

На правах рукописи

ЧАПЛЫГИНА АННА ВЛАДИМИРОВНА

**ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ БЛИЖАЙШИХ И
ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

14.01.17 - хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Красноярск - 2013

Работа выполнена в научно-образовательном центре «Хирургия» ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России на кафедре хирургических болезней имени проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Черданцев Дмитрий Владимирович**

Официальные оппоненты:

Сухоруков Александр Михайлович – доктор медицинских наук, профессор ФГБУ «Научно-исследовательский институт медицинских проблем Севера» СО РАМН, хирург-консультант

Волков Юрий Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий хирургическим отделением НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Красноярск»

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Защита диссертации состоится « 26 » ноября 2013 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.037.02 при ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 660022, Россия, г. Красноярск, улица Партизана Железняка, 1.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (660022, Россия, г. Красноярск, улица Партизана Железняка, 1).

Автореферат разослан « _____ » _____ 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
Д 208.037.02, кандидат медицинских наук,
доцент

Кочетова Людмила Викторовна

Список используемых в работе сокращений

GSRС	Gastrointestinal Symptom Rating Scale
MOS SF-36	Medical Outcomes Study Short Form-36
АБ	абдоминальная боль
ДП	диспепсический синдром
ДПК	двенадцатиперстная кишка
ДС	диарейный синдром
ЖКБ	желчнокаменная болезнь
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
КЖ	качество жизни
ЛХЭ	лапароскопическая холецистэктомия
ОП	обстипационный синдром
ПХЭС	постхолецистэктомический синдром
РС	рефлюксный синдром
ТХЭ	традиционная холецистэктомия
УЗИ	ультразвуковое исследование
ФГДС	фиброгастродуоденоскопия
ЭГЭГ	<u>электрогастроэнтерография</u>

Актуальность проблемы

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее широко распространенных заболеваний в мире, как среди патологии органов пищеварительного тракта, так и в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости, где занимает третье место после аппендицита и панкреатита (Винник Ю.С. и соавт., 2009; Маев И.В., Дичева Д.Т., 2008).

Многими авторами отмечается стремительный рост числа больных желчнокаменной болезнью за последние десятилетия (Галлингер Ю.И., 2007; Ильченко А.А., 2009; Брискин Б.С. и соавт., 2008; Marschall H.U. et al., 2010). По данным литературных источников, в России холецистолитиазом страдает от 4 до 15% населения. Ежегодно в Российской Федерации выполняется в среднем до 120 тысяч холецистэктомий (Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Чикишева И.В., 2006; Злаказов О.В. и соавт., 2008; Савельев В.С. и соавт., 2007).

По данным Красноярского краевого информационно-аналитического центра в 2012 году в стационары региона было госпитализировано 7874 больных острым холециститом, холецистэктомия выполнена у 4785 пациентов (Винник Ю.С. и соавт., 2013).

Холецистэктомия остается «золотым стандартом» лечения калькулезного холецистита. Вместе с тем, у части больных после холецистэктомии сохраняются боли, диспепсические расстройства, снижающие качество жизни больных в послеоперационном периоде (Зурнаджянц В.А., Сердюков М.А., 2006; Plannels Roig M. Et al., 2013; Shi H.Y. et al., 2009).

Причины, приводящие к развитию постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), чрезвычайно разнообразны (Серова Е.В., 2009; Schrimmer B.D. et al., 2005). Одно из актуальных направлений исследований – изучение моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов до и после хирургического лечения хронического калькулезного холецистита.

В настоящее время проблема нарушений двигательной функции пищеварительного тракта вызывает существенный научный интерес. Это связано с тем, что расстройства моторики органов верхнего отдела пищеварительного тракта могут выступать в качестве важного патогенетического фактора развития многих гастроэнтерологических заболеваний (Вин-

ник Ю.С., Петрушко С.И., Евдокименко В.В., 2003; Маев И.В. и соавт., 2000; Гульман М.И. и соавт., 2003; Lin O.S. et al., 2010; Rudnicki C. et al., 2009).

На сегодняшний день большое практическое значение имеет разработка лечебных мероприятий при функциональных заболеваниях желчевыводящих путей, с учетом особенностей нарушений моторно-тонической функции желудка и ДПК. Вопросы обоснования тактики лечения таких нарушений до настоящего времени не решены и остаются в центре внимания гастроэнтерологов и хирургов (Григорьева И.Н., Романова Т.И., 2010; Смирнова Г.О., Силуянов С.В., 2009; Шептулин А.А., 2007; Pietraszek S., 2009).

Сохраняет актуальность проблема диагностики дуоденогастрального рефлюкса у пациентов, перенесших холецистэктомию, ведутся исследования в отношении влияния рефлюкса на прогрессирование патологических изменений в гастродуоденальной зоне. Все вышеизложенное определяет необходимость разработки новых подходов к оценке нарушений моторно-тонической, эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ у пациентов, перенесших холецистэктомию, и внедрения в клиническую практику патогенетически обоснованных вариантов их коррекции.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения хронического калькулезного холецистита путем коррекции нарушений моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Задачи исследования

1. Провести комплексную оценку состояния моторно-эвакуаторной функции ЖКТ у больных хроническим калькулезным холециститом с помощью электрогастроэнтерографии и функционального ультразвукового исследования.

2. Исследовать влияние холецистэктомии на моторно-тоническую и эвакуаторную функцию верхних отделов пищеварительного тракта.

3. Оценить влияние хирургического вмешательства и патогенетической коррекции функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта на качество жизни больных, перенесших холецистэктомию.

4. Изучить влияние дифференцированной медикаментозной коррек-

ции на динамику изменений показателей моторно-тонической и эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ.

Научная новизна исследования

Установлена диагностическая ценность и возможность применения методов [периферической электрогастроэнтерографии](#) и трансабдоминальной ультрасонографии с водной нагрузкой для оценки моторной функции гастродуоденального комплекса у пациентов с холелитиазом. В результате проведенных исследований выявлены особенности нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у больных хроническим калькулезным холециститом до и после холецистэктомии.

