**Содержание**

1. Введение
2. Частота “постхолецистэктомического синдрома”
3. Причины “постхолецистэктомического синдрома” и их классификация
4. Клиника “постхолецистэктомического синдрома”
5. Диагностика “постхолецистэктомического синдрома”
6. Лечение “постхолецистэктомического синдрома”
7. Прогноз при “постхолецистэктомическом синдроме”
8. Профилактика “постхолецистэктомического синдрома”
9. Список литературы
10. **Введение**

Постхолецистэктомический синдром — собирательное клиническое понятие, объединяющее случаи неудачных результатов оперативного вмешательства (холецистэктомии) при заболеваниях желчных путей. В связи с ростом в последнее время хирургической активности при лечении острых и хронических заболеваний желчного пузыря, в том числе желчнокаменной болезни, значительно возросло число больных, у которых оперативное вмешательство не только не принесло облегчения, но в ряде случаев обусловило возникновение ранее отсутствовавших нарушений.

Неприятные ощущения, порой и тяжелые проявления постхолецист-эктомического синдрома обычно возникают не сразу после операции, а через 0,5—2 года после удаления желчного пузыря.

1. **Частота “постхолецистэктомического синдрома”**

Согласно данным некоторых авторов, подобные больные составляют до 12 % среди страдающих заболеваниями жёлчных путей, лечащихся в терапевтической клинике. Считают, что этот синдром возникает у 5 — 15 % лиц, подвергшихся операции холецистэктомии.

Синдром чаще развивается у больных, оперированных по поводу хронических заболеваний желчного пузыря, в частности по поводу желчнокаменной болезни, несколько реже — хронического, еще реже — острого холецистита. Это объясняется тем, что при желчнокаменной болезни в результате ее длительного течения часто развивается ряд сопутствующих патологических процессов (холангиогепатит, сращения с соседними органами), нарушается деятельность других звеньев пищеварительной системы, в том числе поджелудочной железы. Кроме того, после операции по поводу желчнокаменной болезни возможны как истинные, так и ложные рецидивы камней. К первым относятся действительно вновь возникающие конкременты в связи с тем, что хирургическое вмешательство не устраняет причин камнеобразования. Ложные рецидивы сводятся к тому, что «забытые» (не обнаруженные) при операции камни вскоре начинают давать знать о себе, нередко полностью возобновляя весь мучительный комплекс болезненных явлений, имевший место и до хирургического вмешательства. Однако у многих больных рецидив болевого синдрома обусловлен другими моментами, в частности развитием спаечного процесса, а также стенозированием общего желчного протока.

1. **Причины “постхолецистэктомического синдрома” и их классификация**

Общепризнанной классификации не существует.

В учебнике “Хирургические болезни” (под редакцией М.И. Кузина) приводятся три группы больных. Первую группу составляют болезни органов желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и ДПК, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, хронический колит, рефлюкс-эзофагит). По мнению авторов учебника, это наиболее частая причина “постхолецистэктомического синдрома”. Ко второй группе относятся органические поражения желчных путей (“забытые камни”, стриктура терминального отдела холедоха и дуоденального сосочка, длинная культя пузырного протока и оставленная часть желчного пузыря, рубцовые стриктуры вследствие ятрогенных повреждений гепатикохоледоха). К третей группе причин относят заболевания органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (хронический гепатит, панкреатит, дискинезия желчных протоков, перихоледохеальный лимфаденит).

И.М. Тальман (1963) рассматривает как причины “ПХС”: а) просмотр и оставление камней в протоках; б) стриктуры гепатохоледоха; в) гепатит, холангит, цирроз; г) панкреатит; д) заболевание желудка и кишечника; е) сращения и спайки; ж) длинная культя пузырного протока; з) гепатоптоз; и)дуоденостаз; к)подвижную ДПК; л) невралгия межреберных нервов, истерия; м) паразиты (лямблиоз, аскаридоз) н) дискенезия желчных путей (спазм сфинктера Одди). Он также описывает теорию Прибрама о мезентериальном лимфангите и лимфадените как важнейшей причине рецидивов колик и других расстройств после холецистэктомии.

А.Т. Лидский (1963) считал, что среди большого числа причин “ПХС” можно выделить основные, наиболее частые, к которым относил: а) панкреатит; б) оставленные в протоках камни; в) расширение холедоха и наступившую дискенезию его; г)гепатохолангит; д) необоснованную холецистэктомию (ошибочный диагноз).

