

# Постхолецистэктомический синдром

Этиология.

Тактика ведения больных в условиях поликлиники и стационара.

Дисфункция сфинктера Одди.

Профилактика ПХЭС в послеоперационном периоде



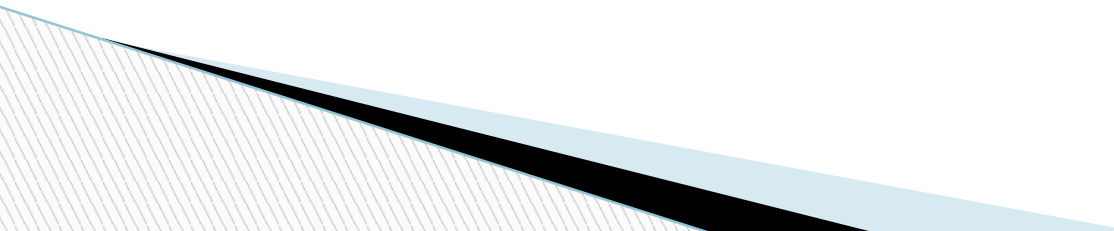
# ПХЭС

- ▣ Группа заболеваний, вызванных удалением желчного пузыря или иной расширенной операцией на желчных путях, которые были произведены преимущественной по поводу ЖКБ, и последующими секреторными, моторными, гормональными и другими нарушениями в системе пищеварения

# Этиология

- ▣ Функциональный ПХЭС, обусловленный удалением ЖП и выпадением его функции
- ▣ Органический ПХЭС, связанный с техническими погрешностями хирургического вмешательства и/или с осложнениями ХКХ, развившимися задолго до операции, которые не были диагностированы ни до, ни во время операции

# Классификация ПХЭС

- ▣ Функциональные расстройства моторики билиарного тракта, связанные с удалением желчного пузыря
  - ▣ Билиарная гипертензия с наличием органических препятствий оттоку желчи
  - ▣ Сопутствующие изменения, связанные с заболеваниями других органов пищеварения, развившиеся до оперативного вмешательства
  - ▣ Дуоденальная дискинезия
- 

# Функциональные расстройства моторики желчных путей

- Дисфункция сфинктера Одди – повышение тонуса сфинктера холедоха или панкреатического протока или общего сфинктера в результате потери функционирующего ЖП

Классификация дисфункции сфинктера Одди:

1. Билиарный тип:

Диагностические критерии:

- Общие критерии функциональных билиарных расстройств:
  - Боль в виде эпизодов или дискомфорт, локализованные в эпигастрии и/или в правом/левом верхнем квадранте живота (подреберьях), имеющие характеристики:
    - Длительность эпизодов боли или дискомфорта достигает 30 минут и более
    - Боли возникают, как правило, после еды (от 15 минут до 3 часов)
    - Боли рецидивируют (не обязательно ежедневно), от 1 и более раз в неделю, в течение 12 месяцев
    - Боли нарастают и приобретают устойчивый характер, достигают постоянного уровня, а интенсивность достаточна для нарушения повседневной активности и госпитализации
    - Боли не изменяются или не уменьшаются: после стула, при перемене положения тела, после приема антацидов
    - Исключены другие заболевания, объясняющие боль
    - Диспепсические проявления в виде горечи во рту, отрыжки воздухом, быстрого насыщения
    - Астеноневротические симптомы
- Наличие нормальной фракции выброса ЖП при ДГБСГ
- Замедление поступления изотопа в ДПК при ДГБСГ

Подтверждающие критерии:

- Повышение активности АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, прямого билирубина (до 2 норм и более), связанное не менее чем с 2 эпизодами болей; нормальный уровень амилазы/липазы
- Расширение холедоха до 6 мм и более по данным УЗИ
- Отсутствие ЖП или неизменный ЖП и нормальный состав пузырной желчи

# Функциональные расстройства моторики желчных путей

## 1. Билиарный тип:

1 типа – приступ билиарных болей, сочетающийся со следующими признаками:

- ✓ ↑ уровня АЛТ, АСТ, билирубина и/или ЩФ в 2 раза и более при двукратном исследовании
- ✓ расширение холедоха (>8 мм)
- ✓ задержка выведения желчи (>45 мин) по ЭРХПГ

2 типа – приступ билиарных болей с одним из двух первых признаков

3 типа – только приступ билиарных болей

## 2. Панкреатический тип

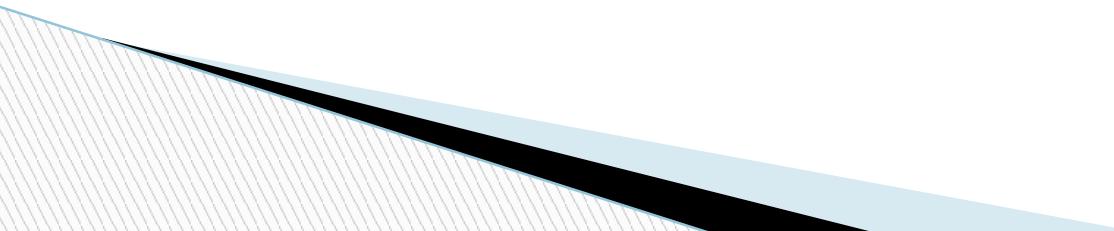
Диагностические критерии:

- Общие критерии ФБР
- Наличие нормальной фракции выброса ЖП при ДГБСГ
- Замедление поступления изотопа в ДПК при ДГБСГ
- Отсутствие изменений поджелудочной железы по данным УЗИ (КТ, МРТ)

