



Павленя Н. С., Прокопцова В. Ф.
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА
Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Синило С. Б.
2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Диагностика причин и лечение внепеченочного синдрома холестаза остаются актуальными, несмотря на достижения современной медицины.

Цель: изучить наиболее частые причины синдрома холестаза, требующие выполнения высокотехнологичных реконструктивных операций на внепеченочных желчных протоках и оценить результаты лечения.

Материалы и методы. Изучены медицинские карты пациентов, которым выполнялись реконструктивные операции, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП с 2014 по 2018 годы. Проведен более детальный анализ 31 медицинской карты.

Результаты и их обсуждение. За пять лет было выполнено 250 реконструктивных операций. Из них 219 (87,6%) холедоходуоденоанастомозов (ХДА), в том числе один лапароскопический и 31 (12,4%) других реконструктивных операций. Среди 31 пациента мужчин было 16 (52%), женщин – 15 (48%). Средний возраст составил 58,8 лет (от 18 – до 83), мужчин – 58,7, женщин – 58,9 лет.

Всем пациентам проводилось обследование и медикаментозное лечение согласно национальным протоколам. До операции выполнялись КТ, РХПГ, ЭУС, МРТ. С 2016 года во время операции выполнялись холангиоскопия и вирсунгоскопия.

В 9 случаях причиной синдрома холестаза был хронический панкреатит, осложненный стриктурой интрапанкреатической части холедоха II-III степени. Реконструктивные операции: гепатикодуоденоанастомоз (ГДА) – 1, гепатикозентроанастомоз (ГЕА) – 5, холедохоеюноанастомоз (ХЕА) – 2 на мобилизованной по Ру петле тонкой кишки были выполнены как заключительный этап операции Фрея. Средний койко-день составил 33. Наблюдались 2 осложнения: тромбоз воротной вены, внутрибрюшное кровотечение. В данной группе один пациент умер, причиной смерти явилась ТЭЛА.

В 6 случаях была обнаружена киста холедоха. Всем произведена резекция протоков с кистой и в 2 случаях сформирован ГЕА, а в 4 – бигепатикоеюноанастомоз (БиГЕА). Средний койко-день составил 48,3. Осложнениями были: биллома -1, гематома поддиафрагмального пространства -1 (дренированы под УЗИ-контролем). Умер один пациент, причиной смерти была печеночно-почечная, сердечная недостаточность.

В 10 случаях причиной синдрома холестаза явился постхолецистэктомический синдром: высокая рубцовая стриктура желчных протоков Bismut type III, Гальперин тип «0» – 4, стриктуры ХДА - 1, ГЕА – 2, БиГЕА -2, гепатикогастроанастомоза – 1 пациенты. Пациентам выполнены реконструктивные операции: ГЕА-4, реГЕА -1, БиГЕА – 5. Средний койко-день составил 46,4. Возникло одно осложнение – кровотечение из острых язв 12-перстной кишки, остановлено эндоскопическим клипированием. Умерших не было.

В 4 случаях причиной синдрома холестаза явился синдром Мирризи. Данный синдром был выявлен во время выполнения холецистэктомий. Операции закончены формированием БиГЕА. Средний койко-день составил 40, до – 5, после операции – 35. В послеоперационном периоде был подпеченочный абсцесс, дренирован под УЗИ-контролем.

В 2 случаях причиной синдрома холестаза явились осложнения острого билиарного некротизирующего панкреатита. Были выполнены ХЕА. Средний койко-день составил 22. У одного пациента развилась несостоятельность анастомоза. Умер от нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности.

Выводы. Диагностика причин синдрома холестаза достаточно трудная, что требует применения высокотехнологичных исследований. Результаты коррекции синдрома холестаза путем формирования билиодигестивных анастомозов удовлетворительные: летальных случаев 2 (6,45%), осложнений - 7 (22,6%).