

Литература

1. Абалмасов К.Г., Бузиашвили Ю.И., Морозов К.М., Папоян С.А. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с хронической ишемией нижних конечностей // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. 2003. Т.4, №11. С. 109.
2. Баркаган З.С., Костюченко Г.И., Котовицкова Е.Ф. Эндотелиоз и воспалительная концепция атеротромбоза – критерии диагностики и проблемы терапии // Тромбоз, гемостаз и реология. 2004. №4. С. 3–11.
3. Белов Ю.В. Повторные реконструктивные операции на аорте и магистральных артериях. М.: 2009. 176 с.
4. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Отдаленные результаты бедренно-подколенных аутовенозных шунтирований реверсированной веной и по методике «in situ» // Ангиология и сосудистая хирургия. 2007. Т.13. №3. С. 120–124.
5. Заболотских И.Б., Синьков С.В., Шапошников С.А. Диагностика и коррекция расстройств системы гемостаза: руководство для врачей. М.: Практическая медицина, 2008. 333с.
6. Котельников Г.П., Шнигел А.С. Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика. Самара, 2000. 116 с.
7. Кошкин В.М. Терапия облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей: состояние и перспективы // Проблемы клинической медицины. 2007. №1. С. 56–61.
8. Момот А.П. Патология гемостаза. Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной диагностики. СПб.: Формат Т, 2006. 208 с.
9. Покровский А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей. М.: Медицина, 2004. 888 с.

MULTIFACTOR SYSTEM PROGNOSIS OBLITERATING ATHEROSCLEROSIS OF LOWER EXTREMITIES

A.V. KAZANTSEV, E.A. KORYMASOV

Samara State Medical University

The article highlights the studies of significant forecasting clinical, hemodynamic, hemostasiological, immunological signs, markers of endothelial dysfunction and changes in lipid profile in patients with obliterating atherosclerosis of the femoral and popliteal and crural localization. As a result of multivariable analysis, a pathogenetically substantiated forecasting system with calculation of clinical course index. At less than +13 point index obliterating atherosclerosis is considered to be non progressive, at the index of +13 points and more it is progressive.

Key words: lower extremity atherosclerosis, forecasting, clinical course index.

УДК 616.366-003.7

МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

П.Г. БРОНШТЕЙН*, Т.А. ГУСЕЙНОВ**

При сомнениях во время оперативного вмешательства всегда возможно наложение дополнительных троакарных и переход на традиционную методику проведения лапароскопической холецистэктомии. В медицинской литературе не приводятся данные о преимуществе какой-либо методики, поэтому нужны более обширные исследования и широкие обсуждения для выбора более оптимальной техники выполнения лапароскопической холецистэктомии.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, лечение.

Лапароскопическая холецистэктомия более 20 лет успешно используется в хирургической практике. За это время существенно снизились внутри- и послеоперационные осложнения, уменьшились количество конверсий доступа и длительность оперативного вмешательства, а также постоянно выдвигаются идеи по минимизации доступа.

Минимизация доступа является закономерным шагом, отражающим развитие лапароскопической технологии в лечении ЖКБ. Это разумный целесообразный шаг, направленный на

улучшение качества оказания медицинской помощи и эстетических результатов операции

Тенденция минимизации хирургического доступа прослеживается на протяжении современной истории хирургии. Последние пять лет такое направление стало отчетливо определяться и в технике лапароскопической холецистэктомии [1,2]. В основе стратегии минимизации оперативного доступа лежат последние новейшие достижения оперативной эндоскопии и лапароскопической хирургии, позволяющие реализовать все этапы операции через один небольшой доступ протяженностью 1-3 см по методикам эндоскопического транслуминального вмешательства (N.O.T.E.S.) или лапароскопического вмешательства с использованием устройства для единого доступа [3,11]. Недостаточная оснащенность большинства хирургических отделений пока не позволяет осваивать современные методики оперативно-го вмешательства.

На данный момент отечественные и зарубежные авторы привели целый ряд аргументов в пользу использования техники лапароскопической холецистэктомии с использованием 2 портов. Ramachandran CS в 1998 г. привел первые данные об успешном использовании новой методики [10]. Poen C.M. с соавт. продолжили изучение результатов использования данного доступа в лапароскопической холецистэктомии и указывают на предпочтительный косметический эффект в послеоперационном периоде и требование к повышенной квалификации хирурга [8,9]. Lee KW с соавторами представил более расширенный опыт использования доступа из 2-портов на основе анализа более 100 случаев, что вызвало широкую дискуссию в зарубежной литературе [4,5,6,7]. Это говорит о недостаточной накопленности материала по данной теме и требует более глубокого и разностороннего изучения.

