

Колопроктология. – 2022. – Т. 21, № 3. – С. 27-32.

2. Лечение комбинированного геморроя 2–3 стадии методом трансмукозной лазерной абляции / И. А. Матвеев, Б. К. Гиберт, А. И. Матвеев [и др.] // Колопроктология. – 2023. – Т. 22, № 2. – С. 86-91.

АНАЛИЗ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Гарелик П.В., Милешко М.И.

Гродненский государственный медицинский университет
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Малоинвазивные вмешательства в неотложной хирургии находят все более широкое применение и представляют наиболее успешно развивающуюся область здравоохранения [1, 3]. Малая травматичность, большая информативность и хорошие послеоперационные результаты способствуют все более широкому внедрению данных операций в различных разделах хирургии [4, 5]. Как при любой операции, в том числе и при малоинвазивной, встречаются трудности применения, а так же различные осложнения. Несмотря на это, они пользуются популярностью у практических врачей, тем более, что с каждым годом совершенствуется эндоскопическая аппаратура и технические возможности ее использования [1, 2, 3].

Цель. Проанализировать результаты применения малоинвазивных вмешательств при экстренной хирургической патологии.

Методы исследования. Нами проанализированы результаты операций за последние пять лет (2020-2024 гг.) произведенных по экстренным показаниям у 1435 пациентов с различной хирургической патологией, находившихся в клинике общей хирургии на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно». Из них мужчин было – 611, женщин – 824 в возрасте от 19 до 86 лет. Из общего числа оперированных, малоинвазивные вмешательства произведены у 1202 человек (83,8%).

Среди общего числа пациентов по поводу острого аппендицита оперировано 770 человек, острого холецистита (ОХ) – 377, острой кишечной непроходимости (ОКН) – 114, острого панкреатита – 81, прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки – 39, мезентериотромбоза – 54 пациента.

Результаты и их обсуждение. Среди всех экстренных хирургических вмешательств, наиболее частой являлась операция по поводу острого аппендицита. За анализируемый промежуток времени произведено 770 аппендэктомий, из них у 710 (97,3%) человек, операция выполнена лапароскопически. Изначально операцию начинали с лапароскопии у 791 пациента, однако у 21 человека произошла конверсия по следующим

причинам: у 3 пациентов червеобразный отросток располагался ретроперитонеально, у 5 – имелся плотный аппендикулярный инфильтрат, у 2 – некроз купола слепой кишки и у 11 пациентов распространенный гнойный перитонит.

В послеоперационном периоде у 6 оперированных, лапароскопическим доступом возник инфильтрат правой подвздошной области, который успешно лечили консервативно, других осложнений не наблюдали.

Наибольшее количество малоинвазивных методик применяется при лечении острого холецистита. По нашим данным лапароскопическая холецистэктомия произведена у 285 (75,8%) из 377 оперированных. Еще у трех пациентов в связи с техническими трудностями наступила конверсия.

У пациентов с тяжелым общим состоянием в связи с сопутствующими заболеваниями и пальпируемым желчным пузырем (ЖП) несмотря на интенсивное лечение в 69 случаях, произведена пункция и санация ЖП под УЗИ наведением. У 14 человек при безуспешности консервативного лечения и в связи с наличием желчной гипертензии выполнена микрохолецистостомия под УЗИ контролем. Только у 9 человек (2,4%) удалили ЖП из лапаротомного доступа. Серьезных осложнений потребовавших дополнительных вмешательств при применении малоинвазивных пособий мы не наблюдали.

Из 81 оперированного пациента по поводу острого панкреатита малотравматичные технологии применены у 43 (53,1%). Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 11 человек с ферментативным перитонитом, еще у 5 пациентов с распространением процесса на парапанкреатическую клетчатку производилась лапароскопическая левосторонняя перитонеотомия и дренирование забрюшинного пространства. Жидкостные и гнойные образования в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке в зависимости от их объема начинали лечить у 16 человек путем их пункции под УЗИ наведением, у 14 – путем дренирования под УЗИ контролем. Необходимо отметить, что у 14 (34,1%) человек с панкреонекрозом, эти пособия не привели к выздоровлению, у этих пациентов применены открытые вмешательства.

