



УДК 616-089.819-089.168:616-089.193.4

О. Ю. Усенко, М. Ю. Ничитайло, П. В. Огородник,
А. В. Скумс, О. М. Литвиненко, О. І. Литвин

РЕЛАПАРОСКОПИЯ В ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНОМУ АЛГОРИТМІ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова
НАМН України, Київ, Україна

УДК 616-089.819-089.168:616-089.193.4

А. Ю. Усенко, М. Е. Ничитайло, П. В. Огородник, А. В. Скумс, А. Н. Литвиненко, А. І. Литвин
РЕЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ АЛГОРИТМЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛА-
ПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

*Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова НАМН Укра-
ины, Киев, Украина*

Проведен ретроспективний аналіз післяопераційних ускладнень, возникших у боль-
ных после лапароскопических вмешательств в отделе лапароскопической хирургии и хо-
лелитиаза. Доказано, что релапароскопия является эффективным диагностическо-лечебным
методом и может быть использована в лечении подавляющего большинства пациентов дан-
ной группы.

Ключевые слова: релапароскопия, послеоперационные осложнения, внутрибрюшная гема-
тома, истечение желчи.

UDC 616-089.819-089.168:616-089.193.4

O. Yu. Usenko, M. Yu. Nychytaylo, P. V. Ogorodnyk, A. V. Skums, O. M. Lytvynenko, O. I. Lytvyn
RELAPAROSCOPY IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT SCHEME OF LAPAROSCOPIC
SURGERY COMPLICATIONS

O. O. Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Introduction. The advantages of modern miniinvasive technologies in recent years stimulated the
wide range of use in surgical practice, which increased frequency of specific postoperative compli-
cations, inherent specifically for these methodologies. Results of postoperative complications occurred
in patients who underwent laparoscopic intervention in the department of laparoscopic surgery and
cholelithiasis have been analysed. It is proved that relaparoscopy is an effective diagnostic and ther-
apeutic method, and can be used in the majority of cases in this group of patients.

Materials and methods. Conducted retrospective analysis of laparoscopic surgeries took place
in the department of laparoscopic surgery and cholelithiasis of the O. O. Shalimov National Institute of
Surgery and Transplantology NAMS of Ukraine. 23,050 patients were operated in period from 1993 to
January of 2015 years, including 7,952 (34.5%) men and 15,098 (65.5%) women. Age group of pa-
tients from 7 to 94 years, average (48.3±6.8) years.

Results. The most frequent complication in an early postoperative period was the intraabdominal
bleeding that was observed in 69 patients. Intraabdominal festering complications did not occur after
implementation of laparoscopic hernioplasty, adrenalectomy, diagnostic laparoscopy. The intraabdomi-
nal infectious complications were educed in 179 (0.78%) patients, 63 patients were executed relapar-
oscopy. The majority of them arose due to complicated forms of cholecystitis, destructive appendici-
tis, pancreonecrosis, and also serious concomitant diseases. To prevent such complications it is nec-
essary to conduct ultrasound monitoring after an operation, and thus in time and adequately to react
on changes in the lodge of gall-bladder by the correction of curative management (additional conservative
measures, ultrasound-guided aspiration (punctures), relaparoscopy or laparotomy).

Conclusions. Relaparoscopy appeared to be the last method of cure the postoperative complica-
tions after laparoscopic surgery in 94.3% of patients. Both relaparoscopic method and laparoscopic
intervention are very effective in diagnosis and corrections after surgery complications with minimal
trauma for the patient, great care effect and fast social rehabilitation for the patient.

Key words: relaparoscopy, postoperative complications, intraabdominal hematoma, bile leakage.



Вступ

Переваги сучасних малоінвазивних технологій останніми роками зумовили їх широке використання у хірургічній практиці, що, у свою чергу, збільшило частоту специфічних, притаманних саме для цих методик післяопераційних ускладнень [1; 2]. Тому, коли все більше клінік впроваджують до повсякденної практики лапароскопічні оперативні втручання, необхідно акцентувати увагу на можливих помилках і ускладненнях, шляхах їх профілактики та лікування.

Мета дослідження — аналіз частоти виникнення післяопераційних ускладнень у хворих після лапароскопічних операцій на органах черевної порожнини і заочеревинного простору, шляхи їх профілактики та лікування за допомогою виконання релапароскопічних втручання.