Доказана зависимость типа нарушений перистальтики верхних отделов пищеварительного тракта от продолжительности анамнеза холелитиаза.

Впервые предложена схема медикаментозной коррекции нарушений моторно-эвакуаторной функции у пациентов с холелитиазом с учетом типа нарушений моторной функции ЖКТ, способствующая восстановлению моторно-тонической и эвакуаторной функции верхних отделов пищеварительного тракта вне зависимости от способа выполнения холецистэктомии.

Впервые доказано, что восстановление моторики верхних отделов пищеварительного тракта способствует улучшению качества жизни больных и улучшению ближайших и отдаленных результатов холецистэктомии.

Практическая значимость работы

Доказано, что в процессе дооперационного обследования больных ЖКБ необходимо учитывать индивидуальные особенности нарушений моторно-эвакуационной функции верхних отделов ЖКТ и выбирать оптимальный способ коррекции нарушений моторики желудка и ДПК.

Внедрение в клиническую практику метода периферической компьютерной электрогастроэнтерографии в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии позволило сформулировать дифференцированный подход к коррекции моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов ЖКТ.

Внедрение результатов работы в практику

Клиническая апробация метода проведена в отделении абдоминальной хирургии КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярска.

Отдельные теоретические и практические положения работы используются в педагогическом процессе на кафедре хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Изданы методические рекомендации для врачей, ординаторов и интернов «Диагностика и лечение моторно-эвакуаторных нарушений пищеварительного тракта при холелитиазе».

Положения, выносимые на защиту

1. Компьютерная периферическая электрогастроэнтерография и УЗ-сканирование ЖКТ с водной нагрузкой позволяют получить объективное представление о функциональном состоянии верхних отделов ЖКТ при желчнокаменной болезни и могут применяться с целью верификации нарушений моторной и эвакуаторной функции ЖКТ как на амбулаторном, так и на госпитальном этапах.

2. У больных хроническим калькулезным холециститом существуют два основных типа нарушений моторно-эвакуаторной функции гастродуоденального комплекса –гипермоторный и гипомоторный. Гипомоторный тип чаще развивается у пациентов с анамнезом заболевания желчнокаменной болезнью более 5 лет.

3. Коррекция дискинезии верхних отделов пищеварительного тракта после холецистэктомии должна проводиться с учетом типа нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ.

4. Комплексное, патогенетически обоснованное лечение пациентов, перенесших холецистэктомию, направленное на коррекцию моторно-эвакуаторной дисфункции желудка и ДПК, способствует восстановлению качества жизни больных и улучшению ближайших и отдаленных результатов операции.

Апробация работы

Основные положения работы доложены на юбилейной конференции, посвященной 10-летию образования Красноярского краевого гнойно-септического центра «Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургической инфекции» (Красноярск, 2011 г.); научно – практической конференции, посвященной 80-летию профессора Маркса Израилевича Гульмана «Актуальные вопросы неотложной и восстановительной хирургии» (Красноярск, 2011 г.); 9 заседании Красноярского краевого научно-

практического общества хирургов (Красноярск, июнь 2011 г.); XI съезде хирургов Российской Федерации (Волгоград, 2011 г.); юбилейной конференции, посвященной 70-летию Краевой клинической больницы «70 лет на службе охраны здоровья населения Красноярского края» (Красноярск, 2012 г.); Всероссийской научно-практической конференции хирургов ФМБА России «Актуальные вопросы хирургии» (Железногорск, 2013 г.).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 3 статьи в журналах, рецензируемых ВАК и 1 методическое пособие.

Личный вклад автора состоит в разработке дизайна исследования, выполнении операций у больных хроническим калькулезным холециститом, проведении обследования больных методом электрогастроэнтерографии, анкетировании пациентов с помощью опросников MOS SF-36 и GSRS, систематизации материала, статистической обработке, анализе и интерпретации результатов.

Структура и объем работы

Диссертация изложена на 130 страницах и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 210 источников, из них 65 иностранных. В начале диссертации приводится список сокращений, используемых в работе. Диссертация иллюстрирована 17 таблицами и 11 рисунками.

Глубоко признательна научному руководителю профессору Д.В. Черданцеву и доценту В.Г. Филистовичу за помощь и содействие в проведении работы.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в научно-образовательном центре «Хирургия» ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ на кафедре хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО (заведующий кафедрой доктор мед. наук, профессор Д.В. Черданцев). Набор клинического материала проводился в период с 2009 по 2012 годы на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярска.

В работе проанализированы результаты обследования 120 пациентов

с желчнокаменной болезнью до и после операции холецистэктомии и 30 здоровых людей.

Критериями включения в исследование явились наличие у пациента хронического калькулезного холецистита, хирургическое лечение ЖКБ, информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: установленный диагноз острый калькулезный холецистит, хронический калькулезный холецистит с осложнениями в виде холедохолитиаза, билиодигестивных и иных видов желчных свищей, хронический калькулезный холецистит в сочетании с грыжами передней брюшной стенки. Из исследования также исключались пациенты, перенесшие ранее операции на органах ЖКТ, страдающие хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации, онкологической патологией.

Диагноз желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита устанавливался на основании результатов клинического, лабораторного и инструментального обследования пациентов.

Под наблюдением находилось 13 (10,8%) мужчин и 107 (89,2%) женщин. Средний возраст пациентов составил $50,6 \pm 13,5$ года.

