

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

Причини та фактори ризику розвитку незадовільних та інвалідизуючих ускладнень оперативного лікування жовчнокам'яної хвороби

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

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, інтраопераційні ускладнення, післяопераційні ускладнення, інвалідність.

Обстежено 90 пацієнтів, серед них 34 інваліди внаслідок ускладнень хірургічного лікування ЖКХ. Встановлено, що до інвалідизації хворих призводили несвоєчасна діагностика та оперативна корекція ускладнень. На інвалідизацію хворих суттєво не впливають своєчасно усунуті інтраопераційні ушкодження позапечіночних жовчних протоків. Адекватне усунення холестази внаслідок післяопераційних ускладнень лікування ЖКХ дозволяє значно знизити ризик інвалідизації цієї категорії хворих.

Причины и факторы риска развития неудовлетворительных и инвалидизирующих осложнений оперативного лечения желчнокаменной болезни

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

Обследовано 90 больных, среди них 34 инвалида вследствие осложнений хирургического лечения ЖКБ. Установлено, что к инвалидизации больных приводили несвоевременная диагностика и оперативная коррекция осложнений. На инвалидизацию больных существенно не влияют своевременно устраненные интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков. Адекватное устранение холестаза и послеоперационных осложнений лечения ЖКБ позволяет значительно снизить риск инвалидизации данной категории больных.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, интраоперационные осложнения, послеоперационные осложнения, инвалидность.

Патология. – 2010. – Т.7., №3. – С. 21–23

The reasons and risk factors of development of unsatisfactory and incapacitating complications of operative treatment gallstone disease

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

90 patients are surveyed, among them there were 34 invalids owing to complications of gallstone disease surgical treatment. It was established, that disability of patients was caused by untimely diagnostics and operative correction of complications. Perioperative damages of extrahepatic bile ducts, timely removed, do not influence significantly on incapacitating of patients. Adequate elimination of cholestasis and postoperative complications of gallstone disease treatment allows to lower considerably risk of incapacitating of this category of patients.

Key words: gallstone disease, intraoperative complications, postoperative complications, disability.

Pathologia. 2010; 7(3): 21–23

Впровадження в сучасну хірургічну практику малоінвазивних способів оперативного лікування ускладненої жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) суттєво не вплинуло на частоту розвитку і тяжкість перебігу постхолецистектомічного синдрому (ПХЕС) [1,4]. Стабільною лишається висока питома вага незадовільних результатів лікування, що призводять до інвалідизації після оперативного лікування хворих з цією патологією [3]. Тому актуальним питанням залишається визначення причин і факторів ризику розвитку незадовільних та інвалідизуючих ускладнень хірургічного лікування. Усунення їх впливу на кінцевий результат реабілітації дасть змогу оптимізувати підходи до тактичних і технічних аспектів лікування хворих на ЖКХ, що дозволить запобігти розвитку інвалідизуючих ускладнень.

Мета роботи

Забезпечити покращення віддалених результатів хірургічного лікування ускладненої жовчнокам'яної хвороби шляхом визначення причин і факторів ризику інвалідизації хворих.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 90 пацієнтів у віддаленому періоді після

хірургічного лікування ЖКХ та її ускладнень. З них 25 (27,8%) чоловіків і 65 (72,2%) жінок. Переважали особи працездатного віку – 63 (70%) хворих. У зв'язку з виникненням тяжких ускладнень оперативного лікування ЖКХ інвалідами визнано 34 (37,7%) хворих (І група). Серед них у 10 (29,4%) випадках первинно встановлено II групу, в 24 (70,6%) – III групу інвалідності. Інші 56 (62,3%) хворих з ПХЕС ніколи не звертались до медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) (II група).

З приводу гострого калькульозного холециститу оперовано 40 (44,4%) пацієнтів, хронічного калькульозного холециститу – 49 (54,4%). В 1 випадку оперативне втручання виконано з приводу пошкодження загальної жовчної протоки при резекції шлунка.

Оцінено вплив різних причин і факторів на обмеження життєдіяльності та інвалідизацію хворих, оперованих з приводу ЖКХ. У групах спостереження визначалися показання і терміни виконання первинної операції, місце й терміни діагностики ускладнень після первинного втручання, обсяг і кількість виконаних операцій на етапах медичної реабілітації, характер виявленої

післяопераційної патології. Терміни первинного оперативного втручання визначались як невідкладні (до 6 годин), термінові (до 24 годин), відстрочені (до 3 діб) і планові (більше 3 діб). Термінові оперативні втручання виконувались у 13 (14,4%), відстрочені – у 28 (31,1%), планові – у 49 (54,4%) з обстежених хворих.

Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою пакетів прикладних програм EXCEL 2000 та «Statistica 6.0». Рівень значущості відмінностей між показниками в досліджуваній групі оцінювався із застосуванням параметричного критерію Стюдента [2]. Достовірними вважались відмінності при критичному рівні значущості $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Пізнє звернення хворих за медичною допомогою (через 3 і більше діб від початку розвитку ускладнень ЖКХ) визначено в 75% випадків. Важливим фактором, що впливав на виникнення незадовільних результатів надання хірургічної допомоги, було місце проведення оперативного втручання ($t=0,3$, $p < 0,05$). Це впливало не тільки на термін отримання хірургічної допомоги, але й на її якість. Серед хворих I групи в районних лікарнях прооперовано 10 (29,4%), в міських – 17 (50%), в обласних – 5 (14,7%) пацієнтів. У науково-дослідному інституті первинно оперовано 2 (5,9%) хворих. У II групі – 28 (50%), 26 (46,4%) і 2 (3,6%) пацієнта відповідно. При цьому, в I групі інтраопераційні ушкодження гепатікохолодоха виявлено в 5 (50%) випадках серед прооперованих первинно у районних лікарнях, у 8 (47,1%) пацієнтів прооперованих у міських, 1 (20%) прооперованого в обласній лікарні, ще 1 – в науково-дослідному інституті. Ушкодження гепатікохолодоха при первинних операціях у II групі мали місце у 35,7% випадках, в районних лікарнях – у 15 (26,8%), в міських лікарнях – у 4 (7,1%) та у одного хворого (1,8%), оперованого у обласній лікарні. Отже, оперативні втручання, проведені в районних і міських лікарнях, супроводжувались високим ризиком виникнення ускладнень хірургічного лікування ЖКХ.

Пізнє післяопераційні ускладнення майже в половині випадків діагностовано у термін до 1 місяця після первинної операції. У I групі їх діагностовано у 18 (53%) випадках, а в II – у 26 (46,4%) осіб протягом 1 місяця після первинного втручання. У строки від 3 місяців до 1 року післяопераційні ускладнення діагностовано у 10 (11,1%) хворих (по 5 випадків у кожній з груп – 8,9% і 14,7% відповідно) і більше 1 року – у 26 (28,8%) пацієнтів ($t=0,37$, $p < 0,05$). Водночас, у 26 (28,8%) хворих ускладнення первинної операції діагностовано більш ніж через рік після втручання, що дозволило визначити недостатню ефективність діагностичної та лікувальної допомоги цим хворим, або відсутність спостереження за ними.

Під диспансерним наглядом після хірургічного лікування ЖКХ та її ускладнень перебувало лише 37 (41,1%) хворих. Серед них 28 (50%) пацієнтів II групи та 9 (26,5%) у I групі хворих знаходились під наглядом хірурга ($p < 0,05$). Під наглядом терапевтів

знаходились 7 (7,7%) хворих, гастроентерологів – 17 (18,8%) пацієнтів. Лікарський нагляд у ранньому післяопераційному періоді не проводився за 25 (27,8%) хворими I групи й 4 (4,4%) пацієнтами II ($p < 0,05$). Недостатнє післяопераційне спостереження за цими хворими призвело до несвоєчасної діагностики пізніх післяопераційних ускладнень у хворих I групи, що зумовило їх інвалідизацію ($t=0,3$, $p < 0,05$). Це свідчить про необхідність цілеспрямованого післяопераційного нагляду лікарями-хірургами для виявлення можливих ускладнень, що потребують оперативної корекції з метою усунення причин інвалідизації пацієнтів. Своєчасна діагностика ускладнених форм ЖКХ та адекватна хірургічна корекція холестазу визначали достовірну ефективність реабілітації цих хворих ($t=-0,37$, $p < 0,05$).

Отже, перевага пацієнтів I групи, які за наявності незадовільних наслідків хірургічного лікування ЖКХ та її ускладнень знаходились під наглядом спеціалістів терапевтичного профілю, свідчить про недостатню ефективність проведеної медичної реабілітації. Несвоєчасне встановлення показань до відновних і реконструктивних оперативних втручань у цих хворих свідчить про необхідність спостереження хірургів.

Поєднання у хворого 2 і більше післяопераційних ускладнень лікування ЖКХ є важливим фактором, що впливає на розвиток незадовільних наслідків хірургічного лікування. Планова холецистектомія у 33 (67,3%) випадках призводила до виникнення поєднаних післяопераційних ускладнень, внаслідок інтраопераційного ушкодження позапечічкових жовчних протоків, при невідкладній холецистектомії ушкодження протокової системи діагностовано у 15 (26,7%) хворих ($p < 0,05$).

Визначену структуру поєднаних ускладнень після первинної операції, в залежності від терміну виконання втручання, представлено у *табл. 1*.

Після виконання первинного втручання в плановому порядку у 59% хворих діагностовано поєднанні післяопераційні ускладнення. Розвиток ускладнень оперативного лікування у хворих досліджуваних груп у 78 (86,7%) випадках потребував проведення повторних відновних і реконструктивних операцій. При цьому, не діагностовані ранні ускладнення потребували виконання численних, нерідко етапних оперативних втручань (від 2 до 6 операцій). Однак, це достовірно не впливало на інвалідизацію хворих внаслідок даної патології ($t=0,1$, $p > 0,05$).

У 27 (48,2%) хворих II групи післяопераційні ускладнення усунено вже після другого втручання, тоді як у хворих I групи друге втручання стало останнім лише в 11 (32,3%) випадках ($p < 0,05$). Три операції перенесли 9 (26,5%) хворих I та 19 (33,9%) II груп. Чотири операції – 7 (12,5%) пацієнтів II та 3 (8,8%) I групи. Одному хворому (2,9%) I групи було проведено 5 операцій, одному хворому (1,8%) II групи – 6. Отже, кількість і обсяг необхідних для усунення ускладнень оперативних втручань не впливають на інвалідизацію хворих ($p > 0,05$).

Таблиця 1

**Структура поєднаних ускладнень хірургічного лікування ЖКХ,
у залежності від терміну виконання первинної операції**

Післяопераційне ускладнення	Вид первинної операції					
	термінова		відстрочена		планова	
	n	%	n	%	n	%
Холедохолітиаз, холангіт, жовтяниця	4	7,1	6	10,7	7	12,5
Стриктура, холангіт, холедохоліаз, жовтяниця	-	-	-	-	6	10,7
Зовнішня нориця, стриктура	1	1,8	1	1,8	1	1,8
Зовнішня нориця, холангіт	1	1,8	-	-	1	1,8
Стриктура, зовнішня або внутрішня нориця, жовтяниця	-	-	-	-	3	5,4
Стеноз ВДС, холангіт, холедохолітиаз, жовтяниця	-	-	2	3,6	2	3,6
Зовнішня нориця, холедохолітиаз	2	3,6	-	-	-	-
Стриктура, холедохолітиаз	1	1,8	-	-	2	3,6
Холедохолітиаз, холангіт, абсцеси	-	-	-	-	2	3,6
Зовнішня нориця, стриктура, холангіт, абсцеси печінки	1	1,8	-	-	-	-
Стриктура, холангіт, жовтяниця	2	3,6	1	1,8	9	16
Стеноз ХДА, холангіт, холедохолітиаз, жовтяниця	-	-	1	1,8	-	-

Висновки

1. Несвоєчасна діагностика післяопераційних ускладнень знижує ефективність лікувальної допомоги, що призводить до інвалідизації хворих.

2. Диспансерний нагляд хірургами сприятиме ранньому виявленню можливих ускладнень, що потребують оперативної корекції, та знижує ризик інвалідизації цих пацієнтів.

3. Адекватне усунення холестази, внаслідок післяопераційних ускладнень лікування ЖКХ, дозволяє значно знизити ризик інвалідизації даної категорії хворих.

4. Усунуті інтраопераційні ушкодження позапечінокових жовчних протоків у ході хірургічного втручання не впливають на виникнення інвалідизуючих ускладнень.

5. Корекція патології позапечінокових жовчних протоків

може потребувати виконання численних, нерідко етапних оперативних втручань, що не впливають на інвалідизацію хворих.

Література

1. Агафонова Н.А. Синдром диспепсии после холецистэктомии / Агафонова Н.А., Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. и др. // Материалы 5-го съезда науч. об-ва гастроэнтерологов России 3–6 февраля 2005 г. – М., 2005. – С. 325–327.
2. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ «STATISTICA» / Реброва О.Ю. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 305 с.
3. Циммерман Я.С. Постхолецистэктомический синдром: современный взгляд на проблему / Циммерман Я.С., Кунстман Т.Г. // Клин. мед. – 2006. – №8. – С. 4–11.
4. Okoro N. Ursodeoxycholic acid treatment for patients with postcholecystectomy pain and bile microlithiasis / N. Okoro etc. // Gastrointest. Endosc. – 2008. – Vol. 68, №1. – P. 69–74.

Відомості про авторів:

Дорогань С.Д., к. мед. н., ст. н. с., зав. відділенням МСЕК та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Косинський О.В., к. мед. н., ст. н. с., провідний науковий співроб. відділення МСЕК та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Снісар А.В., науковий співроб. відділення МСЕК та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Дзевицький Д.І., лікар-хірург відділення МСЕК та реабілітації хворих хірургічного профілю.

Бузмаков Д.Л., молодший науковий співроб. відділення МСЕК 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.