

УДК 616.366-002.1-089

© О.В. КОСТИРНОЙ, О.К. БАБАЛІЧ, Д.В. ШЕСТОПАЛОВ, А.А. ДРЕВЕТНЯК, В.В. ДУБОВЕНКО, С.В. АСТАПЕНКО

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Відеоендоскопічна холецистектомія

O.V. KOSTURNOY, O.K. BABALICH, D.V. SHESTOPALOV, A.A. DREVETNIAK, V.V. DUBOVENKO, S.V. ASTAPENKO

Crimean State Medical University by S.I. Heorhiyevsky

VIDEOENDOSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Автори виконали лапароскопічну холецистектомію у 2519 хворих на гострий (430–17,07 %) і хронічний холецистит (2089–82,93 %). У 81 (3,88 %) хворого з хронічним захворюванням і у 100 (23,26 %) – з гострим перейшли до відкритої операції, частіше при інфільтративних змінах. Інтраопераційні ускладнення були у 95 (3,78 %) хворих, післяопераційні – у 110 (4,37 %) пацієнтів. Померли 5 (0,20 %) пацієнтів. Для профілактики ускладнень і септичних проявів необхідно проводити строгий відбір хворих для операції, ретельно диференціювати анатомічні утвори, проводити добрий гемостаз, дренувати підпечінковий простір, а при утрудненнях – проводити конверсію, а не виконувати ЛХЕ “хай там що”. В осіб із гострим процесом операція повинна виконуватися до появи інфільтрату.

Authors have performed a laparoscopic cholecystectomy in 2519 patients with acute cholecystitis (430–17,07 %) and chronic one (2089–82,93 %). In 81 (3,88 %) persons with chronic disease and in 100 (23,26 %) with acute ones operative approach has been changed to open laparotomy because of inflammatory infiltrate. Intraoperative complications have been observed in 95 patients, postoperative – in 110 (4,37 %). 5 persons have died (0,20 %). Authors consider that for prevention of complications careful selection of patients for the operation, preparation of anatomical structures, hemostasis, draining of subhepatic space are necessary. Patients with acute inflammation should be operated before appearance of infiltrate.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Відеолапароскопічна холецистектомія на сьогодні широко розповсюджена [2, 5, 9 10, 11, 12, 14] через досить короткий термін перебування у хірургічному стаціонарі та кращий косметичний результат [4, 6]. Вона дозволяє виконати додаткові хірургічні втручання при супутній хірургічній патології [8]. Інколи виникають питання відбору хворих та вибору методу входження в черевну порожнину [1, 3, 13]. Як і інші види втручань, лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) супроводжується деякими ускладненнями, в тому числі септичними [2, 3, 7, 15]. Тому питання щодо їх профілактики і лікування привертає все більшу увагу авторів [1, 5, 7]. Це і змусило нас виконати нашу роботу.

Матеріали і методи. Спостерігалися 2519 хворих від 15 до 84 років. Жінок було 2228 (88,45 %), чоловіків – 291 (11,55 %). Хронічний холецистит мали 2089 хворих (82,93 %), гострий – 430 (17,07 %). Каміні були у 2052 (98,2 %) осіб із 2089 з хронічним проявом хвороби. Не було каменів тільки у 37 (1,8 %), в тому числі холестероз із поліпами жовчного міху-

ра – у 15 (0,7 %) і лише з поліпозом – у 22 (1,05 %). У двох хворих на хронічний холецистит після гістологічного дослідження в міхурі виявлено ділянки ракового процесу (0,09 %). При гострому холециститі кам'яний був у 423 (98,4 %) пацієнтів, безкам'яний – у 7 (1,6 %) із 430 осіб. Катаральне запалення в жовчному міхурі виявлено у 206 (47,9 %) хворих, флегмонозне – у 209 (48,6 %), флегмонозно-гангренозне – у 7 (1,6 %) і гангренозне – у 8 (1,9 %). При цьому у хворих на гострий холецистит водянка міхура була у 21 (4,9 %) пацієнта, емпієма – у 96 (22,3 %), приміхуровий абсцес – у 7 (1,6 %), а у 2 осіб мав місце пролежень від каменя. Хронічний холецистит в 36 випадках (1,7 %) супроводжувався рубцевими змінами і відключеним міхуром, в 70 (3,4 %) – водяною міхура. У хворих із хронічним процесом іноді виявлявся міхур з емпіємою (11 осіб – 0,53 %). Під час операції у 4 (0,16 %) осіб виявлена нориця: жовчно-дванадцятипала у 2 хворих і жовчно-ободова – у 2 як з гострим, так і хронічним холециститом.

Супутні захворювання виявлені при хронічному холециститі у 977 (48,7 %) з 2089 хворих, при

гострому – у 244 (55,6 %) з 430. При хронічному холециститі мали місце клінічні прояви панкреатиту у 253 осіб (12,1 %), а при гострому холециститі клінічні прояви гострого панкреатиту були в 49 хворих (11,4 %).

Хворих на хронічний холецистит приймали звичайно обстеженими амбулаторно і у них виконували тільки деякі додаткові дослідження (у 167 – 7,8 %). Окрім цього, у 15 осіб зафіксована тяжка патологія серця, легень і нервової системи, через що хірургічне втручання в плановому порядку було відмінено.

Під час госпіталізації хворих із приводу гострого холецистити, іноді з явищами панкреатиту, спочатку проводили консервативне лікування. Після поліпшення стану або ліквідації гострого нападу і за відсутності інфільтрату в підребер'ї, проявів поширеного перитоніту виконували ендоскопічну операцію через 1–3 дні, зрідка пізніше – через 5–8 днів. Так, із 78 осіб в такий термін операція виконана у 17 (21,8 %). В день прийняття лапароскопічна операція проведена у 13 осіб із хронічним і у 10 – із гострим холециститом.

Операція виконувалася під загальним комбінованим ендотрахеальним наркозом.

Після обробки операційного поля накладали пневмоперитонеум під пупком (точка Оліма) і вводили троакар та лапароскоп. Під контролем лапароскопії вводили в епігастральній ділянці робочий троакар, а по передній пахвовій лінії справа – допоміжні два троакари. Таким типовим засобом введені інструменти у 2314 (91,86 %) хворих. У 9 (0,36 %) осіб через злуки довелося ввести троакар нижче пупка відкритим способом. У 159 (6,31 %) пацієнтів введення голки Вереша зроблено над пупком через наявність рубців нижче пупка після гінекологічних операцій і ожиріння. Решту троакарів вводили, як описано вище. В одному випадку (0,04 %) через злуковий процес троакар введено зліва від пупка. Введення голки Вереша і лапароскопічного троакара у 26 (1,03 %) осіб виконано в правому підребер'ї. Далі під візуальним контролем в точці Оліма вводили другий 10-міліметровий у 19 (0,75 %) хворих або вище пупка – у 7 (0,28 %) пацієнтів. Лапароскоп переміщався в нижній троакар, і вводили допоміжні інструменти. У декількох осіб (8 – 0,31 %) голку Вереша і троакар із лапароскопом вводили в епігастрії. Далі вводили троакари, як описано вище. У двох випадках (0,08 %) ввести голку Вереша і троакар не вдалося, через що операція виконана відкритим способом.

Спочатку проводили лапароскопію черевної порожнини. З'ясували зміни в жовчному міхурі, печінці, шлунку та інших органах. При хронічному холециститі злуки з жовчним міхуром та іншими

органами різного ступеня вираження були у 1108 осіб (53,1 %). При цьому не була гарантована відсутність інфільтрату. У 173 осіб (8,3 %) мав місце злуковий процес у різних відділах черевної порожнини після різних раніше виконаних операцій.

Хронічний гепатит виявлено у 67 (3,2 %) і цироз печінки – у 12 (0,57 %) хворих із 2089. Були також дрібні (7 випадків – 0,34 %) і більші, до 5 см у попереку (3 випадки – 0,14 %), кісти печінки, гемангіоми печінки (7 – 0,34 %) і фіброзні утвори в печінці (3 – 0,14 %) і в правому бічному каналі.

При гострому холециститі злуковий процес мав місце частіше – у 349 осіб (81,2 %) з 430. Інфільтрат захоплював жовчний міхур із різко інфільтрованою стінкою і утруднював диференціювання утворів, що змушувало переходити на відкриту операцію і створювало умови для травми міхура. Гострий процес підтверджувався лапароскопічно.

