**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Специальные методы диагностики желчнокаменной болезни. Постхолецистэктомический синдром»**

**МИНСК, 2008**

**Специальные методы диагностики, применяемые при желчнокаменной болезни**

*Ультразвуковая диагностика* из-за своей неинвазивности, вы­сокой информативности и относительной дешевизне заняла важ­нейшее место в диагностике ЖКБ. На ультрасонограммах осо­бенно хорошо виден желчный пузырь, его размеры, толщина стенок и располагающиеся в пузыре конкременты. Достаточно отчетливо выявляется и расширение внутрипеченочных желч­ных протоков, гепатикохоледоха. Хуже - конкременты неболь­ших размеров, локализующиеся в ретродуоденальном и терми­нальном (внутристеночным) отделах общего желчного протока. Поэтому в случаях подозрения на холедохолитиаз (желтуха, холангит на момент исследования или в анамнезе, расширение внут­ри- и внепеченочных желчных путей), а также перед повторны­ми операциями на желчных путях, осуществляемыми после удаления желчного пузыря, ультразвуковая диагностика долж­на обязательно дополняться другими методами исследования, в частности рентгенологическими.

*Рентгенологические методы* широко используются для диаг­ностики желчнокаменной болезни. При этом обычная рентгено­грамма области печени имеет ограниченное значение, так как по­зволяет увидеть лишь обызвествленные и, следовательно, рентгеноконтрастные конкременты желчного пузыря, встречающиеся лишь у 10-15% больных ЖКБ, и не дает представления об изме­нениях в желчных протоках. *Контрастирование желчных пу­тей* может достигаться как непрямыми, так и прямыми метода­ми. К непрямым методам относится *выделительная, или экскреторная, холецистография - холангиография,* причем кон­трастный препарат может вводиться либо перорально (билитраст, холевид и др.), либо внутривенно (билигност, йопагност и др.). Значение этих методов ограничивается тем, что для удов­летворительного контрастирования необходима нормальная желчевыделительная функция печени и даже при невысоком уровне билирубинемии исследование оказывается неинформативным. Впрочем, и при нормальной функции печени непрямой метод да­леко не всегда позволяет получить детальную информацию о состоянии желчных путей.

Значительно более эффективны методы прямого контрасти­рования желчных путей. Оно может достигаться: а) при дуоденоскопии с ретроградной катетеризацией большого дуоденаль­ного сосочка, при которой одновременно достигается контрастирование панкреатического протока (эндоскопическая рет­роградная холангиопанкреатикография - ЭРХПГ); б) путем наружной пункции внутрипеченочных желчных путей (чрескожная чреспеченочная холангиография - ЧЧХ); в) пункцией жел­чного пузыря и/или гепатохоледоха под контролем УЗИ или при лапароскопическом исследовании (лапароскопическая хо-лецистохолангиография); г) путем пункции желчного пузыря или гепатикохоледоха во время операции (субоперационная хо­лангиография). При наличии наружного свища гепатикохоледо­ха контрастирование желчных путей осуществляется через свищ (фистулография). Все эти методы обычно позволяют получить отличное контрастирование желчных путей, однако, как и дру­гие инвазивные диагностические процедуры, в редких случаях могут давать осложнения, в том числе и тяжелые. ЭРХПГ может осложняться острым панкреатитом и даже панкреанекрозом, а прямые пункции желчных путей - подтеканием желчи через проколы после окончания исследования, в большинстве случаев кратковременным, но иногда дающим перитонеальную реакцию, и даже вялотекущий желчный перитонит, представляющий опас­ность при инфицировании желчных путей.

На прямых холангиограммах хорошо видны изменения про­света желчных путей (стриктуры, расширения, облитерация, де­формация), а неконтрастные конкременты обычно определяются в виде дефектов наполнения.

