

месте, что значительно улучшает исход.

Эффективность лечебно-диагностических мероприятий определяется уровнем подготовленности медицинского персонала и возможностями токсикометрической диагностики на месте происшествия. Последнее обстоятельство имеет тем большее значение, чем менее выражена избирательная токсичность яда, позволяющая достаточно быстро поставить точный диагноз по клиническим признакам отравления, а оптимальной является возможность определения токсикантов как в пробах воздуха, так и в биологических средах пораженных (кровь, моча).

В организации медицинской помощи при хими-

ческой травме ведущее место принадлежит решению вопроса обеспечения своевременной этиоспецифической терапии, как в медикаментозной, так и в немедикаментозной формах. В первом случае это антидотные средства, необходимые в до- и госпитальном периодах медицинской помощи.

Актуальность рассматриваемых задач медицинской помощи при острой химической травме, обусловленная специфической лечебно-эвакуационной характеристикой санитарных потерь, выдвигает особые требования к подготовленности врачей и организации медицинской службы подразделений, участвующих в оказании экстренной медицинской помощи.

Simonenko V.B., Sarmanaev S.H., Gladkikh V.D., Prostakishin G.P., Akhmetov I.R., Kovalev E.V., Kukhanov A.V. **Acute chemical injury: current issues organization providing emergency services.** *Medical Training and Research Clinical Center. PV Mandryka Russian Ministry of Defense, Federal Medical-Biological Agency, the Russian center of medicine of catastrophes "Protection," Health Ministry of Russia, Moscow.*

Keywords: acute chemical injury, medical emergency

Сведения об авторах:

Симоненко Владимир Борисович, генерал майор, чл-корр. РАМН, доктор медицинских наук, профессор, начальник медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В. Мандрыка Минобороны России (Москва, ул. Б.Оленья, 8а); раб. Тел.: 8 (495) 269 9950;

Сарманаев Салават Хамитович, доктор медицинских наук, врач медотдела медицинского учебно-научного клинического центра им. П.В. Мандрыка Минобороны России (Москва, ул. Б.Оленья, 8а); моб. Тел.: 8 (906) 032 1025; e-mail: ssarm@bk.ru;

Гладких Вадим Дмитриевич, доктор медицинских наук, профессор, замест. генерального директора НПЦ «Фармзащита» по научным вопросам (Москва) раб. Тел.: 8 (495) 571 2011; e-mail: gladkich2007@rambler.ru.

Простакишин Геннадий Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России (г. Москва, ул.Щукинская, 5) раб. Тел.: 8 (499) 190 6187; e-mail: prostak@mail.ru.

Ахметов Ильдар Ришатович, кандидат медицинских наук, доцент, руководитель Токсикологического центра ФМБА России (г.Одинцово, Московская обл., Красногорское шоссе, 15) раб. Тел.: 8 (495) 593 1101; e-mail: air42007@yandex.ru.

Ковалев Евгений Валерьевич, Федеральное медико-биологическое агентство (Москва), тел.: 8 (495) 322 2594; e-mail: dkbfmfa@mail.ru.

Куханов Александр Владимирович, начальник санитарно-гигиенического отдела ФБУ «1033 Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора флота», тел.: 8 (911) 317 5609; e-mail: kuhanov73@mail.ru.

© А.К. Сорока, 2012

УДК 617.55-089:616.9-084:615.33

Сорока А.К.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

На основании изучения результатов 466 диагностических операций оценена эффективность их выполнения под местной и общей анестезией. Определены преимущества и недостатки каждого из указанных способов. К преимуществам лапароцентеза отнесены простота, возможность выполнения под местной анестезией, к недостаткам – меньшая, по сравнению с лапароскопией диагностическая эффективность. Преимуществами экстренной лапароскопии под местной анестезией являются: сокращение времени диагностического поиска у пациентов с тяжелой сочетанной травмой, находящихся в бессознательном состоянии, возможность выполнения вне операционной одноврачебным составом хирургической бригады. К недостаткам – трудности визуализации органов, расположенных в глубине брюшной полости и ограничение ее использования только диагностическим этапом. Лапароскопия под общей анестезией лишена этих недостатков, однако она более продолжительна во времени, ее выполнение требует вмешательства анестезиолога, соответствующего оборудования и условий операционной.

Ключевые слова: лапароцентез, лапароскопия, общая анестезия, местная анестезия.

