



М. І. Тутченко¹, Б. І. Слонецький², М. М. Атаєва¹, І. В. Вербицький²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО БОЛЮ В ЧЕРЕВНІЙ ПОРОЖНИНІ

Мета роботи — оцінити доцільність та ефективність лапароскопічної діагностики у хворих, які були госпіталізовані в ургентному порядку зі скаргами на гострий біль у черевній порожнині.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати діагностики та лікування 875 пацієнтів, які були госпіталізовані в ургентному порядку в Київську міську клінічну лікарню швидкої медичної допомоги зі скаргами на гострий біль у черевній порожнині. Пацієнтів розподілили на дві групи. У хворих другої групи ($n = 227$) на відміну від першої групи ($n = 648$) діагностичний комплекс було розширено застосуванням невідкладної лапароскопії. Клініко-діагностичний алгоритм передбачав використання лабораторних, інструментальних та біохімічних методів дослідження.

Результати та обговорення. Серед пацієнтів переважали особи жіночої статі віком від 18 до 59 років. Кожний п'ятий (18,98 %) пацієнт був похилого віку, кожний дванадцятий (8,02 %) — старечого. У кожного третього пацієнта спостерігали захворювання серцево-судинної системи, а в кожного сьомого — захворювання органів дихання. Протягом перших 6 год після госпіталізації правильний діагноз був встановлений у 365 (56,32 %) хворих першої групи, через 6—12 год — у 116 (17,90 %), через 12—24 год — у 97 (14,97 %), пізніше 24 год — у 70 (10,81 %). Застосування невідкладної лапароскопії дало змогу встановити правильний діагноз протягом перших 12 год у 211 (92,95 %) пацієнтів, через 12—24 год — у 16 (7,05 %).

Висновки. Застосування невідкладної лапароскопії дало змогу в більшості пацієнтів (186 (81,94 %)) з гострим болем в черевній порожнині встановити правильний діагноз протягом перших 6 год після госпіталізації та запобігло верифікації діагнозу пізніше 24 год у кожного десятого пацієнта. Використання невідкладної лапароскопії в 11 (4,85 %) випадках запобігло виконанню експлоративної лапаротомії, тоді як у хворих першої групи її проведено у 16 (2,47 %) пацієнтів.

■

Ключові слова: гострий абдомінальний біль, лапароскопія, ургентні хірургічні хворі, черевна порожнина.

Складності в діагностиці першопричини гострого болю в черевній порожнині призводять до затримки з лікуванням хворих з різними видами гострої та хронічної хірургічної патології органів черевної порожнини. Більшість пацієнтів, госпіталізованих в ургентному порядку, в приймальні відділення доставляє машина швидкої допомоги, кожен третій звертається самостійно. Це свідчить, що хибний попередній діагноз може бути навіть на догоспітальному етапі, адже його встановлюють здебільшого медичні фахівці з базовою та неповною вищою медичною освітою на підставі лише фізикальних методів дослідження [1, 9]. Отже, більшість пацієнтів з гострим болем у черевній порожнині на момент надходження в приймальне відділення лікарень не мають обґрунтованого та чітко верифікованого діагнозу. Зазвичай такі хворі підлягають динамічному спостереженню та обстеженню до встановлення

діагнозу і виявлення або спростування показань до операції. Невідкладна лапароскопія доцільна у хворих навіть з високим ризиком оперативного втручання та у більшості випадків не підвищує ризик ускладнень у післяопераційний період [2, 5, 8].

Лапароскопічна операція, яку широко застосовують у плановій хірургії, набуває поширення також в ургентній хірургії, але має обмеження у хворих з високим ризиком оперативного втручання. У частини пацієнтів установлення діагнозу неможливе без виконання діагностичної лапароскопії, а її обґрунтоване застосування поліпшує лікувальну тактику та запобігає виконанню експлоративної лапаротомії [4, 6].

Мета роботи — оцінити доцільність та ефективність лапароскопічної діагностики у хворих, які були госпіталізовані в ургентному порядку зі скаргами на гострий біль у черевній порожнині.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати діагностики та лікування 875 пацієнтів, які були госпіталізовані в ургентному порядку в Київську міську клінічну лікарню швидкої медичної допомоги зі скаргами на гострий біль у черевній порожнині. Пацієнтів розподілили на дві групи. У хворих другої групи ($n = 227$) на відміну від першої групи ($n = 648$) діагностичний комплекс було розширено застосуванням невідкладної лапароскопії.

