



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**10 (72) 2024**

**Сопредседатели редакционной  
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**10 (72)**

**2024**

*октябрь*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2024, Accepted: 02.10.2024, Published: 10.10.2024

УДК 616.34–007.272–089: 616.366-003.7-06

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ОСТРОГО ЖИВОТА

Махманазаров О.М. <https://rcid.org/0009-0003-9231-7186>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али Ибн Сины Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*В рамках общего научно-технического прогресса постоянное внедрение новых технологий делает их неотъемлемой частью той или иной области медицины. Современной тенденцией развития хирургии является уменьшение инвазивности и травматичности оперативных вмешательств. В связи с развитием хирургических технологий одной из основных задач в хирургии становится минимизация операционной травмы и последующие за этим сокращение количества послеоперационных осложнений и летальности, а также сроков стационарного лечения больных с сохранением качества хирургической помощи. Достигнуть этой цели в абдоминальной хирургии возможно при широком и повсеместном внедрении в повседневную практику эндохирurgical технологий.*

*Ключевые слова: диагностическая лапароскопия; острый живот, травма живота.*

## O‘TKIR QORIN BO‘SHLIG‘I SINDROMINI DAVOLASHNING DIAGNOSTIK JIHATLARI

Махманазаров О.М. <https://rcid.org/0009-0003-9231-7186>

Abu Ali Ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti O‘zbekiston, Buxoro, ko‘ch. A. Navoiy. 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Rezyume

*Umumiy ilmiy-texnikaviy taraqqiyotning bir qismi sifatida yangi texnologiyalarni doimiy ravishda joriy etish ularni tibbiyotning muayyan sohasining ajralmas qismiga aylantiradi. Jarrohlikni rivojlantirishning hozirgi tendentsiyasi jarrohlik aralashuvlarining invazivligi va shikastlanishini kamaytirishdir. Jarrohlik texnologiyalarining rivojlanishi bilan bog‘liq holda, jarrohlikning asosiy vazifalaridan biri jarrohlik jarohatlarini minimallashtirish va keyinchalik operatsiyadan keyingi asoratlar va o‘lim sonini kamaytirish, shuningdek, jarrohlik yordami sifatini saqlab qolgan holda bemorlarni statsionar davolash muddatini qisqartirishdir. . Qorin bo‘shlig‘i jarrohligida ushbu maqsadga erishish kundalik amaliyotga endosurgik texnologiyalarni keng va keng joriy etish bilan mumkin.*

*Kalit so‘zlar: diagnostik laparoskopiya; o‘tkir qorin, qorin bo‘shlig‘i shikastlanishi.*

## DIAGNOSTIC ASPECTS OF TREATMENT OF ACUTE ABDOMINAL SYNDROME

Makhmanazarov O.M. <https://rcid.org/0009-0003-9231-7186>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina Uzbekistan, Bukhara, A. Navoi str., 1  
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Resume

*As part of general scientific and technological progress, the constant introduction of new technologies makes them an integral part of a particular field of medicine. A modern trend in the development of surgery is to reduce the invasiveness and trauma of surgical interventions. In connection with the development of surgical technologies, one of the main tasks in surgery is to minimize surgical trauma and the subsequent reduction in the number of postoperative complications and mortality, as well as the duration of inpatient treatment of patients while maintaining the quality of surgical care. Achieving this goal in abdominal surgery is possible with the wide and widespread introduction of endosurgical technologies into everyday practice.*

*Key words: diagnostic laparoscopy; acute abdomen, abdominal trauma.*

### Актуальность

В развитии медицины отмечается важная тенденция к уменьшению травматичности различных методов диагностики и лечения многих заболеваний. Требованиями сегодняшнего дня в хирургии являются не только выполнение высокотехнологичных операций, но и достижение высокого уровня реабилитации после этих вмешательств. Несмотря на наличие современной клинично-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ-диагностики, вопросы дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения стало возможным благодаря стремительному развитию лапароскопических технологий, которые ещё в шестидесятых годах XX века находились под строгим запретом «при остром животе» [6, 8, 9, 11,]. Широкое применение лапароскопии при основных urgentных заболеваниях органов брюшной полости позволяет в предельно сжатые сроки и с высокой степенью достоверности поставить правильный диагноз, наметить тактику лечебных мероприятий, снизить процент необоснованных лапаротомий, исключить возможность послеоперационных раневых осложнений и грыж [6,7,9].

В настоящее время в связи с развитием хирургических технологий одной из основных задач в хирургии становится минимизация операционной травмы и последующие за этим сокращение количества послеоперационных осложнений и летальности, а также сроков стационарного лечения больных с сохранением качества хирургической помощи. Достигнуть этой цели в абдоминальной хирургии возможно при широком и повсеместном внедрении в повседневную практику эндохирurgical технологий. Желание пациента испытывать как можно меньше страданий способствовало развитию малоинвазивных методов, к которым относится эндовидеохирургия [2].

Лапароскопия в настоящее время является методом выбора для лечения разнообразной хирургической патологии, так как способствует меньшей травматизации и сокращению сроков реабилитации, быстрому восстановлению трудоспособности. Совершенствование лапароскопической техники способствует расширению показаний для выбора именно этого хирургического доступа. Диагностическая лапароскопия широко применяется для дифференциальной диагностики острой хирургической патологии [4,7,8,11].

На сегодняшний день лапароскопическую технику используют при остром аппендиците, прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, остром холецистите, ущемленных грыжах передней брюшной стенки, остром панкреатите, кишечной непроходимости, острых гинекологических заболеваниях, а также у пострадавших с абдоминальной травмой [6,8,9,11]. В отличие от лапароскопической холецистэктомии, аппендэктомия с использованием лапароскопической техники все же не стала «золотым стандартом» в лечении острого аппендицита. Основной причиной этого, по-видимому, являются сохраняющиеся на протяжении многих лет разногласия как в определении показаний и противопоказаний к этой операции, так и во взглядах относительно всех этапов выполнения лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) [5,9,10]. При перфоративной дуоденальной язве часто используемой операцией является ушивание. Операция сама по себе не носит патогенетический характер и дает частые рецидивы. Достижения современной фармакотерапии язвенной болезни позволяют по-новому взглянуть на данный способ операции, особенно в лапароскопическом варианте [4,6,10].

Использование лапароскопического метода в экстренной абдоминальной хирургии способствует улучшению качества диагностики и лечения, уменьшению количества послеоперационных осложнений и летальности, а также сокращению сроков лечения больных. Несмотря на широкий арсенал неинвазивных методов исследований диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в некоторых случаях представляет большую сложность [2,7,8,10]. В этой ситуации использование лапароскопии позволяет своевременно установить диагноз и определить хирургическую тактику [6,9]. Особая ценность метода заключается в возможности перехода от диагностических манипуляций к лечебным. Выполнение хирургических вмешательств из лапароскопического доступа позволяет достичь ряд важных преимуществ, по сравнению с традиционным - лапаротомным. Среди наиболее значимых необходимо отметить: малую травматичность, прецизионность выделения анатомических структур, качественный визуальный контроль всех этапов операции,

уменьшение послеоперационной боли и пареза кишечника. Кроме того, немаловажным является уменьшение количества раневых послеоперационных осложнений и частоты развития спаечной болезни брюшины, сокращение сроков пребывания в стационаре, а также хороший косметический результат [10,11].

Лапароскопическая хирургия берет свое начало от эндоскопии — способа осмотра полостей человеческого тела, основоположником которой считают персидского врача Авиценну (Ибн Сину). Им были созданы первые инструменты для ректоскопии и осмотра полости матки [10]. В 1806 г. итальянский ученый Р.Н. Bozzini для исследования просвета прямой кишки, полости матки и мочевого пузыря впервые применил эндоскоп в качестве источника света, в котором использовалась свеча [10], а почти через 50 лет в Париже А. Desormeaux представил свою модель эндоскопа, где источником света была газовая лампа, а свет при этом отражался при помощи серебряного зеркала. Эндоскопическое освещение оставалось существенной проблемой до тех пор, пока в 1880 г. Томас Эдисон не изобрел лампу накаливания. Это открытие помогло Мах Nitze и Leiter усовершенствовать цистоскоп и использовать лампочку в качестве источника света. Впоследствии Brenner сконструировал цистоскоп с дополнительным каналом, через который можно было вводить жидкость и даже устанавливать уретральный катетер. И, наконец, в 1889 г. Boisseau de Rocher разделил в цистоскопе оптическую часть и источник освещения. С этого периода начинается активное внедрение и использование эндоскопии как диагностического метода, и появились основы для развития лечебной эндоскопии [7]. В 1901 году G. Kelling (Германия) в эксперименте на собаках впервые исследовал с помощью цистоскопа брюшную полость, после предварительной инсуффляции воздуха. Основоположником лапароскопической хирургии в России является русский врач-гинеколог из Петрограда, профессор Дмитрий Оскарович Отт, выполнивший в 1901 г. первую в мире вентроскопию. Его ученики — Г.Н. Сережников и В.П. Якобсон — в 1907 г. применили вентроскопию для диагностики внематочной беременности и генитального туберкулеза [8].

В 1910 г. шведский хирург Ганс Христиан Якобеус (H. C. Jakobaeus) начал выполнять лапароскопию у людей с целью диагностики интраабдоминального сифилиса, туберкулеза, цирроза печени, злокачественных опухолей. Именно Г. Якобеус ввел понятие "лапароскопия". Хирург впервые во время торакокопии произвел успешное рассечение спаек [7]. В 1920 г. врач из Чикаго Оксдорфф (Oxdorff) изобрел и внедрил в практику троакар для введения лапароскопических инструментов с автоматическим клапаном, предотвращающим потери газа. Важным этапом последующего развития лапароскопической хирургии стало изобретение в 1918 г. немецким хирургом О. Гетце (O. Goetze) автоматической иглы для выполнения пневмоперитонеума. В 1924 г. Richard Zollikofer из Швейцарии предложил использовать для создания пневмоперитонеума углекислый газ, так как он исключает возможность внутрибрюшных взрывов в отличие от азота и воздуха и быстро адсорбируется брюшиной.

Значительный этап в развитии лапароскопии связан с открытиями и достижениями немецкого гастроэнтеролога Heinz Kalk, основателя немецкой лапароскопической школы. В 1928 г. Kalk разработал методику лапароскопической пункционной биопсии печени, а к 1929 г. — сконструировал лапароскоп со специальной осветительной системой и углом обзора 135°, троакар с рабочим каналом для инструмента. Это изобретение позволило ускорить развитие лечебной лапароскопии [8]. В период с 1923 по 1962 г. H. Kalk и его ученики разработали и модифицировали оборудование, методику исследования, основы которых используются в настоящее время. Первые лапароскопические манипуляции в большинстве своем проводились без предварительного создания «воздушной подушки». Поэтому повреждения кишечника и крупных сосудов были основной проблемой до появления безопасной иглы и шприца для подачи газа.

Начало лечебной лапароскопии связано с именем С. Ферверса (C. Fervers), который в 1933 г. выполнил рассечение спаек с помощью электрокоагуляции; в то время уже широко применяли электрохирургический нож и каутеризирующий инструмент, предложенные в 1926 г. американским врачом У. Бови (Bovi). Рассечение спаек в брюшной полости при помощи уретрального цистоскопа впервые выполнил С. Fervers в 1933 г. Он описал редкое осложнение — взрыв газа в брюшной полости в момент каутеризации спаек [10]. В 1936 г. швейцарский акушер-гинеколог П. Е. Бош (P. Boesch) выполнил первую в истории лапароскопическую стерилизацию женщины. В 1938 г. венгерский хирург Janos Veress создал вариант иглы с

пружиной, почти без изменений дошедший до наших дней. Игла Veress была изначально разработана для создания пневмоторакса. В последующем ее стали использовать и для инсуффляции газа в брюшную полость, что позволило снизить количество повреждений кишечника и крупных сосудов [9]. Одной из ключевых проблем в развитии лапароскопии являлось отсутствие надежных и эффективных методов остановки кровотечения. В 1941 г. F.H. Power и A.C. Barnes [11] внедрили высокочастотный электрический ток для гемостаза и это было мощным толчком в развитии оперативной лапароскопии дало внедрение электрокоагуляционной техники: монополярной (Powers и Barnes, 1941) и биполярной (Rioux и Clouter, 1974) коагуляции [11]. Важными событиями в истории лапароскопии явились применение (H. Kalk, W.Y. Lee, Royer, F.J. Rosenbaum) лапароскопических холецистохолангиографии и холангиографии [4, 11]. Впервые пункцию желчного пузыря через его стенку в области дна предложил W.Y. Lee в 1942 г. В дальнейшем этот метод использовался многими авторами, но сопровождался значительным числом осложнений, обусловленных подтеканием желчи через пункционное отверстие. В 1955 г. F.J. Rosenbaum начал выполнять пункцию желчного пузыря под контролем лапароскопа через паренхиму печени, что позволило резко снизить число осложнений. Однако вышеуказанные авторы использовали пункцию желчного пузыря только с диагностической целью, заполняя его контрастными веществами [5]. В период с 1930 по 1970 гг. дальнейшее развитие диагностической и оперативной лапароскопии связано с такими учеными как: А.М. Аминев, У.А. Арипов, В.В. Вахидов, Г.А. Орлов, А.С. Логинов, Г.И. Лукомской, Ю.В. Березов. Дальнейшее развитие лапароскопии неуклонно было связано с совершенствованием лапароскопической аппаратуры. В 1954 году английский физик-оптик Hopkins разработал устройство, способное передавать изображение по гибкому стекловолокну. Фирма Karl Storz в 1964 году создает первый экстракорпоральный источник света с передачей светового потока к лапароскопу при помощи фиброволоконной оптики. Лапароскопия до 60-х годов использовалась как диагностический метод и лишь в 60-70-е годы лапароскопия стала широко применяться в хирургии. Динамическая лапароскопия, лапароскопическое дренирование брюшной полости, различные виды органостомий (холецисто-, гастро-, колоностомия и др.) стали широко применяться в клинической практике для лечения острых хирургических и гинекологических заболеваний, но особенно важное значение они приобрели в лечении острого холецистита и механической желтухи [8,11]. Наиболее частым показанием к лапароскопической холецистостомии является безуспешность консервативной терапии при остром обтурационном холецистите и механической желтухе у больных с высоким операционным риском. [3,6,7,8,10]. Противопоказанием к применению у этих больных лапароскопической холецистостомии служил перитонит. Использование лапароскопической санационной декомпрессии желчного пузыря в сочетании с консервативной терапией было эффективным у 80-95% больных, что позволило авторам снизить послеоперационную летальность у больных с повышенным операционным риском до 1,6-5%. Последующее развитие хирургической (лечебной) лапароскопии связано с именем выдающегося немецкого хирурга, гинеколога и инженера. из Киля К. (K. Semm). В созданной им школе была разработана техника большинства лапароскопических вмешательств на органах малого таза (адгезиолизис, неосальпингостомия, овариоэктомия, овариокистэктомия и др.), изобретено огромное количество лапароскопических инструментов и приборов, которые в настоящее время используются в лапароскопической хирургии [6]. Много новых инструментов (эндоскопические ножницы с электрокоагуляцией, эндоскопические иглодержатели, атравматические зажимы, морцеляторы тканей) созданы и апробированы в клинике К. Земма. В 1975 г. К. Земм издал "Атлас гинекологической лапароскопии и гистероскопии", в 1983 г. впервые выполнил лапароскопическую аппендэктомию. Автор применил для визуализации органов и структур в полости малого таза лапароскоп с боковой оптикой, разработал устройство для ирригации и аспирации жидкости для поддержания чистоты операционного поля, предложил для перевязки сосудов и других структур использовать самозатяги-важущуюся петлю Редера, а также «проталкиватель» для опускания шовного узла в брюшную полость. К. Semm был разработчиком клип-аппликатора для наложения титановых клипс на сосуды, усовершенствовал методики завязывания интра- и экстракорпоральных узлов, разработал комплект иглодержателей. Большинство инструментов, которыми в настоящее время пользуются все лапароскопические хирурги (ножницы с крючком, микроножницы, конусовидные троакары, атравматические щипцы, вакуумный мобилизатор матки), были изобретены и опробованы им и

его коллегами. Ученым был разработан пельвиотренажер для обучения хирургов методике оперативной лапароскопии. До 1988 г. в его клинике было выполнено свыше 14000 лапароскопических операций, причем частота хирургических осложнений не превышала 0,3 %. Своими достижениями К. Semm четко продемонстрировал, что лапароскопическая хирургия безопасна, малотравматична и экономически выгодна [4]. Фактически работами К. Semm была начата новая эра эндохирургии.

В 1971 г. Hasson, пытаясь обезопасить методику, разработал троакар с тупым стилетом, который вводится под контролем зрения непосредственно в брюшную полость через минилапаротомное отверстие. Он назвал свой метод открытой лапароскопией, и сегодня его часто называют техникой Hasson [3]. Многочисленные инструменты, а также методы операций, изобретенные и предложенные этим выдающимся ученым и изобретателем в 70-80 годы прошлого столетия, применяют и в наше время. Именно он создал и автоматический инсуфлятор, который позволяет автоматически корректировать внутрибрюшинное давление и скорость введения газа в брюшную полость. Для перевязки сосудов и других трубчатых структур он предложил использовать петлю Рейдера, сконструировал и внедрил в клиническую практику клипатор, с помощью которого накладывают титановые клипсы на сосуды, желчные протоки.

Достижения в лапароскопии привело к появлению абсолютно нового направления в хирургии — лапароскопической хирургии. Термин «лапароскопическая хирургия» впервые был предложен Cohen в 1970 г. Одними из ключевых моментов в становлении оперативной лапароскопии явилось разработка и внедрение в практику видеооборудования. Впервые телекамеру при выполнении лапароскопических операций использовал Yuzpe в 1977 году, но в то время видеооборудование было слишком громоздким, что ограничивало его использование. Только в середине 80-х годов с развитием микропроцессорной техники появились миниатюрные видеокамеры, которые открыли дорогу для видеолaparоскопической хирургии. История видеолaparоскопической хирургии начинается с конца 80-х годов, когда в клиническую практику была внедрена новая операция - лапароскопическая холецистэктомия. Первая в мире ЛХЭ была выполнена E. Muhe в 1985 году, при выполнении которой не использовалась видеотехника [7]. За два последующих года им было выполнено 92 ЛХЭ. Этому событию предшествовали ЛХЭ, которые выполнили на животных Frimbergerom, Filipi, Mall и Roosma.