Цель исследования – сравнительный анализ техники лапароскопической холецистэктомии с использованием 2 и 4 портов по следующим критериям: количество осложнений в послеоперационном периоде, длительность оперативного вмешательства, выраженность воспалительного процесса, травматичность вмешательства, длительность лечения в стационаре, косметический результат. Необходимо оценить преимущества данной техники выполнения лапароскопической холецистэктомии и определить критерии выбора пациентов и показания к оперативному лечению с использованием доступа из 2 портов.

Материалы и методы исследования. Наше исследование проведено на кафедре хирургических болезней №1 медицинского института Тульского государственного университета на базе хирургического отделения ТГКБСМП им Д.Я. Ваныкина г. Тулы. Использовалась видеолaparоскопическая аппаратура фирмы Olympus с обычным набором инструментария, не отличающегося от тех, которые используются при традиционной холецистэктомии. Порты накладывались с использованием 3 мм, 5 мм, 10 мм троакарных. Для сравнения выбраны традиционная методика лапароскопической холецистэктомии с применением 3, 4 портов и модифицированная техника проведения ЛХЭ из 2 портов с применением экстракорпоральной тракции желчного пузыря с помощью модифицированного узла Мельтцера (марионеточная холецистэктомия). При данной методике 10 мм троакар (для видеокamеры) устанавливается в пупочной области, таким образом рубец маскируется в пупочной кольце и не виден, а другой 3 мм или 5 мм троакар (для инструментария) устанавливается в левом эпигастрии, дефект передней брюшной стенки при использовании 3 мм или 5 мм троакара незначителен. Риск развития таких послеоперационных осложнений как гематомы передней брюшной стенки и развитие инфильтратов в месте троакарных ран ввиду уменьшения количества портов снижается. Для тракции желчного пузыря используются нити держалки. С этой целью прошиваются дно, тело и шейка желчного пузыря через переднюю брюшную стенку. Совместное манипулирование нитями позволяет найти наилучший обзор для более безопасного выделения желчного пузыря. В зависимости от анатомии выраженности воспалительного процесса и спаечных преград мы искали оптимальный вариант прошивания желчного пузыря и места вкола на передней брюшной стенке (рис. 1).

По аналогии с Карабасом-Барабасом (оператор) и его куками (желчный пузырь) данный метод получил название «марионеточная холецистэктомия». Таким образом, оператор правой рукой манипулирует инструментом, а левой выполняет тракцию желчного пузыря. Ассистент является видеоператором. В отделенном периоде остается один видимый незначительный рубец от

* Кафедра хирургических болезней №1 медицинского института Тульского государственного университета, г. Тула.

** МУЗ «Тульская городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Д.Я.Ваныкина, г. Тула.

от 3 мм или 5 мм троакара, все больные отмечают хороший косметический результат.

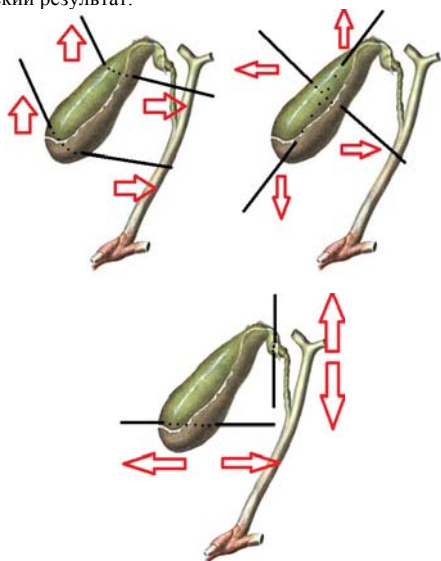


Рис. 1. Схематично изображены варианты прошивания желчного пузыря, стрелками указаны направления трассации.

На рис. 2 представлены вид снаружи после наложения нитей-держалок, на рис. 3 представлен удаленный желчный пузырь, прошитый предварительно у шейки и дна.

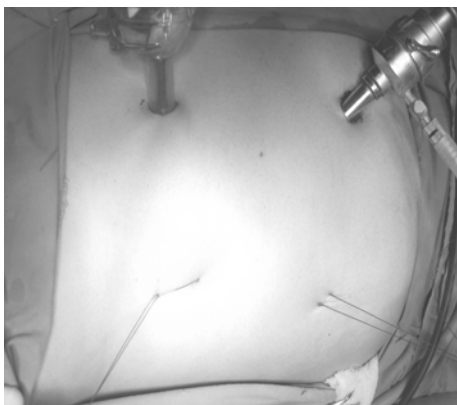


Рис. 2. Вид снаружи нитей держалок.

