УДК 613.2.035+616.366-089.87-008.6-07-08

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТЕРАПЕВТОВ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

© *Виталий Антонович Добренко[1], Андрей Владиславович Вовк[2, 3]*

[1] Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6-8
[2] Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
[3] Елизаветинская больница. 195427, Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, д. 14

Контактная информация: Виталий Антонович Добренко — кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней стоматологического факультета. E-mail: dobrenko_va@mail.ru

Поступила: 26.03.2021 ***Одобрена: 29.04.2021*** ***Принята к печати: 21.06.2021***

РЕЗЮМЕ. Практические рекомендации предназначены для оптимизации тактики ведения пациентов с постхолецистэктомическим синдромом с фокусом внимания на рациональную терапию и особенности применения различных групп препаратов для консервативного лечения данного заболевания, рекомендуются к использованию врачам, работающим в амбулаторном и стационарном звеньях здравоохранения Санкт-Петербурга, предназначены для врачей-терапевтов и всех специалистов, интересующихся вопросами клинической гастроэнтерологии. Настоящие практические рекомендации разработаны с учетом Рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни, утверждены Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга 26 октября 2020 г.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: постхолецистэктомический синдром; диагностика; лечение; практические рекомендации.

PRACTICAL RECOMMENDATIONS FOR THERAPISTS TO DIAGNOSE AND TREAT POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

© *Vitaliy A. Dobrenko[1], Andrey V. Vovk[2, 3]*

[1] First Saint-Petersburg State Medical University named after academician I.P. Pavlov. 197022, Saint-Petersburg, ul. Leo Tolstoy, 6-8
[2] Saint-Petersburg State Pediatric Medical University. 194100, Saint-Petersburg, Litovskaya str., 2
[3] City Hospital named after St. Martyr Elizabeth. 195427, Saint-Petersburg, Vavilovikh str., 14

Contact information: Vitaliy A. Dobrenko — PhD, Associate Professor of Department of Internal Diseases of Dentistry Faculty. E-mail: dobrenko_va@mail.ru

Received: 26.03.2021 ***Revised: 29.04.2021*** ***Accepted: 21.06.2021***

SUMMARY. Practical recommendations are intended to optimize the tactics of managing patients with postcholecystectomy syndrome with a focus on rational therapy and the peculiarities of the use of various groups of drugs for the conservative treatment of this disease. They are recommended for use by doctors working in outpatient and inpatient health care in St. Petersburg and intended for general practitioners and all specialists interested in clinical gastroenterology. These practical recommendations were developed with considering Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of patients with gallstone disease. These practical recommendations were approved by the Health Committee of the Government of St. Petersburg on October 26, 2020.

KEYWORDS: postcholecystectomy syndrome, diagnosis, treatment, practical recommendations.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Под постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) понимают сохранение симптомов желчнокаменной болезни или их появление после проведения холецистэктомии.

КОД ПО МКБ-10

K91.5 Постхолецистэктомический синдром

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

Термин «постхолецистэктомический синдром» является собирательным понятием и включает следующие группы состояний [1–4]:

а) заболевания и патологические состояния билиопанкреатической системы и большого дуоденального соска, **не устраненные при первой операции** (незамеченный камень в холедохе, нераспознанный стеноз большого дуоденального соска и др.);
б) заболевания и патологические состояния, **непосредственно связанные с самим оперативным вмешательством** (травматическая стриктура протоков, неполное удаление желчного пузыря, лигатурный холедохолитиаз и др.);
в) заболевания гепатобилиарно-панкреатической системы, во многом **связанные с желчнокаменной болезнью** (хронический панкреатит, хронический гепатит, гастрит и др.) и не прошедшие после холецистэктомии;
г) заболевания других органов и систем, **не связанные с билиарной системой** (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, спастический колит, диафрагмальная грыжа, почечнокаменная болезнь, психастения и др.).

При практической работе необходимо стремиться как можно точнее установить причину появления симптоматики и выбрать правильную тактику лечения.

КЛАССИФИКАЦИЯ

I. Ранняя форма ПХЭС:
- остаточные камни в пузырном протоке или общем желчном протоке;
- холангит;
- последствия интраоперационного повреждения желчных протоков;
- истечение желчи.

II. Отсроченная форма ПХЭС:
- рецидив образования камней в протоках;
- стриктура;
- воспаление культи пузырного протока;
- дискинезия сфинктера Одди;
- образование невриномы;
- проявления заболеваний соседних органов (ГЭР, хронического панкреатита, СРК, дивертикулярной болезни, ишемии кишечника).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Наиболее часто больных беспокоят боли в эпигастральной области и правом подреберье коликоподобного или ноющего характера. Реже встречаются диспептические явления — тошнота, горький или неприятный привкус во рту, отрыжка горьким, вздутие живота, запор или неустойчивый стул. В ряде случаев могут рецидивировать печеночные колики, желтуха, явления острого холангита и обострение хронического панкреатита.

