

УДК 616.367-089-885

А.Б. Бекешкызы, М.М. Гладинец, А.О. Байтуякова, А.Э. Киримбаева,
М.Е. Байсеитова, А.Е. Масалов

Государственный медицинский университет г. Семей,
Кафедра факультативной хирургии и травматологии.

ХОЛЕДОХОТОМИЯ В ЭКСТРЕННОЙ НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Аннотация

Гнойный холангит как осложнение острого холецистита чаще возникает при наличии камней в желчных протоках, в результате перехода воспаления с желчного пузыря на внепеченочные желчные протоки. Это тяжелое осложнение нарушения проходимости желчных путей, которое рассматривают как заболевание, проявляющееся местными воспалительными изменениями желчных протоков, системной воспалительной реакцией. Чаще всего холангиты возникают у больных с холедохолитиазом и рубцовыми поражениями протоков. Наиболее часто причиной механической желтухи является холедохолитиаз. Острый холецистит относится к распространенным заболеваниям органов брюшной полости. Высокую заболеваемость связывают с ростом частоты желчнокаменной болезни «ЖКБ» и увеличением продолжительности жизни людей. Чаще заболевание встречается у лиц старше 50 лет, пациенты пожилого и старческого возраста составляют более 50%, соотношение мужчин и женщин среди пациентов 1:5. У 70 % пациентов обтурация камней приводит к застою желчи и желчной гипертензии, это позволяет считать ЖКБ основным фактором, предрасполагающим к развитию острого «обтурационного холецистита». Вмешательство на желчных протоках осуществляют после удаления желчного пузыря. Идеальная холедохотомия производится при отсутствии признаков холангита, проходимости общего желчного протока.

Ключевые слова: холедохотомия, калькулезный холецистит, билирубинемия, подпеченочный абсцесс, холецисто-панкреатит, механическая желтуха, холедохостомия, холангит, микродренаж.

Актуальность

Неотложные операции на внепеченочных желчных протоках имеют свои особенности, более сложны в тактическом плане, техническом выполнении, поскольку к ним прибегают главным образом у больных с осложненным острым холециститом. В этих условиях значительно повышается риск операции. Поэтому вопрос о холедохотомии в неотложной хирургии желчных путей заслуживает самого пристального внимания. Это дало повод хирургам поделиться опытом неотложных операций на общем желчном протоке.

Цели лечения: Неотложная декомпрессия и санация желчевыводящих путей, дезинтоксикация, устранение конкрементов с холедоха, дренирование по А.В. Вишневскому. Основу лечения холангита составляют также антибактериальные средства III- IV поколения.

Материалы и методы

В больнице скорой медицинской помощи г. Семей в хирургическом отделении хирургами выполнено 250 операций по поводу острого калькулезного холецистита, реже бескаменного, также желчнокаменной болезни. Больные, оперированные по экстренным и срочным показаниям в возрасте до 60 лет – 118, старше 65 лет – 132, из них мужчин – 80, женщин – 170. Причем, у 26 пациентов, холедохотомия была выполнена повторная операция после перенесенной ранее холецистостомии, холецистэктомии, холедохостомии.

У 166 больных или 65% отмечена механическая желтуха с высокими цифрами билирубинемии. Во время операции у 67 пациентов выставлен диагноз острый холецисто-панкреатит. Более чем у половины больных диагностированы различные сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы, а у 16 пациентов в прошлом перенесенный инфаркт миокарда.

По экстренным показаниям прооперировано 180 больных, а по срочным в первые сутки – у 70 пациентов. Экстренные операции производились у больных с признаками перитонита или гнойно-септической интоксикации, обусловленной воспалительно-деструктивным

процессом в желчном пузыре, гнойным холангитом или формирующимся подпеченочным абсцессом.

