

УДК 616.366-003.7:616.381-002

*С. Н. Хунафин, А. З. Муллаянова, Г. А. Мурзин, А. Ф. Бикметов***ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПЕРИТОНИТОВ
У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

За последние годы отмечается рост числа больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и, как следствие ее, с осложнениями — с острым деструктивным холециститом, желчным перитонитом, среди которых истечение желчи в брюшную полость занимает далеко не последнее место [1–7].

Скрытое течение и трудность диагностики желчного перитонита и, в связи с этим, запоздалое хирургическое вмешательство способствуют увеличению случаев тяжелых послеоперационных осложнений и летальности. Вышеизложенное вызывает настоятельную необходимость комплексного изучения течения и совершенствования методов хирургического лечения больных с данной патологией. За последние годы предлагались различные методики лечения, в том числе прочно внедрены в клиническую практику ультразвуковые методы исследования органов брюшной полости и методы интенсивной терапии после операций на желчевыводящих путях [8–12]. Тем не менее желчнокаменная болезнь, осложненная желчным перитонитом, диагностируется поздно, и результаты оперативного лечения не всегда оказываются эффективными, возникает ряд осложнений в послеоперационном периоде, что требует повторных вмешательств. Желчные перитониты, возникающие как осложнение после плановых операций на желчном пузыре и желчевыводящих путях при желчнокаменной болезни, также диагностируются с опозданием, и хирургам психологически трудно решиться на выполнение повторных вмешательств.

Методы исследования. Мы изучали результаты обследования и лечения 130 больных желчным перитонитом, возникшим в до- и послеоперационном периодах у пациентов с острым деструктивным и хроническим калькулезным холециститом, которые лечились в ГКБ № 18 г. Уфы и РКБ им. Г.Г. Куватова в период с 1996 по 2006 г.

Среди больных было 28 (21,5 %) мужчин и 102 (78,5 %) женщины. Возраст пациентов колебался от 35 до 92 лет. Превалировали пациенты в возрасте 70–79 лет — 71 (54,6 %), от 60 до 69 лет — 25 (19,2 %) человек, старше 80 лет было 11 человек (8,5 %), от 40 до 49 лет — 10 (7,7 %), от 50 до 59 — 9 (6,9 %), наименьшее количество пациентов — 4 человека (3,1 %) приходится на возраст от 30 до 39 лет.

Считается, что желчный перитонит чаще всего развивается у больных пожилого и старческого возраста, что обусловлено увеличением у них деструктивных форм острого холецистита с перитонитом, которые протекают со стертыми симптомами заболевания [13]. Пожилые люди, как правило, имеют длительный анамнез желчнокаменной болезни и являются носителями дремлющей инфекции, значительных морфологических изменений не только в желчном пузыре, но и в печени, поджелудочной железе. Кроме того, эти больные имеют тяжелые сопутствующие заболевания, которые в определенной степени

требуют тщательной подготовки подобных больных для выполнения плановых оперативных вмешательств.

Результаты исследования. Из 130 больных 74 (56,9 %) поступили в клиники с деструктивными формами холецистита, осложненными желчными перитонитами, и у 56 (43,1 %) желчный перитонит возник после операций по поводу желчнокаменной болезни.

Среди 74 больных с деструктивным холециститом, осложненным желчным перитонитом, по характеру патологического процесса пропотной наблюдался у 51 (68,9 %) больного, из них разлитой — у 7 (13,7 %) и отграниченный — у 44 (86,3 %). Прободной желчный перитонит был у 23 (31,1 %) больных, из них разлитой — у 8 (34,8 %) и отграниченный — у 15 (65,2 %). У пациентов с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 52 (70 %) и постепенное нарастание — у 22 (30 %). При госпитализации относительно удовлетворительное общее состояние отмечено у 15 (20,3 %) больных, средней тяжести — у 28 (37,8 %), тяжелое — у 22 (29,7 %) и крайне тяжелое — у 9 (12,2 %) больных.

