

УДК 616.366-089.87-089.819-06-08:001.82
DOI: 10.24061/1727-0847.18.3.2019.6

М.М. Гресько, М.Д. Гресько*

*Кафедри хірургії № 1 (зав. – проф. І.Ю. Полянський), *акушерства та гінекології (зав. – проф. О.М. Юзько) Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці*

АНАЛІЗ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ (ДОСВІД КЛІНІКИ ЗА 10 РОКІВ)

Резюме. Проаналізовано результати лікування 5166 хворих на калькульозний холецистит, що перенесли лапароскопічні холецистектомії (ЛХЕ) з 2009 по 2019 роки та знаходились в одному лікувальному закладі. Узагальнено досвід виникнення різних ускладнень при виконанні ЛХЕ. Вони призводили до вирішення надзвичайно важких та складних проблем в подальшому, а послідовність використання діагностичних прийомів була не однакою у всіх хворих. Зроблено скрупульозний аналіз допущених помилок. Досліджено ефективність використання різноманітних прийомів лікування при тих чи інших ускладненнях, які мали місце.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, пошкодження жовчовивідних шляхів, післяопераційне жовчовитікання, релапаротомія.

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) є основою сучасного хірургічного лікування калькульозного холециститу, але кількість виникнення різних ускладнень і, особливо, частоти пошкоджень магістральних жовчних протоків, порівнянно з відкритою технікою операції (0,1-0,5%), в останні роки збільшились до 0,20-3,5%. Тому, навіть сьогодні, набуває ще більшої актуальності в хірургії теза, що «найстрашнішим гріхом в біліарній хірургії є пошкодження спільної жовчної протоки», яка базується на віддалених невтішних результатах [1-3]. Це пов'язано із частим розвитком стриктури цієї протоки та необхідністю повторних складних операцій, які є не завжди успішними, а прогресування хронічного холангіогепатиту призводить до вторинного біліарного цирозу печінки та печінкової недостатності.

У настановах щодо хірургічного лікування гострого і хронічного холециститу, прийнятих у різних країнах, в тому числі в Україні, вагоме місце належить рекомендаціям про безпеку виконання ЛХЕ [4, 5]. Наголошується на високому ризику виникнення таких специфічних ускладнень, як пошкодження жовчних шляхів і судин у воротах печінки в умовах гострого холециститу та пропонується при найменшій підозрі перехід до відкритої операції [6].

Це засвідчує про те, що проблема ускладнень, незважаючи на багаторічний досвід, зберігає актуальність.

Мета дослідження: узагальнити досвід лікування різних ускладнень при виконанні ЛХЕ за

останні 10 років (2009-2019 роки) у відділенні хірургії ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня», м. Чернівці.

Матеріал і методи. У відділенні хірургії ОКУ «Чернівецька обласна клінічна лікарня», м. Чернівці у період з 2009 по 2019 роки прооперовано 6848 хворих на калькульозний холецистит віком від 18 до 84 (жінок – 5803 (84,74%), чоловіків – 1045 (13,26%)). Хронічний калькульозний холецистит (ХКХ) спостерігався у 3121 (45,58%) хворих; гострий калькульозний холецистит (ГКХ) – у 3727 (54,42%). ЛХЕ були виконані 5166 хворим (75,44%). Хронічний холецистит (ХКХ) був у 1932 (37,4%) хворих; гострий холецистит (ГКХ) – у 3197 (61,88%); поліпоз жовчного міхура – 37 (0,72%). За допомогою статистичного аналізу проаналізовані методи лікування різних ускладнень під час виконання ЛХЕ.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що ускладнення при виконанні ЛХЕ мали місце у 136 хворих і вимагали конверсії.

Ускладнення при виконанні ЛХЕ, які призвели до конверсії, наведені у таблиці 1.

Кровотеча мала місце у 23 хворих з ГКХ і однієї хворої з ХКХ (0,46%). Як правило, через стрімкість розвитку ситуації не можливо було зупинити кровотечу. Конверсія дала змогу провести зупинку кровотечі прошиванням судини. Але у трьох хворих із ГКХ кровотеча, яка виникла, мала виражену загрозу для життя.

Зокрема, у хворої Г., 40 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит»,

Причини конверсії

| Причина конверсії | % | Калькульозний холецистит | |
|---|--------|--------------------------|-----------|
| | | гострий | хронічний |
| Кровотеча | 0,46 % | 23 | 1 |
| Деструкція стінки жовчного міхура | 0,08 % | 4 | - |
| Самоампутація міхурової протоки | 0,06 % | 3 | |
| Запальний інфільтрат | 1,53 % | 75 | 4 |
| Холецисто-ДПК нориця | 0,02 % | - | 1 |
| Холецисто-гастральна нориця | 0,02 % | - | 1 |
| Холецисто-товстокишкова нориця | 0,02 % | - | 1 |
| Пошкодження жовчних протоків | 0,12 % | 5 | 1 |
| Спайковий процес | 0,21 % | - | 11 |
| Вивлення супутньої патології (С-г ободової кишки) | 0,02 % | - | 1 |
| Пошкодження тонкої кишки або її брижі | 0,06 % | 2 | 1 |
| Інші: 1. Порушення серцевого ритму. 2. Ожиріння. | 0,06 % | 2 1 | - |
| Всього: | | 115 | 21 |

виконана ЛХЕ. Міхурова протока кліпована, пересічена. Масивна кровотеча. Конверсія. Перетиснено гепатодуоденальну зв'язку і виконана холецистектомія від дна. Відпущено гепатодуоденальну зв'язку, кровотечі немає. Пауза 30 хвилин. Кровотеча не відновила. Дренаж і тампон у підпечінковий простір. Пошарово шви на рану. Під час виходу із наркозу по дренажу почала поступати активно кров (1,5 л). Релапаротомія. У ділянці гепатодуоденальної зв'язки виявлено дифузну кровотечу, яка зупинена прошиванням. Оскільки немає переконливості у надійності гемостазу та нез'ясованістю самого джерела кровотечі (загроза некрозу печінки), оперативне втручання закінчили накладанням ситуаційних швів.

Через 2 доби запрограмована лапаротомія. Тканини правої та лівої частки печінки звичайного кольору, підтікання крові та жовчі немає. Операційна рана зашита наглухо.

Хворий К., 54 роки, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит», виконана ЛХЕ. Дренування підпечінкового простору. Через 4 години масивна кровотеча з розвитком геморагічного шоку. Лапаротомія. Встановлено неспроможність кліпси на а. cystica. Гемоперитонеум. Перев'язка артерії.

Дренування підпечінкового простору.

Хворому Ф., 49 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит», виконана ЛХЕ. Дренування підпечінкового простору. Через 9 години масивна кровотеча з розвитком геморагічного шоку. Лапаротомія. Встановлено кровотечу із ложа жовчного міхура. Гемоперитонеум. Ушивання ложа жовчного міхура. Тампонування з гемостатичною губкою ложа жовчного міхура. Дренування підпечінкового простору.

Деструкція стінки жовчного міхура, яка мала місце у 4 хворих з ГКХ (0,08 %), не дозволяла проводити будь-які маніпуляції, тому конверсія і холецистектомія.

Самоампутація міхурової протоки мала місце у запальному інфільтраті при ГКХ 3 хворих (0,06 %). Конверсія і холецистектомія. У дефект спільної жовчної протоки заведено дренаж Кера, герметизація окремими швами.