В зависимости от вида проведенного лечения пациенты были разделены на группы, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по группам исследования

№ группы	Характеристика группы	Характер обследования и лечения	Количество пациентов
1	Группа сравнения (здоровые люди)	Электрогастроэнтерография	n =30
2	Больные после открытой ХЭ	Традиционная терапия. УЗИ, ЭГЭГ, оценка качества жизни	n =30
3	Больные после лапароскопической ХЭ	Традиционная терапия. УЗИ, ЭГЭГ, оценка качества жизни	n =30
4	Больные после открытой ХЭ	Традиционная терапия + коррекция моторно-эвакуаторных нарушений ЖКТ. УЗИ, ЭГЭГ, оценка качества жизни	n =30

5	Больные после лапароскопическойХЭ	Традиционная терапия + коррекция моторно-эвакуаторных нарушений ЖКТ. УЗИ, ЭГЭГ, оценка качества жизни	n =30
Всего 120 больных, 30 здоровых			

Средняя продолжительность анамнеза заболевания с момента постановки диагноза составила $4,3 \pm 1,2$ года.

Пациентам 2 и 4 групп выполнялась традиционная холецистэктомия; пациентам 3 и 5 групп была выполнена холецистэктомия из видеолaparоскопического доступа.

В 1 группу вошли 30 человек без патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, которым проводилось исследование моторики ЖКТ при помощи электрогастроэнтерографии (ЭГЭГ) для определения референсных значений показателей.

Традиционное лечение после выполнения холецистэктомии у пациентов 2 и 3 групп предусматривало инфузионную терапию растворами кристаллоидов в объеме 400-800 мл 2 раза в сутки; назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (Кетонал) в дозировке 2 мл 3 раза в день. Для профилактики инфекций области хирургического вмешательства применялся Цефазолин 1,0 внутримышечно за 1 час до операции.

Больные 4 и 5 групп в дополнение к инфузионной терапии и анальгетикам получали итoприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день, либо мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза в день в зависимости от типа выявленных нарушений моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта. Продолжительность медикаментозной терапии составила 14 дней.

Кроме того, у больных 4 и 5 групп применялась магнитотерапия. В качестве источника магнитного поля использовался аппарат «АМИТ-01». Магнитная индукция 400-600 мТл, интервал между импульсами 20 мс. Продолжительность воздействия на область послеоперационного вмешательства 10-15 мин. В условиях стационара выполнялось 4-6 процедур.

Лабораторные методы исследования

Клинические и биохимические исследования крови проведены в лаборатории КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярск. Клинический анализ крови выполнялся по традиционной методике. Из биохи-

мических показателей определяли уровень белка, мочевины, креатинина, билирубина, щелочной фосфатазы, аспартат- и аланинаминотрансферазы (АлТ, АсТ) рутинными методами. Забор крови для исследований у пациентов 3 и 5 групп производился в момент госпитализации, а также на 3-4 сутки пребывания в стационаре; у больных 2 и 4 групп – так же до госпитализации, затем на 5 и 8-е сутки после операции.

Инструментальные методы исследования

Фиброгастроуденоскопия (ФГДС) была выполнена всем пациентам на догоспитальном этапе.

Обзорное УЗИ органов брюшной полости было проведено всем больным с помощью аппарата фирмы «Aloka» (Япония) конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц.

Периферическую электрогастроэнтерографию осуществляли с использованием прибора «Гастроскан ГЭМ» ЗАО НПП «Исток-система» (г. Фрязино, Россия)

Для оценки моторно-эвакуаторной функции ЖКТ использовались следующие показатели: относительная электрическая мощность сигнала (Pi/Ps), коэффициент ритмичности (Критм), с помощью которого можно оценить наличие и характер пропульсивных сокращений гладкомышечных структур для каждого отдела ЖКТ и коэффициент соотношения (Pi/Ps+1), представляющий собой отношение электрической активности вышележащего отдела к нижележащему.

Исследование моторно-эвакуаторной функции ЖКТ выполняли всем пациентам до операции, затем на 1, 3, 5 и 10 сутки после холецистэктомии.

При ультразвуковом трансабдоминальном исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки натощак определяли наличие или отсутствие остатков пищи, их количества, а так же оценивали рельеф слизистых оболочек. После приёма пациентом 500 мл негазированной жидкости определяли форму желудка и ДПК, толщину и структуру стенок различных отделов гастродуоденального комплекса, оценивали моторно-эвакуаторную способность проксимального отдела ЖКТ и степень выраженности дуодено-гастрального рефлюкса.

Исследование качества жизни пациентов после холецистэктомии проводили путем анкетирования пациентов при помощи 2-х стандартных

опросников – общего (MOS SF-36) и специализированного (GSRS). Оценка качества жизни пациентов выполнялась при поступлении в стационар, в день выписки из стационара и через 1 год после операции. Правила работы с анкетой объяснялись во время первого заполнения, впоследствии пациенты заполняли анкету самостоятельно. Для оценки качества жизни в отдаленном послеоперационном периоде анкеты отправляли почтовой рассылкой.

Статистическая обработка материала

Для статистической обработки полученных результатов использовали современные статистические методы, реализованные в пакете прикладных программ SPSS 19 for Windows 7 и Microsoft Excel 2010 с соблюдением принципов статистического анализа, принятых для исследования в биологии и медицине.

Все данные анализировались методами вариационной статистики. Вычисление распределения отдельных признаков и оценка основных характеристик распределения (средней арифметической величины и ее ошибки $-M \pm m$, коэффициента вариации $- v$). Оценка достоверности межгрупповых различий изучаемых признаков оценивалась по t-критерию Стьюдента. Для вариационных рядов с распределением, отличающимся от нормального, использовались критерии Ван-дер Вардена и Вилкоксона. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований

На начальном этапе исследований установлены референсные значения показателей ЭГЭГ у здоровых людей, проживающих на территории Красноярского края. В исследовании принимали участие добровольцы в возрасте от 21 года до 62 лет, не имеющие гастроэнтерологических жалоб. Установлено, что значения изучаемых показателей не имеют достоверных статистических отличий от результатов исследований, изучаемых в других регионах Российской Федерации.

Для оценки нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки при хроническом калькулезном холецистите, а так же изучения возможности применения в общеклинической практике ультразвукового метода исследования с водной нагрузкой, нами было вы-

полнено обследование 57 пациентов.

По результатам данного исследования выделено 2 основных типа нарушений моторики желудка и ДПК у пациентов с холелитиазом. Первый тип характеризовался увеличением периода полувыведения эхоконтрастной массы из просвета желудка более 22 мин., задержкой начальной эвакуации контраста в просвете желудка до 5 мин. (в норме 1-3 мин.) с последующей эвакуацией его в верхнегоризонтальную ветвь ДПК с рефлюксом в желудок, в среднем $8,1 \pm 0,5$ мин. и дальнейшим постепенным продвижением в нижележащие отделы кишки.

Для второго типа было характерно нормальное начало эвакуации из желудка, в среднем около 2 мин., с развитием стаза эхоконтраста в нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки и зоне нижнего изгиба с выраженным рефлюксом в верхнегоризонтальную ветвь, в среднем $15,8 \pm 4,9$ мин., с последующей порционной эвакуацией в нижележащие отделы кишки. Результаты исследований моторики верхних отделов пищеварительного тракта представлены в таблице 2.

Таблица 2

Данные ультразвукового исследования верхних отделов ЖКТ
у больных хроническим калькулезным холециститом

Исследуемые данные	Больные хроническим калькулезным холециститом (n=57)		Норма
	Гипофункция	Гиперфункция	
Период полувыведения содержимого желудка	$25,1 \pm 1,3^*$	$8,5 \pm 1,6$	8-22 мин
Коэффициент антро-дуоденальной координации	$0,15 \pm 0,04^*$	$0,4 \pm 0,04^*$	$0,22 \pm 0,1$
Индекс функциональной активности привратника	$64,2 \pm 5,6^*$	$72,3 \pm 6,1^*$	$92,5 \pm 5,3\%$
Наличие дуодено-гастрального рефлюкса	1-3 ст.	2-3 ст.	Возможен ДГР 1 ст.

* – достоверность различий по сравнению с нормой при $p < 0,05$

Следует отметить, что в 66,7% случаев выявлялся второй тип нару-

шений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. В 33,3% мы наблюдали гипокINETический вариант функциональных нарушений гастродуоденального комплекса.

Выраженные ультрасонографические проявления дуоденогастрального рефлюкса отмечались в группе пациентов с гиперкинетическим нарушением моторики ЖКТ.

По результатам измерения электрической активности желудка и ДПК у 120 пациентов с хроническим калькулезным холециститом, гипомоторный тип перистальтики отмечен у 35%, а гипермоторный у 56,7% пациентов с ЖКБ. У 10 пациентов (в 8,3% случаев) по данным ЭГЭГ выявили нормальную активность двенадцатиперстной кишки и желудка. Дуоденогастральный рефлюкс у данных пациентов при помощи электрогастроэнтерографии был выявлен в 43,6% случаев.

По нашим наблюдениям, в 85,3 % случаев диагностики гипермоторного типа дискинезии верхних отделов ЖКТ, давность заболевания желчнокаменной болезнью составила менее 5 лет. Гипомоторный тип дискинезии наблюдался в 88,1 % случаев у пациентов с давностью заболевания холестиолетиазом больше 5 лет (рис. 1).

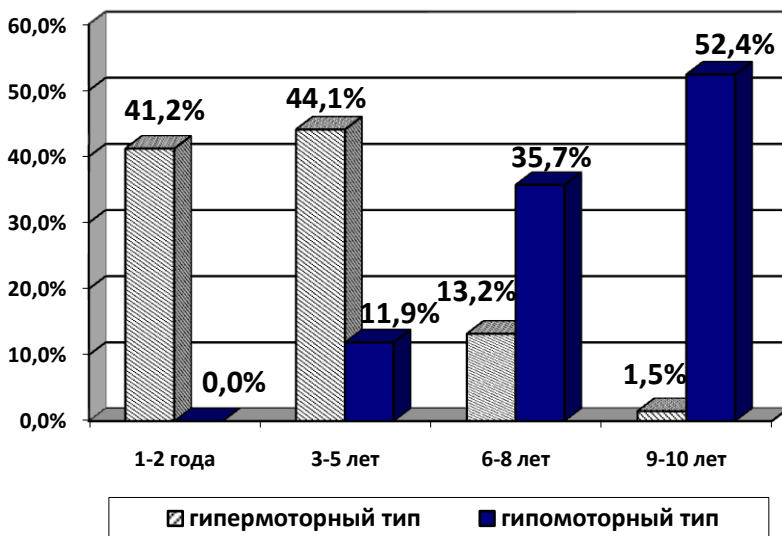


Рис. 1. Взаимосвязь длительности анамнеза заболевания ЖКБ и типа нарушений моторики гастродуоденального комплекса.

При анализе результатов, полученных с использованием методики ЭГЭГ, обращал внимание факт изменения коэффициента ритмичности по всем отделам ЖКТ, а также увеличение электрической активности ДПК до $3,5 \pm 1,4$ мВт ($p < 0,05$). Кроме того, определялась тенденция к уменьшению коэффициента соотношения в области переходной зоны желудок/ДПК.

В раннем послеоперационном периоде проведен сравнительный анализ изменений моторики верхних отделов пищеварительного тракта у больных, перенесших холецистэктомию. Обследовано 60 пациентов (2 и 3 группы). Пациенты 2 группы, оперированы открытым способом, больные 3 группы – из лапароскопического доступа.

В 1 сутки после традиционной холецистэктомии у больных 2 группы электрическая активность желудка уменьшилась на 51,3% в сравнении с исходными значениями и составила $9,31 \pm 2,9$ мВт (рис. 2), активность 12-перстной кишки снизилась на $0,5 \pm 0,18$ мВт, тощей и подвздошной кишок, напротив, увеличилась на 172% и 164% соответственно. Аналогичные тенденции изменения показателей наблюдались у больных 3 группы, но колебания значений были менее выраженными.

