



Мардонов Бобосер Амирович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИК СИНДРОМНИ ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ

Мардонов Бобосер Амирович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Рахманов Косим Эрданович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

PROBLEMS AND PROSPECTS FOR TREATMENT OF POSTCHOLECYSTECTOMIC SYNDROME

Mardonov Bobosher Amirovich, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Rakhmanov Kosim Erdanovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: mardonov.bobosher1985@gmail.com

Резюме. Мақолада 2017 йилдан 2023 йилгача жарроҳлик бўлимида даволанган 80 беморнинг клиник текшируви маълумотлари келтирилган. Постхолецистэктомик рефлюкс гастрит (ПХЭ РГ) билан касалланиш даражасини аниқлаш учун ушбу даврда ўт тош касаллиги (ЎТК) таъхиси қўйилган беморларнинг умумий сони аниқланди - 571 киши (100%). Улардан 160 нафар (27,8%) беморда постхолецистэктомик синдром (ПХЭС) белгилари билан мурожаат қилган бўлса, уларнинг 48 нафариди (45,7%) РГ таъхиси қўйилган ва 50 беморда (17%) фақат жарроҳлик йўли билан тузатиш талаб қилинган. Беморлар ($n = 80$) учта гуруҳга бўлинган: иккита асосий ва битта назорат. Биринчи гуруҳ ($n = 35$) ПХЭ РГ билан касалланган беморларни ўз ичига олган бўлиб, РГ лапароскопик ёки анъанавий жарроҳлик йўли билан тузатиш. Иккинчи гуруҳга холецистэктомия (ХЭ) пайтида ПХЭ РГ ривожланишининг олдини олиш учун профилактик коррекция қилинган ЎТК ва РГ билан оғриган 17 бемор киритилган. Назорат гуруҳи ($n = 28$) ПХЭС билан касалланган беморлардан иборат бўлиб, улар учун ПХЭ РГ ривожланишининг сабабларини аниқлаш учун тиббий маълумотларнинг ретроспектив таҳлили ўтказилди.

Калим сўзлар: постхолецистэктомик синдром, постхолецистэктомик рефлюкс гастрит, ўт тош касаллиги.

Abstract. The article presents the data of a clinical examination of 80 patients treated in the surgical department from 2017 to 2023. To determine the incidence of postcholecystectomy reflux gastritis (PCE RG), the total number of patients diagnosed with gallstone disease (GSD) admitted during this period was 571 people (100%). Of these, 160 patients (27.8%) sought treatment with symptoms of postcholecystectomy syndrome (PCES), while 48 (45.7%) of them were diagnosed with RG, and 50 patients (17%) required exclusively surgical correction. Patients ($n=80$) were divided into three groups: two main and one control. The first group ($n=35$) included patients with PCE RG who underwent laparoscopic or traditional surgery with correction of RG. The second group included 17 patients with gallstone disease (GSD) and RG who underwent prophylactic correction of RG during cholecystectomy (CE) to prevent the development of PCE RG. The control group ($n=28$) consisted of patients with PCE RG for whom a retrospective analysis of medical records was performed to identify the causes of PCE RG development.

Key words: postcholecystectomy syndrome, postcholecystectomy reflux gastritis, gallstone disease.

Актуальность исследования. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) представляет собой клинико-патофизиологическое состояние, развивающееся у некоторых пациентов после удаления желчного пузыря и характеризующееся сохранением или появлением новых симптомов, таких как боль в животе, диспепсия, тошнота и другие проявления. Синдром может значительно ухудшить качество жизни и часто требует длительного наблюдения и комплексного лечения. Одним из наиболее частых проявлений ПХЭС является постхолецистэктомический рефлюкс-гастрит (ПХЭ РГ), вызванный нарушением оттока желчи и обратным забросом дуоденального содержимого в желудок. ПХЭ

РГ связан с повышенным уровнем кислотности, что вызывает воспалительные и эрозивные процессы в слизистой оболочке желудка.

