

Н. С. Павленя
**РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА
ХОЛЕСТАЗА**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. С. Б. Синоло
2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Pavlenya N.S.
**RECONSTRUCTIVE SURGERY IN THE CORRECTION OF CHOLESTASIS
SYNDROME**

Tutor: associate professor S.B. Sinilo
2nd Department of Surgical Diseases
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. Проведен ретроспективный анализ 48 медицинских карт пациентов с внепеченочным синдромом холестаза, находившихся на лечении в течение 5 лет в хирургических отделениях учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи». Этим пациентам, как заключительный этап операции, выполнены билио-энтеральные реконструктивные операции

Ключевые слова: внепеченочный обструктивный синдром холестаза, синдром Мирizzi, билиоэнтеральные реконструктивные операции.

Resume. The retrospective analysis of 48 medical records of the patients with extrahepatic cholestasis syndrome who were treated in the surgical departments of the public health institution «City Clinical Emergency Hospital» for 5 years was carried out. At the final stage of the operation these patients underwent bilio-enteral reconstructive operations.

Keywords: extrahepatic obstructive cholestasis syndrome, Mirizzi syndrome, biliary-enteric reconstructions.

Актуальность. Синдром холестаза – уменьшение поступления желчи в двенадцатиперстную кишку вследствие патологического процесса на каком-либо участке от гепатоцита до фатерова соска. Выделяют внутрипеченочный и внепеченочный синдром холестаза [1]. Синдром внепеченочного холестаза является одним из серьезных осложнений многих заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Ранняя диагностика и быстрая хирургическая его коррекция являются важными для прогноза жизни пациентов, а у онкологических пациентов – для улучшения качества жизни.

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.

Задачи:

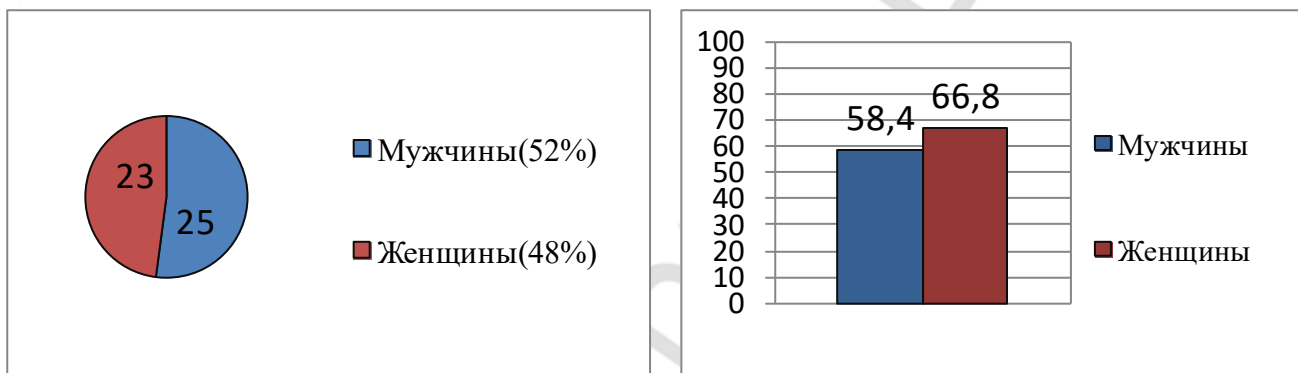
1. Изучить медицинские карты пациентов с синдромом внепеченочного холестаза.
2. Определить причины, вызвавшие синдром внепеченочного холестаза.
3. Определить показания к выполнению реконструктивных операций на вне-

печеночных желчных протоках.

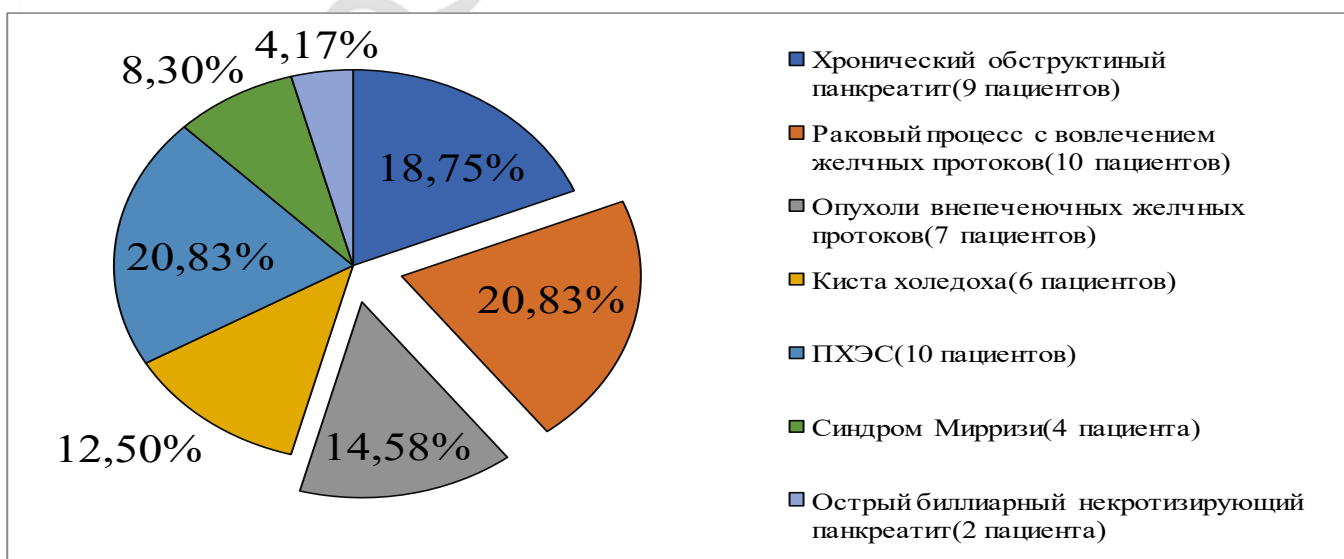
4. Изучить развившиеся осложнения в послеоперационном периоде и летальность.

Материал и методы. Изучены медицинские карты пациентов, которым выполнялись реконструктивные операции с целью коррекции синдрома холестаза, находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ ГК БСМП с 2014 по 2018 годы. Проведен более детальный анализ 48 медицинских карт.

Результаты и их обсуждение. За пять лет было выполнено 267 реконструктивных операций по поводу синдрома холестаза. Из них было выполнено 219 (82%) холедоходуоденоанастомозов (ХДА) и 48 (18%) других, более сложных, реконструктивных операций. Среди 48 пациентов мужчин было 25 (52%), женщин – 23(%) (диаграмма 1). Средний возраст составил 62,4 года (18-85), мужчин – 58,4, женщин - 66,8 лет (диаграмма 2).



Всем пациентам проводилось обследование и медикаментозное лечение согласно национальным протоколам в зависимости от причины патологии. До операции при подозрении на онкопатологию и хронический панкреатит выполнялось КТ исследование, а при патологии внепеченочных протоков - РХПГ, ЭУС, МРТ-холангиография. С 2016 года во время операции кроме холангиографии выполнялись холангиоскопия и вирсунгоскопия по показаниям.



В 9 случаях причиной синдрома холестаза был хронический обструктивный панкреатит, осложненный стриктурой интрапанкреатической части холедоха II-III степени с явлениями хронического холангита (диаграмма 3). Реконструктивные операции: гепатикодуоденоанастомоз (ГДА) – 1, гепатикоэнтроанастомоз (ГЕА) – 5, холедохоюноанастомоз (ХЕА) – 2 на мобилизованной по Ру петле тонкой кишки при выполнении неанатомической локальной резекции поджелудочной железы (операция Фрея). В данной группе один пациент умер, причиной смерти явилась ТЭЛА. Средний койко-день составил 33, до операции -14,3, после операции – 18,7. В послеоперационном периоде наблюдались 2 осложнения: тромбоз воротной вены, внутри-брюшное кровотечение.

В 6 случаях причиной синдрома холестаза явилась врожденная редкая патология – киста холедоха (диагр.3). Всем произведена резекция протоков с кистой и в 2 случаях наложен ГЕА, а в 4 – БиГЕА. Средний койко-день составил 48,3, до 12 и 36,3 после операции. В послеоперационном периоде возникли осложнения: биллома -1, гематома правого поддиафрагмального пространства -1 (дренированы под УЗИ-контролем). Умер один пациент, причина смерти была печеночно-почечная, сердечная недостаточность. В послеоперационном периоде пациенту выполнялось стентирование мочеточника.

В 10 случаях причиной синдрома холестаза явился постхолецистэктомический синдром (диагр.3): высокая рубцовая стриктура желчных протоков Bismut type III, Гальперин тип «0» – 4, стриктура ХДА с баллонной дилатацией и эндоскопической коррекцией в анамнезе -1, рубцовая стриктура ГЕА – 2 (в одном случае после стентирования долевых протоков), стриктура БиГЕА -2, стриктура гепатикогастроанастомоза с многочисленной эндоскопической коррекцией – 1 пациенты. Пациентам выполнены ре-реконструктивные операции: ГЕА-4, реГЕА -1, БиГЕА – 5. Средний койко-день составил 46,4, до операции - 17,6, после операции – 28,8. В послеоперационном периоде возникло одно осложнение – кровотечение из острых язв 12-перстной кишки, остановлено эндоскопическим клипированием. Умерших не было.

В 4 случаях причиной синдрома холестаза явился синдром Мириizzi (диагр.3). 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 биллиарного некротизирующего панкреатита (диагр.3). Были выполнены ХЕА. Средний койко-день составил 22 (до операции - 10, после – 12). У одного пациента в послеоперационном периоде развилась несостоятельность анастомоза с распространенным перитонитом. Пациент страдал тяжелой сопутствующей сердечно-сосудистой патологией. Умер от нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности.

В 10 случаях (диагр.3) причиной синдрома холестаза являлся распространенный раковый процесс с вовлечением желчных протоков (7 рак головки поджелудочной железы, 1 нейроэндокринная злокачественная опухоль поджелудочной железы и 2 рака желудка). Выполнены паллиативные реконструктивные операции: ГДА -3,

ХЕА – 2, ГЕА – 5 пациентам. Пациенты поступали с уровнями общего билирубина в пределах 250-400 мкмоль/л. В предоперационном периоде выполнялись чрезкожная чрезпеченочная холецистостомия – 4 и стентирование холедоха – 2 пациентам. Средний кой-ко-день составил 47,4, до операции – 13,5, после операции – 33,9. Осложнения в послеоперационном периоде были несостоятельность анастомоза с формированием наружного неполного свища -1, кровотечение из верхней панкреатодуоденальной артерии в ЖКТ -1, подкапсульная гематома правой доли печени -1.

В 7 случаях причиной синдрома холестаза были опухоли внепеченочных желчных протоков (диагр. 3). Всем этим пациентам выполнены реконструктивные операции с резекцией протоков: ГЕА – 5 из них в 2-х случаях на транспеченочном дренаже, бигепатикоюноанастомоз (БиГЕА) – 2. Средний койко-день составил 41, 9,3 до и 31,7 после операции. Умер один пациент. В послеоперационном периоде на 7 сутки развилась несостоятельность анастомоза, желчный распространенный перитонит, релапаротомия. На 12 сутки было кровотечение из острой язвы 12 перстной кишки. Причина смерти – печеночно-почечная недостаточность.

Выводы:

1 Диагностика причин синдрома холестаза достаточно трудная, что требует применения высокотехнологичных исследований: РХПГ, ЭУС, КТ, МРТ-холангиографии, интраоперационной холангиоскопии и/или вирсунгоскопии.

2 Результаты коррекции синдрома холестаза путем формирования билиодигистивных анастомозов удовлетворительные: летальных случаев 3 (6,25%) пациента, осложнений - 11 (22,9%).

3 Высокотехнологичные реконструктивные операции на желчных протоках должны выполняться в специализированных отделениях.

4 В особых случаях, после повторных реконструктивных операций по поводу внепеченочного холестаза неопухолевого генеза, может быть допустимым выполнение пересадки печени.

Литература

1. Шерлок, Ш. Заболевание печени и желчных путей: Пер. с англ./ Ш. Шерлок, Дж. Дули. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 859 с.