

Н. Э. Куртсеитов¹, Г. Ц. Дамбаев¹, А. П. Кошель², Т. Г. Разаренова²,
А. Н. Вусик¹, М. М. Соловьев¹, О. А. Неделя¹

МОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕДУОДЕНИЗАЦИИ

N. Ye. Kurtseitov¹, G. Ts. Dambayev¹, A. P. Koshel², M. M. Solovyov¹, O. A. Nedelya¹

MOTORIC FUNCTION OF THE GALLBLADDER IN PATIENTS AFTER REDUODENISATION

¹ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Томск

²НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова

ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Северск

© Н. Э. Куртсеитов, Г. Ц. Дамбаев, А. П. Кошель, Т. Г. Разаренова, А. Н. Вусик, М. М. Соловьев, О. А. Неделя

Представлен анализ результатов хирургического лечения 14 пациентов с болезнью оперированного желудка. Операция редуоденизация способствует восстановлению моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря. Конкременты в желчном пузыре в отдаленные сроки после операции редуоденизации найдены у 1 (9,1 %) пациента.

Ключевые слова: болезни оперированного желудка, желчнокаменная болезнь, демпинг- синдром, редуоденизация.

The analysis of results of surgical treatment in 14 patients with the operated stomach disease is presented. Operation of reduodenisation promotes to the motor-evacuation function of the gallbladder. Concrements in the gallbladder were found in the follow-up period after after reduodenisation in 1 (19,1 %) patient.

Key words: operated stomach disease, cholelithiasis, jejunal syndrome, reduodenisation.

УДК 616.366-089.168.1-06:612.357.71

ВВЕДЕНИЕ

Благодаря успехам гастроэнтерологии и фармакотерапии значительно снизились показания к оперативному лечению язвенной болезни, однако количество экстренных операций по поводу осложненных форм язвенной болезни возросло в 2—2,5 раза. При злокачественных новообразованиях гастрэктомия — единственный метод радикального лечения. Вместе с тем, на сегодняшний день известно более 80 патологических симптомов, возникающих в результате оперативного лечения данной категории больных. Оперативные вмешательства на желудке, особенно с выключением из пассажа двенадцатиперстной кишки, приводят к снижению выработки гастроинтестинальных гормонов. Возникающая вследствие этого гипомоторная дискинезия желчного пузыря, сопровождающаяся застоем и нарушением физико-химических свойств желчи, способствуют образованию конкрементов. Частота развития желчнокаменной болезни через три месяца после резекции желудка по Бильрот II в модификации

Гофмстера-Финстерера, по данным А. Ю. Иоффе и соавт., составляет 28,2 %, после гастрэктомии — 13 % [2].

Хорошо известно, что в регуляции двигательной активности билиарной системы принимают участие не только симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы, но и ряд гастроинтестинальных гормонов, вырабатываемых эндокринными клетками пищевого канала и обеспечивающих синхронизацию последовательности сокращения и расслабления желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчных путей [2, 3].

По данным Г. Д. Вилявина и Б. А. Бердова [1975], более чем у половины больных с постгастрорезекционными расстройствами был отмечен неблагоприятный темп опорожнения желчного пузыря — гипомоторная дискинезия. С увеличением срока после оперативного вмешательства число тяжелых расстройств координации (сочетание гипомоторной дискинезии и ускоренного опорожнения оперированного желудка) не имело тенденции к снижению, а, наоборот, возрастало. У половины больных,

находившихся под наблюдением в отдаленные сроки после оперативного вмешательства, с продолжительностью заболевания 3 года и более, реакция усиления двигательной активности желчного пузыря в ответ на введение пищевого раздражителя была понижена [1].

Цель исследования — оценить моторно-эвакуаторную функцию желчного пузыря у больных с болезнью оперированного желудка до и после реконструктивной операции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Всего обследовано 18 больных с болезнью оперированного желудка, которым выполнена операция редуоденизации по поводу демпинг-синдрома тяжелой степени.

У 4 пациентов доминирующие симптомы были связаны с желчнокаменной болезнью. Всем этим пациентам выполнена холецистэктомия, из них по поводу желчнокаменной болезни, хронического холецистита двоим больным операция выполнена эндоскопическим доступом. Одному пациенту операция начата эндоскопическим доступом, но из-за выраженного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости потребовалась конверсия в лапаротомный доступ. Одной больной выполнили холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни, острого гангренозного холецистита лапаротомным доступом.

Определение объема и скорости опорожнения желчного пузыря с помощью ультрасонографии проведено у 14 больных с демпинг-синдромом до и в различные сроки после редуоденизации. В качестве группы сравнения взяты 30 неоперированных больных, проходивших обследование в клинике.

Ультрасонографическое исследование желчного пузыря проводили на аппарате «Aloka SSD-2000» конвексными датчиками 3,5 и 5 МГц. Это исследование позволило оценить анатомические и функциональные изменения в желчном пузыре. При ультрасонографическом исследовании определялись следующие показатели: объем желчного пузыря, объем желчевыделения, максимальное сокращение, скорость опорожнения. Программа комплексного обследования больных состояла из четырех этапов:

1. Обследование перед операцией. На данном этапе проводимые исследования были направлены на определение состояния больного, выраженность патоморфологических процессов, установление показаний к операции, выбора ее объема и способа.

2. Обследование в раннем послеоперационном периоде (5—14-е сут.).

3. Комплексное обследование в ближайшие сроки после операции (от 1,5 до 6 мес.).

4. Обследование отдаленные сроки после операции (от 1 года до 5 лет и более).

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере в среде Microsoft Windows XP с помощью программы SPSS Statistica 17, а также с помощью статистических возможностей Microsoft Excel 2003. Использовали методы вариационной статистики: вычисление среднего арифметического M , ошибки среднего арифметического m . Достоверность различий двух выборок оценивалась с помощью t -критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До операции средний объем желчного пузыря составил $67,1 \pm 3,3$ см³, объем желчевыделения — $55,4 \pm 8,9$ см³, максимальное сокращение наступало на $75,1 \pm 7,9$ минуте. Средняя скорость опорожнения желчного пузыря в данной группе составила $0,96 \pm 0,07$ см³/мин. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря имела место у 1 (7,1 %), гипомоторная — у 9 (64,3 %) больных. Деформированным желчный пузырь был у 10 (71,4 %) пациентов.

В контрольной группе (здоровые лица) показатели были следующими. Средний объем желчного пузыря составил $18,1 \pm 1,9$ см³, объем желчевыделения — $14,1 \pm 1,2$ см³, максимальное сокращение наступало через $53,5 \pm 2,3$ мин, скорость опорожнения — $0,26 \pm 0,07$ см³/мин. Нарушения моторной функции желчного пузыря выявлены у 5 (16,6 %) лиц, в том числе у 2 (6,6 %) отмечена гипермоторика и у 3 (10 %) — гипомоторная дискинезия. Деформация желчного пузыря выявлена у 7 (23,3 %) лиц.

У пациентов после редуоденизации в раннем послеоперационном периоде (5—4-е сут.) средний объем желчного пузыря составил $45,7 \pm 3,1$ см³, объем желчевыделения — $32,9 \pm 3,4$ см³, максимальное сокращение наступало через $72,5 \pm 2,5$ мин, средняя скорость опорожнения — $0,55 \pm 0,02$ см³/мин. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря в ранние сроки после операции выявлена у 3 (21,4 %), гипомоторная — у 8 (57,1 %), деформированным желчный пузырь был у 10 (71,4 %) пациентов.

В ближайшем послеоперационном периоде (от 1,5 до 6 мес) функция желчного пузыря изучена у

12 больных. Объем желчного пузыря в указанный период составил $32,7 \pm 2,4$ см³, объем желчевыделения — $29,4 \pm 2,5$ см³, максимальное сокращение наступало через $68,2 \pm 3,2$ мин, средняя скорость опорожнения равнялась $0,39 \pm 0,01$ см³/мин. Гипермоторная дискинезия желчного пузыря выявлена у 4 (33,3 %), гипомоторная — у 3 (25 %), деформация желчного пузыря при ультразвуковом исследовании была выявлена у 7 (58,3 %) больных.

В отдаленном послеоперационном периоде ультразвуковое изучение функции гепатобилиарной системы было проведено у 11 пациентов, которым выполнялась редуоденизация по поводу демпинг-синдрома. Средний объем желчного пузыря через 3—5 лет после операции составил $25,5 \pm 2,7$ см³, что статистически значимо ниже по сравнению с дооперационными показателями ($p < 0,05$). Объем желчевыделения — $20,9 \pm 3,7$ см³, уровень статистической значимости различий — $p < 0,05$ по сравнению с аналогичными показателями до операции. Максимальное сокращение пузыря у большинства больных наступало через $65,7 \pm 3,5$ мин ($p < 0,05$), средняя скорость опорожнения — $0,36 \pm 0,02$ см³/мин

($p < 0,05$ по сравнению с дооперационными показателями). Гипермоторной функцией желчного пузыря была у 3 (27,3 %), гипомоторной — у 2 (18,2 %), деформация желчного пузыря, по данным ультрасонографии, обнаружена у 5 (45,5 %) пациентов.

Конкременты в желчном пузыре в отдаленные сроки после операции редуоденизации найдены у 1 (9,1 %) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, операция редуоденизации способствует восстановлению у большинства больных нормальной моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря. При восстановлении трансдуоденального пассажа пищи создаются лучшие условия для нормализующего влияния естественных пищевых раздражителей, что является одним из основных регуляторов желчеотделения и в значительно меньшей степени нарушает содружественную работу единой гепатопанкреатодуоденальной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вилявин Г. Д., Бердов Б. А. Болезни оперированного желудка. — М.: Медицина, 1975. — 296 с.
2. Иоффе А. Ю., Ткач О. С., Стельмах А. И. Частота образования желчных конкрементов и возможности их медикаментозного литолиза после резекции желудка // Сучасна гастроентерологія. — 2005. — № 1 (21). — С. 80—82.
3. Кошель А. П., Куртсеитов Н. Э. Влияние редуоденизации с формированием арефлюксных анастомозов на состояние кишечного пищеварения // Хирург. — 2010. — № 10. — С. 6—8.

Поступила в редакцию _____. 2012 г.

Утверждена _____. 2012 г.

Авторы:

Куртсеитов Н. Э. — канд. мед. наук, доцент, докторант кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Томск.

Дамбаев Г. Ц. — д-р мед. наук, зав. кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, профессор, член-корр РАМН, г. Томск.

Кошель А. П. — д-р мед. наук, профессор, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г. К. Жерлова ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Северск.

Разаренова Т. Г. — канд. мед. наук, врач ультразвуковой диагностики ФГБУ КБ-81 ФМБА России, г. Северск.

Вусик А. Н. — д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Томск.

Соловьев М. М. — д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздравсоцразвития России, г. Томск.

Неделя О. А. — врач-хирург хирургического отделения госпитальной хирургической клиники СибГМУ, г. Томск.

Контакты:

Куртсеитов Нариман Энверович

636021, г. Томск, ул. Сибирская 102/4 — 34.

Тел. 8-903-950-7909, 454-387 e-mail: xelas@vtomske.ru