X

Complete overview of all sides of minimally invasive surgery. Newly developed surgical techniques on the base of experience and world surgery evolution. From "key hole" surgery and neuronavigation to molecular surgery. World science standard — "the state of art" of endomicrosurgery — for You, Your patients and Your future. Look over horizon!

Worldwide edition, is published four times a year, is confirmed by the Highest Attestation Commition of Ukraine, is an exclusive possessor of the international index — the ISSN — among Ukrainian editions. Index for subscription in Ukraine — 40719.

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743X

Полный охват всех граней минимальной инвазивной хирургии. Сверхсовременные хирургические технологии на основе опыта и эволюции мировой хирургии. От "key hole" хирургии и нейронавигации до молекулярной хирургии. Эталоны мировой науки — "великолепие искусства" эндомикрохирургии — для Вас, Ваших пациентов и Вашего будущего. Расширьте свой кругозор.

Всемирное издание. Выходит 4 раза в год. Утверждено ВАК Украины. Эксклюзивный обладатель международного индекса ISSN среди новых медицинских изданий Украины. Подписной индекс — 40719.