

Резюме диссертаций: информация из ВАК России

Т.Ю. Тупицына – **Совершенствование диагностики и выбор способа лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом.**

T.Yu.Tupitsyna – **Improvement of diagnostics and choice of treatment method of patients with postcholecystectomy syndrome**
(The theses for MD degree)

Цель работы – повысить уровень качества жизни пациентов с *постхолецистэктомическим синдромом* (ПХЭС) посредством совершенствования диагностики морфофункционального состояния желчевыводящей системы и дифференцированного подхода к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий.

Обследованы 174 больных с ПХЭС. Критерием включения в исследование являлись жалобы на диспепсические расстройства и абдоминальные боли после выполненной ранее *холецистэктомии* (ХЦЭ) по поводу хронического или острого калькулезного холецистита. Пациенты, перенесшие ХЦЭ, дополненную формированием билиодигестивных анастомозов, в исследование не включались.

На первом этапе исследования у пациентов с ПХЭС изучали:

– состояние печени и желчевыводящей системы в целях выявления признаков нарушения *оттока желчи* (ОЖ) как наиболее частой причины *постхолецистэктомических расстройств* (ПХЦЭР);

– функциональные и органические причины нарушения желчевыделения;

– сопутствующие болезни органов *гепатопанкреатодуоденальной зоны* (ГПДЗ) и степень их компенсации.

Кроме того, изучали клиничко-anamnesticheskie данные, проводили физикальные исследования, анализы биохимических показателей, ультразвуковое исследование с дифференциальной диагностикой функциональных и органических причин нарушений ОЖ, результаты доплерографической оценки печеночной гемодинамики, радиологического исследования печени и желчных протоков посредством динамической гепатобилисцинтиграфии. Определенной категории пациентов осуществляли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

При мониторинге состояния больных наряду с клиничко-инструментальными методами контроля использовали специализированный опросник для определения уровня качества жизни больных гастроэнтерологического профиля – гастроинтестинальный индекс – *Gastrointestinal Quality of Life Index* (GIQLI) [Eypasch E. et al., 1995].

Пациентов разделили на 3 группы: I ($n=112$) – с функциональными расстройствами желчевыделения; II ($n=28$) – с органическими причинами нарушения ОЖ; III ($n=34$) – ПХЦЭР были обусловлены поражением органов ГПДЗ.

На втором этапе исследования проводили коррекцию ПХЭС в зависимости от механизма развития, анализ эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий в ранние и отдаленные сроки наблюдения.

Пациентам I группы проводили консервативное лечение для устранения клинических симптомов, ликвидации дисфункции сфинктера Одди и коррекции моторно-кинетических нарушений верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Пациентам II группы осуществляли хирургическую коррекцию органических препятствий оттоку желчи вследствие:

1) рубцового стенозирования большого сосочка двенадцатиперстной кишки;

2) наличия конкрементов в холедохе;

3) протяженных стриктур общего желчного протока.

Пациентам III группы проводилось лечение обострения хронических болезней органов пищеварения, обусловивших (при отсутствии признаков гипертензии желчевыводящей системы) развитие абдоминальных болей и диспепсических расстройств (клиническую симптоматику ПХЭС).

К факторам риска развития ПХЦЭР следует отнести длительный анамнез желчнокаменной болезни, выполнение ХЦЭ в экстренном поряд-

ке на фоне выраженного воспалительного процесса в гепатобилиарной системе, отсутствие в послеоперационный период адекватной коррекции гипертензии желчевыводящих протоков. Ведущим фактором в этиопатогенезе ПХЭС следует считать нарушения ОЖ, выявляющиеся в 80,5% случаев.

Основными причинами развития ПХЭС являются функциональные (64,4%) и органические (16,1%) нарушения желчевыделения, наличие в 19,5% случаев обострений болезней органов ГПДЗ. Этиопатогенетические факторы существенно не влияют на клинические проявления ПХЦЭР, которые характеризуются преобладанием абдоминального болевого синдрома и диспепсии, сопровождаются значительным снижением уровня качества жизни пациентов.

Полиморфность и неспецифичность клинических проявлений ПХЭС диктуют необходимость углубленной оценки морфофункционального состояния органов желудочно-кишечного тракта с целью верификации причин неудовлетворительных результатов холецистэктомии.

Эхоскопически патологические изменения паренхимы печени обнаружены у 82,7% пациентов с ПХЭС. В 25,3% случаев имелось сопутствующее поражение поджелудочной железы с признаками панкреатэктазии (22,4%).

При анализе результатов доплерографического исследования печеночной гемодинамики особенности внутривенного кровотока выявлялись у 48,3% пациентов в виде усиления артериального компонента (на $22,3 \pm 4,9\%$) с одновременным снижением притока по системе воротной вены (на $19,8 \pm 5,7\%$).

Нарушения поглотительно-экскреторной функции печени, по данным динамической гепатобилисцинтиграфии, определялись у 72,2% пациентов. Наибольшие изменения наблюдались преимущественно у больных с нарушением ОЖ.

Использование разработанного способа ультразвуковой дифференциальной диагностики функциональных и органических причин ОЖ у пациентов после ХЦЭ, основанного на динамической оценке показателя индекса опорожнения холедоха, позволяет с высокой степенью точности (94,1%) верифицировать причину гипертензии желчевыводящей системы, связанную с патологическими

изменениями большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Комплексное обследование пациентов, не удовлетворенных результатами ранее перенесенной ХЦЭ, включавшее углубленную ультразвуковую оценку морфофункционального состояния гепатобилиарной системы и поджелудочной железы, позволило определить четкие критерии выбора способа коррекции ПХЭС в зависимости от механизма его развития. Дифференцированный подход к коррекции ПХЭС позволил в подавляющем большинстве (89,7%) случаев значительно повысить уровень качества жизни данной категории больных.

Пациентам с функциональными расстройствами желчевыделения показано проведение комплекса терапевтических мероприятий, включающих охранительный лечебный режим, диету, назначение препаратов, корригирующих сократительную способность сфинктера Одди, а также ферментных средств – алюминийсодержащие буферные антациды, в ряде случаев – про- и пребиотики.

Показаниями к оперативной декомпрессии желчевыводящей системы при органических препятствиях ОЖ являются рубцовое стенозирование большого сосочка двенадцатиперстной кишки, протяженные стриктуры общего желчного протока, холедохолитиаз. При выявлении патологических изменений других органов желудочно-кишечного тракта, развившихся до ХЦЭ или после нее, показано консервативное лечение основной патологии, направленное на восстановление морфофункционального состояния органов пищеварения.

Динамическое изучение уровня качества жизни пациентов, страдающих ПХЭС, позволяет осуществлять постоянный мониторинг течения болезни.

Диссертация на соискание *ученой степени кандидата медицинских наук* выполнена в Томском военно-медицинском институте.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, доцент **И.О. Гибадулина**.

Научный консультант: доктор медицинских наук, доцент **Н.В. Гибадулин**.

Дата защиты: 09.06.2006 на заседании диссертационного совета Д 208.096.02 при Сибирском государственном медицинском университете.