

Ўзбекистон Республикаси Соғликни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ўзбекистон хиургияси

Илмий – амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хиургия Узбекистана

Научно– практический журнал

Основан в 1999 году

Главный редактор
Ф.Г. НАЗЫРОВ

Редакционная коллегия:

В.Е. Аваков, М.Х. Азизов, Х.А. Акилов, М.М. Алиев, А.В. Алимов, У.А. Арипов, Д.Л. Арустамов, Дж.А. Ахтамов (ответ.секретарь), Д.С. Гулямов, А.В. Девятов (ответ.секретарь), Ю.И. Калиш (зам.главн.редактора), М.Х. Кариев, Ш.И. Каримов, М.М. Махмудов (зам.главн.редактора), С.Н. Наврузов, А.С. Сулейманов, Б.З. Турсунов, А.М. Хаджибаев

Учредитель – Научный центр хиургии им.акад. В.В.Вахидова МЗ Руз

1999, №3

Ф.Г. Назыров,
Ю.И. Калиш,
Л.П. Струссский

**СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ
УЗБЕКИСТАН**

Развитие эндоскопической техники в последнее десятилетия, основанной на волоконной оптике, позволило стремительно и широко внедриться малоинвазивным методам исследования, обладающим диагностическими, лечебными и оперативными возможностями в медицинскую практику.

Эндоскопической службе страны 27 лет. С появлением в 1972 году в республике немногочисленных приборов на волоконной оптике (эзофагофиброскопов, гастродуоденофиброскопов, дуоденофиброскопов, колонофиброскопов, бронхоФиброскопов, холедохоФиброскопов) началось внедрение методов диагностической и лечебной эндофиброскопии в ведущих клиниках, городских и областных больницах. Первые шаги в освоении эндоскопических методов исследования при заболеваниях пищеварительного тракта и дыхательной системы делали преимущественно хирурги, затем врачи других специальностей: терапевты, педиатры и другие.

Первые шаги накопления опыта проведения эндофиброскопии подтвердили не только их практическую и научную ценность, но и целесообразность, и необходимость подготовки профессиональных врачей-эндоскопистов (а точнее, врачей-эндовизиологов).

Важная и неотъемлемая роль в организации эндоскопической службы принадлежит академику В.В. Вахидову. С первых дней после открытия в 1975 году Научного центра хирургии, он неустанно проявлял заботу о профессиональном росте врачей-эндоскопистов, лично поддерживая и контролируя освоение ими новых методов диагностической, лечебной и оперативной эндоскопии, полагая, что их внедрение откроет новую страницу в различных разделах медицины, особенно в хирургии. И не ошибся.

Уже в конце 70-х годов в городе Ташкенте, преимущественно в клиниках, городских, а также в областных больницах, стали функционировать эндоскопические кабинеты, где на первых порах проводилась только гастроскопия.

В Научном центре хирургии с 1975 года начало функционировать эндоскопическое отделение, где выполнялись эзофагогастроуденоскопии, колонофиброскопии, эндоскопические

ретроградные панкреатикохолангиографии, бронхоФиброскопии и поднаркозные жесткие бронхоскопии.

Накопив определенный опыт и обобщив материалы исследований па диагностической и лечебной эндоскопии при заболеваниях пищеварительного тракта, панкреатобилиарной и дыхательной систем, с целью их популяризации, а также распространения опыта, сотрудниками НЦХ была проведено 8 выездных научно-практических семинаров в г. Ташкенте и областях республики, при личном участии академика В. Вахидова. На них в виде докладов, цветных слайдов демонстрировались преимущества эндоскопии. После этих семинаров сотрудники центра лично проводили эти исследования на местах. Эта была большая и поучительная школа.

По предложению В. Вахидова на базе эндоскопического отделения НЦХ, на рабочем месте, в течении 1-2 месяцев, стали обучаться врачи методикам эзофагогастроуденоскопии, колоноскопии, бронхоскопии. До сих пор в среднем ежегодно проходят специализацию в эндоскопическом отделении около 16-18 врачей из всех регионов нашей страны. Следует упомянуть о вкладе, в вышеупомянутые годы, в подготовку эндоскопических кадров ведущих научных медицинских центров г.г. Москвы (ЦОЛИУВ, ВНЦХ, ОНЦ), Ленинграда, Киева, Волгограда и др.

Эндоскопическая служба республики в настоящее время сосредоточена в 261 медицинском учреждении. Из них в 46, расположенных в г. Ташкенте, и в 215 медучреждениях, расположенных в областях и ККР.

В г. Ташкенте функционируют 5 эндоскопических отделений и 14 кабинетов в медицинских учреждениях республиканского подчинения и 27 кабинетов в медучреждениях городского подчинения.

Эндоскопический арсенал эндоскопической службы состоит из приборов на волоконной оптике (544 прибора) для исследования пищеварительного тракта (эзофагогастрофиброскопов 350, коланскарапав 137), панкреатобилиарной системы (дуоденофиброскопов 32) и трахеобронхиальной системы (бронхоФиброскопов 25), также имеются жесткие эндоскопы: лапароскопы (39), торакоскопы (3) и бронхоскопы

(129).

Исследования выполняют 306 врачей-эндоскопистов. Их них 59 в г.Ташкенте и 247 в областях республики. Их общего числа 210 (69%) врачей работают в стационарах и 96 (31%) - в поликлиниках и амбу-латориях.

Только за 1998 год выполнена около 317 тысяч диагностических эндоскопий, из которых 300 тысяч (94,5%) составили эзофагогастро-дуоденоскопии, 11 тысяч (3,5%) – колонофибрископии и лишь 6 тысяч (2%) бронхоскопии и бронхофибрископии. Проведено около 43,5 тысяч лечебных эндоскопий, из которых 39,5 тысяч (91%) выполнены во время эзофагогастроуденоскопии (преимущественно удаление инородных тел, диатермокоагуляция кровоточащего сосуда, полипэктомия, лечение гастродуоденальных язв), 2,5 тысячи (5,73) – во время колонофибрископии (преимущественно полипэктомия) и 1,5 тысячи (3,4%) – при трахеобронхоскопии (преимущественно санация трахеи и бронхов)

По показаниям проводилась прицельная биопсия при заболеваниях верхнего отдела пищеварительного дерева (22170 сл.) толстой кишки (1035 сл.) и трахеобронхиального дерева (442 сл.).

Несмотря на трудности в решении вопросов обновления эндоскопической техники за последние 5 лет (1994-1998г.г.) колебания выполненных диагностических, лечебных эндоскопий, а также прицельных биопсий отмечены в пределах 1-10%.

320 приборов на волоконной оптике (62%) являются старыми, изношенными моделями 1972-1977 г.г. выпуска, не подлежащими ремонту. Фактически, основная нагрузка выпадает на 224 фибрископа, ремонт которых, в случае поломки, проблематичен из-за недостаточной оснащенности запасными частями ремонтного участка П0 «Узмедсервис»

Следует отметить, что самыми надежными и удобными в эксплуатации являлись эндофибрископы фирмы «Олимпас» (Япония).

Анализ работы эндоскопических кабинетов показывает недостаточную нагрузку эндоскопических исследований на 1 эндофибрископ, которая в 1998 году, в целом составила 582 исследования. Однако, по видам исследования годовая нагрузка на один прибор значительно варьирует. С учетом значительного количества в Республике старых моделей гастрофибрископов (63%) нагрузку на приборы (857 исследований на один прибор) можно считать достаточной. Аналогичная ситуация с колонофиб-

роскопами, где старые модели составили 53%, однако, нагрузка на колоноскопы явно недостаточна (80 исследований в год). Хуже обстоит ситуация с применением бронхафибрископии, где нагрузка на приборы также низкая – 240 исследований на один прибор, а также дуаденофибрископии с ретроградной панкреатохолангиографией (16 исследований на один прибор), причем, почти все исследования (около 500) выполняются преимущественно в НЦХ. Трудности внедрения ЭРПХГ в областных центрах определяются неравномерной концентрацией дуаденоископов, отсутствием в некоторых областях рентгендиагностических установок с телевизором.

Таким образом, несмотря на определенные успехи в эндоскопической службе в республике, имеется ряд недостатков. К ним относятся: недостаточное развитие видеотаракоскопических, видеолапароскопических операций;

– низкая сменяемость отработавшей свой срок эндоскопической аппаратуры, трудности в приобретении новой техники;

– слабо развитая сервисная база;

– до настоящего времени не определена потребность врачей-эндоскопистов по всем регионам республики, не определены уровни их подготовки, включая прохождение клинической ординатуры;

– недостаточное внимание уделяется подготовке эндоскопистов в плане освоения ретроградной панкреатохолангиографии, папиллосфинктеротомии, бронхоскопии и т.д.

Все эти вопросы приобретают особую актуальность в связи с реформированием здравоохранения, утвержденной указом Президента республики.

Необходим кардинальный пересмотр задач эндоскопической службы в звене: сельский врачебный пункт – центральная районная больница – центральная городская больница – филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, ибо на них возлагается основная задача оказание всех видов экстренной медицинской помощи. Совершенствование эндоскопической службы – это залог успешного реформирования здравоохранения нашей страны.

Руководство МЗ РУз, изучив состояние службы эндоскопии, в своем приказе, который опубликован на страницах этого номера журнала, наметила пути ее развития.

Мы приветствуем врачей-эндоскопистов нашей республики и желаем им крепкого здоровья, успехов в их труде.

Приказ №_____

г. Ташкент
“_____” 1999г.

*“О совершенствовании
эндоскопической службы
в учреждениях здравоохранения
Республики Узбекистан.”*

Развитие эндоскопической техники в последние десятилетия, основанное на применении волоконной оптики, позволило значительно расширить использование малоинвазивных инструментальных методов исследования в медицинской практике.

В настоящее время эндоскопия получила широкое распространение как в диагностике, так и в лечении различных заболеваний. В лечебной практике появилось новое направление - хирургическая эндоскопия, позволяющая добиваться при сохранении лечебного результата выраженного экономического эффекта за счет значительного сокращения сроков госпитализации и затрат на лечение больных.

В целях совершенствования организации службы эндоскопии и повышения эффективности ее работы, быстрейшего внедрения новых диагностических и лечебных методов, в том числе хирургической эндоскопии, а также улучшения подготовки кадров и технического оснащения подразделений современной эндоскопической аппаратурой.

УТВЕРЖДАЮ:

1. Положение о главном внештатном специалисте по эндоскопии Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан и органов управления здравоохранением (приложение 1).
2. Штатные нормативы медицинского персонала эндоскопического отдела, отделения (кабинета) лечебно-профилактического учреждения (приложение 2).
3. Положение об отделе, отделении, кабинете эндоскопии (приложение 3).
4. Положение о заведующем отделом, отделением, кабинетом эндоскопии (приложение 4).
5. Положение о враче-эндоскописте отдела, отделения, кабинета эндоскопии (приложение 5).
6. Положение о старшей медицинской сестре отдела, отделения эндоскопии (приложение 6).
7. Положение о медицинской сестре отдела, отделения, кабинета эндоскопии (приложение 7).
8. Расчетные нормы времени на эндоскопические исследования, лечебно-диагностические процедуры, операции (приложение 8).
9. Расчетные нормы наиболее употребляемых средств и материалов для проведения диагностической эндоскопии и лечебно-диагностической процедуры (приложение 9).
10. Рекомендуемый примерный перечень минимального объема эндоскопических исследований для лечебно-профилактических учреждений (приложение 10).
11. Рекомендации по обработке аппаратов и инструментов, использующихся в отделах, отделениях, кабинетах эндоскопии (приложение 11).

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Министру здравоохранения Республики Каракалпакстан, руководителям управлений здравоохранением хокимиятов г. Ташкента и областей;
 - 1.1. В течение 1999 года разработать и осуществить необходимые мероприятия по формированию единой службы эндоскопии в территории, включающей диагностическую, лечебную и хирургическую эндоскопию, с учетом профиля лечебно-профилактических учреждений и местных условий.
 - 1.2. Назначить главных внештатных специалистов по эндоскопии и организовать их работу в соответствии

с положением, утвержденным настоящим приказом.

1.3. Привлекать к организационно-методической и консультативной работе по эндоскопии кафедры научно-исследовательских институтов, учебных вузов и образовательных учреждений последипломной подготовки.

1.4. Организовать работу отделов, отделений, кабинетов эндоскопии в соответствии с настоящим приказом и установить численность их персонала в соответствии с объемом работы на основе расчетных норм времени на эндоскопические исследования.

1.5. Принять необходимые меры к максимальному использованию эндоскопической аппаратуры с волоконной оптикой, обеспечив нагрузку на аппарат не менее 700 исследований в год.

1.6. Обеспечить регулярную подготовку врачей лечебной сети по актуальным вопросам эндоскопии.

2. Главному Управлению лечебно-профилактической помощи (Ильхамов Ф.А.) оказать организационно-методическую помощь органам здравоохранения по организации и функционированию службы эндоскопии на территории Республики Узбекистан.

3. Главному Управлению кадров и учебных заведений (Гадаев А.А.) пересмотреть учебные программы подготовки специалистов по эндоскопии в учреждениях последипломной подготовки с учетом внедрения в практику современной аппаратуры и новых методов исследования. Рассмотреть вопрос об организации клинической ординатуры по эндоскопии (хирургической эндоскопии).

4. Ректору института усовершенствования врачей Сабирову Ж.М. обеспечить в полном объеме заявки учреждений здравоохранения на подготовку врачей-эндоскопистов в соответствии с утвержденными типовыми программами.

5. Главному Управлению Экономики и Финансирования (Хашимов Б.А) в двухмесячный срок рассмотреть и представить согласованные с соответствующими ведомствами предложения по вопросам оплаты труда, сокращения рабочего времени, увеличения трудового отпуска врачам-эндоскопистам, регулярно выполняющим комплексные рентгено-эндоскопические исследования при заболеваниях пищеварительного тракта, панкреато-билиарной и бронхолегочной системы.

6. ГАО “Дори-Дармон” (Салихбаева У.С.) обеспечить учреждения здравоохранения с эндоскопическими отделениями (кабинетами) необходимыми лекарственными средствами для обработки и обеззараживания эндоскопических приборов и проведения эндоскопических исследований, согласно приложений № 9 и № 11.

7. Просить РПТО ”Узмедтехника” (Алимов Ж.Т.) обеспечивать в необходимом объеме лечебно-профилактические учреждения эндоскопической аппаратурой с принадлежностями для выполнения диагностических и лечебно-оперативных эндоскопий, а учебные базы лекциоскопами, муляжами, а также видеоэндосистемами для подготовки врачей-эндоскопистов.

8. Предприятию “Узмедсервис” (Абдуллаев А.Н.) проводить в необходимом объеме ремонт эндоскопической техники лечебно-профилактических учреждений республики. Осуществить техническую инвентаризацию аппаратуры для проведения в установленном порядке списания непригодных к ремонту и морально устаревших эндоскопических приборов.

Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя министра Д. А. Асадова.

Министр

Ф.Г.НАЗЫРОВ

У.А.Арипов,
Ф.Н.Назиров,
Ф.Б.Алиджанов,
М.И.Ибадуллаев.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И
МИНИЛАПАРОТОМНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Государственный научный центр неотложной медицинской помощи
Минздрава РУз

(Генеральный директор - проф.М.М.Алиев).

У.А.Арипов, Ф.Н.Назиров, Ф.Б.Алиджанов, М.И.Ибадуллаев.

Видеолапароскопик ва минилапаротом усуллардаги холецистэктомиянинг киёсий характеристикаси.

Ушбу маколада 216 та тошли холецистит билан оғриган беморларнинг минилапаротом ва лапароскопик усулларда оператив даволанишининг киёсий характеристикаси берилган. 59 та беморга минилапаротом, 157 та беморга лапароскопик холецистэктомия бажарилган. Авторлар оператив даволаш натижаларини киеслаб, минилапаротом холецистэктомия маҳсус кўрсатмалар асосида бажарилганда лапароскопик усулда даволашдан колишмайди, аксинча бази холларда авзалрок деган ҳўлосага келишган.

Videolaparoscopic and minilaparotomic cholecystectomy comparing valuee.

The results of surgical treatment of 216 patients with diseases of bile ducts with use of minimum approach and videolaparoscopic technologiae. Cholecystectomy of minimum approach was carried out in 59 patients, cholecystectomy of videolaparoscopic technoloigiae vas carried out in 157 patients. After cholecystectomy the patients were discharged in 3-9 days. The authors consider the operations on biliary tract from minimum approach as an alternative to conventional laparotomy as well as laparoscopic cholecystectomy.

Введение.

На сегодняшний день уже нет сомнения, что тяжесть течения послеоперационного периода при вмешательствах на органах брюшной полости, в частности желчном пузыре, во многом связана не с объемом хирургического пособия непосредственно на внутренних органах, а степенью травматичности оперативного доступа, проще длиной разреза передней брюшной стенки (2,7).

При операциях на органах гепатопанкреатобилиарной зоны из общепринятых широких доступов создаются предпосылки к мучительному для большинства больных течению ближайшего послеоперационного периода, к нарушению функции внешнего дыхания, длительной реабилитации, а также возникновения большого перечня осложнений (2,3).

Широкое внедрение в клиническую практику лапароскопических методов операций способствовало снижению частоты высшеизложенных осложнений (1,2,7). Наряду с очевидными преимуществами лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) имеет ряд недостатков. Например: с увеличением числа ЛХЭ увеличивается число больных с ПХЭС (ятрогенное повреждение желчных протоков, резидуальные камни и т.д). Кроме этого дороговизна оборудования, лишние затраты средств и времени на подготовку специалистов, трудность применения метода при деструктивных и осложненных формах ЖКБ, сложность выявления и устранения возможных интраоперационных осложнений ограничивает возможности лапароскопических операций (4).

Последнее время появились сообщения о минилапаротомных операциях на желчном пузыре и желчных протоках устраниющие вышеуказанные недостатки лапароскопических операций. Минилапаротомия будучи значительно дешевле, представляет возможность в случае необходимости срочно перейти на традиционный метод и обеспечивает хирургам трехмерный (объемный) обзор, а также делает возможным вмешательство на холедохе при обнаружении в нем патологии. Кроме этого при минилапаротомии можно произвести большой арсенал интраоперационных ме-

тодов диагностики. Минилапаротомия уменьшая травматичность вмешательства, снижает число послеоперационных осложнений и позволяет получить хороший косметический эффект (5,6).

В то же время остается дискутабельным вопрос о выборе и конкретизации показаний и противопоказаний к применению различных оперативных доступов.

Материал и методы.

Нами изучены результаты видеолапароскопической и минилапаротомной холецистэктомий выполненных за последние 4 года. Наш многолетний опыт холецистэктомии традиционным доступом показал, что техническая сложность выполнения операции зависит не только от местных причин (инфилтрация, спаечный процесс, аномалии развития), но также пола и телосложения больного.

Также на своем опыте ЛХЭ мы пришли к заключению, что при выполнении операции у пациентов с небольшим объемом живота, из за сравнительно небольшого расстояния между точками введения троакара ощущается неудобства при манипулировании инструментами.

Поэтому при выборе доступа исходили из пола, и конституции пациента. У пациентов астенической конституции и женского пола как правило выполняли минилапаротомный доступ. При этом наличие острого воспаления или желтухи в анамнезе не имели значения. ЛХЭ выполняли в основном больным мужского пола или женщинам с нормальным и с избыточным весом тела при условии отсутствия острого холецистита. При наличии желтухи в анамнезе и или расширении гепатикохоледоха по данным ультразвукового сканирования (УЗС) перед лапароскопической операцией выполняли ретроградную панкреатохолангиографию и при необходимости ретроградную эндоскопическую папиллосфинктеротомию.

В отличие от предложенной М.И.Прудковым минилапаротомии трансректальным доступом, мы выполняли разрез длиной 3-7 см по средней линии. При этом 2/3 длины разреза располагался выше, а 1/3 ниже точки пересечения горизонтальной линии проведенной

от дна желчного пузыря к срединной линии. Специальными инструментами для минилапаротомной холецистэктомии при этом из за их отсутствия не пользовались и обходились инструментами применявшимися при традиционной холецистэктомии. В отдельных случаях применяли некоторые инструменты используемые для ЛХЭ, как клипатор и волоконный световод, которые значительно облегчали выполнение операции.

Холицистэктомию через минилапаротомный доступ в основном производили комбинированно, т.е. после выделения и идентификации общего печеночного, пузырного протока, пузырной артерии и выявления анатомических особенностей, перевязывали пузырный проток и ниже, через наручку в дистальной части его выполняли интраоперационную холангиографию, перевязывали и пересекали пузырную артерию, а затем желчный пузырь удаляли субсерозно от дна при помощи коагуляционного пинцета. Ложе пузыря путем коагуляции достигали гемостаз и не ушивали.

Результаты и их обсуждение.

Из 59 больных 21 оперированы в экстренном и срочном порядке по поводу острого обтурационно-калькулезного холецистита. У 2 больных холицистэктомия дополнена СДХДА, 4 - дренированием холедоха по Пиковскому и 1 - трансдуodenальной папилласфинктероплстикой.

В 3 случаях, в виду выраженного инфильтративного и спаечного процессов в области шейки желчного пузыря, операционная рана была расширена до традиционного доступа.

При холецистэктомии через минилапаротомный доступ послеоперационный период отличался более мягким течением, чем при традиционных операциях и не отличался от такого при ЛХЭ. Осложнений со стороны общего статуса и раны не наблюдали.

С 1996г стали практиковать лапароскопические операции при хирургическом лечении хронического калькулезного холецистита. Лапароскопическую холецистэктомию выполняли по общепринятой методике.

Операция лапароскопическая холецистэктомия предпринята у 165 больных, была выполнена у 157, конверсия имело место у 8 больных, в том числе по поводу ятрогении в 3 случаях а у 5 причиной перехода на лапаротомный доступ послужил выраженный инфильтративный процесс в области шейки желчного пузыря и в одном случае диффузное кровотечение из ложа желчного пузыря.

Из 3 случаев где наблюдалась ятрогения, в 2 случаях имело место полное пересечение гепатикохоледоха и им выполнена лапаротомия с наложением

билиодигестивного анастомоза, а в 1 случае боковое повреждение холедоха устранено, путем лапаротомии и ушивания дефекта холедоха. При выше указанных 8 случаях послеоперационный период протекал без осложнений.

В послеоперационном периоде отмечались осложнения у 12 больных. Из них у 5 нагноение эпигастральной раны (именно оттуда и извлекался желчный пузырь), а у 7 под кожная эмфизема. Летальных исходов не было.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия минилапаротомным доступом являются малотравматичными вмешательствами и их результаты (выраженность болевого синдрома после операции, дни пребывания больных в стационаре, косметический эффект и т.д.) практически не отличаются между собой.

ВЫВОДЫ:

1. ЛХЭ повышает требования к качеству предоперационного обследования желчных протоков, так как возможности интраоперационных методов исследования при этом способе ограничены. Игнорирование этого чревато появлением новой эры «постхолецистэктомического синдрома».

2. Минилапаротомия будучи дешевле чем ЛХЭ, не ограничивает хирурга манипулировать на желчных протоках, большом дуоденальном соске и провести большой арсенал интраоперационных методов исследования.

3. При выборе метода малоинвазивной холецистэктомии следует учитывать пол, телосложение и упитанность пациента и естественно, что хирург должен быть высококвалифицированным в области билиарной хирургии.

4. Результаты холецистэктомии минилапаротомным доступом при выполнении их по конкретным показаниям не отличаются и даже превосходят результаты ЛХЭ. И это отнюдь не мода в хирургии. Это веление времени.

Литература.

1. А.С.Бронштейн «Малоинвазивная хирургия». Москва. 1995г. стр 57.
2. А.С.Ермолов, Ю.И.Галлингер. «Малоинвазивные вмешательства в хирургии». Сборник научных трудов. Москва 1996г.стр.3-4.
3. Т.Х.Каюмов. « Автореферат док. дисс.».
4. В.А.Кубышкин, В.П.Стрекаловский, А.В.Вуколов. Хирургия №1.1997г. стр.65-67.
5. М.И.Прудков. Хирургия №1.1997г. стр.32-35.
6. Rakos G, Markus B, Szell K.» Acta chir hung» 1997.36(1-4) 286-288.
7. С.С.Слесаренко, А.В.Федоров, М.А.Коссович. Хирургия №5.1999г. стр.31-33.

Н.У.Арипова,
М.А.Хашимов,
И.Х.Магзумов

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ
ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛАНГИТА.**
Государственный Научный Центр экстренной
медицинской помощи.
(Директор - проф. М.М.Алиев).

Н.У. Арипова, М.А. Хашимов, И.Х. Магзумов

Ўтқир обтурацион холангитни даволашда эндоскопик папиллосфинктеротомияни ўрни

Ўтқир обтурацион холангит кўп холларда сепсис ва полиорган етишмовчиликга олиб келади, ва интенсив даволашга қарамасдан 20% гача бемор ўлимига сабаб бўлади.

Мақолада ўтқир обтурацион холангит билан оғриган 35 беморни ретроград эндоскопик папиллосфинктеротомия услубида диагностикаси ва давоси тахлил қилинган.

Тахлил натижасида ушбу беморларда ўт йўлларини эрта декомпрессияси патогенетик мақсадга мувофиқлиги исботланган. Ўтқир обтурацион холангит билан оғриган беморларда билиар тизимини декомпрессия қилишда РЭПСТ энг қўлай, кам шикастлантирадиган ва физиологик жиҳатдан яхши усулдир.

N.U.Aripova, M.A.Khashimov, I.Kh.Magzumov.

The endoscopic papillosphincterotomy in the treatment of sharp obturaton cholangitis.

The sharp obturaton cholangitis mostly results in sepsis and polyorganic deficient and in spite of the intense treatment mortality attains 20%.

In article is analyzed diagnostics and treatment 35 patients with the sharp obturaton cholangitis treated of the method of retrograde endoscopic papillosphincterotomy.

Pathogenetic substantiated is a early decompression the biliary tract. The method of choice of decompression of biliary tract at the patients with the sharp obturaton cholangitis of good genesis is EPST as less traumatic and more physiological operation.

Введение.

Острый обтурационный холангит (ООХ), вызванный фиксированным конкрементом или обрывками хитиновой оболочки эхинококковой кисты в терминальном отделе холедоха (ТОХ) или ампуле большого дуоденального соска (БДС), отличается быстрым прогрессирующим течением, приводящим в короткие сроки к сепсису и полиорганной недостаточности (ПОН) [Г.Г.Ахаладзе и соавт. 1997]. С развитием сепсиса и особенно ПОН результаты лечения становятся крайне сомнительными, и даже при интенсивном лечении летальность, достигает почти 20%. Это обстоятельство требует как можно раннего установления диагноза ООХ и его патогенетического лечения, т.е. устранения билиарной гипертензии и восстановления свободного оттока желчи [Гальперин Э.И. и соав., 1988; Луцевич Э.В. и соав., 1996].

Довольно значительное число неудовлетворительных результатов хирургического лечения вынудило хирургов задуматься о разработке малоинвазивных методов хирургического лечения ООХ. В настоящее время существуют 3 пути контрастирования и декомпрессии билиарного тракта - чрескожно чреспеченочный, холецистостомический и эндоскопическо ретроградный. Среди них наименее инвазивным методом является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангия (ЭРПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) [Луцевич Э.В. и соав., 1996; Слухай Г.Ю., Шойхет Я.Н., 1999].

Материал и методы.

Нами анализированы результаты диагностики и лечения путем ретроградной эндоскопической папиллосфинктеротомии 35 больных ООХ. Больные были в возрасте от 16 до 82 лет (женщин-24, мужчин-11).

Диагностика ООХ базировалась на данных жалоб и анамнеза больных, клинического проявления, лабо-

раторно-инструментальных методов исследования.

Болевой синдром отмечался у всех больных. Причем локализация болей отмечалась как в правом подреберье, так и в эпигастринии, а при сочетании с билиарным панкреатитом они также носили опоясывающий характер (13 больных).

Практически у всех больных наблюдалась классическая триада Charcot J.M. - иктеричность склер и кожных покровов, повышение температуры тела до 38-39 С, что сопровождалось ознобом, и болью в правом подреберье.

Всем больным при поступлении наряду с рутинными лабораторными исследованиями производилось ультразвуковое сканирование (УЗС) на ультразвуковом томографическом сканнере фирмы « Aloca» (Япония), модели SSD-630.

На УЗС наиболее информативным и диагностически значимым оказались: расширение гепатикохоледоха у-30, наличие конкрементов в желчном пузыре у-32. Помимо этого у 3 больных выявлены кистозные образования в печени, что позволило заподозрить прорыв эхинококка в желчные пути.

Однако, когда камень, вызвавший обтурацию желчных путей, находился в дистальном отделе протока, обнаружить его при УЗИ не всегда представлялось возможным из-за выраженного пневматоза в

ДПК, который глушит ультразвуковые волны. Поэтому, при выявлении у больного клиники холангита и подтверждении билиарной гипертензии выполняли в срочном порядке (в течении первых 24 часов от момента поступления) ЭФГДС с последующей ЭРПХГ.

При эндоскопическом исследовании наиболее характерными признаками были: выбухание продольной складки, гиперемия и отек в области устья БДС у 14 больных, визуализация края ущемленного конкре-

мента в БДС - у 9, а у 27 больных отмечалось отсутствие поступления желчи в просвет двенадцатиперстной кишки. Следует отметить, что наличие желчи в ДПК не во всех случаях свидетельствует о наличии холангита.

ЭРПХГ выполнялась непосредственно в рентгенологическом кабинете, оснащенном рентгентелевизионной установкой. При этом использовали дуоденоскоп фирмы «Olympus» (Япония). Перед манипуляцией больным внутримышечно вводили 1 мл 1% раствора промедола + атропина сульфат 0,1% - 0,5 или метацина, а также проводили анестезию глоточного кольца 0,1% раствором дикаина или 2% раствором лидокаина. После выявления БДС, и тщательного осмотра осуществляли катетеризацию его тефлоновым катетером. Для контрастирования протоковой системы желчных путей и поджелудочного протока использовали водорастворимые контрастные препараты (билигност, триомбраст, ультравист и др.).

При этом в 18 (51,4%) случаях обнаружено ущемление камня в БДС, в 5 (14,2%) - холедохолитиаз сочетался с непротяженным стенозом БДС. В 3 случаях обрывки хитиновой оболочки и дочерние эхинококковые пузырьки выглядели как конкременты и только наличие эхинококковых кист в печени и отсутствие холецистолитиаза при УЗИ позволили установить правильный диагноз). У остальных больных выявлено вклинивание камня в ТОХ. При катетеризации сосочка наблюдалось поступление гнойной желчи из протоков у 32 больных.

Все это требовало незамедлительного выполнения декомпрессии билиарного дерева.

Всем больным после получения данных ЭРПХГ выполнена эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия(РЭПСТ). Длина разреза колебалась от 10 до 20 мм. Основными критериями прекращения разреза при РЭПСТ служила граница пересечения продольной складки с поперечной, а также появление в разрезе слизистой дистального отдела холедоха.

Литоэкстракция конкрементов корзинкой Дормиа произведено 17 больным (48,5%). Самостоятельное отхождение конкрементов отмечено у 12 больных, в 6 случаях камни были удалены во время операции.

Обсуждение

Интраоперационные и послеоперационные осложнения развивались у 3 больных (кровотечение- у 2, ущемление корзинки ДОРМИЯ с камнем в терминальном отделе холедоха - 1). В связи с развитием осложнений по неотложным показаниям оперированы 2 больных.

Им произведена трансдуodenальная папиллосфинктеропластика (при кровотечении) и холедоходуоденостомия с удалением корзинки ДОРМИЯ и камня

через холедохостому (летальный исход от ПОН на 10е сутки после ХДА). В остальных случаях осложнения устраниены консервативными мероприятиями. Эффект от вмешательства после РЭПСТ достигнут в среднем через 36 + 12 часов. Других летальных исходов после РЭПСТ не было.

Эффективность вмешательства оценивали по клиническим данным (нормализация температуры тела, купирования болевого синдрома), а также по лабораторным данным (снижение билирубина, лейкоцитоза и ЛИИ.) Сроком наступления эффекта считали первый день стойкой нормализации температуры, при условии купирования болевого синдрома с тенденцией снижения показателей билирубина крови. После ликвидации билиарной гипертензии и приступа острого холангита 26 больным были произведены оперативные вмешательства с санацией билиарного тракта. 3 больных, после ликвидации острого приступа холангита после РЭПСТ и улучшения общего состояния, отказались от операции и 3 резидуальным холедохолитиазом после ранее произведенной холецистэктомии выписаны в связи с отсутствием показаний к операции.

Заключение

Таким образом, следует отметить, что в патогенезе острого обтурационного холангита основную роль играет внезапная закупорка желчевыводящих путей, приводящая застою желчи, желчной гипертензии и манифестиацией инфекции. Безусловно, вмешательство направленное на декомпрессию желчных протоков является патогенетически наиболее оправданным и оно должно выполняться как можно в ранние сроки - в течении первых 24 часов от момента поступления.

Методом выбора декомпрессии билиарного тракта при ООХ доброкачественного генеза является РЭПСТ, как менее травматичное и более физиологичное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г. и соав. Клинические аспекты острого гнойного холангита //Анналы хирургической гепатологии, 1997, том 2, с.103-109.
2. Гальперин Э.И. и соав. Актуальные вопросы гнойного холангита.// Хирургия 1988, N10. С.21-28.
3. Луцевич Э.В. и соав. Эндоскопические вмешательства при остром холангите //Сборник научных трудов. Малоинвазивные вмешательства в хирургии.- Том99 М.: НИИ скорой медицинской помощи им.Н.-В.Склифосовского, 1996, с.151-155.
4. Слухай Г.Ю., Шойхет Я.Н. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений при остром холангите. //Анналы хирургической гепатологии, 1999, том 4, с.78-83.

Байбеков И.М.

**ЗНАЧЕНИЕ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ В ЭНДОСКОПИИ**

(Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз)

Патологическая анатомия, с одной стороны является составной частью раздела медицинской науки, носящего интегрирующее название - морфология человека. С другой стороны, в аспекте общей и частной патологии человека, она имеет более широкое значение. Как и любая наука, патологическая анатомия, подвержена эволюции.

Прогресс химии, физики, математики, материаловедения, механики и других наук оказал существенное влияние на патологическую анатомию и, в целом, на морфологию.

Этот прогресс, способствуя зарождению, развитию и совершенствованию гистохимии, радиоавтографии стереоморфометрии и, особенно, электронной микроскопии, сделал их довольно доступными как в научных исследованиях, так и в диагностических целях. Развитие указанных методов, их использование в сочетании друг с другом, позволили, с помощью морфологических исследований, адекватно оценивать функциональное состояние клеток, тканей и органов.

Это определило появление нового направления морфологической науки - функциональной морфологии клеток, тканей и органов.

Бурное развитие эндоскопических методов исследований, в свою очередь, обеспечило возможность доступа к любым органам и тканям и получения под визуальным контролем биоптатов для изучения их функциональной морфологии.

Это, наряду с развитием функциональной морфологии, необычайно расширило возможности приживленной патологоанатомической диагностики, сделало доступным для морфо-функциональной оценки практически все органы и ткани.

Совершенно новые перспективы открываются при комплексном использовании таких современных методов диагностики как компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс с визуальными эндоскопическими, и особенно, методами функциональной морфологии.

Комплексное использование перечисленных выше современных диагностических методов, несомненно, вытесняют аутопсию - наиболее старый метод патологоанатомического исследования, с тех позиций, которые он заслуженно занимал на протяжении веков.

Безусловно, с этим трудно и даже очень болезненно могут согласиться ортодоксальные, а тем более консервативные патологоанатомы.

Однако жизнь, её прогресс, берёт своё. В мире повсеместно отмечается тенденция сокращения аутопсий и увеличение изучения биопсий.

В странах с развитой медицинской наукой вскрываемость в госпиталях не превышает 25%.

В настоящее время, невозможно представить себе эндоскопию без соответствующего патологоанатоми-

ческого изучения получаемых прицельно биоптатов.

На первом месте, безусловно, стоит изучение биоптатов верхних отделов пищеварительного тракта (ПТ) и, в первую очередь, желудка.

Диагностика воспалительных процессов, опухолей основана исключительно на исследованиях биоптатов соответствующих отделов.

Прогресс в диагностике и лечении язвенной болезни связан в наше время, прежде всего, с открытием роли в её этиологии и патогенезе *Helicobacter pylori* (НР). Часть открытия НР принадлежит патологоанатому и гастроэнтерологу (Warren & Marshall, 1983), изучавшим биоптаты желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни (ЯБ).

Проводимые нами с помощью трансмиссионной и сканирующей электронной микроскопии (ТЭС и СЭМ) исследования биоптатов различных отделов желудочно-кишечного тракта, позволили не только подтвердить роль НР с этиологией и патогенезе ЯБ, но и установить, что ваготомии приводят к увеличению относительной объёмной доли пристеночных микроорганизмов. Блокаторы Н2-рецепторов и, в частности квамател способствуют не только снижению факторов агрессии увеличению факторов защиты, но и уменьшают число пристеночных микроорганизмов.

Исследования влияния различных видов низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на ПТ и печень позволили определить наиболее оптимальные режимы воздействия для стимуляции восстановительных процессов, микроциркуляции, снижения явлений воспаления.

Эти исследования позволили установить свойство различных видов НИЛИ и, в первую очередь ультрафиолетового диапазона, снижать объём пристеночной микрофлоры и ускорять заживление хронических гастроуденальных язв.

Использование световой микроскопии, ТЭМ и СЭМ при научных и клинико-диагностических патологоанатомических исследованиях нижних отделов пищеварительного тракта, позволяют не только верифицировать диагноз, но и обосновать, разрабатываемые в клинике новые методы лечения.

Также немаловажное значение играет изучение биоптатов, полученных прицельно при диагностических эндоскопических исследованиях бронхов и лёгких, особенно при их опухолях.

Оценивая в целом значение патологоанатомических исследований в эндоскопии можно однозначно утверждать, что они представляют собой звенья одной цепи в сложном процессе клинической диагностики и научного обоснования новых методов лечения.

**Ф.Ш. Бахритдинов,
Ш.К. Атаджанов,
З.З. Каримов,
О.А. Таиров,
Ш.И. Юсупов**

Бахритдинов Ф.Ш., Атаджанов Ш.А., Каримов З.З., Таиров О.А., Юсупов Ш.И.

Видеоторакоскопик күкрак симпатэктомияси.

Академик В.Вохидов номидаги Жаррохлик Илмий Маркази. Кон томирлари жаррохлиги булимида охирги 10 йил мабойнида, Рейно касалиги билан 92 бемор режали равища амалитёт килинган, шундан 57 беморда торакотомия услуги билан күкрак симпатэктомияси ва 35 беморда видеоторакоскопик услуг билан күкрак симпатэктомияси бажарилган.

Торакотомия услуги билан күкрак симпатэктомияси амалиёти бажарилган 57 бемордан 23 беморда хар хил турдаги асоратлар кузатилган. Videotorakoskopik техникаси куланилиб бажарилган опреацияларда эса 1 беморда, тери ости эмфиземаси каби асорат кузатилган, брошка беморлада эса асоратиз кечган.

Видеоторакоскопик техникаси билан бажарилган күкрак симпатэктомияси, амалиётдан сунги асоратларини, амалиёт давридаги шикастни хамда, беморнинг шифохонадаги урин жой эгалаш куни кискартириш ва вактинча ишга ёроксизлик даврини айтарли даражада камайтириди.

Bakhritdinov F.Sh. and co-authors

VIDEOTHORACOSCOPIC THORACAL SYMPATHECTOMY

In this article the authors have shown the comparative results of the traditional and the videothoracoscopic sympathectomy in 92 patients with Raynaud's disease who undergone operation in the Research Centre of Surgery named after Academician V.Vakhidov for the last 10 years. From them 35 patients were operated with the application of the videothoracoscopic techniques.

In the traditional thoracal sympathectomy in 23 from 57 patients were different complications but in the videothoracoscopic sympathectomy only in 1 case was the subcutaneous emphysema. The other complications were not observed.

The authors have done the conclusion that the application of videothoracoscopic techniques of the thoracal sympathectomy performance allows to reduce the traumatism of operative intervention, to avoid the complications connected with performance of the extensive thoracotomy, to reduce the patient's being in hospital and his temporary invalidity and considerably alleviates the postoperative period.

Болезнь Рейно- заболевание при котором поражаются артерии в микроциркуляторном русле, приводящее к тяжелым нарушениям кровообращения с язвенно-некротическими изменениями дистальных отделов конечностей.

До настоящего времени основным методом хирургического лечения болезни Рейно остается удаление передне-боковым доступом в четвертом межреберье третьего грудного симпатического узла. В последние годы, с применением новой технологии в хирургии стало возможным удаление грудного симпатического узла с помощью видеоторакоскопической техники.

Целью настоящего исследования явилось сравнительно изучить результаты традиционной и видеоторакоскопической грудной симпатэктомии при болезни Рейно.

Материал и методы.

В сосудистом отделении научного центра хирургии им.акад.В.Вахидова в течение 10 лет оперированы 92 больных болезнью Рейно. 35 из них оперированы в последние три года с применением видеоторакоскопической техники.

Отмечено превалирование женщин со средним возрастом 25,2 лет. У 25 из 92 больных имело место язвенно-некротические изменения пальцев рук.

Показанием к видеоторакоскопической грудной симпатэктомии является похолодание, онемение, покраснение дистальных отделов конечности вплоть до язвенно-некротических изменений в последних.

Видеоторакоскопические вмешательства проводили в положении больного на боку, в условиях общей анестезии с раздельной интубацией бронхов однолегочной вентиляцией. Пневмоторакс накладывали инсуфляцией 3-4 литров углекислого газа в грудную полость через иглу Вереша. Затем через прокол по

Видеоторакоскопическая грудная симпатэктомия

Научный центр хирургии им.акад. В.Вахидова

(и.о.директора — д.м.н. Х.А.Акилов)

четвертому межреберью по задне-подмышечной линии в грудную полость вводили оптическую технику, которая позволяла увидеть симпатический узел в увеличенном виде. Еще проколами в грудную полость вводились дополнительные инструменты: коагулятор, ножницы и т.д. После мобилизации легкого визуализирован третий симпатический узел, в последующем последний мобилизирован и иссечен.

У всех больных до и после операции произведена объемная сфигмография, ультразвуковая допплерография, измерение кожной температуры в области пальцев кисти.

Результаты.

После грудной симпатэктомии из-за вазодилатации у всех больных отмечено потепление конечности, нормализация цвета кожи кисти и пальцев.

На 2 сутки после операции кожная температура в среднем повысилась на 2,4 град.С. Отмечалась положительная динамика по данным объемной сфигмографии и допплеросфигмоманометрии.

У 12 из 25 больных в послеоперационном периоде произведена экономная ампутация пальцев кисти, у остальных больных отмечено высыхание язвенно-некротически измененной ткани в виде сухого струпа.

У 8 из 35 больных посредством видеоторакоскопической техники удалось рассечь спайки и мобилизовать заднюю стенку грудной клетки. Только у 2 из 35 больных пришлось применять торакотомию из-за массивных спаек. В одном случае на поверхности легкого выявлены мелкие буллы, которые ликвидированы видеоторакоскопической техникой.

После видеоторакоскопической симпатэктомии все больные без особого дискомфорта свободно занимались дыхательной гимнастикой, в то же время эта манипуляция при торакотомии вызывала значительный дискомфорт, из-за болей в грудной клетке.

Наблюдавшиеся осложнения при традиционной и видеоторакоскопической симпатэктомии представлены в таблице:

**Осложнения при традиционной
и видеоторакоскопической симпатэктомии.**

ОСЛОЖНЕНИЯ	Традиционная грудная симпатэктомия (n=57)	Видеоторакоскопиче- ская симпатэктомия (n=35)
Серозный плеврит	8 (14%)	-
Гнойный плеврит	2 (3,5%)	-
Подкожное нагноение раны	6 (10,7%)	--
Подкожная эмфизема	4 (6,3%)	1 (2,9%)
Реторакотомия по по- вому гемоторакса	3 (5,2%)	--
Итого	23(40%)	1 (2,9%)

Примечание: n - количество операций
() - указаны % по отношению к исходному

Как видно из таблицы у 8 из 57 больных наблюдался серозный плеврит, потребовавший неоднократной пункции грудной клетки. У 2 больных наблюдался гнойный плеврит. У трех больных произведена реторакотомия по поводу гемоторакса, причинами которого явились межреберные артерии. Подкожное нагноение ран наблюдалось у 6 из 57 больных.

Таким образом, при традиционной грудной сим-

патэктомии у 23 из 57 больных наблюдались различные виды осложнений, что составило 40% .

При видеоторакоскопической симпатэктомии вокруг прокола только в одном случае наблюдалась подкожная эмфизема, которая самостоятельно рассасалась, других осложнений не наблюдалось.

Продолжительность койко-дней при видеоторакоскопической симпатэктомии составила 4 ± 2 дня. В то же время при традиционной грудной симпатэктомии эта цифра увеличилась до 14 ± 3 дней.

Средняя продолжительность операции при видеоторакоскопической симпатэктомии составила 20 ± 5 мин, а при традиционной грудной симпатэктомии это время увеличилось до 60 ± 10 минут.

Таким образом, применение видеоторакоскопической техники выполнения грудной симпатэктомии позволяет значительно снизить травматичность оперативного вмешательства, избежать осложнений, связанных с выполнением широкой торакотомии, снижает пребывание больного в стационаре и временную нетрудоспособность, существенно облегчает течение послеоперационного периода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Андриевских И.А. Эндоскопическая грудная симпатэктомия. КМН Челябинск- 1984. Стр. 145
2. Маргалитадзе И.В. Поэтапные поясничные и грудные симпатэктомии в хирургии облитерирующего эндартериита н/к. КМН М-1985. Стр. 152

И.З.Далимов,
Н.А.Мавлянова,
Т.Б.Угарова,
Б.К.Жалымбетов.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И САНАЦИОННАЯ
ТРАХЕОБРОНХОФИБРОСКОПИЯ С
ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫМ ЛАЗЕРНЫМ ОБЛУЧЕНИЕМ В
БЛИЖАЙШЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА
ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Научный Центр Хирургии им. акад В.В.Вахидова
Минздрава Республики Узбекистан
(и.о. дир. д.м.н. Х.А.Акилов)

И.З.Долимов, Н.А.Мавлянова, Т.Б.Угарова, Б.К.Жалимбетов

**Корин бушлиги аъзоларидаги операциялардан сунгги дастлабки даврда трахеяни лазер билан нурлатиш хамда
диагностик ва санацияловчи трахеобронхоскопия**

Операциядан сунгги даврда 63 та беморда трахеобронхоскопия килинди. Улардан 48 таси кизилунгач раки ва чандикили торайиши муносибати билан пластика килинган булса 15 тасига ошкозон раки муносибати билан гастрэктомия бажарилган. Кизилунгач раки муносибати билан операция булган беморларнинг купчилигида бошка беморларга караганда трахеобронхоскопия вактида трахея ва бронхларда шиллик каватларнинг турли дарражадаги узгаришлари кузатилди. Бу узгаришлар шиллик каватларнинг шиши, шилиниши, юзаки ва чукур яралари куринишида будли. Баззи беморларда ателектазлар кузатилди. Трахея ва бронхларни лаваж килиш усулида ферментлар ва ацетилцистеин юборилиб тозаланди, сунгра гормон ва антибиотиклар килинди. Гелий-неон лазери билан трахея ва бронхларни нурлатиш шишилар тез таркашига ва яраларни битишига олиб келди.

Увеличение количества хирургических операций, расширение показаний к хирургическому лечению больных с наличием сопутствующих хронических бронхолегочных заболеваний, особенно больных пожилого и старческого возраста, с широким применением эндотрахеального наркоза, способствует росту числа осложнений со стороны дыхательной системы в ближайшем послеоперационном периоде. Частота послеоперационных бронхолегочных осложнений нарастает с увеличением возраста больных. Наиболее часто бронхолегочные осложнения встречаются у больных оперированных на верхнем этаже брюшной полости (3). Например, после гастрэктомий и резекций желудка они встречаются у 74,9% больных. При анализе основных причин смерти после пластики пищевода по данным большинства авторов наряду с недостаточности швов анастомозов очень часто фигурируют бронхолегочные осложнения (1,2,4,5,7,8), что, видимо, связано с большой травматичностью операции, близким расположением бронхо-легочной зоны к месту операционной травмы, длительностью искусственной вентиляции легких во время операции и после нее, а также другими факторами. Для профилактики и лечения обструктивных осложнений со стороны дыхательной системы в нашей повседневной практике применяется диагностическая и санационная трахеобронхоскопия (ТБФС). В последнее время мы стали применять эндотрахеальное лазерное облучение в комплексе профилактических и лечебных мероприятий направленных на устранение бронхолегочных осложнений.

В данной работе приведены результаты ТБФС осуществленных 63 больным в ближайшем послеоперационном периоде. Большинство больных (48 человек)

обследованы после пластики пищевода. Из них, 27 больных были оперированы по поводу опухолей пищевода, а 21 по поводу его послеожогового рубцового сужения. 15 больным по поводу опухолей желудка была произведена гастрэктомия с наложением эзофагоэнтероанастомоза. 37 больным санационная ТБФС проводилась во время ИВЛ, а у 26 при спонтанном дыхании. Обеспечение адекватного дыхания во время санационной ТБФС осуществлялось с помощью инжекционного клапана, созданного в нашем отделении, при подаче кислорода 4 атм. Анестезия осуществлялась введением наркотических анальгетиков, седуксена и атропина. У больных со спонтанным дыханием проводилась местная анестезия лидокаином. Надгортанник и вход в гортань с голосовыми связками орошались раствором дикаина.

Перед санацией у всех больных брался посев на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

При ТБФС у 25 больных, из 27 оперированных по поводу опухоли пищевода отмечен различной степени выраженности парез голосовых связок, у 22 слизистая трахеи была гиперемирована, отечная, у большинства с эрозиями, покрытыми фибриновым налетом, легко кровоточащими. Обструкция долевых сегментарных и мелких бронхов гнойным содержимым была обнаружена у 15 больных.

У 21 больного оперированных по поводу послеожогового рубцового сужения пищевода эндоскопическая картина значительно отличалась. Так, парез голосовых связок не обнаружен ни у одного больного, явления катарального эндобронхита отмечены у 11, а обструк-

ция бронхов у 7 больных.

Из 15 больных, перенесших гастрэктомию явления катарального эндобронхита обнаружены у 9, об-

структуривный синдром был отмечен у 4 больных.

Из полученных данных видно что наибольшие изменения со стороны трахеобронхиального дерева отмечались у больных послеэкстирпации пищевода по поводу опухолей. Парез голосовых связок, наблюдаемый почти у всех больных видимо связан с повреждением нервных волокон. Неполное смыкание голосовых связок в послеоперационном периоде увеличивают риск затекания секрета и слизи из ротоглотки в трахеобронхиальное дерево. Таким образом, возможно инфицирование трахеобронхиального дерева с последующими воспалительными и воспалительно-некротическими изменениями в его слизистой. Эти изменения обуславливают возникновение пневмоний в послеоперационном периоде, которая развивается на 2-4 сутки после операции. Всем больным с обструктивным синдромом проводился лаваж бронхов с использованием ферментов, ацетилцистеина, раствора фурациллина с последующим интрантракеальным введением гормонов и антибиотиков. В литературе имеются данные об успешном применении интрантракеального лазерного облучения при аспирационном синдроме у больных, находящихся на длительном ИВЛ (6). Кроме улучшения изменений со стороны слизистой трахеи и бронхов, проводимое эндотракеальное лазерное облучение способствовало значительному улучшению показателей клеточного и гуморального иммунитета, уменьшилось количество пневмоний. Эндотракеальное лазерное облучение мы также проводили гелий-неоновым лазером. Световод гелий-неонового лазера под контролем бронхоскопа вводился до участка поражения, а при его отсутствии до бифуркации трахеи. Облучение проводили при

длине волн 0,63 нм, мощности излучения 2 мВт/см², продолжительностью 5-6 мин, ежедневно в течение первых 5 суток. При проведении лазерного облучения отмечалось исчезновение отека слизистой трахеи и бронхов уже после 1-2 сеансов, заживление эрозий и язв после 3-4 сеансов. Считаем необходимым проведение ТБФС всем послеоперационным больным указанной категории в плановом порядке вне зависимости от наличия картины обструкции в первые сутки после операции. Это позволяет своевременно распознать начающуюся обструкцию дыхательных путей и предупредить развитие более тяжелых бронхопульмональных осложнений. Дополнительное применение эндотракеального лазерного облучения способствует быстрому купированию явлений эндобронхита и эпителиализации эрозивного процесса.

Таким образом, у больных, перенесших одномоментную пластiku пищевода по поводу опухоли отмечаются выраженные изменения со стороны трахеобронхиального дерева, способствующие развитию

бронхо-легочных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде. После операции пластики пищевода по поводу рубцового сужения пищевода и после гастrectомии, изменений со стороны слизистой трахеобронхиального дерева меньше. Проведение трахеобронхоскопии позволяет своевременно диагностировать указанные изменения. Лаваж трахеобронхиального дерева, его санация и эндотрахеальное лазерное облучение позволят значительно снизить количество послеоперационных бронхологических осложнений и улучшить результаты хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Пирогов А.И., Неред С.Н., Красницкий Ю.Н. Результаты резекции пищевода с внутрigrрудным эзофагостроанастомозом при раке средне- и нижнегрудного отделов пищевода. /Пластика пищевода Тезисы Всесоюзного симпозиума 2-3 декабря 1991 г. Москва. стр 13-14.
2. Кочегаров А.А., Любшин В.И., Алимназаров Ш.А.-Опыт эзофагостропластики при хирургическом лечении больных раком пищевода /Пластика пищевода. Тезисы всесоюзного симпозиума 2-3 декабря, Москва. 1991, стр. 27-29.
3. Родионов В.В., Мамиляев Р.М. Бронхологические осложнения после операций на органах брюшной полости / Ташкент, Изд-во им. Ибн Сины, 1991 С.88.
4. Субботин В.М., Плаксин С.А. Результаты одномоментной заднемедиастинальной эзофагопластики желудочной трубкой без торакотомии / Пластика пищевода. Тезисы Всесоюзного симпозиума 2-3 декабря, Москва. 1991, стр.24-26.
5. Трухан Р.Г., Скворцов М.Б. Профилактика и лечение легочных осложнений при тотальнособутотальной пластике пищевода желудком. /Пластика пищевода. Тезисы всесоюзного симпозиума 2-3 декабря, Москва, 1991. стр. 36-37.
6. Чеснов В.С., Николаев Э.К., Катаев С.С./ Профилактика и лечение аспирационного синдрома и осложнений в процессе ИВЛ с помощью эндотракеальной лазеротерапии. /Анестзиология и реаниматология, 1996, №4, стр. 78-79.
7. Чиссов В.И., Мамонтов А.С., Кухаренко В.М. и соавт. Эзофагопластика трубкой из большой кривизны желудка с внеполостным анастомозом на шее при лечении злокачественных опухолей пищевода / Пластика пищевода Тезисы Всесоюзного симпозиума 2-3 декабря. Москва. стр 11-12.
8. Цалугелашвили А.Р., Мардалеишвили К.М., Гагуа Р.О. и соавт. Наш опыт хирургического лечения рака пищевода. /Пластика пищевода. Тезисы Всесоюзного симпозиума 2-3 декабря, Москва, 1991. стр. 40-41.

**Р.М. Джамалов,
Л.П. Струсский,
Х.Т. Садыков,
Ю.Р. Маликов**

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.**
*Научный Центр Хирургии МЗ РУз им. В. Вахидова
(и.о. директора, - д.м.н. Х.А. Акилов)*

Р.М. Джамалов, Л.П.Струсский , Х.Т.Садиков, Ю.Р. Маликов.

Кизилунгач, ошқозон ва 12-бармоқли ичакдан кон кетиши ва уни тухтатиш йуллари.

Охирги 10 ийл мобайнида 100000 дан ортиқ эндоскопик текширувлар тажрибасига таянган холда кизилунгач, ошқозон ва 12-бармоқли ичакдан кон кетиши туфайли шошилинч эндоскопик текширувлар 2,2% ни ташкил килган. Шу хисобда кизилунгачнинг варикоз кенгайганинг веналаридан кон кетиши 9,4%ни, қерозияли геморрагик эзофагит 3,7%ни, қизилунгач усмалари 0,7%ни, қашқозон яралари 11,3%ни, Меллори-Вейсс синдроми 5,7%ни, ошқозон усмалари 4,3%ни, ошқозон полиплари 0,9%ни, 12-бармоқли ичакнинг пиезча кисмининг яралари 41,5% ни ва хоказо ташкил килиб, кон кетиш манбалари бўлган. Кон кетишини тухтатиш услубларидан диатермокоагуляция, полипектомия ва веналарни склеротерапия килиш услублари таклиф килинган.

R. Jamalov, L. Strussky, K. Sadykov, Yu.R. Malikov.

Bleedings from upper side of digestive tract and endoscopic treatment of them.

Experience of more than 100000 endoscopic examinations during last ten years shows that urgent endoscopic examinations are taking place in 2,2% cases. Bleeding sources are varicose veins of esophagus in 9,4%, erosive hemorrhagic esophagitis in 3,7%, cancer of esophagus 0,7%, ulcer of stomach 11,3%, syndrome of Mallory-Veisse 5,7%, cancer of stomach 4,3%, erosive hemorrhagic gastritis 3,7%, polyps of stomach 0,9%, duodenal ulcers 41,5%. Methods of endoscopic interventions, like coagulation of bleeding vessels, sclerotherapy of varicose veins are presented.

Проблема диагностики и лечения кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта до сих пор остается достаточно актуальной.

Важным фактором своевременной и точной диагностики источника кровотечения является наличие современной эндоскопической техники и квалифицированных кадров, способных быстро и точно диагностировать источник кровотечения и принять меры по их остановке, несмотря на трудности экстренной эндоскопии при неподготовленном к исследованию верхнем отделе пищеварительном тракте и продолжающемся кровотечении.

В настоящее время противопоказаний к экстренному эндоскопическому вмешательству практически не существует. Даже при наличии острого инфаркта миокарда и острого нарушения мозгового кровообращения при абсолютных показаниях к экстренному эндоскопическому исследованию, соответствующая медикаментозная поддержка позволяет провести исследования без нанесения вреда для пациента. Фактически единственным противопоказанием является агональное состояние больного.

Ранняя эндоскопическая диагностика источника кровотечения диктуется необходимостью срочного определения дальнейшей тактики лечения сложной категории ургентных хирургических больных.

Материал и методы исследования.

За последние 10 лет мы располагаем опытом более 100000 эзофагогастроудоуденоскопий. Частота экстренных эндоскопий по поводу кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта составляет 2,2 % от общего количества исследований.

Ниже мы приводим данные об основных источниках кровотечения из органов верхнего отдела пищеварительного тракта и частоту выявления их при экстренных эндоскопических исследованиях в нашей клинике.

Важным условием эффективной диагностики источника кровотечения является подготовка больного к экстренному исследованию. Помимо сбора анамнеза, выяснения признаков начала кровотечения, характера рвотных и каловых масс, необходим дифференцированный подход к каждому пациенту и в зависимости от этого готовиться как к диагностическим так и лечебно-оперативным мероприятиям, так как современные методы лечебно-оперативной эндоскопии являются малыми хирургическими вмешательствами.

При экстренном эндоскопическом исследовании ответственность врача-эндоскописта значительно возрастает, так как в зависимости от его заключения хирург принимает решение какую тактику лечения определить в каждом конкретном случае.

	1989	1990	1991	1992	1993
1. Язва луковицы 12 п.кишки	64	53	72	95	10:
2. Язва желудка	15	22	21	28	32
3. ВРВ пищевода и желудка	32	21	19	15	17
4. Синдром Меллори-Вейсса	14	5	18	11	16
5. Рак желудка	9	11	10	7	2
6. Эрозивно-геморрагический эзофагит	11	8	9	5	10
7. Рак пищевода	2	1	3	2	-
8. Прочее	40	53	45	54	78
	187	174	197	217	

Эндоскопическое исследование больных с признаками профузного кровотечения и постгеморрагической анемии рекомендуется проводить на фоне одновременного переливания крови и кровезаменителей. Быстрое улучшение состояния больного в таких случаях и нормализация показателей гемодинамики способствуют успешному проведению эндоскопии (Луцевич Э.В. и др., 1990).

В зависимости от состояния больного определяется необходимость премедикации, промывания желудка холодной или ледяной водой. Наш многолетний опыт подтверждает целесообразность этих процедур, потому что беспокойное поведение и повышение артериального давления крови, рвотные движения могут быть причиной возобновления приостановившегося кровотечения, а наличие свежей, измененной крови или ее сгустков в просвете органов может стать причиной неполноценной диагностики источника кровотечения. Эндоскопический осмотр верхнего отдела пищеварительного тракта иногда осложняется наличием множества мелких сгустков крови, имитирующих тромбы, и возникает необходимость тщательного отмывания их с целью верификации. Данную манипуляцию необходимо проводить осторожно, так как при наличии острого эрозивного или язвенного процесса, распадающейся опухоли можно провоцировать возобновление кровотечения.

Чем раньше от начала кровотечения выполняется эндоскопическое исследование, тем выше ее диагностическая, а тем более , лечебно-оперативная эффективность.

Наиболее частым источником кровотечений из пищевода являются варикозно расширенные вены пищевода(9,4% от общего числа больных с кровотечениями и 68 % от числа больных с кровотечением из пищевода).

Это обычно бледно-синюшного, иногда сероватого цвета бугристые выступающие в просвет пищевода узловатые венозные стволы, в среднем от 1 до 5, контурируются в нижней, средне нижней трети пищевода или тотально, как правило шире в нижней трети пищевода, с переходом на кардию или без него, несколько спадающиеся в момент активного кровотечения из них и более напряженные после остановки кровотечения . Дефект вены чаще встречается в нижней трети пищевода, редко в средней трети, обычно, продольный или точечный , на фоне атрофической, бледной слизистой над венами, может быть прикрыт тромбом с подсачиванием крови или без него. При оценке состояния варикозно расширенных вен пищевода и желудка , необходимо также описать протяженность распространения процесса, минимальный и максимальный диаметр вен, степень напряжения их и наличие эрозивного процесса слизистой над венами и оценить риск возобновления кровотечения из этого дефекта или возможности появления кровотечения из соседних венозных стволов, так как от этого зависит дальнейшая тактика лечения больного.

Следующей наиболее частой причиной кровоте-

чения из пищевода является эрозивно-геморрагический рефлюкс-эзофагит (3,7%). Обычно это, ярко-красного, иногда, покрытый налетом фибрином воспалительный процесс в виде языков пламени, идущих вверх от кардии желудка по ходу продольных складок , с подсачиванием крови в виде кровяной росы. Причиной этого процесса может послужить декомпенсированный стеноз привратника и луковицы 12-перстной кишке, послеоперационные анастомозы, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и т.д.

Более редкой причиной кровотечений из пищевода может быть также раковый процесс (0,7%) и эндоскопическая картина достаточно характерна. Как правило, кровотечения при раке пищевода наблюдаются в стадии распада опухоли. Врач-эндоскопист в данной ситуации ограничивается описанием локализации, характера, протяженности процесса, степени сужения просвета, а также степенью интенсивности кровотечения.

При отсутствии источника кровотечения в пищеводе очень важно детально осмотреть кардиоэзофагеальный переход, так как в этой зоне источником кровотечения может быть кровоточащая варикозно расширенная вена, переходящая из пищевода на кардию и дно желудка, острые или хроническая язва, а также опухолевый процесс.

Дополнительная травматизация или смещение тромба в этом достаточно узком участке кардиоэзофагеального перехода может привести к серьезным осложнениям исследования и усугублению состояния больного.

При эндоскопическом осмотре желудка прежде всего необходимо обратить внимание на наличие, характер и количество содержимого, визуализация свежей крови указывает на непосредственную близость источника кровотечения. Наличие в просвете желудка печеночных сгустков больше свидетельствует о профузном кровотечении, чаще из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, артериальном кровотечении при аррозии крупного сосуда при язвенной болезни желудка, распадающихся опухолях желудка и синдроме Меллори-Вейсса. При выраженной кровопотере, слизистая желудка выглядит бледной, складки менее выражены, возникают проблемы с обнаружением язвенного, эрозивного и опухолевого процесса ,а множественные сгустки крови имитируют тромбы на эрозиях и острых язвах. Это может привести к диагностическим ошибкам при осмотре неопытным специалистом и дальнейшей неправильной лечебной тактике. При осмотре желудка эндоскоп необходимо перемещать строго по просвету, чтобы не вызвать контактного кровотечения.

При затруднении осмотра большой кривизны в fundальном отделе и теле желудка необходимо изменение положения больного с поворотом на правый бок.

Наиболее частой причиной кровотечения в желудок является язвенная болезнь(11,3%). Острые язвы желудка, как правило, плоские, без подрытых краев, дно

их покрыто налетом фибринна, венчик гиперемии более выражен. Хронические язвы же обычно с грубыми, инфильтрированными краями, дно их также покрыто налетом, контуры округлые. В обоих случаях кровотечение может быть как из дна язвы, так и по краям, капиллярное или артериальное, струйное или в виде подсасывания крови из под тромба. Иногда язвы могут быть полностью или частично покрыты тромбом, чаще тромбы довольно четко определяются на дне или по краям язв. Эндоскопическая находка язвы не должна ограничивать осмотр, так как бывают случаи множественных язв, с кровотечением из двух или нескольких источников. Только в случаях профузного кровотечения необходимо несколько форсировать исследование и исключить множественные или сочетанные язвы. В каждом случае обнаружения тромба очень важно охарактеризовать его (свежий, рыхлый, фиксированный или флотирующий) так как от этого зависит дальнейшая тактика лечения больного.

Синдром Меллори-Вейсса, характеризующийся трещинами слизистой кардиоэзофагеального перехода так же являются довольно частой причиной кровотечений (5,5%) и обычно выглядит в виде нарушения целостности слизистой на протяжении от 2 до 5 см, шириной 3-7 мм, без признаков воспаления по краям, интенсивность кровотечения зависит от глубины трещины и характера поврежденного сосуда, по нашим наблюдениям, кровотечение чаще смешанного характера. Трещины чаще являются множественными.

Следующей по частоте патологией при кровотечениях в желудок являются опухоли желудка (4,3%). Они могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. Злокачественные опухоли обычно неправильной формы, бугристые, неровные, выраженная инфильтрация, ригидность, при инструментальной пальпации более плотные, легко кровоточат при контакте с прибором и щипцами. Тромбы на изъязвленной поверхности могут быть как одиночными, так и множественными. В отдельных случаях с целью верификации возможно взятие биопсии, даже, несмотря на подсасывание крови или наличие свежих тромбов.

Эрозивно-геморрагические гастриты (3,7%) также являются довольно частой причиной и обычно представляются в виде множественных петехиальных или "полных" эрозий, большинство из которых покрыто тромбами, в просвете желудка обнаруживаются следы кофейной гущи. На фоне анемизированной слизистой желудка диагностировать их не представляет особых проблем, так как, эрозии обычно имеют отчетливый воспалительный венчик. По нашим наблюдениям при эндоскопическом осмотре больных с данной патологией чаще констатируются признаки приостановившегося кровотечения. Размеры эрозий могут колебаться от 2 до 5 мм, или быть точечными в виде "булавочных узоров".

Довольно редко (0,9%) причиной кровотечения в желудок являются кровоточащие полипы желудка. Причиной могут послужить как воспаление слизистой над полипом, так и травматизация полипа грубой

пищевой, малигнизация полипа.

При отсутствии источника кровотечения в желудке необходимо продолжить поиски в нижележащих отделах. При дальнейшем продвижении эндоскопа можно определить рубцовую деформацию и сужение просвета привратника, что обычно указывает на наличие язвенной болезни. Наиболее частой причиной кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта (41,5%) являются язвы луковицы 12-перстной кишки. Слизистая 12-перстной кишки по сравнению со слизистой желудка более бледная, складки в основном поперечные, сложным моментом может явиться обнаружение язвы среди грубых рубцовых складок. Наличие дивертикулообразных карманов и стеноза различной степени создают дополнительные сложности при обнаружении язвенного процесса. Довольно часто непосредственно язва может располагаться за стенотическим процессом и врач-эндоскопист может только предположить о наличии кровотечения по следам свежей или измененной крови в результате заброса ее при рвотных движениях или за счет наличия дуоденогастрального рефлюкса.

Чрезвычайно редким источником кровотечения в 12-перстной кишке является наличие опухолевого процесса. Как правило, это результат прорастания процесса из поджелудочной железы и распада его.

Причиной кровотечения так же может быть выполненная через эндоскоп накануне полипэктомия полипа желудка или 12-перстной кишки или папилломафинктеротомия при ретроградной панкреатохоланиографии. Осмотр во втором случае необходимо проводить дуоденофбрископом, так как это дает возможность более детального осмотра возможного источника кровотечения и проведения специальных мероприятий по остановке кровотечения.

Проблема остановки кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта сложна и далеко не решена. Для проведения этих специальных лечебно-оперативных мероприятий необходимо иметь помимо навыков, целый ряд специальных инструментов и приспособлений. Так необходимо наличие электрохирургического блока, коагуляционных зондов различных модификаций, диатермических петель, иньектора для склеротерапии и многое другое. Часто отсутствие вышеупомянутого бывает причиной бездействия эндоскопистов.

Так же необходимо отметить, что все лечебно-оперативные эндоскопические вмешательства должны проводиться при наличии отлаженного взаимодействия между эндоскопистами и хирургами, потому что, независимо от эффекта, больные будут нуждаться в активном наблюдении хирургов.

С целью остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода применялись и применяются различные методы. Мы остановимся лишь на эндоскопических. В нашей клинике для эндоскопической склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода в основном применяется 3% раствор тромбовара и 96% этиловый спирт или их смесь в равных

количествах. Необходимо отметить, что склеротерапии подлежат дефекты вен расположенные не ниже 4-5 см от кардиального кольца, осуществление ее ниже этого уровня чревато развитием пептических язв с дальнейшей перфорацией стенки вследствие рефлюкса желудочного содержимого.

Склеротерапия вен пищевода как в плановом порядке, а тем более в экстренном чрезвычайно ответственная манипуляция. Проводить ее должен достаточно квалифицированный врач-эндоскопист.

Через канал эндоскопа заранее проводится игольчатый инъектор, определив расположение и размер дефекта вены , дистальный конец его выводится из инструментального канала эндоскопа, заполняется сначала спиртом ,а затем еще до инъекции вводится около 1-1,5мл тромбовара. Затем в зависимости от интенсивности кровотечения производится паравазальный или эндовазальный вкол иглы инъектора. Причем как правило первый вкол производится на 2-3 см ниже дефекта, вводится 2-4 мл тромбовара и дистальным концом эндоскопа поворотом соответствующего винта осуществляется компрессия той же вены выше дефекта в течении 3-4 минут. Затем производится второй вкол на 2-3см выше дефекта, и все манипуляции повторяются. За один сеанс рекомендуется проводить склеротерапию не более двух стволов, так как возможно развитие дисфагии за счет выраженной воспалительной реакции слизистой на введение склерозанта.

Мы располагаем опытом более 100 склеротерапий, из них 21 произведена на высоте кровотечения или на фоне приостановившегося кровотечения с угрозой возобновления его. В 12 случаях (57 %) нам удалось остановки кровотечения на срок более одних суток, причем в 4 случаях через 24-72 часа больным была произведена операция Пациоры в виду рецидива кровотечения. Учитывая , тяжесть состояния больных с варикозным расширением вен пищевода, сложным послеоперационным прогнозом течения заболевания ,метод эндоскопической склеротерапии занимает достаточно важное место, особенно у больных с высокой степенью риска оперативного вмешательства.

Вопрос диатермокоагуляции эрозий, трещин и язв желудка и 12-перстной кишки до сих пор дискутабельный. По опыту нашей клиники данная процедура должна проводиться в основном у больных с повышенной степенью операционного риска, обычно,

для того чтобы иметь возможность адекватно подготовить больного с выраженной анемией и сопутствующей патологией к предстоящей операции. Диатермокоагуляция язв проводится, как правило первоначально вокруг кровоточащего сосуда, с целью создания отека, в отдельных случаях непосредственно – при капиллярном кровотечении из краев язвы. Мы имеем наблюдение успешной диатермокоагуляции кровоточащей язвы у больного гемофилией с критической анемией. Что касается кровоточащих эрозий желудка допустимо проведение диатермокоагуляции единичных эрозий с достаточно интенсивным кровотечением из них.

Производить диатермокоагуляцию кровоточащих опухолей пищевода, желудка и 12-перстной кишки мы не рекомендуем, так как эта манипуляция сопряжена с очень высокой степенью риска усугубления кровотечения.

При кровотечениях из полипов, как желудка так и 12-перстной кишки тактика однозначная – полипэктомия, но при условии, что полип на узком основании или длинной псевдононже. Если же полип на широком основании, более целесообразно провести диатермокоагуляцию с целью остановки кровотечения, а полипэктомию произвести позже в плановом порядке.

Орошение кровоточащих язв сосудосуживающими препаратами, аминокапроновой кислотой и применение пленкообразующих препаратов (лифузоль, статизоль и др.) , с целью остановки кровотечения в нашей клинике применялись, но по нашему мнению недостаточно эффективны.

Таким образом, диагностика и лечение кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта является достаточно серьезным разделом эндоскопии и требует огромной ответственности и большого внимания как врача-эндоскописта , так и специалистов смежных специальностей.

Литература:

- 1.Ю.М.Панцырев, Ю.И. Галлингер "Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта". Москва, "Медицина", 1984г.**
- 2. Э.В.Луцевич с соавт. "Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии". Минск, "Вышайшая школа", 1990г.**

Э.С. Исламбеков,
Д.А. Исмаилов,
Г.Л. Пахомов,
Д.Т. Максумов,
В.Р. Акмееев

**СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС: ВОЗМОЖНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ**
НЦХ им акад. В.ВАХИДОВА МЗ РУз
(и.о. директора д.м.н. Х.А. Акилов)

Э.С. Исламбеков, Д.А. Исмаилов, Г.Л. Пахомов, Д.Т. Максумов, В.Р. Акмееев

Маколада носпецифик спонтан пневмотораксли 26 беморнинг даволаш натижалари кўрсатилган. Хамма (барча) беморларга видеоторакоскопик техника ёрдамида жаррохлик амалиёти бажарилган. Мустахкам плевродез хосил қилишда хар хил тўрдаги лазер нурланишидан фойдаланиш тавсия этилади.

It is demonstrated the results of treatment of 26 patients with non-specific spontaneous pneumothorax in the article. It were performed operative interventions for all patients with using videotorascopic equipment. It is recommended using different types laser radiation for creation steady fast pleurodesis.

Хирургическое лечение спонтанного пневмоторакса является самой распространенной тактикой на сегодняшний день, так как считается, что спонтанный пневмоторакс является постоянным атрибутом буллезной эмфиземы легких, поэтому лечение должно быть направлено на устранение причины, в противном случае полученный эффект является временным. Оперативное вмешательство по поводу спонтанного пневмоторакса производится главным образом для устранения буллезных поражений и предотвращения рецидивов (Л.Н. Бисенков, 1996, Ю.И. Галлингер, 1995, R. Crisci с соавт., 1996).

Несмотря на хорошие результаты хирургического лечения спонтанного пневмоторакса, существует явное несоответствие между сравнительно небольшим объемом вмешательства (ушивание и иссечение булл легкого, создание плевротеза и т.п.) и травматичностью торакотомии, а также опасностью связанных с ней осложнений. Поэтому успехи лапароскопической хирургии, полученные благодаря применению современной видеоэндоскопической техники и инструментария, возродили интерес к торакоскопическим операциям (A. Lenard с соавт., 1993, G. Radberg с соавт., 1995, H.M. Atta с соавт., 1997).

Предложенный V.H.S. Jacobaens в 1910г метод торакоскопии в последние годы переживает второе рождение. Появление в последние годы эндоскопической техники нового поколения, включающей видеомониторы, мощные источники света, эндоскопические видеокамеры, эндоскопические сшивывающие аппараты, высокоэнергетические лазеры, обусловили создание принципиально нового направления эндоскопической хирургии.

История видеоторакоскопических операций насчитывает не более 5 лет (J.D. Urschel, W.J. Dickout, 1993, M. Hurtgen с соавт., 1995, K. Yoshiya с соавт., 1995, B. Andres с соавт., 1998). Диапазон оперативных вмешательств, при которых может использоваться видеоторакоскопическая техника, достаточно широк. По мнению Naunheim KS. M.J. Mack с соавт., 1995, до 70% различных эндоторакальных операций могут вы-

полняться с использованием видеотехники, и для обычных отделений грудной хирургии может составлять 10-15%.

Прямым показанием к проведению в видеоторакоскопических операций является буллезная эмфизема легких, осложненная спонтанным пневмотораксом или без пневмоторакса (K. Yoshiya с соавт., 1995, A.P. Yim с соавт., 1997, H. Horio с соавт., 1998). A. Wakabayashi 1991г относит к показаниям для выполнения операций рецидивирующий в течение 6 месяцев спонтанный пневмоторакс, а также невозможность устранения пневмоторакса постоянной активной аспирацией через плевральный дренаж; буллезную эмфизему легких с наличием гигантских булл, вызывающих компрессию легочной ткани с нарушением дыхательной функции легких.

Отделение хирургии легких и средостения Научного центра хирургии им. акад. В. Вахидова Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан располагает опытом лечения 26 пациентов с неспецифическим спонтанным пневмотораксом за период с 1996-1999гг., которым выполнено оперативное вмешательство с использованием видеоторакоскопической техники. В наших наблюдениях: 25 больных – были лица мужского пола и одна женщина. Большая часть больных 24 (92,3%) были лица молодого (от 19 до 45 лет) и наиболее трудоспособного возраста.Правосторонний пневмоторакс наблюдался - у 15 (57,7%) пациентов, левосторонний - у 11 (42,3%). Тотальный коллапс легкого диагностирован - у 20 (76,9%) больных, гидропневмоторакс отмечен в 8 (30,8%) случаях. У 23 (88,5%) больных пневмоторакс был первичным, а у 3 (11,5 %) наблюдался рецидив заболевания. Сроки поступления больных с момента наступления пневмоторакса: до 1x суток – 8 пациентов, от 1 до 3x суток – 11, от 4 до 10 суток – 6, до 1го месяца – 1.

Клиническая картина неспецифического спонтанного пневмоторакса отличается острой начальных симптомов, которая у 21 (80,1%) больного проявлялась болями в грудной клетке, а у остальных боли

были либо кратковременными, неинтенсивными, либо вовсе отсутствовали. Причем 19 (73,1%) больных предъявляли кроме этого жалобы на одышку. Кашель чаще сухой и умеренный наблюдался у 9 (34,6%) пациентов, у двоих – сопровождался кровохарканьем. При напряженном пневмотораксе 14 (53,8%) состояние пациентов расценивалось тяжелым или средней тяжестью, обусловленное острой дыхательной недостаточностью, болевым синдромом, смешением средостения и тонов сердца в противоположную сторону, у 2 (7,7%) больных – наблюдалась подкожная эмфизема, располагающаяся на грудной клетке, шее, верхних конечностях, что сопровождалось болями за грудиной и осиплостью голоса.

Провоцирующим моментом пневмоторакса у 13 (50%) больных была физическая нагрузка в анамнезе, перед появлением клинической картины заболевания, 5 (19,2%) – перенесли простудное заболевание, у 8 (30,7%) - клинические проявления пневмоторакса появились на фоне полного здоровья.

Техника видеоторакоскопических операций в достаточной мере однотипна (Gun W.B., 1993, D. Kaiser с соавт., 1993). Методом обезболивания является эндотрахеальный наркоз с интубацией двухпросветной трубкой (J.L. Hozswell, 1993, A. Yamaguchi с соавт., 1996, M. Kuwabara с соавт., 1993, A. Sortini с соавт., 1996). В процессе операции осуществляется только одно-легочная вентиляция. Аппаратура и инструментарий (траакары, щипцы, ножницы, зажимы для наложения клипс) не отличаются от лапароскопических. Наиболее часто используются телевидеосистемы и ригидные телескопы фирм «Olympus», «Storz», «Wolf», а также гибкие телескопы фирмы «Fujinon». Созданы эндоскопические канюли, облегчающие манипуляции сшивающими аппаратами и позволяющие осуществлять наложение узловых швов и их завязывать в глубине плевральной полости (E. Moritz, T. Speil, 1993, S.K. Но с соавт., 1995).

Видеоторакоскопические операции обычно выполняются бригадой из трех хирургов – оперирующего хирурга и двух ассистентов, один из которых осуществляет управление видеокамерой. Видеомонитор устанавливают у головы пациента, что позволяет всем участникам наблюдать за ходом операции в прямой проекции. Операцию начинают с введения троакара диаметром 10-11 мм в шестом-седьмом межреберьях по среднеподмышечной линии. Длина разреза кожи должна быть не менее 15-20 мм. Через гильзу троакара вводится ригидный телескоп, соединенный с видеокамерой и после осмотра плевральной полости выбирают места для введения дополнительных операционных троакаров.

При спонтанном пневмотораксе, при выполнении видеоторакоскопических вмешательств, после осмотра спавшего легкого и рассечения спаек ножницами в 11 (42,3%) случаях использовали ток высокой частоты, затем в плевральную полость заливали физиологический раствор, и легкое аккуратно раздували с целью выявления места разрыва висцераль-

ной плевры. При наличие разрыва – в 17 (65,4%) случаях производили его герметизацию, а затем повторное раздувание легкого. Независимо от того, было ли выявлено место просачивания воздуха или нет, производили электрокоагуляцию булл в 22 (84,6%) случаях, а также точечную коагуляцию париетальной плевры и орошение париетальной и висцеральной плевры (преимущественно в области верхней доли) йодонатом с целью развития плевральных сращений. Для электрокоагуляции во всех случаях использовали монополярный электрод. В конце всех торакоскопических операций при создании плевролеза – перед орошением йодонатом, плевральную полость промывали физиологическим раствором, коллагированное легкое включали в вентиляцию и постепенно расправляли, контролируя с помощью торакоскопа гемостаз и герметичность легочной ткани. Во всех случаях в плевральную полость вводили 2 силиконовых дренажа (в область купола плевры и в реберно-диафрагмальный синус) для проведения в послеоперационном периоде постоянной аспирации. Заканчивали вмешательство наложением швов на разрезы кожи, ушивания мышц не производили.

При выполнении эндовизуальных операций широко применяется лазерное излучение (М.А. Потапенко, П.П. Шипулин, 1995, Y. Takeno, 1993, T. Toth с соавт., 1996). A. Wakabayashi, 1994 первоначально выполнял торакоскопическую электрокоагуляцию булл, что оказалось эффективным при мелких поверхностных буллах и была неэффективна при коагуляции больших перфорированных булл. Применение нами СО₂-лазерной фотокоагуляции в 3 (11,5%) случаях оказалось эффективным для коагуляции мелких булл с мощностью 15 Вт, крупных – 15-30 Вт. В последующем была разработана техника контактной АИГ-лазерной буллэктомии с применением круглого сапфирового наконечника с мощностью на выходе световода 14-16 Вт, что нами применено в 2 (7,7%) случаях.

В 2 (7,7%) случаях отмечены осложнения в виде пристеночной эмпиемы плевры – 1, которая ликвидирована консервативным путем. В одном случае отмечено стойкое нерасправление легкого в послеоперационном периоде, что привело к необходимости выполнить классическую торакотомию с последующим иссечением и ушиванием буллезно измененных участков легочной ткани. Все больные выписаны в сроки от 5 до 10 дней в удовлетворительном состоянии.

Достоинствами видеоторакоскопических операций, как считают многие хирурги, является минимальная кровопотеря во время операции и послеоперационном периоде, они являются малотравматичными внутригрудными операциями, которым не свойственны осложнения, связанные с широкими торакотомиями. При их выполнении освещенность операционного поля превосходит традиционный метод, в послеоперационном периоде болевой синдром не выражен, больные активны, отсутствует легочно-сердечная недостаточность. Кроме того, наряду с короткими сро-

ками пребывания в стационаре значительно быстрее, чем при торакотомиях, восстанавливается трудоспособность. Все эти факторы окупают высокую стоимость видеоаппаратуры и эндоскопических инструментов (Ю.И.Галлингер с соавт., 1995).

Суммируя изложенное, можно отметить, что в литературе нет единого мнения о тактике лечения спонтанного пневмоторакса. Каждый метод имеет свои показания, но большинство авторов придерживаются активной хирургической тактики, включающей вмешательства, направленные на устранение причины болезни и предотвращение рецидивов. Видеоторакоскопические оперативные вмешательства и лазерный плеврорез являются новыми и весьма перспективными внутргрудными вмешательствами и, несмотря на высокую стоимость оборудования, нуждаются в широком внедрении в клиническую практику.

Таким образом, проблема хирургического лечения буллезной болезни, осложненной пневмотораксом далека от разрешения, сохраняет свою актуальность и требует дальнейших изысканий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бисенков Л.Н., Гриднев А В., Кобак М.Э.и др. // Хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе - «Хирургия», - 1996, - 2,- с.74-77
2. Галлингер Ю.И., Русаков М.А., Гудовский Л.М., Станкевич Т.М.// Первый опыт видеоторакоскопических операций на легких - «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия», - 1995, - 2, - с.62-66
3. Шипулин П.П., Потапенко М.А.// Видеоторакоскопические операции-новое направление в грудной хирургии - «Грудная и сердечно-сосудистая хирургия», - 1995, - 2, - с.71-75
4. Andres B. Lujan J. Robles R. Aguilar J. Flores B. Parrilla P. Treatment of primary and secondary

- spontaneous pneumothorax using videothoracoscopy. Surgical Laparoscopy & Endoscopy. – 1998, -4, -8(2), -p. 108-12
5. Atta HM. Latouf O. Moore JE. Caudill DR. Snyder AB. Thoracotomy versus video-assisted thoracoscopic pleurectomy for spontaneous pneumothorax. American Surgeon. – 1997, -3, -63(3), -p. 209-12
6. Crisci R. Coloni GF. Video-assisted thoracoscopic surgery versus thoracotomy for recurrent spontaneous pneumothorax. A comparison of results and costs. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery. 10(7):556-60, 1996.
7. Hurtgen M. Buhr J. Kluth D. Kelm C. Schafer A Thoracoscopic operation of primary spontaneous pneumothorax. German Chirurg. 66(9):890-4, 1995 Sep.
8. Radberg G. Dernevik L. Svanvik J. Thune A. A comparative retrospective study of thoracoscopy versus thoracotomy for the treatment of spontaneous pneumothorax. Surgical Laparoscopy & Endoscopy. 5(2):90-3, 1995 Apr.
9. Sortini A. Sciascia V. Navarra G. Carcoforo P. Santini M. Sartori A. Donini I. Treatment of spontaneous pneumothorax with video-assisted mini-invasive thoracic surgery. First long-term results. Annali Italiani di Chirurgia. 67(2):225-7;discussion 227-8, 1996 Mar-Apr.
10. Urschel JD. Chan WK. Thoracoscopic pleural abrasion for pneumothorax. Journal of Laparoendoscopic Surgery. 3(4):351-2, 1993 Aug.
11. Yamaguchi A. Tsuchida M. The two-fire, one-cartridge stapling method using a modified Endo-GIA. Surgical Laparoscopy & Endoscopy. 6(4):296-9, 1996 Aug
12. Yim AP. Liu HP. Video assisted thoracoscopic management of primary spontaneous pneumothorax. Surgical Laparoscopy & Endoscopy. 7(3):236-40, 1997 Jun.

*М.К.Кабулов,
Б.Х.Оразалиев,
А.Д.Каландарова*

Современные аспекты эндоскопической хирургии пищевода.
НИИ экспериментальной и клинической медицины ККО АН РУз

Благодаря появлению эндоскопов с фиброволоконной оптикой зарождалось новое направление в клинической медицине - эндоскопическая хирургия (1,7,8,11,14).

Эндоскопическая электроэксцизия полипов пищевода, желудка и толстого кишечника, местная терапия пищеводных и гастродуodenальных язв, лечение рубцовых и опухолевых структур с применением лазерного излучения, удаление инородных тел и ряд других все чаще стали избавлять больных от полостных операций. Лечебная эндоскопия стала более эффективной своей простотой, малотравматичностью и относительно легкой переносимостью и экономичностью. (1,2,5,6,10,12).

Первыми удаление полипов желудка через эндоскоп осуществили японские исследователи K.Tsuneoka, T.Uchida, о чем сообщили на II международном конгрессе гастроинтестинальной эндоскопии в 1970 г.(8).

В бывшем СССР сообщение о первой эндоскопической полипэктомии сделали В.С.Савельев с соавт. с 1973 году (11).

Совместные работы хирургов и эндоскопистов в республике Каракалпакстан, позволили нам начать с 1985 г проводить лечебную эндоскопию.(3,4)

Под нашим наблюдением находились 187 больных (см.таблицу), которым в течение 1991-1998 г.г.

№ п/п	Виды лечебных эндоскопий при различных патологических процессах пищевода	Количество больных	Количество лечебных эндоскопий	Количество осложнений после лечебных эндоскопий
1.	Полипэктомия	17	62	-
2.	Эндоскопическая электротермоагуляция обтурирующего рака	94	427	1(1,1%)
3.	Лазеротерапия в сочетании с масляной аппликацией	30	147	-
4.	Удаление инородных тел	46	136	1(2,1%)
ИТОГО		187	772	2(1,1%)

выполнена лечебная эндоскопия при различных патологических процессах пищевода: у 17 произведена

полипэктомия; у 94 - электротермоагуляция обтурирующего рака; у 30 - лазеротерапия в сочетании с масляной аппликацией язв и эрозии и у 46 - удаление инородных тел. Мужчин - 102, женщин - 85.

Полип пищевода встречается крайне редко и в основном диагностируется во время эндоскопии. Заслуживает внимания, что у 15 человек из 17 в анамнезе имелись заболевания: у 8 язвенная болезнь желудка и 12 п.к., у 5 - хронический эзофагит и у 2 - хронический гастрит. У 2 больных полип пищевода обнаружен случайно, во время массового профилактического эндоскопического исследования; у них болезнь протекала бессимптомно. Лишь при довольно больших размерах полипа (2,5 - 3,0 см) появляется дисфагия. Полипы локализовались: в верхней трети - у 3, средней трети - у 6, нижней трети - у 4 и в кардии с пролабированием в пищевод - у 4 больных. Размеры полипов были в основном около 1,0 - 1,5 см. Лишь полипы кардиального отдела были с длинной ножкой размером 1,5 x 3,0 см, при рвотном движении закрывал просвет пищевода, имел изъязвленную поверхность.

Решение вопроса о лечении полипов пищевода не представляет особых трудностей. После необходимых обследований (анализов крови и мочи, свертываемости крови, ЭКГ, УЗИ, рентгенологического исследования легких, пищевода и желудка) больной готовится к эндоскопической петлевой электроэксцизии полипа.

Натощак больному делается премедикация (р-р анальгина 50% - 4 мл, атропина 0,1% - 1,0, димедрола 1% - 1,0 в.м.) и анестезия глотки лидокаином 2% - 3,0. При фиброзофагоскопии в одной из стенок пищевода выявляется возвышенный участок слизистой белосватой окраски. Стенка пищевода в области полипа подвижна, перистальтика сохранена. Манипулируя эндоскопом, раскрыта полипэктомическая петля «надевается» на полип и захватив его осторожно затягивают петлю на ножке полипа. Используя попеременно режимы «резания» и «коагуляция» производится мягкое затягивание петли самим исследователем, без чрезмерного усилия, чтобы избежать преждевременного срезания полипа.

После завершения полипэктомии эндоскоп извлекается вместе с петлей, в которой как правило содер-

жится полип. Сразу же выполняется контрольная эндоскопия и на месте полипа возникает белосоватая зона коагуляционного некроза слизистой пищевода. Кровотечение не отмечается.

При полипэктомии нередко возникает затруднение, если полип плоский и петля соскальзывает из его оснований. В таких случаях допускается электротермокоагуляция или лазерная деструкция полипа пищевода. Через 10 - 14 дней после полипэктомии, во время контрольной эндоскопии обнаруживается нежный рубец на слизистой пищевода. Осложнений во время и после полипэктомии мы не наблюдали.

Результаты гистологического исследования полипов ни в одном случае не выявило его малигнизации. Рецидивы не наблюдались.

Полипэктомию пищевода целесообразно выполнить в специализированных эндоскопических отделениях или клиниках, т.к. при появление тех или иных осложнений, по показаниям, таракальные хирурги смогли бы ликвидировать их.

Анализ апробированных эндоскопических операций и результаты лечения, прослеженные от 1 до 8 лет, позволяют высоко оценить и рекомендовать эндоскопическую петлевую электроэксизию полипа пищевода для широкого применения в клинической практике.

Эндоскопическая электротермокоагуляция (ЭЭТК) обтурирующего рака пищевода выполнена 94 (51 из них в сочетании с гамматерапией) больным с III и IV стадией. ЭЭТК проведена по методике, разработанной в НИИ онкологии и радиологии МЗ РУз (15).

Основными показаниями к ЭЭТК опухоли пищевода являются наличие экзофитного компонента или эндофитного роста с выраженным сужением просвета органа, а также при отказе больного от операции. Противопоказаниями к ЭЭТК являются: 1) крайне тяжелое состояние больного; 2) наличие прямых признаков прорастания опухоли в соседние, жизненно важные органы (трахея, бронхи, аорта, крупные легочные сосуды), выявленные при компьютерной томографии; 3) наличие бронхо - пищеводного свища.

Число ЭЭТК варьировало от 5 до 22 сеансов. Режим облучения: 5 раза в неделю по 2 Грэя, до полного или частичного устранения экзофитного компонента опухоли. Суммарная очаговая доза лучевой терапии составляет 50 - 60 Гр.

В литературе приводятся ряд осложнений после ЭЭТК (перфорация стенки пищевода, медиастинит, кровотечение, болевой синдром), которые наблюдались от 3,5 до 11,5 % (6,9,15).

Анализ полученных нами результатов показывает, что послойная ЭЭТК опухоли пищевода в сочетании с лучевой терапией в 75% наблюдений способствует восстановлению естественного питания через рот и увеличивает 5 летнюю выживаемость до 11,8% больных.

Эндоскопическая лазеротерапия в сочетании с масляной аппликацией язв и эрозий пищевода, как альтернатива общепринятому лекарственному лече-

нию, выполнено у 30 больных. У 58% из них патологические процессы локализовались в нижней трети пищевода. Размеры язв и эрозий колебались от 0,2 до 3,0 см. Облучение эрозивного и язвенного дефекта слизистой пищевода проводили гелий - неоновым лазером с длиной волны 0,63 мкм с помощью аппарата эндоскопического лазера (АЭЛ - 1).

После общепринятой анестезии лидокаином больному в пищевод вводится фиброгастроскоп и выявляется патологический очаг. Через биопсийный канал эндоскопа проводится световод лазераппарат. Сеанс лазеротерапии проходил под визуальным контролем и луч лазера направлялся на поверхность эрозии или язвы в течение 5 минут с расстояния 1 - 2 см от дистального конца световода. Курс лечения из 3 - 5 сеансов чередовали с эндоскопической масляной аппликацией 3 - 4 раза облепиховым маслом (4 мл) и проводили в амбулаторных условиях. Лишь при глубоких язвах пищевода и тотальных эрозивных эзофагитах в сочетании с недостаточностью кардиального жома и при коротком пищеводе Барретта, лечения удлинился до 10 - 12 сеансов.

Заживление эрозии и язвы после лазерной терапии и масляной аппликации наступает через 12 - 14 дней, после лечения остается нежный рубец. Наряду с быстрым заживлением эрозии и язв отмечалась положительная динамика клинических проявлений заболевания: стихали боли по ходу пищевода, остановилось кровотечение, нормализовался аппетит и сон. Осложнений после лечебноц эндоскопии лучом лазера мы, как и другие авторы (6,9) не наблюдали.

Стойкий положительный эффект после лазеротерапии в сочетании с масляной аппликации отмечен у 26 (86,6%) из 30 больных. У 4 (13,4%) установлен рецидив заболевания, в основном у лиц с тотальным эрозивным эзофагитом и каллёзной язвой. Рецидивы устраниены повторным курсом лечебной эндоскопии. Одному больному с коротким пищеводом Барретта рекомендовано реконструктивная операция в кардиоэзофагеальной области.

Таким образом, эндоскопическая низкоинтенсивная лазеротерапия в сочетании с масляной аппликацией эрозивно - язвенных процессов пищевода имеет большое преимущество перед традиционными способами консервативной терапии и открывает большие перспективы для вторичной профилактики рака.

Удаление инородного тела из пищевода с помощью гибких эндоскопов открыли новые возможности в лечении больных с данной патологией. По этому вопросу в литературе появились отдельные сообщения (2,8,10,12).

Инородные тела могут быть проглочены случайно или преднамеренно и вызывает явления острой не-проходимости верхних отделов желудочно - кишечного тракта. Особую опасность представляют острые предметы (иглы, гвозды, рыбьи кости), которые могут внедриться в стенку, перфорировать пищевод и привести к развитию медиастинита или флегмоны шеи. Эндоскопическое удаление инородных тел, особенно фиксированных в области физиологических сужений

пищевода, во многих случаях является достаточно сложной процедурой (8).

Из 46 наблюдений инородных тел пищевода 25 оказались фиксированными в верхней трети, 9 - в средней трети, 12 - в нижней трети. Сроки прошедшие с момента проглатывания инородного тела до его удаления колебались от 1 дня до 3 недели. В 43 наблюдениях удалось извлечь инородных тел с помощью гибкого эндоскопа, несмотря на наличия перизофагита, а у 3 больных не удалось извлечь больших фиксированных костей. Поэтому одному больному выполнена операция - торакотомия, медиастино - и эзофаготомия с дренированием средостения и грудной полости. У остальных 2 больных инородные тела из шейного отдела пищевода удалены с помощью жесткого эзофагоскопа типа Мезрина.

При удалении инородного тела из пищевода особое внимание следует обратить на технику их извлечения. Так, при извлечении узких инородных тел (иглы, мелкие гвозди, рыбные косточки) следует захватить за острого конца предмета таким образом, чтобы его ось совпала с осью инструмента и плавным движением фиксируют в инструментальный канал и извлекают вместе с эндоскопом, а иногда приходится дробить их, затем удолить с применением внуривенного или интубационного наркоза.

Во время и после эндоскопического удаления инородного тела из пищевода с давностью свыше 3 дней редко наблюдаются (0,1 - 0,6 %) осложнений, такие как перфорация органа, гнойный медиастинит, флегмона шеи, которые требуют адекватного хирургического вмешательства. При надрыве слизистой пищевода, перизофагите, реактивном медиастините показано интенсивное консервативное лечение в течение 4 - 5 дней с оставлением зонда на 1 - 2 дня в желудке для кормления больного и вводятся антибиотики.

ВЫВОДЫ

- Современная эндоскопия решила проблему диагностики и лечения инородных тел, полипов, язв, эрозии и других предопухолевых заболеваний пищевода, в основном за счет своей высокой эффективности, малотравматичности и экономичности. Поэтому применение лечебной эндоскопической хирургии при патологических процессах пищевода имеет большие перспективы и необходимо уделять достаточного внимания её развитию и пропаганде.

- Эндоскопическая послойная электротермокоагуляция при неоперабельном раке пищевода расширяет возможности проведения лучевой и лекарственной терапии без наложения гастростомы, до 12 % увеличивает 5 летней выживаемости больных и улучшает качества их жизни.

- Эндоскопическая низкоинтенсивная лазеротерапия в сочетании с масляной аппликацией при лечении эрозивно - язвенных процессов пищевода имеет большое преимущество перед традиционными способами консервативной терапии и открывает большие перспективы для вторичной профилактики рака пищевода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Ю.В., Матвеев Н.К., Гуляев В.В. Удаление полипов пищевода с помощью эндофибрископа. Ж.Груд.хирургия, 1977, №1, С.109-110.
2. Гринблат А.И., Карташенко А.И., Медведков В.П., Фомичев, Е.П., Петухова Г.Н. Инородные тела пищевода у взрослых Ж.Хирургия, 1980, №3, С. 91-93.
3. Кабулов М.К., Каландарова А.Д., Дошанов А.Д. Лечебная эндоскопия при предраковых заболеваниях пищевода, желудка и 12 п.к. Ж.Вестник ККО АН РУз, 1995, №2, С.76-79.
4. Кабулов М.К., Каландарова А.Д., Мамбеткадыров А.А. Перспективы эндоскопической лазеротерапии эрозивно-язвенных процессов пищевода, желудка и 12 п.к. В Сб: «Актуальные проблемы онкологии и эндоскопической хирургии в регионе Южного Приаралья» Нукус, изд. «Каракалпакстан», 1996, С.91-93.
5. Калиш Ю.И., Мадартов К.М., Хусаинов Б.Р. Лазеры в абдоминальной хирургии. В кн: Вопросы реконструированной и восстановительной хирургии. Ташкент, 1994, С. 206-207.
6. Кувшинов Ю.П. Лечебная эндоскопия у больных предопухолевыми заболеваниями и опухолями верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Автореф: диссертация на соиск. уч.ст. д.м.н. М., 1988, 43 с.
7. Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В., Караплина Е.А. Эндоскопия в диагностике и лечении полипов пищевода. Ж.Груд.хирургия, 1976, №6., С. 99-102.
8. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. Москва., 1984., 192 с.
9. Пронин В.И., Стаханов М.Л., Евменов В.Ф., Мешков В.М., Долганов Е.Е., Григорьянц В.В., Королев В.А. Эндоскопическая лазерная реканализация пищеварительного тракта при обтурирующих опухолях. Ж.Хирургия, 1987, №4, С.118-124
10. Розахбердиев К. ФиброЭндоскопическое удаление инородных тел из пищевода, желудка и 12 п.к. Автореф. дис.на соиск. уч.ст.к.м.н. Ташкент, 1986, С.1-24.
11. Савельев В.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С., Осадчий К.О. В Кн: Всесоюзное общество хирургов. 14-й Пленум общества. Тезисы докладов. Калининград, 1973, С. 212-214.
12. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии. Москва., 1985.
13. Савельев В.С., Балалыкин А.С. Оперативная эндоскопия и её перспективы в гастроэнтерологии. Ж.Сов.медицина, 1986, №1, С. 3-7.
14. Стаханов М.Л., Долганов Е.Е., Королев В.А. Использование 250 Вт YAG : ND - лазера в эндоскопической хирургии у онкологических больных. Ж.Хирургия, 1991., №12, с. 84-87.
15. Эндоскопическая электротермо - и лазеркоагуляция опухоли в комплексном лечении неоперабельных больных раком пищевода и проксимального отдела желудка. Методические рекомендации. Ташкент, 1988, С. 1-9.

