

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Быстровская Е. В., Ильченко А. А.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Со времени внедрения в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) результаты лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) значительно улучшились. Сокращение койко-дня в 2–3 раза, минимальная травматичность, косметический эффект и уменьшение реабилитационного периода — бесспорные преимущества ЛХЭ. Однако вместе с нарастанием хирургической активности в отношении больных желчнокаменной болезнью наблюдается увеличение количества пациентов, перенесших холецистэктомию и нуждающихся в обследовании, медикаментозной, а порой и хирургической коррекции. Об этом свидетельствуют собственные данные и данные многочисленных литературных источников. В течение 2004 года в отделении патологии желчевыводящих путей ЦНИИГ с диагнозом постхолецистэктомический синдром прошли курс стационарного лечения 153 пациента, что составило 26,3% общего числа больных с билиарной патологией, в 2005, 2006 и 2007 гг. — 28,7, 31,6 и 34,5% соответственно. По данным различных авторов, у 15–40% пациентов, которым была произведена холецистэктомия, в течение ближайших пяти лет после операции появляются абдоминальные боли или диспепсические явления [1, 2, 3].

Трактовка причин более и диспепсических расстройств после холецистэктомии постоянно менялась начиная с выполнения первой операции. Вначале их объясняли техническими погрешностями во время операции, затем развитием спаечного процесса в ее зоне. В последующем стали придавать значение выпадению функций желчного пузыря и его регулирующей роли в отношении сфинктерного аппарата желчных путей. Хирурги отстаивают мнение о том, что сохраняющиеся после операции жалобы являются следствием некачественного предоперационного обследования, в результате чего не произведена их своевременная коррекция. По мнению хирургов, основой «постхолецистэктомического синдрома» являются холедохолитиаз, хронический рецидивирующий панкреатит, болезни большого дуоденального сосочка (БДС), дивертикулы двенадцатиперстной кишки [4, 5].

По мнению терапевтов, холецистэктомия, независимо от вида проведенного оперативного ле-

чения, не компенсирует сложных патофизиологических нарушений, имеющих место при желчнокаменной болезни, основными из которых являются печеночно-клеточная дисхолия, сохраняющаяся литогенность желчи (низкий холато-холестериновый индекс). После операции патологические процессы, характерные для этого заболевания, протекают в новых анатомо-физиологических условиях, характеризующихся выпадением физиологической роли желчного пузыря, нарушением работы сфинктерного аппарата билиарного тракта, расстройством нейрогуморальной регуляции процессов желчеобразования и желчевыделения [6, 7].

Таким образом, проблема диагностики и лечения постхолецистэктомического синдрома остается актуальной как для терапевтов и гастроэнтерологов, так и для хирургов. Существует необходимость уточнения объективных критериев, определяющих само понятие постхолецистэктомического синдрома, исследования факторов риска его возникновения, позволяющих на этой основе сформулировать диагноз, разработать методы дифференцированных подходов к его лечению и профилактике.

Цель исследования: проанализировать отдаленные результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено в два этапа. С целью определения частоты выявления органической патологии внепеченочных желчных протоков у больных ПХЭС были проанализированы результаты трансабдоминальной ультрасонографии (ТУС), а также (если проводились) эндоскопической ультрасонографии (ЭУС), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) 1033 пациентов, ранее оперированных по поводу ЖКБ в различных стационарах страны и обследованных в отделении патологии желчных путей ЦНИИГ в период с 1998 по 2003 год.

Для оценки отдаленных результатов хирургического лечения ЖКБ обследованы 306 пациентов, оперированных в хирургическом отделении



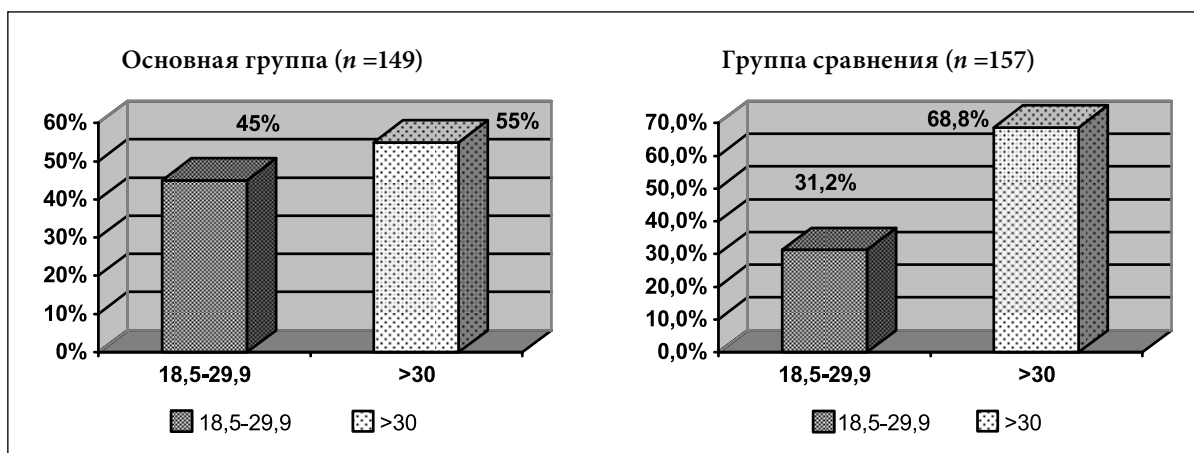


Рис. 1. Сравнение индекса массы тела в группах исследования

ЦНИИГ в 2003 году. Указанные пациенты активно были вызваны для проведения обследования, включающего тестирование ($n = 306$), сбор анамнеза ($n = 306$), биохимическое исследование крови ($n = 172$), ультразвуковое исследование органов брюшной полости ($n = 172$).

Оценка самочувствия проводилась с использованием шкалы оценки желудочно-кишечных симптомов GSRS. Данный опросник прошел процесс валидации и языковой адаптации в России.

При сборе анамнеза и ретроспективном анализе историй болезни выясняли:

- течение ЖКБ на дооперационном этапе (выраженность болевого и диспепсического синдромов);
- размеры, количество и характер имевшихся конкрементов в желчном пузыре и (если имелись) в общем желчном протоке;
- возникшие до операции осложнения, в частности, наличие в анамнезе механической желтухи, холедохолитиаза, «отключенного» желчного пузыря;
- объем проведенной операции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При ретроспективном анализе результатов ТУС, ЭУС ($n = 328$) и ЭРХПГ ($n = 136$) 1033 больных с ПХЭС у 213 (19,6%) диагностирована следующая органическая патология со стороны внепеченочных желчных протоков:

- резидуальный и рецидивный холедохолитиаз ($n = 164 - 76,9\%$);
- не ликвидированный во время операции или вновь возникший рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), дистального отдела холедоха ($n = 39 - 18,3\%$);
- последствия технических погрешностей операций (рубцовая стриктура общего желчного протока ($n = 7 - 3,4\%$), патологически измененная культя пузырного протока ($n = 3 - 1,4\%$)).

У остальных пациентов выявлены различные функциональные нарушения моторики билиарного тракта, а также нарушения, в основе которых лежат изменения химизма желчи.

В результате опроса пациентов, активного выявления жалоб установлено, что из 306 больных, перенесших пять лет назад операцию по поводу ЖКБ в различном объеме, 149 человек (48,7%), по их субъективной оценке, не имеют основания для обращения к врачу. Эти пациенты составили основную группу. У 157 пациентов (51,3%) присутствует абдоминальный и диспепсический синдромы различной степени выраженности. Эти пациенты объединены в группу сравнения.

По результатам опроса пациентов, составивших основную группу исследования, установлено, что из 149 человек у 42 (28,2%) самочувствие оценено как хорошее, то есть медикаментозная коррекция не требовалась в том числе без соблюдения диеты. У 107 человек (71,8%) — как удовлетворительное. Эти пациенты осознают необходимость соблюдения

Таблица 1

ЧАСТОТА РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЖКБ В ГРУППАХ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Варианты клинического течения ЖКБ	Основная группа ($n = 149$)	Группа сравнения ($n = 157$)
Немой	34,2% ($n = 51$)	14,6% ($n = 23$)
Болевой	42,9% ($n = 64$)	30,6% ($n = 48$)
Диспепсический	22,9% ($n = 34$)	54,8% ($n = 86$)

