

13. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group. Randomized trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial (ECST) // Lancet. - 1998. - Vol.351. - № 9113. - P.1379 - 1387.

14. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group. Risk of stroke in the distribution of an asymptomatic carotid artery // Lancet. - 1995. - Vol.345 - № 8944. - P.209 - 212.

15. Fieschi, C. Prevention of Ischemic Stroke / C. Fieschi, M. Fischer. - Martin. Dunitz. Ltd, 2000. - 290 p.

16. Graeme Hanke // Lancet. - 2005. - 365. - 2098-104.

17. Influence of the status of the contralateral carotid artery on the outcome of carotid surgery / P. Julia, E. Chemla, F. Mercier et al. // Arm. Vase. Surg.-1998.-Vol.12. - №6.- P.566-571.

УДК 617.55 – 089.819 – 07 – 08:001.89 (083.9)(045)

ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ СПАЕЧНОМ ПРОЦЕССЕ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

М.А. Коссович, С.Н. Коршунов, В.В. Кузовахо

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

Работа посвящена хирургическому лечению пациентов со спаечным процессом брюшной полости. Авторами разработаны классификация спаечного процесса и его клинических проявлений в виде спаечной болезни, учитывающая основные требования практической хирургии, а также лечебно-диагностический алгоритм действий хирурга при абдоминальных сращениях. На основании клинических наблюдений было показано, что выполнение адгезиолизиса лапароскопическим способом по сравнению с традиционным способом проведения хирургического вмешательства позволяет значительно снизить количество осложнений и избежать развития летальных исходов.

Ключевые слова: спаечный процесс брюшной полости, лапароскопический адгезиолизис

PECULIARITIES OF LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS BY PERITONEAL COMMISSURES IN ABDOMINAL CAVITY

M.A. Kossovich, S.N. Korshunov, V.V. Kuzovakho

Saratov State Medical University

The investigation is dedicated to surgical treatment of patients with peritoneal process of abdominal cavity. Authors elaborated the complex clinical classification of peritoneal process and its clinical manifestations in the form of peritoneal commissures, taking into account principal demands of practical surgery, as well as therapeutic-diagnostic algorithm of surgeon's actions in the abdominal commissures. According to clinical cases it was demonstrated that laparoscopic adhesiolysis as compared with the traditional open method allows to reduce complications considerably and to avoid the development of lethal outcomes. **Key words:** peritoneal process of abdominal cavity, laparoscopic adhesiolysis.

Проблема лечения клинических проявлений спаечного процесса брюшной полости в виде спаечной болезни (СБ) возникла параллельно с развитием абдоминальной хирургии, но до настоящего времени остается актуальной и представляет собой большой научный и практический интерес [5]. Объясняется это расширением показаний к хирургическим вмешательствам, выполнение которых неизбежно приводит к травме брюшины и является пусковым механизмом развития спаечного процесса, внутрибрюшным применением сульфаниламидов в прошлом и концентрированных растворов антибиотиков в настоящем. Спаечные сращения между листками брюшины могут не вызывать функциональных нарушений органов брюшной полости и до определенного момента не иметь каких-либо клинических проявлений. Однако достаточно часто возникновение спаек приводит к деформации петель кишечника, что создает механические препятствия прохождению химуса и нарушает моторную функцию кишечника.

В большинстве случаев единственным действенным способом лечения СБ является выполнение хирургического вмешательства. Однако, оперируя пациента традиционным способом, пересекая сдавливающие тяжи и разделяя межкишечные сращения на высоте кишечной непроходимости, хирург, спасая больному жизнь, своими манипуляциями неизбежно провоцирует образование новых спаек в еще боль-

шем количестве, обрекая пациента на повторные вмешательства, риск которых возрастает с каждой последующей операцией. В связи с этим хирурги, по мере возможности, стараются воздерживаться от оперативных вмешательств при СБ.

С развитием эндовидеохирургии и накоплением опыта лапароскопических вмешательств происходит закономерное расширение диапазона заболеваний, при которых операции могут выполняться лапароскопическим методом, поэтому для решения проблемы лечения СБ в последние годы некоторые исследователи стали обращаться к методу лапароскопии, в результате чего появились единичные сообщения о лапароскопическом рассечении абдоминальных спаек, вызывающих нарушение кишечного пассажа [5; 7]. Следует отметить, что данный метод лечения СБ в нашей стране еще не нашел достаточно широкого применения и в классических руководствах по лапароскопической хирургии СБ является противопоказанием для данного вмешательства [1; 2; 3]. Кроме того, выполнение лапароскопических вмешательств при СБ имеет ряд важных тактических и технических особенностей, которые недостаточно полно освещены в современной специальной литературе, вследствие чего и сама проблема лечения СБ еще далека от окончательного решения.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения пациен-

тов со СБ брюшной полости.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии им. акад. С.Р. Миротворцева СГМУ в период с 1993 по 2006 год прооперированы 315 пациентов со СБ брюшной полости. Распределение пациентов со СБ брюшной полости по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Из таблицы 1 следует, что среди оперированных больных подавляющее большинство – 254 человека (80,6%) – составили лица женского пола, так как они чаще страдают хирургической патологией. Лиц мужского пола было лишь 61 человек (19,4%). Соотношение женщин и мужчин составило 4,2:1. Средний возраст пациентов составил $43,8 \pm 2,3$ лет, что соответствует активному работоспособному периоду.

Всех больных разделили на три группы, которые были сопоставимы по полу и возрасту. В I группу (41 человек) вошли больные, оперированные по поводу СБ брюшной полости традиционным способом через широкий срединный доступ. В данной группе операции были произведены в ночное время, выходные или праздничные дни, когда выполнение лапароскопических вмешательств по организационным или техническим причинам не представлялось возможным. Во II группу (55 человек) включены пациенты, оперированные лапароскопическим способом, у которых СБ брюшной полости рассматривалась как основная патология. Лапароскопический адгезиолизис у них восстанавливал нормальные топографо-анатомические взаимоотношения органов брюшной полости, устраняя основные проявления СБ. III группу (219 человек) составили пациенты, оперированные лапароскопическим способом, у которых СБ являлась сопутствующим заболеванием вследствие перенесенного воспаления органов брюшной полости. Выполняемый в этой группе лапароскопический адгезиолизис обеспечивал оптимальный доступ к пораженному органу и способствовал купированию клинических проявлений основной патологии. При этом пациенты III группы представляли интерес в плане формирования технического обеспечения оперативного вмешательства, главные моменты которого легли в основу построения тактики хирургического лечения СБ у пациентов II группы.

Результаты исследования. При выполнении данного исследования нами была разработана классификация СБ брюшной полости, в которой учтены течение заболевания, распространенность спаечного процесса, его последствия, а также характер, форма, протяженность и вид спаек.

Классификация СБ брюшной полости:

1. По течению:

- 1.1. неосложненная СБ:
 - 1.1.1. бессимптомная форма;
 - 1.1.2. диспепсическая форма;
 - 1.1.3. болевая форма.

1.2. СБ, осложненная острой кишечной непроходимостью:

- 1.2.1. начальная стадия;
- 1.2.2. ранняя стадия;
- 1.2.3. поздняя стадия.

2. По распространенности спаечного процесса:

- 2.1. локальное поражение (1 топографо-анатомическая область);
- 2.2. ограниченное поражение (2-4 топографо-анатомические области);

2.3. субтотальное поражение (5-8 топографо-анатомических областей);

2.4. тотальное поражение (9-12 топографо-анатомических областей).

При делении брюшной полости на топографо-анатомические области исходим из деления ее на два этажа. При этом в верхнем этаже брюшной полости (надободочном пространстве) выделяем правое и левое поддиафрагмальные пространства, подпеченочное пространство, преджелудочную щель и сальниковую сумку. В нижнем этаже брюшной полости (подободочном пространстве) определяем правый и левый боковые каналы с правой и левой подвздошными ямками, правый и левый мезентериальные синусы и полость малого таза [6].

3. По последствиям спаечного процесса:

3.1. без нарушения пассажа кишечного содержимого;

3.2. с нарушением пассажа кишечного содержимого:

3.2.1. с частичным нарушением;

3.2.2. с полным прекращением продвижения.

4. По характеру спаек:

4.1. круглые:

- 4.1.1. нитевидные;
- 4.1.2. шнуровидные;
- 4.1.3. веревочные;
- 4.1.4. канатные.

4.2. плоские:

- 4.2.1. перепончатые;
- 4.2.2. плащевидные;
- 4.2.3. занавесочные;
- 4.2.4. перегородочные.

4.3. сальниковые;

4.4. тракционные;

4.5. смешанные;

4.6. панцирные.

