

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАРТ
АПРЕЛЬ

1994

2

ТОМ
LXXV

ИЗДАНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАТАРСТАНА,
СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ ТАТАРСТАНА И
КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616—072.1—089.8

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РАЗВИТИЯ ЭНДОХИРУРГИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

В. В. Одинцов

Научно-производственная фирма «Эндомедиум» (директор — А. Е. Морошек), г. Казань

В начале XX века известный русский профессор Д. Отт предложил использовать для диагностики заболеваний органов брюшной полости вентроскопию, которая позволяла произвести осмотр внутренних органов без разреза брюшной стенки. На протяжении десятилетий такие хирурги, как Келлинг, Кальк, Виттман, В. С. Савельев, В. М. Буянов, Р. Х. Васильев и другие, многое сделали для внедрения в практику малотравматичного способа инвазивной диагностики — лапароскопии, при котором обследование проводится оптическим прибором, введенным через прокол брюшной стенки.

Благодаря появлению качественных оптических приборов и совершенствованию методик операций были расширены диагностические возможности лапароскопии, соответственно в неотложной хирургии и гинекологии стали распространяться малотравматичные операции. Большой вклад в развитие лапароскопической хирургии сделан отечественными хирургами А. М. Аминовым, И. Д. Прудковым, О. С. Кочневым, Ю. И. Галлингером,

В. П. Стрекаловским, разработавшими показания и методики для целого ряда операций.

Расширение объема хирургических вмешательств потребовало разработок нового инструментария и специальных оптических насадок для одновременной работы двух и более хирургов. Однако наиболее стремительное развитие эндоскопической хирургии связано с появлением специализированных эндохирurgicalческих комплексов, основным элементом которых являются высококачественные медицинские видеосистемы, передающие увеличенное изображение с телескопа на экран монитора. В результате их использования хирурги получили возможность оптимального взаимодействия при проведении операций.

Несмотря на активное развитие лапароскопической хирургии до 1987 г., именно этот год стал открытием новой эры хирургии — широкого применения эндохирurgicalческих операций, что подтверждается резким увеличением объема их использования в различных областях медицины. Началось широкое развитие эндохирurgicalгии

связано с лапароскопическими операциями на желчном пузыре и придатках матки, которые стали типовыми и, по данным зарубежных клиник, применяются сегодня в 90—95% случаев, что явно не случайно, а имеет тенденцию к замене традиционных открытых способов операций. Их минимальная травматичность обеспечивает важные преимущества перед традиционными.

В настоящее время наблюдается интенсивное развитие эндохирургии: появляются новые методы и изучаются результаты их применения в таких областях, как хирургия органов грудной клетки, гениталий, желудочно-кишечного тракта, брюшной стенки, суставов. В России внедрение эндохирургических операций происходит с большим опозданием. Так, например, за рубежом первая лапароскопическая холецистэктомия была произведена в 1987 г., а в России — только в 1991 г. В 1993 году частота применения эндоскопических операции в отечественных клиниках резко возросла, однако по сравнению с передовым мировым опытом она остается низкой; целый ряд операций, используемых в зарубежных клиниках, в России вообще еще не выполняется. Такие темпы развития эндохирургии в отечественной системе здравоохранения вызывают крайнее недоумение: почему отечественная хирургическая школа, так много сделавшая для развития эндохирургии, в настоящее время отстает от передового мирового уровня в этой области и почему отечественная медико-техническая промышленность, имеющая приоритеты в разработке медицинской оптики и сшивающих аппаратов, мало производит необходимого для эндохирургии оборудования? Причины несоответствия предыдущего опыта и сегодняшнего состояния медицины, безусловно, связаны с экономическими и политическими изменениями в обществе. Опыт развития отечественной хирургической школы показывает, что в России всегда имелся большой научный и медицинский потенциал, позволяющий решать самые сложные задачи, однако плохое техническое оснащение больниц и учебных центров крайне затрудняет его реализацию, что в эндохирургии особенно заметно. Такое положение требует новых организаци-

онных мероприятий государственного масштаба, иначе процессы преодоления отставания в хирургической службе в целом будут происходить медленно, и на практике пациенты не скоро получат хирургическую помощь современного уровня.

