

- холецистита / В.П. Стрекаловский, Ю.Г. Старков, Н.А. Гришин // Хирургия. - 1993. - №3. - С. 71.
5. Хворостов Е.Д. Реабилитационные показатели лапароскопической холецистэктомии / Е.Д. Хворостов, С.А. Бычков, Р.Н. Гринёв // 3-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов / Под ред. Ю.И. Галлингера. - М., 1999. - С. 315-316.
6. Шестопалов С.С. Клиническая и экономическая эффективность использования эндохирургических методов лечения / С.С. Шестопалов, А.П. Власов, В.Н. Землянская // 3-я Всероссийская научно-практическая конференция "Новые технологии в хирургии": сб. тезисов. - Уфа, 1998. - С. 111.
7. Bacc E.B. Coast Effectiveness of Laparoscopic cholecystectomy vs. Open cholecystectomy / E.B. Bacc, H.A.Pitt, K.D. Lillemoe // Ann. J. Surg. - 1993. - Vol. 165. - P. 46-48.

616.366-089.87.168.1-06
© М.А. Новиков, 2007

М.А. Новиков
**ЛАПАПРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ.
НЕТИПИЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ.**
МУЗ ГKB №6, г. Челябинск

Статья посвящена описанию осложнений в отечественной и зарубежной литературе, связанных с лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ), как интраоперационных, так и в послеоперационном периоде. Описаны достаточно подробно и всесторонне. Имеется ряд классификаций подобных осложнений. Автором приводятся описания осложнений ЛХЭ, не встречавшиеся в практике отечественных и зарубежных хирургов - повреждение передней стенки воротной вены, осложнившееся кровотечением и оставление шейки желчного пузыря с конкрементом, причиной чего явилось аномальное расположение пузырного протока. Оба случая потребовали повторных операций и завершились выздоровлением больных, однако служат, еще одним предупреждением о необходимости осторожного использования экстренной хирургии, четкого представления анатомии желчевыводящих путей.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, осложнения.

М.А. Novikov
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTOMY. UNTYPICAL COMPLICATIONS

The paper is dedicated to the description of the foreign and Russian literature review of operative and postoperative complications associated with laparoscopic cholecystomy. There are classifications of similar complications. The author describes laparoscopic cholecystomy complications that do not occur in foreign and home surgical practice including a damage of the portal vein anterior wall complicated by hemorrhage, and leaving a calculus in the gall bladder neck due to abnormal location of the cystic duct. Both cases demanded repeated surgeries and resulted in patients' recovery. However, they warn again that careful use of urgent surgery and distinct presentation of the biliary tract anatomy are needed.

Key words: laparoscopic cholecystomy, complications.

«При операциях по поводу заболеваний желчных путей, особенно по поводу холелитиаза и его последствий, хирург может встретиться с особыми и различными осложнениями и опасностями. Пожалуй, невозможно полностью исчерпать число и разнообразие всех возможностей. Как раз в этой области каждый хирург неизбежно обогатится собственным печальным опытом». Р. Штих, М. Маккас [5].

Холецистэктомия - это одна из наиболее частых операций в абдоминальной хирургии. В настоящее время большая часть этих операций выполняется посредством лапароскопических и малоинвазивных технологий. Однако независимо от метода оперативного вмешательства - традиционного или лапароскопического - сама операция холецистэктомии сопровождается самыми различными ос-

ложнениями, которые случаются на всех ее этапах и периодах лечения пациента.

К настоящему времени в мировой практике хирургического лечения желчно-каменной болезни и хронического калькулезного холецистита накоплен колоссальный опыт, позволяющий оценить частоту, характер, причины и способы лечения осложнений холецистэктомии.

По мере освоения технических аспектов и приемов оперативного вмешательства с использованием прогрессивных технологий и широкого внедрения малоинвазивных операций в повседневную практику количество различных осложнений уменьшилось, однако полностью их избежать не удастся.

Целью публикации работы явилось желание ознакомить хирургов - приверженцев эндоскопической хирургии с редкими ослож-

нением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ).

Материал и методы

В хирургической службе МУЗ ГKB № 6 г. Челябинска лапароскопическая холецистэктомия выполняется с 1992 года. На сегодняшний день выполнено около двух тысяч этих оперативных вмешательств по поводу хронического и острого калькулезного холецистита.

