

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ

Дж. А. Абдуллоев

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В связи с ростом распространённости калькулёзного холецистита (КХ), сочетающегося с рефлюкс-эзофагитом (РЭ), в представленной статье автор в диагностике эндоскопически позитивных и негативных формах РЭ, наряду с общеизвестными специальными методами исследования, широко применял эндоскопическую ультразвуковую сонографию (ЭУС), а также определение перекисного окисления липидов (ПОЛ) в слизистой нижнего пищеводного сфинктера. Коррекция РЭ у больных с КХ позволила получить удовлетворительные результаты хирургических вмешательств.

**Ключевые слова:** рефлюкс – эзофагит, эндоскопическая ультразвуковая сонография, перекисное окисление липидов, комбинированная фундопликация

**Актуальность.** Холелитиаз является одним из распространённых заболеваний в хирургической гастроэнтерологии, 10-15% населения мира страдают данной патологией. В России ежегодная обращаемость по поводу калькулёзного холецистита (КХ) составляет около 1 млн., и ежегодно выполняемые операции превышают 500 тыс. [1]. Прямо пропорционально росту операций по поводу калькулёзного холецистита, растёт и число неудовлетворительных результатов операции. Не менее 10-13% оперированных больных продолжают страдать приступами болей в животе [2,3]. В 75% этих случаях дооперационные приступы печёночной колики отсутствовали и имели место диспепсические явления. Согласно данным литературы, в 80% случаев причины неудовлетворительных операций при холецистэктомии (ХЭ) являются заболевания и патологические состояния, которые не связаны с выполненной оперативной техникой [4]. К таким заболеваниям относится, в частности, РЭ. Больные с РЭ оценивают своё качество жизни ниже, чем больные с ишемической болезнью сердца [5].

Современные эпидемиологические исследования в США показывают, что более 30% населения этой страны имеют те или иные проявления рефлюкс-эзофагита (РЭ) и среди них 40% самостоятельно принимают антирефлюксные препараты и только 10% обращаются к врачу [6]. Однако следует подчеркнуть, что 25% пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) нуждаются в медикаментозном лечении, а до 15% - исключительно в хирургическом лечении [3]. В этой связи, изучение, анализ и разработки практических рекомендаций по повышению эффективности лечения больных с хроническим калькулёзным холециститом, сочетающимся с ГЭРБ, является актуальной проблемой.

**Цель исследования:** анализ и оценка результатов лечения больных с калькулёзным холециститом, сочетающимся с РЭ.

**Материалы и методы.** В основе работы положен анализ состояния 287 больных, лечившихся в отделении хирургии ГКБ №3 и ГКБСМП г. Душанбе, из них 195 больным проводилось хирургическое вмешательство по поводу ЖКБ и РЭ. Возраст больных колебался от 18 до 74 лет, в среднем 52 года. Чаще всего ГЭРБ при калькулёзном холецистите встречалось в трудоспособном возрасте (от 20 лет и старше), что связано с приобретённым характером заболевания. Обследованы 103 женщины (53%) и 92 мужчин (47%).

С целью диагностики РЭ больным проводили общеклиническое обследование: применялись специальные инструментальные методы диагностики (рентгенологическое, эндоскопическое исследование, внутривисцеральная рН-метрия, поэтажная монометрия). Наряду с традиционным эндоскопическим исследованием, применяли эндоскопическую ультрасонографию пищевода (ЭУС) с использованием высокочастотных датчиков 12 и 20 мгц, а также определение продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в слизистой нижней трети пищевода.

**Результаты и их обсуждение.** Наличие РЭ у 195 обследованных с калькулёзным холециститом показало, что причиной его является: недостаточность нижнего пищеводного сфинктера 55,3% (n=108), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 27,3% (n=53) и в 17,4% (n=34) наблюдениях - хроническое нарушение дуоденальной проходимости (ХНДП).

