



Омский государственный медицинский  
университет

Кафедра госпитальной хирургии им.Н.С.Макохи

# Постхолецистэктомический синдром

Омск - 2020

Контингент:  
Лечебный факультет, 5 курс

Вид лекции:  
информационная

# Цель лекции:

Ознакомление с проблемой в хирургии –  
постхолецистэктомическим синдромом,  
его классификацией, диагностикой,  
включая вопросы профилактики и  
хирургического лечения

# Основные вопросы, рассматриваемые на лекции:

- Понятие постхолецистэктомического синдрома
- Классификация
- Диагностика
- Принципы консервативного и хирургического лечения

# АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

- Жёлчекаменная болезнь (ЖКБ) - имеет стойкую тенденцию к росту, особенно в последние 10 лет, что приводит к значительному увеличению холецистэктомий (ХЭ). Ежегодно в мире на жёлчных путях производится около 2,5 млн плановых и экстренных операций
- Однако ХЭ не всегда избавляет больных от симптомов абдоминального дискомфорта, проявляющегося болевыми и диспепсическими расстройствами
- ХЭ обуславливает в 30-40% случаев развитие постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС).

# Постхолецистэктомический синдром

Представление о "синдроме после холецистэктомии" менялись так же, как и названия составляющих его заболеваний. Уже через два десятилетия после впервые в мире произведенной холецистэктомии (1882) стали появляться сообщения:

- о "рецидивах" болей после холецистэктомии или "псевдорецидивах",
- "регенерации" желчного пузыря ("неопузырь"),
- об "осложнениях" после холецистэктомии или "последствиях" ее, о "синдроме после холецистэктомии", и, наконец, - "постхолецистэктомическом синдроме".

## ПОНЯТИЕ О ТАК НАЗЫВАЕМОМ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Последнее название введено американскими хирургами в 30-годах, оно остается наиболее распространенным, подчеркивая связь с предшествующим вмешательством – удалением желчного пузыря

В течение длительного времени неудовлетворительные результаты после операций на желчных путях чаще всего связывали именно с удалением пузыря, как с операцией, приводящей к патологическим изменениям, к своеобразному "физиологическому уродству" желчных путей

## ПОНЯТИЕ О ТАК НАЗЫВАЕМОМ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Сущность перестройки желчных путей после холецистэктомии оставалась неясной.

В 1929 г. Вернер Керте в русском издании "Оперативная хирургия" под редакцией Бира – Брауна – Кюммеля писал, что "до сих пор точно не установлено, насколько вредно отзывается на организме отсутствие пузыря".

Только после разработки таких фундаментальных диагностических методов исследований, как манометрия и холангиография желчных путей, был пролит свет на физиологические закономерности взаимодействия всей гепатопанкреатодуоденальной системы и появилась возможность объяснить многие явления, ранее остававшиеся неясными.

Уже к 60-м годам скрупулезное изучение состояния желчных путей до- и после операции позволило отвергнуть такие концепции, как неизбежное после операции расширение культи пузырного протока или образование нового желчного пузыря, а также преувеличение значения невриномы культи пузырного протока.

Незначительное увеличение диаметра общего желчного протока после холецистэктомии, рассматриваемое ранее как патологическое состояние, связано с адаптационной перестройкой желчевыделительной системы в ответ на выключение из нее функции желчного пузыря – эластичного резервуара, где концентрируется желчь с мощным сфинктерным аппаратом в шейке.

Синхронная ритмичная деятельность желчного пузыря и запирающего механизма БСДК обеспечивает ритмичное поступление желчи в кишечник.

У больных с «блокированным», или «отключенным», желчным пузырем происходит перестройка в сфинктере БСДК, тонус которого снижается, а общий желчный проток расширяется.

У больных с сохранной сократительной функцией желчного пузыря эта перестройка наступает только после операции и с запозданием, что может приводить к болевым реакциям в связи с расширением общего желчного протока и достаточно высоким тонусом запирающего механизма БСДК.

При динамическом наблюдении за больными, перенесшими операции на желчных путях, отмечается улучшение результатов с удлинением сроков, прошедших после операции. Такая тенденция прослеживается особенно отчетливо у больных, у которых желчный пузырь функционировал до операции.

Если желчный пузырь был отключен, операция фактически не изменяет гидродинамические взаимоотношения в желчевыделительной системе, и улучшение состояния наступает значительно раньше.

В настоящее время группа больных с болями после операции, напоминающими приступы желчной колики, достигает 5-25%.

Изучение отдаленных результатов позволило выявить, что неудачи после операции в подавляющем большинстве случаев связаны не с удалением желчного пузыря, а с нарушениями и патологическими состояниями, нераспознанными ни до-, ни во время операции, а иногда имеющими самостоятельный характер.

Если строго оценивать сам термин «ПХЭС», то он может быть применен только в тех случаях, когда имеются клинические проявления адаптационной перестройки желчевыделительной системы и нет никаких других патологических изменений со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, причем такое состояние носит временный характер.

Однако, в настоящее время термин «ПХЭС» объединяет различные заболевания желудочно-кишечного тракта, желчевыводящих путей, воспалительные заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной области и другие заболевания, не имеющие отношения к желчевыводящим путям.

Таким образом, этот не совсем удачный термин не отражает патогенетической сущности различных клинических проявлений, часто совершенно не связанных с перенесенной операцией

Термин «**ПХЭС**» является собирательным клиническим понятием, удобен лишь для общего обозначения всей группы патологических состояний, наблюдавшихся у больных, подвергшихся холецистэктомии.

**Постхолецистэктомический синдром** - это патологическое состояние, сопровождающееся наличием у пациента абдоминальных симптомов, сохраняющихся после холецистэктомии. В основном, диагноз постхолецистэктомического синдрома является временным и должен быть пересмотрен после проведения необходимого исследования.

Частота ПХЭС составляет - 7-56%.

( В.С. Савельев, 1988; А.С. Шалимов,1995).

# Классификация

Наиболее современными и целесообразными представляются следующие классификации.

В.М.Ситенко и А.И.Нечай (1972)

разделили больных на две группы:

- страдающих от заболеваний желчевыводящей системы
- имеющих поражения других органов и систем

# Классификация

Э.И.Гальперин (1988) различает пять групп заболеваний, которые могут быть причиной развития ПХЭС:

## 1. Заболевания желчных протоков и БСДК:

- - камни желчных протоков и БСДК
- - стеноз БСДК
- - недостаточность БСДК
- - избыточность длины культы пузырного протока
- - "остаточный желчный пузырь"
- - стриктура внутри- и внепеченочных желчных протоков
- - стриктура желчевыводящих анастомозов
- - кистозное расширение внутрпеченочных желчных протоков
- - опухоли желчных протоков и БСДК

# Классификация

## *2. Заболевания печени и поджелудочной железы:*

- - гепатит
- - билиарный цирроз печени
- - паразитарные заболевания печени
- - хронический панкреатит

## *3. Заболевания 12-перстной кишки:*

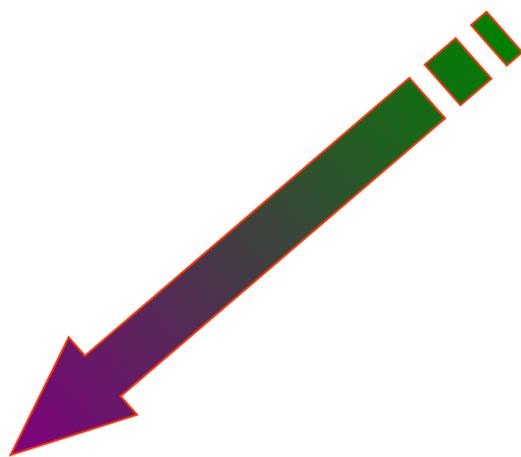
- - дивертикулы
- - хроническая дуоденальная непроходимость

## *4. Заболевания других органов и систем:*

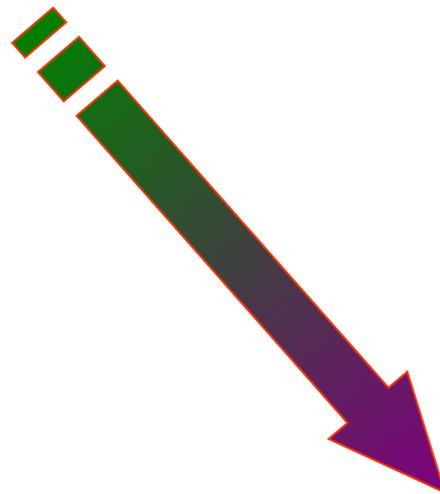
- - заболевания желудочно-кишечного тракта
- - гемолитическая болезнь
- - другие заболевания

## *5. Диагноз не выяснен*

# Постхолецистэктомический синдром



Состояния, не  
связанные с  
хирургическим  
вмешательством



Состояния, связанные с  
хирургическим  
вмешательством

# Состояния, связанные с хирургическим вмешательством

## Операционные ошибки



Технические ошибки:

- повреждение холедоха

Недостаточный объём операции:

- резидуальный холедохолитиаз, камни более мелких протоков
- пропущенный папиллостеноз
- пропущенная опухоль
- длинная культя ductus cysticus
- синдром Мириззи

## Последствия операции



- Стриктуры холедоха
- Спаечный процесс в подпечёночном пространстве
- Послеоперационный панкреатит
- Невринома рубца
- Гранулёма рубца



Дисфункциональные расстройства

# Постхолецистэктомический синдром

## По механизму образования

- не диагностированная патология;
- продолжение воспалительного процесса;
- не скорректированная патология желчных путей и БДС;
- ятрогенное повреждение желчных путей

## По причинам образования

### Функциональные нарушения

- дискинезия желчных путей
- недостаточность БДС

### Органические поражения

- стеноз терминального отдела общего желчного протока и БДС;
- стеноз печеночных и общего желчного протоков;
- холедохолитиаз;
- наружный желчный свищ;
- длинная культя пузырного протока;
- синдром "слепого" поднастмозного мешка
- стеноз ХДА;
- папилит;
- недостаточность БДС после бужирования;
- структура устья протока поджелудочной железы.

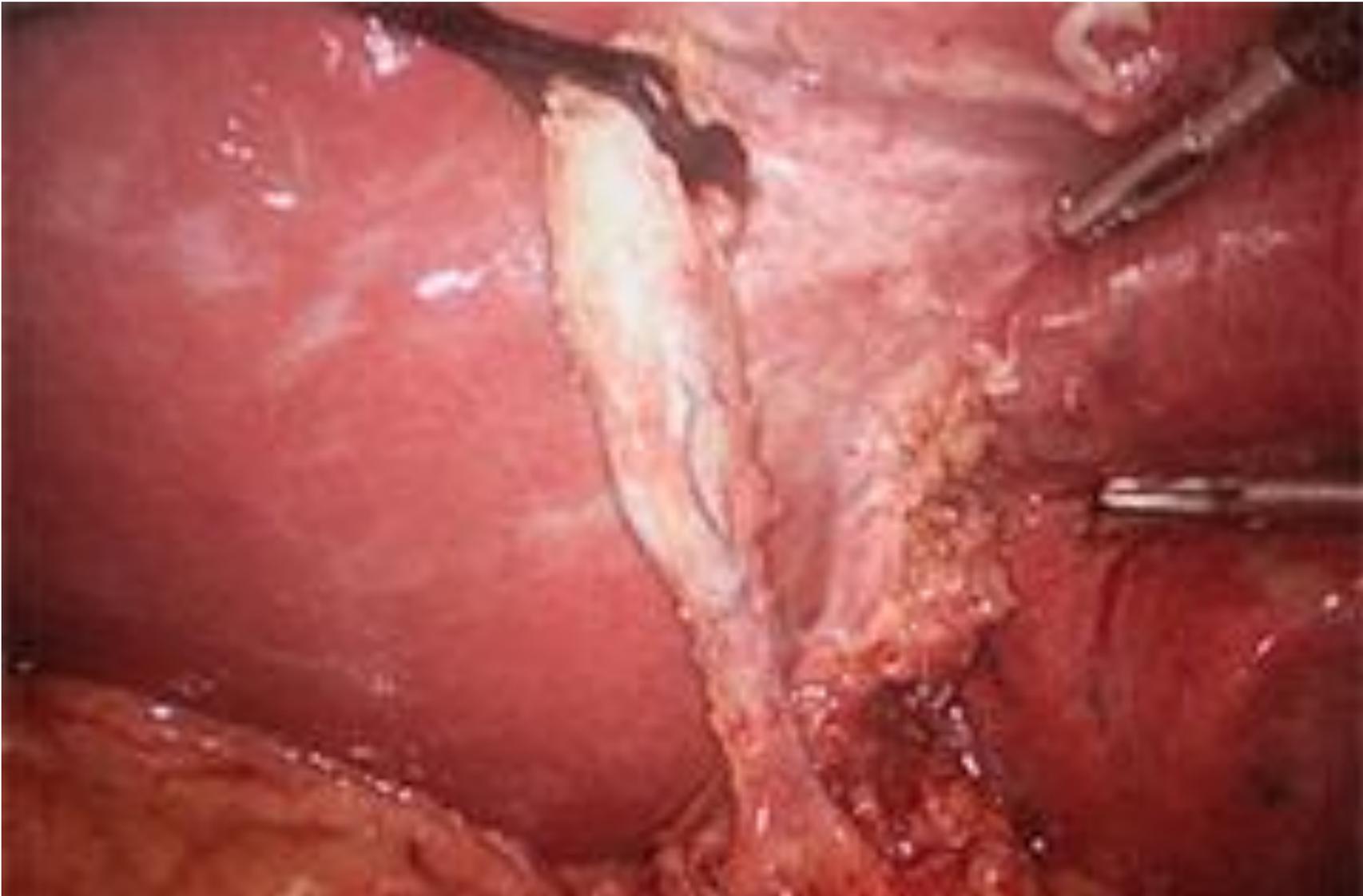
## По клиническим проявлениям

- печеночная колика;
- желтуха;
- тупые боли в подребье;
- холангит
- наружный желчный свищ

Число больных, у которых после эффективной холецистэктомии остаются или рецидивируют боль и диспепсические нарушения, достигает 15%.

Из этой группы необходимо исключить следующие категории больных:

- с неустранимым (оставленным) во время операции гепатохолангиолитиазом
- с неликвидированным или вновь возникшим рубцовым стенозом БСДК
- с последствиями технических погрешностей операций (посттравматическая рубцовая стриктура общего желчного протока, оставленная часть желчного пузыря или патологически измененная культя желчного протока)



- с панкреатитом со сдавлением общего желчного протока
- с неустраненными во время операции или развившимися после вмешательства послеоперационными осложнениями (облитерация билиодигестивного анастомоза, послеоперационный холангит, перихоледохеальный лимфаденит, спаечный процесс в брюшной полости)
- с самостоятельными заболеваниями (язвенная болезнь, язвенный колит, синдром раздраженной кишки, болезни мочевыводящего тракта, включая дистальную обструкцию мочеточника)