Градации круглых и плоских спаек проводится в зависимости от их толщины. К тракционным относим спайки, которые интимно фиксируют петлю кишки к париетальной брюшине. Примером смешанных сращений являются, например, шнуровидные сальниковые или занавесочные сальниковые спайки.

5. По форме спаек:

5.1. прямоугольные, в том числе квадратные;

5.2. трапецевидные;

5.3. треугольные;

5.4. смешанные.

6. По протяженности спаек:

6.1. короткие;

6.2. длинные.

У коротких спаек имеется преобладание ширины над длиной, а у длинных – длины над шириной.

7. По топографо-анатомическому виду спаек:

7.1. висцеро-париетальные:

7.1.1. с участием паренхиматозных органов;

7.1.2. с вовлечением полых органов.

7.2. висцеро-висцеральные:

7.2.1. с участием паренхиматозных органов;

7.2.2. с вовлечением полых органов.

7.3. парието-париетальные:

7.3.1. с участием брюшины передней брюшной стенки;

7.3.2. с участием брюшины боковых стенок живота;

7.3.3.с участием париетальной брюшины таза;

7.3.4.с участием париетальной брюшины задней брюшной стенки;

7.3.5.с участием брюшины диафрагмы.

Предложенная классификация отвечает основным требованиям практической хирургии, так как позволяет определить и учесть основные тактические и технические моменты выполнения оперативных вмешательств по поводу СБ брюшной полости, в том числе и лапароскопическим способом.

В задачи исследования входило определение и обоснование показаний и противопоказаний к проведению лапароскопического адгезиолизиса. Учитывая тот факт, что каждый метод имеет свой разумный предел возможности применения, целесообразно использовать лапароскопическую методику при наличии диспепсической и болевой форм СБ, а также при наличии начальных и ранних симптомов острой кишечной непроходимости, а традиционный способ хирургического вмешательства – при СБ после перенесенного разлитого и общего перитонита и при развитии поздних симптомов острой кишечной непроходимости.

Необходимо подчеркнуть, что в анализируемых нами I и II группах больных показания для выполнения традиционного и лапароскопического оперативного вмешательства были одинаковыми и соответствовали показаниям для проведения лапароскопического адгезиолизиса, указанным выше.

В случае отсутствия или недостатка диагностических данных для выявления СБ брюшной полости показана диагностическая окулярная или видеолапароскопия, которые позволяют по прямым и косвенным признакам выявить причину заболевания и определить показания к проведению хирургического вмешательства, а также его срочность и способ выполнения. К косвенным признакам, полученным при лапароскопии, относим следующие: дилатацию петель кишечника, наличие выпота, реактивные изменения париетальной и висцеральной брюшины, микроциркуляторные изменения стенки кишки, выявление фиксации и ригидности кишечных петель. Прямыми признаками являются: обнаружение участка кишки, деформированного спайками, с расширенным приводящим и спавшимся отводящим отделами или обнаружение заворота брыжейки кишки.

Для выполнения диагностической лапароскопии нами определены следующие общие противопоказания: острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения или его ранние последствия, декомпенсация кровообращения и дыхания любого происхождения, различные коагулопатии. Местными противопоказаниями являются резкое перерастяжение петель кишечника при острой кишечной непроходимости, наличие в анамнезе распространенных форм перитонита, функционирующие кишечные свищи, поздние сроки беременности.

Адгезиолизис может быть проведен лапароскопически, комбинированно, с выполнением дополнительного мини-доступа, что не нарушает принципов малоинвазивности, или из традиционного лапаротомного доступа.

Отсутствие последовательных диагностических и лечебных мероприятий при СБ брюшной полости является причиной частых диагностических ошибок. Пациенты с неосложненной СБ в течение длитель-

ного времени лечатся у различных специалистов, не имея конкретного диагноза. СБ, осложненная острой кишечной непроходимостью, относительно поздно диагностируется в клинический симптомокомплекс, достаточный для правильного распознавания возникшего осложнения СБ брюшной полости. В связи с этим нами разработан комплекс лечебно-диагностических мероприятий, выполнение всех пунктов которого позволяет дать полную и всестороннюю клиническую характеристику пациентов со СБ, а также конкретизировать и обосновать предстоящий объем оперативного пособия (рис. 1).

