

А.М. Мамедов, Г.Г. Гусейнов, В.А. Рагимов, Ш.И. Рагимли

**ФИСТУЛОЭНТЕРОСТОМИЯ ПРИ НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ
ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ
(клинический случай)**

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку, Азербайджан

Показано описание типичного случая наружного желчного свища, который является осложнением открытой эхинококкэктомии. Чтобы ликвидировать такие стойкие желчные свищи, необходимо повторное оперативное вмешательство – фистулоэнтеростомия. В представленном клиническом примере иллюстрирован ход операции.

Ключевые слова: эхинококкоз, наружные желчные свищи, фистулоэнтеростомия.

A.M. Mamedov, G.G. Guseynov, V.A. Ragimov, Sh.I. Ragimli

**FISTULOJEJUNOSTOMY IN EXTERNAL BILIARY FISTULAS AFTER
THE ECHINOCOCCECTOMY
(the clinical case)**

The work was devoted to the description of typical case of external biliary fistula which was the complication of an open echinococcectomy. The reoperation – fistulojejunosotomy was required to liquidate such refractory biliary fistulas. The presented clinical example illustrated the course of operation.

Key words: echinococcosis, external biliary fistulas, fistulojejunosotomy.

Эхинококкоз – опасное природно-очаговое паразитарное заболевание домашних животных и людей, встречающееся спорадически и эндемически. Среди поражений эхинококкозом различных органов и тканей частота поражения печени составляет 44–84 % [4]. Среди хирургов нет единого мнения об объеме операций при эхинококкозе печени, осложненного поражением желчных протоков. По-прежнему частыми остаются послеоперационные осложнения в виде сохранения остаточных полостей, их нагноения, развития холангита, длительного желчеистечения, нередко с формированием наружного желчного свища и рецидива заболевания [5]. Главной причиной развития этих осложнений является неадекватная обработка фиброзной капсулы кисты и ее капитонаж. Для повышения эффективности этих ключевых этапов операции очень важно пред- и интраоперационное выявление желчных протоков, открывающихся в полость кисты [6]. Послеоперационные осложнения в виде наружных желчных свищей во многом связаны с наличием цистобилиарных свищей, незамеченных либо не устраненных во время операции [4, 5, 6].

Наблюдения показывают, что истечение желчи из остаточных полостей при открытом способе лечения эхинококкоза печени длится до нескольких месяцев, и все-таки консервативное лечение не всегда приводит к успеху [1]. В таких случаях для лечения наружных желчных свищей проводят хирургическое вмешательство. Хирургическому лечению подлежат больные с истечением желчи в течение 6–8 недель в случае стойкого свища [2]. Наиболее простым и технически легким является фистулоэнтеростомия. Она может быть произведена вне- или внутрибрюшинно. Фистулоэнтеростомию на расстоянии (внебрюшинно) впервые выполнил в 1912 г. Е.Ю. Крамаренко (идея принадлежит В.А. Опелю) [2]. Для хирургического лечения полных наружных желчных свищей Е.В. Смирнов предложил подкожную фистулоэнтеростомию [2]. Желчно-кишечный анастомоз при этой операции создается вне брюшной полости, под кожей передней брюшной стенки, путем имплантации свища в односторонне выключенную и подведенную к свищу петлю тонкой кишки. Однако при этом довольно часто развивается рубцевание свища с его облитерацией, поэтому некоторые хирурги являются принципиальными противниками этого метода. Другие медики относятся к такой операции сдержанно и производят ее тогда, когда по тем или иным причинам хирургическое вмешательство другого типа невозможно [7].

По данным И.Л. Брегадзе и П.А. Иванова, более надежные результаты дает внутрибрюшинная фистулоэнтеростомия [1]. Фистулоэнтеростомия, как правило, является повторной операцией, поэтому доступ определяется характером предыдущего оперативного вмешательства. Обычно отсекают старый послеоперационный рубец и при необходимости разрез продлевают в ту или другую сторону. Свищевой ход выделяют из печени и отсекают. Выбирают петлю тощей кишки, которую изолируют по Ру. В отличие от операции холангиогепатоеюностомии, при которой подшивание петли тонкой кишки к ткани печени связано с определенными трудностями из-за прорезывания швов на печени, при фистулоэнтеростомии этот момент выполняется относительно легко. Ткань печени вблизи свищевого отверстия бывает, как правило, рубцово-измененной и, подшивая к ней в этом месте петлю кишки, можно не опасаться прорезывания швов. Анастомоз накладывают двумя рядами узловатых шелковых швов. Первый ряд непосредственно у края свищевого отверстия, второй – отступив на 0,5–1 см. После окончания наложения анастомоза линию швов укрепляют салъником [3].

Описание клинического случая. Больная Р., 25 лет, поступила 17.11.1999 во II хирургическое отделение клинической больницы № 2 г. Баку с жалобами на тупые боли в эпигастральной области с повышением температуры до 38° С.

