

УДК 616.366-089.87-035.7-084

*В.И. Глухое, В.В. Вишняк, В.П. Визичканич,
СР. Калкаманова.*

ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Владивостокский государственный медицинский
университет,
Покровская центральная районная больница
(Приморский край)

*Ключевые слова: желчнокаменная болезнь,
холецистэктомия, ятрогенные повреждения.*

Проблема хирургических ятрогений не нова. Если в 80-х годах XX века обсуждались ятрогенные повреждения (ЯП), возникшие после обычных оперативных вмешательств, то с начала 90-х годов, после широкого внедрения лапароскопических операций, данная проблема стала более актуальной.

По данным В.Ф. Сухарева и др. [11], по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений ежегодно в России оперируются 100 000-120 000 человек. Примерно в 0,8-1,8% операций происходят повреждения либо внепеченочных желчных протоков (ВЖП), либо сосудов, расположенных в гепатодуоденальной связке. Нельзя рассматривать повреждения ВЖП вне связи с повреждениями сосудистых структур гепатодуоденальной связки, так как при кровотечении резко возрастает вероятность ранения желчных протоков.

Первой причиной ЯП является экстремальная ситуация во время операции. Она может возникнуть, когда хирург сталкивается либо с рассыпным типом строения пузырной артерии, либо повреждает ее во время выделения инфильтративно измененной шейки пузыря. По данным ряда авторов, повреждения пузырной артерии встречаются в 1,7-7,9% операций, ткани печени в области ложа желчного пузыря с развитием кровотечения - в 0,9-5,1% [1,6, 7]. Имеются единичные сообщения о ранениях воротной вены (0,1%) и правой печеночной артерии (0,7%) [4, 11]. Необходимость открытой лапаротомии после лапароскопической возникает в случае кровотечения у 0,6-1,1% больных [12].

Вторая по частоте причина ЯП - «ложные аномалии». Так, большинство повреждений общего или правого печеночного протоков возникают в результате того, что во время операции они принимаются за пузырный проток и в результате перевязываются и пересекются.

А.Н. Чугунов и И.В. Федоров [14] выявили повреждения ВЖП при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у 0,2-0,6% пациентов. По данным О.Э. Луцевич и С.А. Гордеева [5], а также ряда других исследователей [9, 10], повреждения этих протоков при ЛХЭ встречались в 0,08-2,7% случаев. В то же время есть сообщения, согласно которым частота ЯП ВПЖ при лапароскопической и открытой холецистэк-

томиях одинакова и даже выше при открытом методе (0,74% против 0,61%). Большинство авторов считают, что частота осложнений ЛХЭ, и в частности повреждения ВЖП, определяется опытом хирурга [13].

Третья причина ЯП - истинные аномалии развития. В таких ситуациях врач всегда работает с максимальным напряжением, но тем не менее может допустить ошибку. По мнению А.Н. Чугунова и др. [14], аномалии расположения ВЖП встречаются в 15-20% случаев, но этот фактор нельзя считать основным в возникновении ЯП.

Четвертая причина - осложненное течение желчнокаменной болезни (ЖКБ), сопровождающееся изменениями топографоанатомических взаимоотношений структур подпеченочного пространства. Воспалительный отек гепатодуоденальной связки существенно затрудняет определение сосудов и желчных протоков в области ворот печени, а иногда делает это практически невозможным. Расширение показаний к ЛХЭ при остром холецистите, склероатрофическом желчном пузыре, синдроме Мирризе, водянке желчного пузыря ведет к увеличению повреждений ВЖП. С. Kum et al. зафиксировали это тяжелое осложнение при остром холецистите в 5,5% случаев (против 0,2% у больных без воспалительных изменений в зоне желчного пузыря). ЛХЭ при остром холецистите имеет ряд особенностей [11]. Наиболее опасны, с точки зрения повреждения ВЖП, инфильтративные изменения в области шейки пузыря. При непреодолимых технических сложностях переход на лапаротомию происходит в 4,9-11% случаев [2, 8].

Пятая причина ЯП - злокачественные опухоли. Рак желчного пузыря является находкой в 1-2% операций по поводу ЖКБ [3].

Кроме того, при ЛХЭ отсутствие тактильного восприятия операционного поля усложняет технику вмешательства и предрасполагает к более частым ЯП. Приобретенный опыт уменьшает, но не предотвращает повреждения, так как на протяжении последних лет стойко в практике сохраняется относительно высокий процент этих осложнений.

В то же время, по данным D. Adams et al., в 58% случаев повреждения ВЖП встречались при удалении так называемых легких пузырей, в анатомически благоприятных ситуациях, при отсутствии грубых патологоанатомических изменений и других факторов риска [11]. Если при сложных анатомических ситуациях повреждения ВЖП объективно обусловлены, то при так называемых легких пузырях превалирует субъективный фактор - хирургическая эйфория при легкой холецистэктомии. Это те случаи, которые можно избежать при определенной культуре оперирования.

Если учесть, что летальность, связанная с ЯП, достигает 30-40%, то становятся понятными актуальность данной проблемы и важность профилактики этих осложнений.

Пронализировано 428 случаев ЖКБ. 125 пациентам была произведена открытая холецистэктомия, 105 - мини-лапаротомная холецистэктомия, 198 -

ЛХЭ. Интраоперационные осложнения возникли у 7 больных: 3 кровотечения (2,4%) при открытой и 1 (0,9%) при мини-лапаротомной холецистэктомии. ЛХЭ в 2 случаях осложнилась кровотечением и в 1 - повреждением ВЖП.

