



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

4 (78) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**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. ИЛЪЯСОВ
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. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (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)

4 (78)

2025

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

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

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ, ПРОИЗВЕДЕННЫЕ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Махманазаров О.М. <https://orcid.org/0009-0003-9231-7186>
Бахронов Шухрат Яхёевич <https://orcid.org/0009-0003-4627-789X>

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

✓ 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 эндохирургических технологий.

Ключевые слова: Лапароскопическая холецистэктомия, Лапароскопическая аппендэктомия.

SHOSHILINCH XIRURGIYADA O‘TKAZILAG LAPARASKOPIK OPERATSIYALAR

Maxmanazarov O.M. <https://orcid.org/0009-0003-9231-7186>
Baxronov Sh.Ya <https://orcid.org/0009-0003-4627-789X>

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

✓ 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 aralashuvlarning invazivligi va shikastlanishini kamaytirishdir. Jarrohlik texnologiyalarining rivojlanishi munosabati bilan jarrohlikning asosiy vazifalaridan biri jarrohlik jarohatlarini minimallashtirish va keyinchalik operatsiyadan keyingi asoratlarni va o'lim sonini kamaytirish, shuningdek, jarrohlik yordami sifatini saqlab qolgan holda bemorlarning statsionar davolanish muddati hisoblanadi. Endojarrohlik texnologiyalarini kundalik amaliyotga keng va keng joriy etish orqali qorin bo'shlig'i jarrohlidagi bu maqsadga erishish mumkin.

Kalit so'zlar: Laparoskopik xoletsistektomiya, Laparoskopik appendektomiya.

LAPAROSCOPIC OPERATIONS PERFORMED IN URGENT SURGERY

Maxmanazarov O.M. <https://orcid.org/0009-0003-9231-7186>
Baxronov Sh.Ya <https://orcid.org/0009-0003-4627-789X>

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

✓ **Resume**

As part of general scientific and technical 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. This goal in abdominal surgery can be achieved with the wide and widespread introduction of endosurgical technologies into everyday practice.

Keywords: *Laparoscopic cholecystectomy, Laparoscopic appendectomy.*

Актуальность

Несмотря на широкий арсенал не инвазивных методов исследований диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в некоторых случаях представляет большую сложность. В этой ситуации использование лапароскопии позволяет своевременно установить диагноз и определить хирургическую тактику. Комплексный всесторонний анализ применения лапароскопических операций в неотложной абдоминальной хирургии и их усовершенствование являются актуальной задачей современной клинической хирургии. С развитием лапароскопической хирургии и накоплением опыта расширяется интерес многих хирургов к применению данного метода в экстренной хирургии. В рамках общего научно-технического прогресса постоянное внедрение новых технологий делает их неотъемлемой частью или иной области медицины. Сегодня неотложную хирургию уже невозможно представить без лапароскопии. Во многих сложных случаях лапароскопия остается незаменимой, так как позволяет дать непосредственную визуальную оценку патологического процесса, выявить его распространенности, выполнить прицельную биопсию и провести инструментальную пальпацию. Можно с уверенностью сказать, что количество urgentных операций, выполненных лапароскопическим методом, неуклонно увеличивается. Это обстоятельство требует разработки четких рекомендаций по использованию лапароскопических технологий в неотложной хирургии. Метод позволяет осуществить с большей степенью информативности диагностику, а при установлении патологии в брюшной полости представляет возможность трансформировать диагностическую манипуляцию в лечебную. В клинике хирургических болезней и реанимации Бухарского государственного медицинского института, с 2019-го по 2021 гг. из 9461 выполненных неотложных абдоминальных операций, в 2479(26,2%) наблюдении применена лапароскопическая техника

Произведены следующие лапароскопические операции: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по поводу острого калькулёзного холецистита выполнена 1984(80%) больному, диагностическая и лечебная лапароскопия - 49(1,9%), диагностическая и лечебная торакоскопия в 32(1,3%) больному, лапароскопическая аппендэктомия - 18(0,7%), ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) - 15(0,6%) больным, лапароскопическая кистэктомия (гинекология) - 112(4,5%), лапароскопических тубэктомий - 181(7,3%), лапароскопическое рассечение спаек - 24(0,9%) и лапароскопическая уретеролитотомия - 64(2,6%) больным.

Лапароскопическая холецистэктомия

Лидирующим по количеству произведенных операций является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ)- 1984 что составляет 80% от всех лапароскопических операций. Наша клиника с начала внедрения и освоения методики лапароскопической холецистэктомии является активным сторонником проведения ЛХЭ в экстренном порядке, в том числе при деструктивных формах острого холецистита.

