

усов, Н.М. Побединский// Акушерство и гинекология. – 2012. – № 4. – С. 27-30.

3. Кулавский В.А. Оценка состояния кровотока в артерии пуповины у беременных высокого риска / В.А.Кулавский, А.А. Певцова // Ультразвук, диагностика. – 2012. – № 3. – С. 45-47.

4. Кулаков В.И. Роль новых технологий в акушерстве, гинекологии и перинатологии / В.И. Кулаков, В.А. Голубев // Акушерство и гинекология. – 1999. – № 2. – С. 3-6.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ МИНИЛАПАРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ЖИВОТА

Капшитарь А. В.

*доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургии и анестезиологии
Запорожский государственный медицинский университет
г. Запорожье, Украина*

Острые хирургические заболевания и травматические повреждения органов брюшной полости, расположенные выше поперечной ободочной кишки, в практике хирурга встречается довольно часто [1, 15-290; 4, 317-344, 399-461, 506-515; 5, 96-232]. Трудности в своевременной клинической диагностике связаны с их атипичными и стертыми формами [1, 5-6; 4, 108; 10, 3]. По мнению отечественных и зарубежных учёных из дополнительных методов исследования лапароскопия признана методом выбора [2, 167; 10, 4]. Ввиду небольшого диаметра лапароскопа (10 мм) оперативный доступ признан малотравматичным [2, 167; 4, 4; 10, 130]. Доказаны высокие диагностические и лечебные возможности метода [2, 53-160; 3, 624; 4, 130; 10, 12-127]. Развитие техники и технологий в XX веке, усовершенствование лапароскопической аппаратуры, появление новых источников света, изобретение и использование стекловолоконной оптики в приборах привело к более качественному созданию аппаратуры [5, 4-5; 6, 5-7; 7, 82; 8, 1; 9, 133]. Дальнейшее развитие данной технологии

привело к ещё большему уменьшению травматичности лапароскопического доступа в связи с созданием лапароскопов и инструментов малого диаметра (2-5 мм), что дало основание считать данный метод минилапароскопией (МЛС) [3, 630; 8, 1; 9, 133]. В начальный период внедрения МЛС, при ограниченном поле зрения, отмечена её высокая диагностическая точность (96,1 – 99,9%), улучшение косметического эффекта, а минимизация травмы передней брюшной стенки привела к незначительным послеоперационным болям, сократив сроки госпитализации [8, 1; 9, 133].

Цель исследования: улучшить диагностические и лечебные возможности лапароскопии в неотложной хирургии верхней половины живота путём внедрения лапароскопа и инструментов малого диаметра – 5 мм.

Материал и методы исследования

В хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2», являющимся базой кафедры хирургии и анестезиологии ЗГМУ, за период с июля 2012 по 2015 годы у 45 больных с подозрением на острые хирургические заболевания и травматические повреждения органов брюшной полости выполнена МЛС. Использовали набор инструментов, центральной частью которых являлась оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов производства фирмы «ЭлеПС» г. Казань (Россия) и троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ «КРЫЛО» г. Воронеж (Россия). Исследования проводили под местной анестезией по однопрокольной методике О.С. Кочнева с соавт. (1988) и инсуффляции 1-1,5 л кислорода в брюшную полость.

Из всех больных у 40 (88,9%) пациентов перед МЛС подозревали разнообразные острые хирургические заболевания или закрытые травматические повреждения абдоминальных органов верхней половины живота. По результатам исследования патология исключена у 10 (25%) больных и диагностирована у 30 (75%) пациентов, из которых неотложная хирургическая патология установлена у 26 (86,7%) и хроническая – у 4 (13,3%).

Неотложная абдоминальная хирургическая патология верхней половины живота диагностирована у 26 (86,7%) пациентов. Мужчин было 10 (38,5%), женщин – 16 (61,5%) в возрасте 46 – 93 года. До 6 часов после заболевания или травмы госпитализированы 7 (26,9%) больных, от 12 до 24 часов – 8 (30,8%) и после 24 часов – 11 (42,3%). Среди последней группы лиц 7 (63,6%) пациентов госпитализированы в течение 1-2 суток, 3 (27,3%) – 3 суток и 1 (9,1%) -14 суток. Из всех 26 больных с

интеркуррентными заболеваниями основной патологией у 7 (26,9%) пациентов было ожирение, у 6 (23,1%) – гипертоническая болезнь, сахарный диабет, у 5 (19,2%) – распространенный атеросклероз, у 2 (11,5%) – ИБС, у 2 (7,6%) – хронический пиелонефрит, у 2 (7,6%) – хронический бронхит, у 1 (3,8%) – рак почки T4M1NX и у 1 (3,8%) – рак мочевого пузыря T4M1NX. Наряду с этим аритмия и фибрилляция предсердий отмечены у 5 (19,2%) больных, острый инсульт перенесли 3 (11,5%) и инфаркт миокарда – 2 (7,7%). Одно заболевание отмечено у 1 (3,8%) пациента, два – у 2 (7,7%), три – у 3 (11,5%), четыре – у 6 (23,1%), пять – у 8 (30,8%), шесть – у 4 (15,4%) и семь – у 2 (7,7%). Ранее оперированы 9 (34,6%) больных (аппендэктомия-4, экстирпация матки с придатками-3, лапароскопия-1, тромбэктомия из лучевой артерии-1).

