

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАРТ
АПРЕЛЬ
1987
2
ТОМ
LXVIII

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.366 + 616.371 — 002.1:616.381 — 072.1

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

О. С. Кочнев, И. А. Ким

*Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев) Казанского института
совершенствования врачей имени В. И. Ленина*

До настоящего времени диагностика неотложных хирургических состояний проводится в основном по результатам обычных клинических и лабораторных тестов, дающих в повседневной клинической практике значительное число диагностических ошибок (по нашим данным — от 11 до 21,4%). Назрела необходимость использования экспресс-методов диагностики, которые бы достаточно объективно и быстро указывали на характер и выраженность патологического процесса в брюшной полости. К ним в первую очередь относятся лапароскопические исследования.

В настоящее время многими авторами доказана значительная эффективность лечебных эндоскопических манипуляций при ряде острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, позволяющих купировать острое воспаление, уменьшать количество экстренных операций в неблагоприятных условиях [1, 2, 4, 6—10].

Поскольку среди больных острыми заболеваниями органов брюшной полости встречается более 30% пациентов в возрасте 60 лет и старше, разработка методов лечения, проводимого посредством эндоскопа как наиболее щадящего по сравнению с обычной операцией, приобретает особо важное значение.

В настоящее время разработано и внедрено в клиническую практику более 20 эндоскопических операций, с помощью которых удается: 1) стабилизировать или улучшать состояние больных и создавать благоприятные условия для выполнения экстренных операций; 2) уменьшать объем и время выполнения экстренных операций; 3) полностью или частично устранять причины болезней и предупреждать необходимость хирургических вмешательств вообще и экстренных — в частности.

В данной работе мы хотели бы поделиться опытом проведения 1002 лапароскопических исследований в диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости.

Для выполнения экстренной лапароскопии установлены следующие показания:

1) острый аппендицит, когда возникала необходимость в дифференциальной диагностике воспаления придатков матки, печеночной, почечной колики и острого

воспаления червеобразного отростка (у 54 больных); 2) подозрение на острый холецистит и холецистопанкреатит (у 102); 3) острый холецистит при неэффективности консервативной терапии в течение 6—12 ч с целью выявления морфологической формы холецистита, изменений в желчных путях и выбора метода лечения, а также для проведения лапароскопического лечения (у 278); 4) острый панкреатит при безуспешной консервативной терапии в течение 12—24 ч для обнаружения морфологических изменений в поджелудочной железе и осуществления лечебных мероприятий (у 104); 5) подозрение на острый панкреатит с целью дифференциальной диагностики (у 32); 6) острый холецистопанкреатит для установления причины заболевания, а также для точной локализации патологического процесса и проведения лечебных манипуляций (у 114); 7) подозрение на тромбоз мезентериальных сосудов (у 6); 8) подозрение на перфорацию гастродуоденальных язв (у 54); 9) желтуха и асцит неясного происхождения (у 186); 10) закрытые травмы живота (у 72).

Экстренная лапароскопия исключалась при следующих противопоказаниях: а) абсолютных: свежий инфаркт миокарда, декомпенсация кровообращения и дыхания любого происхождения, множественные послеоперационные рубцы передней брюшной стенки, выраженный парез кишечника и вздутие живота; б) относительных: невримы грыжи больших размеров, диафрагмальные грыжи, стенокардия, бронхиальная астма с частыми обострениями, пневмония, гипертоническая болезнь с высоким АД. Однако при некоторых ситуациях в неотложной хирургии абсолютные противопоказания переносятся в разряд относительных. Так, сюда можно отнести парез кишечника и вздутие живота, при которых лапароскопия должна проводиться особенно тщательно и скрупулезно [6].

Кроме того, в сомнительных случаях диагностики, в частности при подозрении на внутрибрюшную катастрофу и невозможности исключить ее обычными исследованиями, относительными противопоказаниями можно считать свежий инфаркт миокарда и декомпенсацию кровообращения и дыхания. В таких ситуациях методом экстренной диагностики является лапароскопия, а не диагностическая лапаротомия, рекомендуемая многими авторами. Диагностическая лапаротомия даже в условиях современных методов диагностики, обезболивания и реанимации нередко значительно утяжеляет состояние больных и может сама явиться причиной летального исхода.

При установлении показаний к экстренной лапароскопии необходимо помнить, что риск исследования не должен превышать риск самого заболевания.

Лапароскопия основана на визуальном определении степени воспалительных изменений в органах, поэтому ошибки в диагностике достигают значительного числа. Так, точность диагностики при обзорной лапароскопии без применения дополнительных методов исследования колеблется от 50 до 60% [3, 5].

