

# КАРАГАНДИНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Подготовил: Куралбаев Д.Б. 6055 группа

Проверила: Кобжанова Г.С.

Караганда 2015 г.

- Постхолецистэктомический синдром – это функциональное (при котором страдает функция органа) изменение работы желчевыделительной системы после проведения холецистэктомии (удаления желчного пузыря) или иной операции на желчных путях преимущественно по поводу желчнокаменной болезни (образования камней в желчном пузыре).

В первую очередь развивается нарушение моторики (двигательной активности) сфинктера Одди (кольцевидной мышцы, контролирующей ток желчи) и двигательной функции 12-перстной кишки, что и является истинным постхолецистэктомическим синдромом.

- В настоящее время термином « постхолецистэктомический синдром» принято обозначать только нарушение функции сфинктера (кольцевидной мышцы) Одди, обусловленное нарушением его сократительной функции и препятствующее нормальному оттоку желчи и панкреатического сока в 12-перстную кишку при отсутствии препятствий (например, камней).

Также иногда возможны другие проявления и формы, которые включают в постхолецистэктомический синдром.

- Истинное новообразование камней в поврежденном желчном протоке.
- Ложный рецидив (повторное возникновение) камнеобразования, или « забытые» камни желчного протока.
- Стенозирующий дуоденальный папиллит (рубцово-воспалительное сужение большого дуоденального сосочка, приводящее к развитию желчной, а иногда и панкреатической гипертензии – повышению давления в панкреатобиллиарной (комплекс поджелудочной железы, желчного пузыря и желчных протоков) системе).

- Активный спаечный процесс (образование рубцовой ткани) в подпеченочном пространстве.
- Хронический холепанкреатит (воспаление желчных протоков и поджелудочной железы).
- Гастродуоденальные (образующиеся в желудке и 12-перстной кишке) язвы и дефекты различной глубины.
- Рубцовые сужения общего желчного протока.
- Синдром длинной культи (части, оставшейся после операции) пузырного протока (увеличивающаяся в размерах под влиянием желчной гипертензии (повышение давления в желчных протоках) культи пузырного протока, являющаяся местом новообразования камней, причиной болей в правом подреберье).
- Персистирующий (не исчезающий долгое время) перихоледохальный (вокруг желчного протока) лимфаденит (увеличение лимфоузлов).

# ЭТИОЛОГИЯ

- Не полноценное обследование до и во время операции, что приводит к неполному объему хирургической помощи.
- Утрата нормальной роли желчного пузыря:
  - снижение концентрации (насыщенности) желчи в межпищеварительный период (время между приемами пищи) и выброс ее в 12-перстную кишку во время еды;
  - нарушение выделения желчи в кишечник и расстройства пищеварения (редкий жидкий стул, тошнота, однократная рвота).
- Уменьшение бактерицидности (препятствия росту патогенных (болезнетворных) бактерий) дуоденального (12-перстного) содержимого, что приводит к микробному обсеменению (размножению бактерий) 12-перстной кишки, ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры, расстройству печеночно-кишечной циркуляции и снижению общего объема желчных кислот, необходимых для нормального пищеварения.

- Дефекты техники выполнения операции:
  - повреждение желчных протоков;
  - неправильное введение и установка дренажей (специальных трубок, позволяющих контролировать отток желчи после операции);
  - оставление длинной культи (части органа, оставшейся после операции) пузырного протока,
  - стеноз (сужение) фатерова соска (участка 12-перстной кишки, откуда желчь поступает в кишечник);
  - оставление камней в желчевыводящих путях.
- Непроходимость протока фатерова соска — при нераспознанном до операции и не исправленном во время операции нарушении часто приводит к постхолецистэктомическому синдрому.
- Сопутствующие заболевания, развившиеся до оперативного вмешательства или после него. Основными из них являются:

- хронический панкреатит — воспаление поджелудочной железы;
- дискинезия 12-перстной кишки — нарушение функции продвижения пищеварительных масс по 12-перстной кишке;
- синдром раздраженного кишечника — комплекс функциональных (обусловленных нарушениями функций кишки при отсутствии структурных повреждений ее ткани) кишечных нарушений, который включает в себя боль и/или дискомфорт в животе, облегчающийся после дефекации (опорожнения прямой кишки);
- дуоденит — воспаление 12-перстной кишки;
- язвенная болезнь 12-перстной кишки — образование язв и дефектов различной глубины в 12-перстной кишке;
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — заброс кислого желудочного содержимого в пищевод с последующим раздражением его стенок;
- дуодено-гастральная рефлюксная болезнь — заброс щелочного кишечного содержимого в желудок с последующим раздражением его стенок.

# СИМПТОМЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- Рецидивирующие (повторяющиеся) приступы сильных или умеренных болей продолжительностью 20 и более минут, повторяющиеся в течение 3 и более месяцев
- Боли, возникающие при постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС), можно разделить на:
  - желчные — при изолированном нарушении функции сфинктера (кольцевидной мышцы) холедоха (общего желчного протока), которые локализуются (располагаются) в верхней части живота или правом подреберье с распространением в спину и правую лопатку;
  - панкреатические — при преимущественном вовлечении в процесс сфинктера панкреатического протока, возникающие в левом подреберье с распространением в спину и уменьшающиеся при наклоне вперед;
  - сочетанные желчно-панкреатические боли (при нарушении функции общего сфинктера Одди (кольцевидной мышцы, контролирующей ток желчи)) — имеют опоясывающий характер (боль возникает в виде пояса вокруг верхнего отдела живота).



- Боль может:
  - начинаться после приема пищи;
  - появляться в ночные часы;
  - сочетаться с умеренной тошнотой и/или однократной рвотой.
- Секреторная диарея (частый жидкий стул) — связана со слишком быстрым прохождением желчных кислот (без задержки в желчном пузыре) и ранней стимуляцией кишечных пищеварительных соков.
- Диспептические (пищеварительные) явления. При их появлении можно сделать вывод о возникновении синдрома избыточного бактериального роста (СИБР — патологического (ненормального) избыточного роста патогенной (болезнетворной) микрофлоры кишечника как следствия снижения иммунитета или выполненной операции):
  - метеоризм — повышенное газообразование;
  - урчание в животе;
  - вздутие живота;
  - периодическая диарея.

- Нарушение нормального всасывания в 12-перстной кишке приводит к синдрому мальабсорбции (нарушению всасывания питательных веществ и витаминов в кишечнике).
  - Диарея — стул становится частым (до 10-15 раз в день), зловонным, кашицеобразным или водянистым.
  - Стеаторея (« жирный» стул): возникает из-за нарушения всасывания в кишечнике жиров; стул становится маслянистым, с блестящим налетом, с трудом смывается со стенок унитаза.
  - Возникновение трещин в уголках рта.
  - Снижение массы тела:
    - 1 степень — вес снижается на 5-8 кг;
    - 2 степень — на 8-10 кг;
    - 3 степень — более 10 кг. В ряде случаев наблюдается выраженная потеря веса вплоть до кахексии (крайней степени истощения).
  - Общая слабость, повышенная утомляемость, сонливость, снижение работоспособности.
  - Гиповитаминоз (дефицит витаминов).

# ДИАГНОСТИКА

- Анализ анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились симптомы (сразу после операции или через некоторое время), когда и в каком объеме выполнялась операция, есть ли жалобы на боль в правом подреберье, желтуха и др.).
- Анализ анамнеза жизни (когда возникла желчнокаменная болезнь (образование камней в желчном пузыре), какие были ее проявления, как долго пациент получал лечение до операции и др.).
- Анализ семейного анамнеза (страдает ли кто-то из близких родственников синдромом мальабсорбции (нарушением всасывания питательных веществ и витаминов в кишечнике), болезнью Крона (обширным воспалением всех слоев стенки тонкого кишечника), другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта).

- Лабораторные исследования.
  - Клинический анализ крови (для выявления возможной анемии (малокровия), лейкоцитоза (повышения лейкоцитов (белых клеток крови, специфических клеток иммунитета) в крови при воспалительных заболеваниях).
  - Биохимический анализ крови (для контроля функции печени, поджелудочной железы, содержания важных микроэлементов (калий, кальций, натрий) в крови). Важно провести исследование не позднее 6 часов после болевого приступа и в динамике (в различные промежутки времени – натощак, после еды). Временное увеличение пищеварительных ферментов (биологически активных веществ, расщепляющих пищу на белки, жиры и углеводы) более чем в 2 раза говорит о дисфункции сфинктера Одди (кольцевидная мышца, контролирующая отток желчи).
  - Общий анализ мочи (для контроля состояния мочевыводящих путей и органов мочеполовой системы).
  - Анализ кала на яйца глист (круглых червей аскарид, остриц) и простейших (амеб, лямблий).
  - Копрограмма – анализ кала (можно обнаружить непереваренные фрагменты пищи, большое количество жира, грубые пищевые волокна).

- Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости для оценки состояния желчного пузыря, желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы, почек, кишечника. Позволяет обнаружить застой желчи в желчных протоках, их расширение и деформацию.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) диаметра общего желчного протока с использованием жирных завтраков (жареных яиц, бутерброда с маслом, жирного молока), стимулирующих выработку холецистокинина (гормона, участвующего в процессе пищеварения) и увеличивающих выделение желчи. После пробного завтрака измерение диаметра холедоха (общего желчного протока) проводится каждые 15 минут в течение 1 часа. Увеличение его диаметра на 2 мм и более по сравнению с исходным позволяет предположить наличие неполной закупорки холедоха как в результате дисфункции сфинктера Одди, так и из-за повреждения желчных протоков.
- Для оценки состояния панкреатических протоков используется проба с введением секретина (гормона, участвующего в процессе пищеварения). В норме при ультразвуковом исследовании отмечается расширение панкреатического протока в течение 30 минут с последующим его уменьшением до исходного уровня. Если проток остается расширенным более 30 минут, это свидетельствует о нарушении его проходимости.

- Манометрическое исследование сфинктера Одди — определение сохранности его функции с помощью специальных инструментов, вводимых непосредственно в сфинктер через желчные протоки. Манометрия сфинктера Одди показана далеко не всем больным. Выбор данного исследования основывается на оценке тяжести клинических проявлений и эффективности консервативной (безоперационной) терапии.
- Ретроградная холецистопанкреатография (РХПГ): метод, который позволяет с помощью специального видеоборудования (эндоскопа) выявить камни в желчном протоке. Преимущество метода заключается в одновременном удалении камней из протока.
- Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости для более детальной оценки состояния печени, выявления возможной труднодиагностируемой опухоли, повреждения, камней в желчных протоках.
- Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) — осмотр слизистой оболочки пищевода, желудка и 12-перстной кишки с помощью специального видеоборудования (эндоскопа), взятие участка слизистой оболочки на исследование (биопсию): выявляют изменения слизистой и стенок желудка и 12-перстной кишке.

# ЛЕЧЕНИЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

- Диета. Стол №5.
  - Разрешается: компот, некрепкий чай, хлеб пшеничный, обезжиренный творог, супы на овощном отваре, нежирная говядина, кура, каши рассыпчатые, некислые фрукты, листья салата, бобовые культуры.
  - Запрещается: свежая сдоба, сало, щавель, шпинат, жирное мясо, жирная рыба, горчица, перец, мороженое, черный кофе, алкоголь, жареное мясо, полуфабрикаты.
- Частое дробное питание.
- Медленное снижение массы тела.
- Витаминотерапия (витамины группы А, К, Е, D, фолиевая кислота, B12, железо).
- Добавление в рацион пищевых волокон, содержащихся в продуктах растительного происхождения, или пищевых добавок (например, отрубей, цельнозерновых каш).

- Ограничение приема продуктов, богатых веществами, не способными усвоиться из-за дефицита необходимых пищеварительных ферментов (биологически активных веществ, расщепляющих пищу на белки, жиры и углеводы) при мальабсорбции (нарушении всасывание питательных веществ и витаминов в кишечнике).
- Ограничение интенсивных физических и психоэмоциональных нагрузок.
- Медикаментозное лечение.
  - Препараты нитроглицерина – для контроля функции сфинктера Одди (кольцевидной мышцы, контролирующей отток желчи).
  - Спазмолитические (для снятия спазма) препараты.
  - Прием обезболивающих препаратов (при болевом синдроме).
  - Ферментные препараты, способствующие пищеварению.
  - Антацидные препараты (снижающие кислотность желудочного сока).



- Антибактериальные препараты для профилактики и лечения бактериальной инфекции, синдрома избыточного бактериального роста (СИБРа — патологического (ненормального) избыточного роста патогенной (болезнетворной) микрофлоры кишечника после снижения иммунитета или выполненной операции).
- Хирургическое лечение — удаление вновь образовавшихся или оставленных в ходе первой операции камней, рубцов.
- При камнях общего желчного протока (за исключением мелких холестериновых конкрементов), тяжелых формах стенозирующего дуоденального папиллита, выраженных рубцовых сужениях общего желчного протока имеются показания к оперативному лечению (включая эндоскопическую папиллосфинктеротомию), так как консервативное лечение оказывается явно неэффективным. В остальных случаях лечение больных с ПХЭС проводится с помощью консервативных методов.

Камни общего желчного протока. При невозможности оперативного лечения (из-за тяжелых сопутствующих заболеваний), а также при единичных мелких холестериновых камнях проводят лечение солями желчных кислот по принципам и методам, изложенным выше (см. Лечение калькулезного холецистита). Довольно широко используется эндоскопическая папиллосфинктеротомия для извлечения камней общего желчного протока.

- Стенозирующий дуоденальный папиллит. Больные с наиболее тяжелыми формами, протекающими с упорной болью, рвотой, повторной желтухой, похуданием, подлежат оперативному лечению. Чаще проводят эндоскопическую папиллосфинктеротомию.
- Осложнения и последствия
- Послеоперационные осложнения:
  - несостоятельность операционных швов и, как следствие, расхождение краев раны и желчевыводящей системы;
  - инфицирование раны;
  - образование абсцессов (гнойников);
  - послеоперационная пневмония (воспаление легких).
- Синдром избыточного бактериального роста (СИБР — патологический (ненормальный) избыточный рост патогенной (болезнетворной) микрофлоры кишечника вследствие снижения иммунитета или выполненной операции).

- Ранее развитие атеросклероза (хронического заболевания артерий, возникающего вследствие нарушения липидного (жирового) обмена и сопровождающегося отложением холестерина (продукта обмена жиров) в стенке сосудов) из-за нарушения обмена жиров (липидов) после операции.
- Осложнения синдрома мальабсорбции (нарушения всасывания питательных веществ и витаминов в кишечнике). Их возникновение связано с недостатком питательных веществ, витаминов и микроэлементов:
  - анемия — снижение гемоглобина (белка-переносчика кислорода) и эритроцитов (красных кровяных клеток) в крови;
  - снижение массы тела;
  - гиповитаминоз — дефицит витаминов;
  - деформации скелета;
  - развитие импотенции (половое бессилие, неспособность мужчины выполнить полноценный половой акт).

- Профилактика постхолецистэктомического синдрома
- Тщательная обследование перед выполнением операции, внимательное наблюдение за пациентом после операции.
- Своевременная диагностика и лечение заболеваний, которые могут играть существенную роль для развития постхолецистэктомического синдрома:
  - гастрита (воспаления желудка);
  - панкреатита (воспаления поджелудочной железы);
  - холецистита (воспаления желчного пузыря);
  - желчнокаменной болезни (появления камней в желчном пузыре);
  - энтероколита (воспаления тонкого и толстого кишечника) и др.
- Рациональное и сбалансированное питание (употребление продуктов с высоким содержанием клетчатки (овощи, фрукты, зелень), отказ от жареной, консервированной, слишком горячей и острой пищи) — для профилактики усугубления симптомов заболевания.
- Прием витаминов и минеральных комплексов.
- Отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя.