

Ю. П. САВЧЕНКО<sup>1</sup>, В. М. БЕНСМАН<sup>1</sup>, И. В. СУЗДАЛЬЦЕВ<sup>2</sup>, Г. К. КАРИПИДИ<sup>1</sup>, В. А. ГОЛЬБРАЙХ<sup>3</sup>,  
Б. М. БЕЛИК<sup>4</sup>, Н. Ю. КАЛИНИНА<sup>1</sup>, М. И. ДЕНИСОВА<sup>1</sup>

## ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВЫЗВАННЫЙ РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ КИШЕЧНОЙ ПРОХОДИМОСТИ

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Седина, д. 4, Краснодар, Россия, 350063.

<sup>2</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Мира, д. 310, Ставрополь, Россия, 355017.

<sup>3</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, пл. Павших борцов, д.1, Волгоград, Россия, 400131.

<sup>4</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, пер. Нахичеванский, д. 29, Ростов-на-Дону, Россия, 127994.

### АННОТАЦИЯ

**Цель.** Доказать связь постхолецистэктомического синдрома с хроническим нарушением дуоденальной проходимости, спаечной болезнью брюшины и хроническим колостазом и разработать способы его лечения.

**Материалы и методы.** За период с 2004 по 2016 год мы наблюдали 140 больных с явной картиной постхолецистэктомического синдрома, проявившегося после операций на внепечёночных желчных путях клиникой нарушения пассажа по пищеварительному тракту.

**Результаты.** Результаты наших исследований показывают, что при колостазе у больных с неблагоприятными исходами после холецистэктомии создается ряд условий, вызывающих различные патологические явления. Так, колостаз может вызывать функциональные изменения в желчных путях вследствие перерастяжения участков толстой кишки скопившимся содержимым. Функциональные нарушения могут быть следствием натяжения мезоколон опущенной поперечной ободочной кишкой или дуоденоюноальной связки, суживающей просвет двенадцатиперстной кишки. Высоко расположенный печеночный угол толстой кишки, деформируя желчевыводящие протоки и двенадцатиперстной кишки, также может стать причиной постхолецистэктомического синдрома.

**Заключение.** Отдаленные результаты хирургического лечения патологических состояний после холецистэктомии зависят не только от состояния того органа, на котором производилось оперативное вмешательство, но и от физиологически связанных с ним других органов и систем организма. Здесь вновь имеют важное значение билиобилиарные и энтероэнтеральные связи. В оценке отдаленных результатов хирургического лечения этой категории больных немаловажное значение имеют и психосоматические расстройства пациента. Результаты хирургического лечения хронического нарушения дуоденальной проходимости зависят от выбранных типов операций. Так, выключение двенадцатиперстной кишки (ДПК) из пассажа пищи дает лучшие результаты по сравнению с операциями, направленными на улучшение прохождения пищи через ДПК. Наложение холедоюностомы и дуоденоэнтероанастомоза малоэффективно. В наиболее тяжелых случаях хронического нарушения дуоденальной проходимости двухстороннее выключение двенадцатиперстной кишки с дуоденоэнтеростомией может быть единственным эффективным методом ее коррекции, но при этом не исключается развитие пострезекционного синдрома.

**Ключевые слова:** постхолецистэктомический синдром, колостаз, спаечная болезнь брюшины

**Для цитирования:** Савченко Ю.П., Бенсман В.М., Суздальцев И.В., Карипиди Г.К., Гольбрайх В.А., Белик Б.М., Калинина Н.Ю., Денисова М.И. Постхолецистэктомический синдром, вызванный различными нарушениями кишечной проходимости. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2018; 25(4): 79-84. DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-4-79-84

**For citation:** Savchenko Ju.P., Bensman V.M., Suzdal'cev I.V., Karipidi G.K., Gol'brajkh V.A., Belik B.M., Kalinina N.Ju., Denisova M.I. Postcholecystectomy syndrome caused by various disorders of intestinal permeability. *Kubanskiy nauchnyy medicinskiy vestnik*. 2018; 25(4): 79-84. (In Russ., English abstract). DOI: 10.25207 / 1608-6228-2018-25-4-79-84

POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME CAUSED BY VARIOUS DISORDERS  
OF INTESTINAL PERMEABILITY

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education Kuban State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Sedina str., 4, Krasnodar, Russia, 350063.

