



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет» Мини-  
стерства здравоохранения Российской Федерации  
Образовательная программа  
специальность  
31.05.01 Лечебное дело  
(уровень специалитета)  
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ  
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ  
«Госпитальная хирургия,  
детская хирургия»  
МОДУЛЬ  
«Госпитальная хирургия»

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию  
для студентов V курса лечебного факультета

**Тема: Постхолецистэктомический синдром.**

“Утверждаю”  
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“\_02\_” \_\_\_\_\_ июля \_\_\_\_\_ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № \_13\_

Волгоград, 2018 год.

## ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин дать представление о синдроме после операций на желчном пузыре и желчевыводящих путях

## ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:

Разобрать следующие вопросы:

- 1). Определение понятия, причины;
- 2). Клиника диагностика и дифференциальная диагностика;
- 3). Эндоскопические методы в диагностике и лечении постхолецистэктомического синдрома;
- 4). Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

### I. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:

Термин «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) является сборным клиническим понятием, удобен для общего обозначения всей группы патологического состояния, наблюдавшихся у больных, подвергшихся холецистэктомии.

Частота ПХЭС 7-56% (В. С. Савельев, 1988; А. С. Шалимов, 1995; Ю. П. Савченко, 1986).

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 другие поражения органов и систем.

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

1. Заболевания желчных протоков и большого дуоденального соска (БДС):

- камни желчных протоков и БДС;
- стеноз БДС;
- недостаточность БДС;
- избыточность длины культы пузырного протока;
- «остаточный желчный пузырь»;
- стриктура внутри- и внепеченочных желчных протоков;
- стриктура желчеотводящих анастомозов;
- кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков;
- опухоли желчных протоков и БДС.

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.

**Этиология и патогенез.** Из небольшого разнообразия причин расстройств после операции на желчевыводящих путях следует выделить три:

диагностические ошибки в дооперационном периоде или во время операции;

тактические ошибки, допущенные при проведении операции;

технические погрешности при проведении операции.

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

Причины оставления камней в желчных протоках кроются в недооценке клинической характеристики заболевания, ошибочной интерпретации данных дооперационных, и особенно операционных методов исследования, в основном холангиограмм.

Камни желчевыводящих протоков значительно чаще (до 80%) локализуются в общем желчном протоке, приблизительно 10% наблюдений составляют большие, у которых конкременты находятся в терминальном отделе холедоха и БДС. Лишь у 5-7% больных камни локализуются в общем печеночном и внутрипеченочных протоках.

**Клиника и диагностика.** Клинические проявления заболеваний желчевыводящих путей у больных, перенесших холецистэктомию, полиморфны. Они колеблются от незначительных болей и диспептических расстройств до яркой симптоматики в виде желтухи, лихорадки или наружного желчного свища с синдромом эндогенной интоксикации. Примером яркой симптоматики ПХЭС может служить клиническая картина, встречающаяся при ущемлении конкрементов в БДС. Она характеризуется резкими болями в эпигастральной области опоясывающего характера, желтухой, амилазурией.

Дооперационные диагностические методы;

1. УЗИ. Это скрининг-тест, с которого нужно начинать обследование больных для быстрой ориентации при постановке диагноза до применения более сложных методов.

2. 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.

3. Рентгенологические исследования желудка и 12-перстной кишки.

4. Фистулография.

5. Внутривенная холангиография.

6. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) показана у больных с желтухой неясного генеза для выяснения ее характера, а также для оценки состояния желчных протоков и протока поджелудочной железы. Отсутствие расширения внутри и внепеченочных желчных протоков свидетельствует против механической желтухи, т. к. для нее характерна прежде всего желчная гипертензия, и, следовательно, увеличение диаметра протоков.

7. Чрескожная чреспеченочная 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 йодосодержащих препаратов.

Обзорная рентгенография брюшной полости.

Радиоизотопные методы исследования.

Компьютерная томография.

Радиогепатография.

Ангиография чревного ствола.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГС).

Дуоденоманометрия.

Лапароскопия.

Фистулоскопия.

Операционные методы исследования.

