

¹Б.А. ИРИСВАЕВ, ²А.З. САТХАНБАЕВ, ³Ж.Р. СЕРГАЗИН,
²А.Ы. АННАОРАЗОВ

¹Кафедра хирургии, анестезиологии и реанимации

²Международный Казахско-турецкий университет
им. Х.А.Ясави

³Южно Казахстанская областная клиническая больница

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТО- МИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ПХЭС)

УДК 617-089

В статье «Новый взгляд на постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)» приведен проспективный анализ данных 620 больных за 6 месячный период ЮКО Областной клинической больницы, отделение хирургия №1. Во время исследования были изучены истории болезни и статистические данные для выяснения основных причин развития ПХЭС, определение принципов его диагностики и лечения.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, ПХЭС, холецистэктомия

Актуальность

Острые и хронические желчнокаменные болезни (ЖКБ) желчного пузыря не смотря на многочисленные методы консервативного и хирургического лечения не перестают быть одним из частых болезней пищеварительной системы которые влекут за собой множество других заболеваний при некорректной тактике лечения. Для лечения этих болезней выполняется лапароскопическая или классическая холецистэктомия (ХЭ). Если в прошлом веке данной операцией пользовались только для лечения острого и хронического холецистолитиаза и других безкаменных, гнойно-воспалительных заболеваний желчного пузыря, то в наше время данная операция выполняется на многих других оперативных вмешательствах не связанных с воспалением желчного пузыря таких как трансплантация печени, операции при заболеваниях гепатобилиарной и панкреато-дуоденальной системы. Все они считаются вторыми по частоте выполняемых операций после аппендэктомии. В мире ежегодно выполняют до 3 млн операций на желчных путях (преимущественно холецистэктомии). В США этот показатель достигает до 700 тыс. холецистэктомий ежегодно.

Операции выполняемые по поводу ЖКБ не всегда могут решать всю проблему. У определенного количества больных после выполнения лечебной манипуляции болевой, диспептический и другие синдромы и симптомы не полностью исчезают. По истечении определенного времени симптомы могут постепенно возвратиться.

С модернизацией хирургических манипуляций, а точнее с минимализацией оперативных вмешательств травматизация оперируемых органов снизилась.

Применение эндовидеолапароскопических методов лечения ЖКБ дала возможность значительно снизить травматизацию желчного пузыря, желчных протоков и органов гепатобилиарной системы. Но несмотря на это прогрессивный рост заболеваемости населения с ЖКБ у определенных групп пациентов приводит к возвращению дооперационных симптомов и синдромов. Независимо от вида оперативного вмешательства удаление желчного пузыря у некоторых групп больных приводит к появлению постхолецистэктомических расстройств обозначаемые как ПХЭС. Частота ПХЭС увеличивается пропорционально к росту ХЭ. По данным некоторых авторов частота встречаемости ПХЭС варьирует от 5% до 50% в зависимости от сложности выполняемой операции и степени воспалительного процесса в желчном пузыре [1.2.3.4]. Такие показатели обусловлены, ростом заболеваемости ЖКБ, заметным повышением хирургических вмешательств и расширением показаний к холецистэктомии, как в плановом, так и в экстренном порядке. Все вышеперечисленные высказывания по поводу ПХЭС показывают и обосновывают актуальность данной проблемы и необходимость дальнейшего изучения.

Цель исследования данной работы является выявление основных причин развития ПХЭС, определение принципов его диагностики и лечения.

Материалы, методы исследования и результаты обсуждения

Для достижения поставленной цели нами проведено проспективное исследование данных 620 больных за период 01.01.2016-15.07.2016 гг. во время исследования были изучены истории болезни и статистические данные ЮКО Областной клинической больницы, отделение хирургия №1 (ОКБ ХО №1) 620 больных. Из 620 больных мужчин было 217 (35%), женщин 403 (65%) в возрасте от 28-86 лет. Больных поступавших в ОКБ ХО №1 в плановом порядке через портал 541 (88%) и 77 (12%) в экстренном порядке. Все пациенты поступали со стандартными симптомами и синдромами ЖКБ. Для выяснения достоверности симптомов были проведены лабораторно-инструментальные исследования поступивших больных. Изучение данных больных показало 341 (55%) ЖКБ хронический калькулезный холецистит, 217 (35%) ЖКБ острый калькулезный холецистит, 62 (10%) без каменные воспалительные болезни желчного пузыря и желчных протоков. После клинического обоснования диагноза изучая лабораторные и инструментальные данные была проведена лапароскопическая ХЭ под общим наркозом 558 (90%) больным. 62 (10%) больным была проведена лапароскопическая ХЭ с дальнейшей конверсией на срединный лапаротомный разрез брюшной полости в меру технических трудностей.

