

- гии // Новости медицинской и спортивной антропологии. – 1990. – №1. – С.34-51.
5. Никитюк Б.А. Важность антропометрического подхода в медицинских исследованиях // Вопросы физической антропологии женщин: Тез. докл. – Тарту, 1980. – С.16-18.
6. Никитюк Б.А. Интегративная антропология – состояние, проблемы, перспективы // Рос. морфол. ведомости. – 1994. – №3. – С.4-9.

7. Николаева Л.В. Конституциональные особенности клинко-морфофункциональных проявлений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у мужчин: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Красноярск, 1999. – 25 с.

© ЧИКОТЕЕВ С.П., КОРНИЛОВ Н.Г., ПАНАСЮК А.И., ПЛЕХАНОВ А.Н. –
УДК 616.366-089.87:616.381-072.1

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА И КИСТ ПЕЧЕНИ

С.П. Чикотеев, Н.Г. Корнилов, А.И. Панасюк, А.Н. Плеханов.

(Институт хирургии НЦРВХ ВСРЦ СО РАМН, директор – член-корр. РАМН, проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. Миниинвазивные методики стали вытеснять традиционные подходы в хирургии. Анализирован семилетний опыт применения видеоэндоскопических операций при лечении больных калькулезным холециститом и кистами печени. Альтернативным методом является холецистэктомия из мини-доступа, который успешно внедрен в отделении хирургической гастроэнтерологии ИГОКБ №1.

Внедрение в практику современной медицинской техники послужило стимулом и открыло реальные возможности для развития миниинвазивной хирургии, к которой следует отнести и хирургические вмешательства, выполняемые с помощью и под контролем видеоэндоскопических систем [2,4,6].

Миниинвазивные вмешательства стремительно внедряются в хирургическую практику. Наиболее широкое распространение они получили в хирургии желчнокаменной болезни [1,3,8,10].

В 1987 г. французский хирург из Лиона Филипп Муре впервые успешно выполнил лапароскопическую холецистэктомию [11]. Чуть позже такую же операцию сделали американские хирурги Мак Керман и Сай (1988) [12]. В России первую лапароскопическую холецистэктомию выполнил в 1991 г. Ю.И. Галлингер.

За последние годы значительно возрос удельный вес желчнокаменной болезни в структуре хирургической заболеваемости населения, что делает эту проблему наиболее актуальной. Видеолапароскопическая холецистэктомия (ВЛХЭ) становится операцией выбора при лечении больных хроническим калькулезным холециститом [5,7,9]. На сегодняшний день этим подходом выполняется 90% операций при желчнокаменной болезни.

Материалы и методы

В отделении хирургической гастроэнтерологии ИГОКБ №1 с 1993 г. успешно внедрена в практику методика ВЛХЭ.

С 1993 по 2000 г. выполнено 1777 холецистэктомий больным хроническим калькулезным холециститом. Эндоскопическим методом оперировано 532 человека, т.е. 29,9%. Подавляющее боль-

шинство женщины (92%). Средний возраст составил $41 \pm 3,7$ г.

Мы пользуемся как Северо-Американской так и Европейской методикой, устанавливая троакары и видеокамеру в стандартных точках.

У 22 (4,1%) больных нами отмечены следующие хирургические осложнения: повреждение общего желчного протока – 1 (0,2%), кровотечение в брюшную полость – 3 (0,6%). В одном случае по этому поводу выполнена релапароскопия, где источником кровотечения явилось ложе желчного пузыря. Выполнен гемостаз электрокоагуляцией. В двух наблюдениях была выполнена лапаротомия для наведения окончательного гемостаза. Источником геморрагии явились пузырная артерия в одном наблюдении и нижняя полая вена в другом. Гемобилема подпеченочного пространства у 1 (0,2%) больного была эвакуирована пункционным методом под контролем рентгеновской компьютерной томографии. Кроме того, наблюдались также осложнения, как наружный желчный свищ у 1 (0,2%) больного, общий желчный перитонит – у 2 (0,4%), нагноение послеоперационной раны (пупочной) – у 6 (1,1%) и серома послеоперационной раны – у 8 (1,5%). В одном случае источником желчеистечения в свободную брюшную полость было ложе желчного пузыря, в другом – культи пузыря протока.

В двух случаях (0,4%) пришлось перейти на открытую холецистэктомию ввиду наличия выраженных воспалительных изменений в зоне гепатодуоденальной связки, нарушившие нормальные топографо-анатомические взаимоотношения элементов связки.

Переход к открытому доступу с нашей точки зрения не следует рассматривать как поражение. Это решение означает правильную оценку своего мастерства и известную ограниченность лапароскопического метода. Он имеет свои ограничения и пределы разрешающей способности.

