

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет
им.проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого
Кафедра общей хирургии им.проф. М.И. Гульмана

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. ВинникЮ.С

Преподаватель: д.м.н., доц Серова Е. В

Реферат на тему: "Постхолецистэктомический синдром"

Красноярск,2018

Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) включает группу заболеваний в основном гепатобилиарнопанкреатической системы, возникающих или усиливающихся после проведения холецистэктомии или иной расширенной операции на желчных путях, которые были произведены преимущественно по поводу желчнокаменной болезни.

Определение синдрома как бы подчеркивает его условность, так как основная характеристика синдрома — связь с перенесенной холецистэктомией может быть различной. Постхолецистэктомический синдром включает заболевания, у которых связь с холецистэктомией очевидна (например, синдром длинной культы пузырного протока), но есть заболевания, где связь непосредственно с операцией не столь явна (холепанкреатит и др.).

Этиология

Неполноценное 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.

Формы

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).

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 кишки.

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, В12, 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 всасывания 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 (СИБР — 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.

Профилактика постхолецистэктомического синдрома

Тщательное 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.

Список используемой литературы

Хирургические болезни / Под ред. Черноусова А.Ф. – М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2010

Хирургические болезни/ Под ред. Кузина М.И. – М.: Медицина, 2002.-407 с.

Анзимиров В. Л., Баженова А. П., Бухарин В. А. и др. Клиническая хирургия: Справочное руководство / Под ред. Ю. М. Панцирева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с: ил.