

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

*А.Н. Долгушкин, П.А. Журавлев*  
*Люберецкая районная больница № 2*

В настоящее время вопросы эффективного лечения осложнений язвенной болезни остаются актуальными. Широкое использование современных высокоэффективных антисекреторных препаратов позволило снизить частоту осложнений, но они все же остаются весомой проблемой в urgentной абдоминальной хирургии.

За период с 2003 г. по 2006 г. нами было пролечено 129 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которым потребовалось оперативное лечение. Лапароскопические вмешательства использовались нами только у 39 больных с осложненными дуоденальными язвами.

Больные с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки составили три группы. В первую группу вошли больные с перфоративными дуоденальными язвами, во вторую – больные с язвенными дуоденальными кровотечениями, в третью – больные с пилородуоденальным стенозом, оперированные в плановом порядке.

Самым частым осложнением (62%) явилась прободная язва. Все больные были оперированы. Из них 31 больному (38,7%) было выполнено лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия. Предоперационная диагностика включала в себя обязательное рентгенологическое исследование брюшной полости на наличие «свободного газа». При его отсутствии обязательно выполняли диагностическую лапароскопию. В условиях недостаточного финансирования в больнице нет круглосуточной эндоскопической службы, поэтому эзофагогастродуоденоскопию мы выполняли не всем больным. В сомнительных случаях, при отсутствии возможности выполнить ЭГДС, от лапароскопического ушивания мы отказывались.

Все больные поступали в сроки от 1,5 до 8 часов с момента перфорации. У большинства из них мы диагностировали диффузный перитонит. Более чем в 90% случаев это была впервые выявленная язвенная болезнь. При язвенном анамнезе мы обращали внимание на наличие или отсутствие «стенотических» жалоб, а также жалоб на сопутствующие осложнения язвенной болезни.

Выбор метода ушивания и переход на открытую операцию зависел от выраженности воспалительных изменений в области перфорации, распространенности перитонита, а на этапе освоения данной методики – и степени подготовки хирургической бригады. При выполнении лапароскопического ушивания выраженность периульцерозного инфильтрата влияла на количество швов. Во всех случаях использовали интракорпоральное формирование узла, применяли как двухрядные, так и однорядные швы. На наш взгляд, это никак не влияет на степень герметичности ушиваемого перфорационного отверстия и зачастую требует лишь большей затраты времени. В дальнейшем мы отказались и от подшивания пряди сальника.

При невозможности лапароскопического ушивания мы выполняли «открытые» операции из мини-лапаротомного доступа, с лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости. При необходимости ваготомии и пилоропластики, последние выполнялись из традиционного доступа.

В одном наблюдении (3,2%) после лапароскопического ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки на третьи сутки отмечена несостоятельность швов в месте ушитой язвы, причиной которой явилось нераспознавание на до- и ин-

траоперационном этапе наличия пилородуоденального стеноза. Больной был повторно оперирован в объеме тункулярной ваготомии и пилоропластики по Финнею. Пациент выздоровел.

В семи наблюдениях мы столкнулись с атипичным течением заболевания, а в одном у молодой пациентки с длительным язвенным анамнезом перфорация протекала бессимптомно, в связи с чем судить о сроках перфорации мы могли только по интраоперационной картине.

У больных с дуоденальными кровотечениями (10 человек, 7,8%), благодаря современным противоязвенным препаратам, удалось избежать экстренного или срочного оперативного лечения у подавляющего большинства. Два пациента с локализацией язвенного дефекта на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки были оперированы с применением лапароскопической техники на фоне сохраняющегося высокого риска рецидива кровотечения. Им выполнена тункулярная ваготомия и пилоропластика из мини-доступа по Финнею с прошиванием кровоточащей язвы. Интраоперационных и послеоперационных осложнений при этом не было.

Третью группу из 19 человек (14,7%) составили больные, оперированные в плановом порядке по поводу пилородуоденального стеноза. В семи случаях (36,8%) была выполнена лапароскопическая тункулярная ваготомия и пилоропластика из мини-лапаротомного доступа. При компенсированном пилоробульбарном стенозе противопоказаний к выполнению данного вида хирургического вмешательства мы не выявили.

Помимо описанных семи случаев, нами были предприняты еще две попытки лапароскопической ваготомии, которые завершились конверсией на традиционный доступ. Причиной в одном наблюдении послужило кровотечение из параэзофагеальной клетчатки, в другом – выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости у больного с перенесенным ранее деструктивным панкреатитом. Послеоперационных осложнений не было.

Таким образом, лапароскопическая методика привлекательна своей малой травматичностью, благоприятным течением послеоперационного периода, ранней реабилитацией больных. Ее применение не лимитируется наличием в стационаре круглосуточной эндоскопической службы. Она может быть использована практически у всех пациентов с осложненным течением язвенной болезни. В дальнейшем мы планируем расширять показания к применению данных методик в нашем отделении.

## **МИНИ-ДОСТУП ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕМЕНТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ**

*Г.И. Дряженков, А.М. Ярославская, Е.А. Воложаев  
Ярославская государственная медицинская академия*

Желчнокаменная болезнь является одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Традиционная холецистэктомия вытесняется лапароскопической холецистэктомией и холецистэктомией из мини-доступа. Стоимость оборудования для лапароскопической холецистэктомии ограничивает его приобретение для отделений с небольшим количеством операций. Ряд авторов отмечают отрицательное влияние повышенного давления в брюшной полости на сердечную и легочную системы.

Малотравматичный мини-доступ при визуальном контроле с использованием