

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Учебно-методическое учреждение по высшему и среднему
медицинскому образованию
Бухарский Государственный Медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП

Постхолецистэктомический синдром.

(Методические рекомендации для студентов

VI-VII курсов лечебного факультета)

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Учебно-методическое учреждение по высшему и среднему
медицинскому образованию
Бухарский Государственный Медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП

«У Т В Е Р Ж Д А Ю»

**Начальник Главного Управления
кадров, науки и учебных заведений
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан**
_____ **Ф.А.Акилов**
«_____» _____ 2004 год

Постхолецистэктомический синдром

(методические рекомендации для студентов медицинского
института VI-VII курсов лечебного факультета)

Бухара-2004

Составитель: кафедра хирургии VI-VII курса БухГосМИ,
директор Бухарского филиала РНЦЭМП
д.м.н. Абдурахмонов М.М.

Рецензенты:

1. директор СЦХ им. академика В.В.Вахидова- проф.Калиш Ю.И.
2. профессор кафедры неотложной медицины ТашИУВ-
проф.Алижанов Ф.Б.

I. Введение

Проблема лечения больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков в настоящее время является весьма актуальной. Об этом свидетельствует увеличение количества больных, а также числа пациентов, не удовлетворенных результатами выполненной холецистэктомии и даже нуждающихся в повторном оперативном вмешательстве (15-20%).

Следует отметить, что появление рецидивов заболевания, а также неполное выздоровление больных после холецистэктомии является наиболее важным и наименее изученным вопросом хирургического лечения желчнокаменной болезни. Сложность проблемы состоит в том, что причины патологических состояний, возникающих после холецистэктомии, довольно разнообразны и далеко не всегда связаны с поражением билиарной системы, а иногда зависят от атипично протекающих заболеваний других органов. Перед врачом, который сталкивается с больным, предъявляющим жалобы на боли после холецистэктомии, возникает абсолютная необходимость выявить истинную причину заболевания, конкретные нарушения, а не довольствоваться эфемерным понятием "постхолецистэктомический синдром".

Повторные вмешательства на билиарной системе, как правило, обуславливаются предшествующими диагностическими, тактическими или техническими ошибками.

- ***диагностические*** - характер патологического процесса не установлен и не устранен в ходе предшествующего вмешательства;

- ***тактические*** - ошибочный выбор объема хирургического пособия, например, наружный дренаж холедоха вместо наложения билиодигестивного анастомоза;

- ***технические*** - ятрогенное повреждение желчных путей.

Исходя из вышесказанного, возникает необходимость расширить знания студентов о причинах повторных операций на желчных путях и выборе метода оперативного лечения.

II. Общая цель занятия

Изучить возможные ошибки, допускаемые при первой операции. Усвоить основные принципы диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний, возникающих после холецистэктомии. Усвоить основные принципы хирургического лечения.

УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ

После самостоятельного изучения литературы по данной теме студент должен усвоить и приобрести навыки выполнения следующих лечебно-диагностических методик:

1. Знать определение понятия "постхолецистэктомического синдрома".

2. Знать наиболее частые причины болевого синдрома после холецистэктомии: - калькулез желчных протоков и БСДК
 - стеноз БСДК
 - "длинная" культя пузырного протока
 - стриктуры желчных протоков
 - синдром Кароли
 - опухоли желчных протоков и БСДК
3. Знать опасности при повторных операциях на желчных путях.
4. Знать показания для лучевого и эндоскопического исследования при этих осложнениях интраоперационно и в послеоперационном периодов.
5. Уметь составить план обследования пациентов с патологическими синдромами после холецистэктомии.
6. Уметь давать оценку лабораторным показателям при различных патологических состояниях после холецистэктомии.
7. Уметь правильно назначать предоперационную подготовку больному и вести его в послеоперационном периоде.
8. Усвоить основные принципы реконструктивных и восстановительных операций на внепеченочных желчных путях при постхолецистэктомическом синдроме.

III. Исходный уровень знаний

Знания, полученные при изучении темы ЖКБ, острый холецистит по программе хирургии на 4 курсе.

IV. Материал, обязательный для усвоения темы

В начале изучения темы необходимо повторить топографо-анатомические данные о гепато-билиарной системе (по учебнику "Топографическая анатомия и оперативная хирургия")

Изучение основного материала следует начинать с определения понятия "***постхолецистэктомический синдром***". Это симптомокомплекс, клинически отражающий явления адаптационной перестройки желчевыделительной системы при отсутствии других патологических изменений со стороны органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Причем, эти изменения носят временный характер. Однако исторически сложилось понимание под термином ПХЭС всего многообразия изменений органов панкреато-билиарной зоны, сочетающихся с неудовлетворительными результатами холецистэктомии.

