

УДК 616.37—002.2—092

© В.В.Ходаков, В.В.Забродин, А.М.Поляков, Э.Ф.Валиев, Е.В.Забродин

## Редкое осложнение после лапароскопической холецистэктомии

В.В.ХОДАКОВ, В.В.ЗАБРОДИН, А.М.ПОЛЯКОВ, Э.Ф.ВАЛИЕВ, Е.В.ЗАБРОДИН

### A rare complication after laparoscopic cholecystectomy

V.V.HODAKOV, V.V.ZABRODIN, A.M.POLYAKOV, E.F.VALIEV, E.V.ZABRODIN

Уральская государственная медицинская академия  
Медико-санитарная часть МВД по Свердловской области

На протяжении последних двадцати лет в хирургии произошли значительные прогрессивные изменения. Появляются новые высокоэффективные малоинвазивные, эндоскопические технологии, доступные широкому кругу врачей, совершенствуется техника хирургических вмешательств. Наиболее благоприятной сферой приложения современных высокотехнологичных операций является хирургия желчнокаменной болезни [14]. По мнению многих авторов, операцией выбора в хирургическом лечении неосложнённых и осложнённых форм желчнокаменной болезни становится видеолапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [5, 15, 16]. Минимальная травматичность, косметическая эффективность, значительное сокращение времени послеоперационной реабилитации – это лишь некоторые преимущества данного вида оперативного вмешательства, которыми руководствуются хирурги [3]. Вместе с тем, в литературе опубликовано большое количество работ, посвященных проблеме осложнений, связанных с выполнением ЛХЭ [8, 17, 18]. Частота подобных осложнений, по данным ряда авторов, составляет от 1,2 до 5,1%, а в некоторых наблюдениях достигает 24,5% [1, 6, 7, 9, 10, 12, 13]. Наряду с этим, по данным литературы, при выполнении ЛХЭ не всегда удаётся избежать повторных операций, приводятся также случаи летальных исходов после ЛХЭ [2, 4, 11]. В своей работе нам встретилось довольно редкое осложнение, связанное с ЛХЭ. Именно это обстоятельство и побудило нас поделиться собственным клиническим опытом.

Больной С., 43 лет, госпитализирован 16 мая 2011 года в хирургическое отделение клинического госпиталя МВД РФ по Свердловской области для оперативного лечения по поводу желчнокаменной болезни. Ранее, в апреле 2007 года в другом лечебном учреждении в плановом порядке больному была выполнена видеолапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулёзного холецистита. В раннем послеоперационном периоде у больного диагностирован подпечёчный желчный затёк и на 12-е сутки после ЛХЭ произведена повторная операция: минилапаротомия, ревизия подпечёчного пространства справа, санация и дренирование брюшной полости. После повторной

операции желчный свищ закрылся самостоятельно, рана зажила вторичным натяжением. При контрольном ультразвуковом исследовании брюшной полости установлено, что желчный пузырь отсутствует, ложе чистое, дополнительных образований в подпечёчном пространстве не выявлено. Больной был выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение амбулаторного хирурга на 31-е сутки после ЛХЭ. В последующем три года чувствовал себя хорошо до октября 2010 г. когда стал отмечать появление неинтенсивных болевых приступов в правом подреберье после погрешности в диете. После обращения за медицинской помощью был обследован, выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости в декабре 2010 года: контуры печени чёткие, ровные, эхоструктура однородная, плотность не повышена. Левая доля 64 мм, правая доля 129 мм, порталная вена 10 мм. В проекции ложа желчного пузыря жидкостное образование 13x16 мм, с гиперэхогенной кальцинированной стенкой, внутри которого не исключаются конкременты 4-5 мм, холедох не расширен, 3 мм. Поджелудочная железа в области головки 29 мм, тела 13 мм, хвоста 27 мм, эхоструктура диффузно неоднородная, плотность обычная. Вирсунгов проток 2 мм в диаметре. Селезенка, почки – без патологии. Заключение: диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы, культя желчного пузыря с кальцинированной стенкой и конкрементами (рис. 1). В мае 2011 повторно сделано УЗИ и подтвержден ранее установленный диагноз (рис. 2). Больному предложена операция. При поступлении в хирургическое отделение госпиталя общее состояние удовлетворительное, жалобы на периодические приступообразные боли в правом подреберье после приёма пищи, сухость во рту, отрыжку воздухом. При осмотре кожный покров физиологической окраски, чистый. Пульс удовлетворительных качеств, 76 в мин. АД 145/100 мм рт.ст. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Язык влажный, слегка обложен серым налётом у корня. Живот не вздут, округлой формы, мягкий, безболезненный во всех отделах, в правом подреберье вертикальный послеоперационный рубец 5,3x0,8 см, мягкий, без воспалительных изменений. В области пупка, под мечевидным отростком и в правом подре-



