

7. Allan B., Norman R. Cancer Chemother. Rep., 1974, 58, 295.
8. Ardenne M. von, Riger F. Arch. Yeschwulstforsch., 1972, 40, 51.
9. Ardenne M. von, Kell E. Arch. Yeschwulstforsch., 1979, 49, 223.
10. Crile Y. Ann. Surg., 1962, 156, 401.
11. Dickson I. In: International symposium on cancer therapy by hyperthermia and radiation. Washington, 1975, 134.
12. Kerman R. H., Smith R., Stefan S. S. Cancer Res., 1977, 36, 3274.
13. Mendes N., Miki S., Peixinho Z. J. Immunol., 1974, 113, 531.
14. Pettigrew R. In: International symposium on cancer therapy by hyperthermia and radiation. Washington, 1975, 282.
15. Pettigrew R., Yalt I., Lundgate C., Smith A. Brit. Med. J., 1974, 4, 679.
16. Warburg O. Über den stoffwechsel der tumoren. Berlin, 1926.

УДК 616—7

В. Т. АПОЯН, О. Х. БАТИКЯН, Н. М. ХАЧАТУРЯН

НАШ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Представлены результаты применения лапароскопии у больных с различными заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Отмечается ценность применения лапароскопии у больных с механической желтухой неясного генеза с целью холецистохолангиографии и декомпрессии желчных путей. Наружное транспеченочное дренирование желчного пузыря с последующим промыванием его растворами антибиотиков показано у лиц пожилого и старческого возраста с обтурационным холециститом, где неотложное вмешательство связано с высоким риском.

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе имеется значительное количество работ, посвященных технике лапароскопии, показаниям и противопоказаниям к ее применению [1—10]. Сфера применения лапароскопии в последние годы заметно расширилась. Наметились тенденции к сочетанию диагностических и лечебных манипуляций в процессе лапароскопии, в частности при острых заболеваниях и травмах брюшной полости.

Лапароскопия нами применена у 200 больных в возрасте от 13 до 75 лет с различными острыми и хроническими заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Применяемая методика лапароскопии мало отличалась от общепринятой. Серьезных осложнений при этом не наблюдалось. Лишь у одного больного отмечалась умеренная подкожная эмфизема в области раны.

Противопоказанием к лапароскопии являются спайочный процесс в брюшной полости, выраженный метеоризм, диафрагмальные грыжи, недостаточность сердечно-сосудистой системы, включая тяжелую коронарную недостаточность, пароксизмальную тахикардию, нарушение атриовентрикулярной проводимости.

Среди обследованных больных с патологией печени и желчных путей было 118, поджелудочной железы—26, желудочно-кишечного тракта—18, забрюшинного пространства—12, сальника и брюшины—11, селезенки—8, органов малого таза—9.

Диффузная патология печени выявлена у 80 больных. В этой группе после осмотра производилась биопсия печени с дальнейшим цитологическим и гистологическим исследованием материала. В 87,2% наблюдений отмечалось совпадение лапароскопического и морфологического диагнозов, что указывает на диагностическую ценность методики.

Значительные трудности нередко возникают при дифференциальной диагностике очаговых поражений. Так, в 4 наблюдениях при отсутствии очаговых изменений на скеннограммах, отрицательной реакции латекс-агглютинации лапароскопически заподозрено эхинококковое поражение, которое впоследствии подтвердилось на операции.

У 22 больных с патологией желчных путей лапароскопия производилась с целью холангиографии. Показанием к этому явились неубедительные данные пероральной и внутривенной холангиографии, а также механическая желтуха неясного генеза. В последней группе вместо чрескожной холангиографии, производимой обычно вслепую, предпочтение отдавалось лапароскопической холецистохолангиографии, когда пункция пузыря или протоков выполнялась под контролем глаза. В трех наблюдениях лишь с помощью лапароскопической холангиографии удалось обнаружить калькулез желчного пузыря. Из 23 больных с механической желтухой у 21 выявлен рак головки поджелудочной железы, у 2—рак фатерова соска, что и было подтверждено при оперативном вмешательстве.

У больных с механической желтухой для создания наружного оттока желчи после холангиографии произведено дренирование желчного пузыря, что привело к сокращению сроков предоперационной подготовки и способствовало успешному исходу операции. Приводим наше наблюдение.

Больной Г., 48 лет, поступил в клинику 17/XI 80 г. с предварительным диагнозом: механическая желтуха. При поступлении жаловался на умеренные боли в правом подреберье, тошноту, выраженный зуд, отсутствие аппетита, общее недомогание.

За неделю до поступления появилась желтушность склер и кожных покровов. На третий день желтухи больной заметил обесцвечивание кала и потемнение цвета мочи. В течение одного года отмечались неопределенные боли в верхней половине живота. С начала болезни потерял в весе 12 кг. Нигде не лечился.

При объективном обследовании выявлены интенсивная желтушность кожных покровов и склер, следы расчесов на коже. При пальпации печень увеличена, нижний край закруглен и выступает из-под реберной дуги на 4 см. Общий билирубин 5,4 мг% (прямой—4,0, непрямой—1,4 мг%), холестерин—434 мг%. Другие показатели в пределах нормы.

Для выяснения причины механической желтухи произведена лапароскопия 24.XI.80 г. Желчный пузырь увеличен, напряжен, прикрыт увеличенной печенью, которая имеет зеленоватую окраску.

Произведены чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря и холецистохолангиография. Контрастированы желчный пузырь и желчные пути. Общий желчный проток резко дилатирован, дистальный конец его сужен в виде клюва, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. Диагностирован рак головки поджелудочной железы. В течение 3—4 дней показатели общего билирубина снизились до 1,2 мг% (прямой—0,6, непрямой—0,4 мг%), холестерин—200 мг%.

Вследствие дренирования и отведения желчи наружу состояние больного улучшилось; желтушность резко уменьшилась, что позволило в краткий срок подготовить

больного к операции и выполнить с успехом холецистоеюноанастомоз в связи с неоперабельным раком головки поджелудочной железы.

Наружное транспеченочное дренирование желчного пузыря с последующим промыванием его растворами антибиотиков произведено у 12 больных с некупирующимися приступами острого холецистита в качестве последней меры. Указанное дренирование особенно ценно у лиц пожилого и старческого возраста с обтурационным холециститом, где неотложное вмешательство связано с высоким риском из-за сопутствующей патологии. Получаемый выигрыш во времени использовался для тщательной предоперационной подготовки больных.

Значительная диагностическая информация с помощью лапароскопии была получена у 8 больных с увеличенной селезенкой, из коих у 3 удалось обнаружить ее эхинококковое поражение, у 5—спленомегалию на почве цирроза печени.

Различные опухоли брюшной полости, наличие асцита неясного генеза явились показанием для лапароскопии у 18 больных. Из них у 3 выявлена киста брыжейки тонкой кишки лишь с помощью лапароскопии. При осмотре брюшной полости оказалось возможным дифференцировать опухоли слепой кишки от аппендикулярных инфильтратов в 15 случаях, определить операбельность внутрибрюшных опухолей, уточнить их локализацию (вне- или внутрибрюшинное расположение).

Лапароскопия применяется также у лиц с политравмой, находящихся в бессознательном состоянии. В подобных случаях часто в клинике применяется лапароцентез с введением катетера в различные отделы брюшной полости с аспирацией содержимого (метод шарящего катетера). Однако в ряде случаев данные лапароцентеза оказываются неубедительными, и тогда лишь лапароскопия может уточнить наличие повреждений внутренних органов или исключить последние.

Приводим наше наблюдение.

Больной М., 40 лет, поступил в клинику 28.II.80 г. после автоаварии в крайне тяжелом состоянии с предварительным диагнозом: ушиб головного мозга, перелом основания черепа, субарахноидальное кровоизлияние, множественные ушибленные раны тела, перелом IV—VII ребер справа и V—VI ребер слева. Повреждение органов брюшной полости, внутреннее кровотечение? Тяжелейшее состояние не позволило полностью исключить повреждения органов живота. Произведен лапароцентез, данные которого оказались недостаточными для точной диагностики. С целью уточнения диагноза произведена лапароскопия, при которой выявлено небольшое кровоизлияние в брыжейке тонкого кишечника, что позволило избежать ненужной лапаротомии и перевести больного в нейрохирургическое отделение.

