

Е.Ю. Плотникова, Н.А. Дидковская, В.Н. Золотухина  
 Кемеровская государственная медицинская академия,  
 г. Кемерово

# ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДО И ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА КЕМЕРОВО

Проведен анализ заболеваемости органов пищеварения у жителей города Кемерово за 2004–2006 годы. Заболевания органов пищеварения в структуре общей заболеваемости занимают пятое место и составили 8,3 %, 8,1 % и 8,3 %, в том числе выявленные впервые – 2,4 %, 2,1 % и 2,7% за период 2004–2006 гг., соответственно. Общая заболеваемость по обращаемости коррелирует с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. Структура госпитализированной заболеваемости, и по удельному весу, и по койко-дням, выводит патологию билиарного тракта и поджелудочной железы на первое место среди патологии пищеварительной системы.

*Ключевые слова: органы пищеварения, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия.*

In a review of the digestive disease among residents of the city of Kemerovo for 2004–2006. Diseases of the digestive system in the structure of the overall morbidity and took fifth place were 8,3 %, 8,1 % and 8,3 %, including those identified for the first time – 2,4 %, 2,1 % and 2,7 % for the period 2004–2006, respectively. The overall incidence of frequent correlates with disease with a temporary disability. Structure hospitalizirovannoy morbidity and weight and bed-days displays pathology biliarnogo tract and pancreas in the first place among the pathology of the digestive system.

*Key words: bodies gastrointestinal tract disease, cholecystectomy.*

Патология билиарного тракта является актуальной для современной медицины проблемой. В последнее десятилетие, как в России, так и за рубежом, несмотря на определенные успехи терапии, связанные с появлением на фармакологическом рынке новых эффективных средств для коррекции функциональных расстройств органов пищеварения, отмечается отчетливая устойчивая тенденция к росту заболеваемости желчевыводящей системы. Так, согласно данным научного прогнозирования, в ближайшие 15–20 лет в мире заболеваемость болезнями пищеварительной системы возрастет, по крайней мере, на 30–50 % за счет увеличения числа болезней, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические, метаболические механизмы. Данные тенденции характерны и для патологии желчевыводящей системы. По данным литературы, распространенность болезней желчного пузыря и желчных путей в Москве среди взрослого населения за последние 10 лет стала почти в 2 раза выше, чем по России. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) значительно «помолодела»

и встречается не только в молодом, но и в раннем детском возрасте. Болезнь стала появляться довольно часто не только у женщин, но и у мужчин. В настоящее время показатели распространенности болезней желчевыводящих путей колеблются от 26,6 до 45,5 на 1000 населения.

Болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (холецистит, желчнокаменная болезнь, дисфункция) являются одними из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Свойственное им разнообразие клинических проявлений, длительность течения, затяжные обострения обуславливают частую обращаемость больных за медицинской помощью. Значение данной патологии определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами, в связи с частой выявляемостью в наиболее трудоспособном возрасте, высокими показателями утраты трудоспособности. Ранняя диагностика и лечение заболеваний желчевыводящей системы имеют большое клиническое значение из-за возможности трансформации функциональных нарушений в желчевыводя-

щей системе в органическую патологию — хронический холецистит и желчнокаменную болезнь, что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса. Интерес к проблеме объясняется также частым вовлечением в патологический процесс смежных органов (печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки) и возникновением тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации.

Нами был проведен анализ заболеваемости органов пищеварения у жителей города Кемерово за 2004-2006 годы.

Заболевания органов пищеварения в структуре общей заболеваемости занимают пятое место после болезней системы кровообращения, органов дыхания, травм и отравлений, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. За период 2004-2006 гг. заболевания органов пищеварения составили 8,3 %, 8,1 % и 8,3 %, в том числе выявленные впервые 2,4 %, 2,1 % и 2,7 % в 2004, 2005 и 2006 гг., соответственно.

Далее был проведен анализ структуры патологии органов пищеварения за последние три года (табл. 1 и 2), в том числе с временной утратой трудоспособности (табл. 3).

