

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.36/367-089-06:616.381-072.1-089

Н.М.Даминова, К.М.Курбонов, А.Хаётов

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. — чл.-кор. АН РТ проф. К.М.Курбонов) Таджикского государственного медицинского университета

Ключевые слова: печень, желчные пути, операции, осложнения.

Введение. В последние годы, по данным литературы, во всем мире наблюдается тенденция к увеличению частоты заболеваний печени и желчевыводящих путей [1, 2]. Наряду с этим, число послеоперационных осложнений, требующих релапаротомии, не уменьшается и составляет от 0,7 до 8% [1, 3].

Возникновению послеоперационных внутрибрюшных осложнений (ПВО) способствуют продолжительность, тяжесть заболевания, качество предоперационной подготовки, объем операции, технические и тактические погрешности, возраст больного, а также наличие вирулентной инфекции в печени и желчных путях [1–6].

Следует отметить, что ПВО после оперативных вмешательств на печени и желчных путях практически всегда возникает на фоне скрытого или явного нарушения функции печени, и в связи с этим исход релапаротомии зависит не только от сроков ее выполнения, но и от выраженности предшествующей печеночной недостаточности.

Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения ПВО являются их поздняя диагностика и несвоевременное выполнение релапаротомии. При типичных проявлениях ПВО их диагностика относительно проста, однако, когда признаки осложнения развиваются исподволь и протекают скрыто, релапаротомия нередко выполняется поздно, что способствует наступлению летального исхода.

Ранняя и своевременная диагностика ПВО после оперативных вмешательств на печени и желчных протоках и определение показаний к релапаротомии являются наиболее сложной проблемой в гепатобилиарной хирургии [2, 5, 6].

Результаты комплексного применения рентгенологического, ультразвукового и компьютерно-томографического исследования не всегда позволяют своевременно диагностировать ПВО. На сегодняшний день весьма перспективным и наиболее информативным методом ранней диагностики ПВО является видеолaparоскопия, которая позволяет своевременно установить наличие осложнений, их причину, а в ряде случаев диагностическое исследование трансформировать в лечебный процесс [2, 3, 5, 6].

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с ПВО после оперативных вмешательств на печени и желчных путях путем ранней диагностики с использованием видеолaparоскопических технологий.

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 840 больных с очаговыми заболеваниями печени (n=430) и желчнокаменной болезнью (n=410) в период с 1990 по 2007 г. Из 840 пациентов у 170 (20,2%) с подозрением на наличие ПВО были произведены повторные оперативные вмешательства. Всех больных с наличием ПВО в зависимости от характера оперативного пособия разделили на 2 группы. В 1-ю группу вошли 108 (63,5%) пациентов, которым произведена традиционная релапаротомия среднесрединным доступом, во 2-ю — 62 (36,5%) больных, которым операции были начаты с диагностической видеолaparоскопии. В 1-й группе диагностический характер релапаротомии носило в 16 (9,4%) наблюдений, во 2-й группе диагностическая

видеолапароскопия позволила исключить ПВО в 9 (14,5%) наблюдениях. Полученные данные свидетельствовали о том, что из 170 пациентов с подозрением на наличие ПВО диагноз подтвердился у 145 (85,3%).

Возраст пациентов составил от 18 до 84 лет. Сроки повторных вмешательств — от 2 до 8 сут после операции.

Видеолапароскопические вмешательства проводились с использованием аппаратуры фирмы «Lewtop» (Германия).

Показанием к выполнению видеолапароскопии были подозрение на послеоперационный перитонит или внутрибрюшное кровотечение, при неясной клинической картине развившегося осложнения, а также при отсутствии достоверных результатов лучевых методов исследования (УЗИ, КТ, рентгенологический) и лабораторных показателей.