Матеріали та методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз лапароскопічних

операцій, виконаних у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України, у 23 050 пацієнтів за період з 1993 по січень 2015 рр., включаючи 7952 (34,5 %) чоловіки і 15 098 (65,5 %) жінок. Вік хворих від 7 до 94 років — у середньому (48,3±6,8) року.

Лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) виконали у 19 595 хворих; експлорацію спільної жовчної протоки (СЖП) — у 875; герніопластику з приводу пахвинної грижі — у 247, післяопераційної грижі живота — у 93, кіст печінки — у 605, кіст селезінки — у 205; адреналектомію — у 184; апендектомію — у 364; видалення кіст яєчника — у 252; лапароскопічну міомектомію — у 15; резекцію печінки — у 58; перицистектомію з приводу ехінококозу печінки — у 108; санацію черевної порожнини при гострому деструктивному панкреатиті — у 104; діагностичну лапароскопію — у 280; цистопанкреа-

тоєюностомію — у 10; дистальну резекцію підшлункової залози (ПЗ) — у 7; енуклеацію інсуліноми ПЗ — у 8; лапароскопічну спленектомію — у 45 (табл. 1). Більшість оперативних втручання (85,9 %) — це ЛХЕ, що зумовлено значним поширенням жовчнокам'яної хвороби. Крім того, лапароскопічна хірургія в клініці, як і в інших клініках світу, почалася з холецистектомії. У подальшому інші лапароскопічні операції почали впроваджувати з 1995 р., коли виконали першу лапароскопічну експлорацію СЖП при холедохолітіазі.

Серед обстежених і прооперованих за допомогою лапароскопічного доступу 23 050 хворих у 240 (1,04 %) виникли ускладнення, що потребувало виконання повторних втручання. Усі повторні лапароскопічні втручання в ранньому післяопераційному періоді об'єднані терміном «релапароскопія». У структурі післяопераційних ускладнень підтікання

Таблиця 1

Види лапароскопічних оперативних втручання

Оперативне втручання	Кількість хворих	Середній вік, років (x±m)	Стать ч:ж	Тривалість операції, хв (x±m)
ЛХЕ	19 595	44,7±7,8	3:16	47,0±15,6
Лапароскопічна експлорація СЖП	875	46,8±6,7	2:11	85,0±12,6
Герніопластика пахвинної грижі	247	44,5±4,9	5:2	49,0±10,4
Пластика післяопераційної грижі живота	93	45,2±3,6	4:1	65,0±18,5
Видалення непаразитарних кіст печінки	605	52,6±9,3	4:7	35,0±12,6
Видалення кіст селезінки	205	20,2±3,7	3:5	87,0±6,3
Адреналектомія	184	51,5±10,4	5:4	64,0±13,6
Апендектомія	364	21,2±3,7	2:5	28,5±8,7
Видалення кіст яєчника	252	31,4±5,8	—	47,2±9,6
Лапароскопічна міомектомія	15	30,3±2,8	—	71,6±12,1
Резекція печінки	58	43,5±4,7	3:1	173,5±12,7
Перицистектомія з приводу ехінококозу печінки	108	31,2±3,4	3:4	116,3±7,2
Санація черевної порожнини при гострому деструктивному панкреатиті	104	42,3±7,4	6:1	124,8±11,4
Діагностична лапароскопія	280	56,8±7,8	7:3	14,9±2,3
Цистопанкреатоєюностомія	10	45,7±4,2	7:2	189,6±14,6
Дистальна резекція ПЗ	7	49,7±6,3	4:1	241,6±15,2
Енуклеація інсуліноми ПЗ	8	37,3±4,8	1:2	100,4±15,1
Лапароскопічна спленектомія	45	29,6±5,1	5:3	94,5±8,1
Усього	23 050	47,3±6,8	1:2	

**Структура післяопераційних ускладнень,
які потребували релапароскопії**

Ускладнення	Кількість спостережень, абс. (%)
Підтікання жовчі з ходів Люшка	48 (20,5)
Підпечінковий абсцес	38 (15,9)
Підтікання жовчі внаслідок дислокації кліпси	30 (12,3)
Післяопераційна внутрішньочеревна кровотеча	69 (28,6)
Механічна жовтяниця (кліпса на СЖП)	9 (3,6)
Гематома пахвинної ділянки	10 (4,1)
Підпечінкова гематома з нагноєнням	16 (6,8)
Підтікання жовчі внаслідок «малих» ушкоджень	11 (4,5)
Відмежовані скупчення рідини	6 (2,3)
Сторонні тіла	3 (1,4)
Усього	240

