

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
350063 г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8 (953) 071-58-75. E-mail: Intro-2@rambler.ru

Проведено обследование и лечение 176 пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), развившимся после удаления желчного пузыря. Согласно полученным данным, традиционная холецистэктомия (ТХ) является наиболее травматичным методом хирургического лечения, результаты минилапаротомной (МХЭ) и видеолaparоскопической холецистэктомии (ЛХЭ) практически одинаковы. При отсутствии противопоказаний должна быть рекомендована ЛХЭ. У 55,1 % больных причиной неудовлетворительных исходов холецистэктомии являются заболевания органов, не относящихся к гепатобилиарной системе (ГБС). Доступность и широкое внедрение в практику малоинвазивных методов вмешательств (ЛХЭ, МХЭ) в билиарной хирургии зачастую ведёт к необоснованным холецистэктомиям, дискредитирующим эти прогрессивные методы.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, холецистэктомия, дуоденостаз, сфинктер Одди.

**Y.P. SAVCHENKO, V.M. BENSMAN, G.K. KARIPIDI, S.E. GUMENYUK,
I.V. SUZDALTSEV**

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CHOLECYSTITIS, DEPENDING ON THE
METHOD OF CHOLECYSTECTOMY

*Department of General Surgery, Kuban State Medical University, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4.
Tel. 8 (953) 071-58-75. E-mail: Intro-2@rambler.ru*

The study and treatment of 176 patients with postcholecystectomy syndrome that developed after removal of the gallbladder. According to information received cholecystectomy is the most traditional method of surgical treatment of traumatic, results and minilaparotomy cholecystectomy videolaparoscopic almost identical in the absence of contraindications should be recommended videolaparoscopic cholecystectomy. In 55.1 % of patients the cause of unsatisfactory results of cholecystectomy are diseases of non- hepatobiliary system. The availability and widespread adoption of the practice of minimally invasive surgery in biliary surgery often leads to unnecessary cholecystectomy, discrediting these advanced methods.

Key words: postcholecystectomy syndrome, cholecystectomy, duodenostasis, sphincter of Oddi.

Введение

По результатам статистических исследований, проведённых в последние годы, желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдают почти каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. Примерно у 1/4 населения старше 60 лет и 1/3 населения старше 70 лет имеются желчные камни [1].

Основным методом лечения ЖКБ является холецистэктомия. У 25 % больных, перенёвших холецистэктомию, или сохраняются, или через некоторое время появляются абдоминальные боли и диспепсические расстройства, возникновения которых связывают с так называемым постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) [5].

Истинный ПХЭС – это синдром функциональной перестройки работы желчновыделительной системы после оперативного вмешательства. Он

включает нарушения моторики сфинктера Одди и двигательной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК) [6].

Однако к ПХЭС относят и состояния, причины которых не были установлены во время операции, или же развившиеся вследствие перенесённых манипуляций на билиарном тракте. Довольно часто причиной болей и диспепсических расстройств могут стать заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые развились из-за длительного существования ЖКБ [5, 3].

Исходя из этих положений, можно выделить по меньшей мере 4 группы основных причин ПХЭС:

- 1) диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции;
- 2) технические погрешности и тактические

ошибки, допущенные при проведении операций;

3) функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря;

4) обострение или прогрессирование существующих до операции заболеваний, в первую очередь гепатопанкреотодуоденальной зоны (ГПДЗ), а также развитие новых патологических состояний, обусловленных адаптационной перестройкой органов пищеварения в связи с холецистэктомией.

Многообразие причин ПХЭС требует тщательного диагностического поиска и построения адекватных программ лечения.

В настоящее время в России, как и во всем мире, в хирургическом лечении целого ряда заболеваний, в том числе и ЖКБ, методом выбора стали минимально инвазивные операции. В лечении ЖКБ наибольшее распространение получила ЛХЭ, с успехом применяется и МХЭ. Вместе с тем в ряде случаев, при необходимости, выполняют и ТХЭ.