В зависимости от характера развившегося ПВО 145 больных распределились следующим образом:

- послеоперационный желчный перитонит, развившийся в результате негерметичного ушивания ткани печени и желчного свища, после эхинококэктомии и перцистэктомии (n=41);
- послеоперационный желчный перитонит вследствие желчеистечения из культи печени и ее секвестрированной ткани после резекции печени (n=34);
- послеоперационный желчный перитонит вследствие желчеистечения из дополнительных протоков ложа желчного пузыря, выпадения дренажной трубки и дефекта общего желчного протока в результате его ранения (n=37);
- послеоперационный желчный перитонит вследствие несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза и соскальзывания лигатуры с культи пузырного протока (n=12);
- продолжающийся желчный перитонит, выявленный во время первой операции (n=6);
- внутрибрюшные кровотечения (n=10);
- ранняя спаечная послеоперационная кишечная непроходимость (n=5).

Результаты и обсуждение. Анализ результатов исследования показал, что ПВО развилось вследствие разнообразных причин, среди которых ведущее место отводилось морфофункциональному состоянию печени, объему и характеру оперативных вмешательств, а также тактическим и техническим ошибкам, допущенным в дооперационном периоде и во время операции.

Диагностика ПВО после оперативных вмешательств на печени и желчных путях должна

базироваться на учете следующих факторов: прогрессирующее или внезапное ухудшение состояния больного, отсутствие тенденции к улучшению состояния больного при адекватной интенсивной терапии; выраженная эндогенная интоксикация (тахикардия, повышение температуры тела, лейкоцитоз, повышение МСМ и т.д.), неподдающийся медикаментозной стимуляции парез кишечника.

При выполнении релапаротомии у больных 1-й группы (n=108) в 85,2% наблюдений обнаружен послеоперационный желчный перитонит или продолжающийся желчный перитонит, в 14,8% наблюдений релапаротомия носила диагностический характер.

Во 2-й группе (n=62) у 38 пациентов (61,3%) при диагностической видеолапароскопии выявлена картина ограниченного и распространенного послеоперационного желчного перитонита (таблица), у 10 (16,1%) — внутрибрюшные кровотечения и у 5 (8,1%) — послеоперационная кишечная непроходимость. В 9 (14,5%) наблюдениях диагностическая видеолапароскопия дала возможность исключить ПВО и провести мониторинг за состоянием билиодигестивных анастомозов (n=5) и культи резецированной печени (n=4).

После выполнения видеолапароскопических исследований у 38 пациентов диагностировали наличие послеоперационного желчного перитонита. Тяжесть послеоперационного желчного перитонита зависела от распространенности патологического процесса в брюшной полости. Мангеймский индекс перитонита составил в среднем 14 баллов.

При этом нами выделены две формы послеоперационного желчного перитонита: 1) распространенный послеоперационный желчный перитонит, развившийся после оперативных вмешательств на печени и желчных путях вследствие технических и тактических ошибок, а также морфофункционального нарушения печени у 18 (47,4%) пациентов; 2) местный послеоперационный желчный перитонит, выявленный у 20 (52,6%) больных вследствие технических врачебных ошибок.

Этиология послеоперационного желчного перитонита, выявленного диагностической видеолапароскопией (n=38)

Причины послеоперационного желчного перитонита	Число больных	%
Соскальзывание лигатуры с культи пузырного протока	9	23,8
Выпадение дренажной трубки из общего желчного протока	8	21,0
Дополнительные протоки в области ложа желчного пузыря	7	18,4
Негерметично ушитая ткань печени после ее резекции	5	13,1
Негерметично ушитый желчный свищ и ткань печени после эхинококэктомии и перцистэктомии	6	15,8
Частичная несостоятельность швов холедоходуоденоанастомоза	3	7,9
Всего	38	100

В 18 (47,4%) наблюдениях выявленный при видеолaparоскопии послеоперационный желчный перитонит явился показанием к неотложной релапаротомии. При этом причиной перехода на открытую операцию стал распространенный перитонит, выражающийся энтеральной недостаточностью, расширением просвета кишечника более 6–7 см, наличием фибриновых налетов и массивных перипроцессов и спаек, что затрудняло визуальный обзор брюшной полости и адекватное проведение хирургических манипуляций.

