

УДК 616-089.002«313»(063)

III региональная научно-практическая конференция «НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ»

11 сентября 2003 г. в селе Покровка Октябрьского района Приморского края состоялась Дальневосточная конференция «Новые технологии в хирургии» с выездным пленумом правления Российской ассоциации эндоскопической хирургии. Организаторами конференции выступили Департамент здравоохранения администрации Приморского края, Владивостокский государственный медицинский университет, Российская ассоциация эндоскопической хирургии, администрация и центральная районная больница Октябрьского района Приморского края.

В работе конференции приняли участие врачи различных хирургических специальностей из Владивостока, Приморского края, Хабаровска, Амурской области, Благовещенска, Москвы, Новомосковска и Санкт-Петербурга. Было заслушано 13 докладов, принята резолюция.

Конференция, состоявшаяся в Покровке, стала пятой по счету среди мероприятий подобного рода, направленных на внедрение новых медицинских технологий в практическое здравоохранение. Первая конференция «Перспективы новых технологий в хирургии» была проведена в 1998 г. на базе Дальневосточной центральной клинической бассейновой больницы. Конференция «Современные технологии в абдоминальной эндоскопической хирургии» с участием хирургов Дальнего Востока, Москвы и Санкт-Петербурга и демонстрацией операций в режиме реального времени прошла на базе Приморской краевой клинической больницы 3-4 октября 2000 г. Учитывая быстрое развитие эндохирургии в лечебно-профилактических учреждениях Приморья, было решено в дальнейшем ежегодно проводить подобные научно-практические мероприятия в городах и районных центрах края. Первая региональная конференция «Новые технологии в хирургии» состоялась в 2001 г. в Партизанске, вторая — в 2002 г. в Находке.

Данные конференции, безусловно, приносят огромную пользу хирургам края, так как дают возможность специалистам поделиться опытом работы, разобрать ошибки, выработать единую тактику лечения больных с той или иной патологией. В организации конференции большую помощь оказали медицинские компании ТУСО (г. Москва), «Приммедснаб» и «Имплант-ДВ» (г. Владивосток). Компания «Приммедснаб» за вклад в развитие эндохирургии на Дальнем Востоке награждена дипломом РАЭХ.

Ниже публикуется часть тезисов докладов, заслушанных на III региональной научно-практической конференции «Новые технологии в хирургии».

Ф.Ф. Антоненко, Е.А. Порицкий, Ю.В. Краснопеева

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЭКСТРЕННОЙ ГИНЕКОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Краевой клинический центр охраны материнства и детства (г. Владивосток)

С 1998 г. в ККЦОМД выполнено 483 лапароскопические операции детям и подросткам, в том числе 87 операций проведено девочкам в возрасте от 5 до 18 лет, поступившим в отделение детской гинекологии по поводу различных гинекологических заболеваний. Из них 62 операции (71,3%) выполнены по экстренным показаниям (29 случаев — образования придатков, 18 — воспаление гениталий, 5 — апоплексия яичника, 4 — внематочная беременность и 6 — деструктивный аппендицит).

У большинства девочек характерные признаки воспалительного процесса в придатках матки выражены слабо либо вообще отсутствуют, и только диагностическая лапароскопия позволяет провести дифференциальную диагностику с острым аппендицитом или выявить этиологию «первичного перитонита». При гнойных заболеваниях придатков матки мы придерживались органосохраняющей тактики: адгезиолизис и удаление детрита в пределах здоровых тканей. У пациенток с катаральными сальпингитами после лапароскопической санации в 1,5 раза быстрее, чем при консервативном ведении, нормализовались клинико-лабораторные показатели, практически не возникали спайки в области малого таза, что сохраняет репродуктивную функцию и снижает частоту трубно-перитонального бесплодия.

Часто встречаемой патологией в плановой и экстренной хирургии у девочек является опухолевидные образования придатков. Более чем в половине наблюдений они оказались ретенционными кистами яичников, в 81,4 % случаев проведено оперативное лечение лапароскопическим доступом, в половине из них — по экстренным показаниям. Быстрая лапароскопическая диагностика также дает возможность не допустить полной кастрации девочки при врожденной аплазии одних придатков, с которой мы сталкивались 3-4 раза в год. Достаточно часто (7 % наблюдений) встречались злокачественные новообразования яичников. Особенностью данной патологии у девочек была поздняя диагностика, когда опухоль достигала больших размеров и становилась симптомной. Нельзя забывать и о внематочной беременности у детей и подростков, частота которой в последнее время увеличилась. Нами выполнено 160 лапароскопических операций по поводу данной патологии, из них 4 у подростков. За последний год в 56% случаев выполнены органосохраняющие операции, в том числе у всех подростков.

