

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**Диссертационный совет Д.14.12.020**

На правах рукописи  
УДК 616.366-003.7-06-089:614

**Жумадылов Канатбек Сагындыкович**

**БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ  
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И  
КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОСЛЕ ИХ ВЫПОЛНЕНИЯ**

14.01.17 - хирургия

**Автореферат**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек-2013**

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и городской клинической больнице №1 г. Бишкек.

**Научный руководитель:** Член- корр. НАН КР,  
доктор медицинских наук, профессор  
Оморов Рахатбек Арсыбекович

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Ниязов Батырхан Сабитович

кандидат медицинских наук  
Усенбеков Рамис Турсунбекович

**Ведущая организация:** Кыргызско-Российский Славянский  
Университет им. Б.Н. Ельцина

Защита диссертации состоится « 28 » февраля 2013 года в 13<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д.14.12.020 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова 25).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. (720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова 25).

Автореферат разослан « 22 » января 2013 года.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук**

**Н.Ч. Элеманов**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы:** Желчнокаменная болезнь распространенное заболевание во всем мире, лечение которого в основном хирургическое. Делаются попытки использования дробления конкрементов, применение ряда медикаментозных средств, но все они имеют много недостатков. Проблема лечения ЖКБ все больше и больше обостряется, так как заболеваемость не только остается высокой, но и наблюдается ее рост и кроме того все исследователи отмечают, что в последние годы увеличивается число больных поступающих в экстренном порядке и чаще всего с осложненными формами заболевания, что в свою очередь затрудняет диагностику и лечение больных и увеличивает частоту осложнений и летальность после операции (А.П. Нурмаков и А. Поташов, 1993, М.М. Мамакеев и соавт., 2004; Р.А. Оморев и соавт., 2005; Kuroda et al.,1996; S. Nagral, N. Doctor, 2002)

Несмотря на то, что оперативное лечение ЖКБ применяется более ста лет, разработаны детально доступы, техника удаления желчного пузыря, методы дренирования, но окончательно не решен вопрос о способах завершения операции в частности, наложение билиодигестивных анастомозов при холедохолитиазе, механической желтухе, осложнениях после ранее выполненных холецистэктомий. Если одни авторы расширяют показания к их наложению, считая наружное дренирование устаревшим методом (Б.В. Кубышкин, 2000; Э.А. Маматов и соавт., 2002; А. Engin et al., 1998; George, 2006), то другие, очень осторожно рекомендуют их осуществлять, учитывая риск возникновения несостоятельности швов, забрасывания кишечного содержимого в холедох с развитием хронического холангита, панкреатита, стеноза анастомоза и других осложнений (А.В. Кулакеев и соавт., 1994; В.Б. Альперович и соавт., 1996; С.У. Schein, M.L. Gliedman, 1998; В.С. Bergmann et al., 2000).

Однако в хирургической гепатологии билиодигестивные анастомозы занимают все больший и больший удельный вес в лечении больных ЖКБ и ее осложнений в отдаленные сроки и, несмотря на большой накопленный опыт по их применению остается высоким процент послеоперационных осложнений и кроме того не изучены качества жизни после выполнения билиодигестивных анастомозов, которые бы позволили более полно оценить эффективность этого оперативного вмешательства. Все это и явилось основанием для выполнения данного исследования.

**Связь темы диссертации с крупными научными программами.**  
Тема инициативная.

**Цель работы:** Улучшить результаты лечения больных с ЖКБ при наложении билиодигестивных анастомозов и изучить качества жизни по-

сле этих операций.

**Задачи исследования:**

1. Уточнить показания для выполнения билиодигестивных анастомозов при ЖКБ и ее осложнениях.

2. Усовершенствовать методику наложения билиодигестивных анастомозов и их санации.

3. Разработать меры профилактики осложнений в послеоперационном периоде.

4. Изучить качества жизни больных с ЖКБ и ее осложнениями после наложения билиодигестивных анастомозов и традиционных методов дренирования холедоха.

**Научная новизна:**

1. Разработаны и уточнены показания к различным типам наложения билиодигестивных анастомозов при ЖКБ и ее осложнениях.

2. Усовершенствована методика наложения анастомозов и меры профилактики осложнений.

3. Изучены качества жизни больных, которым выполнены билиодигестивные анастомозы и традиционное дренирование холедоха.

**Практическое значение работы.** Внедрение разработанных положений (уточнение показаний, совершенствование наложения анастомозов) способствуют улучшению результатов лечения больных ЖКБ и ее осложнений. Достоверно снижаются сроки пребывания в стационаре и улучшаются качества жизни оперированных больных.

**Экономическая значимость** полученных результатов обусловлена экономической эффективностью выполняемых билиодигестивных анастомозов за счет снижения частоты осложнений и сроков пребывания больных в стационаре.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. В лечении осложнений, развившихся после холецистэктомии и холедохотомии, в случаях, когда невозможно выполнить восстановительные операции, билиодигестивные анастомозы являются операцией выбора.

2. Раннее устранение воспалительного процесса желчных путей в послеоперационном периоде после наложения билиодигестивных анастомозов в комплексном лечении больных с холедохолитиазом, механической желтухой и холангитом предотвращает гнойно-септические и рубцовые осложнения.

3. Качества жизни больных при применении билиодигестивных анастомозов не уступают больным с наружным дренированием желчных путей.

**Личный вклад соискателя.** Автор выполненной диссертации лично

выполнял весь объем исследований до операции и в послеоперационном периоде, принимал участие в операциях как оператор или ассистент, оценивал качества жизни оперированных больных. Лично проведен информационный и патентный поиск, статистическая обработка и анализ полученных данных.

**Апробация результатов исследования.** Материалы диссертации доложены на конференции молодых ученых КГМА им. И.К.Ахунбаева (г.Бишкек, 2009, 2010, 2011, 2012), на совместном заседании сотрудников кафедр: факультетской хирургии, общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К.Ахунбаева и городской клинической больницы № 1 (г.Бишкек, 2012), на заседании экспертной комиссии при национальном хирургическом центре МЗ КР (г.Бишкек, 2012).

**Внедрение результатов исследования.** Результаты проведенных исследований внедрены в хирургических отделениях ГКБ №1 г.Бишкек и используются на практических занятиях и лекциях студентами КГМА им. И.К. Ахунбаева по теме: «Желчнокаменная болезнь, диагностика, лечение».

**Публикации по теме диссертации.** По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ, получено 1 удостоверение на рационализаторское предложение, выданное патентным отделом КГМА им. И.К. Ахунбаева (№ 16/12 от 03.04.2012г).

**Структура и объем диссертации.** Работа изложена на 124 страницах компьютерного текста, шрифтом Times New Roman (интервал 1,5, шрифт 14), состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы, который содержит 187 источников, из них 56 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 26 таблицами и 10 рисунками.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

**Во введении** обоснована актуальность темы исследования, представлены цель и задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**В первой главе « Билиодигестивные анастомозы в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений»** представлены систематизированные и обобщенные данные научной литературы по вопросам удельного веса осложнений при желчнокаменной болезни, их диагностики и особое внимание уделено методам выполнения билиодигестивных анастомозов и санации желчных протоков. Эти сведения позволили обосновать актуальность проблемы.

**Во второй главе «Клиническая характеристика больных и мето-**

**дики исследования»** дана характеристика клинического материала, описание методов обследования и операций. Для реализации цели и задач, помимо общеклинических методов исследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ) использовали УЗИ органов брюшной полости с целью диагностики заболевания, а в послеоперационном периоде осуществляли УЗИ для своевременного выявления скопления жидкости в брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, чрескожная чреспеченочная холангиография и определение функционального состояния печени и почек (билирубин, тимоловая проба, общий белок, трансаминаза, мочевины, креатинин) в динамике (до операции, 3, 5 сутки после операции и при выписке). По общему анализу крови вычисляли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Оценку качества жизни изучали по системе-опроснику на русском и кыргызском языке, разработанную и рекомендованную Европейской ассоциацией гастроэнтерологов, адаптированную к нашим условиям.

В этой же главе изложены методики выполнения холедоходуоденоанастомоза и холедохоюноанастомоза.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (δ) и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t-критерию по таблице Стьюдента.

Под наблюдением находилось 133 больных, которым были выполнены различные типы билиодигестивных анастомозов при осложнении ЖКБ холедохолитиазом или после возникших осложнений в послеоперационном периоде после холецистэктомии. Это была основная группа. Контрольную группу составили 71 больных, которым было выполнено наружное дренирование по поводу таких же осложнений, как и в основной группе (Таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту.

Пол		Всего больных		из них в возрасте (в годах)							
		абс. ч.	%	до 20 лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70 лет	
Основная группа.	Жен	94	70,7	1	8	8	13	18	23	23	
	Муж	39	29,3	-	-	3	3	10	11	10	
	итого	абс.ч	133		1	8	11	18	28	34	33
		%		100,0	0,8	6,0	8,3	13,5	21,1	25,6	24,7
Контрольная группа.	Жен	46	64,8	2	5	5	6	12	10	6	
	Муж	25	35,2	1	3	1	4	5	4	7	
	итого	абс.ч	71		3	8	6	10	17	14	13
		%		100,0	4,2	11,3	8,5	14,1	23,9	19,7	18,3

Из 133 поступивших основной группы женщин было 94 (70,7%) и мужчин 39 (29,3%), в основном были лица в возрасте старше 55 лет.

Давность заболевания ЖКБ колебалась от 2 месяцев и более 5 лет (Таблица 2).

Таблица 2 - Давность заболевания

Давность заболевания	Всего больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
До 6 месяцев	19	14,3	22	31,0
От 6 мес. до 12 мес.	22	16,5	6	8,4
От 1 года до 3 лет	19	14,3	8	11,3
От 3 до 5 лет	20	15,0	5	7,0
От 5 до 10 лет	22	16,6	4	5,6
Более 10 лет	17	12,8	9	12,7
Не болел	14	10,5	17	24,0
Итого:	133	100,0	71	100,0

Среди поступивших 112 больных поступили с желтухой (84,2%), а с желтухой и явлениями холангита – 89 больных. С хроническим калькулезным холециститом было 34 и острым тоже 34, с постхолецистэктомическим синдромом 56 и с ятрогенными повреждениями желчных путей 9 пациентов, всем им были выполнены билиодигестивные анастомозы (Рис.1).

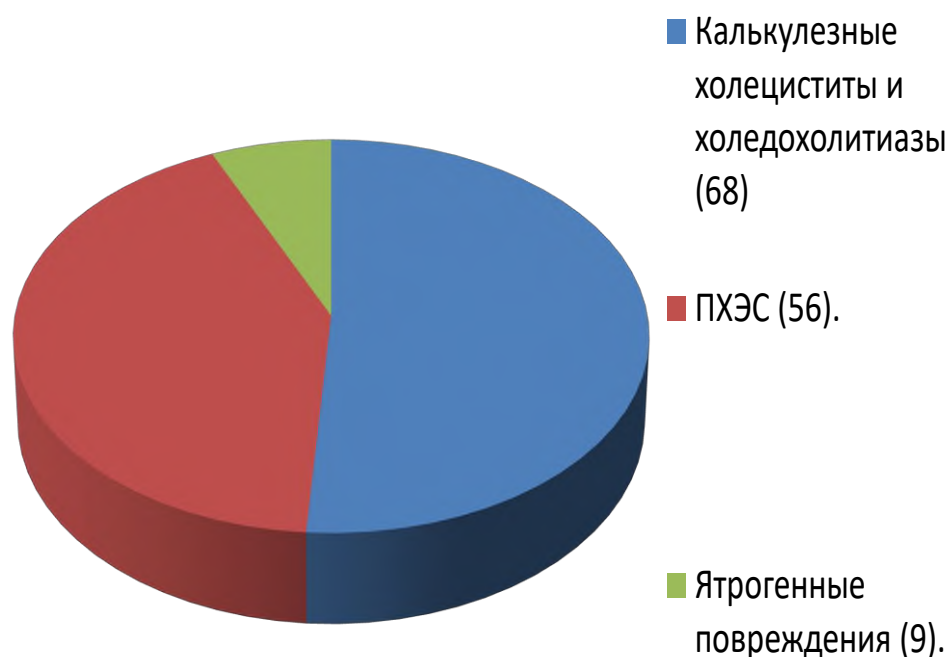


Рис. 1. Заболевания, при которых выполнены билиодигестивные анастомозы

На основании клинических и лабораторных данных определяли степень тяжести эндотоксикоза, которые были разработаны в клинике (Р.Д. Рафибеков и соавт., 1999; Р.А. Оморов и У.Д. Имашев, 2001), ими и мы пользовались в своей работе (Таблица 3).

Таблица 3 - Критерии тяжести эндогенной интоксикации при осложненных формах ЖКБ

Критерии	Степень тяжести эндотоксикоза		
	легкая	средняя	тяжелая
ЧД в мин.	до 18	до 25	> 25
ЧСС в мин.	до 100	до 110	> 110
АД мм.рт.ст.	130/80-140/85	110/75-100/60	ниже 100/60
Центральное венозное давление	норма	<40 или >100 мм вод.ст.	отрицательное или > 200 мм вод.ст.
Длительность желтухи	до 5 сут	до 10 сут	> 10 сут
Токсическая энцефалопатия	общая слабость, раздражительность	бессонница, сонливость, чувство страха	заторможенность, сопор
Диурез	достаточный	достаточный со стимуляцией	олигоурия
Билирубин – общий, мкмоль/л	до 150	от 175 до 200	более 200
АСТ, мккат	0,20-0,25	0,25-0,32	выше 0,32
АЛТ, мккат	0,18-0,20	0,20-0,30	выше 0,30
Мочевина, ммоль	до 7,5	от 7,5 до 12	более 12
Креатинин, мкмоль	до 120	от 120 до 200	более 200
Лейкоцитарный индекс интоксикации	до 4	от 4 до 6	более 6

При анализе давности заболевания установлено, что сроки болезни колебались в широких пределах. А сроки обращения больных с механической желтухой были от 2 суток до двух недель. При оценке степени тяжести эндотоксикоза из 124 (без больных с ятрогенным повреждением желчных путей) со средней степенью тяжести было 71 пациентов (57,2%), тяжелой 28 (22,6%) и легкой 25 (20,2%).



**В третьей главе «Билиодигестивные анастомозы в лечении больных хроническим и острым калькулезным холециститом, постхолецистэктомическим синдромом, осложнениями механической желтухой и холангитом».** При хроническом и остром калькулезном холецистите билиодигестивные анастомозы выполняли при наличии мелких конкрементов в холедохе, их замазкообразном характере, при неуверенности, что все конкременты удалены и когда не уверены в восстановлении проходимости желчных путей. В момент операции помимо зондирования холедоха использовали холедохоскопию, трансиллюминацию и в отдельных случаях интраоперационную холангиографию. Наиболее многочисленную группу составили больные, которым ранее была выполнена холецистэктомия (56 больных) и они поступили с жалобами на боли в правом подреберьи, периодически появляющуюся желтуху, они длительное время лечились консервативно. В разработку взяли лишь ту группу больных, у которых выявлены органические осложнения, которым выполнены билиодигестивные анастомозы. Здесь мы также показанием для билиодигестивных анастомозов считали наличие мелких или сочетание крупных с мелкими конкрементами, особенно замазкообразного характера, сочетание конкрементов со стриктурами и при неуверенности, что проходимость желчных протоков восстановлена (Таблица 4).

Таблица 4 - Показания для выполнения билиодигестивных анастомозов

Показания	Всего больных	
	абс.ч.	%
ЖКБ + холедохолитиаз	66	49,6
ЖКБ + холедохолитиаз + стриктура	2	1,5
Ятрогенное повреждение желчных путей	9	6,8
Рецидивный холедохолитиаз	22	16,5
Резидуальный холедохолитиаз	24	18,0
Стриктура холедоха + конкременты	2	1,5
Стеноз холедохоюноанастомоза	3	2,3
Стриктура холедоха	5	3,8
Итого:	133	100,0

Анализ историй болезни первой операции, которые нам удалось изучить у 42 больных показал, что в момент операции не исследовано состояние холедоха в полном объеме. На наш взгляд отказ от интраоперационной холангиографии в ряде случаев не оправдан.

Из числа поступивших с осложнениями после холецистэктомии при обследовании у 24 выявлены резидуальные конкременты, а у 22 – рецидивные.

К резидуальным мы относили больных, у которых операции не принесли улучшения в состоянии, через дренаж длительное время выделялась желчь или длительно не заживали желчные свищи, болевой синдром и диспепсические нарушения наблюдались уже в ближайшие сроки после операции.

К рецидивным относили те случаи, если на протяжении двух лет после холецистэктомии больные чувствовали себя удовлетворительно, а затем появились боли и ряд диспептических нарушений. В момент операции при рецидивных камнях они, как правило, были рыхлые, легко крошащиеся, иногда в них выявляли обрывки лигатур. Но все эти признаки субъективные. Мелкие резидуальные конкременты могли длительное время себя не проявлять и лишь при возникновении нарушения проходимости желчных путей появлялся болевой синдром и другие признаки.

В группе больных с ПХЭС у 10 пациентов было сочетание конкрементов со стриктурами желчных путей на различном уровне.

Из 56 больных с ПХЭС у 48 выполнен ХДА, у 5 – бигепатико-еюноанастомоз, у 2 – гепатико-еюноанастомоз и у одного – гепатикодуодено-анастомоз. Послеоперационный период протекал тяжело, осложнения возникли у 2 после холедоходуоденоанастомоза – это частичная несостоятельность анастомоза, повторная операция не выполнялась, так как страховые дренажи обеспечивали адекватное дренирование, постоянно проводили УЗИ для выявления жидкости в брюшной полости. У обеих удалось добиться выздоровления.

**В четвертой главе «Билиодигестивные анастомозы в лечении ятрогенных повреждений желчных протоков»** изложена диагностика и лечение ятрогенных повреждений желчных путей. Это была наиболее тяжелая группа больных с ятрогенными повреждениями (9 пациентов). Из 9 повреждение желчных путей (холедоха) обнаружено в момент операции у 2, а у остальных – в различные сроки после операции.

В своей работе мы включили лишь тех больных, которым произведены билиодигестивные анастомозы, т.е. когда восстановительные операции осуществить было невозможно. У всех 9 были выполнены различные типы билиодигестивных анастомозов в зависимости от уровня и характера повреждения.

Больным с осложненной ЖКБ и при возникновении осложнений после холецистэктомии выполняли билиодигестивные анастомозы (Таблица 5).

Таблица 5 - Типы операций при осложненной ЖКБ

Тип операции	Всего больных	
	абс.ч.	%
Холецистэктомия + холедоходуоденоанастомоз	62	46,6
Холецистэктомия + холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру	6	4,5
Гепатикоеюноанастомоз с транспеченочным дренированием	1	0,7
Бигепатикоеюноанастомоз без каркасного дренирования	3	2,3
Гепатикоеюноанастомоз без транспеченочного дренирования	2	1,5
Бигепатикоеюноанастомоз с двухсторонним транспеченочным дренированием	8	6,1
Холедоходуоденоанастомоз	48	36,1
Холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру	2	1,5
Гепатикодуоденоанастомоз	1	0,7
Всего:	133	100,0

В большинстве наблюдений выполняли холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову, а в тех случаях, когда вокруг двенадцатиперстной кишки был выражен спаечный процесс, кишка малоподвижна, имело место расширение ее диаметра (это свидетельствовало о дуоденостазе), то выполняли холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру во избежание появления рефлюкса в послеоперационном периоде. Схема вариантов операций дана на рисунке 2. При наложении билиодигестивных анастомозов при ХДА и ХЕА мы выше анастомоза дренировали желчные протоки микроиригатором, который обеспечивал декомпрессию анастомоза и через него осуществляли санацию путем введения озонированного физиологического раствора поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. По данным литературы озон обладает многокомпонентным действием: противовоспалительным, бактерицидным, антиоксидантным, иммунокорректирующим, поэтому мы его использовали для санации анастомоза и желчных протоков. Если же анастомоз дополняли транспеченочным дренированием, то промывание осуществляли через дренажи, стоящие в протоке. Чтобы определить насколько эффективно влияние озонированного раствора на микрофлору мы выполнили исследования у 12 больных с наложенным билиодигестивным анастомозом и у 10 больных с наружным дренированием. Желчь для исследования брали в момент операции, а в послеоперационном периоде на 3 и 5 сутки после операции из

микроиригатора, стоявшего выше анастомоза, и из дренажа – при наружном дренировании.

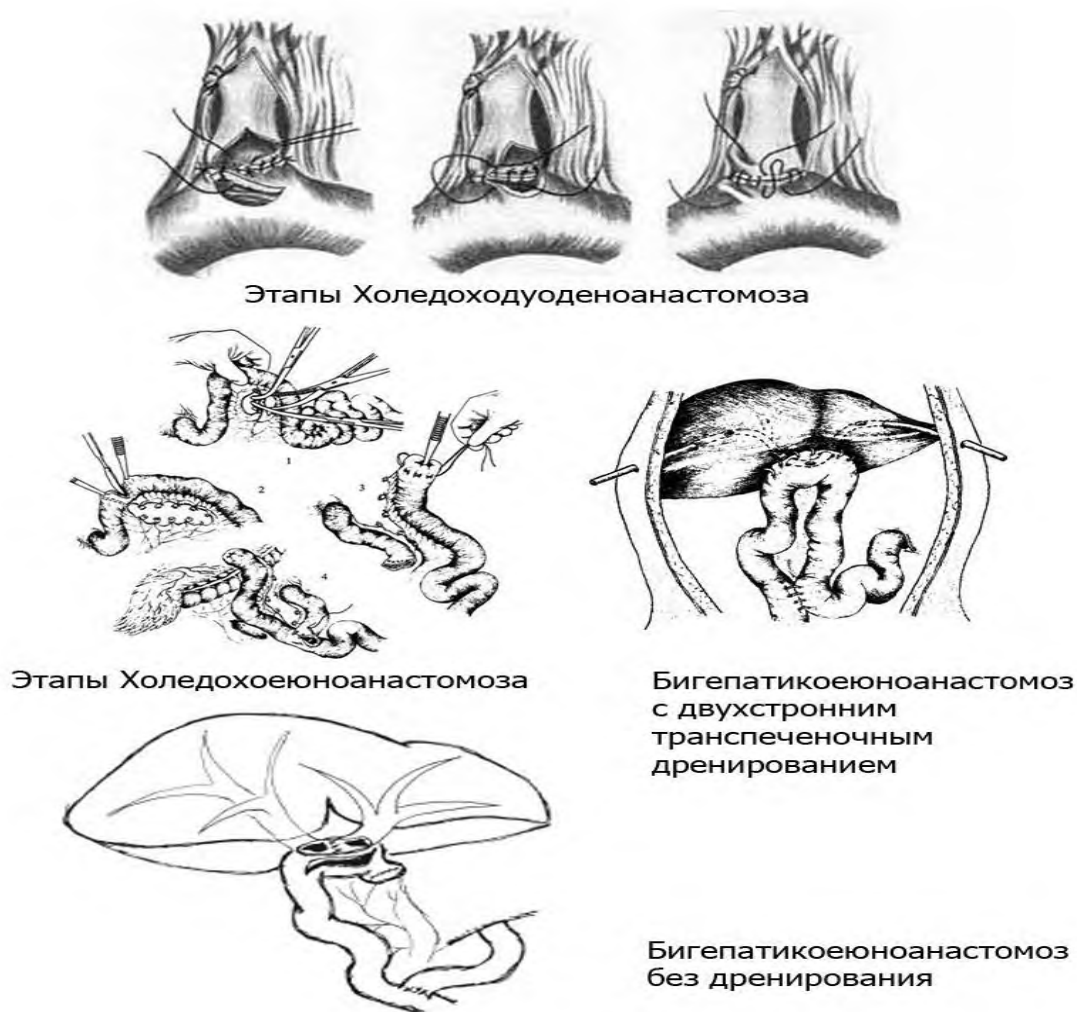


Рис. 2. Схема вариантов билиодигестивных анастомозов.

При посеве желчи, полученной в момент операции, у всех выделена микрофлора в обеих группах больных, у большинства *E. Coli* с обильным ростом и высокой степенью обсемененности ( $\text{КОЕ } 10^7, 10^8/\text{мл}$ ) и реже – золотистый стафилококк тоже с высокой степенью обсемененности. Санацию желчных путей осуществляли 2 раза в сутки озонированным раствором. На 2-3 сутки после операции резко снижалась степень обсемененности и на 5 сутки при билиодигестивных анастомозах микрофлора не выявлялась, в то время как при наружном дренировании и на 5 сутки у 1/3 больных выделялась микрофлора, хотя и с низкой степенью обсемененности, но при наружном дренировании у 3 на 5-е сутки выделена была и другая микрофлора, что говорит о дополнительном инфицировании желчных путей при длительном стоянии дренажа в холедохе.

Следовательно, санация желчных путей озонированными растворами явилась хорошей профилактикой воспалительных осложнений.

Кроме того, у наиболее тяжелых больных (с тяжелой степенью эндотоксикоза) в момент операции (у 9 больных) реканализировали пупочную вену и через нее осуществляли инфузионную терапию на протяжении 4-5 суток, а после извлечения катетера из пупочной вены продолжали внутривенное введение растворов с учетом состояния больных. В объем медикаментозных средств для инфузионной терапии обязательно входили озонированные растворы с концентрацией озона 3-4 мкг/мл, гепатотропные препараты (эссенциале, гептрал, комплекс витаминов групп В и С, глюкоза, реополиглюкин). Также у 21 больных выполнили региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени на протяжении 4-5 дней. Все это позволило добиться выздоровления.

**Глава 5 «Сравнительная оценка результатов больных, которым выполнены билиодигестивные анастомозы и наружное дренирование».** В процессе работы мы проследили динамику клинических и лабораторных показателей при ХДА и ХЕА и при этом достоверных различий не обнаружили. При любом методе наложения билиодигестивных анастомозов после операции идет снижение уровня билирубина, АЛТ, АСТ и к моменту выписки билирубин достигает почти нормы, в то время как АЛТ и АСТ остаются повышенными, что требует продолжения лечения после выписки из стационара.

При анализе показателей общего анализа крови отмечено, что после операции лишь на 1, 3 сутки наблюдается тенденция к снижению гемоглобина, а остальные показатели в обеих группах остаются на одном уровне. При любом выполнении билиодигестивного анастомоза повышается СОЭ и к моменту выписки не нормализуется.

Показатель ЛИИ в обеих группах после операции повышается, а затем идет его постепенное снижение, что указывает на благоприятное течение раневого процесса.

В процессе работы мы провели сравнительную оценку течения послеоперационного периода, лабораторных результатов и качества жизни у больных с билиодигестивными анастомозами и после холецистэктомии с наружным дренированием.

Обе группы были равнозначны по полу и возрасту, а также по характеру заболевания (острый, хронический холецистит, осложненные механической желтухой и холангитом и больные с органическими осложнениями в отдаленные сроки после холецистэктомии).

Клиническое течение послеоперационного периода было почти одинаковым, но при наружном дренировании более быстро исчезала желтуха,

снижался уровень билирубина (Рис.3) и улучшалось общее состояние.

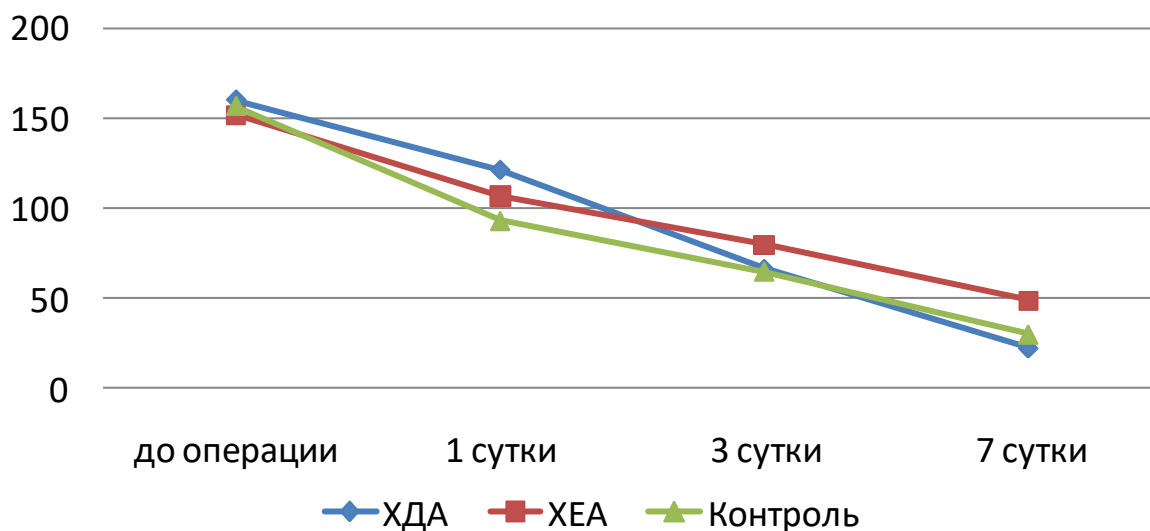


Рис.3.Динамика билирубина (мкмоль) у больных с билиодигестивными анастомозами и наружным дренированием

Со стороны лабораторных показателей,особенно ЛИИ было отмечено более быстрое его снижение у больных основной группы (Рис.4).



Рис.4. Динамика ЛИИ у больных с билиодигестивными анастомозами и наружным дренированием (контроль)

При оценке качества жизни у больных в обеих группах идет постепенное улучшение показателей (Таблица 5).

Таблица 5 - Оценка качества жизни больных основной (n-62) и контрольной групп (n-64)

Показатели	Сроки обследования							
	до операции		3-6 мес.		6-12 мес.		более года	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Болевой синдром:								
основная группа	62	100,0	17	27,4	2	2,3	1	1,6
контрольная группа	64	100,0	12	18,7	9	14,1	4	6,3
P	>0,05		<0,05		<0,05		<0,05	
Физическая актив-								
ность:								
основная группа	34	54,8	12	19,4	2	3,2	2	3,2
контрольная группа	31	50,0	15	23,4	3	4,7	4	6,3
P	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Нарушение психиче-								
ского здоровья:								
основная группа	12	19,4	8	12,9	4	6,5	1	1,6
контрольная группа	15	23,4	9	14,1	5	7,8	5	7,8
P	>0,05		>0,05		>0,05		<0,05	
Социальное функ-								
ционирование:								
основная группа	19	30,6	9	14,5	5	8,1	2	3,2
контрольная группа	21	32,8	11	17,2	3	4,7	3	4,7
P	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Ролевое функцио-								
нирование:								
основная группа	16	25,8	11	17,7	7	11,3	3	4,8
контрольная группа	14	21,9	13	20,3	9	14,1	5	7,8
P	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	
Сексуальное функ-								
ционирование:								
основная группа	21	33,9	19	30,7	10	16,1	6	9,7
контрольная группа	23	35,9	20	31,3	14	21,9	8	12,5
P	>0,05		>0,05		>0,05		>0,05	

Изучение качества жизни больных с билиодигестивными анастомозами показало, что с увеличением срока после операции повышается активность, улучшаются показатели ролевого и социального функционирования.

ния.

Представляло интерес провести анализ осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после операции этих двух групп. И при этом установлено, что частота осложнений у больных с билиодигестивным анастомозом в два раза ниже в сравнении с группой больных с наружным дренированием. Причем после билиодигестивных анастомозов ни один из больных в ближайшие сроки после операции повторно не оперирован. Возникшие поддиафрагмальные и подпеченочные абсцессы излечили путем дренирования под контролем УЗИ, а при возникновении частичной несостоятельности анастомоза страховые дренажи обеспечивали адекватное дренирование и заживление. Это благодаря динамическому ультразвуковому контролю и использованию адекватного дренирования. В этой группе осложнения составили 7,5%.

В группе больных с наружным дренированием осложнения отмечены у 10 (14,1%) больных, повторные операции произведены у 4: из них у 2 – по поводу выпадения дренажа и скопления желчи в подпеченочном пространстве и у 2 – по поводу резидуальных конкрементов.

Полученные результаты выполненных исследований показали, что выполнение билиодигестивных анастомозов по показаниям с соблюдением техники выполнения операций, использование мер профилактики осложнений не хуже традиционного наружного дренирования.

## **ВЫВОДЫ**

1. При мелких, замазкообразных конкрементах в холедохе, неуверенности в разрешении непроходимости холедоха, а также при ятрогенных повреждениях желчных путей, когда восстановительные операции выполнить не представляется возможным, осуществление билиодигестивного анастомоза является необходимым оперативным вмешательством.

2. При выполнении дигестивного анастомоза на заднюю стенку необходимо использовать непрерывный атравматичный шов, а на переднюю – однорядный узловый шов с дренированием анастомоза микроирригатором, это обеспечивает санацию желчных путей и их декомпрессию.

3. При осложненных формах желчнокаменной болезни и осложнениях после холецистэктомии (резидуальные и рецидивные камни, стриктуры) выполнение региональной лимфостимуляции через круглую связку печени, санация анастомоза озонированными растворами поваренной соли и инфузия медикаментозных средств в портальную систему являются надежной профилактикой осложнений билиодигестивных анастомозов в послеоперационном периоде.

4. При ЖКБ и ее осложнениях выявляются нарушения показателей



физической активности, социального и ролевого функционирования. Восстановление проходимости и ликвидация воспаления желчных путей путем наложения билиодигестивных анастомозов и наружного дренирования способствуют нормализации возникших нарушений качества жизни. Определение качества жизни является важным критерием эффективности оперативного лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При выполнении холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита выполнять детальное обследование холедоха и при малейшем подозрении на неудаленные конкременты, помимо зондирования, холедохоскопии осуществлять интраоперационную холангиографию, но с соблюдением правил: непрерывное введение контраста в теплом виде и в разведении новокаином 1:1.

2. Для ликвидации воспалительного процесса в желчных протоках при билиодигестивных анастомозах выше анастомоза фиксировать микроирригатор и через него осуществлять декомпрессию и санацию озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/л, а при транспеченочном дренировании орошать протоки озонированным раствором через эти дренажи.

3. При тяжелой степени эндотоксикоза при ЖКБ, осложненной механической желтухой и холангитом, в послеоперационном периоде осуществлять инфузионную терапию через реканализированную пупочную вену в сочетании с региональной лимфостимуляцией круглой связки печени.

4. Больным, поступившим с диагнозом постхолецистэктомического синдрома, выполнять детальное обследование с целью выявления органических осложнений, функциональных нарушений и проводить адекватное лечение.

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. **Жумадылов К.С.** Билиодигестивные анастомозы в лечении желчнокаменной болезни [Текст] / К.С. Жумадылов // Здоровоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2010. - №4. - С.183-185.

2. **Жумадылов К.С.** Профилактика осложнений после билиодигестивных анастомозов [Текст] / К.С. Жумадылов // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2010. - №4. - С.20-22.

3. Устранение нарушения проходимости желчевыводящих путей при механической желтухе [Текст]: / [Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, К.С. Жумадылов и др.]. // Вестник КГМА. – Бишкек, 2010. - №3. - С.25-29.

4. Желчеистечение как внутрибрюшное осложнение после холецистэктомии [Текст]: / [Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, К.С. Жумадылов и др.]. // Наука и новые технологии. – Бишкек, 2010. - №5. - С.116-117.

5. **Жумадылов К.С.** Билиодигестивные анастомозы в лечении больных с нарушением проходимости холедоха [Текст] / К.С. Жумадылов // Вестник КГМА. - Бишкек, 2011. - №3. - С.22-24.

6. **Жумадылов К.С.** Дренирование желчных протоков у больных с билиодигестивными анастомозами при желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой и холангитом [Текст]: / Р.К. Бейшенбаев, К.С. Жумадылов // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. - Бишкек, 2011 - Т. XVII. - С.30-32.

7. Эффективность комплексного лечения больных с острым холангитом [Текст]: / [Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, К.С. Жумадылов и др.]. // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. - Бишкек, 2011. - Т. XVII. - С.20-22.

8. Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите у больных 65 лет и старше [Текст]: / [Р.А. Оморов., Ж.Т. Конурбаева, К.С. Жумадылов. и др.]. // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. - Бишкек, 2011. - Т. XVII. - С.23-24.

9. **Жумадылов К.С.** Эффективность комплексного лечения холангита на почве желчнокаменной болезни [Текст] / К.С. Жумадылов // Медицина. - Алматы, 2012. - №4. - С.42-43.

10. Оперативное лечение осложнений после холецистэктомии в отдаленные сроки [Текст]: / [У.С. Мусаев, К.С. Жумадылов, Ж.Т. Конурбаева и др.]. // Вестник КГМА. - Бишкек, 2012. - №3. - С 63-65.

11. **Жумадылов К.С.** Билиодигестивные анастомозы в лечении ятрогенных повреждений желчных протоков [Текст] / К.С. Жумадылов // Вестник КГМА. - Бишкек. - 2012. - №3. - С. 83-85.

## РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Жумадылова Канатбека Сагындыковича на тему: «Билиодигестивные анастомозы в лечении больных желчно-каменной болезнью и ее осложнений и качества жизни после их выполнения» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, осложнения, оперативное лечение, билиодигестивные анастомозы.

**Цель работы:** улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью при наложении билиодигестивных анастомозов и изучить качества жизни после этих операций.

**Объект исследования:** больные желчнокаменной болезнью (133 больных основной и 71 контрольной группы).

**Методы исследования:** УЗИ, показатели функционального состояния печени и почек, лейкоцитарный индекс интоксикации, бактериологическое исследование желчи и желудочно-кишечного тракта.

**Результаты исследования:** Представлены две группы больных: первая – основная - 133чел, которым выполнены билиодигестивные анастомозы по поводу хронического (34 чел), острого (34 чел) холецистита, 56-с постхолецистэктомическим синдромом и 9 с ятрогенными повреждениями. Чаще выполняли холедоходуоденоанастомоз и реже холедохоеюноанастомоз. Контрольную группу составили больные с желчнокаменной болезнью, которым осуществлено наружное дренирование. Осложнения в первой группе составили 7,1% и в контрольной 14,1%. Изучение качества жизни в обеих группах больных показало, что восстановление проходимости и ликвидация воспаления желчных путей путем наложения билиодигестивного анастомоза и наружного дренирования способствуют нормализации возникших нарушений качества жизни.

**Область применения:** хирургия

**Библиография** включает 187 источников, из них 56 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация содержит 26 таблиц и 10 рисунков.

**Жумадылов Канатбек Сагындыковичтин 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденүүгө «Бейтаптардын өттөгү таш оорусун билиодигестивдик анастомоздорун дарылоо жана анын өтүшүп кетүүсүндө операция жасалгандан кийинки жашоо сапаты» темасындагы диссертациясына КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** өттүн таш оорусу, өтүшүп кетүүсү, операция жолу менен дарылоо, билиодигестивдик анастомоздор.

**Иштин максаты:** Өтүндө ташы бар бейтаптарды билиодигестивдик анастомоздор менен дарылоо жолдору аркылуу алардын операциядан кийинки абалдарын жакшыртуу.

**Изилдөөнүн объекти:** Ультрадобуш аппараты, боор менен бөйрөктүн функционалдык абалынын көрсөткүчтөрү, лейкоцитардык ууланунун индекси, өт менен ашказан-ичеги трактынын бактериологиялык изилдөөлөрү.

**Изилдөөнүн жыйынтары:** Бейтаптарды эки тайпага бөлүк: биринчи негизги тайпага 133 адам кирди, булардын ичинен өнөкөт оорулуу 34 адамга билиодигестивдүү анастомоздор жасалды, ал эми курч түрүндө кармаган холецистит 34 бейтапка, элүү алтысына постхолецистэктомикалык синдром жана 9 ятрогендүү жаратка байкоо жүргүзүлдү.

Көбүнчө холедоходуоденоанастомоз, азыраак холедохоеюноанастомоз жасадык. Контролдук группаны өтүндө ташы бар бейтаптар түздү, буларды өт түтүтүкчө менен сыртка чыгаруу аркылуу ишке ашырдык. Кабылдоо биринчи группада 7,1%, текшерүүчү группада 14,1% түздү.

Эки группанын бейтаптарынын жашоо сапатын изилдөө төмөнкүлөрдү үкөрсөтүү: өт түтүкчөлөрүнүн өт ачуусун кайра кабылына келтирүү жана өттүн сезгенүүсүн жок кылуу билиодигестивдүү анастомоз жана өт түтүтүкчө менен сыртка чыгаруу аркылуу ишке ашырылды.

**Колдонуу аймагы:** хирургия.

**Библиография** 187 булактан алынды, анын ичинен 56сы чет өлкөлүк авторлордун эмгеги. Диссертация 26 таблица, 10 сүрөттү камтыйт.

## RESUME

**for dissertation thesis by Jumadylov Kanatbek Sagyndykovich in the theme: “Biliodigestive anastomoses in the treatment of the patients with cholelithiasis and it’s complications, and the life qualities after its execution” for degree of candidate of science on the medicine specialty 14.01.17 – surgery**

**Key words:** cholelithiasis, complications, surgical treatment, biliodigestive anastomoses.

**Work objective:** to improve the results of treatment of the patients with cholelithiasis after the use of biliodigestive anastomoses; to study the life qualities after these operations.

**Object of research:** 133 patients of the main group and 71 patients of the control group with cholelithiasis.

**Methods of research:** USE, functional state of liver and kidneys indexes, leukocytic index of intoxication, bacteriological examination of the gall, ultrasonic examination of gastroenteric tract.

**Research results:** Two groups of the patients are presented. The main group included 133 patients whom biliodigestive anastomoses had been fulfilled on the occasion of chronic (34 patients), acute (34 patients) cholecystitis, 56 patients were with postcholecystectomy syndrome and 9 patients were with iatrogenic damages. Choledochoduodenostoma was fulfilled more often than choledochoojejunostoma. In the control group there were the patients with cholelithiasis, whom the external drainage was fulfilled. The complications in the main group were in 7,1%, and in the control group they were in 14,1%. Life quality study in both groups showed that the recovery of obstruction and liquidation of biliary tract inflammation by the use of biliodigestive anastomosis and external drainage promote the normalization of the life quality disturbances.

**Area of the application use:** surgery.

**Bibliography** contains 187 works including 56 works of the authors from the rest of the world. The thesis is illustrated with 26 tables and 10 figures.