

терапию, что соответствует современным рекомендациям. При комбинированной терапии врачи отдавали предпочтение в данной возрастной категории свободным комбинациям препаратов (87,5%). Фиксированные комбинации лекарственных средств использовались в 12,5% случаев. На рис. 5 представлена структура фиксированных комбинаций лекарственных средств.

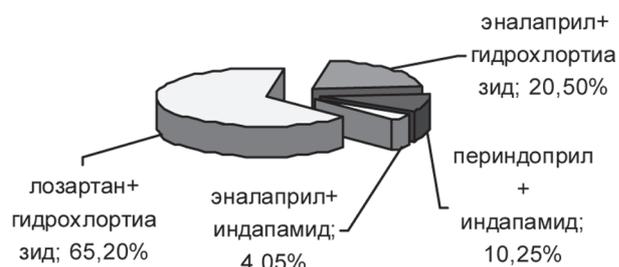


Рис. 5. Структура использования фиксированных комбинаций лекарственных средств, доли (%).

Частота использования двойной комбинации лекарственных средств составила лишь 3,4%, тройной комбинации – 85,1%, комбинации из 4 препаратов – 5,2%, комбинации из 5 препаратов – 6,3% (табл. 1).

При этом доля больных, достигших целевого АД на фоне 2<sup>х</sup>-компонентной комбинации антигипертензивными средствами, составляет 92,5%; на фоне 3<sup>х</sup>-компонентной комбинации – 98,1%; на фоне 4<sup>х</sup>-компонентной комбинации – 89,2%; на фоне 5-компонентной комбинации – 81,4%. Высокий процент достижения целевых цифр АД у лиц пожилого и старческого возраста объясняется стационарным этапом терапии и постоянным наблюдением медицинского персонала. Более низкая частота достижения целевого АД при использовании 4<sup>х</sup>- и 5-компонентной терапии объясняется наличием резистентных форм АГ, а также наличием сахарного диабета.

При проведении анализа использования оригинальных и дженерических препаратов было получено, что в группе ИАПФ оригинальные препараты составили 33%, дженерики – 67%; в группе АК, БАБ дженерики составили 100%; в группе диуретиков на долю оригинальных

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мартынов А.И., Остроумова О.Д., Мамаев В.И. и др. Результаты многоцентровых исследований по лечению артериальной гипертензии у больных пожилого и старческого возраста // Российский кардиологический журнал. – 2000. – №2. – С.888-893.
2. Сафарова Г.Л. Демография старения: современное состояние и приоритетные направления исследований // Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22. №1. – С.49-59.

**Информация об авторах:** 660022, г. Красноярск, ул. П. Железняк, д.1, ГОУ ВПО КрасГМУ, тел. (3912) 477829, e-mail: ВОР\_351971@mail.ru, Гребенникова Валентина Владимировна – профессор, заведующая кафедрой, д.м.н.; Петрова Марина Михайловна – профессор, проректор по научной работе, заведующая кафедрой, д.м.н.; Каскаева Дарья Сергеевна – руководитель отделения, ассистент кафедры, к.м.н.; Боброва Ольга Петровна – врач клинический фармаколог.

© ЧАРЫШКИН А.Л., БАДЕЯН В.А., БИКБАЕВА К.И. – 2011  
УДК 616.366-089.87

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ОТДАЛЕННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Алексей Леонидович Чарышкин, Вардрес Ашотович Бадеян, Кадрия Ирековна Бикбаева  
(Ульяновский государственный университет, ректор – д.ф.-м.н. проф. Б.М. Костишко, Институт медицины, экологии и физической культуры, директор – д.м.н., проф. В.И. Мидленко, кафедра факультетской хирургии, зав. – д.м.н., проф. А.Л. Чарышкин)

**Резюме.** При болевом синдроме в отдаленном послеоперационном периоде у больных после холецистэктомии диагностируются самые разнообразные заболевания: дисфункция сфинктера Одди, хронический панкреатит в фазе

Таблица 1

#### Комбинации лекарственных препаратов

Комбинации лекарственных средств	Частота назначения
ИАПФ+диуретик+антагонист кальция	65,3%
ИАПФ+диуретик+бета-блокатор	12,5%
ИАПФ+диуретик+бета-блокатор+препарат центрального действия+антагонист кальция	6,3%
ИАПФ + диуретик	2,3%
ИАПФ + бета-блокатор	1,1%
Фиксированная комбинация АРА/диуретик + бета-блокатор + антагонист кальция	3,3%
Фиксированная комбинация АРА/диуретик + антагонист кальция	4,3%
Фиксированная комбинация АРА/диуретик + альфа-блокатор + бета-блокатор	1,9%
Фиксированная комбинация ИАПФ/диуретик + антагонист кальция	3%

Примечание: ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; АРА – антагонист рецепторов к ангиотензину II.

препаратов приходится 40%, на долю дженерических – 60%; в группе альфа-блокаторов на долю дженерических средств приходится 75%, на долю оригинальных средств – 25%.

Таким образом, проанализированная реальная клиническая практика врачебных назначений гипотензивных лекарственных средств показала, что по частоте назначения группы гипотензивных средств в порядке убывания распределились следующим образом: ингибиторы АПФ → диуретики → антагонисты кальция → бета – адреноблокаторы → агонисты имидазолиновых рецепторов → альфа – адреноблокаторы, что практически не отличается от результатов фармакоэпидемиологических исследований у лиц пожилого и старческого возраста [4]. Широкое применение ИАПФ у данной возрастной категории объясняется наличием ассоциированных клинических состояний (ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни, заболевания периферических артерий, заболевания почек), что и определяет показания к назначению этих препаратов.

3. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения РФ // Российский кардиологический журнал. – 2006. – №4. – С.45-50.

4. Хохлов А.Л. Фармакоэпидемиологическое исследование антигипертензивной терапии в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. – 2003. – №7. – С.31-34.

обострения, холедохолитиаз, язвенная болезнь 12-й перстной кишки в фазе обострения, эрозивный гастродуоденит, гастро-эзофагеальная 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.

## THE RESULTS OF CHOLECYSTECTOMIA IN THE REMOTE POSTOPERATIVE PERIOD

A.L. Charyshkin, V.A. Badejan, K.I. Bikbaeva  
(Ulyanovsk State University)

**Summary.** In the painful syndrome in the remote postoperative period the diversified diseases are diagnosed in patients after cholecystectomy: dysfunction of sphincter of Oddi, chronic pancreatitis in an exacerbation phase, choledocholithiasis, peptic ulcer duodenum in an exacerbation phase, erosive gastroduodenitis, gastro-esophageal reflux disease, as well as their combinations. Application of amplipulsetherapy in the patients after cholecystectomias promotes decrease of dysfunction of a sphincter of Oddi.

**Key words:** cholecystectomy, dysfunction of sphincter of Oddi, amplipulsetherapy.

Любое современное оперативное вмешательство преследует цель быстрого и качественного избавления больного от заболевания, с минимальным ущербом для его последующего физического и психологического состояния [1,2,3]. 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 остаётся социальной 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.

### Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 104 больных с желчнокаменной болезнью, лечившихся в хирургических отделениях больницы скорой медицинской помощи г. Ульяновска в период с 2006-2009 г.

Мужчин – 36 (34,6%), женщин – 68 (65,4%). Около половины больных – трудоспособного возраста. Пожилого и старческого (старше 60 лет) – 40 (38,5%), моложе 60 лет – 64 (61,5%) больных.

Средний возраст составил 56 лет. Больные разделены на три группы, сопоставимые по полу, возрасту.

Все больные давали информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

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

Вторая группа сравнения – 35 больных 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 больных с желчнокаменной болезнью, которым выполнена малоинвазив-

ная 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 лёгких аппаратом полинаркокон.

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 минут ежедневно в течение 7 суток.

Амплипульстерапия аппаратом АЛМАГ-01 выполнялась в послеоперационном периоде на переднюю брюшную стенку путем прямого воздействия на проекцию билиарного тракта в течение 10-15 минут ежедневно в течение 7 суток. В третьей группе больных магнитотерапия и амплипульстерапия выполнялась ежедневно с интервалом между ними 8 часов.

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 билесцинтиграфию, при которой оценивали время транзита радиофармпрепарата до двенадцатиперстной кишки, при его прохождении более 30 минут, дисфункция сфинктера Одди подтверждалась.

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

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

### Результаты и обсуждение

Болевой синдром среди обследованных больных в первой группе выявлялся чаще всего – у 28 (93,3%) больных. По результатам проведенного нами комплексного обследования при болевом синдроме в порядке убывания диагностированы следующие заболевания: дисфункция сфинктера Одди (ДСО) – у 18 (60%) больных, хронический панкреатит в фазе обострения – у 6 (20%), язвенная болезнь 12-перстной кишки в фазе обострения – 2 (6,7%), холедохолитиаз – у 2 (6,7%), эрозивный гастродуоденит – 4 (13,3%), гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь – 1 (3,3%). Сочетание осложнений у трех больных. Болевой синдром среди обследованных

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

Поскольку дисфункция сфинктера Одди 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 билесцинтиграфия.

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 группе больных, соответственно в первой группе 13,4±0,4 мм и 6,3±0,3 мм, соответственно во второй группе 12,3±0,3 мм и 5,2±0,3 мм, а в третьей группе больных ширина хо-

ла и вирсунгова протока соответствовали нормальным показателям.

В отдаленном послеоперационном периоде замедление транзита радиофармпрепарата (табл. 2) до двенадцатиперстной кишки было в первой и во второй группе

Билесцинтиграфия в отдаленном послеоперационном периоде

Время транзита радиофармпрепарата до двенадцатиперстной кишки – t, в мин	Группы больных		
	1	2	3
t	49,2±1,7	41,2±2,4	21,5±2,1 <sup>1,2</sup>

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

больных, соответственно 49,2±1,7 мин и 41,2±2,4 мин, а в третьей группе больных время транзита радиофармпрепарата до двенадцатиперстной кишки соответствовало нормальным показателям 21,5±2,1 мин (p<0,05).

Билесцинтиграфия, выполненная в отдаленном послеоперационном периоде, выявила замедление транзита радиофармпрепарата до двенадцатиперстной кишки в первой и во второй группе больных, что свидетельствует о дисфункции сфинктера Одди. В третьей группе больных, которым выполняли магнитотерапию и амплипульстерапию в послеоперационном периоде, время транзита радиофармпрепарата до двенадцатиперстной 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. Рекомендуются в литературе ультразвуковые исследования холедоха и вирсунгова протока, а также билесцинтиграфия информативны и должны использоваться в диагностике дисфункции сфинктера Одди.

При ультразвуковом исследовании после холецистэктомии ширина холедоха >12 мм и расширение вирсунгова протока > 5 мм сохраняются у больных с традиционной послеоперационным лечением и в сочетании с магнитотерапией, а у больных после магнитотерапии в сочетании с амплипульстерапией ширина холедоха и вирсунгова протока соответствуют нормальным показателям. Замедление транзита радиофармпрепарата при билесцинтиграфии до двенадцатиперстной 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 двенадцатиперстной кишки не нарушается.

УЗИ признаки ДСО в отдаленном послеоперационном периоде

УЗИ признаки ДСО	Группы больных		
	1	2	3
Расширение холедоха >12 мм	13,4±0,4	12,3±0,3	7,8±0,3 <sup>1,2</sup>
Расширение вирсунгова протока > 5 мм	6,3±0,3	5,2±0,3	2,5±0,2 <sup>1,2</sup>

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

ледоха и вирсунгова протока соответствовали нормальным показателям 7,8±0,3 мм, 2,5±0,2 мм (p<0,05).

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

## ЛИТЕРАТУРА

- Атаджанов Ш.К. Пути снижения осложнений лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №12. – С.26-29.
- Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Мининвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2008. – №6. – С.27-30.
- Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Строганова Е.П. Качество жизни у больных после повторных операций на желчных протоках // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. №2. – С.49-50.
- Блувитейн Г.А., Свистунов А.А., Якубенко В.В., Вертянкин С.В. Противотромботическая профилактика по-

сле лапароскопической холецистэктомии у пациентов пожилого возраста с избыточной массой тела // Казанский медицинский журнал. – 2005. – №6. – С.473-476.

5. Власов А.П., Крылов В.Г., Келейников С.Б., Логинова О.В. Системный липидный дистресс-синдром в хирургической гепатологии (при остром панкреатите) // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13. №2.

6. Назаренко П.М., Лукьянчиков Г.Ф., Канищев Ю.В. Хирургическая тактика у больных острым холециститом // Современные аспекты клинической хирургии. – Тула, 2002. – С.57-58.

7. Чарышкин А.Л., Мидленко О.В. Способ холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – №2. – С.56-58.

**Информация об авторах:** УлГУ, 432970 г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, 42. Канцелярия: 8 (8422) 41-20-88, e-mail:charyshkin@yandex.ru, тел. 88422328561, 88422625122, 89510966093; Чарышкин Алексей Леонидович – заведующий кафедрой, профессор, д.м.н.; Бадеян Вардгес Ашотович – аспирант; Бикбаева Кадрия Ирековна – аспирант.