

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ

Мусаев У., Жумадылов К.С., Конурбаева Ж.Т.

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

Резюме: Дан анализ осложнений в отдаленном послеоперационном периоде после холецистэктомии у 56 больных, которым были выполнены билиодигестивные анастомозы. Осложнения после операции возникли у 4 больных (7,1%). Летальных исходов не было.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, осложнения после холецистэктомии, оперативное лечение.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ДАН КИЙИНКИ БИР ТОП МӨӨНӨТ ӨТКӨН УБАКЫТТАН ТАТААЛДАНЫШУЛАРДЫН ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Мусаев У., Жумадылов К.С., Конурбаева Ж.Т.

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

Корутунду: Билиодиагностивдүү анастомоз менен аткарылган 56 оорулуулардын холецистэктомиядан кийин татаалданышуулардын талдоосу жүргүзүлдү. Улаарып кетүүсү 4 оорулууларда пайда болду, олум чыгуусу болгон жок. Негизги сөздөр: өттүн ыйлаагы, өт ташынын оорусуб улаарып кету, операциялык дарылоо.

SURGICAL TREATMENT OF THE COMPLICATIONS AFTER CHOLECYSTECTOMY IN THE LONG-TERM PERIOD

Musaev U., Zhumadylov K.S., Konurbaeva J.T.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz state medical academy,
municipal clinical hospital #1,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Analysis of the complications in 56 patients in a long-term postoperative period after cholecystectomy whom biliodigestive anastomoses were fulfilled are presented. Postoperative complications were in 4 patients (7.1%). There were no lethal outcomes.

Key words: cholelithiasis, complications after cholecystectomy, surgical treatment.

Несмотря на то, что к настоящему времени детально разработана техника выполнения холецистэктомии, усовершенствованы методы выявления патологии со стороны желчных протоков, которые широко используются до операции и в момент ее выполнения, и все же оперативное лечение далеко не всегда приносит удовлетворение как больным, так и хирургам. Появление болевого синдрома, диспептических нарушений врачами объединяются таким диагнозом как постхолецистэктомический синдром и нередко больные с этим диагнозом лечатся многие годы у терапевтов, гастроэнтерологов, хирургов [1,5]. Лечение приносит облегчение только в том случае, если у больных имеют

место функциональные нарушения печени, поджелудочной железы, вызванные длительным существованием желчнокаменной болезни и удалением желчного пузыря, и их коррекция способствует улучшению состояния. Но нередко под диагнозом «постхолецистэктомический синдром» имеют место органические поражения желчных протоков, которые требуют оперативного лечения [2,4] и лишь тогда можно добиться хороших результатов. Многие исследователи [3,8] утверждают, что все больные, у которых после холецистэктомии появился болевой синдром, желтушность кожи и слизистых, периодически тошнота, рвота, должны быть детально обследованы и только после исключения органических поражений

выполнять консервативное лечение [8].

Из патологий, которые могут являться причиной этих поражений, относятся резидуальные (не выявленные и не удаленные во время операции), рецидивные камни холедоха (вновь образованные), стриктуры, обусловленные длительным дренированием холедоха или наличием воспалительного процесса в желчных протоках, ятрогенные повреждения и др. [7]. И только выявление и своевременное оперативное лечение позволяет улучшить результаты лечения больных желчнокаменной болезнью. В лечении этих осложнений не малый удельный вес занимают билиодигестивные анастомозы, но их использование может сопровождаться рядом осложнений как в ближайшем послеоперационном периоде (несостоятельность швов анастомоза), так и в отдаленном (рефлюкс-холангит, стриктура анастомоза), что сдерживает их широкое применение в лечении постхолецистэктомического синдрома [2,6].

Цель исследования – улучшить результаты оперативного лечения больных с осложнениями после холецистэктомии.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 56 больных, поступивших с диагнозом постхолецистэктомического синдрома, у которых выявлены осложнения, при которых выполнены билиодигестивные анастомозы. Это были больные с резидуальными конкрементами в холедохе (24 чел.), с рецидивными (22 чел.) и с сочетанием резидуального или рецидивного холедохолитиаза со стриктурой терминального отдела холедоха (2 чел.) и со стенозом холедохоеюноанастомоза (3 чел.) и стриктурой холедоха (5 чел.).

К резидуальному холедохолитиазу мы относили больных, поступивших с дренажом холедоха, через который длительно выделяется желчь и больные с желчным свищом после холецистэктомии, а также оперированных по поводу калькулезного холецистита, у которых операция не принесла облегчения в их состоянии или после операции в период до двух лет появились приступообразные боли, иногда с появлением желтухи после приступа болей.

К рецидивному холедохолитиазу относили больных, у которых после операции в течение двух лет состояние было удовлетворительным, а затем появились приступообразные боли, диспептические расстройства.

Из 56 больных у 14 (25%) печеночные тесты не отличались от нормы, уровень билирубина не превышал 15 мкмоль/л, а у остальных были выражены явления эндотоксикоза, причем у 26 (46,4%) средней степени тяжести и у 16 (28,6%) – тяжелой. Помимо общеклинического метода обследования использовали показатели функционального состояния печени и ультразвуковое исследование. В неясных случаях применяли чрезкожную холангиографию (4 чел.), которая позволяла определить уровень и протяженность непроходимости желчных протоков. Эту методику использовали в день назначенной операции из-за опасности возникновения желчеистечения и кровотечения, которые могут привести к развитию разлитого перитонита. В основном детально собранный анамнез болезни и УЗИ позволяли определить характер развившегося осложнения после холецистэктомии.

Результаты и их обсуждение

После выяснения характера заболевания проводили кратковременную предоперационную подготовку, особенно у больных с тяжелой степенью эндотоксикоза. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. У большинства использован минидоступ в правом подреберье (52 чел.) и лишь у 4 был верхне срединный доступ. Нужно отметить, что при минидоступе все этапы удалось выполнить у 51 больного, а у 5 перешли на традиционный лапаротомный доступ. Это было обусловлено трудностями выделения желчных протоков из-за обширного спаечного процесса в брюшной полости.

У 48 больных после ликвидации непроходимости желчных протоков наложен холедоходуоденоанастомоз, у 5 – бигепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру, у трех – гепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. При любом варианте билиодигестивного анастомоза

микроирригатором осуществляли его дренирование, как правило, выше уровня анастомоза. Через микроирригатор орошали область анастомоза, аспирировали содержимое, что способствовало заживлению тканей и декомпрессии. Область анастомоза орошали растворами антибиотиков, а в последние годы озонированным раствором поваренной соли, особенно при высоком уровне эндотоксемии. В послеоперационном периоде осуществляли детоксикационную и противовоспалительную терапию под постоянным контролем УЗИ для своевременного выявления скопления жидкости в брюшной полости и ее удаления. Состояние больных было тяжелым, но в результате проводимой комплексной терапии состояние быстро улучшалось, снижался уровень билирубина, восстанавливалась функция кишечника, исчезали явления интоксикации. Лишь у двух больных на 4 сутки после операции через страховые дренажи стало выделяться дуоденальное содержимое, что говорило о несостоятельности швов, но явлений перитонита не было. При контрольном УЗИ скопления жидкости в брюшной полости не обнаружено, количество выделяемой жидкости постепенно уменьшалось, поэтому повторно операцию не осуществляли, дренажи обеспечивали адекватное дренирование, на 12-е сутки выделений из дренажей не было, они удалены, больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Полученные нами результаты позволяют сделать следующие выводы:

Больные с диагнозом постхолецистэктомического синдрома нуждаются в детальном обследовании с целью выявления органических осложнений, требующих оперативного вмешательства.

Использование билиодигестивных анастомозов в лечении непроходимости желчных протоков после холецистэктомии позволяет ликвидировать явления механической желтухи и холангита.

В послеоперационном периоде необходим систематический контроль УЗИ брюшной полости с целью своевременного выявления осложнений. При возникновении частичной несостоятельности швов анастомоза, но адекватном дренировании брюшной полости можно добиться выздоровления и избежать повторной операции.

Литература:

1. Дарменов О.К. Тактические и технические ошибки в экстренной хирургии желчных путей // Актуальные вопросы хирургии. – Алматы, 1995. – С.77-78.
2. Дударов З.А., Красок О.Н., Майоров В.М., Адамович Д.М. Рефлюкс-холангит как причина постхолецистэктомического синдрома у больных с холедоходуоденоанастомозом // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2011. - № 2. – С.45-46.
3. Лапкин К.В., Молярчук В.М., Аббасов А.К. Лигатурный холелитиаз // Хирургия. – 1999. - № 5. – С.103-108.
4. Майстренко Н.А., Нечай П.А., Еременко В.П. Гепатобилиарная хирургия // Хирургия. – 1999. - № 5. – С.20-25.
5. Нечай А.И. Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз // Хирургия. – 1998. - № 9. – С.39-41.
6. Оразбеков Н.И. Эндобилиарная озонотерапия в профилактике послеоперационного холангита // Хирургия Казахстана. – 1996. - № 5-6. – С.45-46.
7. Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Перегуда Н.С. Особенности диагностики и лечения резидуального и рецидивного холедохолитиаза // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2011. - № 2. – С.90-91.
8. Van Steenberg W., Rigants H. Percutaneous transgepatic cholecystostomy for acute complicated calculous cholecystitis in elderly patients // Amer. Geriatr. Soc. – 1998. – Vol.41. – P.157-162.