После проведения хирургического оперативного лечения и послеоперационного консервативного лечения больные были выписаны с выздоровлением с рекомендациями на проведения перевязки послеоперационной раны у хирургов по месту жительства.

Из 620 больных после проведения лечения с повторными жалобами обратились 155 (25%) . Больные предъявляли жалобы на боли в области живота различного характера, интенсивности и локализации.

Объем обследования больных включал клинико-anamnestические и лабораторные данные, рентгенологические и инструментальные исследования (УЗИ, ЭФГДС, ЭРХПГ, компьютерная томография и др.).

В результате клинического обследования из 155 больных патология гепатобилиарной системы выявлена у 57 пациентов (37 %), патология не связанная с гепатобилиарной системой – у 97 (63 %). Причинами развития ПХЭС в группе патологии гепатобилиарного тракта были: резидуальный холедохолитиаз у 14 пациентов, изменения в большем дуоденальном сосочке (БДС) – у 16, сужение дистального отдела холедоха – 27 больных. Сравнительная эффективность методов исследования, необходимо выделить вы-сокую информативность эндоскопической ретроградной холепанкреатографии (ЭРХПГ). В случаях, когда УЗИ не дает четких данных о состоянии билиарного тракта, ЭРХПГ позволяет обнаружить прямые и косвенные признаки холелитиаза, определить состояние билиарной протоковой системы и БДС. Обнаружение при ЭРХПГ конкрементов или сте-нозирования в сосочке являлось основанием для перевода диагностического исследования. Некоторые авторы для определения желчеоттока предлагают использовать динамическую гепатобилисцинтиграфию (ГБСГ) которая показывает функцию сфинктера Одди, а также магниторезонансная холангиопанкреатографию (МРХПГ) [5].

Важно в процессе исследования определить причину сужения просвета БДС. Если оно обусловлено рубцовыми изменениями в сосочке, прибегали к его устранению применением ЭПСТ, бужирования, стентирования. Если сужение вызвано воспалительными изменениями и не сопровожда-лось желтухой, проводилась комплексная противовоспалительная консервативная терапия. Наличие новообразований БДС подлежит хирургическому лечению: папилэктомии либо наложению билиодигестивного соустья.

При лечении пациентов группы ПХЭС с хирургической патологией использовались миниинвазивные хирургические методы лечения: ЭПСТ, литотрипсия и литоэкстракция, а также открытые методы: папилэктомиа, билиодигестивные анастомозы.

Анализ результатов исследования показал, что группу с хирургической патологией гепатобилиарной системы составили 57 пациентов (37 %), тогда как вторая группа, не связанная с гепатобилиарной системой, почти в двое превысила первую: 97 больных (63 %) Это свидетельствует о том, что современные диагностические возможности позволяют выявить причину хирургического заболевания и его осложнений еще до операции ХЭ и выбрать оптимальный объем вмешательств. Рецидив хирургической патологии возможен лишь в условиях не устраненной причины нарушения пассажа желчи и развития билиопанкреатической гипертензии, когда простое удаление желчного пузыря и конкрементов не обеспечивает полного выздоровления. Изменились и методы устранения хирургической патологии (холелитиаз, патология БДС, стенозы и стриктуры протоковой системы и др.). Если раньше применяли открытые методы устранения указанных причин (холедохолитотомии, трансдуоденальные папиллосфинктеротомии, билиодигестивные операции), то в настоящее время методом выбора являются миниинвазивные вмешательства: ЭПСТ, ЭПСТ с литотрипсией и литоэкстракцией, стентирование, лапароскопические операции (85-87 % всех вмешательств). Упростился в последние годы и лечебный алгоритм при ЖКБ: обнаружение конкрементов в желчном пузыре или протоках рассматривается, как показание для хирургического лечения, причем постепенно утверждается тактика неотложных вмешательств, максимальное сокращение сроков дооперационного периода. За этим положительным фактором скрываются и отрицательные моменты.

