

Студеникин Л.В., Бондаревский И.Я.

Новые подходы к профилактике постхолецистэктомических осложнений в плановой хирургии желчнокаменной болезни

ГБОУ ВПО Южно-Уральский ГМУ Минздрава России

Резюме

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 41 человек. Критерии отбора- повышенный уровень суммарных желчных кислот, результаты рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки. При выявленной дискинезии двенадцатиперстной кишки эндоскопическая холецистэктомия дополнена симультантной операцией Клермона. Результаты. Дискинезия двенадцатиперстной кишки в разной степени выраженности выявлена в 48,8% случаев. Видеолапароскопическая холецистэктомия, дополненная симультантной операцией Клермона, выполнена в 12 случаях у пациентов с субкомпенсированной стадией дискинезии по классификации Я.Д. Витебского.

Анализируя результаты опроса с использованием опросника GSRС, выявлены удовлетворительные показатели качества жизни у пациентов после холецистэктомии с симультантной операцией Клермона.

Уровень желчных кислот, определенный через месяц после оперативного лечения, также доказал преимущества предлагаемой методики по сравнению с традиционной эндоскопической холецистэктомией.

Заключение. Дискинезия двенадцатиперстной кишки распространенная патология у пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью. Симультантная операция Клермона в случае субкомпенсированной дискинезии двенадцатиперстной кишки является оправданным методом профилактики постхолецистэктомического синдрома. Качество жизни пациентов после комплексного хирургического лечения желчнокаменной болезни и дискинезии двенадцатиперстной кишки значительно выше, чем у пациентов после эндоскопической холецистэктомии в стандартном объеме.

Ключевые слова: постхолецистэктомический синдром; дискинезия двенадцатиперстной кишки

Введение

Прогрессивное развитие медицины в настоящее время неразрывно связано с внедрением в практику малоинвазивных методов хирургического лечения и базируется на идее обеспечения высокого качества оказания помощи. Критерии этого показателя обширны, но одним из ключевых составляющих является частота осложнений в процессе лечения [1]. Холецистэктомия - вторая по распространенности в мире операция после аппендэктомии. В настоящее время от 57% до 70% и выше холецистэктомий в России выполняется эндоскопическим способом [2,3]. Результаты хирургического лечения холецистолитиаза, как наиболее частого проявления желчнокаменной болезни, нельзя считать абсолютно удовлетворительными, т.к. частота развития постхолецистэктомического синдрома достигает 40% и более [4,5]. К основным причинам развития постхолецистэктомического синдрома большинство авторов относят следующие: заболевания желчного протока и большого дуоденального сосочка; заболевания печени и поджелудочной железы; заболевания двенадцатиперстной кишки; заболевания других органов и систем [6, 7, 8,9].

Выраженные нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки наблюдаются примерно у 80% больных хроническим калькулезным холециститом [6]. По мнению И.В. Суздальцева и соавт., хронические нарушения дуоденальной проходимости, не выявленные до плановой холецистэктомии, являются причиной постхолецистэктомического синдрома примерно в 8% случаев, что обусловлено тесной функциональной и анатомической связями между двенадцатиперстной кишкой и гепатобилиарной системой [8]. Общеизвестно, что нарушение моторики двенадцатиперстной кишки, вне зависимости от причины, способствует повышению внутридуоденального давления, увеличению размеров кишки. Одновременно замедляется опорожнение желудка, отток желчи и панкреатического сока. Данные изменения влекут за собой не только развитие дуоденогастрального рефлюкса, но и рефлюкс инфицированного кишечного содержимого в желчные пути и Вирсунгов проток, что является причиной развития патологических процессов в этих органах. Инфицированная желчь в совокупности условий является одним из решающих факторов в развитии желчнокаменной болезни [2]. Учитывая распространенность холецистэктомии в мире, можно с уверенностью указать на актуальность данных сведений для научного исследования. Наличие у пациентов, готовящихся к плановой холецистэктомии, признаков различных патологических состояний двенадцатиперстной кишки, в первую очередь ее дискинезия, обуславливает необходимость рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта перед операцией.

Методы дооперационной диагностики хронических нарушений дуоденальной проходимости можно разделить на эндоскопические, рентгенологические, метод регистрации биопотенциалов и лабораторный метод. К первой группе относятся поэтапная баллонная манометрия, фиброзофагогастродуоденоскопия. Рентгенологические методы- обзорная дуоденография с зондом, контрастное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденография без искусственной гипотонии и релаксационная дуоденография, гастродуоденосцинтиграфия. Помимо перечисленных выше, в последнее время в клинической практике используется непрямой метод периферической компьютерной электрогастроэнтеромиографии, основанный на регистрации сигналов в низкочастотной области, адекватно отражающих моторную активность желудочно-кишечного тракта

(Ступин В.А. и др., 2001; Martin A. Thiller J.L., 1981). Перечисленные методы связаны с использованием специальной медицинской аппаратуры, большая часть которой имеется только в крупнейших специализированных лечебных учреждениях. Их проведение чаще всего доставляет дискомфорт пациенту и поэтому используется ограниченно. Лабораторные методы диагностики дискинезии двенадцатиперстной кишки включают в себя исследование желудочного содержимого, определение уровня желчных кислот в сыворотке крови.

Консервативное лечение нарушений дуоденальной проходимости зачастую имеет недолгосрочный эффект. Оперативные способы коррекции в виде операций Грегори-Смирнова, Робинсона, Витебского, Стронга связаны с лапаротомией, масштабным хирургическим вмешательством, а потому мало используются из-за распространения видеоэндоскопической хирургии. Тем не менее, в проведенных ранее крупномасштабных исследованиях было отмечено, что после холецистэктомии, дополненной оперативной коррекцией хронических нарушений дуоденальной проходимости, улучшение качества жизни и нормализация давления в двенадцатиперстной кишке наблюдаются у 67,1% больных [6].

Цель: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 41 человек, госпитализированных для плановой лапароскопической холецистэктомии. Критерием отбора стал повышенный уровень суммарных желчных кислот (желчные кислоты суммарно: норма 2- 10 мкмоль/литр), определенный на амбулаторном этапе предоперационного обследования. Серологическое исследование проводилось с помощью стандартных реактивов на аппарате Saphire- 400, производства TOKYO BOEKI (Япония).

В момент госпитализации всем пациентам проведена рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием 250,0 мл. контрастной смеси «БарВИПС» согласно общепринятым современным правилам [10]. Трактовка результатов рентгеноскопии проводилась согласно классификации Я.Д. Витебского с соавторами [11]. Исходя из результатов исследования, планировалась дальнейшая лечебная тактика. При выявленной дискинезии двенадцатиперстной кишки в стадии субкомпенсации, эндоскопическая холецистэктомия дополнена симультантной операцией Клермона (мобилизация дуоденоюнального перехода) [12], с помощью стандартного набора эндохирurgical инструментов, используемых при холецистэктомиях. Пациентам, у которых отсутствовали моторные нарушения двенадцатиперстной кишки, или же была выявлена дискинезия двенадцатиперстной кишки в стадии компенсации, проведено стандартное оперативное лечение в объеме видеолапароскопической холецистэктомии. За время исследования не было выявлено ни одного пациента с декомпенсированной дискинезией двенадцатиперстной кишки или с сопутствующим диагнозом «острый» или «хронический панкреатит» до оперативного лечения. Исходя из объемов хирургического лечения и результатов дооперационного обследования, все пациенты были разбиты на 3 группы: группа исследования- 12 человек, группа сравнения № 1- 8 человек, группа сравнения № 2- 21 человек. Все группы сформированы без значимых отличий по полу, возрасту, сопутствующей соматической патологии.

В послеоперационном периоде через месяц после оперативного лечения проведена оценка качества жизни с помощью русскоязычной версии опросника GSR (Gastrointestinal Symptom Rating Scale), рекомендованного Международным центром изучения качества жизни (МЦИКЖ). На этих же сроках проведено определение уровня желчных кислот, рентгенологическое исследование состояния моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы StatSoft Statistica v.6.0, с использованием критерия Манна- Уитни.

Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом участвующего клинического центра кафедры Факультетской хирургии ЮУГМУ Минздрава России, НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО РЖД. До включения в исследование у всех участников было получено письменное информированное согласие.

Результаты

Среди пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью и имеющих повышенный уровень желчных кислот, рентгенологические признаки дискинезии двенадцатиперстной кишки в разной степени выраженности выявлены в 48,8% случаев. В 51,2% случаев патологии желудка и двенадцатиперстной кишки выявлено не было. При сборе анамнеза количество пациентов с клиническими проявлениями дуоденальной дискинезии соответствовало числу с выявленной рентгенологически патологией. Клинические проявления включали в себя тяжесть в эпигастрии после приема пищи, отрыжку воздухом или пищей (100% опрошенных); изжога и горечь во рту (30% опрошенных).

Таблица 1. Средние результаты опроса по шкалам GSR

Показатель	Группа исследования	Группа сравнения 1 (P= 0,01)	Группа сравнения 2 (P= 0,008)
DS	1	2,34	2,3
IS	1,06	3,95	2,45
CS	1,06	2,67	2,2
AP	1	2,7	2,8
RS	1,18	2	1,4

Видеолапароскопическая холецистэктомия, дополненная симультантной операцией Клермона, выполнена в 29,3%(n= 12) случаев у пациентов с субкомпенсированной стадией дискинезии по классификации Я.Д. Витебского.

Обсуждение

Опросник GSRS имеет следующие оценочные шкалы: DS- диарейный синдром; IS- диспепсический синдром; CS- констипационный синдром; AP- синдрома абдоминальной боли; RS- рефлюксный синдром. Каждый из вопросов имеет 7 вариантов ответа, количество начисляемых за ответ баллов пропорционально возрастанию номера варианта. Норма для всех оценочных шкал 1-2 балла, что соответствует удовлетворительному качеству жизни. Максимально высокий балл- 7, что соответствует крайне неудовлетворительному качеству жизни. Для статистической обработки методом случайной выборки были взяты результаты опроса 5 человек из каждой клинической группы. Результаты оценки качества жизни пациентов в послеоперационном периоде представлены в таблице 1.

Анализируя полученные статистические данные, можно удостовериться, что в группе исследования во всех оценочных шкалах средний показатель был ниже 2 баллов, что соответствовало удовлетворительному результату лечения. В свою очередь, в обеих группах сравнения показатели в каждой из оценочных шкал были выше 2 баллов и свидетельствовали об неудовлетворительных результатах лечения и низком качестве жизни пациентов. Наибольшее различие выявлено между группой исследования и группой сравнения № 1 при оценке показателя IS (диспепсический синдром). Среди групп сравнения, группа сравнения № 2 имела более приближенные к нормам показатели, нежели группа сравнения № 1. Данные различия, вероятно, спровоцированы имеющейся в группе сравнения № 1 дискинезией двенадцатиперстной кишки компенсированной стадии.

Уровень желчных кислот, определенный через месяц после оперативного лечения, был значительно ниже дооперационных показателей, что также доказывает преимущества предлагаемой методики по сравнению с традиционной эндоскопической холецистэктомией. Желчные кислоты в группе исследования были значительно меньше, чем в группах сравнения.

Заключение

1. Дискинезия двенадцатиперстной кишки встречается у 48,8% обследованных пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью.
2. Симультантная операция Клермона в случае субкомпенсированной дискинезии двенадцатиперстной кишки является оправданным методом профилактики постхолецистэктомического синдрома.
3. Качество жизни пациентов после комплексного хирургического лечения желчнокаменной болезни и дискинезии двенадцатиперстной кишки значительно выше, чем у пациентов после эндоскопической холецистэктомии в стандартном объеме.

Литература

1. Кубышкин В.А. Безопасная хирургия и клинические рекомендации. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2014; 5: 4-6.
2. Винник Ю.С., Миллер С.В., Серова Е.В. и др. Желчнокаменная болезнь и постхолецистэктомический синдром. Красноярск: Версо, 2010. 234 с.
3. Алиев Ю. Г., Чиников М.А., Пантелева И.С. и др. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова 2014; 7: 21-25.
4. Нечай А.И. Постхолецистэктомический синдром. Анналы хирургической гепатологии 2006; (1): 28-33.
5. Скворцова Т.Э. и др. Желчнокаменная болезнь. Современные подходы к диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей. М.: Форте-принт, 2013. 32 с.
6. Витебский Я.Д. Патология желчных путей в свете клапанной гастроэнтерологии. Курган: Зауралье, 1993. 129 с.
7. Ильченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Руководство для врачей. 2-е издание. М.: МИА, 2011. 880 с.
8. Суздальцев И.В., Золотухин Т.Ф., Архипов О.И. и др. Постхолецистэктомический синдром: причины, факторы риска, современные методы диагностики и лечения: учебное пособие. М.: АНМИ, 2003. 118 с.
9. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. М.: Медицина, 1987. 336с.
10. Лучевая диагностика: учебник / под ред. проф. Г.Е. Труфанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 496 с.
11. Витебский Я.Д., Кувырзин В.В. Рентгенологическая диагностика хронических нарушений дуоденальной проходимости: методические рекомендации. Курган: Советское зауралье, 1985. 24 с.
12. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. Киев: Здоровье, 1979. 312 с.