

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

А.В.Капшитарь

Запорожский государственный медицинский университет

ДІАГНОСТИЧНІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ

Резюме. Вивчено лапароскопічна семіотика перитоніту та його причини, що дозволило об'єктивізувати лікувальну тактику (невідкладна лапаротомія з вибором операційного доступу у 45,4% хворих, лікувальні лапароскопічні втручання – у 48,7%, симптоматична терапія – у 5,9%). Виключена марна лапаротомія.

Ключові слова: перитоніт місцевий та розповсюджений, діагностичні лапароскопічні втручання, лікувальна тактика.

Перитонит (Пт) является тяжёлым и наиболее частым осложнением острой хирургической абдоминальной патологии. Практически у 85% случаев к Пт приводят острые хирургические заболевания органов брюшной полости (БП), у 5-8% – травма живота, у 5-10% Пт является послеоперационным осложнением. Летальность при разлитом гнойном Пт колеблется от 4-7 до 20-30%, а при развитии полиорганной недостаточности – 80-90% [1-3]. В последние годы клинические проявления Пт стали атипичными и стертыми, развиваются на фоне иммунодефицитов у ослабленных больных, с тяжелой сопутствующей патологией и в старческом возрасте [4, 5]. Как правило, существующие методы диагностики Пт направлены на выявление и изучение выпота в БП и определение динамической кишечной непроходимости [2, 3]. В настоящее время в сомнительных случаях Пт все чаще отдается предпочтение лапароцентезу и лапароскопии [2, 5-7].

Цель исследования: изучить возможности лапароскопии в диагностике Пт как осложнения острых хирургических заболеваний и травматических повреждений органов БП.

Материал и методы. В клинике общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ методом случайной выборки за 2009 год проведен анализ выполненных лапароскопий по неотложным показаниям у 281 пациента. Исследование выполнено аппаратом фирмы Karl Storz (Герма-

ния) по методике О.С.Кочнева и др. (1988) с использованием разработанных в клинике дополнительных приёмов и манипуляций, сконструированного манипулятора и способов, улучшающих топическую диагностику измененных патологическим процессом органов БП. Из них у 182 (64,8%) больных Пт диагностирован до или после лапароскопии. Проведенная лапароскопия позволила исключить Пт у 30 (16,5%) пациентов, подтвердить – у 58 (31,9%), впервые диагностировать – у 94 (51,6%). Следовательно, из всех обследованных больных Пт имел место у 152 (54,1%). Мужчин было 79 (52,0%), женщин 73 (48,0%) в возрасте 19-91 лет. После поступления в клинику, проведя клиническое обследование пациентов, анализировали результаты лабораторно-биохимических исследований, рентгенологических, ФЭГДС, УЗИ, КТ. Нами использована классификация Пт по В.Д.Федорову (2000). Течение Пт оценивали согласно классификации В.Н.Чернова и др. (1999), определяя 3 фазы: I – реактивная; II – острой энтеральной недостаточности; III – полиорганной недостаточности. Выделяли асептический и бактериальный Пт. Степень тяжести эндотоксикоза оценивали по В.Н.Чернову и др. [7].

Результаты исследования. Лапароскопическая семіотика Пт основывалась на выявленных изменениях брюшины, выпадении фибрина и склеивании между собой органов, в т. ч. с

образованием инфильтратов, гноя, желчи, мочи, содержимого желудка, ДПК, кишечника, серозной или геморрагической жидкости, крови в БП. Учитывали локализацию этих изменений либо их превалирование, пути распространения в БП экссудата или другого патологического содержимого. В первую очередь брюшина становилась гиперемированной с расширением сосудов и кровоизлияниями, утолщалась, теряла блеск, становясь тусклой, появлялись нити или налёты фибрина. На ранних стадиях наблюдалось помутнение экссудата, в нём присутствовали различные примеси желчи, содержимое ДПК, желудка, крови и др. У ряда больных отмечали наличие фибрина, а также неприятный запах экссудата. После аспирации экссудата подвергали его органолептической оценке, биохимическому и микробиологическому исследованию. Характер экссудата оценивали в совокупности с другими обнаруженными лапароскопическими признаками. В начальные сроки развития Пт отмечена вялая перистальтика кишечника. В последующем развивалась динамическая кишечная непроходимость, являющаяся

поздним признаком Пт. Лапароскопическая диагностика Пт по распространённости и патология, которая его вызвала, представлена в таблице. Основными причинами местного Пт были острый деструктивный аппендицит, холецистит и перфоративная гастродуоденальная язва, а распространённого Пт – панкреонекроз, острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК), закрытая травма живота (ЗТЖ) с нарушением целостности внутренних органов.

