

Резолюция Экспертного совета «Современный взгляд на проблему постхолецистэктомического синдрома»

В.Т. Ивашкин¹, А.В. Охлобыстин¹, Д.С. Бордин², Э.Я. Селезнева²,
Ю.А. Кучерявый³, Е.В. Быстровская², О.С. Васнев², М.Ф. Осипенко⁴,
Г.Х. Мусаев, Ю.О. Шульпекова¹, Международный комитет экспертов

¹ ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, г. Москва, Российская Федерация

² ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логанова» Департамента здравоохранения г. Москвы, г. Москва, Российская Федерация

³ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им.А.И. Евдокимова» Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии лечебного факультета, г. Москва, Российская Федерация

⁴ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, г. Новосибирск, Российская Федерация

Комитет экспертов по проблеме постхолецистэктомического синдрома

Абдулхаков Сайяр Рустамович, г. Казань, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей врачебной практики ГОУ ВПО КФУ

Алексеева Ольга Поликарповна, г. Нижний Новгород, доктор медицинских наук, профессор, начальник кафедры внутренних болезней ВМИ ФСБ, главный гастроэнтеролог ПФО

Бакулин Игорь Геннадиевич, г. Санкт-Петербург, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и диетологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Бакулина Наталья Валерьевна, г. Санкт-Петербург, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и клинической фармакологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

Воложанина Людмила Георгиевна, г. Пермь, кандидат медицинских наук, секретарь гастроэнтерологического общества

Горгун Юлия Викторовна, г. Минск, доктор медицинских наук, профессор кафедры гастроэнтерологии и нутрициологии БМАПО, главный гастроэнтеролог Республики Беларусь

Гриневич Владимир Борисович, г. Санкт-Петербург, доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы, заведующий 2-й кафедрой терапии ВМедА им. С.М. Кирова

Колесова Татьяна Александровна, г. Самара, кандидат медицинских наук, заведующая отделением гастроэнтерологии СОКБ им. В.Д. Середавина, главный гастроэнтеролог Самарской области

Язенок Надежда Сергеевна, г. Самара, кандидат медицинских наук, врач высшей категории, главный гастроэнтеролог г. Самары

Корочанская Наталья Всеволодовна, г. Краснодар, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии №1 с курсами абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии ФПК и ППС КГМУ, главный гастроэнтеролог Краснодарского края

Маденова Салтанат Сабитовна, г. Алматы, научный сотрудник отдела гастроэнтерологии и гепатологии РГП на ПХВ «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней»

Прокопенко Юрий Николаевич, г. Астана, вице-президент ассоциации «International HepatoTransplantGroup», гепатолог/гастроэнтеролог Республиканского координационного центра гепатологии и гастроэнтерологии КФ «УМС», научный сотрудник кафедры гастроэнтерологии АО «Медицинский университет Астана»

Сарсенбаева Айман Силкановна, г. Челябинск, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии Института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Ткачев Александр Васильевич, г. Ростов-на-Дону, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебно-профилактического факультета РостГМУ, главный гастроэнтеролог Ростовской области

Охлобыстин Алексей Викторович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет). Контактная информация: pancreat_guidelines@mail.ru; 119435, г. Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1. Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Поступила: 12.10.2017 / Received: 12.10.2017

Postcholecystectomy syndrome: the modern approach: resolution of Advisory council

V.T. Ivashkin¹, A.V. Okhlobystin¹, D.S. Bordin², E.Ya. Seleznyova², Yu.A. Kucheryavy³, Ye.V. Bystrovskaya², O.C. Vasnev², M.F. Osipenko⁴, G. H. Musayev⁵, Yu.O. Shulpekova¹, International expert committee

¹ Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

² State government-financed healthcare institution of the Moscow Health Department «Loginov Moscow Clinical Scientific Center», Moscow, Russian Federation

³ Chair of internal diseases propedeutics and gastroenterology, State educational government-financed institution of higher professional education «Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

⁴ Chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, State educational government-financed institution of higher professional education «Novosibirsk state medical university», Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Novosibirsk, Russian Federation

⁵ Chair of surgery #1, faculty course Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation

Postcholecystectomy syndrome expert committee

Abdulkhakov Sayar R., MD, lecturer, chair of the general medical practice, Federal state educational government-financed institution of higher education «Kazan State Medical University», Kazan, the Russian Federation

Alekseyeva Olga P., MD, PhD, professor, head of the Chair of internal diseases, Federal State government financed institution of higher education «Institute of Federal Security Service», chief gastroenterologist of Volga federal district, Nizhny Novgorod

Bakulin Igor G., MD, PhD, professor, head of the chair of internal diseases propedeutics, gastroenterology and dietology, Mechnikov North-Western State Medical university, St. Petersburg, Russian Federation

Bakulina Natalya V., MD, PhD, professor, chair of internal diseases and clinical pharmacology, Mechnikov North-Western State Medical University, St. Petersburg, Russian Federation

Vologzhanina Lyudmila G., MD, secretary of gastroenterological society, Perm

Gorgun Yulia V., MD, PhD, professor of chair of gastroenterology and nutrition of Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, chief gastroenterologist of Belarus republic, Minsk

Grinevich Vladimir B., MD, PhD, professor, colonel of medical corps, head of the chair of internal diseases #2, Kirov military medical academy, St. Petersburg

Kolesova Tatyana A., MD, head of gastroenterology department, Seredavin Samara regional clinical hospital, chief gastroenterologist of the Samara region, Samara

Yazenok Nadezhda S., MD, physician of superior expert category, chief gastroenterologist of Samara city, Samara

Koroehanskaya Natalya V., MD, PhD, professor, Chair of surgery No. 1 with the course of abdominal surgery and gastroenterology, Faculty of continuing medical and postgraduate education, Kuban state medical University, chief gastroenterologist of Krasnodar Kray, Krasnodar

Madenova Saltanat S., research associate, department of gastroenterology and hepatology, «Research Institute of cardiology and internal diseases», Almaty

Prokopenko Yury N., vice-president of International HepatoTransplantGroup association, hepatologist and gastroenterologist of the Republican coordination center of hepatology and gastroenterology «UMC», research associate of the chair of gastroenterology, Astana Medical University, Astana

Sarsenbayeva Ayman S., MD, PhD, professor, chair of internal diseases, Institute of continuing professional education, South Ural State Medical University, Chelyabinsk

Tkachev Alexander V., MD, PhD, professor, head of the chair of internal diseases propedeutics, medical and prophylactic faculty, Rostov state medical university, chief gastroenterologist of the Rostov region, Rostov-on-Don

Okhlobystin Alexey V., MD, lecturer, chair of internal diseases propedeutics, medical faculty, Sechenov University. Contact information: pancreat_guidelines@mail.ru; 119435, Moscow, Pogodinskaya St., 1, bld. 1. Vasilenko Clinic of internal diseases propedeutics, gastroenterology and hepatology

Цель публикации. Представить материалы Экспертного совета, который состоялся 25 августа 2017 г. в Праге (Чехия) при поддержке компании «Adamed Group».

Основные положения. В ходе работы Экспертного совета был предложен алгоритм обследования и лечения пациентов с *постхолецистэктомическим синдромом* (ПХЭС).

Желчнокаменную болезнь (ЖБК) выявляют у 10–25% населения различного возраста, в настоящее время отмечается четкая тенденция к расширению возрастного диапазона в сторону «омоложения». Количество больных с ЖБК каждое десятилетие увеличивается как минимум вдвое. Основным методом

Aim of publication. To present proceedings of Advisory council on postcholecystectomy syndrome (August 25, 2017; Prague, Czech Republic) with support of the Adamed Group company.

Summary. The Advisory council proposed algorithm for investigation and management of patients with postcholecystectomy syndrome (PCS).

Gallstone disease (GSD) is diagnosed in 10–25% of the population of various age, with obvious trend to involvement of the younger patient categories in the last decades. The total number of GSD patients increases every decade no less than twice. Cholecystectomy remains the basic method of surgical treatment of symptomatic GSD. Nowadays laparoscopic cholecys-

хирургического лечения ЖКБ, протекающей с клинической симптоматикой, остается холецистэктомия. В последние два десятилетия повсеместное распространение и статус «стандарта» хирургического лечения получила лапароскопическая холецистэктомия. В то же время при бессимптомном течении наиболее целесообразно придерживаться тактики наблюдения за пациентом без активного лечения. Билиарный сладж и микролитиаз, в том числе не диагностированный при рутинном обследовании, могут быть одними из важных факторов развития ПХЭС. Медикаментозная коррекция расстройств функции сфинктера Одди на фоне ЖКБ/ПХЭС должна включать соблюдение диеты, прием селективных спазмолитиков, пищеварительных ферментов, препаратов урсодезоксихолевой кислоты.

Выводы. После холецистэктомии показано динамическое наблюдение за пациентами, при появлении/усилении клинической симптоматики — комплексное обследование для исключения хирургического генеза ПХЭС и сопутствующих заболеваний. Лечение должно включать курсовую терапию селективными спазмолитическими препаратами, по показаниям — назначение препаратов желчных кислот, в отдельных случаях — применение методов эндоскопической хирургии.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, желчнокаменная болезнь, селективные спазмолитики, препараты желчных кислот, эндоскопическая хирургия.

tectomy became universally popular and earned the status of the «gold standard» of surgical treatment. At the same time at asymptomatic GSD the watchful waiting approach avoiding active treatment is considered to be the most expedient. Biliary sludge and microlithiasis including cases undiagnosed at routine investigation can be one of important factors for development of the PCS. Pharmacological treatment of sphincter of Oddi dysfunction that develop at GSD/PCS include following of dietary recommendations, intake of selective spasmolytics, digestive enzymes and ursodeoxycholic acid.

Conclusions. Follow-up program for the patient of the cholecystectomy should include regular assessment of clinical symptoms for duly diagnostics of acute and/or severe complications and associated diseases, that may require surgical treatment. Treatment has to include regular courses of selective antispasmodics, the presence of indications — prescription of bile acid supplements, when required — methods of endoscopic surgery.

Key words: postcholecystectomy syndrome, gallstone disease, selective antispasmodic medications, bile acid supplements, endoscopic surgery.

Для цитирования. Ивашкин В.Т., Охлобыстин А.В., Бордин Д.С., Селезнева Э.Я., Кучерявый Ю.А., Быстровская Е.В., Васнев О.С., Осипенко М.Ф., Мусаев Г.Х., Шульпекова Ю.О., Международный комитет экспертов. Резолюция Экспертного совета «Современный взгляд на проблему постхолецистэктомического синдрома». Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(6):96-108
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-96-108

For citation. Ivashkin V.T., Okhlobystin A.V., Bordin D.S., Seleznyova E.Ya., Kucheryavy Yu.A., Bystrovskaya Ye.V., Vasnev O.C., Osipenko M.F., Musayev G. H., Shulpekova Yu.O., International expert committee. Postcholecystectomy syndrome: the modern approach: resolution of Advisory council. Ross z gastroenterol gepatol koloproktol 2017;27(6):96-108
DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-6-96-108

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одно из распространенных заболеваний. Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о том, что количество больных с ЖКБ каждое десятилетие увеличивается как минимум вдвое. В целом в Европе и других регионах мира ЖКБ выявляют у 10–40% населения различного возраста, в настоящее время наблюдается четкая тенденция к расширению возрастного диапазона в сторону «омоложения». В нашей стране частота выявления этого заболевания колеблется от 5 до 20%. Камни в *желчном пузыре* (ЖП) выявляют в среднем у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины.

По данным Всемирного союза хирургов, ежегодно в мире выполняют более 1,5 млн *холецистэктомий* (ХЭ). Чаще всего операцию производят с использованием лапароскопического доступа

(82–91% случаев), реже — из «мини»-доступа (13–15%) и традиционным способом (5–10%), эндоскопические методы, чаще в сочетании с другими, применяют в 8–10% случаев. По наблюдению отечественных авторов, из более чем 4000 больных 15–18% после своевременно выполненной типичной ХЭ вернулись к оперировавшему их хирургу в связи с возникновением симптомов, схожих с наблюдавшимися до операции, а у значительной части пациентов после операции появляются новые симптомы. До настоящего времени сохраняется необходимость в установлении факторов риска развития *постхолецистэктомического синдрома* (ПХЭС), разработке мер его профилактики, создании клинической классификации, определении объективных критериев для дифференцированного выбора подхода к диагностике функциональной и органической патологии билиарного тракта при ПХЭС [1].

Проф. Д.С. Бордин. Печень — центральный орган химического гомеостаза, выполняющий в организме множество ключевых функций: обеспечение обмена белков, углеводов, липидов, ферментов, гормонов, витаминов; регуляцию водного обмена; пигментный обмен — образование и обмен билирубина; детоксикацию. Внешнесекреторная функция печени заключается в образовании и выделении желчи, благодаря которой происходят эмульгирование жира и расщепление сложных липидов, активация панкреатической липазы, эффективный гидролиз и всасывание продуктов переваривания жиров, растворение в воде и всасывание жирорастворимых витаминов (А, D, E, К). Желчь активирует перистальтику кишечника, с желчью происходит экскреция продуктов распада гемоглобина и других порфиринов, производных холестерина, продуктов обмена половых гормонов, гормонов щитовидной железы и надпочечников, солей тяжелых металлов, токсинов, лекарств и др. Суточный объем секреции желчи 800–1200 мл. При голодании желчь концентрируется до 5 раз благодаря адсорбции воды. рН желчи в норме составляет 7,6–8,6 (изотонической–щелочной).

Важнейшим стабилизатором коллоидного состояния желчи являются *желчные кислоты* (ЖК), которые синтезируются в печени из холестерина: их биосинтез является одним из важнейших путей выведения холестерина (до 80% его общего пула). Печень синтезирует первичные ЖК: холевую и хенодезоксихолевую. Под влиянием бактерий в тонкой кишке они трансформируются во вторичные ЖК: дезоксихолевую, литохолевую и *урсодезоксихолевую* (УДХК). Когда ЖК попадают в *двенадцатиперстную кишку* (ДПК), они смешиваются с перевариваемыми липидами и жирорастворимыми витаминами, образуя при этом мицеллы, увеличивая площадь поверхности для гидролиза и обеспечивая их абсорбцию. Фосфолипиды и моноглицериды уменьшают поверхностное натяжение, тем самым стабилизируя мицеллы в просвете кишечника.

Общее количество ЖК в организме здорового человека составляет 1,8–3,0 г. После попадания в кишечник 90–95% ЖК подвергается обратному всасыванию (преимущественно в подвздошной кишке) [2]. *De novo* синтезируется 300–600 мг «первичных» ЖК в сутки (что соответствует их потерям с калом и мочой). Повышенные потери ЖК могут компенсироваться усиленным синтезом в гепатоците, но не более 5 г в сутки.

ЖК стимулируют синтез в печени фосфолипидов и их секрецию в желчь, они эмульгируют липиды, активируют панкреатическую липазу, поэтому необходимы для переваривания жиров. ЖК стимулируют моторику кишечника, повышают секрецию натрия и воды в толстой кишке, что может вызывать диарею.

Эпителий желчных протоков под действием секретина секретирует в желчь бикарбонаты и воду, поэтому окончательная желчь имеет щелочную реакцию, изоосмолярна плазме крови и способна нейтрализовать кислый хумус желудка.

К образованию холестериновых камней могут приводить следующие факторы: перенасыщение желчи холестерином, осаждение холестерина и формирование ядра кристаллизации, нарушение основных функций ЖП (сокращение, всасывание, секреция) и энтерогепатической циркуляции ЖК. Начальная стадия формирования холестериновых камней — *билиарный сладж* (БС): так принято называть неоднородность желчи, выявляемую при *ультразвуковом исследовании* (УЗИ). БС может быть причиной «необъяснимых» болей в правом подреберье у 83% больных [3].

Пероральная литолитическая терапия препаратами УДХК наиболее эффективна на начальной стадии ЖКБ (БС). Одестон (гимекромон) не только оказывает спазмолитическое действие на сфинктер Одди, но и дает холеретический эффект, что позволяет рассматривать его в качестве препарата для лечения ЖКБ и ПХЭС [4].

Проф. Е.В. Быстровская. В последние два десятилетия повсеместное распространение и статус «золотого стандарта» хирургического лечения ЖКБ получила лапароскопическая ХЭ. Важным критерием эффективности новых медицинских технологий является качество жизни больных в отдаленный период после хирургического лечения.

