



УДК 616.34-008.64-053.9-06

М. І. Тутченко¹, Б. І. Слонецький, В. П. Бабій, Д. В. Ярошук¹,
Д. В. Рудик¹, І. В. Ключко¹, І. В. Кравцов¹

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ УРГЕНТНИХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ОРГАНАХ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Київ, Україна

УДК 616.34-008.64-053.9-06

Н. І. Тутченко¹, Б. І. Слонецький, В. П. Бабій, Д. В. Ярошук¹, Д. В. Рудик¹, І. В. Ключко¹,
І. В. Кравцов¹

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УРГЕНТНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

¹ Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина,
Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Киев, Украина

Материалом исследования для настоящей работы стали результаты лапароскопического лечения 1056 пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости с 2000 по 2013 гг. в Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи.

В работе рассматриваются возможности применения малоинвазивных оперативных вмешательств при остром холецистите, перфоративной язве, аппендиците, спаечной кишечной непроходимости, панкреатите, ущемленной грыже и кровотечении при портальной гипертензии. Полученные данные позволили расширить показания для успешного использования лапароскопических вмешательств при разнообразных патологических процессах в брюшной полости деструктивного и перфорационного характера.

Приведены результаты использования лапароскопически ассистированных операций, а также число осложнений в зависимости от заболеваний, обусловивших острую хирургическую патологию органов брюшной полости.

Ключевые слова: лапароскопия, неотложная хирургия, лапароскопическая операция.

UDC 616.34-008.64-053.9-06

М. І. Тутченко¹, Б. І. Slonetskyy, V. P. Babiy, D. V. Yaroshchuk¹, D. V. Rudyk¹, I. V. Klyuzko¹,
I. V. Kravtsov¹

PREVENTION OF COMPLICATIONS IN EMERGENCY LAPAROSCOPIC SURGERY OF THE ABDOMINAL CAVITY

¹ National Medical University named after O. O. Bogomolets, Kyiv, Ukraine,
Kyiv Emergency Hospital, Kyiv, Ukraine

Introduction. Expanding indications and the search for new possibilities of using minimally invasive technologies in emergency surgery of the abdominal cavity remains one of the most pressing contemporary issues.

Aim. To analyze the results of surgical treatment of patients with acute surgical abdominal diseases used the laparoscopic approach.

Materials and methods. The work is based on the results of the use of laparoscopic surgery in 1056 patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity, from 2000 to 2013 were treated at the surgical departments of Kyiv Emergency Hospital.

Results and discussion. In the article it is determined the possibility of using minimally invasive surgical interventions in acute cholecystitis, perforated peptic ulcer, appendicitis, adhesive intestinal obstruction, pancreatitis, strangulated hernia and bleeding in portal hypertension. The results obtained allowed to expand the indications for the successful use of laparoscopic approach in a variety of pathological processes in the abdominal cavity. There were identified contraindications and complications of laparoscopic operations.

Conclusions. Laparoscopic approach in conditions of emergency surgery is a reliable method of differential diagnosis, pathology verification and performing a pathogenetically based intervention. Prevention of complications consists of the comprehensive preoperative examination and enlisting skilled specialist with experience in both laparoscopic and open surgery.

Key words: laparoscopy, emergency surgery, laparoscopic operation.



Вступ

Малоінвазивні втручання все більше поширюються не лише у плановій, а й в ургентній хірургії органів черевної порожнини [1; 3; 5]. Актуальним питанням невідкладної хірургії є визначення можливості застосування малоінвазивних оперативних втручання, які дозволяють радикально ліквідувати наявну патологію, звести до мінімуму загрозу виникнення післяопераційних ускладнень, забезпечити максимально «комфортний» перебіг післяопераційного періоду [2; 4].

Мета роботи — проаналізувати результати оперативного лікування хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, оперованих лапароскопічно, визначити можливості застосування у них малоінвазивних оперативних втручання.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лапароскопічного лікування 1056 пацієнтів з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини за 2003–2013 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 %), перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки — 192 (18,2 %), гострим деструктивним апендицитом — 56 (5,3 %), гострим апендицитом і розривом кісти яєчника — 27 (2,6 %), гострою спайковою кишковою непрохідністю — 35 (3,3 %), порушеною трубною вагітністю — 13 (1,2 %), гострим панкреатитом — 8 (0,76 %), защемленою грижею — 7 (0,66 %), кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу при портальній гіпертензії — 4 (0,38 %). Хворі поступили в стаціонар у межах 1–96 год від початку захворювання. Клініко-діагностичний алгоритм включав лабораторні, ін-

струментальні та біохімічні методи дослідження, також застосовували статистичні методи дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

На основі дослідження й аналізу нашого матеріалу, а також даних літератури ургентні лапароскопічні операції здійснювали:

- 1) не більше 2 оперативних втручання на органах черевної порожнини без ускладненого (перитоніт, нориця, абсцес, евентрація) перебігу післяопераційного втручання;
- 2) при перебігу перитоніту за Мангеймським перитонеальним індексом менше 21 бала;
- 3) при можливості сонографічного доопераційного й інтраопераційного моніторингу;
- 4) з достатнім досвідом лапароскопічних і відкритих втручання на органах черевної порожнини в усіх членів операційної бригади.

Тимчасом як протипоказанням до лапароскопічних ургентних операцій зонайменше вважали:

- 1) вроджені аномалії розвитку жовчного міхура, при яких жовчний міхур або його шийка недоступні огляду, або об'єднані з позапечінковими жовчними протоками;
- 2) наявність білідигестивних і біліобілярних нориць;
- 3) захворювання, при яких створення карбоперитоніуму може призвести до декомпенсації ослаблених вітальних функцій організму;
- 4) стан, коли загальна анестезія з штучною вентиляцією легень більш небезпечна, ніж сама операція;
- 5) щільний апендикулярний абсцедуючий інфільтрат, діагностований до операції;
- 6) парез тонкої кишки, що потребує тотальної її інтубації;
- 7) наявність множинних інтраабдомінальних зрощень з утворенням кишкових конгломератів з фіксацією петель кишечнику до парієтальної очеревини на великій площі.

У структурі оперативних втручання, виконаних лапароскопічно, перше місце посідають операції з приводу гострого холецистити. Деструктивні форми гострого холецистити мали 496 (69,5 %) хворих, гострий флегмонозний холецистит — 393 (55 %) пацієнти, гангренозний — 103 (14,5 %) хворих. Лапароскопічна холецистектомія, доповнена зовнішнім дренажуванням холедоха, виконана у 7 (1 %) випадках.

З приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки лапароскопічно прооперовано 192 (18,2 %) хворих. Показаннями для виконання лапароскопічних операцій при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки були:

- 1) локалізація виразки на передній стінці пілородуоденальної ділянки;
- 2) розміри виразки до 1,5 см;
- 3) відсутність інших ускладнень виразкової хвороби (кровотеча, стеноз).

Лапароскопічне зашивання перфоративного отвору виконано 101 (52,5 %) пацієнту, висічення виразки з наступною дуоденопластикою — 55 (28,8 %) хворим. Селективну проксимальну ваготомію (СПВ) із зашиванням або висіченням перфоративної виразки дванадцятипалої кишки здійснили 22 (11,5 %) хворим. Лапароскопічно асистовані операції виконані 14 (7,0 %) хворим, основною підставою до їх застосування було поєднання ускладнень перфоративної виразки (дзеркальні виразки, перфорація та стеноз, перфорація та кровотеча), також наявність щільного виразкового конгломерату з пенетрацією в гепатодуоденальну зв'язку, що передбачало запобігання різноманітним ятрогенним ускладненням.

Ускладненнями після лапароскопічних операцій при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки були:

- 1) неспроможність ендоскопічних швів — 2 (1,0 %) випадки;



2) гнійні ускладнення в троакарних ранах — 3 (1,5 %) випадки.

Перехід на традиційну операцію (конверсія) відбувся у 5 (2,6 %) хворих.

Серед 56 (5,3 %) хворих, яким проведена лапароскопічна апендектомія, гангренозний апендицит наявний у 8 (14,3 %) випадках. У 2 (3,6 %) пацієнтів за наявності щільного абсцедуючого апендикулярного інфільтрата виконана конверсія.

Лапароскопічна кістектомія виконана у 27 (2,6 %) пацієнток, яких доправили до хірургічного відділення з підозрою на гострий апендицит, що потребувала діагностичної лапароскопії. Крім того, у 13 (1,2 %) пацієнток під час проведення діагностичної лапароскопії для виключення патологічного процесу у черевній порожнині була виявлена порушена трубна вагітність, що зумовило проведення лапароскопічної тубектомії.

