



**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

**11 (73) 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. АБДУМАДЖИДОВ  
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)

**11 (73)**

**2024**

*ноябрь*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

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

## РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ 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

*Использование лапароскопического метода в экстренной абдоминальной хирургии способствует улучшению качества диагностики и лечения по сравнению с открытыми методами и в большинстве случаев становится операцией выбора при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. На сегодняшний день лапароскопическая техника используется при остром аппендиците, прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, остром холецистите, ущемленных грыжах передней брюшной стенки, кишечной непроходимости, а также у пострадавших с абдоминальной травмой. 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. Создание качественно новой лапароскопической аппаратуры, усовершенствование лапароскопического инструментария потребовали пересмотра устаревших положений и разработки современных принципов лапароскопической хирургии.*

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

## QORIN BO'SHLIG'I SHIKASTLANGAN BEMORLARDA DIAGNOSTIK LAPAROSKOPIYA O'TKAZISH NATIJALARI

Maxmanazarov O.M.

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

### ✓ Rezyume

*Favqulodda qorin bo'shlig'i jarrohligida laparoskopik usuldan foydalanish ochiq usullarga nisbatan diagnostika va davolash sifatini yaxshilaydi va ko'p hollarda qorin bo'shlig'i organlarining o'tkir jarrohlik kasalliklari uchun tanlov operatsiyasiga aylanadi. Bugungi kunda laparoskopik texnologiya o'tkir appenditsit, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yaralari, o'tkir xoletsistit, qorin old devorining strangulyatsiyalangan churralari, ichak tutilishi, shuningdek, qorin bo'shlig'i shikastlangan bemorlarda qo'llaniladi. Shoshilinch qorin bo'shlig'i jarrohligida laparoskopik usuldan foydalanish diagnostika va davolash sifatini yaxshilashga, operatsiyadan keyingi asoratlar va o'lim sonini kamaytirishga, shuningdek bemorlarni davolash vaqtini qisqartirishga yordam beradi. Sifatli yangi laparoskopik uskunalarni yaratish va laparoskopik asboblarni takomillashtirish eskirgan qoidalarni qayta ko'rib chiqish va laparoskopik jarrohlikning zamonaviy tamoyillarini ishlab chiqishni talab qildi.*

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

## RESULTS OF DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN PATIENTS WITH ABDOMINAL INJURIES

Makhmanazarov O.M.

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*

*The use of laparoscopic method in emergency abdominal surgery improves the quality of diagnosis and treatment compared to open methods and in most cases becomes the operation of choice for acute surgical diseases of the abdominal organs. Today, laparoscopic techniques are used in acute appendicitis, perforated gastric and duodenal ulcers, acute cholecystitis, strangulated hernias of the anterior abdominal wall, intestinal obstruction, as well as in victims with abdominal trauma. The use of the laparoscopic method in emergency abdominal surgery improves the quality of diagnosis and treatment, reduces the number of postoperative complications and mortality, and shortens the treatment time for patients. The creation of qualitatively new laparoscopic equipment and the improvement of laparoscopic instruments required a revision of outdated provisions and the development of modern principles of laparoscopic surgery.*

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

#### Актуальность

По мере накопления опыта расширялись показания лапароскопических оперативных вмешательств. Вслед за лапароскопической холецистэктомией в клинике были освоены лапароскопическая ваготомия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, лапароскопические вмешательства при кистах печени и поджелудочной железы, остром панкреатите, лапароскопическая спленэктомия, видеоассистируемые операции на толстой и прямой кишке. [28,35,40,48,52,58, 63,65,71,75].

**Цель исследования:** помимо расширения круга операций и совершенствования мастерства хирургов, в лапароскопической хирургии растёт и число технических нововведений, которые когда-то были более уместны в фантастических романах, нежели в операционной, а теперь их можно считать уже ближайшим будущим видеолапароскопической хирургии. В 1989 г. Р. Mouret и Namir Katkhouda начали выполнять лапароскопические операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (стволовую ваготомию) [16], а в 1992 г. Р. Goh и С.К. Kum осуществили лапароскопическую резекцию 2/3 желудка по методике Бильрот 2 [10]. Разработка и внедрение лапароскопических операций при лечении грыж передней брюшной стенки связана с трудами Ralph Ger [17]. В 1989 г. он совместно с учениками выполнил в эксперименте на собаках лапароскопическое интраперитонеальное закрытие шейки грыжевого мешка.

