

(41%); при закрытых травмах живота для диагностики повреждений паренхиматозных и полых органов – 35 (45%); при дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний (чаще острого аппендицита) и острых заболеваний органов малого таза – 11 (14%). В нашей практике во всех случаях лапароскопия была успешной и способствовала выработке правильной тактики лечения больных. Но нельзя забывать о тех двух процентах, когда во время лапароскопии не удастся обосновать причину имеющихся клинических симптомов.

На основании вышеизложенного нами сделаны следующие выводы.

1. Эндоскопическая хирургия заняла прочные позиции в хирургическом лечении больных.

2. С учетом большого объема выполняемых эндоскопических операций и диагностических исследований хирургами-эндоскопистами, по-видимому, назрела не-

обходимость в создании отдельной эндоскопической службы в условиях многопрофильных больниц, оказывающих экстренную круглосуточную помощь с большим потоком больных, с введением в состав дежурной бригады опытного хирурга-эндоскописта.

3. Диагностическая лапароскопия должна выполняться по строгим показаниям опытным хирургом-эндоскопистом, имеющим достаточный опыт работы в абдоминальной хирургии (для правильной интерпретации лапароскопических находок и, при необходимости, их своевременного удаления).

Литература

1. Федоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В. В., Эндоскопическая хирургия. – М.: Медицина, 1998.
2. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. Эндоскопия органов брюшной полости. – М.: Медицина, 1977.
3. Коваль Е. Г., Кошуг Г. Д., Хонелидзе Г. Б. Атлас лапароскопической диагностики. – Кишинев, 1983.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (причины, способы предупреждения)

**А. А. Смирнов, В. М. Воронин, Ю. Б. Сёмкин, С. Л. Сперанский, С. Г. Горелик,
Т. Н. Татьянаенко, А. Н. Анацкий, О. Б. Захарченко, А. Д. Мясников**

Кафедра общей хирургии медицинского факультета БелГУ,
кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии КГМУ

Целью настоящей работы явилось определение интраоперационных и послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), изучение причин и разработка путей профилактики этих осложнений.

По данным литературы, количество осложнений ЛХЭ остается на прежнем уровне и составляет от 2 до 20%, по данным различных авторов (1,2,3). Такую разноречивость данных мы объясняем тем, что многие авторы по мере накопления опыта не придают значения многим интраоперационным и послеоперационным осложнениям. В последнее время в связи с совершенствованием техники ЛХЭ все больше внимания уделяется таким «грозным» осложнениям,

как повреждение внепеченочных желчных протоков, желчеистечение, внутрибрюшное кровотечение. Другие же осложнения, в большей степени влияющие на статистику в данном разделе и гребующие повторных оперативных вмешательств, незаслуженно, по нашему мнению, отодвинуты на второй план.

В настоящей работе описаны осложнения, с которыми мы столкнулись при ЛХЭ.

В городской больнице № 1 ЛХЭ производятся с 1993 года. На протяжении 6 лет (до декабря 1999 г.) было произведено 932 операции по поводу желчекаменной болезни в различных ее проявлениях (острый и хронический холецистит, холедохолитиаз). Из них при хроническом холецистите – 703

(65%), при остром – 207 (22%), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) при холедохолитиазе и стенозе большого дуоденального соска – 22 (13%).

Перед операцией всем больным проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) с оценкой состояния желчного пузыря (размеры, форма, наличие деформаций, наличие конкрементов, их размеры и расположение, толщина стенки, состояние окружающих тканей), внепеченочных желчных протоков поджелудочной железы. Возможность эндоскопического хирургического лечения определяли с учетом данных анамнеза, сопутствующих заболеваний, результатов инструментального обследования.

Предоперационное обследование должно давать информацию, исходя из которой определяются как показания, так и противопоказания к ЛХЭ. Диагностические ошибки, допущенные в предоперационном периоде, в ряде случаев лишь удлинняют операцию или требуют перехода к открытому способу. Однако они могут привести к тяжелым осложнениям, как во время операции, так и в послеоперационном периоде.

Различные осложнения, с которыми нам пришлось столкнуться, были разделены на две группы: интраоперационные и послеоперационные. В свою очередь послеоперационные осложнения мы разделили на ранние и поздние (табл.). Осложнения возникли у 100 (10,5%) прооперированных больных.

