

Литература

1. Бодяжина В.И., Василевская Л.Н., Побединский Н.М., Стругацкий В.М. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в женской консультации. - М.: Медицина, 1980. - 285 с.
2. Брауде И.Л., Беляева Е.Ф. Раннее распознавание рака матки (микроскопическая диагностика). - Л.: Госиздат, 1938. - 218 с.
3. Василевская Л.Н. О лечении неопухолевых заболеваний шейки матки// Акушерство и гинекология. - 1985. - № 11. - С. 65-68.
4. Василевская Л.Н., Винокур М.Л., Никитина Н.И. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки. - М.: Медицина, 1987. - 160 с.
5. Ворожба Н.В. Лечение длительно незаживающих эрозий (предраковых состояний) шейки матки отечественными препаратами радия-мезотория: Дис. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 1955. - 348 с.
6. Ганина К.П., Коханевич Е.В., Мельник А.Н. Диагно-тика предопухолевых и опухолевых процессов шейки матки. - Киев: Наукова думка, 1984. - 179 с.
7. Гончар А.М., Коган А.С., Салганик Р.И. Раневой процесс и иммобилизованные протеолитические ферменты. - Новосибирск: Наука, 1986. - 121 с.
8. Куперт А.Ф., Сонич М.Г., Подкаменева Т.В. Новый подход к оценке влагалищного содержимого при кольпитах в процессе лечения// Актуальные вопросы клинической медицины. - Иркутск, 1995. - С. 108-110.
9. Мильберг Н.А. Наш опыт по лечению предопухолевых заболеваний шейки матки: Дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент, 1956. - 314 с.
10. Цымбал В.Е. Профилактика рака шейки матки// Вопросы онкологии: III Всесоюзная онкологическая конференция. - М., 1950. - С. 305-313.
11. Яковлева И.А. Очерки патоморфологии шейки матки. - Кишинев: Изд. Картя молдовеняскэ, 1969. - 162 с.
12. Ruge C., Veit J. Zur pathologie der Vaginal portion// Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynak. - 1878 - № 2. - P. 192-202.

© РЕУТ А.А., ЛУПСАНОВ А.В., БУЛЫГИН В.Я., НЕРЕТИНА С.В., ЛЯХ Г.П., КУРЬЯНОВ А.А.,
МЕТРЕВЕЛИ П.Д., ТЕПЛЯКОВА Е.Н. - 1998
УДК 616.366 – 089.87

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОВЫШЕННЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

*А.А. Реут, А.В. Лупсанов, В.Я. Булыгин, С.В. Неретина, Г.П. Лях, А.А. Курьянов,
П.Д. Метревели, Е.Н. Теплякова*

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода; кафедра факультетской хирургии, зав. - проф. А.А. Реут; факультетская хирургическая клиника, гл. врач - проф. Г.М. Гайдаров).

Резюме. Представлен опыт применения лапароскопической холецистэктомии у 117 больных с калькулезным холециститом, в том числе у 9 (7.7%) - с острым калькулезным холециститом. Число больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией составило 77.8%, из них двое - с имплантированным ранее кардиостимулятором. Во время операции у 3 больных отмечался тотальный спаечный процесс в брюшной полости. В 10% случаев наблюдали аномалию развития желчного дерева. Было 2 перехода на открытый доступ: из-за массивного рубцово-воспалительного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки и полного внутривнутрипеченочного расположения желчного пузыря. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдали. Длительность лечения больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией не отличалась от таковой у соматически здоровых лиц.

Современная история лечения желчнокаменной болезни насчитывает немногим больше 100 лет. Прогресс в лечении этого заболевания до 70-х годов нашего столетия был связан с открытием антибиотиков, разработкой принципов общей анестезии. За последние 20-25 лет появились ультразвуковое исследование, компьютерная томография, прямые способы контрастирования желчного пузыря, что значительно расширило диагностические возможности при этой патологии. Сле-

дующим этапом в развитии терапии желчнокаменной болезни явилось внедрение лапароскопической холецистэктомии, которая в настоящее время становится операцией выбора у больных желчнокаменной болезнью. Преимущества данного метода очевидны: меньшая операционная травма, легкое послеоперационное течение, ранняя активизация больных, хороший косметический эффект [4, 5]. Среди дискуссионных вопросов остаются: большая частота повреждения вне-

печеночных желчных протоков [5], возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулезным холециститом [3] и спаечным процессом в брюшной полости [1, 4]. Особого внимания заслуживает возможность применения лапароскопической холецистэктомии у больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией [2]. Если учесть, что 60% больных желчнокаменной болезнью - лица в возрасте старше 50 лет, а часто встречающиеся у данной возрастной категории заболевания сердечно-сосудистой системы и их осложнения становятся существенным фактором операционного риска и зачастую делают невозможным выполнение «открытой» операции, становится ясной актуальность данной проблемы.

