

Мугатасимов И.Г., Баранов А.И.

МУЗ «Городская больница № 1»,

г. Прокопьевск,

Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,

г. Новокузнецк

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА (ПО МЕТОДИКЕ SILS)

Представлен случай успешного использования технологии единого лапароскопического доступа в неотложной хирургии у больного с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки. Время операции составило 90 минут. Болевой синдром в послеоперационном периоде был минимальный и составил 1-2 балла по пятибалльной визуально-аналоговой шкале. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Ключевые слова: ушивание перфоративной язвы; единый лапароскопический доступ.

Mugatasimov I., Baranov A.

Central municipal hospital № 1, Prokopyevsk,

Advanced Medical School for doctors, Novokuznetsk

CASE OF SUCCESSFUL PERFORATED DUODENAL ULCER REPAIR BY SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC SURGERY (SILS TECHNIQUE)

The case of successful usage of single incision laparoscopic approach technique in urgent surgery in patient with duodenal perforated ulcer is being analyzed. Surgical intervention duration was 90 minutes. Decreased postoperative pain syndrome severity was observed. The pain intensity was assessed using a five-point visual analog scale (VAS), it making 1-2 points. There were no complications observed in postoperative period.

Key words: ulcer perforation repair; single incision laparoscopic surgery.

Тенденция минимизации доступа в последние годы стала прослеживаться и в малоинвазивной хирургии. Разработка метода эндоскопической хирургии через единый лапароскопический доступ (SILS, ЕЛД) позволяет улучшить качество оказания помощи больным и косметические результаты лечения. Основная идея состоит в возможности введения лапароскопических портов через один доступ, как правило, в области пупка. Данная технология предъявляет новые требования к технике оперирования через один доступ в условиях огра-

ничения свободы манипулирования инструментами. В настоящее время уточняются показания и противопоказания к применению технологии единого лапароскопического доступа в абдоминальной хирургии [1]. Эта методика используется в основном в плановой хирургии и в единичных клиниках России. Использование в неотложной хирургии ограничивается острым аппендицитом и острым холециститом. Ушивание перфоративной язвы с применением методики SILS в зарубежной литературе упоминается в единичных наблюдениях [2], в России опубликовано одно подобное сообщение [3]. Приводим наблюдение успешного ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки по методике ЕЛД с использованием традиционных лапароскопических инструментов без устройства доступа.

Пациент Г., поступил в хирургическое отделение МУЗ «Городская больница № 1» г. Прокопьевска

Корреспонденцию адресовать:

МУГАТАСИМОВ Ильдар Габдулхайевич.

651710, г. Прокопьевск, ул. Подольская, 12,

МУЗ «Городская больница № 1».

Телефон: 8 (3846) 69-85-20; +7-903-909-56-23.

E-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru

22.09.11 г. в 11 часов 20 минут с болевым абдоминальным синдромом. При поступлении предъявлял жалобы на резкие боли в эпигастрии, которые появились внезапно на фоне полного здоровья. Характер боли пациент сравнивал с ударом ножа. Анамнеза язвенной болезни нет. Давность заболевания 3 часа. При поступлении общее состояние средней степени тяжести. ИМТ 22,7 кг/м². Температура тела 36,6°C. Кожные покровы телесной окраски. Дыхание поверхностное, с частотой дыхательных движений 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Пульс 104 удара в минуту. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот не вздут, в дыхании не участвует, напряжен, болезненность во всех отделах с симптомами раздражения брюшины. При лабораторном обследовании выявлен умеренный лейкоцитоз в крови — 10,6 тыс./мкл. При обзорной рентгенографии брюшной полости свободный газ не выявлен. Клиническая картина соответствовала диагнозу перфоративной язвы.

