

ЕНДОСКОПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Матеріали IV з'їзду Асоціації лікарів-ендоскопістів України
10 — 12 червня 2010 року, м. Івано-Франківськ

НЕСТАНДАРТНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА — СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Аксенов И.Г.

Институт гастроэнтерологии АМН Украины, Днепропетровск

Одним из осложнений холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита является резидуальный холедохолитиаз и по данным литературы его частота составляет 10-15% [2]. В диагностике механических желтух в до- и послеоперационном периоде ведущее место занимает ЭРХПГ. Причем вмешательства, которые могут проводиться при этом исследовании (ЭПСТ, литоэкстракция, литотрипсия), приводят к успеху в 75-85% случаев [1].

Клиническое наблюдение

Больной П., 51 год, поступил в отделение хирургии органов пищеварения института гастроэнтерологии АМНУ 9/12-2008 года. *Диагноз:* холедохолитиаз после холецистэктомии. Наружный желчный свищ. Постгеморрагическая анемия. Язвенная болезнь луковицы ДПК, фаза обострения, тяжелое течение, осложненная кровотечением в прошлом.

Из анамнеза: болен желчекаменной болезнью около года. В ноябре 2008 г. после очередного болевого приступа, сопровождавшегося желтушностью кожных покровов, прооперирован в хирургическом отделении больницы г. Новомосковска. Операция — холецистэктомия лапаротомным доступом — 21/11-2008. На седьмые сутки, после удаления дренажей, появились перитонеальные симптомы, в связи с чем проведена повторная лапаротомия, выявлен распространенный желчный перитонит, брюшная полость дренирована пятью дренажами. В послеоперационном периоде по дренажам до 800 мл желчи в сутки. Направлен в институт гастроэнтерологии для проведения ЭРХПГ и дальнейшего лечения.

Объективно при поступлении: состояние тяжелое, обусловлено эндогенной интоксикацией, нарушением водно-электролитного и белкового обмена, желчеистечением, постгеморрагической анемией. Кожа и слизистые оболочки бледные. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. А/Д 140/90 мм рт.ст., пульс 92 удара в 1 минуту. Живот не вздут, принимает участие в дыхании, пальпаторно мягкий, незначительно болезненный в обоих подреберьях, эпигастрии. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В правом подреберье дренажная трубка, через которую поступает светлая желчь. Послеоперационный рубец без признаков воспаления.

Клинико-лабораторные обследования: общий анализ крови: Нб 79, эритроциты 3,0, лейкоциты 9,2, СОЭ 48. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи без существенных нарушений. *УЗИ:* признаки гепатита, удаленный желчный пузырь, хронический панкреатит. *ФЭГДС:* язва луковицы ДПК, нельзя исключить пенетрацию, признаки остановившегося кровотечения, анемии. *ЭРХПГ и ЭПСТ:* фатеров сосок расположен стандартно, форма полиповидная, умеренно напряжен, желчь поступает скудно; кон-

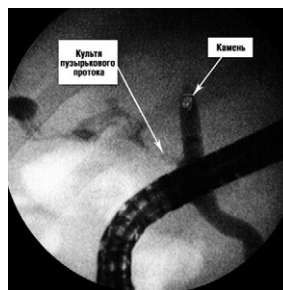


Рис. 1

трастом заполнена желчевыводящая система; холедох до 10 мм, в области культи пузырного протока истечение контрастного вещества, сообщающееся со свищевым ходом; проксимальнее впадения культи пузырного протока имеется округлый дефект наполнения 5-7 мм. Заключение: холедохолитиаз, истечение контраста из культи пузырного протока (рис. 1).

Выполнена ЭПСТ, канюляционно, размер 10-12 мм. Попытки захватить камень корзинкой Дормия неудачны, при манипуляциях камень продвинулся в культю пузырного протока (баллона-экстрактора в то время в наличии не было). Контрольная ЭРХПГ (11/12-2008): заполнена желчевыводящая система; камень находился в культе пузырного протока, контраст в свищевой ход не поступает, в просвет ДПК

эвакуация быстрая, других дефектов наполнения в желчевыводящей системе нет.

В течение последующего времени желчеистечение полностью прекратилось, дренаж удален. После медикаментозной, инфузионной терапии состояние больного значительно улучшилось, консервативное лечение было принято с целью избежать повторных вмешательств. На шестые сутки после последней ЭРХПГ пациент был переведен в хирургическое отделение больницы по месту жительства, через 6 месяцев на консультативном приеме жалоб не предъявлял.

Описанный случай в нашей практике был впервые, отношение к такому решению проблемы холедохолитиаза может быть спорным. Однако, учитывая тяжелое состояние больного, риск от возможного очередного хирургического вмешательства и положительный результат, считаем такую тактику приемлемой, и возможно, заслуживающей внимания для обсуждения. Больной продолжает наблюдаться по месту жительства.

Литература

1. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. (2000) Холедохолитиаз. 288 с.
2. Нечитайло М.Ю., Гойда С.М. (2001) Резидуальный и рецидивный холедохолитиаз. Классификация, симптоматика и методы диагностики. Украинский медицинский часопис. 5: IX-X: 33-38

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕНТЕРАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ

Бурій О.М., Терешкевич І.С., Гребінь М.І., Раздобудько Ю.М., Сюрдія Г.Г.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Summary

The analysis of treatment of 2447 patients with different pathologies of the gastrointestinal tract in which probes for enteral nutrition were set before and after surgery has been estimated. Positive effect on metabolic processes, water and electrolyte balance that leads to reduce operational and anesthetic risk, mortality and postoperative complications has been proved.

Key words: gastrointestinal tract, endoscopy, metabolic processes.

Питання діагностики та лікування порушень харчування, зумовлених патологією верхнього поверху ШКТ (стеноз, атонія, післяопераційні ускладнення), які в пізніх стадіях

проявляються вираженими змінами гомеостазу, й досі залишаються актуальними. За даними закордонних авторів, своєчасна адекватна корекція цієї патології значно знижує частоту ускладнень і пришвидшує післяопераційну реабілітацію хворих [7,8].

Більшість пацієнтів з даною патологією поступають в хірургічний стаціонар в тяжкому стані, з загостренням супутніх захворювань, нерідко з боку серцево-судинної системи. Хірургічне лікування таких хворих супроводжується великим числом післяопераційних ускладнень і високою летальністю [6], яка у хворих із суттєвим операційно-анестезіологічним ризиком значна і коливається від 10% до 44,4% [5,6]. Висока летальність після проведення екстрених операцій з приводу стенозу верхнього поверху ШКТ часто пов'язана з відсутністю повноцінної перелопаційної підготовки [3,5]. Після планових операцій з приводу даної патології летальність значно нижча і складає 3,9-5% [5].