

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

В.И. Лупальцов

Харьковский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней

РЕЗЮМЕ

В статье представлен опыт выполнения 54 лапароскопических холецистэктомий у больных с хроническим и острым холециститом, обусловленным желчнокаменной болезнью. Анализируются причины ошибок, приводящих к различного рода осложнениям, особое внимание уделяется анатомическим вариантам кровоснабжения желчного пузыря и ошибкам, приводящим к таким грозным осложнениям, как кровотечение. На основе проведенного анализа сделаны выводы о путях предотвращения этих осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лапароскопическая холецистэктомия, ошибки, осложнения

ВВЕДЕНИЕ

Операции на желчных путях всегда тают в себе опасность возникновения различных осложнений, большинство из которых связаны с того или иного рода ошибками. Бурное развитие лапароскопической хирургии, как и следовало ожидать, привело к увеличению числа осложнений, так как происходило накопление опыта, и хотя в последнее время их количество заметно снизилось, к сожалению, они еще имеются и не в таком незначительном количестве, чтобы о них следовало бы умалчивать [1, 2, 3]. Накопленный нами опыт в выполнении лапароскопических операций на желчном пузыре позволяет нам еще раз подчеркнуть, что их выполнение таит в себе различные опасности, а допускаемые ошибки, приводят порой к неисправимым и трагическим последствиям.

Настоящая работа преследует цель обратить внимание хирургов, начинающих свой путь в лапароскопической хирургии, на вероятность возникновения ошибок и осложнений и на пути их снижения.

Проведенные исследования являются фрагментом комплексной научно-исследовательской работы кафедры хирургических болезней.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клиника хирургических болезней Харьковского медицинского университета располагает опытом лечением 54 больных (мужчин – 8, женщин – 46), возраст которых колебался от 19 до 68 лет.

По поводу острого калькулезного холецистита оперированы – 11 больных, с хроническим холециститом, обусловленным желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – 43. У трех больных холецистэктомия выполнялась от дна в связи с трудностями, возникшими в дифференциации элементов шейки желчного пузыря.

Переходы к открытому методу выполнения операции у 10 больных были обусловлены различными возникшими интраоперационными осложнениями в перивезикальной зоне и гепатодуоденальной связке.

Показанием к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в 78,5% случаях являлся хронический калькулезный холецистит, в 21,5% – острый калькулезный холецистит, операции при котором выполнялись на 2-3 сутки с начала заболевания.

Всем больным предварительно проводились общеклинические исследования, которые дополнялись специальными исследованиями сопутствующей патологии с обязательным ультразвуковым исследованием (УЗИ) желчного пузыря и протоков. Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с применением мышечных релаксантов инструментарием фирмы «Эндомедиум» (Казань) из четырех стандартных точек.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обсуждение результатов, выполненных ЛХЭ, позволило нам выделить *ошибки*, которых с приобретением опыта становится все меньше и *осложнения*, которых можно избежать.

К *ошибкам* мы относим, прежде всего, неадекватный выбор точек для создания пневмоперитонеума и установления инструментария.

- Неадекватная оценка соматического состояния больных, когда недооцениваются или переоцениваются данные клинического обследования сопутствующей патологии или производится неправильная их интерпретация, переоценка имеющихся возможностей оперирующего хирурга. По нашему мнению, хирург, занимающийся эндоскопическими операциями, должен быть, прежде всего, высококвалифицированным абдоминальным хирургом, спо-

собным решать многие тактические вопросы.

- Отказ от дренирования подпеченочного пространства. Неправильное клипирование пузырного протока и отказ от клипирования пузырной артерии, считая, что она визуально малого диаметра, а также от клипирования крупных ее ветвей.
- Грубые манипуляции при отделении желчного пузыря от печеночного ложа.

Причины возникновения операционных осложнений также являются предметом всестороннего анализа. Специфичность выполнения лапароскопических операций связана, прежде всего, с отсутствием пальпаторной информации, что ставит хирурга в затруднительное положение в ориентации, отсутствие четкой информации о морфологических изменениях как в желчном пузыре и окружающей его клетчатке, так и в изменениях гепатодуоденальной связки. Даже тщательное обследование больных в предоперационном периоде не всегда позволяет получить исчерпывающую информацию. В своих наблюдениях мы дважды столкнулись с подобной ситуацией, которая закончилась переходом на открытую холецистэктомию. В дальнейшем мы пришли к выводу, что в таких ситуациях может помочь выполняемая после пневмоперитонеума обзорная лапароскопия, с помощью которой можно четко определить морфологическое состояние желчного пузыря с перивезикальной клетчаткой и своевременно перейти на открытую холецистэктомию, предотвращая тактические ошибки и возможные в последующем осложнения.

Интраоперационное кровотечение, потребовавшее конверсии, возникло у пяти больных. У трех из них оно возникло из пузырной артерии. Возникновение таких кровотечений вообще может быть связано со случайным повреждением артерии при ее выделении из рубцовоизмененной или инфильтрированной ткани, что мы наблюдали в двух случаях. В одном случае оно возникло при повреждении ее в инфильтрированных тканях треугольника Calot диатермокоагуляцией. Возникновение интраоперационного артериального кровотечения может быть и из дополнительной артерии желчного пузыря, которая является ветвью собственной печеночной, правой поджелудочной или задней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии. В случаях, когда дополнительная артерия располагается в пределах треугольника Calot, ее идентификация не вызывает затруднений. Однако, если дополнительная артерия проходит впереди пузырного протока, могут

возникнуть осложнения при ее пересечении, что мы и отмечали в двух наших наблюдениях, когда она была принята за истинную пузырную артерию, а истинная пузырная артерия была принята за спайку и коагулирована. Возникшее кровотечение остановить не удалось и оперативное вмешательство потребовало открытой холецистэктомии. Практика показала, что остановка кровотечения в таких случаях путем коагуляции недопустима из-за возможного повреждения близко расположенного гепатикохоледоха.

Выделение желчного пузыря из ложа сопряжено как с опасностью повреждения паренхимы печени, так и перфорацией стенки желчного пузыря. Особенно связаны эти осложнения с деструктивными формами холецистита. Для облегчения выполнения холецистэктомии у этих больных необходимо производить пункцию желчного пузыря с последующей аспирацией его содержимого. В ряде случаев это помогает избежать этих осложнений. Осложнения подобного рода мы встретили в трех случаях, в двух из них эвакуация излившейся желчи из под- и надпеченочного пространства ликвидировали путем промывания физиологическим раствором с последующей его эвакуацией при помощи электроотсоса, а выпавшие конкременты удалены с помощью специального резинового контейнера из резиновой перчатки. Возникшее в одном случае повреждение печени, сопровождавшееся обильным кровотечением и желчеистечением, с большими техническими трудностями были ликвидированы с помощью диатермокоагуляции. Осложнений в послеоперационном периоде не было. Кровотечение из ложа может быть успешно остановлено при использовании биполярной коагуляции, реже коллаговой губки или пластины «Тахокомб». В двух случаях были обнаружены конкременты в пузырном протоке, которые удалось после аспирации содержимого желчного пузыря диссектором выдавить в полость пузыря. Во избежание желчеистечения из широкого пузырного протока (ширина свыше 10 мм) его проксимальную часть клипировали тремя клипсами, которые накладывали навстречу друг другу, а дистальную – двумя клипсами аналогичным методом.

Пневмония также является далеко нередким осложнением послеоперационного периода ЛХЭ. Провоцирующим моментом ее

возникновения может служить субоперационный напряженный пневмоперитонеум, когда давление в брюшной полости поднимается выше 14 мм рт.ст. В нашей практике данное осложнение не отмечено.

Избыточное внутрибрюшное давление несет в себе опасность возникновения тромбозомболических осложнений, как со стороны ветвей легочных артерий, так и тромбоза глубоких вен нижних конечностей. С целью снижения этих осложнений, связанных с предстоящим оперативным вмешательством, мы производим детальное обследование всех пациентов с определением факторов риска, и в случае их выявления в качестве профилактического средства применяем фраксипарин, а для профилактики тромбоза глубоких вен нижних конечностей используем эластичное бинтование на время операции и в первые сутки послеоперационного периода. Такой подход позволил нам избежать этих тяжелых осложнений.

Проведение надлежащим образом превентивной антибактериальной терапии во время операции, строгое соблюдение профилактических мер асептики и антисептики по инфицированию брюшной полости позволили нам полностью избежать возникновения

абсцессов брюшной полости и раневой инфекции.

ВЫВОДЫ

С целью улучшения результатов ЛХЭ необходимо соблюдать следующие основные положения:

1. ЛХЭ должна выполняться хирургами, имеющими большой опыт как в абдоминальной, так и в билиарной хирургии.
2. При остром холецистите чаще использовать диагностическую лапароскопию с целью определения морфологических изменений как в желчном пузыре, так и в перивезикальной клетчатке.
3. Считать показанием к переходу на открытую холецистэктомию наличие инфильтрата в области треугольника Calot, а также гангренозного желчного пузыря и пузырно-дуоденальных свищей.

Постоянный анализ ошибок и осложнений, характерных для ЛХЭ, в перспективе позволит снизить их количество до минимальных цифр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дяченко В.В. // Клінічна хірургія. 2003. № 4-5. С. 67-68.
2. Нечитайло М.Е., Огородник П.В., Беляев В.В. // Клінічна хірургія. 2003. № 4-5. С. 73.
3. Мішалов В.Г., Гойда С.М., Лещинин І.М. та ін. // Вісник морської медицини. 2001. № 2. С. 263-265.

ПОМИЛКИ ТА УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

В.І. Лупальцов

Харківський державний медичний університет, кафедра хірургічних хвороб

РЕЗЮМЕ

У статті приводиться досвід виконання 54 лапароскопічних холецистектомій у хворих із хронічним і гострим холециститом, обумовленим жовчнокам'яною хворобою. Аналізуються причини помилок, що призводять до різного роду ускладнень, особлива увага приділяється анатомічним варіантам кровопостачання жовчного міхура і помилкам, що призводять до таких грізних ускладнень, як кровотеча. На підставі проведеного аналізу зроблені висновки про шляхи запобігання цих ускладнень.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лапароскопічна холецистектомія, помилки, ускладнення

MISTAKES AND COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

V.I. Lupaltsov

Kharkiv State Medical University, Department of surgical diseases

SUMMARY

In the article has been presented the experience of performance 54 laparoscopic cholecystectomies in acute and chronic cholecystitis patients with cholestone disease. The special attention spares to anatomic variants of blood supply of cholecyst and to mistakes wich result in such complications as bleeding. The resume about prevention of those complications have done on the basis of conducted analysis.

KEY WORDS: laparoscopic cholecystectomy, mistakes, complications