Материалы и методы

За период февраль-ноябрь 1997 года в факультетской хирургической клинике ИГМУ лапароскопическая холецистэктомия выполнена 117 пациентам. Женщин было 105 (89.7%) мужчин - 12 (10.3%). Возраст больных колебался в пределах 24-75 лет, из них лица в возрасте 60 лет и старше составили 24 (20.5%). Показанием к операции у 108 (92.3%) явился хронический калькулезный холецистит, у 9 (7.7%) больных - острый калькулезный холецистит (2-е сутки с момента начала приступа). Анамнез прослеживался на протяжении от 2 месяцев до 15 лет, причем время с момента последнего приступа до операции составило от 2 суток до 6 месяцев. Наличие операций на органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза в анамнезе отмечали 30 (25.6%) больных. По наличию сопутствующей сердечно-сосудистой патологии больные распределялись следующим образом:

- 1) ИБС. Стенокардия напряжения II функциональный класс - 12 (10.2%);
Стенокардия напряжения III функциональный класс - 13 (11.1%);
Постинфарктный кардиосклероз - 8 (6.8%);
Нарушение сердечного ритма - 11 (9.4%), из них двоим ранее имплантирован постоянный кардиостимулятор.
- 2) Гипертоническая болезнь II стадии, кризовое течение - 40 (34.2%);
Гипертоническая болезнь III стадии - 7 (6%).
- 3) В 11.1% случаев наблюдалось сочетание ИБС и гипертонической болезни. У 7.9% больных отмечалось ожирение III-IV степени. Общее число больных с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией составило 91 (77.8%).

В плане обследования перед операцией проводилось ультразвуковое исследование, при котором определяли размеры, толщину стенки, наличие деформации желчного пузыря, число и размеры конкрементов, выраженность перивезикальных изменений, диаметр общего желчного протока. Вышперечисленное позволяло прогнозировать возможные технические трудности в ходе операции.

Обязательными были также общеклинические исследования, фиброгастроудоденоскопия,

рентгенография грудной клетки. Больным с сопутствующей патологией по показаниям проводили эхокардиографию, спирографию. При необходимости проводилась кратковременная, в среднем 7-10 дней, предоперационная подготовка, направленная на стабилизацию артериального давления, улучшение функции сердечно-сосудистой системы, создание благоприятного психоэмоционального настроя на операцию.

Операции проводились под общим обезболиванием, причем у 47 больных с сопутствующей патологией интубация трахеи заменена постановкой ларингеальной маски, что, наряду с обеспечением адекватного газообмена, не оказывало существенных влияний на гемодинамические показатели.

Доступ осуществляли из четырех троакарных в типичных точках после наложения карбоксиперитонеума.

Результаты и обсуждение

Диагноз во время операции подтвержден во всех случаях. У 72 (61.5%) больных отмечали наличие более или менее выраженного спаечного процесса в подпеченочном пространстве, области шейки желчного пузыря, в 9 (7.7%) случаях наблюдался рыхлый перивезикальный инфильтрат, у 3 больных - тотальный спаечный процесс в брюшной полости. Перечисленное создавало определенные технические трудности, однако не послужило противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии. Постоперационное разделение сращений позволило выделить желчный пузырь и удалить его. Повреждений внепеченочных желчных протоков (по данным литературы составляют 0.6-2.0%) мы не наблюдали. Хотя у 12 (10%) больных отмечалась аномалия строения внепеченочных желчных протоков: закручивание пузырного протока вокруг холедоха (6), низкое слияние долевых протоков (3), впадение долевых протоков в пузырный проток (1), короткий пузырный проток (2). У 3-х больных пузырная артерия располагалась впереди общего желчного протока. Необходимо отметить, что только скрупулезные манипуляции на пузырных протоке и артерии позволяют дифференцировать структуры и избежать интраоперационных осложнений. Пузырный проток и артерию пересекали после клипирования, при широком пузырном протоке культю его дополнительно перевязывали эндоузлом или эндопетлей. В 0.9% (1 больной) случаев наблюдали перфорацию желчного пузыря с выпадением конкрементов в брюшную полость, удалены эндоскопически при помощи эндоконтейнера. Повторных вмешательств не потребовалось. Средняя продолжительность операций составляла 45 минут. Операцию завершали дренированием подпеченочного и поддиафрагмального пространств во всех случаях. Дренажи удаляли на 2-е сутки, осложнений, обусловленных наличием последних, не наблюдали. Переход на открытый доступ был произведен у 2 (1.7%) больных. Показанием послужили: массивный рубцово-воспалительный инфильтрат в области