Запальний інфільтрат мав місце у 79 хворих з ГКХ (1,53 %). Оскільки у більшості випадків у запальному інфільтраті неможливо верифікувати структури, тому конверсія і холецистектомія. Але саме у запальному інфільтраті мали місце такі ситуації:

Хвора Л., 62 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». Відеолапароскопія. Запальний інфільтрат. При розділенні виявлено дефект стінки дванадцятипалої кишки

(ДПК), холецисто-ДПК нориця. Конверсія і холецистектомія. Дефект стінки, ДПК ушите дворядними швами. Оскільки є підозра на порушення евакуації із шлунка, накладено гастро-ентероанастомоз на довгій петлі з Браунівським співустям.

Хвора Р., 60 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». Відеолапароскопія. Запальний інфільтрат. При розділенні встановлена холецисто-гастральна нориця. Конверсія і холецистектомія. Спільна жовчна протока діаметром 1,5 см, а у просвіті визначається флотуючий конкремент. Холедохолітомія. Заведено дренаж. Дефект ушите дворядними швами на дренажі.

Хвора А., 49 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». Відеолапароскопія. Запальний інфільтрат. При розділенні встановлена холецисто-товстокишкова нориця. Конверсія і холецистектомія від дна. Дефект стінки товстої кишки ушите дворядними швами.

Хворий В., 57 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». Відеолапароскопія. Запальний інфільтрат. Конверсія і холецистектомія. Холедохолітіаз. Холедохолітомія. Заведено дренаж. Дефект на дренажі ушите дворядними швами. Холангіографія. Контраст у ДПК не поступає. Накладено холедохо-ДПК анастомоз за Фінстерером.

Хвора Ф., 69 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». Відеолапароскопія. Запальний інфільтрат. ЛХ. Ревізія. Із ділянки кліпованої кукси міхурової протоки (МП) поступає жовч. Конверсія. Холедохолітіаз. Холедохолітомія. Заведено Т-подібний дренаж по Керу. Дефект на дренажі ушите дворядними швами у поперечному напрямку.

Хвора Ж., 63 роки, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». Відеолапароскопія. Запальний інфільтрат. При відділенні ДПК розкрився пролежень від конкремента у 2-х місцях у спільній жовчній протоці. Конверсія і холецистектомія від дна. Ушивання десерозованої стінки ДПК. Заведено дренаж по Холстеду-Піковському, герметизація. Лінійний дефект у дистальній частині спільної жовчної протоки ушите окремими атравматичними вікриловими швами.

Хвора Ч., 68 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». Відеолапароскопія. Запальний інфільтрат. ЛХЕ. Заведено дренаж у МП. Холангіографія. Контраст у ДПК не поступає. Конверсія і холецистектомія. Холедохолітіаз. Холедохолітомія. Заведено дренаж. Дефект на дренажі ушите дворядними швами. Холангіографія. Контраст у ДПК не поступає. Головка підшлункової залози горбиста. Холедохо-ДПК анастомоз за Фінстерером дворядними швами.

Пошкодження жовчних проток. При пошко-

дженнях жовчних проток застосовані наступні варіанти вирішення даної проблеми. Так, у двох хворих із ГКХ при розділенні інфільтрату пересічено спільну жовчну протоку. Конверсія і холецистектомія від дна. Накладено гепатико-єюноанастомоз за Ру на скритому дренажі.

У двох хворих із ГКХ при розділенні інфільтрату пересічено спільну жовчну протоку. Конверсія і холецистектомія від дна. Гепатико-ДПК анастомоз «кінець в бік» на скритому дренажі.

У хворого С., 51 рік, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит» при відділенні кишені Гартмана поступає жовч. Виявлено дефекти у 2 місцях спільної жовчної протоки. Конверсія і холецистектомія від дна. Заведено дренаж за Вишневським, герметизація. Лінійний дефект у дистальній частині ушите окремими атравматичними вікриловими швами.

У хворої Н., 43 роки, з діагнозом «хронічний калькульозний холецистит» пересічено спільну жовчну протоку. Конверсія і холецистектомія від дна. Накладено гепатико-єюноанастомоз за Ру на скритому дренажі.

Спайковий процес мав місце при ХКХ в 11 випадках (0,21 %). Особливо увагу слід звернути на наступні випадки:

Хвора І., 63 роки, з діагнозом «хронічний калькульозний холецистит». ЛХЕ. Зморщений жовчний міхур і з'єднаний з ДПК. При розділенні виявлено дефект стінки ДПК, холецисто-ДПК нориця. Конверсія і холецистектомія від дна. Дефект стінки ДПК ушите дворядними швами. Гістологічний висновок: Низькодиференційована аденокарцинома жовчного міхура.

Хвора К., 51 рік, з діагнозом «хронічний калькульозний холецистит». ЛХЕ. Жовчний міхур видалений через нижню точку Калька. Встановлено, що троакар проходить через брижу тонкої кишки (гінекологічна операція в анамнезі – доступ за Пфанненштилем). Конверсія. Резекція петлі тонкої кишки з анастомозом «бік в бік». Дренування порожнини малого таза.

Хвора К., 54 роки, з діагнозом «хронічний калькульозний холецистит». ЛХЕ. Зморщений жовчний міхур. Верифікувати структури неможливо. Конверсія. Синдром Міріззі. Холедохолітіаз. Холедохолітомія. Заведено дренаж Кера у дефект холедоха і ушите дворядними швами на дренажі.

Виявлення супутньої патології С-г ободової кишки мало місце в однієї хворої П., 69 років, з діагнозом «хронічний калькульозний холецистит». ЛХЕ. Після видалення жовчного міхура виявлено пухлину сигмоподібної ободової кишки. Конверсія. Операція Гартмана. Гістологічний висновок: Високодиференційована аденокарцинома сигмоподібної ободової кишки.

Інші причини мали місце у 3 хворих з ГКХ (0,06 %). В однієї хворої неможливо створити робочий об'єм через ожиріння, а у двох хворих порушення серцевого ритму.

У післяопераційному періоді ускладнення мали місце у 9 хворих і наведені у таблиці 2.

Білома мала місце у 2 хворих з ГКХ і 1 хворої з ХКХ (0,46 %). Усім хворим виконана ЛХ. Дренування підпечінкового простору. У хворої І., 62 роки, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит» білома виникла на 8 добу, у хворої Ц., 51 рік, на 11-у добу, а у хворої Т., 49 років, з діагнозом «хронічний калькульозний холецистит» на 18-у добу. Усім хворим проведена релaparоскопія і санація ложа жовчного міхура.

Післяопераційне жовчовитікання. Це ускладнення мало місце у 5 хворих і, як правило, пов'язане з погіршеннями, які мали місце під час проведення 1-ої ЛХЕ. Про це засвідчують наступні приклади:

У хворої М., 67 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит», ГКХ. ЛХЕ від дна. Із МП видалено 3 конкременти та заведено дренаж, який фіксовано. Протягом 4-х діб спостерігалось післяопераційне жовчовитікання. Тому через 4-ти доби верхньосередина лапаротомія. Заведено дренаж за Холстедом-Піковським, герметизація окремими швами спільної жовчної протоки.

У хворого Р., 48 років, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». ЛХЕ. Дренування підпечінкового простору. Хворий виписаний із стаціонару. Через 27 діб поступив із жовчним перитонітом. Верхньосередина лапаротомія, кукса з кліпсою відсічена і заведено поліхлорвініловий дренаж. Дефект у спільній жовчній протоці ушито окремими швами. Дренування підпечінкового простору.

На 9-ту добу після другого оперативного втручання у хворого розвинулась механічна жовтяниця. Релaparотомія. Гепатико-суюноанастомоз по Ру. Ліжко-день – 65 діб.

У хворого І., 74 роки, з діагнозом «гострий калькульозний флегмонозний холецистит», ЛХЕ.

Дренування підпечінкового простору, післяопераційне жовчовитікання. Через 2 доби виконана верхньосередина лапаротомія, У ділянці спільної жовчної протоки на передній стінці дефект, у якому вклинений конкремент. Останній вилучений. Дефект цієї протоки становить 2/3 окружності. Протока пересічена і дистальну частину перев'язано. Накладено гепатико-суюноанастомоз за Ру.

У хворого Г., 51 рік, діагноз «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». ЛХЕ. Під час проведення оперативного втручання хірург намагався наосліп зупинити кровотечу накладанням кліпс. Дренування підпечінкового простору. Хворий виписаний із стаціонару. Через 19 діб хворий поступив із жовчним перитонітом. Верхньосередина лапаротомія. Знято всі кліпси, які накладені під час 1-ої ЛХЕ на позапечінкові жовчовивідні протоки. Саме це призвело до внутрішньопротокової гіпертензії та жовчовитікання із ложа жовчного міхура. Дренування підпечінкового простору.

У хворого С., 51 рік, діагноз «хронічний калькульозний холецистит». ЛХЕ. Під час проведення оперативного втручання хірург виконав субопераційну холангіографію (контраст поступає у ДПК). Заведено під печінку дренаж. Хворий виписаний із стаціонару. Через 13 діб хворий поступив із післяопераційним жовчним перитонітом. Релaparоскопія. Неспроможність кукси міхурової протоки. Жовчовитікання. На куксу міхурової протоки накладено дві кліпси. Дренування підпечінкового простору.

Віддалені післяопераційні укладення мали місце у 1 хворого.

У хворого С., 57 років, діагноз «гострий калькульозний флегмонозний холецистит». ЛХЕ. Конверсія. Дефект у спільній жовчній протоці зашито окремими швами. Дренування підпечінкового простору. Через 19 місяців у хворого розвилась механічна жовтяниця. Верхньосередина лапаротомія. Холедохолітіаз. Холедохолітотомія. Стриктурна дистального відділу холедоха. Гепатико-суюноанастомоз за Ру.

Таблиця 2

Ускладнення в післяопераційному періоді

| Ускладнення | % | Калькульозний холецистит | |
|--------------------------------|--------|--------------------------|-----------|
| | | гострий | хронічний |
| Білома | 0,06 % | 2 | 1 |
| Післяопераційне жовчовитікання | 0,12 % | 4 | 1 |
| Інші | 0,02 % | | 1 |
| Всього: | | 6 | 3 |

Усе це призводило до вирішення надзвичайно важких та складних проблем в подальшому, оскільки послідовність використання діагностичних прийомів не однакова у всіх хворих. Слід відзначити, що більш задовільні результати траплялись тоді, коли ятрогенні пошкодження жовчно вивідних шляхів були виявлені субопераційно.

Висновки. 1. Свочасна конверсія – надзвичайно важливий спосіб профілактики пошкодження жовчно-вивідних шляхів у технічно складних випадках. 2. Свочасне відновлення відтоку жовчі може бути досягнуто тільки тоді, коли до операційної

бригади буде залучений досвідчений фахівець, який володіє різноманітними методиками відновних та реконструктивних операцій. 3. Детальний аналіз ускладнень, що виникають під час або після лапароскопічних операцій, дає змогу встановити основні причини їх виникнення, розробити діагностичні, лікувальні і профілактичні заходи.

Перспективи подальших досліджень. Полягають у подальшому вивченні та ретельному аналізі ускладнень і помилок під час виконання лапароскопічної холецистектомії, їх вплив на розвиток та прогноз якості життя хворого.

