

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ

Гавриш Я.І., Інденко Ф.П., Павловський М.П.

Кафедра факультетської та загальної хірургії, Львівський державний медичний університет ім. Д. Галицького

За останні 10 років лапароскопічна техніка операцій посіла видне місце у хірургічній практиці. Коротший та легший для хворого, а також економічно дешевший післяопераційний (ПО) період пояснює широке застосування ендоскопічної техніки при різних хірургічних захворюваннях. Один з напрямків розвитку лапароскопії – використання її у лікуванні ПО ускладнень, що зустрічаються у хворих, які перенесли лапароскопічну холецистектомію (ЛХ).

Мета роботи: оцінка ефективності повторних лапароскопічних операцій та вивчення показів для їхнього застосування у хворих з ускладненнями після ЛХ.

Матеріал та методи. В клініці за період 1994 – 1999 рр. було виконано понад 1200 ЛХ. У 10 випадках ми були змушені у післяопераційному періоді виконати повторні операції. У перших трьох випадках методом доступу було вибрано лапаротомію. У решти семи хворих реоперація виконана лапароскопічною технікою. Причини повторних лапароскопічних операцій: у трьох хворих – жовчний перитоніт, у двох хворих – кровотеча з ложа жовчного міхура, у одного хворого – кровотеча з рани черевної стінки, в одного хворого – гнійний перитоніт. Серед оперованих двоє чоловіків і четверо жінок. Середній вік хворих 44 роки (від 27 до 70 рр.). Померла одна хвора.

Результати. Хвора П. 62 р., після ЛХ з приводу хронічного калькульозного холециститу у ПО періоді скаржилася на незначні болі в животі почуття здуття, затримку газів. Через 48 годин розвинулась симптоматика перитоніту. Ургентна повторна лапароскопія через попередні проколи. У черевній порожнині виявлено 700 – 800 мл. рідини з жовчю, гіперемію очеревини, фібринові налети у підпечінковому просторі. Джерело витікання жовчі – відкрита додаткова протока у середній третині ложа жовчного міхура. Місце витікання жовчі зкоагульовано, черевну порожнину промито 8 л. розчину фурациліну, очищено і здреновано. Хвора отримувала антибіотики широкого спектру дії. Через 4 дні видалено дренажі, на 6 добу хвора виписана.

Хворий П. 27 р. звернувся в лікарню на 6 добу після ЛХ зі скаргами на болі в правій половині живота, що почались раптово. Після обстеження з діагнозом жовчний перитоніт хворому виконано повторну лапароскопію. В черевній порожнині виявлено до 500 мл. рідини із жовчю. Після розділення синехій у ділянці ложа жовчного міхура виділено куску міхурової протоки без кліпс, з якої витікала жовч (при ЛХ на куску міхурової протоки накла-

даємо рутинно дві кліпси). Куску повторно кліповано, черевну порожнину промито, осушено, здреновано. Антибактеріальна терапія. На 4 добу дренажі видалено, на 5 добу хворий виписаний із стаціонару.

Хвора О. 31 р. Через 24 години після ЛХ у хворої стверджено ознаки внутрічеревної кровотечі. Через дренажі виділень не було. При релапароскопії у черевній порожнині виявлено до 500 мл. крові та згустків. Джерело кровотечі – рана черевної стінки в місці введення бокового троакара. Отвір зашито, кровотеча зупинена. Черевну порожнину промито, осушено, здреновано. Антибактеріальна терапія. Через три доби дренажі видалено, на 4 добу хвора виписана із стаціонару.

Хвора Е. 46 р. Через 12 годин після ЛХ розвинулась клініка гострої внутрішньочеревної кровотечі. Через дренажі виділялась геморагічна рідина з вмістом гемоглобіну 70 г/л. При релапароскопії у черевній порожнині виявлено до 700 мл. крові та згустків. Стверджено незначну кровотечу з ложа жовчного міхура, яку зупинено коагуляцією. Черевну порожнину промито, осушено, здреновано. В ПО періоді – антибіотикотерапія, через 2 доби видалено дренажі та в задовільному стані хвору виписано.

Хвора Б. 30 р., маса тіла 130 кг. при рості 168 см. Після ЛХ з приводу гострого холециститу скаржилась на помірні болі в правому підбер'ї з іррадіацією у праву надключичну ділянку. Через дренажі виділень не було. Через добу розвинулись симптоми перитоніту. При релапароскопії, виявлено у черевній порожнині виявлено до 1 л. каламутного випоту із жовчю. Місця витікання жовчі не встановлено. Черевну порожнину промито, осушено, здреновано. В ПО періоді з підпечінкового простору по дренажах виділялась жовч у кількості до 150 мл. за добу, витікання якої самостійно припинилось на 11 добу. Дренажі із живота видалено на 6 – 7 доби, а з ложа жовчного міхура – на 13 добу. ПО період ускладнився пневмонією, післяін'єкційними абсцесами сідниць і стегон. Хвора провела в стаціонарі після повторної операції 24 доби.

Хвора Р. 70 р. Через 24 години після ЛХ через дренажі почала виділятись кров'яниста рідина. При релапароскопії у черевній порожнині виявлено до 300 мл. згустків та крові, яка сочилась із ложа жовчного міхура. Ложе зкоагульовано, черевну порожнину промито, осушено, здреновано. Антибактеріальна терапія. Через три доби дренажі видалено, на четверту добу, у день виписки, у хворої виникла масивна тромбемболія легеневої артерії, яка стала причиною смерті.

У хворий В. 39 р. загострення хронічного калькульозного холециститу розвинулося на фоні залежного цукрового діабету середньої важкості. На третю добу після ЛХ відмітив різкі болі в епігастральній ділянці, які змістились у праву здухотну ділянку. З діагнозом жовчний перитоніт хворий взято на релaparоскопію, під час якої у черевній порожнині виявлено фібринові налети, до 100 мл гнійного випоту білого кольору з гнилярним запахом. Джерелом перитоніту послужила перфорація абсцеса передньої черевної стінки у місці введення епігастрального троакару. Черевну порожнину промито, осушено, здреновано. Проведена антибіотикотерапія. На 5 добу дренаж видалено. На 7 добу хворий виписаний із стаціонару.

Висновки. Аналіз наших спостережень свідчить про те, що при ускладненнях, які виникають після ЛХ та вимагають повторної операції, необхідно поводитись з діагностичної лапароскопії. Наявність пе-

ритоніту, фібринових налетів, сформованих згустків крові – ще не показ для лапаротомії, якщо виявлена причина ускладнення і її можна усунути лапароскопічно.

Середній ліжкодень після повторних лапароскопічних операцій у наших спостереженнях становив 8 днів, тоді як після лапаротомії, виконаних при подібних ускладненнях, він становив 13 днів. Середній термін повернення до праці склав 29 діб, тоді як після лапаротомії обмеження фізичної діяльності тривало 4 – 6 місяців. Ми не спостерігали післяопераційних гриж, які після повторних лапаротомічних втручань виникають у біля 10% оперованих. Хворі в ПО періоді не вимагали великих перев'язок післяопераційних ран, післяопераційне лікування їх було порівняно дешевше.

Релaparоскопічні операції при ретельному виконанні безпечні, менш травматичні, хворі швидше повертаються до повноцінного життя.

РЕЗЮМЕ

Лапароскопические вмешательства при осложнениях лапароскопических холецистэктомий

Гавриш Я.И., Инденко Ф.П., Павловский М.П.

работы была оценка эффективности повторных лапароскопических операций и изучение показаний к их у больных с осложнениями после ЛХ. Анализ наших наблюдений показал, что при осложнениях, требующих после ЛХ и требующих повторной операции, необходимо начинать с диагностической лапароскопии. Лапароскопические операции при тщательном выполнении являются безопасными, менее травматичными.

SUMMARY

Laparoscopic interventions in complicated laparoscopic cholecystectomies

Yaroslav Gavrish, F.P.Indenko, M.P.Pavlovsky

The aim of the work was the evaluation of the efficacy of the recurrent laparoscopic operations and the study of indications to these operations in patients with the complications after LC. The analysis of our observations showed that in case of complications after LC and requiring repeated operation it is necessary to start with the diagnostic laparoscopy. Relaparoscopic operations under thorough fulfilment are safe and less traumatic.