УДК 616.136.46/.5-005-07-08-072.1

РОЛЬ ТА МІСЦЕ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ «SECOND LOOK»-ВТРУЧАНЬ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ КРОВОТОКУ В БАСЕЙНАХ БРИЖОВИХ СУДИН

Проф. В. В. Бойко, канд. мед. наук В. Г. Грома

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України», м. Харків

Відеолапароскопічні технології відкривають широкі можливості в діагностиці, лікуванні та контролі ускладнень гострих порушень кровотоку в басейнах брижових судин. У ході дослідження встановлено обґрунтування до первинного та повторних лапароскопічних втручань у даної категорії хворих, виявлено безперечні переваги малоінвазивних «second look»-втручань над відкритими, визначено внутрішньочеревні ознаки сприятливого та ускладненого перебігу раннього післяопераційного періоду, відпрацьовано методики ранніх санаційних релапароскопій.

РОЛЬ И МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ «SECOND LOOK»-ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ КРОВОТОКА В БАССЕЙНАХ БРЫЖЕЕЧНЫХ СОСУДОВ

Проф. В. В. Бойко, канд. мед. наук В. Г. Грома

Видеолапароскопические технологии открывают широкие возможности в диагностике, лечении и контроле осложнений острых нарушений кровотока в бассейнах брыжеечных сосудов. В ходе исследования установлены обоснования к первичному и повторным лапароскопическим вмешательствам у данной категории больных, выявлены неоспоримые преимущества малоинвазивных «second look»-вмешательств, по сравнению с открытыми, определены внутрибрюшные характеристики благоприятного и осложненного течения раннего послеоперационного периода, отработаны методики ранних санационных релапароскопий.

THE ROLE AND PLACE OF LAPAROSCOPIC "SECOND LOOK"-INTERVENTIONS IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE DISORDERS OF BLOOD FLOW IN THE MESENTERIC VASCULAR BASINS

V. V. Boyko, V. G. Groma

Videolaparoskopics technologies open up broad possibilities for diagnosis, treatment and monitoring of complications of acute disorders of blood flow in the mesenteric vascular basins. During the study established of primary and repeated laparoscopic procedures in these patients, established the undeniable advantages of minimally invasive "second look" interventions over the open, identified intraabdominal characteristics of favorable and complicated course of early postoperative period, worked out methods of early remediation relaparoskopy.

В опублікованих серіях робіт із застосування повторної лапароскопії (ЛС) через 3 міс. та пізніше після первинної операції їй дали назву «photolaparoscopy». З часом почали використовувати повторну лапароскопію через 6–8 тижнів після операції з метою адгезіолізису. Так виник новий вид оперативного втручання під назвою контрольної, або повторної, лапароскопії; в англомовній літературі — «second-look laparoscopy» [2; 4; 10].

Контрольну лапароскопію почали застосовувати в різні терміни післяопераційного періоду: ранню — на 2–8 добу після операції, пізню — у більш віддалені терміни. За неодноразового проведення контрольної лапароскопії її називають динамічною [4; 6; 7].

На сьогодні ендоскопічні втручання в сучасній хірургічній клініці посідають провідні позиції: до 70–90 % оперативних втручань виконуються лапароскопічним доступом.

Багатьма авторами у медичній літературі підкреслюються переваги такого доступу, що полягають у мінімальній інвазивності і травмі передньої черевної стінки, дбайливому ставленні до тканин, можливості проведення органозберігаючих операцій і неодноразового динамічного ендоскопічного контролю, відсутності або невеликій крововтраті, мінімальних больових відчуттях після операції, швидкій реабілітації [2; 5; 6; 9].

Незважаючи на досягнуті успіхи в ендоскопічній хірургії, існують невирішені проблеми і питання, котрі потребують подальшого вивчення.

Мета роботи — вивчення місця й ролі «second-look»-лапароскопій в діагностиці та лікуванні гострих порушень брижового кровотоку, визначення показань для їхнього проведення та результатів використання [1; 3; 7; 8].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Ендовідеохірургічні операції за методикою «second look» виконані нами у 63 пацієнтів з гострими порушеннями кровотоку в басейнах брижових судин. З них програмовані ЛС, коли під час першої операції (лапароскопічної чи традиційної) встановлювалася спеціальна гільза для подальшого контролю і можливих санацій черевної порожнини в післяопераційному періоді, виконано у 52 хворих. В інших 11 випадках показання до діагностичної та лікувальної ЛС виставляли в післяопераційному періоді на підставі клінічних даних. У більшості випадків було виявлено післяопераційний перитоніт на тлі продовженого некрозу кишечника, у 9 випадках у зоні операції не виявлено негативних явищ.

