

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

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

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

С 1983 по 1992 г. в отделениях Республиканской клинической больницы по поводу холецистита и его осложнений было произведено 4000 операций, 162 эндоскопические папиллосфинктеротомии; по поводу различных заболеваний органов брюшной полости в плановом и срочном порядке проведено 3836 лапароскопий.

После организации отделения эндоскопической хирургии (ЭХ) с 19 августа по 30 ноября 1993 г. по поводу холецистита и его осложнений были выполнены 84 лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ).

В отечественной и зарубежной литературе часто употребляют термин «лапароскопическая хирургия». Мы полагаем, что понятие «эндоскопическая хирургия» шире по значению, чем «лапароскопическая хирургия». Этот термин принят для обозначения оперативных вмешательств, проведенных с помощью не только лапароскопа, но и гибких эндоскопов для различного применения. Поэтому более правильно пользоваться термином «эндоскопическая хирургия». Между тем укореняются также и такие термины, как «лапароскопическая холецистэктомия», «лапароскопическая аппендэктомия», «эндоскопическая папиллосфинктеротомия» и т. д.

В связи с распространением ЭХ в гастроэнтерологии перед хирургической службой возникает множество проблем. Во-первых, это организация внедрения ЭХ. Высокая стоимость аппаратуры и инструментов, сервисное обслуживание фирм поставщиков, рентабельность требуют от больниц высокой культуры медицинского обслуживания. Отсюда следует, что организаторы здравоохранения должны провести тщательную экспертизу возможностей хирургической и эндоскопической служб соответствующих больниц с выдачей лицензии на пользование методами ЭХ.

Во-вторых — это обучение кадров методам ЭХ. Основа учебного процесса закладывается на курсах спе-

циализации по ЭХ. Чтение специальной литературы, лекции и семинары, просмотр видеофильмов, участие в операциях в качестве второго ассистента, телеоператора, знакомство с аппаратурой и инструментами — необходимый минимум первоначального этапа учебного процесса. Следует особо обратить внимание на занятия на простом тренажере и, особенно, на эндотренажере с использованием лапароскопа, видеокамеры, интраскопической видеосистемы, монитора и манипуляторов. Как правило, в эндоскопической операции участвуют три хирурга. От синхронизации их действий в процессе обучения во многом зависит успешное освоение операций. Хирурги должны обучаться последовательно друг за другом, что возможно в хирургических отделениях с большим коллективом врачей.

В-третьих, всегда следует отдавать себе отчет в том, что основным оперативным вмешательством должна быть ЛХЭ по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ).

Следует также подчеркнуть, что обучение, совершенствование оперативной техники может происходить при одном условии — количестве ЛХЭ не может быть меньше 1—2 операций в день, что за год может составить 200—400 операций. Это возможно, когда операции проводят 4—5 раз в неделю по 1—2 операции в день как минимум. При таком темпе работы хирург быстро осваивает манипуляции инструментами и лапароскопом.

В связи с обучением методам ЭХ возникают определенные кадровые вопросы. Кто должен осваивать эти способы? Несомненно, их должны изучать хирурги, причем в первую очередь крупных отделений, обслуживающих большие контингенты населения. Общехирургический опыт, работа в отделениях, где за один год выполняют от 300 до 500 операций по поводу холецистита и его осложнений — это та база, которая поможет хирургу овладеть азами ЭХ. В многопрофильных

республикаских (областных) больницах бригады могут комплектоваться из хирургов и опытных эндоскопистов, которые совместно работают в отделениях ЭХ. Что касается внедрения различных методов эндоскопии, то необходимо чаще применять срочную и плановую лапароскопию, эзофагогастродуоденоскопию, эндопапиллосфинктеротомию под телевизионным контролем, что будет способствовать становлению ЭХ.

Особо следует остановиться на применении срочной лапароскопии в ЦРБ дежурных клиниках. Не клиническое наблюдение в течение многих часов, а срочная лапароскопия должна помочь хирургу поставить правильный диагноз.

Что предстоит в дальнейшем после внедрения ЛХЭ? Несомненно, только то, что ЛХЭ должна оставаться базовой операцией и выполняться наиболее часто [2].

Для успешного проведения ЛХЭ, особенно на этапе ее внедрения, необходим отбор больных из группы с ХКХ. Оптимальным является сочетание целого ряда факторов: возраста, пола, длительности заболевания и сопутствующих болезней. Больные молодого и среднего возраста чаще всего имеют анамнез до 3—5 лет и такие патоморфологические изменения желчного пузыря, которые позволяют применять эндоскопическую технику. Однако треть больных от 50 до 65 лет имеет такую же продолжительность заболевания. Известно увеличение числа мужчин в пожилом возрасте, страдающих ХКХ. Однако тяжелые болезни сердца, сосудов, легких, печени не позволяют им рекомендовать ЛХЭ. По мере увеличения длительности заболевания чаще встречаются перихолецистит с мощными спайками желчного пузыря с окружающими органами, перигепатит, снижающий подвижность печени, что при первых операциях усложняет выполнение ЛХЭ.

Больным с циррозом печени, заболеваниями сердечно-сосудистой системы и легких с недостаточностью II степени ЛХЭ противопоказана. Вполне удовлетворительно ее переносят больные с ожирением I—II степени. При овладении техникой ЛХЭ не следует оперировать больных с ожирением III степени, однако по мере ее освоения такое вмешательство возможно.

