

грыжи, в большей степени противостоять повышению внутрибрюшного давления. Семенной канатик проводился как и в методике *Lichtenstein* через сформированное с латерального конца сетки отверстие. Операция заканчивалась дренированием предбрюшинной клетчатки перчаточным выпускником, который удалялся через 1-2 суток. Послеоперационных осложнений и рецидивов не было. В послеоперационном периоде отмечались незначительный болевой синдром, ранняя активизация больных. Швы снимались на 7-10 сутки, заживление во всех случаях первичное.

В проведенном эксперименте крысы были разделены на три группы, которым имплантировалась сетка над апоневрозом, предбрюшинно и интраабдоминально соответственно. Материал для исследования забирался через 1 и 3 месяца. Морфологическое исследование внутренних органов изменений не выявило, исследование реакций иммунной системы продолжается. Наиболее выраженный рост соединительной ткани наблюдался при надапоневротической и предбрюшинной локализации сетки. При надапоневротической имплантации макрофагальная реакция, пролиферация фибробластов, коллагеногенез отмечались на более ранних сроках.

В лечении паховых грыж наиболее перспективным является метод лапароскопической трансабдоминальной предбрюшинной герниопластики. Он позволяет максимально рано активизировать больного и восста-

новить его трудоспособность. Однако, обладает тем недостатком, что требует эндотрахеального наркоза, сложного оборудования и высокой квалификации хирурга [5].

Заслуженную популярность приобрела методика I.L. Lichtenstein (США), занимающая в мировой и отечественной практике ведущее место, она вполне надежна, доступна технически, легко может быть освоена в любом стационаре, демонстрирует небольшое количество рецидивов и осложнений. Отдаленные результаты показывают, что все-таки до 60% случаев имеет место в разной степени выраженности хронический болевой синдром в месте операции, связанный с рубцеванием, сморщиванием сетки и вовлечением в этот процесс нервов паховой области [6].

Хотелось бы отметить новые методики при паховых грыжесечениях, такие как по Валенти, Трабукко. Применяются они не очень широко, возможно наблюдение за отдаленными результатами, позволит более широко внедрять их в клиническую практику.

Важным моментом в дальнейшем развитии герниологии является использование современных методов диагностики грыж (компьютерная томография, термография), исследование функционального состояния тканей передней брюшной стенки, прогнозирование и контроль за течением раневого процесса, профилактика осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Ковалева З.В. Пластика брюшной стенки при вентральных грыжах комбинированным способом // Хирургия. — 2000. — № 8. — С. 24-26.
2. Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Сватковский М.В. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж // Хирургия. — 2000. — № 6. — С. 18-22.
3. Егиев В.Н., Лядов К.В. и др. Атлас оперативной хирургии грыж. — М.: Медпрактика, 2003. — 228 с.

4. Емельянов С.И., Богданов Д.Ю. Грыжи живота — выбор способа хирургической коррекции // Хирург. — 2007. — № 6. — С. 46-54.
5. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.А. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки. — М.: Триада-Х, 2003 — 144 с.
6. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. — М.: Медицина, 1990. — 269 с.
7. Суковатых Б.С. Профилактика послеоперационных вентральных грыж при помощи полипропиленового эндопротеза // Хирургия. — 2007. — № 9. — С. 46-50.

Адрес для переписки: Республика Бурятия, 670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12, Республиканская клиническая больница Плеханов Александр Николаевич — д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии БГУ; факс (3012) 217678, тел. (3012) 233724, 551161

© ГИБАДУЛИНА И.О., КОШЕЛЬ А.П., ГИБАДУЛИН Н.В., ТЕЛИЦКИЙ С.Ю. — 2009

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР СПОСОБА КОРРЕКЦИИ

И.О. Гибадулина, А.П. Кошель, Н.В. Гибадулин, С.Ю. Телицкий
(НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова Сибирского государственного медицинского университета, директор — д.м.н., проф. А.П. Кошель;
Томский военно-медицинский институт, начальник — к.м.н., доц. С.В. Полковов)

Резюме. В работе анализируются результаты обследования и лечения 174 пациентов с постхолецистэктомическим синдромом. Используются стандартные методы исследования, а также оригинальный способ ультразвуковой оценки желчевыводящей системы. Разработаны критерии выбора способа коррекции постхолецистэктомического синдрома в зависимости от механизма его развития. Проведена оценка эффективности дифференцированной коррекции расстройств после холецистэктомии. Внедрение в клиническую практику разработанного лечебно-диагностического алгоритма позволило повысить уровень качества жизни данной категории больных.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, качество жизни, ультразвуковая диагностика.

