

Описанная оперативная техника сочетает преимущества и нивелирует недостатки лапароскопического пособия из мини-доступа. Лапароскопический этап позволяет установить и уточнить диагноз перфорации или выявить иную ургентную патологию, при которой объем вмешательства может быть другим. Он также дает возможность оценить характер и распространенность поражения брюшины, провести адекватную санацию брюшной полости, оценить морфологические изменения в зоне перфорации (размер язвенного инфильтрата, наличие пенетрации и стеноза) и выполнить адекватное оперативное пособие.

Результаты применяемой нами методики ушивания перфоративных язв двенадцатиперстной кишки с лапароскопической санацией брюшной полости позволяют рекомендовать ее для использования в клинической практике хирургических стационаров, оснащенных соответствующим оборудованием и подготовленными специалистами.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Прудков М.И. Минилапаротомия с элементами «открытой лапароскопии» в лечении желчнокаменной болезни / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993.
2. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Коссович М.А., Панькина Е.В. // Эндоскоп. хир. – 1997. – № 1. – С. 98.

## **ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИ-ДОСТУПА У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин*

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир*

Проблема хирургического лечения холелитиаза остается актуальной в хирургической гастроэнтерологии. Желчнокаменной болезнью страдают 10% населения мира, причем наблюдается тенденция к примерно двукратному увеличению данного показателя каждое десятилетие. Растет и число оперируемых больных, в том числе лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями.

При хирургическом лечении желчнокаменной болезни роль сопутствующей патологии довольно велика. Она не только усугубляет состояние больных, но и обуславливает более ранний переход имеющейся патологии в состояние декомпенсации. В связи с этим необходима разработка показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству у больных с высоким операционным риском, связанным как с осложнениями самого заболевания, так и с наличием сопутствующих заболеваний.

В последние годы в хирургии желчнокаменной болезни широко применяется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Преимущества этой операции перед традиционной холецистэктомией освещены как в зарубежной, так и в отечественной литературе. Вместе с тем, ЛХЭ у лиц с отягощенным анамнезом сопряжена с высоким риском оперативного вмешательства и анестезиологического обеспечения, который заключается в развитии гипоксии миокарда в связи с наложением пневмоперитонеума, гиперкапнии, возникшей в результате резорбции углекислого газа через брюшину, а также такого серьезного осложнения, как газовая эмболия.

Учитывая вышеизложенное, мы применяем у больных с сопутствующей патологией холецистэктомию из мини-доступа, используя набор хирургических инструментов, разработанный медицинской компанией «САН». Прибор имеет кольцевидный ранорасширитель с набором сменных зеркал с изменяемой геометрией [1].

В I хирургическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владимира за 1997-2006 гг. холецистэктомия из мини-доступа выполнена 380 больным, у которых имелись различные сопутствующие заболевания. Самыми тяжелыми из них были заболевания сердечно-сосудистой системы: ишемическая болезнь сердца (ИБС) наблюдалась у 152 пациентов. Больным с ИБС I-II функционального класса холецистэктомию выполняли после комплекса лечебно-диагностических мероприятий: полного устранения коронарного синдрома нитратами быстрого и пролонгированного действия (нитроглицерин, нитросорбит, сустак, нитронг), оценки функционального состояния миокарда и коронарной недостаточности по данным ЭКГ, результатам дозированных физических нагрузок, в сомнительных случаях – по данным эхокардиографии. Консилиум, состоящий из хирурга, анестезиолога и терапевта, обсуждал вопросы профилактики коронарных осложнений в первые дни после операции. У больных со стенокардией III функционального класса от оперативного вмешательства временно воздерживались и проводили предоперационную подготовку в кардиологическом отделении.

Перенесенный ранее инфаркт миокарда не всегда являлся причиной отказа от операции. При отсутствии аневризмы сердца, сложных нарушений ритма, тяжелой сердечной декомпенсации холецистэктомия из мини-доступа завершалась успешно. В этой группе больных при осуществлении анестезиологического пособия большое внимание уделялось тщательной предоперационной подготовке: учитывали степень сердечно-сосудистой недостаточности, нарушения ритма и коронарного кровообращения.

