

БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ХОЛЕДОХА

Жумадылов К.С.

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

Резюме. Представлены результаты лечения больных с нарушением проходимости холедоха у 120 пациентов на почве желчнокаменной болезни. У всех наблюдаемых отмечены механическая желтуха и холангит. Билиодигестивные анастомозы применены у 52 больных, осложнения после операции возникли у 4 (7,7%). В профилактике осложнений использовано дренирование холедоха с промыванием его антибиотиками или антисептиками.

Ключевые слова: желчный пузырь, холедох, нарушение проходимости, билиодигестивные анастомозы, профилактика осложнений.

ЖАЛПЫ БООР ТҮТҮКЧӨСҮНӨН ӨТ ӨТПӨЙ КАЛУУ ДАРТЫНА БИЛИОДИГЕСТИВТУУ АНАСТӨМОЗ САЛУУ ЫКМАСЫ

Жумадылов К.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Мамлекеттик Медицина академиясы, №1 шаардык оорукана, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Өт ташы даргы боюнча. 120 бейтаптын жалпы боор түтүкчөсүнөн өт өтпөй калуу түрдө өтүшүнүн дарылоосунун жыйынтыгы алдыңарга коюлду. Баардык бейтаптарда саргайып кетүү жана жалпы боор түтүкчөсүнүн сезгенүүсү байкалды. 52 бейтапка билиодигестивтик анастомоз коюуу ыкмасы колдонулду, операциядан кийин өтүшүн кетүү 4 (7,7%) бейтапта катталды. Алдын алуу шарттары болуп, жалпы боор түтүкчөсүн антибиотик жана антисептиктер менен жуу ыкмасы колдонулду.

Негизги сөздөр: өт баштыкчасы, жалпы боор түтүкчө, агууга тоскоол болуу, билиодигестивтик анастомоз, алдын алуу шарттары.

BILIODIGESTIVE ANASTOMOSIS IN THE TREATMENT OF THE PATIENTS WITH CHOLEDOCH PERMEABILITY DISTURBANCE

Zhumadylov K.S.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, municipal clinical hospital №1. Bishkek city, Kyrgyz Republic

Summary. The results of surgical treatment of 120 patients with choledoch permeability disturbance on the ground of cholelithiasis are presented. All these patients had mechanical jaundice and cholangitis. Biliodigestive anastomosis were used in 52 patients. The complications after this operation were in 4 patients (7.7%). drainage with washing it with antibiotics and antiseptics have been used in the complications prophylaxis.

Key words: gallbladder, choledoch, permeability disturbance, biliodigestive anastomosis, complication prophylaxis.

При желчнокаменной болезни не редким осложнением является непроходимость желчных протоков, которая сопровождается развитием желтухи и холангита [1,5]. Лечение этого осложнения только хирургическое, так как консервативные методы не эффективны. Оперативное

лечение тоже представляет большой риск, так как очень часто имеет место эндотоксикоз, нарушение коагуляционных свойств крови, наличие воспалительного процесса и поэтому после операции могут возникать осложнения, являющиеся причиной смерти этой группы больных [2,4].

Помимо хирургического вмешательства после операции необходим комплекс медикаментозных средств, который бы предотвратил прогрессирование процесса.

Из хирургических методов восстановления проходимости холедоха используют холедохолитотомию с последующим наружным дренированием, либо холедохолитотомию с внутренним дренированием [3,6]. Оба метода имеют свои преимущества и недостатки, которые являются основанием для их усовершенствования.

Цель работы - представить результаты оперативного лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной нарушением проходимости холедоха.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 52 больных, у которых выявлена непроходимость холедоха на почве желчнокаменной болезни, и им выполнена операция - наложение билиодигестивного анастомоза. Женщин было 32 и мужчин - 20, возраст колебался от 22 до 76 лет, а давность заболевания - от одного месяца до 6 лет. Из 52 наблюдаемых больных у 36 непроходимость обусловлена желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, а у 16 возникли осложнения в различные сроки после холецистэктомии и холедохотомии с дренированием холедоха, вызвавшие его непроходимость (резидуальные камни, стриктуры).

В обследовании больных, помимо общеклинических методов, использовано УЗИ, определение функционального состояния печени и почек, а в момент операции - холедохоскопия, трансиллюминация и интраоперационная холангиография.

Результаты и их обсуждение. В результате обследования больных в момент поступления было установлено наличие механической желтухи у всех больных и холангит, осложнившийся желтухой, имел место у 46 из 52 (ознобы, повышение температуры, высокий лейкоцитоз). Уровень общего билирубина колебался от 62 мкмоль/

л до 342 мкмоль/л, что подтверждало тяжесть состояния больных. Все оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Предоперационная подготовка не превышала 4-5 дней, в этот период осуществляли в основном детоксикационную терапию с учетом степени тяжести больных. Доступ был верхне-срединным у 6, а у остальных минидоступ (длина разреза 6-7 см) был использован у 46 в правом подреберьи, из них у 4 в момент операции разрез был продлен из-за технических сложностей при наложении билиодигестивного анастомоза, а у остальных минидоступ позволил выполнить все этапы операции.

При ревизии желчного пузыря и внепузырных желчных протоков у 36 выявлены конкременты в холедохе, которые явились причиной желтухи и холангита и из них у 4 были вклинившиеся конкременты в терминальном отделе холедоха. Осуществляли холецистэктомию, холедохотомию, удаляли конкременты, холедох тщательно промывали, затем производили зондирование протока, холедохоскопию и холангиографию и только затем накладывали анастомоз, при этом обращали особое внимание на состояние двенадцатиперстной кишки. Если не выявляли дуоденостаз, то выполняли холедоходуоденоанастомоз, а если обнаруживали признаки дуоденостаза, то холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. При наличии вклинившегося конкремента в терминальном отделе холедоха выполняли дуоденотомию и под контролем зрения осуществляли папиллосфинктеротомию, камень удаляли, а затем накладывали холедоходуоденоанастомоз. Холедох обязательно дренировали микроирригатором для санации холедоха в послеоперационном периоде.

При выявлении осложнений после ранее произведенной холецистэктомии и наружного дренирования холедоха, которые имели место у 16 больных, у 8 имели место резидуальные камни и у 8 - стриктура холедоха. При наличии конкрементов осуществляли холедохотомию (у всех обнаружены множественные мелкие, иногда замазкообразные камни), удаляли конкременты, промывали проток и в зависимости от состояния двенадцатиперстной кишки осуществляли выбор анастомоза. Более сложным был подход с наличием стриктуры холедоха, она у всех была в супрадуоденальном отделе холедоха. У двух

был наложен холедоходуоденоанастомоз, а у 6 - холедохоюоанастомоз на выключенной петле по Ру. Здесь также осуществляли дренирование холедоха микродренажем для санации холедоха.

У всех больных операцию заканчивали дренированием подпеченочного пространства и у 20 наиболее тяжелых больных фиксировали микроирригатор в круглую связку печени для введения лимфотропной смеси с антибиотиками - это обеспечивало более благоприятное течение послеоперационного периода. Лимфотропная смесь включала: новокаин 0,5% - 10-15 мл, гепарин (70 ед. на кг веса), лидаза - 12 ед. и антибиотик (цефазолин 1,0). Ее вводили на протяжении 4-5 дней, затем микроирригатор удаляли и антибиотик продолжали вводить внутривенно два раза в сутки.

Учитывая тяжесть состояния больных, после операции осуществляли массивную детоксикационную терапию и ежедневный ультразвуковой контроль брюшной полости.

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 больных. У одного - плеврит, излеченный пункциями, у одного - скопление жидкости в подпеченочном пространстве и у 2 - частичная несостоятельность анастомоза. На 4-5 сутки после операции у 2 больных через страховый дренаж стало выделяться дуоденальное содержимое с примесью желчи, заподозрена возникшая несостоятельность анастомоза. При УЗИ - скопления жидкости в брюшной полости не выявлено, поэтому продолжено наблюдение и выполнение противовоспалительной и детоксикационной терапии. Количество отделяемого постоянно уменьшалось и на 12 сутки прекратилось, дренажи удалены, наступило выздоровление, больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В данном случае адекватное дренирование и динамическое УЗИ позволили избежать повторной операции.

У одного больного на 5 сутки прекратились выделения из дренажа, повысилась температура, появились боли в правом подреберьи и при УЗИ выявлено скопление жидкости в подпеченочном пространстве. Под контролем УЗИ произведена пункция, получено 200 мл серозно-геморрагической жидкости. Состояние улучшилось и при контрольном УЗИ жидкости не выявлено.

Таким образом, при непроходимости холедоха билиодигестивные анастомозы не утратили своего значения. Строгий контроль в послеоперационном периоде УЗИ позволяет своевременно выявить возникшие осложнения и избрать при этом наиболее адекватное решение.

Литература

1. Бебуришвили А.Г., Быков А.В., Зюбина Е.Н., Бургуладзе Н.Ш. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита // Хирургия. - 2005. - № 1. - С.43-47.
2. Джаркенов Т.А., Мовчун А.А., Хрусталева М.В., Ратникова Н.П. Хирургическая тактика у больных хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. - 2004. - № 3. - С.13-16.
3. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. - М.: Медицина, 2000. - 224 с.
4. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Хасанов А.Г. Хирургическое лечение больных гнойным холангитом при желчнокаменной болезни // Хирургия. - 2001. - № 2. - С.23-26.
5. Тимербулатов В.А., Гаринов Р.М., Хасанов А.Г. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни и ее осложнений // Вестник хирургии. - 1999. - № 5. - С.25-29.
6. Deutsch F.F., Nudelman I., Gutman H. Choledochoduodenostomy an important surgical tool in the management of common bibe duct stones. A review of 126 cases // Eur. J. Surg. - 1999. - Vol. 15, # 9.- P. 531-533.