**тюменская медицинская академия**

**кафедра госпитальной хирургии**

Тема практического занятия

**“Постхолецистэктомический** синдром**”**

(методическая разработка для преподавателей)

**тюмень -2005**

Цель занятия

Дать представление о причинах неудовлетворительных результатов оперативного лечения желчнокаменной болезни и холецистита. Определить понятие “Постхолецистэктомический синдром” Раскрытие темы предусматривает углубленное закрепление знаний, полученных студентами на кафедре факультетской хирургии. При подготовке к занятию студенты должны повторить анатомию и физиологию желчного пузыря и желчевыводящих путей, теорию камнеобразования, клинику, диагностику и методы оперативного лечения желчнокаменной болезни.

Место проведения занятия - учебная комната, больничная палата, операционная, перевязочная.

Хронокарта занятия: Количество часов - 4

Этапы занятия К-во минут

1 Организационный момент 5

2 Вводное слово преподавателя 5

3 Контроль исходного уровня знаний 30

4 Работа студента с курируемым больным 30

5 Клинический разбор тематического больного 90

6 Контроль конечного уровня знаний 15

7 Задание на дом 5

**Контрольные вопросы исходного уровня знаний студентов**

1. Анатомическая схема желчевыводящих путей.

2. Строение и функция желчного пузыря.

3. Теория камнеобразования и место образования желчных камней.

4. Взаимоотношение между камнями и инфекцией ( желчнокаменная болезнь и холецистит).

5. Основные ( патогномоничные ) клинические симптомы желчных камней, воспаления желчного пузыря, холедохолитиаза, гнойного холангита, гепатита, панкреатита.

6. Инструментальная диагностика желчнокаменной болезни и холецистита.

7. Методы интраоперационной диагностики холедохолитиаза и стриктур холедоха.

8. Виды оперативных вмешательств на желчных путях.

**СОДЕРЖАНИЕ ТЕМЫ**

**Холецистэктомия как метод лечения желнокаменной болезни.**

15 июля **1882** года немецкий хирург *Karl* ***Langenbuch***впервые в мире произвел удаление желчного пузыря у 43-летнего пациента, открыв тем самым новую эпоху в лечении холецистита.

Нельзя сказать, что это была первая операция на желчных путях. Имеются упоминания о более ранних операциях в ХУll и ХУllI столетиях. Так, в 1618 году J.Fabricius удалил камни из желчного пузыря. В 1743 году Jean -Louis Petit произвел, по-видимому, впервые холецистостомию. Но эти операции, также как холецистостомия американского хирурга John S. Bobbs, íîñèëè ñëó÷àéíûé õàðàêòåð. Последний предпринял попытку удаления опухоли яичника и, к своему удивлению, обнаружил наполненный гноем и камнями желчный пузырь. Удалив гной и камни, J. Bobbs подшил желчный пузырь к коже. Третья холецистостомия произведена американским акушер-гинекологом Marion Sims в **1878** году. Несмотря на неблагоприятный исход операции и более позднее её осуществление, за **M. Sims** cледует признать приоритет **холецистостомии**, поскольку она выполнена им вполне осознанно как метод лечения холецистита.

Cобственно с 1878 года началась планомерная разработка различных операций на желчных путях. (1880-81 год Winiwarter - анастомоз между желчным пузырем и поперечноободочной кишкой; 1882 год Marcy -холедохотомия; 1883 год Meredith - “идеальная холецистотомия”; 1887 год Н. Д. Монастырский - холецистоеюностомия; 1888 год B. Riedel - холедоходуоденоанастомоз; 1891 год Mac Burney - трансдуоденальное обследование фатерова сосочка; 1892 год P. Abbe - холедохостомия; 1894 год Th. Kocher - трансдуоденальная супрапапиллярная холедохотомия ). За короткий период времени были осуществлены все основные виды оперативных вмешательств на желчных путях.

1. Такое бурное развитие хирургии желчных путей в конце ХlХ века не было случайным. Вторая половина прошлого столетия ознаменовалась открытиями в области обезболивания и разработкой учения об антисептике и асептике, обусловив тем самым возможность развития абдоминальной хирургии. Чревосечение, производство которого ранее носило случайный характер, становится планомерной операцией.
2. В России первая публикация об оперативном лечении холецистита относится к 1885 году. Первая холецистэктомия была сделана Ю.Ф. Коссинским в 1886 году, всего через четыре года после рождения этой “абсурдной операции”. В 1901 и 1903 году П.И. Дьяконов выступил на страницах журнала “Хирургия” в защиту холецистэктомии, cчитая её “коренной операцией”. Начальный период хирургии желчных путей также связан с именами Г.И. Турнера, Матляковского, À.Р. Венера, А.Ф. Каблукова, A.А. Троянова. Отечественные хирурги не только с самого начала активно включились в разработку трудной главы хирургии, но и внесли немало нового, самобытного: холецистоеюноанастомоз, повторная операция удаления желчного пузыря после холецистостомии, глухой шов брюшной полости после эктомии желчного пузыря.

