

*И. В. Козлова, В. Э. Федоров, Е. В. Граушкина*

## **БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского, Россия

В настоящее время холецистэктомия является наиболее распространенным и «отработанным» способом лечения желчнокаменной болезни [1–3]. При этом взаимодействие между терапевтами, гастроэнтерологами и хирургами достаточно четко отлажено и может служить примером в формировании потоков больных с другими заболеваниями [4].

Минимальный процент осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, визуальная техническая «легкость» холецистэктомии и преимущества лапароскопической холецистэктомии доказывают высокую эффективность данного метода лечения [5, 6]. Именно поэтому пациентов на операцию нередко направляют специалисты ультразвуковой или компьютерной диагностики, эндоскописты, а терапевты все чаще рекомендуют хирургическое вмешательство на ранних стадиях, например, при камненосительстве или холестерозе.

При этом большинство врачей забывают, что 40% пациентов данной группы в ближайшие и отдаленные сроки после операции испытывают не только диспепсические расстройства, но и боль в верхних отделах живота [6–9].

**Методы.** Целью проводимой работы является оценка эффективности путей формирования потоков больных в центральных районных больницах (ЦРБ), в более крупных хирургических отделениях — межрайцентрах (МРЦ) и областном центре — Саратове, результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни, изучение последствий активного хирургического лечения желчнокаменной болезни: анализ изменений желудочно-кишечного тракта в свете отдаленных результатов хирургического лечения калькулезного холецистита в клинике Саратовского Государственного медицинского университета.

Анализ эффективности формирования потоков больных (ранее это понятие входило в термин «диспансеризация») при желчнокаменной болезни проводился по материалам годового отчета по хирургической службе области 2008 г., где были собраны данные по преемственности между терапевтической и хирургической службами при выявлении хирургических заболеваний.

В Саратовской области формирование потоков больных желчнокаменной болезнью в целом является упорядоченным процессом, что представлено в табл. 1.

Из нее следует, что у районных терапевтов в ЦРБ Саратовской области на учете в 2008 г. состояло 2773 больных, что меньше, чем в 2007 г. (2878 больных). У районных хирургов в 2008 г. состояло на учете в районах 1752 пациента, что также меньше, чем в 2007 г. — 1840 больных.

Отметим, что основная хирургическая помощь лицам, страдающим желчнокаменной болезнью, оказывается в областном центре — Саратове, а также других крупных городах: Энгельсе, Балаково, Балашове и Вольске, где существуют крупные хирургиче-

Таблица 1. Формирование потоков больных желчнокаменной болезнью в Саратовской области (2007/2008)

Межрайцентры (МРЦ)	На учете у терапевтов 2007/2008	На учете у хирургов 2007/2008	Направлено на оперативное лечение 2007/2008	Оперировано экстренно 2007/2008
Всего в ЦРБ	2878/2773	1840/1752	710/773	206/245
Средний показатель в ЦРБ	84/82	54/52	21/23	6/7
Балаковский	794/601	691/411	336/399	98/92
Балашовский	661/485	661/440	156/203	41/47
Вольский	288/490	258/102	172/59	26/12
Энгельс	327/1088	538/517	286/207	218/186
Всего	2070/2664	2148/1470	950/808	383/337

ские отделения — хирургические межрайцентры. В других населенных пунктах объем выполняемых холецистэктомий значительно меньший, особенно — операций, выполняемых в плановом порядке.

В 2008 г. на плановое лечение желчнокаменной болезни в межрайонные центры (МРЦ) и Саратов направлено 773 пациента. Это больше, чем в 2007 г. (710 больных). По срочным и экстренным показаниям прооперированы в 2008 г. 245 больных, а в 2007 г. — 206 больных, что составляет в 2008 г. 8,8%, а в 2007 г. — 7,2% от терапевтической диспансерной группы.

В МРЦ диспансеризация больных желчнокаменной болезнью следующая: на учете у терапевтов в 2007 г. — 2070, в 2008 г. — 2664, у хирургов в 2007 г. — 2148, в 2008 г. — 1470 больных. Таким образом, число больных с желчнокаменной болезнью на учете у терапевтов продолжает увеличиваться.

808 больных из МРЦ направлены на плановое оперативное лечение калькулезного холецистита, а 337 больных оперировали в срочном и экстренном порядке.

Таблица 2. Хирургическая помощь больным с желчнокаменной болезнью в 2008 г.

МРЦ	Холецистит		Всего оперировано
	острый калькулезный	хронический калькулезный	
	Экстренные и срочные операции (поступило/оперировано)	Операции в плановом порядке	
Всего в ЦРБ	1258/228	258	486
Всего в МРЦ	773/341	641	982
Областная больница	112/98	611	709
Саратов	996/367	508	835
Всего	10099/1034	2018	3052
Москва (2007)	11887/6754		

В ЦРБ (табл. 2) основная масса больных с калькулезным холециститом поступила в экстренном или срочном порядке — 1258 больных. В экстренном и срочном порядке прооперировано 228 (46,9%) больных, что меньше, но вполне сопоставимо с прооперированными в плановом порядке — 258 (53,1%) больных.

В МРЦ поступило 773 больных с холециститом в экстренном и срочном порядке. Из них оперирован 341 человек (34,7% от общего числа прооперированных в МРЦ), что сопоставимо с показателями ЦРБ (228 человек). В то же время это почти в два раза меньше, чем число прооперированных в плановом порядке — 641 (65,3%).

В областном центре госпитализировано 996 с больных калькулезным холециститом в экстренном и срочном порядке. Из них 367 человек прооперировано, что составило

36,8% от числа госпитализированных и 44% от числа всех оперированных по поводу желчнокаменной болезни. Это чуть больше, чем число оперированных в МРЦ, но значительно меньше, чем число оперированных в плановом порядке — 508 (56%) больных.

Всего в хирургические отделения области поступило 10099 человек в экстренном порядке для лечения желчнокаменной болезни, а оперировано 3052. Из них экстренно оперировано — 1034 (33,9%), а в плановом порядке — 2018 (66,1%) пациентов.

Отметим, что в областную больницу реже поступают больные с калькулезным холециститом: поступило — 112 человек, поскольку большинство их переведено из ЦРБ или МРЦ. В то же время именно в областной больнице высокая хирургическая активность — 87,5%, что составило 98 холецистэктомий.

В плановом порядке в Областной клинической больнице выполнено 611 холецистэктомий, что больше, чем сумма операций, выполненных в Саратове — 508, и чуть меньше, чем сумма операций, выполненных в МРЦ — 641 холецистэктомия.

В Москве с желчнокаменной болезнью госпитализировано 11887 человек, а в Саратовской области — 10099 больных с желчнокаменной болезнью. Но активность хирургов Москвы намного выше 56,8% (6754 оперированных пациента), чем в Саратовской области — 10,2%.

Следовательно, при потоке больных с желчнокаменной болезнью, сопоставимым с московским, активность хирургов, особенно районных, в Саратовской области низкая.

**Результаты и обсуждение.** В табл. 3 представлены результаты хирургического лечения острого и хронического калькулезного холецистита. Результаты лечения больных с острым холециститом во всех группах намного хуже, чем при лечении хронического холецистита: если в МРЦ при остром холецистите летальность составляет 2,2%, то при хроническом — 0,8%. А в Областной больнице и Саратове разница в показателях еще более ощутимая.

Таблица 3. Осложнения и летальность после операций по поводу калькулезного холецистита

Показатель	Острый калькулезный холецистит	Хронический калькулезный холецистит	Всего
	осложнений/умерло	осложнений/умерло	осложнений/умерло
Осл/смерт МРЦ	5/6	8/5	13/11
Осл/лет % МРЦ	1,8/2,2	1,2/0,8	1,5/1,5
Осл/смерт ЦРБ	3/2	5/1	8/3
Осл/лет % ЦРБ	1,3/3	1,9/0,4	1,6/1,7
Осл/смерт Обл. б-ца	3/2	2/1	5/3
Осл/лет % Обл. б-ца	2,7/1,8	0,3/0,2	1,5/1
Осл/лет % Саратов	0,1/0,9	0	0,1/0,9
Летальн. %Москва	0,7		

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с калькулезным холециститом, как правило, характеризуются качеством жизни пациентов. Главную роль при этом играют изменения, произошедшие в органах пищеварения.

Состояние желудочно-кишечного тракта после холецистэктомии изучено на материалах университетских клиник, имеющих федеральный статус. В клиниках Саратовского государственного медицинского университета проведено обследование 80 пациентов, прооперированных ранее по поводу калькулезного холецистита в возрасте от 35 до 70 лет (средний возраст  $52 \pm 3,1$  года), из них 57 женщин и 23 мужчины. По срокам, прошедшим после холецистэктомии, пациенты основной группы были разделены на 2

подгруппы: 1 — лица, перенесшие холецистэктомию в сроки от года до трех лет (38 пациентов), 2 — лица, перенесшие операцию более 3 лет назад (42 пациента).

Следующую группу составили 72 пациента с хроническим калькулезным холециститом без осложнений в возрасте от 30 до 68 лет (средний возраст  $49 \pm 4,1$  лет), из них женщин — 54, мужчин — 18. Соотношение женщин и мужчин в исследуемых группах примерно 3/1.

В группу сравнения вошло 50 практически здоровых лиц, в возрасте от 28 до 45 лет, средний возраст  $37 \pm 2,3$  лет.

Критериями исключения пациентов из исследования служили: сроки проведения холецистэктомии менее 1 года, органические причины постхолецистэктомических расстройств, возраст старше 70 лет, острая хирургическая патология, тяжелые системные соматические заболевания, опухоли любой локализации, отказ больного от обследования.

Помимо стандартной клинико-лабораторной диагностики, всем была проведена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с прицельной биопсией слизистой оболочки нижней трети пищевода, антрального отдела желудка, луковицы двенадцатиперстной кишки в области фатерова сосочка. Эндоскопически оценивались такие признаки патологии, как отек, гиперемия, атрофия слизистой, эрозии, язвы, наличие рефлюксов. Взятие материала для биопсии осуществлялось как при наличии изменений слизистой оболочки, так и при отсутствии таковых.

Для гистологического исследования была использована общепринятая методика с окраской гематоксилин-эозином. Н. рylogi выявляли гистобактериоскопическим методом и быстрым уреазным тестом (CLO-тест).

Статистическая обработка включала определение критерия достоверности Стьюдента и Манна-Уитни, а также оценку корреляционных связей между параметрами.

При клиническом обследовании у части пациентов с отсутствием желчного пузыря (42,5%) не было выявлено жалоб и симптомов со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У большей части (57,5%) был выявлен абдоминальный болевой синдром разной степени выраженности и синдром желудочной диспепсии. Из них 32% пациентов относились к группе пациентов, перенесших холецистэктомию более 3 лет назад. Преобладающими были жалобы на опоясывающие боли в верхних отделах живота (53%), реже — на боли в правом подреберье (27,4%) и в эпигастрии (20,2%). Среди диспепсических расстройств наблюдались следующие их признаки: отрыжка (65%), тошнота (37,5%), горечь во рту (27,5%), метеоризм (42,5%), рвота (6,3%). В 42,5% пациентов беспокоила изжога. Пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в 67,3% беспокоили схваткообразные боли в правом подреберье, в 50,2% — опоясывающие боли, в 33,3% — эпигастральные боли. Отрыжку отмечали 57% пациентов, изжогу — 37,5%; горечь во рту — 40,3%, тошноту — 36,3%, метеоризм — 26,4%, рвоту — 2,8%.

Таким образом, диспепсические расстройства в виде отрыжки, изжоги, метеоризма нередко встречались у лиц с отсутствием желчного пузыря, особенно в поздние сроки после холецистэктомии, однако различия между показателями недостоверны ( $p > 0,05$ ).

При эндоскопическом обследовании поражение эзофагогастродуоденальной зоны было выявлено у 99,5% пациентов с отсутствием желчного пузыря и диспепсическими расстройствами, у 82% пациентов без клинических проявлений заболевания, у 81,2% пациентов с умеренным обострением хронического калькулезного холецистита.

У лиц с отсутствием желчного пузыря катаральный эзофагит был выявлен у 10% пациентов, при ЖКБ — у 8,2%. В обеих группах изменения слизистой оболочки желудка преимущественно наблюдались в антральном отделе (47%). Для I группы наибо-

лее характерной была картина смешанного гастрита (52%), реже встречался очаговый атрофический (12%), рефлюкс-гастрит (9%), диффузный атрофический (9%), и поверхностный гастрит (18%). Во II группе смешанный гастрит был обнаружен у 57% пациентов, рефлюкс-гастрит у 6%, очаговый атрофический гастрит у 21%, диффузный атрофический — у 4% ( $p < 0,05$ ), поверхностный — у 12% ( $p > 0,05$ ).

Хронические эрозии встречались чаще у пациентов с отсутствием желчного пузыря — у 7%, чем при ЖКБ — у 4% ( $p < 0,05$ ). Частота встречаемости острых эрозий была сходной в обеих группах (4% и 3% соответственно).

Дуоденогастральный рефлюкс и хронический дуоденит значительно чаще обнаруживался у больных с отсутствием желчного пузыря (45 и 23%), чем при ЖКБ (25 и 10%),  $p < 0,05$ .

Таким образом, после холецистэктомии достоверно увеличивается частота встречаемости катарального эзофагита, диффузного атрофического и рефлюкс-гастрита, хронических эрозий желудка, дуоденогастрального рефлюкса.

Эндоскопические проявления патологии эзофагагастроуденальной зоны в зависимости от срока давности холецистэктомии представлены в табл. 4.

Таблица 4. Эндоскопические признаки патологии эзофагагастроуденальной зоны в различные сроки после холецистэктомии

Признак	Пациенты с отсутствием желчного пузыря, 1–3 года после операции, n = 38	Пациенты с отсутствием желчного пузыря, более 3 лет после операции, n = 42
Эзофагит:		
— катаральный	3 (7,8%)*	5 (11,9%)*
— эрозивный	0	0
Гастрит:		
— смешанный	24 (63%)*	20 (47,6%)*
— поверхностный	9 (23,6%)	5 (12%)
— очаговый атрофический	3 (8%)	5 (12%)
— диффузный атрофический	3 (8%)*	4 (9,5%)*
— рефлюкс-гастрит	3 (8%)*	4 (9,5%)*
Эрозии:		
— острые	2 (5,3%)*	1 (2,4%)
— хронические	2 (5,3%)	4 (9,5%)*
Дуоденит	7 (18%)	11 (26%)
Дуодено-гастральный рефлюкс	13 (34%)*	25 (59,5%)*

\* показатели имеют достоверные различия ( $p < 0,05$ );

Как видно из приведенных в табл. 4 данных, частота встречаемости патологии эзофагагастроуденальной зоны при отсутствии желчного пузыря несколько увеличивается с увеличением срока, прошедшего после оперативного вмешательства.

При морфологическом исследовании биоптатов слизистой пищевода признаки хронического эзофагита в виде умеренно выраженной лимфоцитарной инфильтрации определялись у 10% лиц с отсутствием желчного пузыря и у 9% с ЖКБ.

Морфологическая картина изменений слизистой оболочки эзофагагастроуденальной зоны у пациентов в различные сроки после холецистэктомии представлена в табл. 5.

Гастрит с распространенной атрофией желез встречался на фоне отсутствия желчного пузыря у 11%, реже у лиц с ЖКБ — 7%; гастрит с частичной атрофией желез 33% и 25% соответственно. Гастрит с поражением желез без атрофии примерно с одинаковой частотой был выявлен у пациентов после холецистэктомии (19%) и при ЖКБ (17%).

Таблица 5. Морфологические особенности слизистой оболочки эзофагогастродуоденальной зоны у лиц с отсутствием желчного пузыря

Признак	Пациенты с отсутствием желчного пузыря, 1–3 года после операции, n = 38 (%)	Пациенты с отсутствием желчного пузыря, более 3 лет после операции, n = 42(%)
Хронический эзофагит	3 (7,8%)*	5 (11,9%)*
Гастрит с поражением желез без атрофии	9 (23,7%)	6 (14,2%)
– с частичной атрофией	10 (26,3%)*	16 (38%)*
– с полной атрофией желез	4 (10,5%)*	6 (15,7%)*
Регенераторная гиперплазия покровного эпителия	3 (7,8%)	3 (7%)
Эрозии и язвы:		
– острые	2 (5,3%)	1 (2,4%)
– хронические	2 (5,3%)*	4 (9,5%)*
Субатрофический дуоденит	13 (34,2%)*	24 (57%)*
Дисплазия		
I–II степени	5 (13,2%)*	8 (19%)*
III–IV степени	1 (2,6%)	1 (2,4%)
Тонкокишечная метаплазия	1 (2,6%)	1 (2,4%)
Наличие <i>H. pylori</i>	3 (7,9%)	3 (7,1%)

\* показатели имеют достоверные различия ( $p < 0,05$ ).

Регенераторная гиперплазия покровного эпителия, характерная для рефлюкс-гастрита, обнаруживалась у 7,5% пациентов основной группы и у 5% в группе сравнения. Появление дисплазии и метаплазии эпителия слизистой оболочки желудка более характерно было для пациентов с отсутствием желчного пузыря (22,5%) по сравнению с пациентами группы сравнения (16%). Субатрофический дуоденит достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) встречался у лиц с отсутствием желчного пузыря (47%), чем при ЖКБ (25%). Обсемененность *H. pylori* слизистой оболочки антрального отдела желудка была достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) в I группе (уреазный тест отрицателен в 65% случаев, *H. pylori* определялись в кокковой форме – в 20%) по сравнению с ЖКБ – 50% и 35% соответственно. Полученные данные соответствуют опубликованным сведениям, свидетельствующим об ингибирующем влиянии желчных кислот на *H. pylori* [6].

Таким образом, на фоне отсутствия желчного пузыря с увеличением срока, прошедшего после операции, нарастают явления атрофии слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и дисплазии I–II степени желудочного эпителия.

