

периоде в основной группе была меньше на 0,5, а срок пребывания в стационаре — на 0,9 дня. Количество гнойно-воспалительных осложнений на этапе стационарного лечения после миниинвазивной операции было в 3,9 раза ниже (4,28 и 16,67% соответственно). Длительность амбулаторного лечения пациентов основной группы составила  $13,9 \pm 0,5$ , контрольной —  $16,1 \pm 0,6$  дня (разница недостоверна). Гнойно-воспалительные осложнения во время амбулаторного лечения в основной группе регистрировались в 3,1 раза реже (7,4 и 22,7% соответственно).

Таким образом, аппендэктомия из косого мини-доступа возможна у лиц с типичной клинической картиной острого аппендицита. Мини-доступ позволяет выполнить тщательную санацию брюшной полости и при необходимости провести ревизию терминального отдела подвздошной кишки и правых придатков матки у женщин. Мини-доступ дает хороший косметический эффект, способствует снижению травматичности операции, более быстрой реабилитации больных, уменьшению стационарного этапа лечения.

#### Литература

1. Бондарев А.А., Мясников А.Д., Работский И.А. Критерии оценки оперативных доступов в эндохирургии // Эндокопическая хирургия. 2003. №4. С. 47–53.
2. Сазон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клиническое обоснование

хирургических доступов к внутренним органам. Л.: Медгиз, 1954. 180 с.

3. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в общей хирургии. // Анналы РНЦХ РАМН. 2004. № 13. С. 133–143.
4. Устинов О.Г., Захматов Ю.М., Владимиров В.Г. Критерии оценки эндоскопических доступов // Эндокопическая хирургия. 2003. № 1. С. 39–42.
5. Popkin C.A., Lopez P.P., Cohn S.M. et al. The incision of choice for pregnant women with appendicitis is through McBurney's point // Am. J. Surg. 2002. Vol. 183, No. 1. P. 20–22.

Поступила в редакцию 12.01.2009.

#### DYNAMICS OF LABORATORY EXAMINATION RESULTS IN CASE OF MINI-LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

S.A. Fomin

Medical Unit of Novoyaroslavskiy Oil Refinery (12 Gagarina St. Yaroslavl 150023 Russia)

**Summary** — The author gives consideration to invention and application of transverse pararectal mini-access to head of blind colon in case of acute appendicitis. 277 appendectomies (including 187 performed as mini-laparoscopic ones) allow coming to a conclusion that low-invasive interventions are the indication for surgery in case of patients with normal weight or underweight suffering from typical signs of acute appendicitis. Dynamics of post-operative laboratory analyses is indicative of decreasing frequency of pyoinflammatory complications and accelerated rehabilitation of patients underwent mini-laparoscopic appendectomy.

**Key words:** mini-laparoscopic appendectomy, laboratory analyses.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 2, p. 73–75.

УДК 617.55-089.168.1-06:616-072.1

К.В. Стегний<sup>1</sup>, А.Н. Вишневская<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), Отделенческая больница ОАО РЖД на ст. Владивосток (690063 г. Владивосток, ул. Верхнепортовая, 25), <sup>2</sup> Приморская краевая клиническая больница № 1 (690950 г. Владивосток, ул. Алеутская, 57)

## ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

**Ключевые слова:** послеоперационные осложнения, лапароскопия, лапаротомия, эффективность лечения.

Проанализированы результаты лечения 185 больных с послеоперационными внутрибрюшными осложнениями. В зависимости от способа повторного вмешательства больные разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 74 пациента, у которых для коррекции послеоперационных осложнений применялся лапароскопический метод, во 2-ю — 111 пациентов, которым была выполнена традиционная релапаротомия. Летальность в группах составила 2,7 и 18,9% соответственно. Структура послеоперационных осложнений: перитонит — 29 случаев (15,7%), ранняя кишечная непроходимость — 56 случаев (30,3%), абсцессы брюшной полости — 59 случаев (31,9%), желчеистечение — 19 случаев (10,3%), послеоперационные кровотечения — 17 случаев (9,2%), инородные тела брюшной полости — 2 случая (1,1%). Лапароскопия явилась окончательным методом лечения послеоперационных осложнений у 94,6% больных 1-й группы. У 4 пациентов в ходе лапароскопии были установлены показания к лапаротомии. Сделано заключение, что лапароскопия может оказаться окончательным методом лечения в случае большинства внутрибрюшных послеоперационных осложнений.

Частота повторных оперативных вмешательств по поводу ранних внутрибрюшных осложнений не проявляет тенденции к снижению и составляет от 0,29 до 22% в зависимости от тяжести течения патологического процесса, объема вмешательства и других факторов [1, 3–5, 9]. Главная причина неудач в лечении последствий послеоперационных внутрибрюшных осложнений заключается в их несвоевременной диагностике и позднем выполнении повторного вмешательства [9, 10]. В связи с этим проблема своевременной диагностики данной патологии по-прежнему остается актуальной. Любые новые разработки в диагностике и лечении послеоперационных осложнений, позволяющие в ранние сроки выявить возникшее осложнение и провести его лечение с наименьшей травмой, заслуживают самого пристального внимания.

Резервом улучшения качества хирургического лечения послеоперационных осложнений является лапароскопия, которая позволяет в ранние сроки установить диагноз и, по возможности, провести гораздо менее травматичное вмешательство [2, 3, 7, 8, 11].

Стегний Кирилл Владимирович — канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии ФПК и ППС ВГМУ, заведующий хирургическим отделением Отделенческой б-цы ОАО РЖД; тел.: 8 (4232) 24-82-93; e-mail: kstegniy@gmail.com.

Цель настоящей работы — улучшить результаты лечения абдоминальных послеоперационных осложнений на основе эндохирургических технологий.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 185 пациентов 15–75 лет (100 мужчин и 85 женщин), оперированных на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, у которых в послеоперационном периоде возникли внутрибрюшные осложнения. В зависимости от методов лечения выделены 2 группы пациентов:

1-я группа (основная, 74 человека), где использовались миниинвазивные технологии;

2-я группа (контрольная, 111 человек), где выполнялась релапаротомия.

**Результаты исследования и обсуждение полученных данных.** Наиболее часто на собственном материале регистрировались послеоперационная кишечная непроходимость и абсцессы брюшной полости. Если учесть послеоперационный перитонит, то большая часть осложнений носила инфекционный характер (табл. 1). Лапароскопические операции при распространенных и отграниченных формах перитонита произведены у 11, лапаротомии — у 17 больных. Отграниченный перитонит диагностирован в 20,7%, распространенный — в 79,3% случаев. Устранение причины перитонита и успешная лапароскопическая санация осуществлена у 9 больных. У 3 человек лапароскопически устранить причину воспаления брюшины не удалось. У 2 пациентов при лапароскопии были установлены места для выполнения мини-лапаротомии и у 1 выполнена лапаротомия (табл. 2). Летальность при послеоперационном перитоните составила в 1-й и 2-й группах 8,3 и 41,2% соответственно, что совпадает с данными литературы [3].

Абсцессы брюшной полости локализовались в основном в поддиафрагмальном (44,1%) и подпеченочном (32,2%) пространствах. Реже диагностировались межпечельные абсцессы (15,3%), абсцессы малого таза (3,3%) и других локализаций (5,1%). 23 больным с абсцессами брюшной полости проведена лапароскопическая санация, которая оказалась успешной в 21 случае. Переход на лапаротомию понадобился у 2 пациентов с обширными подпеченочными абсцессами. Полученные данные еще раз подтверждают, что в настоящее время альтернативой открытому хирургическому вмешательству можно считать лапароскопический метод. Возможность радикальной санации полости и стенок абсцесса (удаление некротического детрита и фибринозных наложений со стенок пиогенной оболочки) является существенным преимуществом лапароскопии по сравнению с пункционным дренированием под ультразвуковым наведением [6], сохраняя при этом малую инвазивность и травматичность по сравнению с традиционным хирургическим методом лечения. Желчеистечение в послеоперационном периоде наблюдалось у 19 человек. Среди его причин лидировали травмы внепеченочных желчных протоков.

Лапароскопические вмешательства были выполнены в экстренном порядке ввиду развития желчного перитонита (у 8 человек желчеистечение возникло после лапароскопической холецистэктомии, у 1 — после открытой и у 1 — после чрескожной холецистостомии). Во всех случаях лапароскопия явилась окончательным методом диагностики желчеистечения, позволившем немедленно приступить к его устранению. Следует согласиться с мнением ряда авторов, что противопоказанием к лапароскопической операции при желчеистечении является травма внепеченочных желчных протоков [6], поэтому пациенты с таким диагнозом в 1-ю группу не включались (табл. 3).

Среди кровотечений в раннем послеоперационном периоде чаще встречались забрюшинные кровотечения (6 наблюдений). На кровотечения из паренхимы печени и ран в месте стояния дренажей и троакаров пришлось по 2 наблюдения. Кровотечения из культы сальника, поврежденной селезенки, из стенки тонкой кишки, из надпочечника, из области абсцесса и из культы надпочечника диагностированы по 1 разу каждое. В одном случае источник кровотечения не установлен. Лапароскопический гемостаз успешно выполнен у 6 пациентов: 3 случая кровотечения в забрюшинное пространство и по 1 случаю кровотечения из паренхимы печени, троакарной раны и культы пузырной артерии. В 5 наблюдениях

**Таблица 1**

*Структура внутрибрюшных послеоперационных осложнений*

| Осложнение              | Кол-во больных |      | Группа |     |
|-------------------------|----------------|------|--------|-----|
|                         | абс.           | %    | 1-я    | 2-я |
| Перитонит               | 29             | 15,7 | 12     | 17  |
| Желчеистечение          | 19             | 10,3 | 9      | 10  |
| Кишечная непроходимость | 56             | 30,3 | 21     | 35  |
| Абсцесс брюшной полости | 59             | 31,9 | 23     | 36  |
| Кровотечение            | 17             | 9,2  | 6      | 11  |
| Инородное тело          | 2              | 1,1  | 1      | 1   |
| Не выявлено             | 3              | 1,5  | 1      | 2   |

**Таблица 2**

*Причины послеоперационного перитонита и способы его лечения*

| Причина перитонита              | Кол-во больных |            |       |      |
|---------------------------------|----------------|------------|-------|------|
|                                 | 1-я группа     | 2-я группа | всего |      |
|                                 |                |            | абс.  | %    |
| Несостоятельность анастомоза    | 3              | 7          | 10    | 34,5 |
| Повреждение кишечной стенки     | 0              | 2          | 2     | 6,9  |
| Продолжающийся перитонит        | 6              | 7          | 13    | 44,7 |
| Вскрытие абсцесса               | 1              | 0          | 1     | 3,5  |
| Ферментативный перитонит        | 2              | 0          | 2     | 6,9  |
| Тромбоз мезентериальных сосудов | 0              | 1          | 1     | 3,5  |

**Таблица 3**  
**Причины желчеистечения и способы его лечения**

| Причина желчеистечения                           | Кол-во больных |            |      |      |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|------|------|
|                                                  | 1-я группа     | 2-я группа | абс. | %    |
| Ходы Люшка                                       | 3              | 1          | 4    | 21,0 |
| Несостоятельность холецистостомы                 | 1              | 2          | 3    | 15,8 |
| Несостоятельность шва и дренажа ОЖП <sup>1</sup> | 0              | 1          | 1    | 5,3  |
| Незамеченный дополнительный проток               | 1              | 0          | 1    | 5,3  |
| Негерметичность культи пузырного протока         | 4              | 0          | 4    | 21,0 |
| Травма ВЖП <sup>2</sup>                          | 0              | 6          | 6    | 31,6 |

<sup>1</sup> Общий желчный проток.

<sup>2</sup> Внепеченочные желчные протоки.

здесь кровотечение остановилось самопроизвольно к моменту выполнения лапароскопии и, таким образом, эндовидеохирургическое вмешательство позволило избежать напрасной лапаротомии. Во 2-й группе у 4 из 11 пациентов к моменту выполнения релапаротомии также не обнаружено продолжающегося кровотечения.

Кишечная непроходимость в 53 из 56 случаев имела спаечной характер. В 3 случаях непроходимость возникла из-за ущемления тонкой кишки в окне париетальной брюшины, заворота тонкой кишки и стриктуры анастомоза. Наиболее часто спайки наблюдались после операций по поводу деструктивного аппендицита с перитонитом (16 больных).

Лапароскопические вмешательства при кишечной непроходимости выполнены у 21 больного (20 случаев спаечной непроходимости). Адгезиолизис оказался успешным в 19 случаях. У 1 пациентки после гинекологической операции в анамнезе возникли технические трудности, связанные с наличием неподвижного конгломерата, что потребовало перехода к лапаротомии. Еще у 1 пациента причиной непроходимости послужило ущемление петли тонкой кишки в окне париетальной брюшины в области протеза после герниопластики, что было диагностировано при лапароскопии и успешно устранено.