Сложен и противоречив путь развития хирургии желчных путей. Получив вначале широкое распространение , “идеальная холецистотомия” (рассечение пузыря с удалением камней и швом стенки) и холецистостомия постепенно вытиснились холецистэктомией. Первой из этих операций, несмотря на лестный эпитет, было суждено стать достоянием истории. Холецистостомия, как паллиативная операция ,заняла скромное место в оперативном лечении острого холецистита. В то время как холецистэктомия, подвергавшаяся не в меру темпераментной критике со стороны современников К. Лангенбуха, получила всеобщее признание.

Видный английский хирург L. Tait, один из пионеров хирургии желчных путей, именовал удаление желчного пузыря не иначе как “*радикальный абсурд”.* Защищая идею своей операции, К.Лангенбух четко высказал мысль, что **удалению подлежит больной желчный пузырь “потому, что он содержит камни, и в особенности потому, что в нем образуются камни!”.**

В результате полемики внедрение холецистэктомии в практику происходило медленно. К 1890 году 20 хирургами было сделано только 47 таких операций. Пройдет не один десяток лет прежде чем холецистэктомия вытеснит паллиативные вмешательства. Исключительна роль H. Kehr и С.П. Федорова в становлении желчной хирургии, однако и они в начале своей деятельности отдали дань времени. Так в 1904 году и затем на lX съезде Российских хирургов (1909) C.П. Федоров защищает стомию. Его точка зрения находит поддержку со стороны П.А. Герцена и председательствовавшего на съезде С.И. Спасокукоцкого. К моменту первого издания замечательной монографии (1918) у С.П. Федорова сложились взгляды, которые лежат в основе современных представлений. И H. Kehr сделал несколько сотен нерадикальных операций перед тем как решительно высказаться за холецистэктомию.

**Холецистэктомия является радикальной операцией**, которая в необходимых случаях дополняется оперативными вмешательствами на общем желчном протоке (холедохотомия, холедохолитотомия, холедохостомия, глухой шов холедоха, холедоходуодено - и холедохоеюностомия, папиллосфинктеротомия). Разрабатываемые методы растворения и дробления камней по радикальности пока не могут конкурировать с холецистэктомией.

Идея химического растворения желчных камней занимает умы исследователей с начала прошлого столетия. Для этой цели использовались эфир, хлороформ ( P.Pribram,1922 ; Best, 1938) , гепарин (В.В,Стукалов,1977 ), хенодезоксихолевая кислота (А.К.Георгадзе, 1987), монооктаноин ( J.L. Thistle cîàâ., 1989 ). Ýôôåêòèâíîñòü ìåòîäîâ ñîñòàâëÿåò ïðèìåðíî â 50% è êàñàåòñÿ òîëüêî õîëåñòåðèíîâûõ êàìíåé. Äëÿ âûïîëíåíèÿ ïðîöåäóðû íåîáõîäèìî äëèòåëüíîå наружное дренирование (до 3-4 недель) желчных путей ( холецистостомия, холедохостомия, назобилиарный дренаж с помощью дуоденоскопа) ,т.е. оперативное вмешательство.

Метод дробления камней гепатхоледоха осуществляется литотриптором в дополнение к эндоскопической папиллосфинктеротомии.

С восьмидесятых годов разрабатывается метод экстракорпоральной (динстационной) литотрепсии под контролем ультрасонографического и рентгенотевелизионного исследований в процессе процедуры.. Метод основан на разрушающем действии электрогидровлических волн Требуется специальная аппаратура. Сам метод находится в стадии разработки ( А.Э.Иванов, 1997 и др.).

Под **термином** “Постхолецистэктомический синдром” подразумевается больные, которые в прошлом перенесли операцию удаления желчного пузыря, и несмотря на это, продолжающие болеть.

Таким образом речь идет о плохих отдаленных результатах оперативного лечения желчнокаменнной болезни и холецистита .