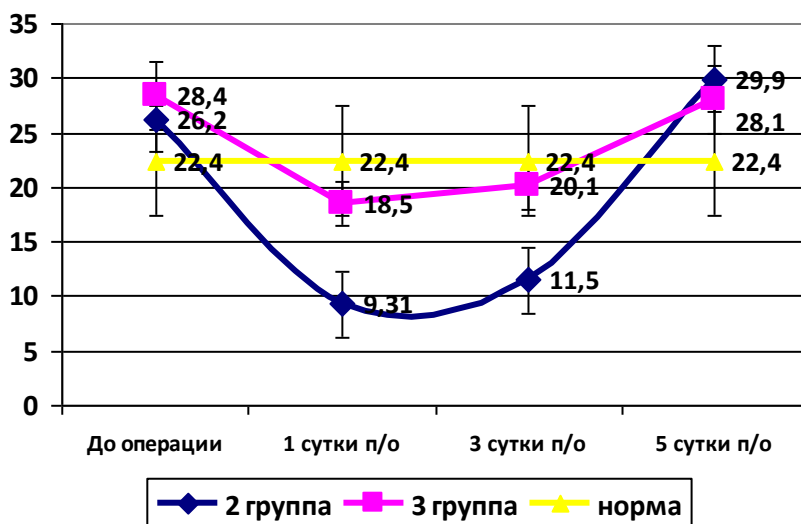


Рис. 2. Электрическая активность желудка у пациентов 2 и 3 групп (мВт).

Спустя 3 суток после хирургического вмешательства у больных 2 группы отмечалась стабилизация электрической активности желудка, тонкой и толстой кишок и сохранялось снижение электрической активности ДПК (рис. 3).

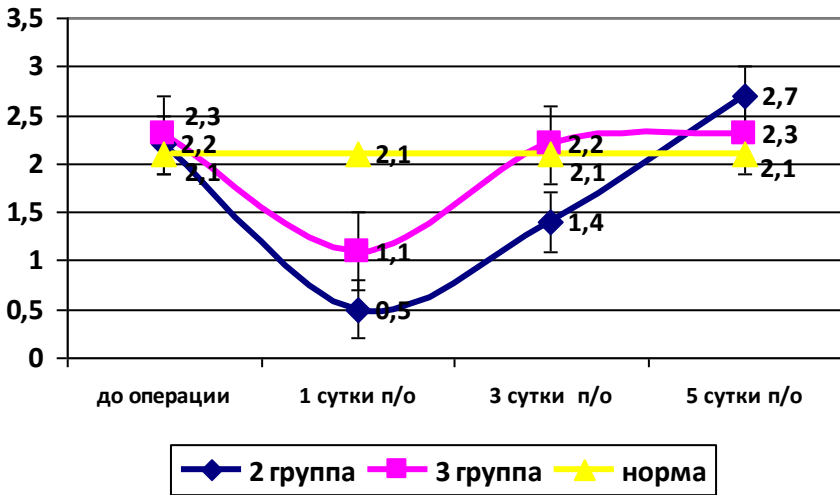


Рис. 3. Электрическая активность ДПК у пациентов 2 и 3 групп (мВт).

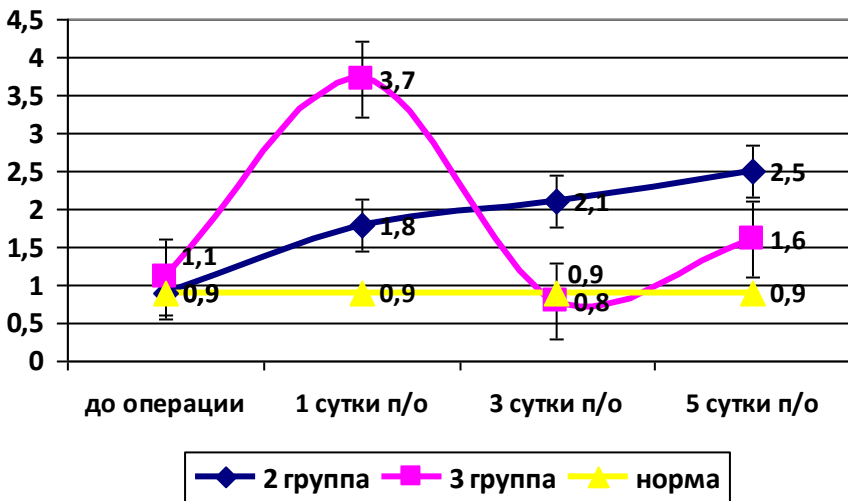


Рис. 4. Ритмичность моторики ДПК у пациентов 2 и 3 групп.

Оценка коэффициента ритмичности после холецистэктомии показала, что открытая холецистэктомия оказывает более выраженное негативное влияние на ритмическую активность пищеварительного тракта, в сравнении с эндовидеохирургическим вмешательством (рис. 4).

После открытых операций у 40% пациентов моторно-эвакуаторная функция ДПК восстановилась на 5 сутки, а у оставшихся 60% – лишь спустя 10 суток после хирургического вмешательства.

Сравнение динамики изменения параметров, характеризующих качество жизни пациентов, продемонстрировало, что выраженные отличия наблюдались в раннем послеоперационном периоде и связаны, в основном, с более медленным регрессом болевого синдрома у больных, оперированных традиционным способом. В отдаленном послеоперационном периоде обращало внимание увеличение числа случаев регистрации рефлюксного синдрома. Вне зависимости от способа выполнения операции у части пациентов оставались сниженными показатели качества жизни, что требовало коррекции в послеоперационном периоде.

На втором этапе исследования оценивали возможности коррекции моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов ЖКТ после холецистэктомии.

В зависимости от типа выявленных нарушений моторики верхних отделов ЖКТ пациенты 4 и 5 групп были разделены на 2 подгруппы с гипер- и гипомоторным типом перистальтики.

