

Диагностика и коррекция дисбактериоза у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом

Ю.С.ВИННИК, Е.В.СЕРОВА, Р.А.ПАХОМОВА, О.В.ПЕРЬЯНОВА, Т.В.РУКОСУЕВА

Diagnosics and correction disbacteriosis at patients with postcholecystectomy syndrome

Yu.S.VINNIK, E.V.SEROVA, R.A.PAKHOMOVA, O.V.PERIANOVA, T.V.RUKOSUEVA

Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по праву считается одним из самых распространённых заболеваний и уступает лидерство лишь атеросклерозу, оставив позади язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) [4, 5, 8, 9]. Ежегодно в мире выполняется около 3 млн. операций на желчных путях, преимущественно холецистэктомией [3]. Однако холецистэктомия по поводу ЖКБ далеко не всегда решает проблемы пациента. У части больных сохраняется болевой синдром и диспепсия, аналогичные таковым до операции, и объединенные понятием постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) [2, 6].

В патогенезе ЖКБ и ПХЭС существенная роль принадлежит микрофлоре кишечника и гепатобилиарной зоны. Однако результаты бактериологических исследований желчи при этой патологии не всегда сопоставимы. Противоречивы результаты определения чувствительности биликультур к антимикробным химиопрепаратам, а также сведения о развитии дисбактериоза в различные сроки после холецистэктомии [1, 7].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с дисбактериозом после холецистэктомии.

Материалы и методы

Обследовано 89 пациентов обоего пола с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС) в возрасте от 25 до 80 лет.

В исследование вошли 69 (77,6%) женщины и 20 (22,4%) мужчины. Больные были разделены на 2 группы. 1 группа – больные с ПХЭС функциональной природы (36 человек), получавшие традиционное консервативное лечение, включающее ограничение приёма пищи, внутривенные инфузии глюкозо-новокаиновой смеси, солевых растворов, H₂-гистаминоблокаторы (квamatел), внутримышечные инъекции миотропных спазмолитических препаратов. По показаниям назначалась эмпирическая антимикробная химиотерапия препаратами группы пенициллина или аминогликозидами. 2 группа – больные с ПХЭС функциональной природы (53 человека), получавшие комплексную кон-

сервативную терапию по усовершенствованной схеме (табл. 1).

У пациентов изучались анамнестические данные, наличие сопутствующей патологии, проводились физикальное обследование, клинический и биохимический анализы крови и мочи, выполнялись инструментальные методы исследования (ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости и забрюшинного пространства, фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с осмотром устья большого дуоденального сосочка (БДС), рентгенография грудной клетки, электрокардиография). До начала антибактериальной терапии у пациентов обеих групп проводилось исследование испражнений на дисбактериоз.

Продолжительность пребывания в стационаре пациентов 1 группы составила 8,7±0,09 койко-дней, пациентов 2 группы – 6,3±0,1 койко-дня.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью программы «Microsoft Excel». Результаты приведены в среднем значении со средней квадратичной ошибкой (M±m). При соответствии данных закону нормального распределения и количестве единиц наблюдения более 30, достоверность различий анализировалась с помощью t-критерия Стьюдента-Фишера. В малых выборках (количество единиц наблюдения менее 30) достоверность различий оценивалась с помощью непараметрического критерия Вилкоксона (T) для связанных выборок и критерия Вилкоксона-Манна-Уитни (U) – для несвязанных выборок. Для сопоставления выборок по частоте встречаемости явления использован угловой критерий Фишера (φ). Для исследования взаимосвязей между изучаемыми параметрами проводили парный корреляционный анализ по Пирсону.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов обеих групп при изучении клинико-анамнестических данных были выявлены признаки дисбактериоза, выраженные в разной степени. При исследовании 34 проб испражнений спустя 1–12 месяцев после холецистэктомии установлено, что у

Таблица 1

Усовершенствованная схема комплексной консервативной терапии, применявшаяся у больных 2 группы