По ряду соображений термин нельзя считать удачным . Во-первых, возникает неправильное представление о том , что сама операция ( точнее отсутствие желчного пузыря ) является причиной страдания больного . Несостоятельность такого представления очевидна ,так как подавляющее большинство больных , перенесших холецистэктомию излечиваются полностью .Во всяком случае ,выпадение функций желчного пузыря ( складирование и концентрация желчи , сокращение его стенок) не сопровождается какими-либо серьезными органическими и функциональными нарушениями ,которые обуславливали бы страдания оперированных , хотя при контрольных рентгенологических исследованиях (внутривенная холеграфия ) у некоторой части оперированных находят умеренное компенсаторное расширение внепеченочных желчных протоков .

Следует заметить, что у части оперированных полная или частичная потеря функции желчного пузыря существует уже до операции как следствие тяжелого часто рецидивирующего воспалительного процесса (полное замещение стенок желчного пузыря соединительной тканью ) . В таком случае при рентгенологическом исследовании желчный пузырь не контрастируется ( так называемый “отключенный пузырь”) или контрастируется очень слабо и не опорожняется после дачи пробного завтрака . Как показывают интраоперационные находки ,стенка желчного пузыря в таких случаях может быть утолщена до одного и более сантиметров

Столь же неудачно в термине слово “синдром” ,поскольку рассматриваемая группа больных не является однородной ни по причинам возникновения , ни по клиническим проявлениям страдания .Правильнее было бы говорить о целом ряде синдромов.

В связи с неудовлетворенностью термином предпринимались неоднократные попытки его замены .Одним из немецких хирургов был предложен термин: “*Синдром* ***несмотря*** *на выполненную холецистэктомию”* Однако это, как и другие предложения, не прижилось в клинической практике .

Термин “постхолецистэктомический синдром” не является обозначением конкретного . .заболевания. Он аналогичен собирательному понятию “Острый живот”, которое используется в неотложной хирургии, и поэтому может применяться только в поликлинических условиях, как направительный диагноз. В условиях стационара диагноз должен быть уточнен.

**Частота “постхолецистэктомического синдрома”.**

В литературе приводятся различные цифры “постхолецистэктомического синдрома”: от 5 до 40%. Такой широкий диапазон связан прежде всего с различным подходом авторов к оценке отдаленных результатов оперативного лечения ( что считать “удовлетворительным “или “плохим” результатом?).

По данным В.М. Cитенко и А.B.Нечая, синдром наблюдается у 10% оперированных.

Если относить к “постхолецистэктомическиму синдрому” только тех больных, которые вынуждены обращаться за врачебной помощью, то, судя по большинству публикаций, он наблюдается в 5 - 7% случаев.

**Причины “постхолецистэктомического синдрома” и их классификация.**

Общепризнанной классификации не существует.

В учебнике “Хирургические болезни”(под редакцией М.И. Кузина) приводятся три группы больных. Первую группу составляют болезни органов желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронический колит, рефлюкс-эзофагит). По мнению авторов учебника, это наиболее частая причина “постхолецистэктомического синдрома”. Ко второй группе относятся органические поражения желчных путей ( “забытые камни”, стриктура терминального отдела холедоха и дуоденального сосочка, длинная культя пузырного протока и оставленная часть желчного пузыря, рубцовые стриктуры вследствие ятрогенных повреждений гепатикохоледоха). К третей группе причин относят заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (хронический гепатит, панкреатит, дискинезия желчных протоков, перихоледохеальный лимфаденит).

И.М. Тальман(1963) рассматривает как причины “ПХС” : а) просмотр и оставление камней в протоках; б) стриктуры гепатохоледоха; в) гепатит, холангит, цирроз; г) панкреатит; д) заболевание желудка и кишечника; е) сращения и спайки; ж) длинная культя пузырного протока; з) гепатоптоз; и)дуоденостаз; к)подвижную ДПК; л) невралгия межреберных нервов, истерия; м) паразиты (лямблиоз, аскаридоз ) н) дискенезия желчных путей (спазм сфинктера Одди).Он также описывает теорию Прибрама о мезентериальном лимфангите и лимфадените как важнейшей причине рецидивов колик и других расстройств после холецистэктомии.

А.Т. Лидский (1963) считал, что среди большого числа причин “ПХС” можно выделить основные, наиболее частые, к которым относил: а)панкреатит; б) оставленные в протоках камни; в) расширение холедоха и наступившую дискенезию его; г)гепатохолангит; д) необоснованную холецистэктомию (ошибочный диагноз).

В.М. Ситенко и А.И. Нечай, авторы единственной отечественной монографии по постхолецистэтомическому синдрому (1972), приводят свою классификацию в таком виде:

**l.** Диспептические явления и боли в животе, не носящие характера приступа

**ll.** Приступы, протекающие как желчная колика.

А.. Патологические состояния, непосредственно относящиеся к желчной системе:

1) камни желчных протоков, 2) стеноз дуоденального сосочка, 3) стриктуры желчных протоков, 4) большая культя пузырного протока или остаток желчного пузыря, 5) киста общего желчного протока, 6) недостаточность дуоденального сосочка, 7) инородные тела желчных протоков, 8) опухоли билиопанкреатической системы, 9) холангит, 10) паразитарные поражения желчных путей (аскаридоз, лямблиоз и др.), 11) цирроз печени, хронический гепатит, 12) подпеченочный абсцесс, 13) дискинезия желчной системы (существование этого заболевания достоверно не доказано).

Б. Патологические состояния, относящиеся к другим органам и системам:

1) хронический панкреатит, 2) язва желудка или ДПК, 3) гастродуоденит, гастрит, 4) хронический колит, 5) хронический аппендицит, 5) гемолитическая анемия, 7) диафрагмальная грыжа, 8) почечнокаменная болезнь, нефроптоз, 9) деформирующий спондилоартроз, 10) диэнцефальный синдром, 11) опухоли желудка или кишечника, 12) психопатия, истерия, наркомания, аггравация, симуляция, 13) функциональные нарушения моторики в верхних отделахжелудочно-кишечного тракта, 14) хронический дуоденальный стаз ( существование этого заболевания в чистом виде нам представляется достоверно не доказанным).

В. Причина болевых приступов не установлена.

Кроме того, авторы замечают : “Безусловно, для каждого из заболеваний , перечисленных в этой схеме, нужны *еще дополнительные*, частные *классификации.”*

I.E. Berk(1961) различает ПХС, вызванный : 1) ошибочным диагнозом; 2) неполноценной операцией; 3) травмой желчных путей во время операции; 4) сохраняющимся заболеванием соседних органов; 5) физиологическими нарушениями.

C.М. Курбангалеев и М. Ралль (1967) различают как причины ПХС : 1) недостаточно тщательную ревизию протоков; 2) погрешности в технике операции и недостаточной её радикальностью; 3) запоздалым хирургическим лечением и удалением малоизмененного функционирующего желчного пузыря при бескаменном холецистите.

Г.Г. Караванов и О. В. Фильц (1966) различают патологию: 1) желчных путей; 2) печени и поджелудочной железы; 3) желудочно-кишечного тракта; 4) других органов и систем; 5) последствия операции, не имеющих прямой связи с патологией желчных путей.

Э.И.Гальперин и Н.В.Волкова (1988) выделяют четыре группы: 1) заболевания желчных протоков и большого дуоденального сосочка; 2) заболевания печени и поджелудочной железы; 3) заболевания двенадцатиперстной кишки; 4) заболевания других органов и систем.

Приведенные нами классификации не исчерпывают вопроса; в литературе имеются и другие. Однако этих примеров достаточно, чтобы сделать некоторые заключения. Во-первых, термин объединяет многочисленные и разнообразные патологические состояния. Во-вторых, в основу классификаций авторы кладут разные принципы. Во многих из них прослеживаются внутренние противоречия. Например, в классификации, приведенной в учебнике, во второй группе говорится об органических поражениях желчных путей, а в третей - о заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны, хотя понятно, что желчные пути входят в состав этой зоны. Классификация В.М. Cитенко и А.И. Нечая также не лишена недостатков, кроме того она громоздка и уже по этой причине не приемлема для клинической практики. В-третьих, классификации авторами строятся на основе их представлений о сути патологических процессов, что естественно и не вызывает возражений, однако среди этих представлений нередко встречаются надуманные и предвзятые идеи. Об этом явлении хорошо сказано в монографии П. Малле-Ги и П.Ж.Кестенс, чьё высказывание мы цитируем. *“Данной проблеме было посвящено множество работ, в основе которых часто лежали предвзятые идеи. Они -то и запутали вопрос, породили ложные проблемы и оставили во мнении медицинской общественности неправильные представления, казавшиеся неоспоримыми.*

В качестве одного из примеров, по нашему мнению, может служить теория Прибрама о роли мезентериального лимфаденита в происхождении рецидивов колик и других расстройств после холецистэктомии и аппендэктомии. Сейчас ясна несостоятельность этой теории, но еще в 1963 году И.М. Тальман считал её “интересной”.

Исходя из собственных представлений, основанных на данных литературы и личном опыте лечения больных желчнокаменной болезнью и холециститом, включая повторные операции на желчных путях, мы **выделяем четыре основные группы ПХС**

**Первую группу *составляют больные, у которых оперативное вмешательство было выполнено в неполном объеме.*** Это наиболее частая причина постхолецистэктомического синдрома, cоставляющая болеее половины больных. Речь идет о том, что ранее была произведена только холецистэктомия, в то время как имелась также патология внепеченочных желчных путей (холедохолитиаз, стриктуры терминального отдела и Фатерова сосочка.). Или же при выполнении оперативного вмешательства на гепатохоледохе были удалены не все камни, не устранена стриктура. “Резидуальные” (“забытые”) и, реже, вновь образовавшиеся (“истинный рецидив”) камни являются причиной страдания больных после холецистэктомии.

***Профилактика .***

Камни, как правило, образуются в желчном пузыре. Очень редко они могут возникать в холедохе в условиях холестаза. В подавляющем большинстве случаев камни в холедохе пузырного происхождения. Попадая через пузырный проток мелкие конкременты и песчинки могут проходить через дуоденальный сосочек в двенадцатиперстную кишку или оставаться в холедохе постепенно обрастая. В первом случае многократные повреждения слизистой приводит через асептическое (и тнм более бактериальное) воспаление к стенозу дуоденального сосочка и терминального отдела протока. Во втором случае возникает холедохолитиаз, который в свою очередь способствует возникновению холестаза и присоединению вторичной инфекции и тем самым также способствует развитию стриктур и камнеобразованию в системе желчных протоков.

Примерно у каждого пятого-шестого оперируемого больного калькулезным холециститом можно ожидать патологию общего желчного протока. В связи с появлением УЗИ и широким внедрением плановой хирургии количество больных холедохолитиазом должно уменьшатся.

В свое время Кер настаивал на том, чтобы при каждой холецистэктомии производить холедохотомию для ревизии протока. В то время не было рентгенологических методов исследования и тем не менее С.П.Федоров не считал это требование правильным.

Предупреждение развития посхолецистэктомического синдрома основано на улучшении диагностики холедохолитиза *до операции и во время выполнения холецистэктомии.*

Наличие в анамнезе признаков механической желтухи должно учитываться, хотя холедохолитиаз может протекать долгое время и без желтухи. Внутривенная холеграфия и, особенно, УЗИ (расширение протока и наличие камня) дают возможность диагностировать холедохолитиаз до операции во многих случаях. Тем не менее во время каждой холецистэктомии необходима тщательная ревизия гепатохоледоха (осмотр ширины - менее 10 мм; пальпация, интраоперационная холангиография через культю пузырного протока). Существуют и другие методики интраоперационного исследования (холедохоскопия, холагиоманометрия, трансиллюминация т.д.),но они не нашли по ряду причин широкого применения. При обоснованных подозрениях не следует отказываться от выполнения диагностической холедохотомии, во время которой проводится зондирование протока для выявления камней и стеноза терминального отдела холедоха.

И все же, несмотря на развитие диагностических методов, остаются справедливыми слова Кера относительно того, что ни один хирург не может утверждать что он никогда не оставлял камней в холедохе.

По мнению В.М.Ситенко и А.И.Нечая, хирург может оставить камни в протоках при двух обстоятельствах: 1) если холедохолитиаз при первичной операции не распознается и ревизия протоков не производится; 2) при неполноценной ревизии протоков, когда имеющиеся в них камни не выявляются или обнаруживается и удаляется только часть из них. С.П.Федоров (1934) писал: “При операции даже по вскрытии желчного протока не всегда удается вынуть из него все камни, особенно если они помещаются выше confluens. Как я упоминал уже не раз, ни зонд, ни головчатый металлический буж, ни ложечка или корнцанг не определяют иногда камни, несмотря на самое тщательное исследование. Только пальцем, введенным в проток, удается с уверенностью исключить присутствие в нем камня. Но для этого проток должен быть значительно расширен, что встречается далеко не так часто. Наконец, если даже и удается ввести палец в печеночный проток по направлению к печени, то, если камни ускользнули кверху в расширенные начальные ветви d. hepatici, oщупать их пальцем не удается. Три раза ускользали таким образом от меня в ветви печеночного протока камни при операциях и два раза я должен был окончить операцию заведомо оставив камни в протоках.” Следовательно, к двум обстоятельствам, о которых упоминают В.М.Ситенко и А.И.Нечай, следует добавить и третье: заведомое оставление камней при крайне тяжелой патологии, когда имеются камни во. внутрипеченочных протоках. В таких случаях, также как при множественных камня, когда нет уверенности в полном их удалении, показано наложение билиодигестивных анастомозов.

***Клиника***

Клинические проявления после холецистэктомии в этой группе остаются те же, что и до операции. Для холедохолитиаза характерны два клинических признака : 1) приступы желчнокаменной колики и 2) синдром механической желтухи.