<sup>2</sup>Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Stavropol State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, ul. Mira, d. 310., Stavropol, Russia, 355017.

<sup>3</sup>Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Volgograd State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, ar. Pavshih borcov, d.1, Volgograd, Russia, 400131.

<sup>4</sup>Federal state budgetary educational institution of higher education "Rostov State Medical University" of the Ministry of Health of the Russian Federation, I. Nakhichevskiy, 29, Rostov-on-Don, Russia, 127994.

## ABSTRACT

**Aim.** This study was designed to prove the connection between postcholecystectomy syndrome, chronic disorder of duodenal patency, adhesive disease of the abdominal cavity, and chronic colostasis and to develop the methods of its treatment.

**Materials and methods.** During the period from 2004 to 2016 we monitored 140 patients with a clear picture of postcholecystectomy syndrome which was manifested after the surgeries on the extrahepatic biliary tract by clinic of passage disorders in the digestive tract.

**Results.** The results of our study indicate that there are created a number of conditions that cause various pathologies in patients with colostasis who have unfavorable outcomes after cholecystectomy. Colostasis can cause functional changes in the biliary tract due to the overstretch of the colon areas by the accumulated contents. Functional disturbances can be a consequence of the tension of the mesocolon lowered by the transverse colon or duodenojejunal ligament narrowing the lumen of the duodenum. The hepatic angle of the large intestine in high position, deforming the bile duct and duodenum, can also cause postcholecystectomy syndrome.

**Conclusion.** Long-term results of the surgical treatment of the pathological conditions after cholecystectomy depend not only on the condition of the organ which surgery was performed on but also on other physiologically related organs and body systems. The biliary and enteroenteric connections are very important in this case. Psychosomatic disorders of the patient are also crucial while assessing the long-term results of the surgical treatment of this type of patients. The results of the surgical treatment of the duodenal patency chronic disorders depend on the selected type of surgery. Thus, the exclusion of the duodenum from the food passage gives better results than the surgeries aimed at improving the passage of food through the duodenum. The choledochojejunostomy and duodenoenterostomy are not effective. In the most severe cases of duodenal patency chronic disorders two sided exclusion of the duodenum with duodenoenterostomy can be the only effective method of its correction but the development of post-resection syndrome cannot be ruled out.

**Keywords:** postcholecystectomy syndrome, colostasis, adhesive disease of the abdominal cavity

## Введение

Ежегодно в мире производится более 6 млн. хирургических вмешательств по поводу холецистита, в том числе в России около 140 тыс. По данным ряда авторов, отдаленные результаты хирургического лечения холецистита в 6-40% случаев остаются неудовлетворительными [1-10]. Наряду с тактическими и техническими ошибками, неудовлетворительные отдаленные результаты после холецистэктомии связаны с неполным дооперационным выявлением сопутствующих или сочетанных заболеваний [11-16]. Сложность проблемы состоит в том, что причины патологических состояний, нередко обнаруживаемых после удаления желчного пузыря, разнообразны и не всегда связаны с поражением билиарной системы. Нередко они зависят от невыявленных заболеваний других органов и систем, существовавших до удаления желчного пузыря и дававших ложную клинику «холецистита». Кроме того, они могут возникнуть от непосредственной связи с оперативным вмешательством [2, 11]. Подобные состояния обычно объединяются в

одну группу под названием «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС) [2]. В данной статье хотелось бы обратить внимание на ряд патологических процессов, вызывающих нарушение пассажа по кишечнику и тем самым генерирующих клинику.

**Цель исследования:** выявить связь ПХЭС с хроническим нарушением дуоденальной проходимости (ХНДП), спаечной болезнью брюшины и хроническим колостазом и разработать способы его лечения.

## Материалы и методы

За период с 2004 по 2016 год мы наблюдали 140 больных с явной картиной ПХЭС, проявившейся после операций на внепечёночных желчных путях клиникой нарушений пассажа по пищеварительному тракту.

*Хроническое нарушение дуоденальной проходимости отмечено у 74 больных.* Всем этим больным ранее была произведена холецистэктомия, которая у 12 сочеталась с супрадуоденальной холедоходуоденостомией, а в 4 случаях до-

полнялась папиллосфинктеротомией. Нужно отметить, что только у 7 больных холецистэктомия была произведена по поводу флегмонозного холецистита, у 67 он был хроническим, причем лишь у 14 – калькулезным. Из 8 больных в 6 случаях при повторных операциях обнаружены замаскообразные массы в желчных путях, у двух пациентов патологии желчевыводящей системы не выявлено.

*Спаечный процесс* брюшной полости, как причина болей в отдаленные сроки после холецистэктомии, выявлен у 19 пациентов. 13 больным данный диагноз выставлен до операции, наряду с диагнозом «холецистит», на основании рентгеновского и лапароскопического методов исследования, а у 6 его посчитали основным после оперативного вмешательства.

*Хронический толстокишечный стаз* – длительное нахождение кишечного содержимого во всей или в каком-либо сегменте толстой кишки, диагностирован у 47 больных, перенесших холецистэктомию. По данным авторов, занимающихся проблемой лечения колостазы, упорные запоры встречаются у 30,2-39% всех колопроктологических больных [3, 8, 11, 14].

Наиболее тяжело чувствовали себя больные ПХЭС, обусловленным хроническим нарушением дуоденальной проходимости, у которых холецистэктомия сочеталась с наложением холедоходуоденоанастомоза (ХДА). У них возникали явления холангита и хронического панкреатита. На операции у всех больных ХНДП было выявлено, что ДПК расширена, несколько отечна, горизонтальная часть её выбухает через брыжейку поперечно-ободочной кишки.

Механическая природа ХНДП была выявлена у 13 больных (17, 6%). В 6 случаях найдена артериомезентериальная компрессия ДПК, у 4-х больных выявлен спаечный перидуоденит в области связки Трейтца, у двух – парааортальный лимфаденит и кольцевидная ПЖ у одного больного.

*Функциональный дуоденостаз*, выявленный у 61 больного (82,4%), явился основным видом ХНДП. Очевидно, ведущую роль в развитии функционального дуоденостаза играют расстройства вегетативной иннервации ДПК. Клиническая картина ХНДП чрезвычайно разнообразна, но в большинстве случаев она протекала под видом холецистопанкреатита, язвенной болезни желудка или ДПК, что и явилось источником диагностических ошибок. Пациенты предъявляли жалобы на горечь во рту, тошноту, рвоту, у четырех больных рвота была частой. Температура тела во время приступов повышалась редко, желтуха не наблюдалась ни разу. При дуоденографии стаз контрастной массы отмечался преимущественно в нижней горизонтальной ветви ДПК. Развернутая дуоденальная петля у 8 больных была обусловлена увеличением ПЖ в области головки или тела. При проведении релаксационной дуоденографии дуоденостаз становился более выраженным. Дуоденоскопия позволила у большинства больных выявить патологические изменения: дуоденит у

27 больных и папиллит у 9 пациентов. Кроме того, у 3 больных обнаружено выбухание задней стенки ДПК, свидетельствующее об увеличении головки ПЖ вследствие хронического панкреатита. Немаловажная роль в интерпретации диагноза ХНДП принадлежит интраоперационной диагностике. У 23 больных ДПК расширена, отечна, нижняя горизонтальная часть выбухает через брыжейку поперечной ободочной кишки. В 10 наблюдениях обнаружены спайки, деформирующие дуоденоюнальный переход, в 14 – высокое расположение дуоденоюнального перехода, а у 18 пациентов в этом месте обнаружена гиперплазия мезентериальных лимфоузлов.

Для выбора рационального метода лечения ХНДП необходима четкая дифференциация, что нередко представляет определенные трудности, обусловленные полиморфизмом клинической картины ХНДП.

