

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

*М.І.Тутченко, О.А.Ткаченко,
І.В.Щур, О.В.Васильчук, Д.В.Ярошук*

**Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Київ, Україна**

У роботі наведено результати оперативного лікування 1056 хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, оперованих лапароскопічно. Визначено можливості застосування малоінвазивних оперативних втручань при гострому апендициті, холециститі, панкреатиті, спайковій кишковій непрохідності, перфоративній виразці, защемленій грижі, гострій гінекологічній патології та кровотечі при порталній гіпертензії.

Ключові слова: лапароскопія, невідкладна хірургія, лапароскопічна операція.

Вступ

У невідкладній хірургії, на відміну від планової, лапароскопічні операції ще не знайшли широкого застосування. Це пояснюється як здоровим консерватизмом хірургів, так і відсутністю необхідного досвіду лапароскопічних операцій при гострій патології органів черевної порожнини [1].

Актуальним питанням ургентної хірургії є визначення можливості застосування малоінвазивних оперативних втручань, які дозволяють радикально ліквідувати наявну патологію, звести до мінімуму загрозу виникнення післяопераційних ускладнень, забезпечити максимально «комфортний» перебіг післяопераційного періоду [3].

Основними перевагами лапароскопічних операцій є їх мала травматичність, що значно зменшує вірогідність утворення обширних злук черевної порожнини, больового синдрому, парезу кишечника та застійні

явища в легенях, небезпеку гнійних ускладнень з боку операційної рани і виникнення післяопераційних вентральних гриж [2]. Малоінвазивні технології дозволяють скоротити післяопераційне лікування в стаціонарі.

Матеріали та методи дослідження

У Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги проаналізовано результати лапароскопічного лікування 1056 пацієнтів з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини за 1999-2009 рр. Вік хворих коливався в межах від 17 до 79 років. Чоловіків було 391 (37%), жінок — 665 (63%). Пацієнтів з гострим холециститом було 714 (67,6%), гострим апендицитом — 56 (5,3%), розривом кісти яєчника — 27 (2,6%), порушеною трубною вагітністю — 13 (1,2%), з гострою кишковою непрохідністю — 35 (3,3%), перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки — 192 (18,2%), гострим панкреатитом — 8 (0,76%), защемленою грижою — 7 (0,66%), кровотечею з варікозно розширених вен стравоходу при портальній гіпертензії — 4 (0,38%). Хворі надійшли до стаціонару в межах 1-96 годин від початку захворювання.

Таблиця 1

Розподіл хворих за нозологіями

Кількість хворих	Діагноз									
	гострий холецистит	гострий апендицит	перфоративна виразка ДПК	гострий панкреатит	гостра кишкова непрохідність	защемлена грижа	розрив кісти яєчника	порушена трубна вагітність	кровотата при портальній гіпертензії	усього
абс. к-ть	714	56	192	8	35	7	27	13	4	1056
%	67,6	5,3	18,2	0,76	3,3	0,66	2,6	1,2	0,38	100

Результати дослідження та їх обговорення

У структурі оперативних втручань, виконаних лапароскопічно, перше місце займають операції, виконані з приводу гострого холецистити. Лапароскопічна холецистектомія у даний час є «золотим стандартом» у лікуванні жовчно-кам'яної хвороби. Відеоендохірургічне втручання при гострому холециститі є для хірурга технічно більш складним унаслідок інфільтрації тканин у ділянці шийки міхура, яка може розповсюджуватись на печінково-дванадцятипалу

зв'язку і заважає чіткій візуалізації та диференціації міхурової протоки, артерії та холедоха. Гострий катаральний холецистит виявлено у 218 (30,5%) хворих, гострий флегмонозний — у 393 (55%), гангренозний — у 103 (14,5%). Лапароскопічна холецистектомія, доповнена зовнішнім дренажуванням холедоха, виконана в 7 (1%) випадках, що було зумовлено необхідністю декомпресії розширеного холедоха та ознак жовчної гіпертензії. У всіх 7 (1%) пацієнтів була проведена інтраопераційна холангіографія. У 6 (0,84%) хворих діагностований холедохолітіаз, проведена інтраопераційна лапароскопічна холедохоскопія. Літекстракція кошиком Дормія вдало виконана у 4 (0,56%) пацієнтів. У 2 (0,28%) хворих технічно провести літекстракцію не було можливим. У післяопераційному періоді їм була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія з літекстракцією та ретроградною холангіопанкреатографією. В 1 (0,14%) хворого з гострим гангренозним калькульозним холециститом причиною біліарної гіпертензії був реактивний панкреатит. Необхідність у конверсії виникла у 22 (3%) пацієнтів. Тривалість операції була від 40 до 125 хвилин.

