



СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Васнев О. С., Янова О. Б.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Васнев Олег Сергеевич

111123, Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86

E-mail: o.vasnev@rambler.ru

РЕЗЮМЕ

Желчнокаменная болезнь в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью регистрируется приблизительно у 12% больных. На базе Центрального научно-исследовательского института гастроэнтерологии 36 больным выполнены симультанные лапароскопические операции: удаление желчного пузыря и коррекция кардиоэзофагеального перехода. Анализ результатов показал эффективность и безопасность использования лапароскопического метода для одновременной коррекции указанной патологии.

Ключевые слова: ЖКБ; гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; лапароскопическая фундопликация; лапароскопическая холецистэктомия; симультанные вмешательства.

SUMMARY

The combination of the cholecystitis with gastro-esophageal reflux disease is registries about 12% of cases. On the basis of the CSRI of gastroenterology we underwent 36 patients with cholecystitis combined with gastro-esophageal reflux disease simultaneous surgeries. An analysis of the operation results has shown effectiveness and safety of using the methods by laparoscopic approach.

Keywords: cholecystitis; gastroesophageal reflux disease; laparoscopic fundoplication; laparoscopic cholecystectomy; simultaneous interventions.

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — самое частое гастроэнтерологическое заболевание и одно из самых распространенных заболеваний человека после заболеваний сердечно-сосудистой системы и сахарного диабета [1]. По данным статистических исследований, ЖКБ в развитых странах диагностируется у 10–15% взрослого населения [2; 3]. Среди больных плановых хирургических стационаров абсолютное большинство — это больные ЖКБ, а холецистэктомия — самое распространенное хирургическое вмешательство на органах брюшной полости. В России число ежегодных обращений по поводу ЖКБ составляет около 1 млн. человек, а количество выполняемых холецистэктомий превышает 500 тыс. [2; 4]. По мнению С. А. Дадвани и соавт. (2000), выполненная по показаниям своевременная плановая холецистэктомия

в условиях высококвалифицированного хирургического стационара приводит к полному выздоровлению и полному восстановлению трудоспособности и качества жизни у большинства пациентов [4]. Однако в литературе достаточно часто встречаются данные о развитии постхолецистэктомического синдрома (у 5–40% больных), который проявляется в 75% случаев диспепсическими явлениями или умеренными болями в эпигастриальной области [5; 6]. В подавляющем большинстве случаев (до 90%) причиной неудовлетворительных результатов холецистэктомии являются заболевания и патологические состояния, не связанные с самой операцией [7–9]. Так, по данным А. А. Ильченко (2006), течение ЖКБ в 60–80% случаев сопровождается другими заболеваниями органов пищеварения, для диагностики

которых в предоперационном периоде необходимо проводить тщательное комплексное обследование [5]. Одним из заболеваний, проявляющихся диспепсией и болью, является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

ГЭРБ — распространенное заболевание желудочно-кишечного тракта, определенно имеющее тенденцию к увеличению частоты встречаемости в развитых странах. Симптомы гастроэзофагеального рефлюкса выявлены у 30–40% населения Западной Европы и США [10; 11]. По данным эпидемиологического исследования (ЦНИИ гастроэнтерологии, 2003) в Москве, распространенность ГЭРБ составляет 23,6% [12; 13]. Специалисты, занимающиеся данной проблемой, считают, что 25% больных необходима постоянная медикаментозная терапия, а 15% — исключительно хирургическое лечение [10; 14; 15]. В лечении ГЭРБ в настоящее время отмечается значительный прогресс. Медикаментозное лечение достигло высокого уровня эффективности и безопасности. Однако следует отметить, что ежегодные затраты при лечении ГЭРБ только на антисекреторную терапию в мире оцениваются в 3 млрд долларов [16]. Поскольку пожизненно необходимо достаточно дорогое лечение, в последнее время проявляется все больший интерес к радикальному лечению ГЭРБ. С быстрым совершенствованием техники эндовидеохирургических вмешательств оказалось возможным кардинально пересмотреть отношение к антирефлюксным операциям. Сравнительный анализ показал, что результаты лапароскопических операций в ближайшие и отдаленные сроки практически не отличаются от результатов открытых вмешательств, а малая инвазивность и меньшая травматичность дают надежду на их широкое применение.

