

**Д. В. Данилов, А. А. Гурьянов, А. А. Розуван, Л. П. Бельтюкова,
Н. С. Головизнин**

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ КИРОВО-ЧЕПЕЦКОГО ФИЛИАЛА
МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ КИРОВСКОГО ЗОНАЛЬНОГО ЦЕНТРА
ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ МЗ РФ (за период с февраля по ноябрь
2000 г.)**

МСЧ № 52, Кирово-Чепецк

Одним из крупнейших достижений медицинской науки и техники стало создание эндоскопов и их применение с диагностической и лечебной целью.

Несмотря на то, что со времени создания первых эндоскопов прошло уже 100 лет, бурное развитие эндоскопической хирургии началось в 1988г., когда профессора Дюбуа и Море провели независимо друг от друга первые лапароскопические холецистэктомии.

Начавшийся вслед за этим лавинообразный скачок как в количестве, так и в качестве проводимых вмешательств дал возможность оценить преимущества метода, а в ряде случаев прийти к пересмотру лечебной тактики и принятию новых стандартов лечения.

По инициативе профессора В. А. Журавлева и администрации и Генерального директора Кирово-Чепецкого химического комбината Б. И. Дрожжина был организован Кирово-Чепецкий филиал малоинвазивной хирургии Кировского зонального центра хирургии печени и желчных путей МЗ РФ в ноябре 1999 г.

В филиале эндоскопические операции проводятся на регулярной основе с февраля 2000 г., организован консультативный эндохирургический прием в поликлинике МСЧ 52 с возможностью прямой госпитализации профильных больных в плановом порядке.

За отчетный период методами эндохирургии выполнено 202 оперативных вмешательств у 192 больных.

Структура вмешательств:

Произведено 148 хирургических операций. В их структуре безусловно преобладают лапароскопические холецистэктомии (131 ЛХЭ). Сделано 13 диагностических лапароскопий, 1 лапароскопическая холецистостомия с дренированием салниковой сумки, 1 лапароскопическая операция Ниссена, 1 резекция-вылущивание гемангиомы 2-3 сегмента печени.

Гинекологические вмешательства выполнены у 50 больных в возрасте от 20 до 63 лет. Показаниями были: плановая стерилизация у 17 пациентов, овариальные кисты у 12, бесплодие - у 9, билатеральные кисты яичников у 3, параовариальные кисты у 3, внематочная беременность у 2, дермоидные кисты у 2, эндометриоидная киста у 1 и сочетание показаний у 4 пациентов.

По этим показаниям произведено 4 овариэктомии, 6 цистэктомий, 2 цистовариэктомии, 23 овариорезекции, 17 стерилизаций-клипирований маточных труб, 2 тубэктомии. Итого было сделано 54 гинекологических операций.

Из вышеуказанного очевидно явное преобладание плановых операций, представленных 2-3 основными видами. Лапароскопический метод прочно утвердился как метод выбора при лечении неосложненных форм ЖКБ, при стерилизации и лечении кистозной патологии яичников.

В то же время реализацию эндотехнологий в отношении прочих видов перечисленных операций мы не можем считать достаточной.

Показания к операции. Отбор больных.

Показанием к операции в 131 случаях был хронический калькулезный холецистит и его обострение (симптоматический холелитиаз). В 5 случаях ЛХЭ произведена при остром холецистите в сроки от 1 до 5 суток от начала заболевания.

В 19 случаях было обнаружено сочетание камней с холестерозом желчного пузыря. В 1

Вятский медицинский вестник. 2001. №1(8) наблюдении интраоперационно диагностирована

гепатома 4 сегмента печени. У 6 пациенток в качестве сопутствующей патологии имелся сахарный диабет 2 типа в сочетании с ожирением 2 - 3 степени. Средний возраст оперированных (142 женщины и 5 мужчин) составил 46,1 года (от 18 до 74 лет).

Нужно отметить, что общепризнанными показаниями к холецистэктомии являются следующие: симптоматический холелитиаз, холестероз и полипоз желчного пузыря

По данным литературы бессимптомное камненосительство является достаточным показанием к операции при наличии сахарного диабета, особенно диабета 1 типа. Мы также считаем это целесообразным.

С другой стороны приступы типичной желчной колики не всегда являются проявлением ЖКБ. Страдание может развиваться как на фоне выраженной (функциональной) гипермоторной дискинезии ЖВП, так и (органической) сифонопатии. Наше сдержанное отношение к ЛХЭ в данном случае обусловлено трудностью постановки достоверного диагноза. Мы имели всего один такой случай).

Отбор больных и показания к гинекологическим вмешательствам устанавливались совместно с гинекологом.

Противопоказания.

Большинство патологических сдвигов при лапароскопических вмешательствах обусловлено воздействием карбоксиперитонеума на сердечно -сосудистую и дыхательную системы. Исходя из этого, мы отказывались от эндооперации вообще по элективным показаниям, и в сторону открытой операции по жизненным показаниям при наличии легочно -сердечной декомпенсации. Считаем, что в оставшихся случаях требуется индивидуальный подход.

Характеристика вмешательств.