В течение недели до госпитализации пациенты с гипермоторными нарушениями (n=34) получали мебеверина гидрохлорид (200 мг 2 раза в сутки), пациенты с гипомоторными нарушениями – итоприда гидрохлорид. Общая продолжительность лечения в периодах до и после операции составила 14 суток.

Применяя мебеверина гидрохлорид у больных с ЖКБ как до, так и после операции, мы обратили внимание на тот факт, что, кроме симптоматического улучшения течения основного заболевания, у многих больных происходила и нормализация нарушенной двигательной-эвакуаторной функции желудка и ДПК.

Показаниями к назначению итоприда были: ослабление сократительной активности желудка и ДПК, замедление эвакуации у пациентов с

гипомоторным типом нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК. Все больные (n=26) принимали препарат в стандартных дозировках 50 мг × 3 раза в сутки в течение 14 суток.

Помимо фармакологической коррекции, у больных 4-5 групп в состав реабилитационного комплекса в ранние сроки после холецистэктомии была включена магнитотерапия.

Показатели электрической активности желудка и ДПК во всех группах до начала лечения не имели достоверных различий. У больных 4 и 5 групп уже в первые сутки после хирургического лечения отмечается стабилизация показателей по данному признаку до $16,3 \pm 3,8$ и $19,4 \pm 5,4$ мВт ($p < 0,05$) соответственно. Показатели электрической активности ДПК у пациентов 4 группы восстанавливались до нормальных значений на 5 сутки послеоперационного периода (рис. 5).

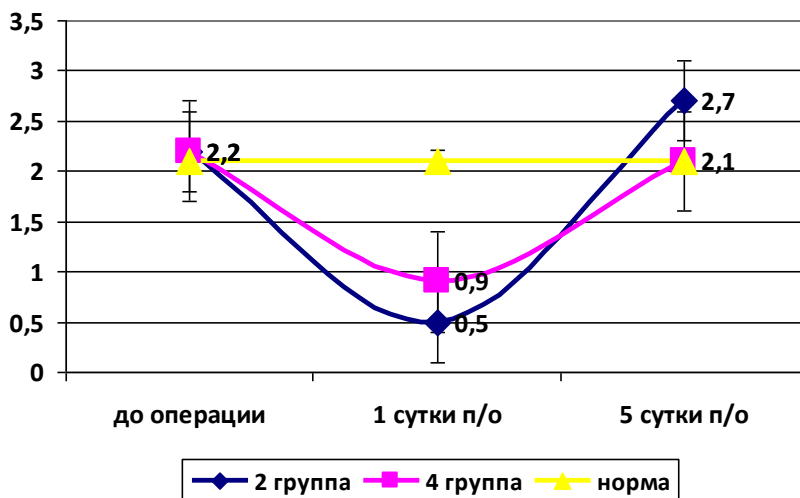


Рис. 5. Электрическая активность ДПК у пациентов 2, 4 групп.

У больных 2 группы на 5 сутки после холецистэктомии отмечалось увеличение электрической активности желудка на 14,4% по отношению к исходным данным. К моменту выписки рост электрической активности составил 27,8%. В группе пациентов, оперированных лапароскопическим способом в эти же сроки, электрическая активность желудка приближалась

к исходным значениям.

Электрическая активность ДПК у пациентов, получающих стандартную терапию, была резко снижена, однако у пациентов 5 группы уже в первые сутки послеоперационного периода отмечалась тенденция к стабилизации данного признака при его значении $1,7 \pm 0,6$ мВт ($p < 0,05$) (рис. 6).

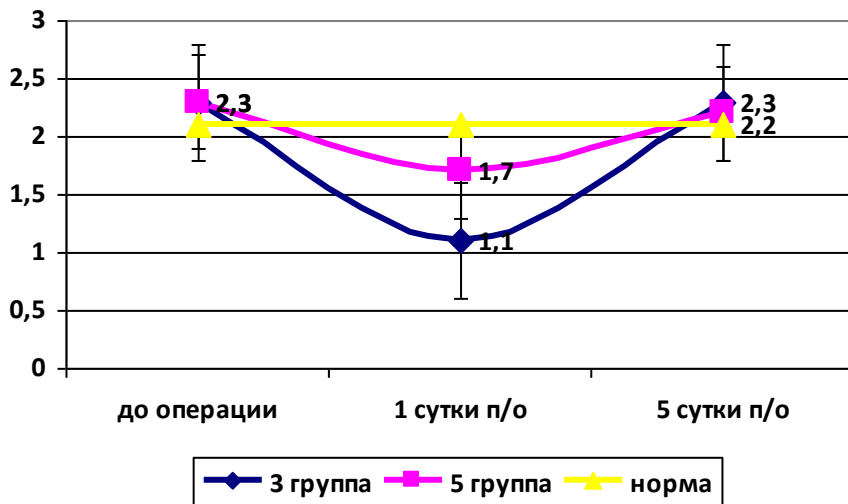


Рис. 6. Электрическая активность ДПК у пациентов 3,5 групп.

Учитывая, что значения отношения мощностей $P(i)/P(s)$ желудка во всех группах исходно превышали среднестатистическую норму, у пациентов 4 и 5 групп, получавших патогенетическое лечение, происходила стабилизация показателей по данному признаку до $21,2 \pm 4,5$ мВт ($p < 0,05$), что соответствует референсным значениям.

В первые сутки после холецистэктомии коэффициент ритмичности у больных 3 группы оставался стабильным. Снижение его на 36,1% наблюдалось у пациентов, перенесших открытую холецистэктомию. У больных 4 и 5 групп в эти сроки намечалась тенденция к снижению показателя. На 5 сутки стабилизировались значения показателя Критм ДПК у пациентов, получавших медикаментозную коррекцию. У больных, получавших традиционное лечение, положительной динамики по этому критерию не отмеча-

лось. Напротив, происходило увеличение Критм ДПК во 2 группе до $2,5 \pm 0,5$, что на 177,8 % превышало нормальные показатели. Это свидетельствовало о непропульсивных сокращениях двенадцатиперстной кишки, что способствует возникновению и дальнейшему прогрессированию диспепсического синдрома.