Ю.И.Калиш,
Р.Ш.Юлдашев,
Л.П.Струсский

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.
НЦХ им.акад.В.Вахидова МЗ РУз
(и.о.дир. д.м.н. Акилов Х.А.)**

Ю.И.Калиш, Р.Ш.Юлдашев, Л.П.Струсский

АТИПИК ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРНИНГ ЭНДОСКОПИЯ ТЕКШИРИШ ИМКОНИЯТЛАРИ.

Академик В.Вахидов номидаги хирургия илмий марказида ўн икки бармоқли яра касаллигининг асоратлашган турин билан 7090 операция бажарилган, ҳамда 1409 та ошқозон яраси билан.

20 йилдан зиёд бўлган тажриба шуни кўрсатдики бу яралар ичидаги гастродуоденал яраларни ажратиш лозимдир: булардан ўн икки бармоқли ичак яралари орасида, «постбульбар», ва «гигант», ошқозон яралари орасида: жойланшига қараб «кардиал», со-нига қараб «кўп сонли», ва хажмига қараб «гигант» яралардир.

Бу яраларнинг диагностикаси мураккаб бўлиб, шу сабабдан, эндоскопия текширишларни ретроспектив анализ қилинганда қўплаб хатога йўл қўйилгани аниқланди, бу мақоламиз эса врачларнинг кундалик тажрибавий ишида, ушбу диагностик хатоларни камайтиришига имкон беради.

Kalish Yu.J., Yuldashev R.Sh., Strussky L.P.

THE POSSIBILITIES OF ENDOSCOPIC DIAGNOSTICS FOR ATYPICAL GASTRODUODENAL ULCERS.

Research Center of Surgery named after V.Vahidov of health Ministry of the Republic of Uzbekistan.

The 7090 patients were operated with complicated forms of duodenal ulcer, 1409 patients with stomach ulcer.

Over 20 years period of analysis of peculiarities for these ulcers allowed to single out among them so called atypical (non-typical):medium duodenal, these are «low» and gigantic ulcers. There are among stomach ulcers:according to localization-cardial one, according to the number-plural one, and according to the size-giganticone.

It had been established that their diagnostics are complicated and in this connection retrospective analysis is presented of reasons for mistaken conclusions of endoscopic methods of research.

It will allows doctors to reduce the frequency of diagnostical errors intheir daily practice.

Более чем столетняя история развития желудочной хирургии со всей очевидностью показала наличие полиморфизма как хронических язв двенадцатиперстной кишки, так и желудка.

Помимо так называемых типичных язв, т.е. дуоденальных в луковице ДПК, желудочных в области его угла по малой кривизне, (1тип по Johnson) встречаются редкие формы хронических изъязвлений, или «атипичные» язвы.

К таковым, по нашему мнению, среди дуоденальных следует отнести: постбульбарные («низкие») и гигантские (более 2 см в диаметре); а среди желудочных : по локализации-проксимальные (кардиальные); по числу множественные и по размерам- гигантские (более 3 см в диаметре). Все эти формы хронических язв требует более активной хирургической тактики и, естественно, своевременного выявления. Специальных исследований, посвященных изучению возможностей эндоскопии при таких язвах ранее никогда не проводилось, что и послужило основанием для настоящего сообщения.

Материалы и методы:

За 1975-1998 гг. в НЦХ МЗ РУз имени академика В.Вахидова было оперировано 755 больных с постбульбарными, 347 - с гигантскими дуоденальными язвами, а также 101 -с множественными, 220 -гигантскими и 103 кардиальными язвами желудка.(Таблица 1).

Поскольку этот диагноз был верифицирован результатами операционных находок, это дало нам основание ретроспективно изучить возможности эндоскопии на этапе дооперационной диагностики и выявить причины ошибочно или неправильно поставленного диагноза.

Результаты и их обсуждение.

Постбульбарные язвы:

Постбульбарная язва (ПБЯ) представляет собой язву двенадцатиперстной кишки, расположенную ниже луковицы. Наиболее часто они располагаются на задне-медиальной стенке верхнего изгиба двенадцатиперстной кишки, реже - в пределах начального отрезка нисходящей ее части. Далее, в дистальном направлении, частота обнаружения язв уменьшается и крайне редко язвы встречаются ниже фатерова соска. Частота операционных находок ПБЯ относительно невелика и колеблется от 3,9% до 11,4% случаев по данным отечественных авторов Николаев Н. О. 1989, Волков Е. Ю. 1992., по нашим данным, она составила 10,6 %. Специальных исследований, посвященных оценке возможностей эндоскопии в диагностике постбульбарных язв в доступной нам литературе мы не встретили. Наибольшие трудности при эндоскопическом исследовании возникают при осмотре участка двенадцатиперстной киши дистальнее луковицы до верхнего ее изгиба/угла/. Возникает необходимость использовать дуоденоскопы с торцевой боковой и передне-косой оптикой.

По данным Л.К.Соколова /1985/, в 2-5% случаев при эндоскопии встречаются внелуковичные язвы, которые чаще располагаются в верхней и реже средней трети трети /парафатерально/ нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. Диаметр их варьирует от 0,8 до 1,5 см. Вокруг язвы отмечается выраженная воспалительная реакция слизистой оболочки со стойкой конвергенцией складок к язве, сужением и деформацией полости кишки в зоне язвы. Изредка внелуковичные язвы сочетаются с язвами луковицы.

При отсутствии рубцовоязвенной деформации, стеноза определить локализацию атипичной язвы не сложно. В этой ситуации язвы аборального отдела диагностированы в 84% и постбульбарные - в 77% случаев. При эндоскопическом осмотре учитывается не только локализация, но и форма язвы - в зависимости от фазы рубцевания (круглая, овальная, звездчатая, ветеренообразная), а также расстояние от кольца привратника.

Для атипичных язв расстояние от кольца привратника превышает 2-3 см. Размер язв колеблется от 0,4 до 1,5 см. О пенетрации язвы в поджелудочную железу можно лишь предполагать, сочетая локализацию, глубину язвы и клинические данные.

Трудности в определении размеров язв отмечаются в тех случаях, когда имеет место смыкание резко отечных и подрытых краев язвы, лишь частично расправляющихся инсуфлируемым воздухом. Как правило, при язвах выхода из луковицы с элементами стенозирования просвета отмечается укорочение луковицы с расширением просвета ее начального отдела и кольца привратника. Степень расширения этой зоны находится в прямой зависимости от степени рубцовоязвенного стеноза постбульбарного отдела.

Следует отметить, что возможности эндоскопической визуализации атипичных стенозирующих дуоденальных язв ограничены. Судить об активности язвенного процесса в стенотическом сегменте позволяют следующие косвенные признаки: отек и гиперемия входа в стенотический канал, наличие эрозий, а также внутрислизистых кровоизлияний.

Стенозирование просвета двенадцатиперстной кишки по данным эндоскопии у больных с дуоденальными атипичными язвами констатировано у 68,3% больных, что в 6 раз чаще, чем у лиц с луковичными язвами (12,3%). Установлено, что полное совпадение диагнозов имело место в 49% случаев язв выхода из луковицы и в 32% - постбульбарных язв.

Особые сложности верификации прямых признаков язв наблюдаются при осмотре больных на высоте кровотечения, где степень совпадения составила 30,8% при язвах выхода из луковицы и 36% при постбульбарных, а также при декомпенсированных стенозах - 39,5% и 20% соответственно.

В остальных случаях в протоколах эндоскопического осмотра речь шла лишь о косвенных признаках язв того или иного отдела двенадцатиперстной кишки.

При стенозирующих атипичных язвах выхода из луковицы и постбульбарного отдела НФК и пептический рефлюкс-эзофагит наблюдаются в 71% случаев, что объясняется выраженным гастростазом, частой рвотой, а также гастро-эзофа-

геальным рефлюксом.

Наряду с катаральными и эрозивными изменениями слизистой желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, которые чаще наблюдаются в антральном отделе, мы наблюдали сочетания постбульбарных язв с язвами желудка (6,4%), из них в 13,9% случаях язвы были «вторичными», так как встречались при выраженному рубцовоязвенном стенозе выхода из луковицы или постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки. Сочетание язв желудка с атипичными язвами двенадцатиперстной кишки встречается чаще, чем с луковичными и составляет 6,4% и 4% соответственно.

По данным эндоскопии кровотечение из атипичных язв встречается у 11,9% больных, а из луковичных язв - у 5,2% больных.

Таким образом, эндоскопическое исследование при постбульбарных язвах двенадцатиперстной кишки занимает ведущую роль в оценке характера и локализации как основного патологического процесса, его осложнений, так и в выявлении сочетанных и сопутствующих изменений слизистой оболочки желудка, кардиоэзофагального перехода и пищевода. В то же время оно не позволяет дать точную оценку эвакуаторной функции желудка при стенозах различной степени, где главная роль принадлежит рентгенологическому методу исследования.

Гигантские дуоденальные язвы.

Гигантские (2 см. и более в диаметре) дуоденальные язвы (ГДЯ) - относительно редкая патология и их частота колеблется от 4,9% от 10,4% (Николаев Н.О. с соавт., 1989; Гоэр Я.В. с соавт., 1989; Волков Е.Ю., 1992; Segal I. et al., 1977), а по нашим данным составила 4,9%.

Надо полагать, что эти язвы встречаются гораздо чаще, но верифицируются лишь во время операции (Будаев К.Д., 1974).

Особенности ГДЯ, их своеобразный симптомокомплекс (Segal I. et al., 1977), упорное, не поддающееся консервативной терапии течение, требуют более раннее выполнение оперативного вмешательства и, следовательно, своевременной диагностики.

Нами осуществлен ретроспективный анализ возможности эндоскопического исследования у 347 больных с ГДЯ, размеры которых были определены только во время операции (все язвы оказались «активными» и пенетрирующими). Их локализация оказалось следующей: задняя стенка 51,7%, передняя 10,1%, задне-боковая 3,6%. В 34,6% случаев они занимали все отделы ампулы ДПК, а в 18,7% были «низкой» локализации.

Наш ретроспективный анализ показал, что у 61% больных с ГДЯ, четко установленным во время выполнении радикальной (резекции желудка с унесением язвы) операций, рентгенологический осмотр выявил только наличие язвен-

ной «ниши», а сами ГДЯ, т.е. их размеры были констатированы лишь у 10,2% пациентов.

У 89,8% из них были выявлены рубцово-язвенная деформация выхода из желудка, у 59,3% - его резкая эктазия, и в 1,7% случаев было подозрение на опухоль выходного отдела желудка с переходом на ДПК.

Вместе с тем рентгенологическое исследование позволило установить степень стеноза, который имел место в 77,7% случаев (компенсированный 25,2%, субкомпенсированный 26,6% и декомпенсированный 25,9%).

Не высоким оказались диагностические возможности эндоскопического исследования. Так правильный диагноз и размеры гигантских дуоденальных язв были определены у 23,7% из всех 139 обследованных больных. Рубцово-язвенная деформация желудка была выявлена в 58,3% случаев, эрозивно-пептический эзофагит в 38,1%, недостаточность физиологической кардии у 25,2% пациентов.

Таким образом, низкая диагностическая возможность эндоскопического (23,7%) и рентгенологического методов (10,2%) исследования на предмет выявления гигантских дуоденальных язв связаны с превалированием у этой группы лиц стенозирования, рубцово-язвенной деформации и малой осведомленностью специалистов о наличии таких язв двенадцатиперстной кишки.

Кардиальные язвы желудка.

Частота язв кардиального отдела желудка (ЯКОЖ) колеблется в широких пределах, что, вероятно, обусловлено методом диагностики. Рентгенологически указанные язвы выявляются в 2,6-11,5% случаев (Рейнберг С.А., 1938, Капитаненко А.М., 1974), эндоскопически - в 13,9% (Павлов К.А., 1973), на аутопсии - в 9,9% (Самсонов В.А., 1975). По нашим операционным находкам она составила 7,3%.

При определении язв ЯКОЖ мы используем **критерий, предложенный Э.Н. Ванцяном и соавт. (1982)**, согласно которому к последним относятся изъзвления кардии (участка слизистой оболочки желудка шириной 2-3 см тот час ниже границы перехода плоского эпителия пищевода в цилиндрический желудочный) и субкардии (дистальнее кардии, но не ниже 5 см от пищевода, считая по малой кривизне) желудка.

Язвам кардиального отдела желудка свойственен определенный «полиморфизм» (по данным клиники лишь в 73,9% случаев они были изолированными, в 11,6% - сочетались с дуоденальными язвами и в 14,5% - с желудочными другой локализации). Соотношение мужчин и женщин 6,4 : 1. У 25% больных имели место язвы диаметром 3 см и более, т.е. гигантские.

Необходимо отметить, что особенности клинических проявлений язв кардиального отдела желудка во многом зависят от наличия сопут-

ствующей дуоденальной или желудочной язвы, - Частота кровотечений из этих язв довольно высока и превышает таковую при истинных язвах в 2 раза, что, по видимому, связано с особенностями кровоснабжения проксимального отдела желудка. Частота рефлюкс-эзофагита также была выше в группе больных с кардиальными язвами и составила соответственно 10,7-8,2%.

Характерным для больных с кардиальными язвами является более короткий анамнез заболевания, (4,8+0,6 лет) по отношению к истинным язвам желудка (6,4+0,4 лет).

Частота кровотечений из язв кардиального отдела желудка была в 2,1 раза больше, чем из истинных. Кроме того, кровотечение из кардиальных язв чаще носит профузный характер.

Анализ результатов рентгенологического осмотра показал его низкую диагностическую ценность, так как правильный диагноз был установлен лишь в 31% случаев, в то время как точность распознавания истинных желудочных язв составила 85,9%. Указанные различия объясняются определенными трудностями, возникающими при рентгенологическом выявлении проксимальных язв: сложность выведения язвенной ниши на контур желудка, часто имеющаяся «каскадная» деформация желудка, маскирующая язвенный дефект, а также вялость или отсутствие перистальтики желудка во время исследования, которые при наличии большого воспалительного инфильтрата с массивным язвенным кратером делают весьма вероятной ошибку в дифференцировании с опухолевым процессом.

Эндоскопическое исследование оказалось более информативным, позволило оценить форму, размеры, глубину язв, сопутствующие изменения слизистой оболочки желудка, однако, правильный диагноз был установлен в 55,9% случаев, в то время как при истинных язвах диагностическая точность эндоскопии составила 92,9%.

Гигантские язвы желудка.

При определении гигантских язв желудка мы придерживались критерия, предложенного И.И. Бачевым (1981), согласно которому гигантскими считаются изъзвления диаметром 3 см и более.

Отличительной чертой гигантских язв является парадоксальное несоответствие между большими размерами изъзвления и коротким анамнезом заболевания (Соколов Ю.Н., 1971), что более характерно для лиц пожилого возраста. В наших наблюдениях средняя продолжительность заболевания при гигантских язвах (3,5+0,8 года) была достоверно ниже таковой при обычных язвах (6,4+0,4 года).

Рентгенологическое исследование позволило установить наличие язв больших размеров в 71,6% случаев. Существенные трудности возникали при

дифференцировании гигантских язв желудка с опухолями, поскольку в ряде случаев имели место огромные изъязвления неправильной формы и большой глубины. Наличие большого окружающего язву инфильтрата с неправильными контурами на фоне «риgidности» желудочной стенки и снижения перистальтической активности делали возможность ошибки весьма вероятной. В 28,6% случаев имели место нарушения эвакуаторной функции желудка на почве рубцово-язвенного стеноза выходного отдела желудка, а также вследствие хронического нарушения дуоденальной проходимости.

Эндоскопическое исследование оказалось более информативным, так как позволило установить правильный диагноз в 82,1% случаев.

Таким образом, проведенный анализ полученных результатов показал, что диагностические возможности рентгенологического и эндоскопического методов ограничены, хронические язвы желудка установлены соответственно в 71,6% и 82,1% случаев, в то время как при истинных язвах эти показатели были выше: 85,9% и 92,9%. Наибольшие трудности возникают при дифференцировании гигантских язв с опухолями, а также при выявлении стенозирующих язв выходного отдела желудка или на фоне нарушения эвакуаторной функции последнего.

Множественные язвы желудка

В настоящей работе к множественным относили одновременное существование в желудке двух и более хронических язв.

По данным эндоскопического исследования, частота множественных язв составила 5,4% среди всех хронических язв желудка. Соотношение мужчин и женщин 2,3:1. По две язвы было выявлено у 67 больных, по три - у 10, по четыре - у двух больных. Всего было выявлено 172 язвы или по 2,2 в среднем на одного больного.

Эндоскопическое исследование позволило выявить полиморфный характер язв: так, в 40,5% они сочетались с дуоденальными язвами, в 26,6% - локализовались в пилорическом отделе, в 15,2% - в кардиальном отделе желудка и у 8,9% больных были гигантских размеров.

Частота кровотечений у больных с множественными язвами при эндоскопическом исследовании составила 10,1%, что несколько выше, чем при истинных язвах (7,6%). Довольно высокой у этих больных оказалась частота рефлюкс-эзофагита (20,3%), в сравнении с истинными язвами (8,2%). Таким образом, эндоскопическое исследование позволило установить, что частота множественных язв желудка невелика, сами они отличаются выраженным полиморфизмом, часто сопровождаются рефлюкс-эзофагитом.

Частота их среди всех желудочных язв составила 10%, что почти в 2 раза выше, выявленной

при эндоскопическом осмотре. Это различие объясняется диагностическими возможностями эндоскопического метода, о чем будет сказано ниже.

Эндоскопическое исследование оказалось более точным, так как правильный диагноз был установлен в 78,2% случаев. Ошибки имели место в тех случаях, когда вторая язва была стенозирующей, то есть располагалась за зоной стеноза и была недоступна осмотру или когда вторая язва располагалась рядом с первой, но была меньших размеров и, вероятно, «маскировалась» среди воспаленных складок слизистой желудка.

Сравнительный анализ рентгенологического и эндоскопического методов обследования показал их недостаточную точность в распознавании множественных язв желудка.

Таким образом, проведенное исследование показало, что частота множественных язв желудка невелика, составляя по данным амбулаторной эндоскопии 5,4, а по операционным данным - 10%. Это расхождение обусловлено недостаточной диагностической точностью эндоскопического метода обследования.

Ретроспективная оценка возможностей эндоскопической гастробиопсии в диагностике перерождения редких форм язв желудка с учетом изучения операционных находок показала невысокую результативность последней. Морфологическое исследование гастробиоптатов не дает гарантий в установлении истинного характера язв, поэтому оперативное вмешательство должно выполняться с учетом онкологической настороженности, а при необходимости с проведением гистологического экспресс-анализа.

Таблица 1.
Частота «атипичных» язв желудка и двенадцатиперстной кишки по данным операционных находок и совпадений эндоскопического диагноза.

Всего оперировано (1975-1998)	Частота операционных находок	Частота совпадений эндоскопического диагноза и операционных находок
1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (7090 человек из них: - "низкие"	755 - 10,6%	32%
- гигантские	347 - 4,9%	23,7%
2. Язвенная болезнь желудка (1409 человек из них :- гигантские	220 - 15,6%	82,1%
- множественные	101 - 7,2%	78,2%
- проксимальные	103 - 7,3%	55,9%
Всего оперировано: (8499 человек)	1526 - 17,9%	

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев И.И. О больших и гигантских изъязвлениях желудка. Клиническая медицина, 1981, 10, 60-62.
2. Будаев К.Д. Хирургическое лечение неудалемых дуodenальных язв: автореферат диссертации канд. мед. наук.Москва.1974.
3. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Корчак А.М. Язва кардиального отдела желудка.М.,1982,144с.
4. Волков Е.Ю. Перфорация гигантской язвы двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия.1992.-8.С.42-44.
5. Гоэр Я.В., Тутченко Н.И., Соломко Б.С., Бухалов А.В.,Дейнека С.В. Лечение осложненных гигантских язв двенадцатиперстной кишки. Клиническая хирургия.1989.8.-С.43-45.
6. Калиш Ю.И. Заболевания оперированного желудка. Автореф. доктор. дисс. М., 1984, 26с.
7. Капитаненко А.М. Особенности клинического течения и прогноза при язвенной болезни с различной локализацией язв в желудке.Военно-медицинский журнал, 1974, 8, 45-50.
8. Николаев Н.О., Старцев А.И., Гришин С.Г., Чек-мазов И.А. Особенности диагностики и хирургического лечения гигантских гастродуodenальных язв. Клиническая медицина. -1989. 9. С.74-78.
9. Павлов К.А., Стефаненко Ю.Ф. Фиброскопия в диагностике язвенной болезни желудка. 1 Всесоюзн.-съезд гастроэнтерологов. М., 1973, 194-195.
10. Рейнберг С.А.,Сальман М.М. О клинико-рентгенологических особенностях язвы самого привратника. Клиническая медицина, 1963, 4, 33-39.
11. Самсонов В.А.Язвенная болезнь (новые материалы к патоморфологии осложненных ее форм). Петрозаводск,1975,264с.
12. Соколов Ю.Н., Брук И.В., Лукина З.А. О клинико-рентгенологических особенностях язв желудка у пожилых людей. Вестник рентгенологии и радиологии,1971,5,26-35.
13. Johnson H.D. Gastric Ulcer: Classification, Blood Group Characteristics, Secretion Patterns and Pathogenesis.Ann.Surg.,1965,Vol.162,N6, P.996-1004.
14. Segal I, Solomon A, Sotomayer MCCG The Giant duodenal ulcers syndrome.S Afr Med J 1977 52 :724-7.

**А.В. Калегин,
Д.Д. Курбанов,
А.Б. Аракелянц**

**Комбинированное эндоскопическое
хирургическое стерилизации с искусственным
абортом.**

*Научно-исследовательский институт акушерства и
гинекологии Минздрава РУ (дир. д.м.н. Д.Д. Курбанов)*

Колегин А.В. ва бошқалар.

Сунний аборт билан күшилиб қилинадиган эндоскопик стерилизация.

Солишириш таҳлил ўтказилди мақолада: 43 аёlda қилингандык стерилизация стандарт усули билан ва 44 эса күшилиб сунний аборт билан. Бу күшилиб қилинадиган усул түгрисида куриб чикилган адабиётда - маълумотлар топилмади.

Маколада кўрсатилди: операцияни күшилиб қилувчи усулини кўллаш мумкин, чунки асоратлар проценти стандарт лапароскопик стерилизациядан баланд эмас. Ундан ташкари муаллифлар билан кўрсатилди күшилиб, қилувчи стерилизация ихтисод томонидан аёллар кун түғодиган жойларда ва тиббий муассасалар учун фойдали ва ишлатишга қўлай.

Незапланированная беременность, закончивающаяся абортом или нежеланными родами является фактором огромного риска для здоровья, который можно избежать при рациональном применении контрацептивных средств (1, 2). Однако эти средства не везде и не всегда рационально применяются по ряду причин. Рациональное предупреждение нежелательной беременности позволит существенно повлиять на показатели материнской и перинатальной смертности.

Хирургическая контрацепция, учитывая её высокую надежность и современную миниинвазивную методику выполнения могла бы стать основным методом контроля за беременностью у определенной категории женщин. Это женщины, которые с большой степенью вероятности не желают иметь детей или имеют противопоказания к другим методам контрацепции, а также тем женщинам, которым по состоянию здоровья противопоказана беременность.

Известно, что зарубежом метод хирургической стерилизации преобладает среди остальных способов контрацепции. Так, в США к 1990 году женщин подвергнувшихся различной методике перевязки и пересечения маточных труб стало больше, чем потребителей других отдельных способов контрацепции (3). Однако, в нашей стране как и в других странах СНГ, в связи с традиционным отношением к оперативному вмешательству как к очень сложной и рискованной процедуре, этот метод не нашел должного распространения. С 1997 года для повышения интереса и доступности её выполнения для пациентов, мы стали предлагать добровольную хирургическую стерилизацию (ДХС) женщинам, обратившихся в нашу клинику на производство искусственного аборта в 1 триместре беременности.

Целью нашего исследования стало проведение сравнительного анализ операции ДХС произведенной в лапароскопической методике одновременно с ис-

кусственным абортом с традиционной операцией лапароскопической стерилизации.

Материал и методы исследования

Операции и обследование производили женщинам, находящимся в акушено-гинекологическом комплексе №10 г. Ташкента. Всего за время обследования с 1997 по 1999 гг. сделано 87 операций ДХС у женщин в возрасте от 28 до 42 лет. У 44 из них стерилизация сочеталась с операцией искусственного аборта в сроках беременности от 5 до 10 недель. В комплекс предоперационного обследования включали традиционное серологическое исследование крови на RW, HbSAg, микроскопическое изучение ан. выделений из влагалища, определялись биохимические показатели.

Стерилизацию производили с использованием лапароскопа фирмы "Olympus" (Германия) с использованием 2 методик. Один из способов был метод интракорпоральной монополярной коагуляции и последующим пересечением маточных труб, который применялся у женщин с ожирением 11 степени и более. Другой метод - способ экстракорпорального лigation маточной труб по модифицированной нами методике N. A. von Waldenfels и C. Felixmuller-применился у женщин с нормальной конституцией и без значительной степени ожирения.

Операцию искусственного прерывания беременности производили по традиционной методике после или на последних этапах операции стерилизации. Обе процедуры выполнялись под спинальной или в/в анестезией калипсолом. В доступной литературе нами не было найдено сведений о проведении подобного вида комбинированных операций.

Результаты обследования

Длительность операции при изолированной ДХС колебалась от 8 до 22 минут (в среднем составила $16,2 \pm 4,3$ минут). Продолжительность операции при комбинированной операции ДХС с искусственным

абортом была от 12 до 24 минут (в среднем 18,0+4,4 мин.). Кровопотеря во время ДХС практически отсутствовала, при комбинированной стерилизации с искусственным абортом составляла от 40 мл до 150 мл и была обусловлена только производством операции искусственного аборта.

Таблица №1

Сравнительная характеристика операций ДХС произведенных с искусственным абортом и без него.

	ДХС с искусств. абортом	ДХС изолиров.
Продолжительность операции (мин.)	18,0+4,4	16,2+4,3
Кровопотеря (мл.)	89,0+34,8	10,6+23,9
Продолжительность пребывания в стационаре (час.)	17,8+6,4	16,6+6,4

Примечание: различия между группами статистически не достоверны.

Продолжительность госпитализации при изолированной и комбинированной стерилизации практически не отличалась и составляло от 9 часов до 25 часов. При производстве только ДХС время нахождения пациентов в стационаре в среднем составляло 16,6+6,4 часов. При комбинировании ДХС с искусственным абортом женщины находились в стационаре от 9 часов до 26 часов, что в среднем составляло 17,8+6,4 ($p>0,05$)

Из 87 случаев выполненных оперативных вмешательств только один осложнился гематометрой, по поводу чего было сделано повторное выскабливание полости матки. Во всех остальных случаях при наблюдении за женщинами после операций в течении 4 месяцев-2 лет осложнений и жалоб не отмечалось. Следует отметить, что послеоперационный период велся без назначения каких либо антибактериальный и уреторотонических средств.

Обсуждение

Отсутствие особого интереса и потребности у женщин в регионе с высокой рождаемостью к такому надежному способу контрацепции как хирургическая стерилизация в виде современной миниинвазивной техники, подтолкнуло нас к расширению показаний и условий к данному виду операции. Нами была апробирована и успешно применена комбинированная операция ДХС с одновременной операцией искусственного аборта. Это позволило повысить количество произведенных операций без увеличения процента осложнений как это описано при традиционном выполнении ДХС без прерывания беременности (3).

Следует отметить, что определенный контингент женщин поступающих на искусственный аборт в клинику, с энтузиазмом встречает предложение произве-

сти одновременно и лапароскопическую стерилизацию. Производству большего количества комбинированных вмешательств мешало отсутствие предварительной информированности женщин о возможности данной операции и отсутствие согласия мужа пациенток в момент поступления в клинику. Так как операция ДХС производиться нами в традиционной лапароскопической методике с незначительными изменениями касающихся только количества используемых троакаров во время операции, мы считаем, что эффективность производства операции очень высока. По данным литературы возможности наступления беременности на 1000 женщин после 5-10 лет после стерилизации составляет 1,2-8,3 случая (3). На данном этапе наблюдения мы не имели ни одного случая наступления беременности после произведенных нами операций ДХС.

Сравнительный анализ характеристик операций стерилизаций произведенных одновременно с искусственным абортом и без него показал, что продолжительность операций, время пребывания пациента в стационаре практически не отличается при двух видах операций. Экономический эффект очевиден как для пациентов, так и для клиники. Пациенты получают возможность за одно пребывание в стационаре быть подвергнутым двум операциям и сохранить ресурсы предназначенные для повторной госпитализации. В клинике появилась возможность проведения сочетанной операции, что дало возможность сократить затраты на лечение и увеличить количество пациентов.

Выводы

1. Операция хирургической стерилизации в лапароскопической модификации возможно сочетать с операцией искусственного аборта.

2. Операция ДХС в сочетании с искусственным прерыванием беременности не увеличивает число осложнений и продолжительность пребывания пациентов в стационаре по сравнению с ДХС без искусственного аборта.

3. Применение комбинированной операции ДХС одновременно с искусственным абортом позволяет значительно увеличить число женщин пользующихся таким надежным способом контрацепции и популяризовать такой надежный методом контрацепции как хирургическая стерилизация в регионе с высокой рождаемостью и где традиционные предубеждения препятствуют его распространению.

Литература

1. Сингх Э., Линдстром Р. // Узбекистон тиббиёт журнали. 1999; 1: 5-7.
2. Прилепская В. Н. // Акуш. и гин.- 1997.- №5.- С. 56-60.
3. Peterson H. B., Xia Z., Hughes J. M. et al. // Amer. Obstet. Gynec.- 1996; 174: 1161-70.

Ш.И. Каримов,
Н.Ф. Кротов,
З.Ф. Шоумаров,
З.И. Муртазаев,
А.Э. Расулов,
С.Э. Мамараджапов.

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСПИЧЕСКИХ
ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ
ПАТОЛОГИЯХ**

(Кафедра хирургических болезней с курсами
урологии и детской хирургии II-ТашГосМИ зав. каф. –
академик АН РУз, д.м.н., проф. Ш.И. Каримов)

Хотя диагностическая и лечебная торакоскопия используется в клинической практике почти с начала этого столетия, показания к ней длительные годы были довольно ограничены. Торакоскопия использовалась в основном с диагностической целью, а лечебные мероприятия ограничивались коагуляцией булл, симпатических ганглиев, рассечением спаек, санацией плевральной полости. Однако, в последнее десятилетие, благодаря созданию миниатюрной телевизионной аппаратуры и инструментария для выполнения эндоскопических операций, оцененных и широко реализованных в лапароскопии, оперативная торакоскопия переживает свое второе рождение. В настоящее время все больше и больше расширяются показания и ее применение [1,2,3].

В отделении торакальной хирургии II клиники Второго ТашГосМИ видеоторакоскопические операции стали выполняться с апреля 1995 года. Оперативные вмешательства выполняли с использованием видеоэндоскопического оборудования и инструментами фирм "Karl Storz" и "Auto Suture". Всего выполнено 192 видеоторакоскопических вмешательств у 182 больных, в возрасте от 15 до 74 лет. Среди них было 121 мужчин и 58 женщин. Показанием к операции у 98 больных был эхинококкоз легких (у 10 поэтапно с двух сторон), у 17 - спонтанный пневмоторакс, 23 - синдром Рейно, 10 - облитерирующий эндартериит, 3 - облитерирующий атеросклероз, 1 - гипергидроз, 6 - доброкачественные опухоли легкого, 1 - туберкулома, 2 - доброкачественные опухоли средостения, 3 - пептические язвы гастроэнтероанастомоза после резекции желудка, 6 - фиброгемоторакс, 3 - осумкованный гидроторакс, 2 - осткая эпитеция плевры, 6 - опухоли легкого и плевры, 1 - инородное тело средостения. Все оперативные вмешательства выполняли под эндотрахеальным обезболиванием. Предпоч-

тение отдавали раздельной интубации бронхов. Хотя следует отметить, что при буллезной эмфиземе легких, небольших объемных образованиях, однолегочная вентиляция не способствует поиску патологического очага, и вряд ли может быть рекомендована. Спадения легкого добивались введением в плевральную полость углекислого газа, поддерживая давление на уровне 6-7 мм рт. ст., либо методом "открытых троакаров". Вмешательства выполняли в положении больного на боку с поднятым на уровне сосков валиком, и максимально вытянутыми вперед руками, для свободных в любом направлении манипуляций эндоскопическими инструментами. При этом методика обкладывания пациента и набор инструментов в операционной должны позволять, в случае необходимости, немедленно выполнить торакотомию.

Операционная бригада состояла из хирурга и двух ассистентов. Хирург располагался спереди больного, монитор на противоположной стороне в головном конце под углом 45 градусов.

Оперативные вмешательства во всех наблюдениях завершались озвучиванием плевральной полости низкочастотным ультразвуком (установка УРСК - 7Н; частота колебаний - 26,6 кГц, амплитуда колебаний 30-60.) под слоем раствора антисептика. Плевральная полость дренировалась двумя дренажами, если осуществлялось вмешательство на легочной ткани, и одним в остальных наблюдениях. Для дренирования использовались точки введения троакаров. В послеоперационном периоде дренажи подключались к активной аспирации с небольшим разряжением. Удаление дренажей осуществляли на 2-3 сутки, при условии достижения герметичности плевральной полости, расправления легкого при рентгенологическом контроле, выделении менее 100 мл жидкости по дренажам за сутки.

Видеоторакоскопические оперативные вмешательства при эхинококкозе легких

К настоящему моменту выполнено 108 видеоторакоскопические эхинококкэктомии легкого у 98 пациентов (у 10 больных операция выполнена поэтапно с обеих сторон) в возрасте от 15 до 64 лет. Женщин было 50, мужчин – 48. Одностороннее поражение легкого эхинококком отмечено у 88 пациента, двухстороннее у - 10. Одиночные кисты выявлены в 70 наблюдениях, множественные кисты – в 18. Общее количество кист – 138. Кисты локализовались: справа – 73 (верхняя доля – 19, средняя доля – 10, нижняя доля – 44); слева – 65 (верхняя доля – 26, нижняя доля – 39). 101 киста была неосложненной, 36 кист осложнелись прорывом в бронхи и нагноением, 1 киста была с прорывом в плевральную полость. 46 кист были от 2 до 5 см, 68 кист от 6 до 10 см, 22 кисты от 11 до 15 см и больше 16 см.

При подборе больных к операции учитывали: размеры, число кист, характер поражения легочной ткани, наличие в анамнезе оперативных вмешательств на стороне поражения. Противопоказаниями к выполнению видеоторакоскопических эхинококкэктомий легкого считали:

- наличие множественных более 4 см в диаметре кист, расположенных в различных долях легкого;
- гигантские более 20 см в диаметре, сложной формы кисты;
- нагноившиеся эхинококковые кисты с выраженным перифокальным воспалением;
- рецидивные эхинококковые кисты, либо наличие в анамнезе, по другой причине, торакотомии на стороне поражения.

Все оперативные вмешательства выполняли двумя методами:

торакоскопическая эхинококкэктомия легкого – с использованием только троакарных доступов (4)

и видеоторакоскопическая эхинококкэктомия легкого – сочетание троакарных доступов с микроторакотомией длиной до 5 см (104).

Показанием к торакоскопической эхинококкэктомии легкого были: небольшие, до 4 см в диаметре, неосложненные, периферически расположенные кисты. По данной методике оперированы 4 пациента. Мужчин – 1, женщин – 3. Количество кист – 4. В послеоперационном периоде каких-либо осложнений не отмечено, дренажи из плевральной полости удалены через 2 суток после операции. Больные выписаны на 4-6 сутки после операции. Недостатками методики являются:

- невозможность пальпаторного, мануального обследования ткани легкого, с целью поиска небольших глубокорасположенных кист;
- сложности ликвидации остаточной эхинококковой полости, при наличии множественных бронхиальных свищей, что и являются показанием к переходу на “видеоассист” - вмешательство.

Показанием к видеоторакоскопической эхинококкэктомии легкого (сочетание троакарных доступов с

миниторакотомией) были:

- размеры кисты более 4 см в диаметре;
- центральное расположение эхинококковых кист;
- осложненные кисты (нагноившиеся кисты, прорвавшиеся в бронхиальное дерево, в плевральную полость).

По данной методике произведено 104 операций у 95 пациентов. Оставшиеся полости кисты (общее количество кист – 134) ликвидированы по Боброву в 76, по Вахидову в 35, по Пулатову в 1, по Дельбе в 12 и в 10 – осуществлено дренирование полости фиброзной оболочки отдельным дренажем с герметизацией. Каких-либо осложнений, как во время проведения вмешательства, так и в послеоперационном периоде не отмечено. Все больные выписаны из стационара на 4-6 сутки после проведения оперативного вмешательства. У 4 больных до 4 суток отмечалась невыраженная пневмоторакс по дренажам, прекратившаяся самостоятельно.

Видеоторакоскопические вмешательства при буллезной эмфиземе легкого, осложненной спонтанным пневмотораксом

Как правило, при спонтанном пневмотораксе занимаются лечением осложнения, а не устранением его причины, так как наличие самого спонтанного пневмоторакса это следствие болезни легких. Причина же пневмоторакса часто остается неизвестной. Метод видеоторакоскопии позволяет не только “заглянуть” в грудную полость, но и, установив причину пневмоторакса, устраниить патологию. Так у 17 больных поступивших в нашу клинику со спонтанным пневмотораксом, выполнена торакоскопия, причиной спонтанного пневмоторакса во всех наблюдениях явилась перфорация булл, локализовавшихся на верхушке легкого. У 4 больных в этой зоне отмечен локальный спаечный процесс. Поиск перфорированной буллы осуществляли путем наведения слабой струи жидкости на подозрительный участок легкого с одновременным его раздуванием. 12 больным произведена торакоскопическая частичная атипичная резекция легкого, в 3 наблюдениях булла перевязана наложением петли, в 2 – осуществлено ушивание булл. В 8 наблюдениях операции выполнены справа, в 9 – слева. Все больные – мужчины, в возрасте от 19 до 42 лет. При всех случаях герметичность наступила сразу же после операции, дренажи удалены к началу третьих суток. Больные выписаны из стационара на 4-5 сутки после операции. Средний послеоперационный койко-день составил 4,5 дней. Каких-либо осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечалось, рецидивов пневмоторакса не было.

Видеоторакоскопическая симпатэктомия

С января 1995 г. в клинике выполнено 37 торакоскопических грудных симпатэктомий у 37 больных (мужчин – 32, женщин – 1) в возрасте от 18 до 58 лет. Показанием к операции у подавляющего числа больных был синдром Рейно – 23, у 10 – облитерирующий эндартериит, в 3 – облитерирующий атеросклероз, у 1 – гипергидроз.

Оперативные вмешательства выполнялись через три троакара. В случае недостаточного поля зрения в VI межреберье по переднеподмышечной линии вводят дополнительно 10 мм троакар, используемый для зажима фиксирующего легочную ткань. Второй и третий симпатические узлы, обнажали после рассечения париетальной плевры с помощью эндоокрючка с электрокоагуляцией, затем ганглий иммобилизовали и иссекали. Возникшее при этом кровотечение легко останавливалось электрокоагуляцией. Операция была функционально эффективной у всех больных. Средняя длительность пребывания больных в стационаре после операции составила $4,3 \pm 1,6$.

У 1 больного, в связи с продолжающейся пневмотореей на 3 сутки, выполнена реторакоскопия, выявлен дефект легочной ткани и произведено его ушивание.

У 7 больных проведено торакоскопическое удаление периферически расположенных небольших до 2 см в диаметре опухолевидных образований (гамартондрома – 6, туберкулома – 1). Образования удалены путем вылущивания под электрокоагуляцией с восстановлением целестности легочной ткани и наложением эндохирургических швов. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено.

У 2 больных с доброкачественными опухолями переднего средостения (тимомы) произведено их видеоторакоскопическое удаление. У 1 больного произведено удаление инородного тела (пуля) переднего средостения, каких-либо осложнений при проведении вмешательства и в послеоперационном периоде не отмечено.

Все больные выписаны из стационара на 3 сутки после операции. Перспективным, на наш взгляд, является выполнение торакоскопической наддиафрагмальной стволовой ваготомии, выполненной нами у 3-х больных с пептической язвой гастроэнтероанастомоза, развившейся после неадекватно выполненной резекции желудка. Травма при ее выполнении несопоставима с таковой при ререзекции желудка. Операция выполнялась во всех случаях через 4 троакара введенных в VII межреберье по передне-, средне-, и заднеподмышечным линиям и в VI межреберье по среднеподмышечной линии слева. Каких-либо осложнений во время проведения оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде не отмечено. У всех больных сразу после операции отмечено купирование болевых проявлений. Язвы заэпителизовались в сро-

ки от 2-х до 4-х недель, однако небольшой клинический материал пока не позволяет нам судить об эффективности данного вмешательства.

Опыт проведения 192 видеоторакоскопических оперативных вмешательств позволяет высказаться о явном их преимуществе перед традиционными при целом ряде патологических состояний. Использование новых технологий, как правило, не удлиняет, а сокращает продолжительность оперативного вмешательства. Время проведения видеоторакоскопических вмешательств составило от 22 до 170 минут, в среднем 92 ± 14 мин. Кровопотеря во время операции составила от 20 до 100 мл, в среднем 56 ± 8 мл. Невыраженный болевой синдром отмечался лишь в первые 2-е суток и обычно прекращался после удаления дренажей. При этом ни в одном случае нам не понадобилось применять наркотические анальгетики в послеоперационном периоде. Больные активизировались сразу после выхода из наркоза, а после удаления дренажей у них не отмечалось каких-либо ограничений подвижности. Все больные выписаны из стационара на 3-6 сутки после оперативного вмешательства. Средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции 5 койко-дней. Как правило, больные приступали к обычной трудовой деятельности через 2 недели после операции.

Таким образом, исключение при видеоторакоскопических вмешательствах широкой торакотомии резко уменьшает травматичность оперативного вмешательства, способствуют снижению болевой реакции, ранней активизации больных в послеоперационном периоде и соответственно уменьшению осложнений как со стороны ран, так и связанных с гиподинамией, дает возможность резко сократить как длительность пребывания в стационаре, так и общие сроки нетрудоспособности, уменьшает расход медикаментов и операционного материала, позволяет добиться хорошего косметического эффекта. Однако выполнение торакоскопических оперативных вмешательств требует особой подготовки хирурга и использования специальной аппаратуры и инструментария.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Галлингер Ю.И., Русаков М.А., Гудовский Л.Ю. *Анналы НЦХ РАМН* 1997; 24-27.
2. Пландовский В.А., Шнитко С.Н., Анисомовец В.Н. *Хирургия* 1998; 11: 25-26.
3. Liu H.P., Chang C.H., Liu S. et al.. *J. Thorac and Cardiovasc. Surg.* 1994; vol. 108; № 5: 834-840.

Н.Ф. Кротов,
Х.Т. Нишанов,
В.Л. Ким,
Н.А. Абдуллаев,
И.А. Ким,
Ш.А. Ганиев,
О.А. Бабаханов,
У.Б. Беркинов.

**ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

(Кафедра хирургических болезней с курсами
урологии и детской хирургии II-ТашГосМИ зав. каф. -
академик АН РУз, д.м.н., проф. Ш.И. Каримов)

Одна из наиболее ярких страниц хирургии конца XX века - рождение эндоскопической хирургии. Хотя, лапароскопия имеет уже более чем столетнюю историю, лишь создание в последние десятилетия принципиально нового инструментария, видеооптических систем, позволило пересмотреть традиционные подходы к выполнению ряда оперативных вмешательств [3, 4].

Несомненное достоинство эндоскопической хирургии - малая травматичность. В связи с этим лапароскопическая хирургия получает все более широкое распространение и признание. На сегодняшний день предприняты успешные попытки лапароскопического выполнения практически всех видов оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Наибольшие успехи достигнуты в лечении желчнокаменной болезни и гинекологических заболеваний [1, 2, 4, 5].

Первая лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в клинике госпитальной хирургии II ТашГосМИ была произведена в декабре 1994 года.

За период с декабря 1994 по май 1999 годы различные лапароскопические вмешательства выполнены 1068 пациентам в возрасте от 8 до 84 лет, из них: холецистэктомия - 1011, аппендэктомия - 31, кистэктомия печени - 5, эхинококкэктомия печени - 7, эхинококкэктомия селезенки - 3, кистэктомия яичника - 3, рассечение спаек - 3, санация и дренирование гнойников брюшной полости - 5.

Наиболее частым лапароскопическим вмешательством являлась холецистэктомия, выполненная нами в 1011 наблюдениях. Следует отметить, что еще у 31 пациента нами предпринималась попытка выполнения ЛХЭ, однако в связи со сложностью топографо-анатомической ситуации, либо возникновением интраоперационных осложнений, пришлось перейти к открытой, традиционной холецистэктомии. Процент

конверсии составил - 2,97 %: при хроническом холецистите он составил - 2%, а при остром - 9,8%. Причиной перехода на лапаротомию у 10 пациентов послужил выраженный спаечный процесс в брюшной полости и подпеченочном пространстве, в связи, с чем возникли трудности нормального обзора манипуляций на желчном пузыре. В 12 во время вмешательства были выявлены грубые рубцовые и инфильтративно-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря и гепатодуodenальной связки, которые затрудняли выделение элементов шейки желчного пузыря, значительно увеличивали риск повреждения элементов гепатодуodenальной связки, соседних полых органов. Следует отметить, что в дальнейшем разработанная нами техника выполнения лапароскопической холецистэктомии, сочетающая элементы «от дна» и «от шейки», позволила в аналогичных ситуациях, в большинстве случаев, завершить вмешательство лапароскопическим путем. У 1 больной во время вмешательства был диагностирован синдром Мириззи, у 3 - пузырно-дуоденальный свищ, у 2 расширение холедоха и холедохолитиаз, недиагностированные до операции. Лишь у 3 пациентов причиной перехода к открытой холецистэктомии явилось возникновение интраоперационного осложнения: в 2 - повреждение холедоха, в 1 кровотечение из пузырной артерии.

Из 1011 больных, которым выполнена ЛХЭ, женщины составляли 917 (90,7 %), мужчины 94(9,3%). В возрасте до 19 лет были 8(0,8%) больных, от 20 до 44 лет - 465(46%), от 45 до 59 лет - 327(32,3%), от 60 до 75 лет - 200(19,8%), старше 75 - 11(1,1%). На основании клинической симптоматики, интраоперационных данных и результатов гистологического исследования удаленного желчного пузыря у 887 больных имелся хронический калькулезный холецистит,

включая водянку и хроническую эмпиему желчного пузыря, у 111 -острый холецистит, в том числе 30 в стадии стихания воспаления, у 4 - хронический бескаменный холецистит, у 9 - полипоз желчного пузыря.

Из 1011 больных в анамнезе 142 (14%) оперированы на органах брюшной полости, при чем 15 на верхнем этаже брюшной полости. У 30 больных имелась сопутствующая пупочная грыжа, у 3 - вентральная, коррекция которых проводилась одновременно с ЛХЭ. Кроме того, 5 больным проведены симультанные лапароскопические вмешательства: кистэктомия из печени - 2, кистэктомия из яичника - 3.

Среди сопутствующей соматической патологии превалировали заболевания сердечно-сосудистой системы, выявленные у 260 больных, заболевания органов дыхания имелись у 87, причем у 14 из них отмечались явления дыхательной недостаточности, у 26 - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у 16 сахарный диабет. 312 больных страдали ожирением, причем 57 - III-IV степени.

У 30 больных с острым холециститом, наличием сопутствующей патологии, первым этапом выполнялась чрескожная чреспеченочная холецистостомия. ЛХЭ производились им на 4-6 неделе после купирования воспалительного процесса. 50 пациентам, с подозрением на холедохолитиаз в предоперационном периоде выполнена РПХГ, патология выявлена в 42 наблюдениях, всем им выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

В 852 наблюдениях ЛХЭ выполнена без каких-либо технических трудностей. Среднее время производства ЛХЭ в этой группе составил 62 мин. В 190 случаях во время вмешательства отмечены трудности, как уже отмечалось выше в 31 случаях приведшее к переходу на открытое вмешательство. У остальных 159 пациентов обстоятельствами, приведшими к трудностям явились: острый деструктивный холецистит - 17, остаточные явления стихающего приступа острого холецистита - 30, склероатрофический желчный пузырь - 71, водянка желчного пузыря - 32, спаечный процесс брюшной полости - 6, анатомически сложные варианты строения внепеченочных желчных путей - 3. Средняя продолжительность оперативного вмешательства в этой группе составила 125 мин.

В 49(4,84%) наблюдениях нами отмечены различные осложнения, связанные с техническим выполнением оперативного вмешательства. При этом в 11(1,1%) они существенно повлияли на процесс лечения и дальнейшую судьбу больного, в 38(3,74%) существенного значения не имели.

