

УДК 616.329/.342:616.366-089.87

СОСТОЯНИЕ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

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

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Росздрава»

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

В статье представлены изменения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке после холецистэктомии. У 80 больных, ранее перенесших холецистэктомию, произведено клиническое и эндоскопическое обследование желудочно-кишечного тракта. Обнаружено, что у больных после холецистэктомии возникают изменения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке, связанные с перестройкой пищеварительной системы после операции. Сделан вывод о том, что после холецистэктомии могут часто возникать изменения желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: холецистэктомия, желчнокаменная болезнь.

This article is dedicated to the state of oesophagus, stomach and duodenum after cholecystectomy. In the present research, we have studied results of treatment of 80 patients who have had cholecystectomy. Those results have been compared with the results among the group of patients with chronic calculous cholecystitis (72) and healthy persons (50). It has been established, that the consequences of cholecystectomy are physiological changes of the digestive system which are manifested by the abdominal pain syndrome and syndrome of gastric dyspepsy in 57,5% of patients.

Key words: cholecystectomy, calculous cholecystitis.

В настоящее время холецистэктомия (ХЭ) стала наиболее распространенной операцией в хирургической практике. Любые попытки медикаментозного лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) рассматриваются только в виде вынужденных мер или «последним шансом» перед удалением желчного пузыря (ЖП). Это привело к тому, что результаты оперативного лечения заболеваний желчного пузыря стали анализироваться только как наличие или отсутствие комплекса послеоперационных осложнений.

В то же время, даже при отсутствии послеоперационных осложнений, удаление ЖП не всегда избавляет больных от обменных нарушений. До 40% таких пациентов в ближайшие и отдаленные сроки после операции испытывают боли в верхних отделах живота и диспепсические расстройства [1, 2].

Целью настоящей работы является изучение клинических, структурно-функциональных особенностей пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне отсутствия желчного пузыря (то есть после холецистэктомии).

Материалы и методы. Проведено обследование 80 пациентов с отсутствием ЖП 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 – лица, перенесшие ХЭ в сроки от года до трех лет (38 пациентов), 2 – лица, перенесшие операцию более 3 лет назад (42 пациента). Группы сравнения составили 72 пациента с ЖКБ в стадии умеренного обострения хронического калькулезного холецистита 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. В контрольную группу 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 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.

Результаты

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: 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 несколько чаще встречались у лиц с отсутствием ЖП, особенно в поздние сроки после ХЭ, однако различия между показателями недостоверны ($p > 0,05$).

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

У лиц с отсутствием ЖП 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 ЖП – 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.

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. 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 холецистэктомии (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 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.

На фоне отсутствия ЖП с увеличением срока, прошедшего после операции, нарастают явления атрофии слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки и дисплазии I–II степени желудочного эпителия. Эндоскопические проявления патологии эзофагогастродуоденальной зоны в зависимости от срока давности холецистэктомии представлены в таблице.

Как видно из приведенных в таблице данных, частота встречаемости патологии эзофагогастродуоденальной 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. 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%). Регенераторная гиперплазия покровного эпителия, характерная для рефлюкс-гастрита, обнаруживалась у 7,5% пациентов основной группы и у 5% в группе сравнения.

ТАБЛИЦА.

Эндоскопические признаки изменений пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки 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%)*
Гастрит:		
-смешанный	24 (63%)*	20 (47,6%)*
-поверхностный	9 (23,6%)	5 (12%)
-очаговый атрофический	3 (8%)	5 (12%)
-диффузный	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 ($p < 0,05$).

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* опреде-

лялись в кокковой форме – в 20%) по сравнению с ЖКБ – 50% и 35% соответственно.

Выводы

1. У 42,5% патология эзофагогастродуоденальной зоны после ХЭ имеет бессимптомное течение, что затрудняет своевременное выявление и динамическое наблюдение за этой когортой пациентов. Клинически значимый абдоминальный болевой синдром и синдром желудочной диспепсии обнаруживаются у 57,5% пациентов с отсутствием ЖП.

2. С увеличением срока, прошедшего после ХЭ, часто прогрессируют структурно-функциональные изменения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке.

3. При эндоскопическом обследовании таких больных обнаружено, что у пациентов с отсутствием желчного пузыря достоверно чаще, чем у лиц, страдающих желчнокаменной болезнью, встречается дуоденогастральный рефлюкс, диффузный атрофический гастрит, эрозивные изменения слизистой оболочки желудка.

4. На фоне отсутствия желчного пузыря морфологические изменения слизистой оболочки в виде атрофии желез желудка и дисплазии I–II степени прогрессируют с увеличением срока, прошедшего после оперативного вмешательства.


ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. и др. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение. Лечащий врач 2004. № 4. С. 34–38.
2. 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.