В.М. Ситенко и А.И. Нечай, авторы единственной отечественной монографии по постхолецистэтомическому синдрому (1972), приводят свою классификацию в таком виде:

**l.**  Диспептические явления и боли в животе, не носящие характера приступа

**ll.** Приступы, протекающие как желчная колика.

А. Патологические состояния, непосредственно относящиеся к желчной системе:

1) камни желчных протоков, 2) стеноз дуоденального сосочка, 3) стриктуры желчных протоков, 4) большая культя пузырного протока или остаток желчного пузыря, 5) киста общего желчного протока, 6) недостаточность дуоденального сосочка, 7) инородные тела желчных протоков, 8) опухоли билиопанкреатической системы, 9) холангит, 10) паразитарные поражения желчных путей ( аскаридоз, лямблиоз и др.), 11) цирроз печени, хронический гепатит, 12) подпеченочный абсцесс, 13) дискинезия желчной системы (существование этого заболевания достоверно не доказано).

Б. Патологические состояния, относящиеся к другим органам и системам:

1) хронический панкреатит, 2) язва желудка или ДПК, 3) гастродуоденит, гастрит, 4) хронический колит, 5) хронический аппендицит, 5) гемолитическая анемия, 7) диафрагмальная грыжа, 8) почечнокаменная болезнь, нефроптоз, 9) деформирующий спондилоартроз, 10) диэнцефальный синдром, 11) опухоли желудка или кишечника, 12) психопатия, истерия, наркомания, аггравация, симуляция, 13) функциональные нарушения моторики в верхних отделахжелудочно-кишечного тракта, 14) хронический дуоденальный стаз ( существование этого заболевания в чистом виде нам представляется достоверно не доказанным).

В. Причина болевых приступов не установлена.

Кроме того, авторы замечают: “Безусловно, для каждого из заболеваний, перечисленных в этой схеме, нужны *еще дополнительные*, частные *классификации.”*

I.E. Berk(1961) различает ПХС, вызванный: 1) ошибочным диагнозом; 2) неполноценной операцией; 3) травмой желчных путей во время операции; 4) сохраняющимся заболеванием соседних органов; 5) физиологическими нарушениями.

C.М. Курбангалеев и М. Ралль (1967) различают как причины ПХС : 1) недостаточно тщательную ревизию протоков; 2) погрешности в технике операции и недостаточной её радикальностью; 3) запоздалым хирургическим лечением и удалением малоизмененного функционирующего желчного пузыря при бескаменном холецистите.

Г.Г. Караванов и О. В. Фильц (1966) различают патологию: 1) желчных путей; 2) печени и поджелудочной железы; 3) желудочно-кишечного тракта; 4) других органов и систем; 5) последствия операции, не имеющих прямой связи с патологией желчных путей.

Э.И.Гальперин и Н.В.Волкова (1988) выделяют четыре группы: 1) заболевания желчных протоков и большого дуоденального сосочка; 2) заболевания печени и поджелудочной железы; 3) заболевания двенадцатиперстной кишки; 4) заболевания других органов и систем.

1. **Клиника “постхолецистэктомического синдрома”**

Субъективная и объективная симптоматика постхолецистэктомического синдрома объединяет разнообразные патологические процессы, возникающие в органах брюшной полости в связи с удаленным, а также и отключенным желчным пузырем.

Основными признаками постхолецистэктомического синдрома являются:

- Рецидивирующие коликообразные боли, преимущественно в правом верхнем квадранте живота.

- Непереносимость жира.

- Диарея.

- Тошнота.

- Вздутие живота и другие диспепсические симптомы.

- Желтуха (в 24% случаев).

- Повышение температуры тела (в 38% случаев).

Помимо перечисленных жалоб у больных нередко имеются дуоденогастральный рефлюкс, антральный гастрит, дуоденит и ряд моторно-эвакуаторных нарушений, обусловливающих появление симптомов (чувство тяжести и боли в эпигастрии, тошнота, горечь во рту, метеоризм, неустойчивый стул).

Субъективные и объективные симптомы при постхолецистэктомическом синдроме вначале обусловливаются измененным химическим составом желчи, нарушенным пассажем ее в двенадцатиперстную кишку, дискинезией сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы, а затем синдромом мальдигестии, дисбактериозом толстой кишки, деконъюгацией желчных кислот, дуоденитом и другими патологическими нарушениями в системе пищеварения.

