

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, ПОСЛЕДСТВИЯ И ИЗДЕРЖКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАФЕДРЫ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

И.В. Козлова, В.Э. Федоров, Е.В. Граушкина,
ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет»

Федоров Владимир Эдуардович – e-mail: v.e.fedorov@yandex.ru

В статье представлены результаты и последствия хирургического лечения желчнокаменной болезни. У 80 больных, ранее перенесших холецистэктомию, произведено эндоскопическое исследование желудочно-кишечного тракта. При этом обнаружено, что у целого ряда больных имеются изменения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке. Сделан вывод о том, что в отдаленные сроки после холецистэктомии могут быть изменения желудочно-кишечного тракта, являющиеся последствиями холецистэктомии.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, результаты и последствия холецистэктомии.

In the present research results of treatment of 80 patients who were treated by cholecystectomy have been studied. Its have been compared with group of patients with chronic calculuses cholecystitis (72) and healthy persons (50). It has been established, that a consequences of cholecystectomy are physiological changes of digestive system which are shown as abdominal painful syndrome and syndrome of gastric dyspepsy in 57,5% of patients.

Key words: choletithiasis, results and consequences of cholecystectomy.

В настоящее время распространенность желчнокаменной болезни (ЖКБ) остается чрезвычайно высокой [1, 2, 3]. Основным методом лечения является холецистэктомия (ХЭ), но она, к сожалению, в последующем не всегда полностью избавляет больных от нарушений функций желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

До 40% пациентов данной группы в ближайшие и отдаленные сроки после операции испытывают не только диспепсические расстройства, но и боль в верхних отделах живота и [4, 5, 6].

По некоторым данным (1998) [7, 8, 9, 10] заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки диагностируются у 11,3–51,9% больных с ЖКБ и у 31–84,6% пациентов после ХЭ.

Несмотря на перечисленные исследования, хирурги наращивают хирургическую активность и рекомендуют оперативное вмешательство на ранних стадиях, например, при камненосительстве или холестерозе. Главным аргументом при этом являются «легкая» переносимость ХЭ и минимальный процент осложнений в ближайшем послеоперационном периоде [11].

Особенно часто хирурги [12, 13] убеждают больных преимуществами лапароскопической ХЭ, которая, по сути, стала распространенной «коммерческой» операцией, когда к показаниям добавляется дополнительный «финансовый» компонент. При этом большинство хирургов забывают о том, что в таких случаях снижается только тяжесть хирургической агрессии, а физиологические изменения пищеварительного тракта остаются прежними.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния желудочно-кишечного тракта как отдаленных результатов хирургического лечения калькулезного холецистита, изучение структурно-функциональных особенностей эзофагогастродуоденальной зоны после удаления желчного пузыря (ЖП).

Материалы и методы

Проведено обследование 80 пациентов с отсутствием желчного пузыря 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 ХЭ, пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы: 1-я – лица, перенесшие ХЭ в сроки от года до трех лет (38 пациентов), 2-я – 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 $49 \pm 4,1$ года), из них женщин – 54, мужчин – 18. Соотношение женщин и мужчин в исследуемых группах примерно 3:1, что соответствует литературным данным [7].

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

Критериями исключения пациентов из исследования служили: сроки проведения ХЭ 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 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.

H. pylori выявляли гистобактериоскопическим методом и быстрым уреазным тестом (CLO-тест).

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

Результаты исследования

При клиническом обследовании у части пациентов с отсутствием ЖП (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 ХЭ 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 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 ЖП, особенно в поздние сроки после ХЭ, однако различия между показателями недостоверны ($p > 0,05$).

При эндоскопическом обследовании поражение эзофагогастроудоденальной 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 наиболее 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 ХЭ достоверно увеличивается частота встречаемости катарального эзофагита, диффузного атрофического и рефлюкс-гастрита, хронических эрозий желудка, дуоденогастрального рефлюкса.

Эндоскопические проявления патологии эзофагогастроудоденальной зоны в зависимости от срока давности ХЭ представлены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1.

Эндоскопические признаки патологии эзофагогастроудоденальной зоны в различные сроки после холецистэктомии

Признак	Пациенты с отсутствием ЖП, 1–3 года после операции, n=38	Пациенты с отсутствием ЖП, 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%)*

Примечания: * - показатели имеют достоверные различия ($p < 0,05$).

