

На правах рукописи

Инжеватов Владимир Владленович

**ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

14.00.27 - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

МОСКВА
2005

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» (ректор - академик РАМН, профессор Юшук Н.Д.) Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации

Научный руководитель:

Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук,
профессор

ЕМЕЛЬЯНОВ
Сергей Иванович

Научный консультант:

кандидат медицинских наук

ПИСАРЕВСКИЙ
Глеб Николаевич

Официальные оппоненты:

Заслуженный врач РФ,
доктор медицинских наук,
профессор

ДИБИРОВ
Магомедбек Дибирмагомедович

доктор медицинских наук,
профессор

ЕГИЕВ
Валерий Николаевич

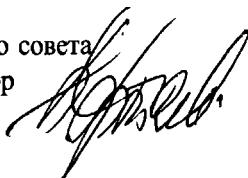
Ведущее учреждение: Российский государственный медицинский университет

Защита состоится «21» 06 2005 года в 14 часов на заседании диссертационного совета Д 208.041.02 при ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава по адресу: 127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке университета по адресу: 127206, Москва, ул. Вучетича, д. 10а.

Автореферат разослан «21» 04 2005 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор



Уртаев Б.М.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Проведение плановых эндоскопических операций под местной анестезией в поликлинике актуально для практической хирургии. Значительное снижение затрат на лечение (Kao J.T., Giangarra S.E. 1995), отсутствие риска внутрибольничной инфекции, послеоперационное наблюдение пациента оперировавшим врачом, сокращение сроков послеоперационной реабилитации привлекают внимание к амбулаторным эндохирургическим операциям, к возможностям их применения в условиях поликлиники.

На фоне быстрого развития новых организационных форм амбулаторной хирургии, совершенствования средств обезболивания (Алекперова Т.В. 2001, Апанасенко Б.Г. 1999, Савельев В.С. 2001, Dandy D.J. 1987, Durant Q.D. 1989, Nelzen O. 2000) выполнение ряда эндохирургических операций в амбулаторно-поликлинических условиях представляется реальной задачей здравоохранения.

Зарубежный и отечественный опыт показывает, что в рамках однодневной хирургии ("day surgery") может быть проведено до 40-50% плановых оперативных вмешательств (Herzog K.H. 1988, Wolcott M.W. 1988), включая ортопедию, ангиологию, онкологию, герниологию, проктологию и гинекологию (Кутин А.А. 2000). В последнее время вводится понятие "офисная хирургия", когда по окончании операции пациент самостоятельно покидает медицинское учреждение и переводится на амбулаторный режим (Богачев В.Ю. 2004).

Перспективны для амбулаторно-поликлинической хирургии эндоскопические операции на суставах (Dandy D.J. 1987, Durant Q.D. 1989), венах нижних конечностей (Gloviczki P. 1999, Nelzen O. 2001), новообразованиях мягких тканей (Егиев В.Н. 2002, Чиссов В.И. 2003, Jarrell B.E., Carabassi R.A. 1996).

Нами предпринята попытка изучения ряда вопросов, касающихся организации эндохирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, определения показаний и противопоказаний к эндохирургическим операциям, оптимизации техники оперирования, а также тактики послеоперационного ведения и реабилитации больных.

Цель настоящего исследования. Научно обосновать возможность выполнения эндохирургических операций в поликлинических условиях при лечении ряда заболеваний суставов, сосудов и мягких тканей.

Задачи исследования.

1. Определить показания и противопоказания к эндохирургическим операциям в поликлинических условиях.
2. Показать эффективность эндохирургических операций в поликлинических условиях при лечении ряда заболеваний суставов, сосудов и мягких тканей.
3. Сравнить результаты артроскопических вмешательств у больных с патологией суставов в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

4. Сравнить результаты хирургического лечения больных варикозной болезнью вен нижних конечностей с применением эндоскопической диссекции перфорантных вен голени в поликлинике и стационаре.

5. Сравнить результаты эндохирургического и традиционного хирургического лечения больных с поверхностно расположенными доброкачественными новообразованиями мягких тканей в амбулаторно-поликлинических условиях.

Научная новизна полученных результатов. К новым результатам можно отнести научное обоснование целесообразности проведения под местной анестезией ряда эндохирургических операций в поликлинике. Представлена сравнительная оценка эндохирургического лечения суставов и варикозной болезни вен нижних конечностей в поликлинике и стационаре. Дана сравнительная оценка эндохирургического и открытого удаления поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей в амбулаторно-поликлинических условиях. Разработаны организационные основы оказания эндохирургической помощи в поликлинических условиях.

Практическая значимость полученных результатов. Доказано, что большинство артроскопических операций можно выполнять в амбулаторно-поликлинических условиях с использованием внутрисуставной анестезии и без редукции кровотока в оперируемой конечности. Определена методика выполнения в поликлинических условиях под местной анестезией и без редукции кровотока эндоскопической диссекции перфорантных вен голени при осложненной трофическими расстройствами варикозной болезни вен нижних конечностей. Показаны технические особенности выполнения под местной анестезией в амбулаторно-поликлинических условиях эндохирургического удаления поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей.

Основные положения, выносимые на защиту.

1. Диагностическая и лечебная артроскопия коленных суставов, эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени, эндохирургическое удаление поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей могут быть выполнены под местной анестезией в поликлинических условиях.

