

УДК 616.366-033.7-089.819

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ

Колкин Я.Г., Шаталов А.Д., Хацко В.В., Греджев Ф.А., Карapyш В.А.

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

**Резюме.** Проанализирован опыт выполнения 5246 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна. Женщин было 4616 (88%), мужчин — 630 (12%) в возрасте от 19 до 89 лет. Операции выполнялись с применением аппаратуры фирм «Karl Storz», «Olympus», «Ethicon». Переход на «открытую» холецистэктомию осуществлен у 209 (4%) больных. Осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 33 (0,63%) пациентов. Умер 1 (0,01%) больной от тромбоэмболии лёгочной артерии. ЛХЭ должен выполнять опытный, специально обученный хирург, с учётом аномалий развития протоково-сосудистой системы гепатопанкреатодуоденальной зоны.

**Ключевые слова:** лапароскопическая хирургия, осложнения, профилактика

За последние годы частота ятрогенного повреждения желчных протоков при ЛХЭ увеличилась с 0,05 — 0,2 % до 0,3 — 3 % [4, 2, 1]. Частота других осложнений (внутрибрюшное кровотечение, гематомы, абсцессы) при ЛХЭ не превышает 1:1000 операций [3, 1, 5]. Такие осложнения, как миграция клипс или желчных камней в брюшную полость вообще не были известны в открытой хирургии.

Цель исследования — изучение возможных осложнений ЛХЭ и разработка мер их профилактики.

### Материал и методы исследования

За последние 18 лет проанализированы результаты ЛХЭ по поводу холецистита, выполненной у 5246 больных (4616 женщин и 630 мужчин в возрасте от 19 до 89 лет). Старше 60 лет было 1217 (23,2%) пациентов.

Болевые приступы накануне или при поступлении были в 56,4% случаях. Средняя продолжительность заболевания составила  $5,3 \pm 0,4$  года. Использовали стандартные наборы для ЛХЭ фирм «Karl Storz», «Olympus», «Ethicon». Как правило, используем 4 троакара (2-10 мм и 2-5 мм). У 52 (1%) больных применили 3 троакара. Дренаж, как правило, удаляем на 1-е сутки после операции.

Полученные данные обработаны методом вариационной статистики. Достоверность определили на основании t-критерия (критерия Стьюдента). Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты и их обсуждение

У обследованных больных наблюдались следующие формы холецистита: хронический калькулёзный — 3834 (73%), острый калькулёзный — 1261 (24%), из них

катаральная форма воспаления — 177 (14%), флегмонозная форма — 668 (53%), гангренозная форма — 416 (33%); деструктивные формы бескаменного холецистита — 151 (3%). В основном эти осложнения возникали в результате технических погрешностей, наблюдаемых в период освоения ЛХЭ.

Гладкое течение ЛХЭ было у 5213 (99,37%) чел. Общее число послеоперационных осложнений составило 0,63% (33 пациента), а в раннем послеоперационном периоде — 0,44% (23 пациента). При кровотечении из ложа жёлчного пузыря у 5 (0,01%) чел. выполнена релапароскопия, гемостаз. Подтекание жёлчи по дренажу у 11 (0,02%) пациентов, вероятнее из aberrантных протоков ложа жёлчного пузыря, прекратилось самостоятельно на 3-6 сутки. Серома в подпечёночном пространстве наблюдалась у 7 пациентов (0,13%), в 6 случаях разрешена консервативно, в 1 случае потребовалось чрескожное дренирование под УЗ контролем.

К конверсии мы прибегали у 211 (4%) пациентов. Ее причинами явились: выраженный рубцово-спаечный процесс вокруг желчного пузыря или в области его шейки — 118 (56%), выраженный спаечный процесс в брюшной полости — 50 (23%), подозрение на билио-билиарные или билио-дигестивные свищи — 18 (8,7%), холедохолитиаз, который выявлен только во время лапароскопического вмешательства — 12 (5,9%), ятрогенные повреждения желчных протоков, сосудов, окружающих органов 13 (6,4%). Причинами данных повреждений были: короткий пузырный проток, синдром Мириizzi, наличие плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря.

С 1994 г. по 2012 г. наблюдали 10 (0,19%) ятрогенных повреждений желчных протоков при ЛХЭ на этапе освоения операции. Их характер был следующий: полное пересечение гепатикохоледоха (В01) — 4 (0,08%), что потребовало перехода к открытому способу холецистэктомии и выполнению холедохоеюностомии (у 1 больной — по Ру, а у 3 — по разработанному нами способу (патент 18169 А, Украина, от 1.07.1997г.). У 2 (0,04%) пациентов было пристеночное ранение гепатикохоледоха (С01), при этом к конверсии мы не прибегали, а ушили дефект интракорпоральным швом. У 1 (0,02%) больного с циррозом печени было массивное кровотечение из сосудов передней брюшной стенки. Выполнена конверсия, лигирование сосудов. У 1 (0,02%) больного выявлен холецистодуоденальный свищ, что также потребовало конверсии. В 2 (0,04%) случаях на-





блюдали ранение диафрагмы, ее рана ушита лапароскопически интракорпоральным швом. Следует отметить, что за последние 10 лет ятрогенных повреждений в клинике не было. Летальных исходов не наблюдали.

При выявлении ятрогенной травмы во время ЛХЭ целесообразно придерживаться определенного алгоритма действий. При полном пересечении ОЖП во время ЛХЭ следует выполнить конверсию и определить вид и уровень повреждения. В случае частичного ранения протока и невозможности ушивания дефекта лапароскопически операцией выбора является его пластика на Т-образном дренаже, при полном пересечении — высокая гепатикоеюностомия. При отсутствии условий для выполнения операции необходимо вызвать компетентного специалиста или произвести адекватное дренирование протоков и подпеченочного пространства и направить пациента в специализированный центр.

По нашим данным, грубых ошибок во время выполнения ЛХЭ помогают избежать следующие причины: тщательный учет всех факторов риска (выраженный спечечный процесс, парапузырный инфильтрат и др.); своевременное выполнение операции по поводу желчнокаменной болезни; оптимальное интраоперационное исследование ЖП и желчных протоков; проведение операции в плановом порядке; учет аномалий ЖП, протоков и сосудов; повышение квалификации хирурга; четко видеть элементы ЖП и протоков во время операции; не оставивать кровотечение в воротах печени слепым способом. Профилактика травм ЖП и протоков во время операции более перспективна, чем лечение их последствий.

#### Выводы

Таким образом, различные затруднения при ЛХЭ могут приводить к неудачам, тактическим и техническим ошибкам, а также к интра- и послеоперационным осложнениям. Использование выработанного нами комплекса организационных и технических профилактических мер позволило предупредить ряд ошибок и развитие возможных осложнений и улучшить результаты хирургического лечения больных калькулезным холециститом. Соблюдая рациональную технику оперативных вмешательств, большинства из интраоперационных осложнений ЛХЭ можно избежать или устранить, 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. Дзюбановський І. Я. Шляхи оптимізації лапароскопічної холецистектомії / І. Я. Дзюбановський, О. Т. Федорчук // Шпитальна хірургія. 2005. — № 2. — С. 88–90.
2. Прогнозування ризику відеолапароскопічної холецистектомії у хворих похилого та старечого віку /

- О. І. Гіленко, Д. Г. Дем'янюк, М. О. Дудченко [та ін.] // Хірургія України. — 2008. — № 1. — С. 61–64.
3. Седов В. М. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика / В. М. Седов, В. В. Стрижелевский // СПб: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002. — 180 с.
4. Sheth K. R. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis / K. R. Sheth, T. N. Pappas // In: Yeo CJ, editor. Shackelford's surgery of the alimentary tract. 6th edition. Philadelphia: WB Saunders. — 2007. — P. 1471–1481.
5. Lien H. H. System approach to prevent common bile duct injury and enhance performance of laparoscopic cholecystectomy / H. H. Lien, C. C. Huang, J. S. Liu // Surg Laparosc. Endosc. Percutan Tech. — 2007. — Vol. 17 (3). — P. 164–170.

#### УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ТАКТИКУ ЛІКУВАННЯ

Колкін Я.Г., Шаталов О.Д., Хацко В.В., Греджев Ф.А., Карапиш В.А.

**Резюме.** Проаналізований досвід виконання 5246 лапароскопічних холецистектомій в клініці хірургії ім. К.Т. Овнатяна. Жінок було 4616 (88%), чоловіків — 630 (12%) у віці від 19 до 89 років. Операції виконувалися із застосуванням апаратури фірм «Karl Storz», «Olympus», «Ethicon». Перехід на «відкриту» холецистектомію здійснений у 209 (4%) хворих. Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді відмічені у 33 (0,63%) пацієнтів. Помер 1 (0,01%) хворий від тромбоемболії легеневої артерії. ЛХЕ повинен виконувати досвідчений, спеціально навчений хірург, з врахуванням аномалій розвитку протоково-судинної системи гепатопанкреатодуоденальної зони.

**Ключові слова:** лапароскопічна хірургія, ускладнення, профілактика

#### THE COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND THEIR INFLUENCE ON THE TACTICS OF TREATMENT

Kolkyn Y.G., Shatalov A.D., Hatsko V.V., Gredzhev F.A., Karapysh V.A.

**Summary.** Experience of implementation is analysed 5246 laparoscopic cholecystectomy in the clinic of surgery named after K.T. Ovnatanyana. Women there was 4616 (88%), men — 630 (12%) in age from 19 to 89 years. Operations were executed with the use of apparatus of firms «Karl Storz», «Olympus», «Ethicon». Passing to «opened» cholecystectomy is carried out at 209 (4%) patients. Complications in an early period are marked for 33 (0,63%) patients. 1 (0,01%) died patient from thromboembolism of pulmonary artery. LKHE must execute experimental, specially trained surgeon, taking into account the anomalies of development of chole-vascular system of hepatopancreatoduodenal area.

**Key words:** laparoscopic surgery, complications, prophylaxis

Отримано до редакції 18.10.2012р.