



Р.Н. Абу Шамсія

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

Цель работы — изучение структуры послеоперационных внутрибрюшных осложнений и анализ результатов коррекции их лапароскопическим методом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 187 пациентов в возрасте от 16 до 85 лет (101 мужчина, 86 женщин), оперированных на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, у которых в послеоперационный период возникли внутрибрюшные осложнения. В зависимости от метода лечения выделены две группы пациентов: 1-я группа (основная) — 75 больных, в лечении которых использованы лапароскопические технологии, и 2-я (контрольная) — 112 больных, которым выполнена релапаротомия. Эндовидеохирургические вмешательства проводили с применением лапароскопической стойки, наборов троакаров и инструментов производства Karl Storz. Всем больным выполняли УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое и эндоскопическое исследования, общеклинические анализы крови, мочи и выпота брюшной полости.

Результаты и обсуждение. Из осложнений чаще всего регистрировали послеоперационную кишечную непроходимость и абсцессы брюшной полости. Большинство осложнений носили инфекционный характер. В 7 случаях в ранний послеоперационный период имели место внутрибрюшные кровотечения, в 2 — кровотечения из паренхимы печени, в 2 — кровотечение ран в месте нахождения дренажей и троакаров, в 2 — кровотечение из пузырной артерии (после холецистэктомии), в 1 случае — из культи сальника, поврежденной селезенки. Лапароскопический гемостаз успешно выполнен у 6 пациентов. Кишечная непроходимость в 53 случаях имела операционный спаечный характер, в 3 (1,6 %) — возникла из-за ущемления тонкой кишки в окне париетальной брюшины, заворота тонкой кишки и стриктуры анастомоза. Наиболее часто спайки наблюдали после операций по поводу деструктивного аппендицита с перитонитом — у 16 (8,55 %) больных.

Выводы. Лапароскопическая хирургия является не только дополнительным методом диагностики послеоперационных осложнений, но и эффективным малоинвазивным способом их лечения с учетом противопоказаний. В большинстве случаев лапароскопия может оказаться окончательным методом лечения послеоперационных осложнений, в том числе и таких, как перитонит и внутрибрюшное кровотечение.

Ключевые слова: послеоперационные осложнения, лапароскопия, лапаротомия, эффективность лечения.

Послеоперационные внутрибрюшные осложнения представляют одну из наиболее актуальных и сложных проблем абдоминальной хирургии. Это обусловлено частотой патологии (у 0,3–8,6 % пациентов, оперированных на органах брюшной полости), не имеющей тенденции к снижению, и сохраня-

ющейся высокой летальностью, достигающей при тяжелых формах послеоперационного перитонита 75,0–83,7 % [11]. Поэтому на современном этапе одной из основных задач клинической хирургии является поиск путей улучшения результатов лечения возникших послеоперационных осложнений.

Частота повторних оперативних втручаннях по поводу раних внутрішніх ускладнень не має тенденції до зниження і становить від 0,29 до 22 % в залежності від тяжкості течія патологічного процесу, об'єму втручання і інших факторів [1, 4, 5, 8, 12]. Головна причина неуспіху в лікуванні наслідків післяопераційних внутрішніх ускладнень полягає в їх несвоєчасній діагностиці та пізньому виконанні повторного втручання [8, 9]. В зв'язі з цим проблема своєчасної діагностики даної патології зберігає актуальність. Нові методи діагностики та лікування післяопераційних ускладнень, що дозволяють в ранні терміни виявити виникле ускладнення і провести його лікування з найменшою травмою, заслуговують пристального уваги.

Резервом покращення якості хірургічного лікування післяопераційних ускладнень є лапароскопія, яка дозволяє в ранні терміни встановити діагноз і, за можливості, провести менш травматичне втручання [2–4, 7, 10]. Однак методи ендоскопічного втручання не знайшли широкого розповсюдження в хірургії внутрішніх ускладнень, являючись пріоритетом лише окремих клінік. Відсутність системних досліджень, присвячених розробці організаційних принципів проведення ендоскопічних втручаннях, особливо в умовах екстреної хірургії внутрішніх ускладнень, відсутність чітких методик і технік, показань і протипоказань до цих операцій та оцінки їх ефективності свідчать про актуальність даної проблеми. Не розроблені також технічні та методологічні аспекти застосування ендоскопічної хірургії при внутрішніх ускладненнях.