Для лечения больных с дуоденобилиарной дискинезией как причиной ПХЭС мы применяли седативные препараты, общеукрепляющее лечение, паранефральные блокады, индуктотерапию, новокаиновые орошения ДПК. При выявлении у 61 больного акинетической и гипокинетической дискинезии назначались гангиоблокаторы (обзидан, бензогексоний), а так же реглан (церукал). Кроме медикаментозной терапии мы использовали гастроэнтеростимулятор ГЭС-35-0 "Эндатон-01Б". Аппарат генерирует монополярные импульсы прямоугольной формы и серии биполярных импульсов, работает в непрерывном и периодическом режимах с частотой импульсов 12,5; 25; 50; 100 Гц±20%. Электростимуляцию можно осуществлять транскутанно и трансдуоденально. Консервативное лечение позволило улучшить состояние 43 (58,1%) больных. У 23 (31,2%) больных, которым консервативное лечение не принесло облегчения, коррекцию ХНДП осуществляли оперативно-хирургическими способами.

Радикальным способом оперативной коррекции артерио-мезентериальной компрессии ДПК является операция Робинсона, которая заключается в пересечении двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба после его мобилизации, с последующим наложением дуоденоюноанастомоза впереди брыжеечных сосудов. Рассечение связки Трейтца с мобилизацией и низведением ДПК явилось основным способом коррекции ХНДП, обусловленной перидуоденитом, деформацией и высоким стоянием двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба. Эту операцию, уменьшающую компрессию ДПК брыжеечными сосудами, выполнили двум больным. При осложнениях функционального дуоденостаза в виде холангита, производили холедохоюноостомию на выключенной петле, а также оперативные вмешательства, направленные на выключение и разгрузку ДПК.

*Спаечная болезнь.* Из 19 пациентов, у которых причиной ПХЭС оказалась спаечная болезнь брюшины, деформирующая внепечёночные желчные пути, в 6 случаях причиной болей явилась тонкокишечная

спаечная интермиттирующая непроходимость. При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта отмечена резкая деформация желудка и ДПК, нарушающая их функцию, нехарактерная для язвенной деформации. На холангиограмме в ряде случаев отмечено изменение положения и формы холедоха, но без признаков нарушения его проходимости. Важно отметить, что особо обширные и мощные сращения брюшины наблюдались у 7 больных с длительно функционирующими желчными свищами, образовавшимися после холецистэктомии. Из 19 больных, отнесенных к этой категории ПХЭС, трое были оперированы по поводу первично-острого холецистита, четверо – по поводу гангренозного, с явлениями перитонита, а 12 – по поводу длительно протекающего хронического рецидивирующего холецистита. Семеро больных со спаечным ПХЭС были уже повторно оперированы по поводу конкрементов и стеноза БСД. Троем накладывался ХДА, а двоим произведена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия. Во всех случаях дренировался общий желчный проток (ОЖП) и подпеченочное пространство.

Из 19 больных, у которых причиной ПХЭС оказался спаечный процесс брюшины, оперировано 11 человек. Операция заключалась в выполнении висцеролиза, устранении деформации магистральных желчных путей, ДПК, желудка, печеночного угла толстой кишки. У двух больных произведена сегментарная резекция тонкой кишки.

*Хронический колостаз* может симулировать холецистит, желчнокаменную и язвенную болезнь, аппендицит и многие другие заболевания [17]. Многочисленными экспериментами доказано, что двигательная функция тонкой и толстой кишки тесно связана с функцией желчевыводительной системы. Поэтому понятно, что только удаление желчного пузыря по поводу холецистита не изменяет весь «тифлохолецистический комплекс»: устраняется лишь следствие, а не причина возникновения данного страдания. У таких больных после холецистэктомии часто не наступает ожидаемого выздоровления [6, 8].

У 47 больных, выписанных после холецистэктомии без улучшения, самое тщательное обследование не позволило выявить какую-либо другую причину страдания, кроме хронического толстокишечного стаза. ПХЭС на почве хронического колостаза в 83% случаев отмечен у пациентов женского пола в возрасте от 22 до 74 лет. У больных с хроническим колостазом имел место двойственный характер патологии толстой кишки и желчевыводящей системы. Так, у 9 больных на первый план выступали признаки хронического колостаза, а симптомы поражения желчевыводящих путей были сомнительны или кратковременны. Напротив, вторую, преобладающую, группу составили 38 пациентов, у которых взаимосвязь между этими заболеваниями была настолько тесна, что клинические признаки составляли единый синдром. У 41 (87,2%) из 47 больных с выявленным после холецистэктомии колостазом, печеночный и селезеночный углы были расположены и фиксированы высоко, а восходящие

и нисходящие отделы ободочной кишки прилежали к провисающей поперечной ободочной, образуя как бы «двустволку», нарушающую продвижение каловых масс. Поперечная ободочная кишка располагалась низко, достигая иногда малого таза. Данные клинических исследований и функциональной ирригоскопии, позволили установить, что главной причиной хронического колостаза можно считать перегибы толстой кишки, построенной по антропоморфному типу.