POSTCHOLECYSTECTOMIC SYNDROM: DIAGNOSING AND CHOOSING THE METHOD OF CORRECTION

I.O. Gibadulina, A.P. Koshel, N.V. Gibadulin, S.U. Telitsky
(G.K. Zherlov Scientific Research Institute of Gastroenterology of Siberian State Medical University, Tomsk; Tomsk Military Medical Institute, Tomsk)

Summary. The results of examination and treatment of 174 patients with postcholecystectomy syndrome are analyzed in the study. Standard methods of research and an original method of ultrasound assessment of bile-excreting system are used. Criteria for selection of method of correction of postcholecystectomy syndrome depending on the mechanism of

its developments are developed. The effectiveness of differential correction of postcholecystectomy disorders is measured. Introduction of the developed treatment-and-diagnosis algorithm into the clinical practice raised the quality of living for patients of this category.

Key words: postcholecystectomy syndrome, quality of life, ultrasound diagnostics.

Согласно данным литературы, у 10-40% пациентов после холецистэктомии диагностируются различные патологические состояния, объединенные термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) [1, 3, 5, 7, 9]. В настоящее время ПХЭС рассматривается как многофакторное патологическое состояние гепатопанкреатодуоденальной системы, обусловленное развитием органических поражений желчных протоков, непосредственно или косвенно связанных с холецистэктомией, либо функциональными изменениями, которые являются следствием длительного существования патологического процесса в билиарном тракте [2, 4, 6, 8]. Многообразие механизмов формирования ПХЭС диктует необходимость проведения углубленной диагностики и адекватной коррекции патологических изменений органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Таким образом, целью работы явилось совершенствование диагностики причин нарушения желчеоттока и осуществление дифференцированного подхода к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с ПХЭС.

Материалы и методы

В работе представлены результаты обследования и лечения 174 больных с клиническими проявлениями ПХЭС. Средний возраст обследованных 45,1±4,2 года, продолжительность анамнеза желчнокаменной болезни 3,2±1,9 года. В ходе исследования решались следующие диагностические задачи: 1) выявление признаков нарушения желчеоттока, как наиболее частой причины развития ПХЭС; 2) дифференциация функциональных и органических причин нарушения желчеоттока; 3) выявление заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Проводили изучение клинико-анамнестических данных, анализ биохимических показателей, ультразвуковое исследование (УЗИ) гепатобилиарной системы и поджелудочной железы (сканер Logic-400 фирмы «General Electric», США), динамическую гепатобилисцинтиграфию (гамма-камера Diasam Open фирмы «Siemens», Германия; радиофармпрепарат бромезидат—Tc99m). Уровень качества жизни пациентов оценивали с помощью опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (E. Eyrasch и соавт., 1995). Результаты обработаны методами вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента; различия значимы при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

По результатам обследования пациенты разделены на 3 группы: I группа — 112 (64,4%) пациентов с функциональными расстройствами желчевыделения; II группа — 28 (16,1%) больных с органическими причинами нарушения желчеоттока; III группа — 34 (19,5%) пациента, у которых ПХЭС обусловлен поражением органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Отмечено, что патогенетические особенности развития ПХЭС существенно не повлияли на характер субъективных и объективных симптомов, при этом уровень качества жизни обследованных был значительно ниже аналогичного показателя популяционной нормы. Функциональные расстройства желчеоттока регистрировались преимущественно у пациентов, перенесших холецистэктомию в раннем и неосложненном периоде желчнокаменной болезни, в состоянии ремиссии воспалительного процесса. Частота развития органической патологии билиарного тракта была значительно выше у больных с длительным анамнезом холелитиаза и после холецистэктомии, выполненной в экстренном порядке на фоне выраженного воспалительного процесса.

Наиболее часто у пациентов определялся цитолитический синдром (75,3%), холестатический синдром (67,8%), реже нарушения жирилипидной функции печени (45,4%) и белкового обмена (32,8%). Выявленные изменения показателей активности ферментов печени, уровня белково-осадочных проб, протромбинового индекса, фибриногена были более значимыми у пациентов с нарушением желчеоттока (I, II группа наблюдения). Лабораторные индикаторы функционального состояния поджелудочной железы свидетельствовали о наличии ферментативного диспанкреатизма у 25,3% обследованных: у больных I и II группы данные нарушения обусловлены патологическими изменениями большого дуоденального сосочка (БДС) с развитием холангио- и панкреатикозектазии, у 23,5% пациентов III группы — обострением хронического панкреатита.

При УЗИ желчевыводящей системы у 75,3% пациентов с ПХЭС выявлены признаки желчной гипертензии в виде тотального или субтотального расширения желчных протоков. В 5,7% случаев холедохозектазия сочеталась с сонографическими признаками стенозирования БДС, у 8 (4,6%) пациентов верифицирован резидуальный холедохолитиаз. Кроме анализа общепринятых ультразвуковых параметров проводилась дифференциальная диагностика функциональных и органических изменений БДС с расчетом индекса опорожнения холедоха (патент РФ «Способ оценки функционального состояния желчевыводящей системы у пациентов после холецистэктомии» № 2283032 от 10.09.2006 г.), что позволило детализировать особенности желчеоттока в ранний и отдаленный период после холецистэктомии, а также верифицировать причину билиарной гипертензии. Так, у 112 (64,4%) пациентов выявлена дисфункция сфинктера Одди, у 9 (5,1%) больных определялись начальные признаки стенозирования БДС (стеноз I степени), у 7 (4,1%) пациентов — фиброзно-стенотические изменения БДС (стеноз II-III степени).

Нарушения поглотительно-экскреторной функции печени, по данным динамической гепатобилисцинтиграфии (72 пациента), выявлены в 52 (72,2%) случаях. Причем наибольшие изменения отмечены у 16 (22,2%) пациентов с признаками гипертензии желчевыводящей системы органического происхождения, верифицированными в ходе УЗИ, что связано с прогрессированием патологических проявлений вследствие холестаза, а также с наличием сопутствующих заболеваний других органов пищеварения. У данной категории пациентов выявлены скинтиграфические признаки стенотического поражения дистального отдела холедоха в виде замедления гепатобилиарного клиренса радиофармпрепарата, дилатации общего желчного протока и снижения показателей печеночно-кишечного транзита радиоизотопа в кишечник на фоне холекинетической стимуляции. У большинства пациентов (51,4%) определялись функциональные расстройства сфинктерного аппарата БДС, проявляющиеся дисфункцией сфинктера Одди по гиперкинетическому типу (83,8%) или гипокинетическому типу (16,2%).

Таким образом, обследование пациентов с ПХЭС, включающее стандартные методы исследования и ультразвуковую оценку состояния желчевыводящей системы с диагностикой функциональных и органических изменений БДС, позволило в каждом конкретном клиническом случае верифицировать причину неудовлетворительных результатов холецистэктомии, что в конечном итоге, определило дифференциацию лечебно-реабилитационных мероприятий. В результате исследования определены критерии к выбору способа коррекции ПХЭС в зависимости от механизма его развития:

— при диагностировании функциональных расстройств желчеоттока показано проведение комплекса терапевтических мероприятий с положительным прогнозом в отношении восстановления активности сфинктера Одди;

— в случае верификации органических причин билиарной гипертензии показана хирургическая коррекция выявленных патологических изменений;

— при выявлении признаков сопутствующего поражения органов желудочно-кишечного тракта показана терапия диагностированной патологии.

Программа лечения пациентов I группы включала лечебный режим, диету, применение препаратов, корригирующих сократительную способность сфинктера Одди (дюспаталин, одестон, церукал), ферментных препаратов (фестал, мезим-форте, панзинорм, креон, панцинтрал), алюминий-содержащих буферных антацидов (маалокс, альмагель, фосфалогель), в ряде случаев — применение пробиотиков и пребиотиков.

Пациентам II группы наблюдения осуществляли оперативную коррекцию желчеоттока: 16 (57,2%) больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, дополненная в 8 (28,6%) случаях литоэкстракцией. 2 (7,1%) пациентам с протяженными стриктурами дистального отдела холедоха осуществлено формирование арефлюксного холедоходуоденоанастомоза. 2 (7,1%) больным с билиарной гипертензией, обусловленной резидуальным холедохолитиазом с наличием в просвете холедоха крупных конкрементов, выполнено оперативное лечение в объеме лапаротомии, холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха Т-образным дренажом по Н. Кehr.

У пациентов III группы осуществлялись терапевтические мероприятия, направленные на лечение обострения хронических заболеваний органов пищеварения, обусловивших развитие абдоминальных болей и диспепсических расстройств (при отсутствии желчной гипертензии): 14 (43,8%) пациентам проведено лечение хронического гастродуоденита, 7 (21,9%) больным — лечение хронического панкреатита, 6 (18,8%) пациентам — лечение гепатита, у 4 (12,5%) больных с описторхозом осуществлена дегельментизация, 7 (21,9%) пациентам с гастродуоденальными язвами проведена противоязвенная терапия.

