

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. Вишневого. 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. Вишневого. 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. Вишневого. 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. Вишневого. 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. Вишневого. 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

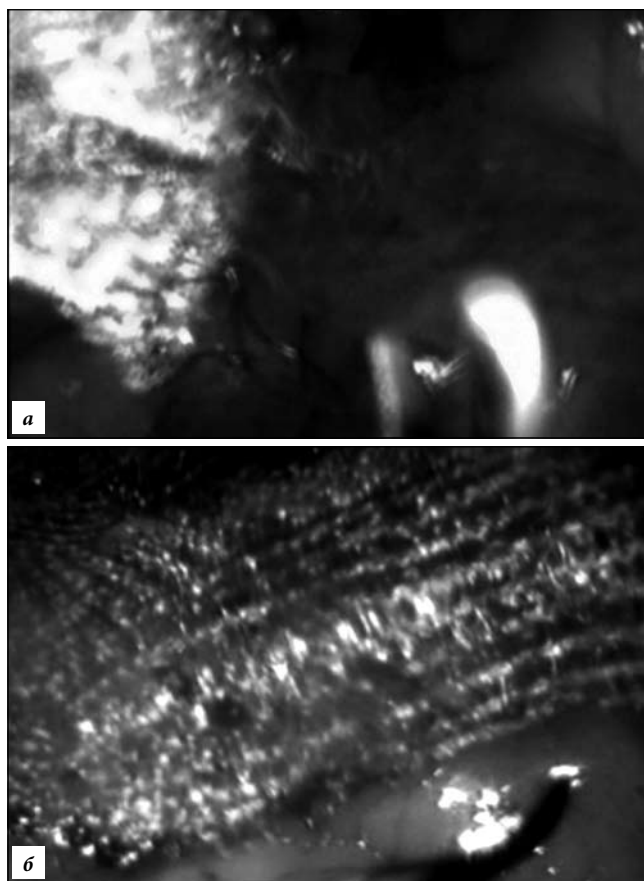


Рис. Этапы лапароскопической герниопластики:
а – отсечение шаблона от имплантата; размещение имплантата фиксирующей стороной вверх.

паховых и вентральных грыж при выполнении герниопластик посредством лапаротомного доступа [1, 3]. Мы попытались совместить его технологические решения с минимально-инвазивными достоинствами лапароскопической хирургии и оценить особенности оперативной техники и возможность выполнения подобных вмешательств. Были проведены две лапароскопические бесфиксационные паховые герниопластики. Предпосылками для применения имплантата Parietene ProGrip послужили доказанная при классических герниопластиках быстрая предварительная самофиксация имплантата к тканям (в среднем через 3–5 мин) и возможность отказа от применения герниостеплеров (т.е. снижение себестоимости).

Результаты исследования. Этапы оперативной техники лапароскопических бесфиксационных паховых герниопластик не отличалась от таковых при стандартной паховой лапароскопической герниопластике. Особенностью, обусловленной применением данного имплантата, явилось отсутствие этапа фиксации. Также из-за способности самофиксации мы были вынуждены проводить особую подготовку имплантата перед введением его в брюшную полость. Для предотвращения нежелательной фиксации сетки к внутренним органам последнюю со стороны с крючками из полимолочной кислоты подшивали по углам к пластиковому шаблону из собственной стерильной

упаковки, размеры которого точно соответствовали размерам сетки. Введение имплантата с подшитым шаблоном осуществлялось через 10-миллиметровый троакар. После этого шаблон отсекался и извлекался через троакар из брюшной полости (рис., а).

На этапе размещения имплантата в созданном предбрюшинном пространстве мы столкнулись с определенными техническими трудностями. Для предотвращения складкообразования (а при быстрой самофиксации последующая коррекция невозможна) имплантат размещался на петлях кишечника, ориентированный стороной с крючками вверх (рис., б).

Имплантат захватывался за верхние углы и вывешивался на инструментах перед предбрюшинным карманом. Вначале при удержании его верхнего латерального угла последовательно заводились и прижимались к области расположения верхний и нижний медиальный углы. Имплантат расправлялся и прижимался к области фиксации в медиально-латеральном направлении. Данными действиями мы обеспечивали равномерное размещение сетки без образования складчатости по всей ее площади.

Обсуждение полученных данных. Применение не требующего фиксации к тканям имплантата при лапароскопических паховых герниопластиках позволило выявить одну особенность сетки Parietene ProGrip – при случайном (а затем и преднамеренном) контакте имплантата с брюшиной и петлями кишечника с неповрежденной серозной оболочкой самофиксация отсутствовала. Это позволило сделать вывод о технической возможности отказа от этапа подшивания имплантата к шаблону, что позволит сократить общее время операции и упростить оперативную технику.

В ходе выполненных операций через 5 мин после размещения имплантата проводилась проверка прочностных характеристик самофиксации, которая продемонстрировала, что через данный временной промежуток отделить имплантат от тканей невозможно, и он не был подвержен смещению. Равномерность фиксации данной сетки по всей площади поверхности, т.е. плоскостная самофиксация, в отличие от точечной при применении стандартных имплантатов и их фиксации подшиванием или герниостеплером, делало ее смещение невозможным. Надежность фиксации здесь обусловлена сроком рассасывания полимолочных крючков (около 15 мес), который превосходит сроки прорастания тканью самого имплантата, что обеспечивает надежность протезирования брюшной стенки даже при случайных и ранних физических нагрузках.

