

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧЕОТВОДЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Е.П. Измайлов, С.В. Дергаль, С.А. Катков, А.Н. Титов, И.В. Антропов

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет
ММУ городская клиническая больница № 1 им. Н.И.Пирогова, г. Самара

Измайлов Евгений Петрович, д-р мед. наук,
доцент кафедры хирургических болезней № 2,
443084, Россия, г. Самара, Чапаевская, 89,
тел.: 8 (846) 332-16-34, +7 905 303 46 24,
e-mail: izm_63@mail.ru

В статье приведены статистические данные лечения 112 больных с механической желтухой, вызванной нераковыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной зоны за период за 2005-2009 гг. Представлены данные результатов лечения и возникших послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: механическая желтуха, неопухолевые заболевания органов панкреатодуоденальной зоны, желчеотводящие операции.

BILE REMOVING SURGERY MISTAKES AND COMPLICATIONS DURING NONNEOPLASTIC PANCREATODUODENAL DISEASES TREATMENT COMPLICATED WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

E.P.Izmailov, S.V.Dergal, S.A.Katkov, A.N.Titov, I.V.Antropov

State-run Educational Institution Samara State University of Medicine
Municipal Medical Institution Pirogov City Clinical Hospital №1, Samara

The article contains treatment statistics of 112 patients suffering from obstructive jaundice provoked by nonneoplastic diseases of pancreaticoduodenal zone organs from 2005 to 2009. It also includes both the treatment results and post-surgery complications data.

Thr key words: obstructive jaundice, nonneoplastic diseases of pancreaticoduodenal zone organs, bile removing surgery.

Введение

В последние десятилетия отмечается увеличение больных с неопухолевыми заболеваниями панкреатодуоденальной зоны, требующих оперативного лечения. Выбор способа желчеотведения зависит от многих факторов, однако наибольшее значение имеет конкретная причина нарушения проходимости холедоха и состояние больного. Наиболее разработанной является тактика лечения больных с холедохолитиазом. Важным вопросом в этой проблеме является устранение причины, вызывающей механическую желтуху и сохранение пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку. Однако в некоторых случаях оправданы обходные желчеотводящие операции [1,2].

Цель исследования

Провести сравнительную оценку ошибок и осложнений желчеотводящих операций при лечении нераковых заболеваний панкреатодуоденальной зоны, осложненной механической желтухой.

Материалы и методы

За период с 2005 по 2009 годы проведено лечение 112 больных с механической желтухой, вызванной нераковыми заболеваниями органов панкреатодуоденальной зоны. Мужчин было 73 (65,2%), женщин - 39 (34,8%). Возраст пациентов колебался от 34 до 73 лет, возраст большинства пациентов составил от 50 до 65 лет. Больные были разделены на 2 группы. В первую группу включены 56 (50%) боль-

ных с острым калькулезным холециститом и холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Во вторую группу включены 56 (50%) больных с механической желтухой, вызванной сдавлением дистального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы с развитием стриктуры выходного отдела холедоха (25 больных), стриктурой выходного отдела холедоха (17 больных) или склерозирующим холангитом (14 больных).

В диагностике заболеваний панкреатодуоденальной зоны использовали общепринятые методы исследования, соответствующие стандартам обследования больных с механической желтухой, включающие: ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию, магниторезонансную томографию, эндоскопическую панкреатохолангиографию (ЭРХПГ), пункционную биопсию головки поджелудочной железы, биопсию большого дуоденального сосочка, биопсию печени, пункционную чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС), лапароскопическую холецистостомию. Комплекс инвазивных и неинвазивных методов обследования на дооперационном этапе позволил определить состояние билиопанкреатогенной зоны, характер патологии опухоли, наличие метастазов в печень или региональные лимфоузлы. Эти данные позволили до операции оценить возможности предстоящей операции или перевести больных в онкологический диспансер на радикальную операцию.

Результаты и обсуждение

У 56 пациентов с механической желтухой, вызванной холедохолитиазом, произведена холедохолитотомия. Контроль проходимости холедоха осуществляли бужами и интраоперационной холангиографией. У 8 больных при проведении холангиографии с помощью билигноста, разведенного 30% физиологическим раствором, в послеоперационном периоде возникли явления острого панкреатита, купированные консервативным путем. Профилактикой этого осложнения является использование более современных контрастных препаратов со стандартной концентрацией.

У 9 больных в этой группе выявлена стриктура дистального отдела холедоха, у 3 из них камень холедоха удалить не удалось, поэтому им была произведена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с удалением камней из холедоха, осложнений не выявлено. У 6 больных со стриктурой дистального отдела холедоха камни из холедоха были удалены, а через 10-14 дней после операции произведена эндоскопическая РХПГ и папиллосфинктеротомия, осложнений не выявлено. У всех больных с холедохолитиазом операция была закончена наружным дренированием холедоха по Керу. В послеоперационном периоде проводили общепринятую противовоспалительную терапию. При выраженных явлениях холангита у 24 пациентов после операции выполняли промывание холедоха через дренаж 0,25% раствором новокаина по 30-40 мл, что приводило к быстрому стиханию холангита. Дренажи по Керу удаляли после их поэтапного пережатия на

14-17 день после операции с проведением холангиографии через дренаж. У 2 больных удаление дренажа по Керу сопровождалось сильными болями и техническими трудностями. При осмотре извлеченного дренажа было обнаружено, что горизонтальная трубка дренажа по Керу была рассечена не на половину ее диаметра, а на 1/4, что привело к травматизации сформированного хода вокруг дренажа при его извлечении. Фистулохолангиография, проведенная через наружный желчный свищевой ход, показала отсутствие затеков контрастного препарата в свободную брюшную полость. Среднее пребывание больных в стационаре составило 27 дней. В дальнейшем пациентам проводилось амбулаторное лечение, необходимости в повторных операциях не возникало.