жовчі з ходів Люшка виявлено у 48 (20,5 %) пацієнтів, підпечінковий абсцес — у 38 (15,9 %), підтікання жовчі внаслідок дислокації кліпси — у 30 (12,3 %), післяопераційна внутрішньочеревна кровотеча — у 69 (28,6 %), механічна жовтяниця (кліпса на СЖП) — у 9 (3,6 %), гематома пахвинної ділянки — у 10 (4,1 %), підпечінкова гематома з нагноєнням — у 16 (6,8 %), підтікання жовчі внаслідок «малих» ушкоджень — у 11 (4,5 %), відмежовані скупчення рідини у черевній порожнині — у 6 (2,3 %), сторонні тіла черевної порожнини — у 3 (1,4 %) пацієнтів (табл. 2).

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи велику питому вагу ЛХЕ, структура післяопераційних ускладнень відповідає такій за даними статистики, які можна умовно розділити на гнійно-запальні (підпечінкові абсцеси, гематома з нагноєнням) та незапальні (кровотеча ложа жовчного міхура, підтікання жовчі), частота яких становить більше 90 %. Виконані оперативні втручання належать до різних типів за ступенем імовірного бактеріального забруднення операційних ран — від «чистих» (герніопластика, неускладнені форми жовчнокам'яної хвороби, адреналектомії тощо) до «умовно чистих» (деструктивний апендицит, деструктивні форми гострого холециститу, панкреонекроз та ін.), що зумовлює різну частоту гнійних ускладнень. Травматичність операції безпосередньо пов'язана з частотою гнійно-запальних ускладнень у післяопераційному періоді. Лапароскопічні операції виконують із застосуванням невеликих розрізів, отже, площа контакту тканин із зовнішнім середовищем менша і ймовірність інфікування також знижується.

Внутрішньочеревні гнійні ускладнення не спостерігали після виконання лапароскопічної

герніопластики, адреналектомії, діагностичної лапароскопії. Інтраабдомінальні інфекційно-запальні ускладнення виявлені у 179 (0,78 %) хворих, з яких у 63 випадках була виконана релапароскопія. Більшість із них виникали за ускладнених форм холециститу, деструктивного апендициту, панкреонекрозу, а також тяжких супровідних захворювань. Частота утворення внутрішньочеревних абсцесів після лапароскопічної холецистектомії, за даними літератури, становить від 0,17 до 1,92 % [3; 4]. Ми вважаємо, що для запобігання таким ускладненням необхідне проведення УЗД-моніторингу після операції, таким чином можна вчасно й адекватно реагувати на зміни в ложі жовчного міхура шляхом корекції лікувальної тактики (додаткові консервативні заходи, УЗД-контрольовані пункції, релапароскопія або лапаротомія) [6; 7].

Найчастішим ускладненням у ранньому післяопераційному періоді була внутрішньочеревна кровотеча, що спостерігалась у 69 пацієнтів. У 41 з них виявляли кровотечу з ложа жовчного міхура, у 1 — із селезінкової артерії після спленектомії, у 3 — з ложа надниркової залози після адреналектомії, у 1 — з брижі червоподібного відростка, у 9 — з парен-

хіми печінки після її резекції та видалення кіст печінки, у 5 — після санації черевної порожнини з приводу деструктивного панкреатиту, у 2 — з паренхіми селезінки (після видалення її кісти), у 1 — після цистоваріоектомії, у 6 — внутрішньочеревна кровотеча з троакарної рани.

Релапароскопія — гармонійний компонент комплексного лікування та профілактики тяжких ускладнень в абдомінальній хірургії. Вона надає можливість активно впливати на патологічне вогнище, зберігати властивості малоінвазивності, що є надійним способом ранньої діагностики та лікування післяопераційних ускладнень, і в переважній більшості випадків уникнути релапаротомії.

Висновки

1. Релапароскопія виявилася кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень лапароскопічних операцій у 94,3 % хворих.

2. У цілому метод релапароскопії, як і лапароскопічні втручання, є високоефективним у діагностиці та корекції післяопераційних ускладнень, з мінімальною операційною травмою для хворого, великим лікувальним ефектом і подальшою швидкою соціальною реабілітацією хворих.



3. Запропонована концепція використання релaparоскопії та розроблені алгоритми її застосування при різних видах інтраабдомінальних післяопераційних ускладнень лапароскопічних операцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Ничитайло М. Е.* Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. – К. : Макком, 2006. – 189 с.

