



Мардонов Бобошер Амирович

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мардонов Бобошер Амирович

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

CLINICAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH POSTCHOLECYSTECTOMIC SYNDROME

Mardonov Bobosher Amirovich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: mardonov.bobosher1985@gmail.com

Резюме. Тадқиқотда илгари ўт пуфағи олиб ташиланган 114 беморнинг комплекс клиник-функционал тегишув натижалари таҳлил қилинди. Ушбу беморларнинг айримларида турли вақт оралиғида “постхолецистэктомик синдром” (ПХЭС) диагностикаси қўйилди. Аниқланган муаммоларга кўра, 38 бемор ўт оқиб чиқишининг бузилиши туфайли қайта операция қилинди. 14 ҳолатда эндоскопик папиллосфинктеротомия бажарилган бўлса, 15 беморда ўт йўлларида реконструктив операциялар амалга оширилди. 9 нафар беморларда эса такрорий жарроҳлик аралашувларига органик патологиялар сабаб бўлмади. Қайта жарроҳлик аралашувлари натижаларининг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, энг самарали узоқ муддатли натижалар ўт йўлларида айланма билиодигестив анастомозлар қўйилган беморларда кузатилди. Такрорий операцияга кўрсатма бўлмаган ПХЭС симптомлари мавжуд беморларга эса сафро ажралишини оширувчи дорилар ва ганглиоблокаторлар билан консерватив даволаш тавсия этилди. ПХЭС клиник белгиларининг аксарияти холецистэктомиа вақтида аниқланмаган ва бартараф этилмаган органик ўзгаришлар ҳамда меъда-ичак тизими билан боғлиқ қўшимча касалликлар билан боғлиқ. Ушбу ҳолатлар бирламчи операция пайтида жарроҳлик тузатишни талаб қилади.

Калит сўзлар: постхолецистэктомик синдром, катта дуоденал сўргич, папиллосфинктеротомия, дискинезия.

Abstract. Cholecystectomy is one of the most effective surgeries for the treatment of gallbladder diseases, especially in cases of cholelithiasis. However, with the development of laparoscopic cholecystectomy, new problems have emerged, such as the development of post-cholecystectomy syndrome (PCES) and the occurrence of additional complications that require repeat surgeries. This study examines the impact of various pathologies and complications that arise after cholecystectomy on the condition of the bile ducts and the need for diagnosis and correction of functional disorders. The study is based on a retrospective analysis of 114 patients who underwent cholecystectomy, 52 of whom were diagnosed with PCES. Various diagnostic methods were used, including endoscopic and radiological techniques, ultrasound, and radionuclide imaging, as well as endoscopic interventions to correct identified disorders. The results of the study showed that most complications and repeat surgeries were associated with incomplete stone removal, stenosis, and inflammation of the bile ducts, as well as insufficient correction of concomitant gastrointestinal diseases. Endoscopic interventions, including endoscopic papillosphincterotomy and various reconstructive surgeries, proved to be particularly effective treatment methods. The use of these methods led to improved outcomes for the majority of patients, reducing the number of repeat surgeries and improving the quality of life. Successful treatment and prevention of complications after cholecystectomy require a comprehensive approach, including early diagnosis of bile duct disorders, correction of surgical errors, and mandatory correction of concomitant diseases, such as bile duct dyskinesia and inflammatory processes in the digestive tract.

Keywords: postcholecystectomical syndrome, major duodenal papilla, papillosphincterotomy, dyskinesia.

Кириш. Ошқозон-ичак тизимининг турли касалликлари орасида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири ўт тоши касаллиги (ЎТК) ҳисобланади. Бугунги кунда ЎТК нинг жарроҳлик

даволаш тактикаси бўйича қарашлар деярли ягона бўлиб, асосан операцияга кўрсатмалар, унинг тури ва бажарилиш муддатини белгилашга қаратилган. Ушбу патология учун энг кенг тарқалган ва самарали