Полученные результаты лапароскопии позволили обосновать лечебную тактику. Неотложная лапаротомия выполнена у 69 (45,0%) больных, из которых доступ Mac Burney при остром аппендиците и местном Пт применили у 10 (14,5%) пациентов, верхнюю срединную лапаротомию в случаях перфоративной язвы, острого деструктивного холецистита, разрыва кисты поджелудочной железы, ЗТЖ с разрывом печени, желчного пузыря – у 29 (42,0%), срединную лапаротомию – у остальных 30 (43,5%) больных с распространённым Пт. Диагностические лапароскопические вмешательства осуществлены у 74 (48,7%) пациентов с асептичес-

Таблиця

Распределение больных по распространённости перитонита в зависимости от его источника

Диагноз	Перитонит				Всего больных	
	местный		распространённый			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Асептический панкреонекроз	1	1,6	63	98,4	64	42,1
Острый аппендицит	10	47,6	11	52,4	21	13,8
Перфоративная гастродуоденальная язва	6	31,6	13	68,4	19	12,5
Острое нарушение мезентериального кровообращения	-	-	14	100,0	14	9,1
Острый холецистит	6	85,7	1	14,3	7	4,6
Острая кишечная непроходимость	-	-	7	100,0	7	4,6
Цирроз печени	-	-	4	100,0	4	2,6
Острая перфорация тонкой кишки	-	-	5	100,0	5	3,3
Эпиплоит сигмовидной кишки	2	100,0	-	-	2	1,3
Перфорация сигмовидной кишки	1	100,0	-	-	1	0,7
Разрыв кисты поджелудочной железы	-	-	1	100,0	1	0,7
Острый аднексит	1	100,0	-	-	1	0,7
ЗТЖ. Разрыв тонкой кишки	-	-	2	100,0	2	1,3
ЗТЖ. Разрыв печени	-	-	2	100,0	2	1,3
ЗТЖ. Разрыв желчного пузыря	-	-	1	100,0	1	0,7
ЗТЖ. Разрыв мочевого пузыря	-	-	1	100,0	1	0,7
Итого	27	-	125	-	152	100,0

ким панкреонекрозом, ОНМК в стадії ішемії, острым аднекситом, циррозом печені. Симптоматичне лікування назначено 9 (5,9%) больним с ОНМК, гангреней всієї тонкої кишкк.

Выводы. 1. Исследование позволило с позиции доказательной медицины обосновать ра-

циональную лечебную тактику (неотложная лапаротомия с выбором оперативного доступа, лечебная лапароскопия или симптоматическая терапия). 2. Перспективным считаем изучение и совершенствование лапароскопической семиотики острой абдоминальной хирургической патологии и стадий Пт.

Литература

1. Нові підходи до лікування гострого перитоніту / І.Ю.Полянський, В.В.Андрієць, В.В.Максимюк [та ін.] // Харків. хірург. школа. – 2010. – № 3. – С. 61-63.
2. Распространенный перитонит / [Бойко В.В., Криворучко И.А., Тесленко С.Н., Сивожелезов А.В.]. – Харьков: Прапор, 2008. – 280 с.
3. Хірургічні хвороби / за ред. П.Г.Кондратенка. – Харків: Факт, 2006. – 816 с.
4. Хирургия острого живота / под ред. Г.И.Синенченко, А.А.Курьгина, С.Ф.Багненко. – [2-е изд.]. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2009. – 512 с.
5. Черняховская Н.Е. Диагностическая лапароскопия / Черняховская Н.Е., Андреев В.Г., Поваляев А.В. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 136 с.
6. Бондарев Р.В. Роль і місце відеолапароскопії при усуненні джерела гострого розлитого перитоніту / Р.В.Бондарев, С.С.Селіванов, В.І.Бондарев // Шпит. хірургія. – 2009. – № 3. – С. 32-34.
7. Неотложная хирургия: диагностика и лечение острой хирургической патологии / [Чернов В.Н., Химичев В.Г., Таранов И.И. и др.]. – [4-е изд.]. – Элиста: АОр „НПП „Джангар“, 2006. – 280 с.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Изучены лапароскопическая семиотика перитонита и его причины, что позволило объективизировать лечебную тактику (неотложная лапаротомия с выбором оперативного доступа у 45,4% больним, лечебные лапароскопические вмешательства – у 48,7%, симптоматическая терапия – у 5,9%). Исключена напрасная лапаротомия.

Ключевые слова: перитонит местный и распространённый, диагностические лапароскопические вмешательства, лечебная тактика.

DIAGNOSTIC LAPAROSCOPIC PROCEDURES IN PATIENTS WITH PERITONITIS

Abstract. The authors has studied the laparoscopic semiotics of peritonitis and its causes and that has made it possible to objectivise a therapeutic approach (emergency laparotomy with a selection of a surgical approach in 45,4% of the patients, therapeutic laparoscopic interventions – in 48,7%, symptomatic therapy – in 5,9%). Unnecessary laparotomy is ruled out.

Key words: localized and diffuse peritonitis, diagnostic laparoscopic interferences, therapeutic approach.

State Medical University (Zaporizhzhia)

Надійшла 28.04.2012 р.
Рецензент – проф. В.В.Білоокій (Чернівці)