

С.Д. Дорогань, О.В. Косинський, А.В. Снісар, Д.І. Дзевицький, Д.Л. Бузмаков

Технологія хірургічної реабілітації хворих та інвалідів з негативними медико-соціальними наслідками оперативного лікування жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності, м. Дніпропетровськ

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба та її ускладнення, післяхолецистектомічний синдром, хірургічна реабілітація.

Обстежено 90 хворих та інвалідів, оперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень. Визначено характер післяопераційної патології позапечінокових жовчних шляхів, що призводила до незадовільних результатів хірургічного лікування досліджуваної групи пацієнтів. Проведено оцінку ефективності відновних і реконструктивних оперативних втручань з використанням каркасних дренажів і без них (при повторних операціях у цих хворих). Це дало змогу розробити удосконалену технологію хірургічної реабілітації пацієнтів з негативними медико-соціальними наслідками оперативного лікування жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень.

Технология хирургической реабилитации больных и инвалидов с негативными медико-социальными последствиями оперативного лечения желчекаменной болезни и ее осложнений

С.Д. Дорогань, А.В. Косинский, А.В. Снисарь, Д.И. Дзевицкий, Д.Л. Бузмаков

Обследовано 90 больных и инвалидов после оперативного лечения желчекаменной болезни и ее осложнений. Определен характер послеоперационной патологии внепеченочных желчных путей, которая приводила к развитию неудовлетворительных результатов хирургического лечения обследованной группы пациентов. Проведена оценка эффективности восстановительных и реконструктивных оперативных вмешательств с использованием каскадных дренажей и без них (при повторных операциях у этих больных). Это дало возможность разработать усовершенствованную технологию хирургической реабилитации пациентов с негативными медико-социальными последствиями оперативного лечения желчекаменной болезни и ее осложнений.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь и ее осложнения, постхолецистектомический синдром, хирургическая реабилитация.

Патология. – 2010. – Т.7., №3. – С. 24–26

Technology of surgical rehabilitation of patients and invalids with negative medical and social consequences of operative treatment of cholecystolithiasis and its complications

S.D.Dorogan, A.V.Kosinsky, A.V.Snisar, D.I.Dzevitsky, D.L.Buzmakov

90 patients and invalids were examined after operative treatment of cholecystolithiasis and its complications. Character of postoperative pathology of extrahepatic bile ducts which led to the development of unsatisfactory results of surgical treatment in surveyed group of patients is defined. The estimation of the efficiency of restorative and reconstructive operative interventions with use of cascade drainages and without them is done in reoperated patients. It has given the chance to develop advanced surgical rehabilitation technology of patients and invalids with negative medical and social consequences of operative treatment of cholecystolithiasis and its complications.

Key words: cholecystolithiasis, complications, surgical rehabilitation.

Pathologia. 2010; 7(3): 24–26

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) та її ускладнення посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності органів травлення, крім того, за даними спеціальної літератури, за останні 10 років ці показники мають тенденцію до збільшення [1,2]. У 10–25% хворих, оперованих з приводу механічної жовтяниці та деструктивних форм гострого холециститу, що є життєвонебезпечними ускладненнями ЖКХ, у віддаленому періоді після втручання розвивається постхолецистектомічний синдром, що стає причиною обмеження життєдіяльності оперованих [3,4]. Крім цього, у більш ніж 10% хворих виникає потреба виконання повторних хірургічних втручань, з метою корекції патології позапечінокових жовчних протоків [5]. Значна кількість незадовільних інвалідизуючих віддалених результатів хірургічного лікування ЖКХ, що здебільшого пов'язана з резидуальним холедохолітазом, стриктурами позапечінокових жовчних протоків,

патологією Фатерового сосочка й жовчними норичями, зумовлює необхідність удосконалення існуючих технологій медичної реабілітації пацієнтів, оперованих з приводу ЖКХ та її ускладнень.

Мета роботи

Вдосконалити технологію медичної реабілітації хворих та інвалідів, оперованих з приводу жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень шляхом обґрунтування корекції патології позапечінокових жовчних протоків.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 90 хворих та інвалідів, оперованих з приводу ЖКХ та її ускладнень. У зв'язку з виникненням обмеження життєдіяльності, зумовленого післяопераційними ускладненнями та патологією біліарної системи, при зверненні до медико-експертних соціальних комісій (МСЕК) інвалідами визнано 34 (37,7%) пацієнта, яким у 10 (29,4%) випадках встановлено II групу, у 24 (70,6%) – III групу інвалідності. До МСЕК з приводу

післяопераційної патології позапечінкових жовчних ходів ніколи не звертались 56 (62,3%) обстежених. В обстеженій групі пацієнтів кількість жінок майже у 2,5 рази перевищувала кількість чоловіків; більшість хворих – особи працездатного віку (77,78%).

Провідним фактором, що визначав обсяг реабілітаційних заходів у обстежених хворих, був характер основної післяопераційної патології, що потребував хірургічного чи терапевтичного лікування (табл. 1).

Таблиця 1

Характер післяопераційної патології

Нозологічна форма	Кількість хворих (n=90)	
	n	%
ПХЕС, холангіт *	40	44,4
ПХЕС, холедохолітіаз *	31	34,4
ПХЕС, стриктури загальної жовчної протоки *	22	24,4
ПХЕС, хронічний панкреатит *	20	22,2
ПХЕС, стеноз білідігестивних анастомозів *	7	7,8
ПХЕС, стеноз великого дуоденального сосочка *	6	6,7
ПХЕС, зовнішні жовчні нориці	6	6,7
ПХЕС, хронічний гепатит *	5	5,6
ПХЕС, цироз печінки*	2	2,2

Примітка: * – випадки поєднання різних нозологічних форм.

Поєднана патологія визначалась у 79 (87,8%) хворих. Здебільшого це було поєднання холангіту, резидуального холедохолітіазу зі стриктурою загальної жовчної протоки та/або стенозом великого дуоденального сосочка (у 60% випадків).

Статистичну обробку даних проводили із застосуванням програмного пакету EXCEL 2000.

Результати та їх обговорення

Визначення типових чинників обмеження життєдіяльності, що спостерігались у пацієнтів з ускладненнями оперативних втручань у біліарній системі, дозволили розробити оптимальну програму медичної реабілітації для даної категорії хворих та інвалідів.

У 63 (70%) пацієнтів проведено відновне або реконструктивне оперативне втручання на ЖВП, а у 27 (30%) хворих – лише консервативна терапія. У всіх випадках проведення відновного або реконструктивного хірургічного лікування консервативні методи також займали значне місце у програмах комплексної реабілітації. Консервативна терапія проводилась як у період передопераційної підготовки, так і після операції в стаціонарі та на етапі амбулаторного відновного лікування.

У 43 (68,3%) випадках первинним оперативним втручанням була традиційна холецистектомія з лапаротомного доступу, у 20 (31,7%) випадках з приводу ускладненої ЖКХ первинно проведено мініінвазивні оперативні

втручання. Серед повторно оперованих пацієнтів травми жовчних протоків під час першої операції були в 33 (52,3%) випадках, резидуальний холедохолітіаз – у 29 (46%) хворих, у 1 (1,7%) хворого зовнішнє дренування холедоха призводило до стриктури загальної жовчної протоки.

Пластика жовчних шляхів, холедоходуоденостомії, а також зовнішнє транспечінкове дренування та ендоскопічні папілосфінктеротомії у проведеному дослідженні віднесено до відновних операцій.

Після діагностування ушкодження протокової системи у 5 (15,1%) випадках первинно виконано відновні оперативні втручання. У 1 хворого, якому виконували пластику протоків на транспечінковому дренажі, відразу отримано задовільний віддалений результат. В інших 4 випадках після відновних оперативних втручань діагностовано рецидив післятравматичної стриктури позапечінкових жовчних протоків, що у подальшому потребувало проведення повторних операцій.

За даними дослідження, відновне оперативне втручання при травмах протокової системи виявилось ефективним у випадках інтраопераційної діагностики та корекції пошкодження жовчних шляхів безпосередньо під час операції.

Реконструктивні оперативні втручання виконано 31 (93,9%) особі з ушкодженнями жовчних шляхів: 22 (71%) хворим проведено 1 втручання, 8 (25,8%) – 2 втручання, в 1 (3,2%) випадку – 3 операції. У 1 (1,6%) хворого після ушкодження протокової системи й у подальшому утворення зовнішньої жовчної нориці виконано фістулоєюностомію.

Реконструктивні операції без каркасного дренування жовчних протоків у проведеному дослідженні виконано у 18 (81,2%) інвалідів. Серед цих пацієнтів у 15 (83,3%) у віддаленому післяопераційному періоді не спостережено ускладнень з боку протокової системи. У 3 (16,7%) випадках у подальшому розвинулись стриктури білідігестивних анастомозів, і проведено повторні реконструктивні втручання. Каркасне дренування протокової системи проведено у 4 (18,8%) інвалідів. У половини цих пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді ускладнень з боку протокової системи не спостережено. В останніх 2 (9,4%) випадках розвинулась стриктура білідігестивного анастомозу, проведено повторні втручання.

Реконструктивні оперативні втручання на жовчних протоках без каркасного дренування проведено у 29 (70,7%) хворих, які ніколи не звертались до МСЕК. Без ускладнень з боку протокової системи післяопераційний період протікав у 24 (82,7%) пацієнтів. Стриктури білідігестивних анастомозів спостерігались у 5 (17,3%) випадках.

Серед хворих, яким проведено реконструктивні операції, у 12 (29,3%) випадках застосовано транспечінкове каркасне дренування протокової системи печінки. Після каркасного дренування у віддаленому післяопераційному періоді у 9 (75%) хворих не спостере-

жено ускладнень з боку анастомозу і протокової системи. Лише у 3 (25%) пацієнтів у подальшому розвинулись рубцеві стриктури біліодігестивних анастомозів.

