

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА» МИНЗДРАВА РОССИИ

На правах рукописи

КОБЕСОВ НИКОЛАЙ ВИКТОРОВИЧ

**РОЛЬ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА В
ПАТОГЕНЕЗЕ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ
КАНДИДАТА МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Нальчик – 2017

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Ступин Виктор Александрович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Айдемиров Артур Насирович

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной хирургии, заведующий кафедрой

доктор медицинских наук, профессор

Меджидов Расул Тенчаевич

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующий кафедрой общей хирургии, проректор по лечебной работе

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «___»_____2017 года в часов на заседании Диссертационного совета Д.212.076.10 на базе ФГБОУ ВО «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» по адресу: 360004, Кабардино-Балкарская Республика, г. Нальчик, ул. Чернышевского, № 173

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке «Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова» по адресу: 360004, Кабардино-Балкарская Республика, г. Нальчик, ул. Чернышевского, № 173

Автореферат разослан «___»_____2017 года

Ученый секретарь Диссертационного совета
кандидат медицинских наук, доцент

Захохов Руслан Максидович

Актуальность проблемы.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) занимает 3-е место в общей структуре заболеваний, после сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета, что определяет ее актуальность среди прочих проблем современной медицины (Агафонова Н.А., 2011; Лейшнер У., 2001; Ильченко А.А., 2004; Гальперин Э.И., 2006; В.А.Зурнаджьянц, 2009; Айдемиров А.Н, 2014; Меджидов Р.Т., 2013; Гарелик И.В., 2010; Тотиков В.З., 2005; Брискин Б.С., 2005; Никитенко Т.М., 2005; Шаповальянц С.Г., 2011; Hofeldt M., 2008). ЖКБ страдает до 15% населения всего мира, в России - до 12% населения (Дадвани С.А., 2000; Лазебник Л.Б., 2004; Меджидов Р.Т., 2013). В настоящее время число больных с ЖКБ неуклонно растет, кроме того имеется тенденция к увеличению числа больных трудоспособного возраста, что говорит о социальной значимости данной проблемы (Абдуламитов Х.К., 2009; Абдуллина Г.И., 2002; Меджидов Р.Т., 2015; Бурков С.Г., 2009; Власов А.П., 2009; Гальперин Э.И., 2006; Григорьев П.Я., 2001; Ермолов А.С., 2004; Савельев В.С., 2009; Стрижелецкий В.В., 2004; Лейшнер У., 2001; Панцырев Ю.М., 2011; Айдемиров А.Н, 2015; Студеникин Л.В., 2015). «Золотым стандартом» в хирургическом лечении ЖКБ, на сегодняшний день, является холецистэктомия (ХЭ) (Федоров И.В., 2005; Chowbey P.K., 2007; Genc V., 2011; Hassaniah W. F., 2006; Kortram K., 2010). Ежегодно в мире выполняют более 1 миллиона ХЭ, в США - около 700 тысяч ХЭ, в России - 100-120 тысяч, в Великобритании - 45 тысяч в год, во Франции - 70 тысяч в год (Винник Ю.С., 2013; Дадвани С.А., 2000; Ермолов А.С., 2004; Ильченко А.А., 2004; В.А.Зурнаджьянц, 2014; Звягинцева Т.Д., 2015; Pott P.J. 2004;).

Несмотря на усовершенствование хирургической тактики лечения, широкое внедрение в хирургическую практику лапароскопической ХЭ, хирургическое лечение не всегда избавляет больного от страданий (Бурков С.Г., 2004; Гальперин Э.И., 2006; Звягинцева Т.Д., 2015; Савченко Ю.П., 1995; Kirk G., 2011). Частота неудовлетворительных отдаленных результатов после ХЭ составляет 2-40% (Андреева О.А., 2011; В.А.Зурнаджьянц, 2014; Винник Ю.С., 2013; Григорьев П.Я.,

2004; Майер Е.О., 2000; Ситенко В.М., 1972; Var-Meir S., 1984). Больные в послеоперационном периоде жалуются на боли и диспептические расстройства (Быстровская Е.В., 2010; Ильченко А.А., 2010; Серова Е.В., 2010). Подобные симптомы связаны с возникновением, так называемого, постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) (Гальперин Э.И., 2006; Ильченко А.А., 2004; Лазебник Л.Б., 2004; Савченко Ю.П., 1995; Серова Е.В., 2010; Суздальцев И.В., 2003; Похабова Е.Ю., 2012). Согласно Римскому консенсусу по функциональным расстройствам органов пищеварения 1999 г. термином "ПХЭС" принято обозначать сохранившуюся или вновь возникшую дисфункцию сфинктера Одди (ДСО). Согласно ему дисфункция сфинктера Одди - нарушение сократительной функции сфинктера Одди, препятствующее нормальному оттоку желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку. Нарушение функции сфинктера Одди может носить органический (стенозы, стриктуры и т.д.) и/или функциональный характер (Быстровская Е.В., 2010; Ильченко А.А., 2010; Ковалев А. И., 2011; Кузнецов В.В., 2010; Прудков М.И., 2011; Упницкий А.А., 2010; Левин М.Д., 2011). Проблема лечения больных, перенесших ХЭ и предъявляющих жалобы на боли в правом подреберье, связанные с приемом пищи, заключается в отсутствии четко разработанных критериев диагностики органической и функциональной патологии, что создает трудности при выборе дифференцированного подхода к лечению данных больных (Дерипаскина А.В., 2004; Поленов А.М., 2007; Тупицына Т.Ю., 2006; Гибадулина И.О., 2011; Лебедев С.В., 2013). Существующие на сегодняшний день алгоритмы диагностики и методы лечения ДСО малоэффективны. Возможно, что отсутствие прорыва в этой области связано и с совершенно разноплановыми подходами к этим больным у терапевтов и хирургов.

На сегодняшний день предлагают различные методы обследования больных с ПХЭС (Аккуратова А.Ю., 2008; Кузнецов В.В., 2010; Полунина Т.Е., 2013; Тупицына Т.Ю., 2006; Филистович А.В., 2012; Айдемиров А.Н., 2014; Бебуришвили А.Г., 2015; Hall T.C., 2012; Piccinni G., 2004; Rosenblatt M.L., 2001; Tzovazas G., 2002; Wehrmann T., 2004; Varadarajulu S., 2003; Vitton V., 2008). Трансабдоминальное ультразвуковое

исследование (ТУЗИ) информативно при дисфункции сфинктера Одди только в сочетании с нагрузочными пищевыми пробами (Осипенко М.Ф., 2012; Леонтьев А.С., 2015; Rosenblatt M.L., 2001; Siddiqui A.A., 2012). Эндоскопическая сфинктероманометрия считается наиболее информативным исследованием функции сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка на сегодняшний день (Haber G.B., 2010; Neoptolemos J.P., 1988; Sherman S., 1991; Smithline A., 1993; Toouli J., 2000; Wehrmann T., 2004; Vitton V., 2008). Хотя инвазивность метода с одной стороны и желание получить параметры физиологической активности обсуждаемой зоны трудно сочетаются. И по сей день, четко не разработаны подходы и критерии к дифференцированной диагностике и медикаментозной коррекции больных с дисфункцией сфинктера Одди. В связи с этим представляется актуальной попытка улучшить результаты ХЭ у больных с ЖКБ путем основанного на результатах комплексной инструментальной диагностики подхода к лечению этой патологии.

Цель исследования: усовершенствовать диагностику и дифференцированный подход к лечению больных с ПХЭС

Задачи исследования:

1. Оценить степень и частоту органических и функциональных изменений гепатобилиарной зоны у пациентов с ПХЭС;
2. Выявить клинико-инструментальные признаки патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки у пациентов с органическими и функциональными изменениями гепатобилиарной зоны при ПХЭС;
3. Изучить состояние билиарного тракта у пациентов без патологии гепатобилиарной зоны с помощью эндоскопической манометрии сфинктера Одди с целью определения нормальных физиологических параметров двигательной активности холедоха, сфинктера Одди и двенадцатиперстной кишки(ДПК);
4. Разработать провокационные тесты для дифференциальной диагностики различных типов дисфункции сфинктера Одди;

6. Сравнить информативность ультразвуковых методов исследования в диагностике органических и функциональных изменений гепатобилиарной зоны у пациентов с ПХЭС;
7. Предложить схемы терапии для больных с функциональными нарушениями сфинктера Одди;
8. Оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм для больных с постхолецистэктомическим синдромом.

Научная новизна

Впервые на клиническом материале произведена оценка состояния билиарного тракта с помощью эндоскопической манометрии сфинктера Одди, определены нормальные значения. Оценены степень и частота органических и функциональных изменений гепатобилиарной зоны у пациентов с ПХЭС. У данной категории больных выявлены отличительные признаки рубцового стеноза и функциональных нарушений сфинктера Одди. Разработаны провокационные тесты для дифференциальной диагностики различных типов дисфункции сфинктера Одди. Разработаны критерии к выбору тактики лечения больных в зависимости от типа дисфункции сфинктера Одди. Проведена оценка эффективности патогенетической терапии у больных с дисфункцией сфинктера Одди.

Практическая значимость

Внедрён в практику новый метод эндоскопической манометрии сфинктера Одди, доступный и наиболее эффективный способ диагностики дисфункции сфинктера Одди. Предложенный диагностический алгоритм у больных с дисфункцией сфинктера Одди позволяет повысить их диагностическую эффективность, уменьшить количество диагностических ошибок и определить рациональную лечебную тактику. Результаты проведенного исследования доказали, что эндоскопические методы позволяют улучшить точность своевременной диагностики. Предложенная методика эндоскопической манометрии в комплексной диагностике ПХЭС, благодаря

индивидуализированному подходу, позволяет существенно снизить сроки пребывания больных в стационаре. Доказана высокая эффективность патогенетической консервативной терапии у больных с дисфункцией сфинктера Одди неорганической этиологии. Установлено, что использование предложенных решений позволяет улучшить качество диагностики и результаты лечения дисфункции сфинктера Одди.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Основными методами диагностики постхолецистэктомического синдрома являются трансабдоминальное ультразвуковое исследование, ЭРПХГ и эндоскопическая манометрия сфинктера Одди;
2. Эндоскопическая манометрия сфинктера Одди с фармакологическими пробами позволяет дифференцировать органические и функциональные изменения сфинктерного аппарата большого сосочка двенадцатиперстной кишки у больных с ПХЭС;
3. Одним из препаратов выбора для лечения функциональных изменений сфинктерного аппарата большого сосочка двенадцатиперстной кишки по гипермоторному типу у больных с ПХЭС является гиосцина бутилбромид, приводящий к исчезновению болевого синдрома, снижению диспептических расстройств и улучшению качества жизни.

Внедрение результатов исследования в практическое здравоохранение.

Основные положения диссертационной работы внедрены и используются в работе хирургических отделений городской клинической больницы №15 им. О.М. Филатова г. Москвы, клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владикавказ, клиники Северо-Осетинской государственной медицинской академии, в лекциях и практических занятиях на кафедре госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздра России.

Апробация работы.

Основные положения работы и результаты исследований доложены на совместном заседании коллектива сотрудников кафедры госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздравсоцразвития России и сотрудников ГКБ № 15 им. О.М. Филатова г.Москвы 25 октября 2016 года. Основные положения работы и результаты исследований доложены на «XVIII Российской гастроэнтерологической недели (Москва, 2012), на XI съезд хирургов России (2013), XIX Российской гастроэнтерологической недели (Москва, 2013).

Личный вклад автора

В выполненной работе вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном его участии на всех этапах исследования: от постановки задач до обсуждения результатов для научных публикаций, докладов и выводов. Автор проводил отбор пациентов, принимал непосредственное участие в лечебном процессе, участвовал в выполнении эндоскопической манометрии сфинктера Одди, в назначении спазмолитической терапии с последующим контролем эффективности лечения, проводил анализ и обобщение полученных результатов.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 8 работ, из них 4 статьи в ведущих научных журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура работы

Диссертационная работа изложена на 121 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания методов и материалов, полученных результатов, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 248 источника, из них 165 отечественных и 83 зарубежных авторов. Текст иллюстрирован 19 рисунками и 22 таблицами.

Работа выполнена на кафедре госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова на базе ГКБ № 15 им. О.М. Филатова г. Москвы.

Содержание работы

Для решения поставленных задач в основу диссертационной работы были положены результаты лечения и обследования 125 больных с постхолецистэктомическим синдромом, находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 15 им. О.М. Филатова. Средний возраст больных составил $62,0 \pm 12,2$ лет. Соотношение мужского и женского пола составило 1:8,6. Средняя продолжительность анамнеза ЖКБ до оперативного лечения составила $3,5 \pm 2,4$ лет. Появление клинических признаков ПХЭС после оперативного лечения желчнокаменной болезни в среднем составило $9,3 \pm 7$ лет.

После проведенного клинико-инструментального обследования, направленного на выявление причин абдоминальных болей, больные были разделены на 3 группы.

В 1 группу вошли больные с органической патологией (n=19). Средний возраст больных- $69,3 \pm 10,7$. Мужчин- 2 (10,5%), женщин- 17(89,5%). Среди органической патологии встречались резидуальный и рецидивный холедохолитиаз - 84,2% (n=16); рубцовый стеноз дистального отдела холедоха - 15,8% (n=3).

2 группу составили больные с функциональными нарушениями (n=83). Средний возраст больных- $60,0 \pm 16,0$ лет. Мужчин- 13 (15,7%), женщин- 72 (84,3%).

3 группу составили больные с обострением заболеваний органов гепатобилиарной зоны (n=23). Средний возраст больных- $64,1 \pm 13,0$ лет. Мужчин- 2 (8,7%), женщин- 21 (91,3%).

Таким образом, по результатам лабораторно-инструментальных исследований у 66,4% (n=83) больных были диагностированы функциональные нарушения

билиарной системы, связанные с изменением моторики сфинктерного аппарата, в 15,2 % случаев (n=19) выявлена различная органическая патология внепеченочных желчных протоков, а у 18,4% (n=23) больных клиническая картина была обусловлена обострением заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

В план обследования больных с ПХЭС входили сбор жалоб и анамнеза, биохимический анализ крови, ЭГДС, трансабдоминальное УЗИ, дуоденоскопия и/или ЭРХПГ, эндоскопическая манометрия сфинктера Одди. На основании анализа жалоб больных с ПХЭС выявлен широкий спектр клинических проявлений ПХЭС: у больных 1 группы преобладали жалобы на боль в верхних отделах живота (47,3%), боль в эпигастрии (36,8%). Боли в этой группе были более продолжительными, интенсивными, ($p < 0,05$). Жалобы на тошноту отмечали 63,2% больных, на рвоту - 21%. Больные 2 группы предъявляли жалобы на кратковременные боли в правом подреберье (26,5%), в верхнем отделе живота (30,1%), в эпигастрии (26,5%), боль носила ноющий характер, чувство дискомфорта. Тошнота имело место у 60,2 % больных данной группы, а рвота у 44,6% пациентов. Больные 3 группы жаловались наиболее часто на боль в эпигастрии (39%), что связано с обострением гастрита, дуоденита; боль в верхних отделах живота без четкой локализации и в правом подреберье наблюдалась у 26% больных. Диспептические расстройства выявлены у 82% больных.

В ходе исследования пришли к выводу, что нет прямой зависимости между клинической симптоматикой и причиной нарушения желчеоттока. Однако, для больных с органической патологией наиболее характерны жалобы на выраженные, продолжительные боли, в то время как у больных с функциональными нарушениями большого сосочка ДПК боли носят кратковременный характер, тупые, без четкой локализации.

Выявлена взаимосвязь причины ПХЭС и способа оперативного вмешательства. Органическая патология чаще возникала после открытой холецистэктомии, в то время как функциональные нарушения - после лапароскопической холецистэктомии ($p < 0,05$).

Относительно большой процент больных 3 группы был после выполнения лапароскопической холецистэктомии, что говорит о недостаточно полном обследовании больных до операции.

Учитывая высокую частоту формирования органической патологии после выполнения открытой холецистэктомии, можно сделать вывод о необходимости выполнения холецистэктомии в плановом порядке после купирования воспалительного процесса и тщательного предоперационного обследования с применением лапароскопического оперативного вмешательства.

Нарушения функции печени по данным биохимических показателей крови определены у 38,4% пациентов. Маркеры цитолиза (АлАс, АлАт) были повышены у 44% больных: АлАт - 24%, АсАт - у 20% соответственно. Маркер холестаза (ЩФ) превышала физиологическую норму у 16 % больных.

У пациентов с функциональными нарушениями желчеоттока (2 группа) чаще регистрировалось транзиторное повышение печеночных и панкреатических ферментов, в то время как у пациентов с органической патологией (1 группа) регистрировалось стабильное повышение активности ферментов ($p < 0,05$).

У 73,7% больных 1 группы наблюдалось изменения биохимических показателей, во 2 группе - у 39,7%, в 3- у 52 % больных. При биохимическом анализе крови чаще всего у больных с органической патологией (1 группа) встречается повышение уровня АсАт (68,4%), повышение АлАт наблюдается в 57,9% случаев, а ЩФ - в 36,8%. У больных с функциональной патологией (2 группа) чаще всего встречается также повышение уровня АлАт. Повышение АсАт наблюдается в 14,4% случаев, а ЩФ - в 9,6 %. У больных 3 группы наиболее часто наблюдалось повышение уровня амилазы (39,1% случаев), что может быть связано с включением в данную группу больных с острым рецидивирующим панкреатитом.

Таким образом, учитывая проведенное нами исследование, биохимические показатели нельзя считать достоверным диагностическим критерием при определении характера патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки,

однако, транзиторное повышение показателей более характерно для функциональной патологии, а постоянное - для органической ($p < 0,05$).

При проведении трансабдоминального ультразвукового исследования органов брюшной полости у больных с органической патологией выявлены - холедохолитиаз в 8 % случаев, а стеноз по данным УЗИ органов брюшной полости диагностирован не был. У 15% больных возникали трудности с визуализацией из-за выраженного пневматоза и ожирения. ЭРХПГ проведено 19 больным. Проводя анализ результатов, были выявлены в 16 (12,8%) случаях холедохолитиаз, а в 3 (2,4%) случаях - стеноз дистального отдела холедоха. На основании полученных результатов проанализированы показатели чувствительности и специфичности трансабдоминального ультразвукового исследования в диагностике органической патологии билиарной системы. Показатель чувствительности (Se) трансабдоминального ультразвукового исследования соответствует 52,6 %, специфичности (Sp) - 81,8 %.

Также выявлена взаимосвязь диаметра холедоха от органической и функциональной патологии. При органической патологии достоверно чаще наблюдается увеличение диаметра холедоха ($p < 0,05$), чем при функциональных нарушениях сфинктерного аппарата.

Увеличение поджелудочной железы достоверно чаще наблюдалось в 3 группе, что связано с включением в данную группу больных с острым рецидивирующим панкреатитом. А диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы достоверно чаще встречались у больных с органической патологией ($p < 0,05$).

По данным ЭГДС, проведенной 121 больному, у 19 больных подтвержден диагноз острого гастродуоденита.

Дополнительно с целью диагностики функциональной патологии большого сосочка двенадцатиперстной кишки больным проводилась эндоскопическая манометрия сфинктера Одди. Согласно задачам исследования проводилось изучение патологии билиарного тракта у добровольцев (людей без патологии гепатобилиарной системы) с помощью [манометрии сфинктера Одди](#) на аппарате [Гастроскан Д НПО «Исток-Система»](#)

с целью определения нормальных физиологических параметров двигательной активности холедоха, сфинктера Одди и ДПК. Получены средние значения показателей, схожие с данными других исследований: среднее давление в двенадцатиперстной кишке- $3,5 \pm 2,7$ мм рт ст; среднее базальное давление сфинктера Одди (превышение давления над давлением в ДПК) - $14,45 \pm 6,67$ мм.рт.ст; амплитуда фазовых волн в сфинктере Одди - $125,7 \pm 21,86$ мм.рт.ст; частота фазовых волн - $4,5 \pm 1,9$ волн в минуту; среднее давление в желчном протоке - $11,3 \pm 5,2$ мм.рт.ст. При проведении эндоскопической манометрии сфинктера Одди больные также были разделены на 2 группы в зависимости от скорости подачи воды:

В 1 группу вошли 35 больных со скоростью подачи воды - 0,15-0,2 мл/мин. Средний возраст составил - $50,2 \pm 10,65$ лет, из них мужчин - 3 (8,6%), женщин - 32 (91,4%).

Во 2 группу вошли 35 больных со скоростью подачи воды - 0,25-0,3 мл/мин. Средний возраст составил - $54,7 \pm 12,45$, из них мужчин - 5 (14%), женщин-30 (86%). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующей патологии и манометрической картине ($p > 0,05$).

У 20% пациентов 2 группы наблюдалась гиперамилаземия без ультразвуковых и клинических проявлений панкреатита, а у 5,7% больных из 2 группы развился острый панкреатит. У 3 пациентов 2 группы при проведении исследования при катетеризации большого сосочка ДПК возник болевой синдром.

Зависимость между развитием острого панкреатита и гиперамилаземии от сочетания болевого синдрома с холедохоэктазией и/или повышением биохимических показателей не выявлено ($p < 0,05$). Выявлена зависимость между скоростью подачи воды и развитием острого панкреатита и гиперамилаземии : при скорости 0,25-0,3 мл/мин острый панкреатит и гиперамилаземия наблюдались достоверно чаще ($p < 0,001$), чем в группе больных со скоростью подачи воды-0,15-0,2 мл/мин, что говорит на необходимость выполнения эндоскопической манометрии сфинктера Одди с более низкой скоростью подачи воды (0,15-0,2 мл/мин).

Попытка проведения эндоскопической манометрии сфинктера Одди предпринята у 92 больных, из них у 10 (10,8%) пациентов прекращена из-за выраженного рвотного рефлекса. 10 (10,8%) пациентов отказались от выполнения дуоденоскопии. У 2 (2,2%) больных не проводилась из-за высоких цифр артериального давления.

Все пациенты предъявляли жалобы на болевой синдром. У 10 (14,3%) пациентов болевой синдром сочетался с повышенными биохимическими показателями, у 10 (14,3%) - с расширенным холедохом, у 9 (12,8%) - с повышенными биохимическими показателями (АлАТ, АсАТ, ЩФ, общий билирубин) и холедохозктазией, а оставшиеся 41(58,6%) пациент только предъявляли жалобы на болевой синдром. Больным с отсутствием органической патологии по данным УЗИ органов брюшной полости, повышенными биохимическими показателями (АлАТ, АсАТ, ЩФ, общий билирубин) и/или холедохозктазией, высокой амплитудой и базальным давлением сфинктера Одди по данным эндоскопической манометрии с целью дифференциальной диагностики папиллостеноза и папиллоспазма выполнялась фармакологическая проба с нитроглицерином. Фармакологическая проба с нитроглицерином выполнена 25 пациентам. У 1 пациента с повышенными биохимическими показателями (АлАТ, АсАТ, ЩФ, общий билирубин) и холедохозктазией манометрическая кривая была представлена частыми, высокой амплитуды сокращениями, с повышенным базальным давлением сфинктера Одди. Проба с нитроглицерином отрицательная. Манометрическая картина расценена как папиллостеноз. У 2 пациентов с повышенными биохимическими показателями (АлАТ, АсАТ, ЩФ, общий билирубин) и холедохозктазией, 1 пациента с холедохозктазией и 2 пациентов с повышенными биохимическими показателями (АлАТ, АсАТ, ЩФ, общий билирубин) манометрическая картина была представлена частыми высокой амплитуды сокращениями сфинктера Одди. Проба с нитроглицерином была положительной. Манометрическая картина расценена как папиллоспазм.

У 48 (68,6%) больных манометрическая картина была представлена увеличенной амплитудой сокращения сфинктера Одди, аритмией сокращения, увеличением

среднего базального давления сфинктера Одди, увеличением частоты сокращений в минуту, что соответствовало гипермоторной дискинезии.

У 12 (17,1%) больных манометрическая картина была расценена как гипомоторная дискинезия, которая характеризовалась уменьшенной амплитудой сокращений и аритмией. Все пациенты только предъявляли жалобы на болевой синдром.

Проводя корреляционный анализ выявили зависимость наличия гипомоторной дискинезии у пациентов только с болевым синдромом ($p < 0,05$). Зависимости между папиллоспазмом, папиллостенозом или гипермоторной дискинезией от сочетания болевого синдрома с холедохэктазией и/или повышением биохимических показателей (АлАТ, АсАТ, ЩФ, общий билирубин) выявлено не было ($p < 0,05$).

При проведении исследования получены средние манометрические показатели у пациентов с разной патологией. Показатели представлены на рисунке 19.

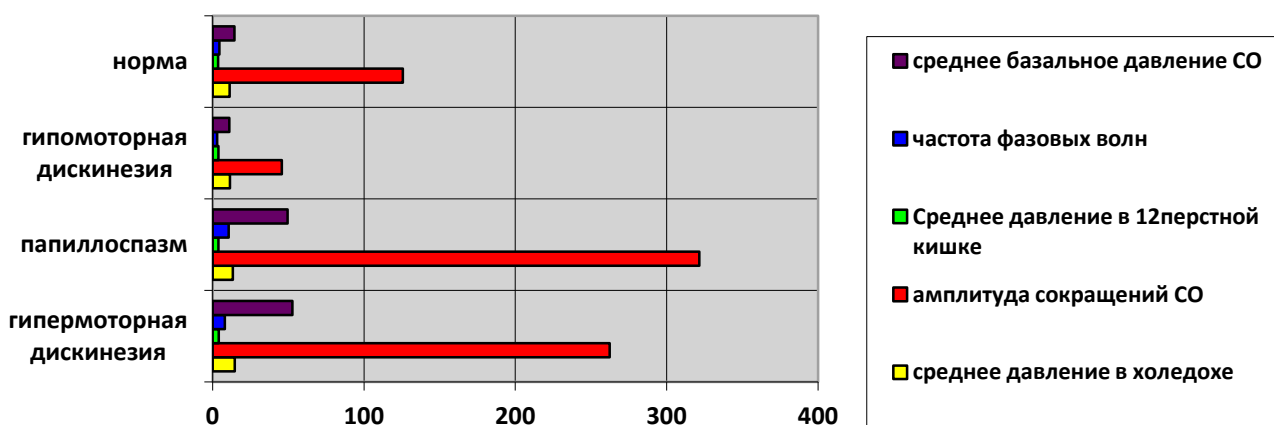


Рисунок 19. Показатели эндоскопической манометрии сфинктера Одди

После диагностического исследования больным проводили лечение постхолецистэктомического синдрома в зависимости от его механизма развития, оценивали результаты лечения.

Больным с органической патологией проводилась ЭПСТ. В 1 случае ЭПСТ дополнена литэкстракцией, у 1 пациента после ЭПСТ произведена лапаротомия, холедохотомия, дренирование холедоха по Керу. После ЭПСТ гиперамилаземия наблюдалась в 4 (21%) больных. У 1 больного гиперамилаземия сочеталась с отеком головки поджелудочной железы. Больному проводилась аспирация панкреатического

сока. После проведения курса инфузионной терапии и аспирации панкреатического сока больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Больным с функциональными нарушениями проводилась консервативная терапия. Помимо стандартной консервативной терапии, принятой в ГКБ № 15 им. О.М. Филатова, с целью ликвидации спазма сфинктерного аппарата большого сосочка двенадцатиперстной кишки больные принимали гиосцина бутилбромид в дозе 10 мг x 3 раза в сутки. Больные с гипомоторной дискинезией принимали прокинетики (мотилиум 10 мг x 3 раза в сутки.).

Больные с обострением заболеваний органов гепатобилиарной зоны получали терапию в зависимости от выявленной патологии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта.

С целью оценки эффективности дифференцированного подхода к лечению ПХЭС проводилось изучение качества жизни пациентов, динамики болевого синдрома.

Своевременная диагностика и дифференцированный подход к лечению благотворно отразились на показателях качества жизни после проведенного лечения во всех группах.

Больных с функциональными нарушениями по гипермоторному типу были дополнительно разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту и сопутствующей патологии: 1 группа (основная) n=23 - больные, получавшие в течение 2-х недель Бускопан в дозе 10 мг x 3 раза в сутки; 2 группа (контрольная) n=25 - больные, получавшие стандартную терапию. Больные с гипомоторной дискинезией также были разделены на 2 группы: 1 группа (n=8) получали прокинетики (мотилиум 10 мг x 3 раза в сутки), средний возраст- 58,4± 10,9 лет, мужчин - 1 (12,5%), женщин -7 (87,5%). 2 группа (n=4) получали стандартную консервативную терапию средний возраст- 60,4 ±11,7 лет, мужчин -1 (25%), женщин -3 (75%).

До начала лечения больных выявлено снижение всех показателей качества жизни в обеих группах. В группе пациентов, принимавших прокинетики, отмечается более значительная положительная динамика по всем показателям. Однако, учитывая

малое количество больных, исследование качества лечения у данной категории больных статистически не достоверно.

До начала лечения больных, оценивая качество жизни, выявлено достоверное снижение показателей в обеих группах ($p < 0,05$). Больные отмечали снижение физического, социального функционирования, эмоционального состояния, психического и общего здоровья. После проведенного лечения в основной группе отмечается значительная положительная динамика по всем показателям. У больных, принимавших гиосцина бутилбромид, статистически значимо изменились степень болевого синдрома (ВР), показатель общего здоровья (GH) и психическое здоровье (MH) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$). Показатели качества жизни у больных, принимавших гиосцина бутилбромид, физическая активность увеличилась на 87,7%, а у пациентов, получавших стандартную терапию - на 72,5%.

Показатель RP в 1 группе увеличился на 66,7%, во 2 группе на 63,9%, RE в 1 группе на 25,6%, во 2 группе на 22,5% и у пациентов больше не возникали ограничения физической повседневной деятельности из-за проблем со здоровьем и эмоциональных проблем. Боль в 1 группе уменьшилась на 80,8% и показатель достиг 94 баллов, а во второй группе боль уменьшилась на 46 % и показатель достиг 76 баллов. Жизнеспособность в 1 группе улучшилась на 58,3%, во 2 на 52,2%, социальная активность в 1 группе на 46% и достигла 98 баллов, во 2 на 36,5 % и достигла 86 баллов. Состояние общее здоровья в 1 группе улучшилось на 55,3% и составляло 73 баллов, во 2 группе улучшилось на 16% и составляло 57 баллов. Психическое здоровье в 1 группе улучшилось на 60,7% и достигло 90 баллов, а во 2 группе улучшилось на 20,7 % и достигло 70 баллов.

Таким образом, применение гиосцина бутилбромида сопровождается большей степенью социальной и психологической реабилитации.

Также эффективность спазмолитической терапии оценивали перед началом лечения и в конце 2 недели от начала приема Бускопана по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), по результатам которой также отмечался лучший результат у больных, принимавших гиосцина бутилбромид.

Проводя анализ полученных результатов, можно сделать вывод о положительном эффекте гиосцина бутилбромида - положительный эффект в основной группе наблюдался в отношении боли и диспептических расстройств достоверно чаще, чем в контрольной группе.

Таким образом, можно сделать вывод, что своевременная, комплексная и тщательная диагностика и дифференцированное лечение причины ПХЭС позволяет улучшить качество жизни больных, уменьшить болевой и диспептический синдромы.

ВЫВОДЫ

1. Функциональные нарушения билиарной системы, связанные с изменением моторики сфинктерного аппарата у больных с ПХЭС, выявлены у 66,4% больных, органическая патология в 15,2% случаев, а у 18,4% больных клиническая картина обусловлена обострением заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны.

2. Для пациентов с органической патологией наиболее характерны жалобы на выраженные, продолжительные боли – 14(73,7%) ($p>0,05$), в то время как у больных с функциональными нарушениями большого сосочка ДПК боли носят кратковременный характер, тупые, без четкой локализации – 78(94%) ($p>0,05$). У пациентов с функциональными нарушениями желчеоттока чаще регистрировалось транзиторное повышение печеночных и панкреатических ферментов - 28 (33,7%)($p<0,05$), в то время как у пациентов с органической патологией регистрировалось стабильное повышение активности ферментов - 12 (63,2%) ($p<0,05$). Повышение уровня ферментов цитолиза и холестаза достоверно чаще наблюдалось у больных с органической патологией (билирубин-47,4%; АлАТ-57,9%; АсСТ-68,4%; ЩФ-36,8%) ($p<0,05$). При органической патологии достоверно чаще наблюдается увеличение диаметра холедоха - 84,2% ($p<0,05$), также как и гепатомегалия, и изменение структуры печени наблюдалось у больных с органической патологией - 11 (57,9 %) ($p<0,05$).

3. Показатели эндоскопической манометрии сфинктера Одди, соответствующие значениям у здоровых людей - среднее давление в ДПК - $3,5\pm 2,7$ мм рт ст, среднее базальное давление сфинктера Одди (превышение давления над давлением в ДПК) -

14,45±6,67 мм рт ст, амплитуда фазовых волн в сфинктере Одди - 125,7±21,86 мм рт ст, частота фазовых волн- 4,5±1,9 волн в минуту, среднее давление в желчном протоке - 11,3±5,2 мм рт ст.

4. Фармакологическая проба с нитроглицерином при проведении эндоскопической манометрии сфинктера Одди эффективна для проведения дифференциальной диагностики папиллостеноза и папиллоспазма.

5. Нагрузочная ультразвуковая проба с жирным завтраком была информативна в 40% случаев и вызывала побочные явления в виде тошноты и рвоты.

6. Лечение больных с ПХЭС должно проводиться дифференцированно. Больным с органической патологией необходимо проводить ЭПСТ, функциональные нарушения по гипермоторному типу лечатся с помощью спазмолитической терапии, по гипомоторному типу - прокинетиками, а заболевания органов гепатобилиарной зоны - назначением этиопатогенетической терапии.

7. Лечение больных с функциональными нарушениями по гипермоторному типу гиосцином бутилбромидом показало его высокую клиническую эффективность у всех пациентов, что подтверждается улучшением качества жизни больных, исчезновением болевого синдрома и уменьшением диспептических расстройств.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Неспецифичная и многообразная клиническая симптоматика и биохимические показатели у больных с ПХЭС говорят о необходимости проведения более тщательной и углубленной лабораторной и инструментальной диагностики с использованием специальных методов, расширяющих возможности методов тривиальных.
2. Дуоденоскопия, ЭРХПГ и эндоскопическая манометрия сфинктера Одди в совокупности позволяют достаточно точно верифицировать причину ПХЭС. Эндоскопическая манометрия сфинктера Одди в сочетании с фармакологическими пробами является высокоинформативным методом и позволяет с высокой степенью точности диагностировать тип функционального расстройства. При комплексном обследовании пациентов с постхолецистэктомическим синдромом целесообразно использовать эндоскопическую манометрию сфинктера Одди для дифференцирования функциональных изменений сфинктера Одди.
3. Необходимо проводить фармакологические пробы при проведении эндоскопической манометрии сфинктера Одди для дифференциальной диагностики органических и функциональных изменений большого сосочка ДПК.
4. Нагрузочную ультразвуковую пробу с жирным завтраком целесообразно использовать как дополнительный метод диагностики дисфункции сфинктера Одди при невозможности проведения эндоскопической манометрии сфинктера Одди.
5. Проведенное исследование позволяет рекомендовать использование гиосцина бутилбромида в качестве одного из препаратов выбора для лечения данной категории больных.
6. Пациентам с органическими препятствиями желчеоттоку в виде холедохолитиаза и стеноза дистального отдела холедоха рекомендовано применять ЭПСТ.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации.

- 1) Кобесов Н.В. Дифференцированный подход к лечению дисфункции сфинктера Одди(тезисы) / Тронин Р.Ю., Хоконов М.А., Ступин В.А., Басарболиева Ж.В., Дурдыев М.Б. // Материалы XVIII Российской гастро-недели РЖГГК. -2012.-№5. - прил.40. -с 113.
- 2) Кобесов Н.В. О роли комбинированных инструментальных методов исследования пациентов с желчнокаменной болезнью в профилактике постхолецистэктомического синдрома(тезисы)/ В.А. Ступин, Н.В. Кобесов // Материалы III съезда хирургов юга России с международным участием. г. Астрахань 18-20 сентября 2013 г. –С.126.
- 3) Кобесов Н.В. Оценка результатов ЭПСТ у больных с механической желтухой доброкачественного генеза(тезисы) / Ступин В.А., Басарболиева Ж.В., Хоконов М.А., Хоконов А.М. // Обзор материалов XVIII Российской гастроэнтерологической недели, 30.09.-02.10.2013. РЖГГК. -2013.-Т23. -№5, С.105
- 4) Кобесов Н.В. Пути улучшения результатов лечения больных с дисфункцией сфинктера Одди(статья) / Басарболиева Ж.В., Дорошенко Д.А, Васин В.И. // **Хирург**, 2014. №7, с.68-73
- 5) Кобесов Н.В. Коррекция печеночной недостаточности у пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза(статья) / Ступин В.А., Басарболиева Ж.В., Гахраманов Т.В., Хоконов А.М., Хоконов М.А. // **Хирург**, 2015.№11-12, с. 30-34.
- 6) Кобесов Н.В. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма у больных с постхолецистэктомическим синдромом(статья) / Басарболиева Ж.В., Ступин В.А., Дорошенко Д.А., Васин В.И. // **Справочник врача общей практики**,2015, №2, С.22-30
- 7) Кобесов Н.В. Функциональные особенности сфинктера Одди и холедоха у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом и желчнокаменной болезнью(статья) / В.А. Ступин, Ж.В. Басарболиева, А.М. Хоконов, М.А. Хоконов. // **Врач-аспирант**,2015, №5.1(72), с.141-149
- 8) Кобесов Н.В. Оптимизация лечебно-диагностического алгоритма у больных с постхолецистэктомическим синдромом(тезисы) / Г.Б. Мильдзихов, М.К. Пагиева,

Э.А. Перисаева. // Материалы межрегиональной научно-практической конференции с международным участием. г. Владикавказ 11-12 марта 2016г. –С.48-49.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:
www.gastroscan.ru/literature/