Для уточнения диагноза больному предложена диагностическая видеолaparоскопия. Получено информированное согласие пациента на проведение обследования и предполагаемой операции — малоинвазивного способа ушивания перфоративной язвы. Для проведения оперативного вмешательства использована стандартная эндохирургическая стойка и традиционные (ригидные) лапароскопические инструменты. Под эндотрахеальным наркозом в 13 часов 15 минут (через 2 часа после поступления больного) выполнен разрез длиной 2 см, не выходя за пределы пупочного кольца. Создан пневмоперитонеум 12 мм рт. ст. Введен 10-мм порт и 30°-лапароскоп. При ревизии обнаружен выпот в подпеченочно-поддиафрагмальном пространстве справа до 200 мл. Петли тонкой кишки не вздуты, небольшие наложения фибрина на печени, желудке, петлях тонкой кишки. На передней стенке луковицы ДПК язвенный инфильтрат до 1 см с перфоративным отверстием до 0,3 см, в брюшную полость поступает дуоденальное содержимое.

Через умбиликальный доступ установлены два 5-мм порта для инструментов по разные стороны от лапароскопа. Справа заведен иглодержатель. Слева заведен зажим. Перфоративное отверстие прошито Z-образным швом нитью «Полисорб 2-0». Вследствие неизбежно возникающего конфликта инструментов концы нитей размещены на диафрагмальной поверхности печени. Движениями «вперед-назад» на поверхности печени сформирован первый двойной узел, спущен и завязан. Аналогично на печени сформированы дополнительные узлы, спущены к перфоративному отверстию, затянуты. Интраоперационно выполнена фиброгастродуоденоскопия — перфоративное отверстие ушито герметично, задняя стенка интактна. Выполнена многократная санация брюшной полости. Троякары извлечены, доступ ушит с наложением швов на апоневроз. Длительность оперативного вмешательства составила 90 минут.

В раннем послеоперационном периоде больному проводились декомпрессия желудка, инфузионная и антибактериальная терапия, назначались антисекреторные препараты. Для обезболивания больной получал ненаркотические анальгетики в стандартной дозировке в течение двух суток. Болевой синдром по визуальной-аналоговой шкале в первые сутки составил 1-2 балла. В послеоперационном периоде нарушения эвакуации из желудка не было, зонд удален на 3-и сутки. Пациент начал ходить самостоятельно через сутки, на энтеральное питание переведен на 3-и сутки. Заживление послеоперационного шва первичным натяжением. Больной выписан из стационара на 5-е сутки послеоперационного периода.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует возможность успешного использования технологии единого лапароскопического доступа в лечении больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, что обеспечивает минимальный болевой синдром в послеоперационном периоде, сокращает сроки реабилитации больных, и имеет отличный косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Single-incision laparoscopic surgery (SILS) versus standart laparoscopic syrgery: a comparsion of perfo rmance using a surgical simulator /B.F. Santos, D. Enter, N.J. Soper et al. //Surg. Endosc. — 2010. — V. 25, № 2. — P. 1002-1005.
2. Single-port laparoscopic repair of a perforated duodenal ulcer: intracorporeal «cross and twine» knotting /J. Lee, K. Sung, D. Lee et al. //Surg. Endosc — 2010. — № 6. — P. 299-233.

Сведения об авторах:

МУГАТАСИМОВ Ильдар Габдулхайевич, врач-хирург, МУЗ «Городская больница № 1», г. Прокопьевск, Россия. E-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru

БАРАНОВ Андрей Игоревич, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии, эндоскопии и урологии, ГБОУ ДПО «НГИУВ» Минздравсоцразвития РФ, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: bar106@yandex.ru

Information about authors:

MUGATASIMOV Il'dar, doctor-surgeon, the department of surgery, Municipal hospital № 1, Prokopyevsk, Russia. E-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru

BARANOV Andrey, doctor of medical sciences, professor, head of surgery, endoscopy and urology chair, Advanced Medical School for doctors, Novokuznetsk, Russia. E-mail: bar106@yandex.ru

-
3. Фаев, А.А. Первый опыт ушивания перфоративной язвы через единый лапароскопический доступ (по методу SILS) /А.А. Фаев, А.И. Баранов, С.Б. Алипбеков //Клиническая медицина, инновационные технологии в практике здравоохранения: сб. матер. науч.-практ. конф. – Новокузнецк, 2010. – Т. 2. – С. 80-81.

