

ЛАПАРОСКОПИЯ В РАБОТЕ УРГЕНТНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

*¹Колоцей В.Н., ²Страпко В.П., ²Жук С.А., ²Ковалевский П.И.,
²Клименко Н.Ф., ²Макаревич Е.И.*

*¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Проблема диагностики острых хирургических заболеваний органов брюшной полости продолжает оставаться весьма актуальной. Продолжает наблюдаться увеличение количества

открытых и закрытых повреждений органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Оснащение стационаров современным диагностическим оборудованием – МРТ, КТ, аппаратами УЗИ экспертного класса, современными клиническими лабораториями значительно улучшило диагностические возможности. Однако вопросы дифференциальной диагностики остаются весьма сложными, при стертой абдоминальной симптоматике бывает весьма непросто поставить правильный диагноз. В связи с этим значение эндовидеохирургических возможностей трудно переоценить. Лапароскопия обладает высокой степенью диагностической информативности и позволяет выполнить не только диагностические, но и лечебные манипуляции.

Цель исследования: проанализировать диагностические и лечебные возможности лапароскопии в urgentном хирургическом стационаре.

Материалы и методы. Был проведен анализ экстренной абдоминальной патологии, подвергшейся лапароскопической диагностике и лечению за период с 01.01.2022 года по 31.08.2023 года. Было выполнено 172 лапароскопии. Структура острых заболеваний органов брюшной полости была представлена следующей патологией: острый аппендицит (флегмонозный, гангренозный, с абсцессом и перфорацией), острый холецистит (деструктивные формы), перфоративные язвы желудка и 12-перстной кишки, острый панкреатит, непроходимость кишечника различного генеза, закрытая и открытая травма живота с повреждением и без повреждения внутренних органов, мезаденит, острая гинекологическая патология, некроз пряди большого сальника и перекрут жировых привесок ободочной кишки, дивертикулит (с перфорацией и без), онкопатология ободочной кишки, сосудистая недостаточность тонкого кишечника, перитониты различной этиологии.

Лапароскопия явилась самым эффективным по информативности и самым оперативным по исполнению методом дифференциальной диагностики. При необходимости диагностическая лапароскопия трансформировалась в лечебную.

Результаты и обсуждение. Диагностика острого аппендицита продолжает оставаться важнейшей проблемой, особенно в связи с тем, что это заболевание часто протекает со стертой или ати-

пичной симптоматикой. Клиническая картина воспаления червеобразного отростка многолика и порой требует проведения достаточно большого количества диагностических процедур, особенно у женщин и пациентов пожилого возраста. Не смотря на внедрение в диагностику этой патологии таких методов, как УЗИ червеобразного отростка и КТ органов брюшной полости, значение лапароскопического метода не уменьшилась. Ценность диагностической лапароскопии при остром аппендиците заключается в том, что при установлении диагноза она трансформируется в лечебную в большинстве случаев. В нашей клинике лапароскопически оперируется более 90% всех аппендэктомий. Диагностическая лапароскопия позволила установить диагноз острого аппендицита в 32 случаях. Еще в у 27 пациентов был верифицирован мезаденит. У 5 пациентов выявлен перекрут пряди большого сальника с некрозом, в 1 случае перекрут жировой привески ободочной кишки, произведена лапароскопическая санация указанной патологии. Лапароскопия позволила у одного пациента обнаружить флегмонозно измененный дивертикул Меккеля с последующей его резекцией. У 8 пациенток диагностирован острый сальпингит и оофорит.

В диагностике острого аппендицита приходится значительно чаще прибегать к лапароскопическому методу, чем при другой патологии. Диагностическая лапароскопия позволяет уменьшить количество неоправданных аппендэктомий и избежать тяжелых осложнений.

Для диагностики другой острой хирургической патологии лапароскопию применяли значительно реже. Так, диагноз острого холецистита был установлен у 7 пациентов, в 5 случаях это деструктивные формы, осложненные перитонитом, потребовавшие открытого оперативного вмешательства. После удаления дренажа холедоха диагностическая лапароскопия позволила диагностировать у 1 пациента желчный перитонит. Еще в 1 случае был выявлен абсцесс печени, произведено его лапароскопическое вскрытие и дренирование.

Острый панкреатит выявлен у 7 пациентов, в 4 случаях была произведена лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости в связи с ферментативным перитонитом. Для установления диагноза прободной язвы 12-перстной кишки к лапароскопии прибегли в 3 случаях, в 2 случаях удалось произвести лапароскопическое ушивание перфоративной язвы.

Диагноз острой кишечной непроходимости был установлен у 17 пациентов, в том числе спаечная непроходимость в 11 случаях, которую у 5 пациентов удалось завершить лапароскопическим висцеролизом. В 1 случае выявлена тонкокишечная инвагинация, еще у 1 пациента – заворот подвздошной кишки. В 4 случаях причиной непроходимости оказался рак ободочной кишки, причем в 2 случаях осложненный перфорацией и перитонитом. Острый дивертикулит отмечен у 9 пациентов, в 7 случаях был осложнен прободением и перитонитом, что потребовало открытого оперативного вмешательства с выведением колостомы.

При травмах и ранениях брюшной полости выполнено 8 лапароскопий. Так в 2 случаях установлен разрыв селезенки, забрюшинный разрыв задней стенки 12-перстной кишки (1), разрыв подвздошной кишки (1), гематома забрюшинного пространства (1). При проникающих ножевых ранениях брюшной полости лапароскопическим исследованием выявлено одно торакоабдоминальное ранение с повреждением печени и диафрагмы. У 2 пациентов повреждений внутренних органов не обнаружено, что позволило воздержаться от лапаротомии.

Сосудистая недостаточность тонкого кишечника с гангреной кишки выявлена у 6 пациентов. Перфорации подвздошной кишки не-травматического генеза диагностированы у 5 пациентов, в одном случае был поставлен диагноз терминального илеита.

Особо следует подчеркнуть тот факт, что в 33 случаях (19,2%) удалось исключить хирургическую патологию органов брюшной полости.

Выводы. Активное использование лапароскопического метода позволило, прежде всего, значительно улучшить результаты диагностики острого аппендицита. Когда другие неинвазивные методы диагностики, такие как УЗИ, ФГДС, обзорная рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ не позволяют быстро установить точный диагноз и выработать правильную хирургическую тактику, значение лапароскопии переоценить невозможно.

Таким образом, лапароскопия в диагностике и лечении ургентной хирургической патологии позволяет конкретизировать диагностику, не тратить время на динамическое наблюдение за пациентом, минимизировать диагностические ошибки, оптимизировать хирургическую тактику, сократить количество необоснованных лапаротомий.