Группа препаратов	Название препарата	Доза	Кратность	Способ применения	Длительность	
Селективные спазмолитические средства	Мебеверина гидрохлорид (Дюспаталин)	200 мг	4 раза в день	Перорально	9 дней	
Буферные антацидные препараты	Маалокс/ Альмагель	1 пакетик (15 мл)	3 раза в день за 30 минут до еды и 1 раз на ночь	Перорально	7 – 14 дней	
Ферментные препараты	Мезим-форте	1 таблетка (минимальная активность липазы 3500 ЕД, амилазы – 4200 ЕД, протеаз – 250 ЕД)	3 раза в день во время еды	Перорально	7 – 14 дней	
Антимикробные препараты	Фторхинолоны	Ципрофлоксацин	0,5 г	2 раза в день	Перорально	7 дней
	Группы пенициллина и аминогликозиды	Амоксициллин Канамидин	0,5 г 0,25 г	3 раза в день 2 раза в день	Перорально / внутримышечно	7 дней
		Амоксициллин/ клавулановая кислота Канамидин	0,625 г 0,25 г	3 раза в день 2 раза в день	Перорально / внутримышечно	7 дней
	Группы пенициллина и противопрозоидные препараты	Амоксициллин/ клавулановая кислота Метронидазол	0,625 г 0,5 г	3 раза в день 3 раза в день	Перорально	7 дней
Пребиотики	Лактофильтрум	1,0 г (2 таблетки)	3 раза в день	Перорально	14–21 день	
Пробиотики	Бифидумбактерин-форте	2 пакетика (1 пакетик - 5 доз; 1 доза – 10 ⁹ КОЕ / мл)	3 раза в день	Перорально	5 – 15 дней	
Синбиотики	Нормобакт	2 саше	1 раз в день во время еды	Перорально	10–14 дней	
	Бифиформ Комплекс	2 таблетки	1 раз в день во время еды	Перорально	10–14 дней	
Энтеросорбенты	Смекта	3,0 г (1 пакетик)	3 раза в день за 2 часа до еды	Перорально	3 – 7 – 10 дней	

Таблица 2

Количественный и качественный состав микрофлоры кишечника больных после холецистэктомии

Наименование микроорганизма	Среднее значение КОЕ/1 г испражнений			
	Норма		Полученные результаты	
	< 60 лет	> 60 лет	< 60 лет	> 60 лет
Bifidobacterium spp.	10 ⁹ -10 ¹⁰	10 ⁸ -10 ⁹	3,6×10 ⁷ ± 0,5×10 ⁷	4,5×10 ⁶ ± 0,4×10 ⁶
Lactobacterium spp.	10 ⁷ -10 ⁸	10 ⁶ -10 ⁷	3,8×10 ⁶ ± 0,9×10 ⁶	3,6×10 ⁵ ± 0,6×10 ⁵
E. coli лактозонегативные	<10 ⁵	<10 ⁵	1,2×10 ⁷ ± 0,4×10 ⁷	1,7×10 ⁷ ± 0,3×10 ⁷
E. coli гемолитические	0	0	6,1×10 ⁷ ± 1,1×10 ⁷	4,2×10 ⁵ ± 0,8×10 ⁵
Staphylococcus spp. (коагулазонегативные)	<=10 ⁴	<=10 ⁴	5,6×10 ⁵ ± 0,5×10 ⁵	3,8×10 ⁶ ± 0,7×10 ⁶
Дрожжеподобные грибы Candida spp.	<=10 ⁴	<=10 ⁴	2,0×10 ³ ± 0,3×10 ³	3,4×10 ⁵ ± 0,4×10 ⁵
Неферментирующие бактерии**(P. aeruginosa)	<=10 ⁴	<=10 ⁴	3,1×10 ⁶ ± 0,7×10 ⁶	3,9×10 ⁷ ± 0,8×10 ⁷

всех обследуемых больных имелись изменения состава микрофлоры кишечника (табл. 2).

У 6 больных была выявлена третья дисбактериоза (17,6%), у 19 – вторая (55,8%), у 8 – первая степень (23,5%), и только у одного пациента дисбактериоза не выявлено.

Таким образом, удаление желчного пузыря практически у всех больных приводит к изменению качественного и количественного состава нормофлоры

кишечника, что сопровождается диспептическими явлениями. В первые месяцы после холецистэктомии наблюдаются более выраженные нарушения, поэтому они требуют коррекции с использованием пре-, про- и синбиотиков.

При поступлении больные 1 группы предъявляли жалобы на боли в животе по билиарному – 25 (69,4%) или панкреатическому типу – 11 (30,6%), тошноту – 31 (86,1%), сухость во рту – 28 (77,7%), рвоту желчью – 24

Динамика симптомов и лабораторных показателей в 1 и 2 группах на фоне лечения

Показатели	Сутки наблюдения	1 группа (n=36)	2 группа (n=53)
Купирование болевого синдрома	5	11(30,5%)	28(52,8%)*
	9	31(86,1%)	52 (98,1%)*
Купирование тошноты	5	12(38,7%)	31(62%)*
	9	29(93,5%)	50(100%)*
Купирование рвоты	5	21(87,5%)	33(91,6%)
	9	24(100%)	36(100%)
Нормализация стула при диарее	5	3(17,6%)	18(62%)**
	9	7(41,2%)	29(100%)**
Нормализация стула при запорах	5	1(7,7%)	2(11,8%)
	9	2(15,4%)	8(47%)*
Нормализация уровня амилазы, мг/с×л	5	13(61,9%)	12(42,8%)
	9	19(90,5%)	26(92,8%)
Нормализация АлТ, АсТ, ммоль/ч×л	5	7(28%)	16(45,7%)
	9	16(64%)	33(94,3%)**

Примечание: * – $p < 0,05$ (при $F > 1,64$); ** – $p < 0,01$ (при $F > 2,31$)

(66,6%), диарее – 17 (47,2%) или запоры – 13 (36,1%). Выявлено повышение амилазы (более 8,1 мг/с×л) в 21 (58,3%) случае, АлТ, АсТ (1,36 – 2,04 ммоль/ч×л) – в 25 (69,4%).

Больные 2 группы предъявляли жалобы на боли в животе по билиарному – 32 (60,4%) или панкреатическому типу – 21 (39,6%), тошноту – 50 (94,3%), сухость во рту – 47 (88,7%), рвоту желчью – 36 (67,9%), диарее – 29 (54,7%) или запоры – 17 (32%). При поступлении выявлено повышение амилазы (более 8,1 мг/с×л) в 28 (52,8%) случаях, АлТ, АсТ (1,36 – 2,04 ммоль/ч×л) – в 35 (66%). Как видно из таблицы 3, применение предложенной схемы лечения позволило достоверно сократить сроки купирования болевого синдрома, диспепсии и нормализация биохимических показателей крови, по сравнению с больными 1 группы.

Таким образом, применение предложенной усовершенствованной схемы комплексного консерва-

тивного лечения позволило в более короткие сроки купировать болевой синдром у больных 2 группы, купировать тошноту, нормализовать стул при диарее или запорах, к 9-ым суткам наблюдения в большем проценте случаев происходила нормализация уровня аминотрансфераз.

Выводы

1. Дисбактериоз, развивающийся у 97% больных после холецистэктомии, требует обязательной коррекции с помощью пребиотиков, пробиотиков и синбиотиков.

2. Разработанная схема комплексной терапии позволила купировать проявления постхолецистэктомического синдрома функциональной этиологии и дисбактериоза в более ранние сроки по сравнению с больными, получавшими традиционное консервативное лечение.

Список литературы

1. Бородач А.В., Бородач В.А., Попов А.Л. Некоторые патогенетические аспекты хирургического лечения осложненной желчнокаменной болезни Новосибирск: Сиб. унив. изд-во 2008; 188.
2. Добровольский С.Р., Иванов М.П., Нагай И.В. Место холецистэктомии из мини-доступа в лечении больных острым калькулезным холециститом. *Анналы хирургии* 2006; 3: 34-38.
3. Ильченко А.А., Быстровская Е.В. Опыт применения дюспаталина при функциональных нарушениях сфинктера Одди у больных, перенесших холецистэктомию. *Эксперим. и клинич. гастроэнтерология* 2002; 4: 1-4.
4. Максименко В.Б. Нарушения концентрационной и моторно-эвакуаторной функций желчного пузыря при холецистолитиазе. *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии* 2006; 4: 24-28.
5. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф., Плавунцов Н.Ф. Заболевания большого дуоденального сосочка М.: Камерон 2004; 167.
6. Осипов Б.Б. Влияние одномоментных операций у больных острым холециститом на качество жизни. *Эндоскопическая хирургия* 2004; 3: 16-21.
7. Петухов В.А. Желчнокаменная болезнь и синдром нарушенного пищеварения. М.: ВЕДИ 2003; 128.
8. Bellows C.F., Berger D.H., Crass R.A. Management of gallstones. *Am. Fam Physician* 2005; 72: 4: 637-642.
9. Schirmer B.D., Winters K.L., Edlich R.F. Cholelithiasis and cholecystitis. *J. Long. Term. Eff. Med. Implants* 2005; 15: 3: 329-338.

Поступила 13.09.2011 г.

Информация об авторах

1. Винник Юрий Семенович – д.м.н., проф., заслуженный деятель науки Российской Федерации, зав. кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru
2. Серова Екатерина Валерьевна – к.м.н., асс. кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru
3. Пахомова Регина Александровна – к.м.н., асс. кафедры общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru
4. Перьянова Ольга Владимировна – к.б.н., доц., зав. кафедрой микробиологии им. доцента Б.М.Зельмановича Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru
5. Рукосуева Татьяна Владимировна – старший преподаватель кафедры микробиологии им. доцента Б.М.Зельмановича Красноярского государственного медицинского университета им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: ekaterina_s_07@mail.ru