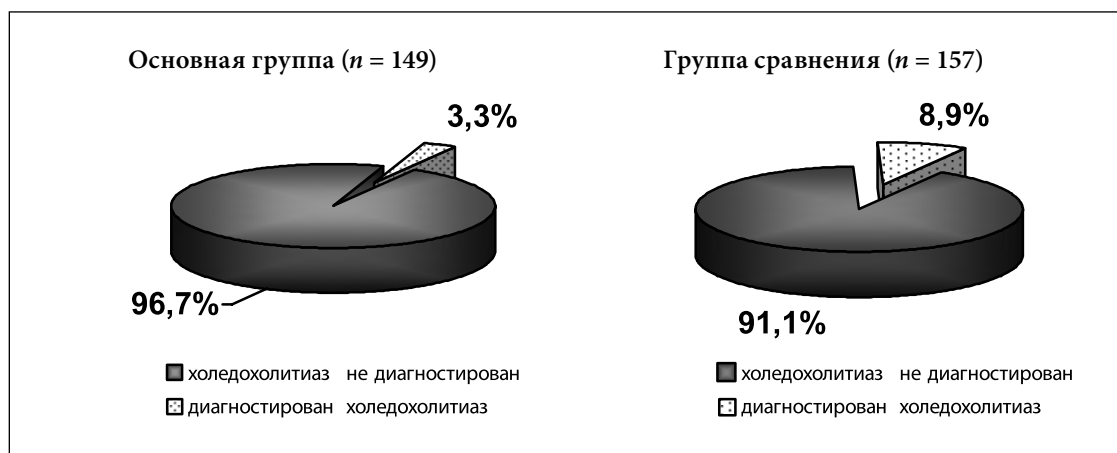


Рис. 2. Частота холедохолитиаза, диагностированного в группах исследования на дооперационном этапе или интраоперационно

определенных диетических норм в связи с ухудшением самочувствия при их нарушении, появлением диспепсического синдрома и абдоминальных болей средней степени выраженности.

Проанализированы половой состав и средний возраст пациентов в каждой группе.

В основной группе соотношение мужчин и женщин соответствует 5:1, средний возраст — 52,3 ± 13,4 года. В группе сравнения соотношение мужчин и женщин равнялось 6:1; средний возраст — 57,6 ± 13,8 года. Таким образом, оба показателя в указанных группах не имеют значимых различий.

На основании исследования индекса массы тела (ИМТ) установлено, что он превышал норму ($\text{ИМТ} > 30 \text{ кг/м}^2$) в основной группе в 55% (82 человека), в группе сравнения — в 68,8% (108 человек) случаев. Обращает внимание, что в основной группе преобладали пациенты с I ($\text{ИМТ } 30\text{--}34,9 \text{ кг/м}^2$) и II ($\text{ИМТ } 35\text{--}39,9 \text{ кг/м}^2$) степенью ожирения, составившие 81,9% (122 человека). В группе сравнения — II и III степени ($\text{ИМТ} > 40$) — они составили 68,2% (107 человек).

Результаты сравнительного исследования свидетельствуют о преобладании лиц с избыточной массой тела и более высокой степенью ожирения в контрольной группе, то есть среди пациентов с ПХЭС (рис. 1).

Интерес представляют результаты по изучению анамнеза заболевания.

При оценке выраженности болевого и диспепсического синдромов среди пациентов 1-й и 2-й групп выделены следующие варианты течения ЖКБ:

1. немой вариант (конкременты в желчном пузыре — случайная находка);
2. болевой вариант (приступы «желчной колики»);
3. диспепсический вариант течения ЖКБ (с явлениями диспепсии в виде тошноты, ощущения горечи во рту и синдромом правого подреберья).

Распределение больных в зависимости от вариантов клинического течения ЖКБ на дооперационном этапе представлены в табл. 1.

Анализируя полученные результаты, можно констатировать, что у пациентов, оценивающих свое состояние как удовлетворительное и хорошее, чаще, нежели в группе сравнения, встречались два крайних варианта течения ЖКБ — немой (42,9%) и болевой (34,2%). В группе сравнения преобладал (54,8%) диспепсический вариант течения ЖКБ. Полученные результаты требуют подтверждения на большем клиническом материале, с оценкой психического статуса пациентов и их отношения к болезни и использованием методики многостороннего исследования личности.

При ретроспективном анализе результатов сонографического исследования, проведенного на дооперационном этапе (по данным историй болезни), установлено, что холедохолитиаз осложнял течение ЖКБ среди пациентов основной группы в 3,3% (5 человек), а в группе сравнения — в 8,9% (14 человек) случаев (рис. 2).

Таким образом, объем проведенного оперативного вмешательства несомненно, но не в абсолютном количестве случаев определяет качество жизни пациентов после операции.

Анализируя результаты данных ультразвукового исследования желчного пузыря (внутрипросветного содержимого и сократительной функции), проведенного на дооперационном этапе, нельзя не обратить внимание на преобладание (32,2%, $n = 48$) пациентов с «отключенным» желчным пузырем (полное заполнение конкрементов и/или конкремент, фиксированный в шейке желчного пузыря) в составе основной группы по сравнению с группой сравнения (10,8%, $n = 17$) (рис. 3).