Список використаної літератури

1. Ничитайло МЮ, Скумс АВ, Литвин ОІ, Шкарбан ВП, Михальчевский ВП, Скумс АА, та ін. Пошкодження жовчних протоків при лапароскопічній холецистектомії. Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. Київ. 2015:153-4.
2. Никоненко ОС, Головка МГ, Гайдаржі ЄІ, Децик ДА, Грушка ВА, Подлужний ОО, та ін. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії та хірургічні методи їх корекції. Матеріали XXIII з'їзду хірургів України. Київ. 2015:146-7.
3. Бойко ВВ, Волченко ІВ, Лыхман ВН, Шевченко АН, Мирошниченко ДА. Диагностика желчеистечений в послеоперационном периоде. Харківська хірургічна школа. 2017;2:58-61.
4. Гресько ММ., Гресько МД. Нестандартні ситуації в хірургічній практиці як причина ятрогенних пошкоджень жовчновивідних шляхів. Шпитальна хірургія. 2017;3:83-6.
5. Karanicas M, Bozali F, Vamvakerou V, Markou M, Tzoutze Z, Chasan M, et al. Papavramidis Biliary tract injuries after lap cholecystectomy-types, surgical intervention and timing. *Ann Transl Med.* 2016;4(9):163. doi: 10.21037/atm.2016.05.07.
6. Байжаркинова АБ. Хирургические аспекты осложнений при ЛХЭ и ТХЭ. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2014;12(1):86-9.

References

1. Nychytaylo MYu, Skums AV, Lytvyn OI, Shkarban VP, Mykhal'chevskyy VP, Skums AA, et al. Poshkodzhennya zhovchnykh protokiv pry laparoskopichniy kholetsystektomiyi [Damage to the bile ducts in laparoscopic cholecystectomy]. *Proceedings of the XXIII Congress of Surgeons of Ukraine.* 2015 Oct 21-23; Kyiv. Kyiv: Klinichna khirurgiya; 2015. p. 153-4. (in Ukrainian).
2. Nykonenko OS, Holovko MH, Haydarzhi YEI, Detsyk DA, Hrushka VA, Podluzhnyy OO, et al. Uskladnennya laparoskopichnoyi kholetsystektomiyi ta khirurgichni metody yikh korektsiyi [Complications of laparoscopic cholecystectomy and surgical methods of their correction]. *Proceedings of the XXIII Congress of Surgeons of Ukraine.* 2015 Oct 21-23; Kyiv. Kyiv: Klinichna khirurgiya; 2015. p.146-7. (in Ukrainian).
3. Boyko VV, Volchenko IV, Lyhman VN, Shevchenko AN, Myroshnychenko DA. Dyahnostyka zhelcheystecheny v posleoperatsyonnom peryode [Diagnostics of bile leakage in the postoperative period]. *Kharkiv Surgical School.* 2017;2:58-61. (in Russian).
4. Hres'ko MM, Hres'ko MD. Nestandartni sytuatsiyi v khirurgichniy praktytsi yak prychna yatrohennykh poshkodzen' zhovchnovyvidnykh shlyakhiv. *Shpytal'na khirurgiya.* 2017;3:83-6. (in Ukrainian).
5. Karanicas M, Bozali F, Vamvakerou V, Markou M, Tzoutze Z, Chasan M, et al. Papavramidis Biliary tract injuries after lap cholecystectomy-types, surgical intervention and timing. *Ann Transl Med.* 2016;4(9):163. doi: 10.21037/atm.2016.05.07.
6. Bayzharkinova AB. Khirurgicheskiye aspekty oslozhneniy pri LKhE i TKhE [surgical aspects of complications of LCE and TCE]. *International Journal Of Applied And Fundamental Research.* 2014;12:86-9. (in Russian).

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ОПЫТ КЛИНИКИ ЗА 10 ЛЕТ)

Резюме. Проанализированы результаты лечения 5166 больных на калькулезный холецистит, которые перенесли лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) с 2009 по 2019 годы и находились в одном лечебном учреждении. Установлено, что осложнения при выполнении ЛХЭ имели место у 136 больных и требовали конверсии по следующим причинам. Кровотечение имело место у 23 больных с острым