В данной работе анализирован опыт проведения операций, выполненных у 114 больных с желчнокаменной болезнью. 38 больным ($n_1=33\%$ от общего числа пациентов) проведена лапароскопическая холецистэктомия доступом из 4 портов, 30 больным ($n_2=26\%$) – из 3 портов и 46 больным ($n_3=40\%$) – доступом из 2 портов. При этом использовались одинаковое оборудование и материалы. Выбор количества портов зависел от выраженности воспаления желчного пузыря, уровня спаечного процесса в подпеченочном пространстве, индекса массы тела, возраста больного.

Из общего числа больных острый воспалительный процесс наблюдался у 10 человек ($n_1=5, n_2=3, n_3=2$), хронический воспалительный процесс – у 104 ($n_1=33, n_2=40, n_3=44$).

Индекс массы тела варьировал от 21 до 41 (ср. ИМТ $_{n_1}=32$, ср. ИМТ $_{n_2}=30$, ср. ИМТ $_{n_3}=29$).

Возраст больных от 22 лет до 78 (средний возраст $n_1=57$ лет, средний возраст $n_2=64$ года, $n_3=60$ лет).

Интраоперационная холангиография выполнена в 17 случаях ($n_1=8, n_2=9, n_3=3$), во всех случаях контраст свободно поступал в двенадцатиперстную кишку, преград для свободного прохождения желчи через общий желчный проток не обнаружено.

Время оперативного вмешательства составило от 27-98 минут (ср. $n_1=47$ мин, ср. $n_2=40$ мин, ср. $n_3=54$ мин). Случаев конверсии доступа не было.

Было 5 случаев кровотечения из пузырной артерии ($n_1=0, n_2=1, n_3=4$), 4 случая кровотечения из ложа печени ($n_1=2, n_2=2, n_3=1$).

Результаты и их обсуждение. По итогам работы выяснено, что марionеточная холецистэктомия (доступ из 2 портов) требует повышенной квалификации и достаточного опыта хирурга в сравнении с традиционной лапароскопической холецистэктомией (доступ из 3 и 4 портов). Известный факт, что наибольшее число интраоперационных осложнений приходится на этап освоения, поэтому для начинающих хирургов данная методика менее предпочтительна. Больным с выраженным ожирением (ИМТ свыше 35 кг/м²) затруднительно проведение марionеточной холецистэктомии из-за большой толщины передней брюшной стенки и сложности наложения экстракорпоральных нитей-держалок. Возраст больного не влиял на выбор доступа. Длительность оперативного вмешательства значительно не различается и зависит вариантов анатомии, степени воспалительного процесса в гепатикопанкреатодуоденальной зоне и времени, потраченного на гемостаз.

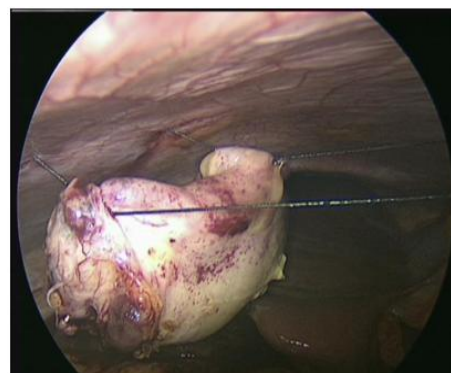


Рис. 3. Вид удаленного желчного пузыря (прошит у шейки и дна).

В послеоперационном периоде прием анальгетиков у больных из первой группы исследования превысил третью приблизительно на 2 суток ($n_{1,2}=6$ суток, $n_3=4$ суток). Количество осложнений в интра- и послеоперационном периоде значительно не различалось. Время нахождения в стационаре существенно не различалось и составило 3-5 суток, что объясняется менталитетом российских пациентов, которые часто обижаются на относительно краткосрочное пребывание в стационаре. Выбор количества портов зависит от тщательного предоперационного обследования, анамнестических и лабораторных данных, выраженности воспалительного процесса желчного пузыря, точной описательной картины желчевыводящих протоков при УЗИ. Больным, ранее перенесшим лапаротомию, необходим дифференцированный подход при выборе доступа. Уменьшение количества портов говорит о предпочтении марionеточной холецистэктомии не только перед традиционной холецистэктомией (меньшее количество портов, более лучший косметический результат), но и перед N.O.T.E.S. и техникой унипорта, так как не требует специального дорогостоящего оборудования и инст-рументария, легче воспроизводима.