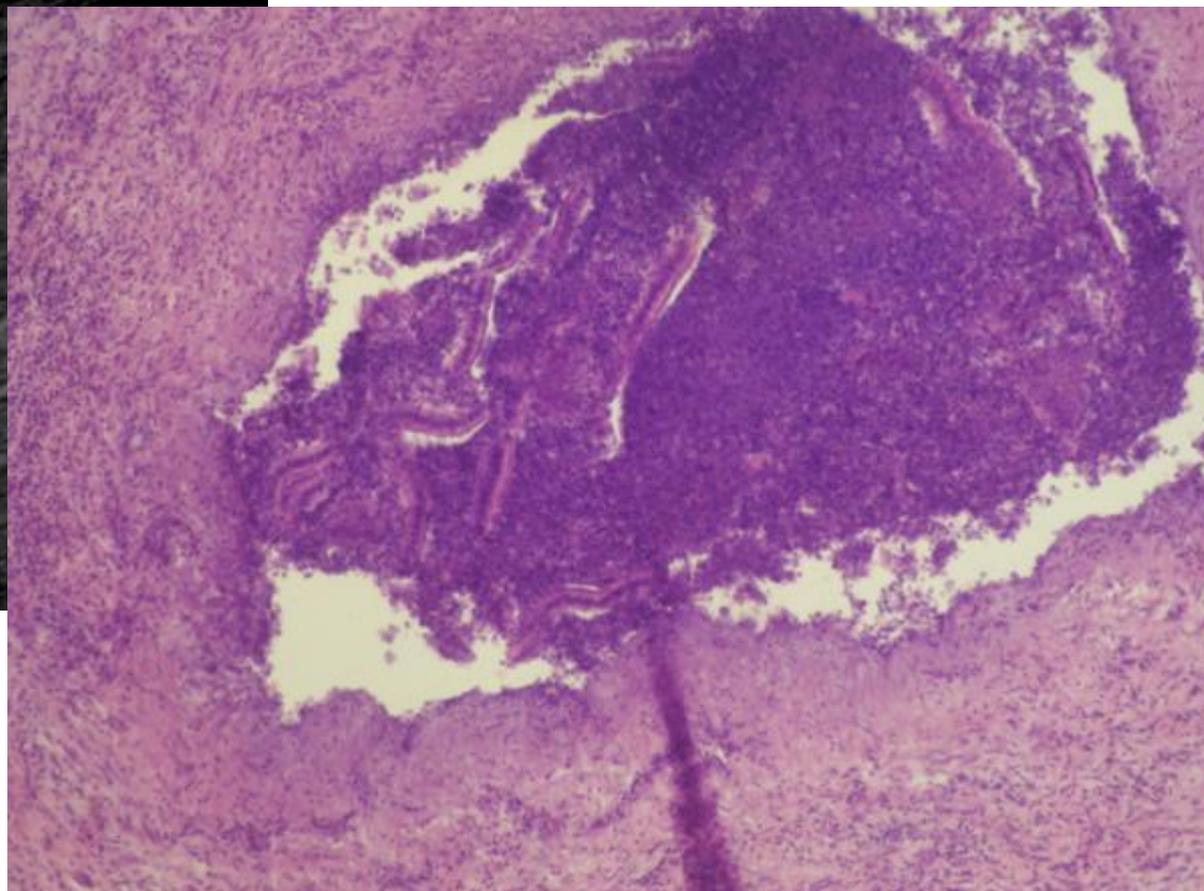
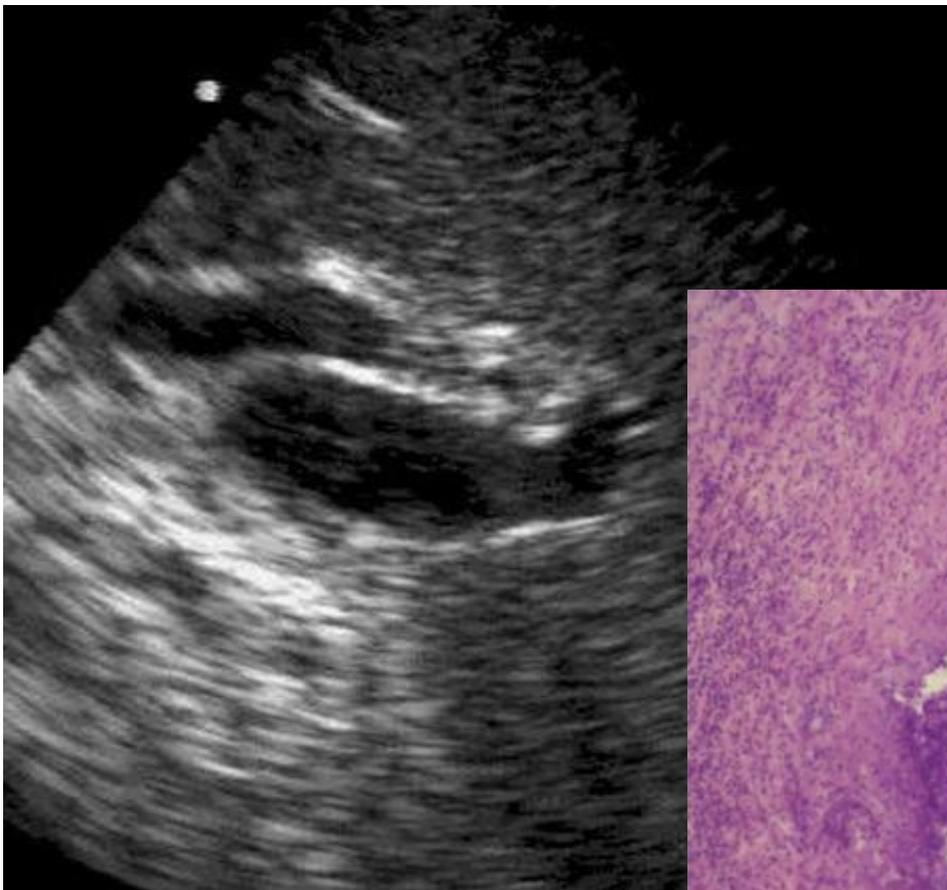
Жан-  
Франсуа  
Кало  
(1861-1944)



- Треугольник Кало́** — хирургический общепринятый ориентир при холецистэктомии, представляющий собой треугольник, двумя боковыми сторонами которого являются общий печеночный и пузырный протоки, а основанием — нижняя поверхность правой доли печени<sup>[1]</sup>. В пределах этого треугольника отходит жёлчно-пузырная артерия, также могут проходить добавочные печеночные протоки, которые впадают в пузырный проток или в общий печеночный проток. Назван в честь французского хирурга Жана-Франсуа Кало, описавшего этот треугольник в 1891 году

# Операционные ошибки

## Холангит



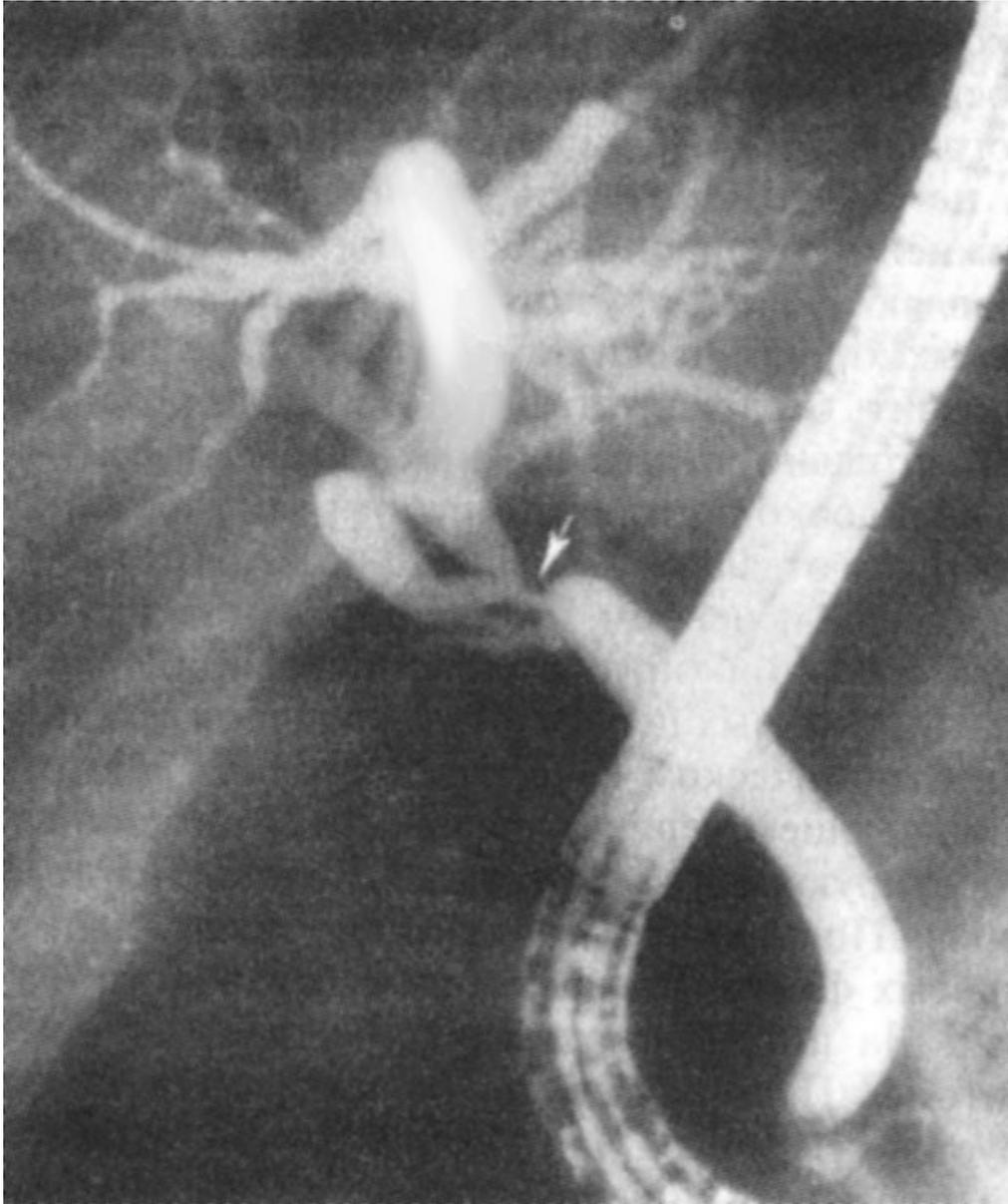
*С.А. Панфилов с соавт., 2003*

# Последствия операции



Множественные стриктуры  
общего желчного протока

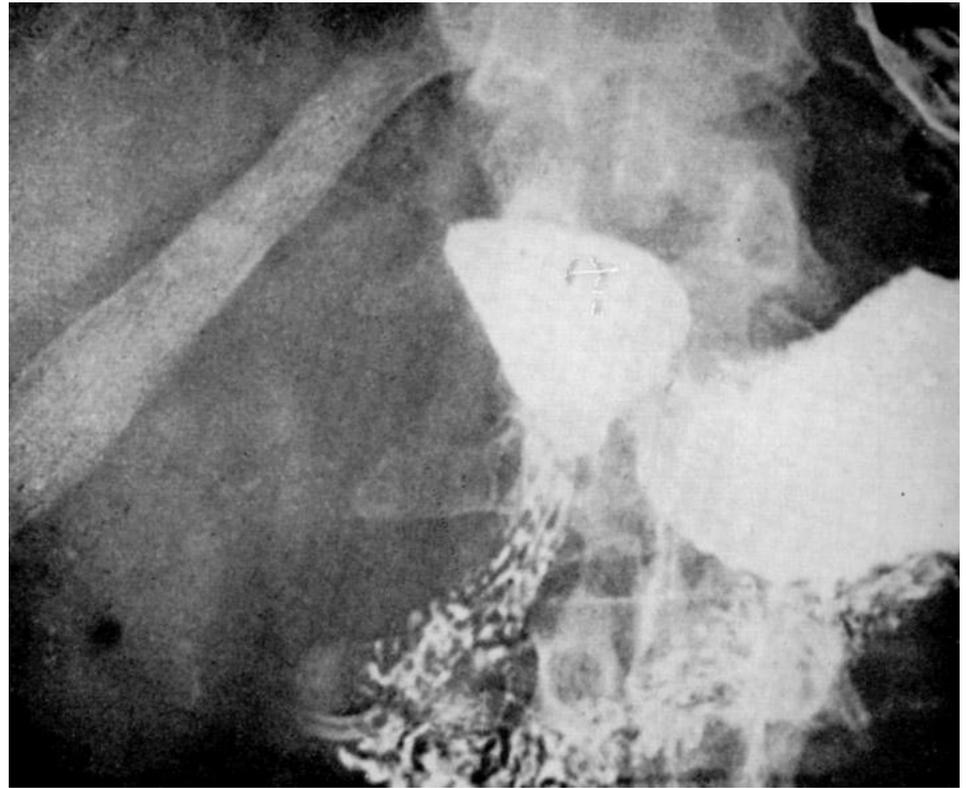
# Последствия операции



Стриктура общего желчного протока с внутрипечёночной билиарной гипертензией и аномальным жёлчным протоком

# Последствия операции

Спаечный процесс  
в подпечёночном пространстве



# Состояния, не связанные с хирургическим вмешательством

Диагностические ошибки

Возникшее позже новое заболевание, не связанное с холецистэктомией

Неправильный предоперационный диагноз

Неполный предоперационный диагноз

Персистирование симптомов, развитие осложнений нераспознанного ранее заболевания

# Причины ПХЭС

- 58% - функциональные нарушения
- 42% - органические изменения

Билиарная  
гипертензия

Заболевания органов пищеварения,  
развившиеся до- или после  
холецистэктомии

- ЖКБ !
- хронический панкреатит (60-65%)
- пептическая язва (30-40%)
- ГЭРБ, диафрагмальная грыжа (45-50%)
- гастродуоденит (35-45%)
- энтерит и/или колит (40-80%)

1,5% - следствие  
операции

0,5% - повторная  
операция

# Функции жёлчного пузыря

Функции желчного пузыря	Субстраты
Накопительная	Желчь
Концентрационная	Всасывание воды
Реабсорбция	Аминокислоты, альбумин, неорганические вещества
Сократительная	Продвижение желчи по желчевыводящим путям
Секреторная	Слизь, ферменты, электролиты и др.
Ферментативная	Ускорение действия панкреатической липазы
Гормональная	Выделение антихолецистокинина
Регуляторная	Поддержание достаточного уровня компонентов желчи в период пищеварения

# Этиология

Из небольшого разнообразия причин расстройств после операции на желчевыводящих путях следует выделить :

- Позднее проведение операции (миграция камня в холедох, острый холецистит, вторичный билиарный цирроз и др.)
- Неполноценное обследование до- и во время операции (камни и стриктуры холедоха, папиллостеноз  $\Rightarrow$  неполный объём операции)
- Технические ошибки (повреждение протоков, узкий холедоходуоденоанастомоз, неправильная установка дренажей и др.)
- Невыполнение больным рекомендаций по профилактике ПХЭС (избыточная масса тела, гиподинамия, неправильный режим питания и др.)

# Этиология

- Одной из главных причин рецидива заболеваний после операций на желчевыделительной системе является **холангиолитиаз**
- По данным различных авторов, процент оставленных камней (резидуальный холангиолитиаз) составляет от 2 до 65,1% (в среднем 4-18%)

# Этиология

Причины оставления камней в желчных протоках кроются:

- в недооценке клинической характеристики заболевания
- ошибочной интерпретации данных дооперационных, и особенно операционных методов исследования, в основном холангиограмм

# Этиология

- Камни желчевыводящих протоков значительно чаще (до 80%) локализуются в общем желчном протоке
- Приблизительно 10% наблюдений составляют больные, у которых конкременты находятся в терминальном отделе общего желчного протока и БСДК
- Лишь у 5-7% больных камни локализуются в общем печеночном и внутрипеченочных протоках

# Патогенез

Патогенез ПХЭС связан с нарушением в токе желчи и пока ещё плохо изучен.

Развитие синдрома связано с нарушениями в токе желчи в результате потери резервной функции желчного пузыря. Это может привести к двум последствиям:

1. Постоянно повышенный после операции ток желчи в верхние отделы желудочно-кишечного тракта, что может приводить к развитию эзофагита и гастрита.

2. Нарушения в нижних отделах желудочно-кишечного тракта, при которых могут отмечаться диарея и коликообразные боли в нижних отделах живота.

# Клиника и диагностика

- Клинические проявления заболеваний желчевыводящих путей у больных, перенесших холецистэктомию, полиморфны.
- Они колеблются от незначительных болей и диспепсических расстройств до яркой симптоматики в виде желтухи, лихорадки или наружного желчного свища с синдромом эндогенной интоксикации.

# Клиника и диагностика

- Примером яркой симптоматики ПХЭС может служить клиническая картина, встречающаяся при ущемлении конкрементов в БСДК
- Она характеризуется резкими болями в эпигастральной области опоясывающего характера, желтухой, амилазурией

# Клиника и диагностика

Основными признаками ПХЭС являются:

- Рецидивирующие коликообразные боли, преимущественно в правом верхнем квадранте живота
- Непереносимость жира
- Диарея
- Тошнота
- Вздутие живота и другие диспепсические симптомы
- Желтуха (в 24% случаев)
- Повышение температуры тела (в 38% случаев)

# Цели диагностики

- определение причины симптомов ПХЭС
- выявление постхолецистэктомических осложнений
- подтверждение или исключение дооперационного диагноза

# Дооперационные диагностические методы:

1. Сбор анамнеза. Обследование пациента начинается с повторного сбора анамнеза и внимательного изучения старых медицинских записей. Особое внимание следует уделить данным дооперационных диагностических исследований (следует провести их повторную оценку), а также данным, указанным в протоколе хирургического вмешательства и результатах морфологического исследования

2. Физикальное обследование. Данные физикального осмотра не являются специфическими и позволяют получить дополнительную информацию, оказывающую помощь в определении причин данных симптомов.

3. Лабораторная диагностика преследует две цели: выявить характер желтухи, т.е. произвести дифференциальную диагностику паренхиматозной и механической желтухи и выявить степени нарушения функции печени, и реже других органов панкреатодуоденальной зоны

# Развитие клинических симптомов ПХЭС определяется:

Состояниями, которые не были устранены при операции:

- холангиолитиаз
- стенозирующий папиллит
- стеноз общего желчного протока
- кисты желчных протоков
- механические нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки

# Развитие клинических симптомов ПХЭС определяется:

Изменениями, которые возникли вследствие хирургического вмешательства:

- повреждения желчных путей
- стриктуры и деформации желчных путей
- синдром культы пузырного протока
- рефлюкс-холангит после сфинктеропластики и холедоходуоденостомии

# Развитие клинических симптомов ПХЭС определяется:

Поражениями органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны в результате длительного заболевания ЖКБ и не устраненные операцией:

- хронический гепатит
- холангит
- хронический панкреатит
- хронический гастрит
- гастродуоденит

# Развитие клинических симптомов

## ПХЭС определяется:

Органическими заболеваниями других органов и систем, не связанными с заболеванием ЖП, сопутствующими заболеваниями:

- язвенная болезнь
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- ишемический колит
- нефроптоз и другие

# Развитие клинических симптомов ПХЭС определяется:

Функциональными нарушениями желчных путей и ДПК, возникающими вследствие отсутствия ЖП как органа:

- дискинезия желчных путей с гипертонией большого сосочка 12-перстной кишки
- дискинезия желчных путей с гипотонией большого сосочка 12-перстной кишки

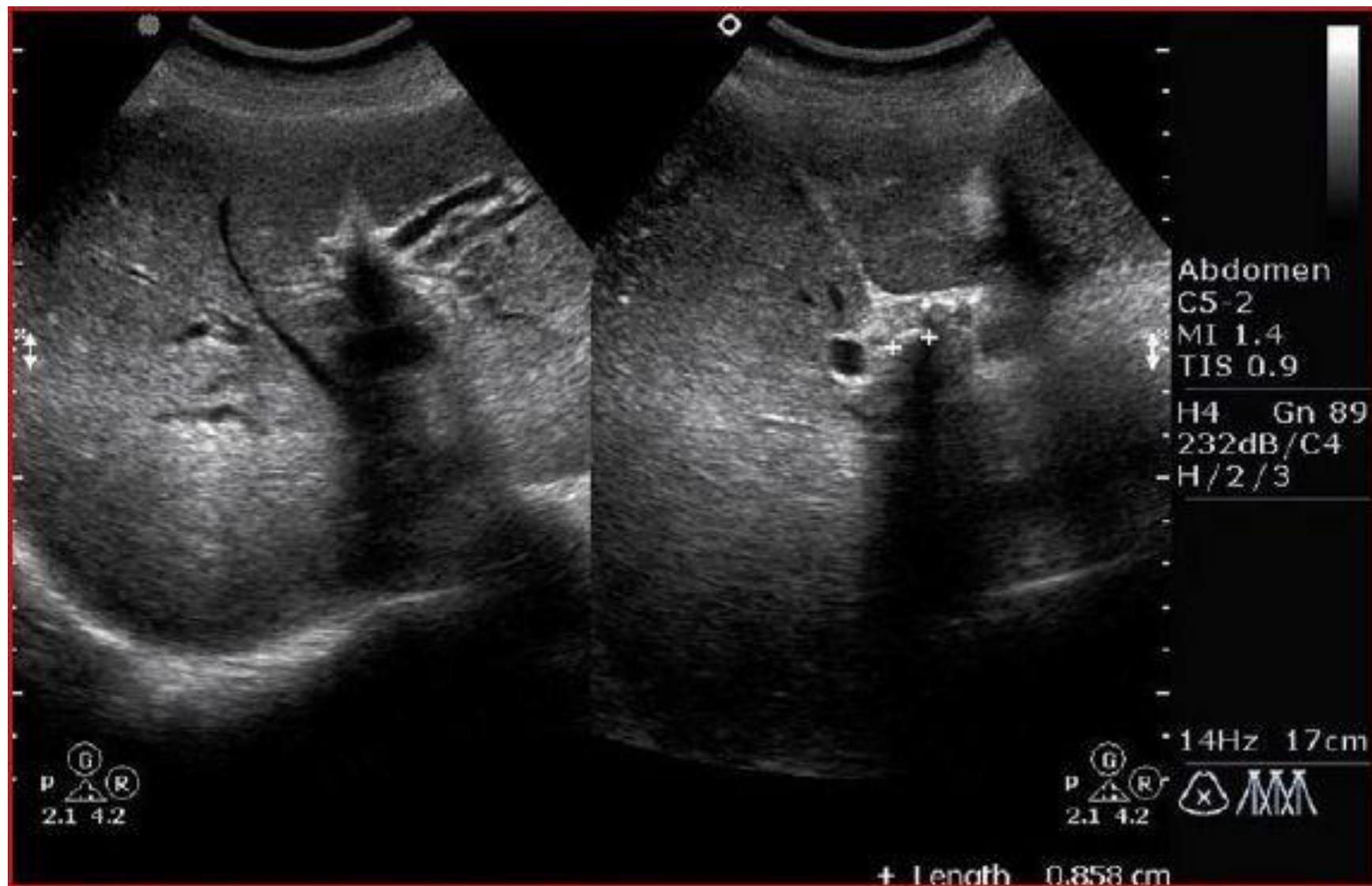
# Клинические симптомы у больных с удаленным ЖП могут быть обусловлены:

- В большинстве случаев (более 20%) патологические состояния у больных, перенесших ХЭ, вызываются функциональными нарушениями — дисфункциями сфинктера Одди (СО), что объясняется разрушением нервно-рефлекторных и гормональных связей между ЖП и СО.
- Установлено, что во время сокращения ЖП рефлекторно возникает релаксация СО, кроме того, ЖП модулирует ответ СО на гормональную стимуляцию (холецистокинин); после ХЭ уменьшается реакция СО на холецистокинин, поэтому удаление ЖП приводит к дискоординации СО.

# Дооперационные (визуализирующие) диагностические методы:

- 4. УЗИ. Является одним из основных методов диагностики в связи с его неинвазивностью и быстротой проведения исследования. Используется в данном случае для исследования печени, желчных путей, поджелудочной железы и окружающих тканей. Позволяет достаточно часто обнаружить дилатацию общего желчного протока.

Дилатация общего желчного протока более 12 мм указывает на дистальную обструкцию протока, что может быть вызвано вклиненным желчным конкрементом, стриктурой или ампулярным стенозом. После холецистэктомии общий желчный проток даже при отсутствии обструкции в дистальном отделе остается расширенным до 7-9 мм в диаметре еще в течение нескольких месяцев.