Для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий проводилось изучение качества жизни пациентов с ПХЭС, что позволило осуществить постоянный мониторинг течения забо-

левания, своевременно зарегистрировать снижение показателей самооценки и в этих случаях провести комплексное обследование и коррекцию выявленных патологических изменений. По итогам анкетирования, в разные периоды наблюдения большинство пациентов I группы (92%) оценивали свое общее состояние как «отличное» и «хорошее», что объясняется достаточным высоким уровнем компенсации пищеварительной функции на фоне нормализации функционального состояния сфинктера Одди. Из обследованных II группы «отличную» и «хорошую» оценку своему самочувствию дали 85,7% респондентов, что свидетельствует об отсутствии в подавляющем большинстве случаев нарушений желчеоттока после корригирующих хирургических вмешательств. Высокие показатели субъективной оценки результатов лечения у пациентов III группы отмечены в 85,3% случаев, что объясняется достижением стойкой ремиссии хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Низкий уровень самооценки результатов проведенной коррекции ПХЭС отмечен у 9 (8%), 4 (14,3%) и 5 (14,7%) больных соответственно I, II и III групп наблюдения и обусловлен преимущественно развитием воспалительных изменений желчных протоков и поджелудочной железы.

Таким образом, предложенные способы коррекции ПХЭС, основанные на углубленной диагностике состояния гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, в подавляющем большинстве случаев (89,7%) способствуют социальной адаптации больных, позволяют полноценно функционировать в обществе, а также получать удовлетворение от жизни.

Установлено, что к факторам риска развития ПХЭС следует отнести длительный анамнез желчнокаменной болезни, выполнение холецистэктомии в экстренном порядке на фоне выраженного воспалительного процесса в гепатобилиарной системе, отсутствие в послеоперационный период адекватной коррекции гипертензии желчевыводящих протоков. Основными причинами развития ПХЭС являются функциональные (64,4%) и органические (16,1%) нарушения желчеоттока, а также наличие обострения заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (19,5%). Комплексное обследование пациентов с ПХЭС, включающее дифференциальную диагностику функциональных и органических причин нарушения желчеоттока, позволило исключить эмпиризм в тактике терапевта и хирурга, определить критерии к выбору способа коррекции ПХЭС в зависимости от механизма его развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С.А., Наумова Л.А., Воронина Е.С. Показатели качества жизни больных желчнокаменной болезнью, перенесших холецистэктомию, на санаторном этапе лечения и реабилитации // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2004. — № 1. — С. 70.
2. Бурков С.Г. О последствиях холецистэктомии или холецистэктомическом синдроме // Consilium-medicum. — 2004. — Т. 6, № 2. — С. 28-34.
3. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А., Пряшников А.С. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение // Лечащий врач. — 2004. — № 4. — С. 34-38.
4. Иванченко Р.А. Правомочен ли термин «постхолецистэктомический синдром» // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1998. — № 5. — С. 185-188.
5. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмеша-

тельств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные) // Тер. архив. — 2004. — № 2. — С. 83-87.

6. Beger H.G., Schwarz A., Bergmann U. Progress in gastrointestinal tract surgery: the impact of gastrointestinal endoscopy // Surg. Endosc. — 2003. — Vol. 17, N 2. — P. 342-350.

7. Bittner R. Gallbladder calculi-always an indication for surgery? // Ulrich. Internist. — 2004. — Vol. 45, N 1. — P. 8-15.

8. Sosada K., Zurawinski W., Piecuch J. Gastroduodenoscopy: a routine examination of 2800 patients before laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. — 2005. — Vol. 19, N 8. — P. 1103-1108.

9. Topcu O., Karakayali F., Kuzu M.A., et al. Comparison of long-term quality of life after laparoscopic and open cholecystectomy // Surg. endosc. — 2003. — Vol. 17, N 2. — P. 291-295.

Адрес для переписки: 634049, г. Томск, ул. Иркутский тракт, дом 39/1, кв. 180,

Гibaдулин Наиль Валерианович, тел. 8 (3832) 752458, E-mail: gibaadulina@mail.ru;

Кошель Андрей Петрович — д.м.н., профессор, директор НИИ Гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ, 636013, Томская область, г. Северск, пер. Чекист, гор. больница №2, офис 126, тел. (3823) 56-42-65