Частота сочетания ЖКБ и ГЭРБ, требующей хирургической коррекции, по мнению разных авторов, составляет 8–12% [2; 17; 18].

В настоящее время 90% всех холецистэктомий выполняется лапароскопически, методика операции детально отработана [4]. Активно развивающиеся методы лапароскопического лечения ГЭРБ, с одной стороны, и частая связь постхолецистэктомического синдрома с ГЭРБ — с другой побуждают специалистов к решению двух проблем во время одного наркоза, то есть к проведению симультанных операций.

Симультанными называют операции, во время которых производят вмешательства одновременно на двух и более органах по поводу разных, не связанных между собой заболеваний.

Целью исследования было оценить результаты симультанного хирургического лечения больных ЖКБ, сочетающейся с ГЭРБ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В течение двух лет в хирургическом отделении ЦНИИГ выполнено 516 холецистэктомий. В предоперационном периоде всем больным проведено комплексное предоперационное обследование

в соответствии со стандартами оказания помощи больным ЖКБ. При подозрении на холедохолитиаз больным проводили эндоскопическую ультрасонографию, при необходимости — ретроградную панкреатохолангиографию с последующей папиллосфинктеротомией и холедохолитоэкстракцией.

При наличии подозрений на ГЭРБ после сбора анамнеза либо при выявлении признаков эзофагита по данным эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) больным дополнительно проводили полипозиционное рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта, суточный внутрипищеводный и внутрижелудочный pH-мониторинг, внутрипищеводную манометрию. При подтверждении диагноза ГЭРБ вопрос о симультанной хирургической коррекции решали коллегиально, с учетом мнения хирурга, гастроэнтеролога и клинического психолога. По результатам предоперационного обследования показания к симультанной операции были определены 36 больным. Общие сведения о больных представлены в *табл. 1*, из которой видно, что преобладали женщины с избыточной массой тела. Почти 40% больных имели эрозивный и язвенный эзофагит.

Контрольный осмотр оперированных больных осуществляли не ранее чем через 6 месяцев после операции. При этом также проводили комплексное обследование, включая pH-мониторинг, манометрию, рентгеновское исследование. Оценивали наличие симптомов ЖКБ и ГЭРБ, эндоскопические изменения слизистой пищевода, наличие дуоденогастральных рефлюксов, наличие и характер гастроэзофагеальных рефлюксов, среднее pH в теле желудка, обобщенный показатель DeMeester, индекс кислотности в пищеводе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 516 больных лапаротомным или мини-доступом оперировано 25 (4,8%). Основными причинами подобной тактики являлись выраженный спаечный процесс, диагностированный на дооперационном этапе, необходимость в одновременной коррекции более грубой патологии (опухоли, дивертикулез кишечника и т. п.), отягощенный соматический статус и противопоказания к карбоксиперитонеуму.

У 491 больного ЖКБ операция начиналась лапароскопически, у 483 (98,4%) она так же была и закончена. Причинами конверсии у 8 больных (1,6%) стали трудности дифференцировки элементов гепатодуоденальной связки, связанные с выраженными воспалительными изменениями перипузырной области у 4 больных, синдромом Мирizzi — у 1 больного, пузырно-дуоденальным свищом — у 2, кровотечением из ложа желчного пузыря — у 1 больного.

Семи больным (1,4%) при холецистэктомии проведено интраоперационное дренирование холедоха по Пиковскому с интраоперационной холангиографией.

Сочетание ЖКБ с ГЭРБ явилось показанием к симультанным вмешательствам у 36 из 491 больных (7,3%). Показаниями к хирургическому лечению ГЭРБ считаем:

- рецидивирующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит при отмене медикаментозной терапии;
- неэффективность медикаментозной терапии ГЭРБ, проводимой не менее 1 года;
- осложненное течение заболевания (язвы и стриктуры пищевода, пищевод Барретта);
- эзофагит, развившийся на фоне грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

При симультанных вмешательствах всем больным первым этапом выполняли коррекцию гастроэзофагеального перехода, путем создания циркулярной манжеты типа Nissen или манжеты на 270° — типа Toupet. Операцию осуществляли из 5 лапароскопических портов. Вторым этапом удаляли желчный пузырь. При этом к имеющимся лапаропортам добавляли 5-мм порт через прокол в правом подреберье для тракции желчного пузыря. Целесообразность выполнения операций в такой последовательности обусловлена меньшей чистотой холецистэктомии, большей технической трудностью фундопликации, возможностью контрольного осмотра кардиоэзофагеального перехода через 10–30 минут (по окончании холецистэктомии) для контроля гемостаза и выявления патологических скоплений. При выборе способа фундопликации исходили из выраженности морфологических изменений нижней трети пищевода по данным ЭГДС, эффективности моторики пищевода по данным манометрии.

При оценке результатов через 6 месяцев констатируется отсутствие клинических проявлений ГЭРБ практически у всех больных, срыгивания

пищей не было ни у одного больного, кратковременные эпизоды изжоги отмечены у 2 больных (5,5%). При эндоскопической оценке состояния слизистой пищевода ни у кого из больных признаков рефлюкс-эзофагита выявлено не было. При контрольной полипозиционной рентгеноскопии пищевода и желудка гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР) зафиксировано не было. Некоторые показатели рН-мониторинга до и после операции представлены в табл. 2.

После выполнения хирургической коррекции гастроэзофагеального перехода у больных ГЭРБ отмечено статистически значимое снижение следующих исследуемых параметров: обобщенного показателя DeMeester до нормальных значений в целом и количества кислых ГЭР в частности. Косвенные признаки щелочного ГЭР ($\text{pH} > 8$) до операции определялись у 17 (47%) больных, а после операции — у 2 больных (5%). Патологического кислого ГЭР у больных после операции выявлено не было (рис. 1, 2).

При оценке дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) мы опирались на данные суточной рН-метрии, согласно которым ДГР определялся до операции у 30 больных ЖКБ (83%), сочетающейся с ГЭРБ. Клинический опыт и проведенное исследование показывают, что ДГР у больных с ЖКБ при наличии моторных нарушений зоны гастроэзофагеального перехода влечет за собой появление смешанных гастроэзофагеальных рефлюксов, что уменьшает эффект от приема антисекреторных препаратов и требует дополнительной медикаментозной коррекции. ДГР после холецистэктомии сохраняется у подавляющего большинства

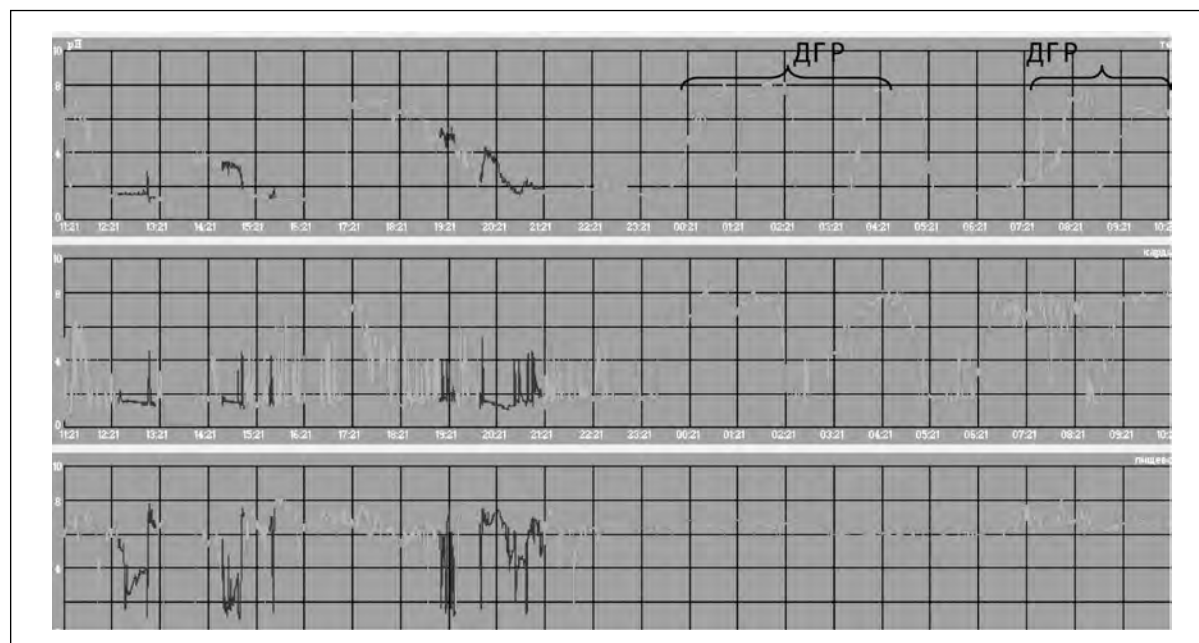


Рис. 1. Пример рН-граммы, выполненной до операции у больной В., 41 год, с ГЭРБ и ЖКБ. У больной определяются дуоденогастральный рефлюкс в ночные и утренние часы и кислые гастроэзофагеальные рефлюксы в дневное время

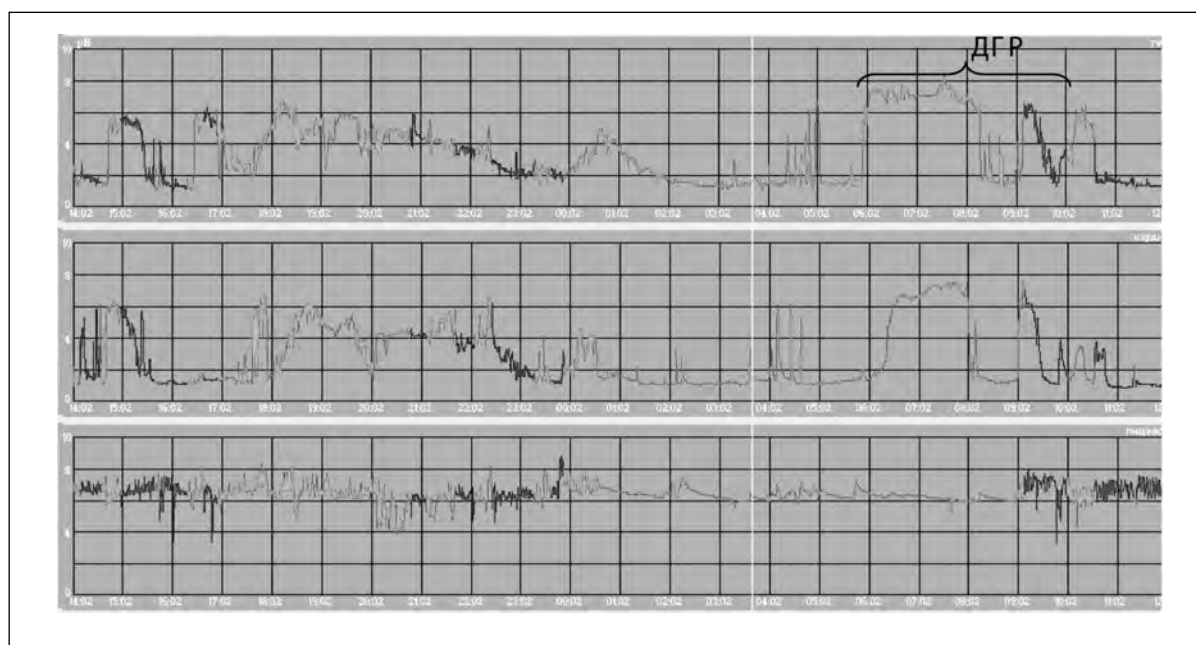


Рис. 2. Пример pH-граммы больной В., 41 год, после операции. У больной также регистрируется дуоденогастральный рефлюкс в ночные и утренние часы. При этом за сутки регистрируется 4 кислых гастроэзофагеальных рефлюкса, что соответствует физиологической норме

Таблица 1

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНЫХ		
	<i>n</i> = 36	%
Мужчины	9	25%
Женщины	27	75%
Средний возраст, лет	48,2 ± 17,6	
ИМТ по Кетле < 25	7	19%
ИМТ по Кетле >25	29	81%
Степень эзофагита до операции (по данным ЭГДС) Savary — Miller (1978)		
I ст. (катаральный эзофагит)	22	61,1%
II ст. (эрозивный эзофагит)	12	33,3%
III ст. (язвенный эзофагит)	2	5,5%

Таблица 2

ПОКАЗАТЕЛИ pH-МОНИТОРИНГА ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ		
	До операции, <i>n</i> = 36	После операции, <i>n</i> = 36
Среднее pH в теле желудка	2,1 ± 0,78	2,8 ± 1,02
Показатель DeMeester	36,5 ± 4,60	9,6 ± 6,75*
Количество кислых гастроэзофагеальных рефлюксов	56,2 ± 8,53	18,6 ± 12,4*
Количество щелочных гастроэзофагеальных рефлюксов (pH > 8)	22,3 ± 2,28	7,5 ± 3,12

Примечание: * *p* < 0,05.