Широке впровадження сонографічних малоінвазивних технологій і сучасної фармако-терапії суттєво зростає показання до застосування лапароскопічних втручань у хворих з гострим деструктивним панкреонекрозом. З приводу гострого панкреатиту прооперовано 8 (0,76 %) хворих, яким виконано некрсеквестректомію, санацію, дренажування сальникової сумки, черевної порожнини та позаочеревинного простору. У 2 (25 %) хворих виникла панкреатична нориця. Решта 6 (75 %) хворих виписані в задовільному стані на 21-шу–35-ту добу після проведеного лікування.

З приводу гострої спайкової кишкової непрохідності лапароскопічно було прооперовано 35 (3,3 %) хворих. Лапароскопічно операцію завершили у 26 (74,3 %) хворих, коли непрохідність була зумовлена поодинокими спайками та їх розсічення супроводжувалося ліквідацією странгуляційної кишкової

непрохідності. У 2 (5,7 %) випадках кишкової непрохідності усунуена лапароскопічно асистовано. Необхідність у конверсії виникла у 7 (20 %) випадках.

Лапароскопічна алогерніо-пластика здійснена 7 (0,66 %) хворим із защемленими косими паховими грижами, у яких після постановки лапаропортів за умови міорелаксації защемлені органи вправилися у черевну порожнину без необхідності подальшої їх резекції.

З приводу портальної гіпертензії, ускладненої кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу, прооперовано 4 (0,38 %) хворих. Виконано портоазигальне роз'єднання шляхом лапароскопічно асистованої транссекції стравоходу, лігування селезінкової артерії та лівої шлункової артерії й вени. В 1 (25 %) випадку було нагноєння троакарної рани.

Таким чином, у структурі надання допомоги хворим з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини лапароскопічні операції все ширше впроваджуються до ургентної хірургії, чим покращують перебіг післяопераційного періоду та реабілітацію хворих.

Висновки

Лапароскопічні операції в умовах невідкладної хірургії — надійний метод диференційної діагностики, верифікації патології з подальшим виконанням патогенетично обґрунтованого втручання. Профілактикою ускладнень при виконанні лапароскопічних операцій є всебічне передопераційне обстеження, адекватна оцінка можливостей такого виду втручання та виконання операції фахівцем, який має досвід як лапароскопічної, так і відкритої хірургії. Основною перевагою лапароскопічних операцій є їх мала травматичність, що значно зменшує вірогідність утворення поширених спайок черевної порожнини, болювого синдрому, парезу кишечника та застійних явищ у легенях,

небезпеку гнійних ускладнень з боку операційної рани і виникнення післяопераційних вентральних гриж.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ann E. Early Laparoscopic Cholecystectomy for Mild Gallstone Pancreatitis Time for a Paradigm Shift / E. Ann, C. Falor // Arch Surg. – 2012. – N 11. – P. 1031–1035.
2. Bari K. Treatment of portal hypertension / K. Bari, G. Garcia-Tsao // World J. Gastroenterol. – 2012. – N 113. – P. 1166–1175.
3. Chun T. Treatment of severe acute pancreatitis through retroperitoneal laparoscopic drainage / T. Chun // Front. Med. – 2011. – N 5. – P. 302–305.
4. Ibrahim A. Laparoscopic Appendectomy Following Conservative Treatment in Children with Appendiceal Mass / A. Ibrahim, Y. Ertugrul // Arch Clin. Exp. Surg. – 2013. – N 2. – P. 235–239.
5. Mittu J. Laparoscopic necrosectomy in acute necrotizing pancreatitis: Our experience / J. Mittu, B. Mathew // J. Minim Access Surg. – 2014. – N 10. – P. 186–191.

REFERENCES

1. Ann E., Falor C. Early Laparoscopic Cholecystectomy for Mild Gallstone Pancreatitis Time for a Paradigm Shift. *Arch Surg* 2012; 11: 1031-1035.
2. Bari K., Garcia-Tsao G. Treatment of portal hypertension. *World J. Gastroenterol* 2012; 113: 1166-1175.
3. Chun T. Treatment of severe acute pancreatitis through retroperitoneal laparoscopic drainage. *Front. Med* 2011; 5: 302-305.
4. Ibrahim A., Ertugrul Y. Laparoscopic Appendectomy Following Conservative Treatment in Children with Appendiceal Mass. *Arch Clin. Exp. Surg* 2013; 2: 235-239.
5. Mittu J., Mathew B. Laparoscopic necrosectomy in acute necrotizing pancreatitis: Our experience. *J. Minim Access Surg*. 2014; 10: 186-191.

Надійшла 17.02.2015

