

А.Б. Аммосов, к.м.н. В.В. Дмитриев, О. Н. Дмитриева, А.В. Гужева

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

ЦРБ, г. Котельшич

Цели и задачи статьи-дискуссии состоят в попытке разобраться в видоизменениях постхолецистэктомического синдрома в «век» развития эндохирургии.

История вопроса. За 120-летнюю практику хирургии билиарной патологии перечень проблем, возникающих у пациентов после удаления желчного пузыря, достаточно известен и весьма разнообразен.

Соотношение основных групп больных с ПХЭС

ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ С ПХЭС		«А» (%)	«В» и «С» (%)
[7] 1972 г. 459 случаев		22,6	77,4
[11] 1988 г. 700 случаев		62,15	37,85
[61] 1995 г. 1358 случаев		42,3	57,7
[3] 2000 г. 549 случаев		11,28	88,72
ИТОГО:	% abs	138,33	261,67
	% m	34,6	65,4

Примечание: в исследовании 1988 года основной предмет изучения - пациенты с ПХЭС, подвергшиеся хирургической коррекции. В исследовании 2000 года анкетированы и обследованы пациенты после холецистэктомии вне зависимости от жалоб или госпитализаций.

Как выяснилось, все обращающиеся с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), это не только пациенты «после плохо сделанной операции». Длительное время считавшаяся, видимо - по тяжести состояния, основной группой (группа «А» или «истинный ПХЭС»: резидуальные, рецидивные конкременты, инородные тела желчных путей; воспалительные и травматические стриктуры желчных протоков, большого дуоденального соска и т.п. - т.н. комплекс «дефектов операции» на собственно подпеченочной зоне) по количеству страдающих пациентов **от общего числа** всех, перенесших холецистэктомию, нередко уступает двум другим группам больных (группа «В»: патология гепато-панкреато-дуоденальной зоны и группа «С»: патология других органов, в т.ч. брюшной стенки), являющихся чуть ли не всегдатыми кабинами общих и абдоминальных хирургов, участковых терапевтов и гастроэнтерологов, зачастую требующих неоднократной госпитализации.

Соответствующие данные различных авторов приведены в таблице № 1.

Материал и методы. Общеизвестно, что ПХЭС чаще встречается у перенесших экстренное вмешательство при деструктивном холецистите, нежели после плановой холецистэктомии при неосложненном холелитиазе. В настоящем анализе методом анкетирования и клинко-инструментальным обследованием - ФЭГДС, УЗИ, дуоденальное зондирование с баканализом, RRS, ирригоскопия и др. (по приглашению или при спонтанном поступлении) - проведено сравнение состояния двух групп пациентов, перенесших калькулезный деструктивный холецистит и холецистэктомию:

- «традиционным» способом в «доэндохирургический период» (верхне-срединная лапаротомия; доступ Кохера или Федорова) - группа «ХЭ» (73 человека),

- после операции эндовариантом при той же патологии - группа «ЛСХЭ» (также 73 человека).

Сроки наблюдения за пациентами после операции - от полугода до 4-х лет (см. таблицу № 2).

Деструктивная форма холецистита, в определенных пределах - механическая желтуха, ожирение, спаечная болезнь кишечника, фоновая патология, пожилой возраст на сегодня даже в условиях райбольницы, скорее показания, а не противопоказания для эндохолецистэктомии, зависящие только от профессиональной подготовки, практического опыта и технического оснащения хирурга. Интраоперационная рентгенохолангиография проведена среди пациентов группы «ХЭ» в 5,48% случаях, среди «ЛСХЭ» в 42,5%. В ведущих клиниках России этот процент выше (96,4% [5]).

Таблица № 1

Вызывает тревогу оптимизм некоторых исследований [2, 4] в пользу «традиционной» открытой холецистэктомии у пожилых пациентов с ожирением и легочно-сердечной недостаточностью: травматизм данного доступа прямо пропорционален тяжести послеоперационного периода и летальности пациентов с деструктивным холелитиазом.

Таблица № 2

Сравнительный анализ результатов «ХЭ» и «ЛСХЭ»

	«ХЭ»		«ЛСХЭ»	
	Абс.	%	Абс.	%
Анкетировано:	73	100	73	100
Стац. период свыше 10 дней	71	97,26	16	21,91
Амбул. период более месяца	73	100	9	12,32
Сохранили профессию	61	83,56	73	100
Число поступавших с абдоминальными болями (проблемами)	34	46,57	5	6,84
Желтухи	4	5,48	1	1,37
Набор массы тела	14	19,17	1	1,37
Обнаружено при дообследовании:	3	4,1	0	0
Холедохолитиаз				
Стриктуры холедоха и БДС	3	4,1	1	1,37
Инородные тела холедоха	2	2,74	1	1,37
Спаечная болезнь кишечника	67	91,78	0	0
в т.ч. с непроходимостью	8	10,96	0	0
из них прооперировано	6	8,22	0	0
в т.ч. висцероадгезиолизис	1	1,37	0	0
Лигатурные инфильтраты и свищи	21	28,76	2	2,74
Вентральные грыжи брюшной стенки	18	24,65	2	2,74
Гепатиты, гепатозы, циррозы печени	11	15,06	14	19,17
Рецидивы панкреатита	17	23,28	9	12,32
Язвы желудка и ДПК	8	10,96	5	6,84
Рефлюкс-эзофагиты и СГПОД	3	4,1	4	5,48
Рефлюкс-гастриты и ХНДП	12	16,43	11	15,06
Онкопатология (органов брюшной полости)	5	6,84	2	2,74
Синдром абдоминальной ишемии	2	2,74	4	5,48
Вертебралгии (остеохондрозы, спондилёзы)	26	35,61	31	42,46
Патология почек	7	9,59	8	10,96

Таким образом, эндохирургически выполненная холецистэктомия в сравнении с «традиционной» лапаротомией позволяет: 1) объективно сократить стационарный и амбулаторный послеоперационный период, временную нетрудоспособность у пациентов различных профессий; 2) значительно уменьшить субъективные проявления ПХЭС от дискомфорта до существенных послеоперационных проблем, что покрывает экономические затраты на данный метод; 3) практически избежать в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде развитие лигатурных инфильтратов и свищей, спаечной болезни брюшной полости, образование пос

леоперационных вентральных грыж; 4) интраоперационная рентгенохолангиография помогает снизить частные формы ПХЭС в группах «А» и «В».

Ключевые слова

Инволюция, постхолецистэктомический синдром, постэндохолецистэктомический синдром

Литература

1. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевание желчных путей после холецистэктомии. 1990; М: 240.
2. Гарипов Р.М., Богдасаров Ю.В., Мусин Т.В. Выбор способа операции у больных с острым холециститом. Эндоскопическая хирургия (2002); 2: 28-29.
3. Дмитриев В.В. Комплексная профилактика постхолецистэктомического синдрома в хирургии острого калькулезного холецистита. 2000; Пермь: Дисс. канд. мед. наук: 142.
4. Кузнецов Н.А., Игнатенко С.И., Бронштейн А. Т. и др. Современные технологии лечения острого холецистита // www.mtu-net.ru/gkb13/index.htm
5. Прудков М.И., Нишневич Е.В., Деревянко Е.В. Интраоперационная холангиография при остром калькулезном холецистите. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. Екатеринбург, 19-20.09.2002, 14-15.
6. Савченко Ю. П. Причины, диагностика и методы коррекции патологических состояний после холецистэктомии. 1995; Краснодар: Автореф. дисс...док. мед. наук: 42.
7. Ситченко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. 1972; Л: 240.

Summary

CATEGORIES OF COMPLEXITY OF ENDOCHOLECYSTECTOMY IN DESTRUCTIVE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

A.B. Ammosov, V.V. Dmitriev, A.V. Guzhva *Kotelinich regional hospital, Kirov-region*

The analysis of the results of 120 operations of endocholecystectomy in complicated cholelithiasis was carried out with attempt of classification of definitions «a difficult gall-bladder» by introduction of the category of complexity