

Гибадулина И.О., Тупицын М.В.
**КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
У ПАЦИЕНТОВ С
ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ
СИНДРОМОМ**

Томский Военно-медицинский институт, г. Томск

Цель исследования: Определить клинические особенности постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), изучить функциональное состояние печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы у пациентов, перенесших холецистэктомию.

Материал и методы: Обследовано 84 пациентов с ПХЭС после выполненной ранее холецистэктомии по поводу различных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ). Соотношение женского и мужского пола составило 4,6 : 1; средний возраст пациентов – 45,1±4,9 года. Средняя продолжительность анамнеза ЖКБ с момента впервые установленного диагноза и до оперативного лечения составила 5,9±2,3 года. Для реализации вышеуказанных задач осуществляли изучение клинико-анамнестических данных, физикальные методы исследования, анализ биохимических показателей, ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, доплерографическую оценку печеночной гемодинамики, радиологическое исследование печени и желчных протоков посредством динамической гепатобилисцинтиграфии. Определенной категории пациентов (17,9%) осуществляли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

Полученные результаты: Все пациенты были разделены на 3 группы наблюдения: 1) 58 (69,1%) пациентов с функциональными расстройствами желчевыделения; 2) 12 (14,3%) больных с органическими причинами нарушения желчеоттока; 3) 14 (16,6%) пациента, у которых ПХЭС был обусловлен поражением органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

При анализе жалоб, анамнестических данных и особенностей клинических проявлений у обследованных пациентов было отмечено, что функциональные расстройства желчевыделения после холецистэктомии регистрировались преимущественно у больных, перенесших оперативное лечение в раннем и неосложненном периоде ЖКБ, в состоянии ремиссии воспалительного процесса.

Частота развития органической патологии желчевыводящей системы оказалась значительно выше у больных с длительным анамнезом ЖКБ и после осуществления холецистэктомии в экстренном порядке на фоне выраженного воспалительного процесса в гепатобилиарной системе. При этом отмечено, что особенности развития ПХЭС существенно не повлияли на характер субъективных и объективных симптомов, диагностированных в ходе общеклинического обследования пациентов, что определило необходимость проведения углубленной оценки морфо-функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта с целью верификации причин неудовлетворительных результатов холецистэктомии.

Функциональное состояние гепатобилиарной системы характеризовалось изменениями биохимических показателей крови, характеризующих липидный и белковый обмен, а также ферментов и пигментов печени. Наиболее часто у обследованных определялся цитолитический синдром (у 75,1% больных) и холестатический синдром (у 69,1% больных), реже нарушения жиrolипидной функции печени и белкового обмена, отмеченные соответственно у 47,6% и 28,6% больных. Согласно полученным данным, колебания показателей активности ферментов печени, а также уровня средних значений белково-осадочных проб, протромбинового индекса, фибриногена были более значимыми у пациентов с нарушением желчеоттока.

Лабораторные индикаторы функционального состояния поджелудочной железы свидетельствовали о наличии ферментативного диспанкреатизма у 26,1% пациентов. Причем, как показали результаты инструментальных методов исследования, у обследованных 1 и 2 групп наблюдения изменения внешнесекреторной функции поджелудочной железы были обусловлены патологическими изменениями большого дуоденального сосочка с развитием холангио- и панкреатикозектазии, а у части (21,4%) пациентов 3 группы наблюдения – вследствие обострения хронического панкреатита.

Оценка ультразвуковых параметров печени и поджелудочной железы позволила выявить у подавляющего большинства пациентов с ПХЭС (85,7% и 51,2% соответственно) наличие патологических изменений в виде эхоскопических признаков структурной перестройки паренхимы, а также гипертензии протоковой системы. При эхолокации элементов билиарного тракта верифицировано тотальное (59,5%) и субтотальное (23,8%) расширение желчных путей. При этом панкреатикозектазия была выявлена у 22,4% пациентов в виде тотального (30,8%) или локального (69,2%) варианта.

Нарушения поглотительно-экскреторной функции печени, по данным динамической гепатобилисцинтиграфии, проведенной у 52 пациентов, были выявлены в 84,6% случаях, причем наибольшие изменения отмечены у больных с признаками гипертензии желчевыводящей системы органического происхождения ($p < 0,05$), что, вероятнее всего, связано с прогрессированием патологических проявлений вследствие холестаза, а также с наличием сопутствующих заболеваний других органов пищеварения, прежде всего поджелудочной железы.

Заключение: Таким образом, комплексное обследование пациентов, неудовлетворенных результатами ранее перенесенной холецистэктомии, позволило определить клинико-функциональное состояние гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, в основе патологических изменений которого чаще лежит нарушение желчеоттока. С целью профилактики ПХЭС проведение хирургического вмешательства по поводу ЖКБ целесообразно выполнять как можно в более ранние сроки развития холеолитиаза, в плановом порядке, после комплексного обследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, с выполнением адекватной коррекции гипертензии желчевыводящих протоков в послеоперационном периоде.