операция - холецистэктомия ҳисобланади. Сўнги йилларда ёшлар орасида ЎТК билан касалланиш ҳолатларининг ортиб бориши кузатилмоқда. Бундан ташқари, ЎТК билан касалланган беморларнинг 20% да ташхис ва операция вақтида ташқи жигар ўт йўлларида тошлар аниқланса, 10% беморларда эса катта дуоденал сўргич (КДС) ва терминал холедохнинг (ТХ) чандикли-яллиғланиш ўзгаришлари кузатилади. Лапароскопик холецистэктомия усулининг кенг тарқалиши туфайли ушбу операциянинг нисбатан осонлиги ҳақида нотўғри тасаввур пайдо бўлиши мумкин. Шу билан бирга, жигар ташқарисидаги ўт йўллари жарроҳлигида техник хатоликлар жуда оғир асоратларга олиб келиши мумкин. Замонавий диагностика усуллариининг кенг жорий этилиши ўт чиқариш тизими касалликлари билан оғриган беморлар сонининг ортиб бораётганини кўрсатмоқда. Бунинг асосий сабаби ЎТК билан боғлиқ яллиғланиш жараёнлари ва ўт йўллари дискинезияларининг ортиб боришидир.

Шу билан бирга, холецистэктомиядан сўнг "постхолецистэктомик синдром" (ПХЭС) ривожланишининг ортиб бориши ва ушбу ҳолатда қайта операциялар сонининг кўпайиши кузатилмоқда. Клиник амалиётда ПХЭС турли патологик синдромларни ўз ичига олади, улар бевосита ёки билвосита холецистэктомия билан боғлиқ бўлиб, беморда ўт пуфагининг йўқлиги билан боғлиқ бўлмаслиги ҳам мумкин. ПХЭС диагностикасида хатоликлар, нотўғри операция ҳажмини танлаш ва операция пайтида ҳамроҳ патологик жараёнларни бартараф этмаслик муҳим рол ўйнайди. Холецистэктомия вақтида техник хатоларга йўл қўйилган ҳолатлар орасида жигар ва жигар ташқарисидаги ўт йўллариининг шикастланиши, узун қолдирилган ўт пуфаги йўли, холедохнинг нотўғри боғланиши кабилар мавжуд.

Мақсад: Холецистэктомиядан кейин ўт йўлларида юзага келган морфологик ва функционал ўзгаришларни аниқлаш ва баҳолаш.

Материал ва методлар. СамДТУ кўп тармоқли клиникасининг 10 йиллик тажрибасидан, "постхолецистэктомик синдром" диагнози билан ва илгари холецистэктомия операциони ўтказган беморларнинг 114 тасини жигар йўллар тизими патологияси билан боғлиқ операциялар бўйича ретроспектив таҳлил, аниқлаш имконини берди.

Беморни касалхонага қайта ётқизишда асосий вазифалар касалликнинг асосида ётган морфологик ўзгаришларнинг аниқ жойлашуви ва характерини аниқлаш, овқат ҳазм қилиш тизими органларидаги функционал ўзгаришларнинг даражасини баҳолаш, шунингдек, жигар йўллари тизимидаги аниқланган бузилишларни тузатиш учун интервенцион тузатиш зарурлигини ҳал қилишдан иборат эди. Овқат ҳазм қилиш тизими ҳақида тўлиқ баҳо бериш учун комплекс клиник-функционал текширувлар асос сифатида хизмат қилди, бу беморларда холецистэктомиядан кейин қолган ва янги пайдо бўлган оғриқ хуружлари, уларнинг эпигастрал ҳудудда ёки ўнг қовургадан пастда жойлашиши ва комбинацияси билан боғлиқ эди. Текширувлар комплексига беморларга қуйидаги тадқиқот усуллариини мажбурий бажариш кирган эди: озиқ-овқат йўли, ошқозон ва ўн икки бармоқли

