

Таблица

Динамика показателей эрадикации ВРВП после лигирования под эндоскопическим контролем

Кол-во курсов лигирования	Эндоскопические показатели, кол-во наблюдений				ИГСО
	подслизистые вены диамет- ром более 3 мм		перфорантные вены		
	абс.	%	абс.	%	
1 курс (n=17)	17	100,0	15	88,0	0,90–1,00
3 курса (n=17)	9	53,0	2	11,7	1,00–1,25
5 курсов (n=17)	1	5,9	0	0,0	1,00–1,75

общей выживаемости пациентов: в основной группе 15 (88,2 %), в контрольной – 15 (75 %) человек.

Таким образом, применение эндоскопии позволяет объективно оценить состояние ВРВП и определить показания к проведению аргонплазменной коагуляции и эндоскопического лигирования: наличие вен диаметром менее 3 мм и наличие вен диаметром более 3 мм соответственно. Выполнение эндоскопического лигирования и аргонплазменной коагуляции под контролем эндоскопии сопровождается меньшим количеством рецидивов кровотечений (по сравнению с изолированным применением эндоскопического лигирования) и позволяет достичь элиминации вен пищевода меньшим количеством курсов эндоскопического лигирования.

Литература

- Орлов С.Ю. Эндоскопия – современный метод диагностики варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии // Современные направления диагностики и лечения портальной гипертензии: тез. докл. VIII научно-практической конференции. СПб., 2002. С. 1–4.
- Перева О.В., Сотниченко Б.А., Макаров В.И. Сравнительная оценка эффективности эндоскопического лигирования и эндоскопической склеротерапии при кровотечениях из варикозно-

расширенных вен пищевода // Тихоокеанский мед. журн. 2008. № 4. С. 35–37.

- Турмаханов С.Т. Роль непарной вены в патогенезе варикозного расширения вен пищевода и желудка и кровотечений из них при портальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2001. 24 с.
- Шерцингер А.Г., Жигалова С.Б., Федотов Е.В. и др. Патогенез гастроэзофагеального кровотечения у больных декомпенсированным циррозом печени // Анналы хирургической гепатологии. 2008. Т. 13, № 2. С. 54–57.
- Chen C., Chang T. Prophylactic endoscopic variceal ligation for esophageal varices // Gastroenterology. 1997. No. 1. P. 112–124.
- Cipoletta L., Bianco M.A., Rotondano G. et al. Argon plasma coagulation prevents variceal recurrence after band ligation of esophageal varices: Preliminary results of a prospective randomized trial // Gastrointest. Endosc. 2002. Vol. 56. P. 467–471.
- Matsui S. Comparison of argon plasma coagulation and para-variceal injection sclerotherapy with 1 % polidocanol in mucosa-fibrosing therapy for esophageal varices // J. Gastroent. 2004. No. 4. P. 397–399.
- Takashi T., Hiroshi Y., Katsutoshi O. et al. General rules for recording endoscopic findings of esophagogastric varices // Digestive Endoscopy. 2010. Vol. 22, No. 1. P. 1–9.

Поступила в редакцию 28.03.2011.

ROLE ENDOSCOPY IN CHOOSING METHODS OF PREVENTING ISSUE OF BLOOD FROM VARICOSE VEINS OF OESOPHAGUS

N.V. Tashkinov¹, S.N. Kachalov^{1,2}, Yu.S. Sigaeva², S.I. Chichkan^{1,2}, A.V. Pyrkhi^{1,3}

¹Far Eastern State Medical University (35 Muraviova-Amurskogo St. Khabarovsk 680000 Russia), ²Railway Clinical Hospital at the Khabarovsk-1 Station, JSC RZHD (49 Voronezhskaya St. Khabarovsk 680022 Russia), ³Consulting Diagnostic Centre "Vivea" (83 Zaparina St. Khabarovsk 680000 Russia)

Summary – The authors analyse results of endoscopic prevention of recurrent issues of blood from varicose veins of oesophagus in 37 patients with portal hypertension syndrome. The primary group (17 patients) underwent endoscopic ultrasound-controlled ligation of veins. The control group underwent traditional endoscopic ligation. The authors highlight decreasing recurrence rate of oesophageal issues of blood from 60 to 29.4 % (in control and primary groups, respectively) during the follow-up period lasting up to 18 months.

