

Вопросы практического здравоохранения и случаи из практики

© БРЕГЕЛЬ А.И., ОЛЕЙНИКОВ И.Ю., АНДРЕЕВ В.В. –
УДК 617.55-089-072.1

РОЛЬ НЕОТЛОЖНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

А.И. Брегель, И.Ю. Олейников, В.В. Андреев.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Несмотря на определенные успехи в лечении некоторых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, частота возникновения послеоперационных осложнений и летальность не имеют существенной тенденции к снижению (В.С. Савельев и соавт., 1986; В.М. Буянов и соавт., 1999; Г.И. Перминова и соавт., 1999; R. Schiessel et al., 1990).

При ряде острых заболеваний органов брюшной полости эти вопросы в той или иной степени решены благодаря внедрению в широкую клиническую практику методов экстренной лапароскопии.

Мы располагаем опытом проведения 4779 экстренных лапароскопических исследований у 3554 больных. Показанием к проведению эндоскопических исследований по неотложным показаниям служили сложность клинической картины заболевания, не позволяющая своевременно установить правильный диагноз, необходимость определить степень выраженности и характер патологического процесса, его динамику при консервативном лечении, возможность проведения лечебной эндо-

скопии, контроль за течением раннего послеоперационного периода.

С учетом характера заболевания больным выполнялись различные диагностические и лечебные эндоскопические мероприятия. Во время лапароскопии осуществлялся забор материала для различных исследований. Большинство больных были осмотрены в первые сутки после поступления.

Лечебные лапароскопии проведены у 947 больных и включали блокаду и катетеризацию круглой связки печени, рассечение спаек, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, наложение перитонеального диализа.

Эндоскопические заключения и эффективность эндоскопической терапии верифицированы данными клиники, ультразвукового, рентгенологического и биохимических исследований, оперативных вмешательств. По показаниям проводились другие исследования.

Неотложная лапароскопия позволяет при ряде заболеваний своевременно установить диагноз и определить лечебную тактику (табл.).

Таблица 1.

Эффективность лапароскопической диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости

Показания к исследованию	Направлено (%)	Диагноз не подтвержден (%)	
	с указанным заболеванием	выявлены другие заболевания	острые заболевания исключены
Острый аппендицит	810 (22,79)	647 (79,88)	78 (9,63)
Острый холецистит	785 (22,09)	49 (6,24)	62 (7,90)
Острый панкреатит	506 (14,24)	66 (13,04)	58 (11,46%)
Острая кишечная непроходимость	79 (2,22)	21 (26,58)	15 (18,99)
Острое нарушение мезентериального кровообращения	162 (4,56)	45 (27,78)	38 (23,46)
Перфорация полых органов	190 (5,35)	77 (40,53)	32 (16,84)
Воспалительные инфильтраты	121 (3,40)	5 (4,13)	6 (4,96)
Механическая желтуха	314 (8,84)	0 (0,00)	75 (23,89)
Острые гинекологические заболевания	95 (2,67)	10 (10,53)	18 (18,95)
Кровотечения	71 (2,00)	8 (11,27)	18 (25,35)
Другие заболевания	315 (8,86)	251 (79,68)	43 (13,65)
Послеоперационные лапароскопии	106 (2,98)	0 (0,00)	0 (0,00)
Всего	3554 (100,00)	1179 (31,17)	443 (12,46)

Были определены характер и частота выявляемости эндоскопических симптомов при различных, в том числе относительно редких, заболеваниях.

Диагностические ошибки при лапароскопии были допущены в 2,8%. В ряде случаев они имели решающее значение в выборе лечебной тактики, сроков хирургического вмешательства и отразились на результатах лечения, в других — не повлияли на выбор метода и объема лечения.

У 7 больных при лапароскопии имела место гипердиагностика различных острых заболеваний живота, повлекшая за собой выполнение неоправданных оперативных вмешательств.

Осложнения возникли в 2,4%. Возникновение осложнений было связано с развитием инфекции в области раневого канала, нарушением техники проведения исследования и наличием заболеваний, повышающих риск возникновения осложнений.

Таким образом, несмотря на ошибки в лапароскопической диагностики и осложнения, связанные с проведением исследования, лапароскопия является эффективным и относительно безопас-

ным методом диагностики и лечения острых заболеваний органов брюшной полости.

Нами разработаны алгоритмы применения диагностической, лечебной и динамической лапароскопии при обследовании и лечении больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и ранними послеоперационными осложнениями.

При неотложной лапароскопии у 12,5% больных были исключены острые хирургические заболевания органов брюшной полости. У 48,8% больных со стертой, нетипичной клинической картиной, направленных на исследование с подозрением на различные острые процессы в животе, только благодаря лапароскопическому исследованию был установлен правильный диагноз и определена рациональная лечебная тактика.

Общая летальность при остром панкреатите снизилась с 11,3 до 5,1%. Послеоперационная летальность при остром холецистите снизилась с 6,3 до 3,5%, при механической желтухе — с 20,2 до 12,5%. Процент оперированных больных острым панкреатитом снизился с 17,3 до 6,8%.

© СИЗЫХ Т.П., НИКОЛАЕВА С.С. —
УДК 616-056.3:616.5

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСЕВДОАЛЛЕРГИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ И ОТЕКА КВИНКЕ

Т.П. Сизых, С.С. Николаева.

(Иркутский государственный медицинский университет)

Крапивница характеризуется высыпаниями островоспалительных бесполостных элементов — волдырей разной формы, величины и окраски (от бледной до темно-коричневой). Уртикарные высыпания в ряде случаев сопровождаются зудом разной степени интенсивности.

В основе крапивницы лежит острый, ограниченный отек сосочкового слоя дермы и расширение капилляров. Отеки Квинке и крапивница имеют общие механизмы развития и различаются лишь глубиной отека. При ангионевротическом отеке он распространяется на более глубокие слои дермы (А.Д. Адо, 1983).

Особенностью крапивницы и отеков Квинке является их быстрое развитие и столь же быстрое самостоятельное исчезновение (от нескольких минут до нескольких часов) или после назначения адекватной терапии.

В формировании аллергодерматозов вообще и крапивницы в частности могут принимать участие как истинные аллергические реакции (ИАР), так и псевдоаллергические реакции (ПАР). Крапивницы, протекающие по механизмам истинных аллергических реакций, обусловлены участием в их развитии специфических аллергических антител (АТ) или сенсibilизированных лимфоцитов (Н.М. Беренская, Л.П. Бобкова, И.А. Петровская, С.И. Ялгут, 1986).

Свое название псевдоаллергические реакции, или ложная аллергия, получили в связи с тем, что нередко четкая связь развития крапивницы с воздействием внешнего причинного фактора, а также клинические симптомы делают их очень похожими на истинную аллергию, но отличаются от последней механизмами развития (В.И. Пыцкий с соавт., 2000).

Одним из важнейших механизмов псевдоаллергических реакций при крапивницах является неспецифическая либерация медиаторов, и в первую очередь гистамина, из клеток-мишеней аллергии (тучные клетки, базофилы), а в последующем лейкотриенов, простагландинов (эозинофилы, нейтрофилы, тромбоциты). Однако до сего времени не ясны механизмы альтернативной не иммунной либерации этих биологически активных веществ инъецирующих псевдоаллергическое воспаление в тканях кожи и слизистых, в частности при крапивнице и отеках Квинке.

Принципиальной и важнейшей особенностью механизма развития псевдоаллергических реакций является отсутствие иммунологической стадии, т.е. они протекают без участия аллергических антител. Псевдоаллергические реакции имеют только две стадии: патохимическую и патофизиологическую.