Следует отметить, что в 4 и 5 группах в результате проведенной коррекции моторно-эвакуаторных нарушений ЖКТ, значения показателя координированности моторики убывали от желудка к толстой кишке, что соответствует норме.

При выписке из стационара больные получили стандартные рекомендации, включающие указания по диете, режиму питания, физической нагрузке. Кроме того, при возникновении болевого или стойкого диспепсического синдромов в отдаленном периоде было рекомендовано применение препаратов, назначенных в дооперационном периоде соответственно типу имеющихся нарушений верхних отделов ЖКТ (итоприд или мебеверина гидрохлорид). Был рекомендован курсовой прием препаратов продолжительностью от 7 до 14 дней с кратностью повторений до 4 раз в год, в зависимости от выраженности проявлений ПХЭС.

Спустя 1 год после холецистэктомии результаты были оценены с помощью ультразвукового исследования верхних отделов ЖКТ у 36 пациентов. Гипомоторные нарушения функции ЖКТ ранее были выявлены у 14 человек (38,9%), гипермоторные, соответственно, у 22 пациентов (61,1%). При анализе полученных данных отмечалась нормализация основных показателей функциональной активности верхних отделов ЖКТ. Положительные результаты после медикаментозной коррекции были выявлены у пациентов обеих групп. У 4 больных (18,2 %), имевших склонность к гиперкинетическим нарушениям моторики ЖКТ был выявлен дуоденогастральный рефлюкс 2 степени. Для оценки качества жизни через 1 год после оперативного лечения ЖКБ использовались опросники GSRS и SF-36. Анкеты по почте были отправлены 60 пациентам.

Оценка результатов проводилась с учетом способа хирургического лечения. Результаты сравнивали с данными обследования пациентов после открытой и лапароскопической холецистэктомии, получавших традиционное лечение (2, 3 группы).

При сравнении показателей анкеты SF-36 в отдаленном послеоперационном периоде статистически значимых различий между результатами данных пациентов 4, 5 групп и среднепопуляционными значениями не выявлено. Достоверных отличий при сравнении показателей КЖ 4 и 5 групп также не обнаружено.

В результате сравнения параметров качества жизни четырех групп больных (анкета GSRС), в группах, получавших медикаментозную коррекцию, отмечается улучшение в отношении всех показателей (рис. 7).

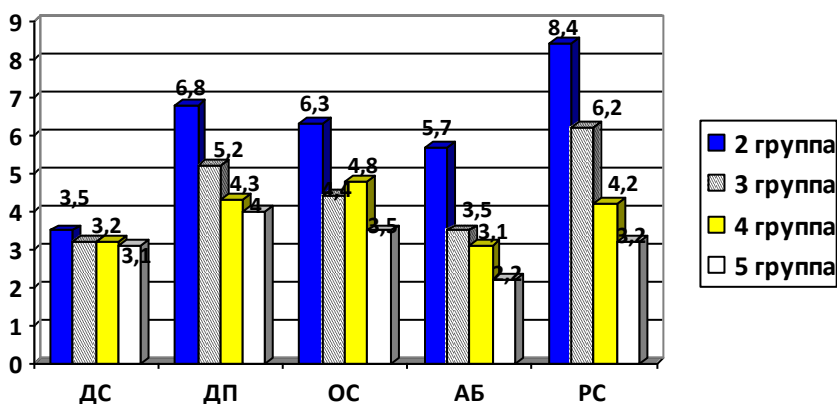


Рис. 7. Сравнение показателей КЖ у больных 2-5 групп через 1 год после холецистэктомии с использованием опросника GSRС.

У пациентов 5 группы мы наблюдали снижение показателей, характеризующих диспепсический синдром на 25,9% и уменьшение степени проявлений дуодено-гастрального рефлюкса на 48,4% в сравнении с показателями пациентов 3 группы, получавших ранее стандартную терапию.

Особо показательны данные, полученные при сравнении групп пациентов после традиционной холецистэктомии. В результате коррекции моторно-эвакуаторных нарушений верхних отделов ЖКТ у пациентов 4 группы наблюдали снижение показателей, характеризующих диспепсический синдром на 36,8 %, обстипационный синдром на 23,8%, болевой синдром на 45,6%; рефлюксный синдром уменьшился в два раза по сравнению с результатами 2 группы.

Полученные результаты позволяют рекомендовать дифференцированный подход к коррекции дисфункции верхних отделов ЖКТ к широкому практическому применению у пациентов после холецистэктомии.

Выводы

1. По результатам электрогастроэнтерографии и функционального ультразвукового сканирования у пациентов, страдающих ЖКБ, выявляются гипо- и гипермоторные нарушения функции верхних отделов пищеварительного тракта. Гипомоторный тип встречается в 35% случаев и характерен для пациентов с анамнезом холелитиаза более 5 лет. Гипермоторные нарушения развиваются у 56,7% больных хроническим калькулезным холециститом. У 8,3 % пациентов с бессимптомным камненосительством и коротким анамнезом заболевания по данным ЭГЭГ моторно-тоническая функция верхних отделов ЖКТ не нарушена.

2. Холецистэктомия усугубляет моторно-эвакуаторные нарушения верхних отделов ЖКТ вне зависимости от технологии выполнения хирургического вмешательства. Более глубокие нарушения происходят у больных, перенесших открытую холецистэктомию. Моторика верхних отделов пищеварительного тракта у 60% больных после открытой холецистэктомии не восстанавливается к моменту выписки из стационара.