Общая заболеваемость по обращаемости коррелирует с заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. В общей структуре патологии заболеваемость органов пищеварения с временной утратой трудоспособности также занимает пятое место.

Данные о среднем пребывании на больничном листе пациентов с патологией органов пищеварения

и структуры заболеваемости с временной утратой трудоспособности отражены в таблицах 4 и 5.

Средние сроки временной нетрудоспособности при патологии билиарного тракта и поджелудочной железы не выше, чем при язвенной болезни, что, по-видимому, обусловлено высокой оперативной активностью в отношении ЖКБ (24,3 %) за последние годы. К 2006 г. она уменьшилась, по сравнению с 2004 г., по причине высокой выявляемости данной патологии и активной ее санации.

В случаях и днях нетрудоспособности на первое место выходят болезни гепатобилиарного тракта. В этой подгруппе определяющими являются болезни желчного пузыря и желчевыводящих путей (табл. 6).

Структура госпитализированной заболеваемости, и по удельному весу, и по койко-дням, выводит патологию билиарного тракта и поджелудочной железы на первое место среди всех заболеваний пищеварительной системы. Она представлена на рисунках 1 и 2.

Основным методом лечения ЖКБ является холецистэктомия. Данные по оперативной активности при ЖКБ представлены на рисунке 3.

У 25 % перенесших холецистэктомию больных сохраняются или появляются через некоторое время абдоминальные боли и диспепсические расстройства, требующие лечения. Адекватная терапия больных зависит от правильного понимания патогенеза клинических симптомов, развивающихся после холецистэктомии. Особенности их формирования связаны, с одной стороны, с нарушениями в обмене холестерина, присущими желчнокаменной болезни, с

**Таблица 1**  
Количество жителей г. Кемерово с заболеваниями органов пищеварения (по обращаемости)

Нозологические формы	2004 год		2005 год		2006 год	
	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые
Всего	46102	5387	44006	4664	49848	6024
Гастриты, дуодениты	11374	617	11122	580	13134	955
Язвенная болезнь желудка и ДПК	8801	521	7870	423	7858	665
Болезни печени	1997	132	1782	89	2005	165
Болезни желчного пузыря и ЖВП	9596	524	8952	524	10112	673
Болезни поджелудочной железы	4942	117	4958	129	6195	339
Всего по классам	556081	223202	546405	217381	594253	220441

**Таблица 2**  
Структура патологии органов пищеварения жителей г. Кемерово (на 100 случаев патологии ЖКТ)

Наименование классов и отдельных болезней	2004 год		2005 год		2006 год	
	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые	Всего	Диагноз установлен впервые
Гастриты, дуодениты	24,7	11,5	25,3	12,4	26,3	15,8
Язвенная болезнь желудка и ДПК	19,1	9,7	17,9	9,1	15,8	11,0
Болезни печени	4,3	2,5	4,0	1,9	4,0	2,8
Болезни желчного пузыря и ЖВП	20,8	9,7	20,3	11,2	20,3	11,2
Болезни поджелудочной железы и др.	11,2	2,8	12,4	4,7	12,4	5,6

**Таблица 3**  
**Заболеваемость органов пищеварения с временной утратой трудоспособности жителей г. Кемерово (на 100 работающих)**

Причина нетрудоспособности	2004 год		2005 год		2006 год	
	Случаи	Дни	Случаи	Дни	Случаи	Дни
Болезни органов пищеварения, в т.ч.:	2,0	27,7	1,9	26,9	1,9	26,2
- язвенная болезнь желудка и ДПК	0,4	8,9	0,4	8,7	0,39	8,5
- гастриты, дуодениты	0,3	3,3	0,3	3,8	0,3	3,6
- болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	0,6	13,0	0,7	12,8	0,62	12,6

**Таблица 4**  
**Среднее пребывание жителей г. Кемерово с патологией органов пищеварения на больничном листе (в днях)**

Причина нетрудоспособности	2004 год	2005 год	2006 год
Болезни органов пищеварения, в т.ч.:	14,0	13,9	13,7
- язвенная болезнь желудка и ДПК	20,1	20,1	20,1
- гастриты, дуодениты	11,2	11,1	11,1
- болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	18,97	18,7	16,8