Наиболее грозными из них были различные повреждения желчных путей - 7(0,7%), диагностированные интраоперационно лишь в 2 наблюдениях. В одном из них выявлено краевое ранение холедоха, произведено ушивание и дренирование по Пиковскому, в другом, обнаружено клипирование и почти полное иссечение холедоха, осуществлена гепатикостомия. Еще в 5 наблюдениях, в связи с активным

поступлением желчи, развитием клиники желчного перитонита, в раннем послеоперационном периоде произведена лапаротомия, в ходе которой у 3 больных обнаружено повреждение холедоха, произведено дренирование холедоха через область повреждения, еще у 2 желчеистечение из ходов Люшка, произведено ушивание и дренирование этой области. Кроме того, еще в 3 наблюдениях отмечено самостоятельное прекращение желчеистечения по дренажной трубке.

У 3 больных в связи с наличием пузирно-дуodenального свища, в момент разъединения спаек, произошло вскрытие просвета двенадцатиперстной кишки, потребовавшее конверсии.

В 6 случаях в раннем послеоперационном периоде отмечено кровотечение по дренажной трубке, остановленное в 5 - консервативным путем, а в 1 случае произведена лапаротомия по поводу продолжающегося кровотечения из области прокола в брюшную полость.

В послеоперационном периоде у 4 больных выполнена релапароскопия по поводу: гематомы в подпеченочной области - 1, биломы - 1, абсцесса в подпеченочной области - 1, в 1 случае патологического процесса не обнаружено. В 5 случаях отмечено нагноение области прокола, в 7 - инфильтрат.

В раннем послеоперационном периоде отмечены различные проявления сопутствующей патологии: у 15 пациентов отмечена стенокардия, у 2 - гипертонический криз, у 14 - гипертермия неясного генеза в течении 4-5 суток, бронхопневмония - у 1, обострение хронического бронхита - у 3, илеофеморальный венозный тромбоз - у 1, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода - у 1 больного, обострение хронического панкреатита - у 25, при этом у 1 больной выполнена лапаротомия по поводу развившегося панкреонекроза, у 1 больной послеоперационный период осложнился кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки, которое также потребовало лапаротомии. Кроме того, у 7 больных отмечены явления механической желтухи, связанные в 5 случаях с недиагностированным до операции холедохолитиазом, которым санация желчных путей произведена эндоскопически трансдуоденально. У 2 больных желтуха проявилась в отдаленном послеоперационном периоде, в сроки 4-5 месяцев, диагностирована стриктура гепатикохоледоха, связанная, на наш взгляд, с термическим повреждением холедоха, при чем, в одном из случаев нами выполнена гепатикоюностомия.

Летальный исход отмечен в 4(0,38%) случаях, двое из больных умерли из-за осложнений связанных с сопутствующей патологией (в 1 случае - кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени, во втором - тотальный панкреонекроз), еще двое - непосредственно от осложнений, связанных с техникой выполнения оперативного вмешательства (в 1 случае произошло повреждение стенки двенадцатиперстной кишки, приведшее, в дальнейшем, к перитониту, во 2 - недиагностированное желчеистечение из ходов Люшка, также приведшее к перитониту).

На сегодняшний день мы имеем опыт лапароскопических аппендэктомий у 31 больного, при этом острый простой аппендицит послужил причиной оперативного вмешательства в 3 случаях, острый флегмонозный – в 21 случае, острый гангренозный – в 2 случаях, хронический аппендицит – в 5. Для обработки культи червеобразного отростка в 22 случаях использовались клипсы, в 5 – эндопетля Роедера, в 4 – эндостеплер Ендо-Джи-А-30. Длительность оперативного вмешательства составила от 25 до 90 минут, в среднем 61 мин. Наш опыт показал, что при наличии навыков лапароскопического оперирования, аппендэктомия может быть выполнена за 25–35 минут. Осложнений во время выполнения оперативного вмешательства не наблюдалось. В послеоперационном периоде лишь у одного больного с острым гангренозным аппендицитом отмечено нагноение области прокола.

12 лапароскопических вмешательств произведено по поводу кист печени: в 5 наблюдениях киста была непаразитарной, из них 2 выполнены одновременно с холецистэктомией. В остальных 7 случаях произведена лапароскопическая эхинококкэктомия. Как правило, это были одиночные кисты расположенные субкапсулярно в III, IV, V, VI сегментах печени диаметром от 20 до 50 мм. В одном случае произведено удаление одновременно 4 эхинококковых кист, которые располагались в V, VI и частично в VII сегментах печени. Для борьбы с остаточной полостью производили иссечение оболочки кисты диатермокоагуляцией до печеночной ткани, а при сохраняющейся больших размеров полости, производили ее тампонирование сальником с подведением дренажной трубы. Средняя продолжительность операции составила 55 минут. Осложнений во время проведения оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде не наблюдалось. В дальнейшем, за время наблюдения рецидивов эхинококкоза не отмечено.

У 3 больных выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия из селезенки, при чем у 2 больных она явилась вторым этапом после видеоторакоскопической эхинококкэктомии из легкого. У 2 больных киста располагалась по передне-верхней поверхности, а у 1 – в области ворот. Кисты были одиночными и размер их составлял от 15 до 35 мм в диаметре. Оперативная тактика при этом была схожей с эхинококкэктомией из печени. Необходимо сказать, что еще в 1 случае нами была попытка выполнения лапароскопической эхинококкэктомии из селезенки, но из-за повреждения капсулы селезенки и начавшегося кро-

вотечения произведена спленэктомия открытым методом.

В 3 наблюдениях после частичного разрешения спаечной кишечной непроходимости выполнено лапароскопическое рассечение спаек, после которого явления непроходимости полностью разрешились. Интраоперационных осложнений не наблюдалось.

Таким образом анализ результатов лапароскопических вмешательств при различных патологиях органов брюшной полости показывает, что применение эндоскопической техники оперативного вмешательства позволяет значительно снизить операционную травму, резко сократить сроки стационарного пребывания больных и общей нетрудоспособности. Лапароскопические вмешательства выполнимы при целом ряде патологий органов брюшной полости. Преимущества лапароскопической холецистэктомии при хроническом холецистите не вызывают сомнений. В то же время при наличие определенных условий она может широко применяться и при остром холецистите. Недостатком ЛХЭ остается достаточно большое число интраоперационных осложнений. Совершенствование техники оперативного вмешательства, инструментария, мастерства хирургов несомненно будут способствовать устранению этого недостатка.

Преимущества лапароскопической аппендэктомии, хотя и менее явные, чем при ЛХЭ, также не вызывают сомнений, однако широкое внедрение ее в клиническую практику связано с организационными вопросами.

Перспективным, на наш взгляд, является разработка и внедрение в клиническую практику лапароскопических вмешательств при эхинококкозе органов брюшной полости, в первую очередь, печени. Однако многие вопросы этого направления нуждаются в углубленной разработке.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Галингер Ю.И., Карпенко В.И. Эндоскопическая хирургия 1996; 1: 3-6.
2. Кубышкин В.А., Стрекаловский В.П., Вуколов А.В. Хирургия 1997; 1: 65-68.
3. Мумладзе Р.Б., Васильев И.Т., Розиков Ю.Ш., Сотников А.В., Пужик А.М. Анналы хирургии 1998; 2 : 69-73.
4. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. М 1998.
5. Шорох Г.П., Завада Н.В. Эндоскопическая хирургия 1997; 2: 15-19.

Кротов Н.Ф.,
Ганиев Ш.А.,
Косимов Д.А.,
Арутсамова М.Н.

**Сравнительная оценка традиционной и
лапароскопической холецистэктомии при остром
обтурационном калькулезном холецистите.**
Кафедра госпитальной и факультетской
хирургии II – ТашГосМИ
заведующий кафедрой академик
АН РУз Каримов Ш.И.

Преимущества лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) перед традиционной при хроническом холецистите, на сегодняшний день ни у кого не вызывает сомнений. Положительные аспекты ЛХЭ, такие как малотравматичность оперативного вмешательства, быстрая реабилитация, снижение числа послеоперационных осложнений, косметический эффект вызывают большой интерес у хирургов в плане возможности её применения и при остром холецистите. Если на первых этапах внедрения ЛХЭ в клиническую практику острый холецистит был противопоказанием к её применению, то в последние годы появляется все большее число сообщений об успешном применении ЛХЭ и в этой ситуации [1;2;4].

Однако, особенности морфологических изменений при остром холецистите, связанные с инфильтративно-воспалительным процессом в области шейки желчного пузыря, затрудняют идентификацию его структур, способствуют при стандартной технике выполнения ЛХЭ увеличению числа интраоперационных осложнений, в первую очередь, таких как повреждение холедоха, кровотечения, в связи с чем отмечается достаточно большое число переходов на открытую вмешательство. Процент конверсии составляет от 25 % и более [3]. Значительным остается и число послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений. Все это требует поиска ответов на целый ряд вопросов таких как, показания и противопоказания к ЛХЭ при остром холецистите, оптимальные сроки её выполнения, совершенствование техники выполнения ЛХЭ, способствующее снижению числа интраоперационных осложнений и переходов на открытую вмешательства, профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

Подвергнуты анализу результаты обследования и лечения 106 больных с острым обтурационным калькулезным холециститом (ООХ), находившихся на лечении в экстренном хирургическом отделении клиники II-ТашГосМИ за период с 1993 по 1999 год. Все больные были разделены на две группы: I – контрольную группу составили 50 больных, которым

была проведена традиционная холецистэктомия (ТХЭ) и II – основную группу – 56 больных, которым выполнена ЛХЭ. Обе группы больных в половом и возрастном аспекте были практически одинаковые (I группа: 20-44 лет – 6; 45-59 лет – 23; 60-75 лет – 19; выше 75 лет – 7; мужчин – 13; и женщин – 37; и II группа: 20-44 лет – 22; 45-59 лет – 25; 60-75 лет – 7; выше 75 лет – 2; мужчин – 19; и женщин – 37). Больным при поступлении проведена общепринятая программа лабораторно – инструментальных методов обследования, включающая общий анализ крови, мочи, биохимию крови, коагулограмму, рентгеноскопия грудной клетки, ЭКГ и УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы.

Ультразвуковые исследования выполнены на аппарате "Inter SKAN - 250" Норман (Голландия) с последовательным использованием конвексных датчиков 3,5 МГц и 5 МГц и с режимом масштабного увеличения "зоны интереса".

При УЗИ особое внимание обращали наследующие параметры:

- Утолщение, удвоение контура и другие изменения стенки желчного пузыря.
- Увеличение размеров желчного пузыря.
- Признаки острых перивезикальных изменений (в печени и окружающей тканях).
- Содержимое желчного пузыря.
- Эхографическая динамика острых изменений желчного пузыря и окружающих тканях.

При лечении больных контрольной группы использовалось традиционная активно-выжидательная тактика.

При поступлении больных в стационар проводилась консервативная терапия, включающая антибиотики (пенициллин, гентамицин и др.), спазмолитики, глюкозоновокайновая смесь, солевые растворы, анальгетики (анальгин, барабалгин и др.) и препараты, направленные на коррекцию сопутствующих заболеваний. При определении показаний к операции обращали внимание на длительность приступа, клиничес-

кую картину, данные УЗИ, лейкоцитоз, температурную реакцию. Показаниями к традиционной холецистэктомии были ООКХ, осложненный перитонитом, неэффективная консервативная лечения, нарастание клинических проявлений заболевания (нарастание лейкоцитоза, гипертермии, признаки деструкции стенок желчного пузыря при ультразвуковом исследовании). Достоверность ультразвуковых исследований составило 96%.

После ТХЭ выявлено катаральный холецистит – у 2; флегмонозный холецистит – у 20; гангренозный холецистит у 28 больных.

Активно-выжидательная тактика привела к увеличению количества деструктивных форм холецистита. Это было связано с давностью заболевания. Большое количество деструктивных форм острого холецистита было в прямой зависимости от давности приступа, так при остром катаральном калькулезном холецистите составил 0,7 суток; при флегмонозном – 5,9 суток а при гангренозном 6,3 суток. Результаты традиционных оперативных вмешательств были следующие: интраоперационных осложнений не наблюдалось; длительность операции составила $140,3 \pm 12,3$ минут, средний койко-день $18,52 \pm 3,19$ дней. В послеоперационном периоде у 24 % (12) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны, желчный свищ и дуоденальный свищ у 6 % (3) больных, которые закрылись самостоятельно. Желудочно-кишечное кровотечение (острые язвы желудка) наблюдалось у одного больного (2 %), которое было остановлено консервативным мероприятиями, послеоперационная пневмония – двух больных (4 %); у одного больного наблюдался желчный перитонит. Причина перитонита – несостоительность культуры пузирного протока. Больная была повторно оперирована, в послеоперационном периоде развилась полиорганская недостаточность, случай закончился летальным исходом.

Проведен тщательный анализ историй болезней этих больных: 42 % больных были в возрасте старше 60 лет, имелось наличие практически у всех тех или иных сопутствующих заболеваний (артериальная гипертензия, ИБС, хронический бронхит, сахарный диабет). Проведение консервативной комплексной терапии приводило к стиханию проявлений заболевания, и, в первую очередь, болевого симптома, что в значительном мере оказывало влияние на выбор дальнейшей тактики в пользу выжидательной. Повышенное внутрипузырное давление, нарушение микроциркуляции, присоединение микробного фактора приводили к развитию деструкции степени желчного пузыря. Анализ гистологических исследований показал, что гангренозно измененный пузырь отмечен у 56 % пациентов, флегмонозный – 40 % и катаральный у 4 %

Внедрение в клиническую практику эндоскопической хирургии побудило нас использовать ЛХЭ не только при хроническом калькулезном холецистите, но и при ООКХ. Первый опыт ЛХЭ при ООКХ показал, что проведение операции в техническом аспек-

те вполне осуществима, но для успешного его выполнения необходимо четкая и ясная визуализация основных трубчатых структур (пузырный проток, пузырная артерия, холедох), что возможно только в первые сутки от начала приступа, когда степень воспалительно-инфилтративного процесса в области шейки желчного пузыря минимальная. Во II группе больных мы придерживались активной тактики лечения больных с ООКХ, которая состоит из двух основных частей: 1) диагностические мероприятия (общеклинические анализы УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, ЭГДФС, ЭКГ, консультация терапевта, анестезиолога, рентгеноскопия грудной клетки); 2) консервативная терапия (антибиотики, программа, спазмолитики, анальгетики) проводится в первые 6 – 12 часов после поступления и при его неэффективности показана срочная ЛХЭ. При небольших сроках от начала приступа (до трех суток), отсутствии гипербилирубинемии и анамнестической желтухи, дилатированном желчном пузыре с конкрементом в шейки, с утолщенными инфильтрированными стенками до 10 мм, холедох до 8 мм, с однородным гомогенным содержимым, поджелудочной железы, без острых воспалительных изменений и нормальным диаметре Вирсунгового протока проведение ЛХЭ была показанным. Противопоказанием к ЛХЭ при ООКХ были следующие:

1. наличие в анамнезе или при поступлении гипербилирубинемии
2. наличие в правом подреберье плотного большого инфильтрата
3. при УЗИ расширение холедоха более 8 мм и наличия в нем различных включений
4. наличие воспалительных изменений со стороны поджелудочной железы
5. наличие выпота в окружающей клетчатки
6. длительный (более 3 суток) приступ ООКХ, некупированный медикаментозными средствами.

При наличии вышеуказанных признаков больным проводились или чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия или традиционная операция.

При поступлении больных с острым холециститом при наличии выше указанных параметров 56 больных были оперированы эндоскопическим путем. Особенностью ЛХЭ при ООКХ является больших размеров желчный пузырь с утолщенными инфильтрированными стенками, в связи с этим нами проводилась пункция полости желчного пузыря и ее санация растворами антисептиков. Для предупреждения инфицирования брюшной полости и профилактики послеоперационных осложнений проводили санацию полости желчного пузыря 0,4 % водно-электролизным раствором гипохлорита натрия. Санацию брюшной полости во время операции проводили озонированным физиологическим раствором. После опорожнения пузыря проводилось выделение элементов шейки: пузырного протока и артерии, их клиппирование и отсечение. В начальных этапах работы в 10,7 % (6 больных) случаях из-за невозможности дальнейшего

продолжения операции эндоскопическим путем был осуществлен переход на “открытую” операцию. В 28,6 % (16 больных) случаях из-за выраженного воспалительно-инфилтративного процесса в области шейки желчного пузыря больные были оперированы по оригинальной методике, предложенной нашей клиникой (патент Республики Узбекистан № 6 А В 61 17/00). Техника операции заключалась в следующем: После освобождения пузыря от окружающих тканей, выявления выраженных воспалительно-инфилтративных изменений в области шейки, на 1,5 - 2 см выше ее на передней стенке в поперечном направлении крючком перфорировали стенку желчного пузыря. В отверстие вводили наконечник аквапуратора, с потоком жидкости аспирировали песок и мелкие камни [рис. 1]. Отверстие в пузыре в поперечном направлении эндокрючком под электроагуляцией расширяли до 1,5 - 2 см. Дно пузыря, захваченное зажимом, оставляли запрокинутым под диафрагму и вправо, а вторым зажимом фиксировали проксимальный край рассеченной стенки желчного пузыря. В брюшную полость вводили контейнер, в который перемещали элементы из полости желчного пузыря. Контейнер временно помещали в правой половине брюшной полости. В области печеночно - пузырного перехода с обеих сторон в продольном направлении, Т - образно, по отношению к разрезу в стенке тела желчного пузыря, производили рассечение эндокрючком серозной оболочки пузыря на протяжении 2 - 3 см. Подтягивая зажимом, захваченным за проксимальный край рассеченного участка пузыря, диссектором отделяли заднюю стенку пузыря от ложа, создавая как бы туннель. После чего под коагуляцией осуществляли циркулярное пересечение стенки тела пузыря. При этом происходит пересечение либо ствола, либо ветвей пузырной артерии, что при недостаточной коагуляции может давать значительное кровотечение, останавливаемое дополнительной коагуляцией. В дальнейшем дистальная половина желчного пузыря, захваченная зажимом используется для отведения печени, создания условий для проведения операции.

Зажим на проксимальной части, переносился с передней на заднюю стенку. Диссектором производилось выделение проксимальной части пузыря по направлению к шейке. Препаровка элементов шейки желчного пузыря осуществлялась сзади, что обычно не вызывало каких-либо трудностей. Первым этапом выделялась, клипировалась, пересекалась пузырная артерия. Далее проксимальная часть пузыря представляла из себя воронку, основанием которой являлся пузырный проток, легко дифференцируемый как снаружи, так и изнутри пузыря. Окружающие пузырный проток ткани тупым путем смешались по направлению к холедоху. На пузырный проток накладывались две клипсы, он пересекался и проксимальная часть пузыря удалялась.

Дистальная половина пузыря отделялась от ложа традиционным путем. Производилось тщательная санация подпеченочного, поддиафрагмального про-

странств и остальных отделов брюшной полости озонированными растворами. Под печеночное пространство дренировалось двухпросветной, не присасывающейся силиконовой трубкой. Троакары удалялись из брюшной полости с обязательным контролем на возможное кровотечение из участков их введения, устранился пневмoperitoneум.

Предложенная активная тактика позволило значительно уменьшить число деструктивных форм холецистита (16 гангренозных холециститов при ЛХЭ, против 28 при ТХЭ). Средняя длительность операции составила 82 ± 18 мин. (при ТХЭ – $140,3 \pm 12,3$ мин.) в трех случаях (6 %) отмечена кровоточивость ложи желчного пузыря, которые были остановлены путем электроагуляцией. Интенсивная терапия проводилась только первые сутки (при ТХЭ 2-3 сут.) лекарственная терапия 3 – 4 дня (при ТХЭ 9 – 15 дней). Средний койко-день составил $5,37 \pm 1,51$ (при ТХЭ $18,52 \pm 3,19$ дней). Послеоперационных осложнений и летальности не наблюдалось.

Проводимая консервативная терапия, пожилой возраст больных, снижение защитных сил организма, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний способствовали более скрытому, малосимптомному и, в то же время, более тяжелому течению заболевания, таких характерных признаков как гипертермия, лейкоцитоз, нарастание клинической картины не отмечалось. Все вышеуказанные факторы настраивали нас к максимально выжидательной тактике, а на фоне проводимой терапии состояние больных несколько улучшалось, но чаще всего это было “мнимым” улучшением, а гнойно-воспалительный процесс прогрессировал. И, в конце концов приходилось брать больного на операцию, но уже с наличием деструктивного процесса в желчном пузыре.

Активная тактика лечения больных с ООКХ выявила несколько важных аспектов. Морфологические изменения, происходящие в стенке желчного пузыря, значительно опережают клиническую картину заболевания. При традиционной тактике лечения больных значительно увеличилось число деструктивных форм холецистита, что значительно утяжеляло состояние больных и осложняло проведение операции, что привело более тяжелому течению послеоперационного периода (34 % общих и местных осложнений и 2 % летальности). Кроме этого удлинялось нахождение больного в стационаре, проводилась массивная медикаментозная коррекция гомеостаза. Использование ЛХЭ при лечении ООКХ выявило несколько позитивных моментов, во-первых, сократило время и травматичность операции, что позволило выписывать больных домой в удовлетворительном состоянии на 5 – 6 день после операции, быстрая реабилитация больных, косметический эффект операции; во-вторых, значительно уменьшилось количество послеоперационных осложнений.

Динамическое УЗИ исследование желчного пузыря позволило выявить развитие воспалительного процесса. В большинства случаев в течении 6-12 часов

менялось эхографическая картина: прогрессирование воспаления, появление деструктивных изменений в желчном пузыре говорили об ООКХ, что было показанием к срочной операции. Особо следует отметить противопоказания к ЛХЭ при ООКХ:

1. Патология холедоха (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит) ;
2. Ранее перенесение операции на верхнем этаже брюшной полости;
3. Длительный (более 3-х суток) приступ острого холецистита;
4. Наличие перитонита;
5. Ультразвуковые признаки (расширения холедоха более 8-10 мм, наличие включений в нем, увеличенная разнородная головка поджелудочной железы, наличие выпота в околопузырной клетчатки);
6. Декомпенсированные формы легочно-сердечной недостаточности.

Выводы:

Таким образом, внедрение эндоскопической хирургии при лечении ООКХ, активная лечебная тактика позволило достичь определенных успехов. Необходимо обратить внимание, что ЛХЭ при ООКХ имеет сложности, которые могут преодолеть только опера-

ционные бригады, имеющий большой опыт совместной работы в эндоскопической хирургии. Применение оригинальной методики ЛХЭ позволило предупредить развитие тяжелых интраоперационных осложнений и завершить операцию эндоскопическим путем. Дальнейшие успехи в лечении желчно каменной болезни требуют более углубленного исследования не только методов лапароскопической хирургии, но и других малоинвазивных методов.

Литература:

1. Fontes PR; Nectoux M; Eilers RJ; and oth. Is acute cholecystitis a contraindication for laparoscopic cholecystectomy? Int Surg 1998 Jan-Mar;83(1):28-30.
2. Hamour OA; Kashgari RH; al-Harbi MA. Minimal invasive surgery: a district hospital experience. : East Afr Med J 1998 May;75(5):274-8.
3. Lucidarme D; Corman N; Courtade A; and oth. Resultats de la cholecystectomie coelioscopique pour cholecystite aigue chez le sujet age. J Chir (Paris) 1997 Dec;134(7-8):291-5.
4. Ransom KJ : Laparoscopic management of acute cholecystitis with subtotal cholecystectomy. Am Surg 1998 Oct;64(10):955-7.

*К.М. Мадартов,
А.Д.Дустбаев,
Р.Р. Рамазанов*

**ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ
И ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ**
*Областная больница №1, Термезский филиал
Государственного Научного Центра экстренной
медицинской помощи.*

Среди хирургов есть утвердившееся мнение о выборе оперативной тактики при желчнокаменной болезни. Но ее оперативно-технические детали поэтапно усовершенствовались, начиная с глубокой древности. Так, в 1881 г. W. Halsted (цитр. Ю.М. Дедерер с соавт; 1983) ночью провел холецистотомию своей матери, а в 1882 г. C. Langenbush (цитр. Розина Д. 1998) в Берлине осуществил первую холецистэктомию.

Если правильное удаление патологического очага в желчном пузыре или его протоке избавляет больного от страданий, то отсутствие у хирургов достаточных знаний анатомических разновидностей гепатобилиарных зон приводит к новым, более опасным осложнениям. Был прав С.П. Федоров, (1934) когда сказал, что ни в одной области не приходится хирургу иногда бывать в таком затруднительном положении, как при операциях на желчных путях, и нигде нельзя так повредить больному малейшей ошибкой, допущенной при операции.

Несмотря на то, что прошло уже более 100 лет со дня демонстрации первой традиционной холецистэктомии, только в конце XX столетия /Лион, Франция/ в 1987 г. Philippe Mouret (цитр. Розина Д. 1998) впервые продемонстрировал лапароскопическую холецистэктомию.

С ноября 1988 г. до декабря 1989 г. J. Perissat et al (1990) произвели свои первые 100 лапароскопических холецистэктомий и далее ими J. Perissat et al (1991) опубликовано 777 описаний последовательных лапароскопических холецистэктомий.

Развитие малоинвазивной холецистэктомии, ее эффективность, малотравматичность, ценность светового видеооптического изображения органов, отсутствие послеоперационных рубцевых изменений тела человека доказало несомненное преимущество данной операции.

До 1990 г. научных сообщений хирургов, посвященных видеолапароскопической холецистэктомии, было не так много.

В конце XX века с развитием малоинвазивных лапароскопических методов лечения удельный вес лапароскопических холецистэктомий резко возрос.

Начиная с 1991 г. Галлингер Ю.И. и соавт. /1996/ сообщали о 1505 оперированных методом лапароскопической холецистэктомии, далее эти цифры Галлингер Ю.И. /1998/ возросли до 1965 оперированных. По данным Гришина И.Н. и соавт./1996/ произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита у 519 больных, а по возросшим сообщениям Галлингера Ю.И. и соавт. /1999/ уже произведено 2200 лапароскопических холецистэктомий.

Алиев М.А. и соавт. /1999/ приводит пример успешно выполненных 2970 лапароскопических холецистэктомий, среди которых только у 21 /0,7%/ больных возникли билиарные осложнения.

Результаты последних работ исследователей доказывают, что при калькулезном холецистите несомненно следует решать вопрос перспективы хирургической тактики в пользу видеолапароскопической холецистэктомии.

Начиная с 1996 г. на базе областной больницы №1 и Термезского филиала Государственного Научного Центра экстренной медицинской помощи г. Термеза Сурхандарьинской области нами накоплен материал о выполненных малоинвазивным, видеолапароскопическим методом 1652 операций. Исходя из своих трудностей и возникающих опасностей при выполнении лапароскопических операций нами критически оценены их результаты.

Из числа выполненных 1652 видеолапароскопических операций, удельный вес лапароскопических холецистэктомий составляет 527 (31,9%) больных. Анализ самой лапароскопической холецистэктомии выглядит следующим образом: по поводу хронического холецистита прооперировано 475 (90,1%), по поводу острого холецистита 52 (9,9%)

Следует отметить, что из числа прооперированных по поводу острого калькулезного холецистита у 8 (15,4%) обнаружена перitoneальная жидкость в брюшной полости, у 4 (7,7%) больных обнаружено незначительное количество серозной жидкости в сальниковой сумке, у 1 (1,9%) больного при ревизии обнаружена киста поджелудочной железы.

Возраст у оперированных больных составляет от 17 до 80 лет. Причем женщины составляют 513 (97,3%), а мужчины 14 (2,7%).

Всем больным в дооперационном периоде по возможности были произведены клинико-биохимические анализы крови, УЗД, инфузионная холецистохолангография, гастродуоденофиброскопия и др. анализы, исключая срочно оперированных больных.

Лапароскопическая холецистэктомия проводится под общим эндотрохеальным наркозом, с помощью незначительного параумбиликального разреза около пупка применяется прокол в просвет брюшной полости иглой Вереша (Verres) и так создается пневмо-перитонеум углекислым газом. Таким образом во время операции внутрибрюшное давление поддерживается на уровне 12-14 мм. рт. ст.

Лапароскопическая холецистэктомия проводилась с помощью четырех троакаров, а при ревизии сальниковой сумки или поджелудочной железы вводится дополнительный троакар ниже реберной дуги слева.

Однако в 21 (3,9%) пришлось заканчивать лапароскопическую холецистэктомию открытым лапаротомным методом. Причины заставляющие проводить открытый метод операции, были в том, что имелись грубые рубцовые сращивания, инфильтраты гепатобилиарной зоны, неопределенности анатомических разновидностей между желчным пузырем и холедохами, невозможность остановки кровотечений из ложи, пузирной артерии, серповидной связки печени, подозрения на рак желчного пузыря, гнойно- некротические изменения поджелудочной железы и др.

Как показывает практика, независимо от степени воспаленности гепатобиллярных зон у многократно страдавших очередными приступами желчнокаменной болезни, часто встречаются сращения между желчным пузырем и окружающими его органами, что и выявлено у 229 (43,5%) оперированных лапароскопических холецистэктомий.

Желчный пузырь обычно удален из брюшной полости через параумбиликальную рану у 502 (95,3%) больных, из них расширен выход рассечением апоневроза у 252 (47,8%) больных, а у 27(5,1%) больных желчный пузырь удален с помощью специального целлофанового контейнера после инструментального дробления больших камней.

Были и другие осложнения во время операции, которые удалось ликвидировать с помощью лапароскопического метода воздействия: у 226 больных (42,9%) пришлось дополнительно коагулировать ложе удаленного пузыря и случайные повреждения здоровой части печеночной ткани; у 5 (0,9%) больных лапароскопическими инструментами были остановлены кровотечения из желудочно-ободочной связки.

Среди оперированных больных у 63 (11,9%) было диагностировано ожирение II-III степени, что в свою очередь потребовало к себе внимания как во время операции, в условиях напряженного пневмоперитонеума, так и в послеоперационный период, на этапах восстановления нормальной деятельности сердечно -сосудистой и дыхательной систем.

Еще одна группа осложнений непосредственно относится к числу послеоперационных неудач. У 15 (2,9%) больных появилось воспаление послеоперационной раны в местах введения троакаров, а у 3 (0,6%) больных появлялись на 2-3 сутки незначительные желчные выделения из ложа пузыря, но затем прекращались самостоятельно.

Из числа 52 оперированных по поводу острого холецистита с поздним поступлением в стационар / более 48 часов с начала приступа/ у 8 (15,4%) больных были обнаружены перитонеальные жидкости в боковых каналах, а у 2 (3,9%) -в малом тазу и боковых каналах. Всем 8 больным после дополнительного введения троакара в брюшную полость на уровне левого подреберья, была сделана ревизия сальниковой сумки и поверхности поджелудочной железы вскрытием желудочно - ободочной связки. У 4 больных было обнаружено небольшое количество серозной жидкости на сальниковой сумке , поверхность поджелудоч-

ной железы была несколько инфильтрирована, ее размеры не увеличены. Этим 4 больным было произведено дренирование сальниковой сумки, закрытие желудочно - ободочной связки методом коагуляции и клипированием. Всем больным, у кого обнаружена перитонеальная жидкость, оставлены дренажные трубы в боковых каналах и малом тазу.

У одного больного после лапароскопического удаления острого калькулезного холецистита при ревизии сальниковой сумки и поджелудочной железы, после рассечения желудочно - ободочной связки, обнаружены кистозные образования на уровне поджелудочной железы вблизи головки, размером с грецкий орех. При инструментальной пальпации - мягкая консистенция. В результате пунктирования выделилось около 40 гр. прозрачной жидкости. Опустошившаяся полость поджелудочной железы дренирована специальным дренажом.

В сальниковую сумку и боковые каналы были вставлены дренажные трубы. Желудочно - ободочная связка по возможности восстановлена методом сварки и клипированием. Все дренажные трубы выведены наружу.

Через 3-4 дня из дренажных труб, расположенных в сальниковой сумке и боковых каналах, выделения прекратились. Из дренажа, оставленного в полости поджелудочной железы, выделения уменьшались день за днем, и наконец, начиная с 10-го дня выделения вообще прекратились. Только на 13 день после операции трубы были удалены. Больной был выпущен домой на 18 день после операции в удовлетворительном состоянии.

Осмотр больного через 2 месяца показал- больной чувствует себя удовлетворительно. При анализе УЗД вокруг общего желчного протока и поджелудочной железы патологических процессов не обнаружено.

У больного через год после операции, как следствие послеоперационного воспалительного процесса, образовалась послеоперационная центральная грыжа в параумбиликальной области, которая ликвидирована оперативным методом.

У оперированных лапароскопических холецистэктомией больных мы летальных исходов не наблюдали. В послеоперационном периоде были у двух больных повторные лапароскопические ревизии. У одного из них через день началось медленно зияющее кровотечение из ложи. Причиной явился начинающийся цирроз печени, установленный во время операции. Второй больной через месяц после операции обратился по поводу высокой температуры и соответствующих симптомов. После обследования установлен диагноз - абсцесс поддиафрагмального пространства. В тот же день с помощью лапароскопа гнойное содержание было откачено, и дренирована полость. У больного температура больше не повышалась, и он был выпущен в удовлетворительном состоянии.

У 2-х больных отмечались некоторые признаки острого панкреатита, а у 3-х признаки почечной коли-

ки, которые после консервативного лечения были купированы.

ВЫВОДЫ:

I. В арсенале заболеваний желчного пузыря с развитием малоинвазивных видеолапароскопических методов операций по своей малотравматичности бесспорно лидирует лапароскопическая холецистэктомия.

II. Величина желчных камней и их количество не может стать противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии.

III. В лечении острого калькулезного холецистита методом лапароскопической холецистэктомии у 8

(15,4%) пациентов обнаружена перитонеальная жидкость /в боковых каналах, малом тазу, сальниковой сумке и др./. Следовательно, оставлены дренажные трубки.

IV. Лапароскопическая холецистэктомия относится к числу ювелирных операций, однако переход к открытой традиционной лапаротомии составляет 21 (3,9%); послеоперационные осложнения 18 (3,4%);

V. Ожирение II-III степени требует к себе особой коррекции, как во время операции в условиях напряженного пневмоперитониума так и после операционного периода.

Г. О. Маматкулов,

А. Т. Султанов,

С. А. Сотвоздиев.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ферганский филиал Республиканского научного

центра экстренной медицины

(дир.-д.м.н. Ф.Ю.Юлдашев)

Наиболее актуальной и одной из сложных проблем клинической медицины остается диагностика и лечение острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. Диагностические трудности связаны в основном с поздним поступлением больных, особенно пожилого и старческого возраста, атипичной картиной заболевания, наличием тяжелой сопутствующей патологии. Ошибки в диагностике и затруднения в выборе оптимального метода лечения диктуют необходимость применения у данных больных неотложную лапароскопию.

За период с апреля 1998 по май 1999 года лапароскопические вмешательства выполнены нами 250 пациентам в возрасте от 17 до 80 лет.. Мужчин среди обследованных было 107, женщин-143.

К экстренной лапароскопии прибегали с целью уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики между заболеваниями, протекающими с аналогичными признаками, для определения характера изменений в органах брюшной полости и установления их жизнеспособности.

При закрытых травмах живота экстренную лапароскопию производили для диагностики повреждений органов брюшной полости и их дифференциальной диагностики с забрюшинными гемотомами.

Из общего числа, экстренные лапароскопические манипуляции выполнены у 35 больных. При этом выявлены следующие острые хирургические заболевания органов брюшной полости: деструктивный холецистит - у 18, острый аппендицит - у 4, панкреатит-у 3, пельвиоперитонит - у 2, перекрут кисты яичника - у 2.

Кроме того у 3 больных с тупой травмой живота во время экстренной лапароскопии обнаружен гемoperitoneum, у 2 разрыв паренхиматозного органа, у 1 забрюшинная гематома.

30 больных были подвергнуты экстренному хи-

рургическому вмешательству: из них у 13 больных оперативное вмешательство выполнено лапароскопическим способом экстренная лапароскопическая холецистэктомия – 8, лапароскопическая кистэктомия - 1, лапароскопическая киставариоэктомия – 1, лапароскопическая санация и дренирование малого таза – 2, лапароскопическая катетеризация круглой связки печени – 3. Лапароскопический диагноз оказался верным у всех пациентов (100%).

Лечебный компонент экстренной лапароскопии включал катетеризацию круглой связки печени, подведение дренажа под контролем лапароскопа к винслову отверстию или в отлогое место брюшной полости, а также микроирригатора для введения антибиотиков, новокаина, ингибиторов ферментов поджелудочной железы, антикоагулянтов. Кроме того, 2 больным была произведена лапароскопическая холецистолитостомия под контролем лапароскопа.

Осложнение после неотложной лапароскопии отмечено у 1 больного (нагноение раны).

Таким образом, высокая диагностическая и лечебная эффективность и относительная безопасность неотложной лапароскопии позволяют нам широко рекомендовать этот метод у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и тупой травмой живота при затруднениях в диагностике. Неотложная лапароскопия в большинстве случаев позволяет не только уточнить клинический диагноз, но и выбрать правильную

лечебную тактику у больных с неясной клинической картиной.

Значимость этого метода особенно возрастает у лиц пожилого и старческого возраста и у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

**Ф.Г. Назиров,
М.Х. Ваккосов,
Ш.К. Атаджанов.**

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ
ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ
ПЕРИТОНИТЕ.**

*Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз.
(и.о. директора - д.м.н. Х.А. Акилов)*

Ф.Г. Назиров, М.Х. Ваккосов, Ш.К. Отажонов

АМАЛИЁТДАН СУНГГИ ПЕРИТОНИЛТАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ОПЕРАТИВ ЛАПАРОСКОПИЯНИ ҮРНИ.

Ушбу маколада акад. В.Вохидов номидаги Жаррохлик Илмий марказида амалиётдан сунг ташхис куйилган и ривожланган перитонитларни даволаш борасида, 19 беморда бир маротаба санацион лапароскопия билан корин бушлигини йиринг ва бошка захарли моддалардан тозалашда ишлатилишини натижалари тоҳлил килинган.

Олиб борилган изланишлар и даволаш натижалари шуни курсатдики, санацион лапароскопия, нафакат ташхис куйиш усулидур, балки бу усул амалиётдан сунгги перитонитларни даволашда энг кулай, оз шикаст етказадиган, ва шу оғир хасталикни даволашда самарали натижаларни олиш имкониятини берди. Ушбу усул умумий оғриксизлантириш ёрдамисиз амалга оширилади. Олинган дастлабки натижалар лапароскопик жаррохлик усулларини амалиётдан сунгги перитонитларда кенг куллаш имкониятини очиб берди ва унинг натижаларини урганиб, янги эндоскопик даволаш усулларини яратишни олдимизга максад килиб куиди. Лапароскопик санацияни операциядан сунгги перитонитларни комплекс даволашда куллаш, амалиётдан сунгги оғир асоратларни олдини олиш ва улим холатларини озайтиришга катта хисса кушади.

Nazirov F.G., Vakkasov M.Kh., Atajanov Sh.K.

DIAGNOSTIC AND CURATIVE LAPAROSCOPY IN TREATMENT OF POSTOPERATIVE PERITONITIS.

Key words: peritonitis, laparoscopic sanation, inflammatory process, complications

In Science Centre of Surgery of Tashkent in treatment of postoperative peritonitis in 19 patients was performed method of laparoscopic sanation. This method helps to determine dissemination of inflammatory process and performed complete sanation of abdomen. Relaparotomy was performed in two cases. Mortality was in 2 cases from cardiovascular insufficiency and tromboemboly of lung artery.

The method of laparoscopic sanation liquidate endotoxicosis, restoration function of intestine & boarding inflammatory process in abdomen, reducing postoperative complications end mortality.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Проблема лечения гнойного перитонита, несмотря на более чем вековую историю, до настоящего времени не перестает привлекать внимание хирургов. Это объясняется, прежде всего тем, что летальность при перитоните, особенно при распространенных его формах, все еще весьма высока. Трудности диагностики, большое количество осложнений, генерализация инфекции, обусловливают высокую летальность, достигающую 50-90% (2,3).

Известные методы комплексного лечения распространенных форм послеоперационного перитонита: адекватная антибактериальная терапия, различные методы детоксикации организма, включая гемосорбцию и плазмефереза, коррекция метаболических расстройств, УФО - и лазерное облучение крови, меры борьбы по устранению пареза кишечника, использование иммуностимуляторов, множественные варианты местного лечения: от глухого шва лапаротомной раны с традиционным оставлением дренажных трубок и микроирригаторов, перitoneальный диализ, до открытого способа лечения - лапаростомия и программных повторных релапаротомии, имеют существенные недостатки (2,3,4).

В последние годы ряд авторы применяют контрольно-динамическую лапароскопию для раннего распознавания осложнений после операции на органах брюшной полости и в экстренной хирургии для наблюдения за течением патологических процессов у неоперированных больных (1,3,4,5,6).

Принцип данной методики был использован нами для диагностики послеоперационного перитонита, а при необходимости для санации и дренировании брюшной полости с надеждой, что указанная методика сможет заменить релапаротомию с традиционным дренированием брюшной полости и перitoneального диализа, что не маловажно у больных пожилого и

старческого возраста, а также при терминальной стадии распространенного послеоперационного перитонита.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. В Научном центре хирургии им. акад. В.Вахидова однократная санационная лапароскопия применена нами у 19 больных с различными видами послеоперационного перитонита. Лиц мужского пола было 14, женского-5. Возраст больных колебался от 20 до 66 лет. Источником перитонита у 1 больного- являлся продолжающейся перитонит после ушивание перфоративной язвы 12 перстной кишки, у 2- желочно-геморрагический перитонит после обширной правосторонней гемигепатэктомии по поводу опухоли печени, у 1- распространенный желочно-гнойный перитонит на почве несостоятельности культи 12-перстной кишки после резекции 2/3 желудка по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, у 2 - прорыв поддиафрагmalного абсцесса в брюшную полость, сформировавшегося после гастроэктомии, у 3 - гнойный перитонит на почве несостоятельности панкреато-коноанастомоза после панкреато-дуоденальной резекции, по поводу опухолей большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы, у 2- желчный перитонит после холецистэктомии с секторальной резекцией печени по поводу рака желчного пузыря, у 2- несостоятельность межкишечного анастомоза после резекции тонкого кишечника на фоне острого мезентерального тромбоза с некрозом кишечника, у 1- геморрагический перитонит после дистальной резекции поджелудочной железы, у 2- несостоятельность толстокишечного анастомоза после гемиколэктомии, у 1 больного продолжающейся аппендикулярный перитонит, и у 2 пациентов- асцит-перитонит, развившейся после операции Пациоры, на фоне цирроза печени с декомпенсацией портального кровообращения, осложнившейся кровотечением из

варикозно-расширенных вен пищевода.

При подозрении или установленном диагнозе послеоперационный перитонит, лечение начинали с диагностической лапароскопии, которая позволяла точно выявить причину и оценить распространенность воспалительного процесса.

Для лапароскопии использовалось операционный и диагностический лапароскоп производства фирмы "Storz" и "MGB", снабженные необходимыми инструментариями и видео телескопической установкой.

Исследования начинали после премедикации под местной анестезией 0,5% -раствором Новокаина и внутривенным потенцированным наркозом и во всех случаях с помощью данного способа, достигалась достаточная для выполнения исследования анестезия.

С целью удобства и безопасности выполнения методику лапароскопии мы выбираем точку введения телескопа с таким расчетом, что она находилась на 5-6см от послеоперационной раны передней брюшной стенки или 10-15см от предполагаемого патологического очага, что уменьшает возможные осложнения, связанные с пункцией брюшной полости. После выбора точку прокола делаем насечку кожи диаметром до 1 см, через которую пунктируем брюшную стенку иглой Вераша, предназначенное для наложения пневмoperitoneума, объем последнего колебался в пределах от 2 до 3 литров, и в процессе исследования по мере необходимости увеличивался до 8-10 литров. После извлечения иглы Вераша, через этот же разрез вводили 11мм троакар с телескопом, таким образом уменьшается количество пункций брюшной стенки в разных анатомических областях и возможные осложнения на данном этапе исследования. При выраженному вздутие живота, обусловленное парезом кишечника, пневмoperitoneум накладывали через одну из дренажных трубок брюшной полости, установленные во время первого оперативного вмешательства. При этом обязательным условием является герметичное закрытие других дренажей. При нагноении послеоперационной раны с открытыми краями, перед наложением пневмoperitoneума производим тугую мазевую тампонаду дно раны, что уменьшает утечку газа.

Под контролем зрения последовательно производили осмотр брюшной полости, оценивали распространенность воспалительного процесса и определяли основную причину перитонита. Характерными признаками послеоперационного перитонита является скопления большого количества мутного гнойного, желчного, геморрагического и т.д. экссудата в отлогих местах брюшной полости и межпетлевых промежутках кишечника (от 500 до 2000 мл). После планомерного осмотра все отделы брюшной полости через проколы в соответствующих областях брюшной стенки с помощью 5 мм троакары в брюшную полость вводили отсос и эвакуировали экссудата из них. Далее с помощью пульверизатора струйно вводили 500-1000 мл раствора фурациллина и сразу после промывания брюшной полости удаляем его специальным отсасывающим устройством лапароскопа. При наличие гус-

того гноя и плотных фибринозных наложений в эпиподиальном пространстве, в полости малого таза для эвакуации их содержимого применен специальный троакар-катетер фирмы "Argyle" различного диаметра, и под контролем зрения проводили санацию гнойных полостей, которая заключалась в направленном полноценном удалении гноя с помощью отсоса без особой травматизации органов брюшной полости. После многократного промывания гнойных полостей, в завершение оставляем дренажные трубы в соответствующих участках брюшной полости. Лапароскопическую санацию проводили однократно. Перед завершением исследования брюшную полость орошают 0,25% теплым раствором новокаина со смесью совместимых антибиотиков, к которым чувствительна вегетирующая микрофлора.

Применение однократной лапароскопической санации при послеоперационном перитоните и абсцессах брюшной полости показала высокую эффективность указанной методики. Послеоперационный период протекал значительно легче, чем у больных контрольной группы. Состояние больных улучшалось к 4-5 суткам, уменьшилось проявления эндотоксикоза, нормализовались температура тела и сон, быстрее восстанавливались перистальтика кишечника, уменьшалось явления выраженного пареза кишечника. Нагноение послеоперационной раны не наблюдалось.

Примененная однократная лапароскопическая санация брюшной полости почти у всех наблюдавшихся больных позволила предотвратить прогрессирование и распространение воспалительного процесса брюшины, образование новых гнойников брюшной полости и ранней спаечной кишечной непроходимости.

Из 19 больных умерли 2 (больные с острым тромбозом мезентериальных сосудов), из них 1 больной умер от прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности и 1- от тромбоэмболии ствола легочной артерии. Двум больным выполнены релапаротомия: 1-му в связи возникшим аррозивным кровотечением из культи поджелудочной железы, другому - из-за выраженного спаечного процесса в брюшной полости полноценную санацию проводят не удалось и во время прокола брюшной стенки была повреждена стенка тонкой кишки 5 мм троакаром.

Остальные все 17 больных, (включая и релапаротомированных) выписаны из клиники здоровыми на 17-23 сутки после операции.

Таким образом, проведенная работа дает возможность положительно оценить роль однократной лапароскопической санации при послеоперационном перитоните и гнойниках брюшной полости.

Однократная санация брюшной полости с помощью лапароскопа позволяет провести направленное нетравматичное и полное удаление гнойного экссудата, а также санацию и дренированию абсцессов брюшной полости, что исключает необходимость релапаротомии и других местных способов лечения перитонита, (перитонеальный диализ, лапаростомию)

особенно у больных старческого и пожилого возраста и в терминальной стадии перитонита. Лапароскопия дает возможность без общего наркоза провести много-кратных санаций брюшной полости при продолжающемся перитоните любого происхождения.

Ранняя санационная лапароскопия при установленном диагнозе послеоперационного перитонита приводить к уменьшению степени эндотоксемии, более быстрому восстановлению функцию желудочно-кишечного тракта и сокращению длительности пребывание больных в стационаре , а также число летальных исходов.

Предлагаемая методика лечения послеоперационного перитонита и абсцессов брюшной полости конечно нуждается в дальнейшем изучении и оценке результатов операции и поиске более совершенных способов лечение с помощью эндоскопической техники. Однако, несмотря на пока ещё скромный опыт, есть основания надеяться, что при хорошем и достаточном оснащении с современной эндоскопической техникой, санационная лапароскопия сможет заменить других методов местного лечения послеоперационного

перитонита

Литература:

1. Головацкий Б.В. Лапароскопическая диагностика абсцессов брюшной полости. // Хирургия, 1991., № 5., стр. 30-32.
2. Кузин М.И., Шкроб О.С., Сорокина М.И., Колесников А.И. Лечение распространенного гнойного перитонита в терминальной стадии. // Всесоюзный 31-й съезд хирургов; Тезисы докладов.- Ташкент, 1986.- стр.45-46.
3. Петров В.И., Сытник А.П., Ланщаков В.П., Надров Ю.А. // Хирургия.-1987.-№ 7.,- стр.30-34.
4. Рошаль Л.М., Капустин В.А., Граников О.Д., Карасева О.В. Лапароскопическая санация брюшной полости при аппендикулярном перитоните. // Хирургия.- 1996.-№ 4.- стр.-35-37.
5. Савельев В.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С. Эндоскопия органов брюшной полости.- М.: Медицина, 1977.
6. Савельева Г.М. Эндоскопия в гинекологии. - М.: Медицина, 1983.

*Алтыев Б.К.,
Струссский Л.П.,
Ваккасов М.Х.,
Садиков Х.Т.
Каримов М. Э.*

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТ- ЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

*Научный Центр хирургии МЗ РУз им.акад.В.Вахидова,
(и.о. директора - проф.Х.А. Акилов)*

Олтиев Б.К., Струссский Л.П., Ваккасов М.Х., Садиков Х.Т., Каримов М.Э.

ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯДАН СҮНГГИ АСОРАТЛАРДА ЗАМОНАВИЙ ЭНДОСКОПИК ДАВОЛАШ УСЛУБЛАРИ.

Ушбу мақолада механик сариқлик ва холангит билан асоратлашган холецистэктомиядан сүнгги холедохолитиаз ва билиодигестив анастомозларни чандыкли торайиши туфайли күзатылган 522 беморларни замонавий эндоскопик услубларни күллаб даволаш натижаларини таҳлил қылғынан. Даволаш натижасида шу холосага келинди: замонавий эндоскопик мулажалар ушбу беморларда энг самарали, құлай ва ягона даволаш услугидир.

Эндоскопик ретрографд холангипанкреатография ва эндоскопик папиллосфинктеротомия ушбу беморларни даволаш борасида амалиёт-дан сүнгги асоратларни ва үлім қолларни кескин камайышта олиб келади.

Altiev B.K., Strusskiy L.P., Vakkasov M.H. Sadikov H.T., Karimov M.E.