1. **Диагностика “постхолецистэктомического синдрома”**

Диагностика постхолецистэктомического синдрома – это выявление изменений в печени, поджелудочной железе, являющихся причиной страдания больных, с применением всего комплекса современных лабораторно-инструментальных методов исследования. Лабораторные исследования включают определение в крови уровня билирубина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтрансферазы, аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, липазы, амилазы, эластазы. Лабораторные исследования проводят во время или не позднее 6 часов после окончания болевого приступа, а также в динамике. "Золотым стандартом" диагностики считают эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию и манометрию сфинктера Одди (доступную пока лишь ограниченному числу научно-исследовательских центров).



1. **Лечение “постхолецистэктомического синдрома”**

Лечение больных с “постхолецистэктомическим синдромом” должно быть комплексным и направлено на устранение тех функциональных или структурных нарушений со стороны печени, желчевыводящих путей (протоки и сфинктеры), желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, которые лежат в основе страдания, явились поводом для обращения к врачу.

Назначается частое дробное питание (5–7 раз в день), соблюдение диеты с низким содержанием жира (40–60 г в сутки растительных жиров), исключение жареных, острых, кислых продуктов.

Для обезболивания можно применять дротаверин, мебеверин.

В случаях, когда испробованы все медикаментозные варианты, а эффект от лечения отсутствует, для восстановления проходимости желчных путей проводится оперативное лечение.

Наиболее часто используемой оперативной методикой, применяемой при данном синдроме служит эндоскопическая ретроградная панкреатохолецистография (ЭРПХГ), которая совмещает в себе диагностическую и лечебную значимость. ЭРПХГ позволяет произвести удаление желчного конкремента, дилатацию стриктур, а также сфинктеротомию.

У некоторых пациентов положительного эффекта возможно добиться посредством резекции рубцовой и нервной ткани вокруг культи пузырного протока, так как причиной симптомов в ряде случаев является неврома. Однако такая тактика является спорной.

Диагностическое оперативное вмешательство может быть показано в качестве крайней меры у пациентов с неясной этиологией постхолецистэктомического синдрома и при рефрактерности к медикаментозной терапии. В случае отсутствия выявления причины данного синдрома после диагностической операции эффективным может оказаться проведение трансдуоденальной сфинктеропластики.

Постоперационная и дальнейшая тактика ведения пациента зависят от этиологии и вида выполненного оперативного вмешательства.

Для устранения относительной ферментативной недостаточности, улучшения переваривания жиров применяют ферментные препараты, содержащие желчные кислоты (фестал, панзинорм форте) в среднесуточных дозах. Наличие скрытых, а тем более явных нарушений переваривания жиров подразумевает длительное применение ферментов как с лечебной, так и с профилактической целями. Поэтому продолжительность курса лечения индивидуальна.

Нередко удаление желчного пузыря сопровождается нарушением кишечного биоценоза. Для восстановения кишечной микрофлоры вначале назначаются антибактериальные лекарственные средства (доксициклин, фуразолидон, метронидазол, интетрикс), короткими 5–7-дневными курсами (1–2 курса). Затем проводится лечение препаратами, восстанавливающими кишечный микробный пейзаж, способствующими росту нормально микрофлоры (например, бифидумбактерин, линекс).

В течение 6 месяцев после удаления желчного пузыря больные должны находиться под врачебным контролем. Санаторно-курортное лечение целесообразно рекомендовать не ранее чем через 6–12 месяцев после операции.

1. **Прогноз при “постхолецистэктомическом синдроме”**

Прогноз больных с постхолецистэктомическим синдромом зависит от причин, обусловивших исход холецистэктомии, но при прочих равных условиях - от сроков хирургического лечения и ведения больного в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Ближайшие и отдаленные исходы операции оказываются более благоприятными, если холецистэктомия проводится в раннем, неосложненном периоде болезни и в состоянии ремиссии воспалительного процесса, в том числе наступившей под влиянием адекватного консервативного лечения в предоперационном периоде.

1. **Профилактика “постхолецистэктомического синдрома”**

Профилактикой развития постхолецистэктомического синдрома послужит комплексное обследование органов пищеварения (печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа, желудок, двенадцатиперстная кишка) до операции с целью выявления функциональных и органических изменений.

1. **Список литературы**

Кузин М.И. "Хирургические болезни" 2002г

Ивашкин В.Т. "Краткое руководство по гастроэнтерологии" 2001г

<http://www.bestreferat.ru/>

<http://www.coolreferat.com/>

http://infomed.by/