
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ж.Ж. Толоров, У.С. Мусаев, Ж.Т. Конурбаева, К.К. Кенжекулов

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель – оценить меры профилактики осложнений у больных ЖКБ, осложненной механической желтухой. Оперировано 76 больных с механической желтухой на почве желчнокаменной болезни, для профилактики осложнений у 8 использована до операции чрескожная холангиостомия, у 4 – эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Наружное дренирование выполнено у 47 и у 29 внутреннее. В послеоперационном периоде выполняли региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени, осложнения возникли у 6 (7,9%), умер 1 (1,3%).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, оперативное лечение, меры профилактики, осложнения, летальность.

САРЫКТЫН МЕХАНИКАЛЫК (ТОСКОЛДУКТАГЫ) ТУРУ МЕНЕН ОРУУГАН БЕЙТАПТАРДЫН КАБЫЛДООСУН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫНЫН КОЛДОНУСУНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Ж.Ж. Толоров, У.С. Мусаев, Ж.Т. Конурбаева, К.К. Кенжекулов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: максаты – Өттүн таш оорусу менен ооруган бейтаптардын механикалык сарыка кабылдоосун алдын алуу чараларын баало. Өттүн таш оорусунун негизинде механикалык сарык менен 76 бейтапга операция жасалды, кабылдоонун алдын алуу үчүн операцияга чейин 8 бейтапга тери аркылуу холангиостомия, 4 бейтапга папилосфинтеротомия колдонулду.

47 бейтапга сыртга түтүкдөө жана 29 бейтапга сыртга ичинен түтүкдөө колдонулду. Операциядан кийинки мезгилде боорду жумуру байламтасы аркылуу аймактык (регионалдык) лимфостимуляция аткарылды, алардын ичинен 6 бейтапга (7,9%) кабылдоо пайда болду жана 1 бейтап (1,3%) каза болду.

Негизги сөздөр: өттүн таш оорусу, механикалык саргайуу, операция жолу менен дарылоо, алдын алуу чаралары, өтүшүп кетүү, өлүмү.

RESULTS OF APPLICATIONS OF PROPHYLACTIC MEASURES FOR COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE

J.J. Tolorov, U.S. Musaev, Zh.T. Konurbaeva, K.K. Kenjekulov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
department of facultative surgery
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: aim – to assess prophylactic measures for complications in patients with gallstone disease. Operated 76 patients with mechanical jaundice on the basis of gallstone disease. For the prophylaxis of complications in 8 patients used percutaneous cholangiostoma,

in 4 – endoscopic papillosphincterotomy. External drainage performed in 47 and in 29 performed internal drainage. At postoperation period performed regional lymphostimulation by ligamentum teres of the liver. Complications were in 6 (7.9%), mortality 1 (1.3%).

Key words: gallstone disease, mechanical jaundice, surgical therapy, prophylactic measures, complications, mortality.

Введение

Одним из наиболее тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) является механическая желтуха, которая существенно влияет на течение заболевания [1,2]. Эта группа больных нуждается в индивидуальном подходе, как в выборе предоперационной подготовки, так и в методе оперативного лечения. Ряд исследователей [3,4,5] рекомендуют выполнять подготовку для разгрузки желчных путей (холангиостомия, папиллосфинктеротомия), а вторым этапом выполнять основную операцию и после операции осуществлять детоксикационную терапию.

Выполнение инфузионной терапии до операции малоэффективно из-за непроходимости холедоха и улучшение в состоянии больных наблюдается кратковременное, поэтому все исследователи указывают, что инфузионная терапия перед операцией не должна быть продолжительной, необходимо восстановить проходимость желчных протоков, а затем выполнять массивную детоксикационную терапию [5,6].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных лечению больных с механической желтухой различного генеза, частота осложнений колеблется в пределах 32-61% и летальность остается на высоком уровне [5,6], что является основанием для поиска мер профилактики, которые позволили бы улучшить результаты лечения.

Цель работы: оценить меры профилактики у больных ЖКБ, осложненной механической желтухой.

Материал и методики исследования.

Наблюдали 76 больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой. Женщин – 46, мужчин – 30, в возрасте от 28 до 76 лет. Сроки желтухи колебались от 3 до 12 дней. Из числа поступивших, механическая желтуха при остром холецистите была у 22, при хроническом – у 54, у всех она была обусловлена холецистохоледохолитиазом, из них 40 больных были ранее оперированы по поводу калькулезного холецистита, после операции у них периодически появлялись приступообразные боли, а после последнего приступа возникла желтуха, которая не исчезала после спазмолитических средств, и они были направлены в клинику.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов применялись УЗИ, по показаниям КТ и МРТ (8 больных), чрескожная чреспеченочная холангиография, проводилось определение печеночных и почечных тестов по общепринятой методике. Результаты обработаны путем вычисления относительных величин (%).

В момент операции после удаления конкрементов использовали зондирование холедоха, холедохоскопию, трансиллюминацию, УЗИ и по показаниям интраоперационную холангиографию.

В послеоперационном периоде выполняли многократно УЗИ для своевременного выявления осложнений, а при длительно незаживающих желчных свищах или длительном выделении большого количества желчи через дренаж – холангиографию.

