

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.361-089

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

**В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ, А.А. КАРПАЧЕВ,
А.В. СОЛОШЕНКО, А.Л. ЯРОШ,
С.П. ФРАНЦЕВ, С.Б. НИКОЛАЕВ,
Ю.Ю. ВЛАСЮК, М.А. КОЛЕСНИКОВА**

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: kulikovsky@bsu.edu.ru

Представлен опыт хирургического лечения 210 больных постхолецистэктомическим синдромом. Женщин было 177 (84,3%), мужчин – 33 (15,7%), средний возраст составил 61,3±12,9 лет. Сроки развития заболевания были от 2 месяцев до 20 лет. Диагностический алгоритм включал лабораторные методы, ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, ретроградную холангиографию и, по показаниям, магнитно-резонансную томографию и спиральную компьютерную томографию. В структуре постхолецистэктомического синдрома преобладали холедохолитиаз (79,5%), стеноз терминального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (6,6%), ятрогенные рубцовые стриктуры желчных протоков (3,8%). В лечении данной категории больных отдавали предпочтение эндоскопическим транспапиллярным вмешательствам (90% от общего числа операций). Умерло 2 больных, летальность оставила 0,95%.

Ключевые слова: эндоскопия, холецистэктомия, механическая желтуха.

В последние годы растущая заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) сопровождается закономерным увеличением числа холецистэктомий. Это приводит к росту и числа больных постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), частота которого варьирует от 12 до 18% [1, 2]. Причины ПХЭС, относящиеся непосредственно к гепатобилиарной системе, диагностируются в 37% случаев, среди них на долю холедохолитиаза приходится 8%, рефлюкс-холангита при наложенном билиодигестивном анастомозе – 7,5%, холангита – 4,5%, стеноза большого дуоденального сосочка – 2 %, стриктур желчных протоков – 2 %, патологии культы пузырного протока – 2,5% и др. [3]. Вопросы диагностики, лечения и профилактики описанных состояний являются на сегодняшний день предметом широких дискуссий, тем не менее, достигнутые результаты не могут быть признаны удовлетворительными и требуют улучшения [5].

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Материал и методы. В работе представлены результаты лечения 210 больных, находившихся на лечении в Центре хирургии печени и поджелудочной железы Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа. Женщин было 177 (84,3%) и 33 мужчин (15,7%). Средний возраст больных составил 61,3±12,9 лет. Сроки развития ПХЭС были от 2 месяцев до 20 лет.

Результаты исследования.

Причинами развития ПХЭС по результатам наших исследований были следующие заболевания (табл. 1).

Как видно из представленной таблицы в структуре данного заболевания преобладали резидуальный и рецидивный холедохолитиаз, в небольшом проценте встречались дивертикулы и стенозы БСДПК, ятрогенные повреждения общего желчного протока.



Таблица 1

Причины развития ПХЭС

Диагноз	Абс., (%)
Конкремент правого долевого протока	2(0,95%)
Холедохолитиаз, ущемленный конкремент БСДК, ОБП	8(3,8%)
Холедохолитиаз, гнойный холангит	9(4,3%)
Холедохолитиаз	142(67,6%)
Дивертикул БСДК, холедохолитиаз	4(1,9%)
Дивертикул БСДК	2(0,95%)
Стеноз БСДК	12(5,8%)
Рубцовая стриктура гепатикохоледоха	7(3,4%)
Крупный холедохолитиаз	6(2,85%)
Острый билиарный панкреатит	1(0,47%)
Повреждение правой сосудистосекреторной ножки печени	1(0,47%)
Стеноз дистального отдела общего желчного протока	2(0,95%)
Холедохолитиаз, наружный желчный свищ	5(2,3%)
Резидуальный ХЛЗ, желчный перитонит	2(0,95%)
Транзиторный холедохолитиаз	2(0,95%)
Холедохолитиаз, острый билиарный панкреатит	2(0,95%)
Стриктура гепатикохоледоха, наружный желчный свищ	1(0,47%)
Резидуальный желчный пузырь	1(0,47%)
Резидуальный конкремент пузырного протока	1(0,47%)
Всего	210(100%)

В качестве первого диагностического и лечебного мероприятия использовали эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Всего больным с ПХЭС выполнено 266 оперативных вмешательств (табл. 2).

