

РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЙ У САНАТОРІЇ "ПОЛЯНА"

В.Ю.Ревес, Ю.Ю.Переста, Р.І.Шніцер¹, Б.М.Марусанич¹, І.Б.Кравчук²

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. В.І.Русин) Ужгородського національного університету, ¹санаторій "Поляна" Закарпатської області, ²Обласна клінічна лікарня м. Ужгород

Резюме. Вивчено стан слизової оболонки верхніх відділів травного тракту у 40 хворих на жовчнокам'яну хворобу після лапароскопічної холецистектомії. Реабілітація хворих після лапароскопічної холецистектомії в санаторії "Поляна" дозволяє досягти ерадикації *Helicobacter pylori* майже у половини хворих. У кожного п'ятого із 33% хворих з дуоденогастральним рефлюксом після реабілітаційного лікування спостерігається больовий і диспепсичний синдром.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна холецистектомія, післяопераційна реабілітація, санаторій "Поляна", постхолецистектомічний синдром.

Новою віхою в розвитку хірургії жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) стало впровадження в клінічну практику лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). У літературі достатньо висвітлені безпосередні результати та ускладнення ЛХЕ на відміну від її віддалених наслідків. Суперечливі погляди на частоту, інтенсивність і наслідки запальних змін слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та їх роль у формуванні "постхолецистектомічного синдрому" (ПХЕС) [1-4].

Мета дослідження. Вивчити клінічне значення запальних змін верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та їх наслідків у хворих після ЛХЕ та реабілітації в санаторії "Поляна".

Матеріал і методи. Обстежено 40 хворих через 1-5 років після ЛХЕ (38 жінок і 2 чоловіків). Середній вік хворих становив $42,3 \pm 2$ років і коливався від 17 до 72 років.

Результати анкетування оцінювали за шкалою *Visik* (1948), модифікованою *R.Peterli et al.* [5] для ЛХЕ: відмінний (*Visik I*) – немає ніяких скарг, повне одужання; добрий (*Visik II*) – короткочасні біль та диспептичні синдроми; задовільний (*Visik III*) – больові і диспепсичні симптоми з тривалим лікуванням, що призводить до тимчасової втрати працездатності; незадовільний (*Visik IV*) – тривале стаціонарне або повторне оперативне лікування з тривалою непрацездатністю чи інвалідністю.

Всім пацієнтам проводили ендоскопічне обстеження фіброскопом "Olympus". Звертали увагу на

стан слизової оболонки стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), функцію кардіального і пілоричного відділів, наявність жовчі в шлунку або її рефлюкс під час огляду. При виявленні дуоденогастрального рефлюксу проводили прицільну біопсію слизової оболонки шлунка (СОШ). На гістологічних зрізах, пофарбованих гематоксилін-еозином, вивчали вираженість патоморфологічних змін – оцінювали форму гастриту, ступінь фовеолярної гіперплазії, мононуклеарної інфільтрації власне проміжної тканини, кишкової метаплазії і дисплазії СОШ. Для визначення *Helicobacter pylori* (*Hp*) біоптат слизової оболонки антрального відділу шлунка занурювали у пробірку з попередньо підготовленим реактивом. Іншу пробірку з готовим реактивом використовували як контроль. Для проведення даного тесту використовували швидкий уреазний тест фірми *PLIVA* (Словенія). Результати досліджень оцінювали через 1, 3 та 24 год. за зміною кольору реактиву по відношенню до контрольної пробірки. Появу малинового забарвлення через 1 год. оцінювали як високу інфікованість *Hp* (+++), через 3 год. – помірне інфікування (++) , через 24 год. – незначна інфікованість (+). Відсутність реакції через 24 год. оцінювали як негативний результат (-) – відсутність інфікованості.

Курс реабілітації хворих після ЛХЕ упродовж 24 днів у санаторії "Поляна" включав джерельну мінеральну воду "Поляна Купіль", підігріту до 38°C, по 150-200 мл за 40 хв. до їди, тричі на добу. Призначали дієту № 5 за Певзнером, загальнозміцнювальні та тонізуючі процедури; оксамитові ванни, настій женьшеня, ванни з мінеральною водою "Поляна Купіль", масаж. Режим пацієнтів був вільним з

обмеженням фізичного навантаження (профілактика післяопераційної вентральної грижі).

Результати дослідження та їх обговорення. Через п'ять років після ЛХЕ і реабілітаційного лікування в санаторії "Поляна" (таблиця) відмінні результати (Visik I) відмічені у 24 (60%) осіб, добрі (Visik II) – 10 (25%), задовільні (Visik III) – 5 (12,5%), незадовільні (Visik IV) – 1 (2,5%).

Первинну оцінку ендоскопічного стану слизової оболонки стравоходу, шлунка і ДПК проводили під час фіброгастроуденоскопії. У 13 (32,5%) пацієнтів виявлено дуоденогастральний рефлюкс, недостатність кардії – 6 (15,0%), зняття пілоруса – 10 (25,0%). Нормальний стан слизової оболонки відмічено у 14 (35,5%) пацієнтів, вогнищеву атрофію – 1 (2,5%), поверхневий гастрит – 25 (62,5%), атрофічний гастрит – 1 (2,5%). Гістологічно у 25 хворих виявлено поверхневий гастрит. Атрофічні зміни СОШ характерні для пацієнтів із задовільними результатами. Атрофія фундальних залоз, стоншення залозистого шару супроводжувалися заглибленням та звивистістю шлункових ямок, потовщенням фовеолярного шару, появою кишкової метаплазії, інколи явищами дисплазії шлункового епітелію.

Дуоденогастральний рефлюкс у віддалений термін після ЛХЕ частіше (15,4%) спостерігається в пацієнтів з ПХЕС (Visik III і Visik IV). Це означає, що тільки у кожного п'ятого пацієнта, який пройшов реабілітаційне лікування після ЛХЕ, зберігається больовий та диспептичний синдром.

За даними P.Wilson et al. (1995), короткочасний періодичний дуоденогастральний рефлюкс спостерігається у багатьох здорових людей, але частіше у хворих на виразкову хворобу і ЖКХ, а також після операцій на шлунку та після холе-

цистектомії. У більшості випадків дуоденогастральний рефлюкс не призводить до патологічного стану і легко усувається лікарськими препаратами. У деяких випадках дуоденогастральний рефлюкс сприяє розвитку рефлюкс-гастриту, виразкових уражень СОШ та рефлюкс-езофагіту.

На думку більшості авторів, "патологічний" дуоденогастральний рефлюкс є маркером хронічних порушень гастродуоденальної моторики. Нам також вдалося встановити зв'язок між змінами в шлунку і вираженістю дуоденогастрального рефлюксу, що узгоджується з відомими даними про значення атрофічних змін у СОШ від тривалого контакту з дуоденальним вмістом. Рефлюкс-гастрит після ЛХЕ у 68,5% випадків викликається участю Нр і проявляється ерозивно-запальними змінами СОШ, що збігається з відомими даними [3]. Проведення ранньої реабілітації після ЛХЕ в санаторії "Поляна" дозволило досягти ерадикації Нр майже в половині хворих, що сприяло досягненню хороших і відмінних віддалених результатів.

Отже, перед ЛХЕ в алгоритм передопераційного обстеження необхідно включати фіброгастроуденоскопію з метою виявлення поєднаної патології органів травлення. Також доцільним є диспансерне спостереження та проведення ранніх реабілітаційних заходів протягом 3-5 років після ЛХЕ спільно з гастроентерологами.

Висновок. Після лапароскопічної холецистектомії рання реабілітація хворих у санаторії "Поляна" із застосуванням мінеральної води "Поляна Купіль" дозволяє досягти ерадикації *Helicobacter pylori* майже в половині хворих.

Перспективним видається визначення ефективності реабілітації хворих на жовчнокам'яну хворобу в санаторії "Поляна" після "відкритих" холецистектомій.

Література

1. Альбужі Т. Дуоденогастральний рефлюкс и его последствия после лапароскопической холецистэктомии // *Международ. мед. ж.* – 2000. – № 3. – С. 89-92.
2. Бударин В.Н., Темнышов С.В. Лапароскопическая холецистэктомия // *Хирургия.* – 1999. – № 2. – С. 58-59.
3. Гнатюк Н.Г., Фурманенко Е.Д., Григорова Н.В. и др. Рефлюкс-гастрит, связанный с *Helicobacter Pylori*, как причина неудовлетворительных результатов холецистэктомии // *Клін. хірургія.* – 1997. – № 1. – С. 16-17.
4. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Шніцер Р.І. та ін. Комбіноване хірургічне лікування та післяопераційна реабілітація в санаторії "Поляна" пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою // *Клін. хірургія.* – 2004 – № 11-12. – С. 89-90.
5. Peterli R., Merki L., Schuppisser J.P. et al. Postcholecystectomy complaints one year after laparoscopic cholecystectomy // *Chirurg.* – 1998. – V. 69, № 1. – P. 55-60.

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЖОЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ В САНАТОРИИ "ПОЛЯНА"

*В.Ю.Ревес, Ю.Ю.Переста, Р.И.Шницер,
Б.М.Марусанич, И.Б.Кравчук*

Резюме. Изучено состояние слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта у 40 больных желчно-каменной болезнью после лапароскопической холецистэктомии. Реабилитация больных после лапароскопической холецистэктомии в санатории "Поляна" позволяет достичь эрадикации *Helicobacter pylori* почти у половины больных. У каждого пятого из 33% больных с дуоденогастральным рефлюксом после реабилитационного лечения наблюдается болевой и диспептический синдромы.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационная реабилитация, санаторий "Поляна", постхолецистэктомический синдром.

REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS FOLLOWING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES AT THE "POLIANA" SANATORIUM

*V.Yu.Reves, Yu.Yu.Peresta, R.I.Snitsler,
B.M.Marusanych, I.B.Kravchuk*

Abstract. The authors have studied the condition of the mucous tunic of the upper portions of the digestive tract in 40 patients with cholelithiasis following laparoscopic cholecystectomy. Patients' rehabilitation after laparoscopic cholecystectomy at the "Poliana" sanatorium makes it possible to achieve eradication of *Helicobacter pylori* almost in a half of patients. Pain and dyspeptic syndromes are observed in every fifth person out of 33% of patients with duodenogastric reflux after rehabilitation treatment.

Key words: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, postoperative rehabilitation, "Poliana" sanatorium, postcholecystectomic syndrome.

National University (Uzhhorod),
"Polyana" sanatorium (Svaliava district, Transcarpathian region),
Regional Clinical Hospital (Uzhhorod)

Надійшла 28.06.2006

© Паканич Ю.А., Переста Ю.Ю., Кустрьо В.І.

УДК 614.8:551(038)-616.33-005.1

**ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК В УМОВАХ
КАТАСТРОФІЧНИХ ПАВОДКІВ**

Ю.А.Паканич, Ю.Ю.Переста, В.І.Кустрьо¹

Кафедра госпітальної хірургії Ужгородського національного університету, ¹Берегівська ЦРЛ

Резюме. На основі вивчення досвіду надання медичної допомоги хворим з ускладненнями виразкової хвороби в зоні катастрофічного паводку на Закарпатті в 1998 і 2001 рр. продемонстровано суттєве зростання кількості хворих з даною патологією, в тому числі з необхідністю невідкладного оперативного втручання.

Ключові слова: виразкова хвороба, ускладнення, хірургічне лікування, повінь.

У 2003 році на теренах України зареєстровано 313 надзвичайних ситуацій, внаслідок яких загинуло 388 і постраждало 2063 осіб, серед яких 36% дітей [1]. Внаслідок повені 2001 року в За-

карпатській області більшу частину хірургічних хворих становили пацієнти з ускладненнями виразкової хвороби (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) – перфораціями та гострими