

14. Директива об унификации методов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам № 2-18/2759. — М., 1975. — 28 с.

15. Юркевич, А. Б. Бицидная активность анолита нейтрального, полученного на установке «Аквамед» / А. Б. Юркевич // Иммунопатология. Аллергология. Инфектология. — 2003. — № 4. — С. 79–84.

Поступила 26.10.2006

УДК 616.36. – 008.5 – 009 – 08

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ПРИЧИНЫ И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. И. Ковалев, А. А. Соколов

Российский Государственный медицинский Университет, Москва

Исследованы частота и причины развития постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). Установлено, что часть их обусловлена интраоперационными погрешностями выполнения вмешательства или ятрогенными повреждениями, другие — не полным обследованием больных в дооперационном периоде или неправильной трактовкой полученных данных. Ведущее место в диагностике билиарной системы после холецистэктомии занимает ультразвуковое исследование, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), динамическая гепатобилисцинтиграфия (ГБСГ). При выявлении в процессе обследования стеноза БДС или холедохолитиаза выполнялись эндоскопические транспапиллярные вмешательства. У пациентов с протяженными стриктурами ТОХ накладывался холедоходуоденоанастомоз. В случаях диагностирования при ГБСГ дисфункциональных изменений со стороны сфинктера Одди проводилось консервативное лечение.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром, дисфункция сфинктера Одди, холедохолитиаз, стеноз БДС.

POST-CHOLECYSTECTOMY SYNDROME: REASONS AND TACTICS OF SURGICAL TREATMENT

A. I. Kovalev, A. A. Sokolov

Russian State Medical University, Moscow

There were examined some experiments in the meanings in the area of postcholecystectomy syndrome. There were decided that some part of them is faced with mistakes of operating or iatrogenic injuries, others — with not full examination of patients or mistaken meaning of information. The main of diagnostics of biliary pathology after cholecystectomy is hepatic sonography, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), dynamic radionuclide hepatobiliary imaging. In the process during the examinations of papillary stenosis or choledocholithiasis were made endoscopic intervention. Biliary-enteric anastomosis was made to the patients with long papillary stenosis. The conservative cure was made by diagnostics of dynamic radionuclide hepatobiliary imaging of dysfunction Oddi's sphincter.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome, dysfunction Oddi's sphincter, choledocholithiasis, ampullary [papillary] stenosis.

Среди многообразия заболеваний органов пищеварения желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается наиболее часто. В настоящее время в Российской Федерации в структуре общей заболеваемости частота ЖКБ в зависимости от региона составляет от 5 до 20% (2,7).

Существующие в настоящее время взгляды на хирургическую тактику при лечении острого и хронического холецистита во многом едины и касаются, главным образом, показаний к операции, выбору ее вида и сроков выполнения. Самой распро-

страненной и по существу единственной операцией, оказывающей реальную помощь при данной патологии, считается холецистэктомия. В последние годы отмечено явное увеличение заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) преимущественно 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% пациентов имеются органические рубцово-воспалительные изменения большого дуоденального сосочка (БДС) и терминального отдела холедоха (ТОХ). По данным медицинской статистики, в России ежегодно выполняется от 110 до 150 тысяч холецистэктомий, что по своему количеству среди всех операций на органах брюшной полости уступает лишь аппендэктомиям и грыжесечениям [3, 5]. Повсеместное распространение холецистэктомии, а в последние годы и ее выполнение в видеозендоскопическом варианте, как впрочем и с помощью мини-доступа создает ложное представление об относительной простоте и легкости подобных операций [1]. В то же время нигде так часто, как в хирургии печени и внепеченочных желчных протоков ошибки в техническом исполнении оперативных вмешательств приводят в последующем к тяжелым последствиям. Широкое внедрение в практику современных диагностических методов убедительно показывает, что количество больных 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.

Одновременно с ростом заболеваемости ЖКБ, несмотря на несомненные успехи ее хирургического лечения, увеличивается и число больных 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, а подчас и не имеющие причинной связи с отсутствием у пациента желчного пузыря.

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 внутрипеченочных 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 позволяют ей справляться со своими функциями в новых условиях. Через 6–12 месяцев после удаления желчного пузыря обычно наступает необходимая адаптация и в большинстве случаев организм 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 оперативных вмешательств не столь благоприятны. Тщательное клиническое обследование с применением современных инструментальных диагностических методов позволяет расшифровать причины большинства неудовлетворительных результатов перенесенных операций. 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, в первую очередь следует различать ту категорию пациентов, у которых болезненные явления, сохранившиеся или вновь возникшие после операции, зависят от различных интраоперационных погрешностей. Это касается как диагностических ошибок и неправильного выбора объема операции, так и продолжения самого патологического процесса, не устраненного оперативным вмешательством. Особое место в этом ряду занимают технические ошибки, допущенные при выполнении холецистэктомии, такие как: травма печени и внепеченочных желчных ходов, оставление чрезмерной части пу-

зырного протока, сужение холедоха в зоне перевязки пузырного протока. Не менее значимы и условно ятрогенные причины послеоперационных осложнений, обусловленные несостоятельностью культи пузырного протока, наложением порочных обходных билиодигестивных анастомозов и неадекватной санацией гнойных процессов в зоне удаленного желчного пузыря.

Особо следует выделять ту категорию пациентов, у которых основное заболевание было устранено без прямых интра- и послеоперационных осложнений, но сохраняющийся после операции 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, т. е. симптомокомплекса, зависящего как от отсутствия желчного пузыря, так и от недостаточности компенсаторных механизмов желчевыводящей системы.

Наиболее достоверно судить о причинах этой патологии можно лишь на основании повторных интервентных вмешательств, включая операции, которые позволяют определить источник болезненных проявлений. По данным литературы, повторные вмешательства при ЖКБ составляют от 3,5 до 10%, что соответствует показателям неудовлетворительных отдаленных результатов, регистрируемых у пациентов после холецистэктомии.

Ретроспективный анализ 10-летнего опыта клиники общей хирургии лечебного факультета РГМУ, основанный на наблюдении за более чем 3000 больных с патологией 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 больного в стационар являлись максимально точное выяснение локализации и характера морфологических изменений, лежащих в основе заболевания, оценка степени функциональных изменений в системе органов пищеварения, а также решение вопросов о необходимости

интервентной коррекции выявленных нарушений в системе желчевыводящих путей.

Основой для всесторонней оценки системы пищеварения в целом служило комплексное клиничко-функциональное обследование больных, предъявляющих жалобы на сохранившиеся и возникшие после холецистэктомии болевые приступы с их локализацией в эпигастральной области или правом подреберье, а также их сочетание наряду с иными диспепсическими нарушениями.

В комплекс обследования включалось обязательное выполнение пациентам следующих методов: рентгенологического и эндоскопического исследований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с функциональной оценкой пищеводно-желудочно- и желудочно-дуоденального переходов; ультразвукового исследования (УЗИ) печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы; радиоизотопного исследования моторно-эвакуаторной функции желудка и секреторно-экскреторной функции печени; поэтажной рН-метрии и манометрии от уровня связки Трейтца до средней трети пищевода. В последние годы мы 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 желчных протоков и наличие в них препятствий в виде опухолей или конкрементов, не позволяет 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 динамическая гепатобилисцинтиграфия, позволяющая оценить не только поглотительную-выделительную функцию полигональных клеток печени, но и концентрационно-эвакуаторную функцию желчного пузыря, а также проследить пассаж радиофармпрепарата по желчным протокам. Низкие лучевые нагрузки и быстрое выведение изотопов из организма позволяют считать данный метод доступным и безопасным [8].

Особое значение придавали выполнению эндоскопической ретроградной панкреато-

холангиографии (ЭРПХГ), как наиболее информативному методу, позволяющему получить необходимый объем информации о состоянии внепеченочных желчных путей и протоковой системы поджелудочной железы. Показаниями к выполнению ЭРПХГ являлись наличие лабораторных признаков холестаза и анемнестические данные о ранее существовавшей желтухе, а также ультразвуковые признаки дилатации холедоха более 6 мм и замедление поступления радиофармпрепарата в кишечник, превышающее 20 минут. При выявлении в процессе исследования холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующей литоэкстракцией, а при стенозе БДС — ЭПСТ дополняли инструментальной ревизией желчных протоков. В случае невозможности выполнения ЭРПХГ осуществляется чрескожно чреспеченочная холангиография. В результате проведенного обследования у 32 больных 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) конкременты во внепеченочных желчных протоках. Термин «вновь образованные» распространялся лишь на тех больных, у которых при холецистэктомии выполнялась и документировалась (интраоперационная холангиография) ревизия желчевыводящей протоковой системы, исключавшая наличие в ней конкрементов во время первого 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, различной степени сужения внепеченочных желчных путей — у 19, наличие избыточной культы пузырного протока — у 3, перихоледохеальный 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 имитируют 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 различными по степени нарушениями адекватного желчеоттока. В 51 наблюдении имели место признаки механической желтухи, обусловленные как наличием конкрементов в общем желчном протоке, так и стенотическими рубцово-воспалительными процессами в его терминальном отделе и в БДС.

Не вызывает сомнения тот факт, что применяемые с целью коррекции патологических изменений внепеченочных желчных протоков после холецистэктомии эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются наиболее оптимальными в достижении положительного результата. Это подтверждают и результаты исследований зарубежных и отечественных авторов, основанные на большом количестве клинических наблюдений [7, 10].

На сегодняшний день арсенал применяемых эндобилиарных 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

при сочетании холедохолитиаза, стеноза БДС или ТОХ с гнойным холангитом. Для эффективного лечения этой патологии необходима длительная декомпрессия желчных протоков и их активная санация. Это достигается использованием методики назобилиарного дренирования. К установке назобилиарного дренажа прибегали также при этапной литоэкстракции с целью профилактики вклинивания оставленных в холедохе конкрементов.

В настоящее время методика эндопротезирования холедоха при его доброкачественных сужениях используется значительно реже, чем при бластоматозной обструкции. Как правило, мы прибегали к ней 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, как правило, эндопротезирование носило временный характер и использовалось на этапе подготовки больного к реконструктивной операции.

В 26 случаях выполненная ЭРПХГ послужила основанием для выполнения 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 больных. В 7 случаях выполнили трансдуоденальную папиллосфинктеротомию, а в 13 — папиллосфинктеропластику. У 5 больных при наличии протяженной стриктуры в дистальном отделе холедоха (более 2,5 см) произвели наложение холедоходуоденоанастомоза. Кроме того, у 2 пациентов была резецирована оставленная при первичной холецистэктомии избыточная культя пузырного протока, у 1 больного произведена лимфоденэктомия в зоне холедоха и ворот печени, у 2 больных устранена спаечная деформация общего желчного протока, в 4 наблюдениях произведена продольная панкреатоеюностомия, у 3 больных выполнили наложение холедохоеюноанастомоза, а у 2 пациентов повторное оперативное вмешательство состояло из наружного дренирования общего желчного протока в связи с резко 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 выявлено каких либо нарушений в системе желчеоттока.

Ретроспективный анализ результатов в более отдаленные сроки после повторных операций (5–10 лет) позволил нам сделать заключение о том, что при наличии у больных рубцовых стриктур желчных путей, хронического псевдотуморозного панкреатита и тубулярного стеноза ТОХ наилучшие результаты были отмечены при наложении им 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 органические изменения в желчных путях могут еще более усилить дискинетические явления. Характерной чертой дискинезий является связь болей 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 встречаться с двумя формами дискинезии БДС: гиперкинетической и гипокINETической. Вероятнее всего дискинезия сфинктера Одди возникала в результате нарушения нейрогуморальных регуляторных механизмов расслабления и сокращения гладкой мускулатуры сфинктерного аппарата БДС. При этом в одних случаях превалировали явления спазма сфинктера Одди на почве повышения тонуса симпатической нервной системы, в других — атонии сфинктера Одди, что обычно связано с возбуждением блуждающего нерва [4].

Наиболее информативным методом для подобной диагностики является динамическая гепатобилисцинтиграфия в комплексе с УЗИ, ЭРПХГ и данными фракционного дуоденального зондирования. В клинической картине больных с дискинезиями желчных протоков преобладают общевегетативные или дизэнцефальные симптомы с явлениями вегетативной дистонии с жалобами на кратковременные боли в правом подреберье и наличием зон кожной гиперестезии на фоне нормальной температурной реакции и отсутствия изменений в анализах крови. Общий принцип лечения данной группы пациентов состоит в улучшении нейрогуморальных регуляторных механизмов желчевыделения, устранении дистонии вегетативной нервной системы и патологических рефлексов мускулатуры желчных протоков и сфинктеров, а также невротических и дизэнцефальных расстройств.

На первое место в лечебной схеме данных пациентов выходит назначение желчегонных и желчсекреторных препаратов в сочетании с комплексом физиотерапевтических процедур. Им также рекомендуется назначение по показаниям препаратов, влияющих на тонус гладкой мускулатуры, из группы миотропных спазмолитиков (одестон), седативных, либо тонизирующих средств. Нередко хороший эффект дают назначения этим больным умеренных доз транквилизаторов и ганглиоблокаторов [6].

В заключение, резюмируя наш опыт, следует отметить, что основной причиной возобновления болей после холецистэктомии являются не устраненные во время первой операции стенотические поражения БДС или стриктуры ТОХ, а также не учитываемые и не устраненные 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.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балалыкин, А. С. Неудачи, ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии: В сб.: Лапароскопическая хирургия: Матер. Междунар. конгресса / А. С. Балалыкин [и др.]. — М.: РНЦХ, 1993. — С. 47–52.
2. Дедерер, Ю. М. Желчнокаменная болезнь / Ю. М. Дедерер, В. И. Прохоров, И. П. Крылова. — М., 1982. — С. 174.
3. 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 // Терапевтический архив — 2004. — Т. 2. — С. 83–87.
4. Минушкин, О. Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: патофизиология, диагностика и лечебные подходы / О. Н. Минушкин. — М., 2004. — С. 22.
5. Петровский, Б. В. Ошибки, опасности и трудности в хирургии желчных путей: Матер. Междунар. конф. / Б. В. Петровский, О. П. Милонов. — М., 1982. — С. 4–7.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под общ. ред. В. Т. Ивашкина. — М.: Литера, 2003. — С. 375–380.
7. Ревякин, В. И. Осложнения и летальность после эндоскопической папиллосфинктеротомии: опыт 1300 операций / В. И. Ревякин [и др.] // Российский симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». — М., 1998. — С. 67–69.
8. Родионов, В. В. Калькулезный холецистит / В. В. Родионов, М. И. Филимонов, В. М. Могучев. — М.: Медицина, 1991. — С. 320.
9. Фомин, Д. К. Гепатобилисцинтиграфия в диагностике и определении тактики лечения желчнокаменной болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 24 с.
10. Lambert, M. Endoscopic sphincterotomy: the whole truth / M. Lambert // Br. J. Surg. — 1991. — Vol. 78. — P. 473–476.

Поступила 3.01.2006

УДК:616.36.-002.951.21-002.9

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОТИВОПАЗИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Габиша Саиф Али

Гомельский государственный медицинский университет
Госпиталь «Аль Наср», г. Ибб, Республика Йемен

Проанализированы результаты сочетанного (операция + химиотерапия) лечения 18 больных эхинококкозом печени, оперированных в период с 2002 по 2005 годы в хирургическом отделении госпиталя «Аль Наср» (г. Ибб, республика Йемен).

Ключевые слова: альбендазол, эхинококкоз.