Несмотря на проведенное предоперационное обследование, у одной больной была пропущена патология внепеченочных протоков, что привело к осложнениям в послеоперационном периоде.

Больная С. госпитализирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Желтухи в анамнезе не было, явления хронического панкреатита отсутствовали. УЗИ показало в желчном пузыре конкременты от 0,5 до 1,2 см в диаметре, внутрипеченочные и внепеченочные желчные протоки не расширены, поджелудочная железа не изменена. Показатели билирубина и трансаминаз в пределах нормы. Произведена ЛХЭ без технических трудностей. В после-

операционном периоде к концу 1-ых суток появилось желчеистечение по дренажу из брюшной полости, к концу 2-ых суток появились явления перитонита, и больная была повторно оперирована. Во время лапаротомии обнаружено большое количество желчи в правом подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах, в правом боковом канале и в малом тазу. Источником желчеистечения явилась культя пузырного протока. На интраоперационных холангиограммах обнаружен множественный холедохолитиаз. Произведена холедохотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика. Холедохолитиаз был устранен, наступило выздоровление.

Интраоперационные ошибки таят опасность развития тяжелых осложнений, часть из которых диагностируется во время операции, а другие – лишь в послеоперационном периоде.

Повреждения желчного пузыря, пузырной артерии, пузырного протока мы не относим к разряду «тяжелых» и устраняем во время операции.

Необходимо остановиться на таком «грозном» осложнении во время операции, как повреждение гепатикохоледоха, с которым мы столкнулись в одном случае. Повреждение является «большим» – полное пересечение гепатикохоледоха.

Больная П. госпитализирована в хирургическое отделение по поводу хронического калькулезного холецистита. Оперирована в плановом порядке.

Во время операции обнаружен выраженный спаечный процесс в области шейки желчного пузыря. Произведена ЛХЭ, брюшная полость дренирована. На 2-е сутки после операции у больной появились явления перитонита. Больная была экстренно оперирована. Во время операции в брюшной полости обнаружена прозрачная желчь. При ревизии обнаружено полное пересечение гепатикохоледоха. Источником желчеистечения является проксимальная культя общего желчного протока. Произведено наружное дренирование культы гепатикохоледоха. Через три месяца больная оперирована – произведена успешная реконструктивная

операция, после которой наступило выздоровление.

У одной больной в послеоперационном периоде сформировался подпеченочный абсцесс, который потребовал повторной операции. Во многих случаях (в основном при остром холецистите) избежать данного осложнения, наряду с противовоспалительной терапией, удалось адекватным дренированием подпеченочного пространства двумя дренажами, введя второй, более толстый дренаж, через дополнительный троакар диаметром 10 мм по средней подмышечной линии справа.

Боли в надлопаточных областях и гипертермию в послеоперационном периоде мы отнесли к побочным эффектам операции, которые объясняем длительностью операции более одного часа при давлении CO_2 13-14 мм рт ст (разложение диафрагмального нерва) и избыточной коагуляцией ложа желчного пузыря (асептический некроз тканей печени), эти симптомы не требовали дополнительных вмешательств и самостоятельно купировались в течение 3-5 дней.

У 100 (10,5%) оперированных больных в раннем послеоперационном периоде мы столкнулись с таким осложнением, как гипербилирубинемия. Показатели билирубина колебались в пределах от 30 до 100 ммоль/л (при нормальной АЛТ). Во всех случаях желтуха носила «паренхиматозный» характер (по данным УЗИ дилатации холедоха и конкрементов в нем не определялось) и купировалась инфузионной терапией самостоятельно (при невысоких цифрах билирубина) в течение 3-5 дней. Больные находились под наблюдением в течение 2-3 лет – билирубин в пределах нормы, холедохолитиаза, по данным УЗИ, нет. Причинами данного осложнения мы считаем: острый токсический гепатит (за счет воздействия CO_2 на печеночные клетки и за счет избыточной диатермокоагуляции) и обострения уже имеющегося хронического гепатита у лиц любого возраста, страдающих или перенесших заболевания печени (вирусный или другие формы гепатита).