Успешным оказался лапароскопический метод лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Во время лапароскопии из 39 оперированных пациентов ушить прободное отверстие удалось у 38, причем у половины из них достаточно было наложение одного серозно-мышечного шва. Второй важный вопрос – интраоперационное лечение перитонита во время лапароскопии. В 25 случаях перитонит расценен как местный, а у 14 как распространенный. Производилось обильное промывание брюшной полости физиологическим раствором хлорида натрия с аспирацией и ее дренирование. У 3 человек, где были трудности ушивания язвы после операции в течении 3 дней, производилась постоянная аспирация из желудка по зонду (метод Тейлора). Осложнений не было. Все больные поправились.

Значительно меньшие возможности использования лапароскопии имеются при острой кишечной непроходимости в силу малого объема брюшной полости. Из 114 пациентов оперированных по поводу ОКН

лапароскопические вмешательства были возможными у 12 человек (10,5%). У 6 из них удалось выполнить висцеролиз при спаечной ОКН. При опухолях у 4 человек с непроходимостью ректосигмоидного отдела произведена лапароскопическая сигмостомия и у 7 пациентов с непроходимостью толстой кишки наложена илеостома.

Из 54 пациентов оперированных по поводу мезентериотромбоза лапароскопия применена у 31 (57,4%). Во всех случаях она носила диагностический характер. Распознать некроз кишки и поставить показания к операции удалось у 19 человек, а у 12 пациентов некроз кишечника носил тотальный характер, им проводилось консервативное лечение.

Выводы.

1. При экстренной хирургической патологии у большинства больных (83,8%) выполнимы малоинвазивные вмешательства. Операции произведенные при лапароскопическом доступе оказались возможными у 97,4% пациентов с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, у 97,3% с острым аппендицитом. Лапароскопическая ХЭЖ, а также такие малотравматичные пособия как пункция ЖП и микрохолецистостомия оправданы были у 97% случаев.

2. При остром панкреатите арсенал малоинвазивных пособий значительно больший, однако такие вмешательства как пункция жидкостных образований и их наружное дренирование под УЗИ-наведением у каждого третьего пациента оказались не эффективным, что заставило обратиться к традиционным открытым вмешательствам.

3. При тромбозе мезентериальных сосудов и острой кишечной непроходимости, лапароскопия носит в основном диагностический характер и по ее заключению можно поставить показания к лапаротомии, либо у отдельных пациентов выполнить висцеролиз или наложить лапароскопическую сигмостому или илеостому для разрешения ОКН.

Список литературы

1. Использование минимально инвазивной хирургии в экстренных операциях общего профиля / М. Арнольд, С. Эльхаге, Л. Шифферн [и др.] // Surg Endosc. – 2020. – Vol. 34. – P. 2258–65.

2. Результаты неотложной помощи больным с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в Великом Новгороде: роль внедрения малоинвазивных технологий / А. П. Уханов, Д. В. Захаров, С. А. Жилин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2022. – Vol. 28, № 5. – С. 5-12.

3. Прудков, М. И. Основы минимально инвазивной хирургии / М. И. Прудков. – Екатеринбург, 2007. – С. 64.

4. Шаповальянц, С. Г. Лапароскопические вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости / С. Г. Шаповальянц, С. Е. Ларичев, М. Е. Тимофеев // Эндоскопическая хирургия. – 2013. – Т. 19, № 4. – С. 3-8. – edn: PJDSGF.

5. Оперативная лапароскопия в хирургии, гинекологии и урологии / И. В. Федоров, Е. И. Сигал, А. И. Курбангалеев [и др.]. – Москва : Профиль, 2007. – 288 с. – edn: QLQSRL.