Рис. 1. УЗИ культи желчного пузыря. 1. Кальцинированная стенка желчного пузыря. 2. Конкременты желчного пузыря.



Рис. 2. УЗИ культи желчного пузыря. 1. Конкременты желчного пузыря. 2. Культя желчного пузыря.

берье три послеоперационных рубца 6x3 мм, мягкие, безболезненные. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, дизурических явлений нет. При гастрофиброскопии был выявлен поверхностный гастрит, эрозивный бульбит. На электрокардиограмме ритм синусовый, 72 в мин., имеются диффузные изменения миокарда. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патологии не выявлено. Результаты лабораторных исследований: гемоглобин 163 г/л, эритроциты  $5,3 \times 10^{12}/л$ , тромбоциты  $191 \times 10^9/л$ , лейкоциты  $8,1 \times 10^9/л$ , эозинофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 70%, лимфоциты 21 %, моноциты 6%, РОЭ 5 мм/час. Общий билирубин 20,0 мкмоль/л, глюкоза крови 5,2 ммоль/л, АсТ 0,64 ммоль/л, АлТ 0,76 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л, общий белок 71 г/л, ПТИ 81 %, МНО 1,37. Общий анализ мочи без патологии, микрореакция отрицательная. Пациент осмотрен анестезиологом и терапевтом. Выявлены сопутствующие заболевания: Гипертоническая болезнь 1 стадии, 1 степени, риск 2, НК 0. Поверхностный гастрит. Эрозивный бульбит. Хронический панкреатит в фазе ремиссии. Противопоказаний к операции не обнаружено. 18 мая 2011 года произведена повторная операция на желчных путях (хирург – Забродин В.В.). Под эндотрахеальным наркозом выполнена трансректальная лапаротомия длиной 5,5 см в правом подреберье с иссечением старого послеоперационного рубца. В подпечёночном пространстве обнаружен грубый спаянный процесс с вовлечением желудка, правой и левой долей печени, двенадцатиперстной кишки, большого сальника, печёночного изгиба поперечно-ободочной кишки. Операционная рана расширена книзу, спайки разделены тупым и острым путём, восстановлены нормальные анатомические взаимоотношения органов брюшной полости, выделена культя желчного пузыря 3,0x2,5 см, включающая шейку пузыря и карман Гардмана. Установлено, что пузырный проток расположен в типичном месте, диаметром 2 мм, длиной 1,5 см, гепатикохоледох не расширен, диаметром 0,8 см. Пу-

зырная артерия хорошо выражена, имеет нормальные анатомические положение по отношению к гепатикохоледоху и пузырному протоку, образуя треугольник Кало. Произведены удаление культи желчного пузыря с отдельной перевязкой пузырной артерии и пузырного протока, тщательный контроль гемостаза, установлен страховочный дренаж под печень, операционная рана ушита послойно, наглухо. Удалённый препарат (рис.3) представляет собой культю желчного пузыря. В просвете ее темная желчь со слизью, множество мелких конкрементов 1x1 мм и восемь 8-ми клипс в рубцово изменённой стенке пузыря и частично в просвете пузыря. Послеоперационный период протекал без осложнений, дренаж был удалён на 6-е сутки после операции, швы с операционной раны сняты на 12-е сутки, заживление раны происходило первичным натяжением. Результат гистологического исследования удалённого препарата № 457ув от 20 мая 2011 года: хронический холецистит в стадии умеренного обострения. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение амбулаторного хирурга.

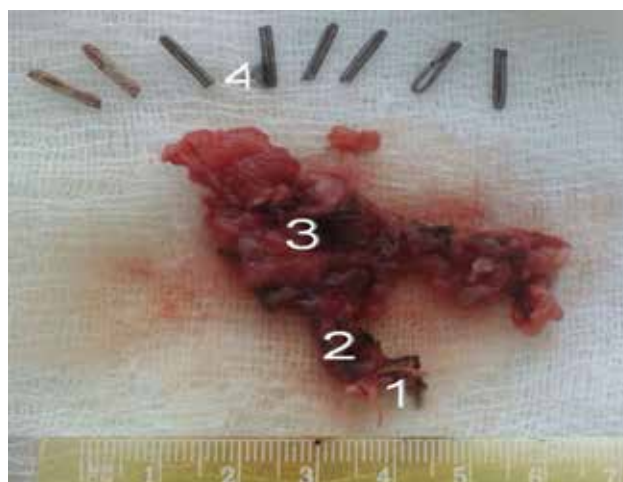


Рис. 3. Препарат культи желчного пузыря. 1. Лигатура на пузырном протоке 2. Культя пузырного протока 3. Культя желчного пузыря 4. 8-мм клипсы, удаленные из стенки и просвета культи желчного пузыря.

Ретроспективное изучение приведенного клинического наблюдения позволяет сделать следующие выводы. Во время первой операции, видеолaparоскопической холецистэктомии, больному была выполнена резекция желчного пузыря. Это подтверждает использование в большом количестве восьмимиллиметровых клипс, обнаруженных в стенке желчного пузыря по линии его резекции, оставленный карман Гартмана с шейкой желчного пузыря, неизменённые нормальные анатомические взаимоотношения пузырного протока, пузырной артерии и гепатикохоледоха, выявленные нами во время повторной операции. В дальнейшем прорезывание одной из клипс на стенке культи желчного пузыря послужило причиной образования желчного затёка и наружного желчеистечения в раннем послеоперационном периоде, что явилось показанием к повторной операции. Отсутствие гипертонии и восстановление пассажа желчи во внепечёночных желчевыводящих протоках к концу 3-й недели послеоперационного периода способствовало рубцеванию желчного свища и остановке желчеистечения.

Таким образом, на основе нашего наблюдения и изучение данных литературы можно сделать следующее заключение. Желчеистечение в ранние сроки после лапароскопической холецистэктомии может быть обусловлено как минимум 4 причинами: 1) прорезы-

ванием клипсой стенки культи пузырного протока; 2) неклипированными дополнительными желчными протоками в области ложа желчного пузыря; 3) повреждение (ранение, перевязка, коагуляционный некроз) общего печеночного или общего желчного протоков. И, как следует из нашего опыта – 4) прорезыванием клипсой стенки культи желчного пузыря. Желчеистечение, продолжающееся более 1 суток после операции, служит показанием к повторному оперативному вмешательству – релапароскопии или релапаротомии. Целью повторной операции является установление причины желчеистечения и проведения адекватной по объёму хирургической коррекции осложнения.

Известно, что эндовидеохирургические операции характеризуются тремя особенностями: отсутствием пространственного трёхмерного восприятия; трудностью визуализации объекта операции, который временно уходит из поля зрения и отсутствием тактильных ощущений. Поэтому, с целью снижения опасности возникновения осложнений, от оперирующего хирурга требуется чёткое, тщательное и неукоснительное выполнение всех правил общепринятой тактики и техники лапароскопической холецистэктомии. Это позволит в значительной степени улучшить результаты лечения желчнокаменной болезни.

