

**Дундаров З.А, Адамович Д.М., Лин В.В., Анджум Вакар,
Али Моханнад, Ямадов С.А.**

РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет» г. Гомель,
Беларусь*

Холедоходуоденостомия относится к числу распространенных операций в билиарной хирургии, составляя около 77,5% от общего числа билиодигестивных анастомозов. Холедоходуоденальный анастомоз (ХДА) достаточно прост в исполнении и удобен для хирурга, имеет неплохие функциональные результаты. Вместе с тем, ХДА не лишен определенных недостатков, которые могут обуславливать серьезные осложнения. К таким осложнениям относится рефлюкс-холангит, который отмечается у 8,4-22,4% больных, перенесших эту операцию.

Холангит, возникающий после формирования ХДА бывает двух типов: 1) обтурационный, возникающий вследствие стриктуры анастомоза; 2) необтурационный, возникающий при достаточной ширине анастомоза и свободной проходимости ХДА, как следствие дуоденального рефлюкса и инфицирования ЖВП.

После наложения ХДА ликвидируется автономность желчевыводящей системы, БДС прекращает выполнять свою запирательную функцию, создаются условия для рефлюкса дуоденального содержимого в желчные протоки. Кроме того, происходит выключение из желчеоттока дистального отдела холедоха и образование «слепого мешка», со скоплением в нем пищевых масс.

Цель. Изучить результаты лечения пациентов с рефлюкс-холангитом после ХДА.

Материалы и методы. За период 2010- 2020г. нами пролечено 32 пациента с рефлюкс-холангитом, которым ранее был сформирован ХДА. Из числа этих больных 17 были ранее оперированы в нашей клинике, что составило 9,3% от общего числа больных, которым был сформирован ХДА за этот же период времени. В исследуемую группу не были включены больные со стриктурами ХДА. Женщин было 26(81,2%), мужчин 6(18,8%).

Основными клиническими проявлениями были: периодически возникающие боли в правом подреберье - у 32 чел., сопровождающиеся гипертермией, нередко с ознобами - 30(93,7%); транзиторная желтуха - 18(56,2%); диспепсические явления - 21(65,6%); снижение массы тела- 13(40,6%). Алгоритм диагностики помимо клинических проявлений включал лабораторные исследования, УЗИ, ФГДС, рентгенологическое и радиологическое обследование.

Об отрицательном воздействии дуоденобилиарного рефлюкса на печень можно судить по нарушению ее функции, проявляющееся повышением

аминотрансфераз, ЛДГ, тимоловой пробы – т.е. признаками хронического гепатита. Это подтверждалось данными радиоизотопного сканирования печени – диффузное поражение печени у 23(72%) из 32, снижение поглотительной функции гепатоцитов.

При УЗИ: утолщение стенок желчных протоков (ЖП) отмечены у всех больных, расширение внутривенных ЖП – у 17(53,1%), милиарные абсцессы печени – у 2(6,2%), множественные абсцессы левой доли печени – 1(3,1%).

При ФГДС определялись косвенные признаки ХНДП: желчь в желудке натощак, рефлюкс желчи из ДПК в желудок, широкий диаметр ДПК, антральный гастрит, рефлюкс-эзофагит. Анастомоз был проходим у всех больных, ширина его колебалась от 1,0 до 1,5 см. Этот факт часто вводил в заблуждение врачей, и больным длительное время проводилась консервативная терапия по поводу т.н. «постхолецистэктомического синдрома», антрального гастрита, рефлюкс-эзофагита и т.д., не дававшая положительного эффекта.

При рентгеноскопии желудка и ДПК у всех больных отмечался дуоденобилиарный рефлюкс и длительная задержка контрастного вещества в ЖП. Хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) различной степени выраженности отмечены у 27(84,3%) больных.

Все наблюдаемые больные были оперированы. Было выполнено: разобщение ХДА с ушиванием ДПК и формированием гепатикоюностомии (ГЕА) по Ру – 28(87,5%) больных; ГЕА и дуоденоюностомия с нижнегоризонтальным ее отделом на одной петле, выключенной по Ру (при декомпенсированной стадии ХНДП) – 3(9,4%), левосторонняя гемигепатэктомия и ГЕА – 1(3,1%) . Умер 1(3,1%) больной с милиарными абсцессами печени и холангиогенным сепсисом.

Прослежены отдаленные результаты в сроки от 1 года до 6 лет у 23 чел. Признаков холангита не отмечено ни у одного из них. Периодически возникающие тупые боли в правом подреберье, не требующие специального лечения беспокоили 5(21,7%) пациентов.

Заключение. Одним из серьезных и опасных для жизни больного поздним осложнением холедоходуоденостомии является рефлюкс-холангит. ХНДП является одним из главных факторов развития данного осложнения, что необходимо учитывать при планировании операции. Рентгенография желудка и ДПК с отсроченными снимками является обязательным при подозрении на наличие рефлюкс-холангита у пациентов после ХДА. Мерой профилактики и лечения рефлюкс-холангита является формирование билиодигестивного анастомоза в виде гепатикоюностомии по Ру.