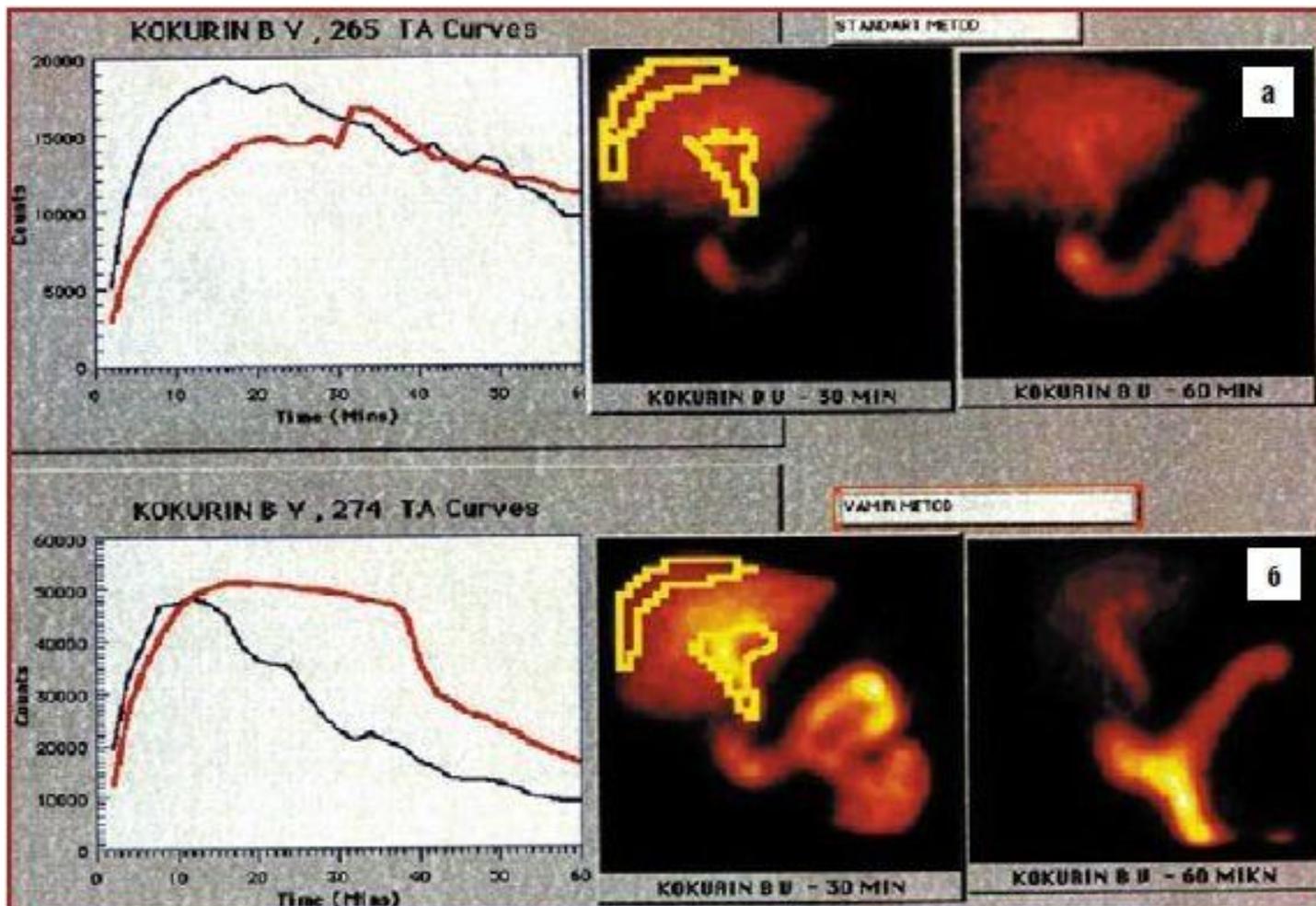


**Рис. 8. Эхограммы при синдроме Мирицци: конкремент в желчном пузыре (справа) и расширенный общий желчный проток (слева)**

Дооперационные (визуализирующие)  
диагностические методы:

5. Компьютерная томография может быть использована для выявления признаков хронического панкреатита или псевдокист поджелудочной железы

6. Сцинтиграфия позволяет выявить послеоперационное истечение желчи. Задержка выделения меченого вещества в течение 2 часов позволяет заподозрить поражение в области сфинктера Одди



**Рис. 10. Гепатобилисцинтиграфия стандартная (а) и с холекинетической нагрузкой (б): а — задержка РФП в печени и внепеченочных желчных протоках, замедленное поступление в двенадцатиперстную кишку; б — нормализация транспорта РФП из печени, ускорение транспорта РФП по желчным протокам и достаточное поступление в двенадцатиперстную кишку**

# Дооперационные инструментальные диагностические методы:

7. ФГДС. Данный метод исследования позволяет оценить состояние слизистой оболочки на всём протяжении от пищевода до 12-перстной кишки, а также прицельно осмотреть Фатеров сосочек.

8. Чрескожная чрезпеченочная холангиография (ЧЧХГ). Показанием к ЧЧХГ служит желтуха неясного генеза (паренхиматозная или механическая) и уточнение уровня обтурации протоков. Из осложнений следует отметить: желчеистечение; холангит; подкапсульная гематома печени; поддиафрагмальный абсцесс. Противопоказаниями для ЧЧХГ служат крайняя тяжесть состояния больного, нарушения со стороны свертывающей системы крови, асцит и непереносимость йодсодержащих препаратов.

# Компенсаторная дилатация общего желчного протока



# Дооперационные диагностические методы:

9. ЭРХПГ. Является одним из основных методов диагностики и основан на эндоскопическом введении в общий желчный проток рентгеноконтрастного вещества с последующим рентгенологическим исследованием. Данный метод остаётся непревзойденным в визуализации ампулы Фатерова сосочка, желчных путей и протоков поджелудочной железы.

Метод позволяет выявить замедление выделения желчи. В ходе ЭРПХГ возможно проведение манометрии общего желчного протока и сфинктера Одди.

При ЭРПХГ в ряде случаев прибегают к лечебным манипуляциям, таким как: экстракция конкремента, расширение стриктур или сфинктеротомия.

При невозможности проведения ЭРПХГ выполняют магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ) или чрескожную чреспечёночную холангиографию.



# Интраоперационные методы исследования

Окончательный диагноз у больных с заболеваниями желчевыводящих путей устанавливают во время операции с использованием специальных методов исследования:

1. Измерение ширины гепатикохоледоха.
2. Интраоперационная холангиография.
3. Гидродинамические методы, которые направлены на определение функционального состояния желчных путей и определение их тонуса и тонуса сфинктера Одди: манометрия, кинезиметрия, дебитометрия.

# Интраоперационные методы исследования

4. Трансиллюминация

5. Инструментальные методы  
исследования:

- зондирование протоков

холангиоскопия

6. Дуоденотомия

7. Срочная операционная биопсия

# Лечение

Тактика и методы лечения ПХЭС напрямую зависят от выявленной этиологической причины данного состояния.

Для выбора правильной тактики лечения ПХЭС необходимо решить:

- действительно ли причина болей связана с нарушением со стороны желчных путей или боли не имеют отношения к перенесенной операции
- определить характер патологического процесса и причину нарушения желчеоттока

# Диетотерапия

Рациональная диетотерапия заключается в частом, дробном (5-6 раз в сутки) питании с низким содержанием жира, холестеринсодержащих продуктов, легкоусвояемых углеводов, что способствует нормализации давления в ДПК, регулирует пассаж желчи по протоковой системе, устраняет дисхолию. В рацион следует добавлять пищевые волокна (отруби), пектины, клетчатку.

# Лечение

В повторном хирургическом вмешательстве нуждается 63,8% больных с ПХЭС.

Показаниями к повторной операции являются:

- 1) синдром нарушения желчеоттока
- 2) холангит с нарушением дренажной функции протоков
- 3) внутренний желчно-дигестивный свищ
- 4) стойкий наружный желчный свищ

# Медикаментозное лечение

направлено на лечение этиологической причины ПХЭС

- В случае развития ПХЭС на фоне синдрома раздражённой кишки полезным может оказаться применение спазмолитиков или седативных препаратов
- Антациды, блокаторы  $H_2$  - гистаминовых рецепторов и ингибиторы протонной помпы могут помочь при наличии сопутствующего гастрита
- При наличии болей и диспепсических расстройств, обусловленных дискинезией протоков и нарушенным пассажем желчи в двенадцатиперстную кишку, а также дуоденогастральным рефлюксом, используются прокинетики, а также алюминий-содержащие антациды
- При наличии болей и диспепсических расстройств, связанных не только с функциональными нарушениями, но также с дуоденитом, обусловленным микробной контаминацией двенадцатиперстной кишки и с избыточным микробным ростом в тонкой кишке, дополнительно рекомендуется проводить лечение антибактериальными и полиферментными препаратами

# Лечение

В предоперационном периоде необходимо планомерное и всестороннее обследование больных:

- для выявления латентно протекающих заболеваний
- проведения коррекции нарушений жизненно важных органов и систем определения факторов риска, которые меняют хирургическую тактику
- особое внимание заслуживают больные с механической желтухой, особенно в старшей возрастной группе

# Лечение

- У больных, не имеющих отягощающих обстоятельств, операцию проводят в полном объеме с радикальным восстановлением пассажа желчи
- У больных "угрожаемой группы" показана срочная инструментальная декомпрессия желчных путей для выведения из тяжелого состояния

# Хирургическое лечение

Хирургические вмешательства при ПХЭС бывают *восстановительные* и *реконструктивные*.

- *Восстановительные* операции включают ликвидацию органических нарушений проходимости гепатикохоледоха и БСДК с сохранением пассажа желчи в 12-перстную кишку через естественное отверстие

# Лечение

## Восстановительные операции:

*А. Восстановительные операции при камнях общего желчного протока и стеноза БСДК.*

- Хирургическое вмешательство при одиночном камне протока складывается из его удаления и контроля за состоянием желчных протоков и БСДК для достоверного исключения камней и других изменений
- Операцию завершают чаще всего временным наружным дренированием общего желчного протока

# Лечение

*Папиллосфинктеротомия* делается по абсолютным и относительным показаниям.