С целью разработки клинической классификации ПХЭС и алгоритма обследования пациентов, перенесших ХЭ, проанализированы результаты обследований 1550 больных, прошедших курс лечения по поводу ПХЭС в Центральном научно-исследовательском институте гастроэнтерологии в период с 2004 по 2008 г. За основу взято определение ПХЭС, утвержденное V Съездом Научного общества гастроэнтерологов России (2005 г.).

На основании анализа жалоб 1550 больных с ПХЭС установлены пять его клинических вариантов: билиарно-диспепсический, болевой, желтушный, бессимптомный и вариант Шарко.

Среди больных с ПХЭС преобладают пациенты с билиарно-диспепсическим (45,9%) и болевым (43,7%) вариантами. Согласно результатам лабораторно-инструментальных исследований, в обследованной группе у ¼ больных диагностированы различные нарушения функций билиарной системы. У ¼ пациентов причиной неудовлетворительного результата хирургического лечения ЖКБ стало наличие органического препятствия оттоку желчи, которое не было выявлено на этапе хирургического лечения или сформировалось после операции.

Из органической патологии билиарного тракта наиболее частой причиной нарушения оттока желчи (у 11,4% больных) является стеноз дистального отдела *общего желчного протока* (ОЖП), который у 4,8% больных выявлен как изолированная патология, а у 6,6% — в сочетании со сгустками замазкообразной желчи в просвете протока. У 10,1% от общего числа больных с ПХЭС диагностирован холедохолитиаз. Сгустки замазкообразной желчи при отсутствии стеноза дистального отдела ОЖП стали механическим препятствием оттоку желчи у 3,4% больных. У 0,3% больных выявлены конкременты в избыточной культе пузырного протока, у 0,1% — инородное тело ОЖП.

Решение о необходимости выполнения *эндоскопического ультразвукового исследования* (эндоУЗИ) и ЭРХПГ у больных с ПХЭС принимают на этапе клинического обследования только при желтушном варианте ПХЭС и варианте Шарко [5]. В обязательном порядке эндоУЗИ проводят при наличии органической патологии билиарного тракта, диагностированной на основании результатов трансабдоминального УЗИ, с целью подтверждения диагноза и получения дополнительной информации, необходимой при проведении транспапиллярных вмешательств. Абсолютным показанием к проведению эндоУЗИ является расширение внутрипеченочных желчных протоков. В случае выявления утолщенных стенок ОЖП при трансабдоминальном УЗИ проведение эндоУЗИ показано для выявления причин развития холангита, а также для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

При исследовании операционного материала 306 больных с ЖКБ установлено, что 74,8% из них были оперированы по поводу холестеринового холелитиаза, 21,2% — по поводу ПХ, 3,9% — в связи с наличием полипозно-сетчатой формы холестероза ЖП. В отдаленные сроки после ХЭ у пациентов с ПХ в анамнезе достоверно чаще (у 87,7%) отмечали благоприятный клинический исход хирургического лечения ЖКБ. При холестериновом холелитиазе благоприятный исход наблюдался лишь в 40,2% случаев. Наиболее неблагоприятен клинический прогноз у больных, оперированных по поводу полипозно-сетчатой формы холестероза ЖП: в течение 5 лет наблюдения все больные нуждались в проведении медикаментозной коррекции.

При изучении влияния ХЭ на секрецию гастроинтестинальных гормонов установлено, что средние значения концентрации *холецистокинина* (ХЦК) в группе больных с ЖКБ не отличались от показателей здоровых добровольцев. Установлены достоверные различия между средними показателями концентрации ХЦК в группе больных с ЖКБ и перенесших ХЭ, у которых среднее значение концентрации ХЦК было досто-

верно выше, чем у больных с ЖКБ и в контрольной группе. У больных, оперированных по поводу ЖКБ, отмечена только тенденция к повышению средних значений уровня секретина.

Уровень ХЦК у больных в течение 1-го года после ХЭ сопоставим с таковым у больных с ЖКБ с сохраненной *сократительной функцией ЖП* (СФЖП) и составляет 0,5–1,0 нг/мл. Через 1 год в результате адаптационно-компенсаторных механизмов происходит повышение концентрации ХЦК до 1,1–2,0 нг/мл, что обеспечивает работу сфинктерного аппарата билиарного тракта в режиме адекватного оттока желчи. Клинически это проявляется в виде благоприятного исхода ХЭ или билиарно-диспепсического варианта ПХЭС. Аналогичный уровень концентрации ХЦК (<50%) отмечен у больных с ЖКБ с сохраненной СФЖП.

В том случае, если отток желчи нарушается в результате спазма сфинктера Одди, происходит дальнейшее увеличение уровня ХЦК до 2,0–2,5 нг/мл (этап субкомпенсации), благодаря чему сохраняется поступление желчи в ДПК. У таких больных выявляют транзиторное повышение уровня *щелочной фосфатазы* (ЩФ) и расширение ОЖП, которые устраняются на фоне медикаментозного лечения. На этапе декомпенсации гуморальной регуляции при формировании стеноза дистального отдела ОЖП концентрация ХЦК в сыворотке крови снижается и соответствует таковой при холецистолитиазе.

Проф. Э.Я. Селезнева. Тактика ведения больных с ЖКБ должна быть дифференцирована в зависимости от стадии заболевания. Больным с впервые выявленным БС в форме взвешенных гиперэхогенных частиц при отсутствии клинической симптоматики необходимо назначить диетотерапию (дробное питание, ограничение употребления легкоусваиваемых углеводов и холестеринсодержащих продуктов) и динамическое наблюдение с повторным проведением УЗИ через 3 мес [6]. При сохранении БС к диетотерапии необходимо добавить медикаментозное лечение.

Базисным препаратом при всех формах БС является УДХК, которую назначают в дозе 10–15 мг на 1 кг массы тела однократно на ночь, ежемесячно проводят контрольные УЗИ [7]. В среднем общая продолжительность лечения обычно не превышает 3 мес. При БС, протекающем на фоне гипотонии ЖП и/или гипертенуса сфинктера Одди, к УДХК целесообразно добавить гимекромон (Одестон) по 200 мг 3 раза в сутки.

При сравнительной оценке эффективности монотерапии УДХК и комбинации УДХК с гимекроном у больных с БС на фоне проводимой терапии более выраженное уменьшение боли в правом подреберье отмечено у пациентов, получавших комбинированную терапию (УДХК+гимекромон), что обусловлено спазмолитическим эффектом

гимекромона. В биохимическом анализе крови до и после лечения изменений в обеих группах не выявлено, что указывает на безопасность проводимой терапии. Не установлено также достоверного изменения СФЖП в группах, что свидетельствует об отсутствии влияния на нее гимекромона и безопасности его применения при лечении пациентов с ЖКБ. Уменьшение гетерогенности содержимого ЖП в 1-й группе (УДХК) наблюдалось у 81% больных, во 2-й (УДХК + гимекромон) — у 95%.

Тактика введения больных на стадии холецистолитиаза. Из общей популяции больных с ЖКБ литолитическая терапия эффективна у 20–30%. Для пероральной литолитической терапии применяют препараты ЖК.

Показания к проведению литолитической терапии включают клинические критерии: отсутствие желчных колик или редкие приступы; отсутствие нарушения проходимости внепеченочных желчных протоков; несогласие больного на выполнение ХЭ с целью стабилизации процесса камнеобразования. УЗ-признаки эффективности литолитической терапии: размер одиночного конкремента не более 1 см; гомогенная, слабоэхогенная структура камня; округлая или овальная форма конкремента; поверхность конкремента, близкая к ровной или в виде тутовой ягоды; слабая акустическая тень позади конкремента; диаметр акустической тени меньше диаметра конкремента; медленное перемещение конкремента при изменении положения тела; множественные мелкие конкременты с суммарным объемом менее $\frac{1}{4}$ объема ЖП натощак; коэффициент опорожнения ЖП не менее 30–50%.

Противопоказаниями к проведению литолитической терапии являются: наличие пигментных камней; холестериновые камни с высоким содержанием солей кальция; камни диаметром более 10 мм; камни, заполняющие более $\frac{1}{4}$ объема ЖП; сниженная СФЖП (коэффициент опорожнения менее 30%); выраженное ожирение.

