

А.И. КОВАЛЕВ, А.А. СОКОЛОВ, А.Ю. АККУРАТОВА

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Федерального агентства по здравоохранению и социального развития», г. Москва,
Российская Федерация

Цель. Выявление локализации и оценка степени морфологических и функциональных изменений, имеющих в желчевыводящей системе после перенесенной холецистэктомии.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты комплексного клинико-функционального обследования 198 пациентов, ранее перенесших удаление желчного пузыря и у которых в различные сроки после оперативного вмешательства был диагностирован «постхолецистэктомический синдром». По выявленным данным повторно были оперированы 65 пациентов в связи с имевшимся у них нарушением желчеоттока. В 26 наблюдениях была произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, а у 25 пациентов пришлось выполнить реконструктивные операции на желчных путях. У 14 человек повторные оперативные вмешательства не были обусловлены органической патологией внепеченочных желчных протоков.

Результаты. Ретроспективный анализ результатов повторных оперативных вмешательств показал, что наиболее оптимальные отдаленные результаты были отмечены у пациентов, которым были выполнены различные варианты наложения обходных билиодигестивных анастомозов. При отсутствии показаний к повторному оперативному вмешательству пациентам с клиническими проявлениями дискинезии желчных протоков показано консервативное лечение желчегонными и желчсекреторными препаратами в комплексе с назначением ганглиоблокаторов.

Заключение. Клинические проявления «постхолецистэктомического синдрома» в значительной степени обусловлены недиагностированными и неустраненными во время выполнения холецистэктомии органическими изменениями в области терминального отдела общего желчного потока, а также наличием сопутствующих заболеваний органов желудочно-кишечного тракта, требующих хирургической коррекции на момент выполнения первичной операции.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, большой дуоденальный сосочек, папиллосфинктеротомия, дискинезия

Objectives. Detection of the localization and assessment of morphological and functional changes presenting in the biliary tract after cholecystectomy.

Methods. The article analyses the results of comprehensive clinical and functional studies of 198 patients who previously underwent removal of the gall bladder and in whom the postcholecystectomical syndrome at various times after surgery was diagnosed. On the identified data 65 patients were reoperated because of the bile outflow failure. In 26 observations of patients the endoscopic papillosphincterotomy was performed; and in 25 patients - the reconstructive surgery on the biliary tract. In 14 patients the repeated surgical interventions were not caused by organic pathology of the extra hepatic bile ducts.

Results. Retrospective analysis of repeated surgical procedures showed that the optimal distant results were noted in patients who underwent various options for imposing bypass biliodigestive derivations. In absence of evidence to the re-operative intervention in patients with clinical manifestations of biliary dyskinesia the conservative treatment with choleric drugs and drugs increasing secretion of bile in complex with ganglion blocking is indicated.

Conclusions. Clinical manifestations of “postcholecystectomical syndrome” are largely due to undiagnosed and not eliminated organic changes in the terminal part of the common bile duct during the execution cholecystectomy, as well as the presence of concomitant diseases of the gastrointestinal tract, requiring surgical correction at the time of the primary surgery.

Keywords: postcholecystectomical syndrome, major duodenal papilla, papillosphincterotomy, dyskinesia

Введение

Среди многообразия заболеваний органов пищеварения желчнокаменная болезнь (ЖКБ)

встречается наиболее часто. На настоящий момент в Российской Федерации в структуре заболеваний частота ЖКБ в зависимости от региона составляет от 5 до 20% [1, 2].

Существующие в настоящее время взгляды на хирургическую тактику при лечении острого и хронического холецистита практически едины и касаются, главным образом, показаний к операции, выбору ее вида и сроков выполнения. При данной патологии самой распространенной и по существу единственной операцией, оказывающей реальную помощь, является холецистэктомия. В последние годы отмечено явное увеличение заболеваемости ЖКБ преимущественно среди лиц молодого возраста. Наряду с этим у 20% больных ЖКБ в процессе диагностики и выполнения оперативных вмешательств выявляются камни во внепеченочных желчных протоках, а у 10% имеются органические рубцово-воспалительные изменения большого дуоденального сосочка (БДС) и терминального отдела холедоха (ТОХ). По данным медицинской статистики, в России ежегодно выполняется до 150 000 холецистэктомий, что по своему количеству среди всех операций на органах брюшной полости уступает лишь числу аппендэктомий и грыжесечений [3, 4]. Повсеместное распространение холецистэктомии, а в последние годы и ее выполнение в виде эндоскопическом варианте, как, впрочем, и с помощью мини-доступа, создает ложное представление об относительной простоте и легкости подобных операций. В то же время, нигде так часто, как в хирургии внепеченочных протоков, ошибки в техническом исполнении оперативных вмешательств, приводят в последующем к тяжелым последствиям. Широкое внедрение в практику современных диагностических методов убедительно показывает, что количество пациентов с патологией желчевыводящей системы прогрессивно увеличивается как за счет выявляемой ЖКБ и сопутствующих воспалительных процессов, так и за счет учащения возникающих при этом дискинезий желчевыводящих путей [5].

Одновременно с ростом заболеваемости ЖКБ, несмотря на несомненные успехи ее хирургического лечения, увеличивается число пациентов с так называемым «постхолецистэктомическим синдромом» (ПХЭС), а также число выполняемых по этому поводу повторных и реконструктивных операций. В клинической практике термин ПХЭС является собирательным понятием, объединяющим самые различные патологические синдромы, прямо или косвенно возникающие после холецистэктомии и подчас не имеющие причинной связи с отсутствием у пациента желчного пузыря [6, 7].

Общеизвестно, что у желчного пузыря имеются свои, достаточно хорошо изученные функции, и если они даже в той или иной степени заменимы, то лишь ценой серьезных адаптационно-компенсаторных приспособлений, которые никак нельзя признать безразличными для организма пациента. Логично предположить, что после удаления желчного пузыря его резервуарная функция перераспределяется на всю систему вне- и внутripеченочных желчных протоков, тем самым предъявляя требование несвойственной им емкости с неизбежными периодами застоя желчи и перерастяжения протоковой системы печени. Клинический опыт показывает, что послеоперационные компенсаторные способности желчевыводящей системы таковы, что она, как правило, справляется со своими функциями в новых условиях. Через 6–12 месяцев после удаления желчного пузыря, как правило, наступает необходимая адаптация и в большинстве случаев пациент не испытывает никаких дискомфортных проявлений ни со стороны системы желчеотделения, ни со стороны системы пищеварения в целом. Однако в 15–35% случаев отдаленные функциональные результаты холецистэктомий не столь благоприятны.

Тщательное клиническое обследование с применением современных инструментальных диагностических методов позволяет выявить причины большинства неудовлетворительных результатов оперативных вмешательств. Однако в этой проблеме имеется еще немало неясных и спорных вопросов, решение которых возможно лишь на основе дальнейшего накопления коллективного опыта и обмена мнениями. Анализируя причины постхолецистэктомического синдрома, следует различать ту категорию пациентов, у которых болевые проявления, сохранившиеся или вновь возникшие после операции, зависят от различных интраоперационных погрешностей. Это касается как диагностических ошибок и неправильного выбора объема операции, так и дальнейшего развития сопутствующего патологического процесса, неустранимого в процессе первичного оперативного вмешательства. Особое место в этом ряду занимают технические ошибки, допущенные при выполнении холецистэктомии, такие, как: травма печени и внепеченочных желчных ходов, оставление чрезмерной части пузырного протока, сужение холедоха в зоне перевязки пузырного протока. Не менее значимы и условно ятрогенные причины послеоперационных осложнений, обус-

ловленные несостоятельностью культи пузырного протока, наложением порочных обходных билиодегистивных анастомозов и неадекватной санацией гнойных процессов в зоне выполненного оперативного вмешательства.

Особо следует выделять ту категорию пациентов, у которых основное заболевание было устранено без каких-либо конкретных интра- и послеоперационных осложнений, но имеющийся у них болевой синдром всецело зависел от физиологических реакций, вызванных отсутствием желчного пузыря и нарушением сложных нейрогуморальных связей пищеварительной системы в целом. Только эта категория наблюдаемых лиц может быть отнесена к группе истинного ПХЭС, то есть симптомокомплекса, зависящего как от отсутствия желчного пузыря, так и от недостаточности компенсаторных механизмов системы органов пищеварения [8].

Наиболее достоверно судить о характере этой патологии можно лишь на основании повторных интервентных вмешательств, включая операции, которые позволяют определить причину подобных болезненных проявлений. По данным литературы повторные вмешательства при ЖКБ составляют от 3,5 до 10%, что соответствует показателям «неудовлетворительных» отдаленных результатов, регистрируемых после холецистэктомии [9].

Материал и методы

Ретроспективный анализ 10-летнего опыта клиники общей хирургии лечебного факультета РГМУ, основанный на наблюдении за более чем 3 000 человек, оперированных по поводу патологии желчевыводящей системы, позволил выделить из этого числа 198 пациентов, которые были повторно госпитализированы с диагнозом «постхолецистэктомический синдром» и наличием в анамнезе ранее перенесенной холецистэктомии.

Основными задачами при повторном поступлении пациента в стационар являлось максимально точное выяснение локализации и характера морфологических изменений, лежащих в основе заболевания, оценка степени функциональных изменений в системе органов пищеварения, а также решение вопросов необходимости интервентной коррекции нарушений, обнаруженных в системе желчевыводящих путей.

Основой для всесторонней оценки системы пищеварения в целом служило комплексное кли-

нико-функциональное обследование пациентов, предъявляющих жалобы на сохранившиеся и возникшие после холецистэктомии болевые приступы с их локализацией в эпигастральной области или правом подреберье, а также их сочетание.

В комплекс обследования включалось обязательное выполнение пациентам следующих методов исследования: рентгенологического и эндоскопического исследований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с функциональной оценкой пищеводно-желудочного и желудочно-дуоденального переходов; ультразвуковое исследование печени, внепеченочных желчных протоков и протоковой системы поджелудочной железы; радиоизотопное исследование моторно-эвакуаторной функции желудка и выделительной функции печени; поэтажная рН-метрия и манометрия от уровня связки Трейца до средней трети пищевода. В последние годы широко включаем в программу исследования данной группы пациентов компьютерную томографию.

Однако следует заметить, что компьютерная томография, как и УЗИ, диагностируя имеющуюся гипертензию внутри- и внепеченочных протоков и наличие в них опухолей и конкрементов не позволяют достоверно судить о наличии доброкачественных сужений БДС, а тем более проводить дифференциальную диагностику между органическим стенозом и дисфункциональными нарушениями сфинктера Одди. Нами с целью повышения эффективности диагностики функциональных возможностей печени и транзита желчи была использована гепатобилисцинтиграфия, позволяющая с большой точностью оценить не только поглотительную – выделительную функцию полигональных клеток печени, но концентрационную и эвакуаторную функцию желчного пузыря, а также проследить пассаж радиофармпрепарата по желчным протокам в кишечник. Низкие лучевые нагрузки и быстрое выведение изотопов из организма позволяют считать данный метод доступным и безопасным.

Особое значение придавали выполнению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), как наиболее информативному методу, позволяющему получить необходимый объем информации о состоянии внепеченочных желчных путей и протоковой системы поджелудочной железы. Показаниями к выполнению ЭРПХГ являлось наличие лаборатор-

ных признаков холестаза и анамнестических данных о желтухе, ультразвуковые признаки дилатации холедоха более 6 мм, замедление поступления радиофармпрепарата в кишечник более 20 минут. При выявлении в процессе исследования холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующей литоэкстракцией, а при стенозе БДС – ЭПСТ с инструментальной ревизией желчных протоков.

В случае технической невозможности выполнить ЭРПХГ, для исследования желчных протоков использовали внутривенную или чрескожную чреспеченочную холангиографию, особенно в случаях, сопровождающихся желтухой.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного обследования у 32 пациентов были диагностированы различные нарушения функции физиологической кардии (недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы), обуславливающие наличие у них болевого синдрома. У 25 пациентов были обнаружены резидуальные или «забытые» (16 пациентов) и рецидивные или «вновь образованные» (9 пациентов) камни во внепеченочных желчных ходах. Термин «вновь образованные» распространялся лишь на тех пациентов, у которых при холецистэктомии выполнялась и рентгенологически документировалась ревизия желчевыводящей протоковой системы, исключавшая наличие в ней конкрементов во время первого оперативного вмешательства.

Кроме вышеуказанного, в группе обследованных больных были выявлены следующие причины, вызывавшие болевые приступы: хронический панкреатит у 35 человек, различные формы дискинезии желчных путей – у 20, холангит – у 12, сужения внепеченочных желчных путей – у 19, избыточная культя пузырного протока – у 3, перихоледохиальный лимфаденит – у 2, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки – у 10, дуоденостаз – у 5, опухоли желудочно-кишечного тракта – у 3, спаечная болезнь – у 10, цирроз печени – у 1, спастический колит – у 7, гастродуоденит – у 14.

Обращает на себя внимание полиморфизм причин, которые симулируют ПХЭС, между тем непосредственно к ранее выполненной холецистэктомии болевой синдром имел отношение лишь у 91 пациента, из которых нами повторно

были оперированы 65. Показанием для повторного оперативного вмешательства у них являлся упорный, не поддающийся консервативному лечению болевой синдром, сопровождавшийся различным по степени нарушения адекватного желчеоттока. В 51 наблюдении имели место признаки механической желтухи, обусловленные как наличием конкрементов в общем желчном протоке, так и стенотическими воспалительными и рубцовыми процессами в его терминальном отделе и зоне БДС.

