

ДИЕТЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Е. А. Бегул, Л. К. Лукаш, Г. Р. Покровская, А. К. Шаховская

Отдел лечебного питания (зав. — чл.-корр. АМН СССР М. А. Самсонов) Института питания АМН СССР (директор — проф. В. А. Шатерников)

Реферат. Изучены клинические формы так называемого постхолецистэктомического синдрома у 210 больных, перенесших холецистэктомию. С учетом особенностей нарушения внешнесекреторной функции печени и сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта назначали 2 варианта 5-й диеты, различающиеся по количеству жира и углеводов, энергоемкости и степени механического щажения. Больные, у которых был выявлен холестаз, получали жировой вариант 5-й диеты, что способствовало ликвидации застоя желчи. Больным с недостаточностью сфинктера Одди, сопутствующим дуоденитом и панкреатитом назначали щадящий вариант 5-й диеты, приводивший к некоторой задержке желчевыделения и исчезновению признаков воспаления.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром, диетотерапия.

3 таблицы. Библиография: 6 названий.

Хирургическое вмешательство является одним из эффективных способов лечения желчнокаменной болезни. Однако у 30—40% больных после операции наблюдаются упорно рецидивирующие симптомы, которые заставляют сосредоточить внимание на постхолецистэктомическом синдроме [4]. Довольно большая распространенность его, диагностические трудности, связанные с полиморфизмом клинического проявления, и малоудовлетворительные результаты лечения обосновывают необходимость изучения как клинических форм синдрома, так и вопросов его профилактики и терапии. Не подлежит сомнению, что в комплексном лечении больных с постхолецистэктомическим синдромом обязательным компонентом является лечебное питание. Однако диетотерапия для подобного рода больных недостаточно разработана. Лечебное питание, как и другие терапевтические мероприятия, необходимо дифференцировать в зависимости от характера развившихся после операции нарушений, обусловленных изменениями ферментных и регулирующих механизмов и метаболического статуса организма. Назначая диетотерапию постхолецистэктомического синдрома, следует учитывать также возможность вовлечения в патологический процесс соседних органов: двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, других отделов кишечника. И, наконец, надо, несомненно, принимать во внимание состояние состояния внепеченочных протоков и особенно общего желчного протока и его конечного аппарата.

Под нашим наблюдением было 210 перенесших холецистэктомию больных (19 мужчин и 191 женщина в возрасте от 20 до 60 лет). Больные госпитализировались в отделение в разное время после операции — от 6 мес до 15 лет. Нам не удалось установить зависимости между сроками развития заболевания и давностью операции, так как начальные проявления его часто наблюдались уже в первые месяцы после операции.

Среди клинических проявлений преобладал болевой и диспепсический синдром — он наблюдался у 157 (74,8%) больных. Гепатомегалия, причем незначительная, установлена лишь у 56 пациентов. Она являлась, очевидно, следствием застоя желчи, так как после диетотерапии увеличение печени констатировано лишь у 8 (3,8%) больных.

При морфологическом исследовании дуоденальных порций желчи у большинства больных не найдено патологических изменений. Микробиологический анализ флоры дуоденальных порций желчи (Т. И. Кудинова) выявил инфицирование ее у 78% обследованных. Наиболее часто из желчи выделялись кишечная палочка и стафилококки, в основном высевалась монокультура. Бактериальное обсеменение верхнего отдела тонкой кишки установлено у 41% больных. При посеве тонкокишечного сока у подавляющего числа больных выделены ассоциации из 2—3, а иногда из 4 микроорганизмов. Гемолитическая флора в верхнем отделе тонкой кишки обнаруживалась в 2 раза чаще, чем в желчи (16,4% и 8% соответственно).