Key words: endoscopy, ultrasonoscopy, oesophagus, ligation of veins.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 78–79.

УДК 616.366-089.87:616.381-072.1

ДВУХПРОКОЛЬНАЯ ТРЕХПОРТОВАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

С.С. Ельцин¹, Г.М. Рутенбург^{1,2}

¹Елизаветинская больница (195257 г. Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14), ²Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (197022 г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8)

Ключевые слова: лапароскопия, единый доступ, мини-лапароскопия, холецистэктомия.

На основании 134 лапароскопических холецистэктомий у женщин 18–50 лет рассматриваются особенности выполнения вмешательств через три порта, установленных в двух ранах передней брюшной стенки. Использование инструментов малого диаметра позволило добиться практически идеального косметического эффекта и минимизировать число осложнений. Перспективой данного направления можно считать разумное сочетание технологии единого лапароскопического доступа с мини-лапароскопией.

Рутенбург Григорий Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии СПбМУ, врач-хирург Елизаветинской больницы; e-mail: gmrutenburg@mail.ru

Развитие лапароскопических технологий, появление на рынке новых инструментов определили стремление хирургов еще более уменьшить травматичность доступа к органу-мишени [1, 4, 5]. Совершенствование лапароскопической техники здесь идет по пути разработки новых и альтернативных доступов. Снижение травматичности трансабдоминального доступа может быть достигнуто за счет уменьшения количества портов, а также за счет уменьшения диаметра инструментов. Единый лапароскопический доступ (ЕЛД) подразумевает сведение

всех портов в одну рану, в результате этого достигается хороший косметический эффект [2, 3, 8]. Что же касается снижения травматичности, то преимущества ЕЛД весьма спорны. К тому же этот доступ требует применения весьма недешевого порта и специальных инструментов, освоения достаточно сложных навыков для работы с искривленными инструментами при отсутствии оптимального угла атаки на орган-мишень [6, 7]. Второй путь – уменьшение диаметра инструментов – значительно снижает травматичность, обладает практически идеальным косметическим эффектом, но требует специальных (минилапароскопических) инструментов, которые обладают недостаточной осевой жесткостью.

Материал и методы. Мы поставили перед собой задачу снизить травматичность лапароскопического доступа. Клиническая модель – неосложненная желчно-каменная болезнь, хронический калькулезный холецистит и полипоз желчного пузыря. Оперированы 134 женщины в возрасте от 18 до 50 лет, с нормальным индексом массы тела, ранее не оперированные на верхнем этаже брюшной полости. Преднамеренно в исследование были включены только женщины в связи с их особыми требованиями к косметическому эффекту вмешательства. Использовались стандартные троакары и прямые инструменты фирм Olympus и Karl Storz.

Результаты исследования. Мы, как и многие хирурги, прошли этап сведения рабочих и оптического троакаров в единый кожный разрез в области пупка, то есть технологию, предшествовавшую ЕЛД. Однако эта технология сопряжена с конфликтом стандартных инструментов и ухудшением визуализации. Тогда мы решили разнести часть троакаров, оставив в области пупка 10-миллиметровый троакар для 30-градусного лапароскопа и 5-миллиметровый троакар для зажима, с помощью которого выполняли тракцию желчного пузыря. 10-миллиметровый троакар для рабочих инструментов и клипсаппликатора устанавливали через второй прокол в левом подреберье и через него проводили диссекцию, клипирование пузырных протока и артерии. Тракция желчного пузыря осуществлялась через 5-миллиметровый троакар, установленный параллельно с 10-миллиметровым оптическим троакаром через разрез длиной 2,5 см в области пупка и отстоящий от него на 1,5–2 см.

По такой технологии выполнено 50 операций. Интраоперационных осложнений не отмечено. Невыраженный спаечный процесс в области желчного пузыря не препятствовал проведению вмешательства. Среднее время операции составило 22 мин (от 12 до 40 мин). Во всех случаях осуществлялось контрольное дренирование через доступ в левом подреберье (дренаж удаляли на следующие сутки). Все пациентки выписаны на 2-й день после операции. Нагноение раны в области пупка отмечено у одной женщины, обратившейся повторно в клинику через 7 дней после вмешательства.

