

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ХОЛАНГИТОВ

Шестюк А.М., Денищик В.В., Карпицкий А.С., Лысюк Н.Н.
*УЗ “Брестская областная клиническая больница”, г. Брест, Республика
Беларусь*

Введение. Внедрение современных медицинских технологий в гепатобилиарную хирургию позволило существенным образом повысить уровень хирургической техники при операциях на желчевыводящих путях и тем самым увеличить количество оперативных вмешательств. Однако, наряду с полученными безусловными преимуществами, формирование билиодигестивных анастомозов (БДА) нередко в раннем и отдаленном послеоперационном периоде сопровождаются развитием специфических для каждого из них осложнениями, которые нередко требуют повторных и чрезвычайно сложных оперативных вмешательств. Причины возникновения послеоперационных рецидивирующих холангитов многообразны и главным образом зависят от патологических изменений в желчных протоках, техники формирования анастомозов и наличия кишечно-билиарного рефлюкса.

Цель. Анализ причин развития послеоперационных рецидивирующих холангитов после формирования билиодигестивных анастомозов.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 168 пациентов, которым во время оперативного вмешательства сформированы БДА. Чаще всего БДА были сформированы как этап выполнения таких операций как стандартная панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – 80 (47,6%) случаев, операция Фрея – 4 (2,4 %) случая, лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция – 2 (1,2 %). Первичные анастомозы с желчными протоками чаще всего формировали с петель тонкой кишки по Ру (гепатикоэнтероанастомоз, ГЭА) – 63 (37,5%) и двенадцатиперстной кишкой (холедоходуоденоанастомоз, ХДА) – 19 (11,3%) случаев.

Результаты и обсуждения. Инфекционные билиарные осложнения возникли у 19 из 168 пациентов (11,3%). Клиническая манифестация проявлялась внезапным развитием бурного воспалительного синдрома, течение которого в 15,9 % (3 случая) осложнялась билирубинемией, в 26,3 % (5 случаев) развитием абсцессов печени, в 5,2% (1 случай) – гемобилией.

После выполнения ПДР рецидивирующие холангиты возникают довольно редко – в 5 из 80 (6,2%) случаев. Основной этиологической причиной развития холангита у 3 из 5 (60%) пациентов было прогрессирование онкологического заболевания, по поводу которого ранее выполнялось указанное хирургическое вмешательство, а основным патогенетическим механизмом развития инфекционного осложнения явился кишечно-билиарный рефлюкс в виду опухолевого сдавления приводящей тонкой кишки. Клиническая картина развивалась через 8,11,15 месяцев после первичной операции. В этих случаях хирургическая коррекция выявленного

осложнения заключалась в наружном дренировании билиарного дерева. В одном случае (20 %), через 6 лет после первичной операции, причиной развития холангита был гепатиколитиаз на фоне стеноза желчно-кишечного соустья. В данном случае нами выполнено повторное наложение БДА с литоэкстракций из внутривнутрипеченочных желчных протоков. У одного пациента (20%) клиника рецидивирующих холангитов с развитием внутривнутрипеченочных абсцессов возникла в раннем послеоперационном периоде на фоне функционального нарушения кишечного пассажа по толстому кишечнику, что привело к кишечно-билиарному рефлюксу. Течение болезни носило непрерывно рецидивирующий характер и привело к летальному исходу.

В группе пациентов с ранее выполненными ГЭА рецидивы холангита диагностировали у 4 из 63 человек (6,3%). Во всех случаях причиной выполнения БДА был холедохолитиаз. Необходимо отметить, что у 2 пациентов ГЭА выполняли на фоне уже протекающего воспалительного процесса в желчных путях в условиях септического состояния. Выполнение БДА не привело к быстрому купированию явлений острого холангита в послеоперационном периоде, что и явилось причиной летальных исходов. У 2 пациентов, после выполнения ГЭА, клиника острого холангита развилась через 6 и 10 лет соответственно, причиной развития которого была спаечная болезнь брюшной полости с нарушением кишечного пассажа и рецидив гепатиколитиаза в билиарном дереве. В первом случае выполнен лапароскопический висцеролиз, и, соответственно, в другом – реконструкция ГЭА с удалением конкрементов и санацией желчных путей.

Наиболее часто холангиты развивались после формирования холедоходуоденоанастомоза – 10 из 19 (52,6%) случаев ($p < 0,05$). Примечательно, что сужение ХДА служило причиной для развития острого холангита только в 2 (20%) случаях, а синдром слепого мешка («sump-syndrome») – у одного пациента (10%). Клиника развивалась через длительное после первичной операции время, через 6-10 лет. Во этих случаях выполнено реконструкция ХДА с переводом его в гепатикоэнтероанастомоз на петле по Ру. Рецидивов холангита в последующем не отмечено.

В наших наблюдениях, в 7 из 10 (70%) случаев рецидивирующего холангита после наложения холедоходуоденоанастомоза основной причиной развития воспалительных явлений билиарного дерева было наличие кишечно-билиарного рефлюкса. Отмечено, что это были пациенты преклонного возраста – $72 \pm 5,3$ года, страдающие длительно протекающими запорами. При рентгенографическом исследовании кишечника установлено замедление продвижения контрастного вещества по толстому кишечнику на 48-72 часа. В двух случаях проведена попытка коррекции билиарного рефлюкса из двенадцатиперстной кишки в желчное дерево путем ликвидации ХДА и формирования ГЭА. Клинического эффекта данный прием не имел, рецидивы острого холангита повторились. У всех пациентов стабилизация состояния было достигнуто назначением слабительных средств (лактолоза, пиколакс), прокинетики (метоклопрамид).

Выводы: Основной причиной рецидивирующего послеоперационного холангита является наличие кишечно-билиарного рефлюкса, который чаще наблюдается у пациентов пожилого и старческого возраста и обусловлен нарушением кишечного пассажа по толстому кишечнику.