Из особенностей лапароскопического адгезиолизиса хотим обратить внимание на введение первого троакара. Вхождение в брюшную полость, измененную спаечным процессом, является довольно опасным и сложным этапом лапароскопической операции, так как при этом имеется вероятность повреждения полых органов. Считаем, что наиболее безопасным способом введения первого троакара в брюшную полость является применение методики «открытой» лапароскопии или использование оригинального троакара с подпружиненным притупленным штоком (авторское свидетельство на изобретение № 1568987).

Оперативные приемы при производстве лапароскопических вмешательств имеют целый ряд особенностей. При этом следует учитывать, что адгезиолизис в брюшной полости следует выполнять последовательно, рассечению подлежат только те сращения, которые мешают полноценному осмотру брюшной полости, проведению лапароскопических манипуляций или являются причиной СБ. Недопустимо применение монополярной коагуляции на расстоянии менее 10 мм, а биполярной – менее 5 мм от полого органа. Подлежащий пересечению соединительнотканый фрагмент сращения целесообразно визуализировать посредством создания противотяги спаечных серозных поверхностей. При выраженных рубцовых изменениях тканей в местах интимного сращения полых органов с париетальной брюшиной спайки необходимо отсекают вместе с небольшим прилежащим участком париетальной брюшины. Обязательным условием профилактики повторного спайкообразования является тщательный гемостаз.

Коагуляцию целесообразно осуществлять только для предотвращения кровотечений, с использованием оптимальной мощности и режима электрохирургической обработки тканей в браншах диссектора или ножниц, находящихся в непосредственном поле зрения хирурга. Недопустимо использование режима бесконтактной коагуляции и коагуляции непосредственно на кишечной стенке при возникновении капиллярных кровотечений. При интенсивных кровотечениях необходимо применять биполярный режим коагуляции и современное электрохирургическое оборудование, позволяющее использовать нетепловое воздействие на ткани при их разделении (ультразвуковые скальпели). Кроме того, целесообразно применять лигирование, клипирование и гемостатические материалы (губки, ТахоКомб). Соблюдение описанных технических приемов позволяет свести к минимуму риск возникновения осложнений и оптимизировать технику лапароскопических манипуляций при наличии спаечного процесса в брюшной полости.

В связи с недостатками имеющихся технических средств у хирургов отсутствует уверенность в безо-

пасности и эффективности лапароскопического способа адгезиолизиса, что препятствует широкому применению лапароскопии при лечении СБ. Нами усовершенствовано техническое обеспечение лапароскопических операций при СБ брюшной полости путем создания оригинальных лапароскопических инструментов – адгезиотома и универсального диссектора (удостоверения на рационализаторские предложения № 2719, № 2720). Использование их при проведении лапароскопического адгезиолизиса значительно сокращает время и облегчает выполнение вмешательства, позволяя снизить риск интра- и послеоперационных осложнений.

При анализе результатов лечения пациентов, входящих в I группу, которым выполнялись традиционные операции по поводу СБ, выявлено, что большинство больных находилось в отделении реанимации в течение 2–3 суток. Выраженная интоксикация, водно-электролитные нарушения, проявляющиеся расстройством гемодинамики и микроциркуляции, явились причинами проведения продленной искусственной вентиляции легких в течение 1–2 суток. Отмечались тахикардия со срывом сердечного ритма и нарушения трофики миокарда, которые подтверждались данными ЭКГ. Только к 3–4-м суткам на фоне интенсивной медикаментозной терапии наблюдалась стабилизация гемодинамики, исчезали внешние признаки интоксикации, такие, как бледность, цианоз, похолодание кожных покровов. Пациентов беспокоила боль, в связи с чем было необходимо регулярное введение анальгетиков. В раннем послеоперационном периоде у больных наблюдался выраженный парез кишечника, о чем свидетельствовало отсутствие перистальтики и объема эвакуированной жидкости по назогастральному или назоинтестинальному зонду, который составлял в первые трое суток от 800 до 1200 мл за 1 сутки. До 5–7 суток послеоперационного периода сохранялись гипертермия и лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, что свидетельствовало о наличии интоксикации.

Выполнение лапароскопических вмешательств у больных II группы со СБ брюшной полости позволило достичь разрешения непроходимости в ближайшие часы после операции. Спустя 1 сутки после выполнения оперативного вмешательства больные вставали и самостоятельно принимали жидкую пищу. На 2–3-и сутки наблюдались повышенная до субфебрильных цифр температура тела и лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, но пациенты отмечали субъективно улучшение состояния. Большинство из них к этому времени не нуждались во введении анальгетиков в связи с незначительным болевым синдромом или полным отсутствием боли. К 3-м суткам после операции у больных восстанавливалась активная перистальтика. К 5-м суткам наблюдалось уменьшение интоксикации, о чем свидетельствовали нормализация температуры, исчезновение тахикардии.