Срочные операции предпринимались у больных, которые были доставлены в хирургическое отделение с клиникой острого холецистита-панкреатита средней тяжести, у которых консервативное интенсивное лечение в ближайшие сутки не оказывало отчетливого положительного эффекта, а в ряде случаев состояние их даже ухудшалось. Эти больные подвергались операции после тщательного обследования и адекватной предоперационной подготовки и чаще всего в первые двое суток с момента госпитализации в хирургический стационар.

Следует отметить, что деление больных на нуждающихся в экстренной или срочной операции весьма условно, так как в распоряжении врача – хирурга еще нет точных критериев, которые позволяли бы определить сроки выполнения оперативного пособия.

В ряде случаев, где предпринималась срочная операция, патологические изменения в желчном пузыре были настолько выражены, что были обнаружены гангрена желчного пузыря, эмпиема желчного пузыря, что не оставляло сомнений в необходимости операции в более ранние сроки. Объяснение этому есть, это обычно наблюдалось у пожилых больных, так как у них морфологические изменения в желчном пузыре опережают клинические симптомокомплексы.

Из 250 оперированных флегмонозный холецистит обнаружен у 186 больных, гангренозная форма – у 37 пациентов, перфоративный – у 12, обострение хронического холецистита – у 6, а у 9 больных ранее была произведена холецистэктомия, у которых обнаружены «забытые» конкременты. Камни в желчном пузыре выявлены у 242 пациентов. Из них крупные одиночные камни у 66, множественные – у 163, а у 13 больных – бескаменные холециститы с признаками сосудистого фактора флегмонозно-гангренозная форма. В процессе ревизии желчных протоков конкременты в общем желчном протоке обнаружены у 32 больных. Механическая желтуха была у 132 пациентов с расширением внутри-

печеночных и внепеченочных желчных протоков - у 147. В тоже время в 41 наблюдении или в 23,7% обнаруженные камни в протоках не нарушали пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку, а у 26 пациентов, что составляет 15% не вызвали расширения протоков. Внешних признаков наличия камней в протоках не было, по крайней мере, у 26 больных. Их камни заподозрены пальпаторно у 10, у остальных 16 больных или 8,9%, были выявлены на операционном столе с помощью осуществления контрастной холангиографии.

Этому методу исследования придается большое значение, хотя он не считается абсолютно безупречным, так как камни в основном находились в общем желчном протоке, причем одинаково часто в супра- и ретродуоденальном отделе его, у 8 больных камни ущемлялись в большом дуоденальном сосочке, в 2-х больных конкременты способствовали перфорации супрадуоденального отдела холедоха по типу пролежня. Такое осложнение является весьма редким. Эти больные, в прошлом перенесли операции холецистэктомии и холедохостомии.

У 173 больных с наличием конкрементов в желчных протоках развился острый холангит у 83 пациентов. Расширение холедоха отмечено - у 213 из 250 больных, у 142 обнаружены камни в протоках, которые можно считать причиной расширения холедоха. В 66 наблюдениях были выявлены причины дилатации протоков: стеноз большого дуоденального сосочка - у 16 пациентов, рубцовый стеноз холедоха - у 4, индуративный панкреатит - у 18 больных, обострение хронического панкреатита - у 14, перихоледохеальный лимфаденит - у 3 больных. У 10 больных или 4,7% достоверной при-

чины расширения холедоха установить не удалось, но были основания предполагать, что оно является следствием сдавления протока увеличенными лимфатическими узлами или крупным камнем шейки желчного пузыря.

Таким образом, показанием к холедохотомии послужили: механическая желтуха и холангит до операции. Расширение холедоха, прощупываемые в протоках камни, тени камней и обтурация холедоха или большого дуоденального сосочка на операционной холангиограмме, наличие мелких камней в желчном пузыре при широком пузырном протоке. Холедох вскрывался косоподольным разрезом вблизи двенадцатиперстной кишки.

При широком пузырном протоке нередко нет необходимости вскрывать холедох, так как извлечь небольшие камни и проверить проходимость желчных путей удается через культю пузырного протока. Для извлечения из протоков камней использовали специальные ложки и окончатые зажимы. У некоторых больных для удаления песка и замазки из дистального отдела холедоха пользовались зондом Фогерти.