З дослідження вилучали пацієнтів з абсолютними протипоказаннями до проведення невідкладної лапароскопії: наявність в анамнезі більше двох оперативних втручань на органах черевної порожнини з ускладненим перебігом післяопераційного втручання; спайковий процес у черевній порожнині II та особливо III ступеня; неефективність зондової декомпресії шлунка і проксимальних відділів тонкої кишки; перебіг перитоніту за Мангеймським індексом перитоніту (MPI) понад 24 бали; внутрішньочеревний тиск (ВЧТ) понад 12 мм рт. ст.; тяжкість поліорганної недостатності за шкалою MODS (Multiple Organ Dysfunction Score) понад 9 балів.

Клініко-діагностичний алгоритм передбачав використання лабораторних, інструментальних та біохімічних методів дослідження. Отримані дані обробляли статистичними методами.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Розмаїття першопричин захворювань, які супроводжуються гострим болем у черевній порожнині органічного чи функціонального характеру, надзвичайно велике. Залежно від тривалості періоду від моменту захворювання до госпіталізації та повноцінності забезпечення приймальних відділень ургентних медичних закладів інструментальним та лабораторним устаткуванням правильний діагноз може бути встановлений своєчасно, але нерідко його верифікують лише при виникненні грізних ускладнень, зокрема генералізованого характеру.

Найчастіше значущість анатомо-морфологічної будови та регіонарних особливостей функціонування ділянок очеревини в допущених помилках доводять ретроспективно після встановлення правильного діагнозу.

Аналіз літературних джерел [3, 7] свідчить, що на догоспітальному етапі лікарі з бригади швидкої медичної допомоги правильний діагноз на підставі фізикальних методів дослідження встановлюють лише у половини хворих. У приймальних відділеннях без залучення інструментальних та лабораторних методів частота встановлення правильного діагнозу дещо більша, але не відповідає сучасним вимогам. У третини пацієнтів неможливо встановити первинний діагноз при госпіталізації. Такі пацієнти підлягають динамічному клінічному спостереженню, яке може тривати декілька діб, що дає змогу уникнути необгрунтованої лапаротомії,

але затримка з операцією може призвести до пролонгації захворювання та розвитку ускладнень.

Невідкладна лапароскопія допомагає в діагностиці причини гострого абдомінального болю, а доповнення нею алгоритму інструментальних та лабораторних досліджень дає змогу провести диференційну діагностику і відмовитися від хірургічного втручання чи скоротити термін доопераційної підготовки [4, 5, 9].

Результати аналізу госпіталізованих пацієнтів за віком та статтю виявили переважання хворих жіночої статі віком від 18 до 59 років (рис. 1). Співвідношення жінок і чоловіків було майже однаковим у обох групах — 1,38 до 1, тоді як серед пацієнтів похилого віку — 2,24 до 1, а серед пацієнтів старечого віку — 7,67 до 1. Майже кожен п'ятий (18,98 %) хворий був похилого віку, кожен дванадцятий (8,02 %) — старечого віку. У цих пацієнтів діагностика ускладнювалася наявністю супутньою патологією.

Аналіз наявності хронічних екстраабдомінальних системних захворювань чи їх загострень (табл. 1) виявив, що вони були у більшості пацієнтів. Часто скарги мали поєднаний характер, що ускладнювало діагностику основного патологічного процесу. Серед пацієнтів обох груп майже у кожного третього (29,84 %) виявлено захворювання серцево-судинної системи, у кожного сьомого (15,44 %) — захворювання органів дихання, у кожного десятого (9,74 %) — захворювання сечовидільної системи, опорно-рухової системи та захворювання вен нижніх кінцівок.

Дослідження основних причин госпіталізації пацієнтів із гострим болем у черевній порожнині (табл. 2) виявило, що найчастішою причиною був гострий апендицит (у першій групі — 341 (52,63 %) випадок, у другій — 106 (46,67 %)).

Застосування таких методів, як ультразвукове дослідження та комп'ютерна томографія, які мають високий рівень чутливості, не завжди давало змогу однозначно трактувати діагноз та виконати операцію своєчасно. Лапароскопія, виконана

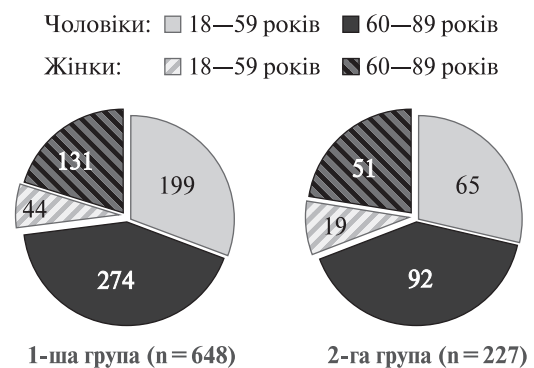


Рис. 1. Структура госпіталізованих пацієнтів з гострим болем у черевній порожнині за віком та статтю

Т а б л и ц я 1
Структура екстраабдомінальних системних захворювань у хворих з гострим боєм у черевній порожнині

Захворювання	1-ша група (n = 648)	2-га група (n = 227)
Серцево-судинної системи	207 (31,94%)	63 (27,75%)
Органів дихання	83 (12,81%)	41 (18,07%)
Сечовидільної системи	65 (10,4%)	27 (11,89%)
Опорно-рухової системи	58 (8,95%)	23 (10,13%)
Вен нижніх кінцівок	51 (7,87%)	21 (9,25%)
Неврологічні	45 (6,95%)	20 (8,81%)
Ендокринної системи	53 (8,18%)	15 (6,61%)
Крові	12 (1,85%)	5 (2,21%)

впродовж перших 12 год перебування під спостереженням, дала змогу виявити абсцедуючі апендикулярні інфільтрати в 4 (3,37%) випадках. У 2 (1,89%) хворих було проведено лапароскопічну апендектомію, у решти — конверсію з апендектомією та дренажуванням періапендикулярного абсцесу. У 41 (38,68%) хворого другої групи з неоднозначним трактуванням результатів обстеження в перші 6 год спостереження при виконанні ургентної лапароскопії виявлено деструкцію червоподібного відростка різного ступеня та виконано лапароскопічну апендектомію.

Друге місце в структурі хірургічних захворювань з гострим боєм в черевній порожнині посідав гострий панкреатит (у першій групі — 176 (27,16%) випадків, у другій — 64 (28,19%)). Гострий абдомінальний біль при гострому панкреатиті зумовлений як набряком підшлункової залози та навколишніх тканин, так і дією ферментів, котрі містяться в ексудаті, що накопичується в черевній порожнині. Невідкладна діагностична лапароскопія у цих хворих дає змогу не лише візуалізувати патологічне вогнище, а й виконати евакуацію ексудату з визначенням активності ферментів та його бактеріального забруднення.

Деяко рідше траплялася перфоративна виразка дванадцятипалої кишки або шлунка, гостра гінекологічна патологія, судинні захворювання тонкої кишки та спайкова кишкова непрохідність (див. табл. 2).

Диференційна діагностика гострого абдомінального болю у жінок молодого віку, який може бути спричинений як запальними процесами, так і внутрішньою кровотечею, потребує «агресивного» спостереження та діагностики. У цієї категорії хворих другої групи невідкладна лапароскопія дала змогу в усіх пацієнтів протягом перших 6 год діагностувати та усунути джерело кровотечі, а за наявності запального процесу в додатках провести їх санацію.

Значні складності виникають зі своєчасною діагностикою ішемічних ушкоджень кишечника, зумовлених порушенням кровотоку в системі верхньої та нижньої брижових артерій, що найбільш часто спостерігається в осіб похилого та старечого віку на тлі генералізованого атеросклеротичного процесу. Ішемія супроводжується гострим боєм часто без ознак подразнення очеревини, а тяжка супутня патологія, притаманна таким хворим, ускладнює діагностику.

Із 17 хворих першої групи з гострими оклюзійними захворюваннями кишечника діагноз було встановлено пізніше доби з моменту госпіталізації у 9 (52,94%) пацієнтів, що суттєво затримало виконання хірургічного втручання. У 7 з них було виявлено тотальне судинне ураження кишечника і лише у 2 — сегментарне. Виконання ургентної лапароскопії впродовж перших 12 год спостереження у 8 хворих з гострими оклюзійними його захворюваннями дало змогу виявити сегментарний тромбоз тонкої кишки у 6 пацієнтів, що стало підставою для транслапаротомної резекції деструктивної ділянки тонкої кишки. Ще у 2 пацієнтів було встановлено тотальне ураження кишечника під час лапароскопії, що дало змогу відмовитися від виконання експлоративної лапаротомії.

У 16 (2,47%) пацієнтів першої групи з гострим боєм у черевній порожнині суперечлива інформативність клінічних виявів захворювання, лабораторних даних та даних інструментальних методів дослідження стала підставою для виконання діагностичної лапаротомії, яка з огляду на її травматичність завжди негативно впливає на стан хворого.