С целью улучшения диагностических возможностей обзорной лапароскопии мы использовали следующие дополнительные диагностические манипуляции под контролем лапароскопа: 1) лапароскопическую экстренную холецистоангиографию при остром холецистите, панкреатите и желтухе (у 106); 2) пальпацию и смещение органов с одновременным системным измерением температуры исследуемого органа (у 60); 3) взятие жидкости из брюшной полости для цитологического и лабораторного исследования (у 48); 4) биопсию (у 52); 5) трансиллюминацию (у 16). Каждая из них проводилась с учетом обзорной лапароскопии и клинической картины заболевания. Пользоваться всеми названными приемами приходилось редко, чаще было достаточно одной или двух манипуляций. Чисто диагностическая лапароскопия была выполнена у 632 больных, в сочетании с лечебными процедурами — у 370.

Показаниями к лечебной лапароскопии являлись общее тяжелое состояние больных с целью его коррекции и купирования острого воспалительного процесса в пораженном органе, а также отсутствие необходимости срочного оперативного вмешательства при полной уверенности в точности диагностики. Лечебную лапароскопию не применяли при сомнении в диагнозе и при невозможности исключить острые хирургические заболевания, требующие немедленной операции (аппендицит, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки), а также в тех случаях, когда не было надежды на улучшение состояния с помощью этих манипуляций. Воздерживались от нее и у больных с разлитым гнойным перитонитом, требующим оперативного лечения, так как при большом скоплении гноя, фибрина в брюшной полости трудно исключить перфорацию органов.

Лечебную лапароскопию проводили при остром холецистите (у 201 больного), остром панкреатите (у 84), остром холецистопанкреатите (у 53), остром аднексите (у 32). В нее входили следующие лечебные мероприятия: 1) канюляция круглой

связки печени при остром холецистите и панкреатите при безуспешной консервативной терапии для пролонгированной ее блокады (у 123); 2) промывание желчного пузыря и желчных протоков при остром холецистите и панкреатите (у 44); 3) промывание желчного пузыря и желчных протоков в сочетании с внебрюшинной канюляцией круглой связки печени (у 47); 4) дренирование брюшной полости при остром аднексите (у 32); 5) дренирование брюшной полости при остром панкреатите с целью проведения перитонеального диализа (у 48); 6) пункционная лапароскопическая микрохолецистостомия при остром холецистите, панкреатите и механической желтухе (у 76).

Приводим результаты лапароскопического лечения (табл. 1—4).

Таблица 1

Результаты лечения больных методом лапароскопической канюляции круглой связки печени и ее пролонгированной блокады

Характер заболевания	Всего больных	Время от начала лечения до стихания клинических проявлений болезни, сут					Эффекта нет
		до 2	3—4	5—6	7—8	9—12	
Катаральный холецистит	10	8	2	—	—	—	—
Флегмонозный холецистит	43	21	15	4	—	—	3
Холецистит в стадии инфильтрации	12	—	2	6	2	2	—
Отечный панкреатит	9	5	4	—	—	—	—
Геморрагический панкреатит	29	3	12	10	3	1	—
Холецистопанкреатит	20	8	6	5	—	—	1

Таким образом, с помощью лапароскопической канюляции круглой связки печени удается не только устранять болевой синдром, но и добиваться разрешения острого воспалительного процесса в желчном пузыре и поджелудочной железе.

Таблица 2

Результаты лечения острого холецистита промыванием желчного пузыря и желчных протоков в сочетании с канюляцией круглой связки печени и без нее

Характер заболевания	Всего больных	Время от начала лечения до стихания клинических проявлений болезни, сут					Эффекта нет
		до 2	3—4	5—6	7—8	9—12	
Катаральный холецистит	11	5	2	4	—	—	—
Флегмонозный холецистит	33	6	21	4	1	—	1
Промывание в сочетании с канюляцией круглой связки печени	—	—	—	—	—	—	—
Катаральный холецистит	9	6	3	—	—	—	—
Флегмонозный холецистит	38	12	22	2	1	1	—

Эта процедура, на наш взгляд, благотворно влияет на слизистую желчного пузыря и внепеченочных желчных путей, уменьшает в них воспалительный процесс, способствует восстановлению оттока желчи и купированию воспалительных явлений. В дальнейшем после стихания острых воспалительных явлений возможна адекватная операция без дополнительных исследований.

