

Коллектив авторов, 2008  
УДК 617-089-06:616.381-002.1-003.236-07-089

К.М.Курбонов, Н.М.Даминова, Н.Д.Мухиддинов

## ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав. —чл.-кор. АН РТ проф. К.М.Курбонов) Таджикского государственного медицинского университета им. Абу Али Ибн Сина, г. Душанбе

**Ключевые слова:** послеоперационные осложнения, билиарный перитонит, эндогенная интоксикация, профилактика, лечение.

**Введение.** В последние годы, по данным литературы, во всем мире наблюдается тенденция к увеличению частоты хирургических заболеваний печени и желчевыводящих путей [4, 5]. Наряду с этим, число послеоперационных осложнений, требующих релапаротомии, не уменьшается и составляет от 0,7 до 8% [1–3]. Одним из тяжелых и грозных осложнений раннего послеоперационного периода оперативных вмешательств на печени и желчных путях является послеоперационный желчный перитонит.

Возникновению послеоперационного билиарного перитонита (ПБП) способствуют продолжительность, тяжесть основного заболевания, качество предоперационной подготовки, объем операции, технические и тактические погрешности, возраст больного, а также наличие вирусной инфекции в желчных путях и печени [3, 5]. Следует отметить то обстоятельство, что ПБП практически всегда возникает на фоне скрытого или явного нарушения функции печени, и в связи с этим исход релапаротомии при заболеваниях печени и желчных путей зависит не только от сроков ее выполнения, но и от выраженности предшествующей печеночной недостаточности. Поэтому даже при своевременной и правильно выполненной релапаротомии прогноз для жизни у таких больных весьма сомнителен.

Цель исследования — улучшение результатов хирургического лечения некоторых заболеваний печени, желчных путей и их осложнений.

**Материал и методы.** Располагаем опытом диагностики и хирургического лечения 91 больного с ПБП.

Женщин было 52 (57,1%), мужчин — 39 (42,9%). Возраст больных составил от 24 до 68 лет. Характер заболеваний, по поводу которых были выполнены оперативные вмешательства, приведен в табл. 1.

Для диагностики заболеваний печени и желчных путей, а также ПБП проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования, включая УЗИ, КТ, ЭРПХГ и лапароскопию.

Таблица 1

**Характер заболеваний печени и желчных путей**

Название заболевания	Число больных	Сроки операции		
		экстренные	отсроченные	плановые
Эхинококкоз печени	34	7	11	16
Острый калькулезный холецистит, механическая желтуха	27	15	8	4
Острый билиарный холецистопанкреатит в сочетании с дуоденостазом	17	4	5	8
Холедохолитиаз	3	–	–	3
Рак прямой кишки с метастазом в печень	2	–	–	2
Болезнь Кароли	1	–	–	1
Травматический разрыв печени	7	7	–	–
Всего	91	33	24	34

**Результаты и обсуждение.** Анализ результатов исследования показал, что ПБП развился вследствие разнообразных причин (табл. 2), среди которых ведущее место отводится морфофункциональному состоянию печени, объему и характеру оперативных вмешательств, а также тактическим и техническим ошибкам, допу-

Таблица 2

**Распределение больных в зависимости от причин послеоперационного билиарного перитонита**

Причины ПБП	Число больных	Число умерших
Негерметично ушитый желчный свищ и ткань печени после эхинококкэктомии и перикистэктомии	16	2
Негерметично ушитая ткань печени при разрыве и после ее резекции	17	5
Секвестрация печени	10	3
Дополнительные протоки в области ложа желчного пузыря	17	3
Выпадение дренажной трубки из общего желчного протока	15	2
Дефект общего желчного протока в результате его ранения	7	3
Соскальзывание лигатуры с культы пузырного протока	5	1
Несостоятельность швов билиодигестивного анастомоза	4	2
Всего	91	21

Таблица 3

**Показатели эндогенной интоксикации у больных с послеоперационным билиарным перитонитом в зависимости от уровня поражения желчного протока**

Показатели	Перитонит, вызванный желчеистечением из проксимальных отделов желчных протоков (n=10)	Перитонит вследствие желчеистечения из дистальных отделов желчных протоков (n=12)
Длительность заболевания	До 48 ч	До 48 ч
Тахикардия, уд/мин	До 110–120	До 100–110
Частота дыхания, в 1 мин	До 24–28	До 20
Парез кишечника	Стойкий парез	Слабо выраженный
Перитонит	Распространенный	Местный
Парацетимольный тест, мин	6–8	12–15
МСМ, мкг/мл	1390,8±240,8	1160,5±240,3
МДА, моль/мл	5,6±0,21	4,9±0,41
ДК, ммоль/мл	6,1±0,7	5,1±0,3
АлАт, ммоль/л	1,031±0,04	0,76±0,02
АсАт, ммоль/л	1,23±0,19	0,92±0,12
Фибриноген, г/л	3,30±0,30	3,5±0,30
Протромбиновый индекс, %	77,9±8,9	75,3±9,4
Креатинин, мкмоль/л	Свыше 150	До 100–110

ценным в дооперационном периоде и во время операции.

Клиническая картина заболевания больных с ПБП прежде всего зависела от количества и темпа поступления желчи в брюшную полость, диаметра желчного протока, вовлеченного в патологический процесс, а также от качества проведения пред- и послеоперационной инфузионно-трансфузионной и антибиотикотерапии.

На сегодняшний день ведущее место для диагностики ПБП отводится динамическому УЗИ, КТ и изучению степени эндогенной интоксикации, которые выполнены у 64 больных. У 27 больных диагноз ПБП был установлен на основании выделения желчи из дренажей брюшной полости и симптомов раздражения брюшины.

Следует отметить, что у 80% больных с ПБП наблюдались выраженная клиника эндогенной интоксикации, степень и тяжесть которой зависели от уровня повреждения желчного протока, и явления послеоперационной печеночной недостаточности. Это было обусловлено тем, что у 59 из 91 больного имела место механическая желтуха, у 7 — тяжелые разрывы печени, а у 35 — ещё и очаговые поражения печени, т.е. наблюдалось исходное снижение функциональных резервов печени — скрытая печеночная недостаточность (табл. 3).

Сложные и травматичные оперативные вмешательства при травматических разрывах, очаговых заболеваниях печени и механической желтухе, сопровождающейся повышенной гемор-

Таблица 4

рагией, нарушением кровообращения в органе, либо желчеистечение с развитием билиарного перитонита на фоне скрытой печеночной недостаточности у 17 пациентов привели к еще более выраженной критической ишемии печени, о чем свидетельствовало уменьшение показателей параметра печеночного кровотока по печеночной артерии и воротной вене (сужение их просвета), полученные при ультразвуковой доплерографии. Ишемизированная печень, наряду с поступившими через портальную систему токсинами, становится источником эндогенной интоксикации, что выражается в повышении уровня МСМ в 2–2,5 раза и продуктов ПОЛ (табл. 4). В этой ситуации возникает порочный круг, при котором прогрессирующее нарушение микроциркуляции и реологии крови при ПБП ведет к образованию ишемических токсинов в печени, которые, в свою очередь, утяжеляют состояние больных. Подтверждением этого является высокая послеоперационная летальность (23,1% при ПБП), причиной которой являлась полиорганная недостаточность.

Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что патогенез полиорганной недостаточности при ПБП весьма сложен и имеет свои особенности, она связана прежде всего с тем, что ПБП развивается на фоне имеющейся депрессии гепатоцитов и скрытой печеночной недостаточности, которая в последующем отрицательно влияет на течение заболевания с развитием синдрома взаимного отягощения и является причиной неудовлетворительных результатов.

Поскольку лечение печеночной недостаточности у больных с очаговыми заболеваниями печени и механической желтухой при распространенном ПБП весьма малоэффективно, главное внимание уделяли ее комплексной профилактике. Весьма интересным в этом плане, на наш взгляд, представляется анализ результатов лечения 14 больных с ПБП, которым в предоперационном периоде были проведены патогенетически обоснованные мероприятия по профилактике печеночной недостаточности.

#### Нарушение гемостаза и реологии крови при ПБП ( $p \geq 0,05$ ) ( $M \pm m$ )

Показатель	Норма	Послеоперационный билиарный перитонит (n=32)
Время свертывания крови, мин	6,2±0,2	4,14±0,1
Фибриноген, г/л	2,37±0,2	4,67±0,2
Гепарин, Ед/мл	6,2±0,1	4,5±0,3
Антитромбин III, %	92,5±1,8	53,8±1,5
Фибринолиз, %	19,4±0,2	25,1±1,7
ПДФ, мкг/мл	Нет	40
Агрегация тромбоцитов, мин	6,1±1,0	3,5±2,0
Вязкость крови, отн. ед.	4,9±0,06	9,8±1,0
МДА, ммоль/мл	3,2±0,4	4,6±0,4
ДК, ммоль/мл	3,9±0,2	6,9±0,7

Для этой цели больным была проведена антигипоксическая и антиоксидантная терапия реамберином 800 мл 1,5% раствора и препаратом, улучшающим метаболизм печени (гепасол А) в течение 5 сут. В послеоперационном периоде при развитии билиарного перитонита среди этого контингента больных лишь у 4 наблюдались клинические и лабораторные проявления печеночной недостаточности легкой степени, у остальных 10 пациентов признаков печеночной недостаточности не было. Летальные исходы в этой группе больных были у 3, вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности (у 1), инфаркта миокарда (у 1) и печеночной недостаточности (у 1) (табл. 5).

