

ПОШКОДЖЕННЯ ЧЕРЕВНОЇ ЧАСТИНИ АОРТИ ПІД ЧАС ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЇ

**В. Д. Шейко, М. В. Дубинський, О. М. Безкоровайний, А. Л. Боркунов,
М. І. Кравців, В. І. Ляховський**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,
Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скліфосовського

THE ABDOMINAL AORTA INJURY WHILE PERFORMANCE OF LAPAROSCOPY

**V. D. Sheyko, M. V. Dubynskyi, O. M. Bezkorovaynyi, A. L. Borkunov,
M. I. Kravtsiv, V. I. Lyakhovskiy**

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava,
Poltava Regional Clinical Hospital named after M. V. Sklifosovskyi

В останні роки основним методом оперативного втручання на органах черевної порожнини та малого таза є лапароскопічний шлях здійснення лапароцентезу та введення у черевну порожнину троакарів. Це стоєть, насамперед, виконання лапароскопічної холецистектомії [1]. Пошкодження магістральних судин під час виконання такого втручання виникає досить рідко. Так, частота пошкодження аорти, клубових артерій і вен, нижньої порожнистої вени під час виконання лапароскопії становила 3 – 7 на 10 000 операцій. При цьому вмирають 10 – 50% хворих. До 1995 р. в літературі на 700 000 операцій лапароскопічної холецистектомії описані 25 (0,03%) спостережень пошкодження магістральних судин заочеревинного простору, померли 5 хворих [2].

Частіше відзначали пошкодження аорти, проте, виникало і змішане артеріовенозне ураження. Першим проявом таких ускладнень є виділення через троакар пульсуючої артеріальної крові, або різке зниження артеріального тиску. При цьому часто утворюються великі заочеревинні гематоми з наявністю невеликої кількості крові у черевній порожнині. Іноді поранення судини розпізнають за збільшенням гематоми кореня брижі тонкої кишки, що може і не супроводжуватися порушеннями гемодинаміки. Як правило, при пошкодженні магістральних судин, не виймаючи лапароскопічних інструментів з черевної порожнини, виконують термінову лапаротомію, тимчасовий гемостаз здійснюють шляхом перетискання судини. По ходу інструмента орієнтуються щодо місця і характеру пошкодження, проводять зашивання чи пластику судини [3]. Таку кровотечу ніколи не слід припиняти лапароскопічно. Всі наведені в літературі спостереження пошкоджень великих судин заочеревинного простору виникли за "сліпого" проникнення у черевну порожнину [2, 4].

До факторів ризику таких пошкоджень відносять ожиріння та схуднення. При ожирінні можливі складності введення троакара у черевну порожнину, при схудненні – відстань між передньою черевною стінкою та аортою може бути незначною (до 2 см), що збільшує вірогідність поранення судин. Пізня діагностика пошкодження судин погіршує прогноз. Вона може бути пов'я-

зана з багатьма чинниками, основний з них – це відсутність крові у черевній порожнині за наявності значної гематоми у заочеревинному просторі. За такої ситуації кровотеча залишається нерозпізнаною. Найбільш небезпечними є наскрізні і численні поранення магістральних судин. В літературі є повідомлення про пошкодження судин, не помічені під час їх виникнення і діагностовані лише через кілька місяців після лапароскопії у вигляді хибних аневризм чи артеріо-венозних нориць [2, 5]. Тому, питання ранньої діагностики та хірургічної тактики при пошкодженні магістральних судин заочеревинного простору під час лапароскопії є актуальними.

Проведений аналіз діагностики та хірургічної тактики при пошкодженні черевної частини аорти у пацієнтки молодого віку під час виконання лапароскопічної операції. Наводимо клінічне спостереження.

Хвора В., 19 років, зниженого харчування (індекс маси тіла 17 кг/м²) у терміновому порядку госпіталізована до хірургічного відділення багатопрофільної лікарні 29.11.13 зі скаргами на біль в нижніх відділах живота справа.

