



М.Ф. ОСИПЕНКО, Н.Б. ВОЛОШИНА, Н.В. ЛИТВИНОВА

Новосибирский государственный медицинский университет

УДК 616.366-003.7-089.84

Последствия оперативного лечения желчнокаменной болезни

Осипенко Марина Федоровна

доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней
630091, г. Новосибирск, Красный проспект, д. 52, тел. 8-903-901-38-42, e-mail: ngma@bk.ru

Во взрослой популяции желчнокаменная болезнь встречается с частотой от 10 до 24%. Хирургическое вмешательство (холецистэктомия) при желчнокаменной болезни далеко не всегда приводит к полному излечению. По многочисленным литературным источникам, в различные сроки после операции у 4,3-79,2% больных или сохраняются, или появляются болевой синдром или другие гастроинтестинальные симптомы, для обозначения которых используется термин «постхолецистэктомический синдром». Постхолецистэктомический синдром — собирательный термин, включающий разнообразные симптомы и заболевания, наблюдающиеся у больных после холецистэктомии, включая заболевания желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, дегенеративно-воспалительные заболевания гепатопанкреатодуоденальной зоны и прочие заболевания, не имеющие отношения к билиарному тракту.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром.

M.F. OSIPENKO, N.B. VOLOSHINA, N.V. LITVINOVA

Novosibirsk State Medical University

Consequences of operative treatment of cholelithiasis

In adult population cholelithiasis meets frequency from 10 to 24%. Surgical intervention (Cholecystectomy) at cholelithiasis does not always lead to complete recovery. Cholecystectomy is the most widely applied method of cholelithiasis treatment. Under numerous references in various terms after operation at 4,3-79,2% of patients either remain, or appear a painful syndrome or others symptoms for which designation the term «Postcholecystectomy syndrome» is used. Postcholecystectomy syndrome is aggregative term, which includes various symptoms and diseases, observed at patients after cholecystectomy, including diseases of biliary system, gastrointestinal tract, degenerative and inflammatory diseases of hepatopancreatoduodenal zone and other diseases, which are not related to biliary tract.

Keywords: cholelithiasis, cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome.

Существуют различные подходы к лечению желчнокаменной болезни, но ни один из них не является радикальным. До настоящего времени основным методом лечения данной патологии является оперативный. В связи с усовершенствованием методики хирургических вмешательств статус «золотого стандарта» оперативного лечения получила лапароскопическая холецистэктомия [1]. В хирургических стационарах среди больных с хроническими заболеваниями органов брюшной полости больные желчнокаменной болезнью занимают первое место.

Во взрослой популяции желчнокаменная болезнь встречается с частотой от 10 до 24% [2]. Распространенность данной

патологии увеличивается с возрастом [3, 4]. Эту болезнь справедливо считают «болезнью века» и «болезнью благополучия», имея в виду непосредственную связь ее развития с характером питания. Увеличение количества пациентов, подвергшихся холецистэктомии по поводу ЖКБ, связано не только с абсолютным учащением этой патологии, но и с возможностями ранней (до развития грозных хирургических осложнений), диагностики, в связи с массовостью и доступностью ультразвукового исследования органов брюшной полости.

Несмотря на накопленный огромный опыт выполнения холецистэктомий (первые холецистэктомии проведены в 1882 году Carl Landenbuch в Берлине, а в 1886 году Ю.Ф. Косинским

в России), хирургическое вмешательство при желчнокаменной болезни далеко не всегда приводит к полному излечению. По многочисленным литературным источникам в различные сроки после операции у 4,3-79,2% больных или сохраняются, или появляются болевой синдром или другие гастроинтестинальные симптомы, для обозначения которых используется термин «постхолецистэктомический синдром» [3, 5, 6]. Но исследования проводились на различном количестве больных, в различные сроки после операции, и исходно, в ряде случаев, имелась сопутствующая патология. Ряд авторов более корректным считает термин «патологические состояния после холецистэктомии» [7].

Термин «постхолецистэктомический синдром» впервые появился в американской литературе еще в 30-х годах прошлого столетия и с тех пор занял прочное место в медицинской терминологии. Он объединял заболевания желчевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта, дегенеративно-воспалительные заболевания гепато-панкреатодуоденальной зоны и прочие заболевания, не имеющие отношения к билиарному тракту.

Вместе с тем до сих пор в научной литературе нет даже единого понимания используемого термина. Существующее положение допускает субъективизм, разночтение и неоднозначность в их толковании; а в итоге — произвольное применение понятия «постхолецистэктомический синдром», что препятствует объективной оценке и сравнению результатов исследований, достигнутых разными авторами.

