

ОПЕРАЦИОННЫЕ И РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Гарелик П.В., Милешко М.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь*

Введение. В большинстве хирургических стационаров за последние 2-3 десятилетия менялась номенклатура производимых операций. В настоящее время наиболее часто выполняемой операцией является холецистэктомия. Это связано с новыми возможностями диагностики желчнокаменной болезни (ЖКБ), а также с повсеместным применением лапароскопического метода удаления желчного пузыря. Внедрение эндоскопических технологий в каждодневную практику ставит закономерный вопрос: а как обстоит ситуация с осложнениями во время операции и в ближайшие дни после неё, когда в брюшной полости были только инструменты, а не руки хирурга. Второй вопрос: поменялась ли структура этих осложнений по сравнению с открытыми операциями.

Цель. Изучить структуру интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, их причины, способы диагностики и определить хирургическую тактику исходя из большого опыта выполнения лапароскопических холецистэктомий.

Материал и методы. Первая лапароскопическая холецистэктомия в нашей клинике выполнена 29 лет назад в 1994 году. За это время по поводу желчнокаменной болезни оперировано 7570 больных в возрасте от 15 до 91 года. Из них мужчин было 1665 (22,0%), женщин – 5905 (78,0%). Хронический калькулёзный холецистит был показанием для операции у 5765 пациентов (76,2%). Острый калькулёзный холецистит у 1805 (23,8%). Среди всех операций лапароскопическая холецистэктомия произведена у 7041 человека (93,0%). Интра- и ранние послеоперационные осложнения проанализированы именно у этой группы пациентов в случаях потребовавших повторного оперативного вмешательства.

Результаты и обсуждение. Интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения возникли у 37 человек (0,5%). Наиболее серьёзная ситуация наступала при травме желчных протоков. Травматические повреждения внепечёночных желчных путей наступило у 13 пациентов, из них у 9 человек при плановой операции и у 4 при остром холецистите. Данные осложнения имели место в первые годы освоения операций. За последние 15 лет работы этих осложнений не было.

Травматические повреждения гепатикохоледоха носили следующий характер: боковое повреждение (отверстие 2-5 мм) – у 3 человек. Наиболее вероятный механизм данного вида травмы – это термическое повреждение (ожог) стенки гепатикохоледоха изгибом крючка для диатермии. В одном случае отверстие ушито во время повторной лапароскопии, у 2 других во

время лапаротомии произведено наружное дренирование холедоха по Вишневному. Ещё у 5 пациентов оказался пересечённым в поперечном направлении общий желчный проток. Данное осложнение было распознано во время операции. Восстановительные пособия выполнялись в следующем объёме: у 2 человек сформирован холедохохоледохоанастомоз на дренаже по Керу. В одном случае наложен холедоходуоденоанастомоз, ещё 2 пациентам выполнена гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле, тощей кишки. При изучении отдалённых (через 1 и 2,5 года) результатов этих операций оказалось, что у обоих пациентов с холедохохоледохоанастомоз развились рубцовые стриктуры с механической желтухой и оба они были оперированы повторно – выполнен гепатикоеюноанастомоз по выключенной по Ру петле тонкой кишки.

Другие осложнения: желчеистечение у 15 человек, кровотечения в брюшную полость – 5 случаев. Во всех наблюдениях подтекания желчи в брюшную полость лечение начинали с релапароскопии. При этом оказалось, что в одном наблюдении дренажная трубка ушла из культы пузырного протока (дренаж по Пиковскому) – выполнено клипирование пузырного протока, ещё в одном случае имелась несостоятельность швов холедоха над дренажем по Керу, произведено повторное ушивание холедоха. У 9 пациентов источником желчеистечения оказалось ложе желчного пузыря, выполнена дополнительная коагуляция ложа желчного пузыря с тампонадой его салфетками «целаним» или тахокомбом. У двух из этих пациентов дополнительно клипировалась культя пузырного протока из-за отсутствия полной уверенности в её состоятельности. У 4 пациентов во время лапаротомии причина желчного перитонита не выявлена. Операция завершена санацией и дренированием брюшной полости, а также дренированием общего желчного протока по Пиковскому.

Кровотечение в брюшную полость после лапароскопических холецистэктомий является одним из редких осложнений, оно встретилось у 5 пациентов и проявлялось выделением крови по дренажной трубке и её скоплением в подпечёночном пространстве по данным УЗИ. Во всех случаях, лечение начинали с повторной лапароскопии. При этом оказалось, что у 4 пациентов было подтекание крови из ложа желчного пузыря. У 3 человек кровотечение было остановлено повторной коагуляцией раневой поверхности печени, в 1 случае понадобилась лапаротомия и прошивание ложа желчного пузыря. Ещё в одном наблюдении отмечено скопление крови не только под печенью, но и над ней и по правому боковому каналу, а источник кровотечения во время лапароскопии не установлен. Во время лапаротомии произведена санация брюшной полости, источник кровотечения тоже не выявлен, ситуация расценена как холемическое кровотечение. Во всех наблюдениях рецидива кровотечения не было.

У анализируемых групп больных после корригирующих осложнения операций послеоперационный период протекал удовлетворительно.

Летальных исходов при лечении желчнокаменной болезни за последних 20 лет не было.

Выводы:

1. Интра- и ранние послеоперационные осложнения при выполнении холецистэктомии лапароскопическим методом встречаются редко – у 0,5% пациентов, их характер не отличается от осложнений при выполнении холецистэктомии традиционным методом. В период освоения лапароскопического метода операций травма желчных протоков встречается чаще чем при открытой операции. При накоплении опыта этих операций осложнения бывают в единичных случаях, летальность равна нулю.

2. При интраоперационной травме желчных протоков выбор восстанавливающей операции зависит от характера травмы. При частичном (боковом) повреждении гепатикохоледоха предпочтение следует отдавать одному из видов наружного дренирования желчных путей. При пересечении и частичном иссечении печёночных протоков судя по отдалённым результатам целесообразно производить гепатикоэюностомию на выключенной по Ру петле тощей кишки.

3. Такие послеоперационные осложнения как желчеистечение и кровотечение легко распознаётся и для их коррекции в большинстве случаев бывает достаточно повторной лапароскопии с дополнительной обработкой ложа желчного пузыря путём диатермокоагуляции и использованием местных гемостатических препаратов. После каждой лапароскопической холецистэктомии, в том числе так называемой «идеальной», считаем необходимым дренировать подпечёночное пространство трубкой для своевременного распознавания кровотечения и желчеистечения.