

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

О.Р. ТЕШАЕВ, Э.М. ДАДАЖОНОВ, Х.А. ХОЛОВ, З.О. АБДУЛЛАЕВ,

А.Б. БОБОЖОНОВ, Н.А. ЖУМАЕВ

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ШОШИЛИНЧ ЖАРРОХЛИҚДА ЛАПАРОСКОПИК ЁНДАШУВ

Н.О.Р. ТЕШАЕВ, Э.М. ДАДАЖОНОВ, Х.А. ХОЛОВ, З.О. АБДУЛЛАЕВ,

А.Б. БОБОЖОНОВ, Н.А. ЖУМАЕВ

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN URGENT SURGERY

O.R. TESHAEV, E.M. DADAJONOV, Kh.A. KHOLOV, Z.O. ABDULLAYEV,

A.B. BOBOJONOV, N.A. JUMAEV

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Мақолада қорин бўшлиғи аъзоларининг шошилинч касалликлари бўйича 660 нафар беморда ўтказилган лапароскопик операциялар тажрибаси келтирилган. Шулардан 84 нафарида – ўткир аппендицитда, 484 нафари – ўткир холецистит ва унинг асоратларида, 34 нафари – панкреонекроз, 35 нафари – перфоратив гастродуоденал яраларда ва 23 нафари ўткир ичак тутилишида. 30 (4,5%) нафар беморда анъанавий очик усулга ўтиш зарурат туғилди. Интраоперацион асоратлар 7 (1,0%) нафар беморда, операциядан кейинги асоратлар 15 (2,2%) нафар беморда кузатилди. Вафот этганлар 5 (0,7%) кишини ташкил этди. Даволашдан олинган маълумотлар қорин бўшлиғи аъзоларининг шошилинч касалликларида лапароскопик операциялардан кенг фойдаланиш имконини беради.

Калит сўзлар: *шошилинч жаррохлик, лапароскопик операциялар.*

The experience of 660 laparoscopic operations for various urgent diseases of abdominal cavity organs is presented in the article. 84 of them were performed for acute appendicitis, 484 – for acute cholecystitis and its complications, 34 – for necrotizing pancreatitis, 35 – for perforated gastroduodenal ulcers, and 23 – for acute bowel obstruction. The need for conversion to open surgery took place in 30 (4.5%) patients, intraoperative complications – in 7 (1.0%) patients, postoperative complications – in 15 (2.2%) patients. 5 (0,7%) patients died. Obtained results allow recommending wide use of laparoscopic surgeries for acute diseases of abdominal cavity.

Key words: *urgent surgery, laparoscopic operations.*

Актуальность исследования. Острая абдоминальная патология остаётся актуальным по сей день. По данным Анапасенко В.Г. (2,4), заболеваемость связанная с неотложной патологией органов брюшной полости составляет 38.6-41.4 на 10000 населения и имеет тенденцию к росту. Частота осложнений и летальность после экстренных абдоминальных операций остаются тоже на высоком уровне (1, 3).

По данным множество авторов, лапароскопический доступ обеспечивает точную диагностику, возможность полноценной ревизии брюшной полости, а также минимальную травматичность операции (5). Однако по организационным и техническим причинам данный метод пока мало распространен в экстренной хирургии (6).

Тем не менее, показания и противопоказания, тактические и технические аспекты применения экстренных лапароскопических операций разработаны недостаточно (7). Поэтому комплексный всесторонний анализ применения лапароскопических диагностики и операций в неотложной абдоминальной хирургии и их усо-

вершенствование являются актуальной задачей современной клинической хирургии.

Материал и методы исследования: С 2013 по 2014 гг. в 1 – ГКБ города Ташкента и в РНЦЭМП выполнены 660 лапароскопических вмешательств в экстренном и срочном порядке. По поводу острого холецистита оперированы – 484 больных, острым аппендицитом – 84, перфоративной гастродуоденальной язвой – 35, острой спаечной кишечной непроходимостью – 23, панкреонекрозом – 34. Конверсии выполнены в 30 (4,4%) случаях. Причинами конверсии явились интраоперационные осложнения, трудности технического или диагностического характера.

