

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Якубенко В. В., Вертянкин С. В., Амиров Э. В., Иванов Р. Ю., Козлов А. Е.

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России

POSSIBILITIES OF SURGICAL TREATMENT AT POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

Yakubenko V. V., Vertyankin S. V., Amirov E. V., Ivanov R. Y., Kozlov A. E.

Saratov State Medical University

Якубенко В. В.
Yakubenko V. V.
E-mail:
yakubenko.dok@mail.ru

Термин «Постхолецистэктомический синдром» впервые появился в медицинской литературе в 30-х годах прошлого столетия. С тех пор ведутся споры о правомочности его употребления. Действительно, более общего и неконкретного названия для диагноза придумать сложно. Тем не менее, данный термин сохраняет свою жизнеспособность и до настоящего времени, присутствуя в МКБ-10 под шифром K91.5. Причем его частота на протяжении многих десятилетий остается величиной постоянной, составляя в среднем 10-15%.

Отсутствие единого этиологического и патогенетического фактора для развития данного синдрома приводит к выделению различными авторами множества причин его возникновения и клинических проявлений. Так М. И. Кузин выделяет 3 основные группы причин: болезни органов желудочно-кишечного тракта, органические поражения желчных путей и заболевания органов гепато-панкреатодуоденальной зоны. Т. Д. Звягинцева развитие клинических симптомов после операции связывает с состояниями, которые не были устранены при операции, с изменениями, которые возникли вследствие хирургического вмешательства, с поражениями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, с органическими заболеваниями других органов и систем и с функциональными нарушениями желчных путей и двенадцатиперстной кишки, возникающими вследствие отсутствия желчного пузыря. А. А. Ильченко в качестве причин ПХЭС выделяет дисфункции сфинктера Одди, тактические и технические погрешности операции и хроническую билиарную недостаточность. Согласно «Римскому консенсусу по функциональным расстройствам органов пищеварения» (1999 г.), вместо термина «постхолецистэктомический синдром» предложено использовать термин «Дисфункция сфинктера Одди».

Мы предлагаем разделять ПХЭС на 2 вида: ПХЭС 1 типа, вызванный функциональными причинами, и ПХЭС 2 типа, имеющий органическую этиологию. И, если лечение первого является задачей гастроэнтерологов, то для оказания адекватной помощи остальным больным необходимы хирургические методы. Таким образом, основной задачей обследования пациентов с ПХЭС является именно исключение структурных нарушений (в подавляющем большинстве случаев, резидуального холедохолитиаза и стриктур желчевыводящих путей).

В нашей клинике используется следующая схема обследования. Наряду со стандартными исследованиями крови и мочи исследуется уровень прямого и непрямого билирубина, трансаминаз, амилазы, ГГТ, щелочной фосфатазы. Из инструментальных обследований у всех больных применяем УЗИ, ФГДС с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка, рентгеноскопию желудка, МР-ХПГ (МРТ в режиме холангиографии). Следует отметить, что ЭРХПГ мы считаем достаточно инвазивным методом и применяем только для проведения папиллосфинктеротомии или стентирования холедоха при обнаружении органических поражений внепеченочных желчных протоков при МР-ХПГ или в случаях, когда последняя противопоказана.

Тактический алгоритм, предлагаемый нами, основан на результатах обследования. В случае резидуального холедохолитиаза выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия с механической литоэкстракцией. При невозможности данного метода — оперативное лечение (холедохолитотомия с наложением различных видов билиодигестивных анастомозов или дренированием холедоха по Керу). При стриктурах операцией выбора является стентирование протоков, однако чаще, по финансовым причинам, выполняется наложение билиодигестивного анастомоза. Из последних предпочтение отдается гепатико- или холедохоеюноанастомозу по Ру. В редких случаях, при невозможности доступа к большому дуоденальному сосочку, используется чрескожная чреспеченочная холангиостомия. Имеется опыт антеградного стентирования желчных протоков. Таким образом, использование четкого алгоритма позволяет своевременно выявлять больных ПХЭС 2 типа, сочетая высокую диагностическую точность обследования с его минимальной инвазивностью. Аналогичный принцип соблюдаются и при лечении больного.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2015; 114 (2):118

Experimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2014; 114 (2):118

Все Авторы представленных работ заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данных работах.

Все Авторы представленных работ ознакомлены с правилами публикациями, и подтверждают свое согласие.