

канала / О.А. Молокова, Д.В. Баженов, Г.С. Соловьев // Морфология – 2011. – Т. 140. – № 5. – С. 101.

9. Старинский В.В., Петрова Г.В., Грецова О.П., Простов М.Ю. Показатели онкологической помощи больным колоректальным раком в России // Онкология. – 2013. – № 6. – С. 41-43.

10. Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Мехдиев Д.И. и др. Современные подходы в хирургической тактике при осложненном раке толстой кишки // Колопроктология. – 2011. – №3(37). – С. 89.

11. Avgoustou C. Compression anastomosis in colon and rectal surgery with the NiTi ColonRing. / C. Avgoustou, P. Penlidis, A. Tsakpini, C. Sioros, D. Giannousis // Tech Coloproctol. – 2012. – Vol. 16. – P. 29-35.

12. Berho M. Histopathologic advantages of compression ring anastomosis healing as compared with stapled anastomosis in a porcine model: a blinded comparative study / M. Berho, S.D. Wexner, A.M. Botero-Anug, D. Pelled, J.W. Fleshman // Dis Colon Rectum. – 2014. – Apr. – Vol. 57(4). – P. 506-513.

13. Bretagnol F. Long-term functional results after sphincter-saving resection for rectal cancer / F. Bretagnol, H. Troubat, C. Laurent, F. Zerbib, J. Saric, E. Rullier // Gastroenterol Clin Biol. – 2004. – Vol. 28. – P. 155-159.

14. Choy P.Y. Stapled versus handsewn methods for ileocolic anastomoses / P.Y. Choy, I.P. Bissett, J.G. Docherty // Cochrane Database Syst Rev. – 2011. – Vol. 7(9). – CD004320.

15. Dauser B. Historisches: Kompressionsanastomosen in der kolorektalen Chirurgie / B. Dauser, F. Herbst // Chirurgie. – 2012. – Vol. 3. – P. 38-41.

16. Fazio V.W. Ileal pouch anal anastomosis: analysis of outcome and quality of life in 3707 patients / V.W. Fazio, R.P. Kiran, F.H. Remzi, J.C. Coffey, H.M. Heneghan // Ann Surg. – 2013. – Apr. – Vol. 257. – №4. – P. 679-685.

17. Forshaw M. Endoscopic alternatives in managing anastomotic strictures of the colon and rectum /

M.J. Forshaw, G. Maphosa, D. Sankararajah, M. Parker, M. Stewart // Tech coloproctol. – 2006. – Vol. 10. – P. 21-27.

18. Krasniqi A. A comparison of three single layer anastomotic techniques in the colon of the rat / A. Krasniqi, L. Gashi-Luci, S. Krasniqi // Int J Surg. – 2009. – Vol. 7(1). – P. 31-35.

19. Lim C.B. Characterization of materials eliciting foreign body reaction in stapled human gastrointestinal anastomoses / C.B. Lim, R.D. Goldin, A. Darzi, G.B. Hanna // Br J Surg. – 2008. – Aug. – Vol. 95(8). – P. 1044-1050.

20. Masoomi H. Compression anastomosis ring device in colorectal anastomosis: a review of 1800 patients / H. Masoomi, R. Luo, S. Mills, J. Carmichael, A. Senagore, M. Stamos // Am J Surg. 2013. – Vol. (4). – P. 447-451.

21. Neutzling C.B. Stapled versus handsewn methods for colorectal anastomosis surgery / C.B. Neutzling, S.A. Lustosa, I.M. Proenca, E.M. Silva, D. Matos // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol. 2. – №15. – P. 2.

22. Sajid M.S. Single layer versus double layer suture anastomosis of the gastrointestinal tract / M.S. Sajid, M.R. Siddiqui, M.K. Baig // Cochrane Database Syst Rev. – 2012. – Vol. 18. – № 1. – CD005477.

23. Siegel R. Cancer statistics, 2013 / R. Siegel, D. Naishadham, A. Jemal // Ca Cancer J Clin. – 2013. – Vol. 63. – P. 11.