У деяких були аномалії: у 3 (0,12 %) із 2519 осіб жовчний міхур був у борозні між правою і лівою частками печінки, а дно його частково в лівій частці, причому тільки в одного з них (0,04 %) це викликало утруднення при холецистектомії і супроводжувалося пошкодженням загальної печінкової протоки; у 1 хворого (0,04 %) міхур був у лівій частці печінки, що не викликало утруднень при видаленні, у 56 (2,22 %) осіб міхур розташовувався частково внутрішньопечінково, а в одному (0,04 %) при флегмонозному холециститі і розташованому переважно внутрішньопечінково через один рік виявлено рудимент додаткового жовчного міхура (подвоєння), що збільшився з утворенням конкремента (0,04 %) і був видалений відкритим способом; у 5 осіб (0,21 %) мала місце невелика часточка печінки до 1,5x2,5 см, розташована на стінці жовчного міхура і ще в одного – часточка селезінки (0,04 %) на сальнику.

Результати досліджень та їх обговорення.

Лапароскопічна холецистектомія виконувалася типово з кліпуванням 3 кліпсами міхурової протоки і окремо міхурової артерії. У двох хворих (0,08 %) був синдром Міріззі з шириною співустя 1,5 см і 0,8 см. З успіхом ступінчасто накладено 5 і 3 кліпси. А у двох пацієнтів, які мали коротку протоку (0,08 %), були накладені ендоскопічно лігатури. Міхур видалявся від шийки. При пошкодженні ложа і міхура з випаданням конкрементів у черевну порожнину у 109 (4,32 %) випадках конкременти видаляли ложкоподібним затискачем, або їх видаляли з травмованим жовчним міхуром в целофановому або гумовому мішечку через нижній отвір в апоневрозі, розширеному на 2–4 см. При водянці та емпіємі міхура виконували пункцію. У 9 (0,43 %) хворих із хронічним і у 5 (1,16 %) – з гострим холециститом

через інфільтрат жовчний міхур був видалений від дна. Ложе міхура дренивали тонкою дренажною трубкою 1-2 дні, а при значному пошкодженні ложа – товстою трубкою 2–6 днів. У 10 осіб із хронічним і 8 хворих з гострим холециститом при конверсії на відкриту операцію залишали ще один дренаж над печінкою або в правому бічному каналі, а у 4 хворих із хронічним і 5 осіб із гострим процесом – трубчасто-гумовий дренаж.

Під час ЛХЕ у 9 осіб (0,35 %) з 2519 проведена інтраопераційна холангіографія, оскільки у них до операції була короткочасна жовтяниця. У двох з цих хворих (0,08 %) проведено дренивання за Холстедом-Піковським через перенесений раніше панкреатит.

У п'яти (0,2 %) пацієнтів із холедохолітазом і жовтяницею спочатку проведена ендоскопічна папіллотомія, а потім лапароскопічна холецистектомія.

У двох випадках (0,08 %) при лапароскопічній холецистектомії видалені конкременти з міхурової протоки.

Великий сальник при хронічному холециститі був пошкоджений стилетом троакара. Місце кровотечі коагульовано ендозатискачем. При входженні троакаром під пупком у двох жінок (0,08 %) з рубцями нижче пупка після гінекологічних операцій (1 – гострий, 1 – хронічний холецистит) було нанесено бічне пошкодження тонкої кишки. Отвір в апоневрозі розширений, петлі виділені із зрощень і накладені дворядні шви. Операція холецистектомії зроблена ендоскопічно. Після цього за наявності рубців нижче пупка нижній прокол виконувався тільки вище пупка.

Вимушено на відкриту холецистектомію довелося перейти у 81 (3,88 %) пацієнта з хронічним холециститом і у 100 (23,26 %) – з гострим.

Конверсія виконувалася найчастіше за наявності інфільтрату (хронічний у 41 – 1,96 % і гострий у 59 – 13,72 %), коли анатомічна будова не диференціюється. У 8 осіб (0,38 %) з хронічним холециститом і у 6 (1,39 %) хворих з гострим зупинити кровотечу із ложа не вдалося. Кровотеча зупинена після лапаротомії, при цьому в одному випадку на артерію в ложі міхура накладена кліпса, а в 5 осіб довелося накласти гемостатичні шви. Кровотеча виникала і при значному злуковому процесі в ділянці шийки міхура. Застосовували додаткові кліпси і коагуляцію. Але в 4 осіб (0,19 %) із хронічним холециститом і у 4 (0,19 %) – із гострим зупинити кровотечу не вдалося. Проведено лапаротомію, при якій кровотечу зупинено. Значне внутрішньопечінкове розташування жовчного міхура з інфільтратом і злуковим процесом змусило перейти до відкритої операції в 9 випадках при хронічно-

му і в 11 – при гострому холециститі. А поєднання великого інфільтрату з водяною міхура мало місце, відповідно, в 3 і 1 випадку, а з емпіємою тільки при гострому процесі – у 3 осіб. Довелося виконати конверсію у хворого із гострим флегмонозним холециститом, гострим панкреатитом і холангітом. Після холецистектомії проведено дренивання холедоха за Холстедом-Піковським.

В одному спостереженні при виділенні міхура з інфільтрату виникла підозра про пошкодження тонкої кишки, тому виконана лапаротомія. Пошкодження кишки не виявлено.

У чотирьох хворих (0,16 %) із гострим і хронічним холециститом і при наявності щільного рубцево зміненого інфільтрату проведена конверсія. При його розділенні виявлено нориці між жовчним міхуром, попереочноободовою товстою кишкою і дванадцятипалою кишкою. Жовчний міхур видалено, дефекти в кишках ушити, залишено дренажі. Хворі видужали.

Тривалий, звичайно рецидивний, перебіг холециститу приводить до розвитку значного злукового процесу в черевній порожнині, що не дозволило при спробах різними способами пройти троакаром в черевну порожнину у 4 (0,16 %) з 2519 пацієнтів (3 – при хронічному і 1 – при гострому процесі). Проведено відкриту холецистектомію.

Змусив перейти до конверсії при деструктивному холециститі приміхуровий абсцес у 4 хворих (0,93 %) із гострим холециститом. У 2 (0,47 %) випадках в інфільтраті погано диференціювалася кишеня Гартмана, що привело до її пошкодження і випадання великої кількості дрібних конкрементів. Зібрати всі конкременти і виділити кишеню з інфільтрату не вдалося. Довелося провести розріз черевної стінки. Виконати конверсію довелося у хворих на хронічний холецистит, які в анамнезі мали короткочасну жовтяницю, при холедохолітазі – у 2 (0,09 %) хворих, стенозі фатерового соска – в 1 (0,04 %) пацієнта, виявлених при інтраопераційній холангіографії, виконаній під час лапароскопічної холецистектомії.

Лапаротомію довелося провести у худого хворого на хронічний холецистит, коли при введенні нижнього троакара (під пупком) була пошкоджена заочеревинна права клубова артерія (0,04 %). Місце пошкодження ушите безперервним швом. Хворий видужав. Кровообіг кінцівки повністю відновлений.

У зв'язку з недостатньою ідентифікацією анатомічних утворів було нанесено бічне пошкодження загальної печінкової протоки у двох хворих (0,09 %) із хронічним захворюванням та у одного з гострим. Після конверсії проведено успішне дренивання протоки за допомогою Т-подібного дренажу за Кером. У одному випадку (0,23 %) при гострому процесі і

короткій міхуровій протоці з його інфільтрацією та інфільтрацією холедоха пошкоджена протока біля самої стінки холедоха, що змусило провести лапаротомію і через отвір, який утворився, дренивати холедох. У другого хворого (0,23 %), якого оперували після стихання гострого нападу холециститу, бічне пошкодження лівої печінкової протоки виявлено під час операції. Проведена лапаротомія за Кохером і дренивання його Т-подібним дренажем за Кером. Проте у хворой через запалення він частково випав із протоки, що привело до утворення підпечінкового абсцесу. Виконано релапаротомію. Оскільки дефект печінкової протоки знаходився у місці відходження від холедоха, то виконана холедохотомія. Через неї проведений дренаж у праву печінкову протоку для дренивання за Вишневським, накладені атравматичні шви на дефект. Хворий виживав.

В одному випадку (0,05 %) при розділенні щільного інфільтрату при хронічному холециститі була нанесена мікроперфорація поперечноободової кишки. Для ушивання кишки довелося провести лапаротомію.

Лапаротомія виконана в одному випадку в зв'язку з тим, що після лапароскопічної холецистектомії з приводу хронічного холециститу (0,05 %) виникло відеозображення, що нагадує ще один жовчний міхур. Під час конверсії другий жовчний міхур не виявили.

Під час розтину апоневроза скальпелем із змінним лезом для видалення хронічно зміненого жовчного міхура з черевної порожнини відламався кінчик скальпеля і залишився в черевній порожнині. Знайти його ендоскопічно в одного хворого (0,05 %) не вдалося, виконано лапаротомію, в іншого пацієнта (0,05 %) його вдалося видалити ендоскопічно. Після цих випадків апоневроз розтинали переважно цілісним скальпелем.

Супутня хірургічна патологія під час лапароскопічної холецистектомії корегована у 203 (8,06 %) хворих із 2519. Розтин значних зрощень у черевній порожнині, що не дозволяли виконати холецистектомію або порушували функцію органів, проведений у 100 (3,97 %) пацієнтів, видалення кіст печінки (випалюванням – 5, дрениванням – 2) – у 7 (0,28 %) хворих. Коагуляцією видалені: гемангіома печінки – у 2 (0,08 %) хворих, додаткова ектопована в сальник селезінка – в 1 (0,04 %) пацієнта, додаткова часточка печінки (1,5x2,5 см) в стінці жовчного міхура – у 5 (0,2 %) хворих, аденома в стінці міхура – в 1 (0,04 %) пацієнта, фіброма з ложа міхура – в 1 (0,04 %) хворого.

На внутрішній поверхні черевної стінки у 3 (0,12 %) пацієнтів видалені фіброми, на великому сальнику

– у 1 (0,04 %) хворого, на черевній стінці – ліпоми у 3 (0,12 %) пацієнтів. Кіста правого яєчника видалена у 1 (0,04 %) пацієнта. Супутні хронічні зміни (спайки, склероз, ін'єкованість судинами) червоподібного відростка, що вказують на хронічний апендицит, який був видалений лапароскопічно, – у 4 (0,16 %) хворих. В одному випадку видалено Меккелів дивертикул (0,04 %).

У ряду хворих холецистит поєднувався з пупковою грижею. Враховуючи те, що грижове випинання містилося поряд із нижнім проколом троакара (вище або нижче пупка), після холецистектомії, після витягання міхура з черевної порожнини, грижові ворота і троакарний прокол з'єднували шляхом розтину між ними апоневротичної перемички. Грижовий міхур видаляли, а загальний отвір ушивали вузловими капроновими швами. У такий спосіб виконано грижосічення з приводу пупкової грижі у 49 (1,95 %) хворих.

З додаткових розрізів проведено грижосічення з приводу параумбілікальної грижі, грижі білої лінії – у 3 (0,12 %) осіб, пахової грижі – у 2 (0,08 %) хворих. При переході на відкриту операцію видалено некротизований жировий підвісок (0,04 %) і проведено пластику грижових воріт при післяопераційній грижі в епігастрії.

Поєднані операції з окремих розрізів виконано також з приводу осередкової мастопатії (секторальна резекція) у 4 (0,16 %) хворих, доброякісних пухлин у різних ділянках тіла хворого – у 7 (0,28 %) і з приводу меланоми на шкірі живота і правої гомілки – у 2 (0,08 %) пацієнтів.

У всіх хворих із ЛХЕ і симультанними операціями післяопераційний період перебігав, як правило, без ускладнень і без подовження перебування пацієнтів у стаціонарі.

Інтраопераційні ускладнення мали місце в основному на початку освоєння ендоскопічних операцій. При хронічному холециститі їх було 64 (3,06 %), а при гострому – 31 (7,21 %). Всього – у 95 хворих (3,78 %). Збільшення відносного числа ускладнень при гострому процесі пов'язано зі значнішими анатомічними змінами (інфільтрат, спайки і ін.), ніж при хронічному. Ці ускладнення, пов'язані з виконанням ЛХЕ, значною мірою уже викладені.

Окрім цього, в кінці операції, після розтину апоневроза біля пупка для видалення з черевної порожнини жовчного міхура, у 33 (1,31 %) спостережуваних (25 – при хронічному і 8 – при гострому холециститі) мала місце значна артеріальна кровотеча. Зупинена при ушиванні апоневроза в 28 осіб. У 5 випадках довелося розширити рану апоневроза, щоб зупинити кровотечу. З верхнього проколу в епігастральній ділянці спостерігалася значна кро-

вотеча назовні і в черевну порожнину в 7 чоловік (0,28 %), причому у 4-х була при операції з приводу хронічного і у 3 – з приводу гострого холецистити. Кровотеча зупинена в двох випадках прошиванням грубим швом з боку рани після її розширення. З боку черевної порожнини коагуляцією вдалося зупинити кровотечу ще у двох хворих. А у трьох осіб після розширення рани на шкірі й апоневрози виявлені гілки артерій з пульсуючим струменем крові. Кровотеча зупинена шляхом накладення лігатур на артерії. У п'яти спостереженнях була сильна артеріальна кровотеча в правому підребер'ї в черевну порожнину з місця, де стояв допоміжний троакар. Зупинити кровотечу в трьох хворих вдалося ендоскопічною коагуляцією, а у двох – шляхом прошивання черевної стінки у всю її товщу для здавлення судини, що кровоточить. Наступного дня шовзнято. Кровотечу зупинено.

