

поверхности печени большом сальнике, в околопупочной области, повреждение которых сопровождается массивным кровотечением. При комбинации холедохолитиаза или стриктуры ВЖП с портальной гипертензией наличие выраженных венозных коллатералей существенно усложняет диссекцию элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и может стать причиной кровопотери, опасной для жизни.

## **РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ**

Дударов З. А., Майоров В. М., Зыблев С. Л., Адамович Д. М.,  
Батюк В. И., Лин В. В., Анджум Вакар

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,  
г. Гомель, Республика Беларусь

Холедоходуоденостомия относится к числу распространенных операций в билиарной хирургии, составляя около 77,5% от общего числа билиодигестивных анастомозов. Холедоходуоденальный анастомоз (ХДА) достаточно прост в исполнении и удобен для хирурга, имеет неплохие функциональные результаты. Вместе с тем, ХДА не лишен определенных недостатков, которые могут обуславливать серьезные осложнения. К таким осложнениям относится рефлюкс-холангит, который отмечается у 8,4-22,4% пациентов, перенесших эту операцию.

Холангит, возникающий после формирования ХДА, бывает двух типов: 1) обтурационный, возникающий вследствие стриктуры анастомоза; 2) необтурационный, возникающий при достаточной ширине анастомоза и свободной проходимости ХДА, как следствие дуоденального рефлюкса и инфицирования ЖВП.

После наложения ХДА ликвидируется автономность желчевыводящей системы, БДС прекращает выполнять свою запирательную функцию, создаются условия для рефлюкса дуоденального содержимого в желчные протоки. Кроме того, происходит выключение из желчеоттока дистального отдела

холедоха и образование «слепого мешка» поданастомозного отдела со скоплением в нем пищевых масс.

**Цель:** изучить результаты лечения пациентов с рефлюкс-холангитом после ХДА.

**Материал и методы.** За период 2008-2017 гг. нами пролечены 32 пациента с рефлюкс-холангитом, которым ранее был сформирован ХДА. Из числа этих пациентов 17 были ранее оперированы в нашей клинике, что составило 9,3% от общего числа пациентов, которым был сформирован ХДА за этот же период времени. В исследуемую группу не были включены пациенты со стриктурами ХДА. Женщин было 26 (81,2%), мужчин 6 (18,8%).

Основными клиническими проявлениями были: периодически возникающие боли в правом подреберье у 32 чел., сопровождающиеся гипертермией, нередко с ознобами – у 30 (93,7%); транзиторная желтуха – у 18 (56,2%); диспепсические явления – у 21 (65,6%); снижение массы тела – 13 (40,6%). Алгоритм диагностики, помимо клинических проявлений, включал лабораторные исследования, УЗИ, ФГДС, рентгенологическое и радиологическое обследование.

Об отрицательном воздействии дуоденобилиарного рефлюкса на печень можно судить по нарушению ее функции, проявляющемуся повышением уровней аминотрансфераз, ЛДГ, тимоловой пробы – т. е. признаками хронического гепатита. Это подтверждалось данными радиоизотопного сканирования печени – диффузное поражение печени у 23 (72%) из 32, снижение поглотительной функции гепатоцитов.

При УЗИ: утолщение стенок желчных протоков (ЖП) отмечено у всех пациентов, расширение внутривенных ЖП – у 17 (53,1%), милиарные абсцессы печени – у 2 (6,2%), множественные абсцессы левой доли печени – 1 (3,1%).

При ФГДС определялись косвенные признаки хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП): желчь в желудке натошак, рефлюкс желчи из ДПК в желудок, широкий диаметр ДПК, антральный гастрит, рефлюкс-эзофагит. Анастомоз был проходим у всех пациентов, ширина его колебалась от 1,0 до 1,5 см. Этот факт часто вводил в

заблуждение врачей и пациентам длительное время проводилась консервативная терапия по поводу т. н. «постхолецистэктомического синдрома», антрального гастрита, рефлюкс-эзофагита и т. д., не дававшая положительного эффекта.

При рентгеноскопии желудка и ДПК у всех пациентов отмечались дуоденобилиарный рефлюкс и длительная задержка контрастного вещества в ЖП. ХНДП разной степени выраженности отмечены у 27 (84,3%) пациентов.

Все наблюдаемые пациенты были оперированы. Выполнено: разобщение ХДА с ушиванием ДПК и формированием гепатикоюностомии (ГЕА) по Ру – 28 (87,5%) пациентов; ГЕА и дуоденоюностомия с нижнегоризонтальным ее отделом на одной петле, выключенной по Ру (при декомпенсированной стадии ХНДП) – 3 (9,4%), левосторонняя гемигепатэктомия и ГЕА – 1 (3,1%). Умер 1 (3,1%) пациент с милиарными абсцессами печени и холангиогенным сепсисом.

Прослежены отдаленные результаты в сроки от 1 года до 6 лет у 23 человек. Признаков холангита не отмечено ни у кого из них. Периодически возникающие тупые боли в правом подреберье, не требующие специального лечения, беспокоили 5 (21,7%) пациентов.

**Заключение.** Одно из серьезных и опасных для жизни пациента позднее осложнение холецистэктомии – рефлюкс-холангит. ХНДП является одним из главных факторов развития данного осложнения, что необходимо учитывать при планировании операции. Рентгенография желудка и ДПК с отсроченными снимками обязательны при подозрении на наличие рефлюкс-холангита у пациентов после ХДА. Мерой профилактики и лечения рефлюкс-холангита является формирование билиодигестивного анастомоза в виде гепатикоюностомии по Ру.