Результаты и обсуждение. Дополнительные методы исследования применены после клинического обследования. Оценены результаты выполненных лабораторно-биохимических исследований, обзорной рентгенографии грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФЭГДС, оказавшиеся не- или малоинформативными. МЛС проведена в течение 2 часов после госпитализации у 7 (26,9%) пациентов, 3 – 6 часов – у 8 (30,8%), 1-2 суток – у 10 (38,5%) и 3 суток – у 1 (3,8%) со следующими предварительными диагнозами: у 8 (30,8%) больных – панкреонекроз, перитонит, у 6 (23,1%) – панкреонекроз? прободная язва двенадцатиперстной кишки (ДПК)?, у 4 (15,4%) – прободная язва ДПК?, перитонит, у 3 (11,5%) – острый холецистит? панкреатит? у 2 (7,7%) – прободная язва ДПК?, острый холецистит? холецистит, аппендицит? и у 3 (11,5%) – закрытая травма живота.

Минилапароскопическая семиотика, состоящая из прямых, достоверных и вероятных признаков, позволила у 12 (46,2%) пациентов диагностировать стерильный панкреонекроз, у 7 (26,9%) – прикрытую прободную язву ДПК, у 2 (7,7%) – острый флегмонозный калькулёзный холецистит, у 2 (7,7%) – деструктивный холецистит, околопузырный инфильтрат, у 2 (7,7%) – закрытую травму живота, разрыв печени и у 1 (3,8%) – разрыв селезенки.

В группу А включили 14 (53,8%) больных, которым выполнена лапаротомия. Из них у 11 (78,6%) пациентов операции выполнены традиционным верхним срединным оперативным доступом по Лебкеру (иссечение хронической прободной язвы передней стенки ДПК, ушивание хронической язвы задней стенки ДПК, субциркулярная дуоденопласти-

ка+СПВ+фундопликация по Ниссену-2, иссечение хронической прободной язвы передней стенки ДПК, ушивание хронической язвы задней стенки ДПК, пилоропластика по Джадду-Хорсли-1, иссечение прободной язвы с пилоропластикой по ДжаддуХорсли+двусторонняя стволовая ваготомия-1, иссечение прободной язвы ДПК с субциркулярной дуоденопластикой-1, ушивание прободной язвы по Островскому-2, холецистэктомия-1, ушивание разрыва печени-2, спленэктомия-1). Продольный трансректальный минидоступ, холецистэктомия проведена у 2 (14,3%) пациентов, аппендэктомия – у 1 (7,1%).

Группа Б составила 12 (46,2%) больных со стерильным панкреонекрозом, парапанкреатогенным инфильтратом и асептическим перитонитом. Выполнены малотравматичные лечебные минилапароскопических вмешательства (аспирация перитонеального экссудата, блокада круглой связки печени [патент № 28854 А], дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и малого таза-12 и дополнительно канюляция круглой связки печени-2).

В послеоперационном периоде умерли 3 (11,5%) больных, из них 1 (33,3%) – вследствие развившегося флелотромбоза глубоких вен нижней конечности с тромбоэмболией легочной артерии, 1 (33,3%) – ишемических инфарктов ствола мозга и полушария и 1 (33,3%) – полиорганной недостаточности. Осложнений и летальных исходов после МЛС не отмечено.

Выводы:

1. При атипичных и стёртых формах неотложной абдоминальной хирургической патологии верхней половины живота МЛС является высокоэффективным методом их ранней диагностики.

2. Данные минилапароскопии позволяют оптимизировать хирургическую тактику (традиционная лапаротомия или лечебная минилапароскопия).

3. В результате применения малоинвазивной минилапароскопии сокращено количество лапаротомий, осложнений, летальности.

Литература:

1. Ковалёв А.И. Стратегия и тактика неотложной абдоминальной хирургии / А.И. Ковалёв. – 2-е изд. (эл.). – М.: БИНОМ Лаборатория знаний, 2013. – 360 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: okdok.ru.

-
2. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології / В.В. Бойко, Ю.Б. Григоров, В.Г. Дуденко [та ін.]. – Харків: Торнадо, 2012. – 174 с.
 3. Моше Шайн. Здравый смысл Шайна в неотложной абдоминальной хирургии /М. Шайн, П. Роджерс, А. Ассалия. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2015. – 651 с.
 4. Неотложная хирургия органов брюшной полости (клиническое руководство) / Р.Л. Ахметшин, А.А. Болдижар, П.А. Болдижар [и др].: под ред. П.Г. Кондратенко, В.И. Русина. – Донецк: Изд. Заславский А.Ю., 2013. – 720 с.
 5. Общая и неотложная хирургия / Под ред. С. Петерсон-Брауна; пер. с англ., под ред. В.К. Гостищева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 384 с.
 6. Паппас Теодор Н. Лапароскопическая хирургия. Атлас / Теодор Н. Паппас, Аврора Д. Приор, Михаэль С. Харниш; пер. с англ., под ред. проф. С.С. Харнаса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 338 с.
 7. Стебунов С.С. Минилапароскопия – преимущества и недостатки / С.С. Стебунов, И.И. Покляк-Вольский, А.Н. Волошенюк: Сб. тез. XV съезда общества эндоскопистов России, 14-17 февр. 2012 г., г. Москва. – С. 82–83.
 8. Стегний К.В. Минилапароскопия в хирургии органов брюшной полости: автореф. ... дис. докт. мед. наук: спец. 14.00.27-хирургия / К.В. Стегний, Федеральное государственное учреждение «Институт хирургии им. А.В. Вишневского». – М., 2008. – 29 с.
 9. Стрижелецкий В.В. Минилапароскопическая технология: преимущества и недостатки // В.В. Стрижелецкий, А.Б. Гуслев // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С. 133.
 10. Черняховская Н.Е. Диагностическая лапароскопия / Н.Е. Черняховская, В.А. Андреев, А.В. Поваляев. – М.: МЕД пресс-информ, 2009. – 136 с.
-