Все вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом с релаксантами. Время операций составило от 255 мин. (первая операция при остром холецистите, кривая обучения персонала) до 50 мин. в одном из последних наблюдений. В среднем временной показатель составил 85 мин. Интраоперационно в 14 случаях был перфорирован желчный пузырь при выделении его из ложа. Проводимый в этих случаях тщательный и обильный эндоперитонеальный лаваж позволил избежать подпеченочного дренирования в 10 случаях. В 1 случае интраоперационно при выделении грубо склерозированного пузыря развилось интенсивное артериальное кровотечение из печени, остановленное наложением клипс. В 1 случае пришлось прибегнуть к прошиванию пузырного протока вследствие его низкого отрыва от холедоха и ненадежности клипирования (поломка инструмента). Считаем эндоклипирование и наложение эндошвов и эндопечей наиболее надежными способами гемостаза. В гинекологии надежный гемостаз обеспечивает бикоагуляция.

Интраоперационная холангиография как метод диагностики механической обструкции выполнялась 5 раз, из них один раз она уверенно свидетельствовала о холедохолитиазе, 1 раз попытка ее была неудачной.

Конверсии.

Конверсии специфичны для эндохирургии. К конверсии нам пришлось прибегать 6 раз. В 5 случаях (3.8%) при ЛХЭ (все запланированные) и 1 вынужденная. Причинами были соответственно наличие билиодигестивных свищей в 2 случаях, интраоперационно диагностированный холедохолитиаз в 1 случае и плотный подпеченочный инфильтрат с вовлечением ободочной кишки в 2 случаях, в одном случае невозможность извлечь препарат.

Осложнения и послеоперационный прогноз

Ранних послеоперационных осложнений не отмечено. К наркотическому обезболиванию прибегали лишь 1-2-кратно, в день операции.

Средний предоперационный койкодень составил 1.06 дня, послеоперационный - 5.1 (от 2 до 16 суток). Все оперированные выписаны в удовлетворительном состоянии, без жалоб.

В 1 случае на 9 сутки после операции, протекавшей без технических трудностей, у больной 51 года, страдавшей сахарным диабетом и ожирением (выписана на 5 сутки после операции в удовлетворительном состоянии) развилось нагноение пупочной раны. Больная была госпитализирована во 2- ом хирургическом

отделении, произведена вторичная хирургическая обработка раны в пределах эпифасциальной клетчатки, выздоровление.

Рекомендованный срок временной нетрудоспособности с момента операции составил не более 14-20 дней при гладком течении послеоперационного периода.

Средний срок временной нетрудоспособности составил 18-20 дней, что в 2,5 -3 раза меньше, чем при обычных открытых операциях за этот же период. Средний срок временной нетрудоспособности по сравнению с оперированными обычным способом сократился на 40 -46 дней.

Урологическое направление

На базе филиала начата работа по созданию системы урологической и андрологической помощи. Проведено 13 трансуретральных резекций предстательной железы. 26 операций было проведено обычным способом. Были также проведены две операции по фаллопротезированию.

Работа с пациентами

Важным направлением деятельности филиала является работа с пациентами. Данное направление включает следующие разделы:

1. Регулярный консультативный прием пациентов в поликлинике.
2. Совместная работа с цеховыми терапевтами по выявлению пациентов, нуждающихся в эндоскопических операциях.
3. Регулярный учет состояния здоровья пациентов в послеоперационный период и анализ отдаленных результатов.
4. Разработка образовательных материалов для пациентов.
5. Лекции по проблемам малоинвазивной хирургии для студентов КГМА и врачей МСЧ 50.
6. Создание учебных видеофильмов, popularizing преимущества эндохирургических вмешательств.
7. Популяризация данного метода в печати и на кабельном телевидении г. Кирово-Чепецка,

Информационное обеспечение

В филиале имеются:

1. банк современной научной литературы по проблемам эндохирургии 1999-2000 гг.;
2. видеоотека учебных видеофильмов для врачей и пациентов;
3. банк компьютерных программ 1999- 2000гг.;
4. возможности активной работы в "Интернете".

Выводы

1. Эндоскопический метод является высокоэффективным, малотравматичным и безопасным в лечении и диагностике как пограничных, так и острых хирургических полостных заболеваний.
2. Метод экономически эффективен и оправдан, несмотря на большие сиюминутные затраты.
3. Метод может и должен быть применен в ранней диагностике и лечении экстренных хирургических больных.

Для коррекции большего круга патологии необходима интеграция способов жесткой и гибкой эндоскопии с лучевыми методами исследования.

INITIAL EXPERIENCES OF KIROVO-

CHEPETSK MINIMALLY INVASIVE

SURGERY AFFILIATION OF KIROV INTERREGIONAL CENTER OF LIVER AND BILE DUCT

SURGERY (February 2000 - November 2000) D. V. Danilov, A. A. Guryanov, A. A.

Rozuvan, L. P. Beltyukova, N. S. Goloviznin

The article describes 10-month experiences of Kirovo-Chepetsk Endosurgery Affiliation of Kirov Interregional Center of Liver and Bile Duct Surgery. Over 200

endoscopic operations were performed. Much attention is paid to the structure of endoscopic operations, indications for endosurgery and selection of patients, contra indications, characteristic features of the laparoscopic operations, conversions, complications, post-operative prognosis, work with patients and the role of international contacts of the affiliation.