***Диагностика***

Используются все те же методы диагностики как и перед холецистэктомией. Однако имеются некоторые особенности. Неприменима пероральная холецистография, поскольку желчный пузырь отсутствует. Если больной поступает в состоянии желтухи, то бессмысленна внутривенная холангиография ( гепатоциты не выделяют или выделяют слабо контрастный препарат). В связи с этим приходится чаще использовать методы прямого введения контрастного вещества в желчные пути ( чрескожная чреспеченочная холангиография, РХПГ ) и УЗИ.

**Лечение**

Повторное оперативное вмешательство, желательно в условиях специализированного отделения, где имеется опыт повторных операций на желчных путях. Цель операции - удаление “ забытых камней” и устранение стеноза ( холедохотомия, билиодигестивные анастомозы, сфиктеропапиллотомия, сфиктеропапиллопластика ). К последним двум видам оперативного пособия мы, как и некоторые другие хирурги, относимся сдержанно по четырем причинам. Во-первых, чаще всего имеется не изолированный стеноз большого дуоденального сосочка, а поражение терминального отдела холедоха на значительном протяжении. Во-вторых, в техническом отношении эти операции не проще анастомозов. В-третьих, приходится считаться с вероятностью рестеноза. В-четвертых, и это главное, эти операции опасны из-за вероятности развития послеоперационного тяжелого панкреатита нередко с летальным исходом.

**Вторую группу составляют больные, которым операция сделана поздно.**

Годами , нередко десятками лет, существующая патология желчного пузыря ведет к целому ряду тяжелых осложнений с вовлечением в патологический процесс печени, желчных путей и поджелудочной железы. В результате возникают бактериальный холангиогепатит, гнойный холангит с внутрипеченочными камнями и холецистопанкреатит, т.е. осложненные формы желчнокаменной болезни и холецистита.

Как правило, процесс начинается с камнеобразования в желчном пузыре ( камненосительство ), затем к камням присоединяется бактериальная инфекция и возникает воспаление желчного пузыря ( калькулезный холецистит ). Это не осложненная стадия заболевания, когда патологический процесс не выходит за пределы желчного пузыря. Выполненная в этой стадии холецистэктомия наиболее эффективна.

В результате многократных обострений холецистита вовлекается в патологический процесс печень( холецистогенный холангиогепатит ) или, реже, поджелудочная железа (холецистопанкреатит ).

В современной литературе незаслуженно мало внимания уделяется холангиогепатиту- неспецифическому негнойному воспалению мельчайших внутрипеченочных желчных протоков с поражением гепатоцитов и вероятностью развития печеночной недостаточности. В стадии обострения холангиогепатит сопровождается *паренхиматозной желтухой*. Этот закономерный для холецистита процесс был достаточно хорошо известен еще в начале столетия терапевтам, которые именовали заболевание термином “ гепатохолецистит” или “холецистогепатит”.

В большинстве случаев после удаления желчного пузыря - основного очага инфекции - холангиогепатит и холецистопанкреатит также излечиваются. Однако у части больных, у которых эти осложнения приобретают автономное течение, холецистэктомия не дает полного излечения.

Более редкое, но очень тяжелое поражение печени в виде гнойного процесса возникает при так называемом гнойном холангите, который , наш взгляд , в литературе неправильно трактуют как изолированное поражение холедоха. *Гнойный холангит*, как правило, возникает в условиях холедохолитиаза и стриктуры терминального отдела общего желчного протока и *закономерно сопровождается поражением печени*. При таком гепатите в стенке мельчайших внутрипеченочных протоков и вокруг них наблюдаются множественные микро- и макро-абсцессы и нередко имеются внутрипеченочные камни. Клинически для холангита характерны вспышки с резким подъемом температуры, ознобами и желтухой. Желтуха в таких случаях обусловлена не только механическими причинами, но и поражением гепатоцитов, т.е. она носит смешанный характер.

Хирургические и терапевтические возможности ограничены и мало эффективны. В острой стадии показано наружное дренирование холедоха , предпочтительно в виде мини-операций ( чрескожная чреспеченочная холестомия, РХПГ ), а в стадии ремиссии - наложение билиодигестивного анастомоза. Большинство таких больных ( внутрипеченочным камнями) через несколько лет погибают от сепсиса и печеночной недостаточности во время очередного обострения гнойного процесса.

***Профилактика.***

Холецистэктомия должна выполнятся **своевременно**, т.е. до возникновения осложненных форм калькулезного холецистита. Появление желтухи, независимо от её характера (механическая или паренхиматозная ), свидетельствует о распространении патологического процесса за пределы желчного пузыря.

Большое значение имеет развитие плановой желчной хирургии, которое наблюдается в нашей стране в последние два десятилетия.

***Клиника***

После холецистэктомии меняются клинические проявления заболевания. Имевшие место до операции приступы желчнокаменной колики исчезают, однако полного выздоровления не наблюдается. Имеется клиника холецистогенного холангиогепатита ( печеночная колика, паренхиматозная желтуха, диспептические проявления ) или панкреатита.

***Диагностика***

Прежде всего не обходимо исключить патологию общего желчного протока (см. первую группу постхолецистэктомического синдрома ). Диагностика холангиогепатита и панкреатита основывается на сочетании клинико-лабораторных и инструментальных методов (диагностика паренхиматозной желтухи, иногда пункционная биопсия печени).

***Лечение*** консервативное.

**Третью группу** составляют больные, у которых **холецистэктомия выполнена не по показаниям или не распознана патология других органов и систем.**

Она включает разнообразную патологию органов брюшной полости ( язвенная болезнь желудка и ДПК, гастриты, гастродуодениты, колиты, диафрагмальные грыжи и прочие) дискенизию желчных путей, а также диэнцифальный синдром, психопатию, истерию, наркоманию, симуляцию.

***Профилактика***

Известно, что отдаленные результаты оперативного лечения бескаменного холецистита значительно хуже, чем калькулезного. Конечно, причина плохих результатов обусловлена не отсутствием камней, а тем, что при их отсутствии часто допускается необоснованное удаление желчного пузыря ( лямблиоз, описторхоз, психопатия ). Необходим строгий подход при определении показаний к оперативному лечению бескаменного холецистита ( соединительнотканное замещение стенки пузыря, рентгенологически “отключенный жечный пузырь” , гангренозный пузырь у стариков на почве атеросклеротического поражения пузырной артерии).

Однако и при камнях в желчном пузыре в ряде случаев допускаются диагностические ошибки, когда разнообразная симптоматика со стороны других органов ошибочно объясняется исключительно камнями. С появлением УЗИ резко увеличилось количество выявления камненосителей, и с этим приходится считаться.

Относительно камненосительства существуют две противоположные точки зрения. Мейо считал, что “ безвредные желчные камни - это миф”. В противоположность ему, Кер не считал необходимым оперировать камненосителей. Во времена Кера не было рентгенологических методов диагностики, но он считал, что, если бы камни обнаруживались каким-либо способом, то резко бы увеличилось число ненужных операций.

По-видимому, в этом вопросе правильнее занимать среднюю позицию. Лицам, у которых случайно при УЗИ обнаруживаются камни в желчном пузыре, следует рекомендовать немедленное обращение к хирургу для решения вопроса об оперативном лечении при появлении первых клинических проявлений заболевания.

***Клиника, диагностика и лечение*** в этой группе разнообразны и зависят от характера патологии.

**Четвертую группу** составляют больные, у которых во время холецистэктомии допущены **технические погрешности** при выполнении **операции.**

В большинстве случаев интраоперационные повреждения элементов гепатодуоденальной связки не входят в понятие ПХС, поскольку они выявляются во время операции и в ближайшем послеопрационном периоде (пересечение и перевязка гепатохоледоха, ранение печеночной артерии и портальной вены ). Собственно к ПХС относятся посттравматические стриктуры холедоха, избыточная культя пузырного протока, остаток желчного пузыря. Количество таких больных, к счастью, мало, но группа особенно досадна, поскольку здесь обычно отчетливо просматривается вина оперировавшего хирурга.

*Посттравматическая стриктура* гепатохоледоха может возникать при чрезмерной тракции пузырного протока во время его перевязки. При этом лигатура захватывает стенки общего печеночного и общего желчного протоков. Грубое зондирование протока во время холедохотомии также может быть причиной посттравматического стеноза в области большого дуоденального сосочка. Возможно образование камня на нитке из нерассасывающегося шовного материала.

*Остаток желчного пузыря*. В этом случае выполняется собственно не холецистэктомия, а резекция дна или тела пузыря. Обычно резецируется пузырь мало опытным хирургом в двух типовых ситуациях: 1) во время экстренной операции, когда имеется плотная воспалительная инфильтрация стенок пузыря и гепатодуоденальной связки; 2) во время плановой операции при “сморщенном желчном пузыре”. Остаток желчного пузыря является несомненной причиной ПХС, независимо от того оставлены или нет конкременты. Возникает аналогичная ситуация как после холецистостомии, после которой ,как правило, выздоровления не наступает.

