



Рис. 8. Тень средостения у пациента после трансхиатального выведения пищевода (2-й день после операции)

5) Необходимость дренирования двух плевральных полостей возникла в 4 случаях в КГ, в ОГ левая плевральная полость не была вскрыта ни в одном случае, и дренирование не делалось.

6) Уровень сывороточного белка в послеоперационном периоде косвенно указывает на выраженность катаболических процессов в организме (табл. 2).

Таблица 2

Уровень сывороточного белка в послеоперационном периоде

Послеоперационный период	КГ (г/л)	ОГ (г/л)
1 сут.	60	62
2 сут.	50	60
3 сут.	52	61
В среднем	54	61

В КГ (табл.2) уровень белка сыворотки крови на 2–3 сутки снижается, несмотря на проводимую коррекцию. При этих же условиях уровень сывороточного белка в ОГ стабилен.

7) Восстановление активности пациентов в послеоперационном периоде после торакоскопического выведения пищевода пациенты легче переносят послеоперационный период, более активны, чем пациенты в КГ.

Выводы: Торакоскопическая мобилизация пищевода незначительно (на ~40 минут) удлиняет время одномоментной пластики пищевода и не увеличивает число осложнений в послеоперационном периоде. Торакоскопическая мобилизация пищевода менее травматична по сравнению с трансхиатальной, при этом повышается прецизионность и надёжность вмешательства.

Литература

1. Черноусов А.Ф. и др. Хирургия пищевода.– М., Медицина, 2000.
2. Черноусов А.Ф., Домрачев С.А. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой.– М., 1992.

УДК 616-089; 616.33-002.44

РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ С ПОМОЩЬЮ УНИВЕРСАЛЬНОГО РАМОЧНОГО РАНОРАСШИРИТЕЛЯ

В.И. МИДЛЕНКО, А.Л. ЧАРЫШКИН*

Перфорация язвы является одним из самых опасных осложнений язвенной болезни, которое встречается у 5–30% больных. Перфоративные гастродуоденальные язвы в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости устойчиво занимают одно из ведущих мест [3]. Несмотря на все достижения медицинской науки, это заболевание продолжает составлять для общества социальную проблему. Особенно это касается больных в пожилом и старческом возрасте, летальность

у которых при прободении язвы достигает 25–36%, что в 3–7 раз выше числа смертельных случаев в более, молодых возрастных группах [2, 4]. Минимальным объемом оперативного вмешательства при перфорации язвы является ее ушивание с санацией и дренированием брюшной полости. В то же время широкое применение находят и более радикальные оперативные вмешательства, направленные на снижение кислотнопептической активности желудочного сока и излечение от язвенной болезни, такие как резекция желудка и ваготомия. В связи с наличием высокоэффективных противоязвенных препаратов простое ушивание перфоративной язвы с дальнейшей консервативной терапией часто можно считать операцией выбора у таких больных [2].

С появлением эндовидеохирургической техники в арсенале хирургов появился метод, позволяющий выполнить ушивание и санацию брюшной полости без травматичной для больного лапаротомии. С начала 90-х годов появляется все больше работ, посвященных возможности лапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Так как надежность такого шва пока что вызывает сомнения у некоторых хирургов, они предлагают после диагностической лапароскопии ушивать язву традиционно через микролапаротомное отверстие и далее вновь лапароскопически санировать и дренировать брюшную полость [1]. Но большинство авторов говорят о хороших результатах применения эндошва, для которого используется рассасывающийся атравматичный шовный материал (викрил), а само ушивание производится одно- или двухрядным серозно-мышечным швом. Оментопексия применяется не всегда. Иногда линию швов укрепляют тахокомбом – коллагеновой пленкой, покрытой компонентами фибринового клея [1]. Сведения о несостоятельности эндошва крайне немногочисленны [1]. Накопленный практический опыт свидетельствует не только о возможности, но и о высокой эффективности лапароскопического ушивания перфоративных язв гастродуоденальной зоны. В то же время, для лапароскопического ушивания перфоративных язв необходимо наличие дорогостоящего оборудования, что препятствует более широкому распространению этого малоинвазивного метода. В связи с этим целью настоящей работы является создание способа минилапаротомии при перфоративных гастродуоденальных язвах, обеспечивающего меньшую травматизацию передней брюшной стенки, снижение возникновения послеоперационных грыж, раннюю активизацию больных, снижение тромбозоболоческих осложнений, обеспечение дешевизны способа из-за отсутствия дорогостоящего оборудования.