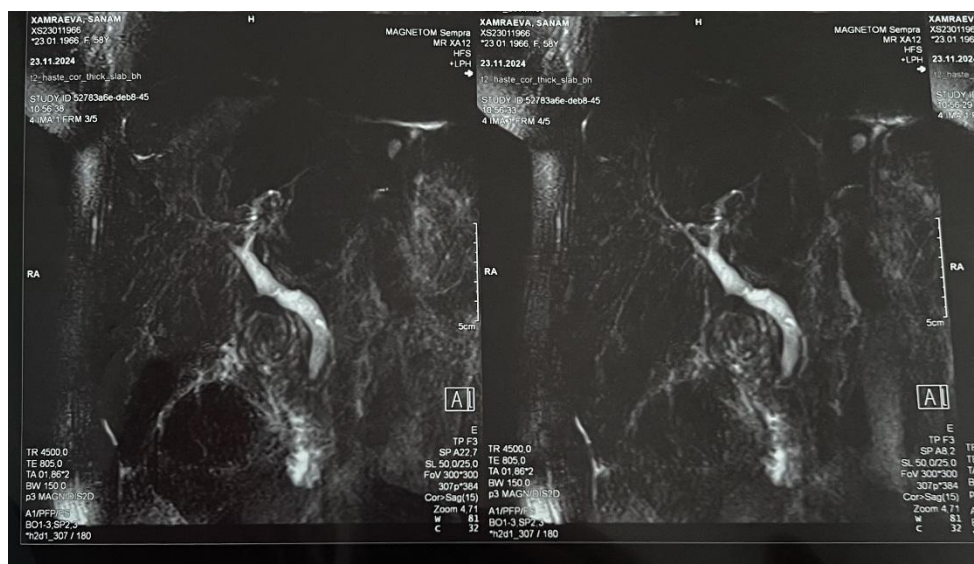
ичакнинг рентгенологик ва эндоскопик текширувлари, ошқозон ва ошқозон-ўн икки бармоқли ичак ўтиш жойларининг функционал баҳоси; жигар, ташқи жигар йўллари ва ошқозон ости безининг тизими бўйича ультратовуш текшируви; жигарнинг чиқариш функцияси ва ошқозоннинг моторли-эвакуатор функцияси бўйича радиоизотоп текшируви; Трейс боғланишидан ошқозоннинг ўртача учдан бир қисмига қадар рН-метрия ва манометрия. Сўнги йилларда ушбу беморлар гуруҳини текшириш дастурига компьютер томографиясини кенг жорий қилмоқдамиз. Бироқ, компьютер томографияси, шунингдек, ультратовуш текшируви, мавжуд бўлган ички ва ташқи жигар йўлларидаги гипертензияни ва уларда ўсмалар ва тошлар мавжудлигини аниқлашда, КДС нинг яхшиланиши ва Одди сфинктерининг дисфункционал бузилишлари ўртасидаги фарқни аниқ ажрата олиш имкониятини бермайди. Биз, жигарнинг функционал имкониятларини ва сафар қилишни диагностикани яхшилаш мақсадида, гепатобилисцинтиграфияни қўлладик, бу усул хужайраларининг сўриш ва чиқариш функциясини, шунингдек, аниқ баҳолашга имкон беради. Ушбу методнинг паст радиация юқламалари ва изотопларнинг тез чиқарилиши уни қулай ва хавфсиз деб ҳисоблашга имкон беради. Эндоскопик ретроград панкреатохолангографияни (ЭРПХГ) бажариш айниқса аҳамиятга эга, чунки бу ташқи жигар йўллари ва ошқозон ости безининг ажратиш тизими ҳолати ҳақида зарур маълумотларни олиш имконини беради. ЭРПХГ учун кўрсатмалар орасида лаборатория белгилари билан холестаз ва анамнестик маълумотлар бўйича сариклик, холедохнинг 6 мм дан катта кенгайиши, радиофармпрепаратнинг ичакка келиши 20 дақиқадан ортиқ давом этиши мавжуд. Текширув жараёнида холедохолитиазни аниқлашда эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) ва кейинчалик литоэкстракция, КДС нинг стенозида эса ЭПСТ ва жигар йўллариини текширув ўтказилди. Агар ЭРПХГ ни бажариш техник жиҳатдан мумкин бўлмаса, айниқса сариклик билан боғлиқ ҳолларда жигар йўллариини текшириш учун венага ёки тери ости орқали холецистография ишлатилди.