Используя комплекс этих методов диагностики, удавалось определить характер заболевания и наметить объем предстоящей операции.

Результаты и их обсуждение

В результате выполненных исследований установлено, что желтуха обусловлена непроходимостью холедоха – холедохолитиазом, что требовало восстановления его проходимости. Уровень билирубина колебался от 85 до 356 мкмоль/л и отмечено повышение уровня трансаминаз.

Большое значение мы придавали предоперационной подготовке. У 8 больных с высоким уровнем билирубина (выше 250 мкмоль/л) выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, дренаж дренировали 7-8 дней, через дренаж выделялась желчь, улучшалось общее состояние, уменьшалась желтуха, затем больные оперированы.

Еще у 4х больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, конкременты из холедоха были успешно удалены, желтуха уменьшилась, быстро снизился уровень билирубина, и пациенты в плановом порядке были оперированы.

Остальные больные (64 чел.) получали перед операцией инфузионную терапию, но не более 2-3 дней.

В оперативном лечении применяли холецистэктомию и дренирование холедоха, а при осложнениях после холецистэктомии (резидуальный и рецидивный холедохолитиаз) – холедохолитотомию и наружное или внутреннее дренирование. Наружное дренирование произведено у 47 пациентов, из них по методике А.В. Вишневого у 28, по Керу – у 19. Внутреннее дренирование выполнено у 29 больных (холедоходуоденоанастомоз у 13 и холедохоеюноанастомоз у 16 чел.).

Особое внимание было обращено на меры профилактики осложнений. До операции при выполнении УЗИ решали вопрос о выборе доступа и чаще использовали минилапаротомию, как менее травматичную, по ходу операции выполняли тщательный гемостаз, так как скопление геморрагической жидкости приводит в дальнейшем к нагноению. Тщательно ушивали ложе желчного пузыря и подводили страховой дренаж. При высоком уровне билирубина и трансаминаз осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее вводили антибиотики, гепатотропные препараты, комплекс витаминов, глюкозу с инсулином. Это предотвращало прогрессирование печеночной недостаточности, быстро исчезали явления эндотоксикоза. После удаления катетера из пупочной вены, инфузионную терапию продолжали через периферические вены.

Также использовали региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени. В момент операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор и через него 2 раза в сутки вводили антибиотик (цефазолин 1,0 или ампицин 1,0), гепарин 70 ед на кг веса больного, лидазу 8-12 ед., тактивин 1 мл и 0,5% раствор новокаина 15-20 мл. Региональную лимфостимуляцию выполняли 5-6 суток.

В послеоперационном периоде из 47 больных с наружным дренированием осложнения отмечены у 3. У одного имело место выпадение дренажа, потребовавшее повторной операции, у одного отмечено прогрессирование печеночной недостаточности, которое явилось причиной смерти, и еще у одной больной выявлен плеврит, который излечен плевральными пункциями. Дренажи из холедоха удаляли после контрольной холангиографии, обычно на

7-8 сутки и значительно реже на 9-10 сутки (5 больных).

Из 29 больных, которым выполнено внутреннее дренирование, осложнения обнаружены также у 3 больных: у одной больной послеоперационный период осложнился частичной несостоятельностью анастомоза, повторная операция не потребовалась, дренажи обеспечивали адекватное дренирование, еще у одной больной отмечена пневмония и у одного нагноение операционной раны.

Среднее пребывание в стационаре пациентов с наружным дренированием составило $14,2 \pm 1,91$ койко-дней и при внутреннем $12,1 \pm 1,7$ койко-дней.

Послеоперационные осложнения при механической желтухе составили 7,9% (6 больных) и летальность 1,3% (1 больной).

Таким образом, наши исследования показали, что улучшение результатов лечения больных с механической желтухой можно добиться при индивидуальном подходе к проведению предоперационной подготовки, выполнением малотравматичного доступа и мер профилактики в момент операции и в послеоперационном периоде.

Литература

1. Ардаинов, Т.Б. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза [Текст] / Т.Б. Ардаинов, С.А. Будзинский, А.Г. Паньков // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2013.- Том 18, №1.- С. 23-26.

2. Борисов, А.Г. Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза у больных повышенного риска [Текст] / А.Г. Борисов, В.П. Земляной, В.В. Моячин // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2012.- №1.- С. 88-90.

3. Гаригов, Р.М. Сравнительная оценка результатов использования различных методов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза [Текст] / Р.М. Гаригов, Р.Д. Нажипов // *Хирургия.* - 2007.- №3.- С. 138-144.

4. Ермаков, Т.А. Миниинвазивные методики лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных путей [Текст] / Т.А. Ермаков // *Хирургия.* - 2003.- №6.- С. 68-71.

5. Жумадылов, К.С. Билиодигестивные анастомозы в лечении больных желчнокаменной болезнью и ее осложнений и качества жизни после их выполнения [Текст] / К.С. Жумадылов: Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2013.- 21 с.

6. Schafez, M. Cholelithiasis – laparoscopy or Laparotomy? [Текст] / M. Schafez // *J. Umsch.* - 1998.- Vol. 55, #6.- P. 110-115.