Результаты и обсуждение: Значительная доля хирургических вмешательств была выполнена по поводу острого деструктивного холецистита – 484 (%). Длительность заболевания варьировалась от 12 часов до 4 суток. Острый катаральный холецистит выявлен у 82 (20%), флегмонозный у 345 (69%) и гангренозный у 57 (11%) больных соответственно. Разрешающая способность метода ограничивалась выраженно-

стью воспалительно – инфильтративных изменений в области гепатодуоденальной связки. При этом не всегда имелась зависимость инфильтративных изменений тканей от длительности заболевания. Конверсии выполнены в 32 (6,6%) случаях. Причинами перехода к открытому способу оперирования явились инфильтративные изменения в области гепатодуоденальной связки – у 4 (12,5%), выраженный спаечный процесс в правом под печеночном пространстве – у 5 (15,6%), кровотечение из пузырной артерии – у 6 (18,8%), травма общего желчного пузыря – у 3 (9,4%), плотный инфильтрат в зоне желчного пузыря – у 3 (9,4%), с-г желчного пузыря – у 1 (3,1%), кровотечение из ложа желчного пузыря – у 4 (12,5%), гангрена стенки желчного пузыря – у 5 (15,6%) больных соответственно. Желчеистечение после холецистэктомии в брюшную полость отмечено у 4 (12,5%) пациентов; в связи с чем при развитии желчного перитонита выполнена лапароскопическая диатермокоагуляция ложа желчного пузыря, а также произведена лапароскопическая санация брюшной полости.

Резидуальный холедохолитиаз во всех случаях устранили путём эндоскопической папиллотомии с литоэкстракцией. Внутривнутрибрюшное кровотечение в послеоперационном периоде возникло у 3 больной: произведена релапаротомия, при этом источником кровотечения оказалась культя пузырной артерии. Летальный исход наблюдался у 2 (0,4%) больных. Причиной смерти больных, оперированных по поводу острого холецистита явился повторный инфаркт миокарда больных страдающих постинфарктным кардиосклерозом.

Лапароскопическая аппендэктомия выполнена у 84 (12,7%) больных после верификации диагноза при диагностической лапароскопии. Показанием к выполнению операции была неосложненная форма острого аппендицита.

Безусловным преимуществом перед традиционной операцией лапароскопический метод имеет у больных с атипичным расположением червеобразного отростка. Острый катаральный аппендицит выявлен у 7 (8,3%) пациентов, острый флегмонозный – у 65 (77,3%), гангренозный – у 12 (14,3%). Перитонит отмечен у 17 (20,3%) больных: местный – у 11 (64,7%), диффузный – у 4 (23,5%), разлитой – у 2 (11,8%). В период освоения методики в 3 (5,56%) случаях выполнена конверсия. На этапе диагностики при наличии деструктивных форм аппендицита, как правило, не отмечено затруднений при возможности визуализации червеобразного отростка. Наиболее сложной и ответственной задачей являлась диагностика катарального аппендицита ввиду отсутствия четких визуальных признаков патологии. Как правило, проявлениями катарального воспаления считается усиление сосудистого рисунка, характеризующийся редкой сетью ярко – алых мелких сосудов отчетливо видимых при осмотре с близкого расстояния. Однако подобная сосудистая реакция может быть обусловлена функциональным состоянием органа, а не его воспалением.

Поэтому в диагностическом отношении при выявлении катарального воспаления более надежным критерием мы считали сочетание гиперемии с отеком червеобразного отростка. По поводу неосложненного острого аппендицита оперированы 22 (26,2%) больных. Следует отметить, что локализация червеобразного отростка в малом тазу, подпеченочном пространстве и ретроцекально не затрудняла выполнения лапароскопической операции. В послеоперационном периоде нагноение раны брюшной стенки возникло у 2 (2,3%) больных. При деструктивном аппендиците осложнившимся перитонитом – операция усложнялась. Экссудат тщательно аспирировали. Место его скопления промывали физиологическим раствором и фурациллином.

Таблица 1.

Причины конверсий при остром калькулезном холецистите

<i>Причина конверсии</i>	<i>Количество наблюдений</i>	<i>% от общего числа ЛХЭК</i>
<i>Инфильтрат в области гепатодуоденальной связки</i>	4	12,5%
<i>Плотный инфильтрат в зоне желчного пузыря</i>	5	15,6%
<i>С-г желчного пузыря</i>	1	3,1%
<i>Гангрена стенки ЖП</i>	5	15,6%
<i>Кровотечение из пузырной артерии</i>	6	18,8%
<i>Кровотечение из ложа ЖП.</i>	4	12,5%
<i>Повреждение холедоха при разделении инфильтрата</i>	3	9,4%
<i>Желчеистечение после холецистэктомии</i>	4	12,5%
<i>Всего</i>	32	

