

УДК 616.366:617–089:616.381–089.85–06



*В.В. Кисляков, Е.Б. Усейнов, А.Г. Иванов,  
К.Л. Гройзик, А.Г. Фролов, І.В. Камінський*

## Лапароскопічна холецистектомія та небезпеки при її виконанні

Кримський державний медичний університет  
ім. С.Г. Георгієвського, Сімферополь,  
ДЗ «Відділкова клінічна лікарня на станції Сімферополь»  
ДП «Придніпровська залізниця»

**Ключові слова:** лапароскопічна холецистектомія, ускладнення, конверсія.

Золотим стандартом у хірургії жовчнокам'яної хвороби нині є лапароскопічна холецистектомія, яку виконують у 85–90% пацієнтів [4, 5]. Однак при її виконанні можливий розвиток специфічних ускладнень, а також виникнення ситуацій, що потребують проведення конверсії [1, 6–9]. Найбільш часті та загрозові ускладнення поєднані з випадковим інтраопераційним ятрогенним ушкодженням магістральних позапечінкових жовчних протоків і великих артеріальних стовбурів, які проходять внаслідок запальних морфологічних змін в зоні скелетизування [14, 15].

Одною з основних причин конверсії при лапароскопічній холецистектомії є кровотеча [2, 7, 9, 16].

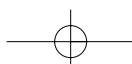
Ятрогенне ушкодження позапечінкових жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії в Європі та США відбувається в 0–2,7% випадків [11, 12], а, за даними російських хірургів, частота цього ускладнення становить від 0,18 до 1,75% [3, 10].

Безумовно, інтраопераційна профілактика ушкоджень жовчних протоків залежить від суворого дотримання принципів безпечної техніки лапароскопічної холецистектомії, а також розуміння механізму розвитку ускладнень. Сумніви щодо можливості технічного виконання операції у зв'язку з анатомо-морфологічними особливостями мають бути суворими показаннями до переходу на «відкритий» спосіб операції. Частота конверсії за відсутності суворої селекції пацієнтів становить не менше 5–7%. У деяких країнах (наприклад, у Шотландії) вона досягає 10–13% [13].

Нами проаналізовано досвід хірургічного лікування 606 хворих на жовчнокам'яну хворобу, які перебували в хірургічному відділенні ДЗ «Відділкова клінічна лікарня на станції Сімферополь» в період з 2003 по 2008 р. Усім хворим виконано лапароскопічну холецистектомію з приводу хронічного (406 осіб; 66,9%) та гострого (200; 33,1%) холециститу. З приводу гострого холециститу в екстремальному порядку оперовано 24 (12%) хворих, у терміновому – 50 (25%). При ефективній консервативній терапії гострого холециститу в 126 (63%) випадках хворих оперували на 7–10-у добу після початку лікування.

Труднощі і технічні складності в цій групі виникали при виконанні оперативних втручань у строки пізніше 9-ої доби від початку захворювання і були пов'язані з наявністю щільного периміхурного інфільтрату, утвореного прилеглими органами. Злук вдалось роз'єднати коагуляційним кривком, однак виражена інфільтрація печінково-дуоденальної зв'язки та стінки міхура, особливо у лійкошийковому сегменті створювали небезпеку ушкодження холедоху, печінкових протоків і артерій. Шляхом делікатної дисекції, застосовуючи техніку «хобот слона», безпосередньо вздовж стінки міхура, вдалось чітко верифікувати міхурову протоку і артерію, після чого проводили їхнє кліпировання і пересікання. Тривалість цих втручань становила 100–120 хв. У цій групі у 2 (1%) пацієнтів розвинулось післяопераційне ускладнення – жовчний перитоніт, діагностований у одному випадку на 2-у добу після операції, а в другому – на 5-у добу. В першому випадку причиною його розвитку була неспроможність кукси міхурового протоку, ліквідована релапароскопією, рекліпуванням кукси протоку, дренажуванням черевної порожнини. У другому – крайове ушкодження правого печінкового протоку, що змусило виконати лапаротомію з ушиванням ушкодження, дренажуванням холедоху і черевної порожнини. Через два тижні виконано гепатикоеюностомію. У двох пацієнтів на момент операції була механічна жовтуха, з приводу якої додатково проводили ревізію і дренажування холедоху через кукси міхурового протоку. Тривалість цих втручань становила 200–240 хв. В одному з випадків виконано конверсію у вигляді інтраопераційного випадання дренажу з холедоху та невдалих спроб його повторної установки.

Тривалість цих втручань становила 100–120 хв. У цій групі у 2 (1%) пацієнтів розвинулось післяопераційне ускладнення – жовчний перитоніт, діагностований у одному випадку на 2-у добу після операції, а в другому – на 5-у добу. В першому випадку причиною його розвитку була неспроможність кукси міхурового протоку, ліквідована релапароскопією, рекліпуванням кукси протоку, дренажуванням черевної порожнини. У другому – крайове ушкодження правого печінкового протоку, що змусило виконати лапаротомію з ушиванням ушкодження, дренажуванням холедоху і черевної порожнини. Через два тижні виконано гепатикоеюностомію. У двох пацієнтів на момент операції була механічна жовтуха, з приводу якої додатково проводили ревізію і дренажування холедоху через кукси міхурового протоку. Тривалість цих втручань становила 200–240 хв. В одному з випадків виконано конверсію у вигляді інтраопераційного випадання дренажу з холедоху та невдалих спроб його повторної установки.





Ефективна консервативна терапія дала можливість досягти стихання гостроти процесу, і в більшості випадків виконати планове оперативне втручання без особливих труднощів. У третини пацієнтів стихання гострого процесу інтраопераційно виявлялось підвищеною кровоточивістю, а формування щільних зрощень при розсмоктуванні інфільтратів і склероз стінки міхура створили додаткові, але незначні труднощі при мобілізації міхура.

Планові оперативні втручання виконували також з приводу хронічного калькульозного холециститу. Практично в усіх випадках операції вдалося виконати швидко – протягом 40–60 хв та без суттєвих труднощів. Лише в 3 (0,73%) випадках виконано конверсію. В першому – мав місце «форміруючий синдром Мірізі» – щільний інфільтрат у ділянці лікочийкового сегмента міхура, при розділенні якого був пересічений холедох, що змусило перейти на конверсію і виконати зшивання холедоха на дренажі. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. У другому випадку під час операції виявлено холедохолітаз, не ді-

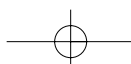
агностований доопераційно, внаслідок чого виконано конверсію, холедохолітотомію (12 конкрементів), дренажування холедоха. В третьому випадку причиною конверсії була пенетруюча в жовчний міхур виразка постбульбарного відділу дванадцятипалої кишки, виявлена вже після її мобілізації від міхура лапароскопічним способом. Після конверсії виконані: холецистектомія, відсічення виразки з дуоденопластикою за Фіннеєм і селективна проксимальна ваготомія. Післяопераційний період перебігав без ускладнень.

Таким чином, конверсії пов'язані з щільними інфільтративними і рубцево-злукковими процесами в гепатобіліарній зоні. Їх виконували переважно при планових оперативних втручаннях. А ятрогенні ускладнення і складнощі, які виникли в ході операції, були причиною конверсії лише в одному випадку.

Виходячи з викладеного вище, розширення показань до виконання лапароскопічної холецистектомії при різних формах холециститу не тільки виправдано, а й доцільно через невелику кількість післяопераційних ускладнень.

## Література

1. Азмурзаев М.М., Каиров Г.Б., Межгихов Т.Н., Халилов Р.В. Неудачи лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хирургия. – 2000. – № 2. – С. 4.
2. Балалыкин А.С., Крапивин Б.В., Ташкинов Н.В. и др. Неудачи, ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии // Междунар. конгресс «Лапароскопическая хирургия»: Сб. докл. – 1993. – № 6. – С. 47–53.
3. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Воробьев В.К. Повреждения гепатикохоледоха при выполнении лапароскопической холецистэктомии // 4-я конференция хирургов гепатологов «Анналы хирургической гепатологии. Современные проблемы хирургической гепатологии»: Материалы. – Тула, 1996. – Т. 1. – С. 278.
4. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П.А. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита // Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны; Материалы междунар. конф. хирургов, посвященной 80-летию В.В. Виноградова (13–14 апреля 2000 г.). – 2000. – С. 146–149.
5. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Иванов П.А. и др. Хирургическое лечение острого холецистита у больных с высоким операционным риском // Актуальные проблемы неотложной хирургии: Материалы выездного пленума Проблемной комиссии «неотложная хирургия», посвященного 60-летию научного общества хирургов на Кавказских минеральных водах. – Пятигорск, 2005. – С. 28–29.
6. Желябин Д.Г., Чистяков А.А., Токин А.Н., Мамалыгина Л.А. Результаты ультразвукового исследования и прогноз конверсии при лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 2. – С. 48.
7. Кочуков В.П. Конверсия. Способ удачного завершения операции // Там же. – С. 64–65.
8. Мосягин В.Б., Калинина М.А., Буряковский Д.Л. Причины конверсии при лапароскопических операциях // Там же. – 2005. – № 1. – С. 89–90.
9. Ратников О.А., Полях Д.Р., Фазиллов А.В., Цой Д.В. Анализ причин конверсии при лапароскопической операции // Там же. – № 1. – С. 111.
10. Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Михайлов А.П. Осложнения в абдоминальной хирургии // Там же. – 2000. – № 5. – С. 3–11.
11. Barwood N.T., Valinsky L.J., Hoobs M.S. et al. Changing methods of imaging the common bile duct in laparoscopic era in Western Australia // Ann. Surg. – 2002. – Vol. 235. – P. 41–50.
12. Deziel D.J., Millikan K.W., Economou S.G. et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77,604 cases // Am. J. Surg. 1993. – Vol. 165. – P. 9–14.
13. Fried G.M., Barkun J.S., Sigman H.H. et al. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy // Ibid. – 1994. – Vol. 167, N1. – P. 35–41.





14. Johnson S.R., Koehler A., Pennington L.K. et al. Longterm results of surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy // J. Surgery. — 2000. — Vol. 128, N 4. — P. 668–77.

15. Reddick E.J. Laparoscopic Surgery: An Update. Overview of recent results // Endoscopy. — 1994. — Vol. 26, N 5. — P. 433–501.

16. Tocchi A., Mazzoni G., Liotta G. et al. Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting // J. Arch Surg. — 2000. — Vol. 135, N 2. — P. 153–157.

***В.В. Кисляков, Э.Б. Усеинов, А.Г. Иванов, К.Л. Гройзик, А.Г. Фролов, И.В. Каминский***

### **Лапароскопическая холецистэктомия и опасности при ее выполнении**

Представлены результаты хирургического лечения 606 больных желчнокаменной болезнью, которым была выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического (406 (66,9%)) и острого (200 (33,1%)) случаев холецистита. Проанализированы причины развития послеоперационных осложнений и перехода на открытую холецистэктомию. Предлагается расширить показания к выполнению лапароскопической холецистэктомии при различных формах холецистита.

***V.V. Kislyakov, E.B. Useinov, A.G. Ivanov, K.L. Grojzik, A.G. Frolov, I.V. Kaminsky***

### **Laparoscopic cholecystectomy and risks resulting from its performance**

The article presents results of the surgical treatment of 606 patients with cholelithiasis, who were undergone laparoscopic cholecystectomy as regards the cases of chronic 406 (66.9 %) and acute 200 (33.1 %) cholecystitis. The analysis has been done for the reasons of the development of postoperative complications and conversions on an open cholecystectomy. It is proposed to expand indications for the performance of laparoscopic cholecystectomy at various cholecystitis forms.

