

На правах рукописи

КРАДЁНОВ

Алексей Владимирович

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРУШАЮЩИХ СФИНКТЕР ОДДИ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ВАРИАНТЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2012

Работа выполнена в ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Кабанов Максим Юрьевич

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук профессор

Синенченко Георгий Иванович

доктор медицинских наук профессор

Коханенко Николай Юрьевич

Ведущая организация: ФГУ «Национальный Медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Защита диссертации состоится 05 марта 2012 г. в 14.00 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 215.002.10 при ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, (194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6).

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская Академия им. С.М. Кирова» МО РФ.

Автореферат разослан «__» января 2012г.

Ученый секретарь совета

доктор медицинских наук профессор

Сазонов Андрей Борисович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Частота холедохолитиаза при желчнокаменной болезни составляет от 9% до 40% [Полунина Т.Е., 2005; Ильченко А.А., 2006, Нестеренко Ю.А. и др., 2007]. В настоящее время общепризнанной и широко применяемой методикой в лечении холедохолитиаза является эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Однако результаты данного оперативного вмешательства не всегда удовлетворяют исследователей: жалобы пациентов сохраняются и после произведённой манипуляции, одной из причин является выполнение данной манипуляции без учета индивидуальных особенностей миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта [Красильников Д.М. и соавт., 2009; Кузьмичев В.А. и соавт., 2009]. В доступной литературе, несмотря на длительность применения метода, не встретили данных о влиянии миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта на результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Таким образом, выявление влияния эндоскопической папиллосфинктеротомии при различном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта на ближайшие, отдаленные результаты и качество жизни, развитие осложнений в ближайшие и отдаленные сроки и подбор корректирующей медикаментозной терапии полученных осложнений является актуальным.

Цель исследования: Улучшение результатов эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с холедохолитиазом.

Задачи исследования:

1. Разработать диагностические и лечебные рекомендации для пациентов с механической желтухой, учитывая тип моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

2. Выделить группу пациентов, которым эндоскопическая папиллосфинктеротомия противопоказана.

3. Определить качество жизни у пациентов, перенесших эндоскопическую папиллосфинктеротомию в зависимости от типа моторики двенадцатиперстной кишки.

4. Отследить отдаленные результаты у пациентов перенесших эндоскопическую папиллосфинктеротомию с учетом особенностей моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Научная новизна полученных результатов:

Изучено качество жизни пациентов с холедохолитиазом в зависимости от типа миоэлектрической активности верхних отделов желудочно-кишечного тракта до и после эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Отработаны лечебно-диагностические рекомендации для пациентов с механической желтухой на фоне холедохолитиаза с учетом моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Разработаны схемы коррекции моторно-эвакуаторных нарушений у пациентов, перенесших эндоскопическую папиллосфинктеротомию.

Доказано, что пациентам с гипомоторным типом желудочно-кишечного тракта эндоскопическая папиллосфинктеротомия противопоказана.

Практическая значимость работы:

На основании полученных в результате исследования данных об особенностях миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта, можно сформулировать представление об общих механизмах возникновения рецидивирующих холангитов и панкреатитов у пациентов после перенесенной эндоскопической папиллосфинктеротомии и их влияния на качество жизни данной группы больных. Эти положения, могут служить обоснованием для отбора группы пациентов, кому эндоскопическая папиллосфинктеротомия противопоказана. Так же возможны подбор и проведение оценки эффективности корригирующей терапии у пациентов с желчнокаменной болезнью в

зависимости от типа моторики желудочно-кишечного тракта при развитии, так называемого, «постхолецистэктомического синдрома» после перенесенной папиллосфинктеротомии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии зависят от типа моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Отказ от ее исследования приводит к развитию осложнений в рассматриваемой группе пациентов.

2. Разработанный комплекс диагностических мероприятий у пациентов с холедохолитиазом позволяет реально оценить тип моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

3. Гипомоторный тип двенадцатиперстной кишки является причиной развития холангита у больных с холедохолитиазом перенесших эндоскопическую папиллосфинктеротомию.

4. Пациентам с гипомоторным типом двенадцатиперстной кишки выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии противопоказано. Альтернативным методом хирургического вмешательства является традиционная холедохотомия и литоэкстракция.

Личный вклад автора в проведенное исследование:

Автор диссертации непосредственно принимал участие в выполнении исследования миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, произвел формирование базы данных и статистическую обработку полученных результатов.

Доля личного участия автора в проведении исследований – 73 % (планирование, организация и проведение исследования, обследование, хирургическое лечение пациентов с холедохолитиазом); в систематизации, анализе и обобщении материала – 100 %.

Апробация и реализация результатов работы:

Материалы и основные положения работы доложены и обсуждены на: международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы прикладной хирургии» (Харьков, 2008г.); XVIII международном Конгрессе хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» (Москва, 2011г.)

Основные положения диссертации используются в лечебном процессе на кафедре военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С.М. Кирова.

Публикации:

По материалам исследования опубликовано 4 печатных работы, из которых в рецензируемых ВАК журналах – 1.

Объем и структура диссертации:

Диссертация изложена на 147 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций и 2 приложений. Список литературы включает 198 источников. Диссертация содержит 20 таблиц и 41 рисунок.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основу клинического материала составили наблюдения за 134 пациентами с жёлчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом в период с 2005 по 2010 год, получавшими лечение на кафедре военно-морской и госпитальной хирургии ВМедА им. С.М.Кирова, и 89 «условно здоровыми» добровольцами. Группы были однородными по количеству и возрасту.

Основную группу составили больные – 134 человека. Все они были оперированы. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнялась 83 пациентам, традиционная холедохотомия, литоэкстракция выполнена 51 пациенту. 89 «условно здоровых» добровольцев вошли в контрольную группу: пациенты, ранее не оперированные на органах брюшной полости и не имеющие в анамнезе

хронических заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны. Это были мужчины и женщины 25 – 45 лет, не курящие, в течение 7 суток не употреблявшие алкоголь и соблюдавшие диету, в которой отсутствовала острая, жирная и жареная пища.

Основными целями применения методов исследования были:

- а) исследование качества жизни;
- б) мониторинг миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта;
- в) оценка качества примененного лечения.

Миоэлектрическая активность желудочно-кишечного тракта была оценена методом [электрогастроинтестинографии](#) у всех 223 человек основной и контрольной групп с помощью медицинского программно-аппаратного комплекса «[Гастроскан-ГЭМ](#)» на до- и послеоперационном этапах.

Выполнена сравнительная оценка миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта контрольной и основной групп, которые были распределены на 3 подгруппы в зависимости от типа моторики.

Исследование проводилось в первой половине дня (с 9⁰⁰ до 10⁰⁰) натощак, с водной нагрузкой на 10 минуте исследования (200 мл теплой питьевой воды). За 12 часов до проведения электрогастроинтестинографии из комплекса интенсивной терапии нами исключены лекарственные препараты, влияющие на двигательную активность желудочно-кишечного тракта: прокинетики, холиномиметики, антихолинэстеразные препараты, а также энтеральное питание.

Данные обработки выводятся в виде таблиц числовых значений и графиков. Применение в анализе специально разработанных оригинальных алгоритмов, выявляющих связь между электрической и моторной активностью, позволило наглядно представить информацию о состоянии моторики в виде таблиц и графиков, пригодных для клинической интерпретации.

Далее выполнен анализ качества жизни пациентов основной и контрольной групп в зависимости от типа миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта. Оценка качества жизни пациентов проводилась при помощи опросников качества жизни SF-36 [Ware J. E., 1993] и ОГПД (адаптированный опросник для больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, основанном на опроснике для пациентов с хроническим панкреатитом (ВХП) [Багненко С.Ф., 1998]. До и после оперативного вмешательства (через 1 и 6 месяцев) у больных с холедохолитиазом.

"SF-36 Health Status Survey" SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты представляются в виде оценок по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

В ГБУ СПб НИИ СП им И.И. Джанелидзе был разработан и внедрен в практику опросник КЖ «ОГПД» для пациентов с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Данный опросник относится к специфическим опросникам для оценки качества жизни, при этом, его можно использовать у пациентов с любым патологическим процессом данной анатомической области. Наиболее широко мы использовали данную шкалу оценки качества жизни у пациентов с жёлчно-каменной болезнью и ее осложнениями, доброкачественными заболеваниями поджелудочной железы и внепеченочных желчевыводящих протоках. Опросник ОГПД, включает 44 вопроса с оценкой в баллах. Все вопросы разделены на 7 категорий: восприятие своего здоровья, клинические проявления заболевания, психическое состояние, болевой синдром, физическое состояние, социальная роль и эмоциональное состояние. Результатом опросника является итоговый ин-

декс, который выражается суммой баллов с минимальным значением – 4, максимальным - 188.

Основной оценкой эффективности лечения служили улучшение качества жизни, которые мы оценивали по опросникам SF – 36 и ОГПД через 1, 6, 12, 24 месяца после перенесенного оперативного вмешательства и отсутствие выраженных нарушений миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде.

Все методы обследования пациентов как до, так и после лечебных мероприятий соответствовали Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ – 10), которая применяется в нашей стране с 1999 года и стандартам (протоколам) диагностики и лечения органов пищеварения, утверждённых приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 125 от 17.04.98 г.

При анализе данных применяли методы вариационной и описательной статистики, корреляционный анализ, значимость различий определяли по Т-критерию Вилкоксона, медианному критерию. Для обработки полученных результатов пользовались пакетами прикладных программ для IBM PS/AT “Statistica 5.5 for Windows” и модулем анализа данных “Microsoft Excel 2000”.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 89 «условно здоровых» добровольцев была обследована моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта методом [электрогастроинтестинографии](#). Пациенты были распределены на 3 подгруппы в зависимости от типа миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта: гипо-, нормо- и гипермоторный. Группы были однородными по количеству и возрасту.

В основную группу вошли 134 пациента с осложненной формой желчнокаменной болезни – холедохолитиазом, в сочетании с калькулезным холециститом или холецистэктомией в анамнезе. В зависимости от типа моторики больные были также распределены на 3 подгруппы. Сравнение производили с группой контроля - «условно здоровыми» добровольцами.

При сравнительном анализе показателей миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта основной и контрольной групп обращало на себя внимание повышение максимальных и средних показателей суммарной мощности в группе пациентов с желчнокаменной болезнью при гипермоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта ($p < 0,05$) натощак и после водной нагрузки. Статистически достоверных различий показателей суммарной мощности в основной группе при гипо- и нормомоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта не выявлено ($p > 0,05$).

При анализе размаха показателей суммарных мощностей в основной и контрольной группах при гипомоторном типе верхних отделов желудочно-кишечного тракта получены статистически достоверные различия ($p < 0,05$) после водной нагрузки. Достоверных различий суммарных показателей мощностей при нормомоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта не выявлено ($p > 0,05$).

Учитывая полученные данные в различиях суммарных показателей мощностей при гипо- и гипермоторном типах миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта, мы сочли необходимым более детально изучить и провести сравнительный анализ показателей мощностей по отделам желудочно-кишечного тракта.

Выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение показателей мощностей желудка, двенадцатиперстной кишки и подвздошной кишки натощак; желудка, двенадцатиперстной кишки, тощей, подвздошной и толстой кишки после водной нагрузки; значительное повышение мощности тощей кишки натощак (1,61 при норме до 0,36 мкВ/мин) с последующим выраженным ее снижением (0,09 мкВ/мин) после водной нагрузки при гипомоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта в основной группе (Рис. 1).

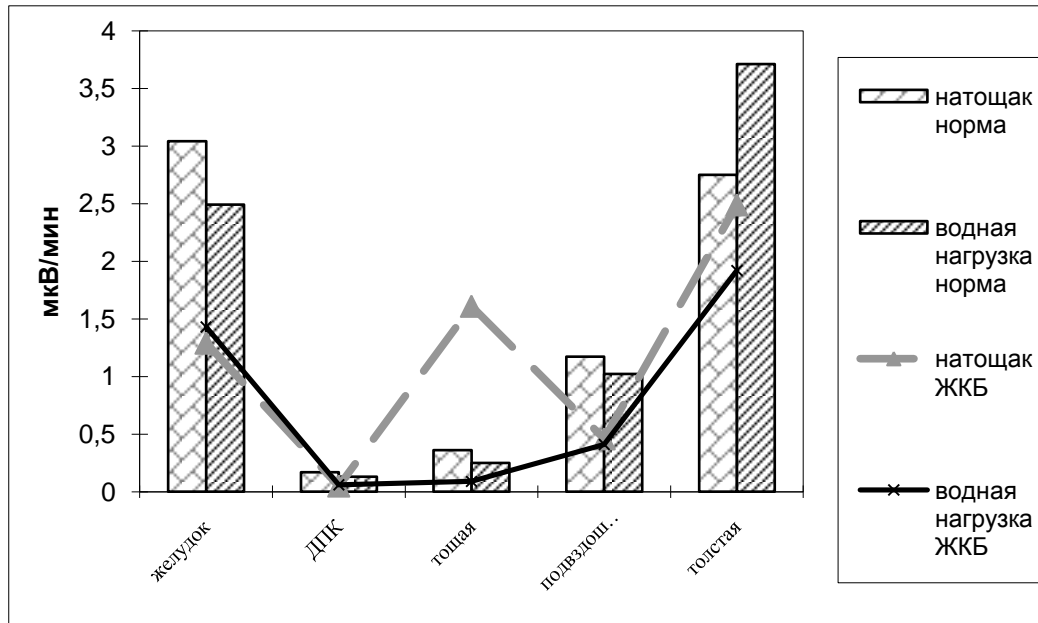


Рис. 1. Динамика мощностей различных отделов ЖКТ в основной и контрольной группах при гипомоторном типе активности.

При гипермоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного в основной группе выявлено статистически значимые ($p < 0,05$): повышение мощности толстой кишки натошак; желудка, тощей, подвздошной, толстой кишки - после водной нагрузки; снижение показателей мощности двенадцатиперстной кишки и тощей кишки натошак более чем в 2 раза.

Выполнен анализ коэффициентов координированности в зонах генерации мигрирующего миоэлектрического комплекса в основной и контрольной группах. Выявлено, что электрическая активность в зонах генерации мигрирующего миоэлектрического комплекса гастродуоденального перехода при гипомоторном типе миоэлектрической активности статистически достоверно отличалась ($p < 0,05$) в основной и контрольной группах после водной нагрузки. Статистически значимых различий коэффициентов координированности основной и контрольной групп в зоне дуоденоюнального и илеоцекального переходов при гипомоторном типе выявлено не было ($p > 0,05$).

При сравнении коэффициентов координированности в зонах генерации мигрирующего миоэлектрического комплекса в основной и контрольной группах при гипермоторике желудочно-кишечного тракта выявлено статистически

достоверное ($p < 0,05$) увеличение электрической активности в зоне гастродуоденального перехода натощак и после водной нагрузки. Так же выявлены достоверные различия ($p < 0,05$) коэффициентов координированности в зонах дуоденоеюнального и илеоцекального переходов натощак. Достоверных различий после водной нагрузки – не выявлено ($p > 1,0$).

На основании полученных данных, сделан вывод, что у пациентов жёлчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, имеющих гипомоторный тип миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта происходит нарушение формирования мигрирующего миоэлектрического комплекса в зоне гастродуоденального перехода.

Из 134 пациентов с холелитиазом литоэкстракция методом эндоскопической папилосфинктеротомии с последующей лапароскопической холецистэктомией в сроки от 3 до 5 дней была выполнена у 83 больных, «традиционная» холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу – у 51. Пациенты, подвергнутые эндоскопической папилосфинктеротомии, составили основную группу; «традиционной» холедохолитотомии – контрольную. В каждой группе выделены 3 подгруппы в зависимости от особенностей моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (таблица 1).

Таблица 1

Количественное распределение больных по группам в зависимости от типа моторики и объема оперативного вмешательства

Объем оперативного вмешательства (группы)	Тип миоэлектрической активности			Всего (чел.)
	гипо-	гипер-	нормо-	
ЭПСТ с литоэкстракцией (основная)	17	32	34	83
«Традиционная» холедохолитотомия (контрольная)	13	18	20	51

Ни один из перечисленных пациентов не переносил ранее вмешательства на большом дуоденальном сосочке.

Исследование моторной функции в послеоперационном периоде проводили в основной группе через 24 часа и через 2 – 4 дня (в зависимости от наличия или отсутствия клиники острого послеоперационного панкреатита), в контрольной – через 24 и 72 часа. Обращал на себя внимание высокий процент развития послеоперационного панкреатита в основной группе при гипомоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта.

В основной группе во всех подгруппах через 24 часа при отсутствии клинических проявлений острого послеоперационного панкреатита регистрировалось незначительное усиление миоэлектрической активности верхних отделов желудочно-кишечного тракта. При развитии острого панкреатита после эндоскопической папиллосфинктеротомии через 24 часа отмечалось выраженное снижение показателей тонуса и пропульсивной активности во всех отделах желудочно-кишечного тракта. В контрольной группе через 24 часа мы регистрировали промежуточную стабилизацию моторно – эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Через 72 часа, обращало на себя внимание то, что, несмотря на диагностированные различные типы миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта в дооперационном периоде, тонус и пропульсивная активность по отделам желудочно-кишечного тракта соответствовали исходным показателям.

Был сделан вывод, что ни эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ни «традиционная» холедохолитотомия не оказывают влияние на тип миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта. Несмотря на то, что через 24 часа, после выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии, моторика верхних отделов желудочно-кишечного тракта усиливается, а при развитии послеоперационного панкреатита выражено снижается, в среднем в течение трех суток она возвращается к исходным показателям.

Клинически в основной и контрольной группах при гипомоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта на дооперационном этапе обращал на себя внимание наибольший процент пациентов с клиническими проявлениями холангита. Поэтому сочли необходимым выполнить микробиологическое исследование желчи. Микробиологическая оценка обсемененности желчи выполнена у всех пациентов основной и контрольной групп.

Интраоперационно во всех группах производили забор жёлчи из внепечёночных жёлчевыводящих протоков: в основной – при выполнении канюляции общего желчного протока во время эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии, в контрольной – после холедохотомии. Желчь сеяли на селективные питательные среды (кровяной агар, висмут сульфит агар, среда Эндо). Общее количество проб на каждую среду от каждого пациента – 10.

У пациентов, подвергнутых «традиционной лапаротомии» обсемененность желчи отмечена в 8% случаев при нормомоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта, в 13% - при гипермоторном и в 19% - при гипомоторном типе. В основной группе при нормомоторном типе миоэлектрической активности отсутствие роста микрофлоры выявлено в 93% случаев, при гипермоторном – в 70% и лишь в 4% - при гипомоторике желудочно-кишечного тракта.

В течение 2 лет после перенесенного оперативного вмешательства 68% пациентов с гипомоторным типом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта получали стационарное или амбулаторное лечение по поводу острого холангита, при гипермоторном типе – лишь в 6% случаев, при нормомоторной миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта холангитов не отмечено.

Была выполнена сравнительная оценка качества жизни больных холелитиазом на до- и послеоперационном этапе с «условно здоровыми» добровольцами при помощи опросников качества жизни SF-36 и ОГПД.

Через 1 месяц после «традиционной» холедохолитотомии вне зависимости от типа миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта отмечалось незначительное снижение значений всех показателей качества жизни; через 6 месяцев – значения достоверно не отличались ($p > 1,0$) от показателей «условно здоровых» добровольцев.

Через 6 месяцев после эндоскопической папиллосфинктеротомии выявлены статистически значимые ($p < 0,05$) различия по всем показателям качества жизни в группе пациентов с гипомоторным типом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта и по показателю ролевого функционирования, болевого синдрома в группе больных с гипермоторным типом моторики желудочно-кишечного тракта (Рис. 2).

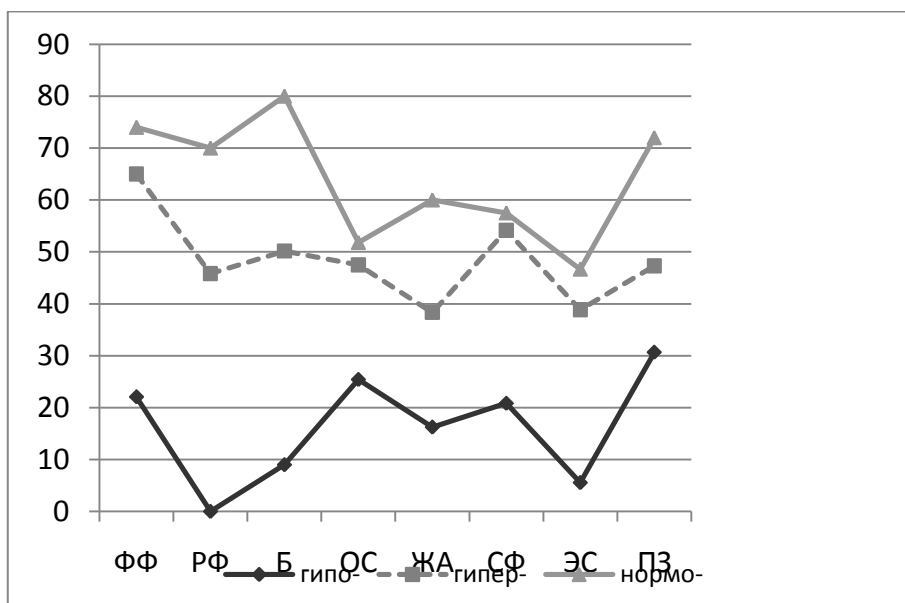


Рис. 2. Показатели качества жизни (SF-36) после ЭПСТ в зависимости от типа МЭА ЖКТ в отдаленном послеоперационном периоде.

Основной жалобой пациентов при тестировании по опросникам качества жизни SF-36 и ОГПД являлась боль. Обращало на себя внимание, что с течением времени болевой синдром усиливался, но это было связано не с изменением интенсивности болей, а с частыми рецидивирующими приступами панкреатита или холангита. При этом качество жизни пациентов по всем шкалам опросников становилось ниже, чем в дооперационном периоде (Рис. 3).

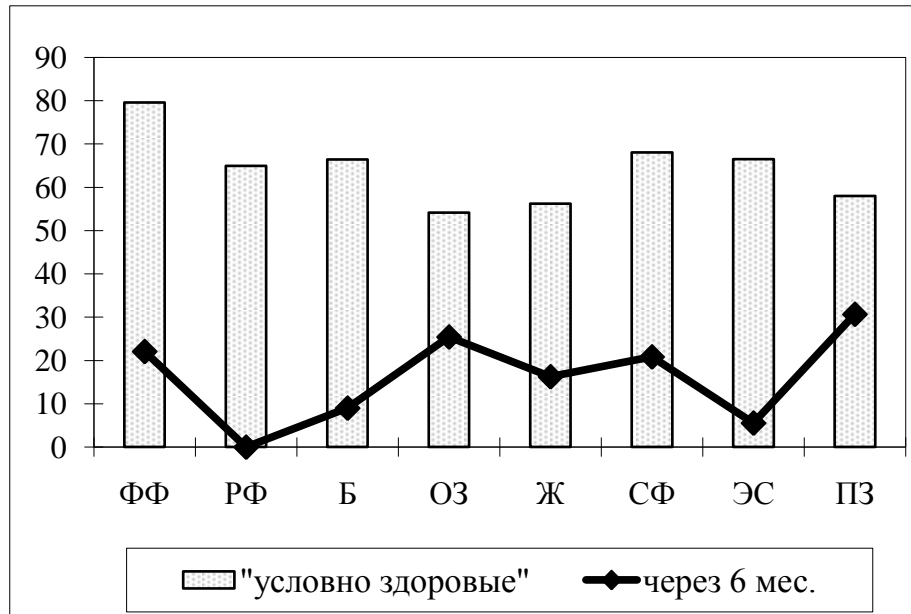


Рис. 3. Показатели качества жизни пациентов с гипомоторным типом миоэлектрической активности ЖКТ через 6 месяцев после эндоскопической литоэкстракции и «условно здоровых» добровольцев (SF-36).

ФФ - физическое функционирование, РФ - ролевое функционирование, Б - болевой синдром, ОС – общее состояние, ЖА – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, ЭС – эмоциональное состояние, ПЗ – психическое здоровье.

Целью лечения явились коррекция миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта с максимальным уменьшением клинических проявлений рецидивирующего панкреатита или холангита, улучшение качества жизни данной группы пациентов.

Показаниями к назначению препаратов домперидон или итоприд был гипомоторный тип миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта, мебеверин – гипермоторный. Все больные принимали препараты в стандартных дозировках 3 раза в сутки в течение 21 суток. Контрольные обследования выполнялись в начале и по окончании лечения.

При использовании прокинетиков у пациентов с гипомоторикой желудочно-кишечного тракта происходило повышение тонуса желудка и двенадцатиперстной кишки с нормализацией моторно – эвакуаторной функции на фоне и после лечения у 88,8% больных; в 11,2% - изменений не произошло.

Клинически нормализация моторно-эвакуаторной функции проявлялась в уменьшении или отсутствии диспептических жалоб и болевого синдрома.

Мебеверина гидрохлорид использовали при гипермоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта у больных с холелитиазом. При оценке результатов оказалось, что мебеверин также обладает нормализующим действием на сократительную и пропульсивную активность желудочно-кишечного тракта.

С целью изучения качества жизни в послеоперационном периоде на фоне приема корригирующей медикаментозной терапии было проведено проспективное исследование двух групп пациентов, перенесших эндоскопическую литоэкстракцию. В основную группу вошли пациенты с нарушенной моторно-эвакуаторной функцией желудочно-кишечного тракта, получавшие терапию, направленную на нормализацию миоэлектрической активности. Для создания контрольной группы выполнен ретроспективный анализ историй болезни: были выделены группы, различные по возрасту и полу, в зависимости от сроков после оперативного вмешательства, не получавших корригирующей терапии. В связи с этим обследованы 57 пациентов. Все эти пациенты были приглашены в стационар и обследованы по предложенной ранее схеме. Отдалённые результаты изучали в сроки от 1 месяца до 2 лет. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, а также сопутствующим заболеваниям.

По результатам исследования выявили низкие показатели качества жизни пациентов контрольной группы. При этом в подгруппе с гипомоторикой желудочно-кишечного тракта отмечены более низкие показатели качества жизни по шкалам болевого синдрома, физического состояния, психоэмоционального статуса в сравнении с пациентами, имеющими гипермоторный тип миоэлектрической активности.

На рисунке 4 продемонстрированы показатели качества жизни пациентов основной и контрольной групп с гипомоторным типом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта через 6 месяцев после оперативного

вмешательства. Обращало на себя внимание статистически достоверное ($p < 0,05$) снижение показателей в контрольной группе больных. В основной группе значения приближались к показателям качества жизни пациентов с нормомоторным типом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта ($p > 1,0$).

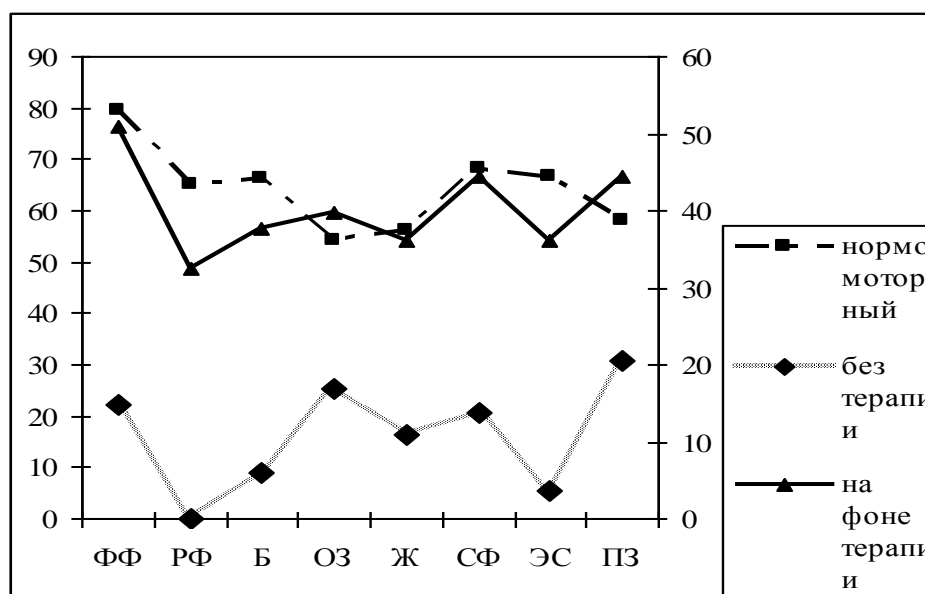


Рис. 4. Показатели качества жизни пациентов с гипомоторным типом МЭА ЖКТ через 6 месяцев после эндоскопической литоэкстракции в зависимости от наличия или отсутствия корригирующей терапии (SF-36).

ФФ – физическое функционирование, РФ – ролевое функционирование, Б – болевой синдром, ОС – общее состояние, ЖА – жизненная активность, СФ – социальное функционирование, ЭС – эмоциональное состояние, ПЗ – психическое здоровье.

При анализе качества жизни пациентов с гипермоторным типом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта так же отмечены низкие показатели качества жизни больных, не получавших корригирующую терапию.

Коррекция моторных нарушений в послеоперационном периоде препаратами домперидон, итоприд и мебеверин (в зависимости от вида моторики) значительно снизила болевой синдром, повысила физическую работоспособность, стабилизировала эмоциональное состояние у всех групп пациентов.

Предложенную схему терапии мы повторяли один раз в шесть месяцев, с последующей рекомендацией о дальнейшем наблюдении и лечении у гастроэнтеролога.

Таким образом, на основании полученных данных, сделан вывод, что у пациентов жёлчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, имеющих гипомоторный тип миоэлектрической активности и подвергнутых эндоскопической папиллосфинктеротомии, частота развития холангита и панкреатита значительно выше, чем у больных с нормо- или гипермоторикой желудочно-кишечного тракта за счет нарушения формирования мигрирующего миоэлектрического комплекса в зоне гастродуоденального перехода.

Качество жизни пациентов с гипомоторным типом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта подвергнутых эндоскопической папиллосфинктеротомии по всем шкалам опросников ниже, чем у больных с гипер- или нормомоторными типами в послеоперационном периоде. Осложнения эндоскопической папилосфинктеротомии в некоторых случаях с течением времени приводили к инвалидизации пациентов.

Домперидон, итоприд и мебеверин оказывали нормализующее действие на миоэлектрическую активность желудочно-кишечного тракта, увеличивая или снижая сократительную активность кишечной стенки и улучшая пропульсивную активность желудочно-кишечного тракта. Домперидон и итоприд оказывали стабилизирующий эффект при гипомоторном типе, а мебеверин - при гипермоторном типе миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта.

ВЫВОДЫ

1. Пациенты перед предполагаемой эндоскопической папиллосфинктеротомии должны быть обследованы на предмет нарушений моторики желудочно-кишечного тракта неинвазивными методами. При выявлении моторно-эвакуаторных нарушений им показана медикаментозная коррекция.

2. Пациентам с гипомоторным типом двенадцатиперстной кишки эндоскопическая папиллосфинктеротомия противопоказана. Операция выбора - традиционная холедохотомия и литоэкстракция.
3. Качество жизни у пациентов, после эндоскопической папиллосфинктеротомии, с гипомоторным типом верхних отделов желудочно-кишечного тракта ниже, чем у пациентов с гипермоторным типом
4. Пациенты, перенесшие эндоскопическую папиллосфинктеротомию должны получать корригирующую медикаментозную терапию, соответствующую выявленному типу моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта в отдаленном послеоперационном периоде, в зависимости от степени выраженности предъявляемых жалоб.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным жёлчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, на дооперационном этапе необходимо изучение миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта.
2. Гипомоторный тип двенадцатиперстной кишки является противопоказанием к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии в связи с развитием холангита в послеоперационном периоде.
3. Всем пациентам с гипо- или гипермоторными типами желудочно-кишечного тракта необходимо как в до, так и в послеоперационном периоде назначать медикаментозную терапию с учётом моторно – эвакуаторных расстройств для профилактики так называемого «постхолестэктомического синдрома».
4. При гипомоторном типе рекомендован приём прокинетиков домперидона или итоприда, при гипермоторном спазмолитика – мебеверина.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Багненко С.Ф. Торакоскопическая симпатэпланэктомия в комплексном лечении болевого синдрома / С.Ф. Багненко, М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева, А.В. Крадёнов // Харьковская хирургическая школа. -2008.-Т.29,№2.–С. 76-79.
2. Багненко С.Ф. Чрескожные дренирующие вмешательства в лечении механической желтухи различного генеза у пациентов с разным типом дуоденальной моторики. / С.Ф. Багненко, М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева, А.В. Крадёнов // Харьковская хирургическая школа. – 2009. - Т.33, № 2.1. – С. 69-70.
3. Багненко С.Ф. Оптимизация тактики лечения больных холедохолитиазом, с целью профилактики развития постхолецистэктомического синдрома / С.Ф. Багненко, М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева, В.А. Бунин, А.В. Крадёнов // Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского. - 2011. - Т.6, № 2. - С. 36.
- 4. Багненко С.Ф. Оптимизация тактики лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом / С.Ф. Багненко, М.Ю. Кабанов, Д.М. Яковлева, Д.Б. Дегтярев, Д.Р. Пирлеков, В.А. Бунин, А.В. Крадёнов // Вестник Российской Военно-медицинской академии. - 2011. - Т.35, № 3. – С. 35-42.**