Нагноение послеоперационных околопупочных ран возникли у 15 больных

(1,6%), из которых у 5 был хронический и у 10 – острый холецистит. С инфильтратом послеоперационного рубца мы столкнулись у 82 больных (12%).

У 5 больных в позднем послеоперационном периоде возникли послеоперационные параумбиликальные грыжи, которые потребовали оперативного лечения. Это привело нас к необходимости разработки новых методик ушивания дефекта апоневроза в околопупочной области для профилактики послеоперационных грыж.

В 19 (2%) случаях выявлены лигатурные свищи.

По мере накопления опыта эндоскопических операций, за счет строгого соблюдения принятых правил при всех операциях, нам удалось резко сократить количество осложнений и побочных эффектов. Тем не менее, вероятность возникновения ошибок и обусловленных ими осложнений на любом этапе лечения больных имеется всегда.

На основании вышеизложенного нами сделаны следующие выводы.

1. Для уменьшения количества интраоперационных и послеоперационных осложнений необходимо тщательное обследование больных в предоперационном периоде с использованием всех возможных методов исследования; операция должна выполняться с использованием прецизионной техники, на всех этапах под постоянным визуальным контролем высококвалифицированных хирургов, имеющих достаточный опыт работы в абдоминальной хирургии.

2. Возникновение послеоперационных параумбиликальных грыж диктует необходимость разработки новых методик их профилактики.

3. Для профилактики подпеченочных абсцессов наряду с противовоспалительной терапией мы рекомендуем при необходимости дренирование подпеченочного пространства двумя дренажами.

4. Количество гипербилирубинемии в раннем послеоперационном периоде указывает на актуальность данной проблемы и на необходимость ее дальнейшей разработки.

Осложнения при ЛХЭ

Осложнения	Количество случаев	
	абсолютное	%
Интраоперационные:		
повреждение пузырной артерии	18	1,9
повреждение желчного пузыря	95	10,2
повреждение гепатикохоледоха	1	0,1
повреждение a.gipocostrica	1	0,1
Послеоперационные.		
а) ранние		
желчеистечение	2	0,2
гипербилирубинемия	100	10,5
подпеченочный абсцесс	1	0,1
инфильтрат околопупочной раны	82	9
нагноение околопупочной раны	15	1,6
б) поздние		
лигатурные свищи	19	2
п/операц. грыжи параумбиликальные	5	0,5

Литература

1. Галлингер Ю. И., Тимошин А. Д. Лапароскопическая холецистэктомия – М. ВНЦХ, 1992
2. Балалыкин А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: Медицина, 1996.
3. Федоров И. В., Сигал Е. И., Одинцов В. В. Эндоскопическая хирургия – М.: Медицина, 1998.
4. Шуркалин Б. К. и соавт. Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 2. – С. 12.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ТРЕХМЕРНОЙ ФОРМЫ ПОЛОСТИ ПОСТОЯННЫХ МЕДИАЛЬНЫХ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧЕЛОВЕКА

С.Л. Сперанский

Кафедра общей хирургии с курсом оперативной хирургии и топографической анатомии
 медицинского факультета БелГУ,
 кафедра анатомии человека Волгоградской медицинской академии

Зубы представляют собой структуры прочные, мало подверженные химическому, физическому, термическому и механическому воздействиям.

Достаточно хорошо изучена морфология твердых тканей зуба и анатомия пульпы (1,4,5,6). В литературе приведены данные о максимальных, средних и минимальных размерах зубов, величине их коронки и корня (2,3). Вместе с тем представленные в работах сведения не позволяют получить целостного представления об объемном строении полости зуба.

Задачей исследования явилось изучение анатомических вариантов формы по-

лости зуба человека с учетом его возрастных и половых особенностей. Материалом служили зубы, полученные от 90 трупов. В возрастной группе 17-21 лет были 23 человека, в группе лиц 22-35 лет – 26, в группе лиц 36-60 лет – 41. С помощью портативной бормашины с комплектом различных фрез проводились распилы зубов в различных плоскостях, удобных для более полного освобождения полости. Замеры формы самой плоскости, ее изгибов, краев и диаметра каналов на различных уровнях проводилось штангенциркулем с точностью до 0,01 см. Использовались морфометрические методы, данные одонтоскопии и стереомикроскопии