Выводы.

- При ЖКБ и ее осложнениях определить до операции оптимальный характер и объем вмешательства и лечения, исключающий развитие ПХЭС. Для достижения использовать полный арсенал новейших лабораторных и инструментальных исследований .
- Только тщательный анализ клинико-anamnestических, инструментальных и лабораторных данных пациентов с ПХЭС позволяет оценить патогенетическое происхождение ПХЭС.
- При наличии осложнений и сопутствующих заболеваний у пациентов с ЖКБ, холецистэктомия не может рассматриваться как заключительный этап лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. – М.: 1988. – 229 с.
- 2 Тарасов К.М. Клинико-лабораторная оценка билиарной недостаточности у больных с холецистэктомией: автореф. дисс. ... канд. мед. – М., 1994. – 22 с.
- 3 Делюкина О.В., Моторные дисфункции желчных путей и особенности сладже, методы их коррекции: автореф. дисс. ... канд. мед. – М.: 2000. – 45 с.
- 4 Комарова Ф.И., Гребенева А.Л. Руководство по гастроэнтерологии. – М.: 2002. – 156 с.
- 5 Зорина В.А., Кононова Н.Ю., Зубковская Н.С., Кононов Ю.Н. Изучение эффективности бальнеотерапии постхолецистэктомического синдрома. – СПб.: 2003. – 356 с.
- 6 Fukuda K., Kuroki T., Tajima Y., et al. Comparative analysis of Helicobacter DNAs and biliary pathology in patient with and without hepatobiliary cancer // Carcinogenesis. – 2002. – 23. – P. 1927–1931.
- 7 Lin T.T., Yeh C.T., Wu C.S., Liaw Y.F. Detection and partial sequence analysis of Helicobacter pylori DNA in the bile samples // Dig. Dis. Sci. – 1995. – 40(3). – P. 2214–2219.
- 8 Kawaguchi M., Saito T., Ohno H. et al. Bacteria closely resembling Helicobacter pylori detected immunohistologically and genetically in resected gallbladder mucosa // J. Gastroenterol. – 1996. – 31(1). – P. 294–298.
- 9 Maurer KJ, Ihrig MM, Rogers AB. et al. Identification of cholelithogenic enterohepatic helicobacter species and their role in murine cholesterol gallstone formation // Gastroenterology. – 2005. – 128. - №4. – P. 1023–1033.

¹Б.А. ИРИСВАЕВ, ²А.З. САТХАНБАЕВ, ³Ж.Р. СЕРГАЗИН, ²А.Ы. АННАОРАЗОВ

¹Хирургия, анестезиология және реаниматология кафедрасы

²Қ.А. Ясауи атындағы халықаралық қазақ-түрік университеті

³ОҚО Облыстық клиникалық ауыруханасы. Хирургия №1 бөлімі

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙІНГІ СИНДРОМҒА ЖАҢА КӨЗҚАРАС

Түйін: «Холецистэктомиядан кейінгі синдромға жаңа көз қарас» зерттеуде ОҚО Облыстық клиникалық ауыруханасының, хирургия №1 бөлімінде 6 айдың ішінде емделген 620 науқастардың деректері проспективті зерттелді. Зерттеу барысында аурудың негізгі даму себебіні, диагностикасыны және емдеу тәсілдеріні анықтау мақсатында науқастардың ауру тарихы және статистикалық деректері қаралды.

Түйінді сөздер: өт қабығын сылудан кейінгі синдром, холецистэктомиядан кейінгі синдром, холецистэктомия

¹B.A. IRISVAYEV, ²A.Z. SATKHANBAYEV, ³J.R.SERGAZIN, ²Y.A. ANNAORAZOV

¹Department of Surgery, Anesthesiology and Intensive Care

²H.A.Yasavi International kazakh-turkish university

³SKR Regional Clinical Hospital, Department of Surgery №1

A NEW VIEW TO POSTCHOLECYSTECTOMICAL SYNDROME

Resume: In the article "A new view to postcholecystectomical syndrome (PHES)" we did a prospective analysis of 620 patients for the 6 month period SKR Regional Clinical Hospital, Department of Surgery №1. During the study examined medical records and statistics to determine the main causes of PHES, the definition of the principles of its diagnosis and treatment.

Keywords: postcholecystectomical syndrome, PHES, cholecystectomy