

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СИСТЕМНЫЕ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ СДВИГИ И КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Джулай Т.Е., Гумашян К.А., Рауд А.К.

ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинский университет Минздрава РФ

Введение. Пациентам с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в мире ежегодно выполняется 2,5 млн холецистэктомий (ХЭ), только в России – их число достигает 200 тыс. [1]. Оперативное вмешательство не приводит к полному излечению, так как у 5-40% пациентов после ХЭ сохраняются или усиливаются симптомы дискинетических расстройств либо возникают новые клинические признаки, объединенные общим термином «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС). [1, 6]

ПХЭС развивается после оперативного удаления желчного пузыря и проявляется функциональными изменениями в работе органов пищеварения, в особенности, гепатобилиарной системы. Впервые этот термин был предложен Ги Малли в 1926 году как результат хирургических ошибок, число которых достигало 8,1% случаев ХЭ. [2] В последующие годы было установлено, что «ПХЭС» далеко не всегда является следствием «дефектных операций», – часто в его основе лежат функциональные расстройства сфинктерного аппарата и ферментативная недостаточность поджелудочной железы. [1,3]

Несмотря на то, что термин ПХЭС применяется в клинической практике почти 100 лет, и он включен в МКБ-10 (K91.5), конкретное смысловое наполнение этого понятия до сих пор продолжает дискутироваться. Едва ли в медицине можно найти еще какой-либо синдром, который столь долго и небезосновательно подвергается критике как слишком общий и неконкретный, но который, тем не менее, сохраняет свою актуальность и до настоящего времени. [3]

В настоящее время интерпретация проявлений ПХЭС осуществляется согласно определению Римского Консенсуса IV пересмотра (2016), который рассматривает ПХЭС как дисфункцию сфинктера Одди, обусловленную нарушением его сократительной функции, препятствующим нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета при отсутствии органических препятствий. [4] Органические причины ПХЭС ассоциированы с холедохолитиазом, рубцовыми изменениями большого дуоденального сосочка (БДС) и внепеченочных желчных путей, эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ, воспалительными поражениями поджелудочной железы. [5]

История развития хирургии билиарного тракта насчитывает более двух столетий. В последние два десятилетия повсеместное распространение и статус «золотого стандарта» хирургического лечения ЖКБ получила именно лапароскопическая ХЭ (ЛХЭ), бесспорными преимуществами которой для пациента являются минимальная травматичность, сокращение сроков госпитального пребывания в 2-3 раза, уменьшение периода реабилитации. Тем не менее, учитывая, что основным критерием эффективности новых медицинских технологий является высокое качество жизни больных в отдаленном послеоперационном периоде, нельзя не признать, что совершенствование хирургической техники выполнения ХЭ не оказало существенного влияния на развитие ПХЭС. От 20 до 40% пациентов, которым была произведена ХЭ независимо от способа ее выполнения, в течение ближайших 5 лет после операции отмечают появление абдоминальных болей или диспепсических расстройств, что и интерпретируется как ПХЭС и требует дальнейшего обследования и медикаментозной коррекции [6]

Соответственно, весьма актуальным является вопрос о клинических проявлениях ПХЭС у лиц, подвергшихся оперативному лечению по поводу ЖКБ, их связи с сопутствующей патологией органов пищеварения и формированием системных метаболических сдвигов в разные сроки после оперативного вмешательства.

Целью исследования было выявить и оценить коморбидное поражение органов системы пищеварения и системные метаболические сдвиги у больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Материалы и методы. Проведен анализ амбулаторных карт 109 пациентов, обратившихся за консультацией гастроэнтеролога в отдаленные сроки после операции ХЭ по поводу симптомной ЖКБ. Возраст колебался от 23 до 76 лет (средний возраст пациентов – 52 года). Женщин было 102 (93,6%), мужчин – 7 (6,4%). Помимо анамнестического указания на проведенное оперативное вмешательство и типичных субъективных проявлений диагноз подтвержден результатами комбинации визуализирующих методов диагностики (ЭГДС, УЗИ/МРТ/КТ органов брюшной полости, ирригоскопия, ФКС, ретророманоскопия, рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки), лабораторных исследований (клинический и биохимический анализ крови, копрологическое и бактериологическое исследование фекалий).

