

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мусаев У.С., Жумадылов К.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты обследования и лечения 132 больных с постхолецистэктомическим синдромом. У 47 выявлены функциональные нарушения, а у 85 – органические. Им выполнены операции. Осложнения после операции возникли у 6 больных (7,1%). Летальных исходов не было.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения, диагностика, лечение, оперативное, билиодигестивные анастомозы.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИКАЛЫК СИНДРОМ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛОО ЖАНА ДАРТЫН АНЫКТОО

Мусаев У.С., Жумадылов К.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Постхолецистэктомикалык синдром менен ооруган 132 оорулууну дарылоонун жана текшерүүдөн өткөрүүнүн жыйынтыктары берилди. 47 оорулууда функционалдык, ал эми 85де – органикалык бузулуулар аныкталды. Аларга операция жасалды. Операциядан кийин 6 (7,1%) оорулуунун оорусу кабылдап кеткен. Өлүмгө дуушар болгондор жок.

Өзөктүү сөздөр: өттүнташ оорусу, кабылдоо, дартты аныктоо, дарылоо, оперативдүү, билиодигестивдүү анастомоздор.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THE PATIENTS WITH POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

Musaev U.S., Gumadylov K.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary: The results of examination and treatment of the patients with postcholecystectomy syndrome are presented in the article. The functional disturbances were in 47 patients and organic disturbances were in 85 patients. The complications in postoperative period were in 6 patients (7,1%). There were no lethal outcomes.

Key words: cholelithiasis, complications, diagnosis, surgical treatment, biliodigestive anastomosis.

Введение.

Несмотря на то, что к настоящему времени детально разработаны методы дооперационной и операционной диагностики желчнокаменной болезни и ее осложнений, техника оперативных вмешательств, число больных, у которых возникают осложнения, все еще остается на высоком уровне (7-10%) [1,4]. Эти осложнения носят название «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС), который включает многие осложнения: истинное камнеобразование в общем желчном протоке, ложный рецидив камнеобразования или «забытые» камни, которые в момент операции не были удалены по различным причинам, стенозирующий дуоденальный папилло-рубцово-воспалительное сужение большого

дуоденального сосочка, хронический билиарный панкреатит, гепатогенные дуоденальные язвы желудка, рубцовые сужения общего желчного протока, синдром длинной пузырной культы и др. Это далеко не весь перечень патологических нарушений, возникающих после холецистэктомии [2,5].

Причинами развития ПХЭС является позднее проведение операции, неполноценное обследование до и во время операции, хирургические неудачи во время операции: повреждение протоков, неправильное установление дренажей, оставление длинной культы пузырного протока, неизвлечение обнаруженных конкрементов и др. [3,6].

Своевременная диагностика характера осложнения после холецистэктомии имеет

Характер заболеваний, выявленных у больных с постхолецистэктомическим синдромом

Заболевания	Всего больных	
	абс. число	%
Холедохолитиаз	69	52,3
Холедохолитиаз в сочетании со стриктурой холедоха	6	4,5
Стриктура холедоха	5	3,8
Стеноз холедохоеюноанастомоза	3	2,3
Опузырение культи пузырного протока с конкрементом	2	1,5
Хронический панкреатит	12	9,1
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	5	3,8
Спаечный процесс в брюшной полости	8	6,1
Хронический гепатит	22	16,6
Всего:	132	100,0

большое значение, так как многие больные длительное время лечатся с диагнозом «постхолецистэктомический синдром» без детального определения характера осложнения, в то время как больные с органическими нарушениями нуждаются в оперативном лечении.

Цель работы: представить характер осложнений у больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Материалы и методы исследования: анализу подвергнуты 132 больных, которые поступили в хирургическое отделение ГКБ № 1, г. Бишкек в период с 2006 по 2011 год включительно. Мужчин было 61 (46,2%), женщин – 71 (53,8%). Возраст больных колебался от 32 до 70 лет. Сроки, прошедшие после операции, были различные: до 1 года – 26, от года до 2-х лет – 32, от 2 до 3 лет – 18, от 3 до 5 – 18, более 5 лет – 38. Болевой синдром и диспептические явления у большинства возникли в первый год после операции и лишь у 12 – после 3 лет. Все они длительное время лечились амбулаторно и некоторые из них стационарно (37 чел.). Наступало лишь временное улучшение.

В обследовании больных уделяли внимание анамнезу, выявляли симптоматику до операции и после нее и при возможности детально анализировали первую историю болезни для ознакомления хода операции, течения послеоперационного периода и в какие сроки после операции вновь появился болевой синдром и диспептические явления. При объективном обследовании обращали внимание на общее состояние больных, цвет кожных покровов и слизистых, размеры печени.

Использовали лабораторные методы

исследования: общий анализ крови и мочи, функциональные показатели печени и почек (билирубин, тимоловая проба, аминотрансфераза, общий белок, остаточный азот, мочевины, креатинин). Выполняли эзофагогастродуоденоскопию и ультразвуковое исследование печени и всех органов брюшной полости и малого таза. По показаниям при неясном диагнозе назначали компьютерную и магнитно-резонансную томографию. При необходимости выполняли рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта и в сложных случаях чрезкожную, чрезпеченочную холангиографию.

Результаты и их обсуждение: В результате выполненных обследований была выявлена следующая патология (табл.1).

Анализ первой истории больных с ПХЭС, который нам удалось осуществить у 83 больных, показал, что в момент операции обследование желчных протоков выполнено не в полном объеме. В основном хирурги использовали пальпацию, зондирование. Лишь у 5 применены холедохоскопия протока и у 3 – интраоперационная холангиография, что и явилось основной причиной возникновения ПХЭС.

При оценке полученных результатов функциональные нарушения обнаружены у 47 (35,6%), а у 85 – органические (64,4%), требующие оперативного лечения. Холедохолитиаз выявлен у 69 больных, из них резидуальные камни имели место у 43, а у 26 – рецидивные. К резидуальным конкрементам мы относим больных, у которых вскоре после операции вновь возникли боли, желтуха и больных, поступивших с дренажом или

желчным свищом, длительно не закрывающимся после операции. При детальном обследовании в холедохе выявлен неудаленный конкремент. К рецидивным - если на протяжении двух лет болевой синдром отсутствовал, состояние было удовлетворительным, а затем появились боли и диспептические явления. Но это деление чисто условное, так как при наличии оставленных обтекаемых конкрементов клинические проявления могут возникать и позже, при возникновении нарушения проходимости холедоха..

Больным, у которых не выявлено органических осложнений, проведено консервативное лечение, и они с результатами исследований направлены к гастроэнтерологу для динамического наблюдения и лечения.

С органическими осложнениями пациенты были оперированы, перечень операций и характер осложнений представлены в таблице 2.

Из 85 больных с органическими осложнениями у 29 при ревизии желчных протоков выявлены одиночные конкременты, произведена холедохотомия, камни удалены и осуществлено дренирование холедоха по Керу у 20, а у 9 – по Вишневскому. Послеоперационный период прошел без осложнений, желтуха быстро исчезла, после контрольной холангиографии дренаж удаляли. Все выписаны в удовлетворительном состоянии.

Наибольшую группу составили больные, которым был наложен холедоходуоденоанастомоз. У них в холедохе обнаружены замазкообразные или множественные конкременты. У двух больных в послеоперационном периоде через страховые дренажи на 4-5 сутки стало выделяться дуоденальное содержимое, что свидетельствовало о несостоятельности швов анастомоза, но явлений перитонита не было. Дренажи обеспечивали адекватное дренирование, поэтому повторную операцию не производили. Отделяемое из дренажей постепенно уменьшалось, а затем вообще прекратилось. Дренажи были удалены.