Выводы. Полученные результаты говорят о том, что данная методика полностью отвечает всем требованиям и тенденциям современной хирургии. На протяжении нашего исследования постоянно вносились коррективы в технику операции, что приводило к уменьшению времени вмешательства и эргономичности операции. Нужно подчеркнуть, что при сомнениях во время оперативного вмешательства всегда возможно наложение дополнительных троакаров и переход на традиционную методику проведения лапароскопической холецистэктомии. В медицинской литературе не приводятся данные о преимуществе какой-либо методики, поэтому нужны более обширные исследования и широкие обсуждения для выбора более оптимальной техники выполнения лапароскопической холецистэктомии.

Литература

1. Коссович М.А. минимизация доступа при выполнении лапароскопической холецистэктомии – детерминированная тенденция современной хирургии. Тезисы XIII Съезда эндохирургов, Москва, февраль 2010.
2. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии. Пути их снижения и комплексная профилактика (обзор литерату-

ры) Д.м.н., проф. В.А. Ганков, А.В. Маньков. Эндоскопическая хирургия. 2009; 4; 40–45.

3. Старков Ю.Г., Федоров А.В., Шишин К.В. и др. Минимизация доступа в минимально-инвазивной хирургии – тенденция или необходимость. Тезисы XIII Съезда эндохирургов, Москва, февраль 2010.

4. Kagaya T. Laparoscopic Cholecystectomy via two port using the “Twin-port” system. J Hepato-Biliary-Panct Surg 2001;8:76–80.

5. Lee K.W., Poon C.M., Leung K.F. et. al. Two-port needlescopic cholecystectomy: prospective study in 100 cases. Hong Kong Med J 2005;11:30–5.

6. Leung K.F., Lee K.W., Cheung T.Y., et. al. Laparoscopic cholecystectomy: two-port technique. Endoscopy 1996; 28:505–7.

7. Ng W.T., Kong C.K., Wong Y.T. One-wound laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1997;84:1627.

8. Poon C.M., Chan K.W., Lee D.W.H. et. al. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 2002; 2:259–2.

9. Poon C.M., Chan K.W., Lee D.W.H. et. al. Two-port vs four-port laparoscopic cholecystectomy: A prospective randomized controlled trial. J Endosc 2003;17:1624–7, epub 2003 July 21.

10. Ramachandran CS, Arora V. Two-port laparoscopic cholecystectomy: an innovative new method for gall bladder removal. Laparoendosc Adv Surg Tech A. 1998;8: 303–8.

11. Tagaya N, Fukutomi K, Kogure H. New Two-Port Technique for Laparoscopic Cholecystectomy. A Preliminary Report. Dokkyo J Med Sci 1999;26:419–22.

MINIMAL INVASIVE TECHNOLOGIES IN THE TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE AND ITS COMPLICATIONS.

P.G. BRONSHTEIN, TA HUSEYNOV

Department of Surgical Diseases № 1
Medical Institute, Tula State University, Tula
MUZ Tula City Hospital Emergency Medical Care. DY Vanykina, Tula

If in doubt at the time of surgical intervention is always possible imposition of additional trocars and the transition to the traditional technique of laparoscopic cholecystectomy. The medical literature shows the superiority of any technique, so you need more extensive research and wide-ranging discussions to select the more optimal technique of laparoscopic cholecystectomy.

Key words: cholelithiasis, complications and treatment.

УДК 611.12

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМ ПОРОКОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

А.Н. КОЛТУНОВ, А.Н. ЛИЩУК, А.Н. КОРНИЕНКО, М.В. КЕЦКАЛО, Л.Е. БРОВКО*

В статье представлен собственный опыт радикального лечения больных с приобретенным пороком митрального клапана и сопутствующей патологией в виде фибрилляции предсердий. Методология лечебного процесса заключается в применении сочетания операции протезирования митрального клапана и одномоментной радиочастотной хирургической аблации. Дано поэтапное описание выполнения оперативного пособия. Данный метод лечения больных с приобретенным пороком митрального клапана отягощенный фибрилляцией предсердий является более эффективным методом по сравнению с изолированной заменой митрального клапана.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, клапанные пороки сердца, новые методы лечения, аблация.

Фибрилляция предсердий является наиболее распространенной и устойчивой аритмией сердца. Распространенность этой аритмии в популяции составляет 2% в возрасте до 60 лет и прогрессивно растет с увеличением возраста, достигая 12% к 70 годам жизни [1,3,7,13].

