

2. Куташевский В. Д., Вкн.: Актуальные вопросы патологии органов брюшной полости. – Киев. – 1975. – С. 26-29.
3. Савчук Б.Д., Острый перитонит. – Москва. - 1979. – 78 с.
4. Сельцовский П.Л., Разлитые гнойные перитониты. – Москва. - 1963. – 75с.
5. Федоров В. Д., Лечение перитонита. Москва, - 1974. – 124с.

6. Астапенко В.Г.- В КН.: Острый перитонит. Диагностика, патогенетические основы лечения. Гродно, - 1981, - С. 3-12.
7. Кирковский В.В. Применение гемосорбции в комплексном лечении синдрома эндогенной интоксикации у больных перитонитом и ожоговой болезнью. Автореферат дис.... Канд.мед.наук., Минск, - 1983, - 20с.
8. Шалимов А.А., Шапошников В.И., Пинчук М.П. Острый перитонит. Киев, - 1981. – 285с.

Тұжырым

ЖАЙЫЛҒАН ІРІНДІ ПЕРИТОНИТТЫҢ ЕКІНШІЛІК АСҚЫНУЛАРЫ

**М.М. Гладинец, А.Б. Кулмагамбетова, Э.В. Эфендиева, А.С. Жаныбекова, З.Р. Зарипова,
А.А. Селиверстова, Г.Н. Абишева, Ж.Т. Бультрикова**
**Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Хирургия және травматология кафедрасы**

Ірінді перитониттің екіншілік асқынуы негізгі себебі болып 2-к прогрессирлеуші ірінді перитонит, жедел спастикалық ішек өтімсіздігі, ішек аралық және жамбастың іріндеуі, ішектік жыланкөздер, ішек эвентерациясы.

Ірінді перитониттің 2-к асқынуы кезінде ерте диагностика жүргізу профилактиканы алдын алу мақсатында уақытылы операция жүргізу, перитониттің 1-к кезін жою.

Ірінді перитониттің ең негізгі себебі болып айқын эндогенді интоксикация синдром болып табылады, барлық негізгі этаптарда күрес жүргізу.

Гемосорбция - тіндік қордан токсиндердің және қаннан элиминациялауды эффективті әдісі, ірінді перитонит кезінде дезинтоксикацияның негізгі патогенетикалық әдісі.

Негізгі сөздер: эвентрация, эндотоксикоз, детоксикация, декомпрессия, релапаротомия.

Summary

SECONDARY COMPLICATIONS OF DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

**M.M. Gladinets, A.B. Kulmagambetova, E.V. Efendiyeva, A.S. Zhanybekova,
Z.R. Zaripova, A.A. Seliverstova, G.N. Abisheva, Zh.T. Bultrikova**
**Semey State Medical University,
Department of surgery and traumatology**

The most important secondary complications of diffuse purulent peritonitis are "secondary-progressive" purulent diffuse peritonitis, acute adhesive intestinal obstruction, formations of interintestinal and pelvic abscesses, intestinal fistulas, eventration of intestine.

The early diagnostics of the disease and timely operation directed to elimination of primary source of developed peritonitis are significant for prevention of secondary complications of purulent peritonitis.

The one of the main reasons of severity of condition of patients with diffuse purulent peritonitis is the expressed syndrome of endogenous intoxication, which should be treated on all main stages of its development.

Hemabsorption – is an effective method of toxin elimination from the blood and tissue depot, it gives opportunity to consider it as a pathogenically proved method of detoxication at purulent diffuse peritonitis.

Key words: eventration, endotoxiosis, detoxication, decompression, relaparotomy.