*Эндоскопические методы* и, в первую очередь, фибродуоденоскопия позволяет уточнить причину нарушений проходимости терминального отдела холедоха и провести дифференциальную диагностику желчнокаменной и других видов обтурации в обла­сти большого дуоденального сосочка - БДС (рак, доброкаче­ственная опухоль, в том числе полип БДС, периампулярные ди­вертикулы, ущемленный в БДС желчный конкремент). При этом может быть взят биоптат для патогистологического исследова­ния.

Во время операции можно произвести исследование просвета гепатикохоледоха с помощью *фиброхоледохоскопа,* вводимого в проток через холедохотомическое отверстие или через культю пузырного протока после холецистэктомии. При этом определя­ют состояние слизистой оболочки и наличие конкрементов, пло­хо пальпируемых снаружи, особенно в дистальной части холедоха.

*Компьютерная томография (КТ)* в сочетании с внутривен­ным ведением контрастного препарата (билископина) исполь­зуется в диагностически сложных случаях ЖКБ (сопутствую­щий индуративный панкреатит, подозрение на опухоль холедоха и головки поджелудочной железы).

Весьма информативной является *магнитно-резонансная то­мография (МРТ),* при которой протоки хорошо видны без кон­трастирования и притом более четко, чем при ЭРХПГ.

Показания к использованию этих двух современных неинвазивных методов при ЖКБ, к сожалению, ограничиваются их до­роговизной и малой доступностью для многих учреждений.

Для уточнения состояния печени применяют чрескожную игловую, лапароскопическую или субоперационную биопсию этого органа.

**Постхолецистэктомический синдром**

Введение в практику широко распространенного в настоящее время понятия «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) связано с тем обстоятельством, что у некоторой части больных после холецистэктомии по поводу ЖКБ и ее осложнений оста­ются или возникают расстройства, связанные с патологией желчевыводящей системы. Термин «ПХЭС», строго говоря, нельзя признать вполне корректным. Само по себе отсутствие желчного пузыря легко компенсируется и не сопровождается какими-либо болезненными явлениями. Более того, у подавляющего большин­ства больных ЖКБ пузырь еще задолго до операции оказывает­ся отключенным от желчных путей камнем или рубцовой стрик­турой пузырного протока и не играет никакой роли в желчевыведении. Словом же «синдром» обычно обозначают совокуп­ность симптомов, характерную для того или иного конкретного заболевания или патологического состояния. В данном случае речь идет либо о патологии, имевшейся и до операции, либо о связанных с операцией осложнениях, дающих болезненные про­явления, не укладывающиеся в единый синдром.

По данным литературы, частота ПХЭС сильно различается у разных авторов: от 7-8 до 25% и даже более. Эти различия во многом связаны с неодинаковым качеством дооперационной и субоперационной диагностики ЖКБ и квалификацией хирургов, выполняющих холецистэктомию, во многих случаях связанную с большими техническими трудностями. Следует помнить о неже­лательности ночных операций, выполняемых дежурными хирур­гами, далеко не всегда имеющими специальный опыт в желчной хирургии, но с легкостью расширяющих показания к экстрен­ным вмешательствам по поводу острого холецистита вследствие естественного стремления к быстрейшему овладению хирурги­ческими навыками.

Самой частой причиной ПХЭС является то обстоятельство, что удаление желчного пузыря оказывается неадекватной мерой хи­рургического лечения ЖКБ у больных с распространением за­болевания на гепатохоледох, включая зону БД С. Не диагности­рованный до операции холедохолитиаз и не выявленные во время операции камни протока обычно называются резидуальными, а камни, вновь формирующиеся в холедохе после холецистэкто­мии в связи с неустраненной рубцовой стриктурой в терминаль­ном отделе холедоха - рецидивными.

Хронические нарушения оттока желчи в ДПК и желчная гипертензия после холецистэктомии могут выражаться в тупых болях, локализующихся в правом подреберье, нередко возникаю­щих в ночные часы, часто связанных с обильным приемом жир­ной и острой пищи. Нередко отмечаются горечь во рту, особенно по утрам, вздутие в верхних отделах живота. Типичные присту­пы желчной колики не характерны для больных ПХЭС. Пальпаторная болезненность в правом подреберье также встречается далеко не у всех больных.