Таким образом, на основании данных литературы и собственных наблюдений можно заключить, что лапароскопия является ценным диагностическим методом, позволяющим уточнить характер патологического процесса органов брюшной полости, его локализацию и распространенность. В сочетании с чреспеченочной холецистохолангиографией и декомпрессией желчных ходов лапароскопия позволяет уточнить природу механической желтухи—уменьшить желчную гипертензию и сократить сроки предоперационной подготовки.

Декомпрессия желчного пузыря у лиц с тяжелой сопутствующей патологией с повышенным оперативным риском в экстренных случаях позволяет купировать болевой приступ и острый воспалительный процесс в пузыре, избежать экстренных операций.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 9/XI 1982 г.

Վ. Բ. ԱՓՈՅԱՆ, Հ. Խ. ԲԱՏԻԿՅԱՆ, Ն. Մ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԼԱՊԱՐՈՍԿՈՊՑԻԱՅԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՁԸ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻՆՄԻ

Աշխատանքում ներկայացված են հոսպիտալ վիրաբուժության կլինիկա-յում հետազոտված հիվանդների լապարոսկոպիկ քննության արդյունքները:

Ցույց է տրված լապարոսկոպիայի արժեքավորությունը խոլեցիստոխոլանգիոգրաֆիայի և լեղուղիների դեկոմպրեսիայի համար այն հիվանդների մոտ, որոնք ունեն անհայտ պատճառի մեխանիկական դեղնախտ:

Լեղապարկի արտաքին միջլարդային դրենավորումը և նրա հետագա լվացումը հակաբիոտիկների լուծույթներով հատկապես ցուցված է օբտուրացիոն խոլեցիստիտով տառապող մեծահասակ և ծեր հիվանդների բուժման համար, երբ շտապ վիրահատությունը վտանգավոր է:

Լապարոսկոպիան հանդիսանում է նաև արժեքավոր ախտորոշիչ մեթոդ անգիտակից վիճակում գտնվող պոլիտրավմայով հիվանդների համար:

V. T. APOYAN, O. Kh. BATIKIAN, N. M. KHACHATRIAN

OUR EXPERIENCE OF LAPAROSCOPY IN THE SURGICAL CLINIC

The results of the application of laparoscopy in 200 patients with different diseases of the organs of the abdominal cavity and retroperitoneal space are brought in the article. The application of laparoscopy in patients with mechanical jaundice of the unknown genesis appeared to be very valuable for cholecystocholangiography and decompression of biliary tracts. External transhepatic drainage of the gallbladder with its following lavage by antibiotic solutions is recommended for elderly patients with obturative cholecystitis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Васильев Р. X. Перитонеоскопия в хирургической клинике. М., 1968.
2. Гаджиев Н. С. Хирургия, 1979, 2, стр. 17.
3. Дедерер Ю. М., Прохоров В. И. Клин. хир., 1979, 9, стр. 16.
4. Захаров С. И., Курмангалиев Ф. К., Баскаков В. А. и др. Вест. хир., 1980, 8, стр. 42.
5. Коциев О. С., Ким И. А. Хирургия, 1980, 8, стр. 79.
6. Савельев В. С., Буянов В. М., Балаян А. С. и др. Хирургия, 1981, 1, стр. 3.
7. Петров В. И., Луцевич О. Э. Хирургия, 1982, 6, стр. 76.
8. Amman J., Engelhart G., Blessing H. Helv. chir. Acta, 1977, 44, 1-2, 89.
9. Ponnen F., Frangenhelm H. Chirurg, 1975, 46, 9, 405.
10. Serte J. P., Theunis A. Acta chir. Belg., 1973, 72, 5, 387.