Хвора при виникненні болю в животі самостійно внутрішньом'язово вводила знеболювальні засоби, проте, стан не покращився. Бригадою "швидкої допомоги" доставлена у приймальне відділення. За даними огляду черговими хірургами та обстеження у хворої неможливо виключити діагноз гострого апендициту чи апоплексії правого яєчника. Аналіз крові: ер. $3,8 \times 10^{12}$ в 1 л, гемоглобін 128 г/л, кольоровий показник 0,98, л. $12,2 \times 10^9$ в 1 л, ШОЕ 4 мм/год, п. 0,17, сегм. 0,69, еоз. 0,01, мон. 0,01, лімф. 0,12. Прийняте рішення виконати діагностичну лапароскопічну операцію.

Хірургічне втручання здійснене під внутрішньовенним наркозом з інтубацією трахеї. Під час здійснення лапароцентезу і введення троакара виникла асистолія. Проведені реанімаційні заходи, відновлена серцева діяльність, АТ 14,7/9,3 кПа (110/70 мм рт. ст.). Здійснено конверсію у нижню серединну лапаротомію. У черевній порожнині виявлені невелика кількість крові і пошкодження парієтальної очеревини до 1,5 см в ділянці коре-

ня брижі тонкої кишки в проекції L_{II} хребця, заочеревинна гематома, апоплексія лівого яєчника. На рану кореня брижі накладені вузлові шви, кровотеча припинена, здійснено коагуляцію, видалені кісти лівого яєчника, дренажування черевної порожнини. Під час виконання операції ще раз припинилася серцева діяльність, відновлена за допомогою реанімаційних заходів. Після операції пацієнтка перебувала у відділенні інтенсивної терапії, проводили інфузійну, трансфузійну, антибактеріальну терапію.

Протягом першої доби після операції відзначали зниження АТ до 12,0/8,0 кПа (90/60 мм рт. ст.). Виникла ішемія правої нижньої кінцівки, що проявлялось зниженням температури стопи і гомілки, відсутністю активних рухів у пальцях та їх зменшенням у надп'яtkово-гомілковому суглобі, зниженням тактильної чутливості на стопі, відсутністю пульсу на всіх рівнях.

За рішенням консилиуму на консультацію запрошені хірург і судинний хірург з обласного центру, за результатами огляду вирішено здійснити релaparотомію.

Операція під внутрішньовенним наркозом з інтубацією трахеї. При ревізії черевної порожнини у ділянці кореня брижі тонкої кишки виявлена напружена заочеревинна гематома, що поширювалася по ходу правої спільної клубової артерії. Нижче відходження ниркових артерій черевна частина аорти виділена, взята на трималки. Очеревина розсічена, видалено до 300 мл крові з згустками, виявлена артеріальна кровотеча, що припинена шляхом перетискання аорти. У місці відходження правої спільної клубової артерії виявлене пошкодження передньої – довжиною до 0,5 см та задньої – до 0,3 см стінок аорти. У просвіті аорти та клубових артерій тромби не спостерігали. Прохідність аорти відновлена шляхом зашивання дефектів її стінок. Черевна порожнина промита, дренажована у пахвинних ділянках. При пальпації відзначена пульсація артерій на обох стопах.

Пацієнтка перебувала на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, проведено антибактеріальну, інфузійну, трансфузійну терапію, вітамінотерапію. Відзначене порушення рухів і чутливості у дистальних відділах правої нижньої кінцівки. Проведений консилиум за участі невролога та судинного хірурга Полтавської обласної клінічної лікарні. Діагноз: поранення стінок черевної частини аорти, заочеревинна гематома. Геморагічний шок III ступеня. Стан після операції діагностичної лапароскопії, лапаротомії, зашивання рани заочеревинного простору, зашивання стінок аорти, видалення гематоми, дренажування черевної порожнини. Вторинна посткомпресійна ішемічна попереково-крижова плексопатія справа з вираженим парезом згиначів та розгиначів правої стопи і помірним парезом згиначів правого стегна.

Для подальшого лікування хвора переведена до відділення анестезіології та інтенсивної терапії Полтавської обласної клінічної лікарні.

Призначене додаткове обстеження, проведена корекція лікування. Пацієнтка постійно перебувала під спостереженням анестезіолога, хірурга, судинного хірурга та невролога.