В первые сутки заболевания поступило 79 (60,7 %) больных, во вторые сутки — 18 (13,9 %), на третьи — 13 (10 %), от четырех до семи суток — 16 (12,3 %) и свыше семи суток — 4 (3,1 %) человека. Таким образом, можно отметить значительный процент поздней госпитализации пациентов, что объясняется поздней обращаемостью их за медицинской помощью в результате неадекватной оценки своего состояния, а также отсутствием элементарной медицинской грамотности, вследствие старческой немощности одиноких пациентов и невнимательного отношения к ним их родственников.

По механизму истечения желчи в брюшную полость мы наблюдали три формы желчного перитонита: прободной, пропотной и послеоперационный. Прободной желчный перитонит встречался у 23 (31,1 %) больных, который проявлялся картиной острой катастрофы в брюшной полости на фоне деструкции стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита, и поскольку происходило постепенное пропотевание желчи в свободную брюшную полость, перитонит протекал с малозаметными симптомами. Только при значительном накоплении желчи в брюшной полости проявлялись характерные для перитонита признаки, что послужило причиной доставки их в хирургический стационар. По нашим наблюдениям пропотной перитонит имел место у 51 (68,9 %) пациента. Таким образом, отмечается превалирование пропотного желчного перитонита.

В развитии патологического процесса, по мнению Т.А. Малюгиной [14], основополагающими являются:

1. Характер желчи (количество, качество и скорость излияния). Реакция брюшины и организма будет отличаться при массивном одномоментном излиянии желчи, медленном истечении или ее пропотевании. В первом случае разовьется абдоминальный шок, а при начальном пропотевании желчи клинически это может пройти незаметно. В наших наблюдениях из 23 больных с желчным прободным перитонитом 2 поступили в клинику в состоянии шока. Качество желчи также влияет на развитие патологического процесса, вызываемого желчью. При эмпиеме желчного пузыря перфорация стенки не сопровождается шокowymi реакциями и протекает обычно как прогрессирующий деструктивный холецистит. В наших наблюдениях таких больных было 8.

2. Место излияния желчи — свободная или ограниченная брюшная полость, забрюшинное пространство. Распространение желчи по всей брюшной полости, когда вовлекается в процесс обширное рецепторное поле брюшины, сопровождается тяжелой

шоковой реакцией. При излиянии и скоплении желчи в ограниченном пространстве нет четкой картины проявления деструктивного холецистита.

3. Состояние больного — возраст, наличие сопутствующей патологии — имеет большое значение в исходе тяжелых осложнений. В пожилом возрасте заболевание на начальных этапах чаще протекает стерто, проявляясь на необратимых этапах, в период присоединения тяжелых осложнений и обострения сопутствующей патологии.

При анализе 56 случаев желчного перитонита, возникшего после оперативных вмешательств по поводу ЖКБ, что составило 1,15 % от общего количества больных (4868), оперированных в клинике с ЖКБ за период с 1996 по 2006 г., установлено, что причинами перитонита явилось истечение желчи из ходов Люшка у 31 пациента после холецистэктомии; незамеченное краевое повреждение и пересечение дополнительной ветви правого печеночного протока — в 2 случаях; выпадение клипс и лигатур с культи пузырного протока после холецистэктомии наблюдалось в 8 случаях; истечение желчи из холедохотомного отверстия при наличии дренажа холедоха отмечено у 13 больных, из холедохотомного отверстия после удаления дренажа — в 2-х случаях.

В 2-х случаях на четырнадцатые сутки после операции у пожилых пациенток после контрольной холангиографии дренажи холедоха были удалены. После этого пациентки отметили появление сильных болей в правом подреберье, клинически резко возникли симптомы раздражения брюшины, что свидетельствовало о попадании желчи из холедохотомного отверстия в свободную брюшную полость. Релапаротомия обоим пациенткам произведена через 4 и 6 ч после удаления дренажа.

Из 56 пролеченных нами больных с послеоперационным желчным перитонитом у 29 отмечалось распространение желчи по всей брюшной полости, у 27 излившаяся желчь локализовалась и задерживалась только в подпеченочном пространстве. Анализ наших наблюдений свидетельствует о том, что имеются определенные трудности в ранней диагностике послеоперационных желчных перитонитов, обусловленные течением перитонита без четких клинических признаков.

Причиной развития желчного перитонита в основном являются технические ошибки в связи с недостаточной на операции фиксацией дренажа холедоха; несформировавшимся свищевым ходом дренажа так, что по его удалении желчь из холедоха распространялась по свободной брюшной полости либо дистальный конец подпеченочного трубчатого дренажа мигрировал в сторону от Винслового отверстия, не выполняя свою дренажную роль и тем самым не «сигнализируя» о наличии желчи в подпеченочном пространстве. Следовательно, становится весьма актуальной организация контроля за состоянием дренирования подпеченочного пространства, поэтому нами было разработано и применено устройство, позволяющее производить одновременное дренирование как холедоха, так и Винслового отверстия и подпеченочного пространства (Патент РФ на полезную модель № 51503 от 27.02.2006).

Предлагаемый дренаж состоит из двух силиконовых трубок — диаметром 4 и 6 мм, которые в рабочей части имеют отверстия диаметром 2 и 4 мм соответственно и подвижно соединены между собой кольцами, находящимися на трубке большего диаметра (рисунок). После завершения основного этапа операции данный дренаж проводится хирургом в брюшную полость через контрапертуру в правом подреберье. При этом силиконовая трубка меньшего диаметра с отверстиями проводится в проксимальный отдел холедоха и фиксируется кетгутовой лигатурой с прошиванием, а другая силиконовая трубка проводится за печечно-двенадцатиперстную связку в Винслово отверстие. Дренаж фиксируется к коже больного капроновыми лигатурами с прошиванием раздельно каждой

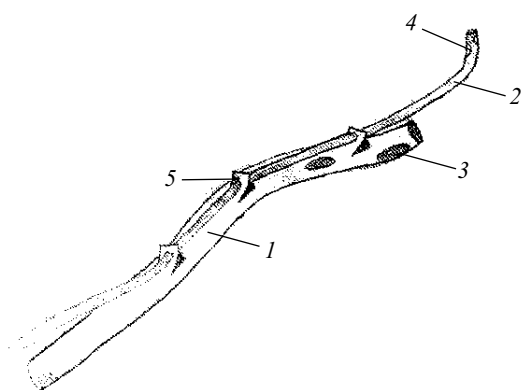


Схема комбинированного дренажа холедоха
и подпеченочного пространства
(объяснение в тексте)

трубки. В послеоперационном периоде трубка, находящаяся в подпеченочном пространстве, удаляется на 3–5-е сутки, при отсутствии отделяемого из подпеченочного пространства после рассечения фиксирующего кольца. Трубка из холедоха удаляется на 12–16-е сутки после операции при стихании явлений холангита и купирования признаков механической желтухи, после проведения холангиографии.

Комбинированный дренаж холедоха и подпеченочного пространства использовали у 20 больных в хирургическом отделении ГKB № 18. Дренаж подпеченочного пространства удалялся на 1–2-е сутки послеоперационного периода, холедоха — на 12–13-е сутки после предварительной чрезфистульной

холангиографии. По нашим наблюдениям, вышеуказанным дренажом было достигнуто адекватное дренирование подпеченочной зоны, уменьшение травматичности, стабильная фиксация проксимальных отделов обоих компонентов дренажа и надежный контроль за истечением желчи, крови.

Обсуждение. Проведенные нами исследования и наблюдения позволяют отметить, что желчный перитонит, возникший как осложнение острого деструктивного калькулезного холецистита и после операций по поводу желчнокаменной болезни, сложно диагностируем на ранних этапах желчеистечения в связи со стертыми клиническими симптомами, что значительно утяжеляет состояние больных к моменту манифестации яркой клинической картины. Исходя из анализа причин и особенностей диагностики желчеистечения удалось создать устройство дренирования с более жестким контролем за подпеченочным пространством, как первичным очагом скопления желчи, с одновременным дренированием холедоха. По результатам наших исследований применение вышеописанного комбинированного дренажа способствует ранней диагностике затека желчи в подпеченочном пространстве, снижает сроки послеоперационного пребывания в стационаре и риск послеоперационных осложнений.

Таким образом, из 1520 больных, поступивших в клинику с деструктивными формами калькулезного холецистита, у 75 (4,9 %) наблюдался желчный перитонит, что указывает на запоздалое обращение и поступление пациентов в хирургический стационар. Желчный перитонит, как осложнение выполненных операций, возник в 56 случаях из 4868 (1,15 %), что связано с тяжелым течением заболевания и определенными погрешностями в хирургическом лечении больных. Разработанный и примененный нами комбинированный дренаж холедоха и подпеченочного пространства позволяет адекватно дренировать указанную зону с уменьшением травматичности операции в сочетании со стабильной фиксацией проксимальных отделов обоих компонентов дренажа, тем самым осуществлять надежный контроль и предупреждать истечение желчи, крови в брюшную полость.

Summary

Hunafin S. N., Mullajanova A. Z., Murzin G. A., Bikmetov A. F. The reasons of of billiary peritonitis occurrence in patients with holelitiiasis.

We have tested 130 patients with billiary peritonitis which took place before and after peritonitis with acute destructive and chronic calculous cholecystitis treated at Ufa clinical hospital № 18 and Kuvatov Republic clinical hospital during 1996–2006 period. Examination performed by us allow to define billiary peritonitis originated as a complication of acute destructive calculous cholecystitis before and after cholecystitis operations to be a very serious problem for the patients condition and the earliest diagnostics and treatment may become an urgent problem. We have worked out and applied the combined bile and hepaticus space drainage allowing to have an adequate drainage of the indicated zone with decreasing operation traumatology in combination with stable fixation of proximal parts of both drainage components and to use reliable control and prevent bile and blood discharge into an abdominal cavity.

Key words: billiary peritonitis, destructive calculous cholecystitis.

Литература

1. Аношкин Н.К., Пивкин В.Д., Аношкина Т.Н. Диагностика и лечение желчного перитонита: Деп. рукопись. Саранск, 1993.
2. Аирафов Р.А., Давыдов М.И. Послеоперационный перитонит: диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2000. № 5. С. 114–118.
3. Галеев М.А., Тимербулатов В.М. Желчнокаменная болезнь и холецистит. Уфа, 1997. 219 с.
4. Ларичев А.Б., Волков А.В., Абрамов А.Ю. Лечение распространенного послеоперационного перитонита // Рос. мед. журн. 2006. № 1. С. 8–12.
5. Нартайлаков М.А. и др. Хирургия печени и желчных путей. Уфа, 2005. 204 с.
6. Петровский А.Н. Лечение гнойного желчного перитонита методом электрохимического окисления, моделирующего бактерицидную функцию нейтрофильных гранулоцитов: Дис. ... канд. мед. наук. Краснодар, 2000.
7. Тимербулатов В.М., Гарипов Р.М., Богдасаров Ю.В. Малоинвазивные операции при лечении перитонита желчной этиологии // Здравсохранение Башкортостана. 1999. № 3. Спец. вып. № 1. С. 37–40.
8. Бондарев А.А. Пути профилактики осложнений лапароскопической холецистэктомии у больных острым холециститом // Человек и его здоровье: Сб. науч. работ. Курск, 2000. С. 51–53.
9. Васильев В.Е., Перунов А.Б. Острый холецистит: современные технологии лечения // Consilium-medicum. 2001. Т. 3. № 6. С. 279 — 284.
10. Виноградов В.В., Данилов М.В., Зима П.И., Вишневский П.А. Послеоперационный желчный перитонит // Хирургия. 1972. № 1. С. 26–28.
11. Albasini J.L., Aledo V.S., Dexter S.P. e. a. Bile leakage following laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. 1995. Vol. 9. N 12. P. 8–127.
12. Morgenstern L., Berci G., Pasternak E.N. Bile leakage after biliary tract surgery: Laparoscopic perspective // Ibid. 1993. Vol. 7. P. 432–438.
13. Тотиков В.З., Слепушкин В.Д., Кибизова А.Э. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия: Журнал им. Н.И. Пирогова. 2005. № 6. С. 20–23.
14. Малюгина Т.А. Желчный перитонит. М., 1973. 256 с.

Статья принята к печати 16 апреля 2008 г.