

## РАННІ УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

В.Д.Шейко, Д.Г.Дем'янюк, В.І.Ляховський, О.А.Крижановський,

П.П.Сакевич, С.І.Панасенко

Вищий державний навчальний заклад України

“Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

**Вступ.** Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) вважається «золотим» стандартом хірургічного лікування гострого та хронічного запалення жовчного міхура (ЖМ), ускладненого перебігу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) [1, 2, 3, 4, 7]. Збільшене зображення за рахунок лапароскопічної відеотехніки дозволяє під час втручання розглянути найдрібніші деталі будови тканини, виділити та видалити майже безкровно жовчний міхур (ЖМ). При цьому відбувається мінімальна травматизація тканин. У післяопераційному періоді хворі майже не відчують болю, обходяться без наркотиків. Не спостерігається парезу кишечника, дихальної недостатності. Хворі ведуть себе активно. Ощадливе оперативне втручання не вимагає надмірної мобілізації функцій з боку серцево-судинної системи. Це дозволяє значно розширити коло оперативних втручань, охопити більше осіб похилого та старечого віку, що тепер складають серед оперованих біля 60%.

Цілком зрозуміло, що широке впровадження у гепатобіліарну хірургію лапароскопічної технології призвело до появи ускладнень, що відрізняються від тих, які властиві відкритій холецистектомії (ХЕ) [3, 6]. По мірі напрацювання досвіду роботи кількість їх зменшується [1, 4]. Цьому сприяє також більш предметне визначення ускладнень, властивих лише ЛХЕ і відмежування від них виробничих моментів, технологічних варіантів, властивих всякому інвазивному процесу.

Існують різні узагальнення ускладнень ЛХЕ [1, 4, 6]. Відсутність єдиної класифікації розпорошує зусилля пошуку засобів їх попередження. Під ускладненнями ЛХЕ розуміємо явища, процеси місцевого або загального характеру, що з'являються внаслідок використання лапароскопічної техніки,

або внаслідок створення умов, передбачених технологією втручання (створення пневмоперитонеуму, введення троакарів, використання засобів електрокоагуляції та інше). Таке визначення дозволяє чітко пов'язати діагностовано ускладнення з певним етапом втручання, усвідомити причини і намітити міри попередження.

**Мета роботи.** Дослідити частоту та характер ранніх ускладнень після лапароскопічної холецистектомії.

**Матеріали та методи.** З 2004 року по листопад 2007 року виконали 517 ЛХЕ. Чоловіків було 94(18,0%), жінок 423(82,0%). Віком до 60 років 239(46,2%), похилого та старечого віку 278(53,7%) госпіталізованих. Важливо ще до втручання визначити можливий ризик виникнення ускладнень. З погляду на це враховували стать, вік, тривалість захворювання, перенесені раніше операції на органах черевної порожнини, масу тіла, стан печінки, дані УЗД, супутні захворювання. Надлишкову масу тіла – індекс Кетле в межах 25,0-29,9 – мали 29(5,6%) осіб, ожиріння I ступеня – індекс Кетле в межах 30,0-34,9 – було у 153(29,5%) чоловік. Виражене ожиріння (II ступінь) – індекс Кетле в межах 35,0-39,9 – у 41(7,9%). Дуже виражене ожиріння (III ступінь) – індекс Кетле більше 39,0 – мали 9(1,7%) пацієнтів [5]. Госпіталізовані в клініку мали також інші фактори, що могли сприяти появі ускладнень. На артеріальну гіпертензію хворіли 294(56,8%) осіб, на стенокардію – 78(15,0%). Спостерігалися у кардіолога, приймали гіпотензивні та коронаророзширюючі препарати. Перенесли інфаркт міокарда 11(2,12%) осіб, інсульт – 4(0,7%). Розлади мозкового кровообігу із-за шийного остеохондрозу були у 18(3,58%) хворих. Інсулінозалежний тип цукрового діабету був у 7(1,3%), другий тип – у 12(2,3%) чоловік. До факторів ризику можливих ускладнень відносили варикозне розширення вен нижніх кінцівок у 49(9,4%) осіб, післятромбофлебітичний синдром – у 5 хворих. Появі ускладнень сприяють післяопераційні рубці на передній черевній стінці, злуковий процес у черевній порожнині після перенесених оперативних втручань. Серед хворих, що

спостерігалися, в минулому оперовані 63(12,1%), повторно оперовані – 22(4,2%) пацієнти.

Не діагностований до оперативного втручання ускладнений перебіг ЖКХ холедохолітіазом, стенозом ВДС, тубулярним стенозом холедоха, вносить суттєві зміни у план виконання ЛХЕ і може сприяти появі ускладнень в процесі операції та в післяопераційному періоді. Судити про це в деякій мірі дав можливість ретельний аналіз перебігу та тривалості захворювання. У 207(40,0%) хворих перебіг ЖКХ супроводжувався нападами печінкової коліки. У 112(54,1%) вони спостерігалися 1-2 рази, у 95(45,8%) 3-4 рази на рік. У 87(42,0%) напади тривали 2-4 години, знімалися ін'єкціями спазмолітиків. Протягом 3-5 діб після цього хворих бентежило почуття важкості у правому підребер'ї.

З часу появи перших ознак захворювання у 251(28,5%) хворого минуло до 5 років, 6-10 років у 209(40,4%), більше 10 років – у 57(11,0%) осіб. В минулому перенесли жовтяницю 35(6,7%) чоловік. Госпіталізовані з жовтяницею 66(12,7%) осіб.

В клініці дотримувалися алгоритму діагностики. З інструментальних методів обстеження виконували УЗД, ФГДС, КТ, ЕКГ, спірографію. Калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітіазом, діагностовано у 68(13,1%). Поєднаний перебіг ЖКХ та поліпозу ЖМ відмічено у 7(1,3%). Ознаки гострого панкреатиту (ГП) – у 3, хронічного – у 11 осіб. Гостре запалення ЖМ було у 96(18,5%) хворих. Вирішального значення надавали інтраопераційній діагностиці, зокрема, інтраопераційній холангіографії. Виконали 87(16,8%) дослідження. У 6(6,8%) осіб виявили безсимптомний перебіг холедохолітіазу.

**Результати та обговорення.** Всього діагностовано 29(5,6%) ускладнень. Принагідно зауважимо, що кількість їх на початку освоєння методики ЛХЕ була більшою, ніж під кінець дослідження. Характер ускладнення ЛХЕ та заходи їх усунення наведені в таблиці.

### Ускладнення ЛХЕ.

| № п/п | Характер ускладнення                      | Всього    | Усунення ускладнень |                |             |                         |
|-------|---|-----------|---------------------|----------------|-------------|-------------------------|
|       |   |           | Ревізія рани        | Релапароскопія | Лапаротомія | Консервативне лікування |
| 1.    | Кровотеча:                                | 15        |                     |                |             |                         |
|       | а) з троакарних проколів черевної стінки; | 8         | 8                   |                |             |                         |
|       | б) з ложа ЖМ.                             | 7         |                     | 7              |             |                         |
| 2.    | Виділення жовчі по дренажу.               | 9         |                     | 2              |             | 7                       |
| 3.    | Електроопіки:                             | 4         |                     |                |             | 1                       |
|       | а) стінки дванадцятипалої кишки;          | 1         |                     |                |             | 1                       |
|       | б) пошкодження стінки холедоха.           | 3         |                     |                | 3           |                         |
|       | Залишення частини ЖМ.                     | 1         |                     |                | 1           |                         |
| 4.    | <b>Всього:</b>                            | <b>29</b> | <b>8</b>            | <b>9</b>       | <b>4</b>    | <b>8</b>                |

Кровотеча з троакарних проколів черевної стінки відмічена через 3-5 годин після виходу хворих з наркозу. Діагностика локалізації джерела кровотечі не викликала затруднень: в черевну порожнину кров не потрапляла. Під час ревізії рани знайдені дрібні кровоточиві судини, свіжі згортки крові. Кровотеча з ложа ЖМ у 5 осіб була зумовлена цирозом печінки. Кровоточила поверхня краю печінки, що прилягала раніше до дна ЖМ. У 2 хворих спостерігалася кровотеча з дрібних гілок міхурової артерії, що не були захоплені кліпсою. Проведена релапароскопія. Виконана електрокоагуляція ложа ЖМ, на судини накладено кліпси.

Виділення жовчі через дренажну трубку в кількості 50-70 мл на 3-4 добу спостерігалось у 7 осіб. Загальний стан хворих не порушувався. Була помітною

тенденція до зменшення виділень. Хворих лікували консервативно. Виділення жовчі зупинилося на 5-6 добу. У 2 осіб жовч виділялася у кількості 200-350 мл. Тенденції до її зменшення не спостерігалось. Виконана релaparоскопія. Жовч витікала з ложа ЖМ з ходів Люшке. Проведена електрокоагуляція та кліпування. В залежності від характеру травми електроопіки жовчовивідних шляхів, кишкової стінки можуть проявитися наслідками у різні проміжки часу з моменту заподіяного. Це може бути рубцевий стеноз або порушення цілості стінки з утворенням нориці [1, 4, 6]. У одного хворого на 3 добу після ЛХЕ відмітили виділення дуоденального вмісту через дренажну трубку. Загальний стан хворого не порушувався. Введений через дренажну трубку водорозчинний контраст потрапив у просвіт дванадцятипалої кишки. Призначили консервативну терапію. Нориця самостійно закрилася на 10 добу.

Виділення жовчі з домішками крові у кількості до 500-700 мл у 3 осіб розпочалося на 2-3 добу після втручання. З'явилися ознаки місцевого перитоніту. Виконана лапаротомія. Дефект передньої стінки холедоха розміром 0,4x0,3x0,5 см знаходився на передньо-боковій стінці супрадуоденальної частини холедоха. Дефект стінки використали для формування зовнішнього дренажу холедоха. У 1 хворого на 2 добу після операції відмітили значне виділення жовчі у пов'язку, ознаки накопичення жовчі у під печінковому просторі, що підтверджено УЗД. Виконана лапаротомія. Ревізією виявили не видалену частину ЖМ у ділянці шийки з зяючою міхуровою протокою (жовчний міхур виділявся з інфільтрату). Виявлено, що кліпси накладені лише на частину просвіту ЖМ. Видалено залишену частину ЖМ.

Варто замітити, що більша частина ускладнень спостерігалася у перші роки освоєння методики ЛХЕ. Хворі, у яких траплялися ускладнення, перебували у групі ризику конверсії. На ожиріння страждали 13 осіб, на цироз печінки – 5. Тривалий перебіг ЖКХ був 8, ускладнений перебіг ЖКХ – у 3 госпіталізованих. Хворі видужали.

## ВИСНОВКИ

1. Найбільш частими ускладненнями ЛХЕ були кровотеча, тривале відходження жовчі.
2. З метою розпізнання причини ускладнення варто виконувати ревідеолапароскопію та використовувати її можливості для усунення ускладнень.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Видеозндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства // С.Пб.- Предприятие ЕФА «Янус», 2002.- 416 с.
2. Грубник В.В., Ковальчук А.Л., Калинин С.В., Ткаченко А.И. Оптимальный подход к лечению холедохолитиаза в эру лапароскопической хирургии: одно или двухмоментные операции ? // Хірургія України, 2007.- № 1.- С. 31-35.
3. Калиниченко А.А., Арестович Р.А., Бабайцева Е.Ю., Ерисов Е.Г. Структура осложнений при лапароскопической холецистэктомии и основы мер безопасности для их профилактики // Эндоскопическая хирургия, 2006.- № 2.- С. 51-52.
4. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М., Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в биллиарную хирургию // X-СИМ, 2005.- 367 с.
5. Метаболічний синдром – X – у практиці лікаря-інтерна (діагностика, лікування та профілактика). Методичні рекомендації // Дніпропетровськ, 2005.- 31 с.
6. Седов В.М., Стрижеленский В.В. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика // С-Пб медицинское издательство, 2002.- 180 с.
7. Чернев В.М., Зосим В.А., Слободяник В.П., Ткач К.Ю. Результаты хірургічного лікування хворих з гострим та хронічним калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітіазом із застосуванням ендоскопічних технологій // Хірургія України, 2007.- № 1.- С. 36-41.