Методику видеолапароскопии мы применили и в лечении кист печени. С 1993 по 2000 гг. нами прооперировано 15 больных кистами печени, из них в 67% случаев кисты локализовались в левой доле. Фенестрация кист выполнена 13 (87,7%) больным, а фенестрация кисты с холецистэктомией – 2 (12,3%). Хирургических осложнений в данной группе наблюдений нами не отмечено.

Отбор больных для выполнения эндоскопических операций определяется, прежде всего, медицинскими показаниями, а так же инструментальным оснащением. Лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора в лечении больных хроническим калькулезным холециститом. Возможности ее применения ограничены необходимостью специальной подготовки хирурга и дорогостоящего оборудования.

С конца 2000 г. в клинике внедряется методика холецистэктомии из мини-доступа.

Разрез передней брюшной стенки до 4-5 см производится в проекции желчного пузыря по краю прямой мышцы живота. Устанавливается кольцо. К нему фиксируются крючки с меняющимся углом действия, на одном из которых расположен осветитель. Мобилизацию желчного пузыря и выделение элементов связки осуществляем диатермическим крючком и удлиненными, изогнутыми по оси диссектором и ножницами. Лигирование пузырной артерии и протока производим с применением палочки Виноградова. Гемостаз ложа желчного пузыря обеспечиваем диатермией.

Данной методикой нами выполнено 6 холецистэктомий, два из которых по поводу острого калькулезного холецистита. Холецистостомия была выполнена при раке головки поджелудочной железы у одного больного, страдающего аневризмой грудного отдела аорты. Хирургических осложнений нами не было отмечено.

Результаты и обсуждение

Преимущества эндохирургии по сравнению с традиционными операциями: малая травматичность, снижение тяжести осложнений, косметический и экономический эффекты. Малая травматичность проявляется в виде снижения послеоперационных болей, быстрого восстановления физиологических функций. Следы проколов от 5 до 10 мм не сравнимы с рубцами остающимися после традиционных "открытых" операций, что особен-

но важно косметически. Тяжесть осложнений таких как раневая инфекция, послеоперационный парез кишечника, спайкообразование, эвентрация и формирования грыж существенно снижается при ВЛХЭ в сравнении с ХЭ. Экономическая эффективность еще одно достижение. Хотя стоимость эндохирургической операции выше чем при традиционной ХЭ, однако лечение при ВЛХЭ оказывается более рентабельным за счет экономии медикаментов, уменьшения длительности госпитального периода и сроков реабилитации больного.

Из недостатков следует отметить относительные противопоказания: факторы, увеличивающие риск возникновения осложнений, либо усугубляющие течение сопутствующих заболеваний. При лапароскопии повышенное внутрибрюшное давление, связанное с созданием пневмоперитонеума, уменьшает венозный возврат и ухудшает экскурсию легких. Это опасно для больного, имеющих тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем (обструктивные заболевания легких, сердечно-сосудистая недостаточность 2-3 степени, перенесенный инфаркт миокарда, перенесенные операции на сердце и крупных сосудах, врожденные и приобретенные пороки сердца). Больные, страдающие ожирением 3-4 ст, могут иметь столь мощный слой жировой клетчатки, что введение троакаров становится затруднительным. Увеличенная матка на поздних сроках беременности может помешать созданию интраабдоминального пространства, достаточного для проведения лапароскопических вмешательств. Тем не менее, даже в начале третьего триместра беременности успешно производятся эндоскопические холецистэктомии. При лапароскопии дополнительный риск для плода не превышает аналогичный при "открытых" операциях. Портальная гипертензия, особенно протекающая с варикозным расширением вен передней брюшной стенки, значительно увеличивает риск кровотечения. Лапароскопические доступы при этом состоянии нежелательны. Противопоказания при отдельных операциях зависят от мастерства хирурга и могут со временем сужаться.

Анализируя технические возможности и результаты применения операций из мини-доступа, можно констатировать их высокую эффективность и малую травматичность, что позволяет считать такие вмешательства необходимым дополнением к мининвазивным методикам. Это дает нам право развивать данное направление хирургии и рекомендовать операции из мини-доступа для широкого применения в практике.

MINIACCESSIBLE SURGERY IN TREATMENT OF CHRONIC HOLECISTITIS AND CYSTS OF LIVER

S.P. Chikoteev, N.G. Kornilov, A.I. Panasjuk, A.N. Plekhanov

(Irkutsk Institute of Surgery, Russian Academy of Medical Sciences)

The minimum approaches began to displace traditional procedures in surgery. The seven-years experience of application of video-laparoscopical operations is analyzed in treatment of the patients with calculous

cholecystitis and cysts of liver. An alternate method is the cholecystectomy from mini-access, which is successfully inculcated in the department of surgical gastroenterology of Irkutsk Regional Hospital.

