

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТА ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ

Дундаров З.А., Майоров В.М., Бондаренко О.Е., Крот С.Я
УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
У «Гомельская областная специализированная клиническая больница»,
г. Гомель

Введение. Одним из частых осложнений острого и хронического панкреатита, травм поджелудочной железы (ПЖ) является образование псевдокист. Чаще всего они локализуются в теле и хвосте ПЖ, реже - в головке. Вместе с тем, кистозные образования головки ПЖ протекают тяжелее, чаще имеют осложненное течение, труднее поддаются лечению. Постоянное или прогрессирующее давление увеличивающейся ложной кисты приводит к развитию фиброзной ткани в головке ПЖ и развитию так называемого «головчатого» панкреатита. При псевдокистах головки ПЖ происходит нарушение экскреторной функции ПЖ, развиваются явления дуоденостаза, механическая желтуха, портальная гипертензия. Все это обуславливает сложность лечения этой категории больных.

Холедоходуоденостомия относится к числу распространенных операций в билиарной хирургии, составляя около 77,5% от общего числа билиодигистивных 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 в ряде случаев, 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» поданастомозного отдела, со скоплением в нем пищевых масс.

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

Материалы и методы. За период 2008- 2021 г 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 активности 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 внутрпеченочных 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.

Результаты и обсуждение. Все наблюдаемые больные были оперированы. Было выполнено: разобщение ХДА с ушиванием ДПК и формированием гепатикоеюностомии (ГЕА) по Ру – 28 (87,5%) больных; ГЕА и дуоденоеюностомия 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 на фоне прогрессирования полиорганной дисфункции.

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.

Выводы. Рефлюкс-холангит является одним из серьезных и опасных для жизни больного поздним осложнением холедоходуоденостомии. ХНДП является одним из главных факторов развития данного осложнения, что необходимо учитывать при планировании операции. Выполнение полипозиционной рентгенографии 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 широкого билиодигестивного анастомоза в виде гепатикоеюностомии по Ру.