

2. Гаврилик, Б.Л. Перитонит как осложнение туберкулеза кишечника/ Б.Л. Гаврилик, В.Г. Стенько, И.И. Войтович и др. // XII съезд хирургов Республики Беларусь.- Минск, 2002.-С.17 – 19.
3. Инсанов, А.Б. Туберкулез : руководство для врачей и студентов / Инсанов А.Б.- М.: ГЭОТАР – МЕД, 2005.-704с.
4. Кульгавеня, Е.В. Контроль внелегочного туберкулеза в Сибири и на Дальнем Востоке / Е.В. Кульгавеня // Проблемы туберкулеза и болезни легких.-2008.-№9.-С.16 – 19.
5. Левашев, Ю.Н. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / под ред. Ю.Н. Левашева, Ю.М. Репина. – СПб.:ЭЛБИ – СПб. – 2006. – 516с.
6. Меджидов, Р.Т. Видеолaparоскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза / Р.Т. Меджидов, М.И. Кутиев // Эндоскопическая хирургия. – 2007.- №6. – С.21 – 24.
7. Перильман, М.И. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М.И. Перильмана. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 512с.
8. Савоненкова, Л.Н. Клиника, патогенетические аспекты туберкулеза органов пищеварения / Л.Н. Савоненкова, О.Л.Арямкина // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2005. - № 6. – С. 42 – 45.
9. Савоненкова, Л.Н. Распространенность абдоминального туберкулеза в Ульяновской области / Л.Н. Савоненкова, О.Л.Арямкина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. - №1 . – С. 4 – 7.
10. Савоненкова, Л.Н. Гастроинтестинальный туберкулез/ Л.Н. Савоненкова, О.Л.Арямкина, Т.Я. Тарарак и др. // Туберкулез сегодня: Материалы VII российского съезда фтизиатров. – Москва, 2003. – С. 211-212.
11. Скопин, М.С. Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости / М.С. Скопин, З.Х. Корнилова, Ф.А. Батыров, М.В. Матросов // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. - № 9. – С. 32-40.
12. Смотрин, С.М. Очаговый туберкулез печени / С.М. Смотрин, Б.Л. Гаврилик, И.Г. Варсевич // журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2009. - № 1. – С. 132-133.
13. Юпатов, С.И. Туберкулез желудка / С.И. Юпатов, Б.Л. Гаврилик, Н.Ф. Силяева, В.Г. Стенько // Хирургия. – 1989. - № 10. – С. 128-129.

**УДК 616.33/.342-008.843.3:616.366-003.7] – 089**

## **ДУОДЕНО-ГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ: МЕСТО ПАТОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ И ХИРУРГИИ**

**Гарелик П.В.<sup>1</sup>, Дубровщик О.И.<sup>1</sup>, Карпович А.П.<sup>2</sup>, Баковец Л.С.,  
Хильмончик И.В.<sup>2</sup>, Бажко Е.Н.<sup>2</sup>, Гульмантович С.Г.<sup>2</sup>,  
Решетникова Н.И.<sup>2</sup>**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,  
УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно», Гродно, Беларусь*

**Введение.** Применение эндоскопических, совершенствование рентгенологических методов диагностики заболеваний желудка, 12-перстной

кишки (12ПК) и билиарной системы позволили объективно доказать наличие дуодено-гастрального рефлюкса (ДГР), определить его взаимосвязь с патологией желудка, 12ПК, печени, желчного пузыря и поджелудочной железы. Данные результатов обследования желудка и 12ПК у пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), при подготовке к оперативному лечению – холецистэктомии – свидетельствуют о том, что хронический гастрит, дуоденит и ДГР диагностируются достаточно часто. Многие авторы отмечают, что у 45-90% пациентов после холецистэктомии ДГР имеет тенденцию к прогрессированию, особенно если до операции было сочетание ДГР и ЖКБ. Установлено, что ДГР связан с функциональной или органической недостаточностью привратника. В последние годы внимание гастроэнтерологов и хирургов приковано к данной патологии, так как во всем мире и в Республике Беларусь продолжается рост заболеваемости ЖКБ. В настоящее время конкременты в желчном пузыре выявляются примерно у 10% взрослого населения [1], при этом число осложненных форм калькулезного холецистита остается стабильно высоким. В Республике Беларусь ЖКБ страдают 49,1% женщин в возрасте от 30 до 60 лет и 15,5% мужчин старше 50 лет, заболеваемость ЖКБ колеблется от 4 до 21%. Так, по данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов, ЖКБ страдают от 10 до 15% населения земного шара [2]. Современные хирургические технологии, направленные на минимизацию операционной травмы, сокращение сроков госпитализации и реабилитации, быстро вошли в клиническую практику и уже в начале 90-х годов XX века стали «золотым стандартом» при оперативном лечении ЖКБ. Однако нетрудоспособность, инвалидизация и летальность от осложнений ЖКБ не теряют социальной и экономической значимости в здравоохранении [2]. Так, в Республике Беларусь за год выполняется 10000 холецистэктомий по поводу ЖКБ, при этом 7252 из них проводятся лапароскопически. Известно, что только 80-85% пациентов, оперированных по поводу ЖКБ (независимо от того, каким оперативным доступом – лапароскопическим или традиционным – проведено оперативное вмешательство), становятся практически здоровыми, а у 15-20% пациентов развиваются патологические симптомы, которые в современной хирургической гастроэнтерологии объединяют в синдром, который называют постхолецистэктомический (ПХЭС). Многие хирурги считают, что связывать развитие ПХЭС в отдаленном послеоперационном периоде только с удалением желчного пузыря не следует, так как истинный ПХЭС, связанный с удалением желчного пузыря, встречается редко, наблюдается чаще всего у пациентов, оперированных по поводу бескаменного холецистита, и связан с дискинезией желчевыводящих путей (ДЖВП). Наиболее частой причиной развития ПХЭС является ДГР. Многие исследователи считают, что выпадение роли желчного пузыря создает условия для концентрации желчи между приемами пищи и поступлением ее в 12ПК во время еды, при этом нарушается пассаж желчи в кишечник и как следствие – расстройство пищеварения. Под влиянием микрофлоры желчные кислоты подвергаются

преждевременной деконъюгации, что сопровождается повреждением слизистой оболочки 12ПК с развитием дуоденита, рефлюкс-гастрита, энтерита и колита. Публикаций, посвященных изучению ДГР при ЖКБ, бескаменном холецистите, а также влияние холецистэктомии и других операций при патологии билиарной системы на развитие этого синдрома, а также динамику течения, очень мало. Тем не менее, Бериашвили З.А. в 1979 г. установлено, что ДГР, сопутствующий ЖКБ, встречается в 68-83,4% случаев. Автор полагает, что такое частое развитие ДГР при заболеваниях билиарной системы связано с забросом желчи в желудок из 12ПК, щелочная среда и желчные кислоты кишечного содержимого изменяют рН желудочного содержимого, растворяют желудочную слизь и вызывают повреждение слизистой оболочки желудка и 12ПК с образованием эрозий и/или язв. Ощелачивание желудочного содержимого создает предпосылки для перестройки желез слизистой по кишечному типу, что может быть причиной полипоза, предрака и хронического гастрита. Одни исследователи (их большинство) считают, что после холецистэктомии преобладает гипертонус сфинктера Одди. Так, Р.А. Иванченкова показала, что холецистэктомия сопровождается лишь временным усилением тонуса сфинктера, которое особенно выражено в первый месяц после операции и наблюдается в 85,7% случаев. Усиление тонуса автор склонна объяснять внезапным устранением рефлекторного влияния со стороны желчного пузыря на сфинктер Одди. В связи с этим в первые 6 месяцев после операции прослеживается увеличение внепеченочного холестаза. Известно также, что удаление желчного пузыря по поводу ЖКБ не избавляет пациента от обменных нарушений и печеночной дисхолии. Выпадение физиологической роли желчного пузыря, а именно концентрация желчи в межпищеварительный период и выброс ее в 12ПК во время еды сопровождается нарушением пассажа желчи в кишечник, расстройством пищеварения. Изменение химического состава желчи и хаотичное ее поступление в кишечник нарушают переваривание и всасывание жира и других веществ липидной природы, уменьшают бактерицидность дуоденального содержимого, приводят к микробному обсеменению 12ПК, ослаблению роста и функционирования нормальной кишечной микрофлоры, расстройству печеночно-кишечной циркуляции желчных кислот и других компонентов желчи. Сопутствующий ДГР при ЖКБ изменяет классические проявления клиники и течение заболевания. Появляются характерные для ДГР симптомы: боли в эпигастрии, левом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, тошнота, горечь во рту, периодически рвота желчью, потеря веса, развитие железодефицитной анемии. Такой высокий процент встречаемости ДГР при ЖКБ до операции, имеющий тенденцию к прогрессированию у 45-90% пациентов, оперированных по поводу ЖКБ, ставит проблему ДГР в ряд весьма актуальных и определяет ее место в гастроэнтерологии.

**Цель исследования:** провести ретроспективный анализ собственных результатов частоты развития ДГР у пациентов с желчнокаменной болезнью и определить оптимальные пути его диагностики, профилактики и лечения в послеоперационном периоде.