Кроме того, ряд возникших на собственном материале интраоперационных ситуаций нельзя в полной мере назвать осложнениями. Это, скорее всего, отклонения от стандартного, типичного хода операции, и в статистику они не вошли. Как правило, возникающие во время вмешательства сложности не представляют серьезной опасности и легко устраняются в ходе манипуляций. К ним следует отнести перфорацию стенки желчного пузыря, кровотечение из ветвей пузырной артерии, выпадение конкрементов из желчного пузыря.

Более опасны ситуации, когда хирург по ряду причин теряет ориентацию в зоне оперативного вмешательства. Так, в 2 случаях при легкой интраоперационной ситуации произошел опасный контакт с трубчатыми структурами. Одной больной при открытой холецистэктомии наложена лигатура на общий желчный проток, другой - во время ЛХЭ клипирован печеночный проток. Осложнения замечены, лигатура и клипса были тотчас сняты. Причина столь опасного контакта - попытка выделения пузырного протока без визуализации шейки желчного пузыря. При ЛХЭ первым действием является идентификация шейки желчного пузыря, только затем выделение пузырного протока. При легкой идентификации артерии возможно ее клипирование после рассечения брюшины в области шейки первым этапом. При трудностях обнаружения клипирование следует производить после пересечения пузырного протока.

Клипирование общего печеночного протока в дистальном и проксимальном отделах с пересечением произошло в 1 случае. Тяжелая травма заподозрена при обнаружении трех культей протоков, расположенных медиально от ложа желчного пузыря. Наложена гепатодуоденостомия. Причина повреждения оказалось типичной - потеря ориентации и начало мобилизации на гепатодуоденальной связке, а не в области шейки пузыря на фоне кровотечения из его ложа.

В 4 случаях при выраженном спаечном процессе и в 2 в связи с кровотечением из пузырной артерии, доступ был изменен. В 1 случае при сморщенном желчном пузыре во время мини-лапаротомной холецистэктомии произведена конверсия.

Конверсия при грубых морфологических изменениях является профилактическим мероприятием возможных ЯП структур гепатодуоденальной связки и должна применяться хирургом достаточно широко. Конверсия при различных хирургических ситуациях при ЛХЭ проведена на собственном материале у 9 больных, что составило 4,5% от числа этих вмешательств. Дифференцированный подход к методам оперативного лечения позволил к минимуму свести тяжелые повреждения ВЖП - 0,2%.

Таким образом, внедрение новых технологий в хирургическую практику, к сожалению, приносит и новые

ЯП. В связи с этим необходим дифференцированный подход к методам оперативного лечения ЖКБ с учетом анамнеза, сопутствующих заболеваний, ультразвуковых критериев спаечного и воспалительного процессов.

Литература

1. Балалыкин А.С., Крапивин Б.Б., Ташкинов Н.В. и др.// *Лапароскопическая хирургия: Материалы междунар. конгр.* - М., 1993. - С. 47-52.
2. Емельянов СИ, Евдошенко В.В.// *Эндоскопическая хирургия.* - 1995. - №4. - С. 17-22.
3. Кушнир В.Х., Лещева Т.К.// *Вопр. экспериментальной и клин. хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы.* - М., 1974. - С. 15-17.
4. Лапкин К.В., Климов А.Е., Тедорадзе Р.В.// *Материалы 8-го Всероссийского съезда хирургов.* - Краснодар, 1995. - С. 360-361.
5. Луцевич О.Э., Гордеев С.А.// *Эндоскопическая хирургия.* - 1996. - №2. - С. 8-11.
6. Попов А.Ф., Крапивин Б.В., Брискин Б.С. и др.// *Материалы 8-го Всероссийского съезда хирургов.* - Краснодар, 1995. - С. 380-381.
7. Поташев Л.В., Кудреватых И.П., Васильев В.В. и др.// *Профилактика и лечение осложнений в эндохирургии.* - Казань, 1994. - С. 15-17.
8. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В.// *Эндоскопическая хирургия.* - 1998. - № 3. - С. 44-45.
9. Седов В.М., Юрлов В.В.// *Вестник хирургии.* - 1996. - № 2. - С. 72-74.
10. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Л.// *Хирургия.* - 1997. - № 5. - С. 32-35.
- И. Сухарев В.Ф., Медведев В.Г., Скородумов А.В., Тигин Д.Н.// *Осложнение в неотложной хирургии и травматологии: Сб. науч. тр.* - М., 1998. - С. 51-56.
12. Ушаков Н.Д., Шорников В.А., Грибков А.И. и др.// *Новые возможности и перспективы развития эндоскопической хирургии: Материалы международной конф.* - СПб., 1995. - С. 26-27.
13. Хатьков И.Е., Фалькова А.Е.// *Эндоскопическая хирургия.* - 1999. - № 5. - С. 38-44.
14. Чугунов А.Н., Федоров И.В.// *Лапароскопическая хирургия: Материалы международного симпозиума.* - М., 1994. - С. 14-16.

PROPHYLAXIS OF IATROGENIC AFTER-EFFECTS WITH CHOLECYSTECTOMY

V.I. Gluhov, V.V. Vischnyak, V.P. Visichkanitch, S.R. Kalkamanova

Vladivostok State Medical University, The Pokrovka central district hospital (Primorsky kraj)

Summary — The authors describe the principal causes of injuries of extra hepatic bile-duct and consider that it is possible to minimize such kind of complications if the techniques of operation and individual approach to the methods of surgical intervention are thoroughly kept. The timely fulfilled conversion is a prophylactic measure of possible iatrogenic damages. On own material (428 cholecystectomies, 198 of them were laparoscopic operations), the conversion has been performed in 4,5 % of cases. The damages of extrahepatic bile-duct occurred at 0,2 % of patients.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 1, P. 54-55.