

новения механической желтухи (у нас 2 случая с ЖКБ) характеризуются центрлобулярным холестазом с блокадой желчными пигментами отдельных гепатоцитов ЗРЭ и желчных проточков. В краевых зонах портальных полей начинается пролиферация желчных протоков. Для поздних изменений (в нашем наблюдении три случая с опухольми панкреатодуоденальной зоны) характерно прогрессирование внутривенных и портальных изменений, застой желчи распространяется на периферию дольки, группы печеночных клеток подвергаются лизису, вокруг которых развивается реактивное воспаление, появляется скопление желчи в интерцеллюлярных пространствах. Развивается

выраженная пролиферация протоков и перидуктальный фиброз. Морфологическая картина острого и хронического холестаза не является патогномоничной, но полезной для дифференциальной диагностики различных форм желтухи.

Литература

1. Блюгер А. Б., Новицкий И. Н. Практическая гепатология. – 1984. – С. 124.
2. Логинов А. С., Аруин Л. И. Клиническая морфология печени – 1985. – С. 91.
3. Подымова С. Д. Болезни печени. – 1993 – С. 45.
4. Серов В. В., Лапиш К. Морфологическая диагностика заболеваний печени. – 1989. – С. 289.
5. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. – 1999. – С. 254.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

А. А. Смирнов, В. М. Воронин, Ю. Б. Сёмкин, С. Л. Сперанский, С. Г. Горелик, О. Б. Захарченко, Т. Н. Татьянаенко, А. Н. Анацкий

Кафедра общей хирургии медицинского факультета БелГУ,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии Кур. гос. мед. ун-та

Целью настоящей работы явилось изучение опыта применения эндохирургической техники в условиях многопрофильной городской больницы.

История хирургии конца XX века отмечена рядом замечательных событий, одним из которых явилось рождение эндоскопической хирургии, занявшей значительное место в медицине. Несмотря на почти столетнюю историю лапароскопии, предложенной в 1901 году нашим соотечественником Дмитрием Оттом, оперативная эндоскопия сравнительно молода. Эндоскопическая хирургия – метод оперативного лечения заболеваний, когда радикальное вмешательство выполняют без широкого рассечения покровов, через точечные проколы или естественные физиологические отверстия. Появление эндохирургии, в считанные годы завоевавшей весь мир, было расценено как вторая французская революция. По значимости эта технология сравнима с распространением асептики и антисептики, внедрением интубационного наркоза, методики

экстракорпорального кровообращения или разработкой операционных микроскопов. Впервые лапароскопическая холецистэктомия у человека была выполнена Ph. Mouret (Леон, Франция) в 1987 году. Несомненное достоинство эндоскопической хирургии – малая травматичность и низкая частота осложнений. Несомненная польза для общества – в экономической эффективности метода и снижении сроков реабилитации больного.

Мировой опыт показывает, что эндовидеохирургия находит все более широкое применение и входит в повседневную практику не только при операциях грудной и брюшной полостей, но также в артрологии, нейрохирургии, сосудистой и сердечной, челюстно-лицевой и пластической хирургии. Отечественная эндохирургия по этим направлениям идет вслед за опытом передовых зарубежных клиник. а ее будущее зависит от развития российского государства в целом.

За период с января 1994 года по декабрь 1999 года в муниципальной городской больнице №1 выполнено 1247 видеолaparоскопических вмешательств. Возраст больных составил от 15 до 80 лет, женщин было 902 (72%), мужчин – 345 (28%). Производились следующие вмешательства: холецистэктомия – 910 (73%), операции на матке и придатках – 161 (13%), дренирование сальниковой сумки и брюшной полости при остром панкреатите – 14 (1%), холецистостомия – 11 (0,8%), аппендэктомия – 3 (0,2%), эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 22 (1,7%), диагностическая лапароскопия – 126 (10,3%).

В настоящее время желчно-каменная болезнь выходит на первое место в ургентной и плановой хирургии, опережая в количественном отношении острый аппендицит и грыжи. Из 910 видеолaparоскопических холецистэктомий 703 (77,2%) выполнено при хроническом калькулезном холецистите и 207 (22,8%) – при остром деструктивном холецистите.

Из 126 гинекологических операций 45 (36%) явились симультанными при выполнении холецистэктомии (клиппирование маточных труб, удаление субсерозных узлов матки, удаление кист придатков, рассечение тазовых спаек).

При остром панкреатите брюшную полость и сальниковую сумку дренировали при наличии свободной жидкости в брюшной полости и отсутствии гнойных осложнений, дополняя дренирование при наличии показаний холецистостомией.

Холецистостомию выполняли при остром деструктивном холецистите и при холецистите, осложненном механической желтухой у лиц старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией (на малых цифрах давление CO₂ 5-6 мм рт ст) как первый этап операции, а в некоторых случаях как окончательный метод хирургического лечения.