Показаниями к реконструктивной операции, по нашим данным, являются: 1) выраженные органические изменения ободочной кишки в стадии декомпенсации; 2) отсутствие позывов к самостоятельному акту дефекации; 3) выраженный болевой синдром; 4) ухудшение общего состояния и прогрессирующее снижение массы тела; 5) отсутствие эффекта от всех видов консервативного лечения.

Методом выбора должно быть такое реконструктивное хирургическое вмешательство на кишечнике, с помощью которого при максимальном сбережении органа возможно было бы устранить его врожденные нецелесообразные особенности строения и функции. С этой целью нами у 18 больных использован новый способ оперативно-го лечения хронического колостаза. Суть операции состоит в трансформации ободочной кишки с удалением наиболее измененных ее отделов и наложением трансверзо-ректального анастомоза. Резецируется часть поперечно-ободочной кишки, селезеночный угол, нисходящая и сигмовидная кишка. Восходящая кишка разворачивается по часовой стрелке с сохранением сосудистых аркад и разрушением пленчатых отложений, укладывается и фиксируется к забрюшинному пространству. Накладывается трансверзо-(ректо)-сигмоанастомоз. Коррекция толстой кишки при хроническом толстокишечном стазе (трансформация 2-го типа строения толстой кишки в 1-й тип) нами произведена 18 (16,8%) больным после холецистэктомии.

## Результаты и обсуждение

При интраоперационном поиске причин *хронического дуоденостаза* обнаруживали расширение нижней горизонтальной ветки ДПК (до 5 см у 9 больных, до 6-8 см – у 7, до 9-10 см – у 7), спаечный процесс в области дуоденоюнального перехода (16 больных), высокое его расположение (14). Обращало на себя внимание наличие у 18 (78,3%) больных резко гиперплазированных лимфатических узлов в корне брыжейки тонкой кишки, поперечной ободочной кишке и, особенно, в зоне дуоденоюнального перехода. У 11 (47,8%) больных мы применяли операционную дуоденографию, которая являлась простым и высокоинформативным методом диагностики, особенно при органической артериомезентериальной компрессии.

Все больные, оперированные по поводу ПХЭС на почве *спаечной болезни*, в раннем послеоперационном периоде отметили улучшение. Летальных исходов не было.

Результаты наших исследований показывают, что при *колостазе* у больных с неблагоприятными исходами после холецистэктомии создается ряд условий, вызывающих различные патологические явления. Так, колостаз может вызывать функциональные изменения в желчных путях вследствие перерастяжения участков толстой кишки скопившимся содержимым. Функциональные нарушения могут быть следствием натяжения мезоколон опущенной поперечной ободочной кишкой или дуоденоюанальной связки, суживающей просвет ДПК. Высоко расположенный печеночный угол толстой кишки, деформируя желчевыводящие протоки и ДПК, также может стать причиной ПХЭС.

Отсутствие декомпенсированных нарушений моторики позволило у большинства оперированных больных улучшить пассаж пищи по ДПК путем выполнения операции Робинсона или низведения кишки рассечением связки Трейтца. При восходящем холангите, в том числе и после ХДА, у больных с функциональными нарушениями моторики ДПК наилучшие результаты получены после ее выключения: у 9 из 12 больных симптомы холангита исчезли, септических язв дуоденоэнтероанастомоза не выявлено. Из двух больных, перенесших пересечения связки Трейтца, в одном случае через 5 месяцев после операции снова появились боль в правом подреберье и рвота желчью. При гастрофиброскопии выявлен дуоденогастральный рефлюкс-гастрит, однако рентгенологически сдавления и нарушения пассажа контрастной массы по ДПК не отмечено. Через 14 месяцев после первой операции больной произведена резекция желудка по Ру с хорошим отдаленным результатом.