Диагностическая эффективность оперативных методов диагностики, включающих в себя лапароцентез и лапароскопию, чрезвычайно высока, о чем свидетельствуют многочисленные публикации [3, 9, 11, 12]. Вместе с тем, следует признать, что различные способы оперативной диагностики отличаются по степени своей эффективности, безопасности и возможности применения. Мнения авторов по этому поводу различны. Так, некоторые из них относят к недостаткам лапароцентеза инвазивность, неспецифичность, высокую чувствительность и осложнения, достигающие 5% [4, 13]. Другие, напротив, считают этот метод безопасным, эффективным, особенно при диагностике повреждений живота [6]. Однако все авторы единодушны в том, что к преимуществам лапароцентеза следует относить его доступность, быстроту, простоту выполнения и возможность использования у больных с нестабильной гемодинамикой.

В отношении диагностической лапароскопии подавляющее большинство хирургов поддерживает мнение о том, что этот метод диагностики в настоящее время наиболее безопасен, эффективен и информативен. Несмотря на это, к недостаткам лапароскопии относят высокую инвазивность, необходимость наличия определенных условий выполнения, соответствующего инструментария и оборудования [1, 2, 3, 4, 14].

Цель исследования. Оценить преимущества и недостатки различных способов оперативной диагностики, выполненных под местной и общей анестезией у больных с острыми хирургическими заболеваниями и травмами органов брюшной полости.

Материалы и методы. Проанализированы результаты выполнения 466 диагностических операций, выполненных в стационарах г. Владивостока в период 2000–2010 гг.

Все больные доставлены в приемное отделение с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости. Из них 23 больным (1 группа) выполнен диагностический лапароцентез (ДЛЦ) под местной анестезией, 112 больным (2 группа) диагностическая лапароскопия (ДЛС) под местной анестезией, 331 больному (3 группа) ДЛС под общей анестезией.

Основным показанием для выполнения ДЛЦ явилось подозрение на повреждение внутренних органов при тупой травме живота (22). Кроме этого, у 1 больного к лапароцентезу прибегли при подозрении на разлитой перитонит. Следует отметить, что ДЛЦ применялась в условиях дефицита времени и отсутствия возможности для выполнения лапароскопии. Использовалась стандартная методика исследования путем троакарного прокола передней

брюшной стенки в параумбиликальной области по срединной линии после послойной инфильтрации передней брюшной стенки 0,5% раствором новокаина в количестве 20–40 мл. Затем в брюшную полость вводилась дренажная трубка длиной 15–20 см. с 2–3 перфорационными отверстиями по принципу «шарящего» катетера. При необходимости в брюшную полость вводилось до 600 мл. 0,9% раствора хлористого натрия с последующей аспирацией и оценкой.

Показаниями для ДЛС у больных 2 группы явились: подозрение на внутрибрюшное кровотечение в результате травмы – 84 больных (75%); подозрение на перфорацию полого органа – 14 больных (12,5%); необходимость дифференциальной диагностики острого аппендицита и острой гинекологической патологии – 14 больных (12,5%). Из больных с подозрением на внутрибрюшное кровотечение 47 (56%) находились без сознания или в состоянии алкогольного опьянения, не позволяющие собрать анамнез и выяснить обстоятельства травмы. У этой категории больных лапароскопия проводилась в сроки 10 ± 2 мин. от момента поступления в приемное отделение и длительность ее составила $4 \pm 1,5$ мин. ДЛС под местной анестезией так же выполнялась по стандартной методике из параумбиликального доступа по срединной линии. Рабочее пространство в брюшной полости создавалось двумя способами: наложением пневмоперитонеума ручным нагнетанием воздуха грушей через воздушный канал лапаропорта и тракцией вверх передней брюшной стенки за пупочное кольцо однозубым крючком. С 2006 г. предпочтение стало отдаваться 5-мм оптике ввиду меньшей инвазивности доступа. Введение дополнительного манипулятора потребовалось у 24 больных (21,4%) при сомнениях в визуализации патологического процесса. Дополнительный манипулятор вводился по параректальной линии после предварительной послойной инфильтрации новокаином передней брюшной стенки в месте введения лапаропорта.

Показаниями для ДЛС под общей анестезией у больных 3 группы явились: подозрение на острый аппендицит при неясной клинической картине – 108 больных (32,6%); тупая травма живота – 116 больных (34,9%); клиника «острого живота» – 88 больных (26,6%); проникающее ранение живота при отсутствии явных признаков повреждения внутренних органов – 10 больных (3%); подозрение на внутрибрюшное кровотечение – 5 больных (1,5%); подозрение на тромбоз мезентериальных сосудов – 4 больных (1,4%). В среднем операция ДЛС проводилась в сроки $43 \pm 3,2$ мин. от момента поступления и продолжительность ее составила $11 \pm 2,1$ мин. Дополнительный манипулятор вводился в 258 случаях (77,9%).

Результаты и обсуждение.

В результате проведенного лапароцентеза у 10 пострадавших из 22 не выявлено признаков повреждения внутренних органов. Из них одному пациенту, учитывая клиническую картину и сомнения в достоверности результатов лапароцентеза, выполнена диагностическая лапаротомия, показавшая отсутствие повреждения внутренних органов. В 12 случаях при лапароцентезе выявлены признаки внутрибрюшного кровотечения. Всем произведена лапаротомия, в результате которой выявлено повреждение селезенки с внутрибрюшным кровотечением различной степени тяжести. Операции закончены спленэктомией, санацией, дренированием брюшной полости. Все больные выздоровели. У 3 пострадавших при признаках внутрибрюшного кровотечения по данным ДЛЦ, в результате лапаротомии повреждения внутренних органов не выявлены. У одного больного подтвердилось наличие разлитого перитонита, причиной которого был деструктивный холецистит с перфорацией желчного пузыря. Таким образом, имели место 3 ложноположительных результата исследования.

При использовании лапароцентеза, который использовался в качестве диагностического метода, время от момента поступления больного в стационар до установления окончательного диагноза составило 19 ± 2 минуты.

Острая хирургическая патология, потребовавшая последующего оперативного лечения, по результатам ДЛС выявлена у 64 больных (57,1%) 2-ой группы. Из них у 23 (35,9%) диагностирован деструктивный аппендицит и в 18 случаях, при отсутствии осложнений заболевания, операция была продолжена под местной анестезией (традиционная аппендэктомия), а у 15 больных, при наличии разлитого перитонита, потребовалась общая анестезия. У 41 больного (64,1%) выявлены признаки гемоперитонеума, что явилось показанием для лапаротомии. У 3 больных (4,7%), подвергшихся лапаротомии, причиной гемоперитонеума явилась забрюшинная гематома, не потребовавшая дополнительной ревизии. У 4 (6,2%) больных с признаками проникающего ранения брюшной полости при лапаротомии повреждений внутренних органов не выявлено. Таким образом, у больных 2-ой группы чувствительность ДЛС составила 100%, специфичность 95,8%. А у больных, находящихся в бессознательном состоянии с клиническими признаками повреждения органов брюшной полости лечебная тактика была определена в среднем через 15–20 минут после поступления в приемное отделение.

151 больному 3 группы (45,6%) после ДЛС потребовалось оперативное лечение. Из них у 83 (55%) оно было осуществлено лапароскопическим методом. У 79 (23,9%) пациентов определена необходимость в терапевтическом лечении. В 109 (32,9%)

случаях патологии органов брюшной полости не выявлено. Использование ДЛС у этой группы больных позволило избежать напрасной лапаротомии в 188 (56,8%) случаях. Чувствительность и специфичность метода составили 100%. Во всех группах больных осложнений и летальных исходов, связанных непосредственно с диагностическими манипуляциями не было.

Выводы.

Лапароцентез является эффективным способом диагностики при подозрении на внутрибрюшное кровотечение. Однако, его применение целесообразно в условиях, исключающих использование лапароскопии.

Диагностическая лапароскопия является очень чувствительным и специфичным методом, позволяющим в подавляющем большинстве случаев определить рациональную лечебную тактику.

Преимуществом выполнения лапароскопии под местной анестезией является, при необходимости, возможность выполнения непосредственно в приемном отделении, использования у больных с нестабильной гемодинамикой, быстрота, простота выполнения, экономичность. Недостатки – трудности визуализации органов, расположенных в глубине брюшной полости и ограничение ее использования только диагностическим этапом.

Для выполнения лапароскопии под общей анестезией требуется большее количество времени, специальная аппаратура, условия хирургической операции, однако она более информативна и, по возможности, позволяет продолжить лечебный этап операции малоинвазивным способом.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васильев А.Ф., Братчиков Е.В., Березницкий А.П. Диагностическая лапароскопия в неотложной хирургии // Эндоскопическая хирургия. 2007. № 1. С. 27-28.
2. Возможности эндохирургии в диагностике и лечении больных с подозрением на острый аппендицит / Э.В.Луцевич [и др.] // Эндоскопическая хирургия. Тезисы докладов VI Всероссийского съезда (Москва 22–25 мая 2003 г.). – М.: 2003. С. 77.
3. Горлунов А.В., Шабалин А.В., Авилов Г.В. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита // Эндоскопическая хирургия. Тезисы докладов VI Всероссийского съезда (Москва 22–25 мая 2003 г.). – М.: 2003. С. 43.
4. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме / А.Б.Молитвословов [и др.] // Хирургия. 2002. № 9. С.22-26.
5. Ермаков А.А. Диагностическая лапароскопия в лечении больных с экстренной абдоминальной патологией / А.А.Ермаков // Эндоскопическая хирургия. 2005. № 1. С. 49.

6. Закурдаев В.Е. Сравнительная оценка лапароскопии и лапароцентеза в диагностике травм живота // *Вестн. Хирургии*. 1991. Т. 146, № 2. С. 56-58.

7. Ивачев А.С., Бикбаева Д.М. Диагностическая ценность лапароскопии при остром аппендиците // *Эндоскопическая хирургия*. 2005. № 1. С. 57.

8. Кригер А.Г. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита // *Хирургия*. 2000. № 8. С.14-19.

9. Сажин В.П. Основные принципы внедрения лапароскопических операций в поликлинике // *Хирургия*. 2003. № 5. С.46-49.

10. Розанов В.Е., Снегур А.В., Славинская О.М. Диагностическая и лечебная видеолапароскопия при закрытой травме органов брюшной полости //

Эндоскопическая хирургия. 2005. № 1. С. 115.

11. Снегирев И.И., Фролов А.П. Ошибки в дифференциальной диагностике острых воспалительных заболеваний гениталий и аппендицита // *Бюлл. ВСНЦ СО РАМН* 2007. № 4. С. 162.

12. Сухопара Ю.Н., Тришин В.М., Сухопара Ю.Н., Основы неотложной лапароскопической хирургии. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. 192 с.

13. Цыбуляк Г.Н., Шеянов С.Д. Ранения и травмы живота: Современная диагностика и новые подходы в лечении // *Вестн. хир.* 2001. Т. 160, № 5. С.81-88.

14. Management of appendiceal masses / B.Tingstedt [et al.] // *Eur. J. Surg.* 2002. Vol.168, № 11. P. 579-582.

Soroka A.K. **Comparative characteristics of methods of operative diagnosis in emergency abdominal surgery.** *FGI "1477 Naval clinical Fleet Hospital", Vladivostok, Russia.*

On the basis of the results of diagnostic operations 466 evaluated the efficacy of their performance under local and general anesthesia. The advantages and disadvantages of each of these methods. The benefits attributed celiocentesis simplicity, ability to perform under local anesthesia, the disadvantages - lower, compared with laparoscopy diagnostic efficiency. The advantages of emergency laparoscopy under local anesthesia are: reduction in the time of the diagnostic finding in patients with severe combined trauma that are unconscious, the ability to perform outside the operating odnovrachebnym composition of the surgical team. The disadvantages - difficulty visualizing organs located deep in the abdomen and limit its use only the diagnostic stage. Laparoscopy under general anesthesia is devoid of these shortcomings, but it is more prolonged in time, its implementation requires the intervention of the anesthesiologist, appropriate equipment and operating conditions.

Keywords: celiocentesis, laparoscopy, general anesthesia, local anesthesia.

Сведения об авторе:

Сорока Анатолий Константинович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением неотложной хирургии 1477 Военно-морского клинического госпиталя (г. Владивосток); тел.: 8 (914)791-58-25; e-mail: navidoc@mail.ru

© А.К. Сорока, 2012

УДК 616.346.2

Сорока А.К.

КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ АППЕНДЭКТОМИЙ

ФГУ «1477 Военно-морской клинический госпиталь флота», Владивосток

На основании изучения 1729 историй болезней проведен анализ соответствия клинических проявлений и морфологических изменений червеобразного отростка у больных, поступивших в Военно-морской клинический госпиталь Владивостока в период 2000–2010 гг. Показана дифференциально-диагностическая значимость общепринятых клинических, лабораторных, инструментальных и оперативных способов диагностики. Доказана наибольшая диагностическая эффективность лапароскопии, которая может быть выполнена как под общей, так и под местной анестезией.

Ключевые слова: формы острого аппендицита, лапароскопия.

Введение: Актуальность острого аппендицита (ОА) обусловлена высоким уровнем заболеваемости. Несмотря на довольно подробные описания этой распространенной хирургической патологии, многие отечественные и зарубежные хирурги до сих пор не могут быть удовлетворены результатами его лечения [5, 6, 7, 11, 14]. Основными причинами неблагоприятных исходов является поздняя госпитализация и диа-

гностические ошибки на всех этапах, составляющие от 12 до 35% случаев [3, 6, 8, 13]. Первичный диагноз «Острый аппендицит» в последующем предполагает полиморфность нозологических форм заболеваний органов брюшной полости, требующих различных тактических подходов к лечению [4, 6, 8, 10, 12]. Ошибки диагностики также приводят к удалению микроскопически неизмененных червеобразных от-