

УДК 616

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛХЭ И ТХЭ****Байжаркинова А.Б.***ЗКГМУ имени Марата Оспанова, Актобе, e-mail: bayzharkinova@mail.ru*

Традиционную холецистэктомию (ТХЭ) в крупных стационарах все больше заменяют лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) и холецистэктомия из минилапаротомного доступа (открытая лапароскопическая операция из минидоступа).

**Ключевые слова:** холецистэктомия, осложнение, хирургическое лечение

**SURGICAL ASPECTS OF COMPLICATIONS OF LCE AND TCE****Bayzharkinova A.B.***ZKGMU Marat Ospanov, Aktobe, e-mail: bayzharkinova@mail.ru*

Traditional cholecystectomy (TCE) in major hospitals are increasingly replaced by laparoscopic cholecystectomy (LCE) and cholecystectomy minilaparotomy of access (open, laparoscopic surgery of minimal access).

**Keywords:** cholecystectomy, complications, surgical treatment

Известно, что практически при любом медицинском вмешательстве могут возникать осложнения. Те, кто говорят, что у них не бывает осложнений, вероятно их скрывают.

Литературные источники, посвященные ранним осложнениям после применения лапароскопической (ЛХЭ) и традиционной холецистэктомией (ТХЭ), свидетельствуют о том, что проблема, несмотря на повсеместно накапливающийся опыт при ЛХЭ (20 лет) и ТХЭ, сохраняет **актуальность**. Это побудило к более подробному изучению данного вопроса.

**Цель и задачи**

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения искать меры, которые могут существенно снизить частоту послеоперационных осложнений.

Настоящая публикация преследует цель привлечь внимание хирургов, в первую очередь тех, кто только начинает оперировать лапароскопическим способом, на факторы, которые увеличивают вероятность возникновения осложнений.

Внедрение в широкую клиническую практику лапароскопического способа выполнения холецистэктомии привело к увеличению числа осложнений [6, 8, 12]. Но по мере накопления опыта оперирования лапароскопическим методом количество осложнений заметно уменьшается, однако, к сожалению, полностью их избежать не удается.

Надо привлечь внимание, что этим осложнениям способствуют некоторые факторы риска: возраст более 60 лет; сердечно – сосудистая патология; злокачественные опухоли; обследование на свертываемость

крови и т.д. Возможными причинами осложнений могут служить так же неполные обследования больных до операции, особенно в ночное время в связи с экстренным показанием к проведению операции ЛХЭ или ТХЭ.

Осложнения разделяют на две группы: специфические осложнения (троакарные ранения забрюшинных сосудов или венозный стаз вследствие пневмоперитонеума), которые присущи только при ЛХЭ на ранних этапах операций и не встречается при открытой хирургии ТХЭ. Среди неспецифических осложнений после лапароскопической холецистэктомии наблюдаются: сердечно-сосудистая недостаточность (0,4%) [5,8,11]., пневмония (0,4%), обострение хронического пиелонефрита (0,3%), тромбоэмболия ветвей легочной артерии (0,3%) [4]., инфаркт миокарда (0,4%) [2, 8, 9]., тромбоз флебит (0,3%) [7, 8, 10].

Во время ЛХЭ встречаются осложнения: кровотечения из ложа желчного пузыря, истечение желчи из дополнительных аномальных желчных ходов, повреждение необычно расположенных желчевыводящих путей, ранение органов брюшной полости и др. В этой статье мы не обсуждаем специфические осложнения лапароскопии, связанные с введением иглы, троакаров и инсuffляцией газа; а также повреждения отдельных органов.

По всеобщему признанию хирургия желчекаменной болезни является наиболее благоприятной сферой применения эндовидеохирургических методов. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) часто выполняемая операция, поэтому имеется большое количество публикаций, посвященных проблемам ее осложнений. По данным литературных источников, число

осложнений в среднем составляет 1–5,1%, достигая в некоторых сложных случаях до 24,5%. Послеоперационная летальность колеблется от 0 до 0,1% [1, 2, 4, 11].

Анализ зарубежной литературы показал отсутствие единых подходов в определении понятия осложнений, их квалификаций, что затрудняет сравнительную оценку. При операции лапароскопической холецистэктомии могут возникнуть определенные затруднения, связанные с особенностями анатомии данной зоны и течением в ней воспалительного процесса.

Воспаление вокруг желчного пузыря ведет к формированию перивезикального инфильтрата, нарушению нормальных топографо-анатомических отношений элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и треугольника Кало. При проведении лапароскопической холецистэктомии это может привести к повреждению общего желчного протока и других окружающих тканей, при этом разделение отечных и воспалительных тканей инструментом чревато интенсивным кровотечением. Анализ ближайших результатов лапароскопической холецистэктомии может проводиться по классификации Iannet 2, в которой выделяется 5 классов:

- операции без технических сложностей и послеоперационных осложнений;
- операции с техническими сложностями, которые отразились на течении послеоперационного периода;
- операции, после которых возникли осложнения, удлинившие послеоперационный период;
- операции, после которых возникли осложнения, требующие применения инвазивных методов лечения;
- летальные исходы.

Частота конверсий (перехода на традиционную лапаротомию) в ходе лапароскопической холецистэктомии составляет, по данным разных авторов, от 0,85 до 12% случаев [5, 7, 12]. Причины конверсии: трудная анатомия в зоне треугольника Кало, рубцово-склеротические изменения в воротах печени, плотный инфильтрат в области шейки желчного пузыря или спайки, кровотечение, повреждение общего желчного протока, а также те осложнения во время операции, которые невозможно устранить лапароскопическим способом.

По сравнению с традиционной холецистэктомией отмечается низкий процент осложнений при лапароскопической холецистэктомии и операциях из мини-лапаротомного доступа (соответственно 3,7–15% против 0,5–5% случаев) [3, 8, 10].

Осложнения лапароскопической холецистэктомии классифицируются как:

– осложнения во время операции (перфорация желчного пузыря, кровотечения различного генеза и наиболее частое осложнение – пересечение общего желчного протока); послеоперационные осложнения (наружный желчный свищ, нагноение брюшной стенки, гематомы послеоперационных ран, инфильтраты, абсцесс брюшной полости, правосторонний экссудативный плеврит, ранняя спаечная непроходимость, перитонит, острый панкреатит, несостоятельность культы пузырного протока).

У 11(0,45%) больных причиной желчеистечения было незамеченное во время операции повреждение мелких желчных протоков, расположенных в ложе желчного пузыря. У 2(0,08%) больных желчеистечение было из культы пузырного протока по причине соскальзывания клипс после операции в результате недиагностированного холедохолитиаза и желчной гипертензии. По литературным данным частота желчеистечения после ЛХЭ составляет 0,5–1,0% [5]. Термическая травма гепатикохоледоха стала причиной желчеистечения у 2(0,08%) больных. Все больные были повторно оперированы. 8(0,33%) больным с истечением желчи из мелких желчных ходов выполнены повторные лапароскопические операции и 3(0,12%) больным – лапаротомия. Релапаротомии после лапароскопической холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни проводятся в 0,3% случаев

Существует ряд квалификаций осложнений при ЛХЭ. Основными принципами большинства из них является период возникновения во время или непосредственно после операции, анатомические характеристики (повреждение сосуда, желчного протока, полого органа). Механизм повреждений травмы во время коагуляции [4, 11]. Все эти квалификации представляют зачастую для ретроспективного анализа и, как правило, не содержат четких определений по осложнениям при некоторых ситуациях. Для клинической практики представляются интересными на наш взгляд предложения Г.П. Шорох, Н.В. Завада [3, 5, 9] выделить в каждой группе возможных осложнений по 3 класса.

1-ый класс – осложнения представляют непосредственную угрозу для жизни больного при несвоевременной диагностике и повторной операции;

2-ой класс – осложнения оказывают существенное влияние на ход операции, ближайшие и отдаленные результаты;

3-ий класс осложнения не представляют серьезной опасности и легко устранимы.