Резидуальные и рецидивные камни в общем желчном протоке, а также стриктура в его терминальном отделе могут, как и до холецистэктомии, осложняться обтурационной желтухой и холангитом, клинические проявления которых были рассмотрены выше.

Некоторые больные, перенесшие холецистэктомию, жалуются на боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, воз­никающие или усиливающиеся после приема обильной и жирной пищи, вздутие верхних отделов живота и другие диспептические расстройства. Обычно это связано с тем, что ЖКБ до операции протекала в форме острого или хронического холецистопанкреатита, панкреатический элемент которого после холецистэктомии сохраняется и приобретает самостоятельное значение, представ­ляя собой одну из форм постхолецистэктомического синдрома.

Наконец, не являются казуистически редкими случаи, когда холецистэктомия при ошибочном диагнозе холецистита произ­водится при отсутствии показаний к ней. Чаще всего это делает­ся в порядке неотложного хирургического пособия у недостаточно обследованных больных. Естественно, что при таких обстоя­тельствах боли в правом подреберье, принимавшиеся за проявле­ние холецистита, но зависевшие от других причин, продолжают беспокоить больного, что также обычно относят к проявлениям ПХЭС.

У некоторых больных, перенесших холецистэктомию, патоло­гические проявления со стороны желчевыводящих путей связаны с техническими дефектами оперативного вмешательства, чаще встречающимися при неотложных операциях. Эти дефекты мо­гут быть связаны с объективными техническими сложностями холецистэктомии (необычный вариант анатомии желчных путей, воспалительный инфильтрат, массивные рубцовые сращения) и/ или с недостаточной квалификацией оператора. Впрочем, и са­мые квалифицированные в желчной хирургии специалисты не вполне гарантированы от операционных осложнений.

Чаще всего речь идет о ятрогенном повреждении гепатикохоледоха. Наиболее часто оно происходит, когда при излишнем натяжении при перевязке проксимальной культи пузырного про­тока в лигатуру попадает стенка гепатохоледоха, что приводит к сужению или полному нарушению проходимости протока в этом месте. Стенка гепатохоледоха может попасть в лигатуру и при остановке кровотечения из культи пузырной артерии, которая ускользает за желчный проток, а ее нахождение и точное дотиро­вание сильно затрудняется изливающейся кровью. Прошивание же тканей под неточно наложенным кровоостанавливающим за­жимом может привести к сужению и даже лигированию находя­щегося рядом в Рубцовых тканях желчного протока. При пол­ном перекрытии просвета протока сразу же после операции развивается обтурационная желтуха, что является показанием к релапаротомии для восстановления оттока желчи. Частичное нарушение проходимости протока может повести к хронической патологии с вторичным формированием камней выше места су­жения и последующим возникновением обтурационной желтухи и холангита.

При манипуляциях в области печеночно-двенадцатиперстной связки, шейки пузыря и пузырного протока иногда происходит непосредственное повреждение или даже полное пересечение гепатикохоледоха. Боковое повреждение стенки обычно распозна­ется по истечению желчи. Полное же пересечение между кровоостанавливающими зажимами с последующей перевязкой иног­да проходит незамеченным и выявляется после вмешательства по появлению обтурационной желтухи, являющейся показанием к релапаротомии.

Небольшой дефект стенки протока может быть сразу же ус­пешно ликвидирован тонкими рассасывающимися швами. Что же касается замеченного во время операции полного пересече­ния протока, то, к сожалению, первичное сшивание его концов, особенно во время холецистэктомии, проводимой дежурными хи­рургами, редко заканчивается успехом, приводя либо к стенозированию с уже упоминавшимися проявлениями и осложнениями, либо к формированию стойкого желчного свища.