Таблиця 2

Розподіл хворих в залежності від тяжкості гострого холециститу

Кількість хворих	Діагноз			усього
	гострий калькульозний катаральний холецистит	гострий калькульозний флегмонозний холецистит	гострий калькульозний гангренозний холецистит	
абс. к-ть	218	393	103	714
%	30,5	55	14,5	100

Протипоказаннями до лапароскопічних операцій при гострому холециститі вважаємо:

- гострий деструктивний холецистит з щільним паравезикальним інфільтратом, що розповсюджується на печінково-дванадцятипалу зв'язку;
- поєднання гострого холециститу з гострим панкреатитом;
- наявність білідигестивних та біліобіліарних нориць;
- вроджені аномалії розвитку жовчного міхура, при яких жовчний міхур або його шийка не доступні огляду або об'єднані з позапечінковими жовчними протоками.

Нами виконано 56 (5, 3%) лапароскопічних апендектомій. З них гострий простий апендицит діагностовано у 15 (26,7%) пацієнтів, флегмонозний — у 31 (55,4%), гангренозний — у 8 (14,3%). У 2 (3,6%) пацієнтів при наявності апендикулярного інфільтрату виконана конверсія. Апендектомія завершена із серединної лапаротомії. При гострому апендициті травматичність та косметичний ефект традиційного доступу в правій здухвинній ділянці значно поступається операції, виконаній лапароскопічно. Намагання багатьох хірургів виконати апендектомію з найменшого доступу веде до більшої травматизації тканин, що являється однією з основних причин утворення злук у черевній порожнині. Чим менший доступ при відкритій операції, тим більша травма. У випадках, коли гострий апендицит ускладнений перитонітом, навіть при розлитих формах, лапароскопічна операція забезпечує адекватну санацію черевної порожнини та має беззаперечні переваги перед серединною лапаротомією.

До протипоказань до лапароскопічного виконання апендектомії відносимо:

- захворювання, при яких створення карбоперитоніуму може призвести до декомпенсації ослаблених вітальних функцій організму;
- стан, коли загальна анестезія зі ШВЛ більш небезпечна, ніж сама апендектомія;
- апендикулярний інфільтрат, діагностований до операції;
- парез тонкої кишки, що потребує її інтубації.

Тривалість операції складала від 40 до 80 хвилин.

Незаперечною перевагою лапароскопічного методу при підозрі на гострий апендицит є можливість верифікації діагнозу у жінок репродуктивного віку, у яких диференціальна діагностика гострого апендициту та гінекологічної патології в деяких випадках має свої труднощі.

Таблиця 3

Розподіл хворих з гострим апендицитом

Кількість хворих	Діагноз				
	гострий катаральний пелицит	гострий флегмонозний апендицит	гострий гангренозний апендицит	апендикулярний інфільтрат	всього
абс. к-ть	15	31	8	2	56
%	26,7	55,4	14,3	3,6	100

Лапароскопічна кістектомія виконана у 27 (2,6%) пацієнток, які надходили до відділення з підозрою на гострий апендицит. У 13 (1,2%) жінок виявлена порушена трубна вагітність, виконана лапароскопічна тубектомія.

З приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки лапароскопічно прооперовано 192 (18, 2%) хворих.

Час з моменту перфорації до операції:

- до 6 годин — 123 (64%) хворих;
- 6-12 годин — 48 (25%) пацієнтів;
- 12-18 годин — 21 (11%) пацієнт.

Розмір перфоративного отвору коливався від 0, 3 до 2, 0 см. Умовами для виконання лапароскопічних операцій при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки були:

- 1) локалізація виразки на передній стінці пілородуоденальної області;
- 2) розміри виразки до 1, 5 см;
- 3) відсутність інших ускладнень виразкової хвороби (кровотеча, стеноз);
- 4) відсутність парезу кишечника, який потребує інтестинальної інтубації;
- 5) відсутність тяжкої супутньої патології.

Лапароскопічне зашивання перфоративного отвору виконано 101 (52,5%) пацієнту, висічення виразки з наступною дуоденопластиком — 55 (28,8%). Селективну проксимальну ваготомію (СПВ) із зашиванням або висіченням виразки було виконано у 22 (11, 5%) хворих, лапароскопічно-асистовані операції виконано у 14 хворих (7,0%). Тривалість лапароскопічних втручань при перфоративній виразці становила від 35 до 210 хв. і в середньому займала від 112 ± 13 хв.

Ускладнення після лапароскопічних операцій при перфоративній виразці ДПК:

- 1) неспроможність ендоскопічних швів — 2 (1,0%) випадки;
- 2) гнійні ускладнення в троакарних ранах — 3 (1,5%) випадки.

Перехід на традиційну операцію (конверсія) — 5 (2,6%) випадків.

Лапароскопія являється одним із методів невідкладної діагностики гострого панкреатиту. Дає змогу з'ясувати форму та вид даної патології, діагностувати панкреатогенний перитоніт, парапанкреатичний інфільтрат, супутні захворювання (деструктивний холецистит), а також виконати деякі лікувальні міроприємства. Під час лапароскопії можна визначити достовірні та непрямі ознаки гострого панкреатиту.

Види лапароскопічних операцій при перфоративній виразці ДПК

Види операцій	Абс. к-ть	%	Ускладнення			
			Неспроможність швів		Гнійні ускладнення в троакарних ранах	
			к-ть	%	к-ть	%
Зашивання	101	52,5	1	0,5	1	0,5
Висічення+дуоденопластика	55	28,8	1	0,5		
Висічення+дуоденопластика+СПВ	22	11,5				
Лапароскопічно-асистована	14	7			2	1,0
Усього	192	100	2	1	3	1,5

До непрямих ознак гострого панкреатиту відносимо: набряк малого чепця та печінково-дванадцятипалої зв'язки, вибухання шлунка вперед, помірна гіперемія вісцеральної очеревини верхніх відділів черевної порожнини, можливо наявність невеликої кількості серозної рідини в правому підпечінковому просторі.

До достовірних ознак гострого панкреатиту відносять: набряк кореня брижейки попереково-ободової кишки, наявність випоту з високою активністю альфа-амілази (у 2-3 рази перевищуючи активність її в крові), наявність стеатонекрозів.

Достовірними ознаками тяжкого панкреатиту є: геморагічний характер ферментативного ексудату (рожевий, малиновий, вишневий, коричневий), поширені вогнища стеатонекрозів, обширна геморагічна імбібіція заочеревинної клітковини, яка виходить за межі підшлункової залози.

З приводу гострого панкреатиту нами лапароскопічно прооперовано 8 (0,76%) хворих. У 6 (75%) пацієнтів виявлено гострий панкреатит з ферментативним перитонітом під час виконання діагностичної лапароскопії, що зумовило необхідність аспірації перитонеального вмісту, санації та дренивання черевної порожнини. У 2 (25%) хворих з деструктивним панкреатитом виконано лапароскопічну некрсек-

вєстрєктомію, санацію, дренажування сальникової сумки та черевної порожнини. Дане лікування виявилось недостатньо ефективним. У подальшому цим хворим була виконана лапаротомія з некрєксєвєстрєктомією та програмованими санаціями черевної порожнини. У 2 (25%) хворих, незважаючи на комплексну терапію, смерть була зумовлена незворотньою поліорганною недостатністю. Решта 6 (75%) хворих виписані в задовільному стані в різні строки після проведеного лікування.

З приводу гострої злукової кишкової непрохідності лапароскопічно було оперовано 35 (3,3%) хворих. Рєтроспєктивно проаналізовано причини виникнення злук черевної порожнини. Попєредньо у хворих були виконані наступні оперативні втручання:

1. 19 (54,5%) — апєндєктомія з типового косо-поперєкового доступу;

2). 4 (11,4%) — нижньосєрединна лапаротомія, апєндєктомія з приводу дєструктивного апєндициту, ускладненого перитонітом;

3). 1 (2,8%) — сєрединна лапаротомія з приводу проникаючого ножового поранєння живота з пошкодженням тонкого кишєчника;

4). 2 (5,7%) — доступ за Пфанєнштилем, кєсарів розтин;

5). 3 (8,6%) — нижньосєрединна лапаротомія з приводу порушеної позаматкової трубної вагітності, гемопєритонєума;

6). 6 (17%) — нижньосєрединна лапаротомія з приводу розриву кїсти яєчника, гемопєритонєума.

Лапароскопічно операцію завершили у 26 (74,3%) хворих, коли непрохідність була зумовлена поодинокими спайками, та їх розсїчення супроводжувалось ліквідацією странгуляційної кишкової непрохідності. У 2 (5,7%) випадках кишкова непрохідність усунєнена лапароскопічно-асистовано. Малий травматизм втручання є найбільш дієвим фактором захисту від утворєння нових злук. Найвнїсть множинних інтраабдомїнальних зрощєнь з утворєнням кишкових конгломератів, фіксація петель кишєчника до парїєтальної очерєвини на великій площі, різке здуття кишєчника сутєво підвищуєть небезпєку його інтраопераційного пошкодження і являються показаннями до конвєрсії. Лапароскопічні операції тривали від 40 до 135 хвилин. Необхїдність в конвєрсії виникла в 7 (20%) випадках.

