

Причинные факторы ПХЭС, клиническая картина в зависимости от причины. Показания к операции. Методы интраоперационной диагностики. Повторные виды операций на желчных путях. Исходы

Интерн: Султан М.С.

Тексерген: Атантаев А.Б.

- **Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)** включает группу заболеваний в основном органов гепатодуоденальной зоны, возникающих или усиливающихся после проведения холецистэктомии или иной расширенной операции на желчных путях, которые были произведены преимущественно по поводу желчнокаменной болезни. Основная характеристика синдрома — связь с перенесенной холецистэктомией может быть различной. Постхолецистэктомический синдром включает заболевания, у которых связь с холецистэктомией очевидна (например, синдром длинной культы пузырного протока), но есть заболевания, где связь непосредственно с операцией не столь явна (холепанкреатит и др.)

Определения отдельных заболеваний, включаемых в ПХЭС

- **Истинное новообразование камней** в поврежденном общем желчном протоке протекает нередко с нарушением циркуляции желчи и развитием инфекционно-воспалительного процесса.
- **Ложный рецидив камнеобразования**, или «забытые» камни желчного протока - камни, существовавшие на момент операции и по разным причинам не удаленные из общего желчного протока в момент оперативного лечения.

- **Стенозирующий папиллит** - рубцово-воспалительное сужение большого дуоденального сосочка, приводящее часто к развитию желчной, а иногда и панкреатической гипертензии, а также нарушению ощелачивания двенадцати перстной кишки.
- **Хронический билиарный панкреатит** (хронический холепанкреатит) - хронический панкреатит, связанный с дисфункцией билиарной системы, чаще с желчной гипертензией.

- **Гепатогенные гастродуоденальные язвы** - язвы, связанные с нарушением функции печени и билиарной системы, в частности, наблюдаемые при желчной гипертензии.
- **Рубцовые сужения общего желчного протока** - послеоперационные (посттравматические) сужения общего желчного протока разной степени, приводящие к нарушению циркуляции желчи и развитию инфекционно воспалительных процессов в желчных путях.
- **Синдром длинной культы пузырного протока** - увеличивающаяся в размерах под влиянием желчной гипертензии культя пузырного протока, вызывающая нередко выраженный болевой симптомокомплекс и оказывающаяся местом новообразования камней.

- **Эпидемиология** Постхолецистэктомический синдром имеет тенденцию к росту в основном из-за увеличения числа холецистэктомий и других оперативных вмешательств на желчных путях. Однако частота развития ПХЭС (на 100 оперированных больных) в последние годы несколько уменьшается за счет улучшения диагностики. Частота развития ПХЭС у оперированных пациентов колеблется от 5 до 25%. Среди больных с ПХЭС чаще (особенно у длительно неоперированных) встречается стенозирующий дуоденальный папиллит (30-50%). Нередко папиллит сочетается с камнями общего желчного протока (истинный и ложный рецидив камнеобразования), билиарным панкреатитом и др. Камни общего желчного протока (истинный и ложный рецидив) встречаются у 10-20 %, активный спаечный процесс в подпеченочном пространстве - у 10-15% больных. К хирургическим неудачам относятся рефлюкс-холангит после оперативной папиллотомии, билиодигестивные фистулы, недостаточность культи пузырного протока с развитием абсцесса, различные виды (и степени) сужений общего желчного протока и др

- **Этиология и патогенез**
- Причины, способствующие развитию ПХЭС:
- • позднее проведение операции. Сюда относятся в первую очередь случаи, когда уже после подтвержденной активной формы ЖКБ развились миграция камня в общий желчный проток и (или) острый холецистит;
- • неполноценное обследование до и во время операции. Сюда относятся невыполнение УЗИ и операционной холангиографии, в связи с чем, не обнаруживают камни и сужения общего желчного протока, стеноз большого дуоденального сосочка и другую патологию, что приводит к неполному объему хирургической помощи;
- • собственно хирургические неудачи во время операции: повреждение протоков, неправильное введение дренажей, оставление длинной культы пузырного протока, наложение излишне узкого холедоходуоденоанастомоза, неизвлечение обнаруженных камней и др.