24. Wexner S.D. Landmark study comparing surgical approaches for rectal cancer // Nat Rev Gastroenterol Hepatol. – 2013. – May. – Vol. 10(5). – P. 263-264.

25. Zbar A., Nir Y., Weizman A., Rabau M., Senagore A. Compression anastomosis in colorectal surgery: a review / A. Zbar, Y. Nir, A. Weizman, M. Rabau, A. Senagore // Tech Coloproctol. – 2012. – Vol. 6. – P. 187-199.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Р.Н. Галиуллин

ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Галиуллин Рамиль Назибович,

заочный аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопии и стационарзамещающих технологий,
450112, Россия, Респ. Башкортостан, г. Уфа, ул. Нежинская, д. 28,
тел. 8 (347) 240-13-13,
e-mail: ramilg1984r@mail.ru

Представлен анализ результатов применения лапароскопических вмешательств у 1641 больных, оперированных в ГКБ № 8 г.Уфы, с острой хирургической патологией за период 1998 - 2011 гг. Представлен анализ лечения больных после лапароскопических

операций: холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, устранения острой спаечной кишечной непроходимости, санации и дренирования поджелудочной железы при панкреонекрозе, программируемые санации при перитоните, устранения заворотов кишечника, ушивания кровоточащих язв, ушивания ножевых ранений органов брюшной полости, остановки кровотечений из паренхиматозных органов, гинекологических операций на органах малого таза. Доказано, что число послеоперационных осложнений при экстренных лапароскопических вмешательствах значительно ниже, чем при традиционном хирургическом доступе.

Ключевые слова: видеолапароскопия, видеоэндоскопические операции, экстренные хирургические вмешательства, послеоперационные осложнения.

LAPAROSCOPIC SURGERY IN EMERGENCY SURGERY OF THE ABDOMINAL CAVITY

R.N. Galiullin

Bashkir State Medical University

The analysis of the results of the use of laparoscopic surgery in 1641 patients operated in the hospital № 8 (Ufa), with acute surgical pathology for the period 1998 – 2011 is presented. The analysis of the treatment of patients after laparoscopic surgery: cholecystectomy, appendectomy, suturing perforated gastric ulcer and duodenal ulcers, eliminate acute adhesive intestinal obstruction, sanitation and drainage of the pancreas with pancreatic necrosis, soft refurbishment in peritonitis, bowel volvulus removal, repair for bleeding ulcers, suturing stab wounds abdominal organs, stopping bleeding from parenchymal organs, gynecological operations on the pelvic organs has done. It is proved that the number of postoperative complications in emergency laparoscopic procedures is much lower than the traditional surgical approach.

Keywords: videolaparoscopy, videoendoscopic surgery, emergency surgery, post-operative complications.

Введение

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа операций, выполненных на органах брюшной полости. Вместе с тем растет число оперативных пособий, выполняемых по экстренным показаниям. В связи с этим все большее значение приобретает вопрос развития и внедрения новых малоинвазивных технологий в неотложной хирургии (1,3). Одним из таких способов оперативных вмешательств является видеолапароскопия. При внедрении в клиническую практику лапароскопии основным сдерживающим фактором являлась высокая стоимость лапароскопической аппаратуры и инструментария. Однако по мере накопления опыта было доказано, что затраты полностью компенсируются за счет сокращения времени пребывания больных в стационаре, снижении послеоперационных осложнений и летальности [2,4]. Немаловажное значение имеют очевидные косметические преимущества видеолапароскопии, особенно у женщин.

В начальный период внедрения лапароскопии в экстренную хирургию более 70% всех операций составляли диагностические лапароскопии при аппендиците и тупой травме живота, что определяло в дальнейшем тактику и характер оперативного по-

собия. В настоящий момент это соотношение резко изменилось в сторону выполнения таких операций, как холецистэктомия, аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы, ушивание кровоточащих язв, адгезиолизис.

Цель исследования

Применение видеоэндоскопических операций у больных с экстренной хирургической патологией с целью снижения трудоемкости и продолжительности оперативного вмешательства, профилактики послеоперационных осложнений.