Эффективность литолитической терапии выше при раннем выявлении ЖКБ и значительно ниже при длительном камненосительстве в связи с обызвествлением камней. При сохраненной СФЖП эффективность терапии выше по сравнению с таковой при сниженной СФЖП.

Ответ на терапию контролируют с помощью УЗИ, которое необходимо проводить через каждые 3 мес. Отсутствие положительной динамики через 6 мес терапии является основанием для ее отмены и решения вопроса о хирургическом лечении.

При холецистолитиазе хирургическое лечение показано в следующих случаях: наличие крупных и/или мелких конкрементов в ЖП, занимающих более $\frac{1}{3}$ его объема; часто возникающие желчные колики независимо от размера конкрементов; сниженная СФЖП (коэффициент опорожнения

после желчегонного завтрака менее 30%); отключенный ЖП; сочетание с холедохолитиазом; наличие холецистита и/или холангита; синдром Мирицци; холецистолитиаз, осложненный билиарным панкреатитом.

При холедохолитиазе вопрос о тактике ведения больных решают совместно с хирургом, при этом предпочтение следует отдавать эндоскопическим методам. Группу повышенного операционного риска составляют больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: стенокардия напряжения III–IV ФК, выраженная легочно-сердечная недостаточность; тяжелая декомпенсированная форма сахарного диабета; некорректируемые нарушения свертывания крови.

Решение о хирургическом лечении больных при бессимптомном камненосительстве следует принимать индивидуально с учетом показаний и противопоказаний к применению перечисленных выше консервативных методов лечения. Отказ от выжидательной тактики ведения больных при бессимптомном камненосительстве и рекомендация более раннего проведения ХЭ позволяют предотвратить развитие осложнений ЖКБ.

Доктор мед. наук О.С. Васнев. Наиболее часто возникающие осложнения ЖКБ — острый холецистит, острый билиарный панкреатит, холедохолитиаз, холангит. У 1–4% пациентов может развиться синдром Мирицци.

Наиболее редко развивающееся осложнение ЖКБ (у 0,2–0,6% больных) — кишечная непроходимость, вызванная желчным камнем, однако частота ее возникновения с каждым годом увеличивается. Причина развития данной патологии — обтурация просвета кишки камнем при наличии билиодигестивного свища. Наиболее часто образуются свищи между ЖП и ДПК, реже — между ЖП и желудком или толстой кишкой. Клиническая картина кишечной непроходимости зависит от уровня обтурации, величины конкремента, изменений в стенке кишки. Наиболее часто обструкция локализуется в дистальной части подвздошной кишки. Клиническая картина при миграции конкремента из ЖП в *желудочно-кишечный тракт* (ЖКТ) зависит от размера камня, участка пищеварительного тракта, вовлеченного в фистулообразование и изменений в тканях, окружающих фистулу.

К настоящему времени предложены малоинвазивные методы удаления конкремента: эндоскопические, механическая литотрипсия, экстракорпоральная ударно-волновая и интракорпоральная лазерная литотрипсия или комбинации этих методов. Однако основным методом лечения остается операция, которая может быть выполнена открытым, лапароскопическим или лапароскопически ассистированным способом.

Тяжелое течение послеоперационного периода наблюдается у 15–20% пациентов с осложненными

ми формами ЖКБ, при этом летальность составляет 4–7% [8]. Столь высокие показатели показывают, что операцию по поводу ЖКБ желательно выполнять как можно раньше после выявления конкрементов в ЖП.

Проф. Г.Х. Мусаев. Число больных с ЖКБ в мире велико, составляя в среднем около 12% населения, что обусловило выполнение большого количества оперативных вмешательств (ХЭ) в разных странах: в США — более 500 тыс. в год, в РФ — около 300 тыс.

Несмотря на громадный накопленный опыт и проведение многочисленных мета-анализов сохраняются разногласия по вопросу о том, всем ли больным с ЖКБ необходимо проводить ХЭ или есть группы, которым показано консервативное лечение либо выжидательная тактика?

Все большую актуальность приобретает также ПХЭС, важность которого становится все более очевидной по мере увеличения количества ХЭ. Однако сам термин «постхолецистэктомический синдром» крайне неудачен и в клинической практике нужно стремиться к максимальной его расшивке.

Большинство факторов, приводящих к развитию ПХЭС, известны и хорошо изучены: это либо тактические и технические ошибки, допущенные на дооперационном этапе или во время выполнения оперативного вмешательства, либо неполноценное обследование больного и наличие невыявленных сопутствующих заболеваний.

При этом клиницисты часто упускают из вида, что у некоторой части больных ПХЭС обусловлен именно ХЭ. При комплексном обследовании у них не удается выявить никакой сопутствующей патологии, тем не менее клиническая картина, схожая с дооперационной, сохраняется у них и после ХЭ. Вероятно, естественные механизмы регуляции внутрипротокового давления путем взаимодействия различных сфинктеров после выключения из этого процесса ЖП нарушаются, что и приводит к возврату клинической картины.

Как показал опыт клиники, из более чем 4000 больных после типичной ХЭ к хирургу вернулся 301 пациент в связи с наличием симптомов, схожих с наблюдавшимися до операции. После комплексного обследования хирургическая коррекция потребовалась 52 (17,2%) из этих больных, сопутствующие заболевания выявлены у 182 (60,4%), диагноз ПХЭС, обусловленного *дисфункцией сфинктера Одди* (ДСО), установлен 67 (22,2%) больным.

Комплексное обследование 67 больных показало, что у них имеются незначимые, с точки зрения врача, изменения, такие как небольшое повышение активности трансаминаз, небольшое расширение ОЖП, которое было расценено как компенсаторное расширение в ответ на ХЭ.

Следует отметить, что во всех руководствах для врачей по ультразвуковой диагностике и в литературе хирургического профиля указывается, что к расширению ОЖП до 1 см после ХЭ нужно относиться спокойно, это является нормой. Наш опыт показывает, что при расширении ОЖП более 8 см больной должен находиться под более пристальным динамическим наблюдением, а при наличии клинической картины заболевания необходимо провести комплексное обследование с обязательным включением в его план эндоУЗИ. В группе наблюдавшихся нами больных с ПХЭС расширение ОЖП до 8–11 мм отмечено у 56 (83,5%).

В клинике выработана следующая тактика ведения больных указанной группы: после обследования и исключения хирургического генеза ПХЭС и сопутствующих заболеваний больным назначают гимекромон (Одестон) в дозе 200 мг 3 раза в сутки в течение 2–3 нед. В том случае, если ХЭ была выполнена по поводу полиповидного холестероза ЖП либо наличия мелких конкрементов, к лечению добавляли препараты УДХК.

Билиарную боль удалось купировать у 56 (83,5%) больных, частота их возникновения значительно снизилась и боли приобрели эпизодический характер у 8 (11,9%) больных, эффект от проведенной терапии не получен у 3 (4,4%) больных.

Учитывая данные мировой литературы и собственный опыт, при полиповидном холестерозе ЖП, подлежащем хирургическому лечению, и наличии мелких камней в ЖП в последние годы в клинике в послеоперационном периоде (на 1-е сутки после операции) превентивно назначают Одестон в стандартной дозировке.

Желчеистечение как осложнение стандартной ХЭ наблюдается редко (у 0,5–3,6% больных). Тем не менее при этом осложнении клиницисты придерживаются выжидательной тактики. При небольшом дебите желчи по дренажу (до 200 мл в сутки) больному назначают селективные спазмолитики (гимекромон), что позволило практически в 2 раза уменьшить частоту выполнения эндоскопических вмешательств (применение ЭПСТ) и в подавляющем большинстве наблюдений отказаться от релапароскопии.

Таким образом, опыт клиники свидетельствует, что следует уделять более пристальное внимание больным, у которых после ХЭ выявляют расширение ОЖП до 8 мм и более. Повышенное внимание требуется также при ведении пациентов, которым ХЭ выполнена по поводу полиповидного холестероза ЖП либо наличия мелких камней в его просвете, особенно в тех случаях, если речь идет о бессимптомном течении заболевания. У этих больных наиболее часто в послеоперационном периоде возникает ПХЭС. При этом в лечении больных с ПХЭС препаратом

выбора является гимекромон как наиболее эффективный из селективных спазмолитиков.

Доцент А.В. Охлобистин. ХЭ, выполненная по строгим показаниям, существенно повышает качество жизни больных [9]. При этом огромное значение имеют отбор больных и дифференциация билиарных симптомов от проявлений других гастроэнтерологических или функциональных заболеваний. Согласно результатам проведенных исследований, лапароскопический или мини-лапаротомный доступ, используемый при выполнении ХЭ, обеспечивает более высокое качество жизни в последующем по сравнению с классической открытой операцией [10–12], однако подобное различие может быть связано с разной исходной тяжестью состояния пациентов.

Нарушения, которые объединяет понятие ПХЭС, — актуальная и часто возникающая проблема как для терапевтов, так и для хирургов, тем не менее при анализе медицинской литературы не удалось обнаружить опубликованных рекомендаций по обследованию и лечению пациентов с ПХЭС.

Частота травм желчных протоков во время выполнения ХЭ может достигать 1%, что не так мало, принимая во внимание огромную частоту проводимых операций: по данным Всемирного союза хирургов, ежегодно в мире выполняется более 1,5 млн ХЭ, в РФ — 250–300 тыс. Вероятность развития интраоперационных осложнений во многом зависит как от личного опыта хирурга, так и от опыта учреждения. К факторам, которые могут осложнить проведение вмешательства, относят возраст пациента более 60 лет, проведение вмешательства на фоне острого холецистита, перенесенные ранее операции на брюшной полости, индекс массы тела более 35 кг/м², панкреатит в анамнезе, мужской пол и наличие хронического холецистита.

Применение антибиотиков с профилактической целью при ПХЭС не показано, однако при развитии холангита пациенту должна быть назначена эффективная антибактериальная терапия. Проведенное исследование флоры пузырной желчи у пациентов при выполнении ХЭ показало, что рост бактериальной микрофлоры обнаружен в 50 (37,9%) из 132 проб, из желчи чаще высеивают *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp., *Staphylococcus* spp., *Salmonella typhi* и анаэробные бактерии. Из антибиотиков наиболее эффективны цефтриаксон, амикацин, клиндамицин [13].

При лечении острого билиарного панкреатита нередко возникает вопрос о сроках проведения ХЭ: следует ее выполнять в ходе первичной госпитализации больного или целесообразны выписка больного и его повторная госпитализация для осуществления ХЭ в более отдаленные сроки. В исследовании, проведенном К. Ito и соавт. (2008), было показано, что по основным пока-

зателям — частоте возникновения осложнений и смертности — эти тактики не различаются [14].

После ХЭ у пациентов могут возникнуть диарея вследствие нарушения нормального тока желчи, мальабсорбция ЖК (увеличение содержания ЖК в толстой кишке, что приводит к «секреторной» диарее), ускорение транзита по толстой кишке. Кроме того, следует учитывать психологические и психосоматические факторы, оказывающие сильное влияние на моторику толстой кишки [15].

Целесообразность назначения УДХК больным перед выполнением плановой ХЭ сомнительна. Проведенное в 2006 г. плацебоконтролируемое исследование не показало преимуществ пациентов, которые принимали ЖК, ни в предоперационном периоде (не удалось снизить частоту возникновения желчных коликов), ни после вмешательства [16]. Вместе с тем установлена зависимость риска развития желчной колики от количества ранее перенесенных коликов: новые колики достоверно чаще возникали у тех больных, у которых в анамнезе было 3 колики и более.

Не может не настораживать тенденция производить ХЭ у пациентов с функциональными расстройствами ЖП, которая, в частности, прослеживается в последних Рекомендациях по диагностике и лечению функциональных гастроэнтерологических заболеваний [17]. Такой вывод был сделан авторами Римских критериев IV пересмотра на основании лишь одной работы 1991 г., в которой сравнивали две группы пациентов численностью 11 и 10 человек [18]. Более того, в том же документе отмечено, что перенесенная ХЭ за счет нарушения рефлекторных связей может играть ведущую роль в развитии у пациентов нового нарушения — дисфункции сфинктера Одди, изменяя его давление и моторику. Осторожно следует относиться и к рекомендациям выполнять сфинктеротомию при дисфункции сфинктера Одди (2-й тип по старой классификации): отдаленные результаты оказываются лучше у больных, которым процедуру не проводили [19]. Высокие показатели по таким показателям, как «тревога», «депрессия», «соматизация», при проведении психометрических исследований могут объяснять и очень высокую частоту плацебо-эффекта у этих больных и свидетельствуют о необходимости активной психофармакологической поддержки.

Пациенты с ПХЭС нуждаются в эффективных и безопасных препаратах, которые позволят обеспечить нормальную работу сфинктера Одди после удаления ЖП и снизить риск возникновения повторных коликов при сохранении камнеобразования в желчных протоках. Такими препаратами являются селективные спазмолитики, в первую очередь гимекромон (Одестон), который эффективно снижает базальное давле-

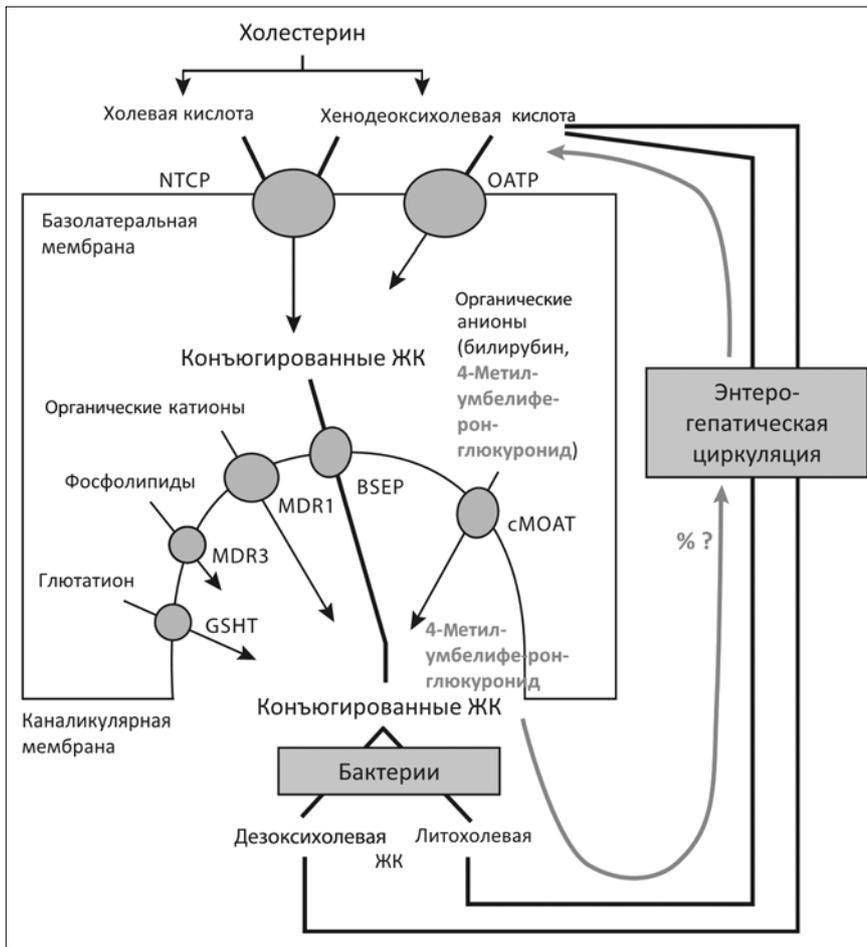


Рис. 1. Механизм действия гимекромона
Fig. 1. Mechanism of himecromone action

ние сфинктера Одди и увеличивает время его, характеризуется низкой системной биодоступностью (3%), находясь в основном в энтерогапатической циркуляции (рис. 1), и, следовательно, высокой безопасностью. Кроме того, гимекромон не повышает сократимость ЖП, что позволяет использовать его в предоперационном периоде для снижения риска возникновения желчных колик.

Проф. М.Ф. Осипенко. ХЭ является «золотым стандартом» лечения больных с ЖКБ во всем мире. После хирургического лечения нередко сохраняются или возникают различные симптомы (патологические состояния), происхождение которых и дальнейший прогноз вызывают большой интерес. Несмотря на разнообразное толкование понятия «постхолецистэктомический синдром» (код по МКБ-10: K91.5), его продолжают широко использовать в практическом здравоохранении и научной литературе. Под этим термином подразумевают большой спектр симптомов патологии ЖКТ, наблюдающихся у больных после хирургического лечения. Нарушения могут быть вызваны органическими поражениями или функциональными расстройствами, патологией, не распознан-

ной до операции или впервые возникшей (спровоцированной) после вмешательства, а также патологией билиарного тракта или других пищеварительных органов.

Частота диагностики ПХЭС различна по данным разных клиник и стран и колеблется в очень широких пределах, что зависит от его трактовки (какие именно состояния можно отнести к ПХЭС), сроков наблюдения, тщательности обследования больных перед хирургическим лечением, особенностями структуры патологии в данном регионе/ стране, методов диагностики и пр. [20].

Абдоминальная боль при ПХЭС может быть обусловлена допущенными диагностическими или техническими / тактическими ошибками (билиарная гипертензия с наличием органических препятствий току желчи, длинная культя пузырного протока, нераспознанные камни желчевыводящих путей, травмы и стриктуры желчных протоков, папиллярный стеноз, пропущенный холелитиаз, особенности строения панкреатического протока); проявлением

прежде существовавших, возможно, не распознанных до операции заболеваний или их возникновением (*синдром раздраженного кишечника* — СРК, язвенная болезнь, *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь* — ГЭРБ [21], паразитарные инвазии); локальными воспалительными процессами или нарушением функционирования нервной системы (сенситизацией дуоденобилиопанкреатической зоны); нарушениями моторики верхних отделов ЖКТ — рефлюкс-гастрит; ДСО [22]. В типичных случаях функциональные нарушения можно подразделить на боли билиарного типа, синдром эпигастральной боли, СРК и др. [23].

Помимо боли, возникают и другие симптомы патологии ЖКТ: изжога и горечь во рту, нарушения дефекации, которые могут быть связаны с функциональными расстройствами или быть следствием нарушения всасывания ЖК в дистальных отделах тонкой кишки. Многочисленные исследования, проводимые в мире, направлены на выявление предикторов сохранения или возникновения новых симптомов при ПХЭС [24, 25]. Они очень разнообразны и требуют осмысленного и дифференцированного подхода.

Доцент Ю.О. Шульпекова. Принципы ведения пациентов после операции подразумевают стремление к ранней активизации с постепенным увеличением физической активности и расширением диеты. Период восстановления пациентов после лапароскопического вмешательства значительно короче [26]. В течение 1-й недели после лапароскопической операции допускается наличие болевых ощущений в животе и груди (при условии отсутствия их усиления и присоединения лихорадки), что обусловлено техническими особенностями операции; для купирования боли можно назначить парацетамол. Восстановление физической активности должно быть постепенным, с ограничением подъема тяжестей в первые 6–8 нед. Необходимо учитывать вариабельность темпов реабилитации: более чем у $1/3$ пациентов полного восстановления работоспособности и энергозатрат не происходит даже по истечении 8 нед, что во многом определяется исходным состоянием здоровья и развитием мышечной массы [27].

В первые 2 мес происходят наиболее важные процессы адаптации желчных путей и кишечника к новым условиям, в связи с чем могут отмечаться неоформленный кал, позывы на дефекацию после каждого приема пищи. В течение первых 1–2 нед после операции следует придерживаться дробного питания, употребляя продукты с пониженным содержанием жира (не более 3 г на прием пищи), в дальнейшем ограничение жиров нежелательно, так как существует риск возникновения дефицита жирорастворимых витаминов и эссенциальных ЖК. При отсутствии осложнений рацион постепенно расширяют до сбалансированного рациона здорового человека.

Для уменьшения склонности к диарее следует воздерживаться от потребления кофеина, молочных продуктов, чрезмерного количества жира; целесообразно увеличить содержание растительных волокон в пище; при необходимости можно назначить лоперамид и/или секвестранты ЖК. Согласно результатам специальных исследований, у значительной части пациентов склонность к функциональной диарее существовала до операции, и в новых условиях она проявляется более отчетливо. Примерно у 25% больных в основе такой диареи лежит дефект переносчиков ЖК в терминальном отделе подвздошной кишки [28].

Факторы, вероятно, способствующие развитию диареи, — непрерывное поступление в просвет в первые недели после ХЭ, изменение качественного состава ЖК в желчи (вследствие выпадения участия ЖП в их превращениях) с увеличением содержания дезоксихолевой кислоты, обладающей свойствами прокинетики [28]. Через 6 мес после ХЭ начинают проявляться признаки избыточного бактериального роста в кишечнике, выявляемые с помощью водородного дыхательного теста, которые у таких больных регистрируют чаще, чем

у здоровых лиц и даже у пациентов с функциональной патологией органов пищеварения [29]. При этом чаще наблюдаются тошнота, вздутие и дискомфорт в животе.

Качество жизни пациентов после ХЭ, несомненно, повышается, однако интересно, что в статистическом анализе отмечается его прямая корреляция с болевыми ощущениями в животе [30]. Для обозначения разнообразных дискомфортных/болевых ощущений в животе, сохраняющихся/появившихся после ХЭ, предложен термин «ПХЭС». Однако такое обозначение представляется не совсем практичным, так как оно не дает представления о сути происходящих процессов и объединяет состояния разного типа — от послеоперационных осложнений до функциональных заболеваний органов пищеварения, существовавших до операции. Для того чтобы более четко выделить круг проблем, связанных именно с патологией желчных путей, целесообразно проводить проверку симптомов на соответствие критериям билиарной боли. Предложены различные критерии последней, чаще используют разработанные известным специалистом в области патологии желчных путей Thistle [25] и самые последние Римские критерии IV.

Согласно результатам исследования, проведенного Thistle, в котором приняли участие более 1000 больных, перенесших ХЭ, если боль до операции соответствует критериям билиарной, шансы ее устранения после операции наиболее велики. В противном случае имевшиеся до операции симптомы сохраняются, а в новых условиях могут стать даже более выраженными. В этой же работе показано, что если у пациента до ХЭ был выявлен СРК, особенно в сочетании с ГЭРБ, шансы на купирование имеющихся болевых/дискомфортных ощущений в животе существенно ниже среднего уровня, соответствующего 59% [25].

Одной из возможных причин билиарной боли в животе после ХЭ могут быть нарушения функции сфинктера Одди и мышечного аппарата ОЖП. Изменения реактивности мышечного аппарата ОЖП и сфинктера Одди после ХЭ установлены в опытах на животных [31] и в ходе многолетнего наблюдения за пациентами после операции. В основе боли лежит феномен «функциональной обструкции», т.е. спазма или некоординированного распределения давления по ходу терминальной части ОЖП. Предрасполагать к развитию дисфункции сфинктера Одди могут повышенная нагрузка давлением в отсутствие резервуарной функции ЖП, травма сфинктера микрокристаллами желчи, а также, возможно, повышенная экспрессия циклооксигеназы-2 в мышечном слое желчных путей больных с ЖКБ, обусловленная повышенной литогенностью желчи. Боль при дисфункции сфинктера Одди после ХЭ относят к функциональной. В ходе обследования больно-

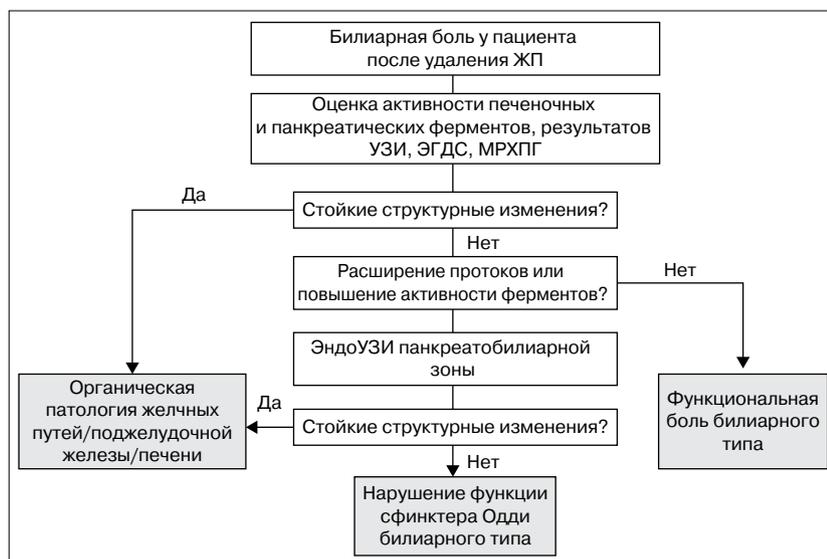


Рис. 2. Алгоритм обследования пациентов с билиарной болью
Fig. 2. Diagnostic algorithm for biliary pain

го ее необходимо дифференцировать как от боли, обусловленной органической патологией (в особенности холедохолитиазом и протоковыми стриктурами), так и от функциональной билиарной боли без спазма, в основе которой лежит гипералгезия ДПК и желчных путей (рис. 2).