**Материал и методы.** Программа исследования включала анализ результатов лечения 48 пациентов, госпитализированных в клинику общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» с диагнозом ПХЭС, в сроки от 1 до 5 лет после холецистэктомии. Женщин было 40 (83,3%), мужчин – 8 (16,7%) в возрасте от 20 до 69 лет. Для установления конкретной причины ПХЭС всем пациентам проведено обследование, включающее: общеклинические и биохимические анализы крови (билирубин, щелочная фосфатаза, трансаминаза, липаза, амилаза, эластаза) определение желчных кислот в желудочном соке, ФГДС, релаксационная дуаденография по показаниям и рентгенологическое исследование желудка и 12ПК. Лабораторные исследования следует проводить во время или не позднее 6 часов после окончания болевого приступа, а также в динамике. Немаловажное значение имеют и визуальные методы диагностики, в первую очередь трансабдоминальное УЗИ, эндоскопическое УЗИ и магнитно-резонансная холангиография.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что у 38 (79,2%) пациентов причиной ПХЭС было развитие ДГР, который эндоскопически расценен как поверхностный у 5 (13,2%) пациентов, атрофический – у 29 (76,3%) и гипертрофический – в 4 (10,5%) случаях. При этом ДГР у 9 (23,7%) пациентов был первой степени выраженности, у 19 (50%) – второй степени и у 10 (26,3%) – третьей степени. Основной причиной появления отмеченных жалоб (болей в животе, тошноты, рвоты желчью) и ухудшения качества жизни в послеоперационном периоде, связанной с этими жалобами, являлся ДГР, составляющий 79,1% от всех госпитализированных пациентов в клинику общей хирургии с ПХЭС. Среди выявленных факторов, отрицательно влияющих на результаты хирургического лечения ЖКБ у исследуемых пациентов, выявлены следующие причины: установлена зависимость результатов лечения и качества жизни от длительности ЖКБ до операции, операция выполнялась по поводу ЖКБ или бескаменного холецистита, зависимость частоты ДГР от полового признака. Так, установлено, что ДГР у женщин в послеоперационном периоде определяется значительно чаще, чем у мужчин. Однозначно установлено, что ДГР – сложное заболевание пищеварительного тракта, развивающееся при билиарной патологии, приобретающее самостоятельное клиническое значение при нарушении функции пилорического жома в сочетании с ЖКБ. При таком сочетании патологии в клинике общей хирургии разработана методика сочетанного оперативного вмешательства – холецистэктомия и пластика пилорического жома. Содержание в желудочном соке желчных кислот, особенно при наличии обилия желчи в желудке при ФГДС, диктует

необходимость подтверждения степени ДГР не менее чем двумя объективными методами исследования. При I и II степени выраженности ДГР следует проводить корригирующую медикаментозную комплексную терапию в течение 15-20 дней, до выполнения холецистэктомии (данные опубликованы ранее).

**Заключение.** У пациентов, перенесших холецистэктомию, клинические проявления ДГР могут быть обусловлены физико-химическими свойствами желчи, нарушением ее пассажа в 12ПК, дискинезией сфинктера Одди, избыточным бактериальным ростом в кишечнике. По этой причине в течение 6 месяцев после холецистэктомии пациенты должны находиться под врачебным контролем гастроэнтерологов и хирургов. Санаторно-курортное лечение целесообразно рекомендовать не ранее чем через 6-12 месяцев после операции. Лечение пациентов с ДГР должно быть комплексным и направлено на устранение тех функциональных и структурных нарушений со стороны печени, желчевыводящих путей (протоки и сфинктеры), желудочно-кишечного тракта и поджелудочной железы, которые стали основой развития нездоровья, ухудшения качества жизни и поводом для обращения пациентов к врачу. В основе лечения обязательным и общепризнанным должно быть назначение частого дробного питания с низким содержанием жиров, исключение жареных, острых, кислых продуктов. Медикаментозная терапия должна включать сочетание лекарственных средств разных классов, назначаемых посиндромально, подбираемых гастроэнтерологами эмпирически. Однако основой терапии должна быть нормализация пассажа желчи, так как ведущий симптом – боль, беспокоящая пациентов после холецистэктомии, в большинстве случаев, связана с повышением давления в билиарном тракте, обусловленного нарушением функции сфинктера Одди. У большинства пациентов при ДГР имеет место ферментативная недостаточность и связанная с этим кишечная диспепсия. Поэтому курс лечения должен быть индивидуальным, в зависимости от степени выраженности ДГР. Проведенное исследование позволяет определить современное место ДГР, развивающегося после холецистэктомии в клинической практике хирургии и гастроэнтерологии. Пациенты должны состоять на диспансерном учете у гастроэнтерологов, периодичность курсов консервативного лечения определяет гастроэнтеролог и/или участковый терапевт.

#### **Литература:**

1. Курбанов, Ф.С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. Хирургия. 2014. - № 2. – С.16-18.
2. Тимошин А.Д., Шестаков А.П., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. М.: Триада-Х. - 2003. – 216 с.