Целесообразно разделение всех больных с абдоминальными расстройствами после ранее выполненной холецистэктомии на несколько групп по характеру доминирующего поражения того или иного органа. В связи с этим предлагается следующая классификация ПХЭС:

1. Заболевания желчных протоков и БСДК
2. Заболевания печени и поджелудочной железы
3. Заболевания 12-перстной кишки
4. Заболевания других органов и систем

Предлагаемая группировка заболеваний отражает их встречаемость и социальную значимость - чаще всего причиной неудовлетворительных результатов холецистэктомии являются заболевания желчных протоков и БСДК.

В пределах указанной группы одной из главных причин рецидива заболевания после операции с частотой до 65% является холедохолитиаз. Следует различать резидуальный холедохолитиаз - конкременты, не удаленные во время первой операции, и вновь образованные конкременты. Для развития истинного холедохолитиаза необходимы застой желчи, воспаление и повышенная литогенность желчи. Истинный холедохолитиаз /вновь образованные конкременты /встречается в 1-7% случаев конкрементов желчного дерева. В подавляющем большинстве случаев послеоперационный холедохолитиаз имеет резидуальное происхождение.

Макроскопически резидуальные конкременты плотные, с радиарным строением на распиле, как и камни желчного пузыря. При первичном /истинном/ холедохолитиазе конкременты мягкие, легко крошатся, не имеют плотного ядра. Клинически холедохолитиаз наиболее постоянно проявляется приступообразными болями в правом подреберье в сочетании с желтухой и транзиторной лихорадкой.

При расположении конкрементов в БДСК клиническая картина ярче и включает в себя интенсивные боли в эпигастральной области, а также опоясывающего характера в сочетании с многократной рвотой, что характерно для транзиторной блокады панкреатического протока с развитием клинической картины острого панкреатита.

Как правило, холедохолитиаз сочетается с патологией терминального отдела холедоха, чаще всего - со стенозом БСДК. Причем, при истинном холедохолитиазе стеноз БСДК выявляется практически в 100% случаев. Необходимо различать первичный и вторичный стеноз БСДК. Первичный стеноз БСДК или болезнь Дель Валле-Донована встречается с частотой 0,2-13 % среди всех случаев операций на желчных путях. Этиологически, по-видимому, он обусловлен онтогенетическими пороками развития желчной системы.

Вторичный стеноз БСДК традиционно рассматривают как пост-травматический - результат повторных миграций конкрементов с повреждением слизистой оболочки ампулярного канала и последующим рубцеванием БСДК. Клиническая картина стеноза БСДК сводится к синдрому нарушения оттока желчи: боль, желтуха, лихорадка.

Следует обратить особое внимание на необходимость инструментальной верификации стеноза БСДК. При этом наиболее адекватным методом дифференциальной диагностики является дебитметрия - определение количества жидкости, прошедшей через БСДК под определенным давлением за определенный промежуток времени. Это исследование позволяет дифференцировать стеноз и спазм БСДК.

При длительно существующем стенозе БСДК информативно прямое контрастное исследование желчных протоков /РПХГ, ЧЧХГ/- при этом

выявляется расширение холедоха, сужение его терминального отдела с длительной задержкой контрастного вещества в протоке и замедленным сбросом его в 12-п кишку.

Необходимо помнить, что ретроградное контрастирование холедоха при нарушении проходимости БСДК органического и функционального характера затруднено. Вместе с тем, выполнение эндоскопической папиллотомии лишь по диагностическим соображениям без достаточных на то оснований при безуспешности катетеризации БСДК на сегодняшний день не может считаться вмешательством выбора, имея в виду часто неудовлетворительные отдаленные результаты манипуляции /через 7-10 лет/ с развитием рестенозов или недостаточности БСДК, приводящих к персистирующему холангиту, хроническому панкреатиту, гепатиту. Поэтому, ЭПСТ следует применять сугубо как лечебную процедуру при верифицированной органической патологии БСДК.

Одной из причин ПХЭС с частотой до 5% может быть недостаточность БСДК /болезнь Малет-Ги/. В основе недостаточности БСДК лежат дистрофические изменения его стенки с атрофией слизистой оболочки и деформацией клапанного аппарата. Клиническая картина недостаточности БСДК определяется рефлюксом дуоденального содержимого в желчное дерево и протоковую систему поджелудочной железы. При этом отмечается болевой синдром в эпигастральной области и диспептические нарушения после приема пищи, а также транзиторная клиника холангита.

Существенные изменения претерпела концепция длинной культы пузырного протока, как одной из причин ПХЭС. На сегодняшний день следует признать, что самостоятельного клинического значения этот синдром не имеет. Клинически значимым он становится лишь в условиях некоррегированной желчной гипертензии /холедохолитиаз, стеноз БСДК и т.д./

Особую группу патологических состояний, причинно связанных с предшествующей холецистэктомией, составляют стриктуры желчных протоков и ранее наложенных билиодигестивных анастомозов. Послеоперационные стриктуры встречаются с частотой до 20%, причем в 95% случаев они носят ятрогенный характер /прямая травма протоков, насильственное бужирование и т.д./

В патогенезе стеноза билиодигестивного анастомоза помимо технических ошибок в его выполнении лежит постоянное воздействие кишечного содержимого на зону швов. Особенно это важно при наложении высоких анастомозов в воротах печени, когда замыкательная функция физиологических сфинктеров желчных протоков полностью отсутствует. Поэтому в подобных ситуациях целесообразно формировать анастомоз с выключенным сегментом тонкой кишки /по Ру, по Брауну/, а не с 12-п. кишкой. Клинические проявления стриктуры желчеотводящих анастомозов сходны с таковой при рубцевании гепатикохоледоха и представлены нарастающей желтухой и рецидивирующим холангитом.

Из большого разнообразия причин расстройств после операций на желчных путях следует выделить три основных:

1. Диагностические ошибки, допущенные в дооперационном периоде и /или/ во время операции.

2. Тактические ошибки, допущенные во время операции.

3. Технические погрешности при проведении операции.

Термин "постхолецистэктомический синдром" является сборным клиническим понятием и может быть применен как сугубо предварительный.

В связи с этим необходимо решить:

- действительно ли причина болей связана с нарушениями со стороны желчных путей или боли не имеют отношения к перенесенной операции;

- определить характер патологического процесса и причину нарушений желчеоттока.

Необходимо изучить основные клинические симптомы патологического синдрома после холецистэктомии. Например, боли при холедохолитиазе носят приступообразный характер типа "желчной колики", сопровождаются ознобами, лихорадкой, механической желтухой, наступающей вслед за приступом болей. При сужении общего желчного протока боли тоже могут быть приступообразными, но желтуха имеет нарастающий характер. Более подробно о симптомах при различных заболеваниях можно узнать из рекомендуемой литературы.

Для диагностики важное значение имеет лабораторное исследование крови и мочи - общий анализ, биохимический анализ крови, сахар крови, уровень молекул средней массы, которые позволяют представить общую характеристику состояния больного и степень интоксикационного синдрома, а также функциональных нарушений печени.

Наиболее информативными методами инструментальной диагностики при ПХЭС являются: - УЗИ - позволяет выявить наличие желчной гипертензии, уровень препятствия и высказаться о возможной причине:

- РПХГ - ретроградное контрастирование билиарного тракта позволяет уточнить уровень и причину нарушения проходимости желчного дерева. Наиболее информативна при дистальном блоке холедоха

- ЧЧХГ - антеградное контрастирование желчного дерева при чрескожно-чреспеченочной пункции внутрипеченочных желчных ходов. Наиболее информативно при проксимальной обтурации желчного дерева.

Меньшее значение имеют инфузионная холеграфия, обзорная рентгенография брюшной полости, рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки. При необходимости эти методы могут быть дополнены лапароскопией, компьютерной томографией.

Клиническое и лучевое обследование в 94% позволяет установить причину ПХЭС.

Большинство пациентов с ПХЭС нуждаются в повторном хирургическом вмешательстве на желчных путях. Объем оперативного вмешательства и способ его выполнения (традиционное, эндоскопическое, малоинвазивное) зависят от характера выявленных изменений.

Основным элементом повторных вмешательств на желчных путях традиционным доступом является холедохотомия. В зависимости от выявленных изменений она может быть закончена:

1. "Глухим" швом холедоха
2. Наружным дренированием желчного дерева
3. Внутренним дренированием (билиодигестивный анастомоз)

"Глухой" шов холедоха возможен при наличии одиночных камней, отсутствии холангита и хорошей проходимости дистальной части холедоха.

Наружное дренирование может быть реализовано во временном, продолжительном, длительном и постоянном вариантах. Наиболее часто применяют дренажи по Холстеду-Пиковскому, Вишневскому, Керу, Долиотти, Прадери-Смиту, Гейц-Сейпол-Куриану.

Внутреннее дренирование показано при дилатации холедоха свыше 12 мм, а также при непроходимости дистального билиарного русла. Папиллосфинктеротомия (эндоскопическая) показана при объективно доказанной стенозирующей патологии БСДК. Показания и методика операций приведена в рекомендуемой литературе.

V. Рекомендуемая литература

1. Кузин М.И. "Хирургические болезни", 1995
2. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М., 1988.