Материалы и методы исследования. Для проведения малоинвазивных оперативных вмешательств на органах брюшной полости нами разработан универсальный рамочный ранорасширитель, патент на полезную модель № 35704 «Универсальный рамочный ранорасширитель». Универсальный рамочный ранорасширитель (рис. 1), содержит зубчатую рейку с червячным механизмом и ретракторы, отличается тем, что в него введены две планки, концы которых закреплены в корпусе для обеспечения прямого угла между ними с возможностью их перемещения и дополнительная зубчатая рейка с червячным механизмом, соединенные между собой так, что они образуют рамку в форме квадрата, при этом зубчатые рейки жестко соединены между собой, на планках и зубчатых рейках имеются прямоугольные пазы, в которых выполнены отверстия, а в них установлены фиксаторы.

Нами на кафедре госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета разработана модель перфоративной язвы на трупном материале и оптимальные варианты минилапаротомий для закрытия перфоративных гастродуоденальных язв и санации брюшной полости (патент № 2257163). Поочередно выполняют три разреза на передней брюшной стенке длиной 3–4 см. Первый разрез – в месте локализации язвы. Второй разрез – параректально в левом подреберье, ниже реберной дуги на 2 см. Третий разрез – ниже пупочного кольца на 2–3 см по средней линии. При пилородуоденальной язве первый разрез выполняют трансректально в правом подреберье, ниже реберной дуги на 2 см. При желудочной язве первый разрез выполняют ниже мечевидного отростка на 2–3 см. В рану устанавливают ранорасширитель. Мы использовали ранорасширитель с червячным механизмом (патент на полезную модель № 35704 «Универсальный рамочный ранорасширитель»). Раны расширяются с помощью универсального рамочного ранорасширителя с червячным меха-

* Кафедра госпитальной хирургии Ульяновского госуниверситета

низмом, санируется брюшная полость с помощью электроотсоса и тупферов с марлевыми салфетками. Сначала ранорасширитель устанавливается в первом доступе, производится оперативное вмешательство при перфоративных гастродуоденальных язвах и санация в данной области. Затем поочередно устанавливаются в другие доступы и ведется санация брюшной полости. При желудочной язве дополнительно выполняется 4-й разрез параректальный в правом подреберье, ниже реберной дуги на 2 см. У астиеников при перфорациях пилородуоденальных язв, закрытие перфорации и санацию брюшной полости возможно выполнить из двух мини-доступов, без использования видеолапароскопии (рис. 2).



Рис. 1. Универсальный рамочный ранорасширитель



Рис. 2. Схема оперативного вмешательства у астиеников

В 2005–2006 гг. оперировано по этой методике 6 пациентов.

Результаты. В 30 случаях при ушивании перфорации применяли традиционный доступ – верхнесрединную лапаротомию, 6(50,8%) больным ушивание было выполнено из мини-доступа с использованием набора инструментов универсального рамочного ранорасширителя. 7 лицам вмешательство проводили с использованием видеолапароскопии. Манилапаротомии выполнялись по предложенной методике без использования видеолапароскопии, что позволило ушить перфорацию, при необходимости с мобилизацией верхней стенки луковицы 12-перстной кишки. Перфоративное отверстие ушивали отдельными узловыми швами через все слои стенки 12-перстной кишки выкриловой нитью 1/0 на атравматичной игле в 2 ряда. Санацию брюшной полости из мини-лапаротомных разрезов по предложенной методике вели с помощью электроотсоса и марлевых тупферов.

Проводили послеоперационную антибиотикопрофилактику (цефалоспорины 3-го поколения) и курс противоязвенной, антихеликобактерной терапии. В отдаленные сроки (6–24 мес) после операции осуществляли ФГДС с биопсией для диагностики НР-инфекции. При традиционном ушивании перфоративной язвы у 2 больных была несостоятельность швов, при релапаротомии выявлено их прорезывание. Выполнено повторное ушивание перфорации. Из других осложнений отмечались эвентрация (3 случая), серома послеоперационной раны (1 случай). Длительность пребывания в стационаре составила 14,5 койко-дня.