2. *15-летний опыт использования релaparоскопии в диагностике и лечении осложненной после лапароскопической холецистэктомии* / В. Б. Мосьягин, М. А. Калинина, Н. Э. Заркуа, Д. Л. Буряковский // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2010. – № 6. – С. 69–71.

3. *Методологические и технологические аспекты релaparоскопии* / А. Г. Бебуришвили, И. В. Михин, А. Н. Акинчиц [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 11. – С. 35–39.

4. *Relaparoscopy for the detection and treatment of complications of laparoscopic cholecystectomy* / S. P. Dexter, G. V. Miller, D. Davides [et al.] //

Am. J. Surg. – 2000. – Vol. 179, N 4. – P. 316–319.

5. *Leister I.* Relaparoscopy as an alternative to laparotomy for laparoscopic complications / I. Leister, H. Becker // *Chirurg.* – 2006. – Vol. 77, N 11. – P. 986–997.

6. *Relaparoscopy in minor bile leakage after laparoscopic cholecystectomy: an alternative approach?* / A. R. Barband, F. Kakaei, A. Daryani [et al.] // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* – 2011. – Vol. 21, N 4. – P. 288–291.

7. *Early relaparoscopy for management of suspected postoperative complications* / B. Kirshtein, A. Roy-Shapira, S. Domchik [et al.] // *J Gastrointest Surg.* – 2008. – Vol. 12, N 7. – P. 1257–1262.

REFERENCES

1. *Nichitaylo M.E., Skums A.V. Povrezhdeniya zhelchnykh protokov pri kholistsistektomii i ikh posledstviya* [Injuries of biliary ducts due to cholecystectomy and their consequences]. Kiev, Makkom, 2006. 189 p.

2. *Mosyagin V.B., Kalinina M.A., Zarkua N.E., Buryakovskiy D.L.* 15-years experience of laparoscopy for diagnostics and management of complica-

tions after laparoscopic cholecystectomy. *Vestnik khirurgii im. I. I. Grekova* 2010; 6: 69-71.

3. *Beburishvili A.G., Mikhin I.V., Akinchits A.N., Panin S.I., Gushul A.V.* Methodological and technological aspects of relaparoscopy. *Chirurgia* 2006; 11: 35-39.

4. *Dexter S.P., Miller G.V., Davides D., Martin I.G., Sue Ling H.M., Sagar P.M., Larvin M., McMahon M.J.* Relaparoscopy for the detection and treatment of complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 2000; 179 (4): 316-319.

5. *Leister I., Becker H.* Relaparoscopy as an alternative to laparotomy for laparoscopic complications. *Chirurg* 2006; 77 (11): 986-997.

6. *Barband A.R., Kakaei F., Daryani A., Fakhree M.B.* Relaparoscopy in minor bile leakage after laparoscopic cholecystectomy: an alternative approach? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2011; 21 (4): 288-291.

7. *Kirshtein B., Roy-Shapira A., Domchik S., Mizrahi S., Lantsberg L.* Early relaparoscopy for management of suspected postoperative complications. *J Gastrointest Surg* 2008; 12 (7): 1257-1262.

Надійшла 17.02.2015

УДК 617.55-036.11-089.819.7-06:616-002.3/4

В. Ю. Федоров

ГНІЙНО-СЕПТИЧНІ УСКЛАДНЕННЯ В ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХІРУРГІЇ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львів, Україна

УДК 617.55-036.11-089.819.7-06:616-002.3/4

В. Ю. Федоров

ГНІЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Проведен анализ гнойно-септических осложнений у 284 пациентов с острой абдоминальной патологией, возникших после лапароскопических и конвенционных оперативных вмешательств. Частота осложнений была достоверно ниже у больных, оперированных лапароскопически, — 5,0 и 10,7 % соответственно ($p < 0,05$). Исследованием подтверждено, что повышенный уровень лейкоцитарного индекса интоксикации ($> 3,0$) и лимфопения ($< 1,1$ г/л) являются объективными предикторами развития гнойных осложнений и абдоминального сепсиса после конвенционных и лапароскопических вмешательств у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Ключевые слова: острая абдоминальная хирургическая патология, операционное лечение, гнойно-септические осложнения.

UDC 617.55-036.11-089.819.7-06:616-002.3/4

V. Yu. Fedorov

SEPTIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY

Danyla Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Background. Mini-invasive interventions are effective and safe treatment of surgical diseases, while minimizing the impact of surgical aggression on the human body. After conventional surgery incidence of septic complications are higher as compared to laparoscopic surgery. At the same time