Таблица 3

Результаты лечения больных острым панкреатитом методом лапароскопического дренирования брюшной полости и перитонеального диализа

Морфологическая форма панкреатита	Не оперировано	Оперировано
Отечный (абортивный)	4	—
Геморрагический	31	—
Жировой панкреонекроз	7	3
Очаговый жировой панкреонекроз	2	2
Всего	44	5

Таблица 4

Результаты лечения лапароскопическим дренированием брюшной полости при остром аднексите с местным подведением антибиотиков к очагу воспаления

Характер воспаления	Выздоровление	Эффекта нет
Катаральное воспаление придатков матки	8	—
Гнойное воспаление придатков матки с явлениями местного перитонита	18	—
Односторонний гнойный сальпингоофорит	4	—
Двусторонний гнойный сальпингоофорит	2	—
Всего	32	0

Лапароскопическое дренирование брюшной полости и последующий перитонеальный диализ являются мощными дезинтоксикационными методами в лечении деструктивных форм панкреатита.

Как видно из табл. 3, лапароскопическая процедура малоэффективна при наличии жирового панкреонекроза. Применение лапароскопического метода лечения в последние годы сократило число лапаротомий у больных с клинической картиной панкреатического перитонита.

Как видно из табл. 4, лапароскопическим дренированием брюшной полости у всех больных удалось купировать воспалительный процесс в области придатков матки и малого таза, в то время как до использования лапароскопии подобные больные подвергались оперативному вмешательству по поводу различных заболеваний, преимущественно острого аппендицита.

Пункционная микрохолецистостомия была применена нами у 76 больных острым холециститом, панкреатитом и механической желтухой. Положительный результат был получен у 74 пациентов. Наши наблюдения показали, что лапароскопическая микрохолецистостомия является относительно простым и безопасным методом лечения больных с острым холециститом, панкреатитом и механической желтухой при повышенном операционном риске. Метод позволяет купировать воспалительные явления в желчных путях, нормализовать общее состояние и предупреждать прогрессирование печеночно-почечной недостаточности. Это создает более благоприятные условия для оперативного лечения в периоде стихания острого воспалительного процесса с лучшими послеоперационными исходами.

При проведении 1002 лапароскопий мы наблюдали следующие осложнения: подкожную эмфизему (у 2), нагноение раны в области введения лапароскопа (у 2), желчеистечение после пункции желчного пузыря (у 1), что составило примерно 0,5%. Все эти осложнения возникали в период освоения методики.

В заключение необходимо отметить, что лапароскопия в неотложной хирургии является неоценимой диагностической процедурой и в ряде случаев помогает своевременно и точно устанавливать диагноз и выбирать адекватное лечение. Простота и доступность метода позволяют рекомендовать его для более широкого применения в хирургических стационарах, оказывающих экстренную хирургическую помощь населению. Кроме того, возникла настоятельная необходимость подготовки кадров для проведения экстренной лапароскопии. Решение этой проблемы, несомненно, позволит уменьшить количество дооперационных диагностических ошибок, сократить сроки динамического наблюдения за больными, что в конечном итоге улучшит результаты лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопия в неотложной хирургии должна быть неизменным диагностическим мероприятием, особенно в трудных случаях.
2. Экстренная лапароскопия сокращает сроки динамического наблюдения за больными, что позволяет устранять значительные изменения в пораженном органе.
3. Лечебная лапароскопия в ряде случаев дает возможность купировать острое воспаление, сокращает риск экстренных оперативных вмешательств и создает условия проведения операции в периоде стихания острого воспаления в более благоприятных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Ю. Е., Сотников В. Н., Саакян Н. Е., Ерохин П. Г. // Клин. хир.— 1976.— № 9.— С. 18—23.— 2. Буянов В. М. // В кн.: Неотложная хирургия живота.— М., 1976.— 3. Васильев Р. Х. // Перитонеоскопия в хирургической практике.— М., Медицина, 1968.— 4. Дедерер Ю. М., Крылова А. М., Устинов Г. Г. // Желчнокаменная болезнь.— М., Медицина, 1983.— 5. Загородный Л. Г., Барило В. С. // Клин. хир.— 1973.— № 9.— С. 68—72.— 6. Ким И. А. // Комбинированная лапароскопия в неотложной хирургии.— Автореф. канд. дисс.— Казань, 1980.— 7. Кочнев О. С., Ким И. А. // Хирургия.— 1980.— № 8.— С. 79—83.— 8. Кочнев О. С., Ким И. А., Валеев А. Г., Малков И. С. // Там же.— 1984.— № 7.— С. 25—29.— 9. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. // Эндоскопия органов брюшной полости.— М., Медицина, 1977.— 10. Сотников В. Н. // Эндоскопия в неотложной хирургии органов брюшной полости.— Саратов, 1980.

Поступила 03.02.86.