Основоположниками лапароскопических операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы являются Alfred Cuschieri, L.K. Nathanson и S. Shimi, выполнившие в 1991 г. гастропексию круглой связкой печени [18]. В это же время В. Dallemagne впервые произвел лапароскопическую операцию Nissen [19]. Впервые лапароскопическую холецистэктомию в республике России, положившую начало стремительному наступлению лапароскопической техники на традиционные операции, выполнил Ю.И. Галлингер в 1991 г. в Научном центре хирургии РАМН. Сигал сообщил о торакокопическом удалении опухолей средостения и лобэктомии. В 1993 г. впервые О.Э. Луцевич выполнил лапароскопическую резекцию желудка по Бильрот 1, а позднее по Бильрот 2 и по Ру. В 1993 г. профессор В.П. Сажин произвел лапароскопическую резекцию сигмовидной кишки, а в 1995 г. лапароскопическую гастрэктомию. В 1995 г. И.С. Малков провёл лапароскопическую холедоходуоденостомию. В 1996 г. профессор С.И. Емельянов произвел лапароскопическую адреналэктомию. В 1996 г. А.А. Гуляев сообщил о торакокопической эзофагэктомии. В 1998 г. О.Э. Луцевич впервые в России выполняет радикальную нефрэктомию по поводу рака почки, а в январе 2007 г. И.Е. Хатьков выполнил первую в России лапароскопическую панкреатодуоденальную резекцию по поводу рака головки поджелудочной железы [20]. Колопроктология является на сегодняшний день одним из наиболее быстро развивающихся направлений эндовидеохирургии. Лапароскопическая колоректальная хирургия зародилась в начале 90-х гг. XX в., когда Moises Jacobs в Майами, штат Флорида, в июне 1990 г. выполнил первую в мире лапароскопически-ассистируемую правостороннюю гемиколэктомию с формированием экстракорпорального анастомоза через минилапаротомный разрез [21]. В этом же году Р. Lahey произвел резекцию сигмовидной кишки, а D. Flower — левостороннюю гемиколэктомию по поводу рака. В последующем в литературе все чаще стали появляться сообщения о выполнении лапароскопических вмешательств при воспалительных и опухолевых заболеваниях толстой кишки. В 1994 г. W Geis разработал классификацию, отражающую степень сложности технического исполнения операций в порядке

ее возрастания: правосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, операция Гартмана, резекция прямой кишки, брюшно-анальная резекция прямой кишки, левосторонняя гемиколэк-томия, резекция поперечной ободочной кишки. Лапароскопическая хирургия в онкопроктологии имеет целый ряд технических особенностей: необходимость в визуализации сразу нескольких отделов брюшной полости, возможность перемещения мобилизованной кишки из одного поля действия в другое, необходимость широкого рассечения брюшины и мобилизации брыжейки кишки и ее клетчатки с регионарными лимфатическими узлами. Практически при всех операциях имеется необходимость в пересечении кишки, формировании межкишечного анастомоза.

### **Материал и метод исследования**

Расширение ассортимента лапароскопических инструментов и разработка новых способов хирургических вмешательств в настоящее время обеспечивают возможность выполнения свыше 80% абдоминальных операций с использованием лапароскопических технологий. Такие преимущества лапароскопических операций как маленькие разрезы-проколы брюшной стенки, меньшая интенсивность болевого синдрома после вмешательства, быстрое восстановление функций пищеварительного тракта, меньшая длительность лечения больного в стационаре, быстрая реабилитация пациентов создали своеобразную рекламу таким операциям. Пациенты нередко настаивают на применении именно таких малоинвазивных хирургических методов их лечения. Это, безусловно, содействовало бурному развитию новой хирургической технологии, однако, в то же время, способствовало появлению желания у отдельных хирургов прибегать к неадекватным лапароскопическим вмешательствам, часто выходя за пределы установленных показаний и пренебрегая общепризнанными противопоказаниями и принципами выбора способа вмешательства.

Преимущества лапароскопической хирургии по сравнению с открытыми вмешательствами:

- снижение травматичности операции, меньшая кровопотеря, меньшая выраженность болевого послеоперационного синдрома, отсутствие большого разреза брюшной стенки;
- уменьшение частоты осложнений, в частности, длительного послеоперационного пареза кишечника, образования спаек, инфекционных осложнений; предотвращение возникновения таких тяжелых послеоперационных осложнений как эвентрация, обширная послеоперационная грыжа передней брюшной стенки;
- сокращение продолжительности лечения больного в стационаре после операции в 2-3 раза;
- сокращение продолжительности периода реабилитации и восстановления работоспособности в 3-4 раза;
- лучший косметический эффект;
- уменьшение стоимости лечения за счет сокращения госпитальных расходов.

Вместе с тем лапароскопические операции, как и любые другие хирургические методы лечения, имеют некоторые недостатки, ограничивающие их применение:

- отсутствие возможности непосредственного визуального контроля (двухмерное изображение на мониторе);
- ограниченная возможность тактильной оценки состояния органов (консистенция, наличие новообразований и др.);
- позиции оптической оси и углы действия инструментов имеют относительно фиксированную систему координат;
- бóльшая, как правило, продолжительность выполнения значительных по объему лапароскопических операций по сравнению с аналогичными открытыми вмешательствами;
- для манипуляций в брюшной полости искусственно увеличивают ее объем путем создания пневмоперитонеума, что негативно сказывается на состоянии сердечно-сосудистой, дыхательной систем, а это, при определенных условиях, повышает риск выполнения оперативного вмешательства (сейчас активно развивают метод безгазовой "лифтинговой" лапароскопии, когда вместо пневмоперитонеума используют механические подъемники брюшной стенки).

### **Результат и обсуждение**

Хотя лапароскопию и относят к малоинвазивным малотравматическим технологиям, при ее использовании возможно возникновение тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. Условно их можно разделить на две группы:

1. Специфические осложнения, присущие лишь лапароскопическим вмешательствам.

2. Осложнения, обусловленные характером патологического процесса и видом оперативного вмешательства, которые могут возникать как после лапароскопических, так и после аналогичных открытых вмешательств.

*Из специфических осложнений лапароскопии следует отметить:*

- подкожную эмфизему, пневмооментум (введение газа в большой сальник), пневмомедиастинум, пневмоторакс, которые могут возникнуть в момент инсуффляции газа в брюшную полость;

- повреждение сосудов передней брюшной стенки иглой Вереща или троакарами;

- повреждение внутренних органов или кровеносных сосудов иглой Вереща или троакарами;

- тромбэмболические, ишемические осложнения, газовая эмболия, обусловленные пневмоперитонеумом, ограничением дыхательной экскурсии легких, нарушением венозного оттока от органов брюшной полости в результате повышения давления в ней и т. п.

Лапароскопическая хирургия ставит более жесткие требования к предоперационному обследованию и подготовке больного к операции, что обусловлено определенным ограничением возможностей ревизии органов брюшной полости во время лапароскопии. При подготовке больного к лапароскопическому вмешательству необходимо тщательным образом готовить кишечник, осуществлять пневмокомпрессию или бинтование нижних конечностей; обязательными являются дренирование желудка, катетеризация мочевого пузыря. При выполнении лапароскопических операций возможно выполнение интраабдоминального УЗИ, интраоперационной контрастной холангиографии и других исследований

Обычный интраоперационный неинвазивный мониторинг предусматривает: постоянную регистрацию внутрибрюшного давления;

- определение частоты сердечных сокращений сердца, артериального давления;

- ЭКГ;

- контроль частоты дыхания, дыхательного объема и т. п.;

- определение давления CO<sub>2</sub> в конце выдоха;

- определение сатурации кислорода (SaO<sub>2</sub>).

Приоритетность лапароскопических оперативных вмешательств бесспорна. Однако в отдельных ситуациях продолжение и завершение операции лапароскопическим способом может оказаться невозможным по ряду причин. В такой ситуации хирург прибегает к конверсии – переходу к открытому вмешательству. Своевременное, аргументированное принятие хирургом такого решения является весьма важным в предупреждении возникновения крайне тяжелых интраоперационных осложнений. Выдающийся хирург Европы J.Perissat (Франция) считал, что принятие решения о конверсии базируется на трех основных вопросах: почему переходить к конверсии, когда переходить и как переходить?

Абсолютным показанием к конверсии является наличие осложнения, которое невозможно устранить лапароскопическим путем (кровотечение, повреждение органов брюшной полости – кишечника, желудка, мочеочника, внепеченочных желчных протоков и др.).

Вторым абсолютным показанием к конверсии следует считать повреждение лапароскопического комплекса или инструментов, что делает невозможным продолжение лапароскопического вмешательства.

Переход к конверсии "по здравому смыслу" следует считать абсолютно обоснованным при значительных технических трудностях выполнения операции, в первую очередь, при наличии выраженных воспалительно-инфильтративных изменений в оперируемом и окружающих органах и тканях, абсцесса больших размеров и др. Весьма частой причиной конверсии по является недостаточный опыт лапароскопического хирурга.

Частота конверсии определяется не только опытом лапароскопического хирурга, но и сложностью, характером патологического процесса, другими факторами. При выполнении операции лапароскопической холецистэктомии по поводу неосложненной ЖКБ к конверсии прибегают в 2,5-4 раза реже, чем при операциях по поводу острого холецистита (в 8-10% наблюдений), техника выполнения которой в условиях воспалительного процесса значительно более сложная. Опыт клиники хирургических болезней и реанимации бухарского Государственного медицинского института, убедительно свидетельствует о преимуществах

лапароскопических операций по сравнению с открытыми, что отражается на качественных характеристиках послеоперационного периода:

- отказ от наркотических анальгетиков после операции;
- уменьшение частоты послеоперационных осложнений, особенно связанных с длительным парезом кишечника и длительной гиподинамией, инфицированием операционной раны;
- уменьшение продолжительности послеоперационного лечения больных в стационаре (например, после холецистэктомии при отсутствии осложнений пациентов молодого и среднего возраста выписывают на следующие сутки после операции);
- существенное сокращение продолжительности медицинской и социальной реабилитации больных (в 1,5-2 раза).

Основными направлениями ее развития должны стать:

- дифференцированное применение лапароскопических технологий в зависимости от стадии развития воспалительного процесса в брюшной полости (острый холецистит, панкреатит, перитонит);
- разработка и внедрение комплекса мер профилактики и предупреждения осложнений основного заболевания;
- широкое внедрение программируемой реллапароскопии при динамическом наблюдении за пораженным органом.

Проведение повторной динамической лапароскопии абсолютно показано при острых гнойно-воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, которые сопровождаются перитонитом, тяжелой эндогенной интоксикацией, что является важным мероприятием по предотвращению развития полиорганной недостаточности.

Несколько ограничен сегодня диапазон лапароскопических оперативных вмешательств на органах, расположенных в забрюшинном пространстве (до 3 %). Видеообзор забрюшинного пространства позволяет выполнять пункцию, дренирование, раскрытие гнойников, дренирование кист поджелудочной железы, операции – видеоэндохирургическую симпатэктомию, резекцию почки по поводу кисты, адреналэктомию и другие. [14.25,72,76].

Бурное развитие лапароскопической хирургии после периода освоения практически всех видов хирургических вмешательств не исчерпало всех своих потенциальных возможностей и требует совершенствования в новых разделах хирургии:

- дальнейшее уменьшение травматичности лапароскопических вмешательств благодаря применению лапароскопических инструментов диаметром 2,5 мм;
- возможность выполнения сочетанных оперативных вмешательств (с ручной ассистенцией), расширение их диапазона;
- дифференцированное применение лапароскопических технологий, в частности, в полости желудка при возникновении язвенного кровотечения, при наличии полипов, осложненных кровотечением, в случаях ранних форм рака;
- уменьшение продолжительности выполнения и повышения надежности выполнения лапароскопических операций благодаря внедрению новых технологий, разработка и внедрение новых инструментов и аппаратов;
- улучшение качества и повышение надежности коагуляции благодаря внедрению новых типов коагуляторов.

Последние достижения науки и техники позволяют значительно расширить возможности лапароскопической хирургии. Так, современные разработки в отрасли электроники и телевидения только что реализованы в создании видеосистем с цветным изображением в трехмерном измерении, что помогает избежать проблем, связанных с двухмерным изображением операционного поля на обычном видеомониторе. Виртуальные компьютерные технологии облегчают обучение хирургов, помогают им быстро овладевать методами лапароскопических операций на видеотренажерах, а также проводить объективную экспертизу их технического мастерства.

Компьютерное воспроизведение формы и строения органов по результатам эндоскопического, рентгенологического, ультразвукового и других методов исследования дает возможность спроектировать будущую операцию на экране компьютера (как виртуальную игру), а затем, как по шаблону, выполнить ее в реальности. В этом направлении наибольшие достижения имеют ученые из Европейского института телехирургии (Страсбург, Франция). Ими

создана система построения компьютерного шаблона печени и виртуального проектирования метода ее резекции и другое.

Можно резюмировать, что основными факторами, позволяющими широко использовать лапароскопический доступ при лечении острых хирургических заболеваний и повреждений органов брюшной полости, являются: организация технического обеспечения и включение в дежурную бригаду хирурга, владеющего основами эндохирургической техники; строгое соблюдение показаний и противопоказаний к использованию методики во избежание ее дискредитации; постоянное обучение и совершенствование специалистов, что дает возможность соответствовать общемировым стандартам хирургии.

Применение лапароскопии сопровождается значительным снижением частоты послеоперационных осложнений и смертельных исходов, сокращением сроков стационарного лечения, реабилитации и повышает качество жизни пациентов.

Можно отметить, что на сегодняшний день видеолапароскопическая хирургия является одним из наиболее динамично развивающихся направлений современной медицины. Лапароскопически может быть выполнено подавляющее большинство хирургических оперативных вмешательств. Небольшой оперативный доступ, малая травматизация тканей, абактериальность операции, широкие возможности инструментальной ревизии, щадящая техника, снижение риска возникновения различных послеоперационных осложнений, кратковременность периодов реабилитации, возвращения к нормальному образу жизни и трудоспособности, а также выраженный косметический эффект являются теми факторами, которые стали определяющими для внедрения видеолапароскопических вмешательств в клиниках всего мира.

Тем не менее, за последние годы наблюдается тенденция увеличения доли выполнения лапароскопических операций, которая колеблется от 7% до 65% по разным нозологиям, достигая в ведущих скорпомощных клиниках 35-76% [3,14,20, 51,53,59, 79, 82]. Так же прослеживается отчетливая тенденция к расширению показаний и сужению противопоказаний по каждой нозологии, так например, деструктивный перфоративный аппендицит еще недавно относили к противопоказаниям к ЛАЭ, а теперь многие авторы успешно лечат эти формы лапароскопическим способом и т.д. [81] Несмотря на целый ряд сложных и до сих пор не решенных вопросов хирургической тактики и техники операций, лапароскопическая хирургия является чрезвычайно интересной и актуальной проблемой современной хирургии, требующей всестороннего изучения и разработки ее методологических аспектов.

Несомненно, что накопление научного и практического опыта покажет преимущества и недостатки этих методов, позволит детально определить показания и противопоказания, возможности и ограничения этих методов. Однако даже на данном этапе развития экстренной эндоскопической хирургии становится очевидным, что применение этих методов существенно меняет наши представления о традиционной тактике и технике urgentных хирургических вмешательств.

Новые технологии, на применении которых основан лапароскопический метод, определяют его основные отличия от традиционного хирургического метода [27, 33, 38, 59, 71]. Среди множества предъявляемых требований следует особо выделить требование по обеспечению максимальной безопасности для больного. С этой точки зрения, невозможно обойти такое специфическое только для лапароскопической хирургии понятие, как конверсия (от лат. *Сопуегао* -изменение, превращение). Это переход от лапароскопического метода выполнения операции к традиционному открытому с целью ликвидации ошибок или осложнений, допущенных во время выполнения операции [8, 229, 338]. Несмотря на совершенствование хирургической техники и внедрение в практику новых методик, направленных на профилактику интраоперационных осложнений, проблема перехода на лапаротомию при лапароскопических операциях не теряет своей актуальности и на сегодняшний день.

