

ЭТИОЛОГИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА (ПХЭС)

Сафаров Волидхон Баходирхонович

Научный руководитель: Муратова С.К.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Студент стоматологического факультета 516-группы

Резюме: В статье приведены данные исследования 148 больных с холецистэктомией, которые были оперированы в Самаркандской государственной республиканской больнице клинике СамМУ № 1 в хирургическом отделении с 2022г. по 2023г. у 148. В зависимости от состояния больных после операции были разделены на две группы: с проявлением постхолецистэктомическим синдромом и без проявления жалоб.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, желчный пузырь, боли в эпигастрии.

Abstract: The article presents data from a study of 148 patients with cholecystectomy, who were operated on at the Samarkand State Republican Hospital, SamMU Clinic No. 1 in the surgical department since 2022. until 2023 in 148. Depending on the condition of the patients after surgery, they were divided into two groups: those with postcholecystectomy syndrome and those without complaints.

Key words: postcholecystectomy syndrome, gall bladder, epigastric pain.

АКТУАЛЬНОСТЬ: Многими авторами отмечается стремительный рост числа больных желчнокаменной болезнью за последние десятилетия (1).

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - считается одним из самых распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которое выявляется у 10-30 % населения преимущественно трудоспособного возраста, имеет четкую тенденцию к росту и расширению возрастного диапазона в сторону «омоложения»(2).

До середины 80-х годов классическим методом оперативного лечения ЖКБ оставалась традиционная холецистэктомия, выполняемая из широкого лапаротомного доступа (3). Достаточный обзор операционного поля, свободные действия хирургов при выполнении хирургических манипуляций позволяли осуществить все известные операции на желчном пузыре и, следовательно, вылечить больного. Однако широкая лапаротомия, значительно разрушающая нервно-мышечную структуру, является, прежде всего, большой травмой, приводящей в послеоперационном периоде к ограничению подвижности передней брюшной стенки, значительному болевому синдрому и ухудшению показателей функции дыхания, что особенно опасно у больных пожилого возраста (4). Данные обстоятельства неизбежно замедляют процесс восстановления трудоспособности у больных до 2-3 месяцев (5). Это диктует необходимость поиска новых технологий, обеспечивающих менее травматичное выполнение операции. Кроме того, сравнительно недавно в распоряжение хирургов появилась другой малоинвазивный метод выполнения холецистэктомии - операция из минидоступа (6). Пространственные характеристики минидоступа позволяют оптимально сочетать применение различного инструментария (традиционного, эндоскопического, специального) для выполнения оперативных манипуляций на желчевыводящих путях. Показаниями к данной операции чаще всего служат наличие противопоказаний к ЛХЭ, невозможность её выполнения и необходимость конверсии во время выполнения лапароскопического вмешательства. В

настоящее время накопленный опыт применения вышеуказанных методов оперативного вмешательства на желчном пузыре позволяет осуществить дифференцированный подход к выбору варианта хирургического вмешательства с целью улучшения результатов лечения больных с калькулёзным холециститом. Однако до недавнего времени для сравнения эффективности применения различных вариантов холецистэктомии в основном учитывались отдаленные результаты, оцениваемые по следующим параметрам: болевой синдром, расстройства пищеварения, прогрессирование фоновых сопутствующих и конкурирующих заболеваний, приводящих к ухудшению общего состояния больных (7). Сохраняет актуальность проблема диагностики дуодено-гастрального рефлюкса у пациентов, перенесших холецистэктомию, ведутся исследования в отношении влияния рефлюкса на прогрессирование патологических изменений в гастродуоденальной зоне. Все вышеизложенное определяет необходимость разработки новых подходов к оценке нарушений моторно-тонической, эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ у пациентов, перенесших холецистэктомию, и внедрения в клиническую практику патогенетически обоснованных вариантов их коррекции(8).