26.04.1999 пациентка подверглась операции по поводу эхинококкоза печени и при ревизии были констатированы три эхинококковые кисты. Одна из них исходила из правой доли, вторая из левой доли печени, а третья была расположена у ворот печени под печеночно-двенадцатиперстной связкой. Была произведена эхинококэктомия первой кисты с краевой резекцией правой доли печени. Потом с целью создания хирургического доступа к кисте, расположенной у ворот печени, то есть позади наружных желчных протоков, сделана холецистэктомия с последующей эхинококкотомией и дренированием полости эхинококковой кисты. В связи с обызвествлением эхинококковая киста, исходящая из левой доли печени, была оставлена.

В дальнейшем из дренажной трубки, вставленной в эхинококковую полость, в течение 4 месяцев в значительном количестве выделялась желчь, которая свидетельствовала о наличии сообщения между полостью эхинококковой кисты и наружными желчными протоками. При фистулографии четко контрастировались оба печеночных протока и общий желчный проток. Прокходимость холедоха не нарушена.

В начале сентября выделение желчи через фистулу наружу прекратилось, закрылся желчный свищ, однако спустя 2,5 месяца больная вновь поступила в клинику с вышеуказанными жалобами по поводу неполного желчного свища, который затем превратился в полный свищ.

Проведенные исследования (фистулография, УЗИ и т.д.) подтвердили, что проходимость холедоха свободная, имеется скопление желчи в полости бывшей эхинококковой кисты у ворот печени.

08.12.1999 произведена повторная операция с целью ликвидации желчного свища. При ревизии выяснилось, что действительно имеется скопление желчи в полости удаленной эхинококковой кисты позади печеночно-двенадцатиперстной связки, куда технически невозможно подойти из-за опасности повреждения сосудов и протоков. В связи с этим свищевой ход был мобилизован до ворот печени, наложена фистулоэнтеростомия непосредственно у ворот печени с последующим восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта энтеро-энтероанастомозом конец в бок, на расстоянии 35–40 см от фистулоэнтеростомии. Имеющаяся полость была дренирована резиновой трубкой, введенной через фистулоэнтеростому, конец которой был выведен наружу через стенку тонкого кишечника на расстоянии 12–15 см ниже фистулоэнтеростомии. Петля U-образного анастомоза выведена вверх через мезоколон позади ободочной кишки.

При повторной фистулографии проходимость холедоха не нарушена. Дренажная трубка удалена через 3 недели. Послеоперационное течение гладкое. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии 11.01.2000. Было рекомендовано соблюдение диеты и наблюдение у хирурга.

Ниже проиллюстрирована схема повторно проведенной реконструктивной операции – фистулоэнтеростомии (рис.).

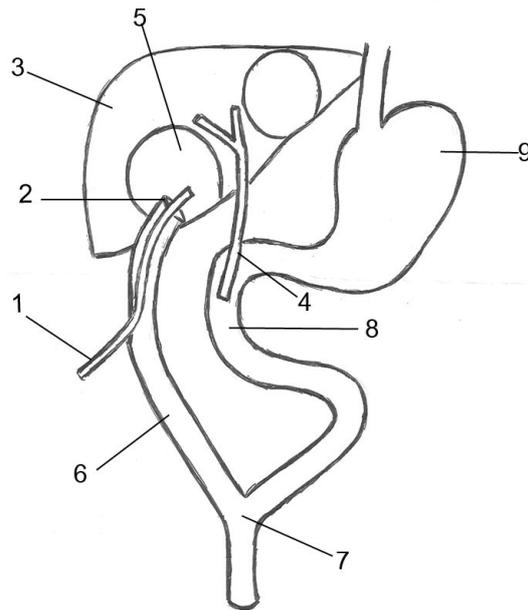


Рис. Схема внутрибрюшной фистулоэнтеростомии:
 1 – дренаж, 2 – фистулоэнтеростомия, 3 – печень, 4 – желчный проток,
 5 – полость эхинококковой кисты (удаленной), 6 – петля тонкой кишки,
 7 – анастомоз, 8 – двенадцатиперстная кишка, 9 – желудок

Заключение. Приведенный клинический случай указывает на то, что при наличии цистобилиарных свищей, незамеченных либо не устраненных во время операции после дренирования полости эхинококковой кисты, остаются стойкие желчные свищи, для закрытия которых необходимо повторное оперативное вмешательство – фистулоэнтеростомия. Подкожная фистулоэнтеростомия, нашедшая применение в начале века, неоднократно видоизменялась и была распространена вплоть до 60–70 гг. прошлого столетия. Однако при этом довольно часто развивается рубцевание свища с облитерацией анастомоза. Более надежным и эффективным считается внутрибрюшинная фистулоэнтеростомия, в этом аспекте наш клинический случай является наиболее показательным.

