

УДК 616.318-089.816

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Землянкин А.А., Василенко Н.И., Малицкая А.П.

*Херсонский филиал Украинского НИИ медицины транспорта
КУ «Херсонская городская клиническая больница»*

Проанализированы лапароскопические операции, выполненные в городской больнице в период 1994-2013 г.г. С приобретением опыта суживается круг противопоказаний к лапароскопическим операциям.

Ключевые слова: *лапароскопическая холецистэктомия, противопоказания.*

Введение

В мае 1993 года на конференции в Киеве я впервые увидел лапароскопическую холецистэктомию в исполнении московских хирургов из Российского университета Дружбы народов. Загорелся, привез счёт на оборудование, и уже в конце 1993 года мы получили оборудование фирмы Richard Wolf.

В начале 1994 года вместе с коллегой учились в клиниках Германии, а 28 февраля 1994 г. в нашей больнице выполнили первую лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ).

Цель исследования

Анализ и обобщение опыта лапароскопических операций за 19 лет.

Материалы и методы

За период 1994 — 2012 г.г. выполнено 4292 видеохирургические операции. Среди них: ЛХЭ, лапароскопическая аппендэктомия, операции по поводу различных кист брюшной полости, в т.ч. ворот селезенки, эхинококковых кист печени, дренирование и шов холедоха, видеоассистированная гемиколэктомия, грудная симпатэктомия, видеоассистированная поясничная симпатэктомия, надвлагалищная ампутация матки, предбрюшинная герниоаллопластика, диагностические лапароскопии и биопсии, с 2012 года — однопортовая ЛХЭ.

Больше всего операций (4114 или 95,8 %) сделано при хроническом и остром калькулёзном холецистите, соответственно — 69,0 % и 31,0 %. Возраст па-

циентов колебался от 14 до 83 лет, в среднем $56,4 \pm 0,5$ года.

Результаты и обсуждение

Каждый, кто осваивал в 90-х годах лапароскопические операции, сталкивался с нехваткой опыта, информации. Поэтому ко многим очевидным сегодня вещам приходили эмпирически, путем проб и ошибок. В нечастых публикациях писали о многих ограничениях (даже противопоказаниях) к применению этого метода, которые с приобретением опыта отпали или стали менее категоричны.

Так относительным противопоказанием считался **острый холецистит**. Со временем мы убедились, что ЛХЭ в ранние сроки от начала острого процесса (примерно, до трёх суток), технически порой выполнить легче, чем при хроническом воспалении. Но при больших сроках заболевания, пальпируемом инфильтрате, клинических и ультразвуковых признаках абсцедирования чаще стали применять традиционный доступ, и не тратить силы на попытку ЛХЭ с последующей конверсией (переход на открытую операцию). В первые 1-2 года конверсия при ЛХЭ достигала 8 %, в настоящее время менее 0,5 %.

Перенесенные в прошлом **операции на органах брюшной полости**. Как правило, мы не отказывали и не отказываем таким пациентам в лапароскопическом вмешательстве, конечно предупреждая их о высокой вероятности перехода на открытый доступ. Проблема ре-

шается выбором оптимальной у конкретного пациента точки введения первого троакара и способа его введения. При таком подходе мы выполняем ЛХЭ после операций на желудке, после операций по поводу перитонита, абдоминальных травм.

Вообще не считаем проблемой для ЛХЭ гинекологические операции в анамнезе. Для первого троакара используем эпигастральную точку. Следующие троакары вводим под контролем лапароскопии.

Грыжи передней брюшной стенки. Подход аналогичный: выбор точки введения первого троакара, способа его введения, а также определение очередности этапов симультанной операции – герниопластика или абдоминальный этап.

Холедохолитиаз. Остается проблемой и на сегодняшний день, но чаще решаемой. Наша больница имеет немалый опыт лечения холедохолитиаза путем ретроградной эндоскопической холангиографии, папиллотомии, литотрипсии. После эндоскопического устранения холедохолитиаза в ближайшее время выполняется ЛХЭ.

Сопутствующая патология. Как известно, лапароскопические операции выполняются в условиях напряженного углекислотного пневмоперитонеума. У соматически здоровых пациентов негативные влияния этого фактора легко переносятся и не требуют коррекции. Сложнее ситуация у больных с сопутствующими заболеваниями в состоянии функциональной суб- и декомпенсации. Прежде всего, к таким заболеваниям относится патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Для принятия решения о возможности выполнения таким пациентам лапароскопического вмешательства необходимо помимо стандартного предоперационного обследования изучить функциональные возможности жизненно важных систем организма (спирометрия, эхокардиоскопия). Всегда в оценке степени риска операции

участвует анестезиолог, по показаниям кардиолог, пульмонолог, другие специалисты. Проводится целенаправленная предоперационная подготовка. Не шаблононо проводится анестезиологическое пособие. После операции квалифицированная коррекция в отделении реанимации.

При сочетании желчнокаменной болезни с патологией женских внутренних половых органов, которая требует хирургической коррекции, выполняли симультанные операции. Обязательным моментом выполнения гинекологических операций было участие квалифицированного гинеколога, начиная с дооперационной подготовки, участия в операции и последующим специализированным наблюдением.

Профилактика троакарных грыж.

В течение первых лет желчный пузырь извлекали из расширенного параумбиликального доступа. У 26 % больных возникли осложнения в виде серомы или нагноения параумбиликальной послеоперационной раны. Не снижали частоту осложненного заживления ран традиционные меры профилактики. Несмотря на послойное ушивание раны и независимо от характера её заживления, в последующем у ряда наших больных образовались параумбиликальные грыжи.

С 1996 года мы прекратили использовать параумбиликальный доступ для извлечения желчного пузыря. В настоящее время в эпигастральной точке сразу делаем кожный разрез длиной 2 см. После завершения ЛХЭ скальпелем рассекаем апоневроз до 2,5-3 см. Через расширенную таким образом рану извлекаем желчный пузырь. Апоневроз ушиваем 1-2 швами из нерассасывающегося материала (капрон, полипропилен). После применения такой техники извлечения желчного пузыря к нам перестали обращаться наши пациенты с грыжами после ЛХЭ, хотя продолжаем оперировать параумбиликальные грыжи после ЛХЭ из других клиник [1].

Были у нас и неудачи. На более 4

тыс. ЛХЭ было 4 повреждения желчных протоков (частота 0,097 %). Непрерывность желчных путей восстанавливали наложением гепатикоеюноанастомоза по Ру. Все случаи завершились благополучно.

Выводы

Таким образом, видеохирургические технологии заняли прочное место в хирургической работе нашей больницы, постоянно развиваются и имеют хорошие перспективы. С приобретением опыта суживается круг противопоказаний к лапароскопическим операциям.

Литература

1. Землянкин А.А., Василенко Н.И., Боляновский И.И. Профилактика грыж после лапароскопической холецистэктомии // Материалы III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні способи хірургічного лікування гриж живота». - Київ. - 2006. - С. 76.

References

1. Zemljankin A. A., Vasilenko N. I., Boljanovskij I. I. Prevention of hernia after laparoscopic cholecystectomy // Materials of the III All-Ukrainian scientific-practical conference with international participation "Modern methods of surgical treatment of abdominal hernia". - Kyiv. - 2006. - P. 76. [In Russian]

Резюме

НАШ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Землянкін О.О., Василенко М.І., Малицька А.П.

Проаналізовані лапароскопічні операції, які виконані в міській лікарні за період 1994-2012 р.р. З надбанням досвіду звужується коло протипоказань до лапароскопічних операцій.

Ключові слова: *Лапароскопічна холецистектомія, протипоказання.*

Summary

OUR EXPERIENCE LAPAROSCOPIC SURGERY

Zemlyankin A.A., Vasilenko N.I., Malitskaya A.P.

Analyzed laparoscopic operations performed in the city hospital in the period from 1994 — 2013. You gain experience, narrows the range of contraindications to the laparoscopic operations.

Key words: *Laparoscopic cholecystectomy, contraindications.*

Впервые поступила в редакцию 21.10.2013 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.345-006.5-072-089.189+616.345/35-006-084

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ (ПТК) — САМЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Авраменко Ю.Г., Панов В.В., Посохов Д.Н., Плахотный Р.А., Саидов В.Я., Саенко В.В.

КУ «Херсонская городская клиническая больница»

Проанализированы случаи эндоскопического удаления полипов, выполненные в городской больнице в период 2008-2013 г.г. Колоноскопия и эндоскопическое удаление полипов толстой кишки являются единственным эффективным методом профилактики колоректального рака.

Ключевые слова: *полипы толстой кишки, фиброколоноскопия, эндоскопическое удаление полипов, кровотечение, перфорация.*