

А. Л. Чарышкин, В. А. Бадеян, К. И. Бикбаева

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Аннотация. При болевом синдроме в отдаленном послеоперационном периоде у больных после холецистэктомии диагностируются самые разнообразные заболевания: дисфункция сфинктера Одди, хронический панкреатит в фазе обострения, холедохолитиаз, язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе обострения, эрозивный гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, а также их сочетание. Применение амплипульстерапии у больных после малоинвазивных холецистэктомий способствует снижению дисфункции сфинктера Одди.

Ключевые слова: холецистэктомия, дисфункция сфинктера Одди, амплипульстерапия.

Abstract. In cases of pain syndrome occurring in the remote postoperative period in the patients after cholecystectomy physicians diagnose diversified diseases such as: dysfunction of Oddi's sphincter, chronic pancreatitis in an exacerbation phase, choledocholithiasis, peptic ulcer duodenum in an exacerbation phase, erosive gastroduodenitis, gastroesophageal reflux illness, and also their combination. Application of amplipulsetherapy for patients after cholecystectomy decreases the dysfunction of Oddi's sphincter.

Key words: cholecystectomy, dysfunction of Oddi's sphincter, amplipulsetherapy.

Введение

Любое современное оперативное вмешательство преследует цель быстрого и качественного избавления пациента от заболевания с минимальным ущербом для его последующего физического и психологического состояния [1–3]. Эндовидеохирургические технологии, применяемые в хирургии органов брюшной полости, наиболее полно соответствуют данным требованиям. Преимущества лапароскопических операций перед открытыми хорошо известны – снижение травматичности оперативного вмешательства, уменьшение количества послеоперационных осложнений, прежде всего гнойно-септических, сокращение сроков реабилитации, улучшение косметического эффекта [4, 5]. Однако до последнего времени по данным различных авторов лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите и патологии желчных протоков не стала альтернативой открытой холецистэктомии. В частности, вдвое увеличилось число травм желчных протоков [6, 7]. Появился новый вид тяжелых осложнений – ожог желчных протоков. Это свидетельствует о том, что технология выполнения лапароскопической холецистэктомии требует своего дальнейшего совершенствования. Из вышеприведенных данных видно, что хирургическое лечение желчнокаменной болезни остается социально значимой проблемой. Основная цель нашего исследования изучить структуру послеоперационной боли в отдаленном периоде и оценить эффективность магнитотерапии в сочетании с амплипульстерапией у больных после малоинвазивных холецистэктомий.

1. Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением в период 2006–2009 гг. находилось 104 больных с желчнокаменной болезнью: 36 мужчин (34,6 %) и 68 женщин (65,4 %).

Около половины больных трудоспособного возраста; пожилого и старческого (старше 60 лет) – 40 (38,5 %), моложе 60 лет – 64 (61,5 %) человек. Средний возраст составил 56 лет. Больные разделены на три группы, сопоставимые по полу и возрасту.

Первая группа сравнения – 34 пациента с желчнокаменной болезнью, которым выполнена малоинвазивная холецистэктомия, в послеоперационном периоде проводилась традиционная базисная медикаментозная терапия.

Вторая группа сравнения – 35 пациентов с желчнокаменной болезнью, которым выполнена малоинвазивная холецистэктомия, в послеоперационном периоде проводилась традиционная базисная медикаментозная терапия и магнитотерапия с помощью аппарата Полимаг-01.

Третья основная группа – 35 пациентов с желчнокаменной болезнью, которым выполнена малоинвазивная холецистэктомия, в послеоперационном периоде проводилась традиционная базисная медикаментозная терапия, магнитотерапия аппаратом Полимаг-01 и амплипульстерапия аппаратом АЛМАГ-01.

Оперативное вмешательство – лапароскопия или минилапаротомия, холецистэктомия, интраоперационная холангиография, дренирование брюшной полости. Оперативные вмешательства выполняли под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов и искусственной вентиляции легких аппаратом Полинаркон.

Магнитотерапия с помощью аппарата Полимаг-01 выполнялась в послеоперационном периоде на переднюю брюшную стенку путем прямого воздействия на проекцию билиарного тракта в течение 10–15 мин ежедневно в течение семи суток.

Амплипульстерапия аппаратом АЛМАГ-01 выполнялась в послеоперационном периоде на переднюю брюшную стенку путем прямого воздействия на проекцию билиарного тракта в течение 10–15 мин ежедневно в течение семи суток. В третьей группе больных магнитотерапия и амплипульстерапия выполнялись ежедневно с интервалом между ними 8 ч.

В целях диагностики дисфункции сфинктера Одди проводилось ультразвуковое исследование в послеоперационном периоде. Дисфункция сфинктера Одди подтверждалась при расширении холедоха >12 мм и главного панкреатического протока > 5 мм. В послеоперационном периоде использовали билисцинтиграфию, при которой оценивали время транзита радиофармпрепарата до 12-перстной кишки, при его прохождении более 30 мин дисфункция сфинктера Одди подтверждалась.

Сроки наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде во всех группах больных составили от одного до трех лет.

Статистическая обработка результатов производилась с помощью пакета программ Statistica 6. Применялся t тест для связанных и несвязанных случаев. Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Для сравнения групп по качественному бинарному признаку использовали критерий Фишера.

2. Результаты и обсуждение

Болевой синдром среди обследованных больных в первой группе выявлялся чаще всего – у 28 пациентов (93,3 %). По результатам проведенного нами комплексного обследования при болевом синдроме в порядке убывания диагностированы следующие заболевания: дисфункция сфинктера Одди – у 18 больных (60 %), хронический панкреатит в фазе обострения – у 6 боль-

ных (20 %), язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе обострения – у 2 (6,7 %), холедохолитиаз – у 2 (6,7 %) больных, эрозивный гастродуоденит – у 4 (13,3 %), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 1 (3,3 %). Сочетание осложнений – у трех больных. Болевой синдром среди обследованных больных во второй группе выявлен у 12 пациентов (41,4 %). По результатам проведенного комплексного обследования при болевом синдроме в порядке убывания диагностированы следующие заболевания: дисфункция сфинктера Одди – у 6 больных (20,7 %), хронический панкреатит в фазе обострения – у 3 больного (10,3 %), эрозивный гастродуоденит – у 2 (6,9 %), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 1 (3,4 %). Болевой синдром среди обследованных больных в третьей группе выявлен у 4 пациентов (13,3 %). По результатам проведенного комплексного обследования при болевом синдроме в порядке убывания диагностированы следующие заболевания: дисфункция сфинктера Одди – у 2 больных (6,7 %), эрозивный гастродуоденит – у 1 (3,3 %), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – у 1 (3,3 %).

Поскольку дисфункция сфинктера Одди (ДСО) является одним из «трудных» диагнозов, нами дополнительно для ее диагностики были использованы ультразвуковые исследования холедоха и вирсунгова протока в отдаленном послеоперационном периоде во всех группах больных, а также билсцинтиграфия.

При ультразвуковом исследовании (табл. 1) в отдаленном послеоперационном периоде у больных с ДСО ширина холедоха > 12 мм и расширение вирсунгова протока > 5 мм сохранялись в первой и во второй группах больных, соответственно в первой группе $13,4 \pm 0,4$ и $6,3 \pm 0,3$ мм, во второй группе $12,3 \pm 0,3$ и $5,2 \pm 0,3$ мм, а в третьей группе больных ширина холедоха и вирсунгова протока соответствовали нормальным показателям $7,8 \pm 0,3$ и $2,5 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$).

Таблица 1

УЗИ-признаки ДСО в отдаленном послеоперационном периоде

Признаки	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
Расширение холедоха > 12 мм	$13,4 \pm 0,4$	$12,3 \pm 0,3$	$7,8 \pm 0,3^{*1,2}$
Расширение вирсунгова протока > 5 мм	$6,3 \pm 0,3$	$5,2 \pm 0,3$	$2,5 \pm 0,2^{*1,2}$

Примечание. * – межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$ по t -тесту для несвязанных случаев). Номер группы сравнения указан после значка.

Таким образом, УЗИ, проведенное в отдаленном послеоперационном периоде, выявило расширение холедоха > 12 мм и вирсунгова протока > 5 мм в первой и второй группах больных, что свидетельствует о дисфункции сфинктера Одди. В третьей группе больных, которым выполняли магнитотерапию и амплипульстерапию в послеоперационном периоде, ширина холедоха и вирсунгова протока соответствовали нормальным показателям.

В отдаленном послеоперационном периоде замедление транзита радиофармпрепарата (табл. 2) до 12-перстной кишки было в первой и второй группах больных, соответственно $49,2 \pm 1,7$ и $41,2 \pm 2,4$ мин, а в третьей группе больных время транзита радиофармпрепарата до 12-перстной кишки соответствовало нормальным показателям $21,5 \pm 2,1$ мин ($p < 0,05$).

Билисцинтиграфия в отдаленном послеоперационном периоде

Время транзита радиофармпрепарата до 12-перстной кишки (мин)	Первая группа	Вторая группа	Третья группа
t	$49,2 \pm 1,7$	$41,2 \pm 2,4$	$21,5 \pm 2,1^{*1,2}$

Примечание. * – межгрупповые различия достоверны ($p < 0,05$ по t -тесту для несвязанных случаев). Номер группы сравнения указан после значка.

Билисцинтиграфия, выполненная в отдаленном послеоперационном периоде, выявила замедление транзита радиофармпрепарата до 12-перстной кишки в первой и второй группах больных, что свидетельствует о дисфункции сфинктера Одди. В третьей группе больных, которым выполняли магнитотерапию и амплипульстерапию в послеоперационном периоде, время транзита радиофармпрепарата до 12-перстной кишки соответствовало нормальным показателям.

Таким образом, дисфункция сфинктера Одди после холецистэктомии, протекающая преимущественно с болевым синдромом, является одним из самых частых осложнений холецистэктомии. При этом клинически болевой синдром отличается большим разнообразием. Рекомендуемые в литературе ультразвуковые исследования холедоха и вирсунгова протока, а также билисцинтиграфия информативны и должны использоваться в диагностике дисфункции сфинктера Одди.

Заключение

1. Болевой синдром в отдаленном послеоперационном периоде у больных после малоинвазивных холецистэктомий чаще встречается после традиционной послеоперационной медикаментозной терапии, ведущей причиной боли является дисфункция сфинктера Одди у 60 % больных.

2. При ультразвуковом исследовании после холецистэктомии ширина холедоха > 12 мм и расширение вирсунгова протока > 5 мм сохраняются у больных с традиционным послеоперационным лечением и в сочетании с магнитотерапией, а у больных после магнитотерапии в сочетании с амплипульстерапией ширина холедоха и вирсунгова протока соответствуют нормальным показателям.

3. Замедление транзита радиофармпрепарата при билисцинтиграфии до 12-перстной кишки у больных после холецистэктомии с традиционным послеоперационным лечением и в сочетании с магнитотерапией свидетельствует о дисфункции сфинктера Одди, а у больных после магнитотерапии в сочетании с амплипульстерапией время транзита радиофармпрепарата до 12-перстной кишки не нарушается.

Список литературы

1. Атаджанов, Ш. К. Пути снижения осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ш. К. Атаджанов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2007. – № 12. – С. 26–29.
2. Баранов, Г. А. Мини-инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите / Г. А. Баранов, Е. А. Решетников,

- Б. В. Харламов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 6. – С. 27–30.
3. **Бебуришвили, А. Г.** Качество жизни у больных после повторных операций на желчных протоках / А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, Е. П. Строганова // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 49–50.
4. **Блувштейн, Г. А.** Противотромботическая профилактика после лапароскопической холецистэктомии у пациентов пожилого возраста с избыточной массой тела / Г. А. Блувштейн, А. А. Свистунов, В. В. Якубенко, С. В. Вертянкин // Казанский медицинский журнал. – 2005. – № 6. – С. 473–476.
5. **Власов, А. П.** Системный липидный дистресс-синдром в хирургической гепатологии (при остром панкреатите) / А. П. Власов, В. Г. Крылов, С. Б. Келейников, О. В. Логинова // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 2. – С. 90.
6. **Назаренко, П. М.** Хирургическая тактика у больных острым холециститом / П. М. Назаренко, Г. Ф. Лукьянчиков, Ю. В. Канищев // Современные аспекты клинической хирургии. – Тула, 2002. – С. 57–58.
7. **Чарышкин, А. Л.** Способ холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита / А. Л. Чарышкин, О. В. Мидленко // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 2. – С. 56–58.

Чарышкин Алексей Леонидович

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой факультетской хирургии, Институт медицины экологии и физической культуры, Ульяновский государственный университет

E-mail: charyshkin@yandex.ru

Charyshkin Alexey Leonidovich

Doctor of medical sciences, head of sub-department of faculty surgery, Institute of medicine, ecology and physical training, Ulyanovsk State University

Бадеян Вардгес Ашотович

аспирант, Институт медицины экологии и физической культуры, Ульяновский государственный университет

E-mail: charyshkin@yandex.ru

Badeyan Vardges Ashotovich

Postgraduate student, Institute of medicine, ecology and physical training, Ulyanovsk State University

Бикбаева Кадрия Ирековна

аспирант, Институт медицины экологии и физической культуры, Ульяновский государственный университет

E-mail: charyshkin@yandex.ru

Bikbaeva Kadriya Irekovna

Postgraduate student, Institute of medicine, and physical training, Ulyanovsk State University

УДК 616.366-089.87

Чарышкин, А. Л.

Отдаленные результаты хирургического лечения больных острым холециститом / А. Л. Чарышкин, В. А. Бадеян, К. И. Бикбаева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 4 (20). – С. 97–101.