Обследование методами внутривенной холеграфии и холедуоденографии, произведенное у 144 больных, выявило расширение желчных протоков, особенно общего, у 110 из них; у 93 пациентов отмечено наличие перегибов, сращений с соседними органами и явлений перипроцесса. Функциональные и органические изменения терминаль-

ного отдела общего желчного протока с отеком и воспалительной реакцией в области фатерова соска определялись у 38 больных. У 75 пациентов была обнаружена недостаточность сфинктера Одди. При этом фатеров сосок был увеличен, отеčen; диаметр его составлял от 7 до 16 мм. Складки слизистой вокруг фатерова соска (по данным холедуоденографии) были утолщенные, грубые, с зубчатостью по контуру. Следует отметить, что в тех случаях, когда контрастирования внепеченочных желчных протоков не наступило (у 8 больных), в протоках на холеграммах отчетливо определялся воздух, причиной попадания которого в билиарный тракт является выраженная недостаточность сфинктера. Напротив, у 28 пациентов терминальный отрезок холедоха был концентрически или конусовидно сужен, причем у 18 из них описанная картина на холеграммах сохранялась и после проведения атропиновой пробы, что позволило считать эти изменения органическими. У 21 пациента культя желчного пузыря и пузырного протока оказалась увеличенной и измененной. Наконец, у 3 больных были обнаружены камни в желчных протоках.

Одним из главных и наиболее частых проявлений постхолецистэктомического синдрома является дуоденит — он констатирован нами у половины наблюдавшихся больных.

В настоящее время достаточно отчетливо установлена зависимость состояния двенадцатиперстной кишки от заболеваний желчевыводящей системы [2, 6]. Вопрос же о нарушениях в двенадцатиперстной кишке при холецистэктомиях остается мало изученным. По нашим данным, у значительной части обследованных изменения в двенадцатиперстной кишке были достаточно равномерно выражены на всем ее протяжении. В луковице двенадцатиперстной кишки определялись явления перидуоденита, складки слизистой ее были раздражены, извиты, утолщены, эвакуация по ней ускоренная, неравномерная. В остальных отделах кишки также отмечалось раздражение, утолщение складок слизистой и неравномерная, чаще ускоренная эвакуация. Рельеф представлен крупными пятнами бария, нередко выявлялась ирритация. Перистальтика, как правило, была выраженной, усиленной, нередко с явлениями регургитации.

У четверти пациентов основные клинические проявления заболевания были обусловлены хроническим панкреатитом. Удельный вес другой патологии был менее значителен.

Диету перенесшим холецистэктомию больным назначали в зависимости от того, какими поражениями гепатобилиарной системы или других органов пищеварения был обусловлен абдоминальный дискомфорт, с учетом патогенеза развития этих нарушений. При наличии дуоденита, панкреатита больным предписывали 5-ю щадящую диету. Так как эти заболевания поддерживаются непрерывным поступлением желчи в двенадцатиперстную кишку, ограничением жира в этом варианте диеты (до 50—60 г с исключением растительных масел) достигалось уменьшение ее желчегонного действия [1, 3]. Углеводная часть рациона уменьшалась до 250 г, в основном за счет рафинированных углеводов, так как в последнее время выявлено, что избыточное их употребление способствует повышению литогенных свойств желчи и развитию камней в желчном пузыре [5]. В данной диете сохранялась физиологическая норма белка (90—100 г). Энергоемкость суточного рациона составляла 9,2—10 мДж. В диете предусматривался принцип щажения органов пищеварения, что достигалось приготовлением пищи в протертом виде, а также исключением тугоплавких жиров, продуктов, богатых холестерином и усиливающих бродильные процессы (цельное молоко, выпечка), азотистых экстрактивных веществ, пуринов. Ограничивали количество овощных блюд, фрукты давали лишь в виде киселей и протертых компотов, яблоки — в печеном виде. Прием пищи — 6 раз в сутки. Общее количество свободной жидкости — 1,5 л, содержание поваренной соли — 6—8 г.

5-ю щадящую диету назначали на 2—3 нед, до стихания болевого и диспепсического синдромов.