Материал и методы

За 10 лет (2006–2015 гг.) в клинике на базе краевой клинической больницы № 1 им. проф. О.В. Очаповского и краевого госпиталя МСЧ ГУВД Краснодарского края было обследовано и пролечено 176 пациентов с ПХЭС (119 – 67,6 % женщин и 57 – 32,4 % мужчин), которым холецистэктомия не принесла ожидаемых результатов. Они периодически жаловались на боли в животе, те или иные диспепсические явления. Все лечились в различных лечебных учреждениях. Госпитализированы ранее для обследования были 129 пациентов, при этом 34 человека однократно, а 95 – два и более раза.

Среднее время операции составило при ТХЭ 75 минут, ЛХЭ – 63 минуты, МЛХ – 60 минут. Длина разреза при ТХЭ – 17 см, МХЭ – 5,3 см, ЛХЭ выполнялась по традиционной методике с наложением карбоксиперитонеума и использованием 4 троакаров.

Послеоперационный период в стационаре составил: ТХЭ – 11 дней, ЛХЭ – 5 дней, МХЭ – 5 дней.

Период послеоперационной реабилитации у пациентов группы ТХЭ в среднем составил 30 дней, группы ЛХЭ – 14 дней, МХЭ – 15 дней.

Поступившим больным с ПХЭС проводилось полноценное и всестороннее обследование. Это: лабораторные и биохимические методы исследования, рентгенологические (холангиография, рентгенография ЖКТ, ирригография, КТ, ЧЧХ), эндоскопические (гастродуоденоскопия, колоно-

скопия), УЗИ, реография поджелудочной железы, радионуклидные и другие методы исследования.

По нашим данным, только 1,2 % больных болели до холецистэктомии менее одного года, 6,2 % – до 5 лет, а 92,6 % – более 5 лет. Следовательно, при длительно существующем заболевании желчного пузыря и желчных протоков воспалительный процесс усугубляет и функциональные, и органические поражения органов ГПДЗ. Чем длительнее заболевание, тем тяжелее поражения, которые могут быть и необратимыми, что приводит к развитию неблагоприятных исходов после холецистэктомии.

Набольший процент ПХЭС отмечен у оперированных по поводу хронического бескаменного холецистита – 38,7 %, а также бескаменного острого холецистита – 14,5 % ($p < 0,05$). Наименьший процент возникновения ПХЭС наблюдался у оперированных по поводу калькулезного острого (4,7 %) и калькулезного хронического (9,5 %) холециститов ($p < 0,05$).

Частота проявления симптомов ПХЭС нарастает в течение первого года после холецистэктомии (с 4,6 % до 21 %). Максимальное количество приходилось на сроки от 1 года до 5 лет. По мере удлинения сроков после первой операции количество больных с проявлениями признаков ПХЭС уменьшалось.

Первым симптомом ПХЭС был болевой симптом, который появлялся внезапно у 27 % пациентов, носил тупой постоянный характер с различной локализацией в правой половине живота – у 32,1 %, с одновременной локализацией в правом подреберье и правой половине живота – у 77,8 %, с болями в эпигастрии – у 54,6 %. Боли в левой половине живота выявлены у 29 % пациентов. Иррадиация боли отмечалась в правую надключичную область – у 15,3 %, в спину – у 14,6 %, в левую надключичную область – у 8,4 %, в нижние отделы живота – у 5,3±0,4 % больных. Как правило, болевой синдром сопровождался диспепсическими явлениями: потерей аппетита – у 79 (45 %), тошнотой – у 128 (72,9 %), рвотой – у 26 (15,2 %), изжогой – у 16 (8,8 %), горечью во рту – у 30 (17,1 %), отрыжкой – у 18 (10,4 %). Более трети больных предъявляли жалобы на вздутие и урчание кишечника – 46 (26,6 %) пациентов. Постоянные запоры отмечены у 33 (19,1 %) больных, а запоры, сменяющиеся поносами, – у 8 (3,5±0,7 %). У каждого 6–7-го из обследованных нами больных выявлена раздражительность, у каждого 15–16-го – частые головные боли, а 9 (5,1±0,2 %) страдали бессонницей.

Наиболее часто из числа сопутствующих заболеваний были сердечно-сосудистые заболевания, хронические заболевания лёгких, заболевания печени, заболевания суставов и сахарный диабет. Ожирением страдали 12 (6,8 %) человек, причём в основном это были больные моложе 60 лет.