Столь малое количество аппендэктомий (3) мы объясняем технической и экономической нецелесообразностью данной операции у больных с острым аппендицитом. Лапароскопическая аппендэктомия в

одном случае была выполнена из-за повреждения червеобразного отростка при рассечении спаек во время лапароскопической холецистэктомии, в двух других случаях – с целью освоения методики и по личному желанию больных.

Особое место в эндоскопии занимает диагностическая лапароскопия, применяемая в экстренной и плановой хирургии. В настоящее время лапароскопия остается ценным методом диагностики, позволяя выявить заболевания или повреждения, избрать правильную тактику, а иногда – перейти к радикальному вмешательству, не выполняя чревосечения. Еще в 1921 году Корбш точно определил показания для этого исследования: «Лапароскопию надо применять, если другие методы исследования не помогают в диагностике, а с помощью лапароскопии мы будем видеть изменения в органах». Нами произведено 126 диагностических лапароскопий. Из них 48 (38%) произведены в плановом порядке, 78 (62%) – в экстренном. Плановые диагностические лапароскопии производились для уточнения распространенности опухолевого процесса и возможности выполнения радикального оперативного вмешательства; как последний этап в диагностике причин бесплодия с последующим лапароскопическим рассечением спаек в малом тазу (адгезиозис); при заболеваниях печени и асцитах неясной этиологии. При экстренной лапароскопии важно не только определить показания и противопоказания при различных заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости, но и обосновать целесообразность проведения этого исследования. В экстренной хирургии по существу необходимо решить давно назревший вопрос: лапароскопия или лапаротомия? В связи с этим в каждом отдельном случае врач должен определить возможность и необходимость выполнения исследования для конкретного больного и оценить степень опасности исследования. Экстренную диагностическую лапароскопию мы применяли в следующих случаях: при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости с неясной клинической картиной – 32

(41%); при закрытых травмах живота для диагностики повреждений паренхиматозных и полых органов – 35 (45%); при дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний (чаще острого аппендицита) и острых заболеваний органов малого таза – 11 (14%). В нашей практике во всех случаях лапароскопия была успешной и способствовала выработке правильной тактики лечения больных. Но нельзя забывать о тех двух процентах, когда во время лапароскопии не удастся обосновать причину имеющихся клинических симптомов.

На основании вышеизложенного нами сделаны следующие выводы.

1. Эндоскопическая хирургия заняла прочные позиции в хирургическом лечении больных.

2. С учетом большого объема выполняемых эндоскопических операций и диагностических исследований хирургами-эндоскопистами, по-видимому, назрела не-

обходимость в создании отдельной эндохирургической службы в условиях многопрофильных больниц, оказывающих экстренную круглосуточную помощь с большим потоком больных, с введением в состав дежурной бригады опытного хирурга-эндоскописта.

3. Диагностическая лапароскопия должна выполняться по строгим показаниям опытным хирургом-эндоскопистом, имеющим достаточный опыт работы в абдоминальной хирургии (для правильной интерпретации лапароскопических находок и, при необходимости, их своевременного удаления).

Литература

1. Федоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В. В., Эндоскопическая хирургия. – М.: Медицина, 1998.
2. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. Эндоскопия органов брюшной полости. – М.: Медицина, 1977.
3. Коваль Е. Г., Кошуг Г. Д., Хонелидзе Г. Б. Атлас лапароскопической диагностики. – Кишинев, 1983.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (причины, способы предупреждения)

**А. А. Смирнов, В. М. Воронин, Ю. Б. Сёмкин, С. Л. Сперанский, С. Г. Горелик,
Т. Н. Татьянаенко, А. Н. Анацкий, О. Б. Захарченко, А. Д. Мясников**

Кафедра общей хирургии медицинского факультета БелГУ,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии КГМУ

Целью настоящей работы явилось определение интраоперационных и послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), изучение причин и разработка путей профилактики этих осложнений.

По данным литературы, количество осложнений ЛХЭ остается на прежнем уровне и составляет от 2 до 20%, по данным различных авторов (1,2,3). Такую разноречивость данных мы объясняем тем, что многие авторы по мере накопления опыта не придают значения многим интраоперационным и послеоперационным осложнениям. В последнее время в связи с совершенствованием техники ЛХЭ все больше внимания уделяется таким «грозным» осложнениям,

как повреждение внепеченочных желчных протоков, желчеистечение, внутрибрюшное кровотечение. Другие же осложнения, в большей степени влияющие на статистику в данном разделе и гребующие повторных оперативных вмешательств, незаслуженно, по нашему мнению, отодвинуты на второй план.

В настоящей работе описаны осложнения, с которыми мы столкнулись при ЛХЭ.

В городской больнице № 1 ЛХЭ производятся с 1993 года. На протяжении 6 лет (до декабря 1999 г.) было произведено 932 операции по поводу желчекаменной болезни в различных ее проявлениях (острый и хронический холецистит, холедохолитиаз). Из них при хроническом холецистите – 703