Ціль роботи – вивчення структури післяопераційних внутрішніх ускладнень та аналіз результатів корекції їх лапароскопічним методом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовані результати лікування в клініці кафедри хірургії № 1 Національного ме-

дицинського університету ім. А.А. Богомольця за період з 2007 по 2012 г. 187 пацієнтів в віці від 16 до 85 років (101 чоловік, 86 жінок), оперованих на органах черевної порожнини та черевної порожнини по поводу хронічного та гострого калькульозного холециститу, гострого деструктивного апендициту, захворювання товстої кишки (хвороба Крона, язвенний коліт, дивертикули товстої кишки), у яких в післяопераційний період виникли внутрішні ускладнення. В залежності від діагнозу виконували наступні види операцій: холецистектомія, апендектомія, правостороння та лівостороння геміколектомія, тотальна колектомія, сигмоїдектомія.

В залежності від методу лікування виділено дві групи пацієнтів: 1-я група (основна) – 75 хворих, в лікуванні яких застосовано лапароскопічні технології, і 2-я (контрольна) – 112 хворих, яким виконано релaparотомію.

Ендоскопічні втручання проводили з використанням лапароскопічної стойки, наборів троакарів та інструментів виробництва Karl Storz. Всім хворим виконували УЗІ органів черевної порожнини, рентгенологічне та ендоскопічне дослідження, загальноклінічні та біохімічні аналізи крові, сечі, аналіз випоту черевної порожнини.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБСУЖДЕНИЕ

З ускладнень частіше всього реєстрували післяопераційну кишечню непрохідність та абсцеси черевної порожнини. Більшість ускладнень носили інфекційний характер (табл. 1).

Лапароскопічні операції при розповсюджених та обмежених формах перитоніту виконано у 11, лапаротомія – у 17 хворих. Обмежений перитоніт діагностовано в 20,7 %, розповсюджений – в 79,3 % випадків. Серед причин післяопераційного перитоніту (табл. 2) лідерували несостойливість анастомоза (34,5 %) та продовжуючий перитоніт (44,7 %).

Устранення причини перитоніту та успішну лапароскопічну санацію здійснили у 10 хворих. У 3 пацієнтів лапароскопічно усунули

Т а б л и ц а 1
Структура післяопераційних внутрішніх ускладнень

Осложнение	1-я группа	2-я группа	Всего больных
Перитонит (серозный, серозно-фибринозный)	16	17	33 (17,4 %)
Абсцесс брюшной полости	23	36	59 (31,9 %)
Желчеистечение	9	11	20 (10,3 %)
Кишечная непроходимость	21	35	56 (30,3 %)
Кровотечение	6	11	17 (9,2 %)
Инородное тело	1	1	2 (1,1 %)

причину воспаления брюшины не удалось. У 2 больных при лапароскопии установлены места для выполнения минилапаротомии и у 1 выполнена лапаротомия. Летальность при послеоперационном перитоните составила в 1-й группе 8,3 %, во 2-й – 41,2 %, что соответствует данным литературы [4].

Абсцессы брюшной полости локализовались в основном в поддиафрагмальном пространстве – у 82 (44,1 %) пациентов и подпеченочном – у 60 (32,2 %). Реже диагностировали межпечельные абсцессы – в 28 (15,3 %), абсцессы малого таза – в 7 (3,3 %) и других локализаций – в 10 (5,1 %) случаях. Лапароскопическую санацию проведено 23 больным с абсцессами брюшной полости, которая оказалась успешной в 21 случае. Переход на лапаротомию понадобился у 2 пациентов с обширными подпеченочными абсцессами.

Полученные данные подтверждают, что в настоящее время альтернативой открытому хирургическому вмешательству можно считать лапароскопический метод. Возможность радикальной санации полости и стенок абсцесса (удаление некротического детрита и фибриновых наложений со стенок пиогенной оболочки), малая инвазивность и травматичность по сравнению с традиционным хирургическим методом лечения являются существенным преимуществом лапароскопии по сравнению с пункционным дренированием под ультразвуковым наведением [6]. Лапароскопические технологии лечения абсцессов применяли в клинике в тех случаях, когда технически выполнить дренирова-

ние гнойника под контролем УЗИ не представлялось возможным.

