

УДК 616.381-002-072.1

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА*А.Н. Вишневецкая¹, К.В. Стегний^{2,3}, В.Г. Раповка²*¹ Приморская краевая клиническая больница №1 (690950 г. Владивосток, ул. Алеутская, 57),² Владивостокский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),³ Отделенческая больница на станции Владивосток ОАО РЖД (690063 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25)*Ключевые слова: послеоперационный перитонит, лапароскопия, релапаротомия.*

Проанализированы результаты лечения 29 пациентов с перитонитом, возникшим после операций на органах брюшной полости. В 12 случаях применялся лапароскопический метод, в 17 – традиционная релапаротомия. Лапароскопия явилась окончательным методом лечения 9 пациентов, в 3 случаях в ходе лапароскопии были установлены показания к лапаротомии. Летальность после лапароскопических вмешательств составила 8,3%, после релапаротомий – 41,3%. Таким образом, при сравнительном анализе результатов лечения больных с послеоперационным перитонитом установлено, что лапароскопическая санация брюшной полости имеет существенные преимущества перед традиционной релапаротомией.

По данным литературы, наибольшее число повторных оперативных вмешательств проводится по поводу развившегося или продолжающегося послеоперационного перитонита [2, 10]. Его доля в общей структуре осложнений после операций на органах брюшной полости, которые сопровождаются летальным исходом, составляет от 50 до 86% [3–6, 9, 11–13, 15]. Такие высокие цифры летальности при перитоните обусловлены в основном его поздней диагностикой [3, 8, 14].

Диагностика послеоперационного перитонита является весьма непростой задачей. Отсутствие или слабая выраженность симптоматики объясняется тем, что перитонит развивается у больных, находящихся в тяжелом состоянии, при котором симптоматика этого осложнения наслаивается на явления операционной травмы. Кроме того, на клинику перитонита оказывает влияние послеоперационная интенсивная терапия, включающая антибактериальное лечение, переливание жидкостей, анальгезию. Имеется достаточное количество исследований, посвященных инструментальным методам диагностики перитонита. Тем не менее и рентгенологический метод, и ультразвуковая диагностика, и компьютерная томография позволяют не только диагностировать перитонит, столько выявить причины его возникновения. В настоящее время наиболее эффективным методом диагностики послеоперационного перитонита является лапароскопия [1, 8]. По надежности и информативности видеоревизия при меньшей травматичности сравнима со стандартной релапаротомией. Кроме того, в настоящее время даже в тех случаях, когда диагноз до операции не вызывает сомнений, лапароскопическое исследование проводят для решения вопроса о

возможности лапароскопической ликвидации источника перитонита, адекватной санации и контроля за состоянием брюшной полости в динамике [2].

Цель работы: сравнительный анализ результатов лечения больных с послеоперационным перитонитом на основе применения эндохирургических и традиционных технологий.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 29 пациентов 15–75 лет (18 мужчин и 11 женщин), оперированных на органах брюшной полости с возникшим в послеоперационном периоде перитонитом. В зависимости от способа повторного вмешательства больные были разделены на две группы:

1-я группа (основная, 12 человек), где использовались миниинвазивные технологии;

2-я группа (контрольная, 17 человек), где выполнялась релапаротомия.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. Чаще всего перитонит осложнял аппендектомии, а также операции на желудке и желчных путях (табл. 1). Среди его причин лидировали несостоятельность анастомозов и продолжающийся перитонит (табл. 2). Отграниченный перитонит зарегистрирован в 7 случаях, распространенный – в 22.

Важное значение в лечении послеоперационного перитонита играет своевременная диагностика и срок повторного вмешательства. Использование диагностической лапароскопии уже в первые 5 дней после первичных вмешательств позволило подтвердить наличие развившегося перитонита у 7 больных

Таблица 1

Структура первичных операций, выполненных у больных с послеоперационным перитонитом

Вмешательство	Кол-во больных			
	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Аппендэктомия	1	8,3	3	17,6
Операция на желудке	2	16,7	6	35,3
Операция на желчных путях	4	33,4	1	5,9
Грыжесечение	1	8,3	–	–
Операция на кишечнике	1	8,3	3	17,6
Операция на поджелудочной железе	1	8,3	2	11,8
Прочие	2	16,7	2	11,8
<i>Всего:</i>	<i>12</i>	<i>100,0</i>	<i>17</i>	<i>100,0</i>

Таблица 2

Причины послеоперационного перитонита
и способы его лечения

Причина перитонита	Способ лечения		Всего	
	лапароскопия	лапаротомия	абс.	%
Несостоятельность анастомоза	3	8	11	38,0
Повреждение кишечной стенки	0	1	1	3,4
Продолжающийся перитонит	6	7	13	44,8
Вскрытие абсцесса в брюшную полость	1	0	1	3,4
Ферментативный перитонит	2	0	2	7,0
Мезентериальный тромбоз	0	1	1	3,4
Всего:	12	17	29	100,0

(58,5%) основной группы и у 6 человек (35,3%) группы контроля (табл. 3). Это обстоятельство, несомненно, влияло как на характер течения процесса, так и на исход заболевания.

Лапароскопическое вмешательство позволило диагностировать послеоперационный перитонит у всех больных основной группы, таким образом, информативность диагностической лапароскопии составила 100%. Провести санацию брюшной полости лапароскопически удалось в 9 случаях. Еще в 3 случаях потребовалась конверсия и релапаротомия: несостоятельность швов гастроудоденоанастомоза после резекции желудка по Бильрот I, несостоятельности швов культи 12-перстной кишки после резекции желудка по Бильрот II, несостоятельности швов толсто-толстокишечного анастомоза после резекции сигмовидной кишки.

С целью изучения эффективности применения диагностической и лечебной лапароскопии при развитии послеоперационных внутрибрюшных осложнений мы провели сравнительный анализ основной и контрольной групп по нескольким критериям. Оценивалось наличие болевого синдрома, сроки восстановления двигательной активности, послеоперационная летальность, сроки пребывания пациента в стационаре.

При лапароскопической санации к концу 1-х суток болевой синдром отмечался у 11 больных (91,7%), на 4-е сутки он сохранялся только у 4 пациентов (33,3%) и на 5–6-е сутки купировался у 10 человек (83,3%). У больных, оперированных традиционным способом, болевой синдром сохранялся более длительно: в 1-е сутки после операции он наблюдался во всех случаях, на 4-е сутки боли отмечались у 9 больных (52,9%) и у 2 (11,7%) они сохранялись и на 8-е сутки после релапаротомии.

Несомненно, что уменьшение болевого синдрома способствует активному поведению пациентов. В основной группе уже в 1-е сутки двигательная

Таблица 3

Сроки проведения повторных вмешательств
после первичных операций

Срок после первой операции	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
1-й день	1	8,3	–	–
2-й день	1	8,3	2	11,8
3-й день	1	8,3	1	5,9
4-й день	1	8,3	1	5,9
5-й день	3	25,1	2	11,8
6–10-й дни	3	25,1	5	29,3
11–15-й дни	1	8,3	4	23,5
16–20-й дни	1	8,3	–	–
Свыше 20 дней	–	–	2	11,8
Всего:	12	100,0	17	100,0

активность появилась у 3 человек (25%), на 2-е – у 6 (50%), а у остальных – на 4–5-е сутки после операции. У больных же контрольной группы двигательная активность в 1-е сутки отмечалась лишь у 1 (5,9%), на 2-е – у 3 (17,6%) и восстановилась у всех пациентов только на 7–8-е сутки после релапаротомии.

В результате более гладкого течения послеоперационного периода после лапароскопической санации было отмечено статистически достоверное уменьшение срока послеоперационного пребывания в стационаре – 19,2 койко-дня (в контрольной группе 30,2 койко-дня). Летальность при послеоперационном перитоните составила в основной и контрольной группах 8,3 и 41,2% соответственно, что сопоставимо с результатами опубликованных исследований по изучаемой проблеме [7].

Таким образом, при сравнительном анализе результатов лечения больных с послеоперационным перитонитом установлено, что лапароскопическая санация брюшной полости имеет существенные преимущества перед традиционной релапаротомией. К ним относятся, во-первых, малотравматичность метода: лапароскопическая санация позволяет провести оперативное лечение без широкого разреза брюшной стенки и без значительного травмирования внутренних органов. Это обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода, раннее купирование болевого синдрома и раннее восстановление двигательной активности. Во-вторых, применение лапароскопического способа лечения приводит к снижению осложнений после повторных вмешательств, частоты летальных исходов и, кроме того, сокращает сроки пребывания в стационаре. Необходимо отметить, что применение лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита не исключает традиционного хирургического вмешательства, которое должно выполняться при неэффективности или невозможности лапароскопического лечения.

Литература

1. Аишафов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии. 2000. № 159 (5). С. 114–118.
2. Беребицкий С.С., Николашин В.А. Диагностическая ценность телелaparоскопии внутрибрюшных осложнений после традиционных операций // Эндоскоп. хирургия. 2001. № 1. С. 28–30.
3. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит – актуальная проблема абдоминальной хирургии // Военно-медицинский журнал. 1998. № 9. С. 25–29.
4. Булгаков Г.А., Вишневский В.А. Тактика при перитонитах и внутрибрюшных абсцессах после плановых операций // X съезд хирургов Белоруссии: тез. докл. Минск, 1991. С. 23–24.
5. Головкина И.Г. Роль лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита в неотложной абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2006. 25 с.
6. Гуревич, А.Р., Юрченко А.Л. Послеоперационный перитонит как причина релапаротомии // X съезд хирургов Белоруссии: тезисы докладов. Минск, 1991. С. 32–33.
7. Дуданов И.П., Соболев В.Е., Андреев Ю.В. Значение лапароскопии в решении проблемы послеоперационного перитонита // Эндоскоп. хирургия. 2006. № 2. С. 40.
8. Ефименко Н.А., Степанов А.А., Чурсин В.В. и др. Послеоперационная диагностическая и оперативная лапароскопия // Материалы IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскоп. хирургия. 2006. № 2. С. 46.
9. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Симферополь: КГМУ, 2000. 688 с.
10. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С. и др. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // Хирургия. 2003. № 8. С. 19–23.
11. Назыров Ф.Г. Драмы и трагедии хирургии. М.: Гэотар-Медиа, 2005. 288 с.
12. Рычагов Г.П., Нехаев А.Н., Керезь П.И. и др. Релапаротомия в лечении послеоперационного распространенного перитонита // Хирургия. 1997. № 1. С. 45–48.
13. Стручков Ю.В., Горбачева И.В. Оценка тяжести послеоперационного перитонита // Хирургия. 2007. № 7. С. 12–15.
14. Халилов А.Д., Гадилов С.Д., Сафаров А.О. Ультразвуковое исследование в диагностике послеоперационного перитонита // Хирургия. 2001. № 1. С. 28–29.
15. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук В.И. Острый перитонит. Киев: Наукова думка, 1981. 284 с.

Поступила в редакцию 14.07.2010.

LAPAROSCOPY IN DIAGNOSING AND TREATING POST-OPERATIVE PERITONITIS

A.N. Vishnevskaya¹, K.V. Stegny^{2,3}, V.G. Rapovka²

¹ Primorsky Regional Clinical Hospital No. 1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690950 Russia), ² Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russia), ³ Vladivostok Station Departmental Hospital, JSC "Russian Railways" (25 Verkhne-Portovaya St. Vladivostok 690063 Russia)
Summary – The paper analyzes results of treatment of 29 patients with peritonitis occurred upon the completion of abdominal operations. The authors used laparoscopy and traditional relaparotomy in 12 and 17 cases, respectively. The laparoscopy was the final surgical method for treating 9 patients. Three cases of the laparoscopy allowed to identify indications for laparotomy. The lethality rates after the laparoscopies and relaparotomies were 8,3 and 41,3%, respectively. Therefore, the comparative analysis of the results of treatment of patients with the post-operative peritonitis allows to make a conclusion that the laparoscopic abdominal cavity sanitation has considerable advantages compared with the traditional relaparotomy.

Key words: post-operative peritonitis, laparoscopy, relaparotomy.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 1, p. 34–36.

УДК 616.62-008.22:616.69-008.1]-085

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОДНОВРЕМЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И РАССТРОЙСТВ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

В.В. Данилов¹, А.В. Васильченко¹, Т.И. Данилова¹, В.В. Данилов¹, С.В. Беседин²

¹ Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2),

² Отделенческая больница на станции Владивосток ОАО РЖД (690063 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25)

Ключевые слова: эректильная дисфункция, расстройства мочеиспускания, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, домашняя урофлоуметрия.

Наблюдали 28 мужчин в возрасте от 31 года до 67 лет, имевших эректильную дисфункцию и расстройства мочеиспускания. Исследовался гормональный фон, проводилась домашняя урофлоуметрия с оценкой симптомов по шкалам IPSS, МИЭФ-5, QOL. Назначались ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (силденафил цитрат) на 6 недель в виде монотерапии (по 25 мг ежедневно вечером), затем проводилось длительное лечение α₁-адреноблокаторами. Отмечено не только восстановление эректильной функции, но и существенная редукция расстройств мочеиспускания во всех наблюдениях. Получены данные, указывающие на возможность применения ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа для устранения эректильной дисфункции и одновременной коррекции дисфункции мочеиспускания.

Эректильная дисфункция (ЭД), как и расстройства мочеиспускания (РМ), явление, более характерное

Данилов Вадим Валериевич – д-р. мед. наук, доцент, зав. курсом урологии ВГМУ; e-mail: vadim_danilov@list.ru

для лиц пожилого возраста. Рост вероятности появления этих состояний и их связь с возрастом отмечены в целом ряде исследований [5, 10, 11]. Как показывает клиническая практика, обе дисфункции развиваются самостоятельно, однако их причины часто совпадают: хронический стресс, нарушения метаболизма, циркуляторная гипоксия. Вместе с этим дисфункция нижних мочевых путей и ЭД существенно снижают качество жизни, оказывая взаимоотягощающее влияние [3, 4].

Проявление в последние годы интереса исследователей к этим проблемам не случайно, и согласно имеющимся данным ЭД в большинстве случаев есть предиктор заболеваний или их проявление (сахарный диабет, атеросклероз, нарушение обменных процессов самого различного генеза, нарушения периферического кровообращения и т.д.). С некоторым