УДК 616.381-007.87

О.Г. Таштемирова, М.А. Ансеев, Г.А. Жакупова

**Государственный Медицинский университет города Семей,
Областная больница им. Г. Султанова, г. Павлодар**

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Аннотация

Проведен подробный анализ выполненных 561 операций лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и их осложнений. Сделан вывод, что за этот период ЛХЭ стала операцией выбора у больных с доброкачественными заболеваниями желчного пузыря, а залогом успешного выполнения ЛХЭ являются хорошее техническое оснащение операционной, высокопрофессиональная подготовка хирургов, выполняющих лапароскопические операции, тщательное предоперационное обследование пациентов, неукоснительное соблюдение правил выполнения лапароскопических операций, а также внимательное послеоперационное наблюдение за больными.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационные осложнения, послеоперационные осложнения.

Актуальность

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к росту числа больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). По данным статистических исследований последних лет ЖКБ страдают почти каждая пятая женщина, и каждый десятый мужчина [1]. За последние 20 лет лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) стали золотым стандартом в лечении калькулезного холецистита. Выполнение операции стало доступным не только в ведущих клиниках, но в городских и районных больницах [2,3]. Широкое внедрение лапароскопических операций предопределено их очевидными преимуществами перед лапаротомными вмешательствами и связанными, прежде всего, с минимизацией травмы брюшной стенки и ранней реабилитацией больных. В то же время число осложнений после лапароскопических операций остается значительным [4]. Хотя общее количество осложнений и летальность при ЛХЭ значительно меньше, чем при открытой операции. К опасным осложнениям, возникающим непосредственно во время вмешательства, большинство авторов относят ранение внепеченочных желчных протоков, повреждение органов брюшной полости, массивные кровотечения в зоне операции. Среди осложнений послеоперационного периода наиболее часто встречаются желчный перитонит, кровотечения и абсцессы брюшной полости [5,6,7]. Развитие у больных послеоперационных грыж в местах троакарных ран встречается в 0,1–0,3 % случаев. Такие осложнения, как миграция клипс или желчных камней в брюшную полость, вообще не были известны в открытой хирургии. Частота других осложнений при ЛХЭ не превышает 1:1000 операций [8]. Вопросы профилактики, диагностики и лечения осложнений во время ЛХЭ далеки от окончательного решения. Тщательное изучение особенностей ЛХЭ, выявление осложнений и опасностей операции позволило бы повысить безопасность и эффективность данного вмешательства за счет разработки комплекса профилактических мер.

Цель исследования. Изучить частоту осложнений при ЛХЭ и холецистэктомией открытым способом (ОХЭ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 731 медицинских карт стационарных больных, оперированных по поводу калькулезного холецистита в различных формах его проявления в хирургическом отделении Областной больницы им. Г. Султанова г.

Павлодара. За период с 2008г. по 2012г ЛХЭ выполнено 561 (76,7%) больному, открытая холецистэктомия проведена 170 (23,3%) больным. Среди больных, перенесших ЛХЭ, большинство составили пациенты наиболее работоспособных возрастов от 20 до 60 лет – 459 (81,8%) человека, старше 60 лет было 102 (18,2%) человека. Мужчин оперировано было 156 (27,8%) человек, женщин – 405 (72,2%) человек.

В анамнезе у 54 (9,6 %) больных были различные операции на органах брюшной полости и малого таза, а также других частях тела. Более одной операции до ЛХЭ перенесли 76 пациентов. Болевые приступы накануне или при поступлении были в 56,4% случаев. Средняя продолжительность заболевания составила $5,3 \pm 0,4$ года.

Все операции ЛХЭ выполнены под эндотрахеальным наркозом. Операционная бригада состояла из хирурга, ассистента и операционной сестры. В обязательном порядке вводился в желудок назогастральный зонд, катетер в мочевой пузырь, а нижние конечности бинтовались эластичными бинтами. Операция выполнялась со стойкой и набором инструментов фирмы «Karl Storz». ЛХЭ выполнялась по стандартной методике: наложение пневмоперитонеума, введение троакаров, ревизия брюшной полости, холецистэктомия и удаление желчного пузыря из брюшной полости. Практически на всех операциях использовали атравматические зажимы, что позволяло избежать излишней травмы органов и тканей и как их следствие – геморрагий и перфораций. У 100% оперированных больных операция заканчивалась дренированием подпеченочного пространства. Дренаж удаляли на 1-е сутки после операции при отсутствии активных выделений (серозная жидкость, желчь) из брюшной полости. Длительность операции ЛХЭ колебалась от 25 до 185 минут в зависимости от характера морфологических изменений органов и тканей, в среднем 40-60 минут.