Отдаленные результаты хирургического лечения ХНДП изучены у 23 больных. Среднее время наблюдения после операции составило 3,1 года. Хорошие результаты получены у 13 (56,3%), а плохие – лишь у 1 (4,4%) больного.

При хирургическом лечении ХНДП наиболее благоприятные отдаленные результаты получены при выключении ДПК из пассажа пищи, чем при операциях, направленных на улучшение прохождения ее через ДПК. Наложение холедохоюаностомы и дуоденоэнтероанастомоза – малоэффективные вмешательства.

Результаты хирургического лечения хронического толстокишечного стаза после холецистэктомии были изучены у 18 больных в возрасте от 28 до 72 лет. Установлено, что после коррекции толстой кишки на 5-7-й день у больных появляется стул. Боли исчезали к 7-10-ому дню, а метеоризм и сухость во рту – к моменту выписки. Больные быстро набирали вес. Трудоспособность восстанавливалась полностью к 3-4-ому месяцу. Улучшались биохимические показатели (нормализовался билирубин крови, АСТ, АЛТ, белок, белковые фракции, печеночные пробы и др.). Хроматическое дуоденальное зондирование подтверждало нормализацию функции желчевыделительной системы. Приходили к норме показатели, отражающие функцию ПЖ. Субъективно все больные отмечали

исчезновение или смягчение клинических симптомов, однако почти все больные в течение 2 лет нуждались в диете и санаторно-курортном лечении.

### Заключение

У значительного числа больных с рецидивом более после холецистэктомии выявляются функциональные и морфологические изменения ДПК и БСД, которые, в свою очередь, могут вызывать заболевания желчевыводящих путей и ПЖ. Так, у 88,4% больных хроническим панкреатитом были выявлены нарушения двигательной активности ДПК по гипомоторному типу.

Результаты хирургического лечения ХНДП зависят от выбранных типов операций. Так, выключение ДПК из пассажа пищи дает лучшие результаты по сравнению с операциями, направленными на улучшение прохождения пищи через ДПК. Наложение холедохоюаностомы и дуоденоэнтероанастомоза – малоэффективно. В наиболее тяжелых случаях ХНДП двухстороннее выключение ДПК с дуоденоэнтеростомией может быть единственным эффективным методом ее коррекции, но при этом не исключается развитие пострезекционного синдрома.

Врожденные анатомо-функциональные особенности толстой кишки имеют немаловажное значение в развитии клинических признаков ПХЭС, и не учитывать их в качестве причины страдания, а также при лечении больных в отдаленные сроки после холецистэктомии, нельзя. Только комплексное обследование предоставляет возможность выявить группу больных с хроническим толстокишечным стазом, обусловленным особенностями строения ободочной кишки, и позволяет высказать мнение, что при безуспешности консервативной терапии может быть применено хирургическое лечение, направленное на устранение колостазы.

Отдаленные результаты хирургического лечения патологических состояний после холецистэктомии зависят не только от состояния того органа, на котором производилась оперативное вмешательство, но и от физиологически связанных с ним других органов и систем организма. Здесь вновь имеют важное значение билиобилиарные и энтероэнтеральные связи. В оценке отдаленных результатов хирургического лечения этой категории больных немаловажное значение имеют и психосоматические расстройства пациента.

### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ильченко А.А. Почему холецистэктомия не всегда улучшает качество жизни? *Фарматека*. 2012; № 17 (250): 23-29. [Il'chenko A.A. Pochemu holecistjektomija ne vseгда uluchshayet kachestvo zhizni? *Farmateka*. 2012; № 17 (250): 23-29. (In Russ.).]
2. Марков П.В., Оноприев В.И., Григоров С.П., Фоменко И.В. Пластика внепеченочных желчных протоков аутоаутографтом из червеобразного отростка. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2009; № 9: 93-98. [Markov P.V., Onopriev V.I., Grigorov S.P., Fomenko I.V. The plastic of common bile duct by an autograft from the appendix vermiformis. *Kuban Scientific*

*Medical Bulletin*. 2009; № 9: 93-98. (In Russ., English abstract)].

3 Джавадов Э.А., Кубанов Ф.С., Ткаченко Ю.Н. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2010; 9: 53-56. [Dzhavadov Je.A., Kubanov F.S., Tkachenko Ju.N. Hirurgicheskoe lechenie hronicheskogo kishhechnogo staza u bol'nyh s dolihokolon. *Khirurgiya*. 2010; 9: 53-56. (In Russ.)].

4 Иванов Л.А., Ильина А.В., Марданов Д.Н. Некоторые патогенетические аспекты энтеральных проявлений постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2009; 5: 42-46. [Ivanov L.A., Il'ina A.V., Mardanov D.N. Nekotorye patogeneticheskie aspekty jeneral'nyh projavlenij postholecistjektivnogo sindroma. *Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija*. 2009; 5: 42-46. (In Russ.)].

5 Казюлин А.Н. Нарушения пищеварения при постхолецистэктомическом синдроме и возможности их коррекции. *Медицинский совет*. 2013; 2-2: 14-24. [Kazjulin A.N. Narusheniya pishhevareniya pri postholecistjektivnogo sindrome i vozmozhnosti ih korrekcii. *Medicinskij совет*. 2013; № 2-2: 14-24. (In Russ.)].

6 Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятков А.В., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Ю.У. Результаты резекционных вмешательств на печени на фоне хронической диффузной гепатопатии. *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. 2015; 2(27): 142-150. [Nazyrov F.G., Akbarov M.M., Devjatov A.V., Sajdazimov E.M., Nishanov M.Sh., Hakimov Ju.U. Rezul'taty rezekcionnyh vmeshatel'stv na pecheni na fone hronicheskoi diffuznoj gepatopatii. *Vestnik jeksperimental'noj i klinicheskoi hirurgii*. 2015; 2(27): 142-150. (In Russ.)].

7 Курбанов К.М., Махмадов Ф.И., Расулов Н.А., Назирбоев К.Р., Мансуров У.У. Причины и тактика лечения "свежих" повреждений желчных протоков. *Новости хирургии*. 2016; 24(2): 120-124. [Kurbanov K.M., Mahmadv F.I., Rasulov N.A., Nazirboev K.R., Mansurov U.U. Causes and treatment tactics of "fresh" injuries of the bile ducts. *Novosti hirurgii*. 2016; 24(2): 120-124. (In Russ., English abstract)].

8 Савченко Ю.П., Бенсман В.М., Карипиди Г.К., Гуменюк С.Е., Суздальцев И.В. Отдаленные результаты хирургического лечения холецистита в зависимости от способа холецистэктомии. *Кубанский научный медицинский вестник*. 2016; 5: 98-101. [Savchenko Ju.P., Bensman V.M., Karipidi G.K., Gumenjuk S.E., Suzdal'cev I.V. Long-term results of surgical treatment of cholecystitis, depending on the method of cholecystectomy. *Kuban Scientific Medical Bulletin*. 2016; 5: 98-101. (In Russ., English abstract)].

9 Карпухин О.Ю., Можанов Е.В., Шакуров А.Ф., Елеев А.А. Лапароскопический и лапаротомный доступ в хирургическом лечении хронического колостазы. *Практическая медицина*. 2016; 4-1(96): 93-96. Karpuhin O.Ju., Mozhanov E.V., Shakurov A.F., Eleev A.A. Laparoscopic and laparotomic access in surgical treatment of chronic colostasis. *Prakticheskaja medicina*. 2016; 4-1(96): 93-96. (In Russ., English abstract)].

10 Deval B., Rafii A. For anterior levator plasty in the treatment of rectoceles in women. *Gynecol Obstet Fertil*. 2003; 31(11): 971-973.

11 Мадаминов А.М., Субанов А.А., Авазканова Ш.Д. Хирургическое лечение функциональных нарушений у больных с аномалиями развития и положения толстой кишки.

*Вестник Кыргызско-Российского славянского университета*. 2014; 14(4): 117-119. [Madaminov A.M., Subanov A.A., Avazkanova Sh.D. Hirurgicheskoe lechenie funkcional'nyh narushenij u bol'nyh s anomalijami razvitija i polozhenija tolstoj kishki. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossijskogo slavjanskogo universiteta*. 2014; 14(4); 117-119. (In Russ.)].