- Абсолютными показаниями являются: ущемленные камни и ограниченный стеноз БСДК
- Относительные показания:
  - рецидивные и резидуальные камни гепатикохоледоха,
  - недренируемый ретродуоденальный отдел общего желчного протока после ранее произведенной холедоходуоденостомии, панкреатит

# Лечение

Папиллосфинктеротомия не показана:

- при наличии множественных камней в гепатикохоledoхе
- "продолженном" стенозе БСДК распространяющемся на ретро-дуоденальный отдел протока
- при дуоденостазе

# Лечение

*Б. Восстановительные операции при рубцовых стриктурах печеночных протоков.*

- Восстановление гепатикохоледоха показано при небольшой протяженности рубцовой стриктуры (не более 1-1,5 см) в случае обнаружения дистального отдела протока
- Производят продольное рассечение суженного участка с последующим поперечным сшиванием
- или выполняют резекцию гепатикохоледоха с анастомозом «конец в конец»

# Лечение

При невозможности восстановить непрерывность протока из-за значительного по размерам дефекта его стенки может быть выполнена пластика другими тканями, например аутовеной

При этом необходимо применение сквозного транспеченочного дренажа

Реконструктивная операция направлена на создание нового пути для оттока желчи в ЖКТ и проводится в тех случаях, когда нет гарантии в успехе восстановительной операции или когда восстановление непрерывности гепатикохоледоха не представляется возможным

# Лечение

## Реконструктивные операции:

*А. Реконструктивные операции при камнях общего желчного протока и стенозах БСДК.*

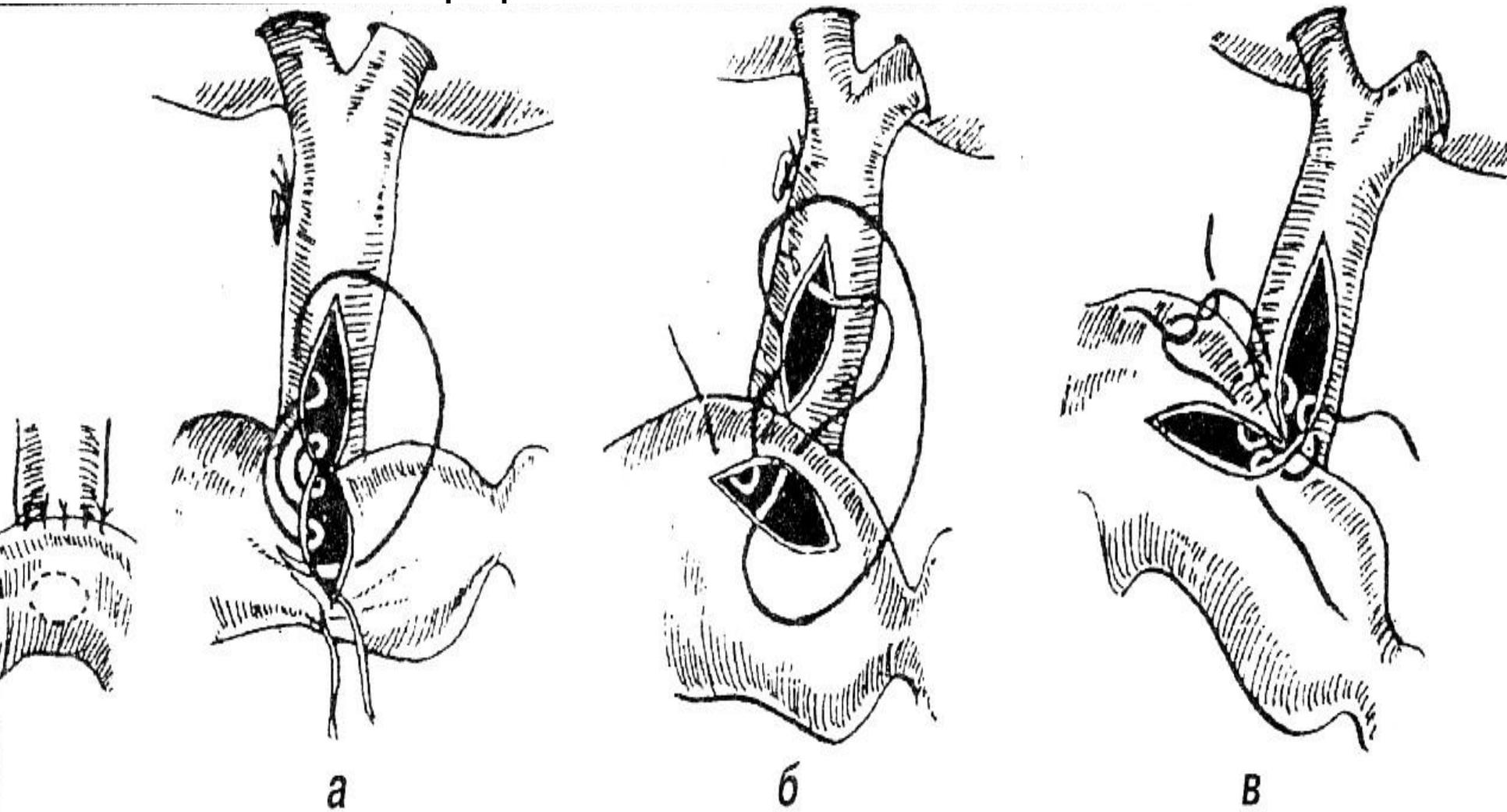
Наибольшее распространение получила холедоходуоденостомия (ХДС)

Классическими способами ХДС являются:

- анастомоз по Юрашу-Виноградову (продольно-поперечный).
- анастомоз «бок в бок» по Финстереру,
- анастомоз по Флеркену – сшивание стенок продольно рассеченного протока и Т – образной рассеченной стенки 12- перстной кишки

# Методы супрадуоденальной холедоходуоденостомии:

а – способ Юраша; б – способ Флеркена;  
в – способ Финстерера



# Лечение

Показания к ХДС следующие:

- 1) сужение терминального отдела общего желчного протока на протяжении 2,5 см и более
- 2) множественный холангиолитиаз, а также неуверенность в полном удалении конкрементов
- 3) травматические манипуляции на БСДК
- 4) сочетание стеноза БСДК с кистой общего желчного протока или резком его расширении (атония)

# Лечение

ХДС противопоказана:

- при резких воспалительных изменениях стенок общего желчного протока и 12-перстной кишки
- при нарушении моторно-эвакуаторной функции 12-перстной кишки
- при остром панкреатите
- при перитоните

# Лечение

*Б. Реконструктивные операции при рубцовых стриктурах печеночных протоков.*

Хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков более чем в 70% осуществляются путем реконструктивных операций

Оптимальным вмешательством при повторных операциях на рубцово-измененных желчных протоках является создание холангиоеюноанастомоза

Преимущество его заключается в формировании анастомоза достаточной ширины без натяжения швов и предупреждении кишечно-билиарного рефлюкса или снижении его риска

# Лечение

У больных с наружным желчным свищом нередко применяют наложение фистулодигестивного анастомоза

При выраженном нагноительном процессе в подпеченочном пространстве и при наличии бластоматозного процесса в воротах печени хирургическое вмешательство может закончиться созданием временной или постоянной желчной фистулы

# Лечение

## Эндоскопические вмешательства.

Наиболее распространенным видом эндоскопического вмешательства является эндоскопическая папиллосфинктеротомия

Показания:

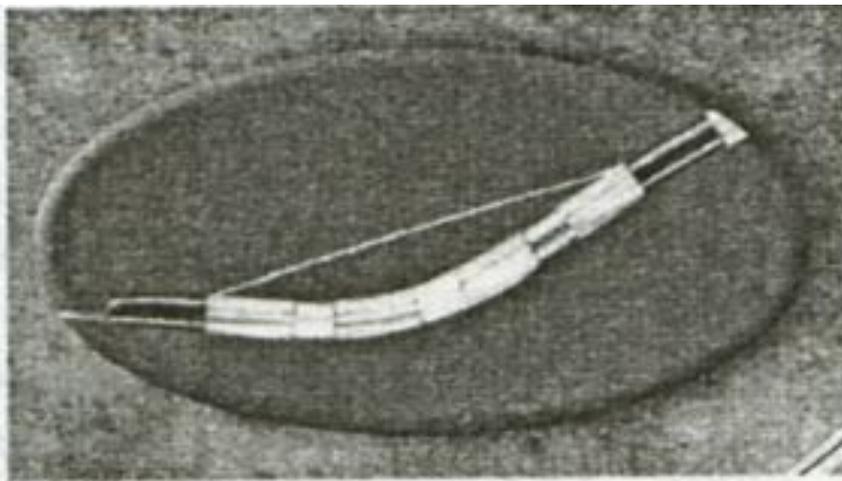
- *Рецидивный или резидуальный холангиолитиаз со стенозом БСДК или без него*
- *Холангиолитиаз и стеноз БСДК с высоким риском абдоминальной операции*
- *Изолированный непротяженный стеноз БСДК*