Пошкодження тонкої кишки голкою нанесено в двох хворих (0,08 %) із хронічним холециститом при ушиванні апоневроза. Відіграло роль те, що в момент ушивання у хворого закінчилася дія релаксантів і він раптово натужився. В обох випадках отвір в апоневрозі розширений. Пошкоджена кишка підтягнута в рану і накладено на місце пошкодження два ряди вузлових швів. Один хворий видужав. В іншого, у віці 70 років із серцевою недостатністю, у якого ушита пошкоджена ділянка містилася поблизу брижі, з'явилися явища перитоніту і при релапаротомії виявлено локальний тромбоз ділянки брижі біля ушитої ділянки травмованої кишки. Настали недостатність швів і перитоніт. Отвір у кишці відокремлений від місця тромбозу, уштий. Проте через тяжкі зміни зі сторони серця і легень настав летальний результат (0,04 %). Помер і хворий на 3-й день після лапароскопічної холецистектомії від тромбоемболії легеневої артерії, це становить 0,04 % серед 2519 хворих на гострий і хронічний холецистит.

У двох випадках (0,09 %) пошкоджена товста кишка при хронічному процесі. Серед них в одного хворого при ушиванні отвору в апоневрозі відбувся прокол сигми. Отвір розширено, підтягнуто кишку і накладено трирядний шов. У іншому випадку при розділенні щільного інфільтрату біля жовчного міхура пошкоджена поперечноободова кишка. Проведено конверсію, і кишку ушито трьома рядами швів. Обидва хворих видужали. У момент виділення з інфільтрату дванадцятипалої кишки пошкоджено серозну оболонку у двох пацієнтів при гострому і хронічному холециститі. Ендоскопічно ці місця ушиті вузловими швами.

У двох хворих (0,085 %) із великим відкладенням жиру в черевній порожнині і біля хронічного

жовчного міхура і протоки, у тому числі і за наявності короткої міхурової протоки, в процесі операції з міхурової протоки злетіли обидві кліпси. Ендоскопічно вдалося підтягти куку протоки і знов накласти на неї вже 3 кліпси. Те ж відбулося в одного хворого на гострий холецистит. Накладено повторно дві кліпси. В одному спостереженні під час ендоскопічної операції мало місце підтікання жовчі з куку міхурової протоки. Повторні спроби кліпування результатів не дали. Проведено конверсію з прошиванням і лігуванням протоки.

У 110 (4,37 %) пацієнтів були післяопераційні ускладнення.

В одному випадку (0,04 %) у хворої при видаленні на 3-тю добу підпечінкового дренажу він відірвався і вислизнув у черевну порожнину. Видалений при релапаротомії.

Після лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) настало загострення панкреатиту в 1 пацієнта (0,04 %) і з'явилося жовчовиділення з дренажу, що тривало 3 дні. Самостійно припинилося.

У одному випадку (0,04 %) при лапароскопічній холецистектомії виявлено інфільтрат, який не вдалося розділити. Проведено лапаротомію з невеликого доступу. А після операції з'явилося жовчовиділення. При лапаротомії джерело його не знайдено. Залишено дренажі і тампон. Але розвинулися жовчний перитоніт і нориця тонкої кишки. Повторні операції, санації виявилися неефективними, і через 3 тижні настав летальний результат (0,04 %).

У двох випадках (0,085 %) виник жовчний перитоніт на 3-тю і 5-ту доби після операції через прорізування кліпсою інфільтрованої міхурової протоки. Після лапаротомії в одного хворого накладено через цей отвір холедоходуоденоанастомоз. А в іншого хворого (83 роки) з перитонітом при релапаротомії на третій день на міхурову протоку накладено 8-подібний шов, проведено санацію черевної порожнини, дренажування і лапаростомію. Розвинулася поліорганна недостатність, і при спробі повторної санації настала зупинка серцевої діяльності та летальний результат (0,04 %).