12 Минушкин О.Н., Гусева Л.В., Бурдина Е.Г., Васильченко С.А., Гурова Н.Ю., Кононова Т.Н. Больные после удаления желчного пузыря. Всегда ли это постхолецистэктомический синдром? *Медицинский совет*. 2016; 14: 122-128. [Minushkin O.N., Guseva L.V., Burdina E.G., Vasil'chenko S.A., Gurova N.Ju., Kononova T.N. RF patients after resection of the gall bladder – is it always postcholecystectomy syndrome? *Medicinskij совет*. 2016; 14: 122-128. (In Russ., English abstract)].

13 Репин М.В., Попов А.В., Репин В.Н., Микрюков В.Ю. Диагностика и коррекция моторно-эвакуаторных нарушений двенадцатиперстной кишки при постхолецистэктомическом синдроме. *Медицинский альманах*. 2014; 3(33): 125-128. [Repin M.V., Popov A.V., Repin V.N., Mikrjukov V.Ju. Diagnostika i korrekcija motorno-jevakuatornyh narushenij dvenadcatiperstnoj kishki pri postholecistjektivnogo sindrome. *Medicinskij al'manah*. 2014; 3(33): 125-128. (In Russ.)].

14 Бастраков Э.Н., Карпухин О.Ю., Гюльалиев Ф.Я., Закирзянов М.Х. Опыт лечения больных с хроническим толстокишечным стазом неопухолевого генеза. *Казанский медицинский журнал*. 2010; 91(3): 382-383. [Bastrakov Je.N., Karpuhin O.Ju., Gjul'aliev F.Ja., Zakirzjanov M.H. The experience of treatment of patients with chronic colonic stasis of nonneoplastic origin. *Kazanskij medicinskij zhurnal*. 2010; 91(3): 382-383. (In Russ., English abstract)].

15 Штофин С.Г., Анищенко В.В., Штофин Г.С., Налбандян А.Г., Шумков О.А., Чикинев Ю.В., Чеканов М.Н. Выбор способа коррекции рубцовых поражений внепеченочных желчных протоков и билиодигестивных анастомозов. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2017; 9(145): 74-77. [Shtofin S.G., Anishhenko V.V., Shtofin G.S., Nalbandjan A.G., Shumkov O.A., Chikinev Ju.V., Chekanov M.N. Choice of a method of correction of cicatricial lesions of extrahepatic bile ducts and biliodigestive anastomoses. *Jeksperimental'naja i klinicheskaja gastrojenterologija*. 2017; 9(145): 74-77. (In Russ., English abstract)].

16 Прудков М.И., Ковалевский А.Д., Натрошвили И.Г. Эндоскопические, чресфистульные и трансабдоминальные вмешательства при холангиолитиазе. *Анналы хирургической гепатологии*. 2013; 18(1): 42-53. [Prudkov M.I., Kovalevskij A.D., Natroshvili I.G. Endoscopic, via fistula and transabdominal interventions in cholangiolithiasis. *Annaly hirurgicheskoi gepatologii*. 2013; 18(1): 42-53. (In Russ., English abstract)].

17 Эгамов Ю.С., Кодиров С., Филатова Н.В., Хайдаров С., Эгамов Б.Ю. Хирургическое лечение хронического колостазы. *Колопроктология*. 2015; S1: 111b-112. [Jegamov Ju.S., Kodirov S., Filatova N.V., Hajdarov S., Jegamov B.Ju. Hirurgicheskoe lechenie hronicheskogo kolostaza. *Koloproktologija*. 2015; S1: 111b-112. (In Russ.)].

Поступила / Received 11.05.2018

Принята в печать / Accepted 02.08.2018

*Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов / The authors declare no conflict of interest*

**Контактная информация:** Савченко Юрий Павлович; тел.: 8 (953) 071-58-75; e-mail: Intro-2@rambler.ru;

Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, д. 4.

**Corresponding author:** Jurij P. Savchenko; тел.: 8 (953) 071-58-75; e-mail: Intro-2@rambler.ru; 4, Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063.