Трактовка причин болей 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 зоне операции. В последующем стали придавать значение нарушению функции желчного пузыря и его регулирующей роли в работе сфинктерного аппарата желчевыводящих путей.

На заре желчной хирургии Кер объяснял возникновение болей после холецистэктомии развитием спаек с образованием неврина. С.П. Федоров (1918) рецидивы болей после холецистэктомии делил на истинные и ложные, т.е. обусловленные операцией и не связанные с ней. И.Г. Руфанов (1937) выделял 8 форм «постхолецистэктомического синдрома», проявляющихся различными симптомами: печеночно-желудочный, печеночно-почечный, сердечно-печеночный, сосудисто-печеночный, нервно-печеночный, психическо-печеночный и пр. Г.Г. Караванов и О.Е. Фильц (1966) различали при «постхолецистэктомическом синдроме» патологию желчных путей, печени и поджелудочной железы, желудочно-кишечного тракта, других органов и систем, и последствия операции, не имеющие прямой связи с патологией желчных путей. И.А. Беличенко (1962) разделил состояния после холецистэктомии на 3 группы: функциональные расстройства; воспалительные изменения гепатопанкреатодуоденальной области; механические нарушения желчевыведения системы. В.М. Ситенко, А.И. Нечай (1972) разделяли больных на 2 группы: страдающие от заболеваний желчной системы; и имеющие, кроме этого, другие поражения органов и систем. А.М. Ногаллер (1980) выделил три группы заболеваний возникающих после операции на желчном пузыре: не устраненная полностью при первой операции патология, зависящая от основного патологического процесса; поражения, непосредственно связанные с произведенной операцией; заболевания, зависящие от сопутствующих изменений в других органах и системах.

В.В. Виноградов и В. Ульд-Слиман (1981) предлагают следующую классификацию: ложные послеоперационные заболевания желчных путей; заболевания желчных путей, не устраненные радикально; патологические изменения желчных

протоков, полностью не устраненные при первой операции; повреждения желчных протоков; другие заболевания желчных путей, печени, поджелудочной железы (гепатит, цирроз, рак протоков и т.д.).

В 1988 г. Э.И. Гальпериным предложена классификация, где больные с различными абдоминальными расстройствами после холецистэктомии подразделяются на 4 основные группы заболеваний: заболевания желчных протоков и большого дуоденального сосочка; заболевания печени и поджелудочной железы; заболевания двенадцатиперстной кишки; заболевания других органов и систем.

Каждый из принципов, на которых строится классификация, имеет определенный смысл и с той или иной стороны характеризуется симптомами, относящимися к «постхолецистэктомическому синдрому». Одни классификации удобны в практическом отношении, другие в определении хирургической тактики и плана лечения.

Современные представления

Единого взгляда на данное состояние на сегодняшний день нет, несмотря на то, что он включен в современную международную классификацию болезней (МКБ-10, шифр K 91.5). Едва ли в медицине можно найти какой-либо еще синдром, который столь долго и вполне заслуженно подвергается критике как слишком общий и неконкретный, но который тем не менее сохраняет свою жизнеспособность и до настоящего времени. Однако сложилось так, что вследствие простоты и емкости термин нашел широкое распространение в клинической практике. Не внесло ясности и определение ««постхолецистэктомический синдром»», опубликованного в стандартах диагностики и лечения болезней органов пищеварения МЗ РФ (1998), трактующего его как «условное обозначение различных нарушений, рецидивирующих болей и диспепсических проявлений, возникающих у больных после холецистэктомии». Часть клиницистов считает данный термин вообще неправомерным, поскольку он включает самые разнообразные патологические процессы, наблюдаемые у данной категории больных, зачастую никак патогенетически не связанные между собой и с перенесенной операцией [3, 8]. Однако исторически сложилось так, что вследствие простоты и емкости термин нашел широкое распространение в клинической практике. По данным российской и зарубежной литературы, термин «постхолецистэктомический синдром» в последние годы стал применяться реже, ввиду своей неоднородности и спорности трактовки. Более корректным понятием является с нашей точки зрения термин «патологические состояния после холецистэктомии».

В настоящее время термином «постхолецистэктомический синдром» принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди, развившуюся после операции холецистэктомии, обусловленную нарушением тонуса сфинктера общего желчного протока, панкреатического протока или общего сфинктера, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку, при обязательном отсутствии органических препятствий. Это определение «постхолецистэктомического синдрома» вошло и в стандарты диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения.

