

УДК 616.381-002-089-072.1

© О.Б. МАТВІЙЧУК, І.І. МАТИШИНЕЦЬ, О.В. РОРАГОВСЬКА, В.В. ПІДСУТКЕВИЧ, Є.І. КУБАРИЧ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Відеолапароскопія в хірургії перитоніту

O.B. MATVIYCHUK, I.I. MATISHYNETS, O.V. RORANOVSKA, V.V. PIDSUTKEVYCH, YE.I. KUBARYCH

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

VIDEOLAPAROSCOPY IN SURGERY OF PERITONITIS

Перитоніт залишається одним із найчастіших ускладнень гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Малотравматичність, незначна кількість протипоказань, швидка реабілітація хворих та низька частка ускладнень відеолапароскопії стали запорукою точної діагностики невідкладної хірургічної патології черевної порожнини. Проаналізовано клінічні випадки 40 пацієнтів із вторинним перитонітом, яким ургентно виконано відеолапароскопічне обстеження. Перитоніт було встановлено або підтверджено відеолапароскопічно у всіх випадках. Найчастішою причиною перитоніту був гострий деструктивний апендицит. У більшості (80 %) хворих маніпуляцію проведено з накладанням 2 портів. Конверсію здійснено в 57,1 % випадків. Ускладнень під час проведення відеолапароскопії не було. Наведене засвідчує високу інформаційність та ефективність відеолапароскопії як сучасного методу малоінвазивної діагностики та лікування гострих хірургічних захворювань, ускладнених вторинним перитонітом.

Peritonitis remains the one of the most frequent complications of acute surgical diseases of abdominal cavity. Minimal traumatism, few contraindications, rapid patient's rehabilitation and low complications' rate of videolaparoscopy became the warrants of precise diagnostics in emergency abdominal surgery. The article contains case analysis of 40 patients with secondary peritonitis, who underwent emergency videolaparoscopy. The most frequent source of peritonitis was acute destructive appendicitis. Peritonitis was diagnosed or verified by means of videolaparoscopy in all cases. In the majority (80 %) of patients, 2 ports were used. Conversion was performed in 57,1 % of cases. There were no complications during videolaparoscopy. Received data witnessed the high informational capability and efficacy of videolaparoscopy as the modern mini-invasive method of diagnostics and treatment of acute surgical diseases, complicated by secondary peritonitis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Перитоніт є одним із найчастіших ускладнень гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, яке дотепер супроводжується високою летальністю [4, 8, 13]. Вчасна та коректна верифікація перитоніту є провідною не тільки для правильного вибору хірургічного лікування, але й швидшого одужання пацієнта [5, 10, 12]. Сучасні відеолапароскопічні методики набувають дедалі більшого поширення не тільки в діагностиці, але й ефективному лікуванні перитоніту різного генезу [1, 2, 3]. Малотравматичність, незначна кількість протипоказань, швидка реабілітація хворих та низька частка ускладнень ургентної відеолапароскопії стали запорукою істотного зниження помилок у діагностиці гострої хірургічної патології черевної порожнини [6, 7, 9, 11, 12].

Мета роботи: оцінити діагностично-лікувальне значення відеолапароскопії в хірургії вторинного перитоніту.

Матеріали і методи. Ретроспективним дослідженням проаналізовано 40 пацієнтів із вторинним

перитонітом різної етіології, яким ургентно виконано відеолапароскопічне обстеження. Вік хворих перебував у межах 18–83 р. (середній – 45,8±26,9). Незначно переважали жінки – 52,2 %. Час від початку захворювання до госпіталізації склав 1–72 год (середній – 12,5±8,1). На момент госпіталізації в клініку гіпертермію констатовано в 22,1 % пацієнтів, лейкоцитоз – у 70,9 %. Причиною перитоніту став гострий деструктивний апендицит у 54,1 % пацієнтів, перфоративна виразка шлунка або дванадцятипалої кишки – у 13,1 %, гострий деструктивний холецистит – у 12,3 % хворих, перфоративний дивертикуліт товстої кишки – у 7,9 %, проникаюча травма живота – у 5,1 % пацієнтів, ускладнений рак товстої кишки – у 3,3 %, защемлена грижа з некрозом та перфорацією тонкої кишки – у 3,1 %, періапендикулярний абсцес із проривом у черевну порожнину – в 1,1 % хворих. Дифузний перитоніт був у 48 % хворих. Місцевий невідмежований та відмежований перитоніт діагностовано в 61,7 та 38,3 % випадків відповідно. Перший ступінь тяжкості за Мангеймським індексом перитоніту виявлено у 75 % оперованих, II

– у 17 % та III – у 8 % хворих. У 76,6 % пацієнтів у черевній порожнині виявлено гнійно-фібринозний екссудат, у 16,1 % хворих – малозмінену кров, а в 7,3 % – кишковий вміст. Лаваж черевної порожнини проведено розчинами фурациліну та декаметоксину. Забір вмісту черевної порожнини на мікробіологічне дослідження проведено всім оперованим. “Мікробний пейзаж” був представлений у більшості (82,3 %) грамнегативною (*E. coli*, *Ps. aeruginosa*) флорою та її асоціатами з *Staphylococcus spp.* Ускладнень під час проведення відеолапароскопії не було. Післяопераційний період ускладнився у 16,1 % пацієнтів, з них гнійно-септичними ускладненнями – у 65,4 % хворих. Проведено 1 (2,5 %) релапаротомію, релапароскопій не було. У 57,1 % пацієнтів через технічні труднощі (локалізація та поширеність патологічного джерела, спайковий процес) і недоступність відповідного інструментарію було здійснено конверсію. Ліжко-день пацієнтів тривав 8–43 дні (середній – 23,1±14,5). Летальність складала 2,5 %.

Результати досліджень та їх обговорення.

Догоспітально перитоніт запідозрено лише у 14,4 % випадків, що вкотре підтверджує високу варіабельність цієї патології, зокрема в осіб похилого віку з комплексною супровідною патологією. Методом відеолапароскопії діагноз “перитоніт” було встановлено або підтверджено у всіх випадках. Відеолапа-

роскопію проведено з накладанням 2 портів у 80 % хворих, 3 – у 18 % та 4 – у 2 % пацієнтів. Наведені дані співзвучні зі світовими тенденціями до зменшення травматичності інвазивних методів діагностики та хірургії зокрема [9]. Зменшення частки конверсій завдячує не лише прогресу ендовідеохірургічних технологій, але й росту кваліфікації хірургів, проте цей показник у сучасних світових клініках дотепер не має виразної схильності до падіння [1, 9]. До беззаперечних переваг відеолапароскопії слід також віднести можливість аспірації промивних вод із відлогих місць черевної порожнини, а також використання троакарних портів як дренажних каналів у частини хворих.

Висновки. 1. Перитоніт – тяжке та життєво небезпечне ускладнення невідкладної хірургії черевної порожнини.

2. Найчастішою причиною перитоніту є гострий деструктивний апендицит.

3. Відеолапароскопія є сучасним і високоінформативним методом діагностики та лікування гострої хірургічної патології, ускладненої вторинним перитонітом.

Перспективи подальших досліджень. Вдосконалення методик етапного лаважу черевної порожнини антисептиками та розробка індивідуалізованих показань до проведення релапароскопій.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Байчоров Э.Х., Бондаренко А.Г., Курбанов Ф.Р., Хациев Б.Б. Лечение больных с местным ограниченным перитонитом с использованием лапароскопических санаций // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 2. – С. 11.
2. Бондарев Р.В., Бондарев В.И. Видеолапароскопическая послеоперационная санация брюшной полости в комплексном лечении больных острым разлитым перитонитом // Харьковська хірургічна школа. – 2007. – № 3. – С. 77–78.
3. Бояринцев В.В., Мадай Д.Ю., Суворов В.В. и др. Значение эндовидеохирургии в лечении хирургических инфекций // Вестник хирургии. – 2006. – С. 63–67.
4. Гнойный перитонит (патофизиология и лечение) / Под ред. А.Я. Цыганенко. – Х.: Контраст, 2002. – 280 с.
5. Десятерик В.І., Міхно С.П., Аксентев С.О., Ларіна А.Г., Нетребко А.О. Діагностика і лікування перитоніту в умовах багатопрофільної лікарні // Харьковська хірургічна школа. – 2005. – № 1. – С. 27–29.
6. Короткевич А.Г., Маринич Я.Я., Ефремова О.Р., Кузнецов В.В. Диагностическая эффективность лапароскопии под местной анестезией в структуре видеохирургии // Материалы 3-го съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока (Томск, 15-16.10.2009 г.). – Томск, 2009. – С. 93–94.

7. Мільков Б.О., Польовий В.П., Білоокий В.В., Гресько М.М., Яцків В.В. Помилки в діагностиці та лікуванні перитоніту // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2. – С. 93–96.
8. Радзиховский А.П., Бобров О.Е., Найштетик В.Я. Очерки хирургии перитонита. – Киев, 2000. – 139 с.
9. Сухопара Ю.Н., Майстренко Н.А., Тришин В.М. Основы неотложной лапароскопической хирургии. – СПб.: Элби, 2003. – 192 с.
10. Тутченко М.І., Васильчук О.В., Лисенко В.М., Ярощук Д.В. Застосування лапароскопічних технологій у лікуванні перитоніту, спричиненого перфорацією виразки дванадцятипалої кишки // Клінічна хірургія. – 2005. – № 9. – С. 5–8.
11. Шапкин А.А., Мерзляков М.В. Роль эндоскопических исследований при остром аппендиците // Материалы 3-го съезда хирургов Сибири и Дальнего Востока (Томск, 15-16.10.2009 г.). – Томск, 2009. – С. 136.
12. Golash V. Early laparoscopy in 2380 consecutive cases of acute abdomen in adults // 17th European Association for Endoscopic Surgery Congress (Prague, 17-20.06.2009). – P. 127.
13. Skipworth R.J.E., Fearon K.C.H. Acute abdomen: peritonitis // Surgery. – 2007. – Vol. 26 (3). – P. 98–101.

Отримано 16.08.10