ЛХЭ выполняется по общепринятой методике под эндотрахеальным наркозом.

При выполнении ЛХЭ наблюдались самые различные виды осложнений на всех этапах как самого оперативного пособия, так и в послеоперационном периоде.

Нами отмечены различные группы осложнений, которые были классифицированы как интраоперационные, послеоперационные, отдаленные, а также осложнения, связанные с анестезиологическим пособием.

Какие-то из них были незначительными, как, например, выпадение камней из поврежденного желчного пузыря при его выделении. Другие - тяжелыми и достаточно серьезными, такими как пересечение гепатикохоледоха, которые привели к необратимым последствиям и летальному исходу.

В практике мы столкнулись с двумя серьезными осложнениями, аналогов которым не нашли в специальных литературных источниках. В одном случае это были некроз и перфорация передней стенки воротной вены. В другом случае - неполное удаление желчного пузыря с оставлением его шейки с фиксированным камнем.

Результаты исследования

1. Больная Д., 53 лет. Операция лапароскопическая холецистэктомия проведена 12.02.1994 г. В ходе операции после удаления от шейки желчного пузыря имело место обильное диффузное кровотечение из ложа пузыря, что в связи с нестабильным гемостазом потребовало дополнительного тампонирувания ложа пузыря перчаточнo-марлевым тампоном и дренирования подпеченочного пространства. Послеоперационный период протекал относительно гладко, тампон удален на 4-е сутки.

На 7-е сутки после операции отмечено резкое ухудшение состояния больной, коллапс. При ультразвукографии выявлено большое количество свободной жидкости в брюшной полости, по поводу чего выполнена экстренная лапаротомия, которая обнаружила наличие 2 литров крови в полости живота и большой сгусток крови в подпеченочном пространстве. За источник кровотечения было

принято ложе желчного пузыря с нестабильным гемостазом. Операция закончена дренированием и тампонируванием брюшной полости. Еще через сутки произошел рецидив профузного кровотечения в брюшную полость. Произведена релапаротомия. Ревизия выявила дефект передней стенки воротной вены размером 2 x 1 см. Произведены ушивание раны сосуда, тампонирувание и дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело, осложнился нагноением операционной раны. Заживление - вторичным натяжением. Исход благоприятный.

Ретроспективный анализ выявил пролежень, вызванный сигарообразным тампоном, передней стенки воротной вены с ее некрозом и перфорацией. Кроме того, была вероятность термического повреждения стенки сосуда при длительной коагуляции ложа желчного пузыря.

2. Больной Б., 44 лет, в плановом порядке оперирован 19.04.2000г. по поводу хронического калькулезного холецистита. Произведена лапароскопическая холецистэктомия под эндотрахеальной анестезией. В послеоперационном периоде в течение 6 суток отмечена субфебрильная лихорадка. Ультрасонография выявила скопление жидкости в подпеченочном пространстве объемом до 100 мл, расцененное как билома. Больной произведена чрескожная пункция подпеченочного пространства, эвакуировано 80 мл желчи. Через сутки произошел рецидив желчеистечения. Произведена повторная пункция с контрастированием полости. Контрастировано желчное дерево с фрагментом желчного пузыря с дефектом наполнения в области шейки. Рентгенологическая картина соответствовала оставленной (неудаленной) части желчного пузыря. При контрольной ультрасонографии обнаружены скопление жидкости в подпеченочном пространстве, а также камень в проекции шейки желчного пузыря (рис. 1).

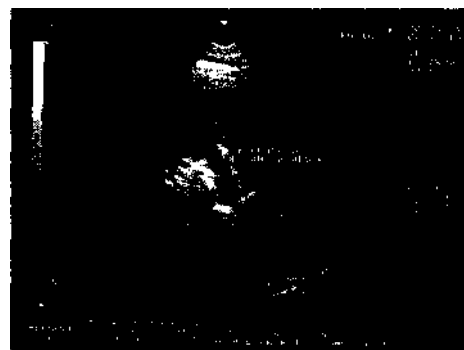


Рис. 1. Ультрасонограмма. Билома. Камень желчного пузыря

В ходе операции лапаротомии было выявлено аномальное расположение пузыряного

протока и впадение его в гепатикохоледох. Схематично это выглядело следующим образом (рис. 2).



