

нием, должны накапливать клинический опыт, который позволил бы сравнить преимущества и недостатки того или другого вида операций и определить место лапароскопической хирургии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М. Н., Постолов П. М., Кузин Н. М. // Хирургия.—1980.—№ 2.—С. 3—9.
2. Курыгин А. А., Румянцев В. В. Ваготомия в хирургической гастроэнтерологии.—Спб, 1992.
3. Dubois F., *Laparoscopic vagotomies.* // Probl. in Gen. Surg.—1991.—Vol. 8.—P. 349—357.
4. Frantzides C. T., Ludwig K. A., Quebeman E. J., Burhop J. // Surg. Laparoscopy and Endoscopy.—1992.—Vol. 2.—Y. 348—352.
5. Hill G. L., Barker M. C. J. // Br. J. Surg.—1978.—Vol. 65.—P. 702—705.
6. Kathouda N., Mouiel J. // Am. J. Surg.—1991.—Vol. 161.—P. 361—364.

УДК 616.34—002.45—072.1—089.847

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

А. Н. Чугунов, А. Г. Подшивалов, Ю. А. Усолов

Кафедра травматологии и неотложной хирургии (зав.—проф. Р. А. Зулкарнеев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института,
городская клиническая больница № 18 (главврач—К. Ш. Зиятдинов), г. Казань

Больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, составляют 5% от числа прооперированных в ургентных стационарах [4].

В настоящее время при устранении перфоративных язв хирурги отдают предпочтение трем видам операций: 1) ушиванию перфоративного отверстия; 2) первичной резекции желудка; 3) стволовой или селективной ваготомии в сочетании с дренирующими операциями.

Ушивание перфоративного отверстия является самой распространенной операцией [1]. В 2,1—15% случаев перфоративное отверстие прикрывается сальником, печенью, желчным пузырем [2, 3, 5], и в ряде случаев больных не оперируют из-за стертости клинической картины. В связи с развитием лапароскопической техники появились новые возможности и в хирургии перфоративных язв, о которых известны лишь единичные сообщения.

Приводим наше клиническое наблюдение.

7. Laus H. L., Naughton M. G., McKernan J. B. // Surg. Laparoscopy and Endoscopy.—1992.—Vol. 2.—P. 24—28.

8. McKernan J. B., Wolfe B. M., McFadyen B. V. // Surg. Clin. of North America.—1992.—Vol. 72.—P. 1153—1167.

9. Mouiel J., Kathouda N., Gugenheim J. et al. // Chirurgie.—1990.—Vol. 116.—P. 546.

Поступила 20.12.93.

ENDOSCOPIC SURGERY IN THE TREATMENT OF DUODENAL ULCER

A. L. Andreev, V. I. Egorov, N. V. Dmitriev

Summary

The experience of vagotomy using laparoscopic equipment in patients with duodenal ulcer is described. Some advantages of laparoscopic vagotomy over analogous intervention by means of laparotomy are noted: the posterior trunk of vagus nerve is more readily differentiated, the danger of damage of mucous membrane of the stomach in seromyotomy is less, traumatism is less.

М., 47 лет, считает себя больной в течение последних 3 недель, когда после погрешности в диете почувствовала резкую боль в правом подреберье, которую купировала приемом спазмолитиков рег ос. В последующие дни постоянно ощущала ноющую боль в правом подреберье, была вынуждена обратиться за медицинской помощью в поликлинику, где участковым терапевтом установлено обострение хронического холецистита. При УЗИ от 13.10.1993 г. обнаружены 3 конкремента средних размеров в шейке желчного пузыря. Больная консультирована хирургом, предложено оперативное лечение.

19.10.1993 г. женщина госпитализирована в хирургическое отделение 18-й городской больницы на плановую лапароскопическую холецистэктомию. В течение последних 3 лет больная ощущала тяжесть в правом подреберье. Язвенный анамнез отрицательный. Ранее не обследована. Повторное УЗИ в день операции (20.10.) также подтвердило наличие конкрементов в шейке желчного пузыря, гепатикохоledох был не расширен.

Под эндотрахеальным наркозом после введения CO₂ в брюшную полость через иглу Вереща последовательно введены лапароскоп и инструменты через стандартные точки. Желчный пузырь больших размеров; после его тракции в цефалическом направлении обнаружено, что передняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки припаяна к желчному пузырю в средней его трети. Передняя стенка двенадцатиперстной кишки несколько инфильтрирована, попытка отделить ее от

стенки желчного пузыря нажатием инструмента тотчас увенчалась успехом, при этом обнажилось перфоративное отверстие диаметром 0,3 см, из которого постепенно стала поступать пенящаяся светлая желчь. Состояние расценено как язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная прикрытой перфорацией с сопутствующим хроническим калькулезным холециститом. Размер язвенной инфильтрации — 1,5 см.

Произведено лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия 2-рядными швами прямой атравматической монофиламентной нитью (4/0 фирмы «ETHICON» с формированием интракорпоральных инструментальных узлов. Далее выполнена типичная лапароскопическая холецистэктомия без особенностей. Область ушитой перфорации дополнительно серитонизирована пряжей малого сальника на ножке с укреплением последнего тремя клипсами. Брюшная полость осушена электроотсосом, дренирована двумя 2-просветными трубками через доступы 3 и 4. В желудок введен назогастральный зонд. Оперативное вмешательство выполнено с использованием полного комплекса лапароскопического оборудования казанской фирмы «Эндомедиум».

Послеоперационный период протекал без

особенностей, проводилась инфузионная, антибактериальная терапия. На следующий день появилась вялая перистальтика, через день стали отходить газы. На 3-й сутки удалены дренажи из брюшной полости и назогастральный зонд; большой было разрешено принимать жидкую пищу, вставать. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением, швы сняты на 7-е сутки. На 9-й день после операции в удовлетворительном состоянии больная выписана домой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кочнев О. С. Хирургия неотложных заболеваний.—Казань, 1981.
2. Мышкин К. И., Лагун М. А. Перфоративные гастродуоденальные язвы.—Саратов, 1983.
3. Неймарк И. И. и др.//Хирургия.—1987.—№ 5.—С. 31—35.
4. Скрипниченко Д. Ф. Неотложная хирургия брюшной полости.—Киев, 1986.
5. Чухриенко Д. П., Решетов Л. Д., Белый И. С., Бондаренко В. А. Хирургия прободных гастродуоденальных язв.—Киев, 1968.

Поступила 20.12.93.

УДК 616.366—072.1—089.87(470.41)

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

*А. Н. Чугунов, В. Н. Войцехович, М. Д. Шакиров,
Л. Р. Речковский, Ю. А. Усолов*

*Кафедра травматологии и неотложной хирургии (зав.—проф. Р. А. Зулкарнеев)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
имени С. В. Курашова, городская клиническая больница № 18
(главрач — К. Ш. Зиятдинов), г. Казань*

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных заболеваний. Несмотря на широкую пропаганду таких альтернативных методов лечения, как экстракорпоральная литотрипсия, растворение камней фармакопрепаратами, эндоскопическая и чрескожная экстракции конкрементов, большинство гастроэнтерологов отдают предпочтение радикальному удалению желчного пузыря как источника холелитиаза и последующих осложнений [1, 2, 3].

Стремительное развитие лапароскопической хирургии позволило сделать эту операцию менее травматичной, уменьшить число послеоперационных осложнений. В странах Западной Европы и США холецистэктомию выполняют лапароскопически в 90% случаев. При этом послеоперационный период уменьшается с 13 до 3,6, а сроки утраты трудоспособности — с 36 до 12 дней по сравнению с таковыми

при традиционном открытом методе удаления желчного пузыря [4, 5].

В клинической больнице № 18 г. Казани лапароскопическую холецистэктомию выполняют с октября 1991 г. Операции проводили с помощью оборудования фирмы «Карл Шторц» (Германия). С апреля 1992 г. стали использовать некоторые инструменты и аппараты казанской фирмы «Эндомедиум», а с января 1993 г. — весь их комплекс лапароскопического оборудования. Всего выполнено 320 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ).

Среди прооперированных больных было 295 женщин и 25 мужчин. Средний их возраст — 47 лет. Средняя продолжительность заболевания — 5 лет.

Показания к выполнению ЛХЭ те же, что и для открытой операции. В данном случае изменяется не характер вмешательства, а лишь способ удаления желчного пузыря. Тем не