В целом среди пациентов с «отключенным» в анамнезе желчным пузырем ($n = 65$) в отдаленные от холецистэктомии сроки 73,8% ($n = 48$) пациентов, оценивая свое самочувствие, считают себя здоровыми, 26,2% ($n = 17$) нуждаются в обследовании и лечении. Нельзя исключить, что этот факт обусловлен адаптационно-компен-

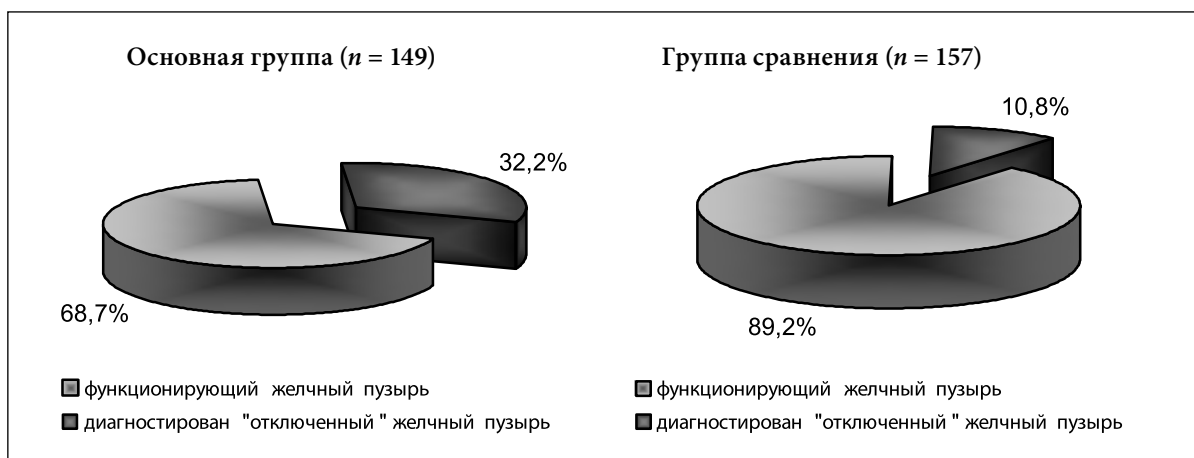


Рис. 3. Частота диагностики «отключенного» желчного пузыря в группах исследования

саторными механизмами, которые сформировались с течением времени в условиях отсутствия работы желчного пузыря. Полученные результаты свидетельствуют о том, что качество жизни после холецистэктомии у больных со сниженной до операции сократительной функцией желчного пузыря лучше, чем с сохраненной или повышенной. Постепенная адаптация организма к работе в условиях «отключенного» желчного пузыря приводит к тому, что у таких больных реже развивается и ПХЭС. Это наблюдение, безусловно, требует обоснования с вовлечением различных лабораторных и инструментальных исследований.

Биохимическое исследование крови и ультразвуковое исследование органов брюшной полости проведено 172 пациентам: 93 — из основной группы, 79 — из группы сравнения. По данным лабораторных исследований, в основной группе изменения в биохимическом анализе крови в виде умеренного повышения аминотрансфераз (не более 1,5 нормы) имело место у 13 из 93 пациентов (13%), в группе сравнения — у 41 из 79 (51,8%). В этой группе у пациентов имели место

повышение уровня аминотрансфераз до 1,5–2 норм, щелочной фосфатазы до 1,5 нормы, амилазы до 1,5 нормы (рис. 4).

Таким образом, у пациентов с ПХЭС практически в половине случаев присутствуют изменения биохимических показателей крови. Обращает внимание тот факт, что среди пациентов с отсутствием каких-либо жалоб в 13% случаев отмечается умеренное повышение АсАТ и АлАТ, что свидетельствует о необходимости диспансерного наблюдения всех пациентов, оперированных по поводу ЖКБ.

Результаты сонографического исследования в отдаленные после холецистэктомии сроки подтверждают факт отсутствия зависимости между наличием клинической симптоматики и масштабом структурных и функциональных нарушений панкреатобилиарной системы. Так, среди пациентов основной группы у 20 (21,5%) имело место увеличение размеров печени, у 12 (12,9%) — увеличение размеров головки поджелудочной железы, расширение общего желчного (ОЖ) и Вирсунгова протоков в данной группе не выявлены.

В группе сравнения гепатомегалия выявлена у 46 пациентов (58,2%), сонографические признаки

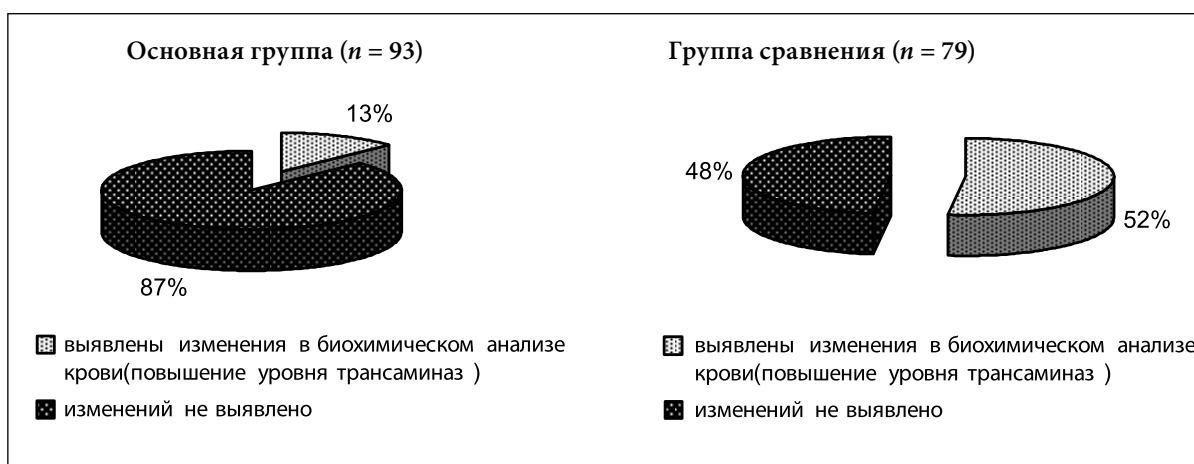


Рис. 4. Результаты биохимического анализа крови у пациентов исследуемых групп

Таблица 2

РЕЗУЛЬТАТЫ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ПАЦИЕНТОВ ИССЛЕДУЕМЫХ ГРУПП

Группы исследования Результаты УЗИ	Основная группа (n = 93)	Группа сравнения (n = 79)
Увеличение и диффузные изменения печени	21,5%	58,2%
Увеличение и диффузные изменения головки поджелудочной железы	12,9%	64,5%
Дилатация общего желчного и/или Вирсунгова протоков	Не выявлено	6,3%

хронического панкреатита — у 51 (64,5%), расширение общего желчного и/или Вирсунгова протоков — у 5 (6,3%) (табл. 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одним из условий профилактики ПХЭС является своевременное выполненное хирургическое вмешательство, до развития осложнений заболеваний, а также комплексное обследование больных в процессе подготовки к операции. В предоперационном

периоде необходима коррекция в полном объеме выявленных нарушений со стороны органов гепатопанкреатобилиарной системы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о необходимости диспансерного наблюдения пациентов, оперированных по поводу ЖКБ, с целью проведения своевременной терапевтической коррекции, в том числе контингенту пациентов, у которых отсутствуют какие-либо клинические проявления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник, Л. Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные)/Л. Б. Лазебник, М. И. Копанева, Т. Б. Ежова//Тер. арх. — 2004. — № 2. — С. 83.
2. Григорьев, П. Я. Желчнокаменная болезнь и последствия холецистэктомии: диагностика, лечение и профилактика/П. Я. Григорьев, И. П. Солюянова, А. В. Яковенко//Лечащий врач. — 2002. — № 6. — С. 26–32.
3. Лейшнер, У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей/У. Лейшнер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — 259 с.
4. Хабурзания, А. К. Негативные стороны операции лапароскопической холецистэктомии/А. К. Хабурзания, Н. Д. Ушаков, В. Д. Балалыкин и др.//Клинич. эндоскопия. — 2006. — Т. 1, № 7. — С. 22–23.
5. Жегалов, П. С. Эпидемиология и коррекция постхолецистэктомического синдрома/П. С. Жегалов, И. С. Винник, Д. В. Черданцев//Эндоскопич. хирургия. — 2006. — № 2. — С. 47.
6. Ильченко, А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: руководство для врачей/А. А. Ильченко. — М.: Анахарсис, 2006. — 448 с.
7. Быстровская, Е. В. Роль секретина в формировании дисфункции сфинктера Одди ее медикаментозная коррекция/Е. В. Быстровская, Е. В. Ткаченко//Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2006. — № 1–2. — С. 21.