Відеолапароскопічна методика складається з діагностичного та лікувального етапів. На першому епапі визначали наявність або відсутність патологічного процесу в черевній порожнині, потім за його наявності визначали ступінь вираженості (характер і обсяг перитонеального ексудату, запальні зміни очеревини, наявність фібринозних нашарувань, життєздатність петель кишечника, стан зони анастомозу). На підставі діагностичного етапу визначали показання до відеолапароскопічної санації або для відкритого втручання.

Другим етапом було безпосереднє проведення лікувальних процедур. З цією метою до черевної порожнини вводилися додаткові троакари з маніпуляторами кількістю від 1 до 3. Санацію черевної порожнини здійснювали промиванням розчинами антисептиків, за можливості — залежно від даних бактеріологічних посівів. Об'єм використовуваного розчину, у першу чергу, залежав від поширеності запального процесу. У середньому ми використовували 6–10 л розчинів антисептиків. За допомогою модернізованого аспіраційно-іригаційного наконечника (за рахунок збільшення діаметра трубки) проводили лаваж черевної порожнини з евакуацією патологічного рідинного вмісту. При цьому досягали якомога повнішого очищення очеревини від нашарувань фібрину, розділення міжпетлевих зрощень, у разі необхідності проводили заміну дренажів на силіконові.

На заключному етапі втручання вирішували питання про необхідність повторної лапароскопічної санації, яка здійснювалася через 24 год. Показанням до її проведення вважали як наявність вихідних даних, визначених під час попереднього оперативного втручання, так і наявність у хворих у післяопераційному періоді симптомів перитоніту, що триває. Винятком була релапаротомія, коли під час первинної операції у зв'язку з важким станом хворих та невизначеністю меж некрозу кишки виконувався лише судинний етап втручання, спрямований на відновлення кровопостачання ішемічно враженої ділянки кишки без її резекції.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХНЄ ОБГОВОРЕННЯ

У ході вивчення даних з наукової літератури та власних спостережень нами були встановлені основні показання до проведення «second look»-відеолапароскопії в ранньому післяопераційному періоді у хворих з гострими порушеннями кровотоку в басейнах брижових судин, а саме: 1) проведений під час первинного відкритого чи інтервенційного втручання лише реваскуляризуючий етап операції; 2) залишення нерезекційованими під час первинного оперативного втручання ділянок кишечника із сумнівною життєздатністю; 3) накладання анастомозу в умовах перитоніту; 4) фібринозно-гнійний характер виділень по дренажах із черевної порожнини.

Крім того, наростання клінічних та лабораторних проявів ендотоксикозу, що можуть призводити до значного погіршення стану, збільшення кількості та зміни характеру виділень із черевної порожнини, прогресування поліорганної недостатності так само послуговували показаннями до проведення діагностичної відеолапароскопії з подальшою ЛС санацією черевної порожнини або релапаротомії.

Ні в кого не викликає сумнівів, що повторне медичне втручання в будь-якому випадку погіршує стан хворих, однак застосування санаційної відеолапароскопії явно має переваги перед релапаротомією, оскільки зникає необхідність в ушиванні лапаротомної рани, а мала травматичність сприяє ранній активізації хворих у післяопераційному періоді.

Результати динамічної санації черевної порожнини ми оцінювали за допомогою розроблених критеріїв сприятливого чи несприятливого перебігу інфекційного процесу черевної порожнини.

Лапароскопічними ознаками сприятливого перебігу післяопераційного періоду були: 1) наявність у черевній порожнині серозного ексудату об'ємом не більше 500 мл; 2) зменшення набряклості й гіперемії очеревини; 3) відсутність парезу кишечника; 4) незначні нашарування фібрину на парієнтальній і вісцеральній очеревині або повна відсутність їх.

До ЛС-ознак несприятливого перебігу інфекційного процесу в черевній порожнині відносили: 1) наявність у черевній порожнині гнійно-фібринозного ексудату в обсязі більше 500 мл; 2) виражений набряк і гіперемію очеревини; 3) парез кишечника; 4) масивні нашарування фібрину на поверхні очеревини.

Наявність несприятливих критеріїв перебігу мікробно-запального процесу в черевній порожнині були показаннями для проведення повторних санаційних ЛС чи релапаротомій.

