

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ПХЭС) У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Алексеев С.А., Бовтюк Н.Я., Кошевский П.П., Жарикова А.О., Згирская Т.В.

Белорусский государственный медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Актуальность

По данным ВОЗ желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает 10-12% населения. Операции на желчевыводящих путях (ЖВП) занимают второе место среди хирургических вмешательств [5]. Однако, в 30-40% случаев у прооперированных больных развивается ПХЭС, который оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов после холецистэктомии [6]. ПХЭС - условное обозначение целого ряда расстройств после холецистэктомии из различных доступов [3]. Единого мнения о классификации ПХЭС не существует, но большинство авторов выделяют ПХЭС, обусловленный заболеваниями желчных путей (истинный ПХЭС), а также ПХЭС как группа заболеваний со стороны других органов и систем [3]. Именно изменения со стороны ЖВП, являющиеся причинами истинного ПХЭС чаще всего обуславливают развитие подпечёночного холестаза при ЖКБ. ЖКБ, осложненная механической желтухой составляет около 11% [5]. ПХЭС у больных, которым выполнены холецистэктомия (ХЭ) и дренирующие операции по устранению холестаза доброкачественного генеза изучен недостаточно. Требуется дальнейшего изучения и обсуждения сочетание симптомов ПХЭС и симптомов, связанных с нефизиологическим пассажем желчи в двенадцатиперстную кишку.

Цель исследования: Изучить ближайшие результаты и отдаленные проявления ПХЭС у больных после хирургического лечения механической желтухи, обусловленной ЖКБ.

Материалы и методы

В основу положены результаты оперативного лечения 100 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «3 ГКБ им. Е.В.Клумова» г. Минска в период с 2004 по 2009 год. Все пациенты разделены на 2 группы: основная (52) - ЖКБ, осложненная механической желтухой и контрольная (48)-ЖКБ без механической желтухи. Обе группы сопоставимы по полу и возрасту. Возраст больных:

24-91 года, из них трудоспособного возраста 12 (23%) - в основной группе, 21 (43%) - в контрольной группе. Больные старческого и пожилого возраста в основной группе составили 20 (38,5%), в контрольной 10 (20,8%), что часто требовало коррекции имеющейся у них сопутствующей патологии и соответствует данным других авторов, указывающих на рост количества этой категории больных [3,5]. У больных основной и контрольной групп произведена ХЭ, которая в основной группе была дополнена дренирующими операциями. Для коррекции холестаза выполнены холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Юрашу-Виноградову с ХЭ-18 (35%); ХДА по Юрашу-Виноградову с ХЭ в анамнезе-5 (9,5%); ХДА по Финстереру с ХЭ в анамнезе-6 (11,5%); ХЭ, холедохолитотомия с литоэкстракцией с дренажом по Керу при синдроме Мириззи-6 (11,5%) , с дренажом по Холестеру-2 (4%), с дренажом по Керу-5 (9,5%); эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с ХЭ в анамнезе-3 (5,5%); ХЭ, ЭПСТ-3 (5,5%); ХЭ, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика-4 (8%).

Результаты

Установлено, что в обеих группах женщины болели в 5 раз чаще, чем мужчины. У пациентов в основной группе холестатический синдром имел место в лёгкой степени тяжести 15 (48%), средней-10 (32,2%) и тяжёлой-6 (19,8%) больных. Пациенты из основной группы выписаны на амбулаторное лечение на 19-е сутки, контрольной - на 5-е в удовлетворительном состоянии. Отдаленные результаты изучены методом анкетирования. Физическое состояние больных в основной группе улучшилось у 29 (93%), в контрольной- 27 (87%) пациентов по сравнению с предоперационным периодом. Эти данные могут указывать на своевременную коррекцию причин истинного ПХЭС при холецистэктомии (ХЭ).

Болевой синдром сохранился у 11 (34,4%) больных с осложнённой ЖКБ, боль чаще кратковременная колющая после еды. В контрольной группе боль отмечена у 10 (32,3%) больных, боль имела тянущий, ноющий и распирающий характер. Таким образом, частота и степень выраженности боли у всех пациентов были приблизительно одинаковы, но отличались по характеру.

При оценке других жалоб в основной группе беспокоила изжога-8 (25,8%), тошнота - 5 (16%), отрыжка - 8 (25,8%), горечь во рту -10 (32,4%) пациентов. В контрольной группе отмечали изжогу - 8 (25,8%),тошноту - 3 (9,7%), отрыжку-3 (9,7%), горечь во рту -5 (16,1%) обследованных пациентов. Функциональные нарушения ЖКТ, такие как нарушения стула в основной группе, наблюдались в 35% случаев, в контрольной- 19%. Больные, соблюдающие диету и назначения врача, составили - 20 (65%) - в основной группе, и 13 (42%) - в контрольной. При изучении

болевого синдрома в области послеоперационного рубца выявлено, что рубец не беспокоит 23 (74%) в основной группе и 25 (80,6%) пациентов из группы с ЖКБ, неосложненной желтухой.

Для оценки качества жизни использовалась шкала Visik. Результаты приведены в табл.1:

Таблица 1. Отдалённые результаты по шкале Visik

| Варианты ответов | Основная группа(n=31) | Контрольная группа (n=31) |
|--------------------|-----------------------|---------------------------|
| отличное | 2 (7%) | 4 (13%) |
| хорошее | 5 (16%) | 13 (42%) |
| удовлетворительное | 21 (67,6%) | 11 (35,6%) |
| плохое | 3 (9,4%) | 3 (9,6%) |

Выводы

Качество жизни у больных, оперированных по поводу ЖКБ, осложненной желтухой «ниже», чем у больных с ЖКБ без желтухи, что вероятнее всего обусловлено и нефизиологическим пассажем желчи после дренирующей операции. Проявлением ПХЭС в контрольной группе служили поражения других органов (клинические проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, функциональные расстройства моторики желудочно-кишечного тракта).

Список литературы

1. Возлюбленный, С.И. Лапароскопическая фиброхоледохоскопия в хирургии холедохолитиаза / С.И. Возлюбленный, М.Ф. Черкасов, Е.Н. Деговцов и др.//Хирургия. -2009- №2 – С. 44- 46
2. Данилов, Д.Е. Холестаз: Учебно- методическое пособие /Д.Е. Данилов, И.А. Карпов, Е.Н. Яговдик-Тележная. - Мн: УП Бестпринт, 2008. -36с. С. 3-26;
3. Иоскевич, Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии/ Н.Н. Иоскевич// Минск-2001.-С. 274-299.
4. Майстренко, Н.А. Выбор рациональной хирургической тактики у больных с желчнокаменной болезнью пожилого и старческого возраста/ Н.А. Майстренко, В.С. Довгалоук, А.А.Феклюнин и др.//Вестник хирургии. -2010. - №3. –С. 71-77.
5. Призенцев, А.А. Желчнокаменная болезнь и её осложнения: Учебно- методическое пособие/ А.А. Призенцев, А.Г. Скуратов, М.Н. Колибалов. - Гомель ГГМУ, 2010 –26с. С. 4-16.

6. Скуратов, А.Г. Механическая желтуха: Учебно- методическое пособие/ А.Г. Скуратов, А.А. Презенцев, Б.Б. Осипов.- Гомель ГГМУ, 2010- 42с. С. 6,26-37.