

Т.И. Лелявина, Г.Ф. Жигаев, Е.Н. Цыбиков

**АНАЛИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ***Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Высказывается предположение о причинно-следственном отношении на основании возможной связи между предшествующей холецистэктомией и язвой желудка, но не дуоденальной язвой. Данное исследование показывает отчетливую связь между предшествующей холецистэктомией и эзофагитом.

Ключевые слова: эндоскопические изменения, холецистэктомия, эзофагит

**ANALYSIS OF ENDOSCOPIC CHANGES OF SUPERIOR PARTS
OF GASTROINTESTINAL TRACT AFTER CHOLECYSTECTOMY**

T.I. Lelyavina, G.F. Zhigayev, E.N. Tsibikov

*N.A. Semashko's Republican Clinical Hospital, Ulan-Ude
SC RRS ESSC SB RAMS, Irkutsk
Buryat Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude*

The authors make a supposition about cause-effect relation basing on possible connection between previous cholecystectomy and stomach ulcer, but not duodenal ulcer. This research shows distinct connection between previous cholecystectomy and esophagitis.

Key words: endoscopic changes, cholecystectomy, esophagitis

Несмотря на достигнутые успехи в консервативном лечении желчекаменной болезни, число операций холецистэктомии не сокращается, а продолжает расти. Так, по данным Лазебник Л.Б. и соавт., (2004) в России ежегодно выполняемые холецистэктомии занимают второе место среди всех операций, проводимых населению, и уступают лишь числу аппендэктомий [3]. По данным американской статистики, в США число ежегодно выполняемых оперативных пособий по поводу ЖКБ превышает 600 000 [1, 2]. Патологические изменения, происходящие в организме после операции, разнообразны и далеко не всегда ограничиваются билиарным трактом. Больных беспокоят различные по интенсивности боли в эпигастрии и правом подреберье, ранние и поздние рецидивы печеночной колики, желтуха, диспепсические явления (тошнота, изжога, метеоризм, запор, неустойчивый стул и т.д.). Однако последствия холецистэктомии, обусловленные выпадением основной функции желчного пузыря, наблюдаются лишь у единичных больных. Часто причиной страдания в этих случаях являются заболевания гепатодуоденопанкреатической зоны. Нам представляется возможным продолжить изучение данного вопроса и проанализировать взаимосвязь оперативного лечения ЖКБ (холецистэктомии) с поражением слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, оценить роль дуоденогастроэзофагеального рефлюкса в возникновении патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе эзофагита.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить эндоскопические изменения в пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке у пациентов после ранее выполненной холецистэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы результаты эндоскопического исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 918 пациентов, за период с 1999 по 2005 гг. Мужчин было — 469 (51%), женщин — 449 (48,9%) человек. Среди больных были выделены две группы. В первую вошли 125 (13,6%) человек, которым в различные периоды жизни была выполнена холецистэктомия: лапароскопическая — у 54 (43,2%) и лапаротомная — у 71 (56,8%) пациентов. Во вторую (контрольную группу) — 793 (86,3%) пациента с наличием желчного пузыря (неоперированные). В дальнейшем проводилось сравнение эндоскопических данных. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) выполнялась с помощью фиброэндоскопов фирмы «OLYMPUS», с торцевой оптикой — модели GIF Q 20, GIF P 30, P 40 и PENTAX FG-29W по общепринятой методике, под местной анестезией 10% раствором лидокаина-спрей (Венгрия). С помощью ФЭГДС производили комплексную оценку состояния верхних отделов пищеварительного тракта, включавшую определение степени выраженности: функциональных нарушений со стороны клапанного аппарата пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки и воспалительных изменений слизистой оболочки (СО) эзофагогастродуоде-

нальной области. Оценивали наличие, выраженность, распространенность и локализацию воспалительной реакции СО пищевода, а также наличие эрозивно-язвенных изменений и/или осложнений, таких как стриктура, кровотечения и пищевод Барретта. Особое внимание уделяли функциональному состоянию клапанного аппарата (кардии, привратника), проявлениям гастроэзофагеального (ГЭР) и дуоденогастроэзофагеального рефлюксов (ДГЭР). При ФЭГДС различали прямые и косвенные признаки ГЭР. К прямым признакам относили обильное поступление желудочного содержимого в пищевод, нарушение замыкательной функции кардии, картину эзофагита. Косвенными считали замедление эпителизации и рубцевания, развитие рубцовых стриктур. К прямым признакам ДГЭР относили наличие в озерце желудочным секретом желчи, обильное поступление желудочного содержимого с примесью желчи в пищевод, нарушение замыкательной функции кардии и признаки эзофагита. При этом выделяли «истинный» ДГЭР, когда желчь уже была в озерце и просвете пищевода в начале исследования и «спровоцированный» исследованием — при появлении желчи в желудке в процессе ФЭГДС. Для эндоскопической оценки изменений пищевода при ГЭРБ принципиальное значение имеет степень выраженности эзофагита. Основными критериями для эндоскопической диагностики эзофагита являлись недостаточная замыкательная функция кардии, укорочение пищевода менее 38 см, наличие эрозий выше Z-линии, наличие воронкообразного расширения книзу от нее, инвагинация СО желудка в пищевод, признаки ущемления СО желудка в пищеводе, визуальная трансформация слизистой в пищеводе ниже Z-линии. Оценку степени выраженности эзофагита определяли в соответствии с классификацией Savary-Miller (1977) в модификации Carisson и соавт. (1996). Эндоскопические данные интерпретировали в рамках «Минимальной стандартной терминологии в эндоскопии пищеварительной системы (МСТ, версия 2.0)», рекомендованной ESGE (Европейским обществом гастроинтестинальной эндоскопии) и OMED (Комитетом по терминологии и обработке данных). При оформлении протокола эндоскопического исследования для описания пищевода использовали следующие термины: просвет, уровень Z-линии от резцов, содержимое, слизистая оболочка (гиперемия, эзофагит, пищевод Барретта, кандидозный эзофагит, склероз слизистой оболочки). Описывали также плоские поражения (эктопия слизистой оболочки желудка, бляшка, узел), выступающие (опухолевидное образование, варикозно расширенные вены) и углубленные поражения (разрыв Маллори-Вейса, эрозия, язва, рубец, дивертикул и т.д.). Отсутствие надежных ориентиров при исследовании пищеводно-желудочного перехода было одной из трудностей эндоскопической диагностики ГЭРБ. Из разработанных на сегодня эндоскопических маркеров этой зоны нами использовалась кардия: место перехода пищевода в желудок

в виде резкого сужения пищеварительной трубки, образованная взаимодействием нескольких анатомо-функциональных структур: нижним (диафрагмальным) сужением пищевода; тоническим сокращением гладкомышечного сфинктера этого участка пищевода; сдавливанием пищевода в этой зоне поперечно-полосатыми мышцами краев пищеводного отверстия диафрагмы. В нормальных условиях все эти образования размещены на одном горизонтальном уровне, тесно прилежат друг к другу, собственно из-за чего их трудно различить эндоскопически. Кроме того, в зоне диафрагмального сужения размещается так называемая зубчатая линия — *ora zerrata* — гистологическая граница между пищеводом и желудком со