Следующим этапом нашего исследования стала замена 10-миллиметрового троакара в левом подреберье на 5-миллиметровый и замена 10-миллиметровой 30-градусной оптики на 5-миллиметровый 30-градусный лапароскоп. Данная замена при отсутствии 5-миллиметрового клипсаппликатора потребовала изменения техники оперирования. При том же расположении инструментов во время препаровки желчного пузыря потребовалась перестановка лапароскопа в левое подреберье для клипирования пузырных артерии и протока через 10-миллиметровый троакар, установленный в области пупка. Это оказалось связанным с рядом неудобств, обусловленных конфликтом инструментов и ухудшением визуализации. Желчный пузырь по-прежнему удалялся через доступ в области пупка.

По данной методике прооперировано 36 больных. Усложнение техники операции повлекло за собой увеличение времени вмешательства, в среднем – 26 мин (от 17 до 45 мин). Через доступ в левом подреберье устанавливался контрольный дренаж, который удалялся на следующие сутки. Все пациентки выписаны на 2-й день после операции, осложнений не зарегистрировано.

Следующим этапом нашего исследования стало применение 5-миллиметрового клипсаппликатора. Это позволило избежать смены позиции лапароскопа при клипировании пузырных артерии и протока. По данной методике прооперировано 30 пациенток. Среднее время операции сократилось и составило 20 мин (от 12 до 35 мин). Через доступ в левом подреберье устанавливался контрольный дренаж, который удалялся на следующие сутки после операции. Все пациентки выписаны на 2-й день после операции. Зарегистрировано одно осложнение – гематома в области пупка.

Завершающим этапом нашего исследования стала замена 5-миллиметрового троакара в области пупка на 2,8-миллиметровый. Это позволило снизить риск послеоперационных гематом, обусловленных прохождением троакара через прямую мышцу живота. По данной методике прооперированы 18 больных. Среднее время операции составило 20 мин (от 9 до 35 мин). Во всех случаях через доступ в левом подреберье устанавливался контрольный дренаж, который удалялся на следующие сутки. Все пациентки выписаны на 2-й день после операции, осложнений не зарегистрировано.

Во всех группах больных проводилась оценка болевого синдрома по десятибалльной шкале, достоверных различий выявлено не было. Косметический эффект был оценен по субъективному признаку – удовлетворенности пациенток: лучшие результаты получены в последней группе.

Обсуждение полученных данных. На основании описанных наблюдений можно сделать следующие выводы:

1. Разнесение двух рабочих троакаров на удобное для оптимального угла атаки расстояние не увеличивает травматичности и позволяет сократить время операции по сравнению с ЕЛД;

2. Использование инструментов малого диаметра позволяет добиться практически идеального косметического эффекта, однако нецелесообразно дальнейшее уменьшение диаметра оптического троакара в связи с необходимостью извлечения желчного пузыря;

3. Предлагаемая технология позволяет избежать приобретения дорогостоящих инструментов и одноразовых портов, что существенно снижает себестоимость операции;

4. Перспективой данного направления можно считать разумное сочетание технологии ЕЛД с мини-лапароскопией.

Литература

1. Кислов В.А., Оловянный В.Е., Лихно С.Г. Однопортовая видеоэндоскопическая трансумбиликальная холецистэктомия, первый опыт: материалы XII съезда эндоскопических хирургов // Эндоскопическая хирургия. 2009. № 1. С. 197–198.
2. Лядов К.В., Егиев В.Н., Ермаков Н.А. и др. Технология единого доступа в абдоминальной хирургии: материалы XIV съезда Общества эндоскопических хирургов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. № 1. С. 31.
3. Пучков К.В., Андреева Ю.Е., Мельников А.Л. Хирургия одного порта: показания, преимущества, ограничения: материалы XIV съезда Общества эндоскопических хирургов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. № 1. С. 213–214.
4. Александров К.Р., Бура Р.А., Илларионов И.Ю., Филаткина Н.В. Лапароскопические операции из единого доступа с использованием стандартных инструментов: материалы XIV съезда Общества эндоскопических хирургов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. № 1. С. 34–35.
5. Сажин В.П., Сажин И.В., Климов Д.Е., Нуждихин А.В. Варианты выполнения лапароскопических вмешательств через единый доступ: мат. XIV съезда Об-ва эндоскопических хирургов // Альманах ин-та хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. № 1. С. 48–49.
6. Шаповальянц С.Г., Тимофеев М.Е., Федоров Е.Д., Шалаев А.В. Первый опыт применения единого лапароэндоскопического доступа в абдоминальной хирургии: материалы XIV съезда Общества эндоскопических хирургов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. №1. С. 34.
7. Mutter D., Callari C., Diana M. et al. Single port laparoscopic cholecystectomy: which technique, which surgeon, for which patient? A study of the implementation in a teaching hospital // J. Hepatobiliary Pancreat Sci. 2010. [Pub ahead of print].
8. Curcillo P.G., Wu A.S., Podolsky E.R. et al. Single-port-access (SPA) cholecystectomy: a multi-institutional report of the first 297 cases // Surg. Endosc. 2010. Vol. 24, No. 8. P. 1854–1860.

Поступила в редакцию 18.03.2011.

TWO-PUNCTURE THREE-PORT CHOLECYSTECTOMY

S.S. Eltsin¹, G.M. Rutenburg²

¹The Saint Righteous Martyr Elizabeth City Hospital (14 Vavilovikh St. Saint-Petersburg 195257 Russia), ²Saint-Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov (6/8 Lev Tolstoy St. Saint-Petersburg 197022 Russia)

Summary – Based on the results of 134 laparoscopic cholecystectomies performed to women aged 18 to 50 years, the authors discuss features of surgeries performed through three ports mounted in two punctures in front abdominal wall. The small-diameter tools allow achieving almost ideal cosmetic effect and minimising a number of complications. This direction is very promising owing to reasonable combination of a single laparoscopic access method and minilaparoscopy.

Key words: laparoscopy, single access, minilaparoscopy, cholecystectomy.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 78–81.

УДК 616:34-007.43-089.85-089.843/.844

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ С НЕ ТРЕБУЮЩИМИ ФИКСАЦИИ ИМПЛАНТАТАМИ

Г.М. Рутенбург¹, А.С. Корневский²

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (197022 г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8), ²Елизаветинская больница (195257 г. Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14)

Ключевые слова: герниопластика, имплантат, лапароскопия, оперативная техника.

Описан опыт первых лапароскопических герниопластик с использованием не требующих фиксации имплантатов. Наблюдение за пациентами в течение 2 месяцев не зафиксировало рецидивов заболевания, каузалгий и формирования ощущения инородного тела в области операции.

В современной герниологии применяется большое количество различных по своему материалу и структуре имплантатов. Особенности некоторых современных сеток позволяют применять их без дополнительной фиксации к тканям, т.е. имплантаты фиксируются самостоятельно по всей поверхности, что закономерно должно обеспечивать надежное протезирование брюшной стенки. Из них наиболее известны и часто применимы:

1) жесткий сетчатый монофиламентный полипропиленовый имплантат Herniamesh (Италия) с памятью формы и повышенной адгезией к тканям за счет структуры плетения, применяемый при лечении как паховых, так и вентральных грыж [5, 4];

2) самостоятельно расправляющийся, сетчатый, полипропиленовый имплантат для лапароскопической паховой герниопластики Rebound HRD (MMDI, США), армированный нитиновой струной, с увеличенными ячейками, которые обеспечивают ускоренное прорастание тканью [6];

3) комбинированный полурассасывающийся имплантат Parietene ProGrip (Франция), состоящий с одной стороны из полипропиленовой мононити, с другой – снабженный крючками из полимолочной кислоты для самостоятельной фиксации к тканям [2].

Материал и методы. Изучен положительный опыт применения имплантата Parietene ProGrip в хирургии

Рутенбург Григорий Михайлович – д-р мед. наук, профессор кафедры факультетской хирургии СПбГМУ, врач-хирург Елизаветинской больницы; e-mail: gmrutenburg@mail.ru