Среди проблем внедрения эндохирургии необходимо выделить две основные группы: клинические и организационные. Клинические проблемы связаны с новыми требованиями и условиями, предъявляемыми самими операциями, к ним относятся следующие: освоение методик операций, разработка показаний к новым операциям, анестезиологическое обеспечение, специфика использования в различных областях хирургии, коррекция специфических послеоперационных осложнений. Организационными проблемами являются оптимальная комплектация оборудованием и его сервисно-техническое обслуживание, переподготовка кадров, аттестация специалистов и обеспечение быстрого внедрения новых достижений эндохирургии.

Следует подчеркнуть, что клинические проблемы решаются в основном коллективом клиники, внедряющей новые операции, и главной целью при этом становится получение полноценной информации о мировых практических достижениях. Организационные же проблемы требуют подключения к внешним системам оснащения и обучения или создания регионарной системы, охватывающей эти проблемы централизованно на весь регион в целом.

Внедрение новых операций в практику может происходить либо путем частной инициативы отдельных клиник, либо путем принятия региональной программы. В Татарстане проблемы развития эндохирургии решаются на основе государственной программы путем поэтапного координированного внедрения операций в хирургических отделениях с организацией единой системы переподготовки кадров и сервисно-технической службы. Важным элементом программы является широкое использование отечественного оборудования, прошедшего полноценную клиническую апробацию и позволяющего существенно снизить стоимость технического оснащения.

Необходимо подчеркнуть, что программный путь позволяет мобилизовать научный, технический и медицинский потенциалы региона и способствует таким образом дальнейшему развитию его инфраструктуры, а на практике создает оптимальные условия для использования новых мето-

дов лечения. В отечественной хирургии всегда были и будут талантливые специалисты и новые идеи, однако их полноценная реализация во многом зависит от правильной организации и государственной поддержки.

Поступила 20.12.93.

616—072.1—089.8

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Р. Ш. Сафин, С. Я. Кнубовец, И. И. Валеев

Республиканская клиническая больница (главрач — С. В. Абуладзе) МЗ Татарстана

Эндоскопическая хирургия включает в себя целый ряд оперативных вмешательств по поводу заболеваний органов брюшной полости, которые выполняют с помощью лапароскопа, а также эндоскопа из волоконной оптики.

С 1983 по 1993 г. в эндоскопическом отделении, а с 1 августа 1993 г. в отделении эндохирургии были выполнены эндоскопические вмешательства (табл. 1).

Таблица 1

Характер эндоскопических вмешательств	
Операции	Количество
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)	166
Удаление полипов и доброкачественных опухолей желудочно-кишечного тракта	1138
Удаление инородных тел желудочно-кишечного тракта	217
Трансэндоскопические вмешательства на высоте желудочного кровотечения	204
Проведение питательных катетеров	103
Антеградное бужирование пищевода	298
Лапароскопия	3836
Транслапароскопические операции	399
Лапароскопическая холецистэктомия	84

В нашей клинике эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с удалением камней из желчных протоков применяется с 1979 г. Мы располагаем опытом 166 таких операций. ЭПСТ в функциональном отношении не уступает аналогичному трансдуоденальному вмешательству, обладая

в то же время рядом преимуществ перед последним. К ним относится прежде всего меньшая летальность, которая после ЭПСТ не превышает 1,5%. Такие осложнения, как кровотечение, панкреатит, перфорация, протекают в менее тяжелой форме. Кроме того, при ней отсутствуют неблагоприятные последствия общего обезболивания, вскрытия брюшной полости, в связи с этим она может быть применена у наиболее тяжелой группы больных преклонного возраста. После 166 ЭПСТ в 13 (7,8%) случаях наблюдалось небольшое кровотечение, которое останавливалось местным применением 5% раствора аминокапроновой кислоты. Других осложнений не было.

С 1983 г. осуществлено эндоскопическое вмешательство у 1138 больных по поводу полипов желудка, двенадцатиперстной кишки, толстого кишечника. Не вызывает сомнения высокая диагностическая ценность полипэктомии через колоноскоп, так как гистологическое исследование всей опухоли гарантирует точное установление характера новообразования. Рецидивы полипов после удаления на прежнем месте возникают крайне редко. Непосредственные результаты эндоскопических вмешательств при полиповидных образованиях можно признать вполне удовлетворительными, несмотря на то что эндоскопическая полипэктомия в ряде случаев может сопровождаться различными по характеру серьезными осложнениями, требующими лечения, иногда и хирургического; летальных исходов практически не бывает. В 32 (2,8%) случаях полипэктомии наблюдалось кровоте-