Тактику лечения острого холецистита определяли в зависимости от степени тяжести состояния больного, обусловленной выраженностью как основного, так и сопутствующих заболеваний. Всем больным, поступившим с диагнозом «острый холецистит», первоначально назначали консервативное лечение. Основными критериями эффективности начатой терапии являлись данные клинического обследования и УЗИ брюшной полости, выполнявшегося в динамике от момента поступления больного в стационар. При неэффективности

консервативного лечения решали вопрос о дальнейшей тактике лечения. Больным без выраженных сопутствующих заболеваний, поступившим в ранние сроки от начала заболевания, по срочным показаниям выполняли лапароскопическую холецистэктомию

По поводу острого калькулёзного холецистита операцию начали лапароскопическим способом у 1984 больного, у 16 из которых (0,8%) холецистэктомию завершили традиционным способом вследствие выраженного воспалительного инфильтрата в зоне гепатодуоденальной связки. Женщин было 1408 (71%), мужчин — 576 (29%). У 632 (31,9%) больных выявлен катаральный, у 1109 (55,8%) — флегмонозный, у 243 (12,2%) — гангренозный холецистит. У 181 (9,1%) больных при поступлении выявлена механическая желтуха. При эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии (ЭРПХГ) установили ее причины: холедохолитиаз — у 127 (70,2%) больных, стенозирующий папиллит — у 29 (16%), а сочетание холедохолитиаза и стенозирующего папиллита — у 25 (13,8%) больных. Всем пациентам, с механической желтухой, до лапароскопической холецистэктомии выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) и устранили билиарную гипертензию. Острый панкреатит в виде приступа сильных опоясывающих болей в животе, сопровождающегося рвотой и амилаземией, после ЭПСТ развился у 2 (1,1%) больных. После проведения консервативных мероприятий (голод, дезинтоксикационная терапия, введение ингибиторов протеаз и соматостатина) приступ был купирован.

- Среди экстренных лапароскопических холецистэктомий по поводу острого калькулёзного холецистита катаральная форма была у 418 пациентов или 21,1%, с острым флегмонозным холециститом 1023 или 51,6% и с гангренозным холециститом 543 пациентов или 27,3% (табл. 3).

Таблице 3

Форма холецистита	Количество
острый катаральный	418(21,1%)
острый флегмонозный	1023(51,6%)
острый гангренозный	543(27,3%)

Из 1984 холецистэктомий в 16 случаях произведена конверсия. Причиной конверсии при лапароскопической холецистэктомии была геморрагия из ложа желчного пузыря в 7 случаях, плотный инфильтрат в области треугольника Кало - 9. Технические трудности возникали при выраженном спаечном перипроцессе, инфильтрате в области шейки пузыря, толстой стенке пузыря без четкой границы его с печени. В обязательном порядке операция завершалась промыванием и тщательной санацией области ложа желчного пузыря и правого подреберья, дренированием под печёночного пространства. Длительность операции - около одного часа. Послеоперационный койко - день - 3,7. После проведенных манипуляций больные сразу отмечали субъективное улучшение: исчезали боли в правом подреберье, постепенно нормализовалась температура тела, картина крови, исчезал инфильтрат, определявшийся через брюшную стенку. Учитывая старческий возраст больных и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, лечение их продолжали по общепринятой схеме, и при полной ликвидации воспаления выписывали из стационара без операции.

Таким образом, очевидно, что лапароскопия в лечении острого холецистита обладает высокой эффективностью.

Лапароскопическое сшивание перформативных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Одной из нерешенных проблем хирургической гастроэнтерологии является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией. Актуальность проблемы объясняется еще и тем, что в основном эта патология встречается у пациентов молодого и среднего возраста. По данным литературы, гастродуоденальные язвы осложняются перфорацией

в среднем в 10-15% случаев. До настоящего времени это осложнение является одной из до конца нерешенных проблем хирургической гастроэнтерологии. Известны многочисленные способы операций, но с развитием и внедрением в хирургическую практику малоинвазивных и эндо видеохирургических методов открылись широкие возможности для диагностики и лечения прободных язв. В связи с появлением современных высокоэффективных противоязвенных препаратов в настоящее время операцией выбора при перфоративных язвах считается сшивание перфоративного отверстия. Это хирургическое вмешательство, целью которого является спасение жизни больного, в техническом отношении легко выполнимо и обеспечивает благоприятные ближайшие результаты у больных. Показания к диагностической лапароскопии у больных с подозрением на перфоративную язву составляют неясную клиническую и инструментальную картину, не позволяющую исключить диагноз перфорации полого органа (выраженный болевой синдром, наличие язвенного дефекта в желудочно-кишечной зоне по данным ЭГДС, отсутствие пневмоперитонеума при контрольной рентгенографии после выполнения ЭГДС). Противопоказаниями к лапароскопии считали клиническую и инструментальную картину распространенного перитонита. При диагностической лапароскопии показаниями к конверсии становились: распространенный перитонит; размеры перфоративного отверстия стенки двенадцатиперстной кишки более 1,0 см в диаметре; сочетание перфорации с другими осложнениями язвенной болезни (кровотечение, стеноз, пенетрация). Верифицированный на этапе клинко-инструментального обследования и подтвержденный интраоперационно диагноз перфоративной язвы в отсутствие противопоказаний считался показанием к ушиванию перфоративного отверстия.

Лапароскопическое ушивание перфоративных язв нами произведено 15 больным с перфоративной гастродуоденальной язвой. Мужчин было 12 (80%), женщин — 3 (20%). Язва локализовалась в желудке у 1 (6,7%) пациента, в двенадцатиперстной кишке - у 14 (93,3%) больных. Возраст больных составил от 15 до 62 лет. Срок от момента перфорации до операции составил от 2 до 12 ч.