Желчеистечение в послеоперационный период имело место у 19 (10,1 %) больных. Среди его причин лидировали травмы внепеченочных желчных протоков – 8 (4,2 %) случаев. Лапароскопические вмешательства выполнены в экстренном порядке ввиду развития желчного перитонита (у 8 больных желчеистечение возникло после лапароскопической холецистэктомии, у 1 – после открытой и у 1 – после чрескожной холецистостомии). Во всех случаях лапароскопия была окончательным методом диагностики желчеистечения, позволившим немедленно приступить к его устранению. Мы, как и ряд других авторов [6], считаем, что противопоказанием к лапароскопической операции при желчеистечении является травма внепеченочных желчных протоков, поэтому пациентов с таким диагнозом в 1-ю группу не включали (табл. 3).

В 7 случаях в ранний послеоперационный период имели место внутрибрюшные кровотечения, в 2 – кровотечения из паренхимы печени, в 2 – кровотечения ран в месте нахождения дренажей и троакаров, в 2 – кровотечение из пузырной артерии (после холецистэктомии), в 1 случае – из культы сальника, поврежденной селезенки. Лапароскопический гемостаз успешно выполнен у 6 пациентов.

В нашей клинике использованы лапароскопические методы остановки кровотечения, такие как дополнительное клипирование культы пузырной

Т а б л и ц а 2
Причины послеоперационного перитонита

Причина перитонита	1-я группа	2-я группа	Всего больных
Несостоятельность анастомоза	3	7	10 (34,5 %)
Повреждение кишечной стенки	0	2	2 (6,9 %)
Продолжающийся перитонит	6	7	13 (44,7 %)
Вскрытие абсцесса	1	0	1 (3,5 %)
Ферментативный перитонит	2	0	2 (6,9 %)
Тромбоз мезентериальных сосудов	0	1	1 (3,5 %)

Т а б л и ц а 3
Причины желчеистечения в послеоперационный период

Причина желчеистечения	1-я группа	2-я группа	Всего больных
Ходы Люшка	3	1	4 (21,0 %)
Несостоятельность холецистостомы	1	2	3 (15,8 %)
Несостоятельность шва и дренажа общего желчного протока	0	1	1 (5,3 %)
Незамеченный дополнительный проток	1	0	1 (5,3 %)
Негерметичность культы пузырного протока	4	0	4 (21,0 %)
Травма внепеченочных желчных протоков	0	6	6 (31,6 %)

артерії, електрокоагуляція, наложеніе гомеостатическої губки на гепатодуоденальну зв'язку, а також тампонування ложа желчного пузьря тампоном, смоченним в амінокапронової кислоті, і введеніе його в брюшну полость с помощью спеціальної гильзы через троакар діаметром 10 мм. В останньому випадку кровотеченіе остановилось самопроизвольно к моменту выполнения лапароскопії, позволив избежать лапаротомії. Во 2-й групі у 4 из 11 пацієнтів к моменту выполнения релапаротомії не обнаружено продолжающегося кровотечения.

Кишечная непроходимость в 53 случаях имела операционный спаечный характер, в 3 (1,6 %) — возникла из-за ущемления тонкой кишки в окне париетальной брюшины, заворота тонкой кишки и стриктуры анастомоза.

Лапароскопические вмешательства при кишечной непроходимости выполнены у 21 больного (20 случаев спаечной непроходимости). Адгезиолизис оказался успешным в 19 случаях. У 1 пациентки после гинекологической операции в анамнезе возникли технические трудности, связанные с наличием неподвижного конгломерата, что потребовало перехода к лапаротомии. Еще у 1 пациента причиной непроходимости послужило ущемление петли тонкой кишки в «окне» париетальной брюшины в области протеза после герниопластики, диагностированное при лапароскопии и успешно устраненное. Лапароскопический адгезиолизис эффективен при единичных спайках, ранней острой спаечной кишечной непроходимости в результате перегиба петель тонкой кишки и их сли-

пания. Недостатком метода является невозможность выполнения назоинтестинальной интубации при эктазии тонкой кишки с каркасной целью. Для предупреждения вторичного образования спаечной болезни противоспаечные средства не применяли вследствие их отсутствия.

Общая продолжительность пребывания больных 1-й группы в стационаре составила в среднем 7,3 дня, для больных 2-й группы — 16,4 дня. Использование лапароскопии в лечении послеоперационных осложнений позволило отказаться от назначения наркотических анальгетиков, а нестероидные противовоспалительные средства применяли по требованию только в первые 2–3 сут. Во 2-й группе пациенты в первые 1–2 сут получали наркотические анальгетики из-за выраженного болевого синдрома, в последующие 5–7 сут — нестероидные противовоспалительные препараты.

При абсцессах брюшной полости, желчеистечении, кровотечениях и кишечной непроходимости летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

Лапароскопическая хирургия является не только дополнительным методом диагностики послеоперационных осложнений, но и эффективным малоинвазивным способом их лечения с учетом противопоказаний.

В большинстве случаев лапароскопия в послеоперационный период может оказаться окончательным методом лечения послеоперационных осложнений, в том числе и таких, как перитонит и внутрибрюшное кровотечение.

Литература

1. Абдуллаев Э.Г., Феденко В.В., Александров А.И. и др. Адгезиолизис под видеоконтролем в экстренной и плановой хирургии спаечной болезни органов брюшной полости // Эндоскоп. хирургия.— 2001.— № 3.— С. 13–15.
2. Азиев О.В., Бугеренко А.Е., Кобаидзе Н.М., Панин А.В. Безопасное выполнение лапароскопии у пациенток с чревосечениями в анамнезе // Акушерство и гинекология.— 2003.— № 2.— С. 62–64.
3. Ашрафов Р.А., Давыдов М.И. Дренирование и лаваж брюшной полости, декомпрессия и лаваж полых органов желудочно-кишечного тракта в лечении перитонита // Хирургия.— 2001.— № 2.— С. 56–59.
4. Бабкова А.И., Мишукова Л.Б., Ларичев С.Е. Ультразвуковая диагностика нарушения внутрисстеночного кровотока при острой тонкокишечной непроходимости с помощью доплерографии // Мед. визуализация.— 2000.— № 3.— С. 5–9.
5. Баранов Г.А., Завьялова Н.И., Карбовский М.И. Опасность «первого троакара» в лапароскопической хирургии // Эндоскоп. хирургия.— 2006.— № 2.— С. 15.
6. Баргесян А.А. Послеоперационное желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хирургия.— 2000.— № 6.— С. 49–52.
7. Бебуришвили А.Г., Веденин Ю.И., Зюбина Е.Н. Желчеистечение после холецистэктомии: причины, диагностика, лечение // Сб. научно-практических статей, посвященных 90-летию Волгоградского муниципального здравоохранения.— Волгоград, 2008.— С. 86.
8. Белокуров Ю.Н., Гужков О.Н. Релапаротомия.— Ярославль: Б.и., 1998.— 120 с.
9. Беребицкий С.С., Николашин В.А. Диагностическая ценность телелапароскопии внутрибрюшных осложнений после традиционных операций // Эндоскоп. хирургия.— 2001.— № 1.— С. 28–30.
10. Бородин М.А., Красильников Д.М., Зайнуллин И.В. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым наведением у больных с заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Эндоскоп. хирургия.— 2006.— № 2.— С. 2–11.
11. Григорьев С.Г., Кривошеков Е.П. Эндоскопическая внебрюшная герниопластика // Мед. академ. журн.— 2003.— № 2, прил. 3.— С. 30.
12. Заверный Л.Г. Частота внутрибрюшных осложнений и релапаротомий в раннем послеоперационном периоде // Вестн. хирургии.— 1990.— № 3.— С. 131.

Р.Н. Абу Шамсія

ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Мета роботи — вивчення структури післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень та аналіз результатів корекції їх лапароскопічним методом.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 187 пацієнтів віком від 16 до 85 років (101 чоловік, 86 жінок), прооперованих на органах черевної порожнини і заочеревинного простору, в яких у післяопераційний період виникли внутрішньочеревні ускладнення. Залежно від методів лікування виділено дві групи пацієнтів: 1-ша група (основна) — 75 хворих, яких лікували з використанням мініінвазивних технологій, 2-га (контрольна) — 112 хворих, у яких виконували релaparотомію. Ендовідеохірургічні втручання проводили із застосуванням лапароскопічної стійки і наборів троакарів та інструментів виробництва Karl Storz. Усім хворим виконували УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне й ендоскопічне дослідження, загальноклінічні та біохімічні аналізи крові, сечі і випоту черевної порожнини.

Результати та обговорення. З ускладнень найчастіше реєстрували післяопераційну кишкову непрохідність та абсцеси черевної порожнини. Більшість ускладнень мали інфекційний характер. У 7 випадках в ранній післяопераційний період мали місце внутрішньочеревні кровотечі, у 2 — кровотечі з паренхіми печінки, 2 — кровотечі ран у місці розташування дренажів і троакарів, у 2 — кровотеча з міхурної артерії (після холецистектомії), в 1 — з кукси сальника, пошкодженої селезінки. Лапароскопічний гемостаз успішно виконано у 6 пацієнтів. Кишкова непрохідність в 53 випадках мала операційний спайковий характер, у 3 — виникла через защемлення тонкої кишки у вікні парієтальної очеревини, заворот тонкої кишки і стриктуру анастомозу. Найчастіше спайки спостерігали після операцій з приводу деструктивного апендициту з перитонітом — у 16 (8,55 %) хворих.

Висновки. Лапароскопічна хірургія є не лише додатковим методом діагностики післяопераційних ускладнень, а й ефективним малоінвазивним способом їх лікування з урахуванням протипоказань. У більшості випадків лапароскопія в післяопераційний період може виявитися остаточним методом лікування післяопераційних ускладнень, зокрема таких, як перитоніт і внутрішньочеревна кровотеча.

Ключові слова: післяопераційні ускладнення, лапароскопія, лапаротомія, ефективність лікування.

R.N. Abu Shamsieh

ENDOVIDEOSURGERY IN TREATMENT OF POSTOPERATIVE INTRAPERITONEAL COMPLICATIONS

The aim — to study the structure of postoperative intraabdominal complications and analysis of laparoscopic correction method results.

Materials and methods. The treatment results in 187 patients 16–85 (101 man, 86 women), operated on the organs of abdominal region and retroperitoneum, which had intraabdominal complications in postoperative period were analyses. Depending on the treatment methods two groups of patients were identified: 1st group (basic) — 75 patients treated with mini-invasive technology, 2d (control) — 112 patients where relaparotomy was executed. Endovideosurgery was conducted using laparoscopic trocar racks, kits and instruments by «Karl Storz». abdominal ultrasound, x-ray and endoscopy, general clinical and biochemical analyzes of blood, urine and abdominal effusion was performed in all patients.

Results and discussion. As postoperative complications intestinal obstruction and abdominal abscesses were often recorded. Most from complications were infectious in nature. In 7 cases in the early postoperative period were intraperitoneal bleeding in 2 — bleeding from the liver parenchyma, 2 — bleeding wounds in the location and drainage trocar, 2 — bleeding from cystic artery (after cholecystectomy) in 1 — from omentum stump, damaged spleen. Laparoscopic hemostasis successfully performed in 6 patients. Intestinal obstruction in 53 cases had postoperative adhesions in nature, 3 — arose from strangulation of the small intestine in the parietal peritoneum, volvulus, intestinal stricture and anastomosis. Most adhesions observed after surgery for destructive appendicitis with peritonitis — in 16 (8.55 %) patients.

Conclusions. Laparoscopic surgery is not only an additional diagnostic method for postoperative complications but also effective minimal-invasion treatment method based on contraindications. Laparoscopic in a postoperative period can appear the final treatment method for most postoperative complications, including such, as peritonitis and intraabdominal bleeding.

Key words: postoperative complications, laparoscopic, laparotomy, treatment efficiency.