Из числа направленных к нам на консультацию больных 10% лиц было отказано в ЛХЭ. При этом следует подчеркнуть, что всем им была рекомендована операция по жизненным показаниям, и ни один из них не мог быть направлен на лапаротомную холецистэктомию в плановом порядке.

Мы полагаем, что при целом ряде заболеваний сердца, сосудов, легких, почек после интенсивной терапии в специализированном отделении ЛХЭ вполне возможна. Как правило, отбор большинства больных происходит амбулаторно, и функциональное состояние сердечно-сосудистой и легочной систем выявляется простыми методами исследования — путем постановки проб Штанге и Сообразе. У всех наших больных, перенесших ЛХЭ, эти пробы были в норме или выше нее, а у тех, которым было отказано в ЛХЭ, они были ниже нормы в 2 раза.

При отборе больных с ХКХ на ЛХЭ необходимо знать состояние внепеченочных желчных протоков. При диаметре гепатикохоледаха от 8 до 10 мм следует исключить обтекаемые конкременты, стеноз фатерова сосочка. При отрицательной холангиохолецистограмме, указывающей на желчную гипертензию, нужно провести эндоскопическую ретроградную холангиографию. В случае ее неудачи или неубедительных данных обязательно выполнение лапаротомной холецистэктомии. Интраоперационная холангиография при ЛХЭ технически доступна. Однако удаление камней из холедаха и интраоперационная папиллосфинктеротомия могут усложнить операцию. Откладывание же эндоскопической папиллосфинктеротомии с извлечением из гепатикохоледаха конкрементов на 3—4 дня в условиях желчной гипертензии может неблагоприятно сказаться на послеоперационном периоде.

Несмотря на возможности диагностических и лечебных мероприятий как во время, так и после операции, позволяющих ликвидировать холедохолитиаз и стеноз фатерова сосочка, желательно, чтобы у больных, идущих на ЛХЭ, не было этих осложнений холецистита. У больных с холедохолитиазом без желтухи может быть проведена превентивная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением камней, а затем ЛХЭ. У больных с холедохолитиазом с жел-

тухой после удаления камней, ликвидации желтухи, нормализации показателей гомеостаза телевизионная лапароскопия на операционном столе может позволить принять решение в пользу ЛХЭ.

При целом ряде организационных и технических условий возможна лапароскопическая аппендэктомия (ЛАЭ). Однако и эта операция доступна лишь крупным отделениям с хорошо поставленной анестезиологической службой. Ведь ЛАЭ следует выполнять под общим обезболиванием с применением миорелаксантов в любое время суток. Единичные ЛАЭ еще не являются поводом для того, чтобы их безоговорочно проводили. В целях профилактики нагноения по ходу раневого канала червеобразный отросток нужно удалять через тубус троакара. Поэтому его диаметр при резко утолщенном и увеличенном червеобразном отростке должен быть равным 15—20 мм. Все это наталкивает на мысль о том, что сумма разрезов при ЛАЭ будет почти такой же, как и при лапаротомном доступе (30—35 мм) у нетучных больных.

Лапароскопическое грыжесечение (ЛГ) требует особых инструментов, полипропиленовой сетки и сопряжено со значительными техническими трудностями. В настоящее время ее выполняют только некоторые хирурги. Процент рецидивов при этом в 3—4 раза меньше, чем при классических доступах.

УДК 616.34—002.44—072.1—089.8

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

А. Л. Андреев, В. И. Егоров, Н. В. Дмитриев

Клиника эндоскопической хирургии и гинекологии (директор — канд. мед. наук Н. В. Дмитриев), г. Санкт-Петербург

В настоящее время во всем мире отмечается тенденция к уменьшению инвазивности оперативных вмешательств. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки прошло путь развития от радикальных форм до органосохраняющих операций, основой которых является ваготомия [1, 2, 5]. В последнее время появились сообщения о выполнении ваготомии с помощью лапароско-

На данном этапе развития ЭХ становится выполнимым целый ряд операций на желудке, кишечнике и т. д. Каждая из этих операций требует разработки специфических инструментов, что возможно при тесном контакте с конструкторами, изучении их в работе и в процессе усовершенствования.

Можно определенно утверждать, что развитие ЭХ в гастроэнтерологии должно сопровождаться значительным улучшением диагностики на догоспитальном этапе. Выявление начальных форм калькулезного холецистита, острых катарального, флегмонозного аппендицита позволит применять эндоскопическую операцию у большого числа больных.

Улучшение информированности населения, стремление к здоровому образу жизни, внедрение страховой медицины, подкрепленное экономическими рычагами, должны способствовать развитию ЭХ. Первоначальные финансовые затраты на аппараты и инструменты будут быстро окупаться за счет менее продолжительного пребывания больного в стационаре и ранней выписки к труду.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ратнер Г. Л. // Эндхирургия для России.—1993.—№ 1.—С. 21—23.
2. Grace P. A., Quereshi A., Collman I., Keaue R. // Brit. J. of Surg.—1990.—Vol. 78.—P. 160—162.

Поступила 20.12.93.

пической техники [3, 4, 6]. По литературным данным [6], лапароскопическую ваготомию впервые осуществили французские хирурги, модифицировав операцию Тейлора. В последующие годы были разработаны и другие виды лапароскопических вмешательств в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, в том числе и селективная проксимальная ваготомия [4, 7]. Результаты наблю-