Ушивание перфоративных язв начинали с обзорной видео лапароскопии, с целью уточнения степени распространенности перитонита (количество и характер патологического экссудата), локализации, оценки вида и формы язвы, величины перфоративного отверстия. Эвакуировали инфицированный выпот и брали экссудат для бактериального исследования и определения чувствительности к антибиотикам. По характеру экссудата перитонит был серозным у 12 (80,0%) больных, а в остальных 3 (20,0%) случаях диагностирован серозно-фибринозный перитонит.

Ушивание осуществляли атравматической нитью 3,0 через все слои стенки органа с наложением узловых или П-образных швов, с подшиванием пряди большого сальника к месту перфорации. Размеры перфоративного отверстия колебались от 2—3 до 10 мм. У 1 пациента обнаружили каллезную язву перед верхней стенкой луковицы ДПК с перфоративным отверстием более 1 см в диаметре, что потребовало перехода к открытой операции. У 9 больных для достижения герметичности оказалось достаточным наложить один узловый шов на перфоративное отверстие, у 6 больных для этого потребовалось 2 узловых шва. Этап ушивания прободного отверстия продолжался в среднем 20 мин. Основное время тратилось на санацию брюшной полости. У 8 больных выполнили комбинированное лапароскопическое и эндоскопическое ушивание язвы. Вовремя лапароскопического ушивания видеотелегастроскопия позволяла определить герметичность швов, степень деформации и нарушение проходимости ДПК. Далее проводили тщательную санацию и дренирование брюшной полости. Объем содержимого в брюшной полости варьировал от 300 до 1200 мл. Обычно выпот распространялся на под печеночное пространство, правый боковой канал и полость малого таза. В зависимости от распространенности перитонита для дренирования брюшной полости использовали 2-4 дренажа. Даже при незначительном выпоте нами подводились минимум 2 дренажа (в полости малого таза и под печеночном пространстве).

Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв показано при отсутствии распространенного перитонита в сочетании с паралитической кишечной непроходимостью, при размерах дырчатого дефекта не более 1 см, в случае отсутствия анамнестических, клинических и лапароскопических признаков других осложнений язвенной болезни.

Больные после эндо видеохирургического ушивания к концу 1-х суток были активны, болевой

синдром у них практически отсутствовал, анальгетики им вводили только в 1-е сутки, самостоятельно вставали с постели через 36 ч. Длительность пребывания больных в стационаре составила от 3 до 5 суток.

В наших наблюдениях осложнения возникли у одного (6,7%) - нагноение послеоперационной троакарной раны. Во всех случаях отмечен положительный результат операции

Противопоказаниями для лапароскопической операции были гигантские с каллезными краями язвы, перитонит в терминальной стадии, невозможность выполнения полноценной санации брюшной полости.

Лапароскопическое ушивание перфоративных язв способствует своевременной диагностике прикрытых и атипично протекающих прободных гастродуоденальных язв и может занять основное место в лечении перфоративных пилородуоденальных язв. Методика оперирования при использовании лапароскопической техники при перфоративных гастродуоденальных язвах позволяет свести операционную травму к минимуму и обеспечивает в большинстве случаев герметичность ушивания перфоративного отверстия и санацию брюшной полости.

Лапароскопическое ушивание перфоративных язв позволило сократить сроки пребывания больных в стационаре, отказаться от назначения наркотических анальгетиков, активизировать больных в ранние сроки после вмешательства при хорошем косметическом эффекте.

Лапароскопическая аппендэктомия

Острый аппендицит (ОА) нередко протекает со стертой или атипичной симптоматикой. Необходимости оказания экстренной помощи больным, опасности развития тяжелейших осложнений, если она не оказана, требуют от хирургов применения всех возможных способов экстренной диагностики, включая инвазивные. Диагностическая лапароскопия является наиболее эффективным исследованием, инвазивность которого полностью оправдывается высокой информативностью. В настоящее время возможно выполнение аппендэктомии лапароскопическим методом. Поэтому логическим завершением лапароскопии в ситуациях, когда исследование подтверждает диагноз ОА, является лапароскопическая аппендэктомия. Требования к диагностическому этапу вмешательства при этом существенно возрастают, поскольку необходимо не только безошибочно определить наличие заболевания, но и объективно оценить возможность выполнения вмешательства лапароскопическим методом.

При остром аппендиците были выполнены 18(0,7%) лапароскопические аппендэктомии. Лапароскопическую аппендэктомию производили по методике F. Gotz, предложенной в 1993 г. Морфологические изменения червеобразных отростков при остром аппендиците, удаленных лапароскопическим способом, были следующие: катаральная форма — 7(38,9%), флегмонозная - 8 (44,4%), гангренозная -3(16,7%) наблюдений.