Общая продолжительность пребывания больных 1-й группы в стационаре составила в среднем 7,2 дня, против 15,4 дня во 2-й (контрольной). Использование лапароскопии в лечении послеоперационных осложнений позволило отказаться от наркотических анальгетиков, а нестероидные противовоспалительные средства применялись по требованию только в первые 2–3 дня. Во 2-й группе пациенты в первые 1–2 дня получали наркотические анальгетики ввиду выраженного болевого синдрома и в дальнейшем продолжали получать нестероидные противовоспалительные препараты в течение 5–7 суток. При абсцессах брюшной полости, желчеистечении, кровотечениях и кишечной непроходимости летальных исходов не было.

Таким образом, можно заключить, что лапароскопия в послеоперационном периоде может оказаться окончательным методом лечения в случае большинства послеоперационных осложнений, в том числе и таких, как перитонит и внутрибрюшное кровотечение.

#### Литература

1. Беребицкий С.С., Николашин В.А. Диагностическая ценность телелапароскопии внутрибрюшных осложнений после традиционных операций // *Эндоскоп. хирургия*. 2001. № 1. С. 28–30.
2. Головкова И.Г. Роль лапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита в неотложной абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2006. 25 с.
3. Дуданов И.П., Соболев В.Е., Андрейцев Ю.В. Лапароскопия в проблеме ранних послеоперационных внутрибрюшных кровотечений // *Хирургия*. 2007. № 6. С. 30–33.
4. Заверный Л.Г. Частота внутрибрюшных осложнений и релапаротомий в раннем послеоперационном периоде // *Вестн. хир.* 1990. № 3. С. 131.
5. Зюбрицкий Н.М. Методы распознавания послеоперационных внутрибрюшных осложнений // *Вестн. хир.* 1989. № 8. С. 143.
6. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Глушков П.С., Андрейцев И.Л. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений // *Хирургия*. 2003. № 8. С. 19–23.
7. Струсов В.В., Гайдуков В.Н., Магомедов М.Г. Релапароскопия: концепция и алгоритм лечения послеоперационных осложнений абдоминальной хирургии // *Эндоскоп. хирургия*. 2002. № 5. С. 34–36.
8. Федоров А.В., Чадаев А.П., Сажин А.В. и др. Релапароскопия в лечении послеоперационных осложнений // *Хирургия*. 2005. № 8. С. 80–85.
9. Хаджибаев А.М., Атаджанов Ш.К., Эрметов А.Т. и др. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений в абдоминальной хирургии // *Хирургия*. 2007. № 8. С. 48–51.
10. Чернов Э.В., Качурин В.С., Ушкац А.К. К вопросу о структуре ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений // *Сб. науч. работ врачей 442-го окружного военного клин. госпиталя им. З.П. Соловьева. СПб., 2001. С. 16–18.*
11. Civardi G., Candio D.G., Giorgio A. Ultrasound guided percutaneous drainage of abdominal abscesses in the hands of clinician: a multicenter Italian study // *Eur. J. Ultrasound*. 1998. Vol. 8, No. 2. P. 91–99.

Поступила в редакцию 24.04.2009.

#### POTENTIAL OF LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN DIAGNOSING AND TREATING POST-OPERATIVE INTRA-ABDOMINAL COMPLICATIONS

K.V. Stegny<sup>1</sup>, A.N. Vishnevskaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vladivostok State Medical University (2 Ostryakova Av.

Vladivostok 690950 Russia), <sup>2</sup> Primorsky Regional Clinical

Hospital No.1 (57 Aleutskaya St. Vladivostok 690950 Russia)

**Summary** – The authors analyze treatment results of 185 patients having post-operative intra-abdominal complications. The first patient group was comprised of 74 persons underwent surgical correction of complications by means of laparoscopic operation. The second group consisted of 111 patients underwent relaparotomy. The lethality rate was 2.7 and 18.9%, respectively. The most frequent post-operative complications were peritonitis (15.7%), early bowel obstruction (30.3%), peritoneal abscess (31.9%), outflow of bile (10.3%), post-operative hemorrhage (9.2%), and foreign bodies left in the abdominal cavity (1.1%). The laparoscopic operation was final method of treating 94.6% of the patients from first group. 4 patients appeared to have indications for laparotomy during laparoscopy.

**Key words:** post-operative complications, laparoscopic operation, laparotomy, treatment efficiency.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 2, p. 75–77.