Результаты хирургического лечения отражают частота и характер послеоперационных осложнений, длительность послеоперационного периода, а также количество летальных исходов и их причины. У больных, которым выполнено хирургическое вмешательство по поводу СБ брюшной полости, отмечены некоторые общехирургические осложнения, характер и частота возникновений которых представлены в таблице 2.

В числе послеоперационных осложнений при традиционных способах хирургического вмешательства по поводу СБ брюшной полости у пациентов I группы преобладали гнойно-воспалительные осложнения – нагноения лапаротомной раны у 10 пациентов (24,4%), в то время как у больных II группы они отсутствовали. При развитии нагноения послеоперационной раны производились вскрытие, санация, адекватное дренирование и последующие обработки раны антисептическими средствами. Развитие этого осложнения связано с травматичностью операции, сопровождающейся бактериальной загрязненностью операционного поля на фоне метаболических нарушений и снижения иммунных сил организма, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с выраженными сопутствующими заболеваниями в стадии суб- и декомпенсации.

Из данных, представленных в таблице 2, также видно, что у 5 пациентов (12,2%) I группы в послеоперационном периоде развилась пневмония. Развитие этого осложнения, вероятно, связано с высоким расположением диафрагмы и гиповентиляцией легочной ткани в течение длительного времени в результате повышенного внутрибрюшного давления при низкой тонкокишечной непроходимости, а также с продолжительной гиподинамией из-за высокой травматичности оперативного вмешательства на органе брюшной полости. Описанные факты способствовали развитию застойных явлений и воспалительного процесса в легких, что приводило к прогрессированию дыхательной недостаточности, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, которые уже к моменту операции имели сопутствующие заболевания дыхательной системы. У больных II группы в связи с низкой травматичностью хирургического вмешательства количество послеоперационных осложнений со стороны дыхательной системы было незначительным. Пневмония возникла лишь в одном случае (1,9%) и быстро купировалась под действием антибактериальной терапии.

Выполнение оперативного вмешательства в экстренном порядке исключало возможность проведения профилактических и лечебных мероприятий до вмешательства в необходимом объеме. Однако применение комплексной терапии позволило избежать развития острой сердечно-сосудистой недостаточности в послеоперационном периоде у большинства пациентов. Так, в I группе больных острая сердечно-сосудистая недостаточность развилась у 2 человек (4,9%), а во II группе – только у 1 (1,9%).

Сравнивая традиционную и лапароскопическую методику адгезиолизиса, последнюю можно сопоставить с методами микрохирургии, которые позволяют чрезвычайно деликатно относиться к тканям и сводят к минимуму хирургическую травматизацию, чего невозможно достичь при традиционной технике вмешательств. Описанное обстоятельство является действенной профилактикой спаечного процесса в дальнейшем.

Таким образом, оценивая результаты хирургического лечения СБ, можно отметить, что лапароскопические вмешательства, в сравнении с традиционными, имеют меньшее количество общехирургических осложнений. Так, послеоперационные осложнения в I группе больных наблюдались у 18 человек (43,9%) из общего числа пациентов, оперированных традиционным способом, в то время как осложнения во II

группе наблюдались в 11,5 раза реже и имелись только у 2 человек (3,8%) из всех пациентов, оперированных лапароскопически. В послеоперационном периоде у данной категории больных летальности не было, так как сравнивались две группы больных с аналогичными показаниями к хирургическому лечению и без поздних признаков острой спаечной кишечной непроходимости.

Выводы:

1. Разработанная комплексная клиническая классификация СБ учитывает основные требования практической хирургии, которые позволяют определить и учесть важнейшие тактические и технические моменты выполнения оперативных вмешательств по поводу СБ брюшной полости, в том числе и лапароскопическим способом.

2. Лапароскопический адгезиолизис показан при наличии диспепсической и болевой форм неосложненной СБ, а также в начальной и ранней стадиях СБ, осложненной острой кишечной непроходимостью. Традиционное хирургическое пособие показано при развитии поздней стадии острой кишечной непро-

ходимости, а также при наличии в анамнезе перенесенного разлитого или общего гнойного перитонита. Пациентам с бессимптомным течением неосложненной СБ оперативное лечение не показано.

3. Применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма значительно расширяет показания для выполнения адгезиолизиса лапароскопическим способом, что улучшает диагностику и результаты хирургического лечения СБ брюшной полости.

4. Использование оригинальных инструментов при проведении лапароскопического адгезиолизиса сокращает время и облегчает выполнение вмешательства, позволяя снизить риск интра- и послеоперационных осложнений.

5. Выполнение адгезиолизиса лапароскопическим способом по сравнению с традиционным вариантом проведения хирургического вмешательства позволяет значительно снизить количество осложнений и избежать развития летальных исходов, тем самым улучшая результаты хирургического лечения пациентов со СБ брюшной полости.



Рис. 1. Алгоритм действий при СБ брюшной полости

Распределение пациентов со СБ брюшной полости по полу и возрасту

Возраст, годы	Мужчины	Женщины	Всего	
			абс.	%
20 и младше	7	14	21	6,9
21 - 30	8	31	39	12,3
31 - 40	13	59	72	22,8
41 - 50	18	61	79	25,1
51 - 60	9	53	62	19,6
61 - 70	6	25	31	9,8
Старше 70	-	11	11	3,5
Итого	61	254	315	100,0
	315			

Таблица 2

Характер и частота осложнений у больных I и II групп, оперированных по поводу СБ брюшной полости

Характер осложнений	Число осложнений			
	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Нагноение послеоперационной раны	10	24,4	-	-
Пневмония	5	12,2	1	1,9 *
Тромбоз эмболия легочной артерии	1	2,4	-	-
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	2	4,9	1	1,9
Всего осложнений	18	43,9	2	3,8 *
Без осложнений	23	56,1	53	96,2
Всего	41	100,0	55	100,0

* – различия между показателями в I и II группах статистически значимы (р < 0,05).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балалыкин, А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия/ А.С. Балалыкин. – М.: Медицина, 1996. – 152 с.
2. Одномоментная лапароскопическая ваготомия и холецистэктомия/ А.С. Балалыкин, Б.В. Крапивин, А.А. Давыдов и др. // Хирургия. – 1997. – №4. – С. 68.
3. Балалыкин, В.Д. Первый опыт малоинвазивной хирургии в стационаре одного дня/ В.Д. Балалыкин, П.А. Кулиш, А.М. Мануйлов// Эндоскоп. хирургия. – 1999. – №2. – С. 7–8.
4. Лапароскопические операции при острой кишечной непроходимости/ А.Г. Кригер, А.П. Фалер, А.М. Череватен-

ко, К.Э. Ржебаев// Эндоскоп. хирургия. – 1998. – № 2. – С. 21-23.

5. Милонов, О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии: Послеоперационная кишечная непроходимость/ О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Желтецкий. – М.: Медицина, 1990. – С. 182-201.

6. Синельников, Р.Д. Учение о внутренних органах и сосудах/ Р.Д. Синельников// Атлас анатомии человека. – М.: Медицина, 1973. – Т. 2. – 468 с.

7. Kleinhaus, S. Laparoscopic lysis of adhesions for postappendectomy pain/ S. Kleinhaus // Gastrointestinal endoscopy. – 1984. – Vol. 30, № 5. – P. 304-305.

УДК 616.33/.342-002.44-06-031.14-089.191.1(045)

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

А.С. Толстоколов, А.А. Стрелков, И.В. Федотов, Р.В. Тимохин

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

В работе проведен анализ непосредственных результатов экстренных операций у 81 больного с сочетанными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. На основании этого определены критерии, позволяющие избрать оптимальный вариант операции у больных с острыми сочетанными осложнениями.

Ключевые слова: язвенная болезнь, сочетанные осложнения, неотложная хирургия.

URGENT SURGERY OF COMBINED COMPLICATIONS OF GASTRODUODENAL ULCERS

A.S. Tolstokorov, A.A. Strelkov, I.V. Fedotov, R.V. Timokhin

Saratov State Medical University

The scientific research deals with the analysis of direct results of urgent operations of 81 patients with combined complications of ulcerous disease of stomach and duodenum. On the base of this research work it is possible to define the criteria which let to choose the optimal way of the operation in case of acute combined complications.

Key words: ulcerous disease, combined complications, urgent surgery.