- В развитии ПХЭС особое значение имеет состояние большого дуоденального сосочка на момент выполнения операции на желчном пузыре. Повреждение его часто связано с миграцией камня по общему желчному протоку. Стенозирующий папиллит играет важнейшую роль в развитии нарушений циркуляции желчи и возникновении желчной гипертензии. Стенозирующему папиллиту придаётся ведущее значение в патогенезе большинства заболеваний, относимых к ПХЭС, в первую очередь таких, как истинный рецидив камнеобразования общего желчного протока, билиарный панкреатит, синдром длинной культи пузырного протока, гепатогенная гастродуоденальная язва. При интактном на момент операции большом дуоденальном сосочке отличные результаты холецистэктомии наблюдаются у 90-95% оперированных. Совершенно иные результаты дают холецистэктомии при некорригированном сужении большого дуоденального сосочка. Поэтому в подобной ситуации все чаще холецистэктомию сочетают с папиллосфинктеротомией, которую нередко выполняют с помощью эндоскопа. Если оставляют стенозирующий дуоденальный папиллит без коррекции, то развитие ПХЭС вероятно у 50-60% больных, подвергнутых лишь холецистэктомии. В частности, все большее значение придаётся дуоденальной гипертензии. Большинство заболеваний, относимых к ПХЭС, нарушают нормальную циркуляцию желчи, что сопровождается холестазом, благоприятными условиями для развития билиарной инфекции. Длительный, даже незначительный холестаз способствует глубоким нарушениям холестерина обмена и у этих больных (в первую очередь у страдающих выраженным стенозирующим папиллитом и камнями общего желчного протока). Нередко наблюдается форсированное прогрессирование атеросклероза с последующим развитием инфаркта миокарда или мозгового инсульта.

- **Классификация**
- **1) Заболевания, связанные с ранее выполненным оперативным вмешательством:**
 - • Резидуальный холедохолитиаз;
 - • Длинная культя пузырного протока или неполное удаление желчного пузыря;
 - • Стенозирующий папиллит;
 - • Стеноз терминального отдела холедоха;
 - • Травматические стриктуры протоков вследствие ятрогенного повреждения гепатикохоледоха;
 - • Инородные тела желчных протоков (лигатуры, дренажи).

- **Заболевания, напрямую не связанные с выполненной операцией:**
 - • Хронический гастрит;
 - • Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
 - • Дуоденит;
 - • Хроническая дуоденальная непроходимость;
 - • Хронический панкреатит;
 - • Хронический гепатит;
 - • Хронический колит.

Диагностика

- Диагностика постхолецистэктомического синдрома — это диагностика указанных заболеваний, выявление изменений в органах гепатодуоденопанкреатической системы, являющихся причиной страдания больных после холецистэктомии.

Прямые рентгенконтрастные исследования желчных путей обладают высокой информативностью и являются основным методом оценки состояния желчных протоков. К ним относят:

- • интраоперационная холангиография - катетеризация желчного пузыря или пузырного протока, или холедоха в ходе операции с последующим введением контраста;
- • эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) - катетеризация БДС через фиброгастроуденоскоп с последующим введением контраста;
- • чрескожная - чреспеченочная холангиография (ЧЧХ) - чрескожная пункция и катетеризация внутрпечёночного долевого или сегментарного желчного протока (под УЗИ наведением) с последующим введением контраста; и т.д.

- **Характеристика основных форм постхолецистэктомического синдрома**
- **Истинный рецидив камнеобразования общего желчного протока**
Клинические проявления обычно регистрируются не ранее чем через 3-4 года после операции. При развернутой клинической картине симптоматика складывается в основном из трех компонентов:
 - болевой синдром включает чаще монотонную, реже приступообразную боль в правом подреберье и правой половине эпигастральной области, у большинства боль менее интенсивна, чем до операции;
 - нарушения циркуляции желчи проявляются чаще непостоянной и невысокой гипербилирубинемией, сочетающейся с такой же постоянной гиперферментемией (аминотрансферазы, ЛДГ, ЩФ, ГГТФ), реже наблюдается стойкая подпеченочная (обтурационная) желтуха;
 - инфекционно-воспалительный процесс, тесно связанный с нарушением циркуляции желчи; проявлением его служат лихорадка, повышение СОЭ, наконец, в случаях развития гнойного холангита наблюдаются ознобы и лихорадка гектического типа. Пальпация и перкуссия медиальной части правого подреберья по нижнему краю печени (зона левой доли печени) часто болезненна

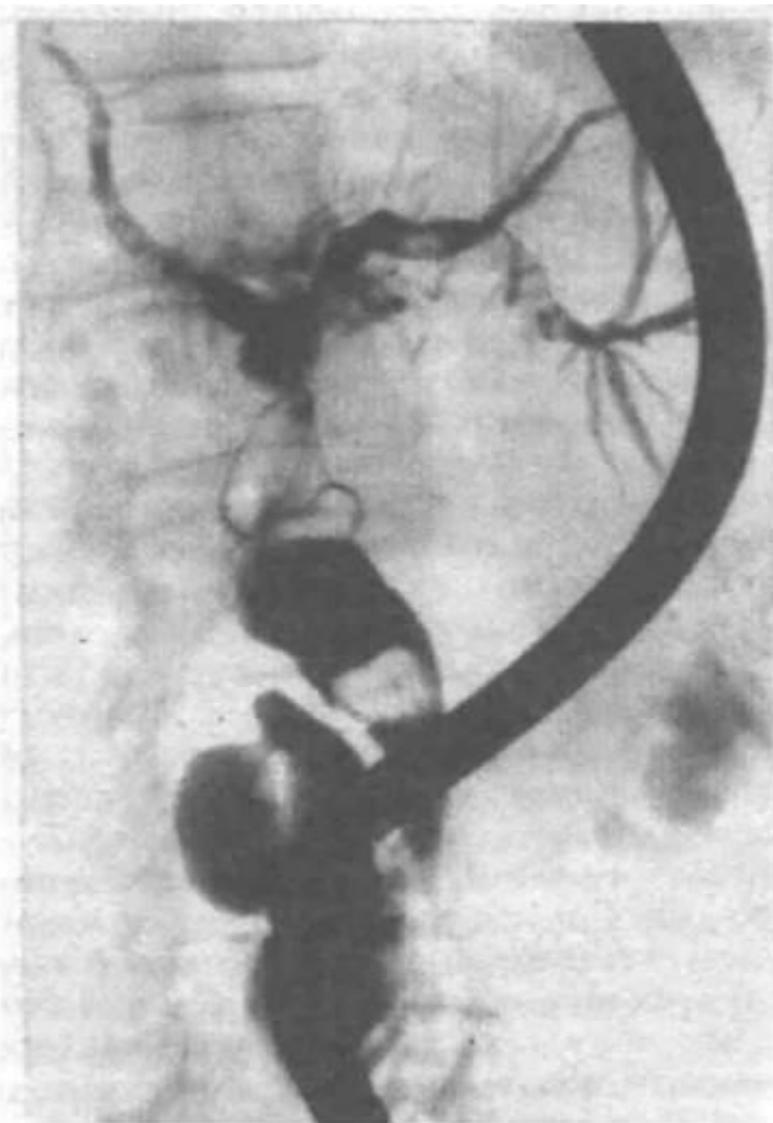


Рис. 74. ЭРПХГ. Постхолецистэктомический синдром.
Крупные камни в резко расширенном общем желчном протоке.

- **Ложный рецидив камнеобразования общего желчного протока** («за бытые» камни). Клинические проявления такие же, как при истинном рецидиве камнеобразования. Отличие лишь в сроках начала клинических проявлений, которые обычно регистрируются впервые два года после операции. Лишь у ряда больных наблюдается и другое различие: если у больных с истинным рецидивом чаще наблюдаются мелкие размеры камней (диаметром 2-3 мм.), то при ложном рецидиве встречаются камни любых размеров, но чаще крупные. С помощью ЭРПХГ выявляют камни у 92-95%.
- **Лечение:** При невозможности оперативного лечения (из-за тяжелых сопутствующих заболеваний), а также при единичных мелких холестериновых камнях проводят лечение солями желчных кислот. Довольно широко используется эндоскопическая папиллосфинктеротомия для извлечения камней общего желчного протока.

- **Стенозирующий папиллит** Для выраженных форм заболевания характерен болевой синдром. Обычно боль локализуется правее и выше пупка, иногда в эпигастрии. У небольшой части больных боль мигрирует по различным отделам подреберья и эпигастральной области. Выделяют несколько видов боли:
 - • дуоденального типа - голодная или поздняя боль, длительная, моно тонная;
 - • сфинктерная - кратковременная схваткообразная, нередко возникающая с первыми глотками пищи;
 - • холедохоэальная - сильная, монотонная, через 30-45 мин после еды, особенно обильной, богатой жиром.



Рис. 77. Внутривенная холеграфия. Постхолецистэктомический синдром. Стенозирующий дуоденальный папиллит. Угловая деформация. Умеренное расширение преимущественно общего печеночного протока.

- В тяжелых случаях боль отличается упорством, длительностью, часто сочетаясь с тошнотой и рвотой, иногда - мучительной изжогой. Пальпация и перкуссия эпигастральной области у большинства дает неопределенный результат. Лишь у 40-45% больных определяется участок локальной болезненности на 4-6 см выше пупка, на 2-5 см правее средней линии. Периферическая кровь у большинства больных не изменена, лишь у 20-30% при обострении отмечается небольшой лейкоцитоз и еще реже — умеренное увеличение СОЭ. Для обострения характерно чаще кратковременное (1-3 сут), но значительное повышение активности ЛДГ и аминотрансфераз сыворотки крови. Умеренное повышение содержания билирубина в сыворотке крови при этом наблюдается не часто. Одно из решающих мест в диагностике стенозирующего папиллита занимает эндоскопический метод. При катаральном и стенозирующем папиллите нередко сосочек увеличен, достигает 1,5 см. Слизистая оболочка гиперемизована, отечна. На вершине сосочка нередко виден воспалительный белесоватый налет. Относительно характерным признаком стенозирующего папиллита считается уплощение сосочка. Иногда решающую роль в разграничении катарального и стенозирующего папиллита играют данные МР - холангиографии. При стенозирующем процессе определяется обычно умеренное (11-12 мм) расширение общего желчного протока.

- При отсутствии в нем камней этот признак до статочно характерен именно для стенозирующего папиллита. При радионуклидной холесцинтиграфии у 65-70% больных умеренно за медлено поступление радионуклидного препарата в двенадцатиперстную киш ку. У 7-10% наблюдается парадоксальное явление - ускоренное поступление небольших порций препаратов в кишку, связанное, по-видимому, со слабостью системы сфинктеров большого дуоденального соска. При выполнении ЭРПХГ различная степень сужения терминальной части желчевыводящих путей наблюдается у 70-90% обследованных. Учитывая первостепенное значение стенозирующего папиллита в клинике ПХЭС, оценим суммарные возможности диагностики. Подтверждением диа гноза стенозирующего папиллита, как правило, служит выявленная эндоскопическая картина папиллита в сочетании с данными ретроградной панкреатохо- лангиографии (70-90%) и в сочетании с радионуклидными или биохимически ми признаками холестаза (10-30%). Однозначная оценка причин холестаза воз можна лишь у больных при отсутствии других причин нарушений желчеоттока (камни общего желчного протока и др.) дуоденального сосочка. Лечение: Больные с наиболее тяжелыми формами, протекающими с упор ной болью, рвотой, повторной желтухой, похуданием, подлежат оперативному лечению. Чаще проводят эндоскопическую папиллосфинктеротомию. При бо лее легких формах назначают консервативную терапию, которая включает дие ту, антацидную, холинолитическую, антибактериальную, противовоспалитель ную, рассасывающую терапию.

- **Хронический билиарный панкреатит** (хронический холепанкреатит). У большинства больных признаки хронического панкреатита наблюдались и до операции. При рациональном поведении эти признаки после операции уменьшаются, у немногих, наоборот, они прогрессируют, отличаясь иногда исключительным упорством. Как правило, это наблюдается при сочетании со стенозирующим дуоденальным папиллитом. Методы диагностики и лечения холепанкреатита не отличаются от таковых при «самостоятельном» хроническом панкреатите

- **Вторичные (билиарные или гепатогенные) гастродуоденальные язвы** возникают обычно через 2-12 мес. после холецистэктомии. К особенностям относят частоту рефлюксных явлений (изжога, тошнота), а также монотонность и продолжительность боли. Локализация язв — парапилорическая. Диагностика вторичных язв и их лечение сходны с таковой при язвенной болезни.

- Редкие заболевания, относящиеся к постхолецистэктомическому синдрому Рубцовое сужение (стриктура) общего желчного протока. Клиническая картина зависит от степени развившейся непроходимости общего желчного протока. При ошибочной перевязке общего желчного протока в ближайшие после операции дни развивается стойкая, но колеблющаяся в интенсивности желтуха. Рано появляется кожный зуд, однако обычно он не достигает такой силы, как при первичном билиарном циррозе и склерозирующем холангите. Значительно чаще встречается рубцовый процесс лишь с частичным нарушением эвакуации желчи, как правило, развившийся вследствие неудачного разреза протока или неправильного использования дренажей. Локализация его обычно в зоне впадения пузырного протока. Период выраженного нарушения циркуляции желчи протекает с болью в правом подреберье, гипераминотрансферемией и гипербилирубинемией. Пальпация и перкуссия зоны удаленного пузыря и медиальнее его умеренно болезненна. Пальпация и перкуссия этой зоны вне выраженного обострения иногда безболезненна. Периферическая кровь при отсуствии присоединившегося гнойного холангита изменена мало. ЭРПХГ у 90-95% больных позволяет выявить локализацию, степень и протяженность сужения крупных желчных протоков. При выраженных и протяженных сужениях исследование иногда не дает возможности выявить все характеристики заболевания и необходимо провести мр-холангиографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию, которые уточняют детали проксимальной части сужения

- **Синдром длинной культи пузырного протока**, как правило, поддерживается и прогрессирует при желчной гипертензии, связанной со стенозирующим дуоденальным папиллитом. На дне увеличенной культи нередко образуются камни, в стенке - ампутационные невриномы. У ряда больных протекает малосимп-томно, беспокоит тупая боль в правом подреберье, обычно через 40-60 мин после еды. У других больных отмечается длительная интенсивная боль в правом подреберье и эпигастрии, не всегда устранимая ненаркотическими анальгетиками. Чаше определяется небольшая болезненность при пальпации и перкуссии в области медиальной половины послеоперационного рубца, которая явно не соответствует упорству и интенсивности боли. Периферическая кровь у большинства без особенностей. У 50% при выполнении радионуклидной сцинтиграфии выявляют накопление препарата ниже зоны общего желчного протока. При ЭРПХГ у 90- 95% обследованных обнаруживают удлиненную культю пузырного протока. В дистальной части ее нередко видны дефекты наполнения - камни.



Рис. 75. ЭРПХГ. Пост-
холецистэктомический
синдром.

Длинная культя пузырного
протока (наблюдение
Р. А. Иванченковой).



- **Кисты холедоха** редко встречающееся у взрослых заболевание. Диагностика кист холедоха - ЭРХПГ, МР-холангиография, холедохоскопия. В условиях неотложной хирургии дооперационная и даже интраоперационная диагностика трудна, поэтому они просматриваются, и производится холецистэктомия, которая не избавляет больных от страданий.
- **Опухоли панкреатодуоденальной зоны** встречаются достаточно часто. Случается, большей частью при недостаточном знании начальных проявлений заболевания, ошибочное удаление желчного пузыря (иногда с камнями). В дальнейшем при прогрессировании опухолевого роста выясняется истинная причина болезни.
- **Сращения и спайки после холецистэктомии обычное явление**, особенно после дренирования брюшной полости. Однако они крайне редко вызывают значимое сдавление желчных путей. Лишь при метастазировании раковых клеток в гепатодуоденальную связку возникает непроходимость желчных путей, и не столько за счет их сдавления, сколько в результате инфильтративного роста

- Лечение. Разрабатывая вопросы лечения и диспансерного наблюдения больных, перенесших холецистэктомию, необходимо учитывать, что в 85% случаев хронические заболевания желчевыводящих путей сопровождаются поражением органов гепатодуоденопанкреатической системы. После операции эти изменения остаются, а иногда и прогрессируют.

- Диетотерапия. Необходимо ограничение жиров до 60—70 г/сут. Однако к ограничению жиров целесообразно подходить дифференцированно. Следует учитывать, что резкое ограничение жиров приводит к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов.
- Углеводы при сохраненной амилолитической активности поджелудочной железы должны составлять в суточном рационе не менее 400—450 г. Рекомендуется применение большого количества клетчатки, что уменьшает литогенность желчи.

- Особенности клинических проявлений после холецистэктомии обусловлены органическими и функциональными поражениями вне-печеночных желчных путей. Проводимые лечебные мероприятия при этом зависят от характера поражения желчевыводящих путей. Мы коснемся кратко двух лечебных мероприятий, получающих все более широкое распространение при тяжелых формах постхолецистэктомического синдрома, — эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и ЭПСТ с извлечением или дроблением камня

- ЭПСТ обычно выполняют, при наличии камней терминального отдела общего желчного протока. Иногда это вмешательство дополняется баллонной дилатацией протока с целью устранения также и проксимально расположенного стеноза. При этом камни отходят самостоятельно или их активно извлекают петлей Dormia.
- ЭПСТ проводится также по поводу стенозирующего дуоденального папиллита при отсутствии камней. В бескаменных случаях дуоденального папиллита показанием к ЭПСТ служат в основном проявления холестаза (включая рецидивирующую желтуху) и упорный болевой синдром.
- Существенно реже используется рентгенобилиарная терапия с помощью чреспеченочной катетеризации желчных протоков. В части подобных случаев находит применение эндопротезирование желчных путей, главным образом при невозможности устранить препятствие желчеоттоку.

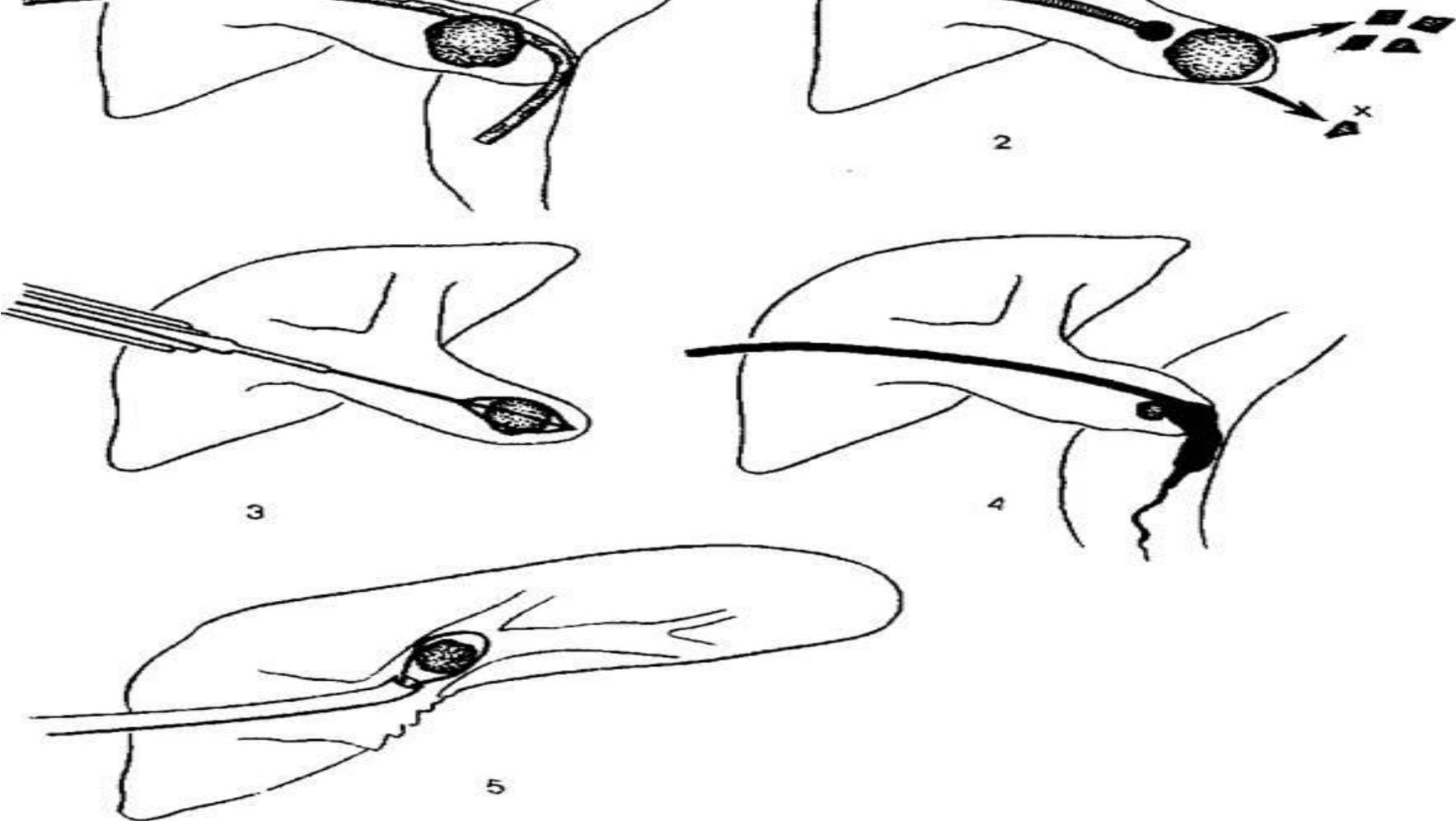


Рис. 78. Рентгенологический контроль за различными лечебными мероприятиями при холедохолитиазе у больных с постхолецистэктомическим синдромом.

1 — проведение эндопротеза, минуя камень, в двенадцатиперстную кишку; 2 — дробление конкремента: ультразвуковое воздействие (УВ); механическое дробление (МД, проволочный литотриптор); электрогидравлический удар (ЭГ); лазерное излучение (Л) через световод; химическое растворение (Х); 3 — камень захвачен петлей Dormia, последовательное расширение канала коаксиальными дилататорами для извлечения наружу; 4 — чрескожная баллонная дилатация большого дуоденального сосочка для низведения камня в кишку; 5 — «отключенная» левая доля печени, непроходимость гепатикоеюностомы. Чрескожное извлечение камня из устья левого долевого протока проволочной петлей.

- ЛИТЕРАТУРА
- Хирургические болезни. Учебник для студентов высших медицинских учебных заведений // Под ред. М.И.Кузина.- М. Медицина. 2006. Хирургические болезни. Учебник для ВУЗов // Под ред. В.С. Савельева и А.И.Кириенко.- М. - ГЭОТАР-Медиа. 2008г.