

стабилизацию уровня сахара в крови. Перед операцией и в ближайшем послеоперационном периоде для поддержания адекватного углеводного обмена продолжали антидиабетическую терапию инсулином. За два дня до операции всех этих пациентов переводили на прием простого инсулина короткого действия. Доза инсулина зависела от характера суточной гликемической кривой.

Всех пациентов экстубировали только после восстановления адекватного спонтанного дыхания. Послеоперационный период протекал благоприятно, что можно объяснить как относительно небольшой длительностью операции, так и ее малой травматичностью. В среднем длительность операции составляла $34,2 \pm 1,5$ мин.

Таким образом, холецистэктомия из мини-доступа у больных с сопутствующей патологией является методом выбора и может быть рекомендована в стационарах, где есть соответствующее оборудование и владеющие методикой специалисты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прудков М.И. Минилапаротомия с элементами «открытой лапароскопии» в лечении желчнокаменной болезни / Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1993.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПО ТРАДИЦИОННОМУ МЕТОДУ И ИЗ МИНИ-ДОСТУПА

Э.Г. Абдуллаев, В.В. Бабышин

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Владимир

Несмотря на значительные достижения в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, проблема лечения этих заболеваний по сей день не утратила свою актуальность. Также нет тенденции к снижению таких осложнений, как перфоративные язвы, особенно у лиц молодого трудоспособного возраста. При перфоративных гастродуоденальных язвах общепринятыми являются как простое ушивание, так и резекция желудка.

Некоторые авторы отдают предпочтение ваготомии [2] и резекции желудка [4], отмечая при этом неплохие результаты. В то же время выполнение радикальных оперативных вмешательств всем больным с прободной язвой, направленным на редукцию желудочной секреции, не совсем верно. Некоторые зарубежные авторы [5], проводившие детальный анализ патогенеза язвенной болезни, отмечают, что только у 16,7% пациентов имеется изолированное повышение кислотности желудка при язвенной болезни, и только этой категории больных показана ваготомия.

Общеизвестна также высокая эффективность консервативной терапии современными препаратами, особенно у молодых больных [3]. В большинстве случаев она дает удовлетворительные результаты после ушивания перфоративных гастродуоденальных язв [1, 4].

Минимально-инвазивные вмешательства в хирургическом лечении перфоративных гастродуоденальных язв является новым направлением, при котором ушивание можно выполнить без лапаротомии, травматичной для пациентов. В последние годы широко применяется ушивание перфоративных язв из мини-доступа с последующей санацией брюшной полости методом видеолапароскопии, которую мы с успехом применяем в своей практической деятельности.

В настоящей работе приведены результаты традиционного и минимально-инвазивного методов ушивания перфоративных гастродуоденальных язв.

Обследовано 106 больных с перфоративными гастродуоденальными язвами, лечившихся в городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Владимира с 1999 по настоящее время. В зависимости от метода хирургического лечения больные составили две группы. В основную группу вошли 58 больных, которым было выполнено ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы из мини-доступа с последующей санацией брюшной полости методом видеолапароскопии. В контрольную группу вошли 48 больных, которым ушивание перфоративной язвы проведено традиционным методом.

Группы сравнивали по возрасту, времени, прошедшему с момента перфорации до операции, изменению показателей крови в момент поступления, по выраженности и распространенности перитонита, диаметру перфорационного отверстия, длительности оперативного вмешательства, динамике нормализации температуры тела в послеоперационном периоде, выраженности болевого синдрома, количеству осложнений в послеоперационном периоде, длительности пребывания в стационаре, косметическому эффекту.

Возраст больных в основной и в контрольной группах был одинаковым: от 19 до 45 лет. Время от момента поступления до операции в основной группе составляло от 1,5 до 6 час., а в контрольной – от 3 до 8 час.

В крови больных, в обеих группах выявлен лейкоцитоз от $7,8$ до $16 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево – до 31%. У больных обеих групп обнаруживался разлитой серозный, серозно-фибринозный перитонит. Диаметр перфоративного отверстия в основной группе составил от 1 до 6 мм, в контрольной – от 2 до 10 мм.

Оперативное вмешательство в основной группе длилось от 30 до 40 мин., в контрольной – от 25 до 40 мин. и зависело от квалификации хирурга.

К концу первых суток после операции больные основной группы были активны, болевой синдром практически отсутствовал, потребности в наркотических анальгетиках не было (вводились ненаркотические анальгетики). У больных в контрольной группе двигательная активность была значительно снижена, как минимум, в первые 3-4 суток; в первые трое суток из-за выраженного болевого синдрома вводились наркотические анальгетики.

Температурная реакция в основной группе нормализовалась значительно быстрее (в 1-2-е сутки), чем в контрольной (4-5-е сутки). Длительность пребывания больных в стационаре в основной группе было значительно меньшей (6-7 суток), чем в контрольной (10-12).

Осложнения в послеоперационном периоде отмечены в обеих группах. В основной группе осложнения были у двух больных: у одного – нагноение послеоперационной раны, у другого – внутрибрюшное кровотечение из сосудов малого сальника. В обоих случаях потребовалась лапаротомия в ближайшие часы послеоперационного периода. В контрольной группе осложнения отмечены у трех больных: у двух – нагноение послеоперационной раны, у одного – несостоятельность швов на ушитой язве, что также потребовало релапаротомии в первые сутки после операции. Все пациенты выписаны из стационара в различные сроки после операции в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов не было.

Таким образом, проведенные нами исследования позволяют отметить, что, несмотря на сопоставимость длительности и эффективности традиционных и минимально-инвазивных методов лечения, послеоперационный период при методе ушивания с применением мини-инвазивной технологии протекает значительно благоприятнее.

Выводы:

1. Ушивание перфоративных гастродуоденальных язв из мини-доступа с пос-

ледующей санацией брюшной полости методом видеолапароскопии является эффективным методом лечения осложнений язвенной болезни.

2. Преимуществами ушивания перфоративной язвы из мини-доступа с видеолапароскопической санацией брюшной полости перед традиционными методами являются отсутствие выраженного болевого синдрома, ранняя активизация больных, меньшее количество осложнений, минимальный срок стационарного лечения и лучший косметический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Затевахин И.И., Щеголев А.А., Титков Б.Е. и др. // Эндоскоп. хир. – 1999. – № 3. – С. 49.
2. Курыгин А.А., Перегудов С.И., Гулуа Ф.И. // Вест. хир. – 1998. – № 4. – С. 24-27.
3. Мовчан К.Н., Татарин С.Н., Солдатенков О.Е. // Вест. хир. – 1994. – № 3-4. – С. 14-17.
4. Рычагов Г.П. Ошибки, опасности и осложнения в желудочной хирургии. – Минск, 1993.
5. Fusch K.H., Beese G., Maroske J. // Joint Euro-Asian Congress of Laparoscopic Surgery (Istanbul, Turkey. 17–21.06.97). Istanbul, 1997. – P. 66.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

А.С. Аллахвердян, В.С. Мазурин, С.В. Додонкин, А.А. Харькин
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Внедрение современных видеохирургических технологий привело к большим изменениям методик торакальных операций. Широкое распространение получили операции с использованием малых торакотомных доступов, позволяющих хирургам решать разнообразные задачи при меньшем травматизме операций [1-10]. Однако сам факт применения видеоассистенции не может автоматически отнести выполненную операцию к разряду малотравматичной.

Видеоассистированные доступы могут значительно различаться по объему рассекаемых тканей (в первую очередь, мышц). Авторы, публикующие результаты вмешательств из мини-доступов, в качестве критерия их малой травматичности, как правило, приводят только длину кожного разреза – обычно 4-10 см [1, 8, 10]. Отсутствие четкой классификации этих доступов по степени травматизма, приводит к затруднениям в сравнительном анализе результатов этих операций [8]. В настоящей работе мы провели сравнительную оценку травматичности видеоассистированных доступов, основанную на изучении ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения спонтанного рецидивирующего пневмоторакса.

В хирургическом торакальном отделении МОНИКИ в 2000-2006 гг. по поводу неспецифического спонтанного пневмоторакса (НСРП), развившегося на фоне буллезной эмфиземы легких, оперировано 165 больных (93 мужчины и 72 женщины). Их средний возраст – $32 \pm 13,5$ лет.

Стандартная переднебоковая торакотомия применялась у 17 больных (10,3%), 13 из которых оперированы до 2003 г. В остальных 148 наблюдениях (89,7%) были выполнены видеоассистированные (торакоскопические) операции (ВТО). Из них у 45 больных (31,3%) операция была выполнена из видеоторакоскопического доступа (разрезы до 2,5 см). В 68,7% (у 103 больных) применялись малые видеоассистированные доступы.

Всем больным до операции и в отдаленные сроки выполнялись рентгенологические исследования легких (в том числе РКТ с денситометрией легочной паренхимы), позволявшие выявить пневмоторакс и признаки эмфизематозного