Проведённое эндоскопическое исследование показало, что из 195 пациентов с калькулёзным холециститом и РЭ у 171 имеются эндоскопические признаки РЭ, а в 24 наблюдениях выявлялось эндоскопически - негативные её формы (табл.1).

При эндоскопически - негативной форме (24 наблюдения), эндоскопические исследования в обязательном порядке включали взятие биопсии слизистой оболочки нижней трети пищевода на морфологические исследования.

**Таблица 1**

**Прямые эндоскопические признаки РЭ у больных с ЖКБ**

Эндоскопические признаки	Количество	%
Зияние кардии	25	14,6
Пролежни слизистой желудка в пищеводе	44	25,8
Дуоденогастральный рефлюкс	34	19,9
Сочетание зиянии + ГЭР + РЭ.	20	11,7
Гастроэзофагеальный рефлюкс	48	28,0
Всего	171	100

**Таблица 2**

**Результаты биопсии слизистой дистального отдела пищевода у больных с РЭ**

Характер морфологических изменений	Число больных	%
Признаки хронического воспаления	17	70,8
Инфильтрация слизистого слоя	3	12,5
Инфильтрация слизистого и подслизистого слоя	2	8,3
Инфильтрация всех слоёв пищевода	1	4,2
Деструктивные изменения	1	4,2
Всего	24	100

При морфологических исследованиях слизистая оболочка пищевода в 17 наблюдениях представляла собой грубоволокнистую фиброзированную грануляционную ткань с выраженными признаками длительно существующего воспалительного процесса (табл.2).

ЭУС эффективно использовали в 28 наблюдениях для диагностики степени тяжести РЭ.

При РЭ 1 степени (n=14) воспалительный инфильтрат распространялся только на слизистую оболочку абдоминального отдела пищевода и оценена наличием катаральной формы РЭ. В 10 наблюдениях при РЭ 2 степени на ЭУС наблюдалось распространение воспалительного инфильтрата на слизистый и подслизистый слой и образование поверхностного дефекта – эрозивной формы РЭ. Небольшую группу (n=4) составляют пациенты с РЭ 3 степени, у них на ЭУС наблюдали нарушение целостности слизистого и под слизистого слоя с вовлечением мышечной оболочки в виде гипоезогенного участка деструкции, на дне которого определяются гиперэзогенно - некротические массы. Данная морфологическая картина оценивалась как язвенная форма.

Следует также отметить, что у 12 больных с эндоскопически - негативной формой ГЭР взята биопсия во время эндоскопии в проекции НПС для исследования содержания продук-

тов ПОЛ. В 9 наблюдениях, наряду с повышением содержания диеновых конъюгатов (ДК) ( $2,4 \pm 0,14$ ед) и малонового диальдегида (МДА) ( $3,9 \pm 0,4$ нм/мг) в слизистой нижней трети пищевода, при морфологическом исследовании биоптатов выявили гиперплазию эпителия, пролиферацию базального слоя, что, очевидно, было обусловлено следствием длительного раздражения слизистой пищевода желудочным соком.

Результат проведенных исследований показал, что наряду с повышением внутрибрюшного и интрагастрального давления, ведущее место в развитии НППС занимает нарушение процесса ПОЛ в слизистой НПС, которые, в свою очередь, отрицательно влияют на морфологическую структуру НПС, о чём свидетельствуют результаты морфологических исследований нижней трети пищевода у больных с эндоскопически - негативной формой РЭ.

Таблица 3

**Характер оперативных вмешательств при ХКХ и РЭ (n=125)**

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
Фундопликация по Ниссену + холецистэктомия	27	21,6
Гемифундопликация по Дор+холецистэктомия	42	33,6
Гемифундопликация по Тупэ+холецистэктомия	23	18,4
Комбинирование фундопликация по Ниссену+холецистэктомия+холедохолитотомия дренирование холедоха по Вышневикий	18	14,4
Комбинирование гемифундопликация по Тупэ+холецистэктомия+холедохолитотомия+ХДА по методу клиники	15	12

Выбор метода и объёма хирургической коррекции РЭ при калькулёзном холецистите основывался на результатах специальных методов исследования (рН-метрия, монометрия пищевода, желудка, ДПК, эндоскопия).

