

ВОЗМОЖНОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСКИНЕЗИИ ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Бондаревский И.Я., Студеникин Л.В.

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет
Министерства Здравоохранения Российской Федерации,
кафедра факультетской хирургии
г. Челябинск

Ключевые слова: дискинезия двенадцатиперстной кишки, рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки.

Резюме: в статье представлены результаты рентгенологического обследования пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью. Больные с доказанной дискинезией двенадцатиперстной кишки были подвергнуты ее хирургической коррекции при эндоскопической холецистэктомии.

Resume: the article presents the results of x-ray examination of patients with cholelithiasis. Patients with confirmed duodenal dyskinesia were subjected to surgical correction in endoscopic cholecystectomy.

Актуальность. Нормальная моторно-эвакуаторная деятельность двенадцатиперстной кишки является необходимым условием не только для прохождения пищевых масс по ее просвету, но и для обеспечения физиологической функции как самой кишки, так и органов, с нею связанных [6]. Нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки неблагоприятно отражаются на функции билиарного тракта. Имеющиеся данные свидетельствуют о наличии дуоденогастрального рефлюкса у 80% пациентов с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости [9]. Вполне естественно предположить, что при повышенном внутрипросветном давлении в кишечнике имеет место не только дуоденогастральный, но и дуоденобилиарный рефлюкс инфицированного застойного кишечного содержимого, который может стать причиной развития патологии желчевыводящих путей, в том числе и желчнокаменной болезни [6].

Нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки встречаются у 10-35% больных патологией билиарного тракта [2].

Достоверно доказана взаимосвязь моторно-эвакуаторной патологии двенадцатиперстной кишки с развитием постхолецистэктомического синдрома [8], частота которого может достигать 40% [10]. Данный факт подчеркивает важность предоперационного обследования данного отдела желудочно-кишечного тракта.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки является общедоступным и неинвазивным методом диагностики. Сочетание рентгенографии и рентгеноскопии обеспечивает полную характеристику морфологического и функционального состояния данных органов [3].

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с желчнокаменной болезнью.

Задачи:

1. Оценить рентгенологический метод диагностики патологии двенадцатиперстной кишки;
2. Провести хирургическую коррекцию выявленной патологии;
3. Сравнить качество жизни пациентов, участвующих в исследовании.

Материал и методы. На базе НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Челябинск ОАО «РЖД» были обследованы 57 человек, готовящихся к плановой эндоскопической холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита. Во время проведения стандартного объема предоперационного амбулаторного обследования, либо в момент госпитализации данным больным проведена рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки с использованием 250,0 мл. контрастной бариевой смеси «БарВИПС», согласно общепринятым современным правилам [4,7]. Трактовка результатов рентгеноскопии проводилась согласно классификации хронической дуоденальной непроходимости Я.Д. Витебского с соавторами (см. таблицу 1) [1].

Табл. 1 – Классификация хронических нарушений дуоденальной проходимости по Я.Д. Витебскому (1985).

	Диаметр двенадцатиперстной кишки	Сроки эвакуации	Рефлюкс
Компенсация	До 4 см (N до 3,5 см)	1- 1,5 мин (N до 30 сек)	+/-
Субкомпенсация	Более 4 см	Более 1,5 мин	+
Декомпенсация	Более 4 см	Более 3 мин	Пассивное перемещение пищи

Из больных с доказанными хроническими нарушениями дуоденальной проходимости были сформированы 2 опытных группы, не имеющие значимых отличий по полу, возрасту, сопутствующей соматической

патологии. Группу исследования составили 12 человек (пациенты, подвергшиеся симультантной оперативной коррекции дуоденальной патологии при эндоскопической холецистэктомии). Группу сравнения составили 15 человек (пациенты с выявленной дискинезией двенадцатиперстной кишки без ее коррекции, которым была выполнена лишь холецистэктомия). Коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости производилась в объеме мобилизации дуоденоюнального перехода путем рассечения брюшины в данной области. За образец была взята операция Клермона [5].

В послеоперационном периоде через 12 месяцев после оперативного лечения проведены оценка качества жизни с помощью русифицированной версии опросника GSRS и контрольное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью программы StatSoft Statistica v.6.0, с использованием критерия Стьюдента.

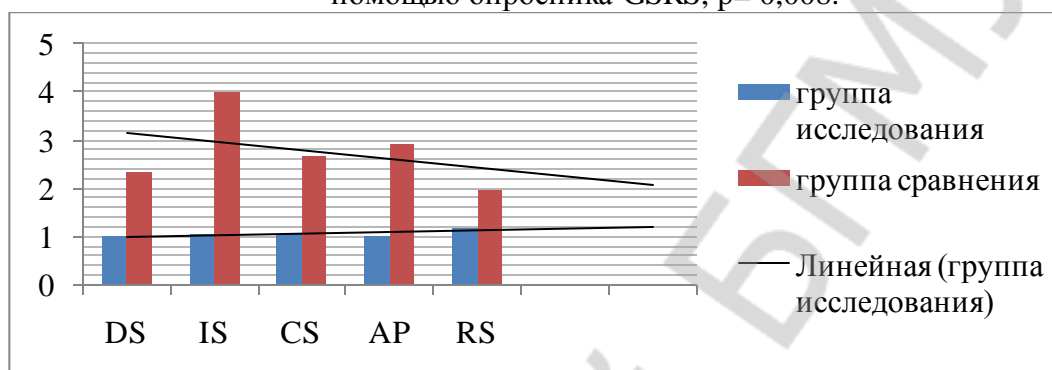
Исследование было выполнено в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики (Good Clinical Practice) и принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Этическим комитетом участвующего клинического центра кафедры Факультетской хирургии ЮУГМУ Минздрава России, НУЗ Дорожная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