При адекватной эвакуации экссудата и отсутствии фибринозных наложений на брюшине воспалительный процесс в послеоперационном периоде удастся достаточно надежно подавить целенаправленной антибактериальной терапией. Поэтому, если отсутствует перфорация червеобразного отростка и на брюшине нет фиксированных фибринозных наложений, мы не считаем наличие перитонита противопоказанием к лапароскопической аппендэктомии. У 17 больных с перитонитом различной распространенности выполнили лапароскопическую аппендэктомию, без осложнений. Перфорация червеобразного отростка приводила к резкому увеличению бактериальной контаминации в брюшной полости. Инфекционный процесс отличается агрессивным характером, склонностью осложнений в области ран. В таких случаях добиться адекватной санации брюшной полости лапароскопическим методом сложно. Мы считаем, что наличие перфорации червеобразного отростка является противопоказанием к лапароскопической операции. По поводу перфоративных гастродуоденальных язв оперированы 35 (5,3%) больных: язвы двенадцатиперстной кишки выявлен у 29 (82,9%), язва желудка – у 6 (17,1%) пациентов. Лапароскопическим доступом завершены 30 операций. Период от момента перфорации до начала операции колебался от 3 до 12 ч. Во всех наблюдениях отмечался перитонит различной распространенности. Из 35 больных у 2 (5,7%) мы отказались от выполнения лапароскопической операции из-за выраженности перитонита. Локализация и размер перфоративного отверстия, а также степень контаминации брюшной полости могут существенно влиять на выполнение операции. Так, при расположении перфоративного отверстия вблизи малой кривизны, луковицы двенадцатиперстной кишки или желудка ушивание перфоративной язвы представляет существенные трудности из-за опасности прорезывания ближайшего к малой кривизне шва. Если язва расположена непосредственно по малой кривизне, обеспечить ее надежное ушивание без мобилизации малой кривизны невозможно; кроме того,

не удастся оценить истинный размер перфоративного отверстия и собственно язвенного дефекта. Из-за больших размеров перфоративного отверстия или его локализации на малой кривизне у 3 (8,5%) больных мы отказались выполнения операции лапароскопически. Ушивание перфоративных отверстий производили с завязыванием экстракорпоральных узлов. Во всех наблюдениях накладывали один ряд узловых. По нашему опыту, размеры перфоративного отверстия, в отличие от локализации язвы, неограничивают возможности метода. В послеоперационном периоде у 2 (5,7%) больных возникла несостоятельность швов. Произведена лапаротомия, повторное ушивание перфоративного отверстия. В одном случае возникновение осложнения было обусловлено переоценкой возможностей лапароскопического метода. Больным с перфоративными язвами желудка в послеоперационном периоде в обязательном порядке, независимо от возраста, выполняли эзофагогастродуоденоскопию с биопсией для исключения рака желудка. Наибольшие трудности представляет лапароскопическое лечение больных с острой спаечной непроходимостью кишечника. Мы провели 23 больным лапароскопию в диагностических целях. Отбор пациентов производили по следующим критериям: 1) Длительность заболевания не более 12 часов; 2) Отсутствие резкого вздутия живота; 3) Инциденты кишечной непроходимости с положительным эффектом от консервативной терапии в анамнезе; 4) Отсутствие четких указаний на паралитический генез непроходимости; 5) Дифференциальная диагностика механической и динамической кишечной непроходимости; 6) Отсутствие множественных рубцов на передней брюшной стенке, в том числе после ранее перенесенных операций.

Из общего числа пациентов основную группу составили больные с подозрением на спаечную кишечную непроходимость – 19 (2,9%) человек. Спаечная кишечная непроходимость была констатирована в 14 (73,7%) случаях. Уточнен уровень непроходимости: тонкокишечная у 8 (42,1%) пациентов; толстокишечная у 3 (15,8%).

Таблица 2.