Приобретенные пороки митрального клапана в 60% случаев осложняются развитием фибрилляции предсердий. Предполагается, что возникновение данного нарушения ритма связано с гемодинамическими перегрузками левого предсердия, его перерастяжением, развитием фиброза миокарда и включением механизма реэнтри [1,2,5,11]. Появление мерцательной аритмии у больных с приобретенными пороками митрального клапана осложняет течение порока, усугубляет сердечную недостаточность, повышает риск тромбоэмболических осложнений и увеличивает смертность [3,4,8,9,10]. Наличие у больного идиопатической

фибрилляции предсердий повышает риск возникновения ишемических инсультов в 5–7 раз, а при пороке митрального клапана и сопутствующей фибрилляции предсердий этот показатель возрастает в 17,5 раз по сравнению с показателями в общей популяции [1,6,12].

Изолированное протезирование клапана у больных с митральным пороком и сопутствующей фибрилляцией предсердий не является радикальным методом лечения порока. Так как у таких пациентов после операции аритмия сохраняется в 80% случаев [1,4]. Возврат или появление ФП после протезирования митрального клапана значительно ухудшает результаты хирургического лечения. Появление этой аритмии в послеоперационном периоде усугубляет сопутствующую пороку недостаточность кровообращения, увеличивает легочную гипертензию и повышает риск тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования – сравнить результаты хирургического лечения, изолированное протезирование митрального клапана и протезирование клапана в сочетании с хирургической аблацией у больных с приобретенным митральным пороком осложненным фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы исследования. С 2007 по 2009 гг. в Центре кардиохирургии ЦВКГ им А.А. Вишневого выполнено 18 сочетанных операций протезирования митрального клапана и хирургическая радиочастотная аблация (модифицированная операция Cox Maize) и 21 операция изолированное протезирование митрального клапана.

При отборе пациентов для исследования основывались на показателях, разработанных в НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева РАМН и сотрудниками Центра кардиохирургии ФГУ «ЦВКГ им А.А. Вишневого».

Критерии отбора больных для сочетанной операции.

1. Возраст больных не старше 70 лет,
2. Наличие приобретенного порока митрального клапана,
3. Наличие пароксизмальной формы ФП или персистирующей формы ФП с анамнезом не более 1-го года,
4. Размеры левого предсердия не более 6,0 см.

Таблица 1

Характеристика больных

Показатели		I группа (n=18)	II группа (n=21)
Средний возраст больных (лет)		66,3±3,3	63,7±2,5
Мужчины		11	13
Женщины		7	8
Форма фибрилляции предсердий	Пароксизмальная	8	14
	Анамнез аритмии (месяц)	18,6±7,4	16,3±4,7
	Персистирующая	10	7
	Анамнез аритмии (месяц)	6,7±3,2	8,1±3,6
Размеры левого предсердия		4,8±1,3 см	4,9±1,2
Приобретенный сочетанный порок с преобладанием	стеноза	12	11
	недостаточности	6	10
Этиология	Ревматизм	12	9
	Инфекционный эндокардит	4	8
	Миксоматозная дегенерация	2	4
	III ФК	10	14
Недостаточность кровообращения по NYHA	IV ФК	8	7
Используемые протезы клапанов сердца	Биологический	6	8
	Механический	12	13

По вышеперечисленным критериям для исследования было отобрано 2 группы. Первая группа 18 больных, которым выполнена сочетанная операция протезирования митрального клапана и радиочастотная хирургическая аблация с использованием системы «AtriCure» и «Cobra», вторая, контрольная группа, 21 пациент, которым выполнено изолированное протезирование митрального клапана. Распределение пациентов представлено в табл. 1.

Средний возраст больных в первой группе составлял 66,3±3,3 года. В группу входило 7 женщин и 11 мужчин. У 10 больных была персистирующая форма ФП с анамнезом 6,7±3,2 месяца, у 8 – пароксизмальная форма мерцательной аритмии с анамнезом 18,6±7,4 месяца. По данным *трансторакального эхокардиографического исследования* (ЭхоКГ), размеры левого предсердия составляли 4,8±1,3 см. У всех больных был сочетанный митральный порок, с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия диагностировался у 12 больных, с преобладанием недостаточности митрального клапана у 6 пациентов. Этиология поражения митрального клапана была следующей, ревматизм – 12 больных, инфекционный эндокардит – 4 больных, миксоматозная дегенерация митрального клапана – 2 больных. Все больные имели недостаточ-