ДИАГНОСТИКА

Для исключения органической причины ПХЭС (признаков холестаза) выполняется биохимический анализ крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, панкреатическая амилаза), ультразвуковое исследование брюшной полости. При сомнительных результатах обследование дополняют динамической гепатобилисцинтиграфией и эндоскопическим исследованием двенадцатиперстной кишки с оценкой состояния большого дуоденального соска.

Пациентам с признаками холестаза показана ревизия билиарного дерева — ретроградное контрастирование холедоха (ЭРПХГ).

Наиболее часто причиной холестаза являются холедохолитиаз (до 50%), папиллит (до 20%), парафатеральный дивертикул, стриктура холедоха и стеноз большого дуоденального сосочка.

При отсутствии органических причин развития ПХЭС уточняют природу функциональных нарушений с помощью исследования пассажа бария по желудку и двенадцатиперстной кишке при рентгенологическом исследовании, проведения периферической электрогастромиографии, эндоскопической манометрии сфинктера Одди.

Наиболее частыми находками являются спазм либо недостаточность сфинктера Одди (до 40%), дисфункция дуоденальной мотори-

ки как по гипермоторному, так и по гипомоторному типу.

ЛЕЧЕНИЕ

Пациентам с выявленной органической патологией билиарного тракта проводится эндоскопическая коррекция (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, стентирование и др.) и, по показаниям, литолитическая терапия (препараты урсодезоксихолевой кислоты 10 мг/кг в сутки в один или два приема не менее 2–3 месяцев).

У больных с функциональными причинами ПХЭС проводится дифференцированная консервативная терапия. Рекомендовано частое питание небольшими порциями с исключением продуктов, влияющих на моторику билиарной системы.

Пациентам с дискинезией двенадцатиперстной кишки по гипермоторному типу и гипертонусом сфинктера Одди назначают спазмолитические препараты. В последнем случае препаратом выбора с максимально возможным уровнем селективного влияния на сфинктер Одди является гимекромон.

При гипомоторной дисфункции сфинктера Одди, гипомоторной дискинезии двенадцатиперстной кишки показаны прокинетики.

Если нет возможности выполнить поляризационную микроскопию желчи для оценки степени микрохоледохолитиаза, рекомендовано проводить регулярные профилактические курсы приема препаратов урсодезоксихолевой кислоты.

Уменьшить раздражающее действие желчи на слизистую оболочку верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а, следовательно, провести профилактику билиарного эзофагита и билиарного гастрита можно назначением антацидных средств с выраженным сорбционным эффектом, препаратов урсодезоксихолиевой кислоты, альгинатов.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ

Профилактика ПХЭС заключается в строгом соблюдении пациентом врачебных рекомендаций по диетическому питанию, режиму, проведению профилактических курсов приема препаратов урсодезоксихолевой кислоты.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Больные подлежат диспансеризации в зависимости от выявленного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстровская Е.В. Постхолецистэктомический синдром: патогенетические и терапевтические аспекты проблем. Медицинский совет. 2012; 2: 83–7.
2. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные). Терапевтический архив. 2004; 2: 83–90.
3. Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром. Анналы хирургической гепатологии. 2006; 11: 28–33.
4. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н. и др. Отдаленные последствия лапароскопической холецистэктомии. Университетский терапевтический вестник. 2020; 2(1): 23–9.

REFERENCES

1. Bystrovskaya E.V. Postkholetsistektomicheskiy sindrom: patogeneticheskie i terapevticheskie aspekty problem [Postcholecystectomy syndrome: pathogenetic and therapeutic aspects of problems]. Meditsinskiy sovet. 2012; 2: 83–7. (in Russian)
2. Lazebnik L.B., Kopaneva M.I., Ezhova T.B. Potrebnost' v meditsinskoy pomoshchi posle operativnykh vmeshatel'stv na zheludke i zhelchnom puzyre (obzor literatury i sobstvennye dannye) [The need for medical care after surgical interventions on the stomach and gallbladder (literature review and own data)]. Terapevticheskiy arkhiv. 2004; 2: 83–90. (in Russian)
3. Nechay A.I. Postkholetsistektomicheskiy sindrom [Postcholecystectomy syndrome]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2006; 11: 28–33. (in Russian)
4. Uspenskij Yu.P., Fominyh Yu.A., Nadzhafova K.N. i dr. Otdalennye posledstviya laparoskopicheskoj holecistektomii [Long-term consequences of laparoscopic cholecystectomy]. Universitetskij terapevticheskij vestnik. 2020; 2(1): 23–9. (in Russian)