

СОВРЕМЕННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

¹ Колоцей В. Н., ¹ Смотрич С. М., ² Страпко В. П.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Острый аппендицит является самой частой причиной острой хирургической патологии органов брюшной полости. Клиническая картина воспаления червеобразного отростка многолика и порой требует проведения достаточно большого количества диагностических процедур, особенно у женщин и пациентов пожилого возраста. 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 степе-

нью диагностической информативности и позволяет выполнить не только диагностические, но и лечебные манипуляции. Оснащение стационаров современным диагностическим оборудованием — МРТ, КТ, аппаратами УЗИ экспертного класса, современными клиническими лабораториями позволило значительно улучшить диагностические возможности.

Цель исследования: проанализировать диагностические и лечебные возможности лапароскопии при трудном диагнозе острого аппендицита.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ результатов лечения 98 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Гродно в 2023 г., которым в связи неясным диагнозом острого аппендицита была выполнена лапароскопия. Это были пациенты в возрасте от 18 до 90 лет. В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных и других методов.

Еще в 41 случае была выполнена диагностическая лапароскопия для уточнения хирургической патологии органов брюшной полости. 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 привесков ободочной кишки, дивертикулит (с перфорацией и без), онкопатология ободочной кишки, сосудистая недостаточность тонкого кишечника, перитониты различной этиологии.

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

или атипичной симптоматикой. Лапароскопическое исследование позволило диагностировать острый аппендицит у 42 пациентов (42,86 %). При этом острый флегмонозный аппендицит выявлен в 15 случаях (35,71 %), а острый гангренозный аппендицит — в 27 случаях (64,29 %). У 24 пациентов (57,14 %), были выявлены осложнения острого аппендицита, такие как местный (6) и распространенный (8) перитонит, аппендикулярный (4) и парааппендикулярный (2) абсцесс, аппендикулярный инфильтрат (1), кишечная непроходимость (1), тифлит (1), мезаденит (1). Ценность диагностической лапароскопии при остром аппендиците заключается в том, что при установлении диагноза она трансформируется в лечебную в большинстве случаев.

Диагностическая лапароскопия позволила исключить диагноз острого аппендицита у 56 пациентов (57,14 %). Самой частой патологией, которая была выявлена у этих пациентов был мезаденит — 26 случаев (46,43 %). У 8 пациентов (14,29 %) выявлены перекрут пряди большого сальника или жировой привески ободочной кишки, в 3 случаях с их некрозом, произведена лапароскопическая санация указанной патологии. Лапароскопия позволила у одного пациента обнаружить флегмонозно измененный дивертикул Меккеля с последующей его резекцией. Острая гинекологическая патология диагностирована у 10 пациенток (17,86 %). Тифлит диагностирован у 1 пациента (1,79 %), терминальный илеит — у 2 (3,57 %). По результатам обследования с учетом лапароскопического исследования диагноз функционального расстройства кишечника установлен у 9 пациентов, мочекаменной болезни — в 1 случае.

В диагностике острого аппендицита приходится значительно чаще прибегать к лапароскопическому методу, чем при другой патологии. Лапароскопия явилась самым эффективным по информативности и самым оперативным по исполнению методом дифференциальной диагностики. Диагностическая лапароскопия позволяет уменьшить количество неоправданных аппендэктомий и избежать тяжелых осложнений. 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.

Для диагностики другой острой хирургической патологии лапароскопию применяли значительно реже. Так, диагноз острого холецистита был установлен у 5 пациентов, в 3 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 3 пациентов, в 2 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 2 случаях.

Диагноз острой кишечной непроходимости был установлен у 10 пациентов, в том числе спаечная непроходимость в 6 случаях, которую у 3 пациентов удалось завершить лапароскопическим висцеролизом. В 1 случае выявлена тонкокишечная инвагинация, еще у 1 пациента — заворот подвздошной кишки. В 2 случаях причиной непроходимости оказался рак ободочной кишки, причем в 1 случае осложненный перфорацией и перитонитом. Острый дивертикулит отмечен у 6 пациентов, в 4 случаях был осложнен прободением и перитонитом, что потребовало открытого оперативного вмешательства с выведением колостомы.

При травмах и ранениях брюшной полости выполнено 5 лапароскопий. 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 4 пациентов. Перфорации подвздошной кишки нетравматического генеза диагностированы у 3 пациентов, в одном случае был поставлен диагноз терминального илеита.

Таким образом, именно лапароскопия в настоящий момент играет главную роль в отходе от гипердиагностики острого аппендицита. Активное внедрение лапароскопической диагностики позволило уменьшить количество «напрасных» аппендэктомий.

При этом не стоит полностью отказываться от открытой аппендэктомии, особенно в случаях гангренозного аппендицита с явлениями тифлита, местного перитонита. Не надо пытаться выполнить лапароскопическую аппендэктомию любой ценой, это может приводить к ненужным осложнениям. Кроме того, на нашей клинической базе проходит подготовка врачей-интернов. Мы должны обучить их не только выполнению лапароскопической аппендэктомии, но и традиционной аппендэктомии, без чего их практическая подготовка будет неполноценна.

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 острого аппендицита позволяет конкретизировать диагностику, не тратить время на динамическое наблюдение за пациентом, минимизировать диагностические ошибки, оптимизировать хирургическую тактику, сократить количество необоснованных аппендэктомий.