Окончательный диагноз у больных с заболеваниями желчевыводящих путей устанавли-

вают во время операции с использованием специальных методов исследования:

Измерение ширины гепатикохоледоха.

Интраоперационная холангиография.

Гидродинамические методы, которые направлены на определение функционального состояния желчных путей и определение их тонуса и тонуса сфинктера Одди: манометрия, кинезиметрия, дсбитометрия,

Трансиллюминация

Инструментальные методы исследования: зондирование протоков, холедохос копия.

Дуоденотомия.

Срочная операционная биопсия.

**Лечение.** Для выбора правильной тактики лечения ПХЭС необходимо решить. 1) действительно ли причина болей связана с нарушениями со стороны желчных путей или боли не имеют отношения к перенесенной операции. 2) определить характер патологического процесса и причину нарушения желчеоттока.

В повторном оперативном вмешательстве нуждается 63,8% больных с ПХЭС. Показаниями к повторной операции являются: 1) синдром нарушения желчеотока, 2) холангит с нарушением дренажной функции протоков; 3) внутренний желчно-дигестивный свищ, 4) стойкий наружный желчный свищ.

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.

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.

Оперативные вмешательства при ПХЭС бывают восстановительные и реконструктивные. Восстановительные операции включают ликвидацию органических нарушений проходимости гепатикохоледоха и БДС с сохранением пассажа желчи в 12-перстную кишку через естественное отверстие.

Восстановительные операции:

А. Восстановительные операции при камнях общего желчного протока и стенозах БДС.

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

Папиллосфинктеротомия делается по абсолютным и относительным показаниям. Абсолютными показаниями являются, ущемленные камни и ограниченный стеноз БДС. Относительные показания: рецидивные и резидуальные камни гепатикохоледоха, недренируемый ретродуоденальный отдел общего желчного протока после ранее произведенной холедоходуоденостомии, панкреатит. Папиллосфинктеротомия не показана при наличии множественных камней в гепатикохоледохе, «продолженном» стенозе БДС, распространяющемся на ретродуоденальный отдел протока, при дуоденостазе.

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 делают резекцию гепатикохоледоха с анастомозом конец в конец. 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.

Реконструктивные операции:

А. Реконструктивные операции при камнях холедоха и стеноза БДС.

Наибольшее распространение получила холедоходуоденостомия (ХДС). Классическими способами ХДС являются: анастомоз бок в бок по Финстереру, анастомоз по Флеркену - сшивание стенок продольно рассеченного протока и Т-образной рассеченной стенки 12-перстной кишки, анастомоз по Юрашу (продольно-поперечный).

Показания к ХДС следующие: 1) сужение терминального отдела общего желчного протока на протяжении 2,5 см и более; 2) множественный холедохолитиаз, а также неуверенность в полном удалении конкрементов; 3) травматические манипуляции на БДС; 4) сочетание стеноза БДС с кистой общего желчного протока или резком его расширении (атония).

ХДС противопоказана: 1) при резких воспалительных изменениях стенок общего желчного протока и 12-перстной кишки; 2) при нарушении моторно-эвакуаторной функции 12-перстной кишки; 3) при остром панкреатите; 4) при перитоните.

Б. Реконструктивные операции при рубцовых стриктурах печеночных протоков.

Хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков более чем 70% осуществляется путем реконструктивных операций. Оптимальным вмешательством при повторных операциях на рубцово-измененных желчных протоках является создание холедохо-еюноанастомоза. Преимущество его заключается в формировании анастомоза достаточной ширины без натяжения швов и предупреждении кишечно-билиарного рефлюкса или снижении его риска.

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.

Эндоскопические вмешательства. Наиболее распространенным видом эндоскопического вмешательства является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭП).

Показания:

Рецидивный или резидуальный холедохолитиаз со стенозом БДС или без него.

Холедохолитиаз и стеноз БДС с высоким риском абдоминальной операции.

Изолированный непротяженный стеноз БДС.

Стеноз БДС при функционирующем холедоходуоденоанастомозе (при синдроме «слепого мешка») или его рубцовом сужении.

Рестеноз БДС.

Хронический панкреатит, обусловленный сужением устья протока поджелудочной железы.