# Лечение

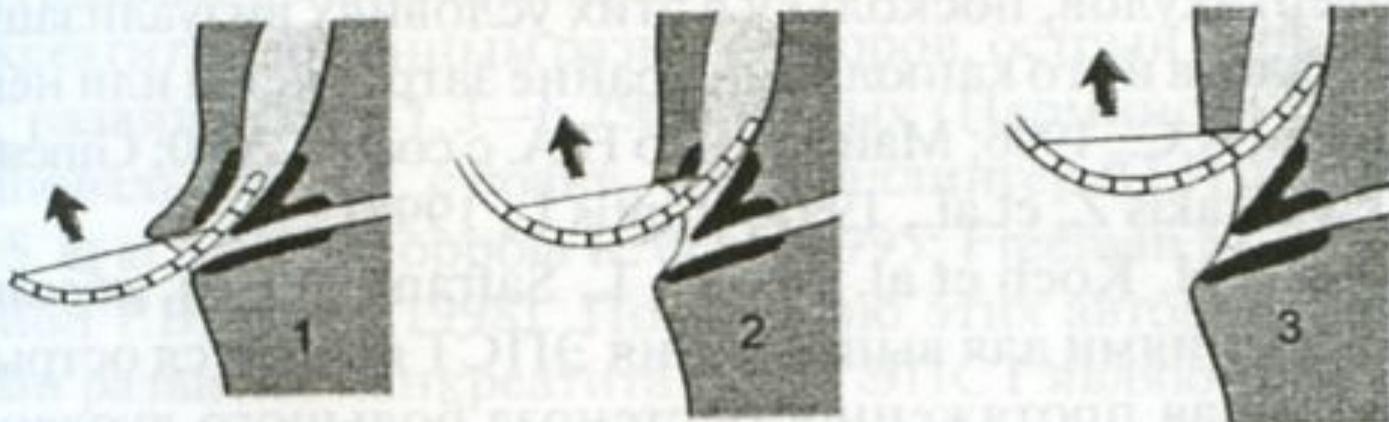
## Показания к ЭПСТ:

- Стеноз БСДК при функционирующем холангиодуоденоанастомозе (при синдроме "слепого мешка") или его рубцовом сужении
- Рестеноз БСДК
- Хронический панкреатит, обусловленный сужением устья протока поджелудочной железы
- Рак БСДК у больных с желтухой в целях подготовки к операции

Такие эндоскопические вмешательства, как рассечение рубцово-стенозирующего холангиодуоденоанастомоза, назобилиарное дренирование применяются значительно реже

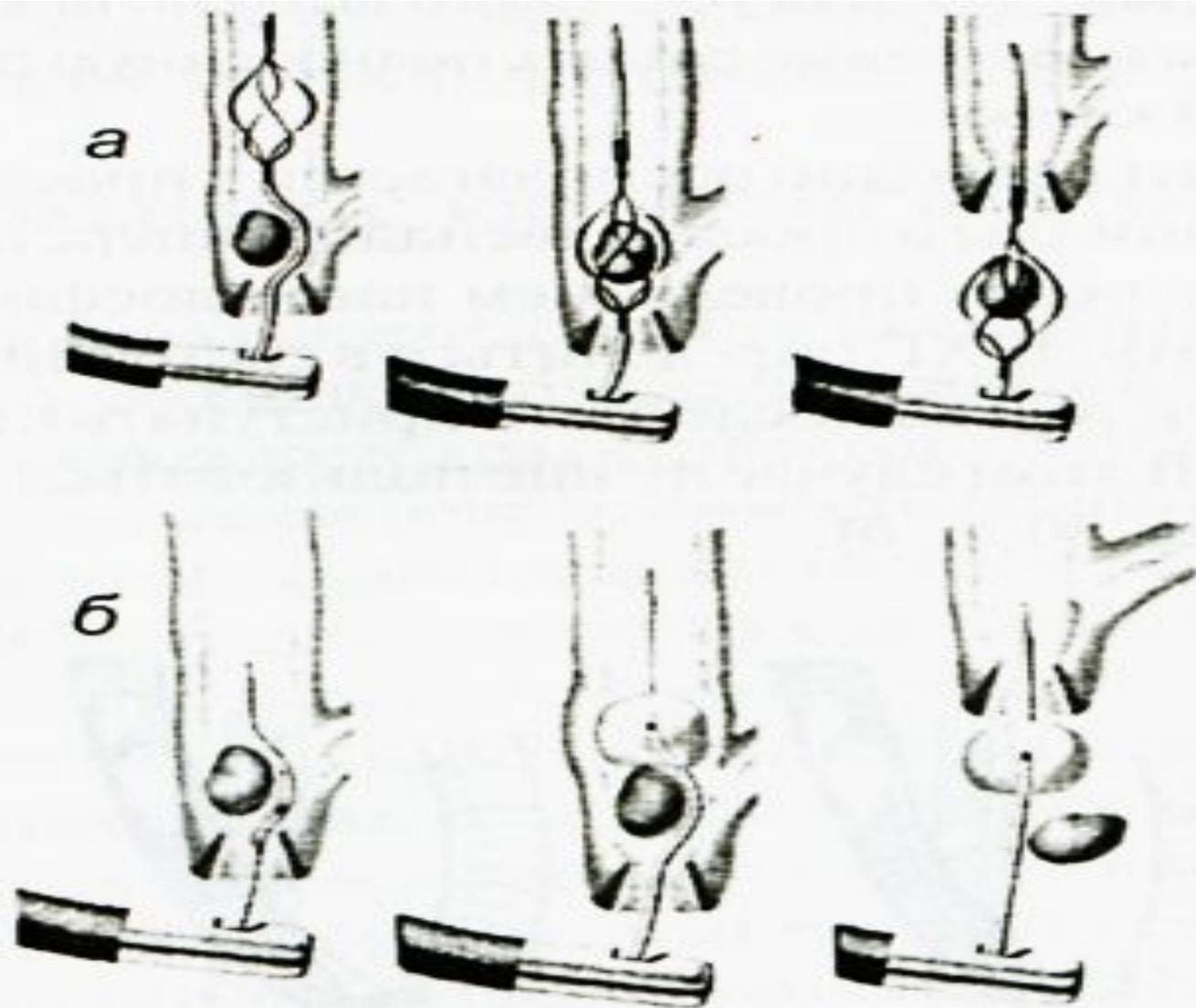


а



б

Рис. 43. Струнный папиллотом (а) и этапы эндоскопической папиллосфинктеротомии (б):  
1 — канюляция устья БДС; 2 — начало ПСТ;  
3 — завершение ПСТ



**Рис. 31. Эндоскопическая холедохолитоэкстракция с помощью корзинчатого зонда (а) и зонда с эластичным баллоном (б)**

# Результаты лечения ПХЭС

Анализ результатов повторных операций на желчевыводящих путях показывает, что 79-95% больных избавляются от страдания, которое послужило причиной повторного хирургического вмешательства

# Прогноз

*Прогноз у больных с ПХЭС зависит при прочих равных условиях от продолжительности желчной гипертензии и степени функциональных нарушений печени, а также от причин, обусловивших исход холецистэктомии, но при прочих равных условиях - от сроков хирургического лечения и ведения больного в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде*

# Профилактика

Профилактика ПХЭС заключается в соблюдении диетического режима питания (регулярный 4-6-кратный прием пищи, обогащенной пищевой клетчаткой, с ограничением холестеринасодержащих продуктов и животных жиров с целью уменьшения литогенных свойств желчи), коррекции избыточной массы тела, предупреждении запоров, в активном образе жизни.



*Спасибо за внимание!*