## РЕФЕРАТ

### РАННІ УСКЛАДНЕННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

В.Д.Шейко, Д.Г.Дем'янюк, В.І.Ляховський, О.А.Крижановський,

П.П.Сакевич, С.І.Панасенко

**Вступ.** Лапароскопічна холецистектомія вважається «золотим» стандартом хірургічного лікування захворювань жовчного міхура. Широке впровадження лапароскопічних технологій призвело до появи нових ускладнень.

**Мета роботи.** Дослідити частоту та характер ранніх ускладнень після лапароскопічної холецистектомії.

**Матеріали та методи.** З 2004 року по листопад 2007 року з приводу гострого та хронічного холецистити в клініці виконано 517 лапароскопічних холецистектомій. Чоловіків було 94(18,0%), жінок 423(82,0%). До втручання визначали можливий ризик лапароскопічної холецистектомії. Враховували вік, стать, тривалість захворювання, перенесені раніше операції на органах черевної порожнини, масу тіла, стан печінки, супутні захворювання. Дотримувалися алгоритму діагностики. Виконували УЗД, ФГДС, КТ, ЕКГ, спірографію.

**Результати та обговорення.** Після операції ускладнення спостерігали у 29(5,6%) осіб. Перше місце серед ускладнень займали кровотечі з троакарних проколів черевної стінки. Вирішальне значення у розпізнанні та лікуванні ускладнень надавали релапароскопії. Усі хворі видужали.

Ключеві слова: лапароскопічна холецистектомія, ускладнення, релапароскопія.

## РЕФЕРАТ

### РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В.Д.Шейко, Д.Г.Демянюк, В.И.Ляховский, А.А.Крыжановский,

П.П.Сакевич, С.И.Панасенко

**Введение.** Лапароскопическая холецистэктомия считается «золотым» стандартом хирургического лечения заболеваний желчного пузыря. Широкое

внедрение лапароскопических технологий привело к появлению новых осложнений.

**Цель работы.** Проанализировать частоту и характер ранних осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

**Материалы и методы.** С 2004 года по ноябрь 2007 года по поводу острого и хронического холецистита в клинике выполнено 517 лапароскопических холецистэктомий. Мужчин было 94(18,0%), женщин 423(82,0%). Перед вмешательством определяли возможный риск лапароскопической холецистэктомии. Учитывали возраст, пол, продолжительность заболевания, перенесенные прежде операции на органах брюшной полости, массу тела, состояние печени, сопутствующие заболевания. Придерживались алгоритма диагностики. Выполняли УЗИ, ФГДС, КТ, ЭКГ, спирографию.

**Результаты и обсуждение.** После операции осложнения наблюдали у 29(5,6%) больных. Первое место среди осложнений занимали кровотечения с троакарных проколов брюшной стенки. Решающее значение в диагностике и лечении осложнений имела релапароскопия. Все больные выздоровели.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, осложнения, релапароскопия.

## SUMMARY

### EARLY COMPLICATIONS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

V.D.Sheiko, D.H.Demyaniyk, V.I.Liakhovsky, O.A.Kryzhanovsky,

P.P.Sakevich, S.I.Panasenko

**Introduction.** A laparoscopic cholecystectomy is considered the "gold" standard of surgical treatment of a gallbladder diseases. Wide introduction of laparoscopic technologies has led to occurrence of new complications.

**The objective of work.** To analyse of frequency and character of early complications after laparoscopic cholecystectomy.

**Materials and methods.** Since 2004 till November, 2007 concerning a sharp and chronic cholecystitis in clinic was executed 517 laparoscopic cholecystectomys.



Men was 94 (18,0%), women 423 (82,0 %). Before intervention was defined possible risk of laparoscopic cholecystectomy. Took into account age, a sex, duration the diseases, transferred before to operation on bodies of an abdominal cavity, weight of a body, a liver condition, accompanying diseases. Adhered to algorithm of diagnostics. Carried out ultrasonic, FGDS, KT, an electrocardiogram, spirometry.

**Results and discussion.** After operation a complication observed at 29 (5,6%) patients. The first place among complications was occupied a bleedings with trocar punctures of abdominal wall. Crucial importance in diagnostics and treatment of complications had reaparoscopy. All patients have recovered.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, complications, reaparoscopy.