Материалы и методы

Видеоэндоскопические вмешательства выполнены у 1641 пациента с неотложными хирургическими заболеваниями в период с 1998 по 2011 г.г. На сегодняшний день в нашей клинике активно применяются лапароскопические методы: холецистэктомии, аппендэктомии, ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, устранение острой спаечной кишечной непроходимости, санация и дренирование поджелудочной железы при панкреонекрозе, программируемые санации при перитоните, устранение заворотов кишечника, ушивание кровоточащих язв, ушивание ножевых

ранений органов брюшной полости, остановка кровотечений из паренхиматозных органов, гинекологические операции на органах малого таза.

Наибольшее количество видеолaparоскопии (935) выполнено с диагностической целью.

Результаты и обсуждение

Видеолaparоскопия позволила избежать выполнения лапаротомии у 205 (22%) пациентов с подозрением на острый аппендицит. Наиболее часто при диагностической лапароскопии выявлялся мезаденит, пельвиоперитонит, кисты желтого тела.

Использование видеолaparоскопии при закрытой травме живота позволяет своевременно выявлять повреждения органов брюшной полости. Показанием к диагностической лапароскопии при повреждениях живота считаем клинические проявления перитонита, повреждение таза, травмы почек, мочевого пузыря.

При подтверждении диагноза острого аппендицита во время выполнения диагностической лапароскопии произведена видеолaparоскопическая аппендэктомия. Противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии являлся распространенный гнойный перитонит, аппендикулярный инфильтрат, выраженный спаечный конгломерат в области слепой кишки. Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 184 больным с различными формами острого деструктивного аппендицита. Формирование культи червеобразного отростка осуществлялось лигатурным способом. Осложнений в раннем послеоперационном не отмечено. В послеоперационном периоде больные после видеолaparоскопической аппендэктомии в обезболивающих препаратах нуждались значительно реже, чем после традиционной аппендэктомии, что значительно повышало физическую активность пациентов в раннем послеоперационном периоде.

У пациентов с острым холециститом выполнено 328 срочных холецистэктомий. При этом в 14-х случаях произведен переход на лапаротомию в связи с необходимостью ревизии общего желчного протока.

Видеолaparоскопия выполнена 52 больным с острой кишечной непроходимостью (ОКН). Спаечная непроходимость выявлена в 31, заворот сигмовидной кишки – в 11 случаях, заворот тонкой кишки в – 7, ущемлении внутренних грыж живота – в 3 случаях. В экстренном порядке оперированы 32 (62%) больных, остальные – после предоперационной подготовки. Среди пациентов со спаечной кишечной непроходимостью у 12 в анамнезе были неоднократные вмешательства на органах брюшной полости.

Переход на лапаротомию осуществлен у 6 (12%) больных по разным причинам: ввиду массивного спаечного процесса - у 2 больных, резкого вздутия петель кишечника - у 3, при некрозе кишки - у 1 больного.

Отработка показаний и противопоказаний применения видеолaparоскопии при ОКН продолжает совершенствоваться. С целью определения воз-

можности проведения лапароскопического вмешательства, профилактики осложнений необходимо анализировать данные рентгенографии органов брюшной полости, ультразвукового сканирования висцеропариетальных сращений. Введение первого троакара было оптимальным после проведения открытой лапароскопии и пальцевой ревизии брюшной полости, при этом стилет не использовался, что значительно снижало риск перфорации полого органа. Противопоказанием для проведения лапароскопии было интимное сращение органов с париетальной брюшиной, выраженность спаечного процесса 4 степени по А.Блинникову, при перфорации и кровотечении из полого органа на фоне ОКН. Для интраоперационной профилактики спаечной болезни брюшины в конце операции вводили дезагреганты, раствор Реамберина.

Эндохирургическим способом было прооперировано 96 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 52, женщин - 4. Возраст пациентов составлял от 19 до 70 лет. Ушивание перфоративной язвы на передней стенке двенадцатиперстной кишки проведено в 47 случаях, язвы желудка - в 9 случаях. По экстренным показаниям поступили в стационар через 1-6 часов после начала заболевания 36 больных, через 6-12 часов – 14 больных, через 12-24 часа – 6 больных. Всем больным до операции выполнялась фиброгастродуоденоскопия под анестезией для определения размера и локализации язвы. Размеры перфорационного отверстия составили от 2 до 5 мм. Ушивание проводилось через все слои в один ряд с наложением интракорпоральных узловых швов. При прорезывании или сомнении в герметичности швов накладывали дополнительно зет-образный шов. Затем проводилась адекватная санация брюшной полости с удалением фибриновых пленок. Ушивание прободной язвы выполнялось в основном лапароскопически. Однако при больших язвах выполняли санацию брюшной полости, затем миналапаротомным доступом производили иссечение язвенного дефекта и ушивание однорядным швом. Несостоятельность швов развилась в 3-х случаях, что потребовало выполнения лапаротомии.

Видеолaparоскопия активно применяется для диагностики ранних послеоперационных осложнений. В ближайшем послеоперационном периоде лапароскопия была выполнена 25 больным с подозрением на перитонит или внутрибрюшное кровотечение. В 9 случаях диагностирован распространенный перитонит, что послужило основанием для выполнения экстренной лапаротомии. У 12 больных при лапароскопии был выявлен местный перитонит, что позволило произвести лапароскопическую санацию и избежать релапаротомии. При развитии ранней спаечной кишечной непроходимости 8 больным произведен лапароскопический адгезиолизис. В 5 случаях при развитии желчного перитонита после холецистэктомии выполнена лапароскопическая диатермокоагуляция ложа желчного пузыря. 2 больным при несостоятельности культи пузырного протока после холецистэктомии повтор-

но наложены клипсы, произведена лапароскопическая санация брюшной полости.

При анализе результатов применения видеолапароскопии установлено, что средняя длительность пребывания в стационаре больных с острым холециститом составила 7,6 дня, острым аппендицитом - 5,2 дня, прободной язвой желудка - 7,3 дня, панкреонекрозом - 12,3 дня.

Заключение

Видеолапароскопия является высокоэффективным, безопасным, малотравматичным способом хирургического лечения, дающая наименьшее количество послеоперационных осложнений и способствующая более ранней активизации больных.

Постоянное повышение квалификации эндхирурга, адекватный отбор больных и тщательное соблюдение техники вмешательства позволяет свести к минимуму риск экстренного хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Пахомова Т.В., Гришин А.В. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия. - 2007. - № 7. - С.57-59.
2. Рутенбург Г.М., Пузаков С.Ю., Богданов Д.Ю. Диагностическая лапароскопия при травмах живота и критических состояниях // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - № 4. - С. 39-42.
3. Сорока А.К. Рациональная диагностика и варианты лечения перфоративной пилородуоденальной язвы у лиц молодого возраста // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №3. - С. 3-7.
4. Шаповольянец С.Г., Ларичев С.Е., Тимофеев М.Е. Лапароскопические вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №4. - С. 3-8.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

М.Р. Гараев, А.И. Грицаенко, М.А. Нартайлаков, В.Д. Дорофеев

**ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа**

Гараев Марат Раилевич,

ассистент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО, хирург 1 категории отделения гнойной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова

Грицаенко Андрей Иванович,

зав. операционным отделением ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, врач-хирург, доцент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО, канд. мед. наук, 450005, Россия, Республика Башкортостан, г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132, тел. 8 (347) 279-03-92, e-mail: oper.ai@mail.ru

Нартайлаков Мажит Ахметович,

зав. кафедрой общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО, проректор по лечебной работе ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет, д-р мед. наук, профессор

Дорофеев Вадим Давидович,

зав. отделением гнойной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, врач-хирург, канд. мед. наук

Абсцессы печени различного генеза являются группой тяжелых гнойных заболеваний печени и считаются одной из сложных проблем гепатобилиарной системы. В статье приведены современные данные о причинах развития и микробиологическом составе возбудителей абсцессов печени.

Ключевые слова: абсцесс, печень, возбудители.