VI. Задачи.

ЗАДАЧА 1

Больная В., 52 лет, поступила в клинику с жалобами на боли ноющего характера в правом подреберье, горечь во рту.

4 года назад произведена холецистэктомия по поводу деструктивного холецистита. Послеоперационный период протекал без осложнений; через 7 месяцев появились периодические боли в правом подреберье, впоследствии ставшие постоянными.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови и биохимические показатели без изменений.

1. Для установки диагноза какие необходимо провести исследования?
2. Ваш предполагаемый диагноз?

ЗАДАЧА 2

Больная Н., 46 лет, поступила в клинику с жалобами на частые приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, сопровождающиеся кратковременной желтухой, эпизодически с температурой и ознобами. 8 месяцев назад оперирована по поводу острого калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия. Операция выполнялась с большими техническими трудностями из-за наличия

воспалительного процесса в окружающих тканях. Интраоперационная холангиография не производилась.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожный покров и склеры иктеричны. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень не увеличена. Стул нормальный. Билирубин крови 42 мкмоль/л, ЩФ-22 ед. Диастаза мочи - 128 ед.

1. Каковы возможные причины болей и желтухи? (3)
2. Какие специальные методы исследования необходимы для установления диагноза?

ЗАДАЧА 3

Больная П., 53 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся появлением желтухи и температурой. Жалобы эти появились через 10 дней после операции холецистэктомии, сделанной по поводу хронического калькулезного холецистита. Во время операции холедох шириной 0.9 см, пальпаторно в его просвете камни не определялись. Холангиография не производилась.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы и видимые слизистые слегка желтоватые. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Билирубин крови - 60 мкм/л, больше за счет прямого.

1. Объясните причину появления болей и температуры?
2. Какие исследования проведете для установления причины желтухи?

ЗАДАЧА 4

Больной И., 56 лет, поступила в клинику с диагнозом: механическая желтуха.

10 лет назад оперирована по поводу калькулезного холецистита, 6 месяцев назад стала отмечать периодические боли приступообразного характера в правом подреберье, сопровождающиеся кратковременной желтухой. 5 дней назад после очередного приступа болей появилась желтуха, интенсивность которой постепенно нарастает.

Объективно: состояние средней тяжести, кожный покров и склеры иктеричны, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из подреберья на 4 см, умеренно болезненная, стул обесцвечен, моча темного цвета. Билирубин крови 126 мкмоль-л, больше за счет прямого.

1. Какова причина желтухи?
2. Методы ее диагностики?
3. Ваша тактика?

ЗАДАЧА 5

Больной П., 56 лет, поступил в клинику с жалобами на желтуху, общую слабость, постоянные боли в правом подреберье. Десять лет назад оперирован по поводу желчекаменной болезни, калькулезного холецистита. "Сделана холецистэктомия, холедохолитомия с наложением, лухого шва. Три месяца назад появились в правом подреберье боли - постоянные, ноющего

характера и постепенно начала нарастать желтуха. Больной значительно похудел".

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые желтушной окраски. При пальпации живота умеренная болезненность в правом подреберье. Печень выступает на 5 см из-под реберной дуги, бугристая. Селезенка не пальпируется. Билирубин крови - 185 мкмоль-л, больше за счет прямого.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для установления диагноза?
3. Ваша тактика на 1-ом этапе лечения больного

Эталонные ответы

Задача №1

1. УЗИ, РПХГ
2. стеноз БСДК

Задача №2

1. Резидуальный холедохолитиаз, стеноз БСДК, ятрогенная стриктура внепеченочных желчных путей
2. УЗИ, РПХГ, при возможности - ЧЧХГ

Задача №3

1. Холангит
2. УЗИ, ЧЧХГ, РПХГ

Задача №4

1. Холедохолитаз
2. УЗИ, РПХГ, ЧЧХГ
3. ЭПСТ + литоэкстракция, при невозможности - повторная операция - холедохолитомия

Задача №4

1. Рак внепеченочных желчных путей
2. УЗИ, ЧЧХГ, РПХГ
3. Малоинвазивное наружное дренирование желчных путей (чреспеченочная холангиостомия)

VII. Вопросы для самоконтроля.

1. Понятие о постхолецистэктомическом синдроме.
 2. Причины постхолецистэктомического синдрома.
 3. Длинная культя пузырного протока. Клиника, диагностика и лечение.
 4. Оставленные камни в желчных протоках. Клиника, диагностика и лечение.
 5. Рубцовые структуры желчных протоков. Клиника, диагностика и лечение.
 6. Повреждения желчных протоков и их последствия.
- Недостаточность большого дуоденального соска, папиллит. Клиника, диагностика и лечение