Широкое применение лапароскопической холецистэктомии и холецистэктомии из минидоступа превратили удаление желчного пузыря в рутинную операцию. Однако в 30–40% случаев холецистэктомия не приводит к ожидаемым результатам. Некоторые пациенты испытывают боли в животе и диспепсические расстройства, им устанавливают диагноз – «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) [3–5]

Постхолецистэктомический синдром — это состояние нарушения функции сфинктера Одди в результате оперативного лечения по удалению желчного пузыря, возникающее непосредственно после операции или через месяц и даже годы. В основе заболевания лежит нарушение сократимости сфинктера Одди, который играет большую роль в регуляции оттока желчи и поджелудочного сока в двенадцатиперстную кишку. По статистическим данным, приблизительно у 40-45% пациентов с холецистэктомией из-за желчекаменной болезни возникает постхолецистэктомический синдром.

Причины, приводящие к развитию постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), чрезвычайно разнообразны(9) (наиболее частая причина — это остаточные камни в желчных протоках после операции, иногда причиной может стать киста желчного протока; застой желчи; сахарный диабет и ожирение могут способствовать появлению камней после удаления желчного пузыря; дискинезии желчевыводящих путей).

Несмотря на длительную историю изучения проблемы постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) многие вопросы, касающиеся важных клинических аспектов, включающих распространенность, качество диагностики, меры профилактики остаются далеки от своего решения.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучение этиологию и частоту встречаемости постхолецистэктомического синдрома.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: Изучение были проведены Самаркандской государственной республиканской больнице клинике СамМУ № 1 в хирургическом отделении по 2022-2023гг. у 148 больных. Среди них у 96 больных были с калькулёзным холециститом. По течению 66 больных поступили с острым холециститом и 82 больных с хроническим холециститом. Всем больным была проведена операция по удалению желчного пузыря. После операции все больные были под наблюдением врача в течении 7-10 дней.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: По результатам исследования 117 больных не предъявляли жалоб в послеоперационном периоде. У 31 больных наблюдался постхолецистэктомический синдром, больные предъявляли жалобу на боли в эпигастрии, расстройства пищеварения. Проводилось консервативное лечение и диета постхолецистэктомического синдрома.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Таким образом, проявление постхолецистэктомического синдрома не зависит от возраста или пола больного. Этиология зависит от состояния здоровья.

1. Галлингер Ю.И., 2007; Ильченко А.А., 2009; Брискин Б.С. и соавт., 2008; Marschall H.U. et al., 2010)

2. АВТОРЕФЕРАТ

3. Авдей Л.В. Клиника и хирургическое лечение холецистита. Минск: Госиздат БССР, 1963. - 223 С
Осокин Г.Ю. Ультрасонографическое исследование в диагностике хирургических заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны Диссертация к.м.н. М. 1995г. с. 161

Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Гришин Н.А. Результаты лапароскопической холецистэктомии. // Вестн. РАМН. 1994. № 6. - С. 43-45

4. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Некоторые вопросы хирургического лечения при остром холецистите. Хирургия. 1961. №7. 15-20.

5. Чирков Ю.В. Неблагоприятные исходы после лапароскопических манипуляций. // Вестн. хир. им. Грекова. -1991. т.146 № 1. С. 110-112.

6. Прудков М.И., Зайков С.А., Прудков А.И. и др. Эндоскопические операции в лечении больных ЖКБ. // Сборник тезисов 1-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии под. ред.

Ю.И.Галлингера. М., 1996. - С. 96 - 97.Шпренгель О. Выступление на 39-м съезде германских хирургов. // Врач. газ. 1910. №13. - С. 440.

Шулутко А.М., Данилов А.И., Маркова З.С., Корнев Л.В. Миналапаротомия при хирургическом лечении калькулёзного холецистита. //Хирургия. 1997. № 1. - С. 3637.

7. Semm K. Endoscopic appendectomy. // Endoscopy. 1983. Vol. 15. - P. 59-64.

Авдей Л.В. Клиника и хирургическое лечение холецистита. Минск: Госиздат БССР, 1963. - 223 С

9. Серова Е.В., 2009; Schrimmer B.D. et al., 2005