Как видно из приведенных в таблице 1 данных, частота встречаемости патологии эзофагогастроудоденальной зоны при отсутствии ЖП 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 ЖП и у 9% с ЖКБ. Гастрит с распространенной атрофией желез встречался на фоне отсутствия ЖП 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 ХЭ (19%) и при ЖКБ (17%). 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 ЖП (22,5%) по сравнению с пациентами группы сравнения (16%). Субатрофический дуоденит достоверно чаще ($p < 0,05$) встречался у лиц с отсутствием

ЖП (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].

Морфологическая картина изменений слизистой оболочки эзофагогастродуоденальной зоны у пациентов в различные сроки после ХЭ представлена в таблице 2.

ТАБЛИЦА 2.

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

Признак	Пациенты с отсутствием ЖП, 1–3 года после операции, n=38 (%)	Пациенты с отсутствием ЖП, 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%)

Примечание: * – показатели имеют достоверные различия ($p < 0,05$).

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

Выводы

1. Результаты хирургического лечения калькулезного холецистита зависят не только от степени тяжести хирургической агрессии и профилактики ближайших послеоперационных осложнений. Последствиями ХЭ 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 ЖП.

2. У 42,5% больных, ранее оперированных по поводу калькулезного холецистита, патология эзофагогастродуоденальной зоны имеет бессимптомное течение. Это создает у больных иллюзию благополучия, но все-таки требует периодического обследования таких пациентов, потому, что на

фоне отсутствия ЖП с увеличением срока, прошедшего после ХЭ, сохраняются и даже нарастают диспепсический и болевой синдромы, прогрессируют структурно-функциональные изменения эзофагогастродуоденальной зоны

3. При эндоскопическом обследовании выявлено, что у пациентов с отсутствием ЖП достоверно чаще, чем у лиц, страдающих ЖКБ, встречается дуоденогастральный рефлюкс, диффузный атрофический гастрит, эрозивные изменения слизистой оболочки желудка. При этом морфологические изменения слизистой оболочки в виде атрофии желез желудочного эпителия и дисплазии I–II степени прогрессируют с увеличением срока, прошедшего после оперативного вмешательства.

4. При отсутствии ЖП 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. В кн.: Сборник тезисов под редакцией Ю.И. Галлингера. 13 Международный конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля 2009. М. С. 16–18.
2. Боур А., Курлат Н., Таргон Р. и др. Эндовидеохирургические вмешательства при желчнокаменной болезни, технические сложности и осложнения. В кн.: Сборник тезисов под редакцией Ю.И. Галлингера. 13 Международный конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля 2009. М. С. 54–56.
3. Винокуров М.М., Петров А.П., Игнатьев В.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. В кн.: Сборник тезисов под редакцией Ю.И. Галлингера. 13 Международный конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля. 2009. М. С. 66–67.
4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. и др. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение. Лечащий врач. 2004. № 4. С. 34–38.
5. Агафонова Н.А., Яковенко Э.П., Григорьев П.Я. и др. Синдром диспепсии после холецистэктомии. Материалы 5-го Съезда научного общества гастроэнтерологов России. 2005. 3–6 февраля. М. С. 325–327.
6. Циммерман Я.С. Постхолецистэктомический синдром: современный взгляд на проблему. Клиническая медицина. 2006. № 8. С. 4–11.
7. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. Лечащий врач. 2004. № 4. С. 27–32.
8. Ильченко А.А. Постхолецистэктомический синдром: клинические аспекты проблемы. Consilium medicum. Приложение «Гастроэнтерология». 2006. № 2. С. 49–53.
9. Лопатина Е.Ю. Роль *Helicobacter pylori* инфекции в формировании диспепсических расстройств у больных желчнокаменной болезнью до и после лапароскопической холецистэктомии. Дис. канд. мед. наук. ГОУ ВПО РГМУ, М. 2007.
10. Маев И.В. Коррекция проявлений холестаза у больных с калькулезным холециститом, перенесшим холецистэктомии. Практикующий врач. 2006. № 1. С. 29–35.
11. Воротынцева 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. В кн.: Сборник тезисов под редакцией Ю. И. Галлингера. 13 Международный конгресс по эндоскопической хирургии. 22–24 апреля. 2009. М. С. 71–73.
12. Андреев А.Л. Экономические аспекты хирургии желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой, в современных условиях платной медицинской помощи и медицинского страхования. В кн.: Сборник тезисов под редакцией Ю.И. Галлингера. 12 Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. 23–25 апреля. 2008. М. С. 25–27.
13. Мак-Инрайр Р.Б., Стигман Г.В., Айсман Б. Алгоритмы диагностики и лечения в хирургии. Под редакцией В.Д. Федорова, В.А. Кубышкина. Руководство для врачей. 2009. М.: GEOTAP-Медиа. Гл. 49–50. 744 с.