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, рентгенологические признаки дискинезии двенадцатиперстной кишки в разной степени выраженности выявлены в 47,4% случаев (n= 27). Выявлено 3 случая нарушений дуоденальной проходимости 3 стадии- декомпенсации, в остальных 24 случаях выставлен диагноз хронических нарушений дуоденальной проходимости во 2 стадии- субкомпенсации. К основным рентгенологическим проявлениям хронических нарушений дуоденальной проходимости относятся следующие, выявленные у обследованных пациентов: задержка сроков эвакуации бариевой взвеси из желудка в двенадцатиперстную кишку, либо из нее в тощую кишку более чем на 30 секунд; расширение просвета двенадцатиперстной кишки более 3,5 см; наличие дуоденогастрального рефлюкса; наличие антиперистальтических сокращений в двенадцатиперстной кишке; пассивное перемещение содержимого из двенадцатиперстной кишки в желудок и обратно. Данные признаки приведены по мере возрастания декомпенсированности состояния больного и их совокупность свидетельствует о наличии грубой моторно-эвакуаторной патологии двенадцатиперстной кишки.

Видеолапароскопическая холецистэктомия, дополненная симультантной мобилизацией дуоденоюнального перехода, выполнена в 44,4% (n= 12) случаев у пациентов с субкомпенсированной стадией дискинезии (2 стадия) по классификации Я.Д. Витебского.

Анализируя полученные статистические данные (см. рисунок 1), можно удостовериться, что в группе исследования во всех оценочных шкалах средний показатель был ниже 2 баллов, что соответствовало удовлетворительному результату лечения.

Рис. 1 – Результаты опроса пациентов через 12 месяцев после оперативного лечения с помощью опросника GSRS, $p=0,008$.



В свою очередь, в группе сравнения показатели в каждой из оценочных шкал были выше 2 баллов и свидетельствовали об неудовлетворительных результатах лечения и низком качестве жизни пациентов. Наибольшее различие было выявлено при оценке показателя IS (диспепсический синдром). На наш взгляд, это является характерной чертой для патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которая, несмотря на оперативную ликвидацию хронического калькулезного холецистита, оставалась в группе сравнения в виде хронических нарушений дуоденальной проходимости. Вычисленное значение $p=0,008$ свидетельствует о достоверности полученных данных.

Проведенные после операции контрольные рентгенологические исследования состояния моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки выявили достоверно значимое улучшение пассажа бариевой взвеси из двенадцатиперстной кишки в тощую кишку, что свидетельствует об эффективности предлагаемой нами оперативной коррекции данной патологии.

Выводы.

1. Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки- оправданный, неинвазивный и достоверный метод диагностики патологии двенадцатиперстной кишки.

2. Симультантная мобилизация дуоденоюнального перехода является оправданным методом профилактики постхолецистэктомического синдрома.

3. Качество жизни в группе исследования было значительно выше, чем в группе сравнения.

Литература

1. Витебский Я.Д., Кувырзин В.В. Рентгенологическая диагностика хронических нарушений дуоденальной проходимости: методические рекомендации. Курган: Советское зауралье, 1985. - 24 с.

2. Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И. Хроническая дуоденальная непроходимость и принципы консервативной терапии // Новости медицины и фармации. Гастроэнтерология. - 2011. - №367. - С. 3-8.
3. Линденбратен Л.Д., Наумов Л.Б. Методы рентгенологического исследования органов и систем человека. Ташкент: Медицина, 1976. - 420 с.
4. Лучевая диагностика: учебник / под ред. проф. Г.Е. Труфанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 496 с.
5. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. – Киев: Здоровье, 1979. – 82 с.
6. Мирзаев А.П. Дуоденальный стаз. Л.: Медицина, 1976. - 176 с.
7. Ростовцев М.В., Ваганов А.В., Братникова Г.И. и др. Атлас рентгеноанатомии и укладок: руководство для врачей / под ред. д.м.н. М.В. Ростовцева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 320 с.: ил.
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. Тимофеева Т.В., Есипов В.К., Каган И.И. и др. Анатомо-хирургические основы дуоденоюнального перехода при хронической дуоденальной непроходимости // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №4-1. - С. 101-104.
10. Macaron C., Qadeer M.A., Vargo J.J. Recurrent abdominal pain after laparoscopic cholecystectomy // Cleveland clinic journal of medicine. - 2011. - №78- 3. - P. 171-178.