Натижалар ва муҳокама: Ўтказилган текширув натижасида 23 нафар беморда физиологик кардия функциясининг турли бузилишлари (кардиянинг етишмаслиги, рефлюкс-эзофагит) аниқланган бўлиб, бу улар учун оғриқ синдромини келтириб чиқарди. 15 нафар беморда ташқи жигар йўлларида резидуал ёки "унутилган" (9 нафар бемор) ва такрорий ёки "янгидан ҳосил бўлган" (6 нафар бемор) тошлар аниқланган. "Янгидан ҳосил бўлган" деган атама фақатгина холецистэктомия вақтида ва рентгенологик ҳужжатлаштирилган ҳолда, илк операция пайтида жигар йўлларида тошлар мавжудлиги истисно қилинган беморлар учун қўлланилган. Юқоридаги сабаблар билан бирга, текширилган беморлар гуруҳида қуйидаги сабабларга кўра оғриқ ҳужумлари аниқланган: 20 нафар беморда сурункали панкреатит, 12 нафар беморда турли хил дискинезия шакллари, 7 нафар беморда холангит, 11 нафар беморда ташқи жигар йўллариининг торайиши, 2 нафар беморда узун ўт пуфак йўлининг қолдиғи, 2 нафар беморда перихоледохал лимфаденит, 6 нафар беморда ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак яраси, 3

нафар беморда дуоденостаз, 2 нафар беморда ошқозон-ичак тизими ўсмалари, 6 нафар беморда битишмоқ касаллик, 1 нафар беморда жигар циррози, 4 беморда спазматик колит, 8 беморда гастродуоденит. ПХЭСни стимуляция килувчи сабабларнинг полиморфизми этибор қаратади, шунингдек, илгари ўтказилган холецистэктомия билан бевосита алоқаси фақатгина 52 нафар беморда бўлиб, уларнинг 38 таси қайта операция қилинган. Қайта операция қилишга кўрсатмалар оғрик синдромининг қайта-қайта юзага келиши бўлиб, у консерватив даволашга жавоб бермайди ва турли даражадаги жигар йўлларида ёмон оқимни кузатиш билан бирга содир бўлади. 29 нафар беморда механик сариклик белгилари мавжуд бўлиб, бу умумий жигар йўлида тошлар мавжудлиги ва унинг терминал қисмларида ҳамда КДС зонасидаги стенозлашган яллиғланиш жараёнлари билан боғлиқ еди. Этибор берилиши керакки, эндоскопик транспапилляр аралашувлар, холецистэктомиядан кейин ташқи жигар йўлларидаги патологик ўзгаришларни тузатиш мақсадида энг самарали ҳисобланади. Бу, кўплаб клиник кузатишларга асосланган хорижий ва маҳаллий муаллифларнинг тадқиқотлари томонидан тасдиқланган. Ҳозирги вақтда қўлланилаётган эндобилиалар аралашувлар арсеналининг жуда кенглиги мавжуд. Улардан энг асосийси, ЭПСТ (эндоскопик папиллосфинктеротомия) бўлиб, унинг турли хил бажарилиши вариантлари мавжуд (типик, атипик, комбинацияланган). Магнитно-резонансли холангиография — ноинвазив, юқори ахборотли усул бўлиб, ўт пуфаги ва ўт йўллари чиқиш ҳолатини

текширишда ишлатилади. МР-холангиография, агар патологик ўзгаришларни аниқлаш қийин бўлса, касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш масаласини ҳал қилиш учун ёки қўлланилаётган даволашнинг самарадорлигини назорат қилиш мақсадида керак бўлади (1-расм).

Сўнгги йилларда КДС сфинктер апаратини сақлаш мақсадида, КДС оғзининг баллонли дилатацияси ва кейинги литоэкстракцияси қўлланилмоқда, бу "постпапиллотомик синдром" нинг ривожланиш хавфини камайтиради. Эндоскопик аралашувларни бажаришда энг катта қийинчиликлар холедохолитиаз, КДС стенозлари ёки ТОХ билан қора чойли холангитни бирлаштиришда юзага келди. Ушбу патологияни самарали даволаш учун жигар йўллари узок муддатли декомпрессия қилиш ва фаол санация қилиш зарур. Бунга нозобилиар дренажлаш усулидан фойдаланиш орқали эришилади. Дренажни ўрнатиш, шунингдек, холедохдаги қолдиқ тошларни олдини олиш учун босқичма-босқич литоэкстракция амалга оширилган ҳолатларда қўлланилди. Ҳозирда жигар йўлининг стенозларида эндопротезлаш усули, бластоматозли обструкцияда ишлатилгандан анча кам қўлланилади. Одатда, биз бу усулни холедохотомия зонасида, пуфак йўлининг қолдиғи ёки жигар йўлининг ятрогеник зарарланиши бўлган беморларда ишлатганмиз. Ушбу усулдан олдин кенгайиш зонасини баллонли дилатациясини бажариш керак ва, одатда, эндопротезлаш вақтинчалик характерга эга бўлиб, беморни реконструктив операцияга таёрлаш босқичида қўлланилади.



Расм 1. Бемор Х.С., 59 ёшда. ПХЭС. Механик сариклик. МР-холангиография



Расм 2. Бемор А.П., 44 ёшда. Дуоденоскопия. ЭРХПГ. ЭПСТ. Литоэкстракция

14 ҳолатда ЭРПХГ (Эндоскопик ретроград панкреатохолангография) бажариш, эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) учун асос бўлди, бунда 8 беморда умумий жигар йўлидан тошлар чиқарилди (2-расм).

Қайта реконструктив операциялар 15 нафар беморда амалга оширилди. 5 ҳолатда трансдуоденал папиллосфинктеротомия амалга оширилди, 11 ҳолатда эса папиллосфинктеропластика бажарилди. Агар холедохдаги стеноз узунлиги 2,5 см дан ортиқ бўлса, 5 нафар беморда холедохтодуоденостомоз бажарилди. Бундан ташқари, 2 нафар беморда биринчи холецистэктомия пайтида қолдирилган узун пуфак йўл қолдиғи резекция қилинди, 1 нафар беморда холедохдаги лимфаденэктомия ва жигар дарвозаси зонасида амалга оширилди, 2 нафар беморда умумий жигар йўлидаги ёпишқоқ деформация бартараф этилди, 4 ҳолатда панкреатоёюностомия амалга оширилди, 3 нафар беморда холедохоеюностомоз ўрнатилди, 2 нафар беморда эса ташки дренаж умумий жигар йўлида амалга оширилди, чунки оғир холангит мавжуд эди. Қайта операцияларнинг узок муддатли натижалари 22 беморда 3-5 йил давомида кузатилди. Уларнинг 19 тасида бу натижалар "яхши" ва "мукаммал" деб баҳоланди. Асосан, бу натижалар, узок муддатли даврда жигар йўлларида ҳеч қандай бузилишлар бўлмаган беморларда кузатилди. 21 нафар беморнинг узок муддатли (5-10 йил) ретроспектив таҳлили натижасида, биз ҳулоса қиламизки, жигар йўлларининг ёпишқоқ стенозлари, индуктив панкреатит ва стенозлашган папиллит бўлган ҳолатларда, энг яхши натижалар билиодигестив анастомозларнинг қўлланилишида қайд этилди. Холецистэктомиядан кейин оғрик синдромининг ривожланишида, шунингдек, дискинезия бўлиши алоҳида аҳамиятга эга, чунки улар кўпинча умумий неврознинг клиник белгиларидан бири сифатида бўлиши мумкин. Энг кўп учрайдиган дискинезия шакллари умумий жигар йўлининг гипотонияси ва Одди сфинктерининг спазми, ҳамда холедохдаги гипертензия ва КДС пастки сфинктерининг спазми бўлди. Эҳтимол, дискинезия жигар йўлларининг текис мушакларининг сиқилиш ва бўшашишини тартибга соладиган нейрогуморал механизмларнинг бузилиши натижасида пайдо бўлади. Клиник тасвирда жигар йўллари дискинезиялари бўлган беморларда умумий невротик симптомлар, вегетатив дисфункция ва ўнг қовургада қисқа давом этган оғриқлар, нормал ҳарорат реакцияси ва қон таҳлилларида ўзгаришлар йўқлиги кузатилади. Ушбу беморларни даволашнинг асосий принципи, жигар йўллари билан боғлиқ нейрогуморал регулятор механизмларни яхшилаш, вегетатив нерв тизимининг дистониясини ва жигар йўллари ва сфинктерларнинг патологик рефлексларини бартараф этиш, шунингдек, невротик ва диэнцефалик бузилишларни тузатишдир. Бу беморлар учун даволаш схемасида биринчи ўринда холелицетик ва холелисекретор препаратларни қўллаш, физиотерапия процедуралари билан бирга, шунингдек, седатив ёки тоник препаратлар белгиланиши керак. Кўпинча, ўртача дозадаги транквилизаторлар ва ганглиоблокаторлар яхши натижа беради.