Основной и главной целью операции при КХ и ГЭР является не только удаление жёлчного пузыря и восстановление нормального желчеоттока по внепечёночным жёлчным путям, но и восстановление анатомической позиции эзофаго-гастрального перехода, а также НПС. Показанием к комбинированной фундопликации (их выполнено в 18 случаях) является выраженная гипотония НПС, наличие эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки пищевода. Гемифундопликация по Дор и Тупэ выполнена 65 пациентам (табл. 3).

В послеоперационном периоде в наблюдениях отмечали осложнения в виде дисфагии, которая эффективно коррегировалась консервативными мероприятиями.

**Таким образом,** выполнение сочетанных оперативных вмешательств для коррекции РЭ у больных с КХ, позволяет существенно снизить (до 12%) частоту неудовлетворительных результатов при холецистэктомии.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Шмидт В.В., Стрижелецкий В.В. Одномоментные эндовидеохирургические операции у больных ЖКБ, гастроэзофагеальнорезфлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы // Сборник научно-практических работ «Современные аспекты организации и оказания медицинской помощи в условиях многопрофильного стационара», вып.4. С-Пб. Полиграфическая компания «КОСТА», 2007г.-С.114-118

2. Стрижелецкий В.В., Михайлов А.П., Черепанов Д.Ф., Шмидт Е.В. Эндовидеохирургические операции при сочетании жёлчекаменной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы // Сборник научных трудов «Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости». С-Пб. Издательский дом С-Пб МАПО, 2005г.-С.94-98

3. Кубышкин Р.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. М. Спрос 1999: 208
4. Сумин В.В. Хирургическая коррекция и профилактика РЭ / Хирургия. 1998г.-№10. С.30-33
5. Касумов Н.А. Рефлюкс-эзофагит: современное состояние проблемы/ 2007. №4.-С. 62-65
6. Велигоцкий Н.Н., Гарбулич А.В. Диагностика и хирургическое лечение ГЭРБ. Монография. Харьков. 2009

## ХУЛОСА

### Ташхисгузорӣ ва табобати якҷояи илтиҳоби музмини сангии талхадон бо рефлюкс – эзофагит Ҷ.А.Абдуллоев

Бо сабаби афзоиши паҳншавии якҷояи илтиҳоби сангии талхадон (ИСТ) бо рефлюкс (аксулчараён) – илтиҳоби сурхрӯда (РИС) дар ташхисгузорию шаклҳои мусбат ва манфии эндоскопии РИС, дар радифи усулҳои маъмули махсуси тадқиқотӣ, муаллиф, сонографияи ултрасадоии эндоскопӣ, инчунин, муайян намудани оксидшавии туршии чарбҳоро дар луоби поёни ҳалқамушаки сурхрӯда васеъ истифода намудааст.

Ислоҳкунии РИС дар беморони гирифтори ИСТ имкон дод, ки ба натиҷаҳои қаноатбахши даҳолати ҷарроғӣ ноил шуд.

## SUMMARY

### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMBINATING WITH REFLUX ESOPHAGITIS

J.A. Abdulloev

In the article the author under diagnostics of endoscopically positive and negative forms of reflux esophagitis (RE) equally to all known special methods of investigation used endoscopic ultrasonography and determination of lipid peroxidation (LP), along with well-known methods, in the mucous of low esophagous sphincter. Correction of RE in patients with calculous cholecystitis allowed to receive satisfactory results of surgical operations.

**Key words:** reflux esophagitis, endoscopic ultrasonography, LP

---

**Адрес для корреспонденции:**

**Дж. А. Абдуллоев** - докторант кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. акад. Раджабовых 6/1 Тел.: 907-71-06-65, 221-81-53