Из 250 больных у 16 холедохотомия оказалась диагностической. Поводом к ревизии протоков у них были: желтуха в анамнезе - у 8 пациентов, наличие мелких камней в желчном пузыре при широком пузырном протоке - у 5 и тени, подозрительные на конкременты, при холангиографии - у 3. У остальной категории больных желчные протоки были освобождены от конкрементов, песка, замазки или гноя.

Виды и исходы неотложных оперативных вмешательств представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Виды и исходы неотложных оперативных вмешательств.

Название операции	операции		итого	
	экстренные	срочные	оперировано	умерло
Холецистостомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому	24	6	30	-
Холецистостомия, холедоходуоденостомия	10	3	13	-
Холецистодуоденостомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому	9	1	10	-
Холецистэктомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому или Керу	81	32	113	4
Холецистодуоденостомия, холедохостомия по А.В. Вишневскому, трандуоденальная папиллотомия	10	2	12	1
Холедохостомия по А.В. Вишневскому	14	3	17	-
Холецистэктомия, холедоходуоденостомия	22	10	32	2
Холецистодуоденостомия	4	5	9	1
Холедохоеюностомия	2	-	2	-
Холецистэктомия, глухой шов холедоха	4	8	12	-
Всего	180	70	250	8

В основном у подавляющего большинства больных острым холециститом холедохотомия заканчивалась наружным дренированием по Вишневскому или Керу. Однако непосредственные и отдаленные результаты холедохостомии заставляли пересмотреть отношение к наружному дренированию желчного протока, и в настоящее время определены следующие показания к холедохостомии: тяжелый гнойный холангит, при котором удалось восстановить пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку; панкреонекроз поджелудочной железы; резкое ухудшение состояния больного во время холедохотомии. Если при гнойном холангите устранить препятствие оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку, холедохотомию завершаем билиодегистивным анастомозом.

Угроза несостоятельности швов анастомоза при холангите не так велика, как полагали прежде. Декомпрессия холедоха через культю пузырного протока в

известной степени предупреждает осложнение. В последнее время часто применяется холедоходуоденостомия в сочетании с дренированием холедоха через культю пузырного протока у больных с гнойным холангитом с хорошим непосредственным исходом.

Холедоходуоденостомия при неотложной и срочной холедохотомии применялись по следующим показаниям: рубцовое сужение дистального отдела холедоха или большого дуоденального сосочка; сдавление общего желчного протока, индуративно измененной головкой поджелудочной железы; резкое «более 2 см» расширение холедоха; неуверенность в полном удалении замазки, песка или камней из желчных протоков; неудавшаяся попытка удалить вклинившийся камень из холедоха. Холедоходуоденостомия нередко сочеталась с временной наружной декомпрессией желчных путей с помощью микродренажа, введенного в холедох через культю пузырного протока. Глухой шов применялся при

диагностической холедохотомии и после удаления камней из протоков, проходимость которых не была нарушена, а декомпрессия холедоха пузырного протока считалась непереносимым условием. Из 250 оперированных умерло 8 больных или 3,2%. Причинами летальных исходов послужили: разлитой гнойный перитонит, полиорганная недостаточность, тотальный панкреонекроз, инфаркт миокарда, эмболия легочной артерии у одного пациента.

Выводы. В неотложной холедохотомии при операциях по поводу осложненного острого холецистита нуждается не менее 20 % оперируемых больных, несколько худшие отдаленные результаты наблюдались после наружного дренирования общего желчного протока.

Значительно лучшие отдаленные результаты среди больных, которых холедохотомия была завершена глухим швом или холедоходуоденостомией. Опасность несостоятельности швов при этих операциях суще-

ственно уменьшается декомпрессией холедоха через культю пузырного протока с помощью микродренажа.