*Длинная культя пузырного протока.* Относительно данного состояния в литературе нет единого мнения. Рекомендация пересечения пузырного протока на расстоянии О,5 cм от общего желчного протока практически выполняется далеко не всегда, о чем свидетельствуют данные послеоперационных холеграфий. Но те же исследования показывают, что у многих носителей избыточной культи пузырного протока имеется полное клиническое выздоровление. Следует согласиться с мнением В.М.Ситенко и А.И.Нечая: “Вопрос о том, может ли *избыточная культя пузырного протока сама по себе причинять какие-либо страдания* хотя бы у части больных, остается окончательно не выясненным”. На наш взгляд, только после исключения всех других причин ПХС может идти речь о повторной операции по поводу избыточной культи пузырного протока. Некоторые хирурги говорят о невриномах культи пузырного протока как причине постхолецистомического синдрома. Но эти утверждения не имеют сколько-либо веских оснований.

***Профилактика***

Большое значение имеет квалификация хирурга; знание анатомии и наиболее частых вариантов взаимоотношений протоков и сосудистых структур гепатодуоденальной связки. Наряду с этим определенное значение имеют и характерологические особенности хирурга. Практика показывает, что интраоперационные повреждения встречаются нередко даже у технически хорошо подготовленных операторов, если они склонны к неоправданному риску. Основное правило: необходимо четко и не спеша выделять место впадения пузырного протока в гепатохоледох.

***Клиника, диагностика и лечение.***

Клиническая картина после холецистэктомии большей частью существенно не меняется. Диагностические приемы те же, что и до операции. Лечение оперативное.

**Краткие замечания по некоторым редким или спорным причинам ПХС**

*Кисты холедоха* редко встречающееся у взрослых заболевание. Дооперационная и даже интероперационная диагностика трудна, поэтому они просматриваются и производится холецистэктомия, которая не избавляет больных от страданий.

*Опухоли панкреатодуоденальной зоны* встречаются достаточно часто. Случается, большей частью при недостаточном знании начальных проявлений заболевания, ошибочное удаление желчного пузыря ( иногда с камнями). В дальнейшем при прогрессировании опухолевого роста выясняется истинная причина .

*Подпеченочный абсцесс* обычно относится к осложнениям раннего послеоперационного периода. В редких случаях возможно возникновение воспалительного инфильтрата с вовлечением гепатодуоденальной связки. В центре такого инфильтрата может находиться небольшая гнойная полость.

*Сращения и спайки* после холецистэктомии обычное явление, особенно после дренирования брюшной полости. Отдельные хирурги считают их одной из причин ПХС. При повторных операциях нам ни разу не приходилось видеть непроходимость протока вследствие даже мощных плоскостных сращений. То же самое можно сказать о воспалительных гиперплазированных лимфатических узлах, располагающихся вдоль гепатохоледоха. Лишь при метастазировании раковых клеток в эту группу узлов возникает непроходимость желчных путей, и не столько за счет их здавления, сколько в результате инфильтративного роста.

*Хронический дуоденальный стаз, недостаточность большого дуоденального сосочка, солярит, дискинезия желчных путей* привлекаются для объяснения причин ПХС, однако весомые доказательства при этом отсутствуют. Как пишут В.М.Ситенко и А.И.Нечай: “Из диагностических затруднений можно легко выйти, широко ставя диагноз дискинезии желчных путей”.

В заключение следует сказать, что, по данным В.М.Ситенко и А.И.Нечая, в 5,3 % причина болевых приступов осталась невыясненной, несмотря на довольно тщательное обследование и многолетние наблюдения за больными постхолецистэктомическим синдромом.

**Литература**

Гальперин Э.И., Волкова Н.В.

Заболевания желчных путей после холецистэктомии. “Медицина”.М.,1988

Иванов А.Э.

Дистанционная литотрепсия и малоинвазивные эндоскомпические вмешательства в лечении больных с холедохолитиазом. Канд. дисс. М., 1997.

Лидский А.Т.

Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. Медгиз. М., 1963, стр. 430 - 444.

Малле-Ги П. и Кестенс П.Ж.

Синдром после холецистэктомиию “Медицина”, М., 1973.

Ситенко В.М., Нечай А.И.

Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. “Медицина”, М., 1972.

Тальман И. М.

Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. Медгиз. Л., 1963, cтр. 377 - 402.

Торицын В.А.

Обоснование хирургической тактики при остром холецистите. Автореферат док. дисс. Тюмень, 1972.

Торицын В.А.

Холецистогенный холангиогепатит и его влияние на результаты хирургического лечения острого холецистита. Докт. дисс., Тюмень, 1982.

Федоров С.П.

Желчные камни и хирургия желчных путей. Медгиз. М. -Л., 1934, cтр. 357 - 370.

Методическое пособие составлено доц. В.А .Торицыным.