

А. А. ХАЧАТРЯН, Н. Н. БАБАЛЯН

О «ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ»

Изучены отдаленные результаты холецистэктомии у 539 больных в сроки от 2 до 16 лет. У 125 из них имелись остаточные явления (23,2%). Выявленные причины остаточных явлений распределены по группам.

За последние 20 лет отмечается заметный рост хирургической активности при лечении холецистита. Так, по данным многих статистик, операции на желчном пузыре после аппендэктомии становятся наиболее частым вмешательством на органах брюшной полости [4]. Однако, как показывают данные литературы, удаление желчного пузыря не всегда избавляет больных от страданий. Рецидивы болей и развитие разнообразных функциональных расстройств в послеоперационном периоде варьируют от 5 до 64%, составляя в среднем 30% [3, 9].

Подавляющее большинство авторов различные расстройства, возникающие после удаления желчного пузыря, объединяют под названием «постхолецистэктомического синдрома», детальное изучение отдельных вопросов которого является актуальной задачей современной медицины. И. М. Тальман [5] считает название «постхолецистэктомический синдром» весьма неудачным, поскольку аналогичные функциональные расстройства и болевые ощущения различной интенсивности могут наблюдаться не только после холецистэктомии, но и при других операциях на желчных путях, производимых как при легких, так и при тяжелых формах заболевания.

В настоящее время нет общепринятой классификации и единого взгляда о происхождении «постхолецистэктомического синдрома». Одни авторы, объединяя расстройства после холецистэктомии, учитывают только наличие органических изменений в желчевыводящих путях, другие основываются на функциональных расстройствах сфинктера Одди, третьи придают большое значение заболеваниям соседних органов, а четвертые — отсутствию желчного пузыря, необходимого для нормально-го пищеварения.

В связи с вышеизложенным мы задались целью выяснить и изучить причины неудовлетворительных результатов у больных после холецистэктомии.

Нами изучены отдаленные результаты холецистэктомии у 539 больных в сроки от 2 до 16 лет. У 125 из них имелись остаточные явления (23,2%). На основании комплексного обследования этих больных (клиническое, лабораторное, рентгенологическое, бактериологическое и др.)

нами были выявлены различные причины возникновения «постхолецистэктомического синдрома».

Детальный анализ нашего материала (125 случаев) дал возможность все причины, приводящие к возникновению этого синдрома, разделить на три основные группы: причины, обусловленные погрешностями техники холецистэктомии (8 чел.); причины, обусловленные воспалительным процессом желчных путей (89 чел.); причины, зависящие от сопутствующего поражения других органов и систем организма (28 чел.).

Таким образом, дифференцируя в отдельности все частные причины, входящие в каждую из этих групп, мы сочли возможным выявить следующие причины, вызывающие «постхолецистэктомический синдром».

1. Причины, обусловленные техникой операции:
 - а) синдром культи пузырного протока (2),
 - б) оставление камней в желчных ходах (3),
 - в) стенозирование внепеченочных желчных протоков и застойные явления (3).
2. Причины, обусловленные воспалительным процессом желчного пузыря и желчных путей:
 - а) скрыто текущий холангит и холангиогепатит (26),
 - б) спазм запираательно-регулирующего аппарата, расширение желчного и печеночного протоков (23),
 - в) цирроз печени (4),
 - г) гепатит (5),
 - д) хронический рецидивирующий панкреатит (31).
3. Причины, зависящие от сопутствующего поражения других органов и систем организма:
 - а) дуоденостаз (3),
 - б) язвенная болезнь 12-перстной кишки (2),
 - в) функционально-динамические нарушения моторики желудка и верхнего отдела кишечного тракта (15),
 - г) спастический колит (8).

На основании детального анализа нашего клинического материала и учета литературных данных мы склонны считать, что в подавляющем большинстве случаев имеется причинная зависимость между воспалительными заболеваниями желчного пузыря и многих органов брюшной полости.

Причинами рецидива камней следует считать последующее развитие сужения гепатохоледоха, наличие скрыто текущего холангита и хронические застойные явления в желчных путях. В случаях, когда холецистит сопровождается желтухой, холангитом, наличие хороших ближайших результатов лечения еще не говорит о стойком выздоровлении. У лиц с такой патологией после холецистэктомии инфекция длительное время может гнездиться в желчных путях и в дальнейшем может вызвать периодические обострения.

А. Т. Лидский [1] отмечает, что в подобных случаях, даже при от-

сутствии болей, как правило, наблюдается озноб и подъем температуры тела, чувство тяжести в правом подреберье и различные диспептические расстройства.

Для периодического обострения скрыто текущего холангита имеет большое значение состояние печеночной паренхимы, поскольку как цирротический компонент, так и гепатит, оставшийся после холецистэктомии, являются хорошим фоном для обострения воспалительного процесса.

Наступающие в отдаленные сроки дискинетические явления бывают обусловлены чаще всего спазмом сфинктера Одди и компенсаторным расширением гепатохоледоха [1, 7, 13]. При этом обычно наступает периодический застой в желчных путях. Как известно, застойные явления способствуют вспышке латентной инфекции или же внедрению инфекции в желчные пути из кишечника восходящим путем. Органические же изменения со стороны терминального отдела холедоха, а также сфинктера Одди и фатерова соска в отдаленные сроки после холецистэктомии могут привести к хроническим нарушениям оттока сока поджелудочной железы, в силу которых усугубляются изменения и развивается хронический интерстициальный панкреатит. Последний нередко дает периодические обострения имеющегося хронического процесса в поджелудочной железе [2, 6, 12].

Для правильного суждения об отдаленных результатах холецистэктомии необходимо учитывать сроки, прошедшие после операции. Некоторые авторы, изучив отдаленные результаты лечения в сроки до 1 г. после холецистэктомии, почти не приводят плохих результатов. Так, например, Магарнер, Беккер [8] из 105 холецистэктомий отмечают хороший результат через год у 104 человек, т. е. почти 99% всех случаев. Нам кажется, что изучение отдаленных результатов холецистэктомии через несколько лет дало бы уже совсем другие показатели.

Неудовлетворительные результаты после холецистэктомии могут быть обусловлены как погрешностями техники оперативного вмешательства, так и другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Хотелось бы еще раз подчеркнуть недостаточную изученность рассматриваемой патологии, а между тем она встречается часто и приносит много неприятностей больным. Большого внимания заслуживает ряд появившихся в сравнительно недавнее время работ [10, 11], в которых подробно рассматриваются диспептические расстройства у больных после желчнокаменной болезни. Монод [10] объединяет их в понятие «остаточного паралитического синдрома», устанавливает тесную связь с патологией желчных путей и считает, что после операции они могут не пройти. Так же, как и некоторые другие авторы, он полагает, что природа этого спадания аллергическая, и подвергает таких больных активному лечению кортикостероидами, антигистаминными препаратами и специфической десенсибилизацией.

В заключение следует отметить, что своевременное выявление частных факторов, которые лежат в основе так называемого «постхолецистэктомического синдрома», дает возможность правильно дифференциро-

вать данное страдание в каждом конкретном наблюдении и рационально организовать необходимое комплексное лечение.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступила 4/IV 1973 г.

Ա. Ա. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ, Ն. Ն. ԲԱԲԱԼՅԱՆ

ԱՅՍՊԵՍ ԿՈՉՎԱԾ «ՀԵՏԽՈՒՆԵՑԻՍՏԵԿՏՈՄԻԿ ՍԻՆԴՐՈՄԻ» ԵՎ ՆՐԱ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Ներկայումս չկա համընդհանուր դասակարգում և ընդհանուր հայացքներ այսպես կոչված, «հետխոլեցիստեկտոմիկ սինդրոմի» առաջացման հարցի վերաբերյալ:

Մեր կողմից ուսումնասիրվել է 539 հիվանդների բուժման հեռավոր արդյունքները (2—16 տարի), որոնք ենթարկվել են խոլեցիստեկտոմիայի, նրանցից 125-ի մոտ (23,2%) հայտնաբերվել են մնացորդային երևույթներ: Կոմպլեքսային հետազոտման հիման վրա (կլինիկական, լաբորատոր, ռենտգենաբանական, բակտերիոլոգիական և այլն) մեր կողմից հայտնաբերվել են տվյալ տառապանքի առաջացման տարբեր պատճառներ:

Մեր ուսումնասիրության արդյունքները թույլ են տալիս այսպես կոչված «հետխոլեցիստեկտոմիկ սինդրոմի» առաջացման բոլոր պատճառները բաժանել երեք հիմնական խմբերի. խոլեցիստեկտոմիայի տեխնիկային վերաբերվող պատճառներ (8 դեպք), պատճառներ, որոնք պայմանավորված են լեզուղիների և լեղապարկի բորբոքային երևույթներով (89 դեպք) և պատճառներ, կապված օրգանիզմի այլ օրգանների ու սխտանների ախտահարման և ուղեկցող հիվանդությունների:

Դիֆերենցիել մասնավոր պատճառները առանձին-առանձին, որոնք մտնում են վերոհիշյալ խմբերը, մեզ հնարավորություն է ընձեռնվում տալ «հետխոլեցիստեկտոմիկ սինդրոմի» դասակարգումը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Лидский А. Т. Хирургические заболевания печени и желчевыводящей системы. М., 1963.
2. Петров Б. А. и Лобачев Е. В. Вестник хирургии им. Грекова, 1956, 10, стр. 35.
3. Серебрякова Н. И. В кн.: Острый холецистит и его осложнения. Л., 1965, стр. 36.
4. Ситенко М. В., Нечай А. И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. Л., 1972.
5. Тальман И. М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков. М., 1963.
6. Фундылер А. М. Хирургия, 1948, 4, стр. 46.
7. Lehmann K. Acta chir. Scand., 1956, 112, 40.
8. Mahorner H., Becker W. P. Amer. Surg., 1961, 27, 5, 347.
9. Mallet-Guy P. Troisième congrès de la société internationale de chirurgie. Bruxelles, 1950, 842.
10. Monod M. E. Gastroenterologia, 1966, 106, 3, 130.
11. Rhind J. A., Watson L. Brit. med. J., 1968, 1, 5583, 32.
12. Sarles H., Marcadier. Les pancréatites chroniques de l'adulte. Paris, 1960.
13. Walteres W. Amer. surg., 1963, 29, 5, 347.