гепато-дуоденальной связки и полное внутрипеченочное расположение желчного пузыря.

В послеоперационном периоде осложнений не наблюдали. К концу вторых суток больные во всех случаях были способны к самообеспечению и нормальному образу жизни. Развития декомпенсации сердечно-сосудистой патологии также не наблюдали. Длительность лечения больных с сопутствующей патологией не отличалась от таковой у соматически здоровых лиц.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия является перспективным способом лечения больных калькулезным холециститом. Наличие в анамнезе оперативных вмешательств на органах брюшной полости, по нашему мнению, не является противопоказанием к ее выполнению. Тщательное манипулирование на элементах гепатодуоденальной связки позволяет выполнять лапароскопическую холецистэктомию у пациентов с аномалиями развития внепеченочных желчных протоков без повреждения последних. Лапароскопическая холецистэктомия позволяет значительно расширить возможности гериатрической хирургии у пациентов, не толерантных к «открытой» операции, и является у них операцией выбора.

TO THE ISSUE ON AN APPLICATION OF THE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE PATIENTS WITH A HIGH OPERATIVE RISK

A. Reut, A. Lupsanov, V. Buligin, S. Neretina, A. Kurjanov, G. Ljah, P. Metreveli, E. Tepljakova
(Irkutsk State Medical University, the Faculty Surgical Clinic)

It was presented the experience of the application of the laparoscopic cholecystectomy in 117 patients with calculous cholecystitis including 9 (7.7%) patients with acute calculous cholecystitis. The number of patients with associated cardiovascular pathology was 77.8%. Two of them had earlier implanted cardiostimulator. The total adhesive process in abdominal cavity was marked in 3 patients during the operation. The development anomaly of bilious tree was observed in 10% of cases. There were 2 transitions to open access due to massive cicatricial inflammatory infiltrate in the area of hepatoduodenal ligament and full intrahepatic site of gallbladder. There were no intraoperative and postoperative complications. The duration of treatment the patients with the associated cardiovascular pathology didn't differ from the duration of the treatment somatic healthy persons.

Литература

1. Nord H.J. // Endoscopy. - 1992. - Vol. 24. - P. 693-700.
2. Панфилов Б.К. // Хирургия. - 1996. - №3. - С. 41-45.
3. Селиверстов Д.В., Пучков К.В., Карпов О.Э., Гаусман Б.Я. и др. // Эндоскопическая хирургия. - 1995. - № 2/3. - С. 5-8.
4. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. // Хирургия. - 1997. - № 5. - С. 32-34.
5. Федоров И., Славин А. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. - Казань, 1995

© ВАСИЛЬЕВА В.В., КУЛИГИНА А.В., ГРИНШТЕЙН Ю.И., ОСЕТРОВ И.В. - 1998
УДК 616.61:611-018.53:621.375.826

ДЕЙСТВИЕ СВЕТА НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ФАГОЦИТАРНУЮ АКТИВНОСТЬ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

В.В. Васильева, А.В. Кулигина, Ю.И. Гринштейн, И.В. Осетров

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор - проф. В.И. Прохоренков, кафедра терапии ФУВ, зав. - проф. Ю.И. Гринштейн)

Резюме. Исследовано влияние света низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) в различных мощностных и временных диапазонах на фагоцитарную и бактерицидную активность нейтрофилов периферической крови больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) in vitro. Выявлено ингибирующее действие света лазерного излучения на бакте-