Подтверждающие критерии:

- ↑ активности сывороточной амилазы/липазы крови, связанное по времени не менее чем с 2 эпизодами болей
- Неизмененный ЖП или его отсутствие
- Расширение панкреатического протока >5 мм в теле или >6 мм в головке с задержкой опорожнения >10 минут при ЭРХПГ при отсутствии традиционных причин панкреатита

# Билиарная гипертензия с наличием органических препятствий оттоку желчи

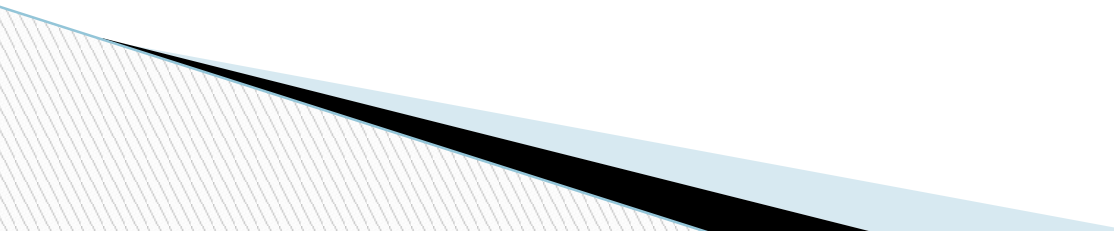
- ▣ Резидуальные и рецидивирующие камни холедоха
  - ▣ Папиллостеноз
  - ▣ Посттравматическая рубцовая стриктура холедоха
  - ▣ Избыточно оставленная длинная культя пузырного протока
- 

# Сопутствующие заболевания

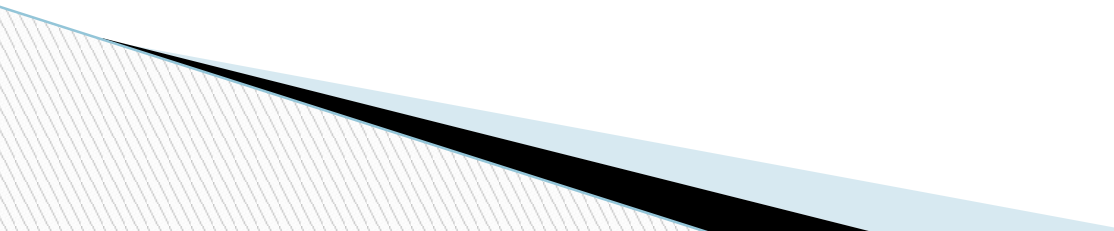
- Билиарнозависимый хронический панкреатит
- ЯБДК
- Дискинезия ДПК
- СРК
- Папиллярный дуоденальный дивертикул, осложненный папиллостенозом, желчной и панкреатической гипертензией, протекающий с выраженным болевым синдромом
- Киста холедоха, осложнившаяся его аневризматической дилатацией
- Послеоперационный хронический свищ
- Вторичные поражения печени – холестатический и реактивный гепатиты, стеатоз и фиброз печени
- СИБР
- ГПОД



# Варианты течения ПХЭС

- Диспепсический – тошнота, горечь во рту, метеоризм, послабление стула
  - Болевой
  - Желтушный
  - Асимптомный
- 

# Цели лечения

- Нормализовать химический состав желчи
  - Восстановить проходимость сфинктера Одди
  - Нормализовать состав кишечной микрофлоры
  - Нормализовать процессы пищеварения
  - Нормализовать моторику тонкой кишки
  - Профилактика (лечение) дуоденальной гипертензии
- 

# Лечение

- Диета – частое (5-6 раз в сутки) дробное питание

# Лечение

- ▣ При гипертонусе сфинктера Одди по билиарному типу:
- ✓ Миотропные спазмолитики – дротаверин (но-шпа), мебеверин (дюспаталин), пинаверия бромид (дицетел)
- ✓ Холинолитики - платифиллин, бускопан
- ▣ При гипотонусе сфинктера Одди:
- ✓ Прокинетики – итоприда гидрохлорид (ганатон), метоклопрамид, домперидон

# Лечение

- Нормализация химического состава желчи:
- ✓ Урсосан 15 мг/кг в 3 приема
- Гепатопротекторы:
- ✓ Гептрал – вначале парентерально по 5-10 мл (400-800 мг) внутривенно или внутримышечно в течение 10-14 дней, затем по 400-800 мг (1-2 таблетки) 2 раза в день, курс 30 дней
- Деконтаминационная терапия – при СИБР, дуодените, папиллите
- ✓ Ципрофлоксацин, клацид, доксицилин, интетрикс, фуразолидон, рифаксимин
- ✓ Курс 7-10 дней

# Профилактика ПХЭС

- Оперативное лечение до развития осложнений
- Комплексное обследование в предоперационном периоде
- Больным с холестериновым холецистолитиазом показано проведение в течение 1 месяца до операции и 1 месяца после – УДХК в дозе 10-15 мг/кг
- При наличии гиперхолестеринемии и в сочетании с холестерозом ЖП показано проведение за 1 месяц до операции и через 1 месяц после – УДХК 10-15 мг/кг
- Для профилактики рецидивирующего холелитиаза при дисфункции сфинктера Одди – миотропные спазмолитики 1-2 месяца в стандартной дозе
- Ранняя реабилитация больных после холецистэктомии в условиях специального санатория
- Диспансерное наблюдение в течение 1 года