Мы проанализировали 517 историй болезни пациентов, которым было выполнено

оперативные вмешательства способами ЛХЭ и ТХЭ по поводу заболевания желчного пузыря. За последние 5 лет на базе хирургического и многопрофильных (платных) отделений железнодорожной больницы города Актобе среди оперированных 517 выписанных больных составило 429 (83%) женщин, 88 (16%) мужчин, умерла одна больная после операции, летальность составила 0,1%.

Проведен анализ результатов лечения экстренных хирургических больных по поводу острого холецистита, которые составили – 20,3%, среди которых обращает внимание 24 больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холангитом. Причиной желтухи послужили холедохолитиаз у 14 больных. Осложненные холециститы панкреатитом у 5, стриктуры терминального отдела холедоха у 3 и доброкачественные образования области Фатерова сосочка – 2 больных.

Тщательный анализ клинико-анатомических данных, как правило, позволило хирургам нашей клиники предположительно ставить диагноз механической желтухи в сочетании с холангитом. В историях 17 пациентов наблюдается описание классической триады Шарко: в виде озноба, желтухи и болей в правом подреберье и другие общеизвестные симптомы при остром холецистите. При поступлении всем 17 больным проводился комплекс диагностических и лечебных мероприятий выполняемых одновременно, особенно с фоновыми терапевтическими заболеваниями совместно с терапевтами и эндокринологами. Для выяснения причины механической желтухи широко применялись такие методы, как УЗИ гепатобиллиарной зоны, ФГДС для уточнения состояния области Фатерова соска и установления факта поступления желчи в двенадцатиперстную кишку и КТ исследование органов брюшной полости. Рациональная комбинация этих методов позволило получить объективную информацию о причине холангита. Эти больные в предоперационном периоде получали комплексное лечение гепатопротекторной терапии и с целью профилактики холемического кровотечения.

После обследования и установления причины холангита, на 2-ые сутки проводилось срочные операции: холедохолитотомия – у 14 больных, холецистэктомия, дуоденостомия с папилосфинктеропластикой – у 3 больных, холецистэктомия, холедохоеюноанастомоз с анастомозом по Брауну у 2-х больных традиционным методом. У 5 больных с острым холецистопанкреатитом оперативное пособие заклю-

чалось в ТХЭ с наружным дренированием холедоха через пузырный проток. Больные оперированы в сроки до 2-х суток – 6 больных. Во всех случаях операцию завершали наружным дренированием холедоха через пузырный проток. Так как известно наружное дренирование желчных путей при холангите является общепризнанным методом оперативного лечения. Оно было применено и в нашей клинике для обеспечения адекватного оттока желчи и возможности промывания желчных путей антибиотиками, что послужило эффективным способом лечения холангита. В послеоперационном периоде продолжали промывание общего желчного протока растворами антисептиков, что значительно сократило послеоперационную летальность. Умерла одна больная из названных 17 больных, причиной летальности которой была нарастание печеночной и полиорганной недостаточности на основе развития холангиогенного сепсиса и холангиогенных абсцессов печени на фоне сопутствующего сахарного диабета. Основная причина: поздняя обращаемость больных с осложненными холециститами.

Изучая истории болезней с острым холециститом, осложненным механической желтухой, особенно при наличии сопутствующего острого холангита успех наших хирургов пришли к выводу. Он достигался с помощью своевременных хирургических вмешательств, при котором ликвидировали источник холангита, устраняя застой желчи и обеспечивая беспрепятственный отток ее из желчных протоков. По данным некоторых авторов летальность при сочетании острого холецистита и холангита остается высокой и достигает 40–60% (С.А. Шалимов, 1981, В.В. Виноградов, 1986). Традиционные холецистэктомии применялись при осложненных формах холециститов, не пытались применять лапароскопический метод.