С учетом значительного числа пациентов, подвергающихся холецистэктомии в связи с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), проблема ПХЭС и его осложнений приобретает особую актуальность. Современные исследования показывают, что более четверти пациентов после удаления желчного пузыря испытывают симптомы ПХЭС, требующие дополнительной коррекции. В то же время до сих пор отсутствует единый подход к профилактике и лечению ПХЭ РГ у пациентов с ПХЭС, что обусловлено сложностью пато-

генетических механизмов и многогранностью клинических проявлений этого состояния.

Существующие терапевтические методы включают использование медикаментов, направленных на коррекцию моторики ЖКТ и снижение кислотности желудка, а также хирургические способы коррекции рефлюкса. Однако эффективность этих методов не всегда достаточна для достижения длительного клинического улучшения. В связи с этим большое значение приобретает исследование профилактических методов, которые могут применяться в процессе холецистэктомии для снижения вероятности развития ПХЭ РГ в постоперационном периоде.

Настоящее исследование направлено на оценку частоты и причин возникновения ПХЭ РГ у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом, а также на изучение эффективности профилактических и лечебных подходов к управлению этим состоянием.

Целью данного исследования является оценка частоты возникновения и особенностей течения постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), с акцентом на постхолецистэктомический рефлюкс-гастрит (ПХЭ РГ), а также разработка и оценка эффективности профилактических и терапевтических подходов для оптимизации лечения и улучшения качества жизни пациентов, перенесших холецистэктомию.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 80 пациентов, прошедших лечение в хирургическом отделении с диагнозом постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) с 2017 по 2023 годы. Для оценки частоты возникновения постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита (ПХЭ РГ) был проанализирован общий поток пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), поступивших в указанное отделение за этот период, составивший 571 человек (100%). Из них 160 пациентов (27,8%) обратились с

симптомами ПХЭС, из которых 48 (45,7%) имели диагностированный рефлюкс-гастрит (РГ).

Пациенты были разделены на три группы:

Первая группа (n=35) включала пациентов с ПХЭ РГ, которым была выполнена лапароскопическая или традиционная хирургическая коррекция РГ после установления диагноза.

Вторая группа (n=17) состояла из пациентов с ЖКБ и РГ, которым в процессе холецистэктомии (ХЭ) проводилась профилактическая коррекция РГ для предотвращения развития ПХЭ РГ.

Контрольная группа (n=28) включала пациентов с ПХЭС, для которых был проведен ретроспективный анализ медицинской документации для изучения причин возникновения и факторов риска развития ПХЭ РГ.

Клинический осмотр с подробным сбором анамнеза и жалоб на симптомы, характерные для ПХЭС. Инструментальные методы, включая ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости для оценки изменений в билиарной системе и желудочно-кишечном тракте, эндоскопическое исследование для диагностики РГ и контроля за состоянием слизистой оболочки. Лабораторные анализы, такие как общий анализ крови, биохимический анализ крови с акцентом на показатели печеночной функции, липидного обмена и других маркеров, связанных с билиарной патологией.

Оценка болевого синдрома и общего состояния пациентов с использованием визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и шкал качества жизни.

Результаты анализировались с использованием методов статистической обработки для оценки эффективности проведенных хирургических и профилактических вмешательств, а также для выявления факторов риска и предикторов развития ПХЭС.

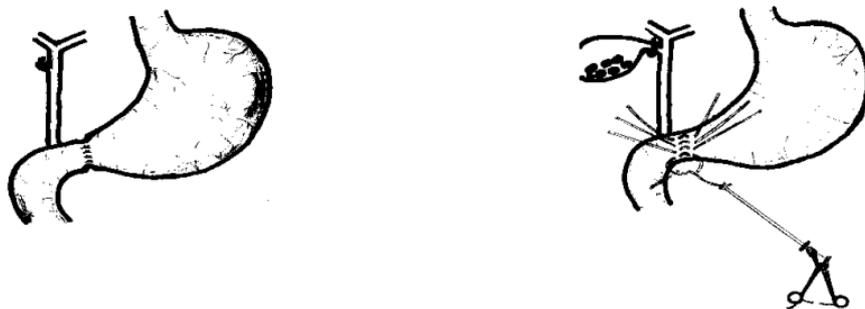


Рис. 1. Процесс выполнения закрытой лапароскопической пилоропластики (А). Общий вид после операции (Б)