Т а б л и ц я 2
Хірургічні захворювання у хворих з гострим боєм у черевній порожнині

Захворювання	1-ша група (n = 648)	2-га група (n = 227)
Гострий апендицит	341 (52,63%)	106 (46,67%)
Гострий панкреатит	176 (27,16%)	64 (28,19%)
Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки або шлунка	48 (7,41%)	21 (9,25%)
Гостра гінекологічна патологія	41 (6,33%)	19 (8,37%)
Гострі захворювання кишечника	42 (6,47%)	17 (7,52%)

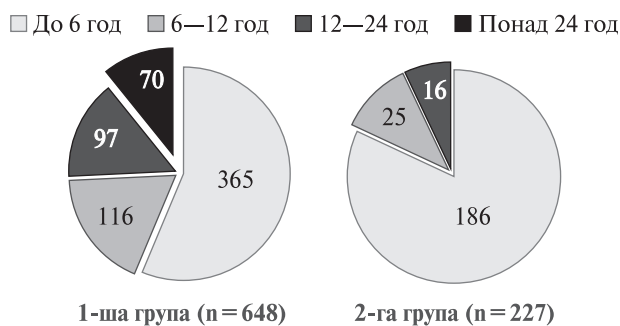


Рис. 2. Термін встановлення діагнозу в хірургічному стаціонарі у хворих з гострим болем у черевній порожнині

Застосування невідкладної лапароскопії в 11 (4,85%) випадках запобігло виконанню експлоративної лапаротомії, оскільки, попри скарги пацієнтів на гострий біль у черевній порожнині, органічної патології в ній не встановлено.

Дослідження тривалості доопераційної верифікації причини гострого болю в черевній порожнині

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — М. Т., Б. С.;

збір і опрацювання матеріалу — І. В.; написання тексту — Б. С., І. В.; редагування — М. А.

ні виявило значні міжгрупові відмінності (рис. 2). Застосування невідкладної лапароскопії дало змогу встановити правильний діагноз протягом перших 6 год у 81,94% пацієнтів, протягом наступних 6 год — ще у 11,01%, через 12—24 год після госпіталізації до стаціонару — у 7,05%.

У першій групі частота своєчасної діагностики була значно гіршою: протягом перших 6 год після госпіталізації — лише в 56,32% пацієнтів, через 6—12 год — у 17,90%, через 12—24 год — у 14,97%, пізніше 24 год — у 10,81%.

ВИСНОВКИ

Застосування невідкладної лапароскопії дало змогу в більшості пацієнтів (186 (81,94%)) з гострим болем у черевній порожнині встановити правильний діагноз протягом перших 6 год після госпіталізації та запобігло верифікації діагнозу пізніше 24 год у кожного десятого пацієнта.

Використання невідкладної лапароскопії в 11 (4,85%) випадках запобігло виконанню експлоративної лапаротомії, тоді як у хворих першої групи її проведено у 16 (2,47%) пацієнтів.

Література

- Adam Q. M., Alex M. R., Tjun Y. T. et al. Early laparoscopy versus active observation in acute abdominal pain: Systematic review and meta-analysis Department of General Surgery, Addenbrooke's Hospital, Cambridge, UK article // *Int. J. Surg.* — 2008. — N 6. — P. 400—403.
- Agresta F., Ansaloni L., Baiocchi, G. L. et al. Laparoscopic approach to acute abdomen from the Consensus Development Conference of the Società Italiana di Chirurgia Endoscopica e nuove tecnologie (SICE), Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), Società Italiana di Chirurgia (SIC), Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT), Società Italiana di Chirurgia nell'Ospedalità Privata (SICOP), and the European Association for Endoscopic Surgery (EAES) // *Surg. Endosc.* — 2012. — N 26. — P. 2134—2164.
- Ciarrocchi A., Amicucci G. Laparoscopic versus open appendectomy in obese patients: A meta-analysis of prospective and retrospective studies // *J. Minim. Access Surg.* — 2014. — N 10. — P. 4—9.
- Francesco R., Francesco C., Ildo S. Emergency laparoscopic surgery in high — risk patients // *Global J. Surg.* — 2014. — N 2. — P. 49—51.
- Schietroma M., Piccione F., Carlei F. et al. Peritonitis from perforated appendicitis: stress response after laparoscopic or open treatment // *Am. Surg.* — 2012. — N 78. — P. 582—590.
- Schietroma M., Piccione F., Carlei F. et al. Peritonitis from perforated peptic ulcer and immune response // *J. Invest. Surg.* — 2013. — N 26. — P. 294—304.
- Sista F., Schietroma M., Santis G. D. et al. Systemic inflammation and immune response after laparotomy vs laparoscopy in patients with acute cholecystitis, complicated by peritonitis // *World J. Gastrointest. Surg.* — 2013. — N 5. — P. 73—82.
- Wevers K. P., van Westreenen H. L., Patin G. A. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: C-reactive protein level combined with age predicts conversion // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech.* — 2013. — N 23. — P. 163—166.
- Zdichavsky M., Bashin Y. A., Blumenstock G. et al. Impact of risk factors for prolonged operative time in laparoscopic cholecystectomy // *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2012. — N 24. — P. 1033—1038.

