

О.С. Олифирова ¹, В.А. Омельченко ², Л.И. Мушта ², О.В. Добренко ¹**СОЧЕТАННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ**¹ ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ (Благовещенск)² Амурская областная клиническая больница (Благовещенск)

Цель: провести анализ результатов диагностики и лечения сочетанных осложнений язвенной болезни при кровотечениях из гастродуоденальных язв.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучены результаты обследования и лечения 372 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) в период за 2007 – 2011 гг. Мужчины – 68 %, женщины – 32 %. Средний возраст – $51,7 \pm 0,4$ года. Язвы локализовались в желудке в 43 %, двенадцатиперстной кишке – в 57 %. Оперативные вмешательства выполнены в 28 % (103) случаев. Стандартный комплекс диагностических исследований включал экстренную гастродуоденоскопию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сочетанные осложнения язвенной болезни при ЯГДК установлены в 16,4 % (61) от общего числа ЯГДК. Наиболее частым сочетанным осложнением ЯГДК была пенетрация язвы (68,9 %; 42): в поджелудочную железу (22), гепатодуоденальную связку (8), малый сальник (6), поперечно-ободочную кишку (4), левую долю печени (2). ЯГДК реже наблюдалось в сочетании с пилородуоденальным стенозом (11,5 %), перфорацией (9,8 %), малигнизацией (4,9 %) и одновременно со стенозом с перфорацией и пенетрацией (4,9 %). У большинства больных язвенный анамнез превышал 3 года. Язвы большого и гигантского размера (более 3 см в диаметре) были у 72 % больных. Все больные ЯГДК с сочетанными осложнениями язвенной болезни (61) были оперированы. Экстренные операции (в первые 2 часа от момента поступления) при продолжающемся кровотечении (Forrest IA, F IB) выполнены в 34,4 % от общего числа оперативных вмешательств, а по поводу рецидива кровотечения (F IIA, F IIB) – в 21,3 %. Срочные операции (через 24 – 48 часов) в связи с высоким риском рецидива кровотечения произведены в 44,3 %. У большинства больных (80 %) сочетанные осложнения кровоточащих язв были выявлены интраоперационно. Из-за грубых периульцирогенных изменений оперативные вмешательства сопровождались значительными техническими трудностями и имели резекционный характер. Резекции желудка по Бильрот-1 выполнены в 52,5 %, резекции желудка по Бильрот-2 – в 44,3 %, гастрэктомии – в 3,2 % случаев. Резекции «на выключение» не выполняли. Послеоперационные осложнения возникли у 6 больных: несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки – 3, несостоятельность гастроеюноанастомоза – 1, внутрибрюшное кровотечение – 1, послеоперационный панкреатит – 1. Послеоперационная летальность составила 8,8 % (9) от общего числа операций при ЯГДК (103) и 14,8 % – от оперативных вмешательств при сочетанных осложнениях ЯГДК (61). Она обусловлена тяжелой степенью кровопотери, дооперационным декомпенсированным состоянием больных, пожилым и старческим возрастом, техническими трудностями при выполнении операций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сочетанные осложнения язвенной болезни при ЯГДК встречаются в 16,4 %, сопровождаются интенсивным кровотечением и требуют хирургического лечения. Учитывая недостаточную эффективность эндоскопических методов гемостаза и высокий риск рецидива кровотечения при этой патологии, показано экстренное или срочное оперативное лечение с применением резекционных методов. Оперативные вмешательства представляют значительные трудности с вероятностью послеоперационных осложнений, поэтому должны выполняться опытным хирургом.

В.С. Петров

БИЛИО-БИЛИАРНЫЕ АНАСТОМОЗЫ ПРИ ПЕРЕСЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)

Лечение больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков относят к категории наиболее сложных разделов билиарной хирургии. Частота повреждений внепеченочных желчных протоков

в связи с внедрением лапароскопической холецистэктомии составляет 0,1 – 3 %. В данной статье мы анализируем опыт наложения билио-билиарных анастомозов при полном пересечении внепеченочных желчных протоков.

Мы имеем опыт лечения 83 случаев повреждений внепеченочных желчных протоков. В 11 случаях при «свежих» повреждениях был наложен билио-билиарный анастомоз. Все повреждения носили характер полного пересечения общего печеночного протока и были диагностированы во время операции. Причиной пересечения общего печеночного протока в 7 случаях были технические ошибки, в 4-х случаях – воспалительно-инфильтративные изменения в зоне операции. Уровень повреждений во всех случаях соответствовал типам + 2 и + 1 по Э.И. Гальперину. Всем больным был наложен билио-билиарный анастомоз по типу «конец в конец» однорядными узловыми швами атравматическими иглами 4/0 и 5/0. В послеоперационном периоде у 9 больных развились высокие стриктуры типа «0» в пределах трех месяцев. Всем больным выполнены реконструктивные операции в виде формирования гепатикоеюно-анастомоза с продольным рассечением левого долевого протока на петле тощей кишки с анастомозом по Ру. Диаметр анастомоза составлял от 2,5 см до 3 см. Анастомоз формировали однорядными серозно-мышечными швами без захвата слизистых. Результаты операций прослежены в сроки от 3 до 15 лет. Во всех случаях получен хороший результат. На основании анализа нашего опыта мы согласны с мнением Э.И. Гальперина о том, что основной причиной стриктур при восстановительных операциях на общем печеночном протоке является ишемия проксимального участка общего печеночного протока при полном ее пересечении, т.к. артериальное кровоснабжение общего печеночного протока имеет восходящий характер. Таким образом, успешно выполненная восстановительная операция – билио-билиарный анастомоз при пересечении общего печеночного протока не дает гарантии благоприятного исхода. В подавляющем большинстве случаев – 81,8 % наложения билио-билиарного анастомоза в течение трех месяцев развивается высокая стриктура общего печеночного протока, что требует повторной реконструктивной операции в виде широкого ГЕА.

В.С. Петров

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТОЭКТОМИИ

Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины (Якутск)

В связи с широким внедрением в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии проблема повреждений внепеченочных желчных протоков во время операции приобретают особую актуальность. Эти повреждения являются грозными осложнениями лапароскопической холецистэктомии и нередко приводят к многочисленным повторным операциям по поводу последствий повреждения вплоть до летального исхода.

С 1993 по 2009 г. в хирургическом отделении № 1 РБ № 1-НЦМ произведено 9942 лапароскопических холецистэктомий, из них 9926 в плановом порядке, 16 – экстренно. В 40 случаях произошло повреждение внепеченочных желчных протоков, что составило 0,4 %. По данным различных авторов повреждение внепеченочных желчных протоков в нашей стране встречается в 0,19 – 1,75 % случаев, в среднем 0,48 %, что выше, чем при традиционных открытых вмешательствах по поводу желчнокаменной болезни. Значительная часть лапароскопических холецистэктомий, в настоящее время выполняются у больных с осложненными формами желчнокаменной болезни, что увеличивает риск повреждения внепеченочных желчных протоков из-за воспалительно-инфильтративных и склеротических процессов, приводящих к выраженным топографо-анатомическим изменениям в зоне операции. Это обстоятельство требует четкого соблюдения методики лапароскопической холецистэктомии с учетом этих изменений и постоянной настороженности хирургов по поводу повреждения внепеченочных желчных протоков и его последствий, при этом, надо заметить, что все повреждения в нашем исследовании, были отмечены у хирургов, имеющих достаточный опыт лапароскопических холецистэктомий. Анализ повреждений внепеченочных желчных протоков по протоколам операций показал, что в основе повреждений во время лапароскопической холецистэктомии лежит потеря ориентировки хирурга в топографо-анатомических соотношениях в зоне операции. Ему способствуют ошибки, обусловленные рядом факторов: нарушение методики оперативного вмешательства, воспалительно-инфильтративные и рубцовые изменения, кровотечения во время операции, внутренние желчные свищи, атипичные варианты внепеченочных желчных протоков. Повреждения диагностированы во время операции в 33 случаях, в послеоперационном периоде – в 7. По классификации Висмута были следующие типы: II типа – 31, III типа – 9 случаев. В 11 случаях наложены билио-билиарные анастомозы, из них у 9 в последующем развились стриктуры общего печеночного протока, остальным больным были наложены