Рис. 2. ЭПСТ с литоэкстракцией камней корзинкой Дормия в сочетании с эндовидеохирургической холецистэктомией и рассечением связки Трейтца

Результаты исследования. В ходе исследования было установлено, что из общего количества пациентов с диагнозом желчнокаменной болезни (ЖКБ), проходивших лечение в хирургическом отделении с 2017 по 2023 годы (571 человек), 160 пациентов (27,8%) обратились с симптомами постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС). Из этих пациентов 48 (45,7%) были диагностированы с постхолецистэктомическим рефлюкс-гастритом (ПХЭ РГ). В то же время 50 пациентов (17%) потребовали исключительно хирургической коррекции из-за выраженных симптомов.

Результаты исследования по группам показали:

Первая группа (n=35): Пациенты, которым была проведена лапароскопическая или традиционная коррекция РГ, показали улучшение клинических показателей, снижение частоты болевого синдрома и уменьшение симптомов диспепсии. Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) продемонстрировала значительное снижение болевого синдрома в среднем на 30% по сравнению с исходными данными. Улучшение общего состояния и снижение рецидивов симптомов наблюдалось у 85% пациентов в этой группе через 6 месяцев после лечения.

Вторая группа (n=17): Пациенты с ЖКБ и РГ, которым проводилась профилактическая коррекция рефлюкс-гастрита во время холецистэктомии, имели меньший риск развития ПХЭ РГ. Из них только 12% пациентов предъявляли жалобы на незначительный болевой синдром и диспепсию, которые устранялись консервативной терапией. Через год после операции 88% пациентов отметили отсутствие клинически значимых проявлений ПХЭС и РГ.

Контрольная группа (n=28): У пациентов с ПХЭС, которые не получали профилактическую коррекцию РГ, наблюдалось увеличение частоты жалоб на болевой синдром, диспепсию и симптомы, характерные для ПХЭ РГ. Анализ медицинской документации выявил высокий риск повторных обращений и необходимость в дополнительных медикаментозных и терапевтических вмешательствах. В данной группе у 53% пациентов проявились выраженные симптомы ПХЭ РГ, требующие дальнейшего лечения.

Таким образом, проведенное исследование показало, что профилактическая коррекция рефлюкс-гастрита при холецистэктомии и своевременное хирургическое лечение пациентов с ПХЭ РГ значительно снижает риск развития постхолецистэктомического синдрома и улучшает качество жизни пациентов.

Обсуждение. Результаты нашего исследования подтверждают актуальность проблемы лечения постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) и постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита (ПХЭ РГ) у пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Согласно полученным данным, частота возникновения ПХЭС после холецистэктомии остается достаточно высокой (27,8%), что указывает на необходимость дальнейшего совершенствования как оперативных, так и профилактических подходов для управления этим осложнением.

Анализ показывает, что у значительной доли пациентов с ПХЭС развивается ПХЭ РГ (45,7%), что в значительной степени ухудшает их состояние, снижает качество жизни и требует дополнительных медицинских вмешательств. Эти данные подтверждают извест-

ные литературные данные, согласно которым рефлюкс-гастрит является одним из самых распространенных осложнений у пациентов после холецистэктомии.

Применение профилактической коррекции рефлюкс-гастрита при проведении холецистэктомии оказалось эффективным в предотвращении развития ПХЭ РГ. В нашей второй группе пациентов, которым проводилась профилактическая коррекция, наблюдалось снижение частоты развития ПХЭ РГ, и у 88% пациентов через год после операции не было значимых симптомов, что подчеркивает перспективность профилактического вмешательства для снижения риска развития синдрома. Эти данные согласуются с рядом исследований, отмечающих, что профилактика рефлюкса желчи при холецистэктомии может уменьшить риск осложнений и повысить удовлетворенность пациентов после операции.