Переворот в эндохирургии произошел в 1986 г., когда была изобретена цветная видеокамера с высоким разрешением. Изображение с окуляра лапароскопа стало возможно передавать на экран монитора, что послужило началом видеоэндоскопической хирургии. Это открытие позволило выполнять сложные операции с активным участием хирургов-ассистентов, принимать коллегиальные решения по ходу операции. Видеосистема увеличивает изображение в несколько десятков раз с сохранением четкости и передачей цвета, что позволяет хирургу выполнять более точные действия и дает возможность документировать диагностические и лечебные процедуры, а также использовать материал для обучения молодых специалистов. Прогресс в технологии получения изображения стал решающим фактором в развитии эндохирургии, а очевидные преимущества оперативной лапароскопии и торакокопии привели к тому, что хирурги все чаще стали применять этот метод в конце 80-х годов. К началу 90-х годов лапароскопическая техника стала конкурентной по отношению к традиционной (открытой) хирургии и активно внедрялась в различных направлениях медицины, а некоторые вмешательства даже приобрели статус «золотого стандарта». Развитию лапароскопической хирургии на желчных путях история обязана 2 хирургам — Erich Muhe и Philip Mouret. P. Mouret первым в мире в 1987 г. выполнил лапароскопическую холецистэктомию. Именно это событие впоследствии назвали «Второй французской революцией» [15]. В течение последующих двух лет ЛХЭ усилиями Mouret, Dubois, McKernan, Perrissat, Saye, Reddick, Olsen и др. широко распространяется в клиниках Европы и США [9, 10, 11]. Вслед за применением ЛХЭ при хроническом калькулёзном холецистите по мере накопления опыта она стала методом выбора и при осложненных формах желчнокаменной болезни, что побудило хирургов разработать и внедрить лапароскопические варианты традиционных методов диагностики и хирургических пособий: интраоперационная холангиография и холедохоскопия, литотрипсия, холедохолитотомия и даже наложение билиодигестивных анастомозов. С начала 90-х годов лапароскопическая хирургия начала отбирать у лапаротомной хирургии значительное количество классических вмешательств, в некоторых из них приобретая к настоящему времени статус «золотого стандарта». Стали

разрабатывать и внедряться в широкую клиническую практику лапароскопические операции на внепеченочных желчных протоках, пищеводе, толстой кишке, поджелудочной железе, селезенке, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишке, грыжах передней брюшной стенке и пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагитах и других патологиях [2,3,4,5,6,7].

### Выводы

Исследования, направленные на улучшение результатов хирургического лечения больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, путем совершенствования диагностической и лечебной лапароскопии являются актуальными для решения вышеуказанных задач и улучшения результатов хирургического лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шумкина Л.В. Холецистэктомии по методике единого лапароскопического доступа: автореф. дисс. ... канд. мед. наук /Л.В. Шумкина. - М., 2014; 80 с.
2. Шуркалин Б.К. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии /Шуркалин Б.К. [и др.] //Эндоскоп. хир. 2010;3:46-50.
3. Фейдоров И. Ю. Болевой синдром после лапароскопической холецистэктомии: аспекты упреждающей местной анестезии / И.Ю. Фейдоров //Эндоскопическая хирургия. 2013;6:64-68.
4. Эгамов Ю.С. Видеолапароскопическое лечение при острой непроходимости кишечника, осложненной перитонитом /Эгамов Ю.С. [и др.] //Эндоскоп. хир. 2019;6:9-12.
5. Agresta F. The laparoscopic approach in abdominal emergencies: a single-center 10-year experience / F. Agresta, P. De Simone, N. Bedin //JSLS. 2014;8(D):25-30.
6. Agresta F. Peritonitis: Laparoscopic approach / Agresta F. et al. //W J of Emerg Surg. – 2016;1:9.
7. Antonio S.A. Meta-analysis of Laparoscopic Versus Open Repair of Perforated Peptic Ulcer / S.A. Antoniou //JSLS. 2013;17:15-22.
8. Balen E. The role of laparoscopy in emergency abdominal surgery /E. Balen [et al.] //An. Sist. Sanit. Navar. 2015;3:81-92.
9. Bittner R. The Standard of laparoscopic cholecystectomy / R. Bittner //Langenbeck's Archives of Surgery. 2014;389(3):157-163.
10. Bucher P. Single port access laparoscopic cholecystectomy / P. Bucher F. Pugin, N. Buchs [et al.] //World J. Surg. 2019;33:1015-1019.
11. Brokelman W.J. Peritoneal changes due to laparoscopic surgery /W.J. Brokelman [et al.] //Surg. Endosc. 2011;25(1):1-9.

**Поступила 20.09.2024**