Лапароскопічні операції з приводу гострої злукової кишкової непрохідності в залежності від її причини

Попередньо проведені оперативні втручання у пацієнтів	Загальна к-ть хворих		Лапароскопічні		Лапароскопічно-асистовані		Конверсія	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Апендектомія з типового косо-поперекового доступу	19	54,5	19	54,5				
Нижньосередина лапаротомія, апендектомія з приводу деструктивного апендициту, ускладненого перитонітом	4	11,4	1	2,85	1	2,85	2	5,7
Середина лапаротомія з приводу проникаючого ножового поранення живота з пошкодженням тонкого кишечника	1	2,85					1	2,85
Доступ за Пфаненштилем, кесарів розтин	2	5,7	1	2,85			1	2,85
Нижньосередина лапаротомія з приводу порушеної позаматкової трубної вагітності, гемоперитонеума	3	8,6	1	2,85			2	5,7
Нижньосередина лапаротомія з приводу розриву кісти яєчника, гемоперитонеума	6	17	4	11,4	1	2,85	1	2,85
Усього	35	100	26	74,3	2	5,7	7	20

Лапароскопічно прооперовано 7 (0,66%) хворих із защемленими косими паховими грижами. В усіх випадках виконано розсічення защемлюючого кільця, звільнення грижевого вмісту від зрошень з гризовим мішком та оцінка його життєздатності. У 3 (42,8%) випадках було защемлення ділянки великого чепця, а в 4 (57,2%) — петлі тонкої кишки. У всіх хворих (100%) защемлені органи були визнані життєздатними. Оцінювали: колір, інтенсивність перистальтики за-

щемленої ділянки кишки та пульсацію судин брижі. У всіх 7 хворих (100%) операція завершена трансабдомінальною ендоскопічною преперитонеальною алогерніопластикою синтетичною сіткою «Ultragro» 10x15. Конверсії не було.

З приводу портальної гіпертензії, ускладненої кровотокою з варіозно розширених вен стравоходу, прооперовано 4 (0,38%) хворих на висоті кровотоці при неефективності консервативної терапії. Виконано лапароскопічно-асистовану трансекцію стравоходу, лігування селезінкової артерії та лівої шлункової артерії і вени. В 1 (25%) випадку було нагноєння троакарної рани. Конверсій не було. Таким чином, застосування лапароскопічних операцій у невідкладній хірургії є ефективним методом лікування пацієнтів з екстреною хірургічною патологією органів черевної порожнини.

Висновки

1. Лапароскопічні операції в умовах невідкладної хірургії є надійним методом диференціальної діагностики, верифікації патології з подальшим виконанням патогенетично обґрунтованого втручання.

2. Лапароскопічна санація черевної порожнини в умовах розлитого перитоніту при гострому апендициті, холециститі, панкреатиті та перфоративний виразці більш ефективна можливостями ревізії і санації будь-якої ділянки черевної порожнини.

Література

1. Савельев В.С., Кригер А.Г. Лапароскопические вмешательства в неотложной хирургии: состояние проблемы и перспективы // Эндоскоп. хирургия. — 1999. — Т. 5, №3. — С. 3-6.
2. Фоменко А.В. Лапароскопические операции и их влияние на организм пациентов: Автореф. дис. ... д.мед.н. — М., 1999. — 38 с.
3. Manncke K., Raestrup H., Buess G., Becker H.D. Future perspectives in laparoscopic surgery // Ann. Chir. Gynaekol. — 1994. — Vol. 83, №2. — P. 125-135.

Н.И.Тутченко, О.А.Ткаченко, И.В.Щур, А.В.Васильчук, Д.В.Ярошук. Лапароскопические операции в неотложной хирургии органов брюшной полости. Киев, Украина.

Ключевые слова: лапароскопия, неотложная хирургия, лапароскопическая операция.

В работе представлены результаты лапароскопического лечения 1056 больных с острой хирургической патологией органов брюшной

полости. Определены возможности применения малоинвазивных оперативных вмешательств при остром аппендиците, холецистите, панкреатите, спаечной кишечной непроходимости, перфоративной язве, ущемленной грыже и кровотечении при портальной гипертензии.

M.I.Tutchenko, O.A.Tkachenko, I.V.Shur, A.A.Vasilchuk, D.V.Yaroshuk. Minimally invasive operations in emergency surgery. Kyiv, Ukraine.

Key words: laparoscopy, emergency surgery, laparoscopic operation.

The results of treatment of 1056 patients with acute abdominal pathology are presented. Possibility of usage of mini-invasive technologies is established due to acute cholecystitis, acute appendicitis, small bowel adhesive disease, perforated duodenal ulcer, acute pancreatitis, hurt hernia and hemorrhage portal hypertension.