калькулезним холециститом (ГКХ) и 1 больной с хроническим калькулезным холециститом (0,46%). Как правило, из-за стремительности развития ситуации невозможно было остановить кровотечение. Конверсия позволяла провести остановку кровотечения прошиванием сосуда. Деструкция стенки желчного пузыря, которая имела место у 4 больных с ГКХ (0,08%), не позволяла проводить манипуляции, поэтому конверсия и холецистэктомия. Самоампутация пузырного протока имела место в воспалительном инфильтрате при ГКХ 3 больных (0,06 %). Конверсия и холецистэктомия. В дефект общего желчного протока заведен дренаж Кера, герметизация отдельными швами. Воспалительный инфильтрат имел место в 79 больных с ГКХ (1,53 %). Так как в большинстве случаев в воспалительном инфильтрате невозможно верифицировать структуры, поэтому конверсия и холецистэктомия. При повреждении желчных протоков были применены следующие варианты решения данной проблемы. Так, у двух больных с ГКХ при разделении инфильтрата пересечено общий желчный проток. Наложен гепатико-еюноанастомоз по Ру на скрытом дренаже. У двух больных с ГКХ при такой ситуации наложен гепатико-ДПК анастомоз «конец в бок» на скрытом дренаже. Обобщен опыт возникновения различных осложнений при выполнении ЛХЭ. Они приводили к решению чрезвычайно тяжелых и сложных проблем в дальнейшем, а последовательность использования диагностических приемов была не одинакова у всех больных. Сделано тщательный анализ допущенных ошибок. Исследована эффективность использования различных приемов лечения при тех или иных осложнениях, которые имели место.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, повреждение желчновыводящих путей, послеоперационное желчетечение, релапаротомия.

ANALYSIS OF COMPLICATIONS WITH LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY (CLINICAL EXPERIENCE FOR 10 YEARS)

Abstract. The results of treatment of 5166 patients with calculous cholecystitis who had undergone laparoscopic cholecystectomy (LCE) from 2009 till 2019 and stayed in one medical institution were analyzed. Complications after performance of LXE were found in 136 patients, and they required conversion. Bleeding occurred in 23 patients with acute calculous cholecystitis (ACC) and 1 patient with chronic calculous cholecystitis (0.46%). As a rule, due to a rapid development of the situation, it was not possible to stop bleeding. The conversion allowed bleeding arrest by means of suturing the blood vessels. The destruction of the wall of the gallbladder, which occurred in 4 patients with ACC (0.08 %), prevented any manipulation of the conversion and cholecystectomy. Self-amputation of the bladder duct occurred in inflammatory infiltration of 3 patients with ACC (0.06 %). Conversion and cholecystectomy: Kerr's drainage was inserted in the defect of the common bile duct, sealed with interrupted sutures. Inflammatory infiltrates occurred in 79 patients with ACC (1.53 %). Since in most cases it is not possible to verify the structure in inflammatory infiltrates, conversion and cholecystectomy were performed. In case of bile duct lesions, the following variants were used to solve this problem. Thus, in two patients with ACC when the infiltration is divided, a common bile duct is cut. Hepatojejunostomosis was applied on an indwelling drainage. In similar situation two patients with ACC underwent hepaticoduodenal anastomosis end-to-side applied on an indwelling drainage. The experience of occurrence of various complications after LCE performance is generalized. They led to the solution of extremely difficult and complicated problems in the future, and the sequence of use of diagnostic techniques was not the same for all patients. A comprehensive analysis of the mistakes made is conducted. Effectiveness of the use of various methods of treatment with any given complications has been investigated.

Key words: cholecolithiasis, bile duct damage, postoperative bile flow, relaparotomy.

Відомості про авторів:

Гресько Михайло Михайлович – кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 1 Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці;

Гресько Марина Дмитрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри акушерства та гінекології Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці.

Information about authors:

Hresko Mychailo M. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department Surgery № 1 Higher State Educational Establishment «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi;

Hresko Maryna D. – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology Higher State Educational Establishment «Bukovinian State Medical University», Chernivtsi.

Надійшла 22.04.2019 р.

Рецензент – проф. Іфтодій А.Г. (Чернівці)