

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский Государственный медицинский Университет имени академика И. П. Павлова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, в Санкт-Петербургском центре эндовидеохирургии Елизаветинской больницы.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук Стрижелецкий Валерий Викторович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Васильев Сергей Васильевич
доктор медицинских наук, профессор Глушков Николай Иванович

Ведущая организация:

Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Московский Государственный медикостоматологический университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ.

Защита состоится “___” _____ 2008 г. в «__» часов на заседании Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 208.090.05 Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский Государственный медицинский Университет имени академика И. П. Павлова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6/8) в зале Ученого совета.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский Государственный медицинский Университет имени академика И. П. Павлова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Автореферат разослан “_____” _____ 2008 г.

Учёный секретарь Совета по защите докторских и кандидатских диссертаций,
доктор медицинских наук, доцент Мясникова Марина Олеговна

Актуальность проблемы.

Холелитиаз является наиболее распространенным заболеваниями в гастроэнтерологии, 10-15% населения мира страдает данной патологией. В России ежегодная обращаемость по поводу ЖКБ составляет около 1 млн. человек в год. На сегодняшний день холецистэктомия (ХЭ) является самой частой операцией, число ежегодно выполняемых операций превышает 500 тыс. [Родионов В.В., Филимонов М.И., и др., 1991; Дадвани С.А., Ветшев П.С., и др., 2000; Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., и др., 2004; Балалыкин А.С., 1993; Малиновский Н.Н., Балалыкин А.С., 1995; П.С.Ветшев, и соавт.,2002].

Прямо пропорционально росту операций при ЖКБ растет и число неудовлетворительных результатов вмешательства. Не менее 10 – 20 % оперированных больных продолжают страдать приступами болей в животе. [Стрижелецкий В.В, Михайлов А.П., и др., 2005; Ивашкин В.Т., и соавт., 2002; В.А.Кубышкин, Б.С.Корняк и др., 1998, 2004]. В 75% этих случаев наблюдавшиеся ранее приступы печеночной колики отсутствуют, и имеет место лишь диспепсические явления, такие как, тяжесть в верхних отделах живота, тошнота, горечь во рту, отрыжка, изжога или умеренные боли в эпигастральной области, не носящие характера приступов. В 80 % случаев причинной неудовлетворительных результатов ХЭ являются заболевания и патологические состояния не связанные с выполненной операцией. [Нестеренко Ю.А., и соавт., 2003; Н.А.Майстренко, В.В.Стукалов, 2000; Шалимов А.А.,1989].

К таким заболеваниям относятся, в частности, гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).

На основании масштабных эпидемиологических исследований в Западной Европе и США, наличие симптомов гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) выявляется у 30-40% населения этих стран, причем до 25% нуждается в постоянном медикаментозном, а до 15% - исключительно в хирургическом лечении [Кубышкин В.А., Корняк Б.С., 1998, 1999; Champion J.K., 2000; Hunter J.G., Swanstrom L., Waring J.P., 1996].

В этой связи представляется актуальным исследование, посвященное изучению и анализу именно этой проблемы, целью которого стала разработка практических рекомендаций по повышению эффективности лечения больных ЖКБ, сочетающейся с ГЭРБ и ГПОД.

Цель исследования:

Улучшить результаты лечения больных желчнокаменной болезнью сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы за счет оптимизации хирургической так

тики и определения показаний к simultанным эндовидеохирургическим вмешательствам.

Задачи исследования:

1. Изучить характер клинических проявлений и определить оптимальный комплекс диагностических исследований у больных желчнокаменной болезнью сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Определить показания к проведению холецистэктомий в сочетании с антирефлюксными операциями с применением эндовидеохирургических технологий.
3. Разработать и обосновать технику и методологию simultанных операций
4. Доказать целесообразность, эффективность и безопасность проведения ЭВХ simultанных вмешательств у больных желчнокаменной болезнью сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы на основании полученных результатов.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Сочетание ЖКБ с ГЭРБ и ГПОД проявляется характерным симптомокомплексом, основными элементами которого являются боли, диспептические явления, дисфагия, нарушение пищеварения.
2. В диагностике решающее значение имеют УЗИ брюшной полости, рентгенологическое исследование, эндоскопическое исследование, эзофагоманометрия и 24-часовая рН-метрия.
3. Показаниями к проведению холецистэктомии в сочетании с антирефлюксными операциями с применением ЭВХ технологий являются: хронический калькулезный холецистит, полипы и холестероз желчного пузыря, отсутствие эффекта от консервативного лечения ГЭРБ, наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, развитие осложнений и тяжелые внепищеводные проявления гастроэзофагеального рефлюкса.
4. Simultанные операции при ЖКБ, сочетающейся с ГПОД и ГЭРБ должны выполняться в определенной последовательности: Первым этапом должна выполняться антирефлюксная операция, включающая коррекцию дефекта и укрепление пищеводного отверстия диафрагмы за счет крурорафии и укрепление НПС и восстановление угла Гисса за счет фундопликации, вторым этапом производится холецистэктомия.
5. Больным ЖКБ, сочетающейся с ГПОД и ГЭРБ целесообразно выполнять simultанные операции с использованием ЭВХ тех

6. нологий. Это позволит снизить риск прогрессирования ГЭРБ и ГПОД с образованием язв, стриктур пищевода, пищевода Баретта, и развитие осложнений со стороны СС и дыхательной систем, на фоне консервативного лечения.

Научная новизна

1. В работе представлены данные о характере и особенностях клинической картины при сочетании ЖКБ с ГПОД и ГЭРБ. Определен алгоритм обследования больных с патологией билиарного тракта и пищеводножелудочного перехода. Все больные ЖКБ в предоперационном периоде должны быть обследованы с целью исключения патологии пищеводно-желудочного перехода, с обязательным выполнением ФЭГДС, при подозрении на гастроэзофагеальный рефлюкс и грыжу пищеводного отверстия диафрагмы должны выполняться рентгенологическое исследование желудка и 24 часовая рН-метрия пищевода.
2. Определены показания к проведению холецистэктомии в сочетании с антирефлюксными операциями с применением эндовидеохирургических технологий. А именно: неэффективность консервативной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни; наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; осложненное течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (III и IV степень эзофагита).
3. Разработана и клинически апробирована тактика выполнения лапароскопических операций при сочетании желчнокаменной болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Первым этапом должна выполняться фундопликация, вторым - холецистэктомия.
4. Доказано преимущество выполнения simultанных операций у больных с сочетанной патологией.

Практическая значимость работы

Применение разработанного алгоритма обследования в предоперационном периоде у больных с ЖКБ уменьшит вероятность неудовлетворительных результатов оперативного лечения, связанных с сопутствующей патологией пищеводно-желудочного перехода (ПЖП), а также определить показания к выполнению холецистэктомии и антирефлюксной операции одновременно.

Определенная последовательность выполнения ЭВХ антирефлюксной операции и холецистэктомии позволит избежать осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде.

Установлено, что при выполнении simultанных операций с использованием ЭВХ технологий у больных ЖКБ сочетающейся с ГЭРБ и

ГПОД результаты лечения превосходят таковые при выполнении ЭВХ холецистэктомии и консервативном лечении гастроэзофагеального рефлюкса.

Личный вклад в результаты исследования

Автор лично участвовал в обследовании, предоперационной подготовке, оперативном лечении, наблюдении и обследовании в послеоперационном периоде больных как, контрольной так и основной групп. Личное участие автора в получении научных результатов подтверждено научным руководителем, систематически изучавшим первичные материалы по диссертации, и заключением членов комиссии, ознакомившихся с первичной документацией проведенного исследования.

Реализация результатов работы

Материалы, положения и рекомендации диссертации используются в практической работе городского центра эндовидеохирургии при больнице №3 Св. Преподобномученицы Елизаветы (Санкт-Петербург, ул. Вавиловых, 14), кафедры факультетской хирургии СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8), а также в учебном процессе на кафедре факультетской хирургии с курсом «Лапароскопическая хирургия».

Апробация работы

Основные материалы и положения диссертации были обсуждены и одобрены на совместных заседаниях проблемной комиссии №6 «Хирургия и онкология» и кафедры факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (2006 , 2007); на VIII Всероссийском съезде по эндоскопической хирургии (2005, Москва); на Всероссийской конференции молодых исследователей физиология и медицина, (2005, Санкт-Петербург).

По материалам диссертации опубликовано 8 научных работ, в том числе 2 из списка, рекомендованного ВАК РФ.

Объём и структура диссертации.

Диссертация изложена на 137 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы содержит 133 отечественных и 132 зарубежных источника. Материалы работы иллюстрированы 11 таблицами и 51 рисунком.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования.

Основой работы является клинический анализ результатов обследования и лечения 205 пациентов, страдающих ЖКБ, сочетающейся с ГПОД и ГЭРБ.

Основную группу, 150 человек, составили пациенты, которым были выполнены симультанные операции по поводу ЖКБ, сочетающейся с ГПОД и ГЭРБ с использованием ЭВХ технологий на базе Городского центра эндовидеохирургии Елизаветинской больницы Санкт-Петербурга за период с 1999 по 2006 гг.

В контрольную группу, 55 человек, вошли пациенты после холецистэктомии с последующим консервативным лечением ГЭРБ, сочетающейся с ГПОД. Данная группа больных была составлена по данным ретроспективного анализа историй болезни.

Распределение больных по полу и возрасту сходно в контрольной и основной группах. Возраст пациентов варьировал от 20 до 67 лет, среди которых доминировали женщины, в возрасте 40 – 60 лет.

В предоперационном периоде больные были обследованы в полном объеме по стандартной схеме, включая жалобы, сбор анамнеза, физикальный осмотр, лабораторные исследования крови и мочи и инструментальные методы исследования, включающие электрокардиограмму, рентгенографию легких, УЗИ брюшной полости, фиброэзофагогастродуоденоскопию, рентгенологическое (полипозиционное) исследования пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, 24-часовая рН-метрия по программе тело-кардия-пищевод.

Наиболее частыми клиническими проявлениями у обследованных пациентов приведены в таблице 1

Таблица 1.

Распределение больных по характеру и частоте основных клинических проявлений.

Клинические проявления	Основная группа (N=150)		Контрольная группа (N=55)		% от общего кол-ва больных
	Абс.	%	Абс.	%	
Боль в правом подреберье	109	72,3	51	92,7	78
Тошнота	37	24,6	8	14,5	22
Изжога	134	89,3	46	83,6	87,8
Горечь во рту	27	18	11	20	18,5
Дискомфорт и боль в эпигастрии	150	100	55	100	100
Отрыжка воздухом и пищей	114	76	44	80	77
Дисфагия	71	47,3	22	40	45,3

По данным УЗИ у 100% больных были выявлены конкременты в желчном пузыре. У большей части больных, как основной, так и контрольной групп отмечались признаки хронического холецистита (табл.2)

Таблица 2.

Распределение больных по характеру заболевания по данным УЗИ

Параметры		Основная группа (N=150)		Контрольная группа (N=55)	
		Абс.	%	Абс.	%
конкременты	Единичный	67	44,6	21	38,2
	множественные	83	55,4	34	61,8
Стенка желчно-го пузыря	Не изменена	24	16	9	16,4
	Утолщена	126	84	46	83,6
Деформация, перегибы ЖП		96	64	39	70,9
Воспалительные изменения ЖП		59	39,3	26	47,2
Состояние вне-печеночных ЖП	Не изменены	150	100	55	100
	Расширены	0	0	0	0
	Конкременты	0	0	0	0

По данным эндоскопического исследования у 89,8 % больных, при эндоскопическом исследовании выявлялись признаки рефлюкс-эзофагита (эндоскопически позитивная ГЭРБ). В 10,2 % случаев клиническая симптоматика не сопровождалась наличием эзофагита (эндоскопически негативная ГЭРБ). Распределение больных по степени выраженности рефлюкс-эзофагита отражено в таблице 3.

Таблица 3.

Распределение больных по степени выраженности рефлюкс-эзофагита по данным эндоскопического исследования.

Рефлюкс-эзофагит	Основная группа (N=150)		Контрольная группа (N=55)		% от общего числа больных
	Абс.	%	Абс.	%	
Эндоскопически негативная ГЭРБ	14	9,3	7	12,7	10,2
1 степень	47	31,3	21	38,2	33,2
2 степень	65	43,4	25	45,6	44
3 степень	19	12,7	2	3,5	10,2
4 степень	5	3,3	-	-	2,4
Итого:	150	100	55	100	100

Полипозиционное рентгенологическое исследование позволило уточнить характер и выраженность анатомических изменений у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (табл. 4).

Таблица 4.

Распределение больных по заболеваниям, выявленным при рентгенологическом исследовании.

Признак	Основная группа (N=150)		Контрольная группа (N=55)	
	Абс.	%	Абс.	%
Аксиальная ГПОД из них:	133	88,7	51	92,7
• Кардиальная	87	65,4	42	82,4
• Кардиофундальная	46	34,6	9	17,6
Параэзофагеальная ГПОД	17	11,3	4	7,3

В основной группе у 133 больных (88,7,3%) выявлено наличие аксиальной грыжи ПОД, из них у 87 (65,4%) больных кардиальная грыжа ПОД и у 46 (34,6%) – кардиофундальная. Параэзофагеальная грыжа ПОД выявлена у 17 (11,3%) пациентов. В контрольной группе аксиальная ГПОД выявлена у 51 (92,7%) больного, параэзофагеальная – у 4 (7,3%) больных.

В данном исследовании для проведения 24-часовой рН-метрии пищевода использовался портативный ацидогастрометр «Гастроскан-24» (ГНПП «Исток-Система» г.Фрязино, Московская обл.). Данный аппарат включает в себя зонд с электрохимическими датчиками, усилитель и регистрирующее устройство. Электрохимический датчик состоит из двух электродов – активного (измерительного) и референтного (электрода сравнения).

Исследование проводилось по методике тело – кардия – пищевод.

Для выявления несостоятельности нижнего пищеводного сфинктера в конце исследования дополнительно использовались провоцирующие рефлюкс приемы. Повышение внутрижелудочного (внутрибрюшного) давления достигалось путем натуживания, покашливания, компрессии живота, подъемом ног в горизонтальном положении, а также в положении Тренделенбурга. Затем вновь оценивался уровень рН в дистальном отделе пищевода.

Основные анализируемые показатели и результаты исследования приведены в таблице 5.

Таблица 5.

Результаты 24 – часовой рН-метрии пищевода

Показатели	Норма	Основная группа (N=150)	Контрольная группа (N=55)
Число ГЭР с рН < 4	47	102,31±25,6	102,0±24,8
% времени с рН < 4, общее.	4,5	11,52±8,5	12,05±7,9
% времени с рН < 4, днем	8,4	12,51±9,1	13,92±8,8
% времени с рН < 4, ночью	3,5	15,51±11,3	13,91±12,4
Число ГЭР больше 5 мин	3,5	12,51±6,2	14,0±5,1
Длительность наиболее продолжительного эпизода (мин)	20	23,43±12,8	17,73±11,9
Индекс DeMeester	14,72	50,93±23,5	50,8±24,1

Как в основной, так и в контрольной группах отмечено увеличение числа ГЭР с рН меньше 4, в среднем, в 2,2 раза по сравнению с нормой. Увеличение общего времени с рН < 4 в 2,5 раза в основной группе и в 2,7 раза в контрольной, увеличение процента времени с рН < 4 днем в 1,5 раз в среднем у пациентов обеих групп, ночью в 4,5 и в 4 раза в основной и контрольной группах соответственно. Число ГЭР продолжительностью больше 5 минут отмечалось в 3,6 раза больше нормы у пациентов основной группы и в 4 раза у пациентов контрольной. Увеличение длительности наиболее продолжительного эпизода ГЭР отмечалось только у пациентов основной группы. Превышение значения индекса DeMeester составило 3,5 раза, отмечалось одинаково в обеих группах.

Принципы и методы лечение желчнокаменной болезни, сочетающейся с гастроэзофагеальным рефлюксом и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Лечение пациентов основной группы включало ЭВХ антирефлюксную операцию в сочетании холецистэктомией с симптоматическим лечением в раннем послеоперационном периоде по показаниям.

Лечение пациентов контрольной группы состояло из ЭВХ холецистэктомии с последующим консервативным лечением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Эндовидеохирургические вмешательства в сочетании с антирефлюксной операцией.

Показаниями к проведению холецистэктомии в плановом порядке служили: хронический калькулезный холецистит, полипы и холестероз желчного пузыря, бессимптомный холецистолитиаз.

Антирефлюксные оперативные вмешательства проводились по следующим показаниям: отсутствие эффекта от консервативного лечения, прогрессирование заболевания; наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с признаками гастроэзофагеального рефлюкса; осложненное течение ГЭРБ, включая образование язвы, стриктуры пищевода, пищевод Баретта, легочные осложнения.

Критериями для отбора являлись: повышенная восприимчивость слизистой оболочки пищевода к желудочному соку, по данным 24-часовой рН-метрии, сохранение симптомов заболевания после 8-12 недель интенсивной терапии, наличие механической несостоятельности нижнего пищеводного сфинктера, отсутствие моторно-эвакуаторных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки.

Подготовка пациентов к операции производилась по тем же принципам, как и к любому другому вмешательству на брюшной полости.

Противопоказаниями к выполнению вмешательства с использованием эндовидеохирургии являлись: выраженные сердечно-легочные нарушения, нарушения свертывающей системы крови, поздние сроки беременности, злокачественные поражения желчного пузыря, спаянный процесс в верхнем этаже брюшной полости, перенесенные ранее операции на верхнем этаже брюшной полости.

Распределение пациентов основной группы по характеру выполненного оперативного вмешательства представлено в таблице 6.

Таблица 6.

Распределение больных основной группы по характеру выполненного оперативного вмешательства.

Заболевание	Операция Dog и ХЭ	Операция Toupet и ХЭ	Операция Nissen и ХЭ
Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ЖКБ	124	6	3
Параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ЖКБ	10	4	3
Итого	134	10	6

Длительность лапароскопических антирефлюксных операций в сочетании с холецистэктомией, в среднем составляла 135,5 ± 7,4 минут (95 – 195 минут).

Длительность нахождения больных в стационаре после операции составила в среднем 5,6 ± 1,3 суток (3-10 суток).

Особенности выполнения симультанных операций при сочетании желчнокаменной болезни, рефлюкс-эзофагита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Всем пациентам основной группы при выполнении лапароскопических оперативных вмешательств первым этапом производилась антирефлюксная операция, как операция на менее инфицированном органе, вторым этапом – холецистэктомия по стандартной методике.

При выполнении холецистэктомии вторым этапом снижается риск возможного инфицирования зоны антирефлюксного вмешательства, появляется возможность оценки гемостаза в зоне пищеводно-желудочного перехода и выявления интраоперационных осложнений через 15-20 мин (по окончании холецистэктомии), кроме того, это рационально, так как антирефлюксные операции более сложные технически.

Эндовидеохирургическая холецистэктомия с последующим консервативным лечением гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

У пациентов контрольной группы ЭВХ холецистэктомия производилась после предоперационной подготовки по тем же показаниям и принципам, что и пациентам основной группы. Длительность операции в среднем составляла 34,6 ± 5,8 минут (20 -60 минут).

Длительность нахождения больных в стационаре составила в среднем 5,3 ± 1,3 суток (3 - 7суток).

После выписки из стационара всем больным контрольной группы проводилось консервативное лечение ГЭРБ в течение 8-12 недель под наблюдением гастроэнтеролога.

Больным подбирались индивидуальные схемы лечения и дозы препаратов в зависимости от стадии и выраженности заболевания, также учитывался анамнез заболевания, применяемые ранее схемы лечения и их эффективность.

Результаты лечения желчнокаменной болезни, сочетающейся с гастроэзофагеальным рефлюксом и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Интраоперационные осложнения отмечены у 5 (3,3%) пациентов основной группы. У двух пациентов при мобилизации пищевода была повреждена плевра, у трех пациентов развилось кровотечение из ножки диафрагмы при выполнении задней крурорафии. Повреждения своевременно диагностированы, и устранены в ходе операции без конверсии доступа.

Осложнений холецистэктомий не было отмечено не в основной, не в контрольной группах.

Для оценки отдаленных результатов проведенного лечения, через один и шесть месяцев после операции больные обеих групп проходили

плановое обследование, включавшее ФГДС, рентгенографию желудка, 24- часовую рН-метрию

Таблица 7.

Основные клинические проявления у больных после проведенного лечения.

Клинические проявления	Через 1 месяц		Через 6 месяцев	
	Основная группа (150 чел) n (%)	Контрольная группа (55 чел.) n (%)	Основная группа (150 чел) n (%)	Контрольная группа (55 чел.) n (%)
Изжога	4 (2,7)	3 (5,5)	2 (1,3)	38 (69,1)
Дискомфорт и боль в эпигастрии	3 (2)	9 (16,3)	1 (0,6)	47 (85,5)
Отрыжка воздухом и пищей	2 (1,3)	36 (65,4)	2 (1,3)	44 (80)
Дисфагия	0	16 (29,1)	0	22 (40)

По данным рентгенологического исследования признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточности кардиального жома у пациентов основной группы не отмечено.

Данные ФЭГДС и суточного рН – мониторинга представлены в таблицах 8 и 9.

Таблица 8.

Данные ФЭГДС исследования после проведенного лечения

Показатели	Через 1 мес		Через 6 мес	
	Основная группа n (%)	Контрольная группа n (%)	Основная группа n (%)	Контрольная группа n (%)
Нет признаков повреждения слизистой оболочки пищевода	144 (96)	6 (10,9)	148(98,6)	4 (7,3)
I степень	6 (4)	19 (34,5)	2 (1,4)	15 (27,3)
II степень	-	26 (47,3)	-	31 (56,4)
III степень	-	4 (7,3)	-	4(7,3)
IVстепень	-	-	-	1 (1,7)
ВСЕГО	150 (100)	55 (100)	150 (100)	55(100)

При фиброэзофагогастроуденоскопии через 1 месяц зафиксирован эзофагит легкой степени у 6 (4%) пациентов и у 2 (1,4%) – через 6 месяцев в основной группе, что свидетельствует о явной положительной динамике. В контрольной группе отмечается прогрессирование гастроэзофагеальнорефлюксной болезни с обострением на фоне прекращения медикаментозного лечения.

Таблица 9.

Результаты суточного рН – мониторинга после проведенного лечения.

Показатели	Через 1 месяц		Через 6 месяцев	
	Основная группа n=150	Контроль- ная группа n=55	Основная группа n=150	Контроль- ная группа n=55
Число ГЭР с рН меньше 4	23,27±10,3	105±25,1	23,92±10,2	105,17±25,3
% времени с рН меньше 4, общее.	3,55±1,3	12,22±8,1	3,58±1,2	13,01±9,4
% времени с рН меньше 4, днем	5,92±1,6	11,54±7,9	5,63±1,3	9,84±7,6
% времени с рН меньше 4, ночью	2,23±0,8	14,14±13,2	2,14±0,7	13,98±13,4
Число ГЭР больше 5 мин	2,63±0,6	12,06±5,3	2,60±0,4	12,69±5,6
Наиболее продолжительный эпизод (мин)	5,59±3,8	20,52±13,2	5,67±3,2	20,52±13,6
Индекс DeMeester	12,42±9,6	49,16±25,3	12,28±9,8	49,32±26,1

При анализе данных 24-часовой рН – метрии (таб. 9), в основной группе пациентов выявляется выраженная положительная динамика. Следует отметить уменьшение числа гастроэзофагеальных рефлюксов более чем в четыре раза, выраженное уменьшение, как общего, процента времени с рН ниже 4, так и в ночное и дневное время суток. Число рефлюксов желудочного содержимого длительностью более 5 мин уменьшилось в шесть раз, длительность наиболее продолжительного эпизода гастрорезофагеального рефлюкса в среднем не превышала 5,67 мин. Индекс DeMeester снизился с 50,93, перед операцией, до 12,28 через 6 мес после операции. Все вышеперечисленные показатели входят в пределы допустимой нормы.

У пациентов контрольной группы отчетливой положительной динамики, по сравнению с данными 24-часовой рН-метрии в предоперационном периоде, не отмечается.

Таким образом, в основной группе отмечено полное исчезновение симптомов ГЭРБ и ГПОД по данным обследования и отсутствие побочных эффектов операции у 145 пациентов (96,7%). В контрольной группе отмечается прогрессирование гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с обострением на фоне прекращения медикаментозного лечения у 55 (100%) больных.

Это дает основание утверждать, что при выполнении симультанных операций с использованием эндовидеохирургических технологий у больных ЖКБ сочетающейся с ГЭРБ и ГПОД результаты лечения превосходят таковые при выполнении ЭВХ холецистэктомии и консервативном лечении гастроэзофагеального рефлюкса.

Кроме того, проведение симультанных операций у данной группы больных более целесообразно с экономической позиции, так как количество дней пребывания пациента в стационаре в среднем одинаково. В отдаленном послеоперационном периоде пациенты основной группы не нуждаются в приеме лекарственных препаратов, в то время как пациенты контрольной группы вынуждены проводить курсы медикаментозной терапии ГЭРБ, систематически наблюдаться у гастроэнтеролога, проходить ежегодное обследование с целью контроля эффективности лечения ГЭРБ. Что в свою очередь ведет к экономическим затратам личных средств пациента и средств ОМС.

ВЫВОДЫ

1. Все больные ЖКБ в предоперационном периоде должны быть обследованы с целью исключения патологии пищеводно-желудочного перехода, с обязательным выполнением ФЭГДС, при подозрении на ГЭРБ и ГПОД должны выполняться рентгенологическое исследование желудка и 24 часовая рН-метрия пищевода.
2. Показаниями к выполнению холецистэктомии у больных ЖКБ в сочетании с антирефлюксной операцией являются: неэффективность консервативной терапии ГЭРБ; наличие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; осложненное течение ГЭРБ (III и IV степень эзофагита).
3. Симультанные операции при ЖКБ сочетающейся с ГЭРБ и ГПОД должны выполняться в определенной очередности. Первым этапом выполняться антирефлюксная операция, вторым – холецистэктомия.
4. Выполнение симультанных операций у данной категории больных более целесообразно как с медицинской, так и с экономической позиций.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В связи с частым сочетанием ЖКБ с ГПОД и ГЭРБ все больные холелитиазом на этапе предоперационного обследования должны быть обследованы с целью исключения патологии пищеводно-желудочного перехода. На первом этапе должна быть выполнена ФЭГДС, при подозрении на ГЭРБ и ГПОД - рентгенологическое исследование желудка и 24 часовая рН-метрия пищевода.
2. При выявлении на этапе обследования ЖКБ сочетающейся с ГЭРБ и ГПОД должны быть выполнены симультанные операции. Что позволяет сократить экономические затраты средств ОМС и пациента.
3. При выполнении холецистэктомии в сочетании с фундопликацией операции должны производиться в определенной последовательности. Первым этапом выполняется операция на наименее инфицированном органе т.е. антирефлюксная операция, вторым – холецистэктомия. При выполнении холецистэктомии вторым этапом снижается риск возможного инфицирования зоны антирефлюксного вмешательства, появляется возможность оценки гемостаза в зоне пищеводно-желудочного перехода и выявления интраоперационных осложнений через 15-20 мин (по окончании холецистэктомии), кроме того, это рационально, так как антирефлюксные операции более сложные технически.
4. При выполнении симультанных операций с использованием эндовидеохирургических технологий у больных ЖКБ сочетающейся с ГЭРБ и ГПОД результаты лечения превосходят таковые при выполнении ЭВХ холецистэктомии и консервативном лечении гастроэзофагеального рефлюкса.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Стрижелецкий В.В., Черепанов Д.Ф., Шмидт Е.В. Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией. // Вестник хирургии – СПб., 2006, том 165 - № 5. – С.28 – 32.
2. Г.М.Рутенбург, В.В.Стрижелецкий, Е.М.Альтмарк, Е.В.Шмидт. Возможности эндовидеохирургии в лечении сочетанных заболеваний// Вестник Университета – СПб, 2007, №4. С. 51-57.
3. Стрижелецкий В.В., Михайлов А.П., Черепанов Д.Ф., Шмидт Е.В. Эндовидеохирургические операции при сочетании желчнокаменной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы диагностики и хирур

4. гического лечения заболеваний органов брюшной полости» - СПб, издательский дом СПбМАПО, 2005г. – С.94-98.
5. Стрижелецкий В.В., Черепанов Д.Ф., Лучкин А.Н., Шмидт Е.В. Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией. // Материалы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии, 15-17 февраля 2005 года, Москва // Научно-практический журнал «Эндоскопическая хирургия» - Москва, 1 – 2005. С. 183.
6. Шмидт Е.В., Бондаренко Р.В., Лучкин А.Н. Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией. // Материалы всероссийской конференции молодых исследователей физиология и медицина, 14-16 апреля 2005 года, Санкт-Петербург
7. В.В.Стрижелецкий, Е.В.Шмидт, Д.Ф.Черепанов. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с применением ЭВХ технологий//Сборник научно-практических работ «Современные аспекты организации и оказания медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара», выпуск 4 – СПб ООО «Изд. полиграфическая компания «КОСТА», 2007г. – С.124-130.
8. Е.В. Шмидт, В.В. Стрижелецкий. Одномоментные эндовидеохирургические операции у больных ЖКБ, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы. //Сборник научно-практических работ «Современные аспекты организации и оказания медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара», выпуск 4 – СПб ООО «Изд. полиграфическая компания «КОСТА», 2007г. – С.114-118.
9. Стрижелецкий В.В., Шмидт Е.В., Черепанов Д.Ф. Эндовидеохирургические вмешательства при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжах пищеводного отверстия диафрагмы под редакцией проф. В.В.Стрижелецкого СПб.: ООО «Фирма «КОСТА», 2008. – 28с., с ил.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/