Рис. 2. Аномальное впадение пузырного протока в гепатикохоледох

Закключение

Лапароскопическая холецистэктомия, как и любая другая хирургическая операция,

может сопровождаться различными осложнениями на всех этапах вмешательства. Как правило, они возникают на этапе самого оперативного вмешательства, но проявляются чаще в послеоперационном периоде, хотя причина их кроется в ошибках, допущенных при выполнении самого вмешательства. Знание хирургом возможных осложнений, их прогнозирование и профилактика позволят оградить пациента от повторных оперативных вмешательств.

Получено 15. II. Об.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Классификация, принципы профилактики, диагностики и тактики лечения осложнений лапароскопических холецистэктомий / А.С. Балалыкин, Б.В. Крапивин, А.Н. Алимов // 4-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов / Под ред. Ю.И. Галлингера. - М., 2000. - С. 2.
2. Блувштейн Г.А. К вопросу классификации неблагоприятных ситуаций, сопровождающих лапароскопическую холецистэктомию / Г.А. Блувштейн, С.В. Вертянкин, В.А. Якубенко // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - №1. - С. 10-11.
3. Давыдов А.А. Электротермические повреждения при лапароскопической холецистэктомии / А.А. Давыдов, Б.В. Крапивин, В.Ф. Скляр // Осложнения эндоскопической хирургии: сб. тезисов Рос. симпозиума. - М., 1996. - С. 55-56.
4. Кригер А.Г. Внутривнутрибрюшное кровотечение после холецистэктомии / А.Г. Кригер, В.А. Горский, Б.К. Шуркалин // Хирургия. - 2001. - №11. - С. 44-46.
5. Штих Р. Ошибки и опасности при хирургических операциях / Р.Штих, М. Маккас. - Л.: Практическая медицина, 1928. - 34с.

УДК: 616.37-031-006-089.168.1

© И.З. Салимгареев, М.А. Нартайлаков, Н.В. Пешков, Г.Р. Баязитова, 2007

И.З. Салимгареев, М.А. Нартайлаков, Н.В. Пешков, Г.Р. Баязитова АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова,
ГОУВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа

Целью работы явилось улучшение результатов панкреатодуоденальных резекций (ПДР). Обоснованы показания к ПДР, разработан комплекс мероприятий по профилактике осложнений, изучены отдаленные результаты ПДР. Приведен опыт выполнения 33 ПДР за период с 1995 по 2005 годы. Наиболее часто ПДР выполнялась у лиц в возрасте 40-49 лет (42,4%). Радикальные операции (ПДР) были выполнены 31 (13,8%) пациенту с опухолями периампулярной зоны. Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 13 (39,4%) больных. Общая летальность после ПДР составила 15,2%. В отдаленные сроки прослежена судьба 24 больных. 5-летняя выживаемость при злокачественных поражениях составляет 4,5%. ПДР при наличии показаний и технической возможности выполнения себя оправдывает.

Ключевые слова: поджелудочная железа, поджелудочной железы новообразования, панкреатит хронический, поджелудочной железы киста, панкреатодуоденэктомия, резекция панкреатодуоденальная.

I.Z. Salimgareev, M.A. Nartaylakov, N.V. Peshkov, G.R. Bayazitova THE ANALYSIS RESULTS OF PANCREATODUODENAL RESECTIONS

Purpose of the work: improvement results of pancreatoduodenal resections (PDR). The problems; motivation of the evidences to PDR, development of the complex actions on preventive maintenance of the complications, study remote results PDR. The brought experience of the execution 33 PDR during the period since 1995 on 2005 years. Most often PDR was executed at age 40-49 years (42,4%). The radical operations (PDR) were executed 31 (13,8%) patients with tumors periampullar zones. The complications at early postoperative period developed at 13 (39,4%) sick. The general letality after PDR has formed 15,2%. At remote periods track fate 24 sick. 5-years survival under malignant defeats forms 4,5%. GPDR at presence of the evidences and technical possibility of the execution itself justify.

Key words: pancreas, pancreatic neoplasms, chronic pancreatitis, pancreatic cyst, pancreaticoduodenectomy, pancreatoduodenal resection.