Таким образом, хирургическое лечение калькулезного холецистита является итогом многоэтапного диагностического процесса, который формируется от амбулаторного звена через специализированные и общие медицинские подразделения. Несмотря на значительное количество больных с выявленной желчнокаменной болезнью и огромное число холецистэктомий, хирургическая активность по отношению к данному заболеванию все-таки остается недостаточной.

Ближайшие результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни лучше, если больные оперируются в плановом порядке в крупных хирургических отделениях.

Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни зависят не только от степени тяжести хирургической агрессии и профилактики ближайших послеоперационных осложнений. Последствиями холецистэктомии являются физиологические изменения пищеварительной системы, которые иногда проявляются в отдаленные сроки в виде абдоминального болевого синдрома и синдрома желудочной диспепсии у 57,5% пациентов с отсутствием желчного пузыря.

В послеоперационном периоде у оперированных по поводу калькулезного холецистита «хирургическая» реабилитация наступает быстро, особенно при эндохирургических вмешательствах. Но у ряда больных возникают изменения в желудочно-кишечном тракте: при эндоскопическом обследовании у лиц после холецистэктомии достоверно чаще, чем у лиц, еще страдающих желчнокаменной болезнью, встречаются дуоденогастральный рефлюкс, диффузный атрофический гастрит, эрозивные изменения слизистой оболочки желудка. При этом морфологические изменения слизистой оболочки в виде атрофии желез желудка и дисплазии I–II степени прогрессируют с увеличением срока, прошедшего после оперативного вмешательства.

У 42,5% больных, ранее оперированных по поводу калькулезного холецистита, имеется бессимптомное течение патологии эзофагогастродуоденальной зоны. С увеличением срока, прошедшего после холецистэктомии, сохраняются и в ряде случаев нарастают диспепсический и болевой синдромы, прогрессируют структурно-функциональные изменения эзофагогастродуоденальной зоны.

При отсутствии желчного пузыря обсемененность *H. pylori* слизистой оболочки желудка снижена, что может быть связано с увеличением частоты дуоденогастрального рефлюкса. Это следует учитывать при оценке степени дисплазии и метаплазии слизистой желудка и последующем лечении.

#### Литература

1. Андреев А. Л., Проценко А. В., Глобин А. В. Эндовидеохирургия холедохолитиаза: Сб. тез. / Под ред. Ю. И. Галлингера. 13 Международный Конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля 2009. М., 2009. С. 16–18.
2. Боур А., Курлат Н., Таргон Р. и др. Эндовидеохирургические вмешательства при желчнокаменной болезни, технические сложности и осложнения: Сб. тез. / Под ред. Ю. И. Галлингера. 13 Международный Конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля. М., 2009. С. 54–56.
3. Винокуров М. М., Петров А. П., Игнатъев В. В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: Сб. тез. / Под ред. Ю. И. Галлингера. 13 Международный Конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля. М., 2009. С. 66–67.
4. Мак-Инрайр Р. Б., Стигман Г. В., Айсман Б. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии / Под ред. В. Д. Федорова, В. А. Кубышкина. Рук-во для врачей. М.: GEOTAR-Media, 2009. Гл. 49–50. 744 с.
5. Андреев А. Л. Экономические аспекты хирургии желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, в современных условиях платной медицинской помощи и медицинского страхования: Сб. тез. / Под ред. Ю. И. Галлингера. 12 Московский Международный Конгресс по эндоскопической хирургии, 23–25 апреля 2008. М., 2008. С. 25–27.
6. Воротынцев А. С., Кулиев С. А., Каменцева С. В., Ханин А. Г. Эндохирургические и малоинвазивные операции в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов старших возрастных групп: Сб. тез. / Под ред. Ю. И. Галлингера. 13 Международный Конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля 2009. М., 2009. С. 71–73.
7. Осадчук М. А. Диффузная нейроэндокринная система: общепатологические и гастроэнтерологические аспекты. Саратов: Изд-во Саратов. мед. ун-та, 1996. С. 82–89.
8. Григорьев П. Я., Яковенко Э. П., Агафонова Н. А. и др. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение // Лечащий врач. 2004, № 4. С. 34–38.
9. Агафонова Н. А., Яковенко Э. П., Григорьев П. Я. и др. Синдром диспепсии после холецистэктомии / Материалы 5-го Съезда научного общества гастроэнтерологов России 3–6 февраля 2005. М., 2005. С. 325–327.

Статья поступила в редакцию 21 декабря 2009 г.