Методы исследования. В работе использовались клинические, лабораторные, аппаратно-инструментальные, статистические методы исследования.

Результаты исследования. При исследовании установлено, что в течение пяти лет имеется тенденция роста лапароскопических холецистэктомий над холецистэктомиями, выполненными открытым способом (рисунок 1).



Рисунок 1- Соотношение ЛХЭ и открытых холецистэктомий за период с 2008 по 2012 год.

Из представленной диаграммы (рисунок 1) видно, что доля ЛХЭ ежегодно остается высокой и в среднем ОХЭ выполняют только 23% больным.

В предоперационном периоде у больных, перенесших ЛХЭ выявлены следующие сопутствующие патоло-

гии: артериальная гипертония, ИБС, ожирение I – IV степени, бронхиальная астма, цирроз печени, пупочная грыжа.

Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Сопутствующие патологии у больных, перенесших ЛХЭ.

№	Сопутствующее заболевание	Количество больных n=561	%
1	Артериальная гипертония	404	72
2	Ишемическая болезнь сердца	353	63
3	ожирение I- IV ст.	107	19
4	ХОБЛ	39	7
5	Цирроз печени	19	3,4
6	Пупочная грыжа	24	4,3

По данным таблицы 1 видно, что чаще у пациентов выявлялась артериальная гипертония (72%), на втором месте стоит ишемическая болезнь сердца (63%), далее следует ожирение той или иной степени (19%), в 7% (39 человек) случаев – ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких). Сопутствующие заболевания, затрудняющие технически выполнение ЛХЭ такие как цирроз печени и пупочная грыжа составили 3,4% (19 человек) случая и 4,3% (24 человека) случая соответственно.

ЛХЭ проведено 93 (16,6%) больным с хроническим калькулезным холециститом, а 468 (83,4%) больным с острым калькулезным холециститом.

У 557 (99,3%) пациентов проведение ЛХЭ было успешной, а в 4 (0,7%) случаях наблюдениях произведена конверсия на традиционную холецистэктомию. Причиной перехода на лапаротомию были: выраженные рубцово-воспалительные изменения в области шейки желчного пузыря в трех случаях и в одном случае интенсивное кровотечение из ложа желчного пузыря.

Интраабдоминальные осложнения в раннем послеоперационном периоде после ЛХЭ диагностированы у 9

(1,6%) пациентов. Билома в подпеченочном пространстве наблюдалась у одного больного, которая разрешена консервативно, у двух пациентов на вторые сутки после операции по дренажной трубке стала активно выделяться желчь. Однако, перитонеальные явления отсутствовали, желчеистечение прекратилось на 5-6-ые сутки, дренаж удален на 7-8-ые сутки соответственно. В дальнейшем выздоровление. У одного больного сформировался желчный свищ, через месяц свищ закрылся самостоятельно, у двоих больных развился острый панкреатит, который при консервативном лечении был купирован. У одного больного в послеоперационном периоде развился желчный перитонит. Больному проведена релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, устранен источник желчеистечения – ушивание ложа желчного пузыря. Больной выписан с выздоровлением. Тошнота и рвота после ЛХЭ отмечены у 8,9% (50 человек) больных, боли в плечах (френикус-симптом) - у 11,9% (67 человек) больных. Характеристика осложнений в послеоперационном периоде представлена в таблице 2.

Таблица 2.