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств у больных с ПХЭС

Характер оперативных вмешательств	Абс.	%
ЭРХПГ, ЭПСТ	101	38,0
ЭРХПГ, ЭПСТ с ЛЭ	31	11,7
ЭРХПГ, ЭПСТ с НБД	8	3,0
ЛЭ	21	7,9
ЛЭ ₂	6	2,3
ЛЭ ₃	2	0,8
Назобилиарное дренирование	20	7,5
Дистанционная ударно-волновая литотрипсия	10	3,8
Стентирование холедоха	4	1,5
ЛЭ при рецидивном холедохолитиазе	42	15,8
Гемигепатэктомия	1	0,4
Гепатикоюноавнастомоз	5	1,9
Холедохолитотомия, дренирование по Керу	7	2,6
Холедохолитотомия +холедоходуоденоанастомоз	3	1,2
Мини лапаротомия, холецистэктомия	1	0,4
Лапаротомия, холедохолитотомия	2	0,8
УЗИ холангиостома	2	0,8
Всего	266	100

В 101 случае при наличии холедохолитиаза и при соответствии размеров конкремента и создаваемого эндоскопически холедоходуоденального соустья эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена в чистом виде без экстракции конкрементов (рис. 1). Стентирование выполнялось при стенозе терминального отдела общего желчного протока, высокой рубцовой стриктуре, и в 2 случаях при неразрешенном эндоскопически холедохолитиазе.

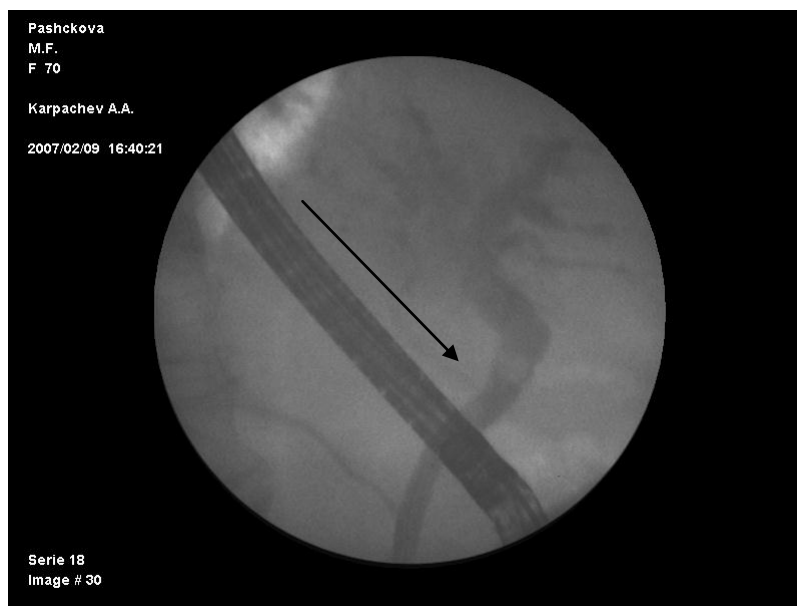


Рис. 1. Холангиограмма при рецидивном холедохолитиазе (обозначено стрелкой) со спонтанным отхождением конкрементов

В 10 случаях при явлениях холангита устанавливался назобилиарный зонд, в остальных случаях назобилиарный зонд устанавливался при крупном холедохолитиазе для выполнения дистанционной ударно-волновой литотрипсии (ДУВЛ). ДУВЛ выполнялась в 10 случаях, в одном она была безуспешна и больному была выполнена открытая холедохолитотомия с дренированием по холедоха по Керу.

Ниже приводится холангиограмма (рис.2) больной с резидуальным холедохолитиазом (размер конкремента 5 мм) и нерасширенным ОЖП (5 мм), из-за невозможности провести корзинку за конкремент для выполнения экстракции. В этом случае по нитилоновому проводнику был заведен назобилиарный зонд и выполнена ДУВЛ.

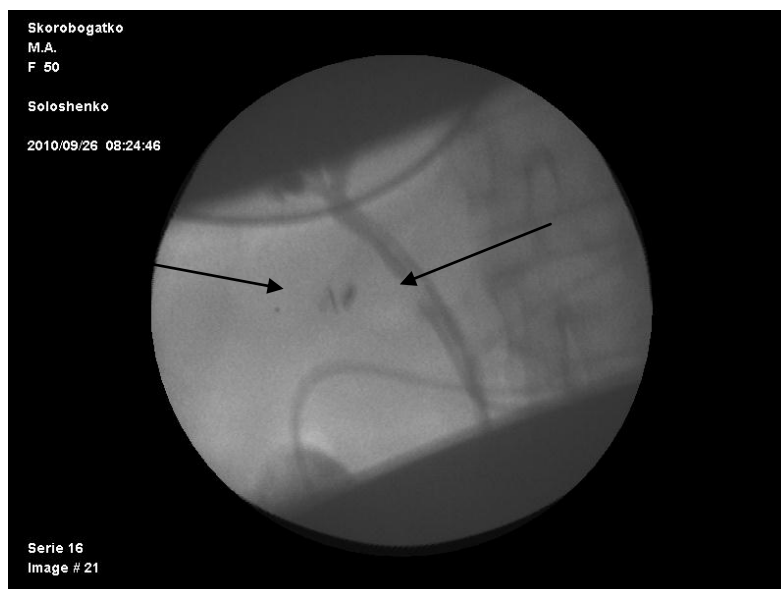


Рис. 2. Холангиография через назобилиарный зонд перед выполнением ДУВЛ. Контрастируется нерасширенный ОЖП и конкремент, а так же клипсы от перенесенной ВЛХЭ (обозначено стрелками)

В другом случае ДУВЛ выполнялась при резидуальном конкременте пузырного протока, который на 1/3 пролабировал в просвет общего желчного протока (рис. 3).



Рис. 3. Наводка пушки литотриптера для выполнения ДУВЛ при резидуальном конкременте пузыря протока

В 31 случае выполнялось рассечение БСДПК с одновременной литотрипсией и экстракцией конкрементов.

Причиной возникновения конкрементов в общем желчном протоке может быть шовный материал, который становится ядром для формирования конкремента (рис. 4).



Рис. 4. Лигатура, извлеченная из просвета ОЖП у больной с ПХЭС

В другом случае у больной из просвета ОЖП была извлечена танталовая клипса, которая явилась причиной дистального блока (в анамнезе у нее была 6 месяцев назад ВЛХЭ с краевым повреждением правого долевого протока и дренированием последнего).

В 2 случаях при ятрогенной стриктуре холедоха выполнялась холангиостома для купирования механической желтухи с последующим выполнением реконструктивной операции – гепатикоеюноанастомоза, в одном случае больная в последующем была прооперирована, в другом – несмотря на выполненную холангиостомию отмечался не адекватный желчеотток (300мл желчи) и больная погибла через 2 месяца от нарастающей печеночной недостаточности.

При ятрогенном повреждении гепатикохоледоха у 5 больных прибегали к наложению гепатикоеюноанастомоза (n=3), бигепатикоеюноанастомоза (n=1), тетрагепатикоеюноанастомоза (n=1).

В одном случае комплекс инструментальных методов обследования позволили диагностировать повреждение правого долевого протока – в правой доле печени определялись множественные жидкостные образования от 4 до 5 см в диаметре (рис. 5).



Рис. 5. Холангиограмма больной К. – контрастируется холедох, левый долевой проток. В проекции правого долевого протока танталовая клипса (обозначено стрелкой)

Учитывая наличие ятрогенного повреждения правой сосудисто-секреторной ножки печени с формирующимися множественными абсцессами, больной было выполнено оперативное вмешательство в объеме гемигепатэктомии (рис. 6).



Рис. 6. Макропрепарат правой доли печени больной с повреждением правой сосудисто-секреторной ножки печени



Гистологическое исследование печени (№3678-3667) – ткань печени с холангиогенными абсцессами, среди гнойно-некротических масс – желчные «озера», по периферии – разрастания соединительной ткани, интралобулярно – лимфоидные инфильтраты. Гепатоциты в состоянии гидропической дистрофии.

Данное наблюдение показывает необходимость всестороннего предоперационного обследования больных с осложнениями после холецистэктомии (включая ретроградную холангиографию, магнитно-резонансную и компьютерную томографии), поскольку повреждение может не ограничиваться только желчными протоками, что требует выполнения более расширенного объема операции, включая резекцию доли печени.

Умерло 2 больных (0,95%) – у одной больной после атипичной папиллотомии, выполненной по поводу стеноза БСДПК и билиарной гипертензии (выполнить ретроградную холангиографию не удалось) развился тяжелый панкреонекроз. Другая больная погибла от острой сердечно-сосудистой недостаточности на фоне пароксизма фибрилляции и некупирующегося отека легких.

Выводы. В настоящее время общепризнанным в хирургии постхолецистэктомического синдрома является приоритетное использование эндоскопических транспапиллярных вмешательств. Они могут быть с успехом выполнены у 90% пациентов, позволяют эффективно устранить причину заболевания, и при этом на порядок менее травматичны, чем «открытые» традиционные хирургические вмешательства.

Литература

1. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом и билиарным панкреатитом / Н. Н. Велигоцкий, А. Н. Велигоцкий, С. А. Павличенко [и др.] // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 39. – (Актуал. проблемы хирург. гепатологии : материалы XVIII междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ, посвящ. памяти акад. РАМН В. А. Федорова, Москва, 14-16 сент. 2011 г.).
2. Гепатобилиарные и экстрабилиарные причины постхолецистэктомического синдрома / П. В. Гарелик, И. Т. Цилиндзь, О. И. Дубровщик [и др.] // Альманах института хирургии им. А. В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 40-41. – (Актуал. проблемы хирург. гепатологии : материалы XVIII междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ, посвящ. памяти акад. РАМН В. А. Федорова, Москва, 14-16 сент. 2011 г.).
3. Диагностика и лечение постхолецистэктомического синдрома при доброкачественных новообразованиях большого сосочка двенадцатиперстной кишки / Л. М. Михалева, С. Ю. Орлов, Н. А. Грачева [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 2. – С. 31-36.
4. Малярчук, В. И. Заболевания большого дуоденального сосочка / В. И. Малярчук, Ю. Ф. Пауткин, Н. Ф. Плавунцов. – М. : Камерон, 2004. – 167 с. : ил. – (Практ. медицина. Хирургия).
5. Результаты хирургического лечения доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков / А. И. Лабия, Н. Н. Багмет, Н. П. Ратникова [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2007. – № 6. – С. 26-29.

ENDOSCOPIC TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

**V.F. KULIKOVSKII, A.A. KARPACHEV,
A.V. SOLOSHENKO, A.L. IAROSH,
S.P. FRANCEV, S.B. NIKOLAEV,
A.M. MISHUSTIN, YU.YU. VLASUK,
M.A. KOLESNIKOVA**

Belgorod National Research University

e-mail: kulikovsky@bsu.edu.ru

Experience of surgical treatment of 210 patients with postcholecystectomy syndrome is presented. Women – 177 (84,3%), men – 33 (15,7%), age – 61,3±12,9 years. Disease terms from 2 months to 20 years. The diagnostic algorithm included laboratory tests, ultrasonography, endoscopic and retrograde cholangiography, magnetic resonance cholangiography, computed tomography. The most common causes of postcholecystectomy syndrome were choledocholithiasis (79,5%), CBD stricture and papilla stenosis (6,6%), postoperative biliary stricture (3,8%). In treatment of this category of patients gave preference to endoscopic transpapillary interventions (90% operations). 2 patients died, lethality – 0,95%.

Key words: endoscopy, cholecystectomy, obstructive jaundice