Рак БДС у больных с желтухой в целях подготовки к операции.

Такие эндоскопические вмешательства, как рассечение рубцовостенозирующего холедоходуоденоанастомоза, назобилиарное дренирование применяются значительно реже.

Результаты отдаленного лечения ПХЭС. Анализ результатов повторных операций на желчевыводящих путях показывает, что 79- 95% больных избавляются от страдания, которое послужило причиной повторного оперативного вмешательства. Прогноз у больных с ПХЭС зависит при прочих равных условиях от продолжительности желчной гипертензии и степени функциональных нарушений печени.

## II. ПЛАН ЗАНЯТИЯ /210 мин./:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 10 мин.

2. Контроль исходного уровня знаний студентов /решение ситуационных задач, разбор клинических ситуаций, деловая игра/ - 20 мин.
3. Курация больных – 30 мин.
4. Опрос студентов по теме занятия (90 мин.)
5. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия)– 30 мин.
6. Итоговый контроль знаний (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 25 мин.
7. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 5 мин.

### III. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Занятие проводится в учебной комнате – проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров.
2. В аудитории или лекционном зале – показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

### IV. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

- Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).
- Клинические формы и симптоматология заболевания(й).
- Методы обследования больных.
- Показания к применению специальных методов исследования больных.
- Основы построения диагноза.
- Принципы проведения дифференциального диагноза.
- Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/.
- Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства.
- Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

### V. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:

1. Назовите основные причины, вызывающие ПХЭС.
2. Какие основные клинические признаки при оставленных камнях в желчных протоках вы знаете?
3. Какие основные клинические симптомы при стенозе большого дуоденального сосочка вы знаете?
4. Основные клинические признаки при стриктуре холедоха.
5. Какие эндоскопические вмешательства применяются при ПХЭС?
6. Перечислите методы, применяемые при обследовании больного с холедохолитиазом.
7. Перечислите методы, применяемые при обследовании больного со стенозом БДС.
8. Какие показания к ЭРХПГ при ПХЭС вы знаете?
9. Назовите показания к повторным операциям при ПХЭС.
10. Какие восстановительные оперативные вмешательства применяются при холедохолитиазе и стенозе БДС?
11. Какие реконструктивные оперативные вмешательства применяются при холедохолитиазе и стенозе БДС?

12. Какие восстановительные оперативные вмешательства применяются при рубцовых стриктурах печеночных протоков?
13. Какие реконструктивные оперативные вмешательства применяются при рубцовых стриктурах печеночных протоков?
14. Назовите интраоперационные методы исследования желчевыводящих путей.
15. Какие показания к эндоскопической папиллосфинктеротомии при ПХЭС вы знаете?
16. Какие показания к холедоходуоденостомии при ПХЭС вы знаете?

#### РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

##### **Основная литература.**

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

##### **Дополнительная литература.**

1. Гальперин Э. И., Волкова Н. В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М. Медицина, 1988. 265 с.
2. Маяле-Ги П. Синдром после холецистэктомии. М.: Медицина, 1973. 140 с.
3. Меграбян Р. А. Постхолецистэктомический синдром // Хирургия. 1994. № 12. С 48-51.
4. Нечай А. И. Причины так называемого ПХЭС и возможности их своевременного распознавания // Хирургия. 1993. № 10. С 74-78.
5. Панцырев Ю. М. и др. Хирургический и эндоскопический методы лечения ПХЭС // Советская медицина 1983. № 10. С 90-92.
6. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Смирнов В. А, Мовчун А. А. Реконструктивная хирургия при пораженных внепеченочных желчных протоках. М.: Медицина, 1980. 303 с.
7. Проблемы хирургии желчных путей. М.. Медицина, 1982. 260 с.
8. Родионов В. В. Дооперационная инструментальная диагностика послеоперационного холедохолитиаза // Хирургия. 1995 № 1. С. 31-33.
9. Ситвнко В. Н., Нечай А. И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях М., 1972. 240 с.
10. Шалимов А А. Принципы лечения ПХЭС // Клиническая хирургия. 1989 № 3. С. 6-10.