Не вызывает сомнения тот факт, что эндоскопические транспапиллярные вмешательства, применяемые с целью коррекции патологических изменений внепеченочных желчных протоков, возникших после холецистэктомии, являются наиболее оптимальными в плане получения положительного результата. Это подтверждают и результаты исследования зарубежных и отечественных авторов, основанные на большом количестве клинических наблюдений [10].

На сегодняшний день арсенал применяемых эндобиллиарных вмешательств очень велик. Основным из них является ЭПСТ в различных вариантах ее исполнения (типичная, атипичная, комбинированная). В последние годы для сохранения сфинктерного аппарата БДС используется баллонная дилатация устья БДС с последующей литоэкстракцией, что снижает риск развития так называемого «постпапиллотомического синдрома».

Наличие в холедохе конкрементов размером более 15 мм в большинстве случаев служило отказом от выполнения эндоскопической коррекции данной патологии. Однако благодаря внедрению в клиническую практику различных видов внутрипротоковой литотрипсии появилась возможность успешно удалять конкременты размером 25–30 мм. При этом наибольшее распространение получила методика механической литотрипсии с использованием специального литотриптера, которая с успехом применяется и в нашей клинике.

Особые трудности при выполнении эндоскопических вмешательств возникали в сочетании холедохолитиаза, стеноза БДС или ТОХ с гнойным холангитом. Для эффективного лечения этой патологии необходима длительная деконпрессия желчных протоков и их активная санация. Это достигается использованием методики назобилиарного дренирования. К установке назобилиарного дренажа прибегали также при этапной литоэкстракции для профилак-

тики вклинивания оставленных в холедохе конкрементов.

В настоящее время методика эндопротезирования холедоха при его доброкачественных сужениях используется значительно реже, чем при blastomatозной обструкции. Как правило, мы к ней прибегали при наличии рубцовых послеоперационных стриктур внепеченочных желчных протоков в зоне холедохотомии, культы пузырного протока или в месте ятрогенного повреждения холедоха. Данная методика выполнялась после предварительного бужирования или баллонной дилатации зоны сужения и, как правило, эндопротезирование носило временный характер и использовалось на этапе подготовки пациента к реконструктивной операции.

В 26 случаях выполненная ЭРПХГ послужила основанием для эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), при которой у 9 пациентов были извлечены камни из общего желчного протока. Повторные реконструктивные операции на желчных путях были произведены у 25 пациентов. В 7 случаях произвели трансдуоденальную папиллосфинктеротомию, а в 13 – папиллосфинктеропластику. При наличии протяженной стриктуры в дистальном отделе холедоха более 2,5 см, у 5 пациентов произвели наложение холедоходуоденоанастомоза. Кроме того, у 2 пациентов была резецирована оставленная при первичной холецистэктомии избыточная культя пузырного протока, у 1 пациента произведена лимфаденэктомия в зоне холедоха и ворот печени, у 2 устранена спаечная деформация общего желчного протока, в 4 наблюдениях произведена продольная панкреатоеюностомия, у 3 пациентов выполнили наложение холедохоеюноанастомоза, а у 2 повторное оперативное вмешательство состояло из наружного дренирования общего желчного протока в связи с выраженным холангитом.

Отдаленные результаты повторных оперативных вмешательств были прослежены в сроки от 3 до 5 лет у 22 пациентов. У 19 из них они были оценены как «хорошие» и «отличные». Преимущественно эти результаты прослеживались только у тех пациентов, у которых в отдаленном периоде не было нарушений в системе желчеоттока.

Ретроспективный анализ результатов у 21 пациента в более отдаленные сроки после повторных операций (5–10 лет) позволил нам сделать вывод, что при наличии рубцовых стриктур желчных путей, индуративного панкреати-

та и стенозирующего папиллита, наилучшие результаты были отмечены при наложении обходных билиодигестивных анастомозов.

Особое внимание в развитии болевого синдрома после перенесенной холецистэктомии заслуживают дискинезии желчных путей, нередко являющиеся одним из клинических проявлений общего невроза.

При более или менее длительном существовании дискинезии в результате обусловленного ею застоя и особенно инфицирования желчи в желчных путях могут развиваться воспалительные явления. Присоединяющиеся в таких случаях морфологические изменения в желчных путях могут еще более усилить дискинетические явления. Характерной чертой дискинезией является связь более с отрицательными эмоциями, волнениями и повышенной нервно-психической нагрузкой. Проведенные специальные исследования у больных с ПХЭС, преимущественно женщин, позволили объективно выявить нарушение функционального состояния ЦНС на фоне гипо- или гипертиреоза или иных эндокринопатий.

Чаще всего нам пришлось встретиться с двумя формами дискинезии желчных протоков: с гипотонией общего желчного протока и спазмом сфинктера Одди, и с гипертонией холедоха и спазмом нижнего сфинктера БДС. Вероятнее всего дискинезия желчных протоков возникала в результате нарушения нейрогуморальных регуляторных механизмов расслабления и сокращения гладкой мускулатуры желчных протоков. При этом в одних случаях превалировали атония общего желчного протока и спазм сфинктера Одди на почве повышения тонуса симпатической нервной системы, в других – гипертония и гиперкнезия холедоха при расслаблении сфинктера Одди, что обычно связано с возбуждением блуждающего нерва. Наиболее информативным методом для подобной диагностики является гепатосцинтиграфия в комплексе с УЗИ, ЭРПХГ и данными фракционного дуоденального зондирования. В клинической картине у пациентов с дискинезиями желчных протоков преобладают общевротические или диэнцефальные симптомы с явлениями вегетативной дистонии и с жалобами на кратковременные боли в правом подреберье с наличием зон кожной гиперестезии на фоне нормальной температурной реакции и отсутствии изменений в анализах крови. Общий принцип лечения данной группы пациентов состоит в улучшении нейрогумораль-

ных регуляторных механизмов желчеотведения, устранении дистонии вегетативной нервной системы и патологических рефлексов мышечных структур желчных протоков и сфинктеров, а также невротических и диэнцефальных расстройств.

На первое место в лечебной схеме данных пациентов выходит назначение желчегонных и желчсекреторных препаратов в сочетании с комплексом физиотерапевтических процедур. Им также показано назначение по показаниям седативных, либо тонизирующих препаратов. Нередко хороший эффект дает прием умеренных доз транквилизаторов и ганглиоблокаторов.

Заключение

В заключении, резюмируя наш опыт, следует отметить, что основной причиной возобновления болей после холецистэктомии являются неустраненные во время первой операции стеногические поражения БДС или стриктуры ТОХ, а также неучитываемые и неустраненные сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, требующие хирургической коррекции. Первое связано с неправильной оценкой данных интраоперационных холангиограмм и, как следствие этого, отсутствие необходимого вмешательства на БДС или ТОХ. Второе – с необоснованным отказом от расширения объема необходимого вмешательства и не выполнением сочетанной корригирующей операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ермолов, А. С. Хирургическое лечение острого холецистита у больных с высоким операционным риском / А. С. Ермолов, А. А. Гуляев, П. А. Иванов // Неотложная хирургия. Актуальные проблемы неотложной хирургии: материалы выездного пленума проблем. комиссии. – Пятигорск, 2005. – С. 28-29.
2. Брискин, Б. С. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста / Б. С. Брискин, М. Д. Дибиров, Г. С. Рыбаков // Анналы хирург. гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 15-19.
3. Гостищев, В. К. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста / В. К. Гостищев, М. А. Евсеев // Хирургия. – 2001. – № 9. – С. 30-31.
4. Борисов, А. Е. Анализ показателей лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов живота в С.-Петербурге за 50 лет / А. Е. Борисов // Вестн. хирургии. – 1997. – Т. 156, № 3. – С. 35-39.
5. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани [и др.]. – М.: Издат. дом. Видар-М., 2000. – 139 с.
6. Нечай, А. И. Постхолецистэктомический синдром / А. И. Нечай // Анналы хирург. гепатологии. – 2006. – Т. 11, № 10. – С. 28-33.
7. Циттерман, Я. С. Постхолецистэктомический синдром: современный взгляд на проблему / Я. С. Циттерман, Т. Г. Кунсман // Клини. медицина. – 2006. – № 8. – С. 4-11.
8. Шептулин, А. А. Римские критерии функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди: спорные и нерешенные вопросы / А. А. Шептулин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – № 3. – С. 70-74.
9. Луцевич, О. Э. Эндохирургические методики в лечении больных желчнокаменной болезнью / О. Э. Луцевич, С. А. Гордеев, Ю. А. Прохоров // Хирургия. – 2007. – № 7 – С. 70-74.
10. Small-incision (minilaparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in university hospital / T. Synacos [et al.] // Langenbeck. Arch Surg. – 2004. – Vol. 389. – P. 172-177.

Адрес для корреспонденции

117997, Российская Федерация,
г. Москва, ул. Островитянова, д. 1,
Российский государственный
медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
кафедра общей хирургии лечебного факультета,
тел. моб.: + 7 916 647 -78 -27
e-mail: dr.s.kovalev@mail.ru,
Ковалев А.И.

Поступила 16.12.2010 г.