

Гнійно-септичні ускладнення, релапаротомії та тривалість операції у пацієнтів із гострими захворюваннями органів черевної порожнини, %

Таблиця 1

Показник	Спосіб операції		p
	лапаротомний, n=164	лапароскопічний, n=120	
Нагноєння рани, %	6,1	2,5	< 0,05
Інтраабдомінальний абсцес, %	3,0	1,6	< 0,05
Перитоніт, %	1,8	0,8	< 0,05
Релапаротомії, %	2,4	0,8	< 0,05
Тривалість операції, хв	110	62	< 0,05

Лейкоцитарний індекс інтоксикації, абсолютна кількість лімфоцитів і лейкоцитів у хворих із гнійно-септичними ускладненнями

Таблиця 2

Показник	Спосіб операції		p
	лапаротомний	лапароскопічний	
Лейкоцити, г/л	11,0	8,3	<0,05
ЛПІ	5,2	3,0	<0,05
Лімфоцити, г/л	0,7	1,1	<0,05

порожнини, оперованими лапароскопічно — 10,7 і 5,0 % відповідно (p<0,05).

2. Предикторами розвитку гнійно-септичних ускладнень у лапароскопічній ургентній хірургії є підвищений ЛПІ Кальф-Каліфа (> 3,0) та зниження абсолютної кількості лімфоцитів (< 1,1 г/л).

3. Лімфопенія у хворих із післяопераційними гнійно-септичними ускладненнями при гострих захворюваннях ор-

ганів черевної порожнини свідчить про наявність імуносупресії.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Соболев В. Е.* Диагностика и хирургическое лечение ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений / В. Е. Соболев // *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. – 2007. – Т. 166, № 2. – С. 110–113.

2. *Analysis of complications of laparoscopic management of abdominal diseases related to extended indications* / K. Rembiasz, A. Bobrzyński, A. Budzyński [et al.] // *Wideochirurgia*

I Inne Techniki Maloinwazyjne. – 2010. – N 2. – P. 53–59.

3. *Sauerland S.* Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis / S. Sauerland, T. Jaschinski, E. A. Neugebauer // *Cochrane Database System Review*. – 2010. – N 10. – CD001546.

4. *Systemic inflammation and immune response after laparotomy vs laparoscopy in patients with acute cholecystitis, complicated by peritonitis* / S. Federico, M. Schietroma, G. De Santis [et al.] // *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. – 2013. – Vol. 4, N 5. – P. 73–82.

REFERENCES

1. *Sobolev V.E.* Diagnosis and surgical treatment of early postoperative intra-abdominal complications. *Vesnik khirurgii imeni I.I. Grekova* 2007; 2 (166): 110-113.

2. *Rembiasz K., Bobrzyński A., Budzyński A., Strzaika M., Gwóźdź A., Migaczewski M., Zub A.* Analysis of complications of laparoscopic management of abdominal diseases related to extended indications. *Wideochirurgia I Inne Techniki Maloinwazyjne* 2010; 2: 53-59.

3. *Sauerland S., Jaschinski T., Neugebauer E.A.* Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database System Review* 2010; 10: CD001546.

4. *Federico S., Schietroma M., De Santis G., Mattei A., Cecilia E., Piccione F., Leardi S., Carlei F., Amicucci G.* Systemic inflammation and immune response after laparotomy vs laparoscopy in patients with acute cholecystitis, complicated by peritonitis. *World Journal of Gastrointestinal Surgery* 2013; 5 (4): 73-82.

Надійшла 17.02.2015

УДК [614.253+616.381-072.1]-089

М. Г. Гончар, О. В. Пиптюк, Я. М. Кучірка, А. Є. Богуш

ЯТРОГЕННІ УШКОДЖЕННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна,
Центральна міська клінічна лікарня, Івано-Франківськ, Україна

УДК [614.253+616.381-072.1]-089

М. Г. Гончар, А. В. Пиптюк, Я. М. Кучирка, А. Е. Богуш

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

*Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Ивано-Франковск, Украина
Центральная городская клиническая больница, Ивано-Франковск, Украина*

Среди осложненных лапароскопических операций ятрогенные повреждения встречаются в 0,3–3 % случаев. Цель исследования — изучение ятрогенных повреждений при лапароскопических операциях. В клинике с 2010 по 2014 гг. проведено 1659 лапароскопических вмешательств на



органах брюшной полости, в 7,1 % случаев была произведена конверсия. Повреждение внепеченочных желчных путей наблюдалось у 14 пациентов, артерий и кишечника — у 8. При пересечении гепатикохоледоха в 2 случаях был выполнен гепатикоюноанастомоз, 2 — билио-билиарный анастомоз «конец в конец». Авторы считают, что при ятрогенных повреждениях необходима программа действий, направленная на адекватную последовательность корригирующих оперативных вмешательств.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения, хирургическая коррекция.