Наибольшую трудность представляло лечение пациентов с механической желтухой, вызванной не холедохолитиазом, а другими причинами - сдавлением дистального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы, склерозирующим холангитом, стриктурой дистального отдела холедоха. Выбор способа оперативного вмешательства у этих пациентов основывался на данных предварительного обследования и интраоперационных данных.

Мы располагаем опытом лечения 56 больных с данной патологией. У 42 пациентов проведено обследование и предоперационная подготовка. В течение 5-7 дней после поступления в стационар больным производили РХПГ, папиллосфинктеротомию с постановкой стента в дистальный отдел холедоха. У 7 больных после этого вмешательства возникло кишечное кровотечение, остановленное консервативным путем, у 6 появилась клиника острого панкреатита, купированного консервативными средствами. У 2 больных произошла перфорация стенки двенадцатиперстной кишки. Перфорация была диагностирована путем проведения повторной РХПГ. Больным произведена лапаротомия, ушивание места перфорации и дренирование брюшной полости, осложнений после операции не было. У всех больных в этой группе было достигнуто стихание желтухи, стационарное лечение составило в среднем 28 дней.

У 14 больных с механической желтухой были выполнены обходные желчеотводящие операции – у 2 пациентов наложен холедоходуоденоанастомоз, у 12 – холецистоэнтероанастомоз по Ру по общепринятым методикам. Осложнений после операции не было, стационарное лечение составило в среднем 18 дней. При наблюдении за этими пациентами в течение 3 лет выяснилось, что у 6 больных с наложенным ранее холецистоэнтероанастомозом возникла повторная механическая желтуха. Обследование пациентов показало наличие препятствия на уровне холецистоэнтероанастомоза. Во время повторной лапаротомии обнаружена стриктура анастомоза. Одному больному произведено повторное наложение холецистоэнтероанастомоза с более широким соустьем, а пяти пациентам - холедохоэнтероанастомоз с петлей кишки по Ру, осложнений не выявлено.

Таким образом, при лечении и обследовании больных с механической желтухой нераковой этиологии у 24 (21,4%) пациентов развился холангит, у 14 (12,5%) - острый панкреатит, у 7 (6,25%) - кишечное кровотечение, у 6 (5,3%) - рубцевание холецистоэнтероанастомоза в течение 3 лет после операции, у 2 (1,8%) - перитонит, у 2 (1,8%) - повреждение холедоха во время извлечения дренажа. Летальных исходов не было.

Выводы

1. При лечении механической желтухи нераковой этиологии у 21,4% больных развился холангиогенный гепатит и холангит, у 12,5% - острый панкреатит, у 6,25% - кишечное кровотечение, у 5,3% - рубцевание холецистоэнтероанастомоза в течение 3 лет после операции, у 1,8% - перитонит, у 1,8% - повреждение холедоха во время извлечения дренажа.

2. При подтверждении опухолевого характера патологии больных с механической желтухой следует переводить в онкологический диспансер на радикальное оперативное вмешательство.

Список литературы

1. Ермолаева Т.В., Романенков С.Н., Лысак С.И. и др. Лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой // Первая международная конференция по торако-абдоминальной хирургии. К 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского. – М., 2008. – С. 105.

2. Карпачев А.А., Прокофьева А.В. Сравнительная характеристика различных видов билиодигестивных анастомозов при паллиативном хирургическом лечении рака панкреатодуоденальной зоны // Фундаментальные исследования. – 2007. – № 2 – С. 88-90.

3. Лобаков А.И., Захаров Ю.И., Сочечелашвили Г.Л. и др. Эндоскопическое протезирование рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков // Первая международная конференция по торакоабдоминальной хирургии. К 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского. – М., 2008. – С. 171.

4. Полуэктов В.Л., Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Кухта А.К. Диагностика и лечение стриктур желчных протоков // Первая международная конференция по торакоабдоминальной хирургии. К 100-летию со дня рождения академика Б.В. Петровского. – М., 2008. – С. 121.



Серия «Библиотека врача-специалиста»

Хирургия печени



Альсержич Б.И.

© 1999 Pearson Education, Inc. All rights reserved.

- Из истории данного заболевания – ключевые сведения о современных методах диагностики, хирургическом тактике и оперативном лечении травм таза, а также о современных методах диагностики и профилактики повреждений – анатомических и физиологических. В руководстве представлены тактические рекомендации по выбору метода хирургического лечения каждого вида патологии. Руководство иллюстрировано рисунками, фотографиями и рентгенограммами, способствующими лучшему усвоению изложенного материала.
- Предназначено для хирургов и врачей общей практики, студентов медицинских вузов и аспирантов.

862 a. 2010.
110 460 000.

Контакты

Надпись на свитке: «ГЕОГРАФИЧЕСКАЯ
КАРТА. М. 1881. № 1. Р. 1881. № 1.
Т. 1. № 1. 1881. № 1. 1881. № 1. 1881. № 1.

Kyrgyzstan - Kyrgyz Republic
K-MAIL: kyrgiz@mail.ru
Nepal - Nepal
N-MAIL: nepal@mail.ru

On-line version: 10.1002/2789.127.1401, 2008-03-01.
e-mail: k.ano@nagoya-u.ac.jp

Функция предназначена для расчета репутации РД. Задачей является определение количества

Розничные продажи:
 «Суровень и компания» Москва, ул. Трубная, д. 2, стр. 1 (Фрунзенский), Тел: (495) 222-96-5 ;
 «Суровень и компания» г. Тула (Кавказский), Тел: (4852) 31-71-89, г. Астрахань, ул. 1 мая, 2 (на Южном), Тел: (4852) 25-11-34.