

А.М.Хаджибаев, Ш.К.Атаджанов, У.Р.Арипов, И.С.Махмудов

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (дир. — Ю.Р.Маликов) МЗ РУз

Ключевые слова: лапароскопия, травмы, хирургические заболевания, брюшная полость.

Введение. Внедрение новых технологий в диагностике и лечении острой хирургической патологии органов брюшной полости является важнейшим фактором в решении основных задач urgentной хирургии. В последнее десятилетие широко и повсеместно развивается лапароскопическая хирургия — наиболее перспективное направление в современной клинической медицине [3, 5].

Применение современных лапароскопических технологий, сочетающее высокую информативность с минимальной травматизацией, способствует снижению числа послеоперационных осложнений и случаев летального исхода при острых хирургических заболеваниях и травмах брюшной полости.

Во многих сложных случаях лапароскопия остается незаменимой, так как позволяет провести непосредственную визуальную оценку патологического процесса, выявить его распространенность, выполнить прицельную биопсию и провести инструментальную пальпацию.

На сегодняшний день это, пожалуй, единственный малоинвазивный метод, который по своим информативным свойствам адекватен диагностической лапаротомии [1, 2, 4].

Цель настоящего исследования — изучение возможностей лапароскопии в диагностике и выполнении лечебных манипуляций у больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

Материал и методы. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) МЗ РУз с мая 2001 г. по июль 2004 г. диагностическая лапароскопия (ДЛ) по поводу острых хирургических заболеваний и травм брюшной полости выполнена у 588 больных, из которых 165 — с травмой живота. Женщин было 378 (64,2%), мужчин — 210 (35,8%). Возраст пациентов колеблется от 17 до 84 лет. Использовали видеолапароскопическую аппаратуру фирм «R.Wolf» и «Karl Storz».

Показания для диагностической лапароскопии (ДЛ) у 423 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости представлены в табл. 1.

Результаты и обсуждение. Из 207 больных с подозрением на острый аппендицит (ОА) у 102 (49,3%) при ДЛ диагноз был подтвержден, из которых у 72 (71%) больных выполнена аппендэктомия лапароскопическим способом. Диагноз острый катаральный аппендицит при ДЛ установлен у 22 больных, флегмонозный — у 69, гангренозный — у 9, формирующийся аппендикулярный инфильтрат — у 2 пациентов. В результате ДЛ при подозрении до операции на острый аппендицит в 36 (17,4%) случаях острая хирургическая патология органов брюшной полости была исключена. У 3 больных, из-за ретроцекального расположения отростка, не удалось получить объективной или косвенной информации о состоянии червеобразного отростка.

Наиболее сложной является диагностика катаральной формы ОА, ввиду отсутствия у него четких визуальных признаков. Надежным критерием при выявлении катарального воспаления являются гиперемия и отек червеобразного отростка. Для выявления отека отростка применили следующий прием: отросток, полностью выведенный в поле зрения, приподнимали инструментом, подведенный под его среднюю часть. При наличии отека отросток не свешивался с инструмента, а сохранял прежнее горизонтальное положение.

Диагноз флегмонозная форма ОА устанавливали при выявлении яркой гиперемии и инфильтрации стенки червеобразного отростка в сочетании с фибринозными наложениями на серозном покрове. Для гангренозного ОА характерно наличие очагов воспаления грязно-зеленого, грязно-серого цвета и массивных фибринозных наложений на отростке и ее брыжейке, обнаружение же перфоративного отверстия на таком червеобразном отростке указывает на неограниченность процесса. При деструктивных

Таблица 1

Показания к диагностической лапароскопии

Предварительный диагноз до ДЛ	Число больных	Острые хирургические заболевания, выявленные при ДЛ							Патология не выявлена
		ОГЗ	ОП	ОХ	ПЯ	ОНМК	ОА	ОКН	
Острый аппендицит	207	61	6		2		102		36
Перитонит неясной этиологии	38	15	1	1	3	8	4	6	
Острые гинекологические заболевания	71	30					19		22
Острый деструктивный холецистит	11		4	6	1				
ОНМК	28		4			13	3	2	6
Прикрытая перфорация полого органа	21		6	2	13				
Острая кишечная непроходимость	26		8			4	6	6	2
Острый панкреатит	21		11			3	2	2	3
Всего	423	106	40	9	19	28	136	16	69

Примечание. ОХ — острый холецистит; ОГЗ — острые гинекологические заболевания; ОП — острый панкреатит; ПЯ — перфоративная язва; ОНМК — острое нарушение мезентерального кровообращения; ОА — острый аппендицит; ПНЯЭ — перитонит неясной этиологии; ОКН — острая кишечная непроходимость.

формах ОА во время ДЛ обнаруживали большее или меньшее количество перитонеального экссудата. При этом можно точно определить распространение жидкости по брюшной полости, наличие фибринозных наложений на брюшине, в отличие от традиционной интраоперационной диагностики при использовании доступа в подвздошной области. Диагностические трудности при лапароскопии возникли у 3 (4,1%) больных — червеобразный отросток был недоступен осмотру или виден был частично. В таких ситуациях диагноз устанавливался по косвенным признакам: гиперемия париетальной брюшины правой подвздошной ямки, гиперемии и инфильтрации стенки слепой и терминального отдела подвздошной кишки, прилежащего отдела большого сальника, наличие мутного выпота и фибринозных наложений в проекции предполагаемого расположения отростка. Если во время ДЛ диагноз острого аппендицита не исключен, а по клиническим данным имеется подозрение на ОА, то производилась операция традиционным способом.

Лапароскопическая аппендэктомия производилась по методике F.Gotz, предложенной в 1993 г. Морфологические формы ОА, удаленные лапароскопическим способом, были следующие: катаральная форма — у 22, флегмонозная — у 44 и гангренозная — у 6.

Наш опыт выполнения лапароскопической аппендэктомии показывает, что противопоказаниями при осложненных формах ОА являются плотный аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, распространенный гнойно-фибринозный перитонит, сопровождающийся парезом кишечника и плотными фибринозными сращениями с множеством межпетлевых абсцессов.

Наибольшие диагностические трудности представляет закрытая травма живота, сопровождающаяся множественными переломами опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговой травмой и травматическим шоком.

Результаты диагностической лапароскопии при закрытой травме живота представлены в табл. 2.

При ДЛ по поводу закрытых травм живота из 165 больных различные варианты повреждений органов брюшной полости выявлены у 103 (62,4%) больных, в том числе повреждения печени — у 32, разрывы селезенки — у 34, разрывы обеих паренхиматозных органов — у 12 больных. Всем больным этой группы произведены экстренные оперативные вмешательства. Небольшие субкапсулярные гематомы печени и селезенки, гематомы круглой связки печени, которые не нарастали, обнаружены в 19 случаях. У 2 больных выявлены обширные гематомы забрюшинного пространства, и с подозрением на повреждения правой почки произведены люмботомии по Федорову. У 62 больных, в том числе у 20 больных с повреждением тазовых костей и забрюшинными гематомами лапароскопическое исследование позволило исключить повреждения со стороны органов брюшной полости. Осложнений, связанных с лапароскопическим исследованием, не наблюдалось.

Среди 40 больных с установленным диагнозом «острый панкреатит» у 26 имела место отечная форма, у 6 — выявлен жировой панкреонекроз, у 6 — геморрагический и у 2 — смешанный. Осложненное течение заболевания (ферментативный перитонит, инфильтраты, забрюшинное распространение процесса) было установлено у 14 пациентов. Конверсия произведена, учитывая

Таблица 2
Результаты диагностической лапароскопии при закрытой травме живота

Характер и вид повреждений внутренних органов	Абс. число	%
Повреждение печени	32	19,4
Разрыв селезенки	34	20,6
Разрыв селезенки и печени	12	7,3
Субкапсулярные гематомы печени и селезенки	19	11,5
Повреждения мочевого пузыря	4	2,4
Надрывы стенки желудка, кишечника и брыжейки	6	3,6
Забрюшинные гематомы правой и левой подвздошных областей	20	12,1
Забрюшинные гематомы области правой почки	2	1,2
Гемоперитонеум без визуализации повреждения	15	9,1
Повреждение внутренних органов не выявлено	62	37,6

распространение гнойно-инфильтративного процесса по забрюшинной клетчатке, у 10 больных, а у остальных 22 больных выполнены различные лапароскопические вмешательства [лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки (у 22), холецистостомии (у 12), катетеризация круглой связки печени для введения медикаментов (у 12)].