У 20 (52,6%) больных с послеоперационным местным желчным перитонитом произведены видеолaparоскопические санации брюшной полости с повторным дренированием общего желчного протока (n=5), клипированием пузырного протока (n=8) и электрокоагуляцией ложа желчного пузыря (n=4), что позволило избежать тактически оправданной релапаротомии.

Кроме этого, у 3 пациентов при частичной несостоятельности швов холедоходуоденоанастомоза эффективно использовали видеолaparоскопическую аппликацию линии швов пластинками «ТахоКомба» с хорошими непосредственными результатами.¹

Единственным и существенным недостатком видеолaparоскопической санации брюшной полости является невозможность ее применения у больных с запущенными и тяжелыми формами перитонита, так как наличие толстых фибриновых налетов, плотно спаянных с кишечником, а также выраженный парез кишечника резко ограничивают операционное поле, делают видеолaparоскопическую санацию трудновыполнимой и опасной. В связи с этим ранняя диагностика ПВО становится еще более актуальной.

При наличии симптомов послеоперационного внутрибрюшного кровотечения видеолaparоскопия была выполнена у 14 пациентов, из которых у 10 — диагноз подтвердился, и были своевременно выполнены остановка кровотечения и санация брюшной полости лапароскопическим способом (n=8) и путем релапаротомии (n=2). В 3 наблюдениях причиной внутрибрюшного кровотечения являлись повреждения сосудов передней брюшной стенки в области нахождения лапароскопической гильзы. После операции при осложненных формах желчнокаменной болезни источником кровотечения в 4 наблюдениях было ложе желчного пузыря после холецистэктомии. Источником кровотечения после атипичной резекции печени была культя печени (3 наблюдения) вследствие секвестрации печени. В послеоперационном периоде осложнений и летальных исходов не наблюдали.

Ранняя спаечная послеоперационная кишечная непроходимость послужила показанием к диагностической лапароскопии в 10 (26,3%) наблюдениях, из которых лапароскопическое рассечение спаек произведено в 5 случаях с благоприятным исходом.

Результаты исследования показывают, что видеолaparоскопические вмешательства при ПВО после оперативных вмешательств на печени и желчных путях следует принимать более широко, чем при других осложнениях заболеваний и травм органов брюшной полости. Поскольку процессы внутрибрюшной адгезии менее выражены в 1-е сутки послеоперационного периода, а патологический процесс не имеет активной тенденции к распространению, тем самым создаются благоприятные условия для создания пневмоперитонеума и введения первого троакара.

При наличии массивных спаек и сращений предпочтение следует отдавать методике открытой лапароскопии по Хассену.

Необходимо отмечать, что из 62 пациентов 2-й группы с подозрением на ПВО у 32 (51,6%) видеолaparоскопическое вмешательство явилось окончательным методом лечения, в 9 (14,5%) наблюдениях ПВО были исключены, переход к релапаротомии — в 21 (33,9%) наблюдении. Общая продолжительность пребывания больных 2-й группы в стационаре уменьшилась в 2 раза и составляла в среднем 7,4 дня.

Из 108 больных 1-й группы умерли 36 (33,3%), самой частой причиной летального исхода при ПВО были послеоперационный распространенный желчный перитонит и печеночная недостаточность, имевшие место у 30 (27,7%) пациентов.

Из 62 больных, которым произведены видеолaparоскопические вмешательства, умерли 10 (16,1%).

Таким образом, проведенное исследование показывает, что рациональное использование видеолaparоскопии в послеоперационном периоде у больных с заболеванием печени и желчных путей позволяет своевременно исключить наличие хирургических осложнений и тем самым избежать напрасной и ненужной релапаротомии.

Выводы. 1. Причиной развития ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений операций на печени и желчных протоках являются тактические и технические ошибки, а также прогрессирование дооперационного желчного перитонита.

¹ Патент РТ № 68 от 28.11.2006 г. Укрепление билиодигестивного анастомоза / М.Н.Даминова, У.А.Абдуллоев, К.М.Курбонов.

2. Высокоинформативным методом диагностики послеоперационных внутрибрюшных осложнений является видеолапароскопия.

3. При осложнениях оперативных вмешательств на печени и желчных путях в большинстве случаев (51,6%) возможно эффективное трансформирование диагностической лапароскопии в лечебную, что позволяет избежать тактически оправданной релапаротомии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гиленко И.А., Демянюк Д.Г., Дихтенко Г.И. Релапаротомия в хирургии желчнокаменной болезни // Хирургия.—1992.—№ 1.—С. 32–36.
2. Даминова Н.М., Курбанов К.М. Релапаротомия после оперативных вмешательств на печени // Анналы хир.—2005.—№ 5.—С. 37–40.
3. Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит: Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1995.—224 с.
4. Скипенко О.Г., Шатвердин Г.А., Мовчан А.Н., Еримешанцев А.К. Применение раневого покрытия ТахоКомб при хирургических вмешательствах на печени и поджелудочной железе // Хирургия.—1998.—№ 1.—С. 11–14.

5. Ходжибаев А.М., Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р. Применение видеолапароскопической санации в лечении послеоперационного перитонита: Метод. реком.—Ташкент, 2005.—43 с.
6. Шаповальянц С.Г., Линденберг А.А., Федоров Е.Д. Возможности видеолапароскопической санации при распространенном перитоните // Эндоскоп. хир.—2003.—№ 4.—С. 21–27.

Поступила в редакцию 13.03.2008 г.

N.M.Daminova, K.M.Kurbonov, A.Khayotov

VIDEOLAPAROSCOPIC OPERATIONS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTRAPERITONEAL COMPLICATIONS AFTER OPERATIONS ON THE LIVER AND BILE TRACTS

The results of videolaparoscopic operations on 62 patients with intraperitoneal complications after operations on the liver and bile tracts were analyzed. Intraperitoneal complications were avoided in 9 cases (14.5%), postoperative bile peritonitis was diagnosed in 38 patients (61.3%), intraperitoneal bleeding was noted in 10 (16.1%) patients, and early adhesive intestinal obstruction in 10 (26.3%) patients. In 51.6% of cases the diagnostic videolaparoscopy was transformed in a curative method. Postoperative lethality was 16.1%. Mean time of stay in hospital was 2 times less and made 7.4 days.

Е.И.Зайцев, А.А.Будко, Г.Б.Шикалов

Некоторые юбилейные даты отечественной медицины в 2009 г.
(по материалам Военно-медицинского музея и другим источникам)

125 лет (1884 г.)

Высочайше утверждены:

- «Положение о фельдшерской школе при Кронштадском морском госпитале»;
- «Правила о прикомандировании врачей к Императорской ВМА для усовершенствования в медицинских науках вообще и специально в военной хирургии»;
- «Положение Военного Совета об открытии в г. Красноярске местного лазарета на 28 коек».

Красноярск был основан как небольшое укрепление (острог) в 1628 г. В 1823 г. стал губернским городом Енисейской губернии. Военный лазарет в Красноярске был одним из самых первых учреждений медицинского назначения в этом районе Сибири.

В России приват-доцент кафедры академической хирургической клиники ВМА Евгений Васильевич Павлов впервые с успехом произвел операцию холецистостомии. Следует отметить, что в тот период операции на желчных путях выполнялись крайне редко и лишь при безнадежности неоперативного лечения, при уже очень тяжелом состоянии пациента. Е.В.Павлов (1845–1916 гг.) окончил МХА в 1868 г. с серебряной медалью, имел большой опыт в военно-полевой хирургии, отличался высокой оперативной техникой. Он первым создал в Петербурге операционную — фонарь со стеклянным потолком и стенами, один из самых первых рентгеновских кабинетов. В разные годы работал в военных госпиталях, руководил в ВМА кафедрами оперативной хирургии и топографической анатомии (1888–1891), десмургии и механургии (1891–1894), был лейб-хирургом. Умер вскоре после операции от сепсиса (во время операции поранил палец). Был похоронен на кладбище Ново-Девичьего монастыря. Могила не сохранилась.