Н. І. Тутченко¹, Б. І. Слонецький², М. М. Атаева¹, І. В. Вербицкий²

¹ Національний медичний університет імені А. А. Богомольця, Київ

² Національна медична академія послесередньої освіти імені П. Л. Шупика, Київ

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОЙ БОЛИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Цель работы — оценить целесообразность и эффективность лапароскопической диагностики у больных, госпитализированных в ургентном порядке с жалобами на острую боль в брюшной полости.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 875 пациентов, которые были доставлены машиной скорой помощи или обратились в ургентном порядке в Киевскую городскую клиническую больницу скорой меди-

цинської допомоги с жалобами на острую боль в брюшной полости и находились на лечении в хирургических клиниках. Пациентов распределили на две группы. У больных второй группы ($n = 227$) в отличие от первой группы ($n = 648$) диагностический комплекс был расширен применением неотложной лапароскопии. Клинико-диагностический алгоритм предусматривал использование лабораторных, инструментальных и биохимических методов исследования.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов преобладали больные женского пола в возрасте от 18 до 59 лет. Каждый шестой (18,98 %) пациент был пожилого возраста, каждый двенадцатый (8,02 %) — старческого. У каждого третьего пациента наблюдали заболевания сердечно-сосудистой системы, а у каждого седьмого — заболевания органов дыхания. В течение первых 6 ч после госпитализации правильный диагноз был установлен у 365 (56,32 %) больных первой группы, через 6—12 ч — у 116 (17,90 %), через 12—24 ч — у 97 (14,97 %), позднее 24 ч — у 70 (10,81 %). Применение неотложной лапароскопии позволило установить правильный диагноз в течение первых 12 ч у 211 (92,95 %) пациентов, через 12—24 ч — у 16 (7,05 %).

Выводы. Применение неотложной лапароскопии позволило у большинства пациентов (186 (81,94 %)) с острыми болями в брюшной полости установить правильный диагноз в течение первых 6 ч после госпитализации и избежать верификации диагноза позднее 24 ч у каждого десятого пациента. Использование неотложной лапароскопии у пациентов с острыми болями в брюшной полости в 11 (4,85 %) случаях предотвратило выполнение эксплоративной лапаротомии, тогда как у больных первой группы она проведена у 16 (2,47 %) пациентов.

Ключевые слова: острая абдоминальная боль, лапароскопия, urgentные хирургические больные, брюшная полость.

M. I. Tutchenko¹, B. I. Slonecki², M. M. Atajeva¹, I. V. Verbitskii²

¹ O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

² P. L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv

LAPAROSCOPIC DIAGNOSTICS OF ACUTE ABDOMINAL PAIN

The aim — to evaluate the laparoscopic diagnostic expediency and effectiveness in patients urgently hospitalized with acute abdominal pain complaints.

Materials and methods. The diagnostic and treatment results of 875 patients admitted by ambulance or urgently in the Emergency Hospital with acute abdominal pain complaints and treated in Surgery departments were analyzed. All patients were divided into two groups. In the second group (227 patients), in contrast to the first (648 patients), the diagnostic complex was expanded with urgent laparoscopy. Clinical and diagnostic algorithm included laboratory, instrumental and biochemical methods of research.

Results and discussion. A significant prevalence of female patients aged 18 to 59 years has been revealed. almost one in six (18.98 %) patients were senior and almost every twelfth (8.02 %) was senile. In each third patient, the cardiovascular disease was observed, and in every seventh — the respiratory system disease. The correct diagnosis was established in 365 (56.32 %) patients during the first 6 hours in the hospital, in 116 (17.90 %) patients — in the interval between 6 and 12 hours, in 97 (14, 97 %) — in the interval between 12 and 24 hours, and in 70 (10.81 %) patients later than 24 hours in first group. The urgent laparoscopy allowed to make the correct diagnosis in the first 12 hours in 211 (92.95 %) and in 16 (7.05 %) patients within 12—24 hours in the hospital.

Conclusions. The urgent laparoscopy allowed to establish the correct diagnosis in the majority of patients (186 (81.94 %)) with acute abdominal pain during the first 6 hours of the hospital stay and to prevent the explorative laparotomy in 11 (4.85 %) cases, whereas in patients referred to the first group it was performed in 16 (2.47 %) patients.

Key words: acute abdominal pain, laparoscopy, urgent surgery, abdominal cavity.