

МЕТОД КОМБИНИРОВАННОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир

Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, является основным и наиболее эффективным методом. Особую значимость оно приобрело в связи с широким внедрением в клиническую практику новых видеоэндоскопических минимально-инвазивных технологий.

Одним из грозных осложнений язвенной болезни являются перфорации, которые требуют неотложного хирургического вмешательства. Операцией выбора является ушивание перфоративной язвы с последующей санацией брюшной полости. Применение малоинвазивных хирургических технологий открывают новые возможности в лечении перфоративных гастродуоденальных язв. Выполнение операции при данном заболевании чисто лапароскопическим методом зачастую сопровождается некоторыми техническими трудностями.

Мы располагаем опытом лечения больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки с сочетанием видеолапароскопии для диагностики и санации брюшной полости и мини-доступа для ушивания перфоративной язвы с помощью разработанного М.И. Прудковым [1] комплекта инструментов. Методика позволяет при необходимости выполнить и ваготомию на этапе лапароскопии [2].

В 2000-2005 гг. нами в экстренном порядке минимально-инвазивным методом было выполнено 46 операций. Все больные (мужчины в возрасте от 18 до 35 лет) оперированы сразу после поступления в сроки от 1 до 5 часов от начала заболевания. Использовался эндотрахеальный наркоз. Диагноз перфоративной язвы был выставлен в дооперационном периоде по клинико-диагностическим данным.

Техника операции состояла в следующем. После обработки операционного поля в одну из параумбиликальных точек вводили 10-миллиметровый троакар и накладывали пневмоперитонеум углекислотой 10 мм рт. ст. При видеолапароскопии уточняли диагноз перфоративной язвы, ее локализацию, оценивали степень поражения и распространенности инфицированного выпота по брюшной полости. После этого в правом подреберье выполняли мини-лапаротомию длиной 3–4 см. Для визуализации использовали набор ретракторов и локальное освещение, используемое при холецистэктомии из минидоступа. Ушивали перфоративное отверстие по принятой методике однорядным швом в поперечном направлении с фиксацией пряди сальника.

По завершении этого этапа в правую мезогастральную область вводили второй манипуляционный троакар (5 мм). Для санации брюшной полости использовали стандартную лапароскопическую ирригационно-аспирационную систему. Санация брюшной полости заключалась в эвакуации экссудата и промывании мест его скопления. Операцию завершали установкой зонда в желудок для декомпрессии, дренажа в подпеченочное пространство и, при необходимости, – в малый таз.

В послеоперационном периоде пациенты получали ненаркотические анальгетики, противоязвенную терапию; после выхода из состояния наркоза – то есть через 2-3 часа после операции – больные вставали, ходили. Осложнений со стороны органов брюшной полости и операционной раны, а также летальных исходов не было. Длительность госпитализации в хирургическом стационаре составлял 6-7 дней. Дальнейшее противоязвенное лечение проходило в условиях гастроэнтерологического отделения.

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].