Несмотря на принятый консенсус, сохраняются неопределенность и споры в трактовке этого понятия. На сегодня существуют несколько подходов к понятию и трактовке патологических состояний после холецистэктомии.

1. Одни авторы включают в классификацию все патологические изменения, возникающие в организме после удаления желчного пузыря [3].

2. Другие предлагают использовать термин «истинный постхолецистэктомический синдром», включая в это понятие только



рецидивы печеночной колики вследствие неполноценно произведенной операции, выделив группу осложнений, обусловленных ошибками, допущенными во время холецистэктомии, и связанные с поражением желчных путей: резидуальные камни общего желчного протока, патологически измененная культя пузырного протока, стенозирующий папиллит, посттравматическая рубцовая стриктура общего желчного протока, оставленная часть желчного пузыря, камень пузырного протока, длинный пузырный проток, невринома в области рубца.

3. Существует и третья точка зрения. Авторы убеждены, что жалобы больных после операции связаны с заболеваниями, не распознанными до холецистэктомии, с неполноценным обследованием больного во время операции, повторным камнеобразованием, которое может не иметь никакого отношения к оперативному вмешательству.

Исходя из этого, можно заключить, что более или менее выраженный симптомокомплекс, развивающийся после холецистэктомии может быть обусловлен, по меньшей мере, следующими причинами:

1. Диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции.

2. Технические погрешности и тактические ошибки, допущенные при проведении операции. Ведущую роль здесь играет билиарная гипертензия с наличием органических препятствий току желчи (органические поражения билиарного тракта, препятствующие нормальному оттоку желчи). У 5-20% больных выявляется рецидивный или резидуальный холедохолитиаз, у 11-14% — стеноз или недостаточность большого дуоденального сосочка, у 6,5-20% — стриктуры желчных протоков и желчеотводящих анастомозов, у 0,1-1,9% — избыточная культя пузырного протока.

Центральное место в вопросе о последствиях холецистэктомии занимает неадекватно выполненное хирургическое пособие. Так, по данным статистических исследований, неудовлетворительные результаты, обусловленные техническими и тактическими просчетами, погрешностями и ошибками, достигают 12-20% [9, 10]. К причинам патологических состояний после холецистэктомии, связанным с операцией на желчных путях относятся: не устраненный во время операции или сформировавшийся в последующем гепатихоледохолитиаз, а также такие дефекты техники операции, как повреждение желчных протоков с образованием посттравматической рубцовой стриктуры. У 0,1-1,9% больных выявляется избыточная культя пузырного протока более 1 см длиной, оставленного после операции [11]. В подтверждении этого можно привести работу Ирландских ученых С. Shaw et al. (2004), проанализировавших состояние больных с упорным болевым синдромом через 9 месяцев — 10 лет после операции холецистэктомии. У всех был выявлен большой остаточный пузырный проток. После повторной операции все симптомы нивелировались [12]. Возможной причиной может быть расширение оставленной культы, развитие на дне ее невринома, инфицирование с последующим воспалением, появление конкрементов.

В редких случаях причиной симптомов после холецистэктомии может стать киста холедоха. Чаще всего встречается аневризматическое расширение стенок общего желчного протока, реже киста исходит из боковой стенки протока по типу дивертикула.

К причинам, связанным с операцией на желчных путях, также относятся не устраненный во время операции или сформировавшийся в последующем стеноз фатерова соска у 11-14% больных, у 6,5 (20%) — стриктуры желчных протоков и желчеотводящих анастомозов [11]. Также такие дефекты техники

операции, как повреждение желчных протоков (0,5%, по данным D.R. Flum et al., 2003) с образованием посттравматической рубцовой стриктуры [13].

Возможной причиной так же могут быть расширение оставленной культы, развитие на дне ее невринома, инфицирование с последующим воспалением, появление конкрементов.

Серьезной причиной болей после холецистэктомии являются конкременты холедоха вследствие повторного камнеобразования. У 5-20% больных выявляется рецидивный или резидуальный холедохолитиаз [11]. B.D. Schirmer и соавт. (2005) продемонстрировали, что около 3-10% больных, подвергшихся холецистэктомии, в будущем будут страдать от камней общего желчного протока [2]. Факторами риска рецидива желчных камней является ожирение, гипокinez желчного пузыря, увеличение концентрации деоксихолевой кислоты, и генотип ароЕ4 [14]. Быстрые колебания массы тела являются факторами риска образования холестериновых желчных камней. У больных с ожирением, повышенная концентрация гидроксиметилглутарилкоэнзима А приводит к увеличению синтеза холестерина, а в случае быстрой потери веса способствует мобилизации холестерина из тканей организма [15]. В двух рандомизированных контролируемых исследованиях R.K. Dhiman и Y.K. Chawla, выполненных в 2006 году, доказана связь между повторным образованием желчных камней и уровнем эстрогенов у женщин, принимающих в менопаузе заместительную гормональную терапию [16].

3. В послеоперационном периоде возможно обострение или прогрессирование существовавших до операции заболеваний желудочно-кишечного тракта — язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (30-40%), грыжи пищевода и отверстия диафрагмы (45-50%), моторных нарушений двенадцатиперстной, тонкой и/или толстой кишки (40-80%), ишемического колита и т.д. [17].

4. Функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря — это функциональные расстройства сфинктера Одди в результате нефункционирующего желчного пузыря (нарушения тонуса сфинктера холедоха или панкреатического протока, или общего сфинктера). У больных после холецистэктомии чаще всего возникает дисфункция сфинктера Одди по панкреатическому или билиарному типу, с дискинезией желчных путей с гипертонией большого дуоденального сосочка.

У большинства прооперированных больных полиморфизм клинических проявлений и жалобы после холецистэктомии являются, как правило, не следствием погрешностей при операции, а обусловлены функциональными или органическими нарушениями билиарной зоны, возникающими после удаления желчного пузыря. Примерно 1,5% всех больных после холецистэктомии, чаще женщины, имеют симптомы, предполагающие дисфункцию сфинктера Одди, которая может касаться не только билиарной части сфинктера, но и панкреатической [18, 19]. Большинство исследователей считает, что после холецистэктомии преобладает гипертонус сфинктера Одди. Например, Р.А. Иванченкова, 1998, показала, что холецистэктомия сопровождается лишь временным усилением тонуса сфинктера Одди, которое особенно выражено в первый месяц после операции (85,7%) [20]. Подобное усиление тонуса объясняется внезапным устранением рефлекторного влияния со стороны желчного пузыря на сфинктер. Другие авторы высказывают гипотезу о гипотонической дискинезии сфинктера Одди [21], которая приводит к рефлюксу, и далее к холангитам и пр. Согласно Римским рекомендациям (II и III), одной из причин дисфункции сфинктера Одди является проведенная холецистэктомия. В настоящее время к «постхолецистэктомическому синдрому» относят и дисфункцию сфинктера Одди, развившуюся после холецистэктомии, обусловленную нарушением тонуса

сфинктера общего желчного протока, панкреатического протока или общего сфинктера, препятствующую нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку, при отсутствии органических препятствий. Это определение вошло и в стандарты диагностики и лечения больных с заболеваниями органов пищеварения. Так, проспективный анализ жалоб у 85 больных, данных монометрии сфинктера Одди и количественной скинтиграфии билиарного тракта, выполненный László Madácsy с соавт. продемонстрировали, что наличие упорного болевого синдрома не всегда купируется даже технически успешной сфинктеротомией. Отмечена тесная корреляционная зависимость болевого синдрома от наличия дисфункции сфинктера Одди. Кроме того, сохранение болевого синдрома, по мнению авторов, тесно коррелирует с наличием до операции различных симптомов со стороны пищеварительной системы [22, 23].

Еще одна причина стойкого болевого синдрома у части больных, перенесших холецистэктомию, возможно связана с вегетативной дисфункцией, особенностями психологического и эмоционального статуса больного, что подтверждает работа Т. Stefaniak и соавторов (2004). После тщательного обследования через 1 год после холецистэктомии 367 больных с симптомами после холецистэктомии, были исключены какие-либо органические поражения билиарного тракта. При помощи специального опросника, включающего структурированное интервью для оценки психологического состояния пациента, у больных выявлен более низкий уровень социальной поддержки, что можно рассматривать как проявления соматизации и депрессии. Авторами сделан вывод, что психологическое состояние пациентов играет важную роль в возникновении болевого синдрома после холецистэктомии. Соответствующая поддержка с когнитивными, поведенческими подходами, может оказать помощь пациентам [24].

Г. Kurucsai и соавт. (2008), оценивая кожную сенсорную чувствительность у больных с симптомами после ХЭ, пришли к выводу, что стойкий болевой синдром у больных может быть обусловлен стойкой возбудимостью нейронов центральной нервной системы. Постоянная висцеральная боль (билиарная боль) может быть вызвана локальными воспалительными процессами или нарушением функционирования центральной нервной системы, которые приводят к существенной гиперчувствительности периферических ноцицептивных нервных волокон у пациентов с дисфункцией сфинктера Одди. Боли после холецистэктомии могут объясняться гипервозбудимостью ноцицептивных нейронов в центральной нервной системе с или без объективно выявляемых моторных нарушений сфинктера Одди.

Еще одним симптомом, возникающим как следствие холецистэктомии, может быть диарейный синдром, частота которого колеблется от 5 до 20% [10]. В ретроспективном исследовании при обследовании 148 больных через 4 года после холецистэктомии выявлено, что у 12% из них имеется диарейный синдром с частотой стула от 3 до 6 раз в день. 20% из них полагали, что диарея является следствием операции. У 4-5% больных диарея впервые возникла после холецистэктомии и отсутствовала до оперативного лечения. Однако при тщательном расспросе оказалось, что диарейный синдром присутствовал и до оперативного лечения. Авторы полагают, что в большинстве случаев диарея после холецистэктомии является проявлением синдрома раздраженного кишечника [25]. J.M. Fort с соавторами (1996) выявили у 20% больных после холецистэктомии ускорение транзита содержимого по кишечнику, которое непосредственно связано с проведенным оперативным вмешательством. У многих пациентов, исходно страдающих запорами, холецистэктомия помогла решить эту проблему [26].

В другом исследовании (2008) М.А. McNally с соавт. при анкетировании 1908 больных с патологией билиарного тракта (желчнокаменная болезнь или холецистэктомия в анамнезе) выявили высокую частоту синдрома раздраженного кишечника [17]. У 17% больных выявлено сочетание болей билиарного характера и синдрома раздраженного кишечника, при отсутствии патологии желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника диагностирован только 8,5% человек (OR 2,2; 95% CI 1,1-4,6; $p=0,03$).

Холецистэктомия не компенсирует сложных патофизиологических нарушений, имеющих место при желчнокаменной болезни. 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.

Таким образом, несмотря на рост холецистэктомий, хирургическое вмешательство далеко не всегда приводит к полному излечению. На сегодняшний день в научной литературе нет единого понимания сути патологических состояний после холецистэктомии; в используемых терминах, присутствует разночтение и неоднозначность их толкования, а в итоге — произвольное применение различных трактовок, что препятствует объективной оценке и сравнению результатов исследований, достигнутых разными авторами. Термин «постхолецистэктомический синдром» является собирательным понятием. Необходимо дальнейшее изучение проявлений патологических состояний после холецистэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Keus F. Randomized clinical trial on small-incision and laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholelithiasis: primary and clinical outcome / F. Keus, J. Werner, H. G. Gooszen // J. Med. Sci. — 2005. — Vol. 21. — P. 378-382.
2. Schirmer B.D. Cholelithiasis and cholecystitis / B.D. Schirmer, K.L. Winters, R.F. Edlich // J. Long Term Eff. Med. Implants. — 2005. — Vol. 15, № 3. — P. 329-338.
3. Ильченко А.А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей / А.А. Ильченко. — М.: Анахарсис, 2011. — 220 с.
4. Григорьева И.Н. Основные факторы риска желчнокаменной болезни / И.Н. Григорьева // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — № 6. — С. 17-22.
5. Berhane T. Quality-of-life assessment of surgical reconstruction after laparoscopic cholecystectomy-induced bile duct injuries: what happens at 5 years and beyond? / T. Berhane, J.M. Sarmiento, M.B. Farnell // Arch. Surg. — 2004. — Vol. 139, № 5. — P. 483-488.
6. Ure B.M. Postcholecystectomy syndrome with special regard to children—a review / B.M. Ure, N.K. Jesch, R. Nustede // Eur. J. Pediatr. Surg. — 2004. — Vol. 14, № 4. — P. 221-225.
7. 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 // Терапевт. арх. — 2004. — № 2. — С. 83-87.
8. Prajapati N.D. Sphincter of Oddi dysfunction and other functional biliary disorders: evaluation and treatment / N.D. Prajapati, W.J. Hogan // Gastroenterol. Clin. N. Am. — 2003. — Vol. 32. — P. 601-618.
9. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. — 259 с.
10. Beekingham I.J. Gallstone disease / I.J. Beekingham // BMJ. — 2001. — Vol. 322. — P. 91-94.

Полный список литературы на сайтах
www.mfvt.ru, www.pmarchive.ru