Релапаротомія нами проводилася через 12–48 год після першої операції. Ранню цілеспрямовану релапаротомію було проведено у 34 пацієнтів, з них у 20 — після санаційної відеолапароскопії, а у 14 — для контролю стану черевної порожнини, у тому числі 3 — після судинних втручань. У разі виявлення ішемізованих чи некротизованих ділянок кишки знову проводили ревізію брижових судин, з них у 6 хворих за ознак ретромбозу зі зворотніми змінами кишки — тромбектомію, а за гангрени кишки з приводу продовженого тромбозу — резекцію. Анастомоз не накладали, формуючи двостулкову стому. Повторні відеолапароскопічні «second look»-втручання після релапаротомій вважали доцільними лише для контролю стану черевної порожнини.

З метою обмеження зони ішемії та запобігання ретромбозу в післяопераційному періоді призначали препарати, що покращують мікроциркуляцію (пентоксифілін, трентал) і перешкоджають некрозу (кортикостероїди), проводили баротерапію, а також призначали в адекватній дозі (під контролем коагулорами) антикоагулянти (нефракціонований або низькомолекулярний гепарин).

ВИСНОВКИ

1. Лапароскопічні «second-look»-втручання в разі гострих порушень кровотоку в басейнах брижових судин є методом вибору в діагностиці ранніх внутрішньочеревних ускладнень і прогнозі перебігу післяопераційного періоду.

2. Повторний лапароскопічний огляд у хворих з гострими порушеннями брижового кровотоку в ранньому післяопераційному періоді дозволяє оцінити результат первинного оперативного втручання та здійснити терапевтичний вплив як у разі збереження вже наявних змін у черевній порожнині, так і за виникнення нових.

3. У хворих, що перенесли лапароскопію з приводу гострого порушення брижового кровотоку, незалежно від її обсягу, не виключено можливість прогресування наявних або виникнення повторних ішемічних порушень.

Результати оперативних втручань за гострих порушень кровотоку в басейнах брижових судин не завжди передбачувані, а найбільш повну оцінку ранніх результатів оперативного лікування можливо дати з використанням «second-look»-відеолапароскопії. Необхідність встановлення достовірних лапароскопічних критеріїв сприятливого та ускладненого перебігу гострої мезентеріальної ішемії визначає безперечну *перспективність* та необхідність подальших практичних напрацювань із цього питання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Брегель А. И.* Лапароскопия при тромбозе мезентериальных сосудов / А. И. Брегель, Е. А. Кельчевская, В. В. Андреев // Материалы Междунар. хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии». — Ростов-н/Д., 2005. — С. 378.
2. Видеолапароскопия в неотложной хирургии брюшной полости / А. С. Ермолов, А. А. Гуляев, Г. В. Пахомова [и др.] // Здравоохранение и медицинская техника. — 2005. — № 6. — С. 40–41.
3. Лапароскопическая диагностика как критерий хирургической тактики при острой мезентериальной ишемии / А. Я. Коровин, М. Б. Андреева, В. А. Кулиш, С. А. Шахбазов // Эндоскопическая хирургия. — 2009. — № 1. — С. 105–106.
4. Релапароскопия в раннем послеоперационном периоде / А. Г. Бебуришвили, Р. В. Земцов, А. Н. Овчаров [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2000. — № 2. — С. 9–12.
5. Новые информационные технологии в сочетании с лапароскопией в ранней диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости / А. Р. Гуревич, Н. А. Гуревич, Н. М. Быков [и др.] // Актуальные вопросы хирургии : материалы XIV съезда хирургов Республики Беларусь / под ред. А. Н. Косинца. — Витебск : ВГМУ, 2010. — С. 437– 438.
6. Экстренная лапароскопическая хирургия / А. А. Гуляев, П. А. Ярцев, Г. В. Пахомова [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2009. — № 1. — С. 63–64.
7. *Cho Y. P.* Role of diagnostic laparoscopy in managing acute mesenteric venous thrombosis / Y. P. Cho, S. M. Jung, M. S. Han [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 2003. — Vol. 13, № 3. — P. 215–217.
8. *Horstmann R.* Laparoscopic fluorometry: a new minimally invasive tool for investigation of the intestinal microcirculation / R. Horstmann, D. Palmes, D. Rupp [et al.] // J. Invest. Surg. — 2002. — Vol. 15, № 6. — P. 343– 350.
9. *Leduc F. J.* Acute mesenteric ischaemia. Minimal invasive management by combined laparoscopy and percutaneous transluminal angioplasty. / F. J. Leduc, S. R. Pestieau, O. Detry [et al.] // Eur. J. Surg. — 2000. — Vol. 166. — P. 345– 347.
10. *Yanar H.* Planned second-look laparoscopy in the management of acute mesenteric ischemia / H. Yanar, K. Taviloglu, C. Ertekin [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 13, № 24. — P. 3350–3353.