ENDOSCOPIC INVERSION IN TREATMENT OF POSTCHOLECYSTECTOMY SINDROME.

key words: endoscopy, postcholecystectomy syndrome, papillophincterotomy, stricture.

The results of treatment in 522 patients postcholecystectomy choledocholithiasis, cicatrical strictures of biliodigestive anastomoses & other non-malignant strictures of terminal choledochus, complicated with jaundice & cholangitis were analyzed. Widely adopted modern endoscopy methods in associated with nasobiliary drainage & endobiliary lasertherapy in patients with postcholecystectomy choledocholithiasis complicated with cholangitis & jaundice:dilatation & endoscopic prosthetic appliance with liquidation of «blind bag» often cicatrical structures of hepaticoenteroanastomoses & hepaticoduodenal anastomoses reduced to the minimum postoperative complications & mortality.

Endoscopik cholangiopancreatography & papillosphincterotomy is alternative method trasduodenal papillosphincterotomy in patients with postcholecystectomy choledocholithiasis & other organic strictures of terminal choledochus which called biliary hypertension, jaundice & cholangitis.

Актуальность проблемы.

Проблема постхолецистэктомического синдрома остается в центре внимания хирургов, что объясняется увеличением числа таких больных, отсутствием единой тактики и в целом неудовлетворительными близайшими и отдаленными результатами. (Гальперин Э.И.,1998; Горбунов О.М. и соавт.,1996; Савельев В.С.1987). Основной причиной постхолецистэктомического синдрома по данным литературы является увеличение числа больных с острым холециститом, оперируемых по экстренным и срочным показаниям и в силу этого не прошедших полноценных до- и интраоперационного обследования и санация жел-

чевыводящих протоков. (Гальперин Э.И.,1998; Горбунов О.М. и соавт.1996. Ермолов А.С.,1998; Чернов В.Н. и соавт.,1996).

В последние годы бурное развитие современной эндоскопической ретрографдной холангипанкреатографии значительно расширили не только диагностические, но и лечебные возможности при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны. (Брискин Б.С.,1998; Балалыкин А.С.,1987;1998; Ермолов А.С. и соавт.1998; Савельев В.С., и соавт.1987;).

Эндоскопическая холангипанкреатография (ЭРХПГ) с последующей ЭПСТ могут быть исполь-

зована как самостоятельный способ лечения постхолецистэктомического холедохолитиаза, а также при подготовке больных к хирургическим вмешательствам. Она позволяет уточнить диагноз, изучить характер изменений желчных протоков, оценить прогноз болезни и определить объем оперативного эндоскопического вмешательства. Значение ЭРХПГ особенное велико у лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, у больных пожилого и старческого возраста (Балалыкин А.С., 1998; Струсский Л.П., 1985).

Материал и методы исследования.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) применяется в клинике около 10 лет. В ряде клиник накоплен материал сотен операций, позволяющий критический анализ ее значения и оценить положительные и отрицательные стороны по сравнению с хирургической операцией трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (Савельев В.С., Балалыкин А.С., 1987).

Нами ретроспективно изучены результаты эндоскопической диагностики и лечения 522 больных с «постхолецистэктомическим синдромом».

Применение эндоскопических и рентгеноконтрастных способов исследования при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе дало возможность выявить у 148 (28,3 %) больных стеноз терминального отдела холедоха и стенозирующий папиллит, у 49 (9,4%) стеноза ранее наложенных холедохо- и гепатикодуоденоанастомозов и синдрома «слепого мешка». У 393 (75,2%) больных холедохолитиаз сочетался с механической желтухой, из них у 117 (22,4%) пациентов были признаки холангита.

В комплекс диагностических программ включали клинико-биохимические исследование крови, ультразвуковое исследование /УЗИ/ печени и желчных путей, эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС) и при необходимости компьютерную томографию гепатопанкреатобилиарной зоны, чрескожно-чреспечечночную холангиографию- и стомию.

Важен также вопрос о определении показаний к ЭРХПГ при гнойном холангите, когда нет возможности устранить причину с помощью эндоскопических вмешательств, так как заполнения билиарного тракта контрастным веществом под давлением нередко приводит к ухудшению общего состояние больных с прогрессированием холангита (контрастного) и присоединением септического состояния с развитием острой печеночной недостаточности, что усугубляет течение основного патологического процесса. С целью профилактики подобных осложнений перед ЭРХПГ делаем однократную инъекцию антибиотика широкого спектра действия, используем слабо концентрированные контрастные препараты и обязательным этапом завершении ЭРХПГ считаем назобилиарное дренирование.

Всем больным проводили комплексное многоэтапное лечение в зависимости от тяжести состояния больного, выраженности механической желтухи и холангита.

ЭРХПГ с последующей папиллосфинктеротоми-

ей (ЭПСТ) проводились в различные сроки (от 1 месяца до 3 лет и более) после перенесенной операции на желчных путях. 24 больным, у которых объем операции был уменьшен из-за тяжести состояния, оставленные камни холедоха удалены эндоскопическим способом спустя 5-6 суток после холецистэктомии.

Для ЭРХПГ и ЭПСТ применялись дуоденофиброскопы IF-10 ,IF-T10 фирмы «Olympas» (Япония) с необходимыми принадлежностями.

При невозможности канюлировании БДС (при стенозе и аденоме БДС, вклинивание камня в ампулу БДС и др.) в 39 случаях выполнена супрапапиллярная холедоходуоденостомия (ХДС) игольчатым электродом. В 137 случаях ЭПТ выполнена порциями, в 2-3 этапа, с интервалом 2-3 дня. Поэтапное ЭПСТ в 62 случаях выполнялось при доступном БДС, расположенным на шейке или в полости дивертикула. У 25 больного рассечение папиллы проводилось контактным способом над выбухающим камнем, вколоченным в ампулу БДС.

В 106 случаях непосредственно после ЭПСТ отмечено «рождение» камня в просвет кишки , в остальных случаях камни самостоятельно мигрировали в кишку через 2-3 суток, нередко с кратковременным болевым синдромом. Крупные камни, размером от 1,0 до 2,0 см извлекались корзинкой Дормиа, либо с помощью папиллотома.

У 38 больных при сочетании стеноза папиллы и устья Вирсунгов протока, в первую очередь выполнялась вирсунготомия длиной 0,5-1,0 см, затем сфинктеротомия терминального отдела холедоха.

У 86 (из 117) больным с холедохолитиазом и гнойным холангитом сразу после ЭПСТ выполнено назобилиарное дренирование для санации желчных путей и эндобилиарного лазерного облучения.

Обсуждения результатов.

Высокий лечебный эффект после ЭРХПГ и ЭПСТ с положительной динамикой клинико-лабораторных симптомов наблюдалась у большинство пациентов. В целом применение современных рентгеноэндоскопических вмешательств позволили устранить постхолецистэктомический холедохолитиаз, обтурационную желтуху и холангита у 488 (93,4%) больных. У остальных пациентов с гигантскими множественными камнями холедоха (более 2 см) ЭПСТ дала возможность выполнить «идеальную « холедохолитотомию с завершением ее глухим швом. У 35 (из 49) больных с рубцовым сужением ранее наложенных холедохо- или гепатикодуоденоанастомозов была произведена эндоскопическая диатермокоагуляция рубцово-суженных анастомозов с удалением камней из гепатикохоледоха, оставленных лигатур и устранения «слепого мешка». 14 больным потребовалась повторные реконструктивные операции на желчных путях, в связи с техническими трудностями эндоскопической коррекции полных структур ХДА, ГепДА и протяженном стенозе терминального отдела холедоха.

Наиболее частыми осложнениями после ЭПСТ

были острый панкреатит у 35 больных (6,7%) и кровотечение из папилломатозных краев раны у 26 (4,9%), остановившееся после диатермокоагуляции и гемостатической терапии.

Экстренные операции выполнены в связи с профузным кровотечением из краев папилломатозного разреза у 8 (1,53%) пациентов и панкреонекрозом - у 5 (0,8%). Летальность составила 0,4 %.

Таким образом, эндоскопические способы лечения у больных с постхолецистэктомическим синдромом являются малотравматичными, эффективными, позволяющими восстановить нарушение проходимости желчных протоков и БДС.

ЭРХПГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия является альтернативой трансдуоденальной папиллосфинктеротомии при постхолецистэктомическом холедохолитиазе и других органических обструкциях дистального отдела протоковой системы печени, приводящих к желчной гипертензии, желтухе, холангиту.

При рубцовом сужении билиодигестивных анастомозов и крупных камнях холедоха, осложненной желтухой и холангитом, для достижения положительного результата ЭРХПГ и ЭПСТ необходимо сочетать с другими эндоскопическими операциями - наружным и внутренним дренированием желчных протоков, бужированием и эндопротезированием рубцово-суженных билиодигестивных анастомозов, назобилиарным дренированием и лазеротерапией, целью которых является декомпрессия и антибактериальная терапия.

Перспективна также методика назобилиарного дренирование при гнойном холангите, что позволяет бороться с инфекцией путем постоянной инфузии антисептиков и проводить эндобилиарное лазеротерапии.

Широкое применение современных инструменталь-

ных эндоскопических методов в лечении постхолецистэктомического синдрома и его осложнений сопровождалось снижением числа послеоперационных осложнений и летальности до минимума в этой группе больных.

Литература

1. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Эктор П.В., Ивлев В.П. Возможности и перспективы эндоскопической папиллотомии в сочетании с дистанционной билиарной литотрипсией. *Анналы хирургической гепатологии.*, том 3, 1998., стр. 40-41.
2. Балаликин А.С. Механическая билиарная литотрипсия. Там же. стр. 34-35.
3. Балаликин А.С., Оноприев А.В. Комплексное эндоскопическое лечение доброкачественных сочетанных заболеваний желчного пузыря и желчных протоков. Там же. стр.35.
4. Гальперин Э.И., Громова И.В. и соавт. Холедохолитиаз- эндоскопические возможности его разрешения. Там же. стр. 46-47.
5. Горбунов О.М. и соавт. Эндоскопические способы лечения больных постхолецистэктомическим синдромом. *Хирургия.*6.1996.стр. 61-63.
6. Ермолов А.С.,Дасаев Н.А.,Юрченко С.В.,Дургариан Т.В. Постхолецистэктомический холедохолитиаз. Там же. стр. 60-61.
7. Савельев В.С., А.С.Балаликин. Эндоскопическая папиллотомия в хирургической клинике. *Хирургия.*,7., 1987., стр.35-40.
8. Струссский Л.П. Возможности эндоскопической ретроградной холангиографии в диагностике заболеваний панкреатобилиарной системы. Актуальные вопросы реконструктивной хирургии. Материалы республиканской конференции. К 10-летию ТФВНЦХ. Ташкент,1985.стр.110-118.
9. Чернов В.Н. и соавт. Постхолецистэктомический синдром и его профилактика. *Хирургия.* 6.,1996. стр.57-60.

Ф.Г.Назиров,

Х.А.Акилов,

М.М.Акбаров,

Л.П.Струсский,

Ш.Н. Худайбергенов.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И
РЕНТГЕНКОНТРАСТНЫХ МЕТОДОВ В
ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ
ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ,
ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.**

Научный центр хирургии

им.акад.В.В. Вахидова МЗ РУз.

(и.о директора - д.м.н. Х.А.Акилов).

F.G. Nazirov, Kh.A. Akilov, M.M. Akbarov, L.P. Strusskiy, Sh.N. Khudaybergenov.

THE OPPORTUNITIES OF ENDOSCOPIC AND RADIOPAQUE METHODS IN DIAGNOSIS AND COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH TUMORS OF PANCREATODUODENAL ZONE COMPLICATED WITH MECHANICAL JAUNDICE.

In Research Centre of Surgery named after Academician V.Vakhidov of the Republic of Uzbekistan Health Ministry the experience of complex treatment of 315 patients with tumors of pancreatoduodenal zone organs complicated with mechanical jaundice has been accumulated for the last 15 years.

The special place in the diagnosis of the main disease and its complications the endoscopic and radiopaque methods of investigations (gastroenteroscopy,endoscopic retrogradapancreatocholangiography,laparoscopy) has taken.

In result of the conducted investigations was made the conclusion,that the complex use of visual and radiopaque metods of endoscopic investigation in patients with tumors of pancreatoduodenal zone, complicated with mechanical jaundice permitted to diagnose in time,to define the nature and the level of bile ducts obturation and to elaborate the optimum curative tactics.The addition of these methods to endoscopic,roentgenendobiliary and laparoscopic decompression of biliary hypertension allows to restore the bile ducts patency and to perform the radical stage of operation in more favourable conditions in the majority of patients that conducts to improvement of surgical treatment results in patients with tumors of pancreatoduodenal zone, complicated with mechanical jaundice.

Ф.Г.Назиров, Х.О.Окилов, М.М.Акбаров, Л.П.Струсский, Ш.Н.Худайбергенов

МЕХАНИК САРИКЛИК БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОХА УСМАЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСОТ КИЛИШДА ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ЭНДОСКОПИК ВА РЕНТГЕНКОНТРАСТЛИ УСЛУБЛАРНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ

Ўзбекистон Республикасига қарашли акад.В.Вохидов номидаги хиругия илмий марказида охирги 15 йилда механик сарилик билан асоратланган периампуляр соха органларининг ўсмаси билан хасталангандан соҳа ўсмалари билан хасталангандан беморларда эндоскопик текширишнинг визуал ва рентгенконтрастли усууларни комплекс кўллаш тифайли ўз вақтида диагноз кўйиш, билиар йуллари обструкцияси характеристи ва сатхими аниглаш, оптимал даволаш тактикасини ишлаб чиқиши имконияти хуласасига олиб келинди.Бу услубларга күшимча билиар гипертензиясида эндоскопик, рентгенэндобилиар ва лапароскопик декомпрессия усууларини кўллаш кўп беморларда ўт чиқариш йуллари ўтказувчанилигини кайта тикаш ва бирмунча қулай шароитда операциянинг радикал босқичини бажаришга имкон тутдирди.Бу эса ўз навбатида механик сарилик билан асоратланган панкреатодуоденал соҳа ўсмалари билан хасталангандан беморларни хиругик даволаш натижаларини яхшилашга олиб келади.

Лечение больных с опухолями органов билиопанкреатодуоденальной зоны является актуальной проблемой современной хирургической гепатологии. Механическая желтуха является серьезнымсложнением ракового поражения билиарного тракта. Развивающаяся при этом желчная гипертензия и ахолия делают крайне рискованными обширные радикальные и паллиативные оперативные вмешательства (3, 5, 6).

В связи с тесными анатомическими и функциональными взаимоотношениями дистального отдела общего желчного протока, большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы клинические проявления поражений этих органов имеют много общего. Кроме того методы исследования и лечения также в основном являются одинаковыми. Поэтому многие авторы рассматривают патологические состояния этих органов, объединяя их под общим названием заболевания органов периампулярной или панкреатодуоденальной зоны (1,2,5,7).

Комплексное применение различных методов диагностической и лечебной эндоскопии при заболеваниях желчевыводящей системы повышает качество диагностики и улучшает результаты лечения больных (4).

Материал и методы.

В Научном центре хирургии МЗ Республики Узбекистан им. акад. В.Вахидова за последние 15 лет накоплен опыт комплексного лечения 315 больных с опухолями органов периампулярной зоны, осложненными механической желтухой. Возраст больных составил от 18 до 87 лет. Мужчин было 178, женщин-139.

Причиной развития механической желтухи была обструкция билиарных протоков раковой опухолью, растущей из головки поджелудочной железы у 175 пациентов, желчного пузыря у 45, терминального отдела холедоха у 33, ворот печени у 22, большого дуоденального сосочка у 40, и опухоль околососковой зоны двенадцатиперстной кишки у 2 больных. (Табл.1).

Клиническая картина заболевания складывалась из синдромов холемической интоксикации и печеночной недостаточности. Интенсивность холестаза была различной, от субклинических проявлений гипербилирубинемии до выраженной желтухи, зависела от уровня обтурации и продолжительности заболевания. Продолжительность заболевания составила от 7-10 дней до 2,5-3 месяцев.

В диагностике основного заболевания и егосложнений использовали общеклинические и биохи-

мические лабораторные методы исследования крови, ультразвуковое сканирование, эндоскопические и рентгенконтрастные методы исследования, компьютерную томографию.

Таблица №1.
Локализация опухолей панкреатодуodenальной зоны.

Локализация опухоли	Количество больных
Головка поджелудочной железы	175
Опухоли большого дуоденального соска	40
Опухоли большого дуоденального соска	45
Опухоли терминального отдела холедоха	33
Опухоли ворот печени	22
Опухоли 12-перстной кишки	2
Всего больных	315

Особое место в диагностике основного заболевания и его осложнений занимали эндоскопические и рентгенконтрастные методы исследования (гастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроперitoneальная панкреатохолангиография, чрескожная чреспеченочная холецистохолангиография, лапароскопия).

Результаты и их обсуждение.

Первоначальным из примененных эндоскопических методов исследования была гастрофебродауденоскопия, которая выполнена у всех поступивших больных. Выявление изменений со стороны большого дуоденального сосочка и выбухание интрадуоденального отдела холедоха в просвет двенадцатиперстной кишки позволяло уже на стадии осмотра предположить наличие той или иной опухоли большого дуоденального сосочка и головки поджелудочной железы. При подозрении на опухоль большого дуоденального сосочка и околососочковой зоны с помощью гастродуоденоскопии и биопсийных шипцов удавалось взять биопсийный материал и установить гистологическую структуру опухоли, что уже на предварительном этапе обследования предопределяло тактику лечения больного. У 18 больных осмотр большого дуоденального сосочка и околососочковой зоны с помощью гастродуоденоскопии был невозможным в связи с наличием в анамнезе резекции желудка по второму способу Бильрота.

Из 42 больных с опухолями большого дуоденального сосочка и околососочковой зоны двенадцатиперстной кишки у 28 с помощью гастродуоденоскопии с прицельной биопсией с последующим гистологическим исследованием установлена точная гистологическая структура опухоли. Из них у 21 больного

выявлена низкодифференцированная аденокарцинома, у 7-высокодифференцированная аденокарцинома.

Одним из информативных методов установления причины обтурации желчевыводящих путей является эндоскопическая ретроперitoneальная панкреатохолангиогра-

Причины	Количество больных
Наличие опухоли самого БДС и ГПЖЖ с прорастанием в БДС	70
Наличие крупного ППД	39
Резекция желудка по Б-2 в анамнезе	18
Наличие сопутствующего рубцовоязвенного стеноза привратника, непроходимого прибором	2
Всего	129

фия, выполненная нами у 186 больных. У 129 больных провести эндоскопическую ретроперitoneальную панкреатохолангиографию не удалось в связи с наличием в анамнезе резекции желудка по Б-2 у 18 больных, невозможностью канюляции фатерова соска из-за массивного опухолевого процесса у 70, наличием парапапиллярного крупного дивертикула у 39 и из-за сопутствующего рубцовоязвенного стеноза привратника, непроходимого прибором у 2 больных.- Табл. 2.

Таблица №2.
Причины невозможности выполнения ЭРПХГ

Виды вмешательств	Количество больных
ЭГДФС	Всем больным
ЭРПХГ	186
ЭРПХГ с ПСТ	24
Эндоскопическая супрапапиллярная ХДС с ПХГ	20
ЧЧХС с ХХГ	11
Лапароскопическая ХС с ХХГ	6

Примечание: БДС - большой дуоденальный сосок, ГПЖЖ - головка поджелудочной железы, ППД - парапапиллярный дивертикул.

В случаях, когда канюляция фатерова соска и панкреатохолангиография невозможна из-за наличия опухоли самого фатерова соска и головки поджелудочной железы с прорастанием в большой дуоденальный сосок, нами применена методика чресопухоловой папиллосфинктеротомии (24) и супрапапиллярной холедоходуоденостомии (20) с последующим контрастированием панкреатобилиарной системы. Эти методики явились как диагностическим приемом, так и методом билиарной декомпрессии, позволяющие подготовить больных и выполнить радикальные операции в более благоприятных условиях.

В тех случаях, когда опухоль поражает терминальные отделы гепатикохоледоха и прорастает заднемедиальную стенку нисходящего отдела 12-перстной кишки, выполнить эндоскопическую папиллосфинк-

теротомию и супрапапиллярную холедоходуоденостомию бесмысленно. В связи с этим нами применены метод чрескожной чреспеченочной гепатикохолангиографии с холангостомией у 11 больных и метод лапароскопической холецистостомии с холецистохолангиографией у 6 больных (Табл. 3).

Таблица №3.

Виды эндоскопических, лапароскопических и рентгенэндодобилиарных вмешательств.

Виды вмешательств	Количество больных
ЭГДФС	Всем больным
ЭРПХГ	186
ЭРПХГ с ПСТ	24
Эндоскопическая супрапапиллярная ХДС с ПХГ	20
ЧЧХХС с ХХГ	11
Лапароскопическая ХС с ХХГ	6

Примечание: ЭГДФС -эзофагогастродуоденофиброскопия, ЭРПХГ-Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, ЭРПХГ с ПСТ-Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с папиллосфинктеротомией, ХДС с ПХГ-холедоходуоденостомия с панкреатохолангиографией, ЧЧХХС с ХХГ-ческожная чреспеченочная холецистохолангиостомия с холецистохолангиографией, ХС с ХХГ-холецистостомия с холецистохолангиографией.

Эти методики также явились как диагностическими, так и лечебными, позволяющими подготовить больных к радикальным операциям.

Из 61 больного, которым проведены эндоскопические и рентгенэндодобилиарные методы декомпрессии, у 8 больных наблюдались специфические осложнения в виде желудочно-кишечного кровотечения из папиллотомной раны (5) и развитие гнойного холангита (3). Эти осложнения купированы консервативными мероприятиями.

Проведенные эндоскопические и рентгенэндодобилиарные методы декомпрессии оказались неэффективными в 7 случаях. Им выполнены оперативные методы декомпрессии.

23 больным после эндоскопической (20), рентгенэндодобилиарной (2) и лапароскопической (1) декомпрессии произведена радикальная операция - панкреатогастродуodenальная резекция. Результаты радикальной операции оказались более эффективными, чем при выполнении одноэтапных радикальных операций.

17 больным проведенные эндоскопические, рентгенэндодобилиарные и лапароскопические методы декомпрессии явились окончательным методом

лечения в связи с преклонным возрастом у 9 больных, отказом от радикальной операции у 4 и наличием ближайших и отдаленных метастазов у 4 больных.

Таким образом, комплексное применение визуальных и рентгеноконтрастных методов эндоскопического исследования у больных с опухолями панкреатодуodenальной зоны, осложненными механической желтухой, позволяет своевременно установить диагноз, характер и уровень обтурации билиарных протоков и выработать оптимальную лечебную тактику. Дополнение этих методов с методами эндоскопической, рентгенэндодобилиарной и лапароскопической декомпрессии билиарной гипертензии позволяет у большинства больных восстановить проходимость желчевыводящих путей и выполнить радикальный этап операции в более благоприятных условиях, что приводит к улучшению результатов хирургического лечения больных с опухолями панкреатодуodenальной зоны, осложненными механической желтухой.

Литература:

1. Кубышкин В.А., Дауда М. Диагностика периампулярных опухолей, осложненных механической желтухой. // Хирургия.-1993.-№3.- С. 98-102.
2. Лапкин К.В., Пауткин Ю.Ф.Мшараб А.С., Малярчук В.И.,Иванов В.А. Диагностика рака органов билиопанкреатодуodenальной зоны, сопровождающегося желтухой. // Материалы У-Респ. науч.-практ. конф.онкологов. - Уфа, 1990. - С. 74-76.
3. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А.Е., Гаврилин А.В., Пономарев В.Г., Матвеева Г.К., Саидов С.С. Хирургическое лечение больных механической желтухой опухолевой этиологии. //Анналы хирургической гепатологии.- 1997.-Том 2.- С.110-116.
4. Ташкинов Н.В. Эндоскопическая диагностика и лечение поражений терминального отдела холедоха. // Хирургия.- 1988. - №1. - С. 35-39.
5. Bartoli F.B., Arnone G.B., Ravera G., Bachi B. Pancreatic fistula and relative mortality in malignant disease after pancreaticoduodenectomy - review and statistical Meta-analysis regarding 15 year of literature //Anticancer Res. 1991. V.11. P.18.
6. Buchler M., Friess H. Prevention of postoperative complications following pancreatic surgery//Digestion. 1993. V.54 (Suppl.1).P.41-46.
7. Cameron J.L., Pitt H.A., Zinner M.J. et al. Management of proximal cholangiocarcinoma by surgical resection without an operative mortality//Ann. Surg. 1990. V.211. P.447-458.

Назырова Л. А.,
Иванчина Э. А.

**К ВОПРОСУ О ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ
АНЕСТЕЗИИ ПРИ ВИДЕОТОРАКО - ,
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.**

Научный центр хирургии им.акад. В. Вахидова
(дир. - д.м.н. Акилов Х.А.)

ВИДЕОТОРАКОСКОПИК, ЛАПАРОСКОПИК АМАМАЛИЕТЛАРДА ТОТАЛ ТОМИР ОРКАЛИ АНЕСТЕЗИЯНИНГ СОВОЛИГА

Видеоскопик амалиетларда диприван билан тотал томир оркали анестезиянинг кетаминдан устунлиги 129 беморда урганилди.

Текшириш жараенида периферик гемодинамика, газлар алмашинуви хушини ва нафас олишни тикланиши ва нафас олишни тикланиши, комфорт билан уйгонни солишитириди.

Текшурув натижалари кетамин билан анестезия вактида кон айланишда гипердинамия, айникса интубациядан сунг ва уйгониш вактида, шу вактнинг уч баравар узаишими, жисмоний ва психик дискомфортлик олиб келишини курсатди.

Бу яна бир марта диприванни кетаминга нисбатан устунлигини, анестезияни стабил, гемодинамик узгаришсиз давом этишни, беморни тез активлаштиришни ва шундиндик шифохонада утказилган вактни кискартириши таъминлашини тасдиқлайди.

TO QUESTION OF TOTAL INTRAVENOUS ANAESTHESIA FOR VIDEOTHORACO-LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS

The feature of total intravenous anaesthesia was studied basing on diprivan in comparison with ketamin in 129 patients underwent videoendoscopic surgery. The parameters of peripheral circulation, gas function, velocity of consciousness recovery, spontaneous respiration and comfortableness of patients' awakening were investigate.

Investigations had shown, that in TIA by ketamin hyperdinamics of circulation is observed, which is expressed after tracheal intubation and during awakening. Awakening of patients was 3 times longer and was accompanied with physical and mental disturbances.

This proves the advantage of diprivan what provides stable anaesthesia without any haemodynamical affections and quick patients activation, reducing time of hospital stay.

Ключевые слова: тотальная внутривенная анестезия, видеоторако-лапароскопическая хирургия, гипнотик ультракороткого действия диприван.

Тотальная внутривенная анестезия (ТВА) в последнее время становится популярной альтернативой как сбалансированной, так и ингаляционной анестезии за счет минимальной депрессии сердечно-сосудистой и дыхательной систем, возможностью применения смесей с высоким содержанием FiO_2 , легкой дозозависимой "управляемости", достижения быстрого и полного выхода из наркоза, достаточной "безопасности", обеспечивающейся такими анестетиками, как кетамин, тиобарбитураты,ベンзодиазепины, сомбревин, диприван (4). Все преимущества ТВА с успехом могут быть использованы при оказании анестезиологического пособия при эндоскопических вмешательствах, которые, по сравнению с традиционными операциями, сопровождаются меньшим болевым стрессом в периоперативном периоде, невыраженностью болевого синдрома и дыхательных послеоперационных нарушений (3,5). Сокращение сроков реабилитации и длительности пребывания пациентов в стационаре после эндоскопических вмешательств является достаточно актуальной проблемой, в решении которой немаловажную роль играет правильный выбор оптимального препарата для ТВА.

Целью нашего исследования явилось изучение преимуществ дипривана (Д) по сравнению с кетамином (К), используемых в качестве основного анестетика для тотальной внутривенной анестезии при видеоэндоскопических операциях.

Материал и методы.

Было проанализировано 129 анестезий у пациентов в возрасте от 16 до 70 лет: со спонтанным пневмотораксом (12), с эхинококзом легкого (29), с болезнью Рейно(31), с хроническим калькулезным холециститом (57). Больным выполнялись следующие видеоторакоскопические вмешательства: электрокоагуляция булл и плеврорез с последующим дрениро-

ванием, плеврэктомия с декортикацией, эхинококкэктомия и лапароскопические холецистэктомии соответственно патологии. Операции выполнялись в условиях ТВА диприваном у 1-й группы пациентов и кетамином у 2-й группы больных, идентичных по демографическим показателям, сопутствующей патологии и объему выполненных вмешательств. В обеих группах преобладали пациенты I класса операционного риска по классификации ASA (90 чел.), с незначительным количеством II класса (30) и III класса (9).

После использования однотипной стандартной премедикации диазепамом, димедролом за 30-40 мин до операции вводный наркоз осуществляли седуксеном (5-10 мг), димедролом (10 мг), тест-дозой ардуана, Д (2,4 мг/кг) в 1 группе, К (3,5 мг/кг) во 2. Интубация трахеи осуществлялась после введения дитилина (100-200 мг) при торакоскопических вмешательствах двухпросветной трубкой фирмы "Mallincrodt", а при лапароскопических -обычной однопросветной трубкой. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) производилась аппаратом РО-6Н воздушно-кислородной смесью в режиме нормовентиляции.

У пациентов 1-й группы анестезия поддерживалась непрерывной инфузией Д в дозе 5-6 мг/кг/час (общий расход в среднем составил $640,5 \pm 54,4$ мг), во 2-й К в дозе 2-2,5 мг/кг/час (в общей дозе $440,6 \pm 30,0$ мг) аппаратом Lineomat с добавлением ардуана в общепринятых дозировках. Аналгетическая поддержка фентанилом осуществлялась лишь в наиболее травматичных моментах операции болюсно в средней дозе 0,1-0,2 мг. Контроль за адекватностью анестезии и ИВЛ, помимо оценки общепринятых клинических признаков и гемодинамики, включал электрокардиомониторинг, исследование кислотно-щелочного состояния, парциальное давление кислорода PO_2 , углекисло-

го газа РСО₂ капиллярной крови, пульсоксиметрию. Длительность оперативных вмешательств в среднем составила 85,5±10,2 мин. Инфузию Д прекращали за 5 минут до окончания оперативного вмешательства, К- за 10 минут. Восстановление сознания, дыхания, нейро-мышечной проводимости оценивалось по 4^х балльной шкале Дама (1), кроме того, учитывались комфортность и сроки пробуждения пациентов. Статистическая обработка результатов производилась методом вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение.

Все больные при поступлении в операционную были в достаточной мере седатированы, спокойны. До начала манипуляции у больных обеих групп не отмечалось достоверных различий гемодинамики и газообмена, которые находились в пределах нормальных величин (см. таблицу), тогда как после индукции в наркоз отмечались существенные гемодинамические различия у пациентов двух групп. Если индукция в наркоз и перевод больного на ИВЛ у больных 1^й группы протекал без каких-либо гемодинамических сдвигов, то во 2^й группе отмечалась гипердинамическая реакция кровообращения : так АД_с достоверно возросло на 21%, АД_д на 20%, ЧСС на 17% ($p<0,05$ по сравнению с исходным уровнем), что потребовало дополнительного введения нейролептиков (дроперидола в дозе 5,1±0,2 мг). Показатели газообмена и сатурация оставались нормальными и не отличались существенно в обеих группах. Такая реакция кровообращения может быть объяснима лишь фармакологическими особенностями кетамина, который, как известно, усиливает симпатоадреналовый тонус (2).

В период оперативном периоде у пациентов 1^й группы сохранялась гемодинамическая стабильность. Показатели АД практически не изменялись, лишь ЧСС имела тенденцию к снижению до 65,7±3,5 уд. в 1 мин. (на 18%) по сравнению с исходом, что в некоторых случаях (у 28 пациентов) потребовало введения атропина 0,3-0,5 мг. Во 2^й группе АД_с, АД_д, ЧСС нормализовались и достоверно не отличались от исходных.

Как известно, при торако -, лапароскопических вмешательствах нарушения газообмена в период оперативном выражены в наибольшей степени из-за инсуффляции СО₂ в брюшную и плевральную полость, его диффузии, повышения внутрибрюшного, внутригрудного давления, а также однолегочной вентиляции и управляемого коллапса легких (3). Как правило, изменения газообмена у соматически здоровых пациентов носят умеренный характер, но при наличии сопутствующих заболеваний дыхательной и сердечно-сосудистой систем эти нарушения могут прогрессировать и привести к серьезным последствиям (5). Наши наблюдения также показали некоторое ухудшение газов крови, которые, тем не менее, оставались в пределах нормальных величин. Так, по сравнению с предыдущим этапом исследования, в обеих группах РО₂ снизилось на 10% (у некоторых больных до 85,5 мм рт.ст.), РСО₂ возросло на 8% (до 47,6), что легко

объяснимо с позиций нарушения механики дыхания при данных вмешательствах (3).

При пробуждении пациентов обеих групп отмечалась незначительная гипердинамика кровообращения, более выраженная во 2^й группе: АД_с и АД_д возросли на 20%, ЧСС на 30%. Газообменные показатели и сатурация оставались нормальными и не имели существенных достоверных различий в двух группах.

Время от конца операции и экстубации пациентов в I группе, когда они были полностью ориентированы во времени и месте нахождения со степенью восстановления сознания и спонтанного дыхания 4 балла по шкале Дама, составило 7,4±0,3 минуты. Этот период протекал без признаков гиперсаливации, тошноты, рвоты, возбуждения.

Восстановительный период у пациентов 2 группы протекал в 2,5-3 раза дольше и сопровождался существенной артериальной гипертензией у 16 больных (АД_с - 155±4,0 мм рт.ст., АД_д 110±5,0 мм. рт. ст.), тахикардией у 20 (ЧСС - 115,7±3,8 уд/мин), гиперсаливацией у 10, возбуждением у 5, галлюцинозом у 6 пациентов (что выяснилось при опросе больных через сутки после вмешательства), тошнотой у 5 и рвотой у 2 пациентов.

После экстубации лишь у 40 % пациентов восстановление сознания соответствовало 4 баллам по шкале Дама, у остальных адекватный уровень сознания восстанавливается в течение 1-2 часов. 90 % больных 1-й группы переведены в свои профильные отделения, так как не нуждались в специализированной помощи в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, во II группе количество таких больных составило 60%.

Выводы.

1. Тотальная внутривенная анестезия, как на основе дипривана, так и кетамина, обеспечивает достаточно высокий уровень адекватности анестезии, стабильные показатели газообмена при видеоторако - и лапароскопических вмешательствах.

2. Кетамин, в отличие от дипривана, вызывает достоверную гипердинамическую реакцию кровообращения после интубации трахеи, требующую частую введения гипотензивных средств.

3. Пробуждение пациентов после анестезии кетамином в 3 раза длительнее по сравнению с диприваном, сопровождается психоэмоциональным и физическим дискомфортом и требует длительного постнarkозного мониторинга в условиях ОРИТ.

4. ТВА на основе дипривана, обеспечивая стабильные показатели гемодинамики на всех этапах оперативного вмешательства, быстрое и комфортное пробуждение пациентов, позволяет переводить их сразу же в профильные отделения, что является одним из факторов, сокращающих сроки пребывания их в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гочашвили Н. Д. "Патофизиологические изменения при транспортировке больных из операционной в

**ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ГАЗООБМЕНА У БОЛЬНЫХ
ДВУХ ГРУПП НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (M ±m)**

ЭТАПЫ	1 группа					
	АД _с мм рт.ст.	АД _д мм рт.ст.	ЧСС уд/ мин.	РО ₂ мм рт.ст.	РСО ₂ мм рт.ст.	SaO ₂ %
Исход	135±2,1	85±1,9	84±3,1	101,1±4,5	40,2±2,6	94,6±0,23
После интубации трахеи	140±3,1	90±2,2	89±2,9	125,6±3,1 *	37,6±2,7	97,9±0,29
Периопера- тивный	130±2,4	78±1,9	65±3,5 *,**	116,1±4,1	47,1±3,4 **	96,1±0,4
Пробуждение	142±2,6 **	80±1,2	90±3,8 **	100,2±4,7	35,4±3,7	94,4±0,9

Примечание:

* - $p < 0,05$ по сравнению с исходом.

** - $p < 0,05$ по сравнению с предыдущим этапом.

отделение интенсивной терапии и их профилактика".

Автореферат дисс. канд. мед. наук., М., 1989 г.

2. Пиляева И.Е. Методика многокомпонентной внутривенной анестезии на основе капельной инфузии кетамина : дисс. канд. мед. наук.-М., 1982.

3. Holzman M, Sharp K, Richards W. Surgical

Laparoscopy and Endoscopy 1992 2:11-14.

4. Kortilla K. Recovery from propofol. Does it really make a difference. J Clin Anest 1993; 5; 443-446.

5. Liu S, Leighton T, Davis I, et al. Journal of Laparendoscopic Surgery 1991; 1-241-246.

Ф.Н.Нишанов,
Ш.А.Таджибаев,
А.У.Номонбеков,
Ш.П.Курбанов

**ЛАПАРОСКОПИЯ С ВИДЕОПОДДЕРЖКОЙ КАК
МЕТОД ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

Андижанский Государственный медицинский
институт

Ф.Н. Нишонов, Ш.А. Тоджибоеv, А.У. Номонбеков, Ш.П. Курбонов.

**МЕХАНИК САРИКЛИК ХАСТАЛИГИДА БЕМОРЛАРГА ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ УСУЛИ БИЛАН ТАШХИС КУЙИШ ВА
ДАВОЛАШ.**

Муаллифлар томонидан текшириш учун келиб чикишига кура хар хил генездаги механик сариклик хасталиги билан касалланган 18-та бемор жолб килинган ва ташрих утказилган. Шу беморларда жигар буйрак етишмочилигини олдини олиш, интоксикацияни камайтириш, ут йулларидағи ут суюклигини декомпрессия килиш ва ут йулларидағи бажариладиган ташрихлардан олдин беморнинг холатини яхшилаш организмдаги умумий интоксикацияни камайтириш максадида видеолапароскопик техникини күллаш оркали ут халтасига лапароскопик холецистостома күйиш ташрихи амалга оширилган. Ушбу маколада еритилган ишлардан шундай хулоса келиб чикадики узок вакт механик сариклик хасталиги билан оғриған bemорларга видеолапароскопик усул билан ут халтасига лапароскопик холецистостома күйиш ташрихи келажакда яхши ташхис күйиш ва даволаш усули сифатида кенг микиесида кулланилади.

F.N.Nishanov, Sh.A.Tadjibaev, A.U.Nomanbekov, Sh.P.Kurbanov

**LAPAROSCOPY WITH VIDEO SUPPORTING AS A METHOD OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT At PATIENTS WITH MECHANICAL
ICTERUS**

The authors in given work result experience of diagnostics and treatment of 18 patients with mechanical icterus of various genuses, with use of videolaparoscopic engineering. With the purpose of correction of liver-kidney insufficiency, reduction of intoxication, creation of gall decompression, as well as for realisation of preliminary preparation to operations of patients to second stage, the authors used the drainage of gall bladder by imposing laparoscopical gall bladder stoma with video supporting. Data received by the authors, permit to consider laparoscopic gall bladder stoma with video supporting perspective diagnostic and medical method at long mechanical icterus.

Введение: развитие диагностических методов кардинально изменило и расширило критерии и возможности оперативного лечения больных с механической желтухой различного генеза. В большинстве случаев комплексная диагностика позволяет точно прогнозировать адекватный объем хирургического вмешательства и реальные возможности таких операций на желчеотводящих путях. В связи с этим, про-

блема ранней и совершенной диагностики, особенно этиологии механической желтухи, лимитирующей продолжительность обследования, сохраняет высокую научно-практическую актуальность и находится в центре внимания исследователей. Неизменно важный вопрос в клинической практике - выбор оптимальной диагностической программы, обеспечиваю-

щий верификацию заболевания, определение локализации и ориентирование в выборе оптимальной лечебной и хирургической тактики. Это особенно важно при механической желтухе с учетом того, что каждый метод в отдельности имеет свои пределы диагностических возможностей. Поэтому до настоящего времени хирургического лечение механической желтухи остается крайне актуальной проблемой. В связи с этим возможности лапароскопии с видеоподдержкой как метод диагностики и лечения у больных с механической желтухой на наш взгляд представляет определенный интерес [1;2;3].

Материалы и методы: в 3 хирургическом отделении клиники АГМИ по поводу механической желтухи оперированы 18 больных возрасте от 46 до 59 лет. По характеру патологии больные распределены следующим образом: опухоли панкреатодуоденальной зоны -4 пациентов, хронический холецистопанкреатит с увеличением головки поджелудочной железы -8 больных, хронический калькулезный холецистит с холедохолитиазом - у 6 пациентов. Женщин было 13 пациентов, мужчин- 5.

С целью лечение печеночно-почечной недостаточности, уменьшения интоксикации, улучшения функциональных показателей печени, создания желчной декомпрессии, а также для проведения предварительной подготовки больных ко второму этапу операции мы осуществили дренирование желчного пузыря путем наложения лапароскопической холецистостомы с видеоподдержкой.

Техника операции: под наркозом производиться разрез кожи, ниже пупка длиной до 1 см., иглой Вереса создается пневмоперitoneум до 4.0 литров, используя газ СО₂. Вводится лапароскоп с видеокамерой и производится визуальная ревизия. На проекции желчного пузыря производится маркировка передней брюшной стенки. В этой точке прокалывается брюшная стенка пункционной иглой. Под визуальным контролем с помощью лапароскопа производиться пункция желчного пузыря у дна отступая от края печени 1-1,5 см., это способствует профилактике желчетечения. Эвакуация желчи с помощью отсоса. Устанавливается проходимость пузырного про-

тока, после чего вводится катетер, который фиксируется к коже узловым швом. Проверка на желчетечение. При правильном положении катетера желчь вытекает самопроизвольно. Для предупреждение желчетечения под область прокола подводится дренажная трубка. Ликвидация пневмоперитонеума.

Лапароскопическая холецистостома дает возможность в динамике проводить прямое контрастное исследование желчного пузыря и протоков, а также установить характер заболевания, границы распространения патологического процесса, его связь с внутри- и внепеченочными желчными протоками, уровень обструкции и целесообразность выполнения оперативного вмешательства.

Показанием для наложения лапароскопической холецистостомы была длительная механическая желтуха с признаками интоксикации и печеночно-почечной недостаточности. Всего проведено 28 лапароскопических вмешательств. Дренирование быстро снимает интоксикацию, самочувствие больных улучшается, появляется аппетит, исчезают слабость, желтуха, зуд кожных покровов, сон нормализуется, боли в правом подреберье уменьшаются. Через 15 - 20 дней в благоприятных условиях производится второй этап операции. Следует отметить, что летальность при этом значительно уменьшается.

Заключение: полученные удовлетворительные результаты позволяют считать лапароскопическую холецистостомию с видеоподдержкой перспективным диагностическим и лечебным методом при длительной механической желтухе. Данный метод, на наш взгляд, является одним из наиболее информативных и ценных методов в диагностике патологии желчеотводящих путей, осложненной механической желтухой. Ценность заключается в том, что этот метод преследует не только диагностические, но и лечебные цели.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Р.Х.Васильев.//»Комбинированная лапароскопия», Медицина, 1976г.
2. J.F.Griffin, S.R.Smalley et al.// Cancer. 1990. Vol. 66, n1, p 56-61.
3. B.C.Organ et al.// Arch. Surg. 1991. Vol 126. N9, p18-26.

Б.Х. Оразалиев

Г.Б. Оразалиев

Диагностическая и лечебная эндоскопия при острых хирургических заболеваниях брюшной полости

В диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по различным причинам допускаются серьезные ошибки, определяющие неправильную тактику лечения и приводящие к поздним операциям. В свете этого представляется актуальным изучение возможностей современных эндоскопических методов в решении проблем диагностики "острого живота" и определение их перспектив.

Произведен анализ эндоскопических исследований 1087 больных, находившихся на обследовании с 1985 по 1999 гг. в хирургическом отделении Берунийского ЦРБ МЗ Республики Каракалпакстан. Мужчин было – 408 (37%), женщин 679 (63%). Пациентов в возрасте до 60 лет обследовано – 817, старше 60 лет – 270 (24,8).

У всех больных обследование производилось с целью дифференцировки острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (острый холецистит, острый панкреатит и др.) с острыми заболеваниями других органов и систем (гинекологические, урологические, сердечно-сосудистые, легочные и др.), протекающих под маской, так называемого, псевдоперитониального синдрома.

Решающее значение для выбора рациональной тактики лечения больных имеют сроки обследования. В течение первых 6 часов нами осмотрено 782 больных (72%), 7-12 ч. 228 (21%), 13-24 ч. 54 (5%), 25-48 ч 23(2%) больных, т.е. в течение первых 12 часов с момента поступления в стационар обследовано 93 % пациентов.

Выбор метода первичного эндоскопического обследования должен определяться клинической картиной болезни.

Лапароскопия показана тем больным, у которых:

А) боли в животе несут разлитой характер, не имеют четкой локализации или концентрируются в нижних отделах живота;

Б) необходимо уточнить диагноз;

В) требуется провести дополнительные вмешательства (ЛХГ, холецистостомия, холецистэктомия, дренирование брюшной полости).

Анализ нашего материала показал, что лапароскопический диагноз был правильным у 875 (96,0%) из 911 обследованных больных; при перфоративной язве в 100%, аппендиците в 98,7%, холецистите случаев в 91,3%, инфаркте кишечника – в 78,1 %, внематочной беременности – у 98%, перекрут кисты – у 100%, травма печени и селезенки – в 96%, акушерский перитонит – в 100% случаев и т.д.

Ошибочный диагноз был выставлен 36 (4%) больным, неудачи отмечены у 14 (1,5%). Из них в 4 случаях они носили технический характер; в 9 случаях осмотр был невозможен в связи с развитием осложнений: эмфизема передней брюшной стенки у 6,

большого сальника у 2, ранение кишечника у 1 больного.

Диагностические ошибки у 16 больных послужили причиной неправильной тактики лечения у 2 больных, у 4 неправильного операционного доступа, у 10 – задержку с экстренными операциями.

Лапароскопические ошибки корректированы у 2 больных с помощью других методов обследования, в 2 случаях произведена лапаротомия.

Гастроуденоскопия для диагностики острых заболеваний применена у 254 больных, ее эффективность составила 80,1%.

Визуальные методы использовались комплексно у 240 больных и позволили довести эффективность диагностики острых заболеваний до 96%.

Практическое значение неотложной эндоскопии велико в определении тактики лечения больных и характера оперативных вмешательств. При обследовании 1087 больных эндоскопия позволила избрать правильную тактику лечения у 98,6% больных, экстренную операцию у 99%, при таких заболеваниях как острый аппендицит, перфоративная язва и др. Правильная диагностика ведет к правильной тактике лечения. Особого внимания заслуживает острый панкреатит и холецистит.

Применение лапароскопии и гастроуденоскопии в сочетании с рентгенологическим исследованием протоковых систем при остром панкреатите открывает перспективы диагностики этого заболевания и его форм, и прогноза болезни.

При остром холецистите вопрос о выборе тактики лечения решается просто и быстро с позиции лапароскопии. К вмешательствам на гепатохоледохе и большом дуоденальном сосочке одной лапароскопии недостаточно, необходима холангиография.

Современная эндоскопия – это не только правильная диагностика острых хирургических заболеваний, но и проведение эндоскопических операций. Самой простой из эндоскопических операций является дренирование брюшной полости. Показанием к дренированию брюшной полости являются заболевания при которых необходима: 1) местная противовоспалительная терапия; 2) нейтрализация биологически активных и ядовитых веществ, накапливающихся в брюшной полости; 3) механическая очистка брюшной полости. К таким заболеваниям относятся: холецистит, панкреатит, болезнь Крона, послеродовой пельвиоперитонит, перitonит туберкулезной этиологии. Дренирование брюшной полости произведено у 219 больных.

Чрезпеченочное дренирование желчного пузыря имеет цель снятия гипертензии в желчевыводящей системе и локальное введение антисептиков. Показанием к операции является острый холецистит и ост-

рый панкреатит.

Лапароскопическая холецистостомия (16 случаев) выполнена при остром холецистите (8) и холецисто-панкреатите.

Эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) выполнена у 15 больных с острым холециститом (11) и острым панкреатитом (4), в сочетании с холедохолитиазом.- При холецистите ЭПТ выполнялась в тех случаях, когда при холангиографии были выявлены холедохолитиаз и стеноз папиллы.

Операция была адекватной, что подтверждалось при экстренных (7) и отсроченных (4) оперативных вмешательствах.

Таким образом, ЭПТ в неотложной желчной хирургии имеет большие перспективы.

ВЫВОДЫ.

Современная эндовизуализация (гастродуоденоскопия и лапароскопия) должны широко использоваться в лечебных учреждениях практического здравоохранения в связи с их высокой диагностической эффективностью и возможностью определения рациональной тактики лечения.

В современной эндовизуализации можно видеть резерв, который обеспечивает улучшение результатов диагностики и лечения острых хирургических заболеваний брюшной полости.

*С.Р.Рахимов,
М.М.Жамолов,
Б.С.Рахимов*

**ПРИНЦИПЫ ЭНДОВИЗУАЛЬНОГО МЕТОДА
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ**

*Андижанский государственный медицинский
институт
(Ректор — проф. Хужамбердиев М.А.)*

Аспирация инородных тел в дыхательные пути у детей является сравнительно часто встречающейся патологией [2,3,5,6]. Очень часто инородное тело, проходя через гортань: застревает в одном из бронхов, нередко вызывает гипоксию, часто тяжелой степени [5,7].

Своеобразное развитие заболевания, в связи с присоединением тяжелейших осложнений, угрожающих жизни ребенка, является основанием для пристального внимания клиницистов к данной проблеме.

Как показывают данные литературы, посвященные инородным телам дыхательных путей, данное патологическое состояние встречается главным образом у детей младшей возрастной группы. Так, по данным М.Р.Ракицкого [6] из 108 детей у 73 (68%) составили дети до 3 летного возраста.

Следует отметить, что, по данным большинства клиницистов, установлено преобладание инородных тел правого бронха, что связывают с особенностями дыхательной системы у детей (сравнительно шире, угол отхождения от трахеи меньше, как бы является продолжением ее). Так, по данным И.Г.Климкович [1] оно составляет 67%, М.Р.Ракицкого [6] — 57% всех аспирированных инородных тел.

Материал и методы.

В клинике детской хирургии Андижанского медицинского института с 1991 по май 1999 года находились на лечении 330 детей, больных инородным телом дыхательных путей.

Распределение больных по возрасту и локализации инородных тел представлено в таблице 1.

Как видно из данных таблицы 1, дети до 3 лет составили 219 (67,5%) больные от 4 до 7 лет — 88 (26,6%) и от 8 до 14 лет — 23 (5,9%). Во всех случаях были экзогенные инородные тела: у 192 — органические и у 138 — неорганические. По локализации инородного тела больные распределялись следующим образом: в гортани — у 4 больных, трахеи — у 32 больных и в бронхах — у 304, в том числе в правом бронхе 189, в левом — у 105 больных.

В зависимости от степени фиксированности у 194 больных установлено свободно лежащее инородное

тело, у 39 — баллотирующие, у 14 — мигрирующие, у 83 больных — фиксированные.

Таблица 1
Распределение больных детей по возрасту и локализации инородного тела

Локализация	Возраст			Всего
	До 3 лет	4 - 7 лет	8 - 14 лет	
Гортань	4	-	-	4
Трахея	16	11	5	32
Бронх правый левый	128 71	47 30	14 4	189 105
Всего	219	88	23	330

Из этого числа больных 271 больной в нашу клинику поступил первично и 59 больных переведены из других лечебных учреждений. Среди 271 больного, поступившего в нашу клинику первично, 214 (79,3%) были госпитализированы в экстренном порядке и 57 (20,7%) — в плановом.

На основании учета характерных клинических симптомов у 133 больных процесс оценен как осложненный. По характеру осложнения больные распределены: у 26 больных — спазм голосовых связок, у 35 — была острые асфиксия, у 7 — ателектаз доли легкого, у 62 — острый гнойный лобит, у 1 — эмпиема плевры, у 1 — пиопневмоторакс и у 1 — кровотечение из легких.

Результаты и их обсуждение.

Клинические проявления инородных тел дыхательных путей зависели от возраста ребенка, локализации инородного тела. Из 229 детей в возрасте до 3 лет преобладали симптомы бурно развивающейся пневмонии с переходом в гноино-септический процесс у 57. Тогда как у 111 больных старшего возраста процесс имел сравнительно спокойное течение, у 7 из них присоединились хронические нагноения легких.

На характер течения патологического процесса

определенное влияние оказывала природа инородного тела. При неорганической природе инородного тела из 138 у 7 наступила полная обтурация бронха в связи с чем у больных отмечался ателектаз доли легкого. Противоположно указанному, из 192 больных с органическим инородным телом (семечки подсолнуха, фисташки) в 62 наблюдениях отмечен выраженный деструктивный процесс со стороны легких.

Во многом предопределяющим фактором клинического проявления была продолжительность нахождения инородного тела в дыхательных путях. Из 133 больных с осложненной формой инородного тела дыхательных путей, у 29 продолжительность нахождения инородного тела была более одного месяца.

Диагностика инородных тел дыхательных путей опиралась на анамнестические данные, указывающие на аспирацию инородного тела у 197 больных, в остальных случаях конкретной информации не получили.

У 214 больных, поступивших в экстренном порядке, выявлен приступ кратковременного кашля, у отдельных больных признаки острой пневмонии и ателектаза нижней доли легкого.

Лечебная тактика преследовала удаление инородного тела. Из 330 больных бронхоскопическое удаление при первой попытке осуществлено у 234 больных, из них у 4 было инородное тело в гортани, у 16 – в трахее, у остальных (174) в основном в правом, в отдельных случаях в левом бронхе. У 37 больных с инородным телом бронха оно удалено при повторной бронхоскопии, у 43 – при третьей и у 12 – четвертой попытке.

В четырех случаях из-за невозможности бронхоскопического удаления на фоне деструктивных процессов в легких у 2 в связи с мигрирующим инородным телом правого бронха у 2 больных. Удаление инородного тела осуществляли путем бронхотомии. Из числа наших больных умерли двое. У одного больного после бронхоскопического удаления инородно-

го тела наступила аспирация гноем противоположного легкого и наступила асфиксия. Во втором случае интраоперационно, в момент попытки удаления инородного тела из правого бронха мигрирующее инородное тело перешло в левый бронх и вызвало ателектаз обеих долей. Со стороны правого легкого процесс был осложнен тотальным гнойным лобитом.

Заключая изложенное, следует отметить, что аспирация инородного тела в дыхательные пути у детей в большинстве случаев наблюдается в младшей возрастной группе. В подавляющем большинстве случаев при наличии квалифицированного эндоскописта удаление инородного тела можно осуществлять путем бронхоскопии. Показанием к торакотомии и бронхотомии является безуспешность повторных бронхоскопических попыток на фоне осложненного (нагноившиеся пневмонии) или мигрирующего инородного тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Климович И.Г. Интенсивная терапия и хирургическое лечение неспецифических заболеваний легких у детей.- М.:Медицина, 1975.
2. Кукуруза Ю.П., Лайко Е.Е., Павлишин В.Г., Франчук В.П. Инородные тела дыхательных путей у детей// Вестник хирургии.- 1990ю- №3.- С.82-84.
3. Куксинский И.Е., Шаров Ю.К. Инородное тело правого верхне-долевого бронха у ребенка//Вестник хирургии.- 1987.- №10.- С.81.
4. Осипов А.П., Каржев А.В. Длительное пребывание инородного тела в бронхе//Вестник хирургии.- 1986.- №8.- С.72.
5. Рахимов С.Р., Жамолов М., Усманов Х.А., Байметов Н. Обструкция дыхательных путей инородными телами у детей//В кн.: “Актуальные вопросы детской хирургии”/Республиканский сборник научных трудов.- Андижан, 1997.- С.126-128.
6. Ракицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей.- Л.: Медицина, 1988.- 226 с.
- Johnson D.G. Аномалии и обструкции дыхательных путей//В кн.: “Детская хирургия”.- С.-П.:Хардфорд, 1996.- С.194-195.

**Е.М.Сайдазимов,
Ш.К.Атаджанов**

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИЗУАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ
В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**
Научный Центр Хирургии им.акад. В.В.Вахидова
МЗ РУз
/ и.о.директора д.м.н. Х.А.Акилов /

Сайдазимов Е.М.,Отажонов Ш.К.

"ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНинг ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШДА ЭНДОВИЗУАЛ ТЕХНИКАНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ"

Абдоминал жаррохлика жигар эхинококкозининг даволаш долзарб муаммолардан бири хисобланди. Эхинококкоз хирургиясида янги технологияни кўллаш - эндовизуал жаррохликнинг ривожланишига олиб келмоқда.

Муаллифлар томонидан 18 - да лапароскопик эхинококкектомия бажарилган. Операциянинг оригинал услуби, якин ва узок даврлардаги натижалари ёритилган. Катта бўлмаган тажриба таҳлили шуни курсатдики эндовизуал техникани курсатма ва карши курсатмаларини иносбатга олиб кўллаш, келажакда бу услуби нафли эканлигини курсатди.

Saidazimov E.M. , Ataganov Sh.K.

POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC TECHNIQUE IN SERGICAL TREATMENT OF LIVER HYDATIDOSIS.

The treatment of liver hydatidosis is very actual problem in abdominal surgery. The use of new technologies in surgery of hydatidosis is a part of development of endoscopic surgery.

18 laparoscopic cystectomies had been performed by authors. The original method of operation recent and postponed results have been described.

Analysis of experience had shown the prospective feature of this method with taking into account indication and contraindications to endovisual technique.

Эхинококкоз является одним из тяжелейших и широко распространенных антропозоогельминтозов. Отсутствие достаточно эффективных и безвредных для организма человека химиотерапевтических средств борьбы с эхинококкозом является причиной того, что единственным радикальным способом лечения остается хирургический [4]. Количество операций в Узбекистане по данным Ш.И.Каримова и соавт. (1994) составляет от 2,5 до 7 % и более. Эхинококкоз отмечается чаще среди молодого и работоспособного населения, поэтому борьба с этим заболеванием является важной социальной - экономической проблемой.

Развитие лапароскопической хирургии позволило по новому взглянуть на проблему хирургического лечения эхинококкоза печени. Если сегодня хирургическое лечение больных желчекаменной болезнью и некоторых других патологий являются ведущими методами, используются во многих клиниках, то вопросы оценки возможности лечения больных с очаговыми заболеваниями печени с помощью подобной техники находятся в стадии разработки и изучения. Вопросы оценки возможности лапароскопической техники при лечении кист печени стали изучаться с 1994 года. Первые результаты опубликованные зарубежными авторами показали перспективность внедрения лапароскопической эхинококкектомии [1-3, 5-10].

Материалы и методы исследования.

С января 1996 года в отделении хирургии печени и желчных путей Научного Центра Хирургии имени академика В.Вахидова МЗ РУз при лечении паразитарных кист печени стали впервые применять эндовизуальную технику. Всего выполнено 18 лапароскопических эхинококкектомий.

Среди пациентов женщин было - 7, мужчин - 11. Возраст больных колебался от 14 до 57 лет. Большинство составляли лица трудоспособного возраста. Длительность заболевания у 56 % больных составило в среднем 2 года. Для установления диагноза мы применяли комплексное обследование больных, включая иммунологические методы, рентгенисследование, радиоизотопное и ультразвуковое сканирование, а так-

же компьютерную томографию.

У 10 больных кисты локализовались в правой доле печени, у 8 в левой. Размеры эхинококковых кист в среднем достигали 6 - 7 см.. В 8 случаях выявлен сочетанный эхинококкоз печени и легких, у 6 из них выполнено одномоментно видеоторакоскопическая эхинококкектомия из легких и лапароскопическая эхинококкектомия из печени.

У 2 больных с предварительным диагнозом эхинококкоз правой доли печени операции начаты лапароскопическим доступом, однако при ревизии выявлено, что кисты расположены в поддиафрагмальной области, соответствующие YII - YIII сегменту, что значительно затрудняло выполнение следующих этапов с применением эндоскопических инструментов. Эхинококкектомия в данных случаях продолжены традиционным методом. Общие противопоказания к лапароскопической эхинококкектомии не отличались от таковых при любых хирургических вмешательствах, когда по тем или иным причинам целесообразность проведения вмешательства сомнительна. Кроме выраженной сердечной и дыхательной недостаточности других противопоказаний не наблюдали.

Местными противопоказаниями к лапароскопической эхинококкектомии считали эхинококковые кисты размеры которых более 7 - 9 см., локализация в труднодоступных для эндовизуального осмотра и манипуляций, диссеминированный эхинококкоз и эхинококкоз осложненный прорывом в брюшную полость, в полый орган, в желчные протоки, а также ранее перенесенные операции на органах брюшной полости. Последнее противопоказание относительно. Нами оперированы 2 больных перенесших аппендэктомию и 1 больная по поводу внематочной беременности .

Лапароскопические операции выполнялись на оборудовании фирмы "KARL STORZ" (GERMANY) под общим обезболиванием с искусственной вентиляцией легких. Положение больного на спине с приподнятым головным концом операционного стола. Хирург работает с инструментами через 11 мм. и 5 мм.

троакары, ассистент обеспечивает обзор операционного поля, работая 10 мм. телескопом Хопкинса .

Лапароскопическая эхинококэктомия проводилась в несколько этапов :

- Ревизия брюшной полости с визуализацией кисты ;
- Пункция кисты с эвакуацией содержимого ;
- Антипаразитарная обработка кисты ;
- Вскрытие фиброзной капсулы с удалением хитиновой оболочки ;
- Обработка остаточной полости ;
- Ушивание, тампонирование сальником и дренированием остаточной полости.

Область пункции и вскрытие капсулы ограничивалась марлевой турундой смоченной 1-2 % раствором формалина (или 10% гипертоническим раствором хлорида натрия). Пункция кисты выполняется через печеночную ткань (с целью профилактики попадания содержимого кисты в брюшную полость) и эвакуируется 10-20 мл. содержимого кисты на экспресс диагностику. При подтверждении диагноза эхинококкоза в кисту после ее полного опорожнения и отсутствия следов желчи, вводится 0,5-2 % раствор формалина или 76 % спирт. При наличии желчного свища - стерильный концентрированный глицерин. Эхинококкоз печени имеет свойство фиксации гидатидозной оболочки к фиброзной капсule печени. Поэтому после пункции и опорожнения кисты игла остается в просвете гидатидозной оболочки и возможность попадания формалина и спирта в желчные свищи минимальная. Затем с помощью "электрокрючка" или "лопаточки" рассекается фиброзная капсула. Хитиновая оболочка отделяется от фиброзной капсулы и с помощью мощного ваккум-отсоса через 10 мм. трубку эвакуируется из брюшной полости. После удаления хитина полость фиброзной капсулы тщательно осматривается, обрабатывается на турунде смоченным раствором йода, спирта, хлоргексидина и т.д.

Объем содержимого удаленных кист колебался от 50 до 200 мл.. Продолжительность операции составила от 60 до 110 мин..

Состояние остаточных полостей в послеоперационном периоде контролировалось при помощи ультразвукового исследования и фистулографии. Дренаж в остаточной полости находился от 7 дней до 1 месяца.

Через 3-4 часа после операции больным разрешалось подниматься с постели и самостоятельно обслуживать себя. Выписка из стационара осуществлялась на 7-14 сутки с рекомендациями периодического контрольного осмотра.

Результаты и их обсуждение

Самый длительный период наблюдения 3 года - рецидива заболевания не отмечено, на УЗИ у 10 больных остаточной полости нет, у 7 больных остаточная полость небольших размеров с отмечающейся тенденции к замещению соединительной тканью. У 1 больной отмечалось в послеоперационном периоде нагноение остаточной полости, по дренажу остаточ-

ная полость промывалась антисептическими растворами, в удовлетворительном состоянии с дренажной трубкой больная была выписана на амбулаторное наблюдение. Дренаж удален через 1 месяц после контрольного исследования на УЗИ.

Приводим пример больного Г. 35 лет, при УЗИ выставлен диагноз киста печени. Во время лапароскопического осмотра брюшной полости установлен диагноз эхинококкоза. Киста размерами 3х5см. располагалась по передней поверхности левой доли печени в виде "песочных часов". Киста была обложена турундами смоченными 1% раствором формалина и затем пунктирована. Получено небольшое количество до 10мм. прозрачной эхинококковой жидкости. Диагноз подтвержден гистологически. В полость кисты введен 76% спирт и 1% раствор формалина. После вскрытия фиброзной капсулы установлено, что фиброзная капсула плотная, на ней имеются участки кальциноза, а сами эхинококковая киста с множеством мелких пузырей. Мощным вакум - отсосом через 10мм. трубку хитиновые оболочки с дочерними пузырями были эвакуированы. Тщательный ревизией желчных свищей открывающихся в полость кисты не выявлено. Произведена обработка остаточной полости в печени растворами формалина, спирта, 3 % перекиси водорода. В остаточную полость введены прядь большого сальника и тонкая дренажная трубка с их фиксацией и ушиванием полостей кетгутом. Послеоперационный период протекал благоприятно, дренаж был удален на 11 сутки. Больной выписан на 12 сутки. Контрольный осмотр через 5 месяцев. Жалоб нет. Больной работает. Заключение УЗИ: состояние после эхинококкэктомии из левой доли печени с тампонированием остаточной полости сальником. Других полостных образований в печени и органах брюшной полости не выявлено.

Заключение

Таким образом, наш опыт внедрения лапароскопической эхинококкэктомии в клиническую практику выявил ряд преимуществ. На протяжении многих лет хирурги ведут борьбу с хирургической инфекцией и до сих пор эта проблема считается далеко не разрешенной. В лапароскопической хирургии вообще и при лапароскопической эхинококкэктомии в частности эта проблема становится практически решенной, так как ни одного случая нагноения послеоперационных ран в наших наблюдениях. Следовательно,- при возможности выбора у больных с повышенным риском развития раневой инфекции следует предпочтеть лапароскопическую методику. Другим положительным моментом в лапароскопической хирургии является отсутствие больших лапаротомных разрезов, минимальная травматичность мышц передней брюшной стенки и брюшины, что обуславливает менее выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, значительно сокращая сроки трудовой реабилитации. Кроме того анализируя отдаленные результаты послеоперационных осложнений лапароскопических холецистэктомий, мы пришли к выводу, что

причиной послеоперационных грыж является неушивание апоневроза в раневом канале 11 мм. троакара, поэтому считаем необходимым после извлечения троакаров большого диаметра ушивать не только кожную рану, но и дефект в апоневрозе передней брюшной стенки, таким образом сводится к минимуму риск развития послеоперационных грыж. Особенности устройства видеолапароскопической техники предрасполагает детальному осмотру полости фиброзной капсулы, а также возможность визуального диагностирования других сопутствующих заболеваний органов брюшной полости.

Однако лапароскопическая эхинококкэктомия не должна во что бы то ни стало вытеснять конкурирующие с ней традиционные методики, так как имеют свои определенные показания и противопоказания. Не следует оставлять без внимания и экономическую сторону, лапароскопические эхинококкэктомии требуют использование сложного, дорогостоящего оборудования и нельзя закрывать глаза на то, что окончательный выбор метода не в последнюю очередь зависит от уровня квалификации хирурга, имеющего достаточный опыт выполнения операций с применением эндovизуальной техники.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Доскалиев М.А., Адылханов С.П., Алайк С.М. Новое в хирургическом лечении эхинококкоза печени. // Анналы хирургической гепатологии. - 1998 . - т. 3 № 3 . - с.261-262 .

2. Брискин Б.С. Некоторые размышления о путях развития эндоскопической хирургии . // Эндоскопическая хирургия . - 1996 . - т.2 № 3.- с. 3 - 6.
3. Горемыкин И.В., Романов А.Ю., Филиппов Ю.В. Эхинококкэктомия из печени у детей с использованием лапароскопического доступа. //Эндоскопическая хирургия . - 1996. - т. 2 № 3. - с. 20 - 21 .
4. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Десничин Г.Г. Хирургия эхинококкоза //Медицина . - 1985 . 215-217.
5. Alper A., et al. Laparoscopic surgery of hepatic hydatid disease: initial results and early follow - up of 16 patients . // World - J -Surgery . - 1995. - 19 (5). 725- 728 .
6. Bickel A., Loberant N., Shtamler B. Laparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver . // J - Laparoendosc. - Surgery . 1994. - 4 (2) . 127 - 133 .
7. Guibert L., Gayral F. Laparoscopic pericystectomy of a liver hydatid cyst. //Surgery - Endosc. - 1995. - 9 (4). 442 -443 .
8. Khory G., Jabbour K.S., Bikhazi K. Resylts of laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver. // Surgery - Endosc. - 1996. - 10 (1) . 57 - 59 .
9. Massoud W.Z. Laparoscopic excision of a single hepatic hydatid cyst. // Intern. - Surgery. 1996. 81 (9) . - 9 - 13 .
10. Yucel O., Taly M., et al. Videolaparoscopic treatment of liver hydatid cysts with partial cystectomy and omentoplasty. A report of two cases . // Surgery - Endosc. - 1996. - 10 (4) . - 434 -436 .

**А.С.Сайдханов,
Р.И.Ибрагимов**

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СТЕПЕНИ СЛОЖНОСТИ,
ОБЪЕМА И ХАРАКТЕРА ОПЕРАТИВНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА
ОСНОВАНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ДАННЫХ**

**Кафедра хирургических болезней
(зав., проф. - Л.Т.Наджмитдинов)
ТашПМИ (ректор, проф. А.В.Алимов)**

А.С.Сайдханов, Р.И.Ибрагимов.

**ЯРА ХАСТАЛИКЛАРИДА ЭНДОСКОПИК ИЗЛАНИШЛАР АСОСИДА ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИНИ ОГИРЛИК ДАРАЖАСИ-
НИ ОЛДИНДАН АНИКЛАШ**

Куплаб эндоскопик изланишлар натижасида Капанджи сфинктеридан Фатеров сургичигача бўлган оралиг масофа улчови 12 бармокли ичак ва ошқозондаги жаррохлик амалиётини канчалик оғир кечишини олдиндан аниқланиши ўрганилди. Оралиг масофа буйича беморлар 3 туругга бўлинди. Барча беморларда Бильрот-I усули бизнинг модификациямиз буйича ошқозон резекцияси бажарили.

Девор пластикаси 2 хил усулда амалиёт килинди:

- 1.Ошқозон чултогини ўз уки буйича айлантириб, 12 бармокли ичак чултогини беркитишга ишлатилди.
2. Махсус «скальпель» ёрдамида 12 б.и. тукималари мобилизацияси килинди.

А.С.Saidkhanov, R.I.Ibragimov.

PROGNOSIS OF OPERATIONS TO ULCER DISEASES BY ENDOSCOPIC RESEARCH.

The object of research is endoscopic study stomach and duodenum. We have 17192 endoscopic research patients with ulcer diseases. Measuring of distance sphincter Capajy - Fatery nipple can help for prognosis the operations on stomach and duodenum and to determine tactics of surger into the operation.

Радикальность операции по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки обеспечивается удалением патологического очага - язвы. Однако хирурги нередко выполняют операцию - резекцию желудка «на выключение» т.е. язву оставляют на месте. Производят так же ваготомию и другие виды операции без удаления язвы. После таких операций больные нередко продолжают страдать: беспокоит их боли (особенно при пенетрирующих язвах), кровотечения, перфорация и т.д. Были случаи когда больные погибали от продолжающегося кровотечения или его осложнений: анемия, несостоятельность швов, перитонит, сепсис, кахексия и т.д.

С намерением сделать операцию радикальной (с удалением язвы) хирург может совершать ещё больше ошибок, осложнений: повреждения холедоха, Вирзунгова протока, сосудов. После удаления язвы, особенно при наличии воспалительной инфильтрации и рубцовом процессе окружающих тканей, культи двенадцатиперстной кишки становится короткой, неподатливой, трудно обрабатываемой и трудно анастомозируемой. Во время операции могут возникать такие сложные ситуации решения которых бывает трудно даже опытному хирургу. Риск возникновения осложнений нарастает. В результате операция может выполняться некачественно. Короткой может оказаться одна из стенок культи в связи с удалением язвы или рассечением ее с целью получения анастомоза с достаточно широким просветом.

Вышесказанное диктует необходимость прогнозирование перед операцией степень сложности, объема и характера оперативного вмешательства при язвенной болезни по отношению каждого больного и по возможности определить тактику хирурга, а также составления примерного плана каждого этапа оперативного вмешательства.

Целью настоящего исследования является опре-

деления возможности прогнозирования степени сложности, объема и характера оперативного вмешательства при язвенной болезни на основании общезвестных данных и на основания данных измерения расстояния между сфинктером Капанджи и Фатерово соском.

Для реализации цели поставили перед собой следующие задачи:

1.Изучения жалоб, анамнестических, объективных, рентгенологических данных и данных УЗИ у больных с язвенной болезнью и оценить значение их в прогнозировании тактики хирурга.

2.Эндоскопическое измерение расстояния между сфинктером Капанджи и Фатерово соском у больных с язвенной болезнью и оценить значения его в определении тактики хирурга.

Материалы и методы исследования.

В течении 15 лет нами обследованы амбулаторно и стационарно 17192 больных с различной патологией желудка (2109 больных) и 12-перстной кишки (15083 больных), в возрасте 13-87 лет. Опыт эндоскопических исследований показал, что различаемый при жизни сфинктер Капанджи явно заметен и при эндоскопическом исследовании. Учитывая, что язва почти всегда располагается выше сфинктера Капанджи или на его уровне этот физиологический сфинктер мы решили использовать в качестве ориентира для определения состояния будущей культи 12-перстной кишки.

Хотя в работах посвященных эндоскопии имеются указания на сфинктер Капанджи (Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И.,

1985) однако в доступной нам литературе не нашли сведения касающиеся значения определения расстояния между ним и Фатерово соском при прогнозировании степени сложности оперативных вмешательств по поводу язвенной болезни.

Исследования проведены у 200 больных с язвенной болезнью желудка (11 больных) и 12-перстной

кишки (189 больных), которым помимо обычных исследований проведено эндоскопическое измерение расстояния между сфинктером Капанджи и Фатерово соском.

Для контроля изучены истории болезни 500 больных перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни которым не было произведено это измерение.

Из 500 больных у 48 больных была язва желудка, у 452 - язва 12-перстной кишки.

Техника определения расстояния от сфинктера Капанджи до Фатерова соска.

Эндоскоп вводится обычным путем до Фатерова соска. На уровне резцов передних зубов трубку эндоскопа маркируют лигатурой. Подтягивая эндоскоп к себе находят первые циркулярные складки верхней горизонтальной части 12-перстной кишки, которые соответствуют сфинктеру Капанджи. На этом уровне снова маркируют трубку эндоскопа лигатурой. Расстояние между лигатурами соответствует расстоянию от Фатерова соска до сфинктера Капанджи.

Истинная величина расстояния между этими образованиями бывает чуть меньше по сравнению с данными нашего измерения, что связано с тем, что при подтягивании в начале происходит некоторое выпрямление эндоскопа, а потом конец его двигается назад. Однако это при сравнительной оценке расстояния не имеет большого значения. Метод не может быть использован лишь при выраженных стенозах.

Результаты исследования, обсуждения их.

Из 500 больных (контрольная группа) 196 больных перенесли резекцию желудка по Бильрот-II, 290 - по Бильрот-I, дренирующие операции: с ваготомией - 8 и без ваготомии - 6. Изучение истории болезни этих больных показало, что на основании жалоб больных, анамнестических, эндоскопических и рентгенологических данных определялись места расположения язвы, размеры, иногда глубина ее. Однако ни разу не отмечено расстояния от язвы до Фатерова соска. Прогноз по отношению состояния будущей культи 12-перстной кишки определялся в основном после вскрытия брюшной полости, и то приблизительно, так как места расположения Фатерова соска было не известно. Лишь после вскрытия просвета 12-перстной кишки (если она вскрывалась) можно было определить это расстояние. Но тогда возникали трудные ситуации, если культа 12-перстной кишки оказывалась уже короткой, трудно обрабатываемой, трудноанастомозируемой. Технические сложности во время операции порождали послеоперационных специфических для этой операции осложнений. Так из 500 больных у 18ти развился послеоперационный панкреатит, с некрозом железы у 5 (3 из них смертельным исходом), у 5 больных несостоительность швов культи 12-перстной кишки (2 умерли), у 3 несостоительность швов гастроуденального анастомоза (2 умерли), у 2 абсцесс брюшной полости.

По результатам данных измерения расстояния от сфинктера Капанджи до Фатерова соска больных ос-

новной группы распределили на 3 группы.

I группу (117 больных) составили больные у которых Фатерова сосок располагался в середине нисходящей части 12-перстной кишки, т.е. на $\pm 7,3$ см ниже сфинктера Капанджи. Это самое благоприятное, в смысле обработки культи или анастомоза органа, расположение. II группу (56 больных) составили больные у которых Фатеров сосок располагался на $\pm 4,8$ см ниже сфинктера Капанджи, что также свидетельствует о возможности обработки культи или анастомозируемости ее если воспалительно-рубцовые изменения органа незначительны. Наконец в III группу вошли 27 больных у которых расстояние между сфинктером Капанджи и Фатерово соском было коротким и составляло в среднем $\pm 2,8$ см. У этой группы больных мы заранее (до операции) знали о трудностях с которыми хирург будет сталкиваться во время операции: как при удалении язвы, так и при обработки культи 12-перстной кишки или анастомозировании ее с культи желудка.

Нами в клинике разработана пластика стенки 12-перстной кишки после удаления язвы двумя способами (1993, 1998). Ниже приводим вкратце описание этих способов.

1.Производим поворот культи желудка на 90° **по часовой стрелке и большую кривизну, переднюю или заднюю стенки желудка используем для пластического замещения недостающие соответствующих стенок культи 12-перстной кишки. Дефект, который образуется после рассечения стенки культи 12-перстной кишки, замещаем дистальным углом большой кривизны культи желудка с целью получения достаточно широкого просвета анастомоза (особенно при наличии рубцового стеноза).** При этом анастомоз получается **без натяжения швов.**

2.Сущность второго способа пластики стенки культи 12-перстной кишки заключается в следующем: после удаления, обычно, калезной пенетрирующей язвы специальным «скальпелем» (А.с. СССР, 1146018) этим же скальпелем края раны органа путем сепарирования отделяем от подлежащих тканей. При том со стороны места расположения Фатерова соска, холедоха, Вирзунгова протока, крупных сосудов освобождаем стенку культи на протяжении 0,2-0,3 см, а с другой стороны полностью - до получения трансплантата на ножке. Сшиванием этих краев закрываем ложу исеченной и тампонированной сальником язвы.

Всем 200 больным нами выполнена резекция желудка по Бильрот-I в нашей модификации (А.с. СССР N1194402) с удалением язвы - патологического очага. При этом поворот культи желудка производился всем больным. У 15 больных II группы и 18 больных III группы пришлось производить пластику стенки 12-перстной кишки вышеописанным способом.

Из 200 больных (основная группа) один больной умер от панкреонекроза. Ещё у 7 больных наблюдалась признаки панкреатита. У одного больного наблюдалась частичная несостоительность швов гастроуденального анастомоза. Эти больные выздоровели.

Других специфических осложнений не было.

В заключении хотим отметить, что оперативное лечение больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки нуждается прежде всего в дальнейшем совершенствовании технологии самого оперативного вмешательства.

Выводы.

1.На основании субъективных и общеизвестных объективных данных трудно прогнозировать степень сложности и тяжести операции - резекции желудка.

2.Эндоскопическое измерение расстояния между сфинктером Капанджи и Фатерова соска дает возможность прогнозировать степень сложности, объема и характера оперативного вмешательства при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

3.Методами пластики стенки 12-перстной кишки можно сконструировать гастродуodenальный анастомоз без натяжения швов, улучшить результаты операции - резекции желудка.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. - **Дуоденоскопия. Руководство по клинической эндоскопии.** Москва, 1985, с. 41-46.
2. Сайдханов А.С. - **Пластика стенки двенадцатиперстной кишки после удаления калеэзных язв. Актуальные вопросы реконструктивной хирургии пищевода и желудка,** Ташкент, 1998, с.333-334.
3. Сайдханов А.С., Сайдханов Б.А., Каримов Г.З. и др. - **Способ резекции желудка с гастродуodenальным анастомозом конец в конец.** *Хирургия*, 1993, №11, с.69-72.

Сайдханов Б.А.,
Садиков Х.Т.,
Болтаев Д.Э.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.**
*Научный центр хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз.
(и.о.директора- д.м.н. Акилов Х.А)*

Б.А.Сайдханов., Х.Т.Садиков., Д.Э.Болтаев

Операция булган ошкозон касалликларининг эндоскопик диагностикаси

Маколада операция булган ошкозон касалликлари билан хасталанган 591 беморнинг диагностика ва даволаниш натижалари келтирилган, шу bemорлардан 70 таси клиника шошилинч тарзда тушган.

Текширишлар натижасида операция булган ошкозон касалликлари билан хасталанган bemорларнинг эндоскопик усулда текширишнинг диагностик белгилари ва баҳоси келтирилган, такидланадиги эндоскопик текширишнинг диагностика кобилияти 92,4% ташкил киради.

“Колдирилган антрум” ни ва сурункали дуоденал эндоскопик ретроград дуоденография усули билан аниглаш еритилган.

Пептик ва кайталанган яраларни даволашда эндоскопик аутогемоаппликация усулининг самарадорлиги курсатилган.

Saidkhanov B.A., Sadikov Kh.T., Boltaev D.E.

Endoscopic diagnostics for operated stomach diseases.

In article the results of diagnostics and treatment of 591 patients with operated stomach disease are analyzed. Among them 70 patients had been delivered to hospital by emergency.

The endoscopic parameters of estimation of operated stomach disease including syndrome and afferent loop syndrome have been elaborated. At that diagnostic reliability of endoscopy was 92,4%.

The new method of diagnostics for unremoved antrum and chronic duodenal constipation by endoscopic renograde duodenography is described.

Для объективной оценки эффективности того или иного способа хирургического лечения язвенной болезни гастродуоденальной зоны, необходимым условием является анализ отдаленных результатов этих операций с учетом развивающихся осложнений, их частоты, причин развития и возможности профилактики (Вахидов В.В., Хаджибаев А.М., 1993; Калиш Ю.И., 1984; Шалимов А.А., 1987).

Эндоскопический метод исследования дает наиболее важные сведения об изменениях, наступивших после выполненной операции, позволяет прямо или косвенно судить о причинах развившихся заболеваний оперированного желудка (ЗОЖ). Трудно переоценить ценность этого метода, позволяющий визуально выявить патологические изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ориентируясь на которых можно определить тактику лечения.

ЦЕЛЬЮ ДАННОЙ РАБОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

разработать эндоскопические критерии оценки диагностики ЗОЖ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

В отделении хирургии пищевода и желудка с 1975 по 1997 гг. выполнена 591 реконструктивная операция (РО) при ЗОЖ. Анализированы данные полученные при эндоскопическом обследовании этих больных до и после РО в различные сроки.

Пептические язвы оперированного желудка при ЗОЖ имеют отличительную эндоскопическую картину. Для них характерным является глубокий кратер, высокий воспалительный вал, каллезный плотности края. Чаще встречаются язвы больших, порой гигантских размеров, особенно это касается пептических язв анастомозов. Характерным является отсутствие эндоскопических признаков тенденции к заживлению. Из 13 случаев сформированного желудочно-ободочного свища, в 11 диагноз был верифицирован эндоскопически. При этом в кратере язвы обнаруживалось свищевое отверстие с поступающим кишечным содержимым, визуализировалась характерная толстокишечная слизистая. В 2 случаях для уточнения диагноза через канал эндоскопа введен контраст и получены рентгено-

логические контуры рельефа ободочной кишки.

Диагностика (обнаружение) самой пептической язвы на сегодняшний день не является трудной задачей и успешно решается рентгено-эндоскопическим обследованием. Гораздо сложнее установить истинную причину рецидива язвенной болезни оперированного желудка. Затруднена также диагностика “оставленного антрума” после резекции желудка на “выключение дуоденальной язвы”. Нами разработан способ диагностики “оставленного антрума” методом эндоскопической ретроградной дуоденографии (приоритетная справка 1 НДР 9700997. 1 от 16 декабря 1998 г.). С целью диагностики “оставленного антрума” мы использовали гастрофибрископ CIF.Q-10 фирмы “Олимпус” (Япония). Исследование проводили после традиционной подготовки больных в рентгено-эндоскопическом кабинете в условиях рентгено-телевизионного контроля, который дает возможность более эффективно проводить диагностики манипуляции. Методика проведения исследования заключается в проведении гастрофибрископа в приводящую петлю гастроэнтероанастомоза, проведенный через биопсийный канал, устанавливаем проксимальнее уровня предполагаемого нами привратника и вводим контрастное вещество (триобраст, билигност и др.). При наличии «оставленного антрума» в рентгено-телевизионном установке вырисовываются его контуры в виде треугольника или трапеции с характерными желудочными складками.

Метод эндоскопической ретроградной дуоденографии дал возможность выявить наличие и другого патологического состояния-хронической дуоденальной непроходимости не учтенной при выполнении первичной операции. Важность такой диагностики в том, что она позволяет установить показания или противопоказания к редуоденизации. При ЗОЖ развившейся после резекции желудка по второму способу Бильрота у 32 больных выполнена диагностическая ретроградная дуоденография по указанной методике. В 6 случаях установлено наличие “оставленного антрума”, что позволило еще до операции выявить ис-

тинную причину гипергастринемии с развитием пептической язвы гастроэнтероанастомоза. Этим больным выполнена реконструктивная резекция желудка с резекцией "оставленного антрума".

У 11 больных в результате ретроградной эндоскопической дуоденографии выявлено сочетание дуоденостаза с синдромом приводящей петли (СПП). При выполнении РО у этих больных воздержались от реодуоденизации.

Демпинг синдром является вторым по частоте осложнением после пептических язв оперированного желудка. Вопрос о том, что при этом главенствует - механический фактор или функциональная природа развития - остается дискутабельным. Выявленные эндоскопические данные больше подтверждают органическую причину развития. Широко сформированное соусье, его постоянное зияние, ригидность, отсутствие полного смыкания кольца анастомоза расценены как прямые признаки демпинг синдрома, установленные эндоскопически. Характерной картиной также были явления атрофического гастрита, отсутствие эрозивно-язвенного процесса слизистой оболочки, рефлюкс дуоденального (кишечного) содержимого в культию желудка. Диагностическая точность эндоскопии в выявлении демпинг-синдрома составила 76,3%.

Синдром приводящей петли может возникать после гастроэнтеростомии, резекции желудка выполненного по второму способу Бильрота и служит поводом для РО в 1-11,7% случаях (Ю.И.Калиш с соавт., 1999; Г.Г.Барамидже., 1993; А.Ф.Черноусов с соавт., 1995). Эндоскопическими признаками СПП служит зияние кольца ГЭА, выявление в приводящей пептле застойной желчи, возможно с примесью пищевых масс, еюногастральный рефлюкс, признаки расширения приводящей и отводящей петель анастомоза. Сопутствует щелочный гастрит, еюнит, недостаточной физиологической кардии.

Боли при пептических язвах носили выраженный и стойкий характер, плохо купируются медикаментозными средствами. Это связано с большими размерами язевенного кратера и инфильтрата, частой пневматацией в соседние органы. Альтернативой в данной ситуации считаем применение эндоскопической аутогемоаппликации (АГА) ("Способ лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки" Эшбеков М.Э, Хаджибаев А.М, Струссский Л.П, Байбеков И.М-патент 2241 с приоритетом от 13.04.94г). Суть способа заключается в заборе крови из кубитальной вены до 5,0 мл и с помощью конюлы проведенной через биопсийный канал эндоскопа кратер язвы орошается аутокровью больного. У 60 % больных отмечалось купирование болевого синдрома сразу после первого сеанса АГА, у 20 % эффект отмечен после 2-х сеансов АГА, а остальным понадобилось 3-4 эндоскопических АГА, чтобы достичь обезболивающего эффекта. У этих больных отмечена эндоскопическая картина существенного уменьшения язевенного кратера и периульцерозного воспалительного отека, что технически упрощало выполнение сложной РО. С явлениями остро-го желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) было

госпитализировано 66 (15,9 %) больных с рецидивом язевой болезни. Эндоскопия в настоящее время получила широкое применение как метод диагностики и коррекции у больных ранее перенесших операции на желудке. Опыт проведения экстренных эндоскопических исследований у больных с ЗОЖ, показал, что во время проведения эндоскопии в большинстве случаев получены объективные критерии, определяющие прогноз гастродуодинальных кровотечений и тактику лечения больных. Основными критериями были: глубина, площадь, количество, локализация, сочетанность изъязвлений и поражений. Характер источника кровотечения. Факт кровотечения (отсутствие, продолжение его и наличие тромбированного сосуда).

Согласно классификации Forrest (1987) наши больные были распределены на следующие группы: I гр (F-1-A)-язва с активным кровотечением наблюдались у 10 больных, II гр.(F-1-B) небольшим подсачиванием крови-у 5 больных, III гр.(F-11-A)-язва с наличием тромбированного сосуда на дне-у 7 больных, IV гр (F-11-B1 язва с наличием измененного тромба у 31 пациента и V гр (F-11-C1-язвы, где признаков кровотечения в момент осмотра не было - у 13 больных.

Остановку кровотечения с помощью эндоскопа рассматриваем как временную меру, дающий определенный выигрыш во времени с целью подготовки больного к срочному оперативному вмешательству. Для остановки желудочного кровотечения используем моно- и биоптивные способы биполярной. Нами с этой целью использован источник высокочастотного тока серии VES-10 фирмы "Олимпус" (Япония) с режимом "коагуляции", которая явилась надежным способом остановки кровотечения у 13 больных.

Таким образом, эндоскопическая диагностика при ЗОЖ является на сегодняшний день наиболее ценным, главенствующим методом обследования, позволяющая в ряде случаев определить хирургическую тактику и использовать ее в предоперационной подготовке больных к сложной реконструктивной операции.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Барамидзе Г.Г.-**Диагностика, профилактика и лечение заболеваний желудка, развивающихся после хирургического вмешательства по поводу язевой болезни.** Авторферат дисс.док.мед.наук.М.,1993,С.33.
2. Вахидов В.В., Хаджибаев А.М.- **Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция.** Ташкент, 1993,С. 204.
3. Шалимов А.А., Саенко В.Ф.- **Хирургия пищеварительного тракта.** Киев. Здоров'я, 1987, С.566.
4. Калиш Ю.И.,Худайберганов Ш.А., Бабаджанов А.Р. **Диагностика и хирургическое лечение синдрома приводящей петли.-Хирургия Узбекистана,1999, № 1.стр 39-42.**
5. Черноусов А.Ф.,Богопольский П.М.,Аба М.- **Диагностика и лечение синдрома приводящей петли.-Хирургия,1995г, №1 стр.41-44.**
6. Эшбеков М.Э.,Хаджибаев А.М.,Струссский Л.П., Байбеков И.М.- **Способ лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Патент на изобретение №2226. от 1995г //.**

Б.У.Сабиров,
З.Б.Курбаниязов,
Н.Ё.Кушмуродов

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**
Кафедра хирургии № 1
Самаркандского медицинского института
(заведующий кафедрой - профессор Б.У.Сабиров)

Жигардан эхинококкэктомия қилинган 210 бемордан 41 га (20%) кичик жарохатли хирургик мулажалар ўтказилган. Шундан 17 беморга лапароскопик эхинококкэктомия, 24 га эхинококкэктомия минилапаротомия орқали қилинган. Лапароскопик эхинококкэктомия ўтказиш учун асоратланмаган, диаметри 5 см гача бўлган ва жигарнинг II-VI сегментларида жойлашган кисталар кўрсатма бўла олади. Жигарнинг III-V сегментларида 10-20 см диаметрли якка кисталарни минилапаротомия орқали олиш мумкин. Бошка холатларда жигардан эхинококкэктомияни лапаротомия орқали қилиш кўрсатилган. Кичик жарохатли операцияларни ўтказиш ва операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмаган.

210 sick people have been operated on for echinococcus. 41 of them (that is 20%) have been operated on by means little sections. 17 patients have been undertaken laparoscopic echinococcetomy. 24 patients have been undertaken liver echinococcetomy by means of minilaparotomic invasions.

The reasons of laparoscopic echinococcetomy were small sized (5sm-in diameter) located in the II-V liver segments. Isolated cysts (10-20 sm - in diameter) located in the III-V liver segments can be ablated through minilaparotom invasions. All the rest cases are examples of echinococcetomy through laparotom invasion. Intraoperative and postoperative complications during miniinvasion were not registered.

Перспективным направлением в улучшении результатов хирургического лечения эхинококкоза и в частности при локализации ее в печени является, по нашему мнению, малоинвазивные вмешательства. Малоинвазивные операции абдоминальной хирургии прежде всего связаны с использованием видеоэндоскопической техники. Небольшой оперативный доступ, хороший обзор и малый травматизм определяют успех эндохирургии, а кратковременность периода реабилитации, косметический эффект определяет ее социальное значение. В литературе имеются лишь единичные публикации посвященные использованию лапароскопической технологии для удаления эхинококковых кист (1,2).

Цель нашего исследования состояла в изучении возможностей эхинококкэктомии из печени с использованием методов эндогиперизуальной технологии.

Материал и методы исследования.

Клинический материал представлен 210 больными эхинококкозом печени, которым произведены различные операции за период 1996-1999 года в клинике хирургии N 1 Самаркандского медицинского института. Из них 41 (20%) больному произведена эхинококкэктомия из печени с использованием эндохирургической технологии. 95,5 % больных составили лица в возрасте от 15 до 59 лет. 2/3 больных составили пациенты женского пола. Из

210 больных 42 пациента обратились с рецидивом заболевания. У 102 больных, то есть почти 1/2 наблюдений у больных имелись множественные кисты в печени. По размерам эхинококковые кисты подразделены нами на малые - до 5 см в диаметре, средние - до 10 см, большие до 20 см и гигантские - более 20 см в диаметре. В 41% наблюдений эхинококковые кисты достигали больших и гигантских размеров. Эхинококковые кисты в 13,1 % наблюдений локализовались во II-III сегментах печени, в 15,7 %

- IV (V), в 8,2 % - V (VI), 35,7 % - VII-VIII, 26,2 % - VI-VII сегментах печени. Кроме количества, размеров и локализации определяли состояние паразитар-

ной кисты, при этом выделили 4 разновидности кист:

- однопузырная киста (дочерние пузыри отсутствуют, фиброзная капсула мягкая);
- многопузырная киста (имеются дочерние пузыри, фиброзная капсула ригидная);
- обызвествленная киста (содержит замазкообразную массу, фиброзная капсула кальцинирована);
- нагноившаяся киста (содержимое гной, элементы паразитарной кисты расплавлены).

В диагностике использовано УЗИ, интраоперационное УЗИ, КТ - исследование печени, лапароскопия.

В хирургическом лечении эхинококкоза печени использовали 2 вида вмешательств:

- малоинвазивные вмешательства - лапароскопическая эхинококкэктомия и эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ;
- эхинококкэктомия из печени «традиционным» лапаротомным доступом.

Лапароскопическую эхинококкэктомию выполняли под общим наркозом с наложением пневмoperitoneума. После введения видеокамеры в подреберье вводились 2 троакара. Киста пунктирувалась и содержимое эвакуировалось отсосом. Затем производилась кистотомия и хитиновая оболочка удалялась

в специальном пластиковом пакете-контейнере из эпигастральной точки.

Стенки кисты (фиброзная капсула) выступающие на поверхности печени иссекались ножницами с электрокоагуляцией. Фрагменты фиброзной капсулы также удалялись через «эпигастральный» троакар. Ложе кисты подвергалось коагуляции и операция завершалась подведением дренажа.

При проведении эхинококкэктомии из печени через минилапаротомный доступ первым этапом производилась диагностическая лапароскопия, во время которой устанавливали точную локализацию кисты и место на передней брюшной стенке, где планировалась проведение минилапаротомного разреза. Для доступа использовали транс-парарактальные разрезы в эпигастрии. Длина кожного разреза варьировала в

пределах 5 см. За счет специального ранорасширителя рана приобретала вид усеченного конуса, вершиной которого являлся кожный разрез, что позволяет свободно манипулировать в ней. Инструменты для манипулирования в глубине раны имели длинные бранши. Поднятый валик под спиной больного приближает печень к ране. Яркое освещение лапароскопом со стороны брюшной полости является несомненным преимуществом таких операций. Пневмоперитонеум непродолжителен - только на период диагностического этапа, а само вмешательство выполняли после эвакуации газа. Этапы операции не отличались от эхинококкэктомии при лапаротомном доступе:

- пункция с эвакуацией эхинококковой жидкости;
- кистотомия с удалением хитиновой оболочки;
- обработка фиброзной капсулы сколексоидом;
- иссечение фиброзной капсулы выступающей над паренхимой печени;
- при необходимости шовная пластика остаточной полости (капитонаж) или оментопломбировка.

Эхинококкэктомия «традиционным» - лапаротомным доступом осуществлялась в нашей клинике во всех случаях только через верхне-серединную лапаротомию. Использование ранорасширителей Сегала позволяло производить эхинококкэктомию из всех сегментов печени без особых технических трудностей. Эхинококкэктомию завершали перицистэктомией, шовной пластикой или оментопломбировкой остаточной полости в печени по так называемым «закрытому» или «полузакрытому» методам.

Результаты и их обсуждение.

Эхинококкэктомию из печени с использованием только лапароскопической техники провели 17 больным. Показанием к проведению лапароскопической эхинококкэктомии являлись неосложненные эхинококковые кисты малых размеров (кисты в диаметре до 5 см) без наличия включений в виде дочерних кист расположенные во II, III, IV, V, VI сегментах печени.

Противопоказания: - перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости, выраженная легочно-сердечная патология, кисты больших размеров, наличие включений внутри кисты, локализация кист в VII, VIII сегментах печени. Продолжительность операции лапароскопическая эхинококкэктомия из печени составила 54,6 + 8,6 минут.

24 больным произведена эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ. Показанием к проведению эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа являлись единичные кисты средних размеров (в диаметре до 10 см) локализующиеся в III, IV, V сегментах печени. Удаление эхинококковых кист в диаметре до 10 см из минилапаротомного доступа после эвакуации содержимого кист не представляло труда. При краевом расположении даже более крупных кист (в диаметре до 20 см) их удаление также представлялось возможным. Безусловно для больного благоприятным являлся переход к минилапаро-

томии при невозможности выполнения лапароскопического вмешательства. Операция эхинококкэктомия из минилапаротомного доступа в то же время не может быть отнесена к простым для технического исполнения операциям. Установка ранорасширителей, использование специальных инструментов, манипулирование в глубине раны требуют определенного навыка.

Существенным недостатком таких операций является невозможность проведения эхинококкэктомии из отдельных, труднодоступных сегментов печени (VI, VII, VIII сегменты). Продолжительность операции эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ составила 69,2 + 11,6 мин.

Интраоперационных и послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии и эхинококкэктомии из минилапаротомного доступов не отмечали. Конверсия при выполнении вышеуказанных операций проведена в 6 случаях. В 4-х наблюдениях при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии потребовался переход к минилапаротомии. В 2-х наблюдениях пришлось от минилапаротомии перейти к традиционной лапаротомии. Однако, все эти ситуации наблюдались нами на этапе освоения этих методик.

Больным после лапароскопической эхинококкэктомии и эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа в послеоперационном периоде требовалось минимальное количество анальгетиков.

Мы отмечали раннюю активизацию больных после операции, больные вставали с постели на следующие сутки после операции. Отсутствие послеоперационного пареза кишечника позволяло начинать кормление на 2-е сутки. После обязательного УЗИ-контроля больные выписывались домой.

Продолжительность пребывания больных в стационаре после лапароскопической эхинококкэктомии составила в среднем 5,8 койко-дня, после операции 4,3 койко-дня. В группе больных после эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа этот показатель составил 7,3 койко-дня, после операции 5,1 койко-дня.

169 больным эхинококкэктомия из печени произведена из лапаротомного доступа. Показания к выполнению эхинококкэктомии из лапаротомного

доступа в настоящее время нами определены как множественный эхинококкоз, рецидив заболевания, наличие осложнений, локализация кист в труднодоступных сегментах печени (VI, VII, VIII сегменты). Послеоперационные осложнения наблюдались у 8,4 % пациентов. Продолжительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 15,5 койко-дня, после операции 11,2 койко-дня. Летальных случаев после эхинококкэктомии из печени нами не отмечено.

Сопоставление результатов лечения больных, которым произведены малоинвазивные операции с группой больных, где проведены операции «традиционным» лапаротомным доступом конечно же услов-

но, так как во второй группе больные были чаще всего с осложненным течением заболевания, множественным, рецидивным эхинококкозом.

Выводы:

1. При локализации неосложненных эхинококковых кист малых размеров во II-VI сегментах печени возможно проведение лапароскопической эхинококкэктомии. Единичные кисты в диаметре 10-20 см локализацией в III-V сегментах печени могут быть удалены через минилапаротомный доступ. Во всех остальных случаях показана эхинококкэктомия из лапаротомного доступа.

2. Наш опыт свидетельствует, что малоинвазивные хирургические вмешательства при эхинококкозе печени с использованием эндохирургической техноло-

гии являются альтернативным, часто более предпочтительным способом лечения, позволяющим улучшить результаты лечения. Вместе с тем эти методики требуют дальнейшего совершенствования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Доскалиев Ж.А. и др. Эхинококкэктомия с использованием лапароскопической техники //Эндоскопическая хирургия.-1997.-№1.-С.40

2. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Расулов А. Лапароскопическая эхинококкэктомия селезенки //Эндоскопическая хирургия.-1997. -№1.-С.67

*Б.У.Сабиров,
З.Б.Курбаниязов,
Э.Т.Паттаев.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.

*Каф. хирургии № 1
Самарканского Медицинского Института
(зав.кафедрой - проф. Б.У.Сабиров)*

Б.У.Сабиров, З.Б.Курбаниязов, Э.Т.Паттаев.

74 беморнинг 26-да улқадан эхинококкэктомия миниторакотомия оркали видеоэндохирургия технология ердамида бажарилган. Улқадан кистани олиш жараенида юкори энергияли АИГ- лазер нури ишлатилган. Янги технологияларни куллаш операциядан кейнинг асоратлар сонини камайтиришига ва беморларни даволаниш вактини кискартиришига имконият яратди.

B.U.Sabirov, Z.B.Kurbaniyazov, E.T.Pattaev

Application of new technology in the surgical treatment of echinococcosis of lungs.

The authors describe operative treatment echinococcosis of lungs use endovideosurgery and minithoracotomy. During echinococcectomy they used AIG - laser beam with high energy. Application of new technology in the surgical treatment of echinococcosis of lungs further decrease complication of an operations and reduce time of treatment after operation.

Малоинвазивная хирургия позволяет существенно снизить травматичность операций и уменьшить частоту и тяжесть осложнений. Вышеуказанное чрезвычайно актуально в хирургии эхинококкоза легких, где особенно существует недостаток традиционной хирургии - несоответствие между травматичным доступом и минимальным вмешательством на самом легком /1/. Внедрение эндовидеохирургии позволяет проводить эхинококкэктомию из легких через минимальный, но достаточный разрез на грудной стенке - миниторакотомию. Следует указать и на стремление хирургов использовать при удалении эхинококковых кист физических методов воздействия, которые бы обладали одновременно гемостатическим, аэростатическим, бактерицидным и антипаразитарным действием. Этому в достаточной степени отвечает высокоэнергетическое лазерное излучение /2,3/.

Цель нашего изучения состояла в изучении возможностей и эффективности эхинококкэктомии из легкого через миниторакотомный доступ посредством эндовидеохирургической технологии и использования высокоенергетического лазерного излучения на этапе удаления кист из легкого.

Эхинококкозом легкого, находившихся на обследовании и лечении в клинике хирургии №1 Самарканского медицинского института за период 1993-98 гг. Превалировали пациенты - мужчины /48 больных/. Возраст больных 17-61 год. У 61 пациента имелись единичные кисты легкого, 13 - множественные, причем у 8 больных имелось двустороннее поражение легких. У 5 пациентов имелось сочетанное поражение как легкого, так и печени. Преобладало расположение кист в нижних долях легких /79%. Размеры кист составили от 3 до 22 см в диаметре. У 8 больных заболевание осложнилось прорывом в бронх, у 1 прорывом в плевральную полость. Основным методом диагностики эхинококкоза легких являлся рентгенологический, включающий многоосевую рентгеноскопию и рентгенографию. По показаниям у 5 больных проведено компьютерно-томографическое исследование легких. У 19 больных поставлены серологические реакции /РЛА, РНГА/. Все больные подвергались ультразвуковому исследованию для выявления возможного поражения эхинококкозом печени и других органов брюшной полости.

В основной группе больных эхинококкэктомию из легкого производили с использованием эндовизуальной и лазерной технологии. Под эндотрахеальным наркозом накладывали пневмоторакс. В зависимости

Материал и методы исследования.

Клинический материал представлен 74 больными

от локализации эхинококковой кисты в плевральную полость вводили торакоскоп: - в 3 межреберье по передней подмышечной линии при локализации кисты в нижних отделах легкого; - в 8 межреберье по задней подмышечной линии при локализации кист в верхних отделах легкого. При видеоторакоскопии (видеоэндохирургическая стойка "Карл Шторц" /Германия/ определяли точную локализацию кисты и над ее проекцией выполняли миниторакотомию - разрез длиной 5 см. При этом мышечные волокна раздвигались послойно. Устанавливали ранорасширитель. Киста изолировалась от плевральной полости салфетками. Этапы удаления эхинококковой кисты были обычными: -кистотомия с удалением жидкости кисты и хитиновой оболочки;- обработка фиброзной капсулы сколексоидом; - иссечение части фиброзной капсулы выступающей над тканью легкого; - ушивание бронхиальных свищей при их наличии; - ликвидация остаточной полости шовной пластикой. В этой группе больных после удаления паразитарной кисты полость фиброзной капсулы обрабатывали лучом высокогенергетического лазера. В качестве источника лазерного излучения применяли твердотельный неодимовый АИГ - лазер "Медилас" - 40 N.

В контрольной группе больных эхинококкэктомия из легкого произведена "обычным" способом через широкую передне-боковую торакотомию разрезом до 25 см без использования эндовидеохирургической и лазерной технологии.

Результаты и их обсуждение.

Эхинококкэктомия из легкого через миниторакотомный доступ выполнена 26 больным в зависимости от локализации кисты в 4-7 межреберьях между задней и передней подмышечными линиями. Мышечный массив раздвигался тупо, пересекались только волокна межреберных мышц. Особенностью операции являлись яркое освещение торакоскопом и визуальный контроль за ходом операции со стороны плевральной полости, использование инструментов с длинными браншами для манипуляции в глубине раны. После удаления кисты полость фиброзной капсулы обрабатывали лазерным лучом. Инфракрасное излучение АИГ - лазера с длиной волны 1,062 мкм. обладая большой глубиной проникновения в ткани обеспечивала хорошую коагуляцию и гемостаз. Это позволяло с успехом использовать лучи АИГ - лазера для обработки фиброзной капсулы, коагуляции бронхиальных фистул легочной ткани. Генерируемое ею излучение передавалось по гибким моноволоконным кварцевым световодам диаметром 400-600 мкм, что значительно облегчало его подведение к объекту. Установка имеющая выходную мощность 40 Вт позволяла производить лазерное вмешательство в бесконтактном режиме. Критерием достаточной лазерной обработки полости фиброзной капсулы являлось образование фотокоагуляционного струпа серого цвета. Остаточную полость ушивали капитонажем по Дельбе или полсе лазерной коагуляции и ушивания брон-

хиальных свищей она оставалась открытой по Вишневскому. Для ушивания полости фиброзной капсулы и ушивания бронхиальных свищей использовали атравматические иглы и синтетический шовный материал /викрил, дексон и др./. Плевральную полость дренировали в 3 межреберье по передней аксилярной линии и в 8 межреберье по задней аксилярной линии и подключали к постоянному вакуум - отсосу, который удаляли на 2 сутки после контрольной рентгеноскопии. Продолжительность операции составило $82,6 \pm 17,6$ мин., при чем на саму миниторакотомию и ушивание ее уходило $22,3 \pm 8,7$ мин. Малая травматичность миниторакотомии способствовала ранней активизации больных в послеоперационном периоде. Больные вставали с постели на 2-е сутки, не отмечалось болевого синдрома и ограничения движений. Бактерицидный эффект фотокоагуляции лазерным лучом фиброзной капсулы способствовал снижению количества гнойно-воспалительных осложнений у больных после эхинококкэктомии из легкого. Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 больных / 19,2%/. Из них у 3 /11,5%/ послеоперационная пневмония на стороне операции и у 2 - формирование остаточной полости в легком. Эти 2 случая наблюдались на начальном этапе нашей работы. Пребывание больных в стационаре составило $7,2 \pm 2,2$ койко-дня, после операции - $5,1 \pm 2,4$ койко-дня.

48 пациентам эхинококкэктомия из легкого произведена обычным способом через широкую торакотомию. Продолжительность операции составило $122,6 \pm 14,8$ мин., из которых $58,9 \pm 11,2$ мин. /т.е почти половину времени/ заняли торакотомия и ушивание раны. Послеоперационные осложнения наблюдались у 14 /29,2%/ пациентов, из них у 9 - пневмония, у 1 - эмпиема плевры. В 4 случаях наблюдалось нагноение раны. Пребывание больных в стационаре составило $17,9 \pm 3,1$ койко-дня, после операции $14,6 \pm 4,3$ койко-дня.

Выводы

1. Эхинококкэктомия из легкого через миниторакотомный доступ с использованием эндовидеохирургической технологии позволила сократить продолжительность операции и сроки лечения, способствовала ранней активизации больных в послеоперационном периоде, имеет лучший косметический результат.

2. Использование лазерной технологии на этапе удаления эхинококковой кисты из легкого позволила уменьшить количество гнойно-воспалительных осложнений после операции почти в 3 раза.

Литература.

1. Галлингер Ю.И., Русаков М.А., Гудовский Л.М. Наш опыт торакоскопической хирургии. Анналы НЦХ РАМН, 1997. - С.24-27.
2. Грубник В.В., Шипулин П.П., Свиридова О.Н., и др. Лазерная хирургия эхинококкоза легких. // Анналы хирургии, 1997. №6 - С. 30-33.
3. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.В., Байбеков И.М., Эхинококкоз: Ташкент, 1999. С. 208.

Л.П. Струссский,

Х.Т. Садиков,

Р.М. Жамалов,

М.М. Акбаров,

М.Х. Ваккасов

**ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ
ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ И
ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИЕ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ.**

*(Научный центр хирургии МЗ РУз им. акад. В.Вахидова
и.о. директора - проф. Акилов Х.А.)*

Л.П. Струссский, Х.Т. Содиков, Р.М. Жамалов, М.М. Акбаров, М.Х. Ваккосов.

МЕХАНИК САРГАЙИШДА ЭНДОСКОПИК ТАШХИСОТ ВА ДАВОЛАШ МУОЛАЖАЛАРИ.

Ушбу мақолада Ўзбекистон ССВ Академик В.Вахидов номидаги Хирургия илмий марказида 1990-1998 йилларда гепатобилиар система-сининг турли касалликлари буйича 3329 холатда эндоскопик панкреатохолангиграфия текшируви натижалари келтирилган.

Шулар жумласидан, тўсикли саргайиш 2080 холатда аниqlangan. Тусикли саргайишнинг энг куп учрайдиган сабаблари (холедохолитиаз - 865 беморларда, катта дуоденал сургичининг торайши - 308, гепатопанкреатодуоденал соҳаси усмалари-392 ва хоказо) кайд килинган.

Турли хил эндоскопик операцияларнинг: ЭПСТ-873, супрапапилляр ХДС-64, билиодигестив анастомозларнинг диатермокенгайтирилиши - 79, назобилиар дренажлаш - 23, эндопротезлаш - 14 беморларда кулланилиши натижалари таҳлил этилган.

Юқорида санаб ўтилган, механик саргайишда кулланиладиган эндоскопик даволаш усуслари асоратларнинг кескин камайишига олиб келади. Кўпгина ҳолларда сафронинг 12-бармоқ ичакга адекват оқиб утишига эришилинган.

Ушбу текширув натижалари турли хил сабабли механик саргайишда эндоскопик текширувларнинг юкори даражадаги информативлигини ва эндоскопик амалийларнинг самарадорлигини тасдиқлайди.

Strusskiy L.P., Sadikov H.T., Jamalov R.M., Akbarov M.M., Vakkasov M.Kh.

ENDOSCOPIC SURGERY INTERVENTIONS FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF MECHANICAL JAUNDICE.

The results of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP) were performed in 3329 cases with different pathologies of hepatopancreatobiliary system (HPBC) from 1990 till 1998 in Scientific Centre of Surgery named after academic V.V.Vakhidov.

It was established more often reasons of mechanical jaundice: choledolithiasis-865 cases, stenosis of major papilla of duodenum-308, tumor of hepatopancreatoduodenal zone-392 and others.

The results of applying different endoscopic interventions with: Endoscopic papillosphincterotomy (EPST) - 873, suprapapillary choledohoduodenostomy-64, diathermocoagulation and duodenobiliary anastomoses - 79, nasobiliary drainage - 23, endoprosthesis - 14.

Applying above-mentioned endoscopic methods in treatment of mechanical jaundice not accompanying the increasing of complications. The flow of bile to the duodenum was achieved in majority cases. These studies in proved high information ability of endoscopic methods and diagnostics and effisiancy of endoscopic interventions (surgery) for mechanical jaundice of different genesis.

Механическая желтуха - наиболее частое и тяжелое осложнение, возникающее у больных с различными заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), неуклонный рост которых отмечается в последнее десятилетие.

Несмотря на значительные успехи в хирургии внепеченочных желчных протоков, проблема диагностики механической желтухи различного генеза до настоящего времени является весьма актуальной.

Лечение механической желтухи до сих пор продолжает оставаться одной из самых важных и сложных задач ургентной хирургии. Хирургические вмешательства, выполняемые наиболее часто у больных пожилого и старческого возраста, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, сопровождается большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30% (1,3,6.).

Современные эндоскопические методы исследования при заболеваниях органов ГПДЗ, с совершенствованием эндоскопической техники создали условия для успешной диагностики и альтернативного лечения, больных с механической желтухой у первичных и ранее оперированных больных на желчных протоках (2,5).

Все больший интерес в последнее время вызывают малоинвазивные эндоскопические методы восстановления желчеоттока, такие как эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование (НБД), супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СХДС), ретроградная механическая литотрипсия, транспапиллярное эндопротезиро-

вание гепатикохоледоха (4).

Материал и методы исследования.

В НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз с 1977 по 1998 года накоплен опыт свыше 5000 случаев комплексных рентгено-эндоскопических исследований органов панкреатобилиарной системы (ПБС). В связи с неуклонным ростом числа заболеваний органов ГПДЗ и высокой диагностической ценности эндоскопических методов исследования с 1990 по 1998гг. в отделение хирургической эндоскопии, эндоскопическая ретрография панкреатохолангиграфия (ЭРПХГ) выполнена у 3329 больных, с различными заболеваниями панкреатобилиарной системы. Из них мужчин было-1621, женщин - 1708, Возраст исследуемых больных составил от 21 до 86 лет.

По показаниям с механической желтухой исследовано 2080 больных. В том числе 1525 больных ранее не подвергавшихся хирургическому лечению и 555 больных, перенесших операции на органах панкреатобилиарной системы.

С “постхолецистэктомическим синдромом”, для уточнения его причин, исследованы 501 больных. С заболеваниями органов ПБС (холециститы, панкреатиты, опухоли и др.) без механической желтухи исследовано 373 больных.

Исследованные больные, у которых отмечались признаки механической желтухи в анамнезе, а при поступлении в клинику гипербилирубинемия не отмечалась, в группе больных с механической желтухой не включались.

В лечении применялись методики ЭПСТ,

диатерморасширение билиодигестивных анастомозов, НБД, эндопротезирование.

Результаты исследования и их обсуждения.

Наиболее частой причиной механической желтухи был холедохолитиаз, бластоматозное поражение органов ГПДЗ, рубцовая структура гепатикохоледоха, рубцовая структура ранее наложенных билиодigestивных анастомозов, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) и другие

(таблица № 1).

ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИИ ВЫЯВЛЕННЫЙ ПРИ ЭРПХГ

Длительность желтухи у больных до госпитализа-

Характер патологии выявленный при ЭРПХГ	Число больных
1.Холедохолитиаз (в том числе холецистохолангитиаз). Резидуальный камень холедоха	1177 553 312
2. Стеноз БДС в том числе: рубцовый опухолевый	308 240 68
3. Опухоль гепатопанкреатодуоденальной зоны в том числе: головки поджелудочной железы ворот печени БДС	392 112 96 184
4. Рубцовая стриктура билиодигестивного анастомоза	107
5. Рубцовая стриктура гепатикохоледоха (ятрогенная)	96
Всего:	2080

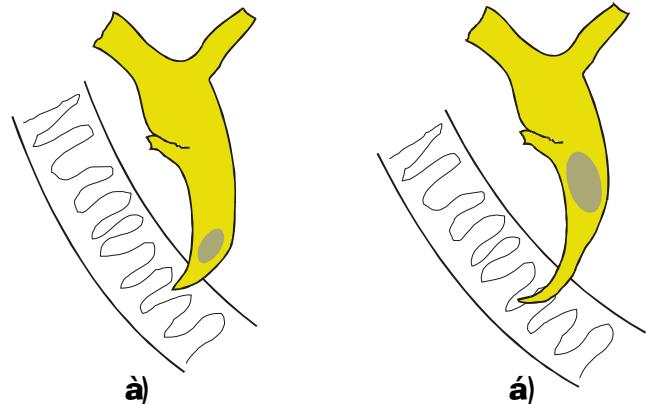
ции отмечалась от 3 до 25 суток с показателем общего билирубина от 35 до 550 мкмоль/л. У большинства больных состояние при поступлении было средней тяжести. Высокие цифры билирубина служили показанием для выполнения ЭРПХГ в экстренном порядке.

Эндоскопические исследования и вмешательства на органах ГПБЗ проводились под рентгенотелевизионным контролем дуоденофиброскопами IF-10 и IF-10 фирмы “Olympus” (Япония) с более широким инструментальным каналом, дающим возможность применять эффективные инструменты и трубы (эндопротезы) для наружного и внутреннего дренирования билиарных протоков. Для выполнения ЭРПХГ и ЭПСТ мы использовали стандартную схему премедикации (баралгин, атропин, димедрол) для гипотонии двенадцатиперстной кишки и предупреждения возможной аллергической реакции на йодосодержащие рентгеноконтрастные вещества.

Контрастирование протоков ПБС и визуализация в них патологических изменений, вызывающих механический блок осуществлялись водорастворимыми рентгеноконтрастными веществами (триомбраст, урографин, ультравист и др.). Общим характерным симп-

томом по данным ЭРПХГ для механической желтухи являлась эктазия протоков выше обструкции и замедление из них эвакуации контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. Наиболее типичная картина характерная для определенного патологического процесса, обтурирующего протока на различных уровнях представлены на рисунках (1,2,3,4).

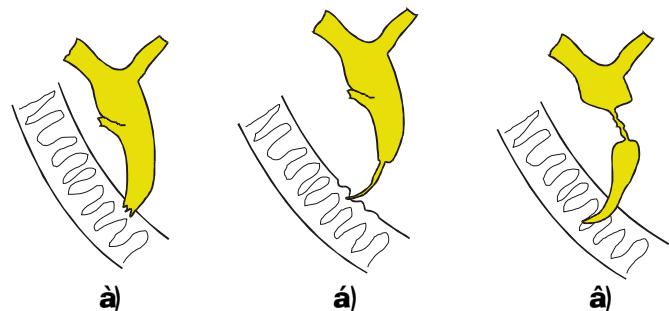
В настоящее время одним из основных методов



**Đèñ. 1. Đåçéäöàëü û é èàì áí ü õî èääí õà
à) òåðì èí àëü i áí i òääåëà
á) i ðì èñèì àëü i áí i òääåëà**

коррекции нарушение желчеоттока при дистальном блоке холедоха и БДС является ЭПСТ, которая заключается в рассечении БДС и устья холедоха, введенным через канал дуоденоскопа папиллотомом. Для выполнения данного эндоскопического вмешательства использовали источники высокочастотного тока системы UES-10 фирмы “ Olympus” (Япония) в одновременном режиме “резка+коагуляция”.

ЭПСТ нами выполнена у 873 больных с механи-



Đèñ.2. Î ï óõî ëü Äï Äç

à) î ï óõî ëü ÁÄÑ

á) i ï óõi õü ã õi âéè õ i äæåëóäi ÷í i é æåëåçü

ñ i áñòðóêöèåé õî èåäî õà

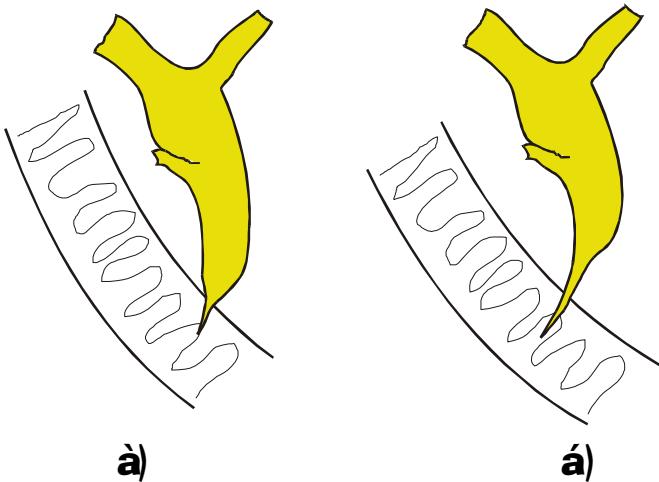
â) i ï óõî ëü âî ðî ò ï å÷åí è ñ i áñòðóêöèåé

î áù åãí î å÷åí î ñí î åí î ðí òí êà

ческой желтухой различного генеза. Наиболее часто ЭПСТ применялся при холедохолитиазе, стенозе БДС.

Методика проведения ЭПСТ не всегда была стандартной и определялась локализацией и формой БДС, анатомическими особенностями околососочковой зоны,

характера основной патологии, и вариантом предшествующей операции. Наиболее часто (в 811 случаях) применялся типичный канюляционный способ ЭПСТ. В 64 случаях выполнена супрапапиллярная холе-



Дөйн.3. Ҷоаоі аяї ñòðèêooðà à) ААÑ á) ААÑ е СІ Ӧ

дохудоуденостомия, суть которой заключается в том, что первым этапом игольчатым электродом производили прижигание "крыши" продольной складки, образованной дистальным отделом холедоха на расстоянии 8-10 мм от устья папиллы до появления желчи, затем вводили папиллотом в образовавшийся дефект и рассекали прилежащие стенки холедоха и двенадцатиперстной кишке в пределах выбухающей продольной сладки.

Адекватность ЭПСТ контролировались непосредственно после ее завершения по величине разреза папиллы и скорости эвакуации контрастного вещества в кишку. В большинстве случаев длина папиллотомного разреза не превышала 20 мм, общая длина разреза папиллы в основном определялась длиной интрамуральной части холедоха, которая весьма вариабельная. Протяженную более 20-25 мм папиллосфинктеротомию обычной в один прием не выполняма, в таких случаях ЭПСТ осуществляли в два и более этапа с интервалом 203 суток, чтобы уменьшить риск кровотечения и повреждение стенки 12 перстной кишки.

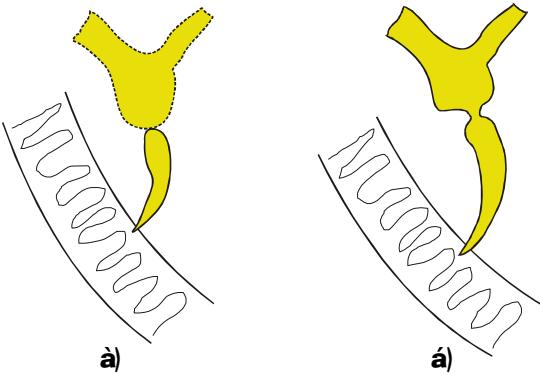
Непосредственные результаты ЭПСТ благоприятные, так как при холедохолитиазе в большинстве случаев камни мигрировали из холедоха в кишку самостоятельно. У 132 больных произведено удаление конкремента с помощью корзинки Дормиа или же изогнутым концом папиллотома. У 138 больных (из 312 больных) с резидуальным холедохолитиазом произведенная ЭПСТ оказалось неэффективной, так как, несмотря на выполнение ее в нескольких этапов не удалось достичь адекватного рассечения БДС и терминального отдела холедоха для "рождения" крупных (1,5-2,0 см) конкрементов. Этим больным выпол-

нены хирургическое вмешательство: холедохолитотомия и дренирование холедоха наружу при необходимости. Билиодigestивные анастомозы накладывались редко, в связи с выполненной ЭПСТ. У больных холецистохоланголитиазом с целью уменьшения объема оперативного вмешательства традиционным или же лапароскопическим способом, как правило, предварительно осуществляли ЭРПХГ и ЭПСТ, а при наличие камней только в желчном пузыре ограничивались только ЭРПХГ, убеждаясь в возможности выполнения ЭПСТ, если операция будут показания к ней.

У всех больных со стенозом БДС после ЭПСТ достигнут адекватный пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку. У 79 больных с рубцовым сужением ранее наложенных БДА было произведено эндоскопическое диатермопротезирование анастомозов с удовлетворительным результатом. Для диатермокоагуляции более удобно использование гастродуоденоскопа с торцевой оптикой, через биопсийный канал которого диатермоЭлектродом используя режим "резания" и "коагуляция" производили расширение суженных БДА в нескольких этапах с интервалом 2-3 суток, с удалением лигатур, поддерживающих воспалительный процесс (анастомозит) с последующим развитием рецидива рубцевания анастомоза.

Одним из эффективных методов лечения механической желтухи и холангита является назобилиарное дренирование (НБД)- который применялся нами у 54 больных. Катетер, введенный через канал дуоденоскопа в БДС и билиарные протоки за блокирующий холедох камень, либо рубцовую и опухоловую обструкцию, способствовал оттоку застойной инфицированной желчи наружу, снижалась гипертензия в билиарных протоках, уменьшалась гипербилирубинемия. Санация билиарного дерева через НБД снимали явления холангита. Улучшились самочувствие больных, нормализовались клинико-биохимические показатели, свидетельствующие об эффективности НБД в подготовке больных к радикальной операции.

В последние годы в клинической практике эндоскопической хирургии получили распространение



Дөйн. 4. Ҷооði ааí i аяї ñòðèêooðà i åðåâayçee oí eëäi òà à) i i eë áy á) i aí i eë áy, eë i i ái neði aáí i aý

ние методы транспапиллярной ретроградной эндопротезирования гепатикохоледоха, рубцовых сужениях

билиодигестивных анастомозов, как способ восстановление пассажа желчи у больных с механической желтухой и формирование канала оттока с профилактикой повторного его сужения.

В отделение нами была сделана попытка транспапиллярного эндопротезирования гепатикохоледоха, были предприняты у 32 больных с нарушением желчеоттока при стриктурах различного генеза. Возраст больных составил от 23 до 84 года. У большинства больных были высокие стриктуры гепатикохоледоха, бластоматозное поражения (опухоли Клатцкина), критическое сужение билиодигестивного соусья. Из предпринятых попыток удалось установить эндопротезы только у 14 больных. 12 из 14 больных в различные сроки после эндопротезирования были оперированы, 2 больным проведен замена эндопротеза через 3-4 месяца.

Осложнения, связанные с проведением ЭРПХГ отмечались в основном за счет гипертензии протоковой системы, характеризовались развитием или обострением холангита у 71 больных, а также панкреатита - у 52 больных. Осложнения после ЭПСТ были связаны с кратковременным кровотечением из рассеченных краев папиллы, наблюдались у 81 больного, обострения приступа болей и холангита, связанные с обтурацией папиллотомного отверстие крупным камнем - у 60 больных.

У 8 больных отмечались интенсивные кровотечения из краев папиллотомной раны, что потребовало выполнения экстренной трансдуоденальной папиллосфинктеропластики с остановкой кровотечения. В 3 случаях отмечались перфорация задней стенки 12-перстной кишки, после продленной ЭПСТ с последующим развитием забрюшинной флегмоны и деструктивного панкреатита. Эти больные после установления диагноза были оперированы в различные сроки после ЭПСТ.

Таким образом, накопленный нами опыт позволяет констатировать, что у больных с механической жел-

тухой ведущее место в диагностике имеет ЭРПХГ. Современные эндоскопические способы, используемые в лечение заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненной механической желтухой (ЭПСТ, НБД, диатерморасширение анастомозов, эндопротезирования), являются эффективными для восстановления пассажа желчи в 12- перстную кишку. Эти методы позволяют достаточно быстро ликвидировать желтуху, холангит, подготовить больных к проведению хирургической операции в наиболее благоприятных условиях, либо стать альтернативой хирургическому вмешательству.

Литература:

1. Беляев А.А., Климов А.В. Хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой желчекаменного происхождение // Хирургия-1998. № 9., стр.24-27.
2. Горбунов О.М., Абрасимов В.Н., Соно В.С. / Хирургия-1996. № 6. стр. 61-63.
3. Мовчун А.А., Завенян З.С., Тимошин А.Д., Гарумов В.Г. Результаты повторных реконструктивных и восстановительных операций на желчных путях. / В кн. Современные проблемы хирургии. Воркута, 1991. Стр. 8-10.
4. Хрусталева М.В. Современные эндоскопические транспапиллярные методы лечения механической желтухи. // Анналы НЦХ РАМН. 1997. Выпуск № 6, раздел 1. Стр. 39-42.
5. Хрусталева М.В., Галлингер Ю.И. / Анналы хирургической гепатологии: Материалы 5 конференции хирургов гепатологов. Томск., 1997. Стр.179-180.
6. Van Sfeenberger W., Pelemans W., Fevery J. Endoscopic biliary endoprotesis in elderly patients, with large bile duct.stones: long-term. Followun. // d. Am.Geriotr. Soc. 1992.-v.40.- № 1.- p.57-60.

Л.П.Струссский,
Р.М.Джамалов,
Х.Т.Садыков,
Б.А.Янгиев,
Р.Е.Лигай

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.

*Научный Центр Хирургии имени академика В.Вахидова МЗ РУз
(и.о. директора - д.м.н. Х.А.Акилов)*

Л.П.Струссский, Р.М.Джамалов, Х.Т.Садыков, Б.А.Янгиев, Р.Е.Лигай

Овқат ҳазм қилиш трактининг ет жисмларида ташхисий ва даволовчи эндоскопия.

Маколада овқат ҳазм қилиш трактининг ет жисмлари мавжуд 787 беморнинг ва жаррохлик амалиетини ўтказган 80 беморнинг эндоскопик текширив натижалари таҳлил килинмақда. Ет жисмларни олиб ташлаш ва мумкин бўлган асоратларнинг олдини олиш буйича амалий тавсияномалар берилмоқда. Кизилунгач жароҳати мавжуд bemорларни хирургик даволашнинг босқичи схемаси келтирилган.

L.P.Strussky, R.M.Djamalov, Kh.T.Sadikov, B.A.Yangiev, R.E.Ligay

Diagnostical and treatment endoscopy for foreign bodies of digestive tract

In article the results of endoscopies carried out in 787 patients with foreign bodies of digestive tract are analyzed 80 patients had undergone surgery concerning iatrogenous foreign bodies. Practical recommendations on method of removing foreign bodies are offered. The complex methods of surgical treatment for oesophageal injuries are described.

На этапе применения жестких бронхоэзофагоскопов в клинической практике, показания к диагностической эндоскопии при инородных телах верхнего отдела пищеварительного тракта были довольно ограничены. Ведущая роль в их диагностике отводилась рентгенологическому методу, а эндоскопия применялась, в основном, для удаления инородного тела. Потребность в диагностической эндоскопии возникала при отрицательных рентгенологических данных, упорно продолжающихся жалобах больного и начинающихся воспалительных явлениях (1,2).

Опыт многолетнего применения фиброгастроскопов у больных с инородными телами пищеварительного тракта показал высокую эффективность эндоскопического метода в их диагностике, удалении и оценке состояния стенок органов, контактируемых с определенным инородным телом (1,2,3,4).

Случайное или умышленное попадание инородных тел в пищеварительный тракт, возможность их фиксации в стенке органа с повреждением ее и развитием грозных осложнений, требующих оперативного лечения (5), диктуют проведение диагностической фиброгастроскопии в неотложном порядке для установления характера и локализации инородного тела, а также применения рационального способа его удаления (2,4).

Материалы и методы: В настоящей работе изложен опыт диагностической и лечебной эндоскопии у 787 больных с различными инородными телами случайно или умышленно попавшими в верхний отдел пищеварительного тракта, а также у 80 оперированных в разные сроки больных с ятрогенными инородными телами (лигатуры, скрепки, дренажные трубы, салфетки), подлежащими удалению. Возраст больных варьировал от 3 мес. до 85 лет. Мужчин было 391, женщин- 476. Срок обращения от 30 мин. до 12 лет.

58 больных поступили после безуспешных попыток удаления инородного тела в других лечебных учреждениях. 25 пациентов обратилось повторно, спустя несколько месяцев и лет с новыми инородными телами. В 51 случае при утверждении больных о наличии инородного тела в глотке обнаружены лишь поверхностные ссадины, царапины слизистой. Локали-

зация инородных тел представлена в таблице № 1.

Таблица № 1

ЛОКАЛИЗАЦИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОМ ТРАКТЕ

Локализация инородных тел	Число случаев	%
Инородные тела глотки	57	7,2
Инородные тела пищевода: в т.ч. верхней трети средней трети из них при органическом стенозе нижней трети из них при органическом стенозе	541 324 89 34 128 71	69 59,8 16,5 23,7
Инородные тела желудка	111	14
Инородные тела двенадцатиперстной кишки	23	2,9
Ссадины, царапины слизистой глотки (след прохождения инородного тела)	51	6,4
Инородные тела, обнаруженные вне верхнего отдела пищеварительного тракта: из них: в куполе слепой кишки в сигмовидной кише прямой кише	4 1 1 2	0,5
Всего	787	100

При осмотре пациентов выяснялось наличие общих (слабость, бледность, повышение температуры, тахикардия) и местных симптомов(боль при глотании, дисфагия, осиплость голоса, напряжение мышц шеи, слюнотечение, подкожная эмфизема и инфильтрация мягких тканей шеи). Как правило, проводилась обзорная рентгеноскопия, для исключения подкожной эмфиземы, пневмомедиастинума или пневмоперитонеума, затем выполнялось исследование водорастворимым рентгеноконтрастным препаратом для установления локализации инородного тела и возможного повреждения им стенки пищевода. Применение для этой цели сульфата бария нецелесообразно, из-за создания помехи для экстренной фиброгастроскопии.

Диагностическая и лечебная эндоскопия во всех случаях выполнялась после традиционной премедикации (промедол или баралгин + димедрол + атропин внутривенно и анестезия глотки 10% раствором лидокаина или 1-2% раствором дикаина) фиброэндоскопами с торцевой оптикой, преимущественно фирмы Олимпус (Япония), имеющими каналы инсулфляции воздуха и введения гибких принадлежностей для высвобождения, захвата и извлечения инородного тела. Детям перед исследова-

нием обычно выполнялась расчетная инъекция калипсола. Крупные, твердые инородные тела, удаление которых связано с необходимостью ротации, вывихивания и щадящего извлечения при релаксированном пищеводе удалялись под наркозом жестким эзофагоскопом и ригидными щипцами - захватами после безуспешной эндоскопии. Разновидности удаленных инородных тел, часто встречающихся в наших исследованиях представлены в таблице № 2.

**РАЗНОВИДНОСТИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ, УДАЛЕННЫХ ИЗ РАЗЛИЧНЫХ
ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА**

№	Наименование	Всего случаев		
			глотка	
1.	Кости мясные	153	10	
2.	Кусочки мяса	136		
3.	Косточки плодовые, зерна гороха и др.	95		
4.	Монеты	84	69	
5.	Иглы швейные	80	15	
6.	Кости рыбные	67	31	
7.	Гвозди, куски проволоки	40	1	
8.	Шайбы, гайки	28		
9.	Пуговицы	7		
10.	связка из проволоки типа "крест"	6		
11.	Протезы зубные	5		
12.	Лезвия безопасной бритвы	5		
13.	Безоары (фито-, трихо- и гудроновые)	4		
14.	Зубные щетки, черенки ложки	4		
15.	Значок металлический	3		
16.	"Якорь" из стальной проволоки	2		
	ВСЕГО	719	57	

Кроме того, у 17 больных удалены наблюдаемые в единичных случаях инородные тела из пищевода (9 сл.): подшипник, шарик металлический, прищепка, клипса, брелок металлический "собака", буса, деталь мозаики, заколка для волос, болт; а также из желудка (8 сл.): зажигалка, пружинка металлическая, нашейная золотая цепь, ключ дверной, градусник, часы дамские наручные, браслет наручных часов, колпачок шариковой ручки.

Разнообразие видов и форм инородных тел требуют применения различных стандартных, а также импровизированных принадлежностей для их прочного захвата. Монеты (84 наблюдения) удаляли зубчатыми щипцами или биопсийными щипцами с выпиленной поперечной канавкой для захвата за ее вы-

ступающий край. Шайбы, гайки (28 случаев) и другие инородные тела, имеющие сквозное отверстие диаметром 0,3-0,5 см. удобно извлекать биопсийными щипцами, проведя их через отверстие и захватить раскрытыми браншами.

При наличии широкого отверстия (подшипник, кольцо и др.) целесообразно ввести фиброэндоскоп в пищеварительный тракт с прочной нитью по внешнему контуру, конец которой захвачен введенными в канал прибора щипцами. Конец нити с щипцами проводится через отверстие инородного тела, нить отпускается, затем захватывается щипцами, обходя инородное тело с другой стороны. При двухканальном фиброзендоскопе через один канал его вводится петля, через другой биопсийные щипцы. Через отверстие инородного тела пропускается петля и затягивается у ос-

нования раскрытых чашечек биопсийных щипцов, проведенных снаружи инородного тела.

Гвозди, кости (193 наблюдения) и другие инородные тела с неровной поверхностью легче удалять петлями, предназначенными для полипэктомии, а шаровидные - корзинкой типа Дормиа. Швейные иглы (80 наблюдений) втягиваются в канал прибора магнитным экстрактором и извлекаются вместе с фиброгастроскопом.

Для безопасного извлечения острорежущих предметов (лезвие, стекло) целесообразно на конец фиброгастроскопа надеть трубку из полимерного материала и втянуть предмет в просвет трубы во избежание травмы в зоне устья пищевода. При отсутствии соответствующей трубы, лезвие протягивается через устье пищевода по несколько миллиметров при синхронном выполнении больным глотательного движения.

Кусочки мяса (136 наблюдений) эффективнее захватывать и извлекать петлей, т.к. захват щипцами ненадежен из-за рыхлости мясных волокон. Целесообразно предпринять попытку низвести кусочек мяса, а также другие инородные тела (из продуктов питания) в желудок, что обычно бывает затруднительным при органическом стенозе просвета пищевода.

Фитобезоары желудка (2 наблюдения) поддаются фрагментации металлической петлей с большим диаметром, либо многократным пронизыванием биопсийными щипцами, с обратным вытягиванием щипцов в раскрытом виде. Фрагменты безоара перистальтической волной эвакуируются из желудка. Сбитые, переплетенные волосы трихобезоара (1 наблюдение) при захвате петлей отрываются небольшими пучками и требуется несколько повторных эндоскопий для полного их извлечения. Попытки извлечения крупного безоара (1 наблюдение) желудка из гудрона малоэффективны, т.к. смола под влиянием внутриорганной температуры, находится в мягком состоянии, пластична, вытягивается при захвате петлей и легко перерезается, а фрагменты опять слипаются.

Особые трудности возникают при удалении умышленно проглоченных инородных тел, изготовленных специально для фиксации их в стенке пищевода в виде "якоря", с двумя острыми изогнутыми концами (2 наблюдения), исключающими извлечение, а также в виде крестообразно связанных резинкой или нитью двух кусков проволоки с острыми концами (6 наблюдений), исключающими попытки извлечения или низведения креста, из-за фиксации в четырех точках. "Якоря" удалось низвести в желудок и извлечь их после гастротомии, а "крести" удалены после пересечения связующей куски проволоки резинки (нити) диатермоэлектродом.

После извлечения инородного тела, как правило, выполняется контрольный осмотр слизистой для выявления характера возможных повреждений в месте находившегося инородного тела и контрольная рентгеноскопия с дачей водорастворимого рентгеноконтрастного вещества.

Эндофиброгастроскопия, выполненная больным после

различных операций на пищеварительном тракте, показали ценность метода при ятрогенных инородных телах (80 сл.), которыми являлись:

- лигатуры различных анастомозов (в том числе билиодигестивных, поддерживающих анастомозит) – 57 случаев, а также отторгающиеся лигатуры после ушивания перфоративной язвы- 9 случаев;

- фиксированные в зоне шва желудочно-кишечного анастомоза назоэноанальные катетеры – 7 случаев;

- инкрустированные билиодуоденальные "потерянные" дренажи - 4 случая;

- случайно оставленные в брюшной полости во время операции салфетки – 2 случая, с образованием парагастральных абсцессов с прорывом в желудок;

- случайно мигрирующая в желудок, предположительно во время интубационного наркоза одна большая салфетка, которая почти через год вызвала обтурацию просвета двенадцатиперстной кишки;

В 31 случае отторгающаяся лигатура симулировала пептическую язvu, которая на самом деле являлась внутренним лигатурным свищом, заживающим через 1-1,5 недели после удаления лигатуры. Лигатуры, поддерживающие анастомозит, удалялись биопсийными щипцами, обычно через 1-2 года после операции. Удаление облегчается при точечной диатермокоагуляции тканевого мостика, удерживающего лигатуру. При анастомозите билиодуоденального анастомоза диатермоудаление лигатур способствовало увеличению диаметра отверстия и улучшению его функции. Отмечалась быстрое заживание, дренирующихся в желудок парагастральных абсцессов, после извлечения из их полости щипцами и петлей марлевых салфеток. Марлевая большая салфетка, полусгнившая, обтурирующая просвет двенадцатиперстной кишки извлечена петлей в желудок, а дальнейшее удаление ее из пищевода было возможно жестким эзофагоскопом. Инкрустированные, плохо функционирующие билиодуоденальные дренажи захватывались и извлекались петлей. Фиксированные швом в зоне анастомоза назоэнанальные зонды, установленные во время операции извлекались после пережигания нити диатермоэлектродом под контролем эндоскопа. В 1 случае выполнено диатермосечание участка сращения переднего и заднего полукольца гастроэнтероанастомоза с восстановлением проходимости и удалением лигатур.

Результаты и их обсуждение: В 734 случаях (90%) инородные тела пищеварительного тракта извлечены эндоскопическим способом. Лишь в 7 случаях (1%) инородные тела удалены во время операции (из них в 3 случаях кости перфорировали пищевод и в 4 случаях удалены из желудка: безоар, множественные гвозди связками, "якоря" из металлической проволоки).

В глотке нами наблюдались инородные тела в 57(6,9%) случаях. Боли в глотке, невозможность приема пищи заставляют больных обращаться за помощью в первые сутки. Обычно задерживаются острые колющие предметы (иглы, рыбные косточки, реже мясные), фиксируясь в слизистой как в ротовой, так и в

гортанной ее части. Лишь в 1 случае, при умышленном проталкивании черенка ложки в пищевод, была травмирована задняя стенка глотки в зоне устья пищевода, с прохождением черенка в заднее средостение на глубину 12 см. Спустя несколько часов черенок ложки был извлечен петлей, а в раневой канал вставлен тонкий катетер для орошения раствором фурациллина и антибиотиков. В желудок проведен катетер для назогастрального питания. Консервативное лечение прошло успешно.

Наиболее часто задерживаются инородные тела в пищеводе (около 69% всех случаев), чаще в верхней трети (в 324 из 541 случаев), что можно объяснить длительным рефлекторным спазмом устья пищевода, способствующим фиксации инородного тела. Большинство больных 389 (72%) обращались за помощью с инородными телами пищевода в первые сутки. 92 (17%) - на вторые сутки, 60 (11%) - через 3-4 и более суток. 12 суток располагалась в пищеводе плоская кость, разделяя просвет на "двустволку" не мешая приему жидкой пищи. В средней и нижней трети пищевода в 105 (48,4%) случаях инородные тела задерживались вследствие органического рубцового и опухолевого стенозирования просвета.

Инородные тела желудка были нами установлены у 111 (14%) пациентов, преимущественно детского возраста. После обзорной рентгеноскопии острые инородные тела извлекались сразу (иглы, гвозди и т.д.), а круглые (монеты, гайки и т.д.) - только после контрольной рентгеноскопии через несколько дней, если они самостоятельно не могли пройти через привратник. В 1 случае у пациентки 21 года нами удалено инородное тело (2 слипшиеся монеты), которые находились в желудке в течении 12 лет. Частые вклинения монет в кольцо привратника способствовали развитию рубцового стеноза. Монеты были извлечены, а большая с диагнозом субкомпенсированный стеноз привратника была оперирована. Фиксация острых инородных тел обычно происходит в перистальтирующем антравальном отделе желудка, но перфорации стенки не наблюдалось ни в одном случае. Удаленные металлические предметы, длительно находившиеся в желудке были коррозированы, черного цвета.

С инородными телами двенадцатиперстной кишке исследовано 23 (2,9%) пациента. В основном удалены швейные иглы, фиксированные чаще в зоне дуоденальных углов без перфорации стенки. Инородные тела, прошедшие через привратник и двенадцатиперстную кишку могут самостоятельно выделяться из пищеварительного тракта.

Задержка инородных тел в толстой кишке, прошедших верхний и средний отделы пищеварительного тракта, наблюдалась нами в редких случаях (4 наблюдения). В первом из них произошло оседание множественных булавок в куполе слепой кишки (пациентка 16 лет проглотила 20 булавок- заколок, из которых все продвинулись по кишке наружу после физических упражнений (стойка на голове у стены)). В 2-х случаях колонофибрископом извлечены фиксирован-

ные швейные иглы из сигмы и прямой кишки и в одном случае извлечена монета из прямой кишки у ребенка с рубцовым послеоперационным стенозом анального кольца после его расширения.

Таким образом, анализ показывает, что наибольшую опасность представляют инородные тела пищевода, которые за несколько суток могут перфорировать стенку пищевода с возникновением грозного осложнения- медиастинита.

Нами отмечено, что травма стенки пищевода инородным телом зависит от времени его вклинения, величины, наличия острых краев, концов, неумелых попыток извлечения, при которых возможно повреждение эндоскопом стенки глотки или пищевода даже вне расположения инородного тела. Из поступивших к нам 32 больных, у 12 установлены признаки перфорации стенки пищевода инородными телами до эндоскопического удаления. У 20 больных повреждение пищевода носило ятрогенный характер, (в 8 случаях при расклиниении инородного тела, где стенка пищевода, была в состоянии предперфорации; в 12 случаях при грубой манипуляции жестким эндоскопом). Установлено, что в верхней трети пищевода перфорации имеют место в 3 раза чаще, чем в нижней и в 2 раза чаще, чем в средней трети пищевода. Отмечено более частое повреждение пищевода в лечебных учреждениях в ночное время, когда может отсутствовать врач, имеющий определенный опыт и навыки эндоскопического исследования.

Следует отметить, что в большинстве случаев фиксация инородных тел вызывает изменения в слизистом и посллизистом слое, которые при консервативном лечении полностью и быстро исчезают.

В нашей клинике у 1 больной после удаления инородного тела и установления повреждения стенки средней трети пищевода с небольшим паразофагальным затеком контрастного вещества, была наложена гастростома. В последующем развился паразофагеальный абсцесс, который был дренирован катетером через эндоскоп с последующим промыванием раствором фурациллина, химотрипсина, антибиотиков. Наступило выздоровление, гастростома была закрыта.

В клинике НЦХ им. акад. В.Вахидова придерживаются следующей тактики поэтапного лечения больных с повреждениями пищевода:

- максимально осторожное извлечение эндоскопом инородного тела;
- ушивание дефекта стенки пищевода с дренированием средостения при длительности повреждения не более 24 часов;
- дренирование зоны повреждения, околопищеводной клетчатки шеи и средостения при поступлении больных в более поздние сроки;
- выключение пищевода из акта глотания, путем наложение гастростомы и проведения назогастрального зонда для обеспечения адекватного и рационального питания больных

В зависимости от локализации повреждения пищевода применяются шейный и чресбрюшинный хи-

рургические доступы, либо их сочетание. Оперировано 30 больных. Летальность составила 25,9% и зависела от характера травмы, поздних сроков поступления и тяжести наступивших осложнений.

Выходы:

1. Диагностика и удаление инородных тел пищеварительного тракта должны выполняться в экстренном порядке квалифицированным врачом-эндоскопистом с применением эндофтибрископов.

2. Применение под наркозной жесткой эзофагоскопии определяется неудачными попытками удаления инородных тел эндофтибрископом.

3. Для выполнения эндоскопического исследования решающее значение имеют клинико-анамнестические данные, рентгенологическое исследование целесообразно выполнять с применением водорастворимых рентгеноконтрастных препаратов.

4. Больные с подозрением на повреждение стенок пищевода инородными телами должны направляться в специализированное хирургическое отделение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белов И.Н., Луцевич Э.В. Диагностическая и лечебная эндоскопия при инородных телах пищеварительного тракта. Хирургия, 1983г., № 5, с. 48-52
2. Анисимова Т.И., Струссий Л.П., Шитов А.Г. Эндоскопическая диагностика и удаление инородных тел из верхних отделов пищеварительного тракта. Вестник Хирургии, 1985г., № 8, с. 15-18
3. Мостовая С.С., Масенков Ю.Ч., Чистякова В.Р. Эндоскопия при инородных телах пищевода и желудка у детей. Тезисы Всесоюзной конференции “Оперативная эндоскопия пищеварительного тракта” 7-8 июня 1989г., Москва, с. 17-18
4. Сотников В.Н., Разакбердиев К. Фибрэндоскопическое удаление инородных тел из пищеварительного тракта. Тезисы Всесоюзной конференции “Оперативная эндоскопия пищеварительного тракта” 7-8 июня 1989г., Москва
5. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. Повреждения пищевода, Москва, 1981г.

**Т. Б. Угарова,
Л. П. Струсский,
И. З. Даимов.**

**ЭКСТРЕННАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ
БРОНХОФИБРОСКОПИЯ В
ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ И БЛИЖАЙШЕМ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ.**

*Научный Центр Хирургии им. акад. В. Вахидова МЗ РУз
(и.о. директора – д.м.н. Х.А. Акилов.)*

Угарова Т.Б., Струсский Л.П., Даимов И.З.

ОПЕРАЦИЯ ДАВОМИДА ВА УНДАН СУНГИ ДАВЛАРДА ТЕЗКОР ТАШХИСИЙ ВА ДАВОЛАШ БРОНХОФИБРОСКОПИЯ-СИ.

Юкори нафас йулларида яллигланиш ва операциядан сунги асоратларда тезкор бронхофиброскопиянинг урни тахлил килинмоқда. Ҷуаллифларнинг курсатиши буйига тезкор бронхофиброскопия ушбу гурух беморларда радикал ва юкори самараали усул булиб, унинг операция давомида ва ундан сунги давларда ривожланувчи обструктив - обтурацион синдром ва упка - бронх асоратларда кулланиш катта ахамиятга эгадир.

Ugarova T.B., Strussky L.P., Dalimov Y.Z.

URGENT DIAGNOSTICAL AND TREATMENT BRONCHOFIBERSCOPY IN INTRAOPERATIVE AND RESENT POSTOPERATIVE PERIODS.

The question about urgent bronchoscopy in intraoperative and recent postoperative periods in patients suffering from anaesthesiological and operative complications , morphological and inflammatory disturbances of upper respiratory tract is discussed.

It has been established, that urgent bronchofiberscopy is radical and high effective method for prevention and treatment of obstructive - obturation syndrome and bronchopulmonary complications in intraoperative and recent postoperative periods.

До сих пор актуальным остаётся вопрос профилактики и лечения бронхолегочных осложнений после оперативных вмешательств на органах грудной и брюшной полости. В патогенезе развития бронхолегочных осложнений весьма большую роль играет засстой густой слизи, а в ряде случаев гноя и крови в дыхательных путях, нарушающих дренажную функцию бронхов и легочную вентиляцию (1,2). Консервативные мероприятия обычно не приносят желаемого результата в восстановлении дренажной функции, а эндотрахеальная катетерная аспирация через интубационную или трахеостомическую трубку у больных, находящихся на продленной ИВЛ, практически исключает прицельную подоловую или посегментарную санацию бронхов, а также дополнительно приводит к значительной травматизации воспаленной слизистой трахеи и бронхов катетером (3).

С внедрением в клиническую практику бронхофиброскопов, появилась возможность проведения более эффективной и щадящей слизистую бронхов эндоскопической санации (4). С 70-х годов бронхофиброскопия (БФС) используется для санации и контроля состояния слизистой трахеобронхиального дерева у больных, находящихся на продленной ИВЛ (5). Выполнению качественной, в полном объеме, санации способствовала проводимая под повышенным давлением кислорода (3-4атм) инжекционная вентиляция легких.

В эндоскопическом отделении НЦХ МЗ РУ им. В.В.Вахидова под наркозная бронхоскопия и бронхофиброскопия выполняется с 1976 г.

С 1991 г. 326 больным выполнена 721 бронхофиброскопия по экстренным показаниям в отделении реанимации и операционном блоке. Из них 39 больным проведена интраоперационная БФС и 287-ми больным потребовалась бронхоскопическая помощь в ближайшем послеоперационном периоде. Из них мужчин было 212, женщин 114 в возрасте от 10 до 70 лет.

Показаниями к интраоперационной БФС были: -регургитация желудочного содержимого в тра-

хею и бронхи – 9 сл.;

-гиповентиляция здорового легкого из-за его внезапной обструкции (кровь, гной, хитиновые массы) – 21сл.;

-инородное тело глотки (зубной протез попавший в глотку во время интубации трахеи) – 1 сл.;

-невозможность интубации гортани без бронхофиброскопа из-за значительной ее деформации и отека слизистой – 2 сл.;

-необходимость чрезназальной интубации трахеи при морфологических дефектах верхней и нижней челюсти – 3 сл.;

-необходимость интубации одного из главных бронхов для однолегочной вентиляции здорового легкого во время операции на пораженном легком – 3сл.

Как правило, при осуществлении сложной интубации интубационная трубка надевалась на рабочую часть бронхофиброскопа перед введением его в дыхательные пути. Управляемый бронхофиброскоп наряду с осмотром дыхательных путей, осуществлял функцию проводника интубационной трубки.

Показаниями к экстренной бронхоскопии с проведением диагностической и лечебно-санационной БФС 287 больным в ближайшем послеоперационном периоде являлись: гиповентиляция, ателектаз, пневмония, абсцедирование того или иного участка легких, клинические и лабораторные признаки дыхательной недостаточности.

Бронхолегочные осложнения отмечались у 138 больных после операций на грудной и у 141 больного на брюшной полостях, а также у 8 больных после других операций. Из них было 185 мужчин и 102 женщины. Исследования выполнялись гибким бронхофиброскопом фирмы "Олимпас" (Япония). У больных с самостоятельным дыханием манипуляция проводилась под местной анестезией слизистой глотки 10% раствором лидокаина (спрей), гортани - 1% раствором дикаина (4мл.), трахеи и бронхов - 5% раствором тримекаина или 2% раствором лидокаина (10мл.). Больным, находящимся на ИВЛ, БФС прово-

дилась с участием анестезиологической бригады. В этом случае мы обычно сочетали общее обезболивание с местной анестезией для уменьшения рефлекторного воздействия на сердечно-сосудистую систему, а вентиляция легких выполнялась с помощью инжектора, изготовленного в нашем институте (Миносянц Г.Г., 7).

Лечебный лаваж проводился растворами антисептиков: фурациллином в разведении 1:5000, 1% или 0,5% раствором диоксидина, 0,5 % раствором метронидазола в количестве 10,0-50,0 мл., с последующей аспирацией и эндобронхиальным введением растворов антибиотиков широкого спектра действия, гормонов. При выраженной контактной кровоточивости слизистой, наличии геморрагических эрозий от предыдущих санаций, использовались растворы аминокапроновой кислоты 5%, эфедрина 5%, адреналина 0,1%.

Бронхоскопия позволила нам уточнить характер, локализацию и степень бронхобструкции и выраженность воспалительного процесса в бронхиальном дереве. Найденные нами катаральные изменения (54 сл.) проявлялись гиперемией слизистой, часто в сочетании с ее отеком и утолщением. У большинства больных с послеоперационной пневмонией катаральный эндобронхит был умеренным. Резко выраженный катарально-гнойный эндобронхит (45 сл.) в зоне пневмонии являлся признаком формирования нагноительного процесса в паренхиме легких с резким нарушением дренажной функции бронхов. При имеющихся ателектазах наблюдалась картина обструктивного катарально-гнойного эндобронхита (98 сл.). Просветы долевых и сегментарных бронхов были полностью закрыты густой, вязкой, слизистой, слизистогнойной или кровянистой мокротой, с трудом удаляемой через рабочий канал бронхоскопа. В таких случаях нами применялось эндобронхиальное введение протеолитических ферментов для разжижения секрета. В связи с регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути при первичном осмотре в них определялось наличие желчи, небольших комочеков пищи, а также фибринозный налет, преимущественно по задней стенке трахеи и правого главного бронха, в результате ожога слизистой кислым желудочным содержимым (18 сл.).

У большинства больных, находящихся на продленной ИВЛ, обнаруживались контактные травматические эрозии слизистых трахеи, её бифуркации, главных и долевых бронхов, преимущественно в области их деления (шпор), из-за многократных санаций вследую секрета бронхов, причем не всегда специальным катетером (37 сл.). При присоединении гнойной инфекции возникал гнойный катарально-эрозивный эндобронхит (12 сл.).

У 15 больных, после экстирпации пищевода с одновременной пластикой, наблюдался парез левой половины гортани. У 2 больных после операции на грудной клетке отмечался циркулярный стеноз трахеи, ко-

торый был ликвидирован путем повторной интубации.

Положительная динамика отмечалась у всех больных после однократных или повторных лечебно-санационных бронхоскопий: разрешались ателектазы, уменьшались воспалительные изменения слизистой оболочки, восстанавливалась дренажная функция бронхов, улучшались клинико-лабораторные, гемодинамические показатели и рентгенологическая картина легких. При исследовании газов крови отмечалось снижение pCO_2 до нормальных цифр, увеличение pO_2 и насыщение кислородом артериальной крови. У этих больных при повторной бронхоскопии отмечалось уменьшение воспалительных изменений со стороны слизистой бронхов, эрозии приобретали тенденцию к эпителилизации, прекращалась их кровоточивость и наблюдалось исчезновение или значительное уменьшение количества гнойного секрета, его разжижение. У 217 больных в реанимационном отделении при продолжающихся трудностях легочной вентиляции потребовались повторные санационные бронхоскопии. При этом у одного больного после протезирования митрального клапана было выполнено 19 лечебных бронхоскопий, а у больного с миастенией после тимэктомии 24 санации бронхов.

Таким образом, экстренная бронхоскопия является высокоэффективным методом предупреждения и лечения обструктивно-обтурационного синдрома и бронхолегочных осложнений во время операций и в ближайшем послеоперационном периоде. Бронхоскопия позволяет уточнить характер, локализацию и степень воспалительного поражения слизистой трахеобронхиального дерева. Санационно-диагностическая трахеобронхоскопия должна проводиться в экстренном порядке на любом этапе хирургического лечения больных при появлении признаков дыхательной недостаточности. Частота и объем санационных бронхоскопий определяется динамическими показателями местного и общего характера.

Литература:

1. Лукомский Г. И., Шухгалтер И. А. Экспериментальная хирургия. 1967г. №2. С. 94-97.
2. Родионов В. В., Максимов В. В. Диагностика и лечение заболеваний легких. М. 1980 г. Вып. 5. С. 130-132.
3. Mtsumoto T., De Laurentis D. // J.A.M.A. – 1972 г. – Vol.221. – P. 63.
4. Ireda S. // Keio J. Med. – 1968. – Vol. 17. – P. 1-16.
5. Выжигина М. А. Применение новых технических средств в грудной хирургии. Алма-Ата – 1983 г. С. 85-87.
6. Харкевич Ю. П., Девятериков А. И. Военно-медицинский журнал. №10. 1979. С. 59-59.
7. Машин У. Обезболивание при внутригрудных операциях. М. 1967 г.

Хаджибаев А.М.

Струсский Л.П.,

Мадрахимов Н.З.

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ
ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ**

**Научный Центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз
(И.о.директора - д.м.н. Х.А.Акилов)**

Хаджибаев А.М., Струсский Л.П., Мадрахимов Н.З.

**ҚИЗИЛЎНГАЧ АНАСТОМОЗЛАРИНИНГ ЧАНДИКЛИ ТОРАЙИШЛАРИНИНГ ТАШХИСИ ВА ДАВОЛАШИДА ЭНДОСКО-
ПИЯНИНГ ИМКОНИЯТЛАРИ.**

Ушбу маколада кизилунгач анастомозларининг чандикли торайишлари мавжуд 126 беморнинг текшириш ва даволаш натижалари таҳлил килинимокда.

58 беморда эзофагопластика, 38тада проксимал резекция ва 30 нафар беморда гастрэктомия амалга оширилган.

Яхши натижалар 58 беморда ва коникарли натижалар 25 беморда кузатилган. 7 беморда даволаш коникарсиз булади.

Эндоскопик бужлаш ва диатермокоагуляция ёнгил ва кулаг усуулардан булиб, улар кизилунгач анастомотик торайишларида етарли самарадорликга этадир.

Khadjibaev A.M., Strusky L.P., Madrakhimov N.Z.

POSSIBILITIES OF ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OESOPHAGEAL ANASTOMOTIC STRICTURE.

In article the results of investigation and treatment of 126 patients suffering from oesophageal anastomotic stricture are analyzed.

58 patients had undergone oesophagoplasty, 38- proximal and 30 patients total gastrectomy.

Good results were observed in 58 patients, satisfactory in 25 patients. 7 patients had unsuccessful outcomes.

Thus, endoscopic bouginage and diathermocoagulation are easy and suitable procedures having sufficient efficacy in conservative treatment for anastomotic stricture.

Восстановительная хирургия пищевода является одним из сложных разделов абдоминальной хирургии. Высокая частота доброкачественных и опухолевых заболеваний пищевода явилась основной причиной широкого развития пищеводной хирургии. Существующие в настоящее время современные методы хирургических вмешательств позволяют добиться большого количества удовлетворительных результатов. Однако несмотря на широкое развитие реконструктивной хирургии пищевода, частота поздних осложнений после данных вмешательств, не удовлетворяющих равным образом врачей и больных, продолжает оставаться высокой. Одним из наиболее часто встречаемых видов поздних осложнений после эзофагопластики и гастрэктомии является рубцовый стеноз пищеводных анастомозов (РСПА). Данные осложнения встречаются в 9-36% случаев после эзофагопластики (Stoltzing H. et al, 1990, Collard J.M. et al, 1992; Pierie J.P. et al, 1993; Скворцов М.Б. и др., 1988; Андриянов В.А., 1991; Черноусов А.Ф. и др., 1991) и в 9-20% после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка (Петровский Б.В. и др., 1981; Масюкова Е.М. и др., 1983; Мирошников Б.И., Королов М.П., 1989). Рубцовые сужения пищеводных анастомозов по данным Л.Г.Розенфельда (1985 г) относятся к патологическим состояниям пищевода, занимающим значительное место среди осложнений после хирургических вмешательств.

Основными методами консервативного лечения рубцовых сужений пищеводных анастомозов является бужирование и диатермокоагуляция. Бужирование структуры пищеводного соусья под рентген-телеевизионным контролем во многих случаях оказывается технически сложным или невозможным и связано с высоким риском возникновения осложнений, особенно при локализации на шее (Годжелло Э.А., 1997; Yeung C.K. et al, 1990; Странадко Е.Ф., 1979, Галлингер Ю.И. и др. 1989; Сотников В.А. и др., 1995). Реконструктивные операции к сожалению не гарантируют от последующего рестеноза (Groit I.H., 1984; Черноусов А.Ф. и др., 1985).

В последние годы при структурах пищеводных анастомозов все большее признание получают эндоскопические вмешательства, сочетающие простоту выполнения с высокой эффективностью и безопасностью и являющиеся альтернативой повторному хирургическому лечению (Groit I.H., 1984; Ito S. et al, 1985; Walgraeve D. et al, 1994).

НЦХ им.акад.В.Вахидова за период с 1976 по 1998 гг. располагает опытом проведенных 221 восстановительных операций на пищеводе, 108 гастрэктомий и 119 проксимальных резекций желудка. Из общего числа 448 оперированных больных в отдаленном периоде обследовано 306. При проведении комплексного обследования РСПА был выявлен у 126 больных. Было установлено, что 58 больных перенесли эзофагопластику, 38 - проксимальную резекцию и 30 больных гастрэктомию.

На основании данных анамнеза и обследований в различные сроки после операции больные с РСПА по срокам развития стенозов были разделены на 4 группы. 14 больных имели сужение пищеводного анастомоза, которое развилось в сроки до 1 мес после операции (11,1%), что по-видимому связано с послеоперационным анастомозитом; у 45 больных РСПА развился в сроки от 1 до 3 мес (35,7%), у 30 больных с 3 мес до 6, у 16 - от 6 мес до 1 года и 21 больной обратился с жалобами на дисфагию в сроки позднее 1 года после вмешательства.

На основании данных эндоскопического и рентгенологического исследований больные были разделены на соответствующие группы в зависимости от диаметра сужения. У 24,6% больных диаметр суженного просвета составил от 14 до 10 мм, у 52,4 % от 9 до 6 мм, 18,2% больных имели сужение, где ширина просвета составила от 5 до 3 мм и у 6 больных (4,8%) было выявлено сужение диаметром не менее 3 мм. Из консервативных методов лечения в основном было использовано 2 способа: эндоскопическая диатермокоагуляция (ЭДК) и бужирование разнокалиберными бужами по металлическому проводнику под рентген контролем. 21 больному удалось расширить ана-

стомоз при помощи изолированного бужирования по металлическому проводнику. Ввиду невозможности бужирования эндоскопическая диатермокоагуляция или ее сочетание с бужированием произведены у 90 больных, что составляет 71,4%. Показаниями к эндоскопическим вмешательствам при РСПА были: наличие мембраннызного или кольцевидного сужения толщиной 1,0-1,5 см; деформированный тип анастомоза; сужение анастомозов наложенных по типу «конец в бок»; отсутствие признаков сдавления анастомоза извне; наличие сужения диаметром 3-5 мм и иногда при ранних обращениях больного с начавшимся развитием РСПА. Метод ЭДК заключался в диатермической инцизии непроходимого прибором суженного анастомоза по периметру в 4-5 местах. В большей степени коагулировалась зона анастомоза, где был выражен рубцовый процесс с торчащими лигатурами (правая и задняя стенки). При проведении первого сеанса ЭДК обычно мы не стремились расширить анастомоз до полной проходимости его прибором, т.к. к последующему сеансу через 3-5 суток (в зависимости от выраженности стеноза), в связи с углублением зоны коагуляционного некроза, просвет становился шире, иногда пропускал прибор с эффектом бужирования и сдвигом коагуляционного струпа.

При последующих сеансах диатермокоагуляция выполнялась чаще всего в 1-2 точках, где четко еще не видна рубцовая ткань. Коагулированная поверхность внешне напоминает плоскую «язву», кольцевидной или полуколоцевидной формы, покрытую густым налетом серовато-белого цвета. Края отечные, слегка возвышаются, не подрыты. Обычно проходимость РСПА восстанавливается через 2-3 сеанса. При последующих сеансах сформированный таким образом посткоагуляционный лепесток вновь прижигался. Критерии восстановления проходимости суженного пищеводного анастомоза заключались в расширении просвета диаметром до 14-15 мм, свободном его прохождением рабочим концом эндоскопа, в клинической картине разрешения дисфагии и свободном прохождении густой барьерной взвеси через расширенный анастомоз при контрольном рентген исследовании. Значительное расширение РСПА до 15-20 мм нецелесообразно, так как усиливается рефлюкс кишечного сока и желчи в пищевод с возникновением эрозивного рефлюкс-эзофагита, в виде продольных «языков пламени» красного цвета, нередко с подсачиванием крови («кровяная роса»), что выражается усилением клинических жалоб.

С целью избежания усиления рефлюкса после диатермокоагуляции мы придерживались тактики умеренного расширения кольца анастомоза. Следует отметить, что после проведения эндоскопического исследования и манипуляций, у 47 больных отмечался катаральный и эрозивный эзофагит, причем у 29 из них было установлено наличие выраженного рефлюкса. У 7 больных отмечалась грубая деформация зоны анастомоза, представляющая канал протяжением 2-4 см с рубцовыми стенками, пригодного для

установления эндопротеза из полимерного материала. Лечение в амбулаторном порядке было проведено 68 больным, а 58 больных перенесли эндоскопическое лечение в стационаре.

Хорошие результаты отмечены у 58 больных, что проявилось исчезновением дисфагии на твердую и густую пищу и расширением просвета анастомоза более 14 мм. Удовлетворительные результаты отмечены у 25 больных и неудовлетворительные наблюдались у 7 больных. Из осложнений диатермокоагуляции кровотечение наблюдалось у 7 больных, которое было незначительным и остановлено консервативно путем гемостатической терапии или повторной коагуляции. Однако следует отметить, что оценка данных результатов проведения ДТ изучалась в сроки до 3 месяцев после манипуляции. Позднее 3 мес после эндоскопической ДК в НЦХ с рецидивом РСПА повторно обратились 48 больных.

В заключении следует отметить, что эндоскопическое бужирование и ЭДК являются наиболее удобными и приемлемыми манипуляциями, обладающими достаточной эффективностью в консервативном лечении рубцовых структур пищеводных анастомозов, что может быть использовано при лечении РСПА в ранние сроки их развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианов В.Н. Толстокишечная пластика при протяженных рубцовых структурах пищевода и глотки // Автореферат дисс. докт.мед.наук. - М., 1991г.
2. Скворцов М.Б., Бобряков А.Н., Булыгин В.Я., Альперт А.А. Функциональные результаты пластики пищевода целым желудком// В кн: Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Тезисы итоговых работ. - Иркутск. 1988. №1. - С.104-106.
3. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А., Чернявский А.А. Экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой// Хирургия. -1991г. - №5. -С.3-9.
4. Collard J.M., Otte J.B., Reynaert M. et al. Esophageal resection and by-pass: a 6-year experience with a low postoperative mortality// World J.Surg. - 1991.- V.15. №5.-P.635-641.
5. Pierie J.P., de Craaf P.W., Poen et al.// Incidence and management of benign anastomotic stricture after cervical oesophagogastrostomy//Br.J.Surg.- 1993.- V.80.- №4.P.471-474.
6. Stoltzing H., Thon K., Kraemer M., Roher H.D. Benign cervical anastomotic stenosis after subtotal esophagectomy. Benefits and Limits of Endoscopic Therapy //Surgical Endoscopy. - 1990.- V.4.- №3.-P.53.
7. Галлингер Ю.И., Черноусов А.Ф., Андреев А.Л. Эндоскопическая баллонная гидродилатация рубцовых сужений пищевода и пищеводных анастомозов// Хирургия. - 1989. №4. - С.30-33.
8. Yeung C.K., Saing H., Gruntzig ballon catheter dilatation of a severe cervical oesophageal stricture// Aust. N.Z.J.Surg. - 1990.- V.60.- №4. - P.307-310.
9. Годжелло Э.А. Эндоскопическая хирургия структур пищеводных анастомозов// Анналы НЦХ РАМН - 1997.- №6. - С.43-47.

А.М.Худайбергенов,
Ш.К.Атаджанов,
Э.М.Сайдазимов,
М.Э.Каримов

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ:
анализ осложнений и пути их профилактики**
Научный центр хирургии, им. акад. В.Вахидова МЗ.
Республики Узбекистан,
(и.о. директора - д.м.н. Х.А.Акилов)

А.М.Худайбергенов, Ш.К.Атаджанов, Э.М.Сайдазимов, М.Э.Каримов

Лапароскопик холецистэктомиядан кейинги асоратлар таҳлили ва уларнинг профилактикаси.

Ушбу мақолада ўтириш ва сурункали тошли холецистит билан оғриган 580 беморда лапароскопик холецистэктомия натижалари таҳлил қилинган. Жигар ости ва ўт копи отрофидаги яллигланиш жараёнини озайтириш мақсадида 50 беморга амалиётдан олдинги даврда магнитоинфракрасиз нурлари ёрдамида лазертерапия ўтказилган ва бунинг натижасида амалиёт пайтидаги ва кейинги босқичларда учрайдиган асоратлар сони кескин камайган. Амалиёт пайтида жигардан тошқаридаги ўт йулларининг шикастланиши олдини олиш мақсадида ўт қопининг олиб ташлашнинг (холецистэктомиянинг) оригинал лапароскопик услуби таклиф килинган. Амалиет пайтида асоратлар 13 (2,2%) bemorda кузатилган, амалиётдан сўнги асоратлар 8 (1,04%) bemorda кузатилган. Жигар остидаги бўшлиқда кучли яллигланиш туфайли 12 (2,1%) bemorda холецистэктомия амалиёти лапаротомия билан бажарилган.

Khudaybergenov A.M. Atadjanov Sh.K. Saidasimov E.M. Karimov M.E.

Laparoscopic cholecystectomy: analyze of complications and ways of profilactic.

The authors analyse 580 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy with acute (115) and chronic (465) culcalas cholecystitis. In 50 patients we used magnetic infrared lazertherapy what reduce inflammatory proces in subhepatic space and intra- and postoperative complications. Proposed original method of identification elements of gallbladder what permits to reduce risk of injuries of bile ducts. Intreoprative complications occurred in 13 cases (2,2%), postoperative complications in 8 cases (1,04%), conversion to laparotomy in 12 patients due to inflammatory process (2,1%).

Желчнокаменная болезнь, в частности хронический и острый калькулезный холецистит, является и остается одним из самых распространенных заболеваний, хирургическое лечение которых является единственным возможным. По данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов желчнокаменной болезнью страдает около 10% населения мира. Холецистолитиаз по частоте встречаемости уступает лишь атеросклерозу и является поводом для ежегодного проведения до 2,5 млн. экстренных и плановых операций на желчевыводящих путях в мире, и является веским доказательством распространенности заболевания и актуальности его изучения (1,4).

Отсчет нового периода в хирургии холецистита был начат с момента выполнения первой лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), которая была выполнена во Франции в 1987 году Mouret. Анализ результатов ЛХЭ свидетельствует, что осложнения составляют 0,2-8,8%, летальный исход - 0,5-1,4%, причем основная доля осложнений и летальный исход отмечается на ранних этапах освоения ЛХЭ. После выполнения 80-100 ЛХЭ бригадой хирургов осложнения не превышают 0,2-0,6% (2,3,4).

В клинике нашего Центра за период с февраля 1994 по май 1999 г.г. выполнено 580 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) по поводу желчнокаменной болезни. У 465 больных ЛХЭ выполнена по поводу хронического, у 115 больных - по поводу острого калькулезного холецистита. Среди оперированных больных женщин - 554, мужчин - 26, возраст больных от 17 до 75 лет.

При выполнении ЛХЭ мы придерживались общепринятых требований и рекомендаций и использовали лапароскопическую хирургическую установку фирмы «КАРЛ ШТОРЦ» (Германия).

Выполнив первые операции у больных с острым холециститом встретившись с выраженными техническими трудностями при выполнении отдельных эта-

пов операции, мы занялись поиском путей снижения выраженности воспалительно-инфильтративно-спаечных процессов в области желчного пузыря и окружающих тканей. С этой целью решили использовать и изучить эффективность низкоинтенсивного инфракрасного импульсного лазера в сочетании с воздействием постоянного магнитного поля при предоперационной подготовке данной группы больных. Помимо перечня общепринятых лечебных мероприятий, 50 больным с острым холециститом назначен курс дооперационной магнитолазерной терапии. Клинические результаты применения магнитолазерной терапии в комплексе предоперационных лечебных мероприятий у 50 больных сравнивали с таковыми у остальных 65 больных, у которых использовали такой же перечень терапевтических процедур, за исключением сеансов магнитолазерной терапии. Необходимо отметить, что эффективность магнитолазерной терапии особо проявилась при катаральной и начальной стадии развития флегмонозной формы острого холецистита. В тех случаях, когда уже установлен диагноз флегмонозного холецистита, и особенно гангренозного холецистита, применение магнитоинфракрасной лазертерапии (МИКЛТ) клинического эффекта не дает, и в этих случаях единственно правильной тактикой является срочное оперативное вмешательство традиционным способом.

Особенно ценные данные получены нами при изучении удаленного желчного пузыря, а также тканей в области его ложа с помощью морфологических исследований, которые показали, что сеансы МИКЛТ зоны пузыря в процессе подготовки пациентов к ЛХЭ при остром холецистите в значительной степени уменьшают воспалительные изменения его стенки. Это проявляется как на светооптическом, так и на ультраструктурном уровне. Снижение явлений отека и воспалительных изменений особенно выражено в слизистой и мышечной оболочках. Указанное сопровожда-

ется изменениями микрососудов, как кровеносного, - так и лимфатического русла. Ультраструктурные изменения эпителиоцитов свидетельствуют о восстановлении межклеточных контактов, снижении реабсорбции желчных композитов.

Таким образом, результаты этого фрагмента исследований дали четкое морфологическое обоснование эффективности магнитоинфракрасного лазерного воздействия на стенки желчного пузыря при его островом воспалении.

Наиболее частыми интраоперационными осложнениями явились:

1. Кровотечение из пузырной артерии у 5 больных: у 3 больных кровотечение остановлено лапароскопическим способом, а у 2 больных потребовался переход к лапаротомии.

2. Обильное паренхиматозное кровотечение из ложа желчного пузыря у 6 больных: у 4 больных оно остановлено коагуляцией лапароскопическим способом, в 2 случаях - ситуация потребовала перехода к лапаротомии, было произведено ушивание ложа желчного пузыря. В 1 наблюдении наступил смертельный исход из-за острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне продолжающегося кровотечения.

3. Повреждение внепеченочных желчных протоков у 2 больных: в обеих случаях были вынуждены перейти к лапаротомии. В одном случае обнаружена надсечка холедоха, наложен боковой шов на холедох и во втором случае, при полном пересечении холедоха на уровне пузырного протока, наложен холедоходуоденоанастомоз.

С целью профилактики осложнений при выделении пузырного протока и пузырной артерии мы применяем следующую методику: листок брюшины в области шейки рассекаем поперечно на месте перехода кармана Гартмана в печеночно-двенадцатиперстную связку, затем карман Гартмана фиксируется зажимом и производится тракция желчного пузыря краинально и влево. В дальнейшем с помощью электрокрючка рассекаем брюшину с латеральной стороны желчного пузыря до уровня впадения его в общий печеночный проток с обязательной препаровкой от тканей сзади пузырного протока. Наибольшие сложности на этапе препаровки возникают при коротком и широком пузырном протоке, когда подтянутый холедох можно при-

нять за пузырный проток.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения:

1. Желчный перитонит в 1 случае. При этом произведена лапаротомия, при ревизии обнаружено добавочный пузырный проток в ложе желчного пузыря.

2. Желчеистечение по дренажу в брюшной полости у 3 больных, которые самостоятельно прекратились на 6-7 сутки после операции.

3. Нагноение эпигастрального прокола у 2 больных.

4. Образование подпеченочных абсцессов в области ложа удаленного желчного пузыря у 2 пациентов. Они оперированы традиционным методом, произведено вскрытие, санация, дренирование полости абсцесса.

Переход на традиционную холецистэктомию как метод профилактики интра- и послеоперационных осложнений вследствие воспалительного инфильтрата в зоне гепатодуodenальной связки выполнен у 12 больных.

Таким образом, сложности при выполнении ЛХЭ могут приводить к различным интра- и послеоперационным осложнениям, причинами которых является нарушение техники операции, переоценка возможностей хирурга и эндоскопической техники. Специальная предоперационная подготовка, включающаяся сеансы магнитолазерной терапии, соблюдение особенностей выполнения этапов операции позволили расширить показания и значительно улучшить результаты ЛХЭ при островом холецистите.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- 1. Ю.М.Дедерер, Н.П.Крылова, Г.Г.Устинов. Желчнокаменная болезнь. - М., 1983.**
- 2. А.Г. Кригер. Лапароскопические операции в неотложной хирургии. М., 1997, 152стр.**
- 3. Р.Б.Мумладзе, И.Т.Васильев, Ю.Ш.Розиков, А.В. Сотников, А.М.Пужик. Эндоскопическая холецистэктомия: осложнения, исходы. - Анналы хирургической гепатологии, 1998, №9, с.35-38.**
- 4. И.В.Ярема, А.Г.Карцев, А.А.Сергейко, И.Ю.Яковенко. Профилактика осложнений лапароскопических холецистэктомий. Анналы хирургической гепатологии, 1999, т.4, №1, с.56-61.**

Хусаинов Б.Р.
Маткаримов А.К.
Курбанов Р.Р

**Лапароскопическая холецистэктомия
комбинированным применением лазеров при
остром холецистите**

(Из хирургического отделения Хорезмской областной
клинической больницы №1, глав. Врач Хусаинов Б. Р.)

Введение.

В оснащенных клиниках лапароскопическая холецистэктомия (ЛХ) стала операцией выбора у больных с неосложненной желчекаменной болезнью (1, 2). Выполнение ЛХ при остром холецистите остается спорным. По утверждению ряда хирургов, воспалительный процесс в желчном пузыре и в гепатодуоденальной связке приводит к нарушениям анатомических ориентиров, что может послужить причиной серьезных осложнений ЛХ (3,4,6). Учитывая возможность повреждения желчных внепеченочных протоков, в некоторых клиниках ЛХ выполняют только при хроническом холецистите (2,5).

Материал и методы.

Целью настоящей работы явилось выяснение возможности выполнения ЛХ при остром холецистите с применением различных лазеров (высоко – и низкоинтенсивных) на этапах операций. В нашей клинике ЛХ выполняется с 1995 года. К настоящему времени произведено 254 лапароскопических операции. У 125 больных ЛХ выполнена с комбинированным применением лазеров при остром холецистите. Среди этих больных 96 женщин и 29 мужчин. Возраст больных колебался от 20 до 76 лет, средний возраст составил $50,8 \pm 8,6$ года. У значительного числа больных (57,6 %) имелись сопутствующие заболевания, сердечно-сосудистые - у 19, гипертоническая болезнь - у 14, хронический гепатит, цирроз печени - 11, сахарный диабет-12, заболевания почек-8, заболевания легких - у 8. Все больные поступили в клинику в неотложном порядке. Пациентам сразу после поступления назначали инфузционную терапию для коррекции водно-электролитных расстройств, вводили спазмолитики и антибиотики. После поступления больного начинаем комбинированную лазеротерапию по программе принятой в клинике. Это полилазерное облучение (ПЛО), подразумевается одновременное или последовательное использование двух и более источников лазерного излучения с целью усиления их терапевтического или иного эффекта на ткани и организм больного.

С момента поступления больного с острым холециститом до операции производится ЭКЛОК – экстракорпоральное лазерное облучения крови аппаратом “УЗОР” или “Мильта”. Методика заключается в

прикладывании торца излучателя к передней брюшной стенке в проекции крупных сосудов и желчного пузыря. Частота импульсов – 80 герц, длительность облучения 128 секунд в каждой точке.

До операции внутривенное лазерное облучение крови-ВЛОК показано при наличии признаков перитонита, острых деструктивных холециститах, наличия холангита, механической желтухи. ВЛОК приводится через периферические вены в течение 40-60 минут при мощности излучения от 4 до 10 мВт аппаратом АФЛ-01, ЛГ-75, Шифо-1, Шифо-2.

Основным этапом нашей методики интраоперационной лапароскопической холецистэктомии является холецистэктомия с применением АИГ-лазера “Радуга”. Передача излучения осуществлялась по гибкому моноволокнооптическому кварцевому световоду с сапфировым кристальным наконечником через 10 мм лапароскопический троакар (длина волны излучения 10640 нм, мощность 15-40 вт) излучение непрерывное. В послеоперационном периоде производится ЧЛЛОП – Ю м, чрездренажное лазерное облучение ложа желчного пузыря, подпеченочного пространства при мощности излучения 10-15 мвт в течение 40-60 минут, курс лечения 4-5 сеансов с гелий-неоновым и ультрафиолетовым лазером.

В комплекс лечебных мероприятий при гнойных холангитах входит эндодилярное лазерное облучение печени. Лазеротерапия проводится через кварцевый световод диаметром 100-200 мкм при мощности излучения на конце световода 10-15 мВт. Эндодилярное облучение печени сочетается с ВЛОК для усиления иммунокоординирующего и антибактериального действия.

Результаты и обсуждение.

Конкременты выявлены у 117 больных, у 8 конкременты не выявлены, хотя имелись признаки флегмонозного воспаления желчного пузыря. Особое внимание уделяли состоянию желчных протоков. При выделении гардмановского кармана необходима предельная внимательность, так как в условиях инфильтрата эта часть желчного пузыря образует единый конгломерат с гепатодуоденальной связкой и двенадцатиперстной кишкой. Использование лазерного луча и электрокоагуляции при работе в этой зоне недопус-

тимо, ткани нужно разделять только тупфером, строго придерживаясь слоя. Мы всегда самым тщательным образом ревизируем область гармановского кармана, чтобы убедиться, что желчный пузырь полностью выделен из инфильтрата. Только после этого диссектором или эндоножницами вскрываем брюшину по латеральному конттуру шейку пузыря и обнажаем его переднюю стенку от брюшины и жировой клетчатки, после чего обычно удается идентифицировать пузырный проток и начальную часть холедоха. Важным моментом операции при остром холецистите является дозированная декомпрессия желчного пузыря. Для этого толстой иглой под контролем лапароскопа пункцировали желчный пузырь и эвакуировали 50-80 мл желчи, после чего удавалось легче захватить и подтянуть желчный пузырь. У больных с острым холециститом часто имеется выраженный воспалительный инфильтрат в области ворот печени и гепатодуоденальной связки, что создает серьезные технические трудности при выделении и диссекции пузырного протока и артерии. Некоторые хирурги обязательно производят интраоперационную холангиографию для точной ориентировки в анатомии желчных протоков и исключения холедохолитиаза. Нами интраоперационная холангиография выполнена у 5 больных. Считаем не обязательным во всех случаях, производить интраоперационную холангиографию, поскольку эта процедура значительно удлиняет время операции, но не гарантирует от возможного повреждения протоков. При инфильтрированном и широком пузырном протоке, чтобы предотвратить несостоительность культи пузырного протока (прорезивание или отпадения клипсы), лигирование последнего выполняли с помощью набрасывания на него и затягивания специальной петли. Выделение желчного пузыря из ложа печени осуществляли с помощью монополярной электрокоагуляции крючковидным электродом и электродом в виде лопатки. Затем ложе желчного пузыря обрабатывали на всем потяжении АИГ - лазером до образования защитного коагуляционного струпа.

Для более четкой визуализации потоковой системы и сосудов применяли поэтапно лапароскопы с торцевой и со скошенной под 30° оптикой. По нашим наблюдениям лапароскоп со скошенной оптикой позволяет лучше осмотреть операционное поле, особенно в воротах печени

Для быстрого подавления воспалительного процесса в желчном пузыре лучшим, по нашим наблюдениям, оказалась комбинация ципрофлоксацина с гентамицином. Перед операцией всем больным проводили ультразвуковое исследование.

Интенсивное кровотечение из ложа желчного пузыря наблюдалось у 12 больных, у 7 из них имелись признаки цирроза печени, у 4 гипертоническая болезнь. После аспирации крови и сгустков производили лазерную коагуляцию с помощью неодимового АИГ-лазера. У 3 больных наложили клипсы на кровоточащий участок ложа пузыря. Для облегчения выделение желчного пузыря из ложа печени применяли прием отведения и выкачивания его вправо и влево.

Перфорация желчного пузыря в ходе ЛХ наблюдали у 22 больных. В этом случае в

брюшную полость через троакар вводили марлевые салфетки длиной 5-7 см, которые хорошо закрывали дефект и способствовали быстрому осушению и удалению желчи, сгустков и мелких конкрементов. Такой прием позволял уменьшить загрязнение брюшной полости инфицированной желчью и удалить все сгустки и конкременты.

У 9 (7,2%) больных в связи с техническими трудностями, лапароскопического вмешательства была произведена мини лапаротомная холецистэктомия с использованием элементов видеолапароскопии. Длительность операции у этих больных составила в среднем 120 минут

Удаление желчного пузыря из брюшной полости при остром холецистите предпочтительнее производить через широкий троакар диаметром 20 мм с использованием контейнера, так как инфильтрированные стенки пузыря значительно увеличивают его объем и извлечение через 10 миллиметровый порт невозможно без бактериальной контаминации раневого канала. Из 125 больных с острым холециститом у 59 удалось извлечь желчный пузырь из 10 мм троакара у 25 потребовалось рассечение апоневроза на 2-3 см, а у 31 вместо 10 мм порта устанавливали 20 мм троакара и через него извлекали желчный пузырь.

После удаления желчного пузыря необходимо тщательно осмотреть подпеченочное и поддиафрагмальное пространство. Ложе желчного пузыря всегда бывает резко инфильтрировано, что затрудняет гемостаз, поэтому нужен повторный осмотр и при необходимости дополнительная лазерная коагуляция. Последеоперационный период протекал без осложнений у 106 (91,3%) из 116 пациентов, которым выполнена ЛХ. Ведение послеоперационного периода при ЛХ с острым холециститом намного отличается от ЛХ при хроническом холецистите. После операции, в течение 3 суток, больным проводилась падентеральная антибактериальная и инфузионная терапия, в дальнейшем в течение 5-7 суток назначалось ципрофлаксацин перорально. Завершая операцию мы устанавливаем дренаж в подпеченочное пространство на 48-72 часа. У 5 больных наблюдалось подтекание желчи по дренажу в количестве от 50 до 100 мл в сутки. Из них у 3 больных желчь самостоятельно останавлилась на 7-9 сутки. Одна больная оперирована повторно, ей выполнена повторная лапароскопия и повторно на пузырный проток наложена клипса и лигатура, после чего желчеистечение прекратилось. Другой больной произведена пункция брюшной стенки под контролем УЗИ и установлен второй дренаж в подпеченочное пространство, так как ранее установленный дренаж не функционировал. Желчеистечение прекратилось на 12 сутки, больная выздоровела. У 14 больных средний срок пребывания в стационаре с послеоперационными осложнениями составил 10-12 суток. Летальных исходов после лапароскопической холецистэктомии не было. Осложнения наблюдались у 14 (11,2%) больных.

Выводы.

Анализ результатов применения ЛХ при остром холецистите показал, что для успешного выполнения лапароскопического вмешательства требуется гораздо больший опыт и мастерство хирурга, чем для приведения ЛХ при хроническом холецистите. Существенным фактором успеха является срок выполнения лапароскопического вмешательства. Чем раньше от начала заболевания выполняется лапароскопическая операция, тем легче выделить желчный пузырь из воспалительного инфильтрата и разобраться в анатомии желчных протоков.

Так из 86 больных оперированных в первые 3-4

сутки от начала заболевания только у 2 больных с гангренозным холециститом возникла необходимость перехода к открытому вмешательству. Среди 14 больных, оперированных на 5-7 сутки от начала заболевания, лапаротомия было выполнена у 4.

Таким образом лапароскопические вмешательства могут с успехом выполняться как в плановом порядке у больных с хроническим холециститом, так и в экстренном при сечевом холецистите ЛХ при остром холецистите позволяет уменьшить травматичность вмешательства. Значительно сократить срок госпитализации и достичь хорошего косметического результата оперативного вмешательства.

Ф. Ю. Юлдашев,
Г. О. Маматкулов,
В. Я. Бекмамбетова.

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ИЛМИЙ
МАРКАЗИ ФАРГОНА ФИЛИАЛИДА ЭНДОСКОПИЯ
ХИЗМАТИ.**

*Республика шошилинч тиббий илмий маркази
Фаргона филиали.*

(Директор - т.ф.д. Ф. Ю. Юлдашев)

Давлатимиз мустақиллик шароитида олиб бораётган сиёсатининг энг биринчи мақсади - юртимизда яшаётган хар бир оила, хар қайси инсон учун муносиб хаёт шароитини яратиш, тинч осуда ва фаровон хаётимизни мустахкамлаштирди. Шу муносабат билан мамлакатимиз халқ хўжалигининг турли жабхаларига каби, соғлиқни сақлаш тизимида ҳам қатор ислоҳотлар амалга оширилмоқда. Ўзбекистон Республикаси Олий Мажлиснинг олтинчи сессиясида қабул қилинган Қарор мустақил Ватанимиз аҳолиси соғлиқни муҳофаза қилишдаги биринчи қонуний хужжатдир. Охирги давр ичидаги вилоятимиз тиббий муассасаларида ҳам қатор ибратли ишлар амалга ошираётган Қонуннинг ҳаётга жорий этилаётганинг ёрқин далилидир. Хусусан шифохонамизниң охирги йилларда ноёб, мураккаб тиббий ускунлар билан таъминланиши вилоят аҳолисига ихтинослашган ва малакали тиббий хизмат кўрсатишнинг савиясини оширилмоқда.

Тиббиётнинг энг янги жабхаларидан хисобланган эндоскопик хирургия вилоятимизда, хусусан шифохонамизда жуда қиска муддат ичидаги тиббиётда ўз қренини топди. Эндоскопик даво муолажалари ташхис қўйишни енгиллаштириш учун ёрдамида мулажалар сифатида пайдо бўлиб, жуда қиска вақт ичидаги ўзининг сермаълумотлиги, анъанавий даволаш услубларига қатор янги даволаш услубларини қўшиши имкониятларига эгалиги билан алоҳида ахамият касб этди. Меъда ва йўғон ичак полипларининг электроэксизияси, гастродуоденал қон оқишиларда электрокоагуляция, 12 бармоқли ичак яраларини махаллий, эндоскоп ёрдамида даволаш, ёт жисмларни олиб ташлаш, диагностик ва даволаш лапароскопияси ва бошқа эндоскопик муолажалар беморларни кўкрак ва қорин бўшликларида ортиқча тахсислардан сақлаб колади, тахсисдан сўнгги асоратлар сони ва беморнинг стационар даволаниш вақтини қисқартирига имкон беради.

Минимал Инвазив Терапия (SMIT) жамияти 6 Халқаро Конгресси раиси, немис жаррохи, профессор Герхард Бьюэсс конгресс натижаларини қўйидагича ифода этди: «Минимал инвазив тиббиёт - келажак-тиббиётдир». Минимал инвазив жаррохлик - диагностик ва даволаш лапароскопияси беморларга минимал жароҳат, қиска муддатларда соғайиб кетиш ва кўнглидагидек косметик самарага эритиш имконини беради. «Республика эндоскопия жаррохлик хизматини ривожлантириш туғрисида»ги Ўзбекистон Республикаси ССВнинг 346-сонли буйруғига асосан шифохонамизда 1999 йил 1 марта 20 ўринга мулжалланган эндохирургия бўлими ташкил этилди. Шифохо-

номизда 2 йилдан бери лапароскопик муолажалардан: диагностик лапароскопия, лапароскопик холецистэктомия, лапароскопик холецистостомия, лапароскопик оментогепатопексия, лапароскопик апендэктомия, лапароскопик қорин бўшлиги битишмаларини кесиш, лапароскопик тухумдон кистэктомияси, лапароскопик бачадон найлари коагуляцияси, торакоскопик симптаэктомия, тораскопик эхинококэктомия каби тахисислардан 250 дан ортиқ бажарилди.

Ушбу эндохирургик муолажалардан сўнг деярли ҳеч қандай асоратлар кузатилмади. Фақат ўткир флегмоноз калькулез холецистит билан 1 беморда тери ииринглаши кузатилди.

Кизилунгач, меъда, трахея ва бронхларида ет жисми бор беморлар яқин вақтларгача интубацион наркоз таъсирида тахсис йули билан ёки пулат ускунлар ёрдамида олиб ташланган. Фақат фибротолали эндоскоплар пайдо бўлиши билан бу муолажарни беморни авайлаб, махаллий оғриқсизлантириш таъсирида, «қонсиз» усулда бажариш имконияти юзага келди. Йилига 35-40 бемор ет жисмлардан фибротолали эндоскоплар ёрдамида фориг бўлмоқда.

Яна бир бажарилётган эндоскопик муолажалардан бири: меъда резекциясидан сўнггида стабеки асоратлардан бири - баркарор лигатурали анастомозитларда-лигатураларни гастроскоп орқали олиб ташлаш. Бу муолажалардан сўнг кўп беморларда эндоскопик энтерал озиклантиришни йўлга қўйиш лозим бўлади. Кўп йиллардан бери, тахсисдан сўнг ушбу асорати бор беморларга эндоскопик анастомоз лигатураларини олиб ташлаш ва энтерал озиклантиришни йўлга қўйиш самарали амалга оширилмоқда.

Меъда ва 12 б/ичак хасталиклари орасида сурункали яра хасталиги 1-ўринда туради. Қайтарилиб турдиган хуружлари хисобига меҳнатга лаёқатсизлик кунларини ошиб кетишига, баъзан ногиронликка сабаб бўлади. Хозирги пайтда жуда кўп услублар ва хилма-хил ярага қарши дорилар мавжудлигига қарамай, яранинг умуман битмаслиги ёки жуда қиска фурсат ичидаги қайтадан пайдо бўлиши холлари кўплаб учраб тўради. Бунга умумий омиллардан ташқари бир неча махаллий омиллар: яра четларидаги фиброз халка, унинг тубидаги ет жисмлар ва парчаланиш махсулот омилларни бартараф этиш эндоскопик муолажалар ёрдамида амалга оширилади. Бундай муолажаларга анъанавий услубда даволаниб самара кўрмаган, асорат аломатлари йўқ беморлар танлаб олинади. Хозирги кунда ушбу хасталикни даволашнинг самарали ва илғор усулларидан бири лазер нурлари билан даволаш ҳам хамкорликда бажарилётгани, ушбу беморларда барқарор самара бермоқда.

Ўткир гастродуоденал қон оқишлиарда шошилинч эзофагогастроскопияни қўллаш қон оқиш сабабини аниқлашда-ташхис қўйшда катта ёрдам бериб келмоқда. Лекин бундай bemорларни даволаш муаммолари халигача сақланиб келмоқда: бунга консерватив даво тадбирларининг хар доим ҳам самара бермаслиги, жарроҳлик муолажасининг асорати кўплиги сабабdir. Артериал профуз қон оқишлиарни хисобга олмаганда, қолган холларда биологик клейлар ва диатермокоагуляциядан унумли фойдаланилмоқда.

Меъда ва йуғон ичак полипларини эндоскопик полипэкскизияси-полипларни даволашда нисбатан янги услуг хисобланади. Муваффакиятли бажарилган эндоскопик муолажа, меъда резекцияси каби тахсисларга хожат қолдирмайди.

Юкорида келтириб ўтилган эндоскопик муолажалар, қисқа муддат ичida хозирги замон талабига жавоб берадиган савияда бажарилиши учун етарли шартшароитлар вилоят соғлиқни сақлаш бошқармаси ва шифохона маъмурияти бевосита кўмагида яратилди.

НЕКРОПОГ



Ушел из жизни видный кардиохирург, ведущий специалист России в хирургии врожденных и приобретенных пороков сердца, профессор, доктор медицинских наук Леонид Поликарпович Черепенин.

Леонид Поликарпович Черепенин родился в 1931 г. В 1955 г. окончил Военно-медицинский факультет при Саратовском медицинском институте. После службы в армии (1955-1960 гг.) и клинической ординатуры по хирургии (1960-1962 гг.) постоянно работал в Научном Центре хирургии. С 1982 г. по настоящее время являлся руководителем отделения хирургии врожденных пороков сердца.

В 1966 г. защитил кандидатскую диссертацию по теме «Хирургическое лечение дефектов межжелудочковой перегородки через правое предсердие», а в 1982 г. - докторскую диссертацию «Хирургическое лечение врожденных пороков сердца у взрослых больных».

В 1992 г. Л.П.Черепенину присвоено ученое звание профессора. Им подготовлены 11 кандидатов медицинских наук и один доктор

медицинских наук. Леонид Поликарпович - автор более 200 научных работ, 2 монографий, 2 патентов России, награжден медалями «За трудовую доблесть» и «Ветеран труда».

Вся его научно-практическая деятельность была связана с диагностикой и хирургическим лечением врожденных и приобретенных пороков сердца, магистральных сосудов. Талантом и руками Леонида Поликарповича возвращены к жизни тысячи оперированных им пациентов, подготовлена плеяда учеников, продолжающих начатые им направления.

Л.П.Черепенин широко известен и в Узбекистане. С 1977 года он часто приезжал с группой сотрудников в НЦХ МЗ РУз, где проводил серии показательных операций при врожденных и приобретенных пороках сердца. В свою очередь сотрудники отдела хирургии сердца НЦХ им. акад. В.Вахидова неоднократно посещали НЦХ РАМН для ознакомления с последними достижениями кардиохирургии. Профессор Черепенин Л.П. активно участвовал и всемерно помогал развитию кардиохирургии в Узбекистане, в числе первых участвовал в разработке и освоении сложных хирургических коррекций пороков сердца в условиях искусственного кровообращения; помогал в становлении и развитии кардиохирургической службы и науки в Узбекистане.

Друзья, коллеги и сотрудники Российского Научного Центра хирургии РДМН и НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз глубоко скорбят о невосполнимой утрате. Добрая память о замечательном человеке и хирурге сохранится навеки в наших сердцах.

Российский Научный Центр хирургии РАМН

Научный Центр хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз