

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, cholelithiasis, peptic ulcer duodenum in an exacerbation phase, erosive gastro-duodenitis, 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 Полиаркон.

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
<i>t</i>	49,2 ± 1,7	41,2 ± 2,4	21,5 ± 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

Alexey Leonidovich Charyshkin

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.