Хулоса: Холецистэктомиядан кейин оғриқларнинг қайта бошланишининг асосий сабаби, биринчи операция пайтида КДС ёки ТХнинг стенозлашган шикастланишлари ёки стриктураларини

бартараф этмаслик, шунингдек, операция қилиниши керак бўлган ошқозон-ичак тизими касалликларини ҳисобга олмаслик ва уларни бартараф этмаслиқдир. Биринчиси, интраоперацион холангиоргаммаларни нотўғри баҳолаш ва натижада КДС ёки ТХда керакли аралашувнинг бўлмаслиги билан боғлиқ. Иккинчиси эса, керакли аралашувни кенгайтиришдан нотўғри воз кечиш ва кўшимча корректив операцияни бажаришни рад этиш билан боғлиқдир.

Адабиётлар:

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 журнали (№)*, 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. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
7. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
8. Ризаев Э.А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.
9. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.
10. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
11. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar,

takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.

12. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев: "Здоров'я", 1993, с.473-475

13. Anderson K.J., Lee S.H. Endoscopic papillotomy in the treatment of choledocholithiasis: a review // International Surgery Journal. 2016. No. 8. P. 23-30. DOI: 10.7890/isj.2016.08.05.

14. 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.

15. Brown A.B., Davis L.M. Modern techniques in the diagnosis and treatment of reflux gastritis // Clinical Gastroenterology. 2018. No. 3. P. 12-20. DOI: 10.5678/cgastro.2018.03.02.

16. 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.

17. 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Мардонов Б.А.

Резюме. Операция холецистэктомии является одной из самых эффективных в лечении заболеваний

желчного пузыря, особенно при желчнокаменной болезни. Однако с развитием лапароскопической холецистэктомии отмечено возникновение дополнительных осложнений, требующих повторных операций. В данной работе рассматривается влияние различных патологий и осложнений, возникающих после холецистэктомии, на состояние желчевыводящих путей и необходимость диагностики и корректировки функциональных нарушений. Исследования основаны на ретроспективном анализе 114 пациентов, перенесших операцию холецистэктомии, из которых у 52 было диагностировано ПХЭС. В ходе исследования использовались различные методы диагностики, включая эндоскопические и рентгенологические методы, ультразвуковое и радионуклидное исследование, а также проведение эндоскопических вмешательств для коррекции выявленных нарушений. Результаты исследования показали, что большинство осложнений и повторных операций были связаны с неполным удалением камней, стенозами и воспалением желчных путей, а также с недостаточной коррекцией сопутствующих заболеваний органов пищеварения. Особенно эффективными методами лечения оказались эндоскопические вмешательства, включая эндоскопическую папиллосфинктеротомию и различные реконструктивные операции. Применение этих методов позволило улучшить исходы у большинства пациентов, снизив количество повторных операций и улучшив качество жизни. Успешное лечение и предотвращение осложнений после холецистэктомии требует комплексного подхода, включающего раннюю диагностику нарушений желчных путей, корректировку хирургических ошибок и обязательную коррекцию сопутствующих заболеваний, таких как дискинезия желчных путей и воспалительные процессы в пищеварительном тракте.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, большой дуоденальный сосочек, папиллосфинктеротомия, дискинезия.