

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, ОПЕРАЦИЯХ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ

Малиновский А.В., Майоренко М.Н., Бадион С.Ю., Галимон М.М.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра роботизированной и эндоскопической хирургии

Флюоресцентная лапароскопия (ФЛ) – новая технология, позволяющая визуализировать внепеченочные желчные протоки, регионарные лимфоузлы и артериальные сосуды, и, следовательно, использовать это при технически трудных холецистэктомиях, операциях на внепеченочных желчных протоках, при онкохирургических операциях и для оценки кровоснабжения анастомозируемых участков кишечника.

ЦЕЛЬ

Анализ первого опыта использования ФЛ при различных операциях.

Материалы и методы. В 2018 г. ФЛ применена при 7 холецистэктомиях по поводу технически трудного острого калькулезного холецистита для визуализации холедоха и пузырного протока, при 5 лапароскопических ревизиях холедоха для оценки его проходимости (эта методика применена нами впервые), при лапароскопической правосторонней гемиколэктомии для оценки кровоснабжения анастомозируемых участков кишечника, и при открытой резекции поперечной ободочной кишки для визуализации регионарных лимфоузлов (использовалась система для открытой хирургии).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты использования флюоресценции при 7 холецистэктомиях (флюоресцентная холангиография) позволили уменьшить длительность операции и сократить среднее время до достижения «критического вида безопасности» до 30 минут по сравнению с группой сравнения (45 минут) и избежать осложнений. Из 5 пациентов с интраоперационной ревизией холедоха в 1 случае флюоресценции индоцианина зеленого в двенадцатиперстной кишке выявлено не было, что показало его непроходимость и затем было доказано при холедохолитотомии и холедохоскопии. В остальных случаях проходимость холедоха была сохранена. В 1 из этих случаев ревизия не потребовалась (купировавшийся приступ транзиторного холедохолитиаза), в 3 случаях выполнено дренирование холедоха по Пиковскому (транзиторный микрохоледохолитиаз с желтухой или острым тяжелым билиарным панкреатитом, с нерасширенным холедохом),

и последующая холангиография показала отсутствие конкрементов. Все больные с холедохолитиазом выздоровели. При правосторонней гемиколэктомии по поводу аденомы Баугиниевой заслонки выполнен экономный вариант операции с сохранением печеночного изгиба, и путем флюоресцентной ангиографии было доказано адекватное кровоснабжение культи. Осложнений не было. При открытой резекции поперечной ободочной кишки флюоресцентная лимфография с успехом была использована для визуализации апикальных лимфоузлов по ходу средней ободочной артерии и это позволило проконтролировать выполнение лимфодиссекции в адекватном объеме. Апикальные лимфоузлы содержали опухолевые клетки.

ВЫВОДЫ

1. Первый опыт флюоресцентной лапароскопии позволяет облегчить и ускорить диссекцию при технически трудном остром калькулезном холецистите, оценить проходимость холедоха в ряде случаев (например, при транзиторном холедохолитиазе), оценить кровоснабжение анастомозируемых участков кишечника при резекциях и проконтролировать адекватность лимфодиссекции.
2. Необходимо дальнейшее изучение преимуществ и ограничений флюоресцентной лапароскопии при выполнении описанных и других операций.