В группе пациентов, которым проводилась коррекция РГ уже при наличии ПХЭС, также отмечено улучшение клинических показателей. Это свидетельствует о важности индивидуализированного подхода к лечению, учитывающего специфику симптомов и механизмов заболевания. Полученные нами результаты подтверждают, что использование дополнительных коррекционных методик во время и после холецистэктомии является рациональной стратегией, позволяющей снизить риск повторных обращений и улучшить долгосрочные результаты.

Контрольная группа, у которой не применялась коррекция РГ, показала более высокий риск осложнений и рецидивов, что требует более тщательного внимания к выбору тактики лечения пациентов с ЖКБ и ПХЭС. Отсутствие профилактической коррекции увеличивало вероятность повторных обращений и необходимости в дополнительных терапевтических мерах, что подтверждает важность комплексного подхода и использования профилактики РГ.

Таким образом, наше исследование подтверждает, что применение профилактических и корректирующих методов может существенно снизить риски и улучшить клинические исходы у пациентов с ПХЭС и ПХЭ РГ. Необходимы дальнейшие исследования, направленные на разработку стандартизированных рекомендаций и алгоритмов лечения этих осложнений, что позволит повысить качество медицинской помощи и улучшить прогнозы для пациентов после холецистэктомии.

Заключение. Проведенное исследование продемонстрировало высокую актуальность проблемы лечения постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) и, в частности, постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита (ПХЭ РГ), который наблюдается у значительного числа пациентов после холецистэктомии. Результаты указывают, что частота возникновения ПХЭС достигает 27,8%, а развитие ПХЭ РГ отмечается у 45,7% пациентов с симптомами ПХЭС. Эти данные свидетельствуют о необходимости совершенствования хирургических и профилактических подходов для эффективного управления данной патологией.

Исследование подтвердило, что профилактическая коррекция рефлюкс-гастрита, выполненная в ходе холецистэктомии, является перспективной стратегией для предотвращения ПХЭ

РГ, что снижает риск осложнений и улучшает клинические результаты. Показано, что у пациентов, которым была проведена профилактическая коррекция рефлюкс-гастрита, вероятность развития ПХЭ РГ значительно ниже, и у 88% пациентов отсутствуют значимые симптомы через год после операции. Этот результат подчеркивает важность профилактических вмешательств при холецистэктомии для повышения качества жизни пациентов и предотвращения осложнений.

Для пациентов с уже развившимся ПХЭС индивидуализированный подход к коррекции рефлюкс-гастрита позволяет эффективно снизить выраженность клинических проявлений и улучшить прогнозы. Контрольная группа, где не проводилась профилактическая коррекция, показала более высокий риск развития ПХЭ РГ, что доказывает целесообразность использования превентивных мер.

Таким образом, применение комплексных профилактических и коррекционных методик при проведении холецистэктомии представляет собой перспективное направление для снижения частоты ПХЭС и улучшения качества лечения пациентов. Перспективные исследования в этом направлении могут способствовать разработке клинических рекомендаций и внедрению эффективных стандартов ведения пациентов с постхолецистэктомическим синдромом.

Литература:

1. Абдурахманов, Д. Ш., Курбаниязов, З. Б., Мардонов, Б. А., & Сайинаев, Ф. К. (2022). Результаты хирургического лечения больных с грыжами живота и сочетанной абдоминальной патологией. *ТОМ-1*, 18.
2. Абдурахманов, Д. Ш., Мардонов, Б. А., Рахманов, К. Э., & Давлатов, С. С. (2021). Clinical evaluation of gernio and abdominoplasty in patients with ventral hernia and morbid obesity. *Биомедицина ва амалиёт журналы (№)*, 211-221.
3. Беляев К.К., Федоров А.И. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении холедохолитиаза. // *Хирургическая практика*, 2016.-№8.-С.23-30. DOI: 10.7890/surgpract.2016.08.05
4. Гальперин Э.И. и др. Рубцовые структуры желчных протоков. М. 1982, с. 219-233
5. Курбаниязов, З.Б., Б.А. Марданов, К.Э. Рахманов. "Прогнозирование результатов симультанных операций на органах брюшной полости и брюшной стенки у больных с вентральной грыжей." *Проблемы биологии и медицины 1* (2020): 58-61.
6. Мамараджабов С. Э., Ризаев Ж. А., Баймаков С. Р. Роль и место сероэпидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в Самаркандской области // *Актуальные аспекты медицинской деятельности*. – 2021. – С. 209-212.
7. Ризаев Ж. А. и др. Значение санитарного просвещения в гигиеническом воспитании населения в очагах эхинококкоза // *AJR Abstracts*. – 2020. – С. 45.
8. Ризаев Ж. А., Мамараджабов С. Э. Сероэпидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области // *Материалы II Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения*. – 2020. – Т. 17. – С. 59-60.
9. Ризаев Ж. А. и др. Выбор хирургической тактики в зависимости от дооперационной топической диагностики эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 117-119.
10. Ризаев Ж. А. и др. Оптимизация диагностики различных морфологических форм эхинококкоза печени // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2021. – Т. 5. – №. 131. – С. 120-124.
11. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*. - Киев: "Здоров'я", 1993, с.473-475
12. Anderson K.J., Lee S.H. Endoscopic papillotomy in the treatment of choledocholithiasis: a review // *International Surgery Journal*. 2016. No. 8. P. 23-30.
13. Babajanovich K. Z., Amirovich M. B. Magistral O'T YO'LLARI yatrogen jarohatlanishlari xirurgiyasi: klinikasi, diagnostikasi va xirurgik davolash (adabiyotlar sharhi) // *Journal of Biomedicine and Practice*. – 2023. – Т. 8. – №. 1.
14. Brown A.B., Davis L.M. Modern techniques in the diagnosis and treatment of reflux gastritis // *Clinical Gastroenterology*. 2018. No. 3. P. 12-20.
15. Mardanov, B., Kurbaniyazov, Z., Davlatov, S., Rakhmanov, K. Rationale for simultaneous operations on the abdominal organs and the abdominal wall in patients with a ventral hernia. *International Journal of Pharmaceutical Research*, 2020, 12, страницы 1922–1930.
16. K.Z. Babajanovich, M.B. Amirovich Magistral O't Yo'llari Yatrogen Jarohatlanishlari Xirurgiyasi: Klinikasi, Diagnostikasi Va Xirurgik Davolash (Adabiyotlar Sharhi) - *journal of biomedicine and practice*, 2023.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Мардонов Б.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э.

Резюме. В статье приведены данные клинического обследования 80 пациентов, проходивших лечение в хирургическом отделении с 2017 по 2023 годы. Для определения частоты возникновения постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита (ПХЭ РГ) было установлено общее количество пациентов с диагнозом желчнокаменной болезни (ЖКБ), поступивших за этот период – 571 человек (100%). Из них 160 пациентов (27,8%) обратились с симптомами постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), при этом у 48 (45,7%) из них был диагностирован РГ, а 50 пациентов (17%) потребовали исключительно хирургической коррекции. Пациенты (n=80) были разделены на три группы: две основные и одна контрольная. В первую группу (n=35) вошли пациенты с ПХЭ РГ, которым была проведена лапароскопическая или традиционная операция с коррекцией РГ. Во вторую группу вошли 17 пациентов с ЖКБ и РГ, которым во время холецистэктомии (ХЭ) была проведена профилактическая коррекция РГ для предотвращения развития ПХЭ РГ. Контрольная группа (n=28) состояла из пациентов с ПХЭС, для которых был проведен ретроспективный анализ медицинских карт для выяснения причин развития ПХЭ РГ.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, постхолецистэктомический рефлюкс-гастрит, желчнокаменная болезнь.