

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ВИДА ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

¹ Русин И.В., ² Карнович В.Е., ² Сорока О.С.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

² УЗ «Гродненская университетская клиника», г. Гродно, Республика
Беларусь

Актуальность. Желчнокаменная болезнь и операции по поводу калькулезного холецистита выходят на одно из первых мест в структуре хирургических стационаров. Одновременно увеличивается количество пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), обусловленным холедохолитиазом. Причинами выявляемого в послеоперационном периоде холедохолитиаза является недооценка данных анамнеза (транзиторная желтуха), ошибки при УЗИ обследовании в предоперационном периоде, которое является в настоящее время скрининговым методом диагностики, вновь образующиеся в желчных протоках конкременты. Ввиду различных причин не всегда возможна коррекция послеоперационного холедохолитиаза малоинвазивными методами – путем эндоскопической трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (ТрДПСТ) с литоэкстракцией. Выбор адекватного оперативного вмешательства у данной категории пациентов с учетом результатов дооперационного обследования сохраняет свою актуальность.

Цель исследования. Провести анализ результатов открытых операций при ПХЭС, обусловленным холедохолитиазом, в УЗ «Гродненская университетская клиника» (ГУК) за 2010 – 2020 годы, выработать оптимальную диагностическую программу, а также определить наиболее рациональные виды открытых оперативных вмешательств при данной патологии.

Материалы и методы. Диагноз ПХЭС, обусловленного холедохолитиазом, был установлен на основании клинической картины, данных лабораторных и инструментальных (УЗИ, МРТ или СКТ с контрастированием, дуоденоскопия с осмотром большого дуоденального сосочка, по показаниям – ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ)) методов обследования.

Результаты. За указанный период времени в хирургических отделениях УЗ «ГУК» открытые операции по поводу ПХЭС, обусловленного холедохолитиазом, выполнены 84 пациентам, в том числе 55 женщинам (65,5%), 29 мужчинам (34,5%). Двое пациентов были в возрасте моложе 40 лет, 22 – 41-60 лет, 60 (71,4%) – старше 60 лет, из них 42 (50,0%) старше 70 лет. Поскольку первичные операции (холецистэктомии) чаще выполнялись у женщин, то и ПХЭС чаще был выявлен у них. Обращает на себя внимание тот факт, что при выявлении ПХЭС в течение первого года после операции (27

пациентов – 32,1% от общего количества) у большего числа оперированных ранее первично выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) - 15 случаев, открытая холецистэктомия (ОХЭ) в анамнезе была у 12 пациентов. Это можно объяснить ошибками при УЗИ диагностике перед первичной операцией. В более поздние сроки выявления ПХЭС с холедохолитиазом преобладали пациенты, первичной операцией у которых была открытая холецистэктомия, выполненная чаще по поводу острого калькулезного холецистита. У 35 пациентов (41,7%) ПХЭС с холедохолитиазом осложнялся холангитом. По результатам дооперационного обследования повышение уровня билирубина за счет прямого отмечено у 51 человека (60,7%), умеренное повышение уровня АСТ, АЛТ – у 46 пациентов (54,8%), повышение уровня амилазы крови – в 14 случаях (16,7%), уровень щелочной фосфатазы был повышен у 100% обследованных. Из инструментальных методов УЗИ обследование проведено 100% пациентов, МРТ или СКТ – 64 (76,2%), дуоденоскопия с осмотром БДС – 69 (82,1%), интраоперационная фиброхоледохоскопия – 11 (13,1%). Причинами отказа от малоинвазивного вмешательства – эндоскопической трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (ТрДПСТ) с литоэкстракцией – явились: множественный холедохолитиаз либо большие (более 10-12 мм) конкременты в холедохе – 45 случаев, ранее выполнявшиеся неудачные попытки эндоскопической ПСТ с литоэкстракцией – 12 человек, наличие глубокого парафатериального дивертикула – у 7 пациентов, выраженная деформация пилорoduоденальной зоны из-за язвенной болезни либо ранее выполнявшихся операций в этой области в 8 случаях, протяженная стриктура холедоха (по данным МРТ или РХПГ) – у 6 человек, холедохолитиаз, осложнившийся холангитом и абсцессами печени – в 2 наблюдениях, неисправность аппаратуры – 4 человека. В 36 случаях повторная операция (лапаротомия, холедохолитотомия) завершалась наложением различных вариантов холедоходуоденоанастомозов (ХДА): по Флеркену – у 22 человек, по Финстереру – у 10 пациентов, по Юрашу – Виноградову в 4 случаях. У 34 пациентов лапаротомия, холедохолитотомия завершались ТрДПСТ с пластикой и дренированием гепатикохоледоха по Вишневному, у 4 человек ТрДПСТ с пластикой закончилась наложением глухого прецизионного шва холедоха с постановкой скрытого самоудаляющегося дренажа холедоха (ССУД). В 4 случаях операция (лапаротомия, гепатикохоледохолитотомия) закончилась бигепатикоюностомией, в 6 – холедохоеюностомией по Ру. В последние годы предпочтение отдается операциям, обеспечивающим пассаж желчи через зону большого дуоденального сосочка, либо холедохогепатикоюностомии. Предоперационный койко-день в исследуемой группе пациентов составил 6,2 койко-дня, продолжительность лечения 22,5 койко-дня, умерли после операции 3 человека (3,6%).

Выводы. Рост количества выполняемых холецистэктомий (как открытых, так и лапароскопических) приводит к увеличению числа пациентов с ПХЭС, обусловленным холедохолитиазом. У 32,1% пациентов резидуальный

холедохолитиаз был выявлен в течение года после первичной операции, что связано с недооценкой данных анамнеза (транзиторная желтуха), ошибками при УЗИ диагностике, неиспользованием в сомнительных случаях более информативных инструментальных методов обследования (МРТ, СКТ с контрастированием, РХПГ). При открытых ХЭ, выполняемых при остром холецистите, по показаниям целесообразно выполнение интраоперационного обследования желчевыводящих путей (холангиография, холедохоскопия) при подозрении на холедохолитиаз. Выполнение малоинвазивных вмешательств (эндоскопическая ПСТ с литоэкстракцией) при ПХЭС с холедохолитиазом не всегда возможно по техническим причинам, в связи с чем для лечения данной патологии выполняются различные открытые реконструктивные операции на желчевыводящих путях. На наш взгляд предпочтение следует отдавать операциям, обеспечивающим отток желчи через зону большого дуоденального сосочка (БДС).

Литература.

1. Гарелик, П.В. Ближайшие осложнения и повторные операции после холецистэктомии / П.В.Гарелик // Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Республики Беларусь, 16-17 октября 2014г., г.Брест.С.117-118.
2. Ильченко, А.А. Желчекаменная болезнь / А.А.Ильченко // Москва: Анахарсис, 2004.-200 с.
3. Осипов, А.В. Тактика лечения больных механической желтухой в условиях стационара скорой помощи / А.В.Осипов, В.М.Унгуран, Г.В.Мартынова, А.В.Святненко, О.В.Бабков, А.Е.Демко // Актуальные вопросы неотложной хирургии: Материалы XXVII пленума хирургов Республики Беларусь и Республиканской научно-практической конференции (Молодечно, 3-4 ноября 2016г.) – С.396-397.