

ХИРУРГИЧЕСКАЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Гарелик П.В., Милешко М.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь*

Введение. Заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) с каждым годом увеличивается. Арсенал диагностических возможностей распознавания её постоянно расширяется. Это привело к тому, что операции по поводу ЖКБ стали самыми распространёнными в хирургических стационарах. В наше время в России за год выполняется до 600.000 холецистэктомий (ХЭК), а в США более 1 миллиона. По данным литературы операция удаления желчного пузыря не во всех случаях проходит бесследно. Как отмечают многие хирурги и гастроэнтерологи у 20-40% оперированных развивается так называемый постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). За последние 2-3 десятилетия почти повсеместно поменялась техника операций, они стали выполняться лапароскопически. При этом выпал этап полного интраоперационного обследования желчных путей. Всё это должно сказаться на отдалённых результатах операций и в частности на частоту проявления ПХЭС.

Цель. Изучить на большом материале частоту и причины возникновения так называемого ПХЭС у пациентов нуждающихся в оперативном лечении и определить характер повторных вмешательств после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Проанализировать результаты обследования и лечения 70 пациентов с ПХЭС, которым в предыдущие годы производилась лапароскопическая холецистэктомия. За последние 20 лет (2003-2022 гг.) в клинике подвергнуто оперативному лечению 6069 пациентов с желчнокаменной болезнью. Среди оперированных пациентов хронический калькулёзный холецистит имел место у 4612 (76%) человек, острый калькулёзный холецистит у 1457 (24%). Лапароскопический метод операции применён у 5873 (96,8%) человек. Из этого количества больных в разные сроки были повторно оперированы 70 (1,2%) пациентов у которых имелись проявления ПХЭС. Среди них мужчин было 23, женщин 47 в возрасте от 28 до 92 лет. Среди 70 пациентов у 48 имелась механическая желтуха, ещё у 3 функционирующий желчный свищ.

Результаты и обсуждение. С целью выявления причин постхолецистэктомического синдрома были использованы такие методы исследования, как УЗИ, КТ, МРТ, эндоскопическая ретроградная холепанкреатография (РХПГ). Были выявлены следующие причины обуславливающие клинику ПХЭС: холедохолитиаз – у 50 человек, холедохолитиаз + стриктура терминального отдела холедоха у 6, стриктура

терминального отдела холедоха – 6, хронический панкреатит – у 6, стеноз большого дуоденального сосочка – у 2.

При выборе метода коррекции выявленной патологии предпочтения отдавали эндоскопическим методикам. Оказалось, что исходя из анатомических особенностей, иногда из-за технических проблем применить малоинвазивный метод лечения не возможно. Попытка удалить камни из холедоха была предпринята эндоскопическими методами у 48 человек. У 10 из них из-за наличия дивертикулов в области БДС и особенностей его строения заканюлировать последний не представилось возможным. У 38 пациентов эта процедура была успешной. После эндоскопической папиллосфинктеротомии камни из гепатикохоледоха уходили самостоятельно с током желчи под давлением в результате желчной гипертензии. Способствовало удаление камней из желчных протоков их промывание под давлением смесью физиологического раствора и новокаина. Дополнительно камни удалялись при ревизии протоков корзинкой Дормиа. У 5 пациентов, у которых размеры камней были 12-16 мм производилась литотрипсия механическим литотрипситором с последующей литоэкстракцией.

Эффективность эндобилиарных процедур проверяли путём повторных РХПГ. Оказалось, что с помощью проведённых мероприятий не удалось удалить камни с протоков у 11 пациентов. Как показали повторные ультразвуковые исследования в последующем они в большинстве наблюдений самостоятельно смещались в двенадцатиперстную кишку. Однако, у 4 человек несмотря на проведённые лечебные мероприятия камни в холедохе оставались, что послужило показаниям к открытой операции.

Жизнеопасные осложнения после эндоскопических вмешательств возникли у 3 пациентов (7,9%), что потребовало неоднократных оперативных вмешательств. В 1 наблюдении после РХПГ и ЭПСТ развился тотальный панкреонекроз со смертельным исходом. У 2 других пациентов во время ЭПСТ наступило повреждение задней стенки 12-перстной кишки с одним летальным исходом.

Открытые операции с использованием лапаротомного доступа произведены у 26 человек. Показания для выполнения открытых оперативных вмешательств на внепечёчных желчных протоках были следующие: неразрешённый холедохолитиаз с помощью эндоскопических методик (14), сочетание холедохолитиаза с рубцовой стриктурой терминального отдела холедоха или наличии последней в изолированном виде (6), не поддающаяся консервативному лечению желчная гипертензия при хроническом панкреатите (6). Исходя из вышеизложенного были выполнены следующие группы операций: 1) холедохолитотомия + наружное дренирование холедоха (по Керу или Вишневскому) – у 7 человек; 2) холедоходуоденоанастомоз произведён 17 пациентам, в том числе по Финстереру – 9, по Флеркену – 6, по собственной методике (патент РБ № 6150) – 2. В случаях наложения ХДА с одновременным удалением желчного пузыря мы всегда стремились дренировать холедох наружу по Пиковскому, у пациентов с ПХЭС, этого не

сделаешь. Однако при наличии технических трудностей формирования соустья у 4 человек холедох был дренирован наружу тонким (2-3 мм) катетером введённым через микроотверстие на передней стенке общего печёночного протока. Считаем, что декомпрессия области анастомоза таким способом является профилактикой его несостоятельности.

У двух пациентов с холедохолитиазом и стенозом БДС выполнено двойное внутреннее дренирование: холедоходуоденоанастомоз и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия.

В группе эндоскопических операций умерло 2 человека, послеоперационная летальность составила 5,3%. Послеоперационных осложнений в группе открытых операций мы не наблюдали.

Выводы:

1) Постхолецистэктомический синдром после лапароскопически выполненных ХЭК и требующий повторной хирургической коррекции, встречается у 1,2% оперированных пациентов.

2) Основной причиной обуславливающей клинику ПХЭС является резидуальный холедохолитиаз, при несвоевременном разрешении которого возникают стриктуры терминального отдела холедоха.

3) У большинства пациентов имеется возможность избавиться от холедохолитиаза с помощью эндоскопических методик. Если пособия не выполнимы технически или холедохолитиаз сочетается со стриктурой холедоха показан из видов билиодигестивного анастомоза.