

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-

ние, в 31 из них оно было остановлено путем орошения 5% раствора аминокaproновой кислоты, дополнительной диатермокоагуляции, подслизистым введением 0,1% адреналина, в одном случае потребовалось оперативное вмешательство. У 11 (1%) больных удалены доброкачественные опухоли значительных размеров. В 1992 г. было 2 случая (0,2%) перфорации толстого кишечника при диагностическом исследовании и удалении крупного полипа. Произведены лапаротомии, послеоперационный период протекал без осложнений. Все удаленные полипы подверглись гистологическому исследованию.

Применение лечебной эндоскопии при инородных телах желудочно-кишечного тракта, как правило, позволяет отказаться от несомненно более травматичной и опасной операции лапаротомным доступом. Нами удалены инородные тела из пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки у 217 (19,1%) больных. Осложнений не было.

Большое внимание уделяется комплексному лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. При этом местное эндоскопическое лечение включает:

- 1) первичную хирургическую обработку и промывание язвенного дефекта 96° спиртом, орошение облепиховым маслом, обкалывание язвенного дефекта репаратом;

- 2) промывание язвенного дефекта спиртом, орошение облепиховым маслом и внутрижелудочную блокаду по малой кривизне угла до кардиального жома 0,5% новокаином от 50 до 100 мл (временная СПВ). Благодаря этому, а также эндоскопическому контролю за заживлением язвенного дефекта сроки заживления язвы двенадцатиперстной кишки сокращены до 14 дней, язвы желудка — до 18.

Одним из тяжелых осложнений язвенной болезни является кровотечение. Непосредственные результаты эндоскопической остановки кровотечения из гастродуоденальных язв являются удовлетворительными, в большинстве случаев может быть достигнута остановка кровотечения. Основными источниками кровотечения были язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, синдром Меллори — Вейса, эрозии пищевода, бласто-

матозные поражения желудка. Из 204 случаев эндоскопического вмешательства 11 (5,4%) больных прооперированы сразу же после безуспешной попытки остановки кровотечения, 92 (45,1%) пациента прооперированы в «холодном периоде» заболевания. Выполнение хирургического вмешательства в условиях остановленного кровотечения и соответствующей подготовки больных, несомненно, является менее рискованным, чем операция на высоте кровотечения. 102 (50%) были лечены консервативно.

Важной манипуляцией остается проведение катетеров через сужение пищевода для назоинтестинального питания и ретроградного бужирования, которое выполнено нами у 103 больных. Осложнений не было, что свидетельствует о высокой эффективности и безопасности данной методики.

Антеградное бужирование произведено у 298 больных, и лишь у одной (0,3%) пациентки со стриктурой пищевода и исходным тяжелым состоянием после ожога имела место перфорация пищевода. Проведены консервативное лечение и оперативное вмешательство.

Лапароскопия обладает большими диагностическими возможностями в распознавании заболеваний органов брюшной полости. В клинике выполнено также 3836 диагностических лапароскопий. Высокая информативность, относительная простота метода и его меньшая травматичность по сравнению с таковой при диагностической лапаротомии привели к тому, что в последние годы вопрос «лапаротомия или лапароскопия» все чаще решается в пользу последней. У 399 больных выполнены транслапароскопические операции, в том числе пункционная биопсия печени у 75 (18,8%), щипцовая биопсия — у 66 (16,5%), блокада круглой связки печени с установкой катетера — у 32 (8%), установка дренажей при тазовых перитонитах — у 148 (37,1%), удаление «потерянных» дренажей из брюшной полости — у 6 (1,5%), лапароскопическая холецистостомия — у 13 (3,3%), лапароцентез — у 59 (14,8%).

Успешное выполнение сложных эндоскопических вмешательств потребовало создания современной технической базы, включающей разнообразные наборы эндоскопов, манипулято-

ров последних моделей ведущих мировых фирм. С учетом интенсивной работы необходима целая служба очистки, дезинфекции и стерилизации инструментария, особенно в свете требований по профилактике ВИЧ-инфекции и вирусного гепатита. В отделении организован кабинет для этих целей с использованием оборудования принципиально нового поточного типа, позволяющего при наличии 10 и более эндоскопов пользоваться ими в одноразовом режиме. По оснащению и качеству стерилизации эндоскопов он не имеет аналогов в РТ и в СНГ.

Благодаря совершенствованию тактики трансэндоскопических операций и расширению их объема, а также кадрам хирургов с большим опытом как в общей хирургии, так и в хирургии желчных путей, мы смогли организовать отделение эндоскопической хирургии. Почти за 3 месяца нами выполнены 84 лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ).

У 77 (92%) больных был хронический калькулезный холецистит, у 4 (5%) — водянка желчного пузыря, у 3 (3%) — эмпиема желчного пузыря. Только в одном наблюдении (1,2%) после телеобзора произведены лапаротомия и холецистэктомия по поводу деструктивного холецистита в рыхлом инфильтрате. Перихолецистит и перигепатит были отмечены более чем в $\frac{2}{3}$ случаях, спаечный процесс всей брюшной полости — у $\frac{1}{10}$.

Сопутствующие заболевания были представлены ишемической болезнью сердца, атеросклерозом, гипертонической болезнью, кардиосклерозом (у 23,8%), сахарным диабетом средней и легкой степени (у 6%), ожирением II—III степени (у 6%).

Все ЛХЭ прошли без осложнений, что объясняется тщательным отбором больных, соблюдением методики операции, безупречной работой аппаратов и инструментов, синхронной работой хирургов и эндоскопистов операционной бригады с предварительной учебой на эндотренажерах и т. д.

У больных после ЛХЭ отсутствовал болевой синдром в первые дни и часы

после операции; наркотики никому не вводились. Парез кишечника был ликвидирован на сутки раньше. Стул у большинства больных был самостоятельным. На 2-й день больные возвращались к подвижному образу жизни, не нуждаясь в постельном режиме. Расход медикаментов из-за ранней выписки больных (3—5-й дни) был резко сокращен. К трудовой деятельности больные приступали намного раньше.

Наш опыт ЛХЭ позволяет сделать следующие выводы:

1. Дооперационная диагностика состояния внепеченочных желчных протоков должна полностью исключить холедохолитиаз и стеноз фатерова сосочка.

2. Превентивная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением камней из гепатикохоледоха при достаточной нормализации гомеостаза может позволить в дальнейшем выполнить ЛХЭ.

3. При ЛХЭ не следует ограничиваться коагуляцией сосудов, а надо широко использовать их клипирование, что обеспечивает чистоту операционного поля и четкость манипуляций.

4. При выделении желчного пузыря из спаек не следует увлекаться длительной коагуляцией, которая может привести к «привариванию» тканей.

5. Важное значение имеет вариант отхождения от пузырной артерии веточки, питающей собственно пузырный проток; при выделении последнего этот небольшой сосуд, если он не был коагулирован или клипирован, может стать источником довольно выраженного кровотечения.

Поступила 20.12.93.

SOME ASPECTS OF ENDOSCOPIC SURGERY

R. Sh. Safin, S. Ya. Knubovets, I. I. Valeev

Summary

The data of endoscopic investigations and surgical interventions are presented. The experience of the performance of laparoscopic cholecystectomies allows to outline a number of essential considerations as to the tactics of their performance.