2. Внутрисуставная анестезия, отказ от редукции кровотока, наложение эластического биндажа и ортезирование сустава позволяют сразу же по окончании артроскопической операции активизировать больного и перевести его на амбулаторный режим.

3. Пациенты, перенесшие в поликлинических условиях комбинированную флебэктомию с эндоскопическим этапом, после краткосрочного наблюдения в дневном стационаре могут быть выписаны под врачебный патронаж на дому с обеспечением возможности экстренной госпитализации при нештатной ситуации.

4. Применение эндохирургических методов в условиях поликлиники сокращает период временной нетрудоспособности у пациентов с рядом забо-

леваний суставов и варикозной болезнью вен нижних конечностей.

Внедрение результатов работы в практику. Методики проведения эндохирургических вмешательств на суставах, перфорантных венах голени и поверхностно расположенных доброкачественных новообразованиях мягких тканей внедрены в практику хирургического отделения Городской поликлиники № 185 г. Москвы.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на совместном заседании Кафедры общей хирургии лечебного факультета и Кафедры хирургических болезней и новых эндохирургических технологий лечебного факультета с курсом клинико-экспериментальной эндохирургии ФПДО лечебного факультета ГОУ ВПО "МГМСУ" Росздрава, на 5-й конференции Ассоциации флебологов России (Москва, 2004) и 5-й научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области (Москва, 2004).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 9 научных работ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 127 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, трех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 66 отечественных и 117 зарубежных работ. Текст диссертации иллюстрирован 37 таблицами и 30 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика клинических наблюдений. В исследование включены 412 пациентов (204 из них оперированы в поликлинике) с заболеваниями и последствиями травм крупных суставов, с варикозной болезнью вен нижних конечностей и поверхностно расположенными доброкачественными новообразованиями мягких тканей.

Больные были разделены на три исследуемые группы по нозологиям: 1) заболевания и последствия травм коленных суставов - 142 пациента; 2) варикозная болезнь вен нижних конечностей - 32 пациента; 3) поверхностно расположенные доброкачественные новообразования мягких тканей - 21 пациент.

Для сравнения были взяты клинические материалы на 208 пациентов стационаров. Их также разделили на аналогичные по нозологиям контрольные группы: 1) заболевания и последствия травм коленных суставов - 108 пациентов; 2) варикозная болезнь вен нижних конечностей - 50 пациентов; 3) поверхностно расположенные доброкачественные новообразования мягких тканей - 50 пациентов.

Пациенты с патологией суставов. В 2001-2003 гг. в хирургическом отделении поликлиники № 185 г. Москвы выполнены эндоскопические вмешательства на 156 суставах у 151 пациента с заболеваниями коленного, голеностопного, локтевого и плечевого суставов. Девять больных с патологией

голеностопного, локтевого и плечевого суставов не вошли в сравнительный анализ ввиду малочисленности наблюдений.

Исследуемую группу составили 142 пациента с патологией коленного сустава (пяти пациентам прооперировано по два сустава). Среди них 70 мужчин и 72 женщины в возрасте от 15 до 79 лет. Контрольную группу с патологией коленных суставов составили 108 пациентов в возрасте от 15 до 70 лет, оперированных в травматологическом отделении ГКБ № 15. В обеих группах было более 80% пациентов трудоспособного возраста.

В исследуемой группе было произведено 147 эндохирургических манипуляций по поводу основной патологии коленного сустава и 32 - по поводу сопутствующей. Санационные артроскопии составили 79,6%, диагностические - 20,4%. В контрольной группе все вмешательства были санационными ввиду специфики травматологического отделения стационара.

Пациенты исследуемой группы были оперированы под внутрисуставной анестезией и без редукции кровотока. Для оценки болевого синдрома использовалась 100-мм визуальная аналоговая шкала (VAS-100). В контрольной группе применялась спинальная анестезия, что обусловлено использованием редукции кровотока в оперируемой конечности.

После артроскопического вмешательства в амбулаторно-поликлинических условиях пациентам не требовалось ни наблюдения в дневном стационаре, ни врачебного патронажа на дому. По окончании операции, наложения эластического биндажа на конечность, ортезирования сустава пациент сразу же активизировался, и ему назначался амбулаторный режим. Восстановительные мероприятия и оценка их эффективности в обеих группах после артроскопических операций проводились в соответствии с 4-мя фазами реабилитации по Zarins (1982).

Пациенты с варикозной болезнью вен нижних конечностей. С октября 2003 г. по апрель 2005 г. в хирургическом отделении Городской поликлиники № 185 оперировано 32 пациента с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Среди них 13 мужчин и 19 женщин в возрасте от 28 до 70 лет (в среднем - 45,5 лет). Выраженность клинических проявлений ХВН составила от С2 до С6 по СЕАР (2003). Двое больных оперированы с открытой трофической язвой (С6 по СЕАР). У 30 пациентов эндоскопическая диссекция перфорантных вен выполнялась в комбинации с кроссэктомией, стриппингом большой подкожной вены и операцией Мюллера. Комбинированная флебэктомия выполнялась в следующей последовательности: ЭДПВ, кроссэктомия, стриппинг и операция Мюллера. В четырех случаях флебэктомия дополнялась перевязкой малой подкожной вены. У двух больных ЭДВП выполнена изолированно в качестве первого этапа лечения рецидивирующей трофической язвы голени. При выполнении ЭДПВ использовалась местная инфильтрационная и проводниковая анестезия. Редукция кровотока не применялась. Доступ к перфорантным венам осуществлялся с помощью жесткого эндоскопа Хауэра фирмы Xion, имеющего оптику в 30 градусов,