Первые лапароскопические бесфиксационные паховые герниопластики не позволяют достоверно оценить клинические результаты, но при наблюдении за пациентами в течение 2 месяцев не было зафиксировано рецидивов заболевания, каузалгий и формирования у больных ощущения инородного тела в области операции.

Таким образом, опыт первых двух лапароскопических бесфиксационных паховых герниопластик продемонстрировал техническую выполнимость данных оперативных вмешательств с не требующим фиксации к тканям имплантатом и их соответствие основным требованиям, предъявляемым к протезирующим герниопластикам в современной герниологии.

Литература

1. Богданов Д.Ю., Протасов А.В., Кумуков М.Б. и др. Бесфиксационная аллогерниопластика в лечении вентральных грыж // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. С. 118.
2. Ненатяжная герниопластика. Полурассасывающаяся самофиксирующаяся сетка Parietene™ ProGrip™ // Материалы Тусо Healthcare Group Lp. URL: <http://www.covidien.com> (дата обращения 01.03.2011).
3. Протасов А.В., Богданов Д.Ю., Навид М.Н. и др. Лапароскопическая бесфиксационная герниопластика. Первый опыт // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. С. 117.
4. Рутенбург Г.М., Богданов Д.Ю., Чистяков А.А., Омельченко В.А. Возможности применения различных вариантов хи-

рургического лечения послеоперационных вентральных грыж // Герниология. 2005. № 4. С. 3–8.

5. Ярема И.В., Корняк Б.С., Сухинина И.В. Пластика пахового канала по Trabucco // Хирург. 2008. № 8. С. 7–10.
6. Hernia Mesh Has Never Looked This Good // Minnesota Medical Development, Inc. URL: <http://www.2mdinc.com> (дата обращения 01.03.2011).

Поступила в редакцию 10.03.2011.

THE FEATURES OF LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY WITH NO-FIXATION IMPLANTS

G.M. Rutenburg¹, A.S. Korenevsky²

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

Summary – The paper describes experience of first laparoscopic hernioplasty surgeries with no-fixation implants. The case follow-ups during two months did not reveal any recurrent diseases, causalgia and sensation of extraneous body in the surgical area.

Key words: hernioplasty, implant, laparoscopy, surgical method.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 4, p. 81–83.

УДК 616.367/373-07-089.819.4

РЕТРОГРАДНАЯ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ: ОПЫТ 868 ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Е.Ф. Рыжков¹, А.С. Барсуков¹, М.Ю. Агапов^{1,2}, Е.Д. Демичева¹

¹Отделенческая клиническая больница на станции Владивосток ОАО РЖД (690003 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25), ²Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: ретроградная холангиопанкреатография, постпроцедурный панкреатит, канюляция.

Обобщен опыт 868 ретроградных холангиопанкреатографий, выполненных в Отделенческой клинической больнице за 2005–2009 гг. Успешная селективная канюляция холедоха и/или панкреатического протока выполнена в 800 случаях (92,2%). Осложнения процедуры зарегистрированы в 31 случае, чаще это был панкреатит (21 случай), постпроцедурная летальность – 0,5%. Подчеркивается, что современные методики с использованием управляемых катетеров, папиллотомов и проводников повышают частоту селективной канюляции и снижают риск осложнений.

Эндоскопическая канюляция фатерова соска была впервые выполнена в 1968 г. в Японии. Методика распространилась в Европе в начале 1970-х годов. В настоящее время в связи с внедрением в клиническую практику магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, эндосонографии, улучшением качества обычного ультразвукового исследования, изменилось соотношение между диагностическими и лечебными ретроградными холангиопанкреатографиями за счет увеличения частоты последних. Однако основными нерешенными проблемами здесь остаются относительно высокий уровень неудачных селективных канюляций и осложнений, связанных,

главным образом, с развитием постпроцедурного панкреатита.

Цель работы – ретроспективный анализ техники выполнения и результатов ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ).

Материал и методы. Проведен анализ 868 РХПГ, выполненных в Отделенческой клинической больнице ОАО РЖД на ст. Владивосток с 2005 по 2009 гг. Анализировались способы канюляции избранного протока, технические сложности, вид выявленной патологии и проведенные лечебные вмешательства, а также осложнения, возникшие в ходе данных манипуляций. Технически сложной считалась канюляция при невозможности достижения большого дуоденального сосочка (БДС) или/и выполнения селективной канюляции в течение 20 мин. Как проявления пост-РХПГ панкреатита рассматривали болевой синдром в течение 24 часов в сочетании с 3-кратным повышением уровня амилазы крови [2].

РХПГ выполнялась с использованием видеодуоденоскопов Fujinon ED-530XT и ED-450XL5 (Япония), стеноскопа General Electric (США) и расходных материалов (проводники, папиллотомы, стенты, катетеры, литэкстракторы и т.д.) компании Cook. Все манипуляции проводились под глубокой седацией (пропофол).