В іншому випадку (0,04 %) на четвертий день відзначено скупчення жовчі в піддіафрагмальному просторі, при лапаротомії місце жовчовиділення не знайдено. Проведено дренажування з вакуумом. Хворий видужав. Крім того, без клінічних проявів жовчовиділення мало місце впродовж 3-х, 4-х та 11-ти діб і само припинилося у 4 (0,16 %) хворих.

Потребували операції чотири хворих (0,2 %), у яких в післяопераційному періоді була кровотеча в черевну порожнину з тонкої додаткової гілки міхурової артерії, ложа міхура і з проколу на місці

введення додаткового троакара. Проведена лапаротомія у трьох хворих із гемостазом, видаленням гематоми і дренажуванням черевної порожнини. Тільки в однієї особи це зроблено при післяопераційній лапароскопії з коагуляцією. Кровотеча зовнішня була у 2 хворих (0,085 %): з рани біля пупка і рани в правому підребер'ї, де розташовувався контрольний дренаж. В обох випадках кровотеча зупинена після накладення додаткових швів на шкіру.

В одного (0,04 %) пацієнта виник підпечінковий абсцес, дренажований при лапаротомії. В другому випадку (0,04 %) підпечінковий дренаж викликав перфорацію дванадцятипалої кишки. Отвір у кишці при релапаротомії ушитий. Обидва хворих видужали. Видужав хворий (0,04 %) і після пошкодження тонкої кишки при ЛХЕ, що викликало перитоніт. При релапаротомії проведена резекція ділянки кишки з накладенням анастомозу “кінець у бік” і ентеростоми за Майдлю, лапаростомії. Після ліквідації перитоніту закрито ентеростому.

В одному випадку (0,04 %) через масивний інфільтрат в ділянці шийки міхура із залученням печінково-дванадцятипалої зв'язки проведена конверсія, при якій після видалення міхура не виявлена кукса міхурової протоки. Підведено дренаж. Після операції було значне жовчовиділення. Проведено релапаротомію. Вхід у протоку не виявлений. На це місце накладено 8-подібний шов, але тривало жовчовиділення. Тільки після повторної релапаротомії з великими технічними труднощами на це місце накладено анастомоз із тонкою кишкою. Хворий видужав.

На 4-й день після операції в одного пацієнта (0,04 %) розвинувся гострий апендицит. Виконано апендектомію.

Інші ускладнення в післяопераційному періоді: інфільтрат черевної порожнини (2 – 0,08 %), загострення панкреатиту (23 – 0,91 %), гепатиту (1 – 0,04 %). Хворих лікували консервативно.

В одному випадку (0,04 %) після лапароскопічної холецистектомії розвинувся місцевий серозний перитоніт із реактивним серозним правостороннім плевритом. Проведено під контролем УЗД пункцію грудної клітки двічі і пункцію з дренажуванням ніпельним катетером підпечінкового простору. Це місце повторно пунктовано, що сприяло одужанню. Через 3 тижні при УЗД рідина не виявлена.

Біля пупка в рані утворилися сероми (10 – 0,4 %), гематоми (13 – 0,52 %), інфільтрати (8 – 0,32 %) і нагноєння рани (5 – 0,2 %). Лікувалися з успіхом консервативно. У двох хворих (0,08 %) із варикозним розширенням підшкірних вен нижніх кінцівок розвинувся гострий тромбофлебіт поверхневих вен.

Були й інші ускладнення: кровотеча з матки (1 – 0,04 %), з шлунка при хворобі Маллорі-Вейса (1 – 0,04 %), алергія (11 – 0,44 %), зокрема на лейкопластир, загострення пієлонефриту (4 – 0,16 %), остеохондрозу (3 – 0,12 %), післяопераційна діарея (2 – 0,08 %).

У хворої з ішемічною хворобою серця на другий день після лапароскопічної холецистектомії розвинувся інфаркт міокарда. Її переведено в інфарктне відділення, де вона успішно пройшла лікування (1 – 0,04 %).

Помер один хворий (0,04 %) на 14-ту добу після лапароскопічної холецистектомії з переходом у відкриту через інфільтрат в ділянці жовчного міхура від тромбоемболії легеневої артерії. Ще один хворий (0,04 %) помер від тромбоемболії легеневої артерії на 3-й день після лапароскопічної холецистектомії.

Видужали 2514 (99,80 %) хворих із 2519. Померли від різних ускладнень 5 хворих. Летальність склала 0,20 %.

Ці дані підтверджують необхідність дбайливого виконання лапароскопічної холецистектомії і профілактики ранніх ускладнень.