два источника света, длину рабочей части 23 см, а также расширенную до 20 мм удлинненную до 30 мм и скошенную под углом 45 градусов дистальную часть - "оливу", позволяющую формировать между фасцией и мышцей пространство в форме "шатра". Профилактика тромбоземболических осложнений проводилась низкомолекулярным гепарином (фраксипарин) в день операции и в течение 3 сут. после нее.

После операции больные наблюдались в дневном стационаре поликлиники в течение 30-60 мин, после чего доставлялись домой санитарным транспортом. Врачебный патронаж на дому осуществлялся на 2, 3, 4 и 6-й день после операции и включал осмотр, проведение перевязок и исследование с помощью портативного доплер-зонда. В первые сутки больной соблюдал постельный режим, со вторых - домашний. С 7-х суток больной переводился на амбулаторный режим.

Контрольную группу составили 50 пациентов (16 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 22 до 78 лет (в среднем 48,7 лет). У больных данной группы выраженность ХВН составляла от С4 до С6 по СЕАР. Все они оперированы в условиях сосудистого отделения ГКБ № 1 г. Москвы под спинальной анестезией по методике, не предусматривающей редукции кровотока в конечности.

Обе группы пациентов сравнимы между собой по полу, возрасту, выраженности ХВН, а также структуре выполненных оперативных вмешательств.

Эффективность операции оценивалась по клинической системе, предложенной Consensus Committee of the American Venous Forum of Chronic Venous Disease, включающей 9 параметров, значение каждого из которых - от 0 до 2 баллов. Сроки наблюдения больных составили от 1 до 19 мес. (в среднем - 8,9 мес).

Пациенты с поверхностно расположенными доброкачественными новообразованиями мягких тканей. Исследуемую группу составили 21 пациент - 9 мужчин и 12 женщин в возрасте от 25 до 61 года (в среднем - 38,8 лет). Размеры удаленных новообразований - от 4 до 11 см (в среднем - 7,2 см). Эндохирургические операции выполнялись под местной инфильтрационной анестезией по методике, не предусматривающей инсуффляции газа.

Контрольную группу составили 50 пациентов - 21 мужчина и 29 женщин в возрасте от 19 до 64 лет (в среднем 42,5 лет), оперированных традиционным способом под местной инфильтрационной анестезией: 42 - с солитарными липомами, 8 - с межмышечными. Пациенты обеих групп оперированы в амбулаторно-поликлинических условиях на базе хирургического отделения поликлиники № 185.

Методы исследования. Во всех группах наблюдения патологический процесс документировался в фото - и видеоформате. Статистическая обработка данных производилась с использованием коэффициента Стьюдента.

Методы исследования больных с патологией суставов. Больному выполнялись рентгенографическое исследование, МРТ, диагностическая пункция сустава с биохимическим, цитологическим и бактериологическим исследованием синовиальной жидкости. Окончательный диагноз

устанавливался во время артроскопии. Выполнялась, по показаниям, биопсия синовиальной оболочки для гистологического и гистохимического исследований. В послеоперационном периоде пациентам, перенесшим артроскопическую операцию, проводилось доплеровское исследование для исключения признаков тромбоза глубоких вен нижней конечности. Динамика патологических изменений в суставах оценивалась в баллах по клинической шкале Lisholm.

Методы исследования больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей. Выполнялась аускультативная регистрация венозного кровотока в конечностях с помощью портативного доплер-зонда Mini dopplex D900 Huntleigh (Англия). Диагноз уточнялся с помощью дуплексного ангиосканирования на аппарате "Logic 400 MD", при котором картировались места вено-венозных сбросов и определялся объем хирургического вмешательства. Оценка эффективности лечения в послеоперационном периоде производилась с помощью ультразвукового мониторинга кровотока в первые дни после операции на дому, а позднее - во время амбулаторных приемов. При наличии открытой трофической язвы проводилось бактериологическое исследование ее отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам. Степень хронической венозной недостаточности оценивалась в баллах по клинической шкале и шкале снижения трудоспособности по международной классификации СЕАР.

Методы исследования больных с поверхностно расположенными доброкачественными новообразованиями мягких тканей. В данной группе выполнялись УЗИ новообразований и их диагностическая пункция с целью предоперационной морфологической верификации диагноза. Удаленные новообразования подвергались гистологическому исследованию.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И САНАЦИОННАЯ АРТРОСКОПИЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Особенности внутрисуставной анестезии в амбулаторно-поликлинических условиях. Адекватная внутрисуставная анестезия достигается точностью выполнения пункции сустава и применением современных местных анестетиков, обеспечивающих продолжительное полноценное обезболивание (бупивакаин с адреналином). Пункция сустава является ординарной манипуляцией для поликлинической практики. Спинальная анестезия - более сложная манипуляция, требующая обязательного участия анестезиолога, не всегда достигающая достаточного обезболивания и чревата рядом осложнений. Затраты времени на спинальную анестезию выше, чем на внутрисуставную. Среднее время, затраченное на выполнение спинальной анестезии, составило 15,4 мин, на проведение внутрисуставной - 2,1 мин, а при наличии выпота в суставе - 4,9 мин.

Степень болевого синдрома во время операции под внутрисуставной анестезией составила в среднем 6 мм по VAS-100. Практически все пациенты

были удовлетворены внутрисуставной анестезией и лишь 3 больных из 142 (2,1%) не были удовлетворены качеством обезболивания (>30 мм по VAS-100), что, впрочем, не потребовало прекращения операции или сокращения объема вмешательства. В контрольной группе у 14 пациентов из 108 (13%) спинальная анестезия была неэффективна, и ее пришлось дополнить внутривенным наркозом. Кроме того, эффект внутрисуставной анестезии сохранялся до 8 часов, в связи с чем все пациенты исследуемой группы активизировались сразу по окончании операции и переводились на амбулаторный режим. В контрольной группе больные находились в 1-е сутки на постельном режиме, активизация их осуществлялась на 2-й день после операции.

Важным преимуществом внутрисуставной анестезии является снижение кровоточивости тканей сустава за счет добавления в раствор анестетика адреналина. При использовании спинальной анестезии, напротив, наступает паралич гладкой мускулатуры сосудистой стенки, поврежденные сосуды не спадаются, просвет их зияет. Кровотечение даже из мелкого сосуда в этой ситуации делает операцию крайне затруднительной из-за потери видимости, обязательным условием вмешательства становится прекращение кровотока в оперируемой конечности путем наложения турникета на бедро. Последнее обстоятельство из-за сдавления нервных стволов вызывает более выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде и может служить причиной послеоперационного неврита. Сдавливание артерий может стать пусковым моментом для ишемического неврита и реперфузионного феномена. Нарушение турникетом венозного оттока может повлечь развитие тромбоза глубоких вен нижних конечностей. С этой точки зрения, спинальная анестезия существенно уступает внутрисуставной по безопасности.

Особенности артроскопических доступов к коленному суставу. В исследуемой группе доступы применяли стандартные - нижний переднелатеральный и нижний переднемедиальный. Ирригационную канюлю, которая устанавливается обычно в верхнелатеральный доступ, не использовали. При технических сложностях использовали дополнительные доступы - центральный, верхнелатеральный и заднемедиальный. Для большинства санационных и диагностических операций на коленном суставе было достаточно двух стандартных передних нижних доступов. Необходимость в дополнительных доступах в исследуемой группе возникала в 15 случаях, что составило 10,2% от всех операций.

В исследуемой и контрольной группах использовались аналогичные доступы и сходная техника выполнения артроскопических операций на коленном суставе. Продолжительность вмешательств без учета времени, затрачиваемого на анестезию, в исследуемой группе составляла от 20 до 90 мин (в среднем - 44 мин), в контрольной - от 20 до 80 мин (в среднем - 38 мин).

Технические особенности выполнения артроскопии коленного сустава в амбулаторно-поликлинических условиях. При вмешательствах на коленном суставе использовался минимальный набор эндохирургического обо-

рудования, в который входили: 1) видеосистема - артроскоп, эндовидеокамера, источник света, монитор; 2) ирригационная система - защитная шахта артроскопа, гравитационная система подачи жидкости, отсасывающие кусачки "Arthromaster", отсос хирургический; 3) инструменты - пробный крючок, набор менисковых ножей, зажим, низкопрофильные корзинчатые кусачки, кусачки биопсийные, рашпиль, кюретки, долота; 4) вспомогательные приспособления - держатель ноги или боковой упор. Моторные системы и артропомпа не использовались.

Операции в исследуемой и контрольной группах выполнялись в жидкостной среде. Подача физиологического раствора в сустав осуществлялась через шахту артроскопа гравитационным способом. Жидкость из сустава эвакуировалась либо через шахту артроскопа, либо с помощью отсасывающих кусачек.

В контрольной группе артроскопии проводились с редукцией кровотока, что было обусловлено применением спинальной анестезии. В исследуемой группе применение турникета представляется нецелесообразным, т.к. при внутрисуставной анестезии повышенной кровоточивости тканей не наблюдается. Кроме того, редукция кровотока необходима при более травматичных вмешательствах, связанных с возможностью значительного кровотечения в полость сустава (реконструктивные операции, синовэктомия).

Как показывают наблюдения в контрольной группе, применение турникета и прекращение кровообращения в конечности - крайне агрессивное воздействие, увеличивающее риск послеоперационных осложнений и выдвигающее множество условий, усложняющих алгоритм лечения. В частности, появляется необходимость участия в операции анестезиолога, возникает потребность послеоперационного наблюдения больных в условиях дневного стационара в течение не менее 3 часов - до восстановления жизненных функций. В этом случае санационная артроскопия выходит за рамки амбулаторно-поликлинической хирургии и лишь при соблюдении множества дополнительных условий (наличия анестезиологической службы и дневного стационара, возможности экстренной госпитализации), может остаться в пределах амбулаторной хирургии.

Особенности послеоперационного ведения больных, перенесших диагностическую и санационную артроскопию в амбулаторно-поликлинических условиях. Ранняя активизация пациента способствует быстрому восстановлению тонуса мышц, подвижности коленного сустава и опороспособности конечности. Специфика амбулаторно-поликлинической хирургии потребовала корректировки послеоперационного ведения больных в 1-й и 2-й фазах реабилитации по Zarins, когда болевой синдром и функциональные расстройства наиболее выражены. По окончании действия анестезии для обезболивания применялся кеторол по 10 мг 2 раза/сут. (per os) на протяжении 1-2 сут. Как правило, было достаточно двукратного приема препарата - н/ночь в день операции и на следующее утро.

Для компенсации атонии мышц производилось эластическое бинтование

конечности от пальцев стопы до средней трети бедра, поверх бандажа накладывался ортез с его блокировкой в положении 180 градусов. Ортезирование сустава мы считаем необходимым условием активизации пациента сразу после артроскопической операции под внутрисуставной анестезией. Кроме компенсации послеоперационной атонии мышц, иммобилизация коленного сустава ортезом способствует снижению болевого синдрома и профилактике таких осложнений, как синовит и гемартроз. Ранняя активизация больного в сочетании с круглосуточной эластической компрессией практически сводят к нулю вероятность тромбэмболических осложнений.

На 2-е сут. после операции пациенту назначалась явка в поликлинику, проводилась первая перевязка и контрольная пункция сустава, при наличии реактивного выпота - его эвакуация.

Курация больных в 3-й и 4-й фазах реабилитации (по Zarins) существенно не отличалась от таковой в контрольной группе.

Сравнение результатов артроскопических операций в условиях стационара и поликлиники. Улучшение функционального состояния коленного сустава по клинической шкале Lisholm в исследуемой группе больных составило в среднем 29 баллов (57 до операции и 86 - после). В контрольной группе этот показатель также 29 баллов (65 до операции и 94 - после). Улучшение функционального состояния суставов в обеих группах было равнозначно.

Интра - и послеоперационные осложнения артроскопических операций в обеих группах наблюдались нечасто, были незначительны и не требовали лечения в условиях стационара.

В исследуемой группе общая частота осложнений составила 3,4%, в контрольной - 3,7%. Тяжелых осложнений, таких, как тромбэмболия легочной артерии, массивный тромбоз глубоких вен нижних конечностей, сепсис, не было. Послеоперационные осложнения в исследуемой группе составили 2,04%, в контрольной - 1,86%. Синовит и гемартроз, относящиеся к наиболее распространенным осложнениям артроскопии коленного сустава, легко купировались с помощью пункционного, физиотерапевтического и медикаментозного лечения в течение 1-2 недель в амбулаторных условиях. Отмечено 3 неврологических нарушения: в исследуемой группе - 1 (0,68%), в контрольной - 2 (1,86%). Один случай в контрольной группе был обусловлен ишемической нейропатией вследствие наложения турникета на бедро. По одному случаю в обеих группах отмечена парестезия области доступа из-за повреждения ветви кожного нерва. Это осложнение, по видимому, связано с выбором направления разрезов, которые проводились в поперечном направлении - по линиям натяжения кожи для лучшего косметического эффекта. Не исключено, что при продольных разрезах можно будет избежать кожных парестезии.

Средние сроки нетрудоспособности после операции в исследуемой группе составили 17 дней, в контрольной - 26 дней. Таким образом, в поликлинике этот показатель в 1,5 раза меньше, чем в стационаре.

Отказ от редукации кровотока, выполнение внутрисуставной анестезии, эластический бандаж конечности, ортезирование сустава и активизация больного сразу после операции практически исключают возможность тяжелых осложнений, а вероятность легких осложнений сводят к минимуму.

СУБФАСЦИАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИССЕКЦИЯ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Особенности проведения эндоскопической диссекции перфорантных вен голени в условиях поликлиники. ЭДПВ в поликлинике выполнялась на медиальной группе перфорантных вен голени из медиального продольного или косо-поперечного доступа в верхней или средней трети медиальной поверхности голени, обязательно вне зоны трофических расстройств. Все недостаточные перфорантные вены были картированы перед операцией с помощью ультразвукового сканирования. При операции использовался усовершенствованный эндоскоп Хауэра фирмы Xion как наиболее подходящий для выбранной нами безгазовой методики. Преимуществом этого эндоскопа является увеличенный диаметр (11 мм) инструментального канала, позволяющий использовать практически любой лапароскопический инструмент до 10 мм в диаметре. Широкий канал и достаточное рабочее пространство позволяют не только свободно осушать зону операции марлевыми турундами, но и осуществлять сепаровку тканей рабочим тупфером на 5-мм зажиме "граспер" с кремальерой. Для электропрепаровки тканей, коагуляции мелких сосудов и быстрого очищения оптики от загрязнения и запотевания, а рабочего пространства - от задымления, применялся 5-мм аспиратор-ирригатор с L-образным электродом на дистальном конце (производство MGB). Стерильный физиологический раствор подается в ирригатор из подвесной инфузионной системы. Данная методика позволяет эффективно очищать оптику и рабочее пространство, не извлекая эндоскоп из раны, и вполне заменяет дорогостоящий аквапуратор.

Учитывая особенности эндоскопа Хауэра, для вмешательств на перфорантных венах голени можно использовать стандартный лапароскопический инструментарий длиной 33 см. Для лигирования перфорантных вен диаметром более 5 мм применялся 10-мм 6-зарядный клипс-аппликатор, заряженный титановыми скобками. Перфоранты меньшего диаметра коагулировались эндоскопическим биполярным пинцетом, а вены до 2 мм в диаметре подвергались монополярной коагуляции. Для препаровки и рассечения тканей использовались эндоскопические диссекторы и ножницы.

Предпочтение отдавалось методике местной инфильтрационной анестезии по Вишневскому 0,5%-м новокаином, дополнявшейся блокадами n.femoralis, n.obturatorius и n.cutaneus femoris lateralis смесью маркаина, лидокаина и адреналина. Инфильтрация субфасциального пространства новокаином несколько усложняла проведение и увеличивала время операции. Поступавшая в рабочую зону эндоскопа при препаровке тканей жидкость

аспирировалась или проводилось осушение создаваемого пространства с помощью закрепленных в "граспере" марлевых турунд.

Фиброзные изменения в дистальных отделах голени существенно осложняют любые манипуляции эндоскопом и инструментами в позадилодыжечном пространстве, а эндоскоп Хауэра, имеющий большой диаметр, не позволяет производить полноценную ревизию. Если при ультразвуковом исследовании выявлялась несостоятельность позадилодыжечной перфорантной вены, то ее диссекция выполнялась открытым способом.

Средняя продолжительность комбинированной флебэктомии в поликлинике была несколько больше, чем в стационаре, т.к. обезболивание выполнялось оперирующим хирургом, а в стационаре - анестезиологом (табл.1).

Табл. 1. Характеристика проведенных флебэктомии с выполнением ЭДПВ в исследуемой и контрольной группах

Показатели	Исследуемая группа (n=32)	Контрольная группа (n=50)
Средняя продолжительность комбинированной флебэктомии	91 мин	82,31 мин
Средняя продолжительность эндоскопического этапа	47 мин	55 мин
Среднее число разобренных перфорантных вен голени	3,2	4,4
Среднее время, затрачиваемое на диссекцию одной перфорантной вены	14,7 мин	12,5 мин

Эластическая компрессия оперированной конечности соблюдалась в течение 2-х нед. круглосуточно, затем - только с утра до вечера. Послеоперационный болевой синдром в исследуемой группе был умеренным и купировался ненаркотическими анальгетиками (кеторол, ксефокам), назначаемыми, как правило, в первые сутки после операции. Эластическая компрессия на контрлатеральной конечности обеспечивалась на период постельного режима постоянно, в дальнейшем снималась.

Средний клинический балл по системе CC AVF CVD в исследуемой группе больных снизился с 4,4 до 1,54 ($p < 0,05$), средний инвалидизирующий балл - с 1,2 до 0,26 ($p < 0,05$). На всех оперированных конечностях, где имелись трофические нарушения, зафиксирована их регрессия. В контрольной группе средний клинический балл снизился с 4,6 до 1,6 ($p < 0,05$), средний инвалидизирующий - с 1,4 до 0,3 ($p < 0,05$). Регрессия явлений хронической венозной недостаточности в обеих группах наблюдения сопоставима.

Сравнение результатов эндоскопической диссекции перфорантных вен голени в условиях поликлиники и стационара. Общая частота послеоперационных осложнений составила 9% в исследуемой группе и 7,5% -

в контрольной. В обеих группах интраоперационных и тяжелых послеоперационных осложнений (тромбоэмболии легочной артерии, тромбоза глубоких вен, сепсиса) отмечено не было. Все послеоперационные осложнения относились к разряду легких. Случаев перевода пациентов в стационар по поводу послеоперационных осложнений в исследуемой группе не было.

Период нетрудоспособности у работающих пациентов исследуемой группы составил от 7 до 28 дней со дня операции (в среднем - 15,5 дней), в контрольной - в среднем 28 дней. Сокращению периода временной нетрудоспособности в 1,8 раза после ЭДПВ в поликлинических условиях способствуют ранняя активизация пациентов и комфортность пребывания в привычных домашних условиях под регулярным врачебным патронажем.

Несмотря на все преимущества амбулаторного лечения варикозной болезни нижних конечностей, не следует забывать о возможном развитии серьезных послеоперационных осложнений, которые могут потребовать экстренной госпитализации. Хирургическое отделение поликлиники должно взаимодействовать со специализированным стационаром, расположенным вблизи поликлиники и места жительства пациента и готовым принять больного на лечение при нештатной ситуации.

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ПОВЕРХНОСТНО РАСПОЛОЖЕННЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Показания и противопоказания. Основанием для эндохирургического удаления поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мы считаем их предоперационную морфологическую верификацию. Следует учитывать вероятность ошибочного клинического диагноза как при злокачественных (саркома, метастаз), так и при местнодеструктирующих опухолях мягких тканей (миксома, десмоид), отличающихся способностью к быстрому рецидивированию при нарушении абластичности операции. Если нет уверенности в доброкачественном характере новообразования, эндохирургическое вмешательство не должно предприниматься. Противопоказанием к нему может служить также значительный размер новообразования (более 10 см) из-за сложностей с его извлечением и возможным формированием значительной остаточной полости за счет излишков растянутой новообразованием кожи. В последнем случае предпочтительнее открытая операция с иссечением надлежащего кожного лоскута.

Технические особенности эндохирургического удаления поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей в амбулаторно-поликлинических условиях. Удаление новообразований выполнялось местным видеоассистированным методом - по классификации Егиева В.Н. Перед началом операции маркировались гра-

ницы новообразования, размечались доступы с учетом адекватности последующего дренирования остаточной полости и анатомических особенностей области операции - линии натяжения кожи, расположение мышечных массивов, проекции прохождения сосудов и нервов. Направление линий разрезов соответствовало линиям натяжения кожи.

Число доступов определялось нами в зависимости от размеров новообразования и особенностей его локализации. При размерах до 5 см использовался один доступ, более 5 см - два. Два доступа применялись также для мобилизации межмышечных липом в связи с их сложным топографо-анатомическим расположением.

При однопрокольной методике доступ длиной 1,5-2 см располагали в нижнем полюсе новообразования для возможного последующего дренирования в случае развития осложнений. По завершении операции доступ ушивался герметично. На зону операции накладывали давящую повязку.

При двухпрокольной методике локализация основного доступа (длиной 1,5-2 см) зависела от местных анатомических условий. Расположение вспомогательного доступа (длиной 0,3-0,5 см) выполняли преимущественно в нижнем полюсе новообразования с целью адекватного дренирования остаточной полости. Основной доступ ушивали внутрикожными швами наглухо. Средняя длина разрезов для эндоскопических доступов составила 2,2 см.

У больных контрольной группы максимальные размеры удаленных новообразований составили от 3 до 14 см (в среднем - 8,5 см). Средняя длина разрезов в данной группе была несколько меньше средних размеров новообразований и составила в среднем - 8 см.

Начало выделения новообразования и формирование первичной полости, достаточной для обзора и инструментальных манипуляций, производились тупым путем - пальцевым способом и с помощью инструмента. В первичную полость вводился жесткий эндоскоп Хауэра. Это позволяло не использовать специальные приспособления для лифтинга и избежать дополнительных проколов кожи. В некоторых случаях, например, при подкожном удалении гигромы, использовался 4-мм 30-градусный артроскоп, который также имеет защитную шахту и может использоваться для лифтинга. Последующая мобилизация новообразований осуществлялась тупым и острым путем под видеоконтролем. Гемостаз осуществлялся с использованием моно- и биполярной электрокоагуляции. После полной мобилизации новообразований их извлечение производилось через основной доступ, желательнее без их фрагментации. Крупные новообразования не всегда удавалось извлечь через основной доступ. В этих случаях они фрагментировались и удалялись по частям. Этот этап операции еще раз указывает на необходимость тщательной дооперационной морфологической верификации диагноза. Контрольная ревизия остаточной полости производилась для удаления фрагментов новообразования и окончательного гемостаза. При обнаружении незначительных фрагментов новообразований они удалялись для предупреждения рецидивов.

Сравнение результатов эндохирургического и открытого удаления поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей в амбулаторно-поликлинических условиях. Продолжительность эндоскопического удаления новообразований составила от 20 до 55 мин (в среднем - 37 мин), в контрольной группе длительность операций (при новообразованиях до 14 см) составила от 15 до 35 мин (в среднем - 28 мин); продолжительность открытого удаления гигантских липом при этом не учитывалась. Таким образом, продолжительность эндохирургических операций существенно не отличалась от продолжительности открытых вмешательств.

Длина разреза при открытой операции составила 94% от размера опухоли, при эндохирургической - 31%. Косметический эффект эндохирургической операции - 3-кратное уменьшение длины разреза.

В исследуемой группе 2 осложнения (9,4%). В одном случае образование гематомы отмечено на 2-е сутки после эндоскопического удаления липомы бедра вследствие раннего извлечения дренажа. Гематома была излечена пункционно в течение 3 недель. У одного больного после удаления гигромы тыла стопы отмечена транзиторная парестезия 1-го пальца стопы, купировавшаяся самостоятельно на 4 сут. после операции. В контрольной - в 2-х случаях (4%) отмечены серомы послеоперационной раны. В обеих группах осложнения носили характер легких и на косметическом эффекте не отразились.

Таким образом, использование эндохирургических методик при лечении поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей технически оправданно, позволяет уменьшить операционную травму и дает выраженный косметический эффект без ущерба для радикальности вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. Большинству пациентов (97,9 %) диагностическая и лечебная артроскопия коленного сустава может быть эффективно выполнена под местной анестезией в амбулаторно-поликлинических условиях.

Пациенты с тяжелыми формами хронической венозной недостаточности (С5-С6) составили 34%, в т.ч. с открытыми трофическими язвами - 6%. Степень выраженности ХВН по СЕАР не является противопоказанием для эндоскопической диссекции перфорантных вен голени под местной анестезией в поликлинических условиях.

2. Использование местной анестезии и ранняя активизация больных после операции в амбулаторно-поликлинических условиях позволяют сократить период временной нетрудоспособности в 1,5 раза после артроскопических операций на коленном суставе, в 1,8 раза - после комбинированной флебэктомии с эндоскопическим этапом.

3. Выполнение внутрисуставной анестезии, отказ от редукции кровотока, эластический бандаж конечности и ортезирование сустава позволяют акти-

визировать больного сразу после операции. Восстановление функции коленного сустава после артроскопической операции в амбулаторно-поликлинических условиях, как и в стационаре, составляет 29 баллов по шкале Lisholm в течение одного месяца.

4. Больным, перенесшим эндоскопическую диссекцию перфорантных вен голени в условиях поликлиники, необходимо обеспечить кратковременное (30-60 мин) наблюдение в дневном стационаре, врачебный патронаж на дому и возможность срочной госпитализации при развитии серьезных послеоперационных осложнений.

Снижение клинического балла с 4,4 до 1,4 и инвалидизирующего с 1,4 до 0,26 после амбулаторного лечения варикозной болезни нижних конечностей сравнимо с результатами, полученными в стационаре: клинический - с 4,6 до 1,6, инвалидизирующий - с 1,4 до 0,3.

5. Местная инфильтрационная анестезия предпочтительнее для эндохирургического удаления поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей, т.к. облегчает выделение опухоли от окружающих тканей. Косметический эффект эндохирургической операции состоит в 3-кратном уменьшении длины разреза. Противопоказания к операции - неуточненный диагноз и размер новообразования более 10 см.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Высокая эффективность, малотравматичность эндовидеохирургических методов лечения ряда заболеваний суставов, вен нижних конечностей и поверхностно расположенных новообразований мягких тканей позволяют рекомендовать их для широкого применения в амбулаторно-поликлинических условиях.

2. Санационные и диагностические артроскопические операции на коленном суставе должны выполняться в амбулаторно-поликлинических условиях под внутрисуставной анестезией, без редукции кровотока, с обязательной эластической компрессией конечности и ортезированием сустава, активизацией пациента сразу после операции и переводом его на амбулаторный режим.

3. Больным, перенесшим амбулаторную эндоскопическую диссекцию перфорантных вен голени в поликлинике, необходимо обеспечить кратковременное наблюдение в дневном стационаре поликлиники, врачебный патронаж на дому и возможность срочной госпитализации при нештатной ситуации.

4. Эндохирургическое удаление поверхностно расположенных доброкачественных новообразований мягких тканей в амбулаторно-поликлинических условиях возможно при предоперационной морфологической верификации диагноза, размерах новообразований до 10 см и проведении тщательной ревизии остаточной полости.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Инжеватов В.В., Миленин О.Н. Метод ранней активизации больных после артроскопических операций в амбулаторных условиях. // Проблемы амбулаторной хирургии. Материалы II научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. - М.: Изд-во ИКАР. - 2001. - С. 122 - 123.
2. Инжеватов В.В., Миленин О.Н., Писаревский Г.Н. Опыт артроскопии в условиях хирургического отделения городской поликлиники. // Эндоскопическая хирургия. - 2003. - № 2. - С.31 - 33.
3. Миленин О.Н., Инжеватов В.В. Артроскопия и ранняя активизация послеоперационных больных. // Травматология и ортопедия: современность и будущее. Материалы Международного конгресса 7—9 апреля 2003 года. М.: Изд-во РУДН. - 2003. - С. 339 - 341.
4. Инжеватов В.В., Миленин О.Н. Диагностическая и санационная артроскопия крупных суставов в хирургическом отделении городской поликлиники. // Проблемы амбулаторной хирургии. Материалы IV научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. - М.: Изд-во ИКАР. - 2003. - С. 186 - 189.
5. Инжеватов В.В., Писаревский Г.Н. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен в амбулаторном лечении осложненной трофическими расстройствами варикозной болезни вен нижних конечностей. // Проблемы амбулаторной хирургии. Материалы V научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. - М.: Изд-во ИКАР. - 2003. - С. 113 - 124.
6. Инжеватов В.В., Писаревский Г.Н. Эндохирургические технологии в амбулаторном лечении доброкачественных опухолей. // Проблемы амбулаторной хирургии. Материалы V научно-практической конференции поликлинических хирургов Москвы и Московской области. - М.: Изд-во ИКАР. - 2003. - С. 192-198.
7. Инжеватов В.В., Писаревский Г.Н., Селезнев П.В. Эндоскопическая диссекция прободящих вен в условиях хирургического отделения поликлиники. // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - № 4. - С. 53 - 59.
8. Инжеватов В.В., Писаревский Г.Н. Эндоскопическая диссекция перфорантных вен под местной анестезией и без редукции кровотока. // Труды V конференции Ассоциации флебологов России, Москва 9-11 декабря 2004года.-С. 217-218.
9. Инжеватов В.В., Писаревский Г.Н. Эндохирургическое удаление поверхностно расположенных доброкачественных новообразований в условиях поликлиники. // Эндоскопическая хирургия. - 2004. - № 5. - С. 33 - 38.

Формат А-5 Бумага офсетная № 1-80 г/м²
Усл.печ.л. 0,7 Тираж 100 экз. Зак. №191
Отпечатано в ООО «ИПП Астрада»,
117526, Ленинский пр-т, д.144, к.3. Т.: 262-5555
Изд. лицензия ЛР № 066453 от 3 марта 1999г.

2214

07 МАЙ 2005