Результаты лапароскопического лечения больных с острыми заболеваниями брюшной полости

Заболевания	Ч-до больных	Выполненные операции		Переход к от крытой опе- рации	Осложнения		Летальный исход
		Лапар- ские	Лапаро-ски асси- стированные		Интраопер.	После операц.	
Острый аппендицит	84	81	-	3	-	1	-
Острый холецистит	484	466	-	32	11	9	2
Панкреонекроз	34	18	16	-	-	3	2
Перфоративные га- стродуоденальные язвы	35	30	-	-	-	-	-
Острая непроходимость кишечника	23	18	2	2	1	2	1
Итого	660	613	18	23	7	15	5

У трех пациентов (15,8%) на фоне спаечного процесса непроходимость была вызвана опухолью толстой кишки, в двух случаях поперечно ободочной и в одном – сигмовидной кишки. У 2 больных произошло вскрытие просвета тонкой кишки, при этом потребовался переход к открытой операции. Лапароскопически ассистированные операции выполняли при необходимости резекции кишки, наличии единичных кишечных конгломератов у 2(10,5%) больных. Инфильтрат брюшной полости в послеоперационном периоде возник у 2(10,5%) больных. Летальность наблюдалась в 2(10,5%) случаях.

Лапароскопические операции выполнены у 34 пациентов с панкреонекрозом. При асептическом панкреонекрозе с явлениями ферментативного перитонита мы выполняли лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости у 18(2,7%) пациентов. Осложнений, связанных с манипуляцией, не было. При инфицированном панкреонекрозе операцию начинали лапароскопической ревизией и санацией забрюшинного пространства (ретроперитонеоскопию). Эта манипуляция выполнялась у 16 (88,9%) пациентов. Осложнения в послеоперационном периоде развились у 3 (16,7%), летальный исход наблюдалось у 2 (11,1%) больных (из-за разлитого перитонита и полиорганной недостаточности).

Заключение. Таким образом, лапароскопические операции при острых заболеваниях органов брюшной полости позволяют верифицировать диагноз, уменьшить число неоправданных вмешательств, особенно при диагностике острого аппендицита у женщин репродуктивного возраста. При этом повышается точность диагностики хирургической патологии, что позволяет выбрать оптимальный доступ и способ ее коррекции. В послеоперационном периоде у пациентов менее выражен болевой синдром, появляется возможность активизации их в первые часы после операции.

Выводы: Минимальная травма тканей брюшной стенки, особенно у больных с перитонитом, способствует значительному уменьшению числа раневых гнойных осложнений. Лапароскопическим операциям следует отдавать предпочтение особенно у больных сахарным диабетом и ожирением, пациентам с повышенным риском развития раневых осложнений. Противопоказанием к выполнению операций лапароскопическим методом является распространенный перитонит с высокой степенью бактериальной контаминации, фиксированными на брюшине фибринозными наложениями и паралитической непроходимостью кишечника.

Литература:

1. Бебуришвили А.Г., Быков А.В., Зюбина Е.Н., Бурчуладзе Н.Ш. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита. Хирургия 2005; 1.
2. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Ходос Г.В. Эндовидеохирургические технологии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложненных форм. Избранные лекции по эндовидеохирургии. Под ред. В.Д. Федорова 2004; 348.
3. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А. и др. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии. Хирургия 2007; 7.
4. Ермолов А.С., Карасев Н.А., Турко А.П. Экстренная хирургическая помощь в Москве при острых заболеваниях органов брюшной полости. Хирургия 2009; 8.
5. Кригер А.Г. Лапароскопические операции в неотложной хирургии. М 1997.
6. Луцевич О.Э. Малоинвазивные технологии в лечении осложненных форм желчно-каменной болезни. III хирургический конгресс «Миниинвазивная хирургия». Тез докл 2008.
7. Шуркалин Б.К., Андрейцев И.Л., Ржебаев К.Э. и др. Лечебная лапароскопия в неотложной хирургии. III Конгресс московских хирургов: «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». Тез. докл. 2009.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

О.Р. ТЕШАЕВ, Э.М. ДАДАЖОНОВ,
Х.А. ХОЛОВ, З.О. АБДУЛЛАЕВ,
А.Б. БОБОЖОНОВ, Н.А. ЖУМАЕВ

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье представлен опыт 660 лапароскопических операций выполненных по поводу различных ургентных заболеваний органов брюшной полости. Из них 84 при остром аппендиците, 484 - при остром холецистите и его осложнениях, 34 - при панкреонекрозе, 35 - при перфоративных гастродуоденальных язвах и 23 - при острой непроходимости кишечника. Необходимость перехода к традиционным открытым операциям возникла у 30 (4,5%) больных, интраоперационные осложнения - у 7 (1,0%), послеоперационные осложнения - у 15 (2,2%). Летальность составило 5 (0,7%). Полученные результаты лечения позволяют рекомендовать широкое использование лапароскопических вмешательств при острых заболеваниях органов брюшной полости.

Ключевые слова: экстренная хирургия, лапароскопические операции.