В тех случаях, когда вокруг двенадцатиперстной кишки обнаруживали

обширный спаечный процесс, кишка была деформирована, расширена, неподвижна, что указывало на наличие дуоденостаза, желчные протоки анастомозировали с тощей кишкой по Ру на выключенной петле. Это, в основном, при наличии конкрементов и стриктур печеночного протока, но это были единичные больные. Лишь у 5 наложен бигепатикоюноанастомоз с транспеченочным дренированием. При наложении билиодигестивных анастомозов мы всегда дренировали желчные протоки и анастомоз микроиригатором, через который после операции осуществляли промывание протоков и анастомоза озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а при выполнении транспеченочного дренирования через эти дренажи осуществляли санацию желчных протоков озонированными растворами. У всех больных после операции через день выполняли УЗИ для оценки течения раневого процесса и своевременного скопления экссудата в брюшной полости.

В послеоперационном периоде больные получали инфузионную терапию (гемодез, глюкозу, витамины, реополиглюкин и др.) и антибиотики, в основном цефалоспорины II-III поколения. Состояние больных постепенно улучшалось, нормализовалась температура на 2-3 сутки, снижался уровень билирубина. Осложнения отмечены у 6 больных (7,1%): у 2 – несостоятельность анастомоза, еще у двух – инфильтрат в области операционной раны, у одного – нагноение раны и у одного – пневмония. К моменту выписки осложнения были излечены.

При выписке выполнено рентгенологическое исследование желудка и кишечника. Лишь у двух больных отмечено кратковременное забрасывание кишечного содержимого в желчные протоки, но клинически оно не проявлялось.

Выводы:

Больные с диагнозом постхолецистэктомический синдром нуждаются в детальном обследовании с целью выявления органических осложнений. На нашем материале органические осложнения составили 64,4%, требующие оперативного лечения.

Использование билиодигестивных

Таблица 2.

Типы оперативных вмешательств у больных с постхолецистэктомическим синдромом и характер осложнений после операции (n-85)

Тип операции	Всего больных		из них возникли осложнения:				
	абс. число	%	несос. швов анастомоза	нагноение раны	инфильтрат	пневмония	Всего осложнений
Холедохотомия, наружное дренирование	29	34,1	-	-	1	-	1
Холедохотомия, внутреннее дренирование:							
гепатикоюноанастомоз	2	2,4	-	-	1	-	1
бигепатикоюноанастомоз	5	5,9	-	1	-	-	1
гепатикодуоденоанастомоз	1	1,2	-	-	-	1	1
холедоходуоденоанастомоз	48	56,4	2	-	-	-	2
Итого:	85	100,0	2	1	2	1	6 (7,1%)

анастомозов по показаниям позволяет ликвидировать явления механической желтухи, холангита и добиться выздоровления.

В послеоперационном периоде необходимо динамическое УЗИ с целью своевременного выявления скопления жидкости в брюшной полости.

Литература

1. Конькова М.В. Возможности ультразвукового метода исследования в определении семиотики постхолецистэктомического синдрома М.В. Конькова, Н.А. Смирнов, А.А. Юдин // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2011, – Том 6, № 2, – С.50-51.

2. Результаты лечебно-диагностических эндоскопических вмешательств у больных с постхолецистэктомическим синдромом [Текст] / Ф.Г. Назыров, Л.П. Струсский, А.В. Девятов

и др. // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневого. – 2011. – Том 6, № 2, – С.64-65.

3. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом Е.В. Нишкевич, А.В. Столин, И.В. Шелепов и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2009, - № 4, – С. 22-26.

4. Ситенко В.М. Шовные нити как причина образования желчных камней В.М. Ситенко, В.В. Федоткин, С.Л. Калашников // Вестник хирургии. – 1994,- № 1, – С. 47-51.

5. Martisani R. Tratamiento de la choledocolitiasis residual R. Martisani, C.A. Carces // Rev. Cubana Chir. – 1995. – Vol. 23, # 6. – P. 587-592.

6. Tobaldi F. Calcolosi biliare seconaria considerazioni trattamento [Text] / F. Tobaldi // Chir. Gastroenterol. – 1999. – Vol. 24, # 1. – P. 29-34.