Литература:

1. Савельев В.С., Кириенко А.И., Клиническая хирургия: национальное руководство, том II, М.: - «Гэотар - Медиа», 2009г. - 864 с.
2. Королев Б.А., Пиковский Д.Л., Экстренная хирургия желчных путей, - М.: Медицина, 1996. - с 152.
3. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М., Желчнокаменная болезнь, М.: Видар - М. 2000. - 144с.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С., Руководство по хирургии желчных путей. - М.: 2006. - 568 с.
5. Нурахманов Б.Д., Ибадальдин А.С., Намазбеков А.Б., Хирургия, - Алматы, 2009. - 132 с.
6. Шерлок Ш., Дули Д.Ж., Заболевания печени и желчных путей, - М.: Медицина, 1999. - 864 с.

Тұжырым

ӨТТІ БАУЫРДАН ТІС ЖОЛДАРЫНЫҢ ЖЕДЕЛ АБДОМИНАЛЬДІ ХИРУРГИЯДАҒЫ ХОЛЕДОХОТОМИЯ

А.Б. Бекешкызы, М.М. Гладинец, А.О. Байтуякова, А.Ә. Киримбаева, М.Е. Байсеитова, А.Е. Масалов

Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті,
Факультативті хирургия мен травматология кафедрасы

Асқынған жедел холециститі бар науқастардың 20% - да холедохотомиямен жедел жәрдем көрсетуді қажет етеді. Жалпы өт өзегінің сыртқы дренажынан кейін кейбір науқастардың жағдайлары нашарлаған. Холедохотомияның жабық тігісімен жасалған операциядан кейін немесе холедоходуоденостомиядан кейін науқастардың жағдайы жақсарған. Бұл отаулар кезінде тігіс отырау қауіптілігінің алдын алу мақсатында өт өзегінің культасы арқылы холедох декомпрессиясын төмендетуде микродренаж жасау ықпал етті.

Негізгі сөздер: холедохотомия, калькулезный холецистит, қанның билирубин көтерілуі, бауырдың абсцессы, холецисто-панкреатит, механикалық сарғаю, холедохостомия, холангит, микродренаж.

Summary

CHOLEDOCHOTOMY IN URGENT SURGERY OF EXTRA HEPATIC BILE PASSAGES

A.B. Bekeshkyzy, M.M. Gladinets, A.O. Baituyakova, A.Ә. Kirimbaeva, M.E. Baiseitova, M.E. Masalov

Semey State Medical University,

Department of faculty surgery and traumatology

Choledochotomy in urgent operations for acute cholecystitis has been carried out upon 250 patients. Indications for the dissection of the common bile duct in acute cholecystitis are considered. Methods of completion of choledochotomy are discussed. According to the authors data in the patients the external drainage of the common bile duct was done. Immediate and late results of this operation happened to be worse than those following choledochal blind suture or biliodigestive anastomosis choledochotomy. On this basis it is recommended to restrict the use of the drainage.

Key words: choledochotomy, acute cholecystitis, the abscess of the liver, cholecystopancreatitis, mechanical jaundice, choledochostomy, microdrainage.

УДК 616.24-002.951.21-053.2-08

М.С. Санбаев, М.Т. Аубакиров, А.Д. Жаркимбаева, К.Л. Исаков

Государственный медицинский университет города Семей,
Кафедра детской хирургии и неотложной помощи в педиатрии

СПОСОБ ГЕРМЕТИЗАЦИИ БРОНХИАЛЬНОГО СВИЩА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Проведен анализ результатов оперативного лечения 45 детей с эхинококкозом легких. В контрольной группе n=37 бронхиальный свищ ушивали кисетными двурядными швами, в основной группе n=8 бронхиальные свищи герметизированы тахокомбом. В послеоперационном периоде в контрольной группе отмечены осложнения у 14 (35%), в основной – 1 (12,5%).

Ключевые слова: эхинококкоз, осложнения, бронхиальные свищи, герметизация, детей.