**Таблица 5**  
**Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности жителей г. Кемерово с патологией органов пищеварения**

Причина нетрудоспособности	2004 год		2005 год		2006 год	
	Случаи	Дни	Случаи	Дни	Случаи	Дни
Болезни органов пищеварения, в т.ч.:	100	100	100	100	100	100
- язвенная болезнь желудка и ДПК	20,3	27,0	15,8	25,6	15,8	25,2
- гастриты, дуодениты	15,2	10,1	15,7	11,1	15,9	11,1
- болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	25,4	36,8	31,6	38,2	31,7	38,5

**Таблица 6**  
**Структура заболеваемости гепатобилиарного тракта жителей г. Кемерово (на 100 случаев)**

Заболевания	2004 год	2005 год	2006 год
Болезни печени	30,4	29,5	29,3
Болезни ЖВП	69,6	70,5	70,7
в т.ч. ЖКБ	24,3	23,9	25,3

другой, — тем обстоятельством, что патологический процесс протекает в новых анатомо-физиологических условиях, т.е. при отсутствии желчного пузыря.

Известно, что удаление желчного пузыря по поводу калькулезного холецистита не избавляет больных от обменных нарушений, в том числе от печеночно-клеточной дисхолии, которая сохраняется и после операции. У большинства больных после хо-

лецистэктомии определяется литогенная желчь с низким холатохолестериновым коэффициентом. Выпадение физиологической роли желчного пузыря, а именно концентрация желчи в межпищеварительный период и выброс ее в двенадцатиперстную кишку во время еды, сопровождается нарушением пассажа желчи в кишечник и расстройством пищеварения.

В результате формируются дискинезии сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы, желчного и панкреатического протоков (сфинктера Одди), а деконъюгированные желчные кислоты обуславливают развитие диареи. Таким образом, у больных с удаленным желчным пузырем имеющиеся клинические проявления могут быть связаны с изменением химического состава желчи, нарушенным пассажем ее в двенадцатиперстную кишку, дискинезией сфинктера Одди, а также с избыточным бактериальным ростом в кишечнике, синдромами мальдигестии и мальабсорбции, дуоденитом и другими патологическими нарушениями в системе пищеварения.

Патологические состояния, которые наблюдаются у больных после холецистэктомии, можно разделить на 3 группы:

- функциональные расстройства сфинктера Одди — повышение тонуса сфинктера холедоха или панкреатического протока, либо общего сфинктера, в результате потери функционирующего желчного пузыря;
  - билиарная гипертензия с наличием органических препятствий току желчи, при наличии которой у 5-20 % больных выявляются рецидивный или резидуальный холедохолитиаз, у 11-14 % — стеноз большого дуоденального сосочка, у 6,5-20 % — стриктуры желчных протоков и желчеотводящих анастомозов, у 0,1-1,9 % — избыточная культя пузырного протока;
  - сопутствующие заболевания, развившиеся до оперативного вмешательства или после него. Основными из них являются хронический панкреатит, дискинезия двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, дуодениты, язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
- Таким образом, предположить, что речь идет о дисфункции сфинктера Одди, можно в следующих ситуациях:
- наличие болей в эпигастральной области у больных, перенесших холецистэктомию, в случаях, если не выявляются другие причины, способные объяснить их происхождение (сопутствующие заболевания, структурные изменения билиарных и панкреатических протоков);

Рисунок 1

Структура госпитализированной заболеваемости ЖКТ

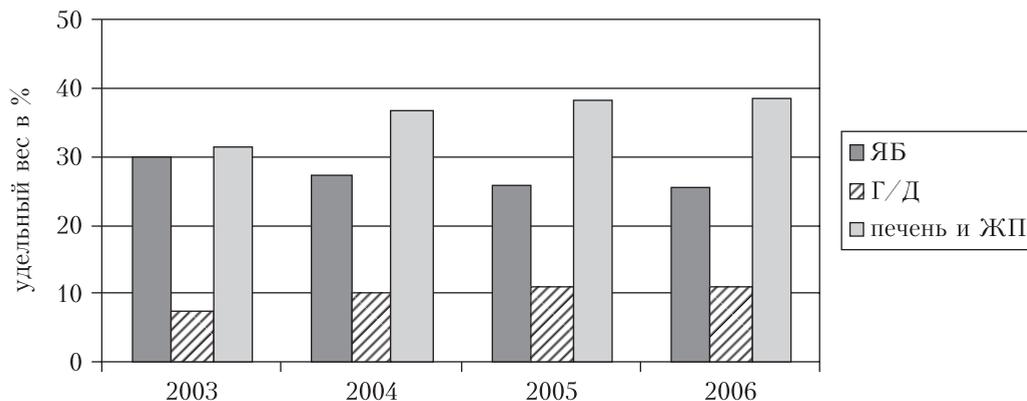


Рисунок 2

Госпитализированная заболеваемость в койко-днях

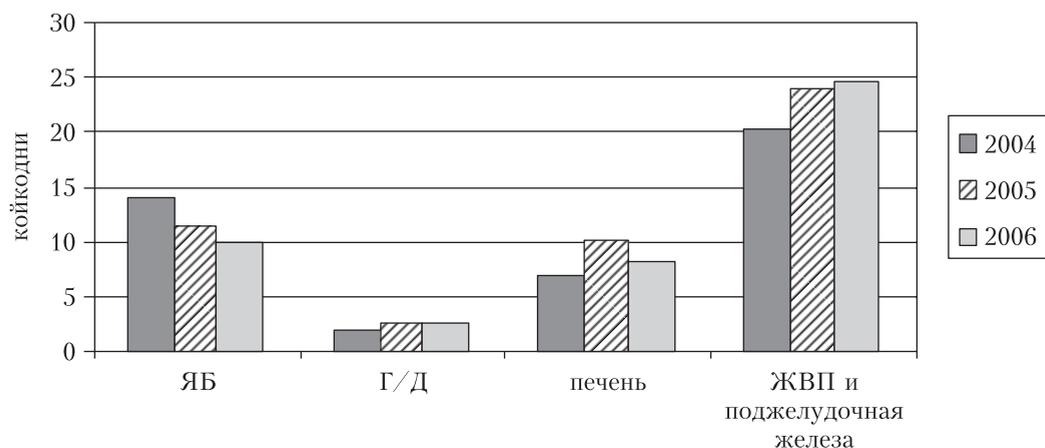
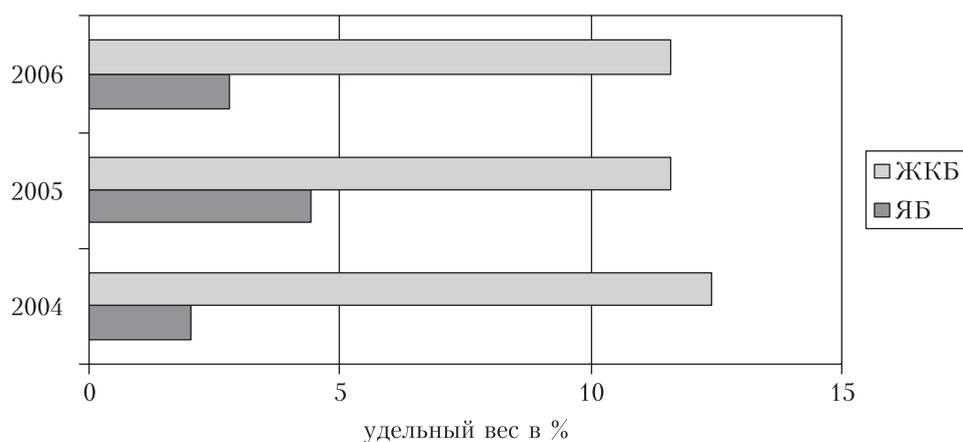


Рисунок 3

Оперативная активность по ЖКБ и язвенной болезни



- наличие идиопатического рецидивирующего панкреатита;
- при рецидивирующих билиарных коликах у больных с наличием неизмененного желчного пузыря и холедоха и при нормальном составе пузыря желчи.