Характеристика осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

№	Характер осложнений	Число случаев n	%
1	Билома в подпеченочном пространстве	1	0,2
2	Желчеистечение по дренажной трубке	2	0,4
3	Желчный свищ	1	0,2
4	Острый панкреатит	2	0,4
5	Желчный перитонит	1	0,2
6	Тошнота и рвота	50	8,9
7	Боли в плечах (френикус-симптом)	67	11,9

В связи с незначительностью травмы, наносимой передней брюшной стенке, послеоперационный период у пациентов после ЛХЭ протекал легче, чем после аналогичной традиционной хирургической операции, выполненной посредством лапаротомии. Уже в первые сутки после вмешательства боли беспокоят больных умеренно, что позволяет сократить дозировку наркотических анальгетиков или вообще отказаться от их применения. Использование антибиотиков решалось индивидуально. На вторые сутки больные начинали ходить, функция кишечника восстанавливалась на третьи сутки после операции. Общее состояние больных позволяло выписать их на 3-4 сутки после ЛХЭ, однако, часто больных выписывали на 5-6-ые сутки, учитывая, что некоторые осложнения могут появиться в более поздний период.

Обсуждение

В результате нашего исследования еще раз подтвердили, что операция ЛХЭ стала операцией выбора у пациентов с желчнокаменной болезнью. Внедрения ЛХЭ в клиническую практику такие сопутствующие заболевания, как пороки сердца с нарушением гемодинамики, хроническая форма ишемической болезни сердца

— ИБС (стенокардия малых напряжений и покоя), артериальная гипертония (АГ) II Б, нарушения ритма сердца, гормонозависимая бронхиальная астма (БА), ожирение высокой и крайней степени, позволило успешно выполнять операции при подобных заболеваниях и состояниях [9,10]. Переход с лапароскопической на открытую холецистэктомию в вышеприведенных случаях мы, так же как и В.С. Савельев, С.И. Емельянов [11,12], не считаем осложнением оперативного вмешательства. Открытую холецистэктомию необходимо рассматривать как наиболее целесообразный в этой ситуации способ оперирования. Выполнение холецистэктомии открытым способом при внезапном возникновении неисправности в работе лапароскопической видеотехники, не поддающейся немедленному устранению, и наличии больших технических трудностей, связанных с образованием плотного инфильтрата и грубых рубцовых сращений в гепатодуоденальной зоне, обеспечивает профилактику серьезных осложнений. Грубых ошибок во время выполнения ЛХЭ помогают избежать следующие меры: тщательный учет всех факторов риска (выраженный спаечный процесс, парапузырный инфильтрат и др.); своевременное выполнение операции по поводу желч-

нокаменной болезни; оптимальное интраоперационное исследование ЖП и желчных протоков; проведение операции в плановом порядке; учет аномалий ЖП, протоков и сосудов; повышение квалификации хирурга; четкое видение элементов ЖП и протоков во время операции; также не следует останавливать кровотечение в воротах печени слепым способом. Профилактика травм ЖП и протоков во время операции более перспективна, чем лечение их последствий [13,14]. Использование выработанного нами комплекса профилактических мер по предупреждению осложнений при ЛХЭ позволило уменьшить среднюю длительность пребывания больного в стационаре с 10,5 до 4,5 койко-дня.

Выводы

Таким образом, интраоперационные осложнения ЛХЭ не носят неизбежный характер. Соблюдая технику оперативных вмешательств, большинства из них можно избежать или устранить их, не прибегая к лапаротомии. Мы видим перспективы снижения подобных осложнений в более тщательном предоперационном обследовании больных, особенно пожилого возраста, с длительным анамнезом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями желчнокаменной болезни, в проведении антибиотикопрофилактики, а также динамическом контроле в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. (2004) Потребность медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные) // Терапевтический архив. - 2004. - Т. 2. - С. 83-87.
2. Седов В.М. (2002) Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика // СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство. - 2002.-С. 180.
3. Sheth K.R. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis // Shackelford's surgery of the alimentary

tract. - 6th edition. - Philadelphia: WB Saunders. - 2007. - С.1471 - 1481.