Согласно результатам исследований, проведенных в предшествующие десятилетия, частота развития дисфункции сфинктера Одди после ХЭ может составлять 1–5% (следует уточнить, что за эти годы критерии постановки диагноза претерпевали определенные изменения). В соответствии с результатами исследования EPISOD при дисфункции сфинктера Одди (в отсутствие признаков стеноза) не рекомендуется проводить эндоскопическую папиллосфинктеротомию в рутинном порядке. Метод лечения боли — применение спазмолитиков, с высокой селективностью накапливающихся в желчи и начальных отделах тонкой кишки. Классический представитель этого класса — препарат гимекромон (Одестон).

Решение коллегии экспертов

Алгоритм ведения пациентов после ХЭ должен включать обязательное использование селективных спазмолитических препаратов после выполнения экстренной операции для снижения рисков, связанных с потенциальным холангиолитиазом у недостаточно полно обследованного пациента. В ранний послеоперационный период у больного следует контролировать клиническую симптоматику, показатели общего и биохимического анализов крови. При выявлении «симптомов тревоги» (интенсивные боли, тошнота, рвота, желтуха, повышение температуры тела до фебрильной и выше, увеличение количества лейкоцитов

и повышение СОЭ) показано тщательное обследование, включая трансабдоминальное УЗИ, с решением вопроса о дальнейшем выполнении КТ с внутривенным контрастированием, МРХПГ и/или эндосонографии органов панкреатобилиарной зоны. Если во время плановой ХЭ у пациента был выявлен холестероз ЖП, имеются признаки микролитиаза или замазкообразного сладжа, в раннем послеоперационном периоде показано назначение курса терапии гимекромном по 200–400 мг 3 раза в сутки сроком на 2 нед. Такой же курс показан пациентам, у которых в раннем периоде после плановой операции возникли диспепсические симптомы. Если послеоперационный период протекает без какой-либо симптоматики, основой ведения такого пациен-

та является диетотерапия (частое дробное питание, ограничение потребления жиров до 3 г на прием пищи, при диарее следует избегать кофеина, молочных продуктов) и коррекция образа жизни (легкая работа — подъем тяжестей менее 10 кг в первые недели, более 10 кг после 6–8 нед, дыхательная гимнастика).

Через 1 мес после операции показана клиническая оценка состояния пациента. При отсутствии жалоб и физикальной симптоматики целесообразно продолжение диетотерапии. Если появились симптомы диспепсии, повторно проводят общий и биохимический анализы крови, трансабдоминальное УЗИ. Пациентам с внутривенным сладжем /микролитиазом в случае отсутствия признаков билиарной гипертензии (повышение уровня прямого билирубина, ЩФ, *гамма-глутамилтранспептидазы* — ГГТП, расширение ОЖП >8 мм) назначают селективные спазмолитики — гимекромон по 200–400 мг 3 раза в сутки сроком на 2 нед в сочетании с препаратами УДХК в дозе 10 мг/кг в сутки на 3–6 мес. При выявлении внутривенного сладжа на фоне «мягких» нарушений оттока желчи (расширение ОЖП >8 мм, повышение уровня ЩФ и ГГТП до 2N) необходимо провести монотерапию спазмолитиками — гимекромон по 200–400 мг 3 раза в день сроком на 2 нед — с последующей коррекцией терапии. Если у пациента появились выраженные боль и/или тошнота, ОЖП >10 мм или визуализируется конкремент ОЖП, уровни ЩФ и ГГТП более 2N, необходима консультация хирурга для решения вопроса о дальнейшей тактике (проведение эндоУЗИ, МРХПГ, КТ или ЭРХПГ) и определения показаний к эндоскопическому или консервативному лечению (рис. 3).

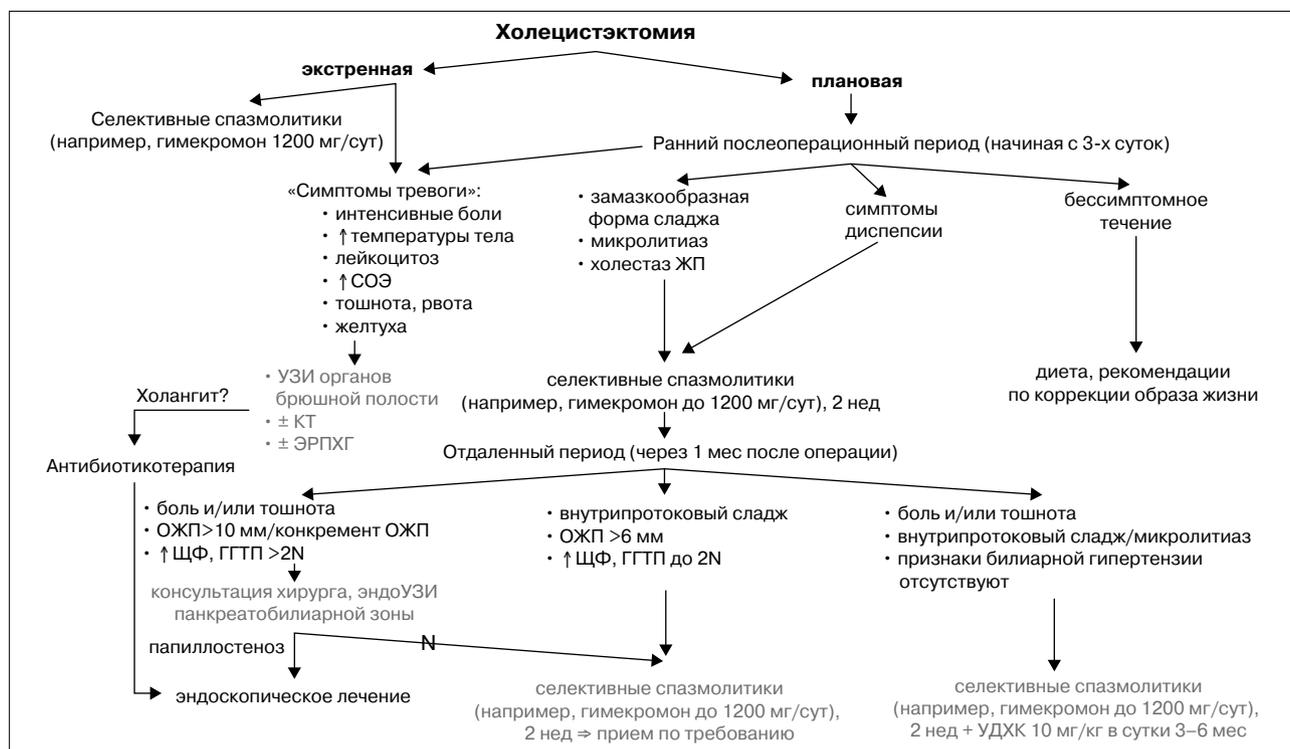


Рис. 3. Алгоритм назначения селективного спазмолитика гимекромона (Одестон) пациентам после холецистэктомии

Fig. 3. Approach for prescription of selective antispasmodic himecromone to patients with postcholecystectomy disorders

Конфликт интересов. Экспертный совет «Современный взгляд на проблему постхолецистэктомического синдрома» был проведен 25 августа 2017 г. в Праге при поддержке компании Adamed Group.

Conflict of interests. Advisory council on postcholecystectomy syndrome was held on August 25, 2017 in Prague with support of the Adamed Group company.

