

стабильного гемостаза с последующим стойким отсутствием рецидивов кровотечения у 3 пациентов.

У 1 (6,7%) пациента с сегментарной портальной гипертензией и рецидивирующим кровотечением из варикозно-расширенных вен абдоминального отдела пищевода не удалось достичь стабильного гемостаза с помощью ангиоэмболизации селезеночной артерии, что потребовало выполнения лапаротомии с последующим развитием осложнений и неблагоприятным результатом лечения.

Выводы. Применение внутрисосудистой эмболизации при патологии сосудов парапанкреатической зоны в лечении осложнений хронического панкреатита – малоинвазивный эффективный метод, позволяющим улучшить результаты лечения данной патологии.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЖКБ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Быстров С. А., Бизярин В. О.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ

Желчнокаменная болезнь занимает значительное место среди патологий органов гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны. Холелитиаз выявляется у 5-10% взрослого населения РФ, при этом летальность среди пожилых и стариков составляет до 20%. Несмотря на некоторые положительные результаты лечения препаратами желчных кислот, приоритетным по-прежнему остается хирургический метод лечения.

С 2000 г. на базе нашей клиники применяются операции на желчных путях из минилапаротомного доступа. Нет смысла противопоставлять лапароскопические и мини-лапаротомные вмешательства. Каждый из них имеет свои показания к применению, противопоказания, преимущества и недостатки.

Цель исследования: анализ результатов оперативного лечения пациентов с холелитиазом.

С января 2000 г. в нашей клинике с применением малоинвазивной методики прооперированы 2900 чел., из них мужчин – 290, женщин – 2610. Средний возраст пациентов составил 51,2 года (мужчин – 49,2, женщин – 52,9). В молодом возрасте (с 18 до 34 лет) прооперированы 500 пациентов, в зрелом (с 35 до 59 лет) – 560, в пожилом (с 60 до 74 лет) – 919 и в старческом возрасте (с 75 до 89 лет) – 921 пациент. Из них с холециститом в стадии ремиссии – 1628, в стадии острого воспаления – 1272, из них с флегмонозной формой – 927, с эмпиемой – 285, гангренозный холецистит – 34, гангренозно-перфоративный – у 16. Интраоперационно у 40 пациентов установлено наличие перихолецистита, у 44 – водянки желчного пузыря, у 20 – рыхлого инфильтрата, у 15 – перипузырного абсцесса, у 100 пациентов желчный пузырь был «отключен». С механической желтухой прооперированы 24 пациента, у 16 выявлен холедохолитиаз, у 8 – стеноз большого дуоденального соска. Всем пациентам с механической желтухой до и после операции выполнялась комбинированная РХПГ.

Интраоперационно в двух случаях было ранение общего печеночного протока из-за выраженного спаечного процесса с дальнейшей конверсией доступа. При выраженном перипроцессе, внутripеченочном расположении желчного пузыря, выраженном плотном инфильтрате и др. в 10 случаях решено перейти на конверсию доступа. Трансректальный разрез продлевается до 20 см и выполняется вмешательство по традиционной методике.

В 12 случаях производились холедохотомия, холедохолитотомия и дренирование по Пиковскому или Вишневскому.

Послеоперационный период у пациентов, оперированных из мини-лапаротомного доступа, протекает так же, как у пациентов, которым оперативное пособие выполнено лапароскопическим методом. Не возникало необходимости нахождения пациентов в отделении реанимации, за исключением пациентов с выраженной сопутствующей патологией. Болевой синдром выражен незначительно, легко купируется приемом ненаркотических анальгетиков типа «Трамадол».

Из ранних послеоперационных осложнений было отмечено следующее: инфильтратов послеоперационной раны – 12, желчеистечения из области дренажа – 6, острый панкреатит – 5, серома области послеоперационной раны – 10, ТЭЛА – 1 с летальным исходом на операционном столе. После операции у одного пациента старческого возраста развился инфаркт миокарда. Одна релапаротомия выполнялась по поводу несостоятельности культи пузырного протока, приведшей к возникновению подпеченочного абсцесса, и еще одна – по поводу кровотечения из ложа желчного пузыря.

Выводы. По нашему глубокому убеждению, малоинвазивной хирургии принадлежит большое будущее. Однако мнение о том, что малоинвазивные вмешательства в скором будущем вытеснят традиционные, считаем ошибочным. Принципиальное требование к размерам оперативного доступа классически сформулировал известный хирург Кохер в конце XIX века: «Доступ должен быть настолько большим, насколько это нужно, и настолько малым, насколько это возможно».

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХОЛЕДОХОСКОПИИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ SPYGLASS В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Воробей А. В., Лагодич Н. А., Сенкевич О. И., Капран А. С.

Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минская областная клиническая больница, кафедра хирургии
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Холедохоскопия имеет давнюю историю развития, но из-за технических возможностей аппаратов данный вид исследования желчных протоков не получил широкого распространения. С внедрением в клиническую практику новой эндоскопической системы SpyGlass диагностические и лечебные возможности холедохоскопии открыли новый этап в развитии малоинвазивных технологий в билиарной хирургии.

Цель: продемонстрировать первый опыт применения холедохоскопии с помощью системы SpyGlass в Республике Беларусь.