Таким образом, диагностическая лапароскопия позволяет дифференцировать острую хирургическую и гинекологическую патологию у детей и подростков и своевременно выполнить органосохраняющие операции.

А.А. Крекотень, И.Ю. Вольных

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЙ НЕФРОПЕКСИИ

Отделенческая железнодорожная больница ст. Владивосток

Нефроптоз остается важной медико-социальной проблемой, так как данное заболевание встречается у 1,5% женщин и 0,1% мужчин, причем основная доля патологии здесь, по данным статистики, приходится на наиболее трудоспособный возраст — от 20 до 45 лет. В нашей клинике с января 2003 г. применяется метод эндовидеохирургической нефропексии. За неполные девять месяцев выполнено 6 оперативных вмешательств. В группе больных были женщины в возрасте от 19 до 39 лет. У всех больных в ходе обследования, включавшего в себя сбор анамнеза, лабораторную диагностику, доплерографию, ультрасонографию и стандартное рентгеноурологическое

обследование, был выставлен диагноз «правосторонний нефроптоз П-Ш ст.». Показанием к хирургическому вмешательству был выраженный и длительно существующий болевой синдром, частые обострения пиелонефрита.

Выполнение оперативных вмешательств во всех случаях осуществлялось под эндотрахеальным наркозом. После наложения карбоксиперитонеума, введения инструментов в брюшную полость и рассечения брюшины в правом боковом канале выполнялась мобилизация почки от паранефральной клетчатки. К 12-му ребру с помощью герниостеплера фиксировалась лента из полипропиленовой сетки. Почка циркулярно окутывалась и фиксировалась по периметру и снова к 12-му ребру. Брюшина восстанавливалась. Забрюшинное пространство дренировалось с помощью полихлорвиниловых дренажей, которые удаляли на вторые сутки. Больных поднимали на 4 сутки, а на 7 день выписывали из стационара в удовлетворительном состоянии. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

При дальнейшем наблюдении в течение 6 месяцев клинически у всех больных отмечен положительный эффект, полное исчезновение болевого синдрома и восстановление трудоспособности. Экскреторная урография объективно подтвердила фиксацию почки с сохранением ее физиологической подвижности.

В.И. Макаров, Б.А. Сотниченко

ТОРАКАКОПИЧЕСКАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ ПРИ БОЛЕЗНИ РЕЙНО

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивостокский региональный Российско-Японский эндоскопический центр

В клинике факультетской хирургии с курсом эндоскопии Владивостокского государственного медицинского университета видеоторакоскопическое удаление второго и третьего симпатических ганглиев при болезни Рейно проведено в 12 случаях у 11 больных. Во всех наблюдениях до и после операции проводили оценку кровотока верхних конечностей с помощью ультразвуковой доплеро- и реовазографии. Оперативное лечение показано при прогрессирующем течении заболевания и отсутствии эффекта от консервативной терапии. У всех больных после симпатэктомии отмечено значительное улучшение состояния, прошли боли, увеличилась кожная температура кистей, зажили язвенные дефекты. Осложнений при оперативном лечении не отмечено.

А.А. Полежаев, А.Ф. Малышев, Т.Н. Обыденникова, В.Н. Верхозин

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ И СРЕДОСТЕНИЯ

Владивостокский государственный медицинский университет, Дальневосточный окружной медицинский центр МЗ РФ, Приморский краевой онкологический диспансер (Владивосток)

Видеоторакоскопия в настоящее время занимает одно из ведущих мест в диагностике заболеваний органов грудной полости и позволяет выполнить около 70% хирургических вмешательств с применением малоинвазивной технологии. С ноября 2000 г. в клинике общей хирургии ВГМУ видеоторакоскопические операции (ВТО) были выполнены у 54 больных в возрасте от 17 до 70 лет (у 28 мужчин и 26 женщин). В 26 случаях вмешательства производились с диагностической целью: по поводу системных заболеваний лимфоузлов средостения (11), плевральных выпотов неясной этиологии (8), опухолевидных образований легкого и плевры (7). Были выполнены биопсии, при гистологическом исследовании которых у 6 оперированных выявлены злокачественные лимфомы, у 8 — рак легкого, у 5 — туберкулез, у 6 — саркоидоз Бека и у 1 — фиброзирующий альвеолит. Лечебные ВТО сделаны 23 пациентам, в том числе 16 — атипичная резекция легкого. Ввиду отсутствия в наших клиниках оборудования для интраоперационного ультразвукового сканирования легкого и средостения, а также эндохиргических сшивающих аппаратов, резекции легкого выполнялись при помощи отечественных аппаратов УО-40 и УО-60 из мини-доступа с видеоподдержкой. Послеоперационных осложнений не наблюдали. Больные выписывались из клиники через 6-7 суток.

Анализируя первый опыт видеоторакоскопических вмешательств, можно сделать следующие выводы. В дифференциальной диагностике выпотных плевритов, диссеминированных заболеваний легких, медиастинальных лимфаденопатий и опухолей средостения, а также при уточнении стадии рака легкого видеоторакоскопия позволяет в большинстве случаев отказаться от диагностической торакотомии. При сомнительно резектабельных случаях рака легкого и злокачественных опухолях средостения ВТО позволяют уточнить распространенность процесса, провести неоадьювантную химио-лучевую терапию, а затем (после уменьшения размеров опухоли) выполнить радикальную открытую операцию. При тщательном отборе пациентов лечебные ВТО эффективны при спонтанном пневмотораксе, доброкачественных периферических опухолях, туберкуломах и солитарных метастазах в легких. Роль и место лечебных ВТО при периферическом раке легкого 1 ст. окончательно не установлены и нуждаются в дальнейшем изучении.

Г.М. Рутенбург, В.В. Стрижелецкий

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Болница святой Елизаветы, Городской центр эндовидеохирургии и гинекологии (г. Санкт-Петербург)

В структуре крупных хирургических стационаров больные с острой хирургической патологией составляют до 80%. В подавляющем большинстве случаев лапароскопические операции выполняются в плановом порядке. Экстренные вмешательства в хирургии в большинстве случаев проводятся традиционными способами. Этот факт, на наш взгляд, не может удовлетворить современные требования к хирургическим технологиям. В период с марта 1994 г. экстренные диагностические исследования выполнены в 7130 случаях. Внедрение лапароскопической диагностики по нашему опыту позволило значительно сократить время на диагностические мероприятия, определить тактику лечения для каждого конкретного больного, избежать напрасных лапаротомий и ограничить количество операций у неоперабельных больных. Перспективным представляется внедрение этого метода у группы больных с повреждением паренхиматозных органов. Клиника располагает опытом лечения 2023 больных с различными экстренными хирургическими заболеваниями органов брюшной

полости с использованием эндовидеохирургических технологий. Другой эндовидеохирургической операцией, получившей в ряде клиник право на существование, является аппендэктомия. Наша клиника обладает опытом проведения лапароскопической аппендэктомии у 603 больных (в 82 случаях — при осложненных формах).

По данным клиник Санкт-Петербурга, за последние 2 года значительно увеличилось количество больных острым панкреатитом. Следует отметить сохраняющуюся высокую летальность у этой группы больных, особенно с гнойно-некротическими осложнениями. Лапароскопический способ оперирования этой группы больных показал высокую эффективность по сравнению с лапаротомией. Использование эндовидеохирургии в комбинированном лечении панкреатита позволило нам аргументированно построить лечебную тактику, минимизировать травматичность хирургического пособия, купировать прогрессирование деструктивных изменений в железе на стадии асептического некроза, предупредить развитие целого ряда осложнений.

На сегодняшний день к ушиванию перфоративных язв с применением лапароскопической техники мы относимся несколько сдержанно. Несмотря на кажущуюся простоту, ушить перфоративное отверстие сложнее, чем при открытой операции. К сдерживающим факторам этой технологии следует отнести сложность завязывания узлов, размеры перфоративного отверстия более 0,5 см, локализацию дефекта по малой кривизне, воспалительную инфильтрацию стенки желудка. В 42 наблюдениях лапароскопические вмешательства использовались в лечении больных, которые оперировались по поводу разлитого перитонита и с развившимися абсцессами брюшной полости после традиционных операций.

Наравне с консерватизмом хирургов можно говорить о большом отрицании новых технологий гинекологами. На наш взгляд, эндовидеохирургия должна объединить хирургов и гинекологов в решении лечебных мероприятий у этой группы больных. В заключение хочется отметить, что в неотложной хирургии внедрение лапароскопических операций находится в стадии становления. При внедрении метода в повседневную клиническую практику следует трезво оценивать разрешающие способности и возможности хирургов и клиник.

В.К. Семенцов, А.К. Сорока

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Главный госпиталь Тихоокеанского флота (г. Владивосток)

В главном госпитале ТОФ за 1998–2002 гг. накоплен опыт 465 лапароскопических операций, выполненных пациентам с острой хирургической патологией, ранениями и травмами живота. Принципы лечения больных с различными нозологическими формами «острого живота» не отличались от таковых при открытых операциях. Широкие возможности малотравматичных лапароскопических вмешательств определяли более активную хирургическую тактику. Применяемый алгоритм диагностических и лечебных мероприятий улучшил результаты лечения и качество жизни пациентов.

Лапароскопические технологии применялись у 54% больных из всех оперированных в экстренном порядке. Среди пациентов, у которых были определены показания к срочным операциям, лапароскопическая техника применялась в 41 % случаев. Диагностическая лапароскопия позволила во всех случаях определить рациональную лечебную тактику. Оперативное лечение потребовалось 151 больному, и в 83 случаях оно было осуществлено лапароскопическим методом.

Лапароскопические методики в лечении острого холецистита применялись нами у 155 пациентов. Тактика лечения определялась по результатам клинко-лабораторного и инструментального обследования. Переход на лапаротомию осуществлен у 5 пациентов. Частота конверсии существенно не зависела от морфологической формы острого холецистита, наличия или отсутствия местного перитонита. Осложнения развились в 8 наблюдениях. Для их устранения в 3 случаях потребовалась релапароскопия. В остальных наблюдениях проводилось консервативное лечение. Летальных исходов не было.

Таким образом, применение лапароскопических технологий в неотложной хирургии не только оправданно, но и целесообразно благодаря максимальным диагностическим возможностям, полноте лечебного воздействия и хорошим результатам лечения. Представляется, что сегодня изложенное решение организационных и лечебных принципов неотложной лапароскопической хирургии является оптимальным, но не окончательным. Эти вопросы по мере развития лапароскопической техники потребуют дальнейшего изучения.

*К.В. Стегний, В.А. Мацак, Е.А. Хальченко, И.В. Шульга**

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДИК В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Владивостокский государственный медицинский университет,

Приморская краевая клиническая больница № 1 (г. Владивосток)

Актуальность проблемы лечения деструктивных форм острого панкреатита обусловлена значительным возрастанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с повышением числа осложненных форм заболевания, сопровождающихся высокой частотой тяжелого панкреатогенного шока, полиорганной недостаточностью и гнойно-некротическими осложнениями. В гастрохирургическом отделении ПМКБ № 1 (база кафедры госпитальной хирургии ВГМУ) диагностическая и лечебная лапароскопия при осложненных формах острого панкреатита начала применяться с 1999 г. За данный период пролечено 434 больных с диагнозом «Острый панкреатит». Из них в 377 случаях зарегистрирована отечная форма острого панкреатита, в 57 — деструктивный панкреатит.

Основные лечебные мероприятия начинались с консервативной терапии в сочетании с методикой форсированного диуреза. Попутно вводились спазмолитики, пентоксифиллин, глюкозо-новокаиновая смесь, анальгетики, ингибиторы протеаз. Для создания функционального покоя железы все больные находились на полном голоде, в течение нескольких дней проводилась назогастральная интубация и лаваж желудка. С целью угнетения функции органа вводились цитостатические препараты. Назначалась антибиотикотерапия. Проводилась также

* Полный текст доклада опубликован в разделе «Оригинальные исследования», с. 28–29.

коррекция расстройств кровообращения, купирование явлений эндогенной интоксикации. После этих мероприятий у части больных улучшалось состояние, купировалась энцефалопатия, уменьшались одышка и тахикардия. Эти пациенты (23 человека) составили первую группу больных.

Во 2 группу вошли 20 человек, у которых на фоне клинического улучшения общего состояния продолжался деструктивный процесс в железе, нарастали явления ферментативного перитонита. Этой группе больных в разные сроки после поступления выполнялась диагностическая фиброгастроуденоскопия, лапароскопическое исследование с переводом его из диагностического в лечебное мероприятие. 8 больным выполнена ретроградная холангиопанкреатография, папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией или без нее. При лапароскопическом исследовании, в случае диагностики диффузных форм ферментативного перитонита, проводилось дренирование брюшной полости, полости малого сальника, выполнялось наложение проточно-промывных систем, холецистостомия (при явлениях желчной гипертензии). В последующем установленные дренажи промывались растворами антисептиков, ингибиторами ферментов. Всем больным этой группы проводился ультразвуковой контроль брюшной полости и поджелудочной железы каждые 3-4 суток. У 6 пациентов были диагностированы на 6-9 сутки в различных областях брюшной полости затеки (геморрагическая жидкость, серозная жидкость, гной), которые пунктировались и дренировались по Сельдингеру тонким катетером с последующей санацией растворами антисептиков. Из больных этой группы умерло 3 пациента.

В третью группу вошли 14 пациентов, которых оперировали традиционным методом.

Все операции, выполненные по поводу панкреонекроза, мы разделили на ранние (до 3 суток от начала заболевания) и поздние (после 4 суток). Ранние операции были проведены 20 больным. Показанием к их выполнению явились прогрессирование перитонита, деструктивный холецистит, вклинение камня в большой дуоденальный сосочек, парапанкреатическое скопление экссудата. Поздние вмешательства выполнялись больным с деструктивным панкреатитом в стадии гнойно-некротических осложнений. Объем операции заключался в широкой лапаротомии, холецистэктомии с дренирующей холедох операцией (при желчной гипертензии), абдоминализации железы, вскрытии абсцессов, первичной некрсеквестрэктомии железы и забрюшинной клетчатки, дренировании сальниковой сумки и брюшной полости, формированием оментобурсотомы для последующих программированных лапаротомий. Из 14 оперированных больных данной группы умерло 5 больных.

Таким образом, использование интенсивной патогенетической терапии, малоинвазивных методов хирургического лечения на ранних стадиях ОДП позволяет снизить тяжесть течения послеоперационного периода у больных, уменьшить летальность при данной патологии.

РЕЗОЛЮЦИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ»

Обсудив доклады и выступления участников конференции, президиум отмечает, что:

1. Эндохирургические технологии широко используются в лечебных учреждениях Приморского края, и будущее развитие хирургии в XXI веке во многом связано с оснащением стационаров современной эндоскопической техникой, обучением хирургических кадров и внедрением сложных эндоскопических оперативных вмешательств в практику.
2. Эндохирургические методики получили наибольшее распространение в клинической практике при хирургическом лечении заболеваний органов брюшной полости (желчно-каменной и язвенной болезни, грыжах, заболеваниях пищевода и органов забрюшинного пространства).
3. В ряде клиник эндохирургия широко применяется в неотложной хирургии острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. Это направление заслуживает особого внимания, и для его развития необходимо: а) организация круглосуточной специализированной эндохирургической службы, т.е. овладение всеми хирургами эндохирургической техникой, б) оснащение экстренных операционных необходимым оборудованием, в) изменение программ обучения студентов, интернов, клинических ординаторов и аспирантов, г) осознание общими хирургами всех преимуществ малоинвазивных методов диагностики и лечения.
4. Лапароскопическая холецистэктомия — золотой стандарт эндохирургии — широко применяется при хроническом холецистите. Однако при остром холецистите, особенно при выраженных воспалительных изменениях органов панкреатобилиарной системы, она может сопровождаться рядом серьезных осложнений. Для их профилактики необходимо: а) шире использовать информативные предоперационные методы обследования, б) соблюдать технические принципы операции, в) использовать современную эндохирургическую технику для лучшей визуализации органов и структур, г) в послеоперационном периоде методом выбора является релапароскопия при желчном перитоните и ЭРХГи ЧПХГ при желчеистечении.
5. Релапароскопия, в связи с высокой диагностической эффективностью и широкими лечебными возможностями, может быть использована как альтернатива лапаротомии при послеоперационных осложнениях.
6. Перспективы эндохирургии неразрывно связаны с постоянным совершенствованием подготовки хирургов и освоением ими техники проведения эндохирургических операций. Для реализации этой задачи необходимо: а) проведение ежегодных региональных конференций, организация которых должна осуществляться совместно с главными хирургами и научными хирургическими обществами, б) освоение техники эндохирургических операций должно быть неразрывно связано с предварительными тренировками на муляжах и использованием компьютерной техники.
7. Необходимо создание научно-методического центра под эгидой Федерального Центра абдоминальной эндоскопической хирургии МЗ РФ, ВГМУ и Департамента здравоохранения администрации Приморского края, для совершенствования методик оперативного лечения с использованием эндовидеохирургических технологий, разработки и внедрения новых малоинвазивных оперативных вмешательств. Научно-методический центр должен являться базой для обучения хирургов, гинекологов, проктологов, урологов использованию эндохирургического оборудования.