Литература

1. Бебуришвили А.Г., Зюбин Е.Н., Земеров Р.А. Малоинвазивные операции при деструктивном холецистите // Эндоскопическая хирургия. – 1988. – №4. – С.14-17.
2. Брискин Б.С. Некоторые размышления о путях развития эндоскопической хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 1996. – №3. – С.3-6.
3. Лебедев С.В., Еремеев А.Г., Ямская В.Б. Усовершенствованная методика выполнения холецистэктомии из мини-доступа // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.25-26.
4. Лобанков В.М., Слизько С.И., Анискевич В.Ф., Коновлев В.В. Интраабдоминальные осложнения лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 1988. – №1. – С.26.
5. Лухичев О.Д., Бахай К.А., Гаврилов В.В. Профилактика осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.27.
6. Луцевич Э.В., Белов Н.И. Эндоскопическая хирургия: истоки и настоящее // Хирургия. – 1996. – №1. – С.39-41.
7. Прудков М.И., Нишкевич Е.А., Кармацких А.Ю. Лечение острого холецистита с использованием нового набора инструментов для операции из мини-доступа // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.42.
8. Прудников М.И., Нишневич Е.В. Холецистэктомия из мини-доступа в лечении острого холецистита // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.88.
9. Шапованский С.В., Храменков М.Г. К вопросу о вынужденной лапаротомии при холецистэктомии // Восьмой Всеросс. съезд хирургов: Тез. докл. – Краснодар, 1995. – С.418-419.
10. Шрайберг В.В. Перспективы малоинвазивной хирургии // Хирургия. – 1996. – №1. – С.37-38.
11. Complications of laparoscopic cholecystectomy / Lee V.S., Chari R.S., Cucchiaro D. et al. // Am. J. Surg. – 1993. – Vol.165. – P.527-532.
12. Management of problems in laparoscopic surgery of biliary tract / Kathouda N., Heimbucher J., Miils S. et al. // Annales Chirurgiae et Gynaecologiae. – 1994. – Vol.83. – P.93-99.

© ПРОКОПЬЕВА Е.В., ПИВОВАРОВ Ю.И. –
УДК 616.127-008.318-005.4

ОСОБЕННОСТИ РИТМА ИШЕМИЗИРОВАННОГО СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ГИПЕРАКТИВАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО СЕРОГО ВЕЩЕСТВА СРЕДНЕГО МОЗГА*

Е.В. Прокопьева, Ю.И. Пивоваров.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф. А.А. Майборода, кафедра патофизиологии с курсом иммунологии, зав. – проф. Е.Г. Кирдей)

Резюме. Генератор патологически усиленного возбуждения, созданный в центральном сером веществе среднего мозга, предотвращает сердечные аритмии при острой ишемии миокарда. На интактное сердце данный генератор оказывает отрицательный хронотропный эффект.

Известно, что гиперактивация центральных симпатергических структур мозга путем создания в них генератора патологически усиленного возбуждения (ГПУВ) сопровождается нарушениями ритма сердца как в норме, так и при его патологии [3]. Также было показано, что гиперактивация центрального серого вещества (ЦСВ) путем его электростимуляции предотвращает развитие тяжелых форм аритмий сердца при острой ишемии миокарда. Концепция о наличии как центральных аритмогенных, так и антиаритмических систем [3] побудила нас провести исследования с изучением характера сердечного ритма при острой ишемии миокарда в условиях ГПУВ, созданного в ЦСВ среднего мозга – в структуре, имеющей непосредственное отношение к регуляции сердечной деятельности.

Материалы и методы

Опыты поставлены на 36 ненаркотизированных белых крысах-самцах массой 150-220 г., под управляемым дыханием (дитилин 0,2 мг/кг). Хирургические вмешательства производились под местной анестезией. Острую ишемию миокарда моделировали путем высокой перевязки левой коронарной артерии. ЭКГ регистрировали в стандартных отведениях.

Животные были разделены на 2 группы. Контрольным животным (22) вводили в ЦСВ 0,2 мкл физ. раствора (AP=+6; L=0; N=6) в соответствии с координатами стереотаксического атласа (5). Опытным животным (14) создавали ГПУВ в ЦСВ путем микроинъекции в него 500 ЕД пенициллина. Гистологический контроль локализации электродов и микропипеток проводили на заморажи-

* Материалы статьи доложены на Международной научной годичной сессии сотрудничества Иркутского и Монгольского государственных медицинских университетов (4-6 декабря 2001 г.).