Большинство операций ЛХЭ выполнено в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита – 80,4%, экстренных по поводу острого холецистита – 20,3%.

Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде после экстренных лапароскопических холецистэктомии было желчеистечение – 5 случаев (0,5%) случаев. По литературным данным частота желчеистечения после ЛХЭ составляет 0,5–1,0% [5]. При этом осложнений возможными источниками могут быть инфильтративно-воспалительные изменения в области связки при остром холецистите. Другая версия подсказывает о не-

полном сжатии клипсом части пузырного протока при воспалении стенки пузырного протока, то есть происходит несостоятельность его культи.

### Выводы

Общие принципы профилактики осложнений в аспекте эндохирургии:

1. Тщательный отбор больных для проведения лапароскопических операций с учётом абсолютных и относительных противопоказаний.

2. Опыт хирурга – лапароскописта должен соответствовать сложности хирургического вмешательства.

3. Оперирующий врач должен критически оценивать возможности лапароскопического доступа, понимая пределы разрешающей способности, ограничения метода и во времени (течение 30–40 минут от начала ЛХЭ перейти на конверсию ТХЭ).

4. Необходимо добиться создания полноценной визуализации оперируемых объектов и достаточного пространства в брюшной полости.

5. Следует проверить перед ЛХЭ исправность эндохирургических инструментов и оборудования

6. Следить за инсуффляцией CO<sub>2</sub> (не более нормы).

7. Необходимо адекватное анестезиологическое пособие.

### Список литературы

1. Горский В.А., Кригер А.Г., Врублевский О.П. Препарат «Тахокомб» в лапароскопической хирургии. В кн.: «Лапароскопические операции в неотложной хирургии». А.Г. Кригер. – М., 1997:146-152: (152 с.)

2. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Фаллер А.П. и др. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии. Эндоскоп, хирургия. 1995; 4: 2: 12-16.

3. Andrews S.M., Doringues C.J., Jones P.A. Unusual complications of laparoscopy cholecystectomy. Min. Invas. Ther&All Technol. 1998;7:2:171-173.

4. Duhvts E. Laparoscopic cholecystectomy: The French technique. In «Operative Strategies in laparoscopic surgery». Ed. T.H. Phillips, R.J. Rosenthal. Springer. 1995: 30-33; (261 p.)

5. McMahon A.J., Fullarton G., Buxter J.N., Odwyer P.J. Bile duct injury and bile leakage in laparoscopic cholecystectomy. Br. J. Surg., 1995;82:307-313.

6. Millat B, Deleuze A., de Saxe et al. Routine intraoperative cholangiography is feasible and efficient during laparoscopic cholecystectomy. Hepatogastroenterology. 1997;44; 13:22-27.

7. Super N.J., Strasberg S.M. Avoiding and classifying common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. In «Operative Strategies in laparoscopic surgery». Hd. T.H. Phillips, R.J. Rosenthal. Sprinter, 1995: 65-72; (261 p.).

8. Башилов В.П., Брехов В.И., Малов Ю.Я. и др. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. – 2005. – № 10.

9. Ефименко Н.А., Чурсин В.В., Степанов А.А. и др. Лапароскопическая хирургия аппендицита. В сб. IX Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии, Москва, 15–17 февраля 2006 г. // Эндоскопическая хирургия. 2006. – № 2.

10. Карпов О.Э., Кривцов Г.А., Шиловская А.В. и др. Клинико-экономические аспекты эффективности применения лапароскопической холецистэктомии в лечении больных желчно-каменной болезнью // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 1.

11. Качалов С.Н., Коновалов В.А., Чичкань С.И. Обеспечение безопасности холецистэктомии при остром холецистите. В сб. IX Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии, Москва, 15–17 февраля 2006 г. // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2.

12. Каштальян М.А., Шараров В.Ю., Каштальян М.М. Применение лапароскопической техники в диагностике и лечении деструктивных форм острого аппендицита. В сб. IX Всероссийский съезд по эндоскопической хирургии, Москва, 15–17 февраля 2006 г. // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2.