Из 176 пациентов с ПХЭС ошибки в дооперационной диагностике отмечены были у 14 (8,3 %) больных, а ошибки в интраоперационной диагностике – у 4 (2,3 %).

К тактическим ошибкам во время первичной операции мы отнесли: необоснованную холедохотомию – у 2,1 % больных; невыполнение ревизии холедоха при его расширении, особенно при наличии желтухи в анамнезе – у 5 (2,7 %); наложение глухого шва холедоха при травматичном удалении камня – у 1,3 %; наружное дренирование общего желчного протока при непроходимости его терминального отдела – у 0,7 %, недостаточную (несостоящуюся) сфинктеротомию – у 6 (0,4 %).

Технические погрешности, приведшие к неблагоприятным исходам холецистэктомии, были различны и в основном возникали из-за грубого манипулирования неопытных хирургов, а также при плохом освещении и использовании некачественного инструментария и шовного материала, реже – при развитии массивного кровотечения в момент нечёткой визуализации элементов печёчнодвенадцатиперстной связки.

Обсуждение полученных результатов

Можно сделать вывод, что ТХЭ является наиболее травматичным методом хирургического лечения ЖКБ. Снижение функции внешнего дыхания при ТХЭ связано с пересечением больших мышечно-апоневротических слоев и, соответственно, с болью в области проведения операции, рефлекторно ограничивающей глубокое дыхание и кашель. Достоверно более значимое снижение функции внешнего дыхания в группе ЛХЭ в сравнении с группой МХЭ объясняется диафрагмальной дисфункцией, возникающей в результате остаточного CO_2 в брюшной полости, а также снижением вентиляции базальных отделов лёгких в результате напряжённого интраоперационного пневмоперитонеума.

В отдалённые же сроки у большего числа больных (97 человек – 55,1 %) с неудовлетворительными результатами после холецистэктомии были выявлены заболевания, не связанные с поражением ГПДЗ: хронический колостаз (23), язвенная болезнь желудка и ДПК (4), гастрит (3), хрониче-

ский панкреатит (20), спаечный процесс в брюшной полости (7), остеохондроз грудного отдела позвоночника (14), дивертикул ДПК (6), психопатия и истерия (12), послеоперационные грыжи (8).

Из 79 больных, причиной жалоб которых были заболевания ГБЗ, хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН), ведущая к холестазу и недостаточности, БСДПК выявлена у 14, хронический гастрит и холангит – у 16, камни желчных протоков – у 7, стеноз БСД – у 5, рубцово-стенозирующие поражения внепечёчных желчных протоков – у 4. У 33 (41,5 %) больных с патологией ГБС, несмотря на тщательное обследование, так и не удалось выявить причину ПХЭС.

Утрата функционирующего ЖП и его физиологической роли требует времени для адаптации организма к новым условиям, связанным с исключением пузырной желчи из процессов пищеварения и изменением внешнесекреторной функции печени. При нарушении адаптивно-компенсаторных возможностей ГПДС в связи с отсутствием ЖП возникают предпосылки для прогрессирования ПХЭС. У некоторых прооперированных больных такой адаптации не происходит вовсе и развиваются многообразные клинические проявления ПХЭС.

В большом проценте случаев (41,5 %) патологические состояния у больных, перенёвших ХЭ, вызываются функциональными нарушениями. Дисфункция сфинктера Одди (СО), видимо, объясняется разрушением нервно-рефлекторных и гормональных связей между ЖП и СО [2,1]. Дискоординация сфинктера Одди (ДСО) по результатам проведённой нами пилеосцинтиграфии наблюдалась у 1,5 % больных после ХЭ, у 14 % больных с ПХЭС, у 33 % больных она сочеталась со стенозом дистального отдела ОЖП. Дуоденография выявила функциональный дуоденостаз с забросом содержимого ДПК в ОЖП и панкреатические протоки у 36,4 % больных.

Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Результаты МХЭ и ЛХЭ при правильных показаниях в отдалённые сроки практически одинаковы. При этом уровень качества жизни пациентов выше, чем при ТХЭ. Неудовлетворительное качество жизни в отдалённом периоде при ТХЭ в основном обусловлено формированием послеоперационных грыж и спаечным процессом в брюшной полости. Выявляемые в отдалённые сроки различные варианты нарушения желчеоттока и другие варианты ПХЭС не зависят от страте-

гии лечения и от длины разреза брюшной стенки (МХЭ, ЛХЭ или ТХЭ), а зависят от качества предоперационного обследования.

2. У 55,1 % больных причиной неудовлетворительных исходов холецистэктомий являются заболевания органов, не относящихся к ГБС. Поэтому недостаточное тщательное дооперационное обследование, доступность и широкое внедрение в практику малоинвазивных методов вмешательств (ЛХЭ, МХЭ) в билиарной хирургии ведёт зачастую к необоснованным ХЭ, дискредитирующим эти прогрессивные и малотравматичные методы.

3. ХЭ, при диагностике ЖКБ, необходимо выполнять в максимально ранние сроки, операцией выбора при отсутствии противопоказаний должна быть ЛХЭ. Больные, оперированные позже, чем через 5 лет после диагностики у них ЖКБ, должны регулярно контролировать функцию ПЖ и других органов ГПДЗ.

4. Причиной ПХЭС в большом проценте случаев (41,4 %), являются функциональные нарушения, связанные с ДСО и функциональным дуоденостазом, ведущим к забросу содержимого ДПК в ОЖП и панкреатические протоки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Е.О., Селезнёва Э.Я., Аскерханов Р.Г. Холециститиаз у пациентов, перенёсших бариатрические оперативные вмешательства // Доктор.Ру. – 2014. – № 3 (91). – С. 65–69.
2. Иванов Л.А., Ильина А.В., Марданов Д.Н. Некоторые патогенетические аспекты энтеральных проявлений постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2009. – № 5. – С. 42–46.
3. Карпов О.Э., Воробьева Н.А. Анализ хирургического лечения желчнокаменной болезни с неудовлетворительными отдалёнными результатами и обоснование совершенствования этого вида помощи // Профилактическая и клиническая медицина. – 2005. – № 2. – С. 136–140.
4. Ковалев А.И., Соколов А.А., Аккуратова А.Ю. Постхолецистэктомический синдром: причины и тактика хирургического лечения // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19. № 1. – С. 16–21.
5. Литвинова Н.В., Осипенко М.Ф., Волошина Н.Б., Холин С.И. Постхолецистэктомический синдром: синдром изжоги у пациентов через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – № 10. – С. 51–52.
6. Репин М.В., Попов А.В., Репин В.Н., Микрюков В.Ю. Диагностика и коррекция моторно-эвакуаторных нарушений двенадцатиперстной кишки при постхолецистэктомическом синдроме // Медицинский альманах. 2014. – № 3 (33). – С. 125–128.

Поступила 01.03.2016

**Р.А. САДРЕТДИНОВ, Л.П. ВОРОНИНА, О.С. ПОЛУНИНА,
А.А. ПОЛУНИН, И.А. ЕРИНА**

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ НА ФОНЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

Кафедра дерматовенерологии

ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, 121.

Тел. (8512) 52-41-43. E-mail: irina-nurzhanova@yandex.ru

Было изучено состояние гормонального фона у фертильных и бесплодных больных хроническим простатитом на фоне инфекций, передающихся половым путём (ИППП). В исследование были включены 280 пациентов с хроническим простатитом, распределённые на четыре группы: 70 фертильных больных без ИППП, 70 фертильных больных с ИППП, 70 бесплодных больных без ИППП и 70 бесплодных больных с ИППП. Группу контроля составили 50 практически здоровых мужчин репродуктивного возраста. Выявлено, что в группе бесплодных больных хроническим простатитом с ИППП имеются разнонаправленные сдвиги в уровнях половых гормонов. В группе фертильных больных хроническим простатитом связи между уровнем половых гормонов с наличием ИППП выявлено не было.

Ключевые слова: хронический простатит, бесплодие, половые гормоны, инфекции, передающиеся половым путём.

R.A. SADRETDINOV, L.P. VORONINA, O.S. POLUNINA, A.A. POLUNIN, I.A. ERINA

THE STATE OF HORMONAL LEVELS IN PATIENTS WITH
CHRONIC PROSTATITIS ON THE BACKGROUND OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS