

УДК 616.366-089.87-06-001.33

© Е.В.Серова

Спорные вопросы в терминологии и классификации постхолецистэктомического синдрома

Е.В.СЕРОВА

Disputable points of postcholecystectomy syndrom termonology and classification

E.V.SEROVA

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

Желчнокаменная болезнь относится к числу широко распространенных заболеваний, основным методом лечения которой является холецистэктомия. У части пациентов после холецистэктомии развивается постхолецистэктомический синдром. До настоящего времени нет общепринятого определения этого термина, нет единой классификации, отражающей конкретную причину болей и диспепсии после удаления желчного пузыря, позволяющей хирургу выбрать адекватный диагностический и лечебный алгоритмы.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, постхолецистэктомический синдром, классификация постхолецистэктомического синдрома

Cholelithiasis refers to a number of widespread diseases which are usually treated by cholecystectomy. Some patients face the problem of postcholecystectomy syndrome after cholecystectomy. Up to the present day there is no generally accepted definition of this term, no unified classification reflecting concrete reason of pains and dyspepsia after cystectomy which will allow to choose adequate diagnostic and healing procedure.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, postcholecystectomy syndrome, postcholecystectomy syndrome classification

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу широко распространенных заболеваний, основным методом лечения которой является холецистэктомия. В мире ежегодно выполняется около 2,5 млн. холецистэктомий. В России – около 250–300 тыс., в США – около 600 тыс. операций по удалению желчного пузыря в год. В связи с широким внедрением и признанием в качестве «золотого стандарта» лапароскопических операций, вероятно, число холецистэктомий стало еще большим [20].

Считается, что «выполненная по показаниям своевременная плановая холецистэктомия в условиях высококвалифицированного хирургического стационара приводит к полному выздоровлению и полному восстановлению трудоспособности и качества жизни у большинства пациентов» [7].

Однако, по данным различных авторов, в разные сроки после холецистэктомии у 5–40% и более пациентов сохраняются или возобновляются боли и диспепсические явления [3, 6, 8, 9, 19, 21, 25, 30].

Результаты холецистэктомии постоянно привлекают к себе внимание и уже давно (с 30-х годов прошлого века) в литературу вошел термин и понятие «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) [20].

До настоящего времени нет общепринятого определения, что же такое постхолецистэктомический синдром, так же, как и не определены категории лиц, к которым он, несомненно, относится и к которым это понятие не имеет никакого отношения.

Вариабельность данных о частоте развития ПХЭС связана также с отсутствием единого мнения о том, что считать удовлетворительными и неудовлетворительными результатами лечения.

Термин «ПХЭС» был предложен в 1950 г. В. Pribram [10] по аналогии с термином «постгастрорезекционный синдром» и первоначально объединял только функциональные патологические синдромы, обусловленные удалением желчного пузыря и «выпадением» его функций (резервуарной, концентрационной, моторно-эвакуаторной).

В последующие годы термину «ПХЭС» без достаточных оснований стали придавать расширительное значение, включив в это понятие, помимо функциональных расстройств, обусловленных удалением желчного пузыря и «выпадением» его функций, комплекс симптомов, которые не имеют и не могут иметь непосредственной причинной связи с холецистэктомией.

Так, в понятие «ПХЭС» дополнительно включают следующие симптомы: 1) связанные

с техническими ошибками оперативного вмешательства; 2) обусловленные патологическими (органическими) процессами, осложнившими течение хронического калькулезного холецистита еще до операции, которые не могли быть устранены при хирургическом удалении желчного пузыря; 3) связанные с сопутствующими хроническому калькулезному холециститу заболеваниями гастродуоденохопанкреатического комплекса, не распознанными до операции [11, 12, 16, 17, 28].

Пытаясь обосновать эту позицию, обычно ссылаются на то, что функциональные расстройства, связанные с удалением желчного пузыря, встречаются крайне редко (в 1–5 % случаев), а различные патологические (главным образом органические) симптомы и синдромы после холецистэктомии беспокоят больных значительно чаще (в 20–40% случаев). По мнению Л. Глоуцал [5], таким образом создается своеобразный компромисс, выход из создавшейся сложной ситуации. По мнению W. Brühl [33], термин «ПХЭС» стал своего рода «метким словечком» (Schlagwort), расхожим диагнозом, не несущим конкретного содержания, который позволяет врачам не тратить усилий на выяснение истинной причины расстройств, возникших после операции.

Как справедливо было отмечено Э.И.Гальпериним и М.В.Волковой, «представления о причинах болей и расстройств после произведенной холецистэктомии менялись на протяжении последних ста лет» [4].

Чаще всего под термином «ПХЭС» понимают любые неудовлетворительные и плохие результаты операций на желчных путях [1, 2, 14, 15, 23, 24, 32].

В разное время было предложено множество синонимов термина «ПХЭС»: «рецидив после холецистэктомии», «псевдорезицидив после холецистэктомии», «терапевтические осложнения после холецистэктомии», «синдром после холецистэктомии», «постхолецистэктомическая болезнь» и др., но ни один из них не смог стать альтернативой краткому и благозвучному термину «ПХЭС», несмотря на все его недостатки (условность и неконкретность). Сохранен этот термин и в международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра: постхолецистэктомический синдром (К 91.5) [27]. Отслеживая историю развития терминологии и классификации ПХЭС в XX–XXI веках, наблюдается следующая закономерность.

С.П.Федоров (1918) рецидивы болей после холецистэктомии разделял на «истинные» и «ложные», подчеркивая тем самым зависимость заболевания от перенесенной операции или от причин, не связанных с ней.

И.Г.Руфанов (1937) выделил печеночно-желудочный синдром, печеночно-кишечный, печеночно-почечный, печеночно-панкреатический, печеночно-селезеночный, печеночно-гинекологический, сердечно-сосудисто-печеночный и нервно-психически-печеночные синдромы.

И.А.Беличенко (1962) разделил состояния после холецистэктомии на три группы: функциональные расстройства, воспалительные изменения гепатопанкреатодуоденальной области и механические нарушения желчевыведительной системы.

И.К.Семякин (1966) привел следующую классификацию рецидива болей после операции:

- 1) заболевания, связанные с самой операцией;
- 2) заболевания, зависящие от воспалительного процесса в желчном пузыре;
- 3) заболевания, не связанные ни с операцией, ни с воспалительными процессами в желчном пузыре;
- 4) заболевания, обусловленные удалением желчного пузыря при дискинезии.

А.Н.Кравчук (1968 г.) все рецидивы болей после операции разделил на связанные с перенесенной операцией – причины, неустранимые во время вмешательства, и на не имеющие отношения к операции.

В.М.Ситенко и А.И.Нечай (1972) разделили больных на две группы: 1) страдающих от заболеваний желчной системы; 2) имеющих другие поражения органов и систем [26].

А.И.Краковский и Ю.К.Дунаев (1978) выделяют три группы заболеваний, обуславливающих рецидив болей:

- 1) заболевания, связанные с механическим препятствием в системе желчевыводящих путей;
- 2) воспалительные процессы в органах гепатопанкреатодуоденальной зоны;
- 3) заболевания других органов и систем.

А.М.Ногаллер на пленуме правления Всесоюзного научного общества гастроэнтерологов в 1980 г. выделил три группы заболеваний, возникающих после операций на желчных путях:

- 1) заболевания, не устраненные полностью при первой операции и зависящие от основного патологического процесса;

2) заболевания, непосредственно связанные с произведенной операцией;

3) заболевания, зависящие от сопутствующих изменений в других органах и системах.

В.В.Виноградов и М.Ульд-Слиман (1981) пользуются следующей классификацией:

1) ложные послеоперационные заболевания желчных путей;

2) заболевания желчных путей, не устраненные радикально;

3) патологические изменения желчных протоков, полностью не устраненные при первой операции;

4) повреждения желчных протоков;

5) другие заболевания желчных путей, печени, поджелудочной железы (гепатит, цирроз, лимфаденит, рак общего желчного протока и др.).

Из этого, далеко не полного, перечня классификаций так называемого постхолецистэктомического синдрома следует, что подавляющее большинство авторов делят заболевания после операции на желчных путях на две основные группы: первая группа – связанные с изменениями в желчевыводящих протоках; вторая группа – не имеющие отношения к желчевыводящим путям.

По мнению Э.И.Гальперина и Н.В.Волковой целесообразно разделить всех больных с различными абдоминальными расстройствами после ранее выполненных операций на желчных путях на несколько групп по доминирующему поражению того или иного органа.

Именно этот постулат заложен в основу наиболее полной и обоснованной классификации ПХЭС, предложенной Э.И.Гальпериним и Н.В.Волковой в 1985 г.

Опыт обследования и лечения 700 больных позволил выделить следующие группы заболеваний, которые могут стать причиной ПХЭС:

1) заболевания желчных протоков и большого дуоденального сосочка (БДС) (камни желчных протоков и БДС, стеноз БДС, недостаточность БДС, избыточная культя пузырного протока, «остаточный» желчный пузырь, стриктура внутри- и внепеченочных желчных протоков, стриктура желчеотводящих анастомозов, кистозное расширение внутрипеченочных желчных протоков, опухоли желчных протоков и БДС);

2) заболевания печени и поджелудочной железы (гепатит, билиарный цирроз печени, паразитарные заболевания печени, хронический панкреатит);

3) заболевания двенадцатиперстной кишки (дивертикулы, хроническая дуоденальная непроходимость);

4) заболевания других органов и систем (заболевания желудочно-кишечного тракта, гемолитическая болезнь, другие заболевания).

Такое деление имеет практическое значение, как в диагностическом, так и лечебном плане. Оно важно не только для проведения целенаправленной консервативной терапии, но и для обоснования целесообразности повторного оперативного вмешательства [4].

По мнению Я.С.Циммермана и соавт. [27] «ПХЭС» – это понятие (термин), которое объединяет комплекс функциональных расстройств билиарной системы, развивающийся у части больных после холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита и его осложнений. В основе функциональных нарушений лежит «выпадение» основных функций желчного пузыря (резервуарной, концентрационной, моторно-эвакуаторной) после его удаления.

Нет никаких убедительных оснований для расширенного толкования данного термина и включения в него органических изменений, возникших в результате технических дефектов оперативного вмешательства. Не имеют прямого отношения к ПХЭС и заболевания, осложнившие течение ЖКБ задолго до операции, которая уже не могла ни предупредить их, ни устранить, так как была выполнена слишком поздно [28].

После холецистэктомии эти заболевания (билиарнозависимый вторичный панкреатит и др.), постепенно прогрессируя, начинают доминировать в клинической картине и ошибочно трактуются врачами и больными как последствия холецистэктомии [11, 28].

Таким образом, одни авторы склонны рассматривать ПХЭС как функциональный синдром; другие считают оправданным включение в это понятие органических процессов [5, 11, 12, 18, 28, 33].

Согласно II Римскому консенсусу в 1999 г. в Риме были внесены некоторые уточнения и дополнения в Римские критерии I, принятые в 1989 г.

Римские критерии I.

1) Повторные (рецидивирующие, по крайней мере, в течение 3 мес.) эпизоды умеренно выраженных или сильных болей билиарного и/или панкреатического типа, локализованные в эпигастрии и/или правом подреберье, продолжительностью не менее 20 мин., нарушающие физическую

активность больного и заставляющие его обращаться к врачу. Дополнительные особенности болей: а) могут сопровождаться тошнотой и рвотой; б) могут иррадиировать в поясницу или правую подлопаточную область (билиарного типа) или принимать опоясывающий характер (панкреатического типа); в) могут быть связаны с приемом пищи; г) могут прерывать ночной сон.

2) Диагноз устанавливается при наличии преходящего повышения активности трансаминаз, уровня щелочной фосфатазы и панкреатических ферментов (не менее чем в 2 раза) и обнаружении расширенных протоков при отсутствии органических причин для этого.

3) Проведенное обследование исключает другие причины данных клинических симптомов.

Были внесены два уточнения, касавшиеся, во-первых, продолжительности болей (она была увеличена с 20 до 30 мин.), во-вторых, регулярности их возникновения (не реже 1 раза в 12 мес.) – Римские критерии II [31].

Таким образом, Римский консенсус II по функциональным расстройствам органов пищеварения предлагает рассматривать ПХЭС как сугубо функциональный синдром и дает ему следующее определение (дефиницию): «ПХЭС характеризуется дисфункцией сфинктера Одди, обусловленной нарушениями его сократительной функции, затрудняющими нормальный отток желчи в двенадцатиперстную кишку при отсутствии органических препятствий».

Другое определение дают сторонники расширенного толкования указанного термина: «ПХЭС – это совокупность функциональных и/или органических изменений, связанных с патологией желчного пузыря или протоковой системы, возникших после холецистэктомии, или усугубленных ею, или развившихся самостоятельно в результате технических погрешностей ее выполнения» [12].

Исходя из этих положений, можно выделить, по меньшей мере, 4 группы основных причин, обуславливающих развитие после холецистэктомии различной клинической симптоматики:

- Диагностические ошибки, допущенные на дооперационном этапе во время обследования больного и/или во время операции;
- Технические погрешности и тактические ошибки, допущенные при проведении операции;
- Функциональные нарушения, связанные с удалением желчного пузыря;

- Обострение и прогрессирование существовавших до операции заболеваний, в первую очередь, гепатопанкреатобилиарной зоны, а также развитие новых патологических состояний, обусловленных адаптационной перестройкой органов пищеварения в связи с холецистэктомией [13].

По мнению П.Я.Григорьева и соавт. патологические состояния, которые наблюдаются у больных после холецистэктомии, можно разделить на 3 группы.

1) Функциональные расстройства сфинктера Одди – повышение тонуса сфинктера холедоха или панкреатического протока, либо общего сфинктера в результате потери функционирующего желчного пузыря;

2) Билиарная гипертензия с наличием органических препятствий току желчи, при наличии которой у 5–20% больных выявляются рецидивный или резидуальный холедохолитиаз, у 11–14% – стеноз БДС, у 6,5–20% – стриктуры желчных протоков и желчеотводящих анастомозов, у 0,1–1,9% – избыточная культя пузырного протока;

3) Сопутствующие заболевания, развившиеся до оперативного вмешательства или после него. Основными из них являются хронический панкреатит, дискинезия двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, дуодениты, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Термином «ПХЭС» принято обозначать дисфункцию сфинктера Одди. При этом предлагается вместо принятых ранее определений: «постхолецистэктомический синдром», «билиарная дискинезия» и др., использовать термин «дисфункция сфинктера Одди» [22]. Тем самым, ставя знак равенства между понятием «ПХЭС» и «дисфункция сфинктера Одди».

Несмотря на различия по определенным позициям, все классификации преследуют одну цель – ориентировать хирурга на необходимость поиска конкретной причины постхолецистэктомического синдрома; точной формулировки клинического диагноза, отражающей причину; выбора адекватной диагностической и лечебной тактики (консервативной и оперативной). ПХЭС – это предварительный диагноз; всестороннее обследование пациента должно выявить топическую причину возобновления страданий после холецистэктомии [29].

Таким образом, в хирургии гепатопанкреатодуоденальной зоны остается открытым вопрос терминологии постхолецистэктомического синдрома, вопрос об отражении конкретной причины болей и диспепсии после холецистэктомии при формулировке клинического диагноза в соответ-

ствии с понятием ПХЭС и единой классификации патологического симптомокомплекса после операции удаления желчного пузыря, позволяющей хирургу выбрать адекватный диагностический и лечебный алгоритмы.

Список литературы

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. Томск 1997; 605.
2. Борисов А.Е. Анализ показателей лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов живота в Санкт-Петербурге за 50 лет (1946-1996 гг.). Вестник хирургии 1997; 156: 3: 35-39.
3. Винник Ю.С. Влияние способа холецистэктомии на возникновение дисфункции сфинктера Одди. Тезисы IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии: Эндоскопическая хирургия 2006; 2: 28.
4. Гальперин Э.И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии. М.: Медицина 1988; 271.
5. Глоуцал Л. Заболевания желчных путей и желчного пузыря. Пер. с чеш.-Прага 1967; 245.
6. Жегалов П.С. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография в диагностике причин постхолецистэктомического синдрома. Тезисы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии: Эндоскопическая хирургия 2005; 1: 51.
7. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто А.М. Желчнокаменная болезнь. М.: Изд. дом Видар-М 2000.
8. Жмудиков Ф.М., Матузов Л.З., Якимчук Н.В. Постхолецистэктомический синдром (диагностика, лечение). Здоровоохранение Белоруссии. 1982; 4: 20-22.
9. Земсков В.С., Радзиховский А.П., Бобров О.Е. Причины, диагностика и лечение «постхолецистэктомического синдрома». Вестник хирургии 1986; 12: 30-33.
10. Иванченкова Р.А. Постхолецистэктомический синдром / Руководство по гастроэнтерологии. М. 1995; 2: 475-491.
11. Иванченкова Р.А. Правомочен ли термин «постхолецистэктомический синдром»? Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии 1998; 5 (прил. 5): 185-186.
12. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. М.: Анахарсис 2004; 199.
13. Ильченко А.А. Постхолецистэктомический синдром: клинические аспекты проблемы. Гастроэнтерология (приложение Consilium medicum) 2008; 2.
14. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина 1990; 240.
15. Кузин Н.М., Кузнецов Н.А. К проблеме хирургии калькулезного холецистита. Хирургия 1995; 1: 18-23.
16. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. Пер. с нем. М. 2001; 180.
17. Максимов В.А., Матвеев В.И., Радбиль О.С. Постхолецистэктомический синдром. М. 1988; 142.
18. Малле-Ги П., Кестенс П.Ж. Синдром после холецистэктомии. Пер. с фр. М. 1973; 234.
19. Мальячук В.И., Лебедев Н.В., Хараламбус С. Папиллотомия. Анналы хирургии 2000; 2: 19-24.
20. Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром. Анналы хирургической гепатологии 2006; 11: 1: 28-33.
21. Помелов В.С., Ганжа П.Ф. Болевой синдром после холецистэктомии. Советская медицина 1988; 11: 30-35.
22. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение. Лечащий врач 2004; 4: 34-38.
23. Кочнев О.С., Биряльцев В.К., Халимов Х.М. Причина рецидива болей у больных после холецистэктомии и их лечение. Хирургия 1989; 7: 46-51.
24. Долинский А.Г., Кузьмичев С.Б., Ушаков И.И. Редкое проявление постхолецистэктомического синдрома, первоначально расцененное как болезнь Крона. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2003; 2: 74-76.
25. Савченко Ю.П., Павленко С.Г. Постхолецистэктомический синдром. Краснодар: Периодика Кубани 2000; 316.
26. Ситенко В.М., Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях. М.: Медицина 1972; 240.
27. Циммерман Я.С., Кунстман Т.Г. Постхолецистэктомический синдром: современный взгляд на проблему. Клиническая медицина 2006; 8: 4-11.
28. Циммерман Я.С. Хронический холецистит и хронический панкреатит. Пермь 2002; 96.
29. Чикишева И.В. Диагностика и лечение постхолецистэктомического синдрома: Автореф. дис. канд. мед. наук. Красноярск 2007; 28.
30. Шалимов А.А. Принципы лечения постхолецистэктомического синдрома. Клиническая хирургия 1989; 3: 6-10.
31. Шентулин А.А. Римские критерии функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди: спорные и нерешенные вопросы. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2005; 3: 70-74.
32. Горбунов О.М., Абросимов В.Н., Сахно В.Д. Эндоскопические способы лечения больных постхолецистэктомическим синдромом. Хирургия 1996; 6: 61-63.
33. Brühl, W. Leber-und Gallenwegserkrankungen. Stuttgart 1970.

Поступила 06.06.2009 г.

Информация об авторе

1. Серова Екатерина Валерьевна – соискатель кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru