

## ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ И РЕЦИДИВАХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Мусаев У.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева  
Городская клиническая больница № 1  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Оперировано 1221 больных по поводу желчнокаменной болезни, из них поступили с осложнениями и рецидивами холедохолитиаза 112 (9,1%). Все повторно оперированы, осложнения после операции возникли у 8 больных, что составило 7,1%. Летальных исходов не было.

**Ключевые слова:** печень, желчнокаменная болезнь, осложнения, повторные операции, рецидив.

## РЕЦИДИВДИК ХОЛЕДОХОЛИТИАЗДАН КИЙНКИ ЖАНА АНЫН КАБЫЛДОООНУДАН КИЙИНКИ КАЙТАЛАМА ОПЕРАЦИЯЛАР

Мусаев У.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
№ 1 шаардык клиникалык ооруканасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Өт баштыкчасынын таш оорусу менен 1221 бейтапка операция жасалган, алардын 112 (9,1%) кабылдоолор жана рецидивдик холедохолитиаз менен түшкөн. Баардыгы кайрадан операция болду, 8 бейтапта операциядан кийинки кабылдоолор болгон алар 7,1% пайызды түздү, каза болгондор болгон жок.

**Негизги сөздөр:** боор, өт баштыкчасынын, таш оорусу, кайталанма операция, кабылдоолор, рецидив.

## SECOND OPERATIONS IN COMPLICATIONS AND RECURRENCES OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

Musaev U.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Municipal clinical hospital # 1  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** 1121 patients with cholelithiasis were operated, 112 (9,1%) of them were with choledocholithiasis complications and recurrences. All the patients had second operations. Complications in postoperative period were in 8 patients (7,1%) There were no lethal outcomes.

**Key words:** liver, cholelithiasis, complications, repeated operations, recurrences

Желчно-каменная болезнь – распространенное заболевание во всем мире, поражающее не только лиц пожилого возраста, но и среднего и молодого [1,2,9]. В лечении этого заболевания используется медикаментозное и камнедробление, но эти методы не нашли широкого применения из-за малой их эффективности [7,8]. Основным методом остается хирургический, но в момент операции и в послеоперационном периоде, а так же в отдаленные сроки возникает ряд осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства [3,4,5,6]. Продолжаются поиски наиболее эффективных методов лечения этих осложнений, что явилось основанием для выполнения данного исследования.

**Цель работы:** оценить результаты повторных оперативных вмешательств, выполняемых по поводу осложнений и рецидивов холедохолитиаза.

### Материал и методы исследования

В период 2011 и 2012 годов оперировано 1221 больных по поводу желчно-каменной болезни. Из них с осложнениями и рецидивом холедохолитиаза поступило 112 больных, что составило 9,1%. Женщин было 89, мужчин – 43. Возраст колебался от 28 до 72 лет. Давность выполненной ранее операции составляла от одной недели до 5 лет.

Из 112 больных со свежими повреждениями поступили 8 больных (7,1%) (ятрогенные повреждения), с осложнениями в отдаленные

сроки в виде стриктур желчных путей – 38 чел. (33,9%), а остальные поступили по поводу рецидива холедохолитиаза (66 чел.). Из числа поступивших с осложнениями и рецидивами холедохолитиаза первый раз оперированы в нашей клинике 18 больных, а остальным оперативное вмешательство произведено в других лечебных учреждениях республики.

В обследовании больных помимо общеклинических методов использовали УЗИ до операции и в момент ее выполнения, рентгенологический метод (интраоперационная холангиография), трансиллюминация и зондирование протоков.

### Результаты и их обсуждение

Все поступившие нуждались в повторном оперативном лечении, так как при всех осложнениях имела место механическая желтуха.

Наиболее многочисленную группу составили больные с рецидивным холедохолитиазом. У 51-го при УЗИ обнаружены конкременты, а у остальных – расширение желчных протоков, свидетельствующих о нарушении проходимости желчных путей.

После кратковременной подготовки, которая включала инфузионную терапию, было выполнено оперативное вмешательство. В момент операции представляло технические сложности выделение холедоха из-за наличия множества сращений. У 16 больных после холедохотомии удалены одиночные плотные конкременты, холедох промыт, проверена его проходимость и операция завершилась наружным дренированием холедоха по Керу, а у 42 больных выполнены билиодигестивные анастомозы в связи с наличием множества мелких конкрементов и замазкообразных масс, а у 8 больных показанием для билиодигестивного анастомоза явилась неуверенность в проходимости холедоха. Из 70 больных с рецидивом холедохолитиаза у 53 наложен холедоходуоденоанастомоз, а у 17 выполнен холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

При выборе наложения анастомоза обращали особое внимание на состояние двенадцатиперстной кишки: если она была

расширена, вокруг нее было наличие обширных спаечных сращений, то во избежание рефлюкса в послеоперационном периоде накладывали холедохоеюноанастомоз. Послеоперационный период в этой группе больных протекал благоприятно. Постепенно улучшалось общее состояние, снижался уровень билирубина и другие показатели функционального состояния печени. Дренаж из общего желчного протока удаляли на 8-9 сутки после обязательной холангиографии, а при билиодигестивных анастомозах дренажи из брюшной полости удаляли на 4-5 сутки. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 3-х больных, у 2-х возник плеврит, а у одного – нагноение операционной раны. Других осложнений не наблюдали.