4. Агапов М.А., Горский В.А., Ованесян Э.Р. Причины формирования грыж после лапароскопической холецистэктомии // Научно — практическая конференция. Красноярск, 2007. — С. 121-123.
5. Bernard H.R., Hartmann T.W. Complications after cholecystostomy // Am. J. Surg. - 1993. - Vol. 165. - P. 533-535.
6. Clavien P.A., Sanabria J.R., Mentha G., et al. Recent results of elective open cholecystectomy in North American and European center // Ann. Surg.-1992. - P.618-626.
7. Ganey J.B., Johnson P.A., Prillman P.E., et al. Cholecystectomy: Clinical experience with a large series // Am. J. Surg.-1986.- Vol. 151. - P.352-357.
8. Lien H.H. System approach to prevent common bile duct injury and enhance performance of laparoscopic cholecystectomy // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech.- 2007. - Vol. 17(3). - P.164-170.
9. Carroll B.J., Chandra M., Phillips E.H., Margulies D.R. Laparoscopic cholecystectomy in critically ill cardiac patients. Ann Surg. - 1993 - N 59. - Vol.12. - P.783-785.
10. Амелина М.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с ожирением 3-4 степени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук., 2005. - 24с.
11. Емельянов С.И., Евдошенко В.В., Феденко В.В., Матвеев Н.Л. Лапароскопическая хирургия острого холецистита // Эндоскоп, хир.- 1995. - № 4. - С. 17-22.
12. Савельев В.М., Сажин В.П., Сажина Л.С. и др. Осложнения и их профилактика при эндоскопических операциях // Междунар. симп. «Лапароскопическая хирургия»: Тез. - М. - 1994. - С. 54-55.
13. Савельев В.С. 50 лекций по хирургии. -М, - 2004. - С. 366-372
14. Langrehr J.M., Schmidt S.C., Raakow R. et al. Bile duct injuries after laparoscopic and conventional cholecystectomy: operative repair and long-term outcome. // Abstract book. 10 International Congress European Association for Endoscopic Surgery. Lisboa, - 2002. - P.155.

Тұжырым

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ АСҚЫНУЛАРҒА ТАЛДАУ ЖҮРГІЗУ

О.Г. Таштемирова, М.А. Апсеев, Г.А. Жакупова

Семей қаласының Мемлекеттік Медицина Университеті,
Г. Султанова атындағы облыстық аурухана, Павлодар қ.

Өткізілген 561 лапароскопиялық холецистэктомия (ЛХЭ) операциялары мен олардың асқынулары бойынша толық талдау жүргізілді. Қорытындылай келсек: осы қысқа кезең ішінде ЛХЭ өт қабіның қатерсіз ауруларын емдеуде таңдамалы операция болып келеді. ЛХЭ операцияларының табысты орындалуы операциянды бөлімшенің толықтай техникалық жабдықтануына, лапароскопиялық операцияларды өткізетін хирургтардың жоғары кәсіби дайындығына, науқастарға операцияға дейінгі толық тексерудің жүргізілуіне, лапароскопиялық операцияларды өткізудің ережелерін бұлжытпай орындалуына және операциядан кейін науқасқа мұқият көңіл бөлуге негізделген.

Негізгі сөздер: лапароскопиялық холецистэктомия, интраоперационды асқынулар, операциядан кейінгі асқынулар

Summary

ANALYSIS OF COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

O. Tashtemirova, M. Apseyev, G. Zhakupova

Semey State Medical University,
Regional hospital. Mr. Sultanov, Pavlodar

The detailed analysis of 561 operations performed laparoscopic cholecystectomy (LCE) and their complications. Concluded that during this period LCE became the operation of patients' choice with a benign gall bladder diseases, and the key to a successful implementation of LCE are good technical equipment of operating room, highly professional preparation of surgeons performing laparoscopic surgery, a meticulous preoperative examination of patients, strict adherence to the rules of performing laparoscopic surgery and attentive postoperative supervision of patients.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, intraoperative complications, postoperative complications