Цель лечения больных, перенесших холецистэктомию — восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета из билиарных и панкреатических протоков в двенадцатиперстную кишку. Задачи лечения: нормализовать химический состав желчи, восстановить проходимость сфинктера Одди,

восстановить нормальный состав кишечной микрофлоры, нормализовать процессы пищеварения и моторику тонкой кишки для профилактики дуоденальной гипертензии.

Для профилактики образования желчных сладжей или камней во внепеченочной билиарной системе рекомендуется:

- ограничение (но не полное исключение) приема продуктов, содержащих холестерин (жиры животного происхождения) и жирные кислоты (жиры, прошедшие термическую обработку свыше 100°C – жареные продукты);
- регулярный 4-6-кратный прием пищи;
- медленное снижение массы тела. При использовании низкокалорийных диет (2110 кДж/сут и ниже), голодании, проведении шунтирующих операций необходимо дополнительное назначение урсодезоксихолевой кислоты в дозе 10 мг/кг в сутки;
- добавление в пищевой рацион пищевых волокон, содержащихся в продуктах растительного происхождения, или пищевых добавок (отруби и др.). При этом овощи, фрукты, травы лучше использовать после термической обработки (отварные, запеченные). Отруби могут применяться в виде готовых завтраков (каша, хлеб) и патентованных препаратов;
- обеспечение ежедневного стула.

Медикаментозное лечение дисфункции сфинктера Одди направлено на снятие спазма гладкой мускулатуры последнего. С этой целью используется ряд препаратов, обладающих спазмолитическим эффектом. Продолжительность лечения составляет 5-7 дней. Целесообразность использования данных препаратов обусловлена их способностями:

- связывать органические кислоты, что приводит к уменьшению осмолярности кишечного содержимого и прекращению тока жидкости в просвет кишки;
- повышать интрадуоденальный уровень рН, что создает условия для нормальных процессов пищеварения;
- связывать деконъюгированные желчные кислоты, что уменьшает секреторную диарею и их повреждающее действие на слизистую оболочку;
- уменьшать всасывание антибактериальных препаратов, что повышает их концентрацию в просвете кишки и усиливает антибактериальный эффект, а также уменьшает побочные действия препаратов.

Таким образом, своевременная и правильная оценка клинической симптоматики, развивающейся у больных после операции холецистэктомии, дает возможность подобрать адекватную терапию и, в результате, существенно улучшить качество жизни пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Григорьева, И.Н. Желчнокаменная болезнь (патогенез, диагностика, клиника и лечение) /И.Н. Григорьева. – Новосибирск, 2004. – 77 с.
2. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение /П.Я. Григорьев, Н.А. Агафонова, И.П. Солуянова и др. //Лечащий врач. – 2004. – № 4. – С. 29-34.
3. Диагностика и лечение заболеваний желчевыводящих путей: Учебное пособие /под ред. Маева И.В. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. – 96 с.
4. Ильченко, А.А. Желчнокаменная болезнь /А.А. Ильченко. – М.: «Анахарсис», 2004. – 200 с.
5. Мараховский, Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы /Ю.Х. Мараховский //РЖГК. – 2003. – № 1. – С. 81-92.
6. Хазанов, А.И. Постхолецистэктомический синдром. Диагностика и лечение внутренних болезней /А.И. Хазанов. – М.: «Медицина», 1992. – Т. 3. – С. 291-300.

### РЕАКЦИЯ НА НЕПРАВДУ

**Все мы иногда говорим неправду – просто так или преследуя свои конкретные цели. Об этом может так никто и не узнать, но вот только собственный желудок не проведешь. Как показали исследования, проведенные в Техасском университете – когда человек произносит слова, даже минимально не соответствующие правде, его желудок начинает активно «возмущаться» в прямом смысле этого слова.**

**В общем, не любит желудок обмана и, зная эту особенность человеческого организма, ученые собираются изобрести детектор лжи нового поколения, основанный на реакции желудка.**

По материалам журнала MensHealth.  
Источник: [www.medplaneta.ru](http://www.medplaneta.ru)