больных, формируя дуоденогастроэзофагеальные рефлюксы. При контрольном обследовании после оперативного лечения ДГР зафиксирован у 27 из 36 больных, что составило 75%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно, что у больных с сочетанной патологией (ЖКБ и ГЭРБ) после холецистэктомии течение ГЭРБ не изменится, а в ряде случаев ухудшится. Фундопликация, защищая больных

от патологического гастроэзофагеального рефлюкса, не влияет на ДГР, обуславливая необходимость более пристального изучения данной проблемы и поиска путей ее решения.

Проведение симультанных операций оправдано у больных ЖКБ, сочетающейся с ГЭРБ. Необходимо отметить, что решение о выполнении подобных вмешательств должно приниматься хирургом коллегиально с гастроэнтерологом и психологом после тщательного всестороннего обследования больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. — М.: ГЕОТАР-Мед, 2001. — 264 с.
2. Емельянов С. И., Матвеев Н. Л., Ходос Г. В. Эндовидеохирургические технологии в лечении желчнокаменной болезни и ее осложненных форм // Избранные лекции по эндовидеохирургии / Под ред. В. Д. Федорова. — СПб.: Фирма «Коста», 2004. — С. 39–49.
3. Куделькина Н. А., Елисеенко А. В. Распространенность патологии билиарного тракта среди железнодородников Западной Сибири (популяционное исследование) // Материалы 10-й Рос. гастроэнтерол. недели, 25–28 октября 2004 // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2004. — № 5. — С. 102.
4. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шулуто А. М. и др. Желчнокаменная болезнь. — М.: Видар-М, 2000. — 139 с.
5. Ильченко А. А. Заболевания желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. — М.: Анахарсис, 2006. — 448 с.
6. Стрижелецкий В. В., Рутенбург Г. М., Шмидт Е. В. и др. Симультанные эндовидеохирургические операции у больных хроническим калькулезным холециститом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Pacific Med. J. — 2008. — № 1. — Р. 43–45.
7. Майстренко Н. А., Стукалов В. В. Холедохолитиаз. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. — 288 с.
8. Нестеренко Ю. А., Михайлузов С. В., Тронин Р. Ю. и др. Острый холецистит у пожилых и стариков // Клин. геронтол. — 2006. — № 6. — С. 40–46.
9. Плотникова Е. Ю., Дидковская Н. А., Золотухина В. Н. Желчнокаменная болезнь до и после холецистэктомии в структуре заболеваний органов пищеварения жителей города Кемерово // Медицина в Кузбассе. — 2007. — № 4. — С. 17–21.
10. Champion J. K., Delisle N., Hunt T. Laparoscopic esophagomyotomy with posterior partial fundoplication for primary motility disorders // Surgical Endoscopy. — 2000. — Vol. 14. — P. 746–749.
11. McKernan J. B., Champion J. K. Minimally invasive antireflux surgery: experience with over 1000 cases // Am. J. Surgery. — 1998. — Vol. 175. — P. 271–276.
12. Лазебник Л. Б., Васильев Ю. В., Мананников И. В. Изжога как один из основных критериев ГЭРБ (результаты одного эпидемиологического исследования) // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — № 1. — С. 164–165.
13. Bor S., Lazebnik L. B., Kutapcioglu G. et al. The prevalence of gastroesophageal reflux in Moscow // J. Clin. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 40, Suppl. 4. — P. 199.
14. Анищенко В. В. Эндовидеохирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Новосибирск, 2000. — 24 с.
15. Кубышкин В. А., Корняк Б. С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. — М. 1999. — 208 с.
16. Исаков В. А. Эпидемиология ГЭРБ: восток и запад // Клин. и эксперим. гастроэнтерол. — 2004. — Спецвыпуск. — С. 2–6.
17. Gadenstatter M., Klingler A., Prommegger R. et al. Laparoscopic partial posterior fundoplication provides excellent intermediate results in GERD patients with impaired esophageal peristalsis // Surgery. — 1999. — Vol. 126, № 3 — P. 548–552.
18. Зубарев П. П. Хирургические болезни пищевода и кардии / Под ред. П. П. Зубарева и В. М. Трофимова. — СПб.: Фолиант, 2005. — 208 с.