06.12.13 за даними оглядової рентгенографії органів грудної та черевної порожнини патологічні зміни не виявлені. Консультація невролога, діагноз: вторинна посткомпресійна ішемічна попереково-крижова плексопатія справа з вираженим правобічним в'ялим монопарезом з акцентом у стопі та вегетативно-більшовим синдромом. Рекомендована консультація фізіотерапевта, вітаміни, антигіпоксанти, метаболічні препарати, інгібітори холінестерази. За даними ультразвукового дослідження органів грудної та черевної порожнини, дифузні зміни печінки, наявність до 150 мл вільної рідини у правій плевральній порожнині, гематома заочеревинного простору. При огляді хірурги відзначали піддутий живіт, без патологічних симптомів, перистальтика не порушена, частота випорожнення до 5 разів на добу, нудота, блювання їжею.

09.12.13 огляд гастроентеролога. Діагноз: антибіотико-асоційована діарея, гастроезофагеальний рефлюкс. Призначені гастродуоденофіброскопія, бактеріологічне дослідження кала з визначенням чутливості збудників до антибіотиків. Проведена корекція лікування. Консилиум у складі хірургів та анестезіологів, діагноз: часткова динамічна непрохідність тонкої кишки. Рекомендовано продовжити консервативну терапію з проведенням клініко-лабораторного моніторингу. За даними гастрофіброскопії, еритематозна гастропатія, гастроезофагеальний рефлюкс. За даними оглядової рентгенографії органів черевної порожнини виявлений пневматоз товстої кишки.

При комп'ютерній томографії органів черевної порожнини та заочеревинного простору виявлений інфільтрат у заочеревинному просторі, правобічний паранефрит, ознаки часткової непрохідності кишечника. Продовжували консервативну терапію, стан хворої покращився, скарг на порушення травлення немає, збереглися біль та порушення активних рухів у правій нижній кінцівці.

16.12.13 для подальшого лікування хвора переведена до хірургічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні. Стан середньої тяжкості, огляд невролога, судинного хірурга, гінеколога, нейрохірурга. Діагноз: заочеревинна гематома. Висока часткова динамічна непрохідність дванадцятипалої кишки. Гостра езофагеальна рефлюксна хвороба. Неспецифічний реактивний гепатит помірної активності. Вторинна посткомпресійна, ішемічна попереково-крижова плексопатія з переважним ураженням малогомілкового та великогомілкового нервів, вираженим парезом правої нижньої кінцівки з акцентом в стопі, невропатичний більшовий синдром. Постгіпоксична енцефалопатія з розсіяними органічними мікросимптомами, астенічний синдром. Рішенням консилиуму хвора для подальшого лікування переведена до неврологічного відділення Першої міської лікарні м. Кременчука. 19.12.13 виписана у задовільному стані.

Пацієнтка оглянута хірургами у червні 2015 р. Стан задовільний, скарг немає, функція правої нижньої кінцівки відновилася, пульс визначається на всіх артеріях обох нижніх кінцівок.

Отже, під час введення першого троакара "сліпим" методом у хворої зниженого харчування виникло наскрізне поранення черевної частини аорти, не розпізнане навіть під час виконання нижньої середньої лапаротомії, та асистолія. Діагноз пошкодження магістральної судини встановлений тільки під час рела-

паротомії при ревізії заочеревинного простору. Для попередження таких життєво небезпечних ускладнень у пацієнтів за зниженої маси тіла перший троакар слід вводити у черевну порожнину відкритим способом – шляхом виконання мікролапаротомії (за Хассоном).

ЛІТЕРАТУРА

1. Лікування гострого калькульозного холециститу: "рання" чи "планова" лапароскопічна холецистектомія / М. О. Дудченко, М. І. Кравців, О. М. Люлька [та ін.] // Клін. хірургія. – 2015. – № 6. – С. 19 – 21.
2. Федоров И. В. Эндоскопическая хирургия / И. В. Федоров, Е. И. Сигал, Л. Е. Славин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 542 с.
3. Федоров И. В. Профилактика троакарных осложнений в лапароскопии / И. В. Федоров, А. Н. Чугунов, И. Н. Валиулин // Эндоск. хирургия. – 2009. – № 6. – С. 54 – 58.
4. Varma R. Laparoscopic entry techniques: clinical guideline, national survey, and medicolegal ramifications / R. Varma, J. Gupta // Surg. Endosc. – 2008. – N 22. – P. 2686 – 2697.
5. Major vascular injuries during laparoscopic procedures / A. G. Nordestgaard, K. C. Bodily, R. W. Osborne, J. D. Buttorff // Am. J. Surg. – 1995. – Vol. 169, N 5. – P. 543 – 545.