Список литературы

1. Брегадзе, И. Л. Наружные желчные свищи / И. Л. Брегадзе, П. А. Иванов. – М. : Медицина, 1965. – 144 с.
2. Ванцяан, Э. Н. Наружные и внутренние свищи в хирургической клинике / Э. Н. Ванцяан. – М. : Медицина, 1990. – 224 с.
3. Гальперина, Э. И. Руководство по хирургии желчных путей / Э. И. Гальперина, П. С. Ветшева. – М. : Издательский дом Видар, 2009. – 568 с.
4. Мовчук, А. А. Диагностика поражений желчных протоков при эхинококкозе печени / А. А. Мовчук, А. Г. Абдуллаев, Р. М. Агаев и др. // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 28–32.
5. Насиров, М. Я. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени / М. Я. Насиров, Д. М. Панахов, Г. Х. Ахмедов // Анналы хирургической гепатологии. – Т. 7, № 1. – С. 25–26.
6. Толстокоров, А. С. Хирургическая тактика у больного эхинококкозом печени / А. С. Толстокоров, Ю. С. Гергенретер // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 626–629.
7. Цыбырнэ, К. А. Желчные свищи / К. А. Цыбырнэ, С. Д. Попов, А. И. Чалганов – Кишинев : Штиинца, 1983. – 168 с.

Мамедов Аликрам Мустафа оглы, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней III «Азербайджанский медицинский университет», Азербайджан, AZ1025, г. Баку, ул. Ю. Сафарова, д. 19, тел.: +994124904513, +994124901179.

Гусейнов Гамбар Гусейн оглы, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней III «Азербайджанский медицинский университет», Азербайджан, AZ1025, г. Баку, ул. Ю. Сафарова, д. 19, тел.: +994124904513, +994124901179.

Рагимов Валех Аладдин оглы, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней III «Азербайджанский медицинский университет», Азербайджан, AZ1025, г. Баку, ул. Ю. Сафарова, д. 19, тел.: +994-503-52-54-28, e-mail: rehimbuba@mail.ru.

Рагимли Шабнам Ибрагим кызы, ассистент кафедры хирургических болезней III «Азербайджанский медицинский университет», Азербайджан, AZ1025, г. Баку, ул. Ю. Сафарова, д. 19, тел.: +994124904513, +994124901179, e-mail: cdmarker@box.az.

УДК 616–003.7–071–08

© И.А. Юсупов, Е.М. Романовский, 2012

И.А. Юсупов¹, Е.М. Романовский²

ОСЛОЖНЕННЫЕ БЕЗОАРЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова», г. Астрахань

Рассмотрены вопросы происхождения, клиники, диагностики, лечения осложненных и неосложненных форм безоаров желудка и кишечника с изложением двух собственных оригинальных наблюдений.

Ключевые слова: безоары, происхождение, диагностика и лечение.

I.A. Yusupov, E.M. Romanovskyi

COMPLICATED BEZOARS OF STOMACH AND INTESTINE

The article deals with the question of origin, clinic, diagnostics, treatment of non-complicated and complicated forms of stomach and intestine with narration of original observations.

Key words: bezoars, origin, diagnostics and treatment.

Безоары – инородные тела, образующиеся в желудке и кишечнике из проглоченных непереваренных веществ. Их количество и величина различны. Время образования может исчисляться как несколькими днями, так и годами. Оно зависит от качества и количества употребляемых продуктов, состояния моторной и секреторной функций желудка, а также возможных патологических изменений кишечника. Наличие безоаров нередко осложняются непроходимостью пищеварительного тракта. В зависимости от состава основного вещества безоара различают: фитобезоары (образования растительного происхождения), трихобезоары (состоящие из проглоченных волос и шерсти), себобезоары (состоящие из проглоченного животного жира), пиксобезоары (плотные образования, состоящие из смолы), минералобезоары (состоящие из мела), шеллакобезоары (состоящие из красящих и смолистых веществ), гематобезоары (состоящие из сгустков крови), микробезоары (образования из грибков) и безоары смешанного происхождения. Наиболее часто встречаются фитобезоары, состоящие из слизи и плотного концентрированного химуса, содержащего непереваренные волокна растительного происхождения, а также кожицу и семена овощей и фруктов [1, 3, 5, 7]. Факторами, способствующими образованию безоаров, являются: плохое пережевывание пищи, нарушение эвакуации из желудка, большое содержание растительной клетчатки в пище, значительное количество вязкой слизи желудка на фоне гастрита, а также операции на желудке. Больные с безоарами желудка жалуются на периодически возникающее чувство тяжести в эпигастральной области, ноющие боли и дискомфорт после еды, тошноту, рвоту, потерю аппетита или ощущение раннего насыщения. Нарушение питания приводит к значительному похуданию. В анализах крови отмечается гипопропротеинемия. При наличии больших инородных тел в желудке, как отмечают многие авторы, через брюшную стенку удается пальпировать образование, которое можно перемещать. Это заставляет подозревать у больного злокачественные новообразования, что приводит к диагностическим ошибкам [1, 2, 3, 9].