В связи с этим возникает вопрос прогнозирования нестандартной интраоперационной ситуации на основании анализа данных физикального обследования больного, лабораторных показателей и результатов лапароскопической ревизии брюшной полости. А изучение ближайших и отдаленных результатов лапароскопических операций, анализ характера и причин осложнений этой операции, позволит систематизировать подход к выбору способа операции при urgentных заболеваниях органов брюшной полости. Многие авторы в улучшении организации

неотложной лапароскопической помощи предусматривают следующие моменты: 1. Дальнейшее развитие материально-технической базы скоромощных клиник. 2. Проведение научных исследований по использованию лапароскопических методов в неотложной абдоминальной хирургии. 3. Повышение качества подготовки хирургов для профилизации внутрисветной эндоскопической и лапароскопической помощи, и создании специализированных лапароскопических бригад [69]. К подготовке специалистов хирургического профиля на современном этапе предъявляются новые требования, вызванные значительным увеличением в клинической практике доли малоинвазивных вмешательств. К настоящему моменту в литературе все больше появляется сообщений о применении лапароскопических вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии, на основании которых не всегда возможно объективно оценить все положительные и отрицательные стороны лапароскопического метода, их диагностическую ценность и эффективность в лечении основных ургентных заболеваний [32,48,59].

Таким образом, к концу XX века большинство традиционных операций стало возможным выполнять с использованием эндовидеохирургического метода. Наиболее эффективными лапароскопические операции оказались в тех случаях, когда травматичность доступа к очагу поражения во много раз превышала объем и травматичность основного этапа вмешательства. Многочисленные преимущества лапароскопического доступа даже позволили отнести ряд операций к «золотому стандарту». В настоящее время эндовидеохирургия является одним из передовых и динамично развивающихся направлений современной хирургии, дающего возможность значительно повысить качество оказываемой медицинской помощи и улучшить реабилитацию больных.

### Заключение

Использование лапароскопического метода в экстренной абдоминальной хирургии способствует улучшению качества диагностики и лечения по сравнению с открытыми методами и в большинстве случаев становится операцией выбора при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Однако в настоящее время имеют место неоднозначные мнения о показаниях и противопоказаниях к лапароскопии при острых заболеваниях органов брюшной полости. Это обстоятельство требует разработки четких рекомендаций по использованию лапароскопических технологий в неотложной хирургии. Таким образом, стандартизация использования диагностической и лечебной лапароскопии становится одной из приоритетных задач современной хирургии.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Шумкина Л.В. Холецистэктомии по методике единого лапароскопического доступа: автореф. дисс. ... канд. мед. наук /Л.В. Шумкина. - М., 2014.
2. Шуркалин Б.К. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии / Шуркалин Б.К. [и др.] // Эндоскоп. хир. 2010;3(6):46-50.
3. Фейдоров, И. Ю. Болевой синдром после лапароскопической холецистэктомии: аспекты упреждающей местной анестезии / И. Ю. Фейдоров // Эндоскопическая хирургия. 2013;1(6):64-68.
4. Эгамов Ю.С. Видеолапароскопическое лечение при острой непроходимости кишечника, осложненной перитонитом / Эгамов Ю.С. Эндоскоп. хир. 2019;8(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;12(7):25-30.
6. Agresta F. Peritonitis: Laparoscopic approach / Agresta F. et al. // W J of Emerg Surg. - 2016;9(5):9.
7. Antonio S.A. Meta-analysis of Laparoscopic Versus Open Repair of Perforated Peptic Ulcer / S.A. Antoniou // JSLS. - 2013;17(6):15-22.
8. Balen E. The role of laparoscopy in emergency abdominal surgery / E. Balen [et al.] // An. Sist. Sanit. Navar. - 2015;22(8):81-92.
9. Bittner R. The Standard of laparoscopic cholecystectomy / R. Bittner // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2014;2(18):157-163
10. Bucher, P. Single port access laparoscopic cholecystectomy / P. Bucher F. Pugin, N. Buchs [et al.] // World J. Surg. — 2019;1(33):1015-1019.
11. Brokelman W.J. Peritoneal changes due to laparoscopic surgery / W.J. Brokelman [et al.] // Surg. Endosc. - 2011;2(16): 1-9.

Поступила 20.10.2024