Показаниями к лапароскопическому методу становились клиническая картина острого аппендицита, а также необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости при неясном диагнозе. Противопоказаниями к лапароскопии у больных с предполагаемым диагнозом острого аппендицита считалась клиническая и инструментальная картина распространенного перитонита или аппендикулярного инфильтрата. К показаниям к конверсии в ходе диагностической лапароскопии относили: распространенный перитонит, требующий выполнения открытой назоинтестинальной интубации; аппендикулярный инфильтрат; фрагментацию червеобразного отростка, делающую невозможными его тракцию и мобилизацию; выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

В зависимости от интраоперационной ситуации выполняли как антеградную, так и ретроградную лапароскопическую аппендэктомию. Для мобилизации червеобразного отростка использовали биполярную электрокоагуляцию как наиболее безопасный метод. Для обработки культи червеобразного отростка при неизменном основании у 16 больных был применен лигатурный метод с использованием петел Редера. При наличии воспалительных изменений купола слепой кишки в области основания червеобразного отростка у 2 пациентов применяли погружной метод с формированием В-образного шва по Русанову. Частота послеоперационных осложнений составила 1,2%.

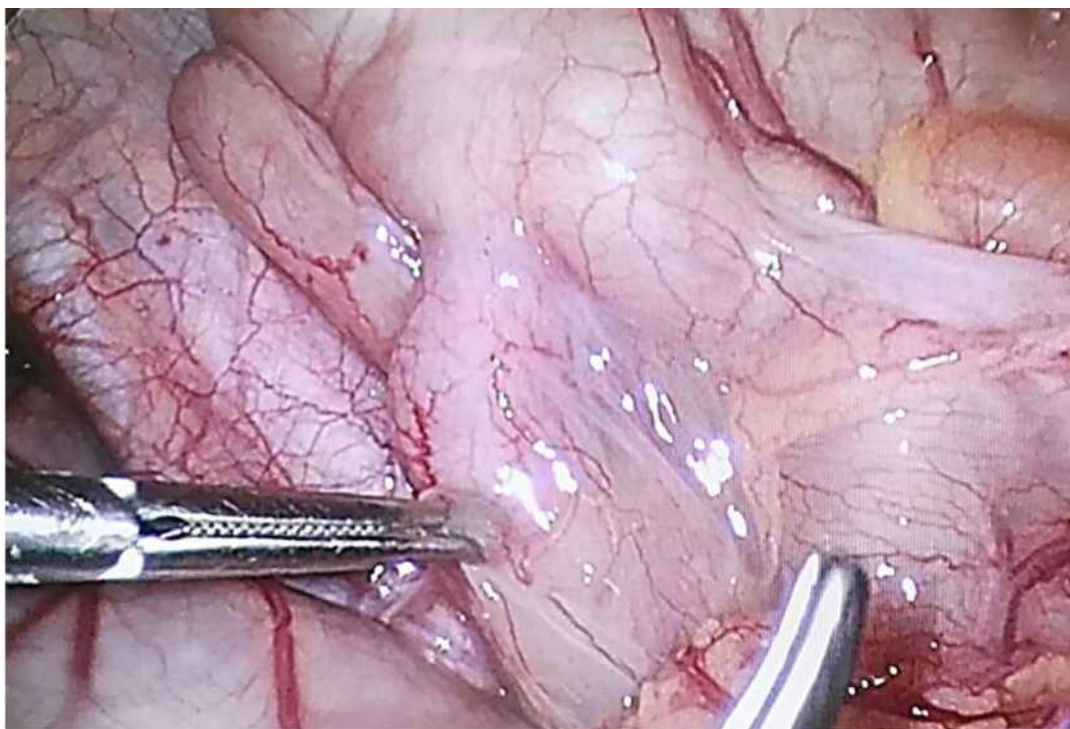


Рисунок 3.2 Неосложненная форма острого аппендицита



Рисунок 3.3 Неосложненная форма острого аппендицита

