

## **ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

Петленко И.А., Крамаренко К.А.

*Харьковская медицинская академия последипломного обучения, г. Харьков*

---

В настоящее время одной из наиболее распространенных операций на органах брюшной полости является холецистэктомия, неудовлетворительные отдаленные результаты после которой выявляются у 8 - 20% оперированных больных. Развитие постхолецистэктомического синдрома длительное время связывали с патологией большого дуоденального соска, рецидивом камнеобразования, техническими погрешностями при операциях и др. Меньше внимания уделялось "сопутствующей" патологии смежных органов, и в частности, патологии двенадцатиперстной кишки, связанной с нарушением ее моторной функции. Проведенные в этом направлении исследования показывают, что у 75-97% процентов больных, которые перенесли холецистэктомию, моторные нарушения двенадцатиперстной кишки сохраняются, а у части (20-25%) из них - прогрессируют вплоть до компенсированных форм дуоденостаза, тре-

бующих повторных операций. Консервативная терапия больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости после удаления желчного пузыря дает кратковременный и нестабильный результат, а существующие методы хирургической коррекции функционального дуоденостаза после холецистэктомии эффективны лишь у 25-30% больных.

В клинике кафедры применяется поэтапная схема обследования больных с ПХЭС:

1. Клинико-anamnestические данные.
2. Лабораторное исследование больного.
3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.
4. Фиброзофагогастродуоденоскопия и папилоскопия (дополненная при необходимости дополнительными диагностическими и лечебными мероприятиями).
5. Рентгенография и рентгеноскопия органов брюшной полости, ЖКТ (по показаниям).
6. Дуоденоанометрия по Витебско-

му, електродуоденографія і інші методи дослідження органів брюшної порожнини (за показаннями).

Обстеження на перших двох етапах виконується за загальноприйнятими методами, набір лабораторних досліджень - стандартний для хворих хірургічного профілю. Ультрасонографія і ФЕГДС є ключовими етапами в обстеженні хворих з ПХЭС, визначаючими вибір діагностичної і лікувальної тактики, нерідко - завершальними методами діагностики і лікування. В більшості випадків після УЗІ і ФЕГДС виявлялась причина більш у ПХЭС.

Найбільші складності в діагностиці виникали у хворих з ознаками порушення дуоденальної прохідності (дуодено-гастральний рефлюкс, гіпотонія дванадцятипалої кишки, гастро- і висцероптоз). Таким хворим при завершенні дуоденоскопії встановлювали зонд-катетер в просвіт дванадцятипалої кишки для виконання позтожної манометрії по Витебському, зондової релаксационної дуоденографії.

Функціональний стан дванадцятипалої кишки в різні терміни після холецистектомії вивчено нами у 75 хворих. З них 50 доставлені в клініку "швидкої допомоги" з діагнозом ПХЭС, а інші 25 хворих були викликані для контрольного обстеження. Дослідження показали, що у 31 (62%) з 50 хворих, які поступили в клініку по приводу ПХЭС симптомокомплекс захворювання був обумовлений порушенням функціонального стану ДПК. Так гіперкінезію ДПК виявлено у 18 хворих, гіпокінезію - у 8, акінезію у 5. Порушення евакуаторної функції виявлено у 9 (29,3%) хворих з 31; ранні (компенсовані) ознаки порушення дуоденальної прохідності виявлено у 4 хворих, декомпенсований дуоденостаз - у 5; лише у 19 (38%) хворих з ПХЭС був обумовлений іншими причинами. Холедохолітиаз виявлен у 8 хворих, стеноз БДС - 3, хронічний панкреатит - у 4, довга кульба бульбашкового протока - у 2, хронічний гепатит - у 2.

Вивчено функціональний стан ДПК у 25 хворих, яким проводилось контрольне обстеження. До операції цим хворим було проведено комплексне вивчення функціонального стану ДПК; нормокінезію виявлено у 7 хворих, гіперкінезію у 14, гіпокінезію - у 4. Порушення моторики ДПК у 5 хворих мило тотальний характер, у 13 - парціальний. У 6 (33,4%) хворих виявлені ранні (компенсовані) ознаки порушення дуоденальної прохідності. Всім цим хворим произведена стандартна холецистектомія, так як ми допустили, що порушення моторики ДПК є вторинними і вони повинні нормалізуватись після видалення патологічного зміненого жовчного бульбашки.

Після дослідження функціонального стану ДПК через 10-12 місяців після операції встановлено, що в випадках з доопераційною нормокінезією ДПК в післяопераційному періоді порушень її функціонального стану не виявлено. З 14 хворих з доопераційною гіперкінезією вона зберігалась в віддалені терміни у 10; у 1 хворого виявлена гіпокінезія, у решти (3) - нормалізації моторної функції кишки.

При контрольному обстеженні 4 хворих з доопераційною гіпокінезією ДПК во всіх випадках виявлено погіршення її функціонального стану. Більш суттєві порушення моторики ДПК по типу субкомпенсованого функціонального дуоденостазу в віддалені післяопераційні терміни виявлено у 6 хворих, у коорих до операції були виявлені ранні (компенсовані) зміни дуоденальної прохідності. Важливо підкреслити, що у всіх цих хворих клінічні прояви калькульозного холециститу характеризувались наявністю частих (7-12) приступів і тривалим (7-10 років) анамнезом захворювання.

На основі клініки кафедри хірургії і проктології ми убедились в доцільності комплексного дослідження функціонального стану ДПК у пацієнтів з калькульозним холециститом, що дозволить знизити ймовірність розвитку ПХЭС.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Витебський Я.Д., Суєтин Г.Н. Позтожний манометрія і її діагностичне значення.-Курган:Южн.-Урал.кн.изд-во,1985.-23 с.
2. Даценко Б.М., Ибішов Ш.Ф. Комплексна діагностика в неотложній абдомінальній хірургії.-Киев:"Здоров'я",1991.-264 с.,с ил.
3. Мирзаєв А.П. Дуоденальний стаз.-Л.:Медицина,1976.- 176 с.
4. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистектомии.-М.:Медицина,1988.- 272 с., с ил.

## РЕЗЮМЕ

### ХРОНІЧНА ДУОДЕНАЛЬНА НЕПРОХІДНІСТЬ ЯК ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЕКТОМІЧНОГО СИНДРОМУ

*Петленко І.А., Крамаренко І.А.*

Проведені дослідження показали, що у 75-97% хворих, котрі перенесли холецистектомію, моторні порушення дванадцятипалої кишки зберігаються, а у частині із них прогресують аж до компенсованих форм дуоденостазу, що вимагають повторних операцій. Ми переконалися на власному досвіді у доцільності комплексного дослідження функціонального стану дванадцятипалої кишки у пацієнтів з калькульозним холециститом, що дозволить знизити вірогідність розвитку постхолецистектомічного синдрому.

## SUMMARY

### CHRONIC DUODENAL IMPASSIBILITY AS A CAUSE OF POSTCHOLECYSTECTOMIC SYNDROME

*I.A. Petlenko, K.A. Kramarenko*

Our investigations showed that in 75-97% of patients after cholecystectomy motive disturbances of duodenum are preserved and in a part of patients they are progressing up to compensated forms of a duodenostasis demanding recurrent operations. Our experience proved the expediency of a complex examination of a functional state of a duodenum in patients with calculus cholecystitis.