

РЕЛАПАРОСКОПИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

В.М. Унгуриян, А.Е. Демко, Д.А. Суров, О.В. Бабков, М.И. Сафоев, А.В. Святненко

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», г. Санкт-Петербург, 192242, ул. Будапештская д. 3, тел. (812)

774-86-75, e-mail: info@emergency.spb.ru

ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, г. Санкт-Петербург, 194044, ул. Академика Лебедева дом 6., e-mail: vmeda-na@mil.ru

Резюме С целью изучения причин, обстоятельств и исходов повторных эндовидеохирургических вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии было проанализировано более 12 тыс. протоколов операций и историй болезни пациентов, оперированных эндовидеохирургическим методом с 2006 по 2014 гг. в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, из которых было отобрано 86 случаев релапароскопий. Установлено, что такие операции в подавляющем большинстве случаев являются оправданными. Преимущество данного метода заключается в минимальной операционной травме, вследствие чего значительно не увеличиваются сроки пребывания в стационаре.

Ключевые слова: релапароскопия, неотложная хирургия, абдоминальная хирургия, брюшная полость, повторные операции.

RELAPAROSKOPI IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY

M. Unguryan, A.E. Demko, D.A. Surov, O.V. Babkov, M.I. Safoev, A.V. Svyatnenko

Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze research institute of emergency medicine. Saint-Petersburg, 192242, Budapest str., 3, tel. (812) 774-86-75, e-mail: info@emergency.spb.ru

Military Medical Academy, St. Petersburg, 194044, Academician Lebedev str. 6, e-mail: vmeda-na@mil.ru

Summary With the purpose to study the causes, circumstances and outcomes laparoskopi repeated interventions in emergency abdominal surgery were analyzed for more than 12 thousand. Logs and records of patients operated on by laparoskopi from 2006 to 2014. at the St.

Petersburg Institute of Emergency Care I.I. Dzhanlidze, of which 86 cases were selected relaparoscopy. It has been established that such operations are justified. The advantage of this method lies in the minimal surgical trauma, as a result, did not significantly increase the length of stay in the hospital.

Keywords: relaparoskopi, emergency surgery, abdominal surgery, abdomen, repeated operations.

ВВЕДЕНИЕ

Наибольшее количество операций в мире выполняется на органах брюшной полости. Только холецистэктомий в США производится около 750 тыс. в год [1].

В последние годы эндовидеохирургические технологии получают все большее распространение в лечении больных с острой хирургической патологией органов брюшной полости и травмами живота [2,3,4]. Несмотря на огромное количество лапароскопических вмешательств, частота послеоперационных абдоминальных осложнений колеблется от 0,29 до 22,1% в зависимости от тяжести течения заболевания и объема оперативного вмешательства [5, 6, 7].

При развитии интраабдоминальных осложнений после миниинвазивных операций релапароскопия все чаще является альтернативой лапаротомии [8]. Повторные лапароскопии также могут носить диагностический характер, позволяя выбрать оптимальную тактику лечения больного [9,10].

Несомненные преимущества эндовидеохирургических вмешательств не всегда могут быть реализованы в полной мере при развитии послеоперационных осложнений. В частности остается открытым вопрос о целесообразности повторных лапароскопических операций в условиях распространенного перитонита с признаками энтеральной недостаточности [11,12,13]. Концептуальный подход к релапароскопии подразумевает ответы на вопросы – когда ее выполнять и что делать в каждом конкретном случае [14].

Таким образом, множество разногласий, разных точек зрения определяет научный и практический интерес к повторным лапароскопическим вмешательствам в неотложной абдоминальной хирургии.

Целью исследования являлось изучение причин, обстоятельств и исходов повторных эндовидеохирургических вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами было проанализировано 86 случаев релапароскопий, связанных с ранее выполненными экстренными эндовидеохирургическими вмешательствами на органах брюшной полости. В группу исследования включались повторные лапароскопические операции, которые проводились в ближайшем, раннем а также в отдаленном послеоперационном периоде.

Отбор клинического материала был осуществлен путем ретроспективного анализа 12568 протоколов операций и историй болезни пациентов, оперированных эндовидеохирургическим методом с 2006 по 2014 гг. в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе.

При анализе оценивались следующие параметры: характер, обстоятельства и наличие объективных трудностей при первичном вмешательстве, объем оперативного пособия при повторном вмешательстве, количество дней между первичной и повторной операцией, срок пребывания в стационаре, а также исход заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В результате исследования установлено, что релапароскопии при неотложных вмешательствах на органах брюшной полости выполняются достаточно редко – всего в 0,007% от всех неотложных эндовидеохирургических вмешательств.

Выявлено, что релапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии встречаются в равной степени как у мужчин, так у женщин (48,8 % и 51,2 % наблюдений соответственно). Средний возраст пациентов составил – $59,8 \pm 1,7$ лет.

Как видно из таблицы 1, наиболее часто ($n=28$) повторные лапароскопические вмешательства выполнялись после экстренных операций на внепеченочных желчных протоках, далее, в порядке убывания, по поводу острого мезентериального тромбоза

(n=15), деструктивного панкреатита (n=12), травмы живота (n=10), деструктивного аппендицита (n=5) и в одном случае после ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. При этом, нами установлено, что в 31 (36,1 %) случаев первичные операции производились в ночное время.

Таблица 1.

Распределение повторных лапароскопических вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии в зависимости от нозологических форм.

Нозологические формы:	Кол-во	%
Деструктивный холецистит	28	32,6%
Мезентериальный тромбоз	15	17,4%
Деструктивный панкреатит	12	13,9%
Травма живота	10	11,7%
Деструктивный аппендицит	5	5,8%
Перфоративная язва ДПК	1	1,2%
Другое	15	17,4%
Всего	86	100%

Следует отметить, что в 9 (10,4%) наблюдениях причинами релапароскопий были ятрогенные повреждения. В шести случаях имело место ятрогенное повреждение пузырного протока, которое было ликвидировано его повторным клипированием. Повреждение тонкой кишки было установлено в двух случаях, что было связано с нарушением технологии установки первого троакара. При этом дефект стенки кишки был устранен эндовидеохирургически. Неправильная установка рабочего троакара привела к повреждению нижней эпигастральной артерии в одном случае. В данном наблюдении гемостаз был достигнут прошиванием.

Как показало проведенное исследование, в 26 (30,2%) случаях при повторном эндовидеохирургическом вмешательстве потребовалось выполнить конверсию доступа. Из таблицы 2 видно, что наиболее частой причиной лапаротомии были гнойно-септические осложнения, а также нарушение мезентериального кровоснабжения (по восемь наблюдений, соответственно). В шести случаях конверсия операционного доступа была связана с травматическим повреждением не выявленным при первичном вмешательстве. В двух наблюдениях имело место конкурирующее онкологическое

заболевание (рак поперечной ободочной и сигмовидной кишок с формированием острой обтурационной непроходимости). Также причиной конверсии явилось развитие острой спаечной тонкокишечной непроходимости с некрозом участка тонкой кишки и распространенный ферментативный перитонит.

Таблица 2.

Причины конверсии операционного доступа при повторных лапароскопических вмешательствах в ургентной абдоминальной хирургии.

	Кол-во	%
Гнойно-септические осложнения	8	30,7%
Нарушение мезентериального кровоснабжения	8	30,7%
Травматические повреждения не выявленные при первичной операции	6	23,1%
Конкурирующая онкологическая патология	2	7,7%
Деструктивный панкреатит	1	3,9%
Острая спаечная тонкокишечная непроходимость с некрозом участка тощей кишки	1	3,9%
Всего	26	100%

Установлено, что значимого увеличение сроков стационарного лечения при повторных лапароскопических вмешательствах не было. Среднее количество дней стационарного лечения составило – $16,7 \pm 2,1$ койко-дней. Повторные релапароскопии проводились в сроки до 5 суток ($3,3 \pm 1,5$ дней). Проведение релапароскопий незначительно привело к увеличению сроков пребывания в стационаре - средние значения медико-экономических стандартов, по соответствующим нозологиям составило - $4,2 \pm 0,5$ койко-день.

Выявлено, что в 53 (61,6%) случаях при выполнении релапароскопии исход заболевания был благоприятный. В 31(36,1%) наблюдений наступал летальный исход. Во всех случаях летальный исход был обусловлен исходной тяжелой сопутствующей патологией, а также прогрессированием основного заболевания. В 2 (2,3%) случаев пациенты были переведены в другой стационар.

Ввиду изложенного выше определенный интерес представляет следующий клинический случай.

Больная И., 73 лет (наблюдение №70), была экстренно госпитализирован в стационар с клинической картиной острого холецистита. Из анамнеза было выяснено, что ранее имели место неоднократные приступы желчной колики. По

экстренным показаниям была выполнена лапароскопия. При ревизии брюшной полости был выявлен флегмонозно измененный желчный пузырь в рыхлом инфильтрате. Выполнен частичный энтеролиз и лапароскопическая холецистэктомия от шейки, санация брюшной полости, дренирование подпеченочного пространства. Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. На 3-е сутки в связи с поступлением желчи по контрольному дренажу была выполнена релапароскопия. Выявлено подтекание желчи из абберрантного желчного протока (хода Люшка) в области ложа желчного пузыря. Последний был ушит. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 17 сутки пребывания в клинике, в удовлетворительном состоянии пациентка была выписана из стационара.

ВЫВОДЫ

Таким образом, выполнение релапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии является оправданным. Преимущество данного метода заключается в минимальной операционной травме, которая во многом определяет незначительное ($4,2 \pm 0,5$ койко-день) увеличение сроков стационарного лечения больных в случаях развития послеоперационных осложнений. Высокая летальность при применении релапароскопий обусловлена не методикой операции, а тяжелой сопутствующей патологией и прогрессированием основного заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Flum, D.R. Intraoperative cholangiography and risk of common bile duct injury during cholecystectomy / D.R.Flum [et al] // JAMA. – 2003. - Vol.289, №13. – P.1639-1644.
2. Майстренко, Н.А. Программа применения лапароскопических методик в неотложной абдоминальной хирургии / Н.А. Майстренко, Ю.Н. Сухопара // Эндоскопическая хирургия – 1999. - №1. – С.8-12.
3. Barband A.R. Relaparoscopy in minor bile leakage after laparoscopic cholecystectomy: an alternative approach? / A.R. Barband [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2011. – Vol.24, №4. - №288-291.

4. Batorfi J. Laparoscopic treatment of bile leakage from the Luschka duct after laparoscopic cholecystectomy. / J. Batorfi [et al.] // Orv. Hetil. – 2004. – Vol.145, №20. – P.1061-1064.
5. Крапивин, Б.В. К вопросу о понятии «осложнение эндохирургической операции» / Б.В. Крапивин [и др.] // Эндоскопическая хирургия – 2001. -№6. – С.3-9.
6. Кригер, А.Г. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений / А.Г. Кригер [и др.] // Хирургия – 2003. - №8. – С.19-23.
7. Dimnic, J.B.Variation in postoperative complication rates after high risk surgery in the United States / J.V. Dimick [et al.] // Surgery. – 2003. - Vol. 134, №4. – P.534-540.
8. Сандаков, П.Я. Релапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений / П.Я. Сандаков и [и др.] // Эндоскопическая хирургия – 2000. -№2. – С.-62.
9. Афендулов, С.А. Повторные лапароскопические операции в лечении осложнений после традиционных и лапароскопических вмешательств / С.А. Афендулов [и др.] // Эндоскопическая хирургия – 2001. - №1. – С.8-10.
10. Yanar H. planned second-look laparoscopy in the management of acute mesenteric ischemia. / H. Yanar [et al.] // World J Gastroenterol. – 2007. – Vol.13, №24. – P.3350-3353.
11. Милонов, О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. / О.Б. Милонов, К.Д. Токсин, В.В. Жебровский. – М.: Медицина, 1990. – 559 с.
12. Bosscha, K. Surgical management of severe secondary peritonitis. // K. Bosscha, T.J. van Vroonhoven, C. van der Werken // Br. J. Surg. – 1999. – Vol.86, №11. – P.1371-1277.
13. Thereaux J. Is laparoscopy a safe approach for diffuse appendicular peritonitis? Feasibility and determination of risk factors for post-operative intraabdominal abscess. / J. Thereaux [et al] // Surg. Endosc. – 2014. – Vol.28, №6. – P.1908-1913.
14. Струсов, В.В. Релапароскопия: концепция и алгоритм лечения послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии / В.В. Струсов, В.Н. Гайдуков, М.Г. Магомедов // Эндоскопическая хирургия – 2002. - №5. – С.34-36.