Больным с гипертонической болезнью (115 пациентов) холецистэктомию из мини-доступа обычно выполняли после нормализации артериального давления (антагонистами кальция, клофелином, обзиданом, фуросемидом), полного устранения головных болей и головокружения, оценки функции сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ. Основанием для отказа больному в оперативном лечении являлись тяжелые гипертонические кризы, инсульты в анамнезе, стойкое повышение артериального давления с церебральным синдромом, выраженная хроническая левожелудочковая недостаточность, приступы сердечной астмы, полная блокада левой ножки пучка Гиса с заметной одышкой, III стадия гипертонической болезни.

Во время анестезии с целью коррекции гипертензии применяли ганглиоблокаторы и нитраты, учитывая гипотензивное действие вводного наркоза. Общеизвестно, что основной задачей анестезиологического обеспечения у больных с гипертонической болезнью является предотвращение резкого подъема артериального давления, который может спровоцировать ишемию миокарда и острую левожелудочковую недостаточность.

У больных с бронхиальной астмой (62 пациента) предоперационная подготовка и медикаментозная терапия во время анестезии были направлены на предупреждение бронхоспазма и гипоксемии. Этим пациентам назначали лекарственные препараты двух групп с целью купирования и профилактики приступов обструкции и воспаления бронхоальвеолярной системы (бронходилататоры и антибиотики широкого спектра действия).

Во время наркоза и в посленаркозном периоде у этих больных решали три основные задачи: проведение предварительной блокировки рецепторов воздухоносных путей перед началом инструментальных манипуляций по интубации и экстубации трахеи; максимальное расслабление гладких дыхательных мышц; предотвращение высвобождения медиаторов аллергии.

Ожирение III-IV степени с сахарным диабетом было у 51 пациента. У этих больных предоперационная медикаментозная подготовка была направлена на коррекцию и

стабилизацию уровня сахара в крови. Перед операцией и в ближайшем послеоперационном периоде для поддержания адекватного углеводного обмена продолжали антидиабетическую терапию инсулином. За два дня до операции всех этих пациентов переводили на прием простого инсулина короткого действия. Доза инсулина зависела от характера суточной гликемической кривой.

Всех пациентов экстубировали только после восстановления адекватного спонтанного дыхания. Послеоперационный период протекал благоприятно, что можно объяснить как относительно небольшой длительностью операции, так и ее малой травматичностью. В среднем длительность операции составляла  $34,2 \pm 1,5$  мин.

Таким образом, холецистэктомия из мини-доступа у больных с сопутствующей патологией является методом выбора и может быть рекомендована в стационарах, где есть соответствующее оборудование и владеющие методикой специалисты.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Прудков М.И. Минилапаротомия с элементами «открытой лапароскопии» в лечении желчнокаменной болезни / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПО ТРАДИЦИОННОМУ МЕТОДУ И ИЗ МИНИ-ДОСТУПА**

*Э.Г. Абдулаев, В.В. Бабышин*

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир*

Несмотря на значительные достижения в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, проблема лечения этих заболеваний по сей день не утратила свою актуальность. Также нет тенденции к снижению таких осложнений, как перфоративные язвы, особенно у лиц молодого трудоспособного возраста. При перфоративных гастродуоденальных язвах общепринятыми являются как простое ушивание, так и резекция желудка.

Некоторые авторы отдают предпочтение ваготомии [2] и резекции желудка [4], отмечая при этом неплохие результаты. В то же время выполнение радикальных оперативных вмешательств всем больным с прободной язвой, направленным на редукцию желудочной секреции, не совсем верно. Некоторые зарубежные авторы [5], проводившие детальный анализ патогенеза язвенной болезни, отмечают, что только у 16,7% пациентов имеется изолированное повышение кислотности желудка при язвенной болезни, и только этой категории больных показана ваготомия.

Общеизвестна также высокая эффективность консервативной терапии современными препаратами, особенно у молодых больных [3]. В большинстве случаев она дает удовлетворительные результаты после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв [1, 4].

Минимально-инвазивные вмешательства в хирургическом лечении перфоративных гастродуоденальных язв является новым направлением, при котором ушивание можно выполнить без лапаротомии, травматичной для пациентов. В последние годы широко применяется ушивание перфоративных язв из мини-доступа с последующей санацией брюшной полости методом видеолапароскопии, которую мы с успехом применяем в своей практической деятельности.

В настоящей работе приведены результаты традиционного и минимально-инвазивного методов ушивания перфоративных гастродуоденальных язв.