В группе больных с ушиванием перфорации из мини-доступа хирургических осложнений, в том числе раневых, не отмечено. Продолжительность пребывания в стационаре больных этой группы составила в среднем 8,2 койко-дня. У больных при ушивании перфорации с использованием видеолапароскопии хирургических осложнений не отмечено. Средняя продолжительность операции 2,3 часа. Длительность пребывания в стационаре больных этой группы составила в среднем 8,1 койко-дня.

При сравнении ближайших результатов операций, было отмечено, что для больных после манилапаротомии и видеолапароскопии, были характерны менее выраженный болевой синдром

(в 43 % случаев наркотические анальгетики не требовались, в 61% вводились однократно, тогда, как больным после традиционной операции наркотики вводили до 5 раз), ранняя активизация (к концу 1-х суток все больные самостоятельно вставали и передвигались в пределах палаты, активизация больных, после традиционного вмешательства наступала на 2–3-й сутки после операции), менее продолжительный парез кишечника (у 68% больных этой группы парез вообще отсутствовал, у остальных разрешился в 1-е сутки после операции). У больных после верхнесрединной лапаротомии, парез разрешился на 3–4 сутки. Через 6 месяцев после операции обследовано 30 больных: 10 после манилапаротомии и видеолапароскопии, 20 – после традиционной операции с целью изучения отдаленных результатов. Рецидив язвы обнаружен у 19 (63%) больных, лишь у 7 больных это сопровождалось субъективными ощущениями. Среди этих больных 1 был после ушивания перфорации из мини-доступа, 18 – после традиционной операции. У всех больных с рецидивом язвы была обнаружена высокая степень обсемененности НР-инфекции. После курса противоязвенной терапии язвы зарубцевались, гистологически подтверждена эрадикация НР. У трех пациентов после традиционной операции была обнаружена послеоперационная грыжа.

Таким образом, ушивание перфорации путем малоинвазивного вмешательства с последующей противоязвенной терапией является адекватным методом лечения больных с пилородуоденальными перфоративными язвами. Через 6 месяцев после операции у большинства больных достигнуты отличные и хорошие результаты. Минимально инвазивное оперативное пособие обеспечивает высокое качество жизни, а возникающие рецидивы легко корригируются стандартной противоязвенной терапией. У всех больных с рецидивом язвы выявлена высокая степень обсемененности НР, после эрадикации инфекции достигнута стойкая ремиссия. У значительной части больных возможно выполнение оперативного пособия из манилапаротомии с адекватной санацией брюшной полости. Манилапаротомия с использованием набора инструментов универсального рамочного ранорасширителя имеет ряд преимуществ. По сравнению с верхнесрединной лапаротомией для этого метода, характерны меньшая операционная травма с меньшим болевым синдромом, ранняя активизация больных, отсутствие пареза кишечника, раневых осложнений и послеоперационных грыж. По сравнению с видеолапароскопическим ушиванием перфорации манилапаротомия также имеет ряд преимуществ. К ним относятся малая длительность операции, отсутствие осложнений, связанных с пневмоперитонеумом, возможность ушивания более сложных язв, обычные приемы наложения швов. В случаях с неясной клинической картиной оптимально сочетание видеолапароскопии с манилапаротомией. В сочетании с медикаментозной терапией ушивание перфораций путем малоинвазивного вмешательства является адекватной методикой лечения перфоративной пилородуоденальной язвы.

Литература

1. Горлунов А.В. и др. // Эндоскоп. хир.– 1998.– № 1.– С. 15.
2. Ефименко Н.А. и др. Перфоративные гастродуоденальные язвы: Патогенез осложнений, их профилактика и лечение.– М. – СПб., 2001.– 192 с.
3. Крылов А.А. и др. Неотложная гастроэнтерология.– Л.: Медицина, 1988.– С. 106–108.
4. Svanes C. // World J. Surg.– 2000.– Vol.24, №3.– P. 277.

УДК 616.89 – 008 – 02: 614.87 – 085.851

РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ НАРУШЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫЕ СИТУАЦИИ

И.В. ГЛУМОВА*

Одним из последствий изменения политической ситуации, общественно-экономических отношений в России явилось резкое ухудшение криминогенной обстановки, рост наркомании и алко-

* ГОУ ДПО «НГИУВ» Росздрава, г. Новокузнецк