При клинической картине желчезастойного синдрома, проявлениях ангиохолита, гипомоторной дискинезии толстой кишки больным назначали жировой вариант 5-й диеты. 5-я жировая диета является физиологически полноценной, с нормальным содержанием белка (100—120 г), с увеличенным до 120—130 г количеством жира при равном соотношении животных и растительных жиров. Углеводная часть рациона составляет 350 г, энергоемкость диеты — 4,6 мДж. Исключаются тугоплавкие жиры, продукты, богатые холестерином, эфирными маслами, пряности. Снижаются до минимума азотистые экстрактивные вещества, пурины, продукты расщепления жиров. Увеличивается количество овощных и фруктовых блюд. Пищу дают в неизмельченном виде. Жиры — сливочное и растительное масло — добавляют в готовые блюда. Эффективность диетотерапии оценивалась по результатам клинического наблюдения и изменению ряда биохимических показателей сыrovотки и желчи.

Подавляющее большинство больных хорошо переносило диетотерапию. Уже в первые 7—10 дней у них, как правило, исчезали диспепсические явления, гораздо менее выраженным становился болевой синдром, а у части больных боли прекращались совсем. После полного курса лечения боли в правом подреберье сохранялись лишь у 16% больных; в других отделах живота боли держались более стойко. У 25% больных они продолжались и после окончания курса лечения, что связано, возможно, с сопутствующим синдромом раздраженной кишки.

Явления диспепсии по окончании лечения отмечались лишь у 20 больных, печень оставалась увеличенной у 8 из 56 больных. Как правило, это были больные с сопутствующим гепатитом.

Изучение биохимических показателей крови выявило снижение уровня липидов в сыворотке крови, особенно отчетливое в группе больных с гиперлипидемией (см. табл. 1).

Таблица 1

Динамика содержания липидов в сыворотке крови под влиянием лечения у больных с гиперлипидемией

Время исследования	Холестерин, г/л	Фосфолипиды, г/л	Общие липиды, г/л	Триглицериды, г/л	β -липопротеиды, г/л
До лечения	$2,99 \pm 0,05$	$3,0 \pm 0,1$	$7,4 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$	$5,6 \pm 0,1$
После лечения . . .	$2,55 \pm 0,06$ $P < 0,05$	$2,8 \pm 0,1$ $P < 0,05$	$7,3 \pm 0,2$ $P < 0,05$	$1,9 \pm 0,1$ $P < 0,05$	$5,0 \pm 0,2$ $P < 0,05$

При исследовании активности ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови отмечена тенденция к снижению активности трипсина, липазы и амилазы и некоторому повышению активности ингибитора трипсина.

Наиболее демонстративно влияние диетотерапии прослеживалось при определении химического состава желчи (табл. 2 и 3).

Как видно из данных табл. 2 и 3, действие щадящего и жирового вариантов диет было разнонаправленным. Под влиянием 5-й щадящей диеты, в которой уменьшением

Таблица 2

Динамика основных компонентов желчи под влиянием лечения 5-й щадящей диетой

Время исследования	Холестерин, г/л	Холевая кислота, г/л	Холатохолестериновый коэффициент	Общий фосфор, мг/л
До лечения	$0,67 \pm 0,08$	$2,5 \pm 0,2$	$5,7 \pm 2,0$	170 ± 50
После лечения . . .	$0,70 \pm 0,05$ $P > 0,05$	$3,4 \pm 0,3$ $P < 0,05$	$6,5 \pm 3,0$ $P < 0,05$	180 ± 70 $P > 0,05$

Таблица 3

Динамика основных компонентов желчи под влиянием лечения 5-й жировой диетой

Время исследования	Холестерин, г/л	Холевая кислота, г/л	Холатохолестериновый коэффициент	Общий фосфор, мг/л
До лечения	$0,76 \pm 0,1$	$4,9 \pm 1,3$	$7,0 \pm 4,0$	140 ± 80
После лечения . . .	$0,57 \pm 0,07$ $P < 0,05$	$4,3 \pm 1,1$ $P < 0,05$	$8,0 \pm 3,0$ $P > 0,05$	150 ± 50 $P > 0,05$

квоты жира достигалось снижение желчегонного эффекта, появлялась тенденция к возрастанию содержания основных компонентов желчи. Этот факт, очевидно, может свидетельствовать о компенсаторных возможностях желчевыводящих путей, берущих на себя функцию концентрирования желчи при отсутствии желчного пузыря. Как установлено, литогенность желчи при этом не увеличивалась. Применяемая у больных с желчезастойным синдромом 5-я жировая диета приводила к снижению концентрации холестерина и холевой кислоты, что указывает на ликвидацию явлений застоя желчи.

ВЫВОДЫ

1. Диетлечение больных, перенесших холецистэктомию, следует проводить дифференцированно в зависимости от характера поражения гепатобилиарной системы и других отделов пищеварительного тракта.

2. Больным с выраженным болевым и диспепсическим синдромом и объективно подтвержденными признаками дуоденита, панкреатита показано назначение 5-й щадящей диеты для создания максимального покоя всей пищеварительной системы.

3. Больным с желчезастойным синдромом, гипомоторной дискинезией желчевыводящих путей и толстой кишки целесообразно назначение 5-й липотропножировой диеты, способствующей усилению желчевыведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беоул Е. А., Шаховская А. К. *Вопр. питания*, 1973, 5.— 2. Выржиковская М. Ф. *Рентгенодиагностика заболеваний двенадцатиперстной кишки*. М., Медгиз, 1963.— 3. Нестерин М. Ф., Маркова М. Н., Народецкая Р. В. *Вопр. питания*, 1976, 4.— 4. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Астрожников Ю. В. *Хирургия*, 1973, 9.— 5. Порядков Л. Ф. *Влияние качественно различных углеводов на внешнесекреторную функцию печени*. Автореф. канд. дисс., М., 1970.— 6. Тиходеев С. М. *Клин. мед.* 1950, 4.

Поступила 14 ноября 1979 г.

УДК 616.366—002+616.37—002]—089

О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТАХ

В. В. Сумин, В. А. Ситников, Э. О. Вальтер

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В. В. Сумин) Ижевского медицинского института

Реферат. У больных холецистопанкреатитом показаниями к срочной операции следует считать неэффективность консервативного интенсивного лечения, признаки нарастающей интоксикации и развития деструктивных изменений в желчном пузыре или поджелудочной железе, симптомы разлитого перитонита.

Ключевые слова: холецистопанкреатит, лечение.

1 таблица. Библиография: 6 названий.

Хроническое течение желчнокаменной болезни с периодическими обострениями постепенно приводит к патологическим изменениям в самой паренхиме печени, а также в соседних органах, особенно в поджелудочной железе. Большинство больных холецистопанкреатитом — люди пожилого или старческого возраста. Как правило, у них имеются сопутствующие нарушения в других органах и системах [1, 3]. Обращает на себя внимание большая вариабельность течения заболевания. Наряду с тяжелыми формами холецистопанкреатитов наблюдаются и относительно легкие (у лиц с небольшой продолжительностью заболевания) [6]. В настоящее время тактику хирурга при холецистопанкреатитах нельзя считать окончательно разработанной.

С 1970 по 1977 г. в нашей клинике находилось на лечении 522 больных с диагнозом холецистопанкреатита (см. табл.).

Среди больных преобладали люди повышенной упитанности. Остро возникший приступ боли они связывали чаще с нарушением диеты, перееданием, употреблением изделий из теста, острой, жирной, мясной пищи, алкогольных напитков.

Все пациенты поступали в экстренном порядке. У больных старше 60 лет чаще встречались такие сопутствующие заболевания, как аортокардиокоронаросклероз с явлениями стенокардии и расстройствами сердечного ритма, сердечно-сосудистая недостаточность, хронический бронхит, эмфизема легких, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, хронический гастрит, спастический колит, сахарный диабет. У большинства больных было по несколько сопутствующих заболеваний.

Из 286 больных с обострением хронического холецистопанкреатита у 132 в течение последних двух лет были неоднократные повторные приступы печеночной колики. Поступлению их в клинику предшествовали многочисленные вызовы на дом службы скорой медицинской помощи, транспортировка в различные больницы города для оказания срочной медицинской помощи.

При неясной клинической картине диагноз холецистопанкреатита ставили на ос-