Трудности выделения инфундибулярной части шейки желч­ного пузыря при хроническом холецистите и рубцовые измене­ния могут привести к тому, что недостаточно опытные хирурги при холецистэктомии «от дна» удаляют только дистальную часть (2/3~3/4) пузыря, оставляя прилежащую к пузырному протоку проксимальную часть обычно вместе с камнем, расположенным в кармане Гартмана. В прошлом говорили даже о так называемом реформированном пузыре, то есть о возможности частичной ре­генерации этого органа, выявляемой при повторной операции, хотя речь, как правило, идет о технической ошибке при холецистэкто­мии. Если после операции не формируется желчный свищ, через который иногда отходит оставленный в шейке пузыря камень, а культя проксимальной части пузыря заживает, то клинические проявления могут напоминать клинику хронического холецис­тита. Иногда оставленный в культе пузыря (в гартмановском кармане) камень может оказывать наружное давление на общий желчный проток, нарушая отток желчи. Применительно к этому состоянию иногда употребляют термин «синдром Мирицци», хотя этот автор описал не столько синдром, сколько редко встречаю­щийся механизм нарушения проходимости холедоха.

Описаны и другие, более редкие механизмы возникновения постхолецистэктомического синдрома.

Оперативное лечение постхолецистэктомического синдрома должно соответствовать его патогенезу и в подавляющем боль­шинстве случаев быть направленным на устранение имевшихся до удаления желчного пузыря или возникших после операции препятствий к свободному оттоку желчи из печени в пищеварительный тракт. Вмешательства по поводу ПХЭС практически всегда отличаются большой технической сложностью и должны выполняться хирургами, имеющими специальный большой опыт в хирургии желчных путей, работающими чаще всего не в тех отделениях и учреждениях, где выполнялась первая, не давшая хорошего результата операция.

Перед повторной операцией больные должны тщательно ис­следоваться, как правило, с обязательным использованием пря­мого контрастирования желчных протоков, в крайнем случае, производимого субоперационно.

При формировании стойкого желчного свища, связанного с камнем или стриктурой в области фатерова сосочка, проходи­мость дистального отдела холедоха может быть восстановлена двумя методами, не связанными со сложными повторными опе­рациями: а) с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии, при которой обтурирующий кронкремент извлекается или отходит самостоятельно; 6) с помощью методов ретроградного извлечения камня через свищ, перед которым делается попытка частичного его дробления и растворения с местным применени­ем растворителей холестерина (эфир и другие). После восста­новления проходимости дистального отдела холедоха свищ, как правило, быстро закрывается.

При резидуальном или рецидивном холедохолитиазе без об­разования свища операция состоит в лапаротомии, разделении сращений, ревизии зоны предшествующей операции, идентифика­ции и выделении гепатохоледоха, холедохотомии и извлечении конкрементов из просвета протока. При невозможности устра­нить препятствие току желчи в терминальном отделе протока (вклиненный фиксированный конкремент, рубцовая стриктура) существуют две возможности завершения операции: а) наложе­ние билиодигестивного анастомоза; б) папиллосфинктеротомия (папиллосфинктеропластика). Билиодигестивный анастомоз (предпочтительным считается холедохоэнтероанастомоз на вык­люченной по Ру петле тощей кишки) удобно накладывать при расширении просвета и утолщении стенок холедоха, обычно на­блюдающемся при холедохолитиазе и постоянном или периоди­ческом холестазе. При узком или малорасширенном протоке чаще осуществляют папиллосфинктеротомию, производимую либо че­рез дуоденотомическое отверстие после мобилизации подковы кишки по Кохеру, либо эндоскопическим методом. После трансдуоденального рассечения фатерова сосочка обычно удаляется ущемленный в нем конкремент, а слизистая оболочка рассечен­ного протока и ДПК сшиваются между собой. В последнем слу­чае вмешательство на сосочке называют папиллосфинктеропластикой.

При эндоскопической папиллосфинктеротомии, которая в на­стоящее время считается большинством специалистов методом выбора при восстановлении проходимости терминального отде­ла холедоха, сшивание краев разреза невозможно, а удаление ущемленного в сосочке камня с помощью специальных инстру­ментов (корзиночка Дормиа) иногда оказывется затруднитель­ным и приходится ожидать самопроизвольного его отторжения в течение нескольких дней. В последние годы разработана методи­ка чрескожного чреспеченочного зондирования гепатикохоледоха и проталкивания камня, ущемленного в терминальном его от­деле, в двенадцатиперстную кишку, в том числе и без рассечения сосочка.

В случае значительных рубцовых изменений в средней части гепатикохоледоха, наличии здесь стриктур или свищей восстано­вительно-пластические операции, направленные на отток желчи в ДПК естественным путем - мало перспективны. Поэтому при­ходится резецировать измененную часть гепатохоледоха, перевя­зывать или ушивать его дистальную культю и накладывать билиодигестивный анастомоз в воротах печени, где происходит слияние правого и левого печеночных протоков с выключенной по Ру петлей тощей кишки (бигепатикоеюноанастомоз). Для пре­дупреждения рубцового сужения этого технически трудного ана­стомоза в послеоперационном периоде через анастомозированную петлю кишки, анастомоз, каждый из двух печеночных протоков и ткань печени проводятся две тонкие пластиковые трубки, оба конца каждой из которых выводятся через проколы брюшной стенки наружу. Эти сменные чреспеченочные дрена­жи, каждый из которых замыкается в кольцо, требуют периоди­ческого промывания. Они должны носиться больным длитель­ное время (до 18-24 мес), то есть до окончания формирования стабильного просвета анастомоза. В течение столь длительного периода больные, как правило, временно переводятся на инва­лидность и периодически приходят в лечебное учреждение для контроля и смены чреспеченочных дренажей, осуществляемой каждые 6-8 нед из-за закупорки их просвета и боковых отвер­стий элементами загустевающей желчи. Такие пациенты могут выполнять ту или иную нетяжелую работу дома или вне его.

В случае, если ПХЭС связан с оставлением проксимального отдела пузыря, последний подлежит удалению, разумеется, с до-операционной и субоперационной оценкой состояния гепатикохоледоха.

Лечение хронического панкреатита подчас представляет труд­ную задачу и вряд ли может рассматриваться в настоящем раз­деле, за исключением тех случаев, когда панкреатит поддержива­ется патологией терминального отдела холедоха, которая рас­сматривалась выше.

Наконец, у больных, которым холецистэктомия была произве­дена вследствие диагностической ошибки при отсутствии орга­нической патологии желчных путей, должны приниматься меры для установления истинной причины имеющихся жалоб. В дан­ном случае следует иметь в виду исключение патологии двенад­цатиперстной кишки (хроническая язва, дивертикул, дуоденостаз), правой почки, печеночного изгиба и других отделов ободочной кишки. Популярный диагноз «дискинезия желчных путей», оправдывающий направление на консервативное гастро­энтерологическое лечение, не всегда бывает правильным. Впро­чем, гастроэнтерологи, которые без сомнения должны прини­мать активное участие в диагностике и лечении этой формы ПХЭС, к сожалению, во многих случаях легко расстаются с боль­ными с помощью стандартной фразы: «Идите туда, где вас опе­рировали».

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Альперович Б. И. Хирургия печени и желчных путей. —Томск, 1997.
2. Гальперин Э. И., Кузовлев Н. Ф., Карангюлян С. Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. — М.: Медицина,1982.
3. Гепатобилиарная хирургия. Руководство для врачей / Под ред. Н. А. Майстренко, А. И. Нечая. — СПб: Специальная литература, 2002.
4. Королев Б. А., Пиковский Д. Л. Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 2000.
5. Напалков П. Н., Учваткин В. Г., Артемьева Н. Н. Сви­щи желчных путей. — Л.: Медицина, 1976.
6. Напалков П. Н., Артемьева Н. Н., Качурин В. С. Плас­тика терминального отдела желчного и панкреатического прото­ков. - Д.: Медицина, 1980.
7. Родионов В. В., Филомонов М. И., Могучее В. М. Каль- Кулезный холецистит (осложненный механической желтухой). —М.: Медицина, 2001.