Час лікування в стаціонарі після операції з приводу хронічного холециститу був від 2 до 9 днів, в середньому 5,7 дня; гострого – від 4 до 14 днів, в середньому – 7,4 дня. Цей термін збільшувався при конверсії на відкрите втручання до 10,0 і 17,0 днів, а при виникненні післяопераційних ускладнень він зростав при хронічному процесі до 11,0–14,0 днів, при гострому – до 12,0–17,0 днів. Ще довше необхідно було перебувати хворим у клініці після інтраопераційних ускладнень (до 17,0–35,5 і навіть до 64,0 днів). Останнім часом збільшилося число хворих літнього і старечого віку з різними супутніми захворюваннями, що приводить до збільшення часу лікування як при хронічному, так і гострому процесі. Значне число цих пацієнтів вимагає дообстеження і лікування в передопераційному періоді, що збільшує час їх перебування в хірургічному стаціонарі.

Висновки. 1. Лапароскопічна холецистектомія зменшує операційну травму і термін перебування хворих у лікарні.

2. Необхідно проводити строгий відбір хворих, комплексну підготовку до операції, а у випадках технічних труднощів своєчасно переходити до відкритого втручання і не прагнути закінчити операцію лапароскопічно “хай там що”.

3. Після операції необхідний дбайливий догляд за хворими для лікування і своєчасного виявлення ускладнень, допомоги при них і їх ліквідації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аверин В.И., Кузан О.Я. Особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии у ранее оперированных на органах брюшной полости больных желчнокаменной болезнью // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 42.
2. Балалыкин А.С., Крапивин Б.В., Жандаров А.В. и др. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // 8-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии (г. Москва, 21-23 апреля 2004 г.): Сб. тез. / Под ред. Ю.И. Галлингера. – М., 2004. – С. 31–33.
3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Мосягин В.Б., Непомнящая С.Л. Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолиаза у больных повышенного риска // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – № 1. – С. 88–89.
4. Галлингер Ю.И., Тимошин Ф.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: Практическое руководство. М.: Медицина, 1992. – 66 с.
5. Корешкин И.А., Паншин А.А. Сквозное троакарное повреждение правых подвздошных сосудов при лапароскопической холецистэктомии // Вестник хирургии. – 2000. – № 3. – С. 53–54.
6. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М., Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию. – Х.: СИМ, 2005. – 367 с.
7. Ничитайло М.Е., Дьяченко В.В., Огородник П.В., Литвиненко А.Н. Лапароскопическая хирургия в лечении заболеваний желчных путей // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 40.
8. Осипов Б.Б. Симультанные операции в неотложной хирургии // Тез. докл. на VI Всероссийском съезде по эндоскопической хирургии (Москва, 22-25 февраля 2003) // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – прилож. – С. 105–106.
9. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Выбор оперативного доступа при лапароскопической холецистэктомии // Хирургия. – 1997. – № 3. – С. 49–52.
10. Тищенко А.М., Малоштан А.В., Криворучко И.А. и др. Малоинвазивная хирургия: изменение подходов лечения заболеваний гепатобилиарной и панкреатодуоденальной зон // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т. 3, № 3. – С. 40.
11. Хворостов Е.Д., Черкова Н.В., Гринев Р.Н., Скалозуб Т.Е. Первый опыт использования гармонического скальпеля при операциях по поводу острого холецистита // Харківська хірургічна школа. – 2002. – № 2 (3). – С. 35–36.
12. Balogh B., Zauner-Dung A., Nicolakis P. et al. Functional impairment of the abdominal wall following laparoscopic and open cholecystectomy // Surg. Endosc. – 2002. – Vol. 16, № 3. – P. 481–486.
13. Lo C.M., Fan S.T., Lin C.L., Lai E.S.C., Wond J. Erly decision for Conversion of Laparoscopic to open Cholecystectomy for Treatment of acute Cholecystitis // Am. J. Surg. – 1997. – № 6. – P. 513–517.
14. Welty G., Schippers E., Grablowitz E. et al. Is laparoscopic cholecystectomy a mature operative technique: results of an ergonomic sequence analysis // Surg. Endosc. – 2002. – Vol. 16, № 5. – P. 820–827.
15. Zuckerman R., Gold M., Jenkins P. et al. The effects of pneumoperitoneum and patient position on hemodynamics during laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. – 2001. – Vol. 15, № 6. – P. 561–565.

Отримано 25.10.10