Застосування транспечінкового каркасного дренивання протокової системи з подальшою заміною дренажів не має суттєвого значення для розвитку ускладнень з боку протокової системи й біліодігестивних анастомозів. Проведення реконструктивних втручань без застосування каркасних дренажів не відрізнялось за частотою незадовільних віддалених результатів, у порівнянні з групою хворих, яким виконано цей вид дренивання.

Резидуальний холедохолітиаз діагностовано у 70,7% випадках, всі ці пацієнти прооперовані повторно. На відміну від наслідків травматичних ушкоджень протокової системи, при резидуальному холедохолітазі у всіх випадках виконано тільки відновні оперативні втручання. При цьому, у 20 (69%) хворих достатнім було виконання 1 відновного оперативного втручання; у 9 (31%) випадках відзначено рецидиви патології, з приводу чого проведено аналогічне за обсягом хірургічне втручання.

З приводу резидуального холедохолітазу повторні операції виконано в 3 (10,3%) випадках в обсязі літоекстракції та холедоходуоденостомії. В 7 (24,1%) випадках проведено холедохолітотомію з зовнішнім дрениванням загальної жовчної протоки, у 19 (65,5%) – ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Після повторних оперативних втручань з приводу резидуального холедохолітазу, у 34 (37,8%) випадках визначено рецидиви холедохолітазу. З метою корекції рецидиву патології, всім хворим проведено повторні оперативні втручання: 5 (14,7%) виконано рехоледохолітотомію та рехоледоходуоденоанастомоз, 6 (17,7%) – холедохолітотомію та холедоходуоденоанастомоз, 2 (5,9%) – трансдуоденальну папілосфінктеротомію, 15 (44,1%) – ендоскопічну папілосфінктеротомію, 6 (17,6%) – холедохолітотомію з зовнішнім дрениванням загальної жовчної протоки.

Аналіз віддалених результатів первинних і повторних операцій, що проводились з приводу резидуального холедохолітазу, показав необхідність розширення показань до ретроградної холангіопанкреатографії (РХПГ) при обстеженні хворих на ЖКХ. При цьому, виконання холецистектомій з лапаротомного доступу хоч і сприяє адекватній ревізії загальної жовчної протоки, однак не

у всіх випадках є достатньо ефективним чинником попередження резидуального холедохолітазу.

Отже, результати дослідження дозволили розробити технологію хірургічної реабілітації, що полягає у комплексному етапному відновленні відтоку жовчі з корекцією діагностованої структури великого дуоденального сосочка. Впроваджена технологія дозволила визначити достатню ефективність реконструктивних оперативних втручань з приводу наслідків ушкоджень жовчних протоків без транспечінкового каркасного дренивання жовчних протоків.

Висновки:

1. Рання інтраопераційна діагностика та своєчасне виконання відновних операцій при травматичних ушкодженнях позапечінкових жовчних протоків дозволяє уникнути розвитку негативних віддалених результатів хірургічного лікування хворих на ЖКХ та її ускладнення.

2. Використання реконструктивних операцій без каркасного дренивання є ефективним засобом реабілітації пацієнтів з ушкодженням позапечінкових жовчних протоків.

3. Одним із чинників, що запобігає розвитку незадовільних віддалених результатів хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень, є доопераційна діагностика холедохолітазу, що дозволяє провести корекцію цієї патології ще при первинному оперативному втручанні.

4. Розроблена технологія хірургічної реабілітації дозволяє покращити результати медичної реабілітації хворих та інвалідів з незадовільними наслідками хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень.

Література

1. 50 лекцій по хирургии / под ред. Савельева В.С. – М.: Медиа медика, 2003. – 408 с.
2. Ганжий В.В. Нові технології в лікуванні ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби / В.В. Ганжий, А.С. Лапотько, І.П. Колесник, К.В. Ганжий // Клінічна хірургія. – 2009. – №11–12. – С. 35–36.
3. Ильченко А.А. Желчекаменная болезнь / А.А. Ильченко // Леч. врач. – 2004. – №4. – С. 27–32.
4. Лупальцов В.И. Ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии / Лупальцов В.И. // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна // Медицина. – 2004. – Вип. 7, №614. – С. 48–51.
5. Сотниченко Б.А. Холедохолитиаз у больных пожилого и старческого возраста / Сотниченко Б.А., Гончаров К.В. // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, №2. – С. 113.

Відомості про авторів:

Дорогань С.Д., к. мед. н., ст. н. с., зав. відділенням медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Косинський О.В., к. мед. н., ст. н. с., провідний науковий співроб. відділення медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Снісар А.В., науковий співроб. відділення медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Дзевицький Д.І., лікар-хірург відділення медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Бузмаков Д.Л., молодший науковий співроб. відділення медико-соціальної експертизи та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Адреса для листування:

Косинський Олександр Вікторович. 49027, м. Дніпропетровськ, пров. Радянський, 1а.

E-mail: Kosyn_AS@mail.ru, Тел.: (097) 543 08 91.