3. Моторно-эвакуаторные нарушения верхних отделов пищеварительного тракта у больных хроническим калькулезным холециститом сопровождается снижением качества жизни пациентов. Назначение корригирующей терапии с учетом типа нарушений моторики ЖКТ способствует восстановлению качества жизни больных в раннем послеоперационном периоде, а также в отдаленные сроки после операции.

4. Дифференцированный подход с применением медикаментозной коррекции в зависимости от типа нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты холецистэктомии. При таком варианте лечения у 94,8%, пациентов после лапароскопической холецистэктомии отмечалась нормализация показателей моторики верхних отделов ЖКТ. У пациентов после открытой холецистэктомии положительный результат отмечен в 72,3% случаев.

Практические рекомендации

1. Пациентам с холецистолитиазом следует проводить электрогастроэнтерографию и ультразвуковое исследование функциональной состоятельности верхних отделов ЖКТ до оперативного лечения с целью прогнозирования нарушений моторики гастродуоденального комплекса, которые могут возникать в послеоперационном периоде. Проведение электрогастроэнтерографии в послеоперационном периоде в условиях стационара целесообразно на 4-5 сутки после лапароскопической и на 9-10 сутки после традиционной холецистэктомии.

2. Больные хроническим калькулезным холециститом должны получать медикаментозное лечение соответственно типу выявленных нарушений моторно-эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ. При гипермоторном типе следует назначать мебеверина гидрохлорид 200 мг 2 раза в день; при гипомоторном типе нарушений показан итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в день. Медикаментозную коррекцию нарушений моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта необходимо начинать за неделю до плановой холецистэктомии. Средняя продолжительность приема препаратов 2 недели. Возможны повторные курсы терапии в течение первого года после операции.

Список основных публикаций по теме диссертации

1. Филистович, А. В. Изменение моторики верхних отделов ЖКТ после холецистэктомии / А. В. Филистович // Мед. академ. журн. – 2010. – №5. – С. 38.

2. Лапароскопическая холецистэктомия в краевой клинической больнице / Д. В. Черданцев, А. В. Филистович, В. Г. Филистович [и др.] // Актуальные вопросы неотложной и восстановительной хирургии : сб. науч.-практ. работ, посвящ. 80-лет. проф. Маркса Израилевича Гульмана. – Красноярск, 2011. – С. 363–365.

3. Лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой по данным КБ / Д. В. Черданцев, А. В. Филистович, В. Г. Филистович [и др.] // Актуальные вопросы неотложной и восстановительной хирургии : сб. науч.-практ. работ, посвящ. 80-лет. проф. Маркса Израилевича Гульмана. – Красноярск, 2011. – С. 365–366.

4. Филистович, А. В. Нарушение моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у больных после холецистэктомии / А. В. Филистович, Д. В. Черданцев, В. Г. Филистович // Материалы юбилейной конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургической инфекции». – Красноярск, 2011. – С. 128–132.

5. Филистович, А. В. Оценка качества жизни у больных после холецистэктомии / А. В. Филистович, Д. В. Черданцев, В. Г. Филистович // Материалы юбилейной конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургической инфекции». – Красноярск, 2011. – С. 123–127.

6. Филистович, А. В. Сравнительный анализ показателей качества жизни у больных перенесших холецистэктомию / А. В. Филистович, Д. В. Черданцев, В. Г. Филистович // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2011. – №4. – С. 110–111.

7. Черданцев, Д. В. Функциональные расстройства моторики органов ЖКТ после холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде / Д. В. Черданцев, А. В. Филистович, В. Г. Филистович // XI съезд хирургов Российской Федерации 25-27 мая 2011 г. : материалы съезда. – Волгоград, 2011. – С. 385–386.

8. Филистович, А. В. Особенности патогенеза нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта после холецистэктомии / А. В. Филистович, Д. В. Черданцев, В. Г. Филистович // Сиб. мед. обозрение. – 2012. – №1. – С. 3–6.

9. Чаплыгина, А. В. Диагностика дуоденогастрального рефлюкса с использованием методики электрогастроэнтерографии / А. В. Чаплыгина, Д. В. Черданцев, В. Г. Филистович // Сборник научно-практических трудов посвящ. 70-летию Краевой клинической больницы. – Красноярск, 2012. – С. 172–174.

10. Чаплыгина, А. В. Медикаментозная коррекция функциональных расстройств верхних отделов желудочно-кишечного тракта / А. В. Чаплыгина, Д. В. Черданцев, В. Г. Филистович // Сборник научно-практических трудов, посвящ. 70-летию Краевой клинической больницы. – Красноярск, 2012. – С. 170–172.

11. Холецистэктомия в Краевой клинической больнице / В. Г. Филистович, А. В. Чаплыгина, О. В. Первова [и др.] // Сборник науч-

но-практических трудов, посвящ. 70-летию Краевой клинической больницы. – Красноярск, 2012. – С. 164–166.

12. Чаплыгина, А. В. Использование ультразвукового метода исследования для оценки нарушений моторно-эвакуаторной функции верхних отделов ЖКТ у больных холелитиазом / А. В. Чаплыгина // Вестник Клин. больницы № 51. Материалы научно-практической конференции хирургов ФМБА России «Актуальные вопросы хирургии». – 2013. – №5(2). – С. 87–88.

13. Чаплыгина, А. В. Диагностика и коррекция нарушений моторики желудка и ДПК при калькулезном холецистите / А. В. Чаплыгина, Д. В. Черданцев, В. Г. Филистович // Вестник Клин. больницы № 51. Материалы научно-практической конференции хирургов ФМБА России «Актуальные вопросы хирургии». – 2013. – №5(2). – С. 88–89.

14. Диагностика и лечение моторно-эвакуаторных нарушений пищеварительного тракта при холелитиазе : метод. рекомендации для врачей, клинических ординаторов и интернов / сост. Д. В. Черданцев, А. В. Чаплыгина, В. Г. Филистович. – Красноярск : КСБ, 2013. – 48 с.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

<http://www.gastroscan.ru/literature/>