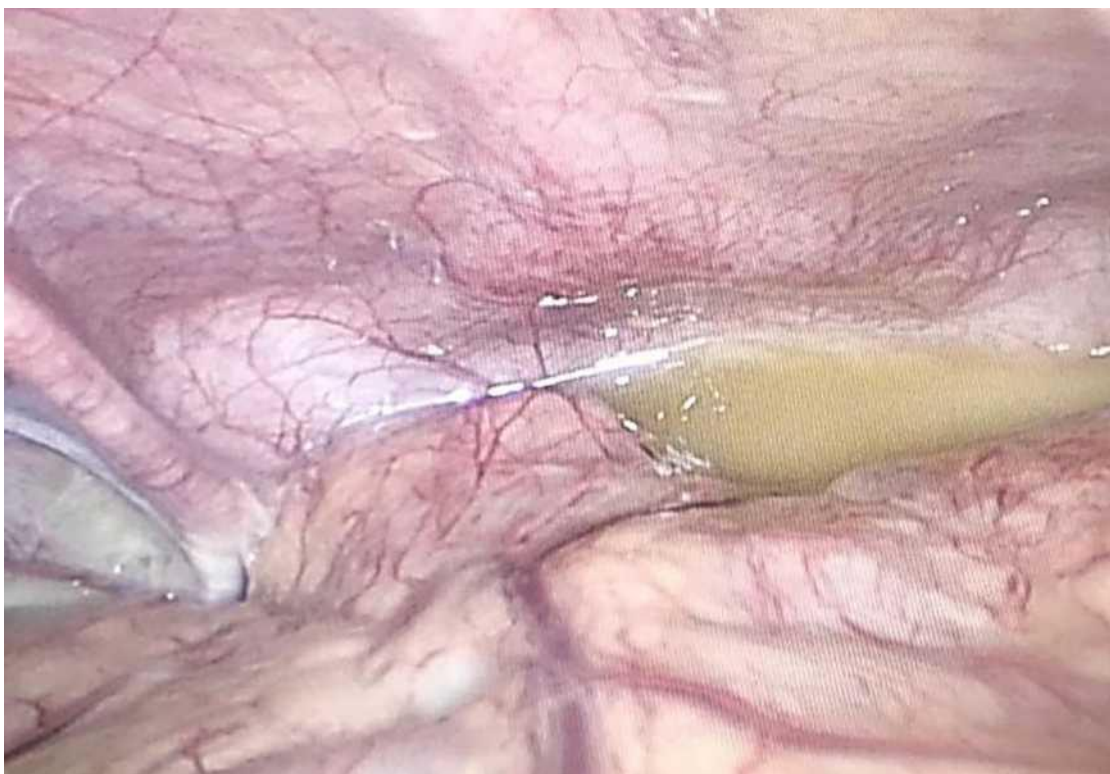


Рисунок 3.4 Осложненная форма острого аппендицита - аппендикулярный перитонит

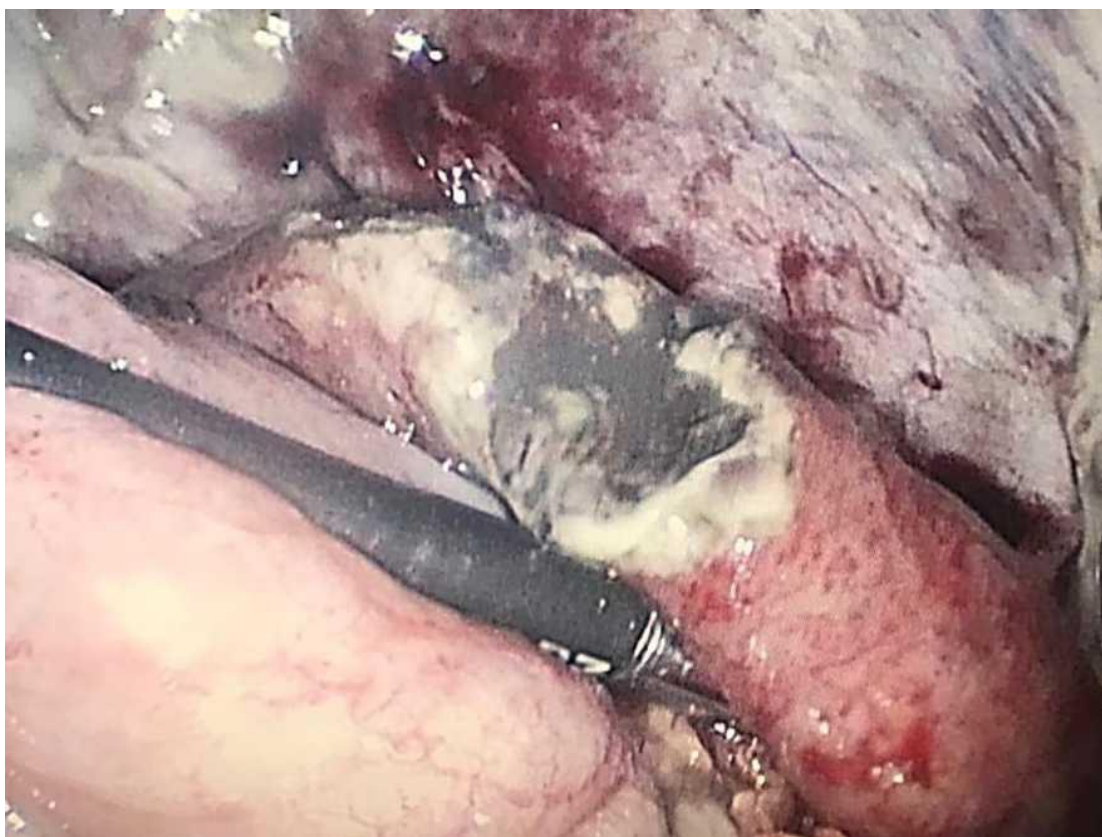


Рисунок 3.5 Осложненная форма острого аппендицита - аппендикулярный перитонит

Наш опыт показывает, что противопоказаниями к выполнению лапароскопической аппендэктомии при осложненных формах острого аппендицита служат: плотный аппендикулярный инфильтрат, пери аппендикулярный абсцесс, распространенный гнойно-

фибринозный перитонит, сопровождающийся парезом кишечника и плотными фибринозными сращениями с множеством меж петлевых абсцессов. Мы придерживались следующих принципов при определении показаний, противопоказаний и выборе хирургического доступа у пациентов с острым аппендицитом: показанием к выполнению диагностической лапароскопии являлся клинически и инструментально подтвержденный диагноз острого аппендицита, а также невозможность исключить острый аппендицит в ходе динамического наблюдения; противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии являлась интраоперационная картина распространенного разлитого перитонита (что встречалось всего в 2,2% случаев); клинически и инструментально подтвержденный аппендикулярный инфильтрат являлся противопоказанием к хирургическому вмешательству; при наличии аппендикулярного абсцесса выполняли его дренирование под УЗ-наведением; интраоперационно выявленный аппендикулярный инфильтрат являлся противопоказанием к выполнению аппендэктомии (в 0,5% наблюдений).

Диагностическая и лечебная лапароскопия при абдоминальных травмах.

Применение лапароскопии при абдоминальных травмах до недавнего времени ограничивалось лишь диагностикой повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Сегодня при повреждениях паренхиматозных органов с большим успехом применяют новые лапароскопические способы окончательного гемостаза. При повреждениях живота лапароскопия для диагностики и лечения была использована у произведена у 49 пациентов с травмой органов брюшной полости, у 33 из них — с закрытой. Из 33 больных с тупой травмой живота повреждения обнаружили у 17 (51,5%), а у 16 (48,5%) больных — их исключили. Из 17 у 2 больных с повреждением печени и у 15 с повреждением сальника окончательного гемостаза достигли лапароскопическим способом. В случае закрытой травмы живота показаниями к лапароскопии служили: нечеткие перитонеальные симптомы, наличие свободной жидкости в брюшной полости объемом менее 500 мл с тенденцией к нарастанию (по данным УЗИ у больных с проникающими ранениями живота и отсутствием клинических и инструментальных данных, указывающих на проникающий характер этих ранений, показаниями к экстренной лапароскопии являлись: торакоабдоминальные ранения слева; множественные колото-резаные ранения передней брюшной стенки (более 5); невозможность проведения ревизии раневого канала на всем протяжении во время первичной хирургической обработки (ПХО) раны (мышечный массив поясничной и ягодичной областей); проникающие ранения брюшной стенки (установленные во время ПХО раны) без клинических и инструментальных признаков повреждения органов брюшной полости; торакоабдоминальные ранения справа с повреждением печени и гемоперитонеумом в случаях, если ушивание раны печени производили из торакотомного доступа. Противопоказаниями к выполнению лапароскопии при абдоминальной травме считали: нестабильную гемодинамику (систолическое артериальное давление (САД) менее 90 ммрт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) более 110 уд/мин; перитонит; наличие свободного газа в брюшной полости; гемоперитонеум объемом более 500 мл (по данным УЗИ); выраженный спаечный процесс в брюшной полости. Показаниями к лапаротомии при первичном осмотре брюшной полости служили: перитонит; гемоперитонеум более 500 мл; желудочное или кишечное содержимое в брюшной полости. В 44% наблюдений при лапароскопической ревизии отсутствовали повреждения, требующие выполнения лечебного пособия, а в 39,4% — установлены показания к лапаротомии. Показаниями к открытой операции при диагностической лапароскопии считали: перитонит; некроз или сомнения в жизнеспособности кишки; перфорацию стенки кишки; распространенный спаечный процесс.

Нами на основании собственного опыта были разработаны следующие показания к проведению экстренной диагностической видео лапароскопии, которые совпадают с имеющимися литературным данными:

- невозможность исключения острых заболеваний органов брюшной полости в процессе длительной дифференциальной диагностики
- бессознательное состояние (вследствие черепно-мозговой травмы, алкогольного или наркотического опьянения) больного, не позволяющее исключить острые абдоминальные заболевания или повреждения внутренних органов необходимость уточнения характера, стадии, локализации, распространенности острых патологических изменений или повреждений внутренних органов для выбора оптимального способа лечения
- послеоперационные осложнения в брюшной полости, требующие определенности в продолжении консервативного лечения или хирургической коррекции.

Таким образом, использование лапароскопии при абдоминальной травме позволило избежать

выполнения лапаротомии у 60,6% пациентов. Средний срок пребывания в стационаре составил 4,6 дня. Частота послеоперационных осложнений составила 1,9%. Смертельных исходов, связанных с применением лапароскопии, не было.

Лапароскопическое рассечение спаек при острой спаечной кишечной непроходимости.

Всего было выполнено 24 лапароскопических операций по поводу спаечной кишечной непроходимости. Считаем, что расширение показаний к лапароскопическому адгезиолизису у больных с рецидивирующим течением спаечной непроходимости не является обоснованным, так как, по нашему опыту, число повторно поступающих больных с явлениями кишечной непроходимости после однократно проведенного консервативного лечения не превышает 5-6%. Показаниями к лапароскопии при острой кишечной непроходимости считали: клиническую картину странгуляционной кишечной непроходимости и состояние после «малых лапаротомий» (аппендэктомия, гинекологические вмешательства) в анамнезе; состояние после устранения частичной спаечной тонкокишечной непроходимости на фоне ее рецидивирующего течения. Противопоказаниями являлись: большое количество рубцов на передней брюшной стенке после ранее перенесенных операций, свидетельствующих о распространенном спаечном процессе; запущенная кишечная непроходимость с резким вздутием петель тонкой кишки; подозрение на онкологический процесс. Характер спаечного процесса имел очень разнообразную картину. Сращения подразделялись на шнуровидные, тяжи, штрانги (26,1%), плоскостные плотные (36,1%), плоскостные, пленчатые, мягкие (10,8%) и смешанные (27%). При смешанном характере спаек имели место пленчатые, мембранозные, паутинные спайки. Оценка характера сращений была необходима для выбора наиболее оптимального способа лапароскопического адгезиоэнтеролизиса (ЛАЭЛ). Следует отметить, что при выполнении операций лапаротомическим доступом у этих больных сталкивались с выраженными техническими сложностями при вхождении в брюшную полость и при разделении выраженных спаечных процессов. Выполнение лапароскопического адгезиолизиса является одним из наиболее сложных и опасных вмешательств. Во избежание развития осложнений следует тщательно соблюдать показания и противопоказания к данной операции. Продолжительность ЛО колебалась от 15 до 160 минут и в среднем составила $60,3 \pm 2,5$ минуты. Временные параметры операции были различны в зависимости от формы и характера непроходимости, распространенности спаечного процесса и выраженности кишечной непроходимости.

Показаниями к выполнению лапароскопии считали: наличие клинической и инструментальной картины острой кишечной непроходимости без анамнестических данных о ранее перенесенных операциях на органах брюшной полости; клиническая картина странгуляционной кишечной непроходимости и «малые лапаротомии» в анамнезе; успешное консервативное лечение спаечной тонкокишечной непроходимости на фоне ее рецидивирующего течения и «малые лапаротомии» в анамнезе. Обобщая наш опыт, считаем, что использование лапароскопического доступа у пациентов со спаечной кишечной непроходимостью целесообразно либо в экстренном порядке при строгом соблюдении показаний и противопоказаний после «малых операций» в анамнезе, либо в плановом порядке после разрешения кишечной непроходимости при ее рецидивирующем характере

Торакоскопические операции.

Показаниями к торакоскопии были: спонтанный пневмоторакс, экссудативный плеврит неясной этиологии, проникающие ранения грудной клетки (для исключения повреждения органов средостения, перикарда).

Техника выполнения торакоскопии: положение больного на столе на здоровом боку, рука на стороне операции приведена к голове. Выполняется разрез кожи длиной 1—2 см в V или VI межребере по задней подмышечной линии. Торакоскоп вводится через торакопорт, производится осмотр плевральной полости. Как правило, торакопорты располагают в виде равностороннего треугольника. Через дополнительные торакопорты вводится эндоскопический инструментарий. Производится основной этап видеоторакоскопического вмешательства, после окончания которого в места стояния торакопортов устанавливаются дренажи. Торакоскопические операции произведены 32 больным (1,3%).

Гинекологические лапароскопические вмешательства

Проведено лапароскопических операций - 306 женщинам, тубэктомии у 181 при внематочной беременности, и кистэктомии у 112 пациенток, а также стерилизация маточных труб 16 пациенткам.

Стерилизация маточных труб

На начальном этапе лапароскопии производили обзор органов брюшной полости: большой сальник и подлежащие петли кишечника, печен и под печёночное пространство, желудок. Затем с помощью манипуляторов бережно отодвигали петли кишечника и большой сальник в сторону диафрагмы для обеспечения доступа к органам малого таза. Осматривали тело матки, ее придатки, связочный аппарат, впереди- и позади маточное пространства, боковые стенки таза для оценки их анатомических взаимоотношений и выявления патологических образований. Данная оценка давала достаточно информации для определения дальнейшей тактики операции



Рисунок 3.4. Петля кишечника, интимно подпаянная к передней брюшной стенке в области введения вторичного троакара.

Электрохирургический метод стерилизации заключался в захвате маточной трубы коагуляционными щипцами на расстоянии 3-4 от маточного угла перпендикулярно до самого мезосалпинкса и последующей коагуляции. Зона коагуляции должна составляла не менее 1,5 см. Вторым этапом производилось пересечение или иссечение участка маточной трубы при помощи ножниц для снижения риска реканализации.

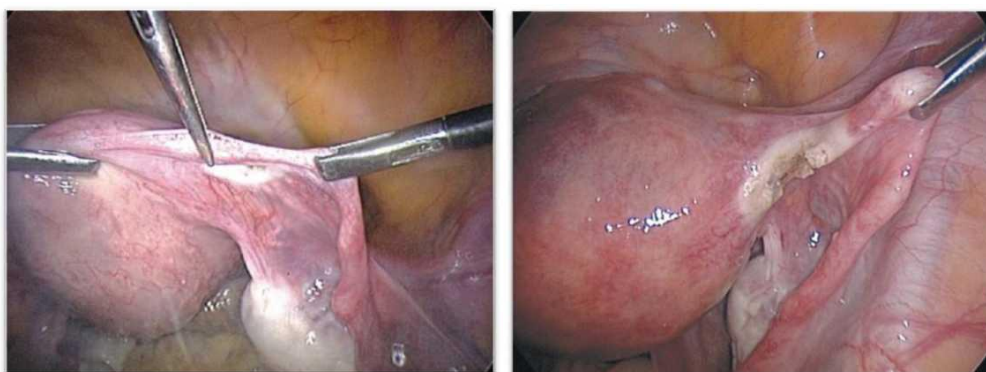


Рисунок 3.5. Коагуляция и пересечение маточной трубы. Вид маточной трубы после хирургической стерилизации

Операции на яичниках носили максимально щадящий характер в целях сохранения овариального резерва и гормон продуцирующей функции.

