

ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Токтосунов А.С.

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

Резюме. Представлены результаты оперативного лечения рецидивного холедохолитиаза у 37 больных пожилого и старческого возраста. Наружное дренирование выполнено у 12 больных и внутреннее с наложением билиодигестивных анастомозов – у 25. Осложнения отмечены у 5 больных. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: печень, рецидивный холедохолитиаз, оперативное лечение, пожилой и старческий возраст, осложнения.

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫГАН КУРАКТАГЫЛАРДЫН КАЙРАКАЙТАЛАМА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ ООРУСУН ДАРЫЛОО

Токтосунов А.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттин медициналык академиясы
№1 Шаардык клиникалык ооруканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Улгайган жана карыган 37 бейтаптын кайракайталама холедохолитиаз оорусун оперативтик жол менен дарылоо көрсөтүлгөн. 12 бейтапка сырткы дренаждоо колдонулган жана 25 бейтапка билиодигестивдүү анастомоз жолу менен коюлган м5 бейтапка кабылдоосу байкалган. Каза болгондор болгон жок.

Негизги сөздөр: боор, кайракайталама холедохолитиаз, оперативдик жол менен дарылоо. Улгайган жана карыган курактагылар, кабылдоосу.

TREATMENT OF RELAPSING CHOLEDOCHOLITHIASIS IN MIDDLE AND SENILE AGE PEOPLE

Toktosunov A.S.

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

Resume. The results of surgical treatment of 37 middle and senile age people with relapsing choledocholithiasis are presented. External drainage was fulfilled in 12 patients, and internal drainage with application of biliodigestive anastomosis was fulfilled in 25 patients. Complications were in 5 patients. There were no lethal outcomes.

Key words: liver, relapsing choledocholithiasis, surgical treatment, middle and senile ages, complications.

Одной из актуальных проблем билиарной хирургии является оперативное лечение рецидивного холедохолитиаза [1,3]. Ряд исследователей выделяют резидуальный холедохолитиаз, это так называемые забытые или оставленные конкременты, и рецидивный, когда в отдаленные сроки вновь образуются конкременты в желчных путях [2,4].

В оценке резидуальных и рецидивных камней многие исследователи придают значение срокам появления конкрементов, но это деление чисто условное. Лишь в момент операции можно условно выявить признаки, характерные

для рецидивного и резидуального камней [1]. Особую значимость представляет лечение больных пожилого и старческого возраста, так как это наиболее тяжелая группа больных с наличием многих сопутствующих заболеваний.

Цель работы: представить результаты оперативного лечения рецидивного холедохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методики исследования

На оперативное лечение по поводу ЖКБ поступило 207 больных пожилого (от 60 до 75 лет) и старческого (от 75 до 90 лет) возраста. Из

них с рецидивным холедохолитиазом поступило 37 (17,8%). Женщин было 24, мужчин – 13. У всех из них выявлены сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, коронарная болезнь сердца, хронические бронхолегочные заболевания). При анализе сроков, прошедших после операции, было установлено, что большинство больных поступили до 1 года после операции (22 чел.), от 1 года до 3 лет – 8 человек, от 3 до 5 лет – 2 и более 5 лет – 5 больных.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорог

После обследования больных с использованием УЗИ у 23 обнаружили конкременты в холедохе, а у остальных отмечено расширение желчных протоков, что указывало на наличие нарушения проходимости желчных протоков. Нужно отметить, что большинство поступивших были в тяжелом состоянии из-за наличия желтухи и тяжести сопутствующих заболеваний. Явления холангита (ознобы, высокая температура тела, лейкоцитоз) имели место у 6 больных.

Предоперационная подготовка была строго индивидуальной, но во всех случаях стремились оперировать больных после подготовки. Больные с явлениями холангита были оперированы в первые сутки поступления, им проводилась дезинтоксикационная и противовоспалительная терапия. У всех же остальных больных предоперационную подготовку проводили не более 3-4 дней, которая так же включала дезинтоксикационную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Все 37 больных оперированы под эндотрахеальным наркозом, доступом по Федорову. Из них у 12 больных использован минидоступ. После рассечения множества спаек выделен холедох и вскрыт. Удалены конкременты и проходимость желчных протоков проверена путем зондирования, трансиллюминацией, а у 9 – интраоперационной холангиографией. У 6 больных операция закончилась наружным дренированием холедоха, а у 31 наложен билиодигестивный анастомоз. Показанием для наложения анастомоза служило наличие множества мелких конкрементов в холедохе

и сочетание конкрементов с рубцовым сужением общего желчного протока. При наложении анастомозов предпочтение отдавали холедоходуоденоанастомозу по Юрашу-Виноградову, а у остальных (6 человек) был наложен холедохоюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Операцию заканчивали обязательным дренированием области анастомоза микроиригатором, через который в послеоперационном периоде орошали анастомоз озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Этот микродренаж обеспечивал декомпрессию области анастомоза и создавал возможность санировать его область. Брюшная полость дренирована.

В послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, которое обусловлено интоксикацией и тяжестью сопутствующих заболеваний.

После операции больные получали инфузионную терапию с учетом состояния сердечно-сосудистой и дыхательных систем под контролем функционального состояния печени, также получали массивную антибактериальную терапию. На 4-5 сутки у 2 больных по дренажу, стоявшему в брюшной полости, стало выделяться дуоденальное содержимое с примесью желчи, что указывало на несостоятельность анастомоза. Но повторная операция не выполнялась, так как дренаж обеспечивал адекватный отток. На 10-12-е сутки выделения из брюшной полости прекратились. При контрольном УЗИ выпота в брюшной полости не обнаружено. Еще у 2-х больных в послеоперационном периоде возникло нагноение раны. В результате проведенного лечения осложнения были излечены.

При осмотре удаленных конкрементов для вновь образованных камней более характерна была меньшая плотность. Они имели вид «замазки», легко крошащиеся.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали, что у лиц пожилого и старческого возраста нередко имеют место рецидивные камни и операцию у них можно выполнить из минидоступа, но с предварительной оценкой состояния желчных путей. При рецидивных камнях у лиц пожилого

и старческого возраста более целесообразно выполнять билиодигестивные анастомозы.

Литература:

1. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутко. – М.: Видар, 2005. – 139 с.

2. Шаповальянц, С.Г. Новые подходы к оценке состояния внепеченочных желчных протоков у больных с хроническим калькулезным холециститом [Текст] / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков // Материалы 7-го съезда Научного общества гастроэнтерологов России 20-23 марта 2007 г. – М., 2007. – С. 250-251.

3. Особенности диагностики и лечения ущемленных камней большого сосочка двенадцатиперстной кишки [Текст] / [А.М. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, Н.У. Арипова и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Том 13, № 1. – С. 83-88.

4. Neuhaus, H. New techniques for direct biliary visualization we need them and what can be achieved? [Text] / H. Neuhaus // Gastrointest. Endoscopy. – 2011. – Vol. 74, # 2. – P. 317-320.