Результаты. Данные анамнеза о давности ХЭ выявили, что к гастроэнтерологу обращались лица в разные сроки после операции по удалению желчного пузыря: более 10 лет назад – 32 пациента (29,4%), через 1-5 лет после операции – 31 человек (28,4%), через 5-10 лет – 30 пациентов (27,5%). Меньше всего обратилось за помощью больных со сроком операции до 1 года – 14 человек (12,8%). У двоих (1,8%) сроки после операции на момент обращения точно не указаны.

Поводом для обращения преимущественно были боли, тяжесть или дискомфорт в эпигастрии (42 пациента – 38,5%); неустойчивый рыхлый, мажущий стул с примесью желчи (29 случаев – 26,6%); тупые боли и тяжесть в правом подреберье (26 человек – 23,9%); горечь во рту (24 – 22,0%); тошнота и метеоризм встречались с одинаковой частотой (у 22 пациентов – 20,2%); изжога наблюдалась у 19 (17,4%), запоры – у 12 человек (11,0%). С равной частотой (по 8 человек – 7,3%) отмечались боли в левом подреберье после еды и боли в кишечнике спастического характера; желтушность выявлена у 5 пациентов (4,6%). Рвота, чувство кома за грудиной, пищеводная регургитация, отрыжка воздухом, сухость во рту встречались в единичных случаях (по 2 пациента – 1,8%).

При осмотре у большинства пациентов (64 – 70,0% случаев) выявлен небольшой налет на языке у корня и по спинке, из них у двоих (1,8%) – географический язык. При пальпации живота в 11 случаях (10,1%) обнаружена болезненность в точке проекции солнечного сплетения на переднюю брюшную стенку, у 10 человек (9,2%) – чувствительность в эпигастрии, у 9 (8,25%) пациентов – болезненность по ходу кишечника. Реже выявлялись болезненность и асимметрия ощущений при пальпации живота в подреберьях с акцентом справа – по 4 пациента (3,7%), у 3 (2,75%) вздутие живота. Менее чем в 1% случаев при осмотре отмечались цианоз губ, пальпаторно определяемые болезненность в левом подреберье, увеличение размеров печени. Каждый третий пациент (33 человека – 30,3%) имел избыточную массу тела.

Анализ сопутствующей патологии органов пищеварения показал высокую частоту регистрации заболеваний панкреатобилиарной зоны, эпигастральной области и почек, встречавшихся в различных сочетаниях.

Так, хронический гастрит разных морфологических типов имел место у всех пациентов (109 человек – 100%), рефлюкс-эзофагит – у 72 (66,05%), смешанный гастродуоденит – у 50 (45,9%), рефлюкс-гастрит и дуоденогастральный рефлюкс – у 66 (60,5%). Диафрагмальные грыжи были выявлены у 18 пациентов (16,5%), косвенные признаки патологии панкреатобилиарной зоны – у 33 человек (30,3%), недостаточность кардии – у 23 (21,1%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, в том числе и с наличием ее рубцовой деформации – у 12 пациентов (11,0%). Хеликобактериоз гастродуоденальной зоны с положительными тестами на присутствие *H. pylori* имел место у 23 обследованных (21,1%).

Среди прочих состояний, выявленных у пациентов с ПХЭС, наиболее часто имела жировая болезнь печени (63 человека – 57,8%), хронический панкреатит (42 – 38,5%). В

качестве инструментальных находок было отмечено расширение холедоха (10 случаев –9,2%), кисты паренхиматозных органов (15 пациентов – 13,8%), в том числе у 12 из них – кисты почек (11%) и у 3-х (2, 8%) кисты печени. С минимальной частотой (менее 1%) встречались гемангиома печени, умеренная дилатация Вирсунгова протока и внутривенных протоков, жировая инфильтрация паренхимы поджелудочной железы.

Изменения в почках выявлялись с разной частотой: диффузные изменения паренхимы у 10 человек (9,2%), нефролитиаз и гидропиелоектазия по 3 пациента (2,75%). У 11 пациентов (10,1%) обнаружен нефроптоз, преимущественно справа.

Визуализирующие кишечник методы исследования (колоноскопия, ирригоскопия, ректороманоскопия) в единичных случаях обнаружили структурные изменения в стенке ободочной кишки (мегаколон, долихосигма и дивертикулы кишечника – все по 4 человека (3,7%).

У 38 пациентов (34,9%) проанализированы результаты биохимических лабораторных тестов. Наиболее типично оказалось наличие дислипидемии с повышенным уровнем общего холестерина и атерогенных фракций липидов, в первую очередь ЛПНП (16 случаев – 14,7%), в 3 случаях (2,75%) имело место повышение уровня аминотрансфераз, а также умеренно повышенная активность щелочной фосфатазы и гамма-глутамилтрансферазы, в 2 (1,8%) – повышенный уровень мочевой кислоты.

При бактериологическом исследовании фекалий, проведенном у 39 человек (35,8%), в абсолютном большинстве случаев из них 28 (71,8%) был выявлен дисбактериоз кишечника различной степени выраженности.

Заключение. В большинстве случаев поводом для обращения пациентов с ПХЭС в отдаленном послеоперационном периоде выступают повторяющиеся абдоминальные боли разной локализации и интенсивности, сочетающиеся с желудочной, билиарной и кишечной диспепсией. Их развитие ассоциировано с сопутствующей патологией эзофагогастроуденальной и панкреатобилиарной зон пищеварительной системы, а также расстройствами метаболизма в виде ожирения, жировой болезни печени, дислипидемии, дисбактериоза кишечника с высоким риском системных расстройств метаболизма и сердечно-сосудистых осложнений. Установление причинно-следственных связей и эволюционной последовательности формирования пищеварительных и метаболических расстройств, сопровождающих ПХЭС, требует специального долгосрочного динамического наблюдения за большими клиническими когортами больных ЖКБ. Эти исследования следует планировать со сравнением метаболических расстройств, предшествующих проведению ХЭ, и в разные сроки после ее проведения для планирования системы лечебно-профилактических мероприятий, начиная с раннего послеоперационного периода, а также для оценки показаний и противопоказаний к плановому оперативному лечению при бессимптомном камненосительстве.

Литература

1. Минушкин, О.Н. Постхолецистэктозный синдром, путь от хирурга к терапевту в свете рекомендаций Римского консенсуса II–III / О.Н. Минушкин. - Текст : непосредственный // Медицинский алфавит. -2016. -№12. Т.2. Практическая гастроэнтерология. - С.6-9.
2. Минушкин, О.Н. Современные представления о постхолецистэктозном синдроме в свете рекомендаций Римского Консенсуса II–III / О.Н. Минушкин. - Текст : непосредственный // Медицинский совет.- 2015. - №13. – С. 70-75.
3. Ильченко, А.А. Постхолецистэктомический синдром: взгляд на проблему с позиции терапевта / А.А. Ильченко.- Текст : непосредственный // Анналы хирургической гепатологии.- 2011. –Т. 16, № 2. – С. 37-44.
4. Ткач,С.М. Самое ожидаемое событие года в гастроэнтерологии: Римские критерии IV функциональных гастроинтестинальных расстройств / С.М. Ткач. Текст : непо-

средственный // Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология. - 2016. - № 40. – Т.2. – С. 24-26 .

5. Патология органов пищеварения у больных после холецистэктомии (хирургические аспекты) / Л.В. Гусева, Е.И. Брехов, Е.Г. Бурдина [и др.] // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2019. - №1. – С. 24-31.

6. Быстровская, Е.В. Патогенетические и диагностические аспекты постхолецистэктомического синдрома / Е.В. Быстровская, А.А. Ильченко.- Текст : непосредственный // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2009. – №3.- С. 69-80.