Наиболее сложную группу представляли больные с рубцовыми стриктурами на различных уровнях желчных путей. В момент поступления при УЗИ выявлено расширение холедоха и желчных путей. У 5 больных трудно было судить о протяженности стриктуры, поэтому в день операции им была выполнена чрезкожная, чреспеченочная холангиография. Все 38 больных оперированы. В момент операции у 6 установлена рубцовая стриктура в области общего печеночного протока. Им выполнена операция – бигепатикоеюноанастомоз, а у 18 при рубцовой стриктуре холедоха выполнен холедоходуоденоанастомоз, а у 14 – холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру в связи с наличием дуоденостаза.

В послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, им проводилась массивная инфузионная и противовоспалительная терапия. Осложнения имели место у 3 больных: пневмония – у одной, еще по одному наблюдению были плеврит и нагноение раны.

Еще одну группу (8 чел.) составили больные с ятрогенными повреждениями желчных путей. Из 8 больных двое были оперированы в нашей клинике: одна по поводу острого калькулезного холецистита и еще одна – по поводу хронического калькулезного холецистита. Повреждения были выявлены в момент операции; одной был наложен холедоходуоденоанастомоз, а второй –

холедохоеюноанастомознавыключеннойпетлепо Ру. Послеоперационный период протекал тяжело, но благодаря комплексному лечению удалось добиться выздоровления. Остальные 6 больных поступили из других лечебных учреждений через 3-7 дней после операции, в основном с клиникой разлитого желчного перитонита. При поступлении на основании осмотра, УЗИ и лабораторных методов исследования заподозрено ятрогенное повреждение желчных путей. После кратковременной подготовки взяты на операцию, при лапаротомии и ревизии органов брюшной полости и желчных протоков у одной выявлено повреждение печеночного протока и стриктура дистального отдела холедоха, наложен гепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Послеоперационный период прошел без осложнений. Еще у 3 больных при ревизии выявлено повреждение правого и левого печеночного протока. Им выполнен бигепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру с двухсторонним транспеченочным дренированием по Прадери. Необходимо отметить, что все операции отличались сложностью и значительной травматичностью и тяжестью послеоперационного течения. Продолжительность стационарного лечения составила  $16,4 \pm 1,2$  койкоднев.

Таким образом, результаты наших исследований позволяют отметить, что повторные операции являются оправданными в лечении осложнений после холецистэктомии, несмотря на их сложность и травматичность осложнения в ближайшие сроки после операции составили 6,1%, летальных исходов не было.

## Литература:

1. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутоко. – М.: Медицина, 2000. – 178 с.
2. Кузнецов, Н.А. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии [Текст] / Н.А. Кузнецов, А.А. Соколов, А.Т. Бронтвейн // Хирургия. – 2011. – № 3. – С. 3-6.
3. Миргасимова, Д.М. Резидуальный холедохолитиаз как причина механической желтухи [Текст] / Д.М. Миргасимова, Р.Ш. Сафин, Д.Ж. Васильев // Междисциплинарный научно-практический журнал. – 2011. – Том 6, № 2. – С. 59-60.
4. Миронов, В.И. Резидуальный холедохолитиаз после холецистэктомии при остром холецистите [Текст] / В.И. Миронов // Междисциплинарный научно-практический журнал. – 2011. – Том 6, № 2. – С. 61-62.
5. Нишневич, Е.В. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом [Текст] / Е.В. Нишневич, А.В. Столин, И.В. Шелепов // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – № 4. – С. 22-26.
6. Оморов Р.А. Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.Т. Усенбеков. – Бишкек: ОсОО “М Maxita”, 2005. – 337 с.
7. Чекмазов, И.А. Способ растворения камней общего желчного протока и желчного пузыря [Текст] / И.А. Чекмазов, Б.Д. Комаров, С.Г. Гришин // Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы IV конференции хирургов-гепатологов. 3-5 окт. 1996 г. – Тула, 1996. – С. 328-329.
8. Engin, A. Side-to-side choledochoduodnostomy in the management of choledocholithiasis [Text] / A. Engin, M. Haberal, G. Sanac // Brit. J. Surg. – 1998. – Vol. 65, # 2. – P. 90-102.
9. Kuroda, Y. Biliaryenteric anastomosis by means of a single layer serosubmucosal sutures without T-tube drainage [Text] / Y. Kuroda, Y. Suzuki, Y. Ku // Arch. Surg. – 1996. – Vol. 98, # 7. – P. 124-126.