Активное использование эндо видеохирургических методик в диагностике и лечении ургентной абдоминальной патологии позволило сократить продолжительности времени динамического наблюдения пациентов с неясной или скрытой симптоматикой, минимизировать диагностические ошибки, снизить количество ненужных и необоснованных лапаротомий. 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.

Хорошее техническое оснащение операционной, высокопрофессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопических операции, тщательное предоперационное обследование, неукоснительное соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, обязательное послеоперационное наблюдение больных являются залогом успешного проведения лапароскопических вмешательств. Применение современных лапароскопических технологий, сочетающих в себе высокую информативность с минимальной травматизацией, способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости.

Выводы

1. Лапароскопическое вмешательство при основных urgentных заболеваниях органов брюшной полости являются высокоэффективными, обладая всеми преимуществами малоинвазивной хирургии и достаточно безопасными, сопровождаясь небольшим процентом интраоперационных и послеоперационных осложнений в соответствии с характером операции

2. Разработанные и применяемые лечебно-диагностические алгоритмы при urgentных заболеваниях позволяют определить лечебную тактику, показания и противопоказания, выбрать способ оперативного лечения и установить сроки выполнения диагностических и лечебных лапароскопических вмешательств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаев М.А. Причины конверсии при лапароскопических операциях у больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / М.А. Абдуллаев, Ю.В. Плотников, А.М. Муханна // Алманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2010;5(1):71.
2. Абу Р.Н. Возможности применения видеолaparоскопических вмешательств в диагностике и лечении в неотложной абдоминальной хирургии / Украинский научно-медицинский молодежный журнал. 2013;3:15-18.
3. Адамян А.И. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 - Хирургия / НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. - М., 1997; 267 стр.
4. Александров К.Р. Лапароскопические операции из единого доступа с использованием стандартных инструментов / К.Р. Александров, Р.А. Буря, И.Ю. Илларионов [и др.] // Алманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011;6(1):34-35.
5. Алиджанов Ф.Б. Острая кишечная непроходимость после резекции желудка и пилоросохраняющих операций / Ф.Б. Алиджанов, М.Х. Хаджибаев, В.В. Ступин // Хирургия. 2006;4:39-41.
6. Андреев А.Л. Лапароскопическая аппендэктомия с перитонизацией культи червеобразного отростка / А.Л. Андреев // Эндоскоп. хир. 2005;1:8.
7. Анищенко В.В. Хирургия единого лапароскопического доступа / В.В. Анищенко, М.Н. Коткина, А.И. Шевела // Алманах Института хирургии им. А.В. Вишневского: материалы XIV съезда Общества эндоскопических хирургов России. - М., 2011;6(1):38.
8. Багненко С.Ф. Роль и место диагностической лапароскопии в лечении больных с острым аппендицитом / Сложные вопросы диагностики и лечения острого аппендицита, острой кишечной непроходимости и сочетанной травмы: Тез. докл. Научно-практической конференции хирургов РФ / С.Ф. Багненко [и др.] // Скорая медицинская помощь 2004;3:15.
9. Баранов А.И. Место лапароскопической аппендэктомии в неотложной хирургии / А.И. Баранов, А.А. Коновалов, А.М. Алексеев // Эндоскоп. хир. 2009;1:80.
10. Баранов Г.А. Экстренная лапароскопия в диагностике абдоминальных спаек как причины «острого живота» / Г.А. Баранов, А.И. Ковалев, М.Ю. Карбовский // 9-й мос. междунар. конгресс по эндоскопической хирургии: Тез. докл. - М. 2005; 30-31 стр.
11. Бебуришвили А.Г. Концептуальная оценка применения лапароскопических и минилапаротомных вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии / А.Г. Бебуришвили [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013;1:53-57.
12. Бебуришвили А.Г. Лапароскопическая диагностика «трудных» случаев острого аппендицита / А.Г. Бебуришвили [и др.] // Эндоскоп. хир. 2014;1:70-71.
13. Бебуришвили А.Г. Пути повышения безопасности лапароскопических вмешательств у больных со спаечной кишечной непроходимостью / А.Г. Бебуришвили [и др.] // Эндоскоп. хир. 2006;2:16-17.
14. Бехтева М.Е. Хирургия единого лапароскопического доступа: история и современное состояние вопроса / М.Е. Бехтева, А.В. Баранов, Д.Н. Панченков // Эндоскоп. хир. 2012;6:26-31.
15. Борисов А.Е. Лапароскопическая аппендэктомия / А.Е. Борисов [и др.] // Эндоскоп. хир. - 2009;1:202.

Поступила 20.03.2025