Из 423 больных, госпитализированных с подозрением на острое хирургическое заболевание, диагноз острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК) установлен при ДЛ у 28 (6,6%) больных, из которых у 17 — произведена лапаротомия и у 11 больных случаи признаны неоперабельными. Лапароскопическая картина ОНМК определялась изменением цвета кишечных петель (от бледного до черного), отсутствием перистальтики, вздутием кишечника, наличием выпота (серозный, серозно-геморрагический, геморрагический, серозно-фибринозный) и воспалительными изменениями брыжейки — гиперемией, отеком и фибринозными наложениями.

Лапароскопическая картина ОНМК на разных стадиях его развития (ишемия, инфаркт и перитонит) и при разных видах нарушения проходимости (артериальный тромбоз и эмболия, венозный тромбоз, неокклюзионные поражения) имеет свои особенности. Трудности представляет диагностика ишемической стадии ОНМК, при котором выпот в брюшной полости нет, брюшина не изменена, кишечник имеет обычный цвет, петли кишки перитичны, но не дилатированы, серозная оболочка — бледно-розовой окраски с пепельным оттенком. Пульсация сосудов краевых аркад и радиарных сосудов отсутствует, перистальтика кишечника не определяется. Такая картина возможна как при эмболии, так и при тромбозе. При наличии аритмий, пороков сердца и эпизодов тромбоемболии в анамнезе отсутствие пульсации сосудов указывает на эм-

болическую природу ОНМК. Лапароскопическая диагностика венозного инфаркта кишечника наиболее трудна. Заподозрить венозный тромбоз при ДЛ возможно при наличии серозного или геморрагического выпота, при жизнеспособном кишечнике и инфильтрированной брыжейке.

Выводы. 1. Внедрение в экстренную хирургию современных технологий, обеспечивающих малую инвазивность диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, позволяет на качественно новом уровне оказывать медицинскую помощь больным в стационарах ургентного профиля.

2. Установление правильного диагноза в кратчайшие сроки, своевременное проведение лечебных манипуляций при лапароскопии, операций с минимальной травматизацией тканей способствуют быстрой реабилитации больных и сокращению сроков их пребывания в стационаре в 2—3 раза, что позволяет существенно снизить экономические затраты на лечение и оплату периода нетрудоспособности пациентов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гуревич А.Р., Маркевич Ю.В., Ершов Д.В. и др. Место лапароскопии в неотложной хирургии // Эндоскоп. хир.—1998.—№ 1.—С. 16.
2. Караман Н.В., Бабур А.А., Зимовский Н.А. Неотложная лапароскопия при закрытой травме живота // Клини. хир.—1999.—№ 9.—С. 37–39.
3. Кригер А.Г., Фаллер А.П. Лапароскопические операции в неотложной хирургии.—М., 1997.—152 с.
4. Луцевич О.Э. Диагностическая и оперативная лапароскопия при заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1993.—18 с.
5. Стрижелецкий В.В., Борисов А.Е., Рутенберг Г.М. и др. Лапароскопические технологии в неотложной хирургии (возможности и результаты) // Эндоскоп. хир.—1998.—№ 1.—С. 51.

Поступила в редакцию 17.01.2006 г.

A.M.Khadzhibayev, Sh.K.Atadzhanyan, U.R.Aripov,
I.S.Makhmudov

THE ROLE OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE SURGICAL DISEASES AND TRAUMAS OF ORGANS OF THE ABDOMINAL CAVITY

Diagnostic laparoscopy was performed in 588 patients with acute surgical pathology and 165 patients with abdominal traumas as a diagnostic procedure in order to differentiate and define further strategy of treatment. Acute appendicitis was diagnosed in 207 patients, laparoscopic appendectomy being fulfilled in 72 of them. In 103 out of 165 patients with abdominal trauma injuries of internal organs were diagnosed, in the other 62 patients injuries were excluded. Acute pancreatitis was diagnosed in 40 patients, 28 of them underwent different laparoscopic procedures. Laparoscopy allowed the diagnosis of acute disturbances of mesenteric blood circulation in 16 patients.