У больных, получивших реамберин, через 12 ч после инфузии зафиксировано статистически достоверное снижение уровня МСМ в крови ( $p \leq 0,001$ ), которое сохранялось и через сутки

Таблица 5

#### Динамика и уровень МСМ, ПОЛ у больных с печеночной недостаточностью в предоперационном периоде при инфузиях реамбериона (n=28) или желатиньоля ( $M \pm m$ )

Лабораторные показатели		Этапы наблюдения		
		до инфузии	через 12 ч после инфузии	через 24 ч после инфузии
МСМ, усл. ед	реамберин	0,76±0,06	0,40±0,01	0,42±0,01
	желатиньоля	0,74±0,08	0,57±0,05	0,53±0,02
ДК, ммоль/л	реамберин	6,9±0,7	5,3±0,2	3,1±0,2
	желатиньоля	6,7±0,04	6,2±0,2	5,3±0,2
МДА, ммоль/л	реамберин	10,7±0,6	7,3±0,7	5,4±0,2
	желатиньоля	10,2±0,3	8,9±0,4	5,6±0,3

после инфузии. В контрольной группе больных, получивших желатиноль, также отмечена положительная динамика этих показателей, однако она была менее выраженной. Уровень продуктов ПОЛ (ДК, МДА) в крови на фоне инфузии реамберина имел тенденцию к снижению (см. табл. 5).

Критериями эффективности корригирующей терапии являются улучшение общего состояния больных, стабилизация гемодинамики, достижение эффективного диуреза на фоне нормализации электролитного равновесия и других показателей.

Хирургические методы профилактики острой печеночной недостаточности и ПБП имели свои особенности. Во время операции главная задача состояла в том, чтобы свести к минимуму повреждающие паренхиму печени моменты хирургических вмешательств. Важное значение придавали адекватному гемо- и желчестазу, а также методикам дополнительного укрепления швов билиодигестивных анастомозов.

**Выводы.** 1. Известно, что при очаговых заболеваниях печени и желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой, наблюдаются глубокие морфологические изменения в печени, которые вызывают депрессию гепатоцитов и являются факторами риска развития печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде.

2. В патогенезе полиорганной недостаточности при ПБП ведущее место отводится дооперационной скрытой печеночной недостаточности, воспалительным изменениям паренхимы печени и желчных путей, которые в значительной степени отягощают течение заболевания.

3. Для уменьшения частоты развития ПБП целесообразны ранняя диагностика и лечение скрытой печеночной недостаточности, с последующим выполнением малотравматичных оперативных вмешательств, рациональной декомпрессии желчных путей, дренирования брюшной полости.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Васильев И.Т. Лечение перитонита (клинико-экспериментальное исследование): Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1998.—364 с.
2. Гиленко И.А., Демянюк Д.Г., Дихтенко Г.И. и др. Релапаротомия в хирургии желчекаменной болезни // Хирургия.—1992.—№ 1.—С. 32–36.
3. Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит: Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1995.—224 с.
4. Ибрагимов Е.Т., Ордабеков С.О., Онгарбаев С.Ж. Диагностика и лечение послеоперационного желчного перитонита // Хирургия.—1992.—№ 1.—С. 86–88.
5. Курбонов К.М., Косимов Х.С. Роль современных клиничко-инструментальных методов исследования в диагностике механических желтух при эхинококкозе печени // Харьковск. хир. школа.—2005.—№ 2.—С. 98–100.

Поступила в редакцию 22.06.2007 г.

К.М.Kurbonov, N.M.Daminova, N.D.Mukhiddinov

#### POSTOPERATIVE BILIARY PERITONITIS

An analysis of results of surgical treatment of 91 patients with postoperative biliary peritonitis has shown that frequency of postoperative biliary peritonitis depended on the volume and character of operative interventions, as well as on technical errors made at the preoperative period and during operation. The presence of latent hepatic insufficiency made for the development of polyorganic insufficiency, had negative influence on the course of the disease and might be one of the causes of high postoperative lethality (up to 23.1%) in this category of patients.