

ЖОВЧНОКАМ'ЯНА ХВОРОБА: УСКЛАДНЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

О. О. Біляєва, Н. П. Коржик, О. М. Миронов, В. В. Ємець,
А. П. Мірошніченко, В. В. Біляєв

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупіка МОЗ України, м. Київ,
КНП Консультативно—діагностичний центр Шевченківського району м. Києва

CHOLELITHIASIS: COMPLICATIONS AND REHABILITATION

O. O. Bilyayeva, N. P. Korzhyk, O. M. Myronov, V. V. Yemets,
A. P. Miroshnychenko, V. V. Bilyayev

Актуальність проблеми лікування ЖКХ зумовлена тим, що запалення жовчного міхура за частотою посідає друге місце після гострого апендициту.

ЛХЕ є найсучаснішим методом лікування ЖКХ як у вітчизняній, так і світовій хірургії, який вважають "золотим стандартом". ЛХЕ вперше виконана Муреном у 1989 р. [1].

Суттєвою перевагою відеоскопічної технології є можливість здійснити повноцінну ревізію черевної порожнини та одночасну хірургічну корекцію поєднаних захворювань без додаткової операційної травми. Лапароскопічний метод забезпечує зменшення частоти загальних ускладнень, значне полегшення перебігу післяопераційного періоду. Проте, під час такого втручання суттєво підвищується ризик пошкодження позапечінокових жовчних проток, особливо за наявності холедохолітіазу [2 – 5].

Оперативне втручання з приводу ЖКХ застосовують часто. Проте, майже у 50% пацієнтів виникає ПХЕС [4 – 6].

Незважаючи на всі переваги ЛХЕ, не слід забувати про можливі технічні помилки, що спричиняють тяжкі післяопераційні ускладнення. В літературі наведені відомості про атипові післяопераційні ускладнення у 2 хворих [1].

Частота гнійно—некротичних ускладнень з ураженням шкіри та підшкірного прошарку становить майже 53% у хворих, які звертаються по допомогу до хірургічного відділення поліклініки [7, 8].

Під час виконання лапароскопічного втручання інколи виникають

Реферат

Проаналізовані результати лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ), виконаної у 71 пацієнта з приводу жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ). У ранньому післяопераційному періоді гострий холангіт виник у 2 (2,8%) хворих, гострий панкреатит — в 1 (1,4%), післяопераційний інфільтрат — у 14 (19,7%), нагноєння післяопераційного рубця — у 6 (8,4%); віддалені ускладнення у вигляді постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС) спостерігали у 29 (40,8%) пацієнтів, грижі черевної стінки — у 3 (4,2%).

Ключові слова: калькульозний холецистит; лапароскопічна холецистектомія; післяопераційні ускладнення; реабілітація.

Abstract

The results of laparoscopic cholecystectomy, conducted in 71 patients, suffering cholelithiasis, were analyzed. In early postoperative period an acute cholangitis have occurred in 2 (2.8%) patients, an acute pancreatitis — in 1 (1.4%), postoperative infiltrate — in 14 (19.7%), suppuration of postoperative cicatrix — in 6 (8.4%); late complications as a kind of postcholecystectomy syndrome was observed in 29 (40.8%) patients, and abdominal hernia — in 3 (4.2%).

Key words: calculous cholecystitis; laparoscopic cholecystectomy; postoperative complications; rehabilitation.

ситуації, що змушують хірурга переходити на лапаротомію (конверсія). Найчастішою причиною конверсії під час виконання ЛХЕ є ситуації, пов'язані з труднощами ідентифікації елементів трикутника Кало через запально—інфільтративні зміни в ділянці жовчного міхура [9].

Мета дослідження: проаналізувати частоту ранніх і пізніх ускладнень ЛХЕ, порівняти ці результати з такими після виконання відкритої холецистектомії, розробити план післяопераційної реабілітації хворих.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений порівняльний аналіз післяопераційних ускладнень у 91 пацієнта, оперованих з приводу ЖКХ, розподілених на дві групи, яким виконана ЛХЕ та відкрита холецистектомія.

У 71 хворого (основна група) здійснена ЛХЕ з приводу гострого та

хронічного калькульозного холециститу у період 2005 — 2013 рр. У 20 хворих (група порівняння) застосований лапаротомний метод у період 2002 — 2003 рр. В основній групі чоловіків було 20 (28,1%), віком від 41 до 71 року, жінок — 51 (71,9%), віком від 24 до 73 років.

У групі порівняння жінок було 14 (70%) віком від 30 до 74 років, чоловіків — 6 (30%) віком від 43 до 68 років.

В основній групі лише у 2 (2,8%) пацієнтів у виписці з історії хвороби зафіксовані післяопераційні ускладнення у вигляді нагноєння операційної рани, проте, фактично їх частота значно більша (див. таблицю).

У 14 (19,7%) пацієнтів, виписаних на 5—ту добу, ранні післяопераційні ускладнення не фіксували. Шви зняті в умовах поліклініки.

З супутніх захворювань у основній групі діагностували цукровий діабет — у 14 (19,7%) пацієнтів;

Післяопераційні ускладнення

Ускладнення	Кількість хворих в групах			
	основній		порівняння	
	абс.	%	абс.	%
Ранні				
Гострий холангіт	2	2,8	–	–
Гострий панкреатит	1	1,4	–	–
Інфільтрат післяопераційного рубця	14	19,7	3	15
Нагноєння післяопераційного рубця	6	8,4	2	10
Разом ...	23	32,3	5	25
Віддалені				
Післяопераційна грижа черевної стінки	3	4,2	2	10
Численні лігатурні нориці	–	–	1	5
ПХЕС	29	40,8	8	40
Разом ...	32	45,0	11	55

захворювання серцево—судинної системи — у 38 (53,5%).

ПХЕС діагностований лікарями—терапевтами та гастроентерологами, проявлявся вираженим болем у надчеревній та правій підребровій ділянках, диспептичними явищами (нудота, метеоризм), печінковою колькою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльна оцінка ефективності лікування проведена у строки до 30 діб після оперативного втручання за стандартними критеріями на підставі оцінки загального стану, скарг, температури тіла, аналізів крові, тривалості лікування у стаціонарі та амбулаторно. Віддалені результати вивчали через 2—3 роки після оперативного втручання.

В основній групі тривалість лікування хворого у стаціонарі становила у середньому 9,3 дня, у групі порівняння — 14,4 дня, тобто, на 5,1 дня більше.

Морфологічні й біохімічні зміни у периферійній крові хворих обох груп після госпіталізації незначні. Лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули ліворуч спостерігали у 32 (45,07%) хворих основної групи та у 12 (60%) — групи порівняння.

Збільшення швидкості зсідання еритроцитів (ШЗЕ) відзначене у 43 (60,56%) хворих основної групи у середньому до $(19,14 \pm 2,8)$ мм/год та у 13 (65%) — групи порівняння у середньому до $(19,6 \pm 1,8)$ мм/год.

В основній групі у 2 (2,8%) хворих спостерігали диспептичні явища — нудоту, здуття живота, а також іктеричність склер. За даними проведеного обстеження встановлений діагноз: післяопераційний холангіт, зумовлений внутрішньопротоковим літіазом, повторне оперативне втручання виконували з використанням ендоскопічного методу. У 2 хворих через технічні труднощі здійснено конверсію. Повторна госпіталізація з приводу післяопераційних ускладнень не потрібна.

Тривалість періоду непрацездатності в основній групі становила у середньому 37,1 дня, у групі порівняння — 44,7 дня, що на 7,6 дня більше ($p < 0,05$), ніж в основній групі.

Одним з суттєвих етапів лікування ЖКХ є реабілітаційний період, зокрема, санаторно—курортне лікування. За наявності холангіту, стану після холецистектомії, проте, не раніше, ніж через 3 — 4 міс після операції, показане реабілітаційне лікування на курортах: Березовські мінеральні води, Верховина, Миргород, Поляна, Трускавець [10]. Лікувальна вода "Нафтуса" трускавецького родовища — гідрокарбонатна, магнієво—кальцієва, слабомінералізована, з високим вмістом речовин нафтового походження, сприяє усуненню запальних змін в органах і тканинах, стимулює відходження дрібних каменів з нирок, жовчного міхура та жовчних проток, зменшує літогенність жовчі та сечі. Вода родовища Східниця містить похідні

менілітових сланців з домішками заліза, Сатанівського та Гусятинського родовищ — органічні складники вугільного походження [11].

Після операції 17 пацієнтам у строки до 6 міс проведено реабілітаційне лікування у санаторіях Трускавця, Моршина, Сатаніва. Позитивними наслідками його були зменшення вираженості диспептичних проявів: нудоти, гіркоти в роті, здуття живота та больового синдрому, поліпшення біохімічних показників крові.

З організаційної точки зору доцільним було б реабілітаційне лікування пацієнтів в умовах лікувальних закладів зазначених курортних міст з видачею листка непрацездатності на період лікування, що дало б змогу оптимізувати їх діяльність та створити нові робочі місця.

ВИСНОВКИ

1. Ранні ускладнення ЛХЕ виникли у 23 (32,3%) хворих, віддалені у вигляді ПХЕС — у 29 (40,8%), післяопераційної грижі черевної стінки — у 3 (4,2%).

2. Ранні післяопераційні ускладнення відкритої холецистектомії виявлені у 5 (25%) хворих, віддалені — в 11 (55%).

3. Тривалість лікування хворих у стаціонарі після ЛХЕ у середньому на 4,7 дня ($p < 0,05$) менше, ніж після відкритої холецистектомії.

4. Тривалість періоду непрацездатності після ЛХЕ на 7,6 дня

($p < 0,05$) менше, ніж після відкритої холецистектомії.

5. Реабілітаційне лікування у закладах за місцем розташування курортів дасть змогу покращити стан

оперованих хворих, оптимізувати діяльність лікувальних закладів та створити нові робочі місця.

ЛІТЕРАТУРА

1. Deux observation de complication infectieuses / F. Caron, V. Fayeulle, C. Peillon [et al.] // Presse Med. — 1994. — Vol. 23, N 22. — P. 1027 — 1030.
2. Так ли безопасны лапароскопические операции / О. Е. Бобров, Ю. С. Семенюк, Н. А. Мендель, И. И. Игнатов // Новости медицины и фармации. — 2004. — № 14. — С. 18 — 19.
3. Буряков С. Г. О последствиях холецистэктомии или постхолецистэктомическом синдроме / С. Г. Буряков // Там же. — С. 10 — 11.
4. Ильченко А. А. Желчнокаменная болезнь / А. А. Ильченко // Леч. врач. — 2004. — № 4. — С. 27 — 32.
5. Маев И. В. Коррекция проявлений холестаза у больных с калькулезным холециститом, перенесших холецистэктомию / И. В. Маев, Е. С. Вьючнова, Е. Г. Лебедева // Форум—хофитол. — 2007. — № 3. — С. 2 — 3.
6. Сапа А. И. Реабилитация больных, прооперированных по поводу желчнокаменной болезни / А. И. Сапа, Е. И. Ревуцкий // Сучасна гастроентерологія. — 2001. — № 3. — С. 62 — 64.
7. Досвід застосування крему аргосульфат в хірургічній практиці / Ю. Присяжнюк, Л. Кравчук, Л. Грищенко, Г. Пилипенко // Ліки України. — 2003. — № 6. — С. 40 — 41.
8. Теория и практика местного лечения гнойных ран; под ред. Б. М. Даценко. — К., Здоровья, 1995. — 381 с.
9. Юлдашев А. Х. Конверсия при лапароскопичній холецистектомії з приводу калькульозного холециститу / А. Х. Юлдашев // Хірургія України. — 2011. — № 1. — С. 50 — 53.
10. Коржик Н. Санаторно—курортна реабілітація хірургічних хворих / Н. Коржик // Будьмо здорові. — 2007. — № 10. — С. 11 — 12.
11. Кравець Н. Будьмо здорові з... мінеральною водою / Н. Кравець // Там же. — 2005. — № 3. — С. 28 — 29.