### Список литературы

1. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Нестеров С.О., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И. Завершающий этап лапароскопической холецистэктомии при перивезикальных осложнениях гангренозного холецистита. *Эндоскоп. хир.* 2010; 6: 7-11.
2. Борисов А.Е., Левин Л.А., Кубачёв К.Г., Лисицын А.А. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп. хир.* 2001; 3: 34-37.
3. Брискин Б.С. Некоторые размышления о путях развития эндоскопической хирургии. *Эндоскоп. хир.* 1996; 2: 3-6.
4. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп. хир.* 1996; 1: 3-6.
5. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций. *Эндоскоп. хир.* 2007; 2: 3-7.
6. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: практическое руководство. М. 1994; 54.
7. Галлингер Ю.И., Мовчун А.А., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии и пути их предупреждения. *Анналы хир. гепатол.* 1999; 2: 213-214.
8. Генюк В.Я. Эндоскопические технологии – метод профилактики осложнений. *Эндоскоп. хир.* 2008; 3: 13-15.
9. Егоров В.И., Цвиллих С.М. Анализ послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп. хир.* 1997; 2: 19-22.
10. Иванова Т.В., Малаханов С.Н., Крапивин Б.В., Балалыкин А.С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. *Хирургия.* 1997; 5: 67-69.
11. Красилов В.А., Кашкин А.С., Лоскутов А.С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп. хир.* 2002; 2: 47-48.
12. Кригер А.Г., Ржебаев К.Э., Воскресенский П.К. Ошибки, опасности, осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях. *Анналы хир. гепатол.* 2000; 1: 90-97.
13. Лапкин К.В. Причины и профилактика травмы желчевыводящих протоков и кровотечений при лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп. хир.* 1998; 4: 3-10.
14. Савельев В.С., Ревякин В.И., Магамедов М.С. Ближайшие и отдалённые результаты лапароскопической холецистэктомии. *Международный симпозиум. Москва. Эндоскоп. хир.* 1994; 4: 37-39.
15. Тимербулатов М.И., Хафизов Т.К., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп. хир.* 2010; 1: 25-27.
16. Уханов А.П. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз. *Вестн. хир.* 1998; 1: 106-111.
17. Шабловский О.Р., Ситников А.В., Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Абушенко М.И. Успешное лечение массивной тромбозомболии легочной артерии после лапароскопической холецистэктомии. *Эндоскоп. хир.* 2011; 1: 51-54.
18. Ярёма И.В., Яковенко И.Ю., Карцев А.Г., Сергейко А.А. О профилактике ошибок и осложнений лапароскопической холецистэктомии. *Вестн. хир.* 1998; 1: 53-56.

Поступила 25.04.2012 г.

**Информация об авторах**

1. Ходаков Валерий Васильевич – д.м.н., проф., заведующий кафедрой общей хирургии Уральской государственной медицинской академии, заслуженный врач РФ; e-mail: hodakov@gkb40.ug.ru
2. Лимонов Александр Владимирович – начальник медико-санитарной части МВД по Свердловской области, подполковник внутренней службы; e-mail: k-70247@planet-a.ru
3. Забродин Василий Валентинович – к.м.н., начальник хирургического отделения медико-санитарной части МВД по Свердловской области; e-mail: k-70247@planet-a.ru
4. Поляков Андрей Михайлович – врач-хирург хирургического отделения медико-санитарной части МВД по Свердловской области; e-mail: k-70247@planet-a.ru
5. Валиев Эрик Федоилович – врач-хирург хирургического отделения медико-санитарной части МВД по Свердловской области; e-mail: k-70247@planet-a.ru
6. Забродин Егор Васильевич – студент V курса Уральской государственной медицинской академии; e-mail: k-70247@planet-a.ru