UDC [614.253+616.381-072.1]-089

M. H. Honchar, O. V. Pyptiuk, Ya. M. Kuchirka, A. Ye. Bohush
IATROGENIC INJURIES DURING LAPAROSCOPIC OPERATIONS

*Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine,
The Central Municipal Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine*

The purpose of research. Searching for main features of iatrogenic injuries in laparoscopic operations and management for surgical correction.

Materials and methods: abdominal US, CT, punctual biopsy of the liver.

Results and discussion. Within the period from 2010 to 2014 there were performed 1,659 laparoscopic operations on abdomen in our hospital; in 7.1% of the cases there was a conversion. Injuries to extrahepatic bile ducts were observed in 14 patients, injuries of arteries — in 4 patients, intestinal injuries — in 4 patients and injuries of diaphragm — in 1 patient. The causes which influenced the appearance of the iatrogenic injuries were divided into clinical-anatomical features, insufficiency of practical skills and experience of surgeon, technical condition of realization of operation (8 (34.7%) patients); expressed adhesive and inflammatory infiltrative changes in operations zone (7 (30.4%) patients); insufficiency of surgeon classification (5 (21.7%) patients). Relaparoscopy with sanitation and drain of abdomen was held during bile convulsion more than 200 ml the drain on the first 2–3 days. Decompression of biliary tract was held by external nasobiliary drain. Endoscopic papillosphincterotomy was held by the indication. During the injuries of the main duct not more than half of the diameter the closure of the wound by putting internal drain was held. During the intersection of the main ducts excision its part hepaticojejunostomosis, biliobiliary anastomoses “end into the end” was executed. Traumas of surrounding organs caused conversion in 6 patients. Mortality among laparoscopic operating patients was 0.18%.

Key words: iatrogenic injuries, surgical correction.

Сучасна хірургія характеризується широким застосуванням новітніх малоінвазивних і лапароскопічних технологій. Серед ускладнень, які виникають при лапароскопічних операціях, ятрогенні ушкодження жовчовивідних проток, великих судин і порожнистих органів фіксуються лише у 0,3–3 % випадків [1–3]. Водночас це найбільш тяжкі випадки за характером ушкодження, моральних травм і матеріальних витрат. Існує думка, що основні складнощі при лікуванні хворих з ятрогенними ушкодженнями — реконструктивні операції. Але це далеко не так. По-перше, незважаючи на невелику кількість ятрогенних ушкодження, за даними літератури, їх, разом з тим, побільшало. По-друге, тактика лікування хворих у різні періоди з моменту виникнення ускладнень відмінна і потребує надання кваліфікованої допомоги. По-третє, ці ускладнення виникають частіше у період освоєння лапароскопічної операції, а також у хірургів з недостатнім досвідом реконструктивних

оперативних втручань на жовчовивідній системі [4; 5]. Отже, питання профілактики, діагностики та лікування ятрогенних ушкодження органів гепатобіліарної системи й інших органів зони лапароскопічної операції далеко від остаточного вирішення.

Мета дослідження — вивчення особливостей ятрогенних ушкодження при лапароскопічних операціях, вибір тактики і способу хірургічної корекції.

Матеріали та методи дослідження

У відділенні хірургії ЦМКЛ Івано-Франківська, що є клінічною базою кафедри хірургії стоматологічного факультету, впроваджені та виконуються такі оперативні втручання: лапароскопічна холецистектомія; лапароскопічна герніопластика при пахових і пупкових грижах; лапароскопічні операції з причини діафрагмальних гриж — фундоплікація, круорофія; лапароскопічна апендектомія; пункційна біопсія печінки при хронічному гепатиті С, цирозі печінки та дренажування

патологічних утворень органів черевної порожнини під контролем УЗД.

З 2010 по 2014 рр. під нашим спостереженням знаходилися хворі, яким виконано 1659 лапароскопічних операцій на органах черевної порожнини, що становить 16,5 % усіх оперативних втручань. Вік хворих становив від 18 до 87 років, переважали жінки. У 144 (7,1 %) випадках проведено конверсію й операцію продовжено через лапаротомний розріз. Ятрогенні ушкодження виявлені у 23 хворих, що сягало 1,4 %. Частота ускладнень з роками прогресивно зменшувалася (табл. 1).

Усі ушкодження нами були поділені на такі:

— ушкодження протокової системи: ушкодження дрібних сегментарних проток — 4, ушкодження гепатикохоледоха — 6 (пристінкові поранення — 4; повний перетин — 2);

— ушкодження судин: печінкової артерії та її гілок — 4, апендикулярної артерії — 2, судин передньої черевної стінки — 2;



Таблиця 1

Ушкодження жовчовивідних шляхів і суміжних органів при лапароскопічних операціях за роками

Показник	2010	2011	2012	2013	2014
Загальна кількість лапароскопічних операцій	206	242	272	414	525
Конверсія, абс. (%)	30 (14,6)	35 (14,5)	12 (4,4)	26 (6,3)	31 (5,9)
Кількість завершених лапароскопічних операцій	176	207	260	388	494
Ускладнення ятрогенні, абс. (%)	6 (2,9)	4 (1,6)	4 (1,5)	6 (1,4)	3 (0,6)

— ушкодження суміжних органів: шлунок, дванадцятипала кишка — 2, товста і тонка кишки — 2, діафрагма — 1 (див. табл. 1).

Результати дослідження та їх обговорення

Хірургічна тактика у кожному конкретному випадку визначалася типом ятрогенного ушкодження, терміном, який минув від моменту його розпізнавання, і наявністю перитоніту. Аналізуючи причини, що вплинули на виникнення ятрогенних ушкоджень при лапароскопічних операціях, ми виділяємо клініко-анатомічні особливості, недостатні індивідуальну майстерність і досвід хірурга, технічні умови проведення операції. Так, атипове розташування судинно-протокових елементів у зоні жовчного міхура спостерігалось у 8 (34,7 %) хворих; виражені спайкові та запально-інфільтративні зміни в зоні операції стали причиною ушкоджень у 7 (30,4 %) хворих; недостатня кваліфікація хірурга, пов'язана з періодом освоєння методу або нечастим виконанням операцій, вплинула на виникнення ятрогенних ушкоджень у 5 (21,7 %) хворих; несправність обладнання послужила приводом для ускладнення у 3 (13,1 %) пацієнтів.

Ушкодження, розпізнані у ході лапароскопічного втручання, підлягали негайному усуненню. Якщо причиною ви-

току жовчі була дрібна додаткова протока в ложі жовчного міхура (протока Люшка) й ускладнення розпізнано під час операції, то її прошивали або кліпували. Необхідно відзначити, що витік жовчі в перші доби після операції об'ємом до 50 мл у 25 % хворих не був пов'язаний з ушкодженням магістральних жовчних проток. Лікування жовчотечі проводилося консервативно, припинялося самостійно, без ускладнень упродовж 3–5 діб.

У 4 хворих у післяопераційному періоді спостерігався витік жовчі по дренажу в перші 2–3 доби більше 200 мл. У даній категорії хворих проводили релапароскопію із санацією та дренажуванням черевної порожнини. Декомпресію біліарного тракту проводили за допомогою зовнішнього назобіліарного дренажу. Ендоскопічну папілосфінктеротомію проводили за показаннями.

Ще у 4 хворих виявили поранення магістральних проток. При інтраопераційному виявленні ушкодження протоки не більше ніж на половину діаметра проводили ушивання рани з установкою внутрішнього дренажу. У 4 пацієнтів був діагностований повний перетин магістральної протоки або висічення її частини. Із них у гострому періоді 2 хворим наклали гепатикоєюноанастомоз, 2 — виконали біліобіліарні анастомози «кінець в кінець». Через 5 років у одного пацієнта роз-

винулася стриктура анастомозу, яка потребувала повторної операції. Необхідно відзначити, що в одного пацієнта ушкодження протокової системи не були виявлені під час первинної операції. Клінічно діагноз установлений за витоком жовчі по дренажу і повз нього назовні у пов'язки, наявності механічної жовтяниці, дифузного біліарного перитоніту. Дане ускладнення було усунуте із застосуванням двоетапної тактики, першим етапом якої було комплексне лікування перитоніту з подальшим виконанням реконструктивного втручання через 5 міс.

Травми суміжних органів як результат електрохірургічного ушкодження під час лапароскопічних операцій (поранення діафрагми, поранення стінки дванадцятипалої кишки, тонкої і товстої кишок) слугували приводом до конверсії у 6 хворих. У першому випадку виконано ушивання діафрагми з дренажуванням плевральної порожнини за Бюлау, у другому — ушивання рани дванадцятипалої кишки з проведенням двопротівного зонда за зв'язку Трейца для компресії та раннього ентерального харчування.

Летальність серед лапароскопічно оперованих хворих становила 0,18 %.

Висновки

1. На першому місці при лікуванні хворих повинно стояти збереження життя, на другому — якість життя.

2. Ушкодження жовчних проток може відбутися у будь-якому хірургічному закладі, у будь-який час доби й у хірурга будь-якої кваліфікації, хоча частіше вони виникають при недостатньому досвіді й у період освоєння методики. Ні тривалість хвороби, ні характер операції (термінова або планова), ні діаметр протоки, ні навіть професійний стаж хірурга не виключають ризику ятрогенного ушкодження.

3. Для запобігання та лікування даного ускладнення не-



обхідний продуманий алгоритм дій із виробленням конкретних прийомів для кожного типу ушкодження, направлений на послідовність коригувально-оперативного втручання.

4. Гострий перитоніт при гепатобіліарній патології є проти-показанням до виконання реконструктивних операцій в інтра- та ранньому післяопераційному періодах, адекватна операція — зовнішнє дренивання проток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грубник В. В. Сравнительное рандомизированное исследование эффективности лапароскопических и открытых оперативных вмешательств у больных с холедохолитиазом / В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, В. В. Илья-

шенко // Український журнал хірургії. – 2011. – Т. 12, № 3. – С. 21–24.

2. 18-летний опыт лапароскопической холецистэктомии / М. Е. Ничитайло, А. Н. Литвиненко, П. В. Огородник [и др.] // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 3/4. – С. 281–285.

3. Гальперин Е. И. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии / Е. И. Гальперин, Н. Ф. Кузовлев // Хирургия. – 1998. – № 1. – С. 5–7.

4. Скумс А. В. Отдаленные результаты билиобилиарного анастомозирования при коррекции повреждения желчных протоков во время выполнения холецистэктомии / А. В. Скумс // Клиническая хирургия. – 1999. – № 11. – С. 10–13.

5. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии / Н. А. Кузнецов, А. А. Соколов, А. Т. Бронтвейн, Э. Н. Артемкин // Хирургия. – 2011. – Т. 3. – С. 3–7.

REFERENCES

1. Grubnik V.V., Tkachenko A.I., Iliashenko V.V. A comparative randomized research of the effectiveness of laparoscopic and open operations in patients with choledocholithiasis. *Ukrainian surgery journal* 2011; 3 (12): 21-24.

2. Nichitailo M.E., Litvinenko A.N., Ohorodnik P.V. 18-year old experience of laparoscopic cholecystectomy. *Modern medical technologies* 2011; 3/4: 281-285.

3. Halperin E.I., Kuzovlev N.F. Iatrogenic injuries of bile ducts during the cholecystectomy. *Surgery* 1998; 1: 7.

4. Skums A.V. The remote results of the biliary anastomoses during the correction of injuries of biliary ducts during the cholecystectomy. *Clinical surgery* 1999; 11: 10-13.

5. Kuznetsov N.A., Sokolov A.A., Brontwein A.T., Artyomkin E.N. Diagnostics and treatment of the early biliary complications after the cholecystectomy. *Surgery* 2011; 3: 3-7.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.381-072.1

О. В. Галимов, В. О. Ханов, Д. М. Зиганшин, В. З. Ахияров

ПРОФИЛАКТИКА ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Клиника ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Уфа, Российская Федерация

УДК 616.381-072.1

О. В. Галимов, В. О. Ханов, Д. М. Зиганшин, В. З. Ахияров

ПРОФИЛАКТИКА ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Клиника ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Российская Федерация

В статье проанализированы частота и причины образования троакарных постлапароскопических грыж. Сделан вывод о том, что риск послеоперационной грыжи определяют многочисленные местные и системные факторы, а также техника закрытия брюшной стенки. Описан оригинальный способ закрытия троакарной раны после лапароскопических операций с использованием ненапряжных методов пластики. Способ успешно применен у 73 пациентов в качестве профилактики образования троакарных грыж.

Ключевые слова: постлапароскопические грыжи, расширитель, эксплант.

UDC 616.381-072.1

O. V. Galimov, V. O. Khanov, D. M. Ziganshin, V. Z. Akhiyarov

PREVENTION OF LONG-TERM COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY

The Clinic of the Bashkiria State Medical University of MH RF, Ufa, Russian Federation

Background. The introduction of the wide practice of laparoscopic operations is predetermined by their obvious advantages over laparotomic interventions, primarily minimization of the abdominal wall trauma and early rehabilitation. At the same time, the number of complications after laparoscopic surgery remains significant. One of the main complications is the formation of postoperative hernias, which significantly reduces the quality of life of patients.

Aim. The risk of postoperative hernia is defined by numerous local and systemic factors and appliances closing the abdominal wall.

Methods. During the period from 2009 to clinical bases of the Department of Surgical Diseases and new technologies Bashkiria Medical University there were operated 23 patients with postoperative ventral hernias occurring after laparoscopic surgery. Among them, 19 were women and 4 — men. All patients aged 33 to 70 years. During the analysis it became clear that the greatest number of patients with postoperative ventral hernias is a group of patients (18 people) who had previously laparoscopic procedures. Subsequently, in a planned manner, all patients underwent hernia repair with plastic