Список литературы / References

- Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л., Баранская Е.К., Буеверов А.О., Буклис Э.Р., Гуревич К.Г. Рациональная фармакотерапия органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей. М.: Литтерра; 2003. 1046 с. [Ivashkin V.T., Lapina T.L., Baranskaya Ye.K., Buyeverov A.O., Buklis E.R., Guryevich K.G. Rational pharmacotherapy of digestive diseases: manual for general practitioners. M.: Litterra; 2003. 1046 p.]
- Slattery S.A., Niaz O., Aziz Q., Ford A.C., Farmer A.D. Systematic review with meta-analysis: the prevalence of bile acid malabsorption in the irritable bowel syndrome with diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;42(1):3-11. DOI:10.1111/apt.13227.
- Abeyuriya V., Deen K.I., Navarathne N.M. Biliary microlithiasis, sludge, crystals, microcrystallization, and usefulness of assessment of nucleation time. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2010;9(3):248-53. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20525550>.
- Takeda S., Aburada M. The choleric mechanism of coumarin compounds and phenolic compounds. *J pharmacobio-dynamics* 1981;4(9):724-34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7334456>.
- Pickuth D., Spielmann R.P. Detection of choledocholithiasis: comparison of unenhanced spiral CT, US, and ERCP. *Hepato-gastroenterology* 2000;47(36):1514-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11148990>.
- Ивашкин В.Т., Шевченко В.П. Питание при болезнях органов пищеварения. *Военно-мед журн* 2006;327(1):54 [Ivashkin V.T., Shevchenko V.P. Medical nutrition at digestive diseases. *Voenno-med zhurn* 2006; 327(1):54].
- Stiehl A., Raedsch R., Czygan P., Gotz R., Manner C., Walker S. et al. Effects of biliary bile acid composition on biliary cholesterol saturation in gallstone patients treated with chenodeoxycholic acid and/or ursodeoxycholic acid. *Gastroenterology* 1980;79(6):1192-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7439628>.
- Sandblom G., Videhult P., Crona Guterstam Y., Svenner A., Sadr-Azodi O. Mortality after a cholecystectomy: a population-based study. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association* 2015;17(3):239-43. DOI:10.1111/hpb.12356.
- Agresta F., Campanile F.C., Vettoretto N., Silecchia G., Bergamini C., Maida P. et al. Laparoscopic cholecystectomy: consensus conference-based guidelines. *Langenbeck's archives of surgery. Dtsch Gesellschaft Chir* 2015;400(4):429-53. DOI:10.1007/s00423-015-1300-4.
- Finan K.R., Leeth R.R., Whitley B.M., Klapow J.C., Hawn M.T. Improvement in gastrointestinal symptoms and quality of life after cholecystectomy. *Am J Surg* 2006; 192(2):196-202. DOI:10.1016/j.amjsurg.2006.01.020.
- Lien H.H., Huang C.C., Wang P.C., Huang C.S., Chen Y.H., Lin T.L. et al. Changes in quality-of-life following laparoscopic cholecystectomy in adult patients with cholelithiasis. *J Gastrointestinal Surg: official*

- journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract 2010;14(1):126-30. DOI:10.1007/s11605-009-1062-9.
12. Shi H.Y., Lee H.H., Tsai M.H., Chiu C.C., Uen Y.H., Lee K.T. Long-term outcomes of laparoscopic cholecystectomy: a prospective piecewise linear regression analysis. *Surg Endosc* 2011;25(7):2132-40. DOI:10.1007/s00464-010-1508-x.
 13. Moazeni-Bistgani M., Imani R. Bile bacteria of patients with cholelithiasis and theirs antibiogram. *Acta medica Iranica* 2013;51(11):779-83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24390947>.
 14. Ito K., Ito H., Whang E.E. Timing of cholecystectomy for biliary pancreatitis: do the data support current guidelines? *J Gastrointestinal Surg: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract* 2008;12(12):2164-70. DOI:10.1007/s11605-008-0603-y.
 15. Fisher M., Spiliadis D.C., Tong L.K. Diarrhoea after laparoscopic cholecystectomy: incidence and main determinants. *ANZ J Surg* 2008;78(6):482-6. DOI:10.1111/j.1445-2197.2008.04539.x.
 16. Venneman N.G., Besselink M.G., Keulemans Y.C., Vanberge-Henegouwen G.P., Boormeester M.A., Broeders I.A. et al. Ursodeoxycholic acid exerts no beneficial effect in patients with symptomatic gallstones awaiting cholecystectomy. *Hepatology* 2006;43(6):1276-83. DOI:10.1002/hep.21182.
 17. Cotton P.B., Elta G.H., Carter C.R., Pasricha P.J., Corazziari E.S. Rome I.V. Gallbladder and Sphincter of Oddi Disorders. *Gastroenterology* 2016. DOI:10.1053/j.gastro.2016.02.033.
 18. Yap L., Wycherley A.G., Morphett A.D., Toouli J. Acalculous biliary pain: cholecystectomy alleviates symptoms in patients with abnormal cholescintigraphy. *Gastroenterology* 1991;101(3):786-93. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1860640>.
 19. Cotton P.B., Pauls Q., Keith J., Thornhill A., Drossman D., Williams A. et al. The EPISOD study: long-term outcomes. *Gastrointestinal Endoscopy* 2017. DOI:10.1016/j.gie.2017.04.015.
 20. Bagaria D., Kaman L., Roger E., Dahyia D., Singh R., Bhattacharya A. Effect of laparoscopic cholecystectomy on gastric emptying and dyspepsia. *Surg Endoscopy* 2013;27(9):3116-20. DOI:10.1007/s00464-013-2838-2.
 21. Shah Gilani S.N., Bass G.A., Kharytaniuk N., Downes M.R., Caffrey E.F., Tobbia I. et al. Gastroesophageal Mucosal Injury after Cholecystectomy: An Indication for Surveillance? *J Am College Surg* 2017;224(3):319-26. DOI:10.1016/j.jamcollsurg.2016.12.003.
 22. Zhang J., Lu Q., Ren Y.F., Dong J., Mu Y.P., Lv Y. et al. Factors relevant to persistent upper abdominal pain after cholecystectomy. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association* 2017;19(7):629-37. DOI:10.1016/j.hpb.2017.04.003.
 23. Kirk G., Kennedy R., McKie L., Diamond T., Clements B. Preoperative symptoms of irritable bowel syndrome predict poor outcome after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2011;25(10):3379-84. DOI:10.1007/s00464-011-1729-7.
 24. Mertens M.C., De Vries J., Scholtes V.P., Jansen P., Roukema J.A. Prospective 6 weeks follow-up post-cholecystectomy: the predictive value of pre-operative symptoms. *J Gastrointestinal Surg: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract* 2009;13(2):304-11. DOI:10.1007/s11605-008-0718-1.
 25. Thistle J.L., Longstreth G.F., Romero Y., Arora A.S., Simonson J.A., Diehl N.N., et al. Factors that predict relief from upper abdominal pain after cholecystectomy. *Clin gastroenterol hepatol: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 2011;9(10):891-6. DOI:10.1016/j.cgh.2011.05.014.
 26. Roumm A.R., Pizzi L., Goldfarb N.I., Cohn H. Minimally invasive: minimally reimbursed? An examination of six laparoscopic surgical procedures. *Surg Innovation* 2005;12(3):261-87. DOI:10.1177/155335060501200313.
 27. Feldman L.S., Kaneva P., Demyttenaere S., Carli F., Fried G.M., Mayo N.E. Validation of a physical activity questionnaire (CHAMPS) as an indicator of postoperative recovery after laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 2009;146(1):31-9. DOI:10.1016/j.surg.2009.02.019.
 28. Wedlake L., A'Hern R., Russell D., Thomas K., Walters J.R., Andreyev H.J. Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2009;30(7):707-17. DOI:10.1111/j.1365-2036.2009.04081.x.
 29. Sung H.J., Paik C.N., Chung W.C., Lee K.M., Yang J.M., Choi M.G. Small Intestinal Bacterial Overgrowth Diagnosed by Glucose Hydrogen Breath Test in Post-cholecystectomy Patients. *J Neurogastroenterol Motil* 2015;21(4):545-51. DOI:10.5056/jnm15020.
 30. Wanjura V., Sandblom G. How Do Quality-of-Life and Gastrointestinal Symptoms Differ Between Post-cholecystectomy Patients and the Background Population? *World J Surg* 2016;40(1):81-8. DOI:10.1007/s00268-015-3240-0.
 31. Wei J.G., Wang Y.C., Liang G.M., Wang W., Chen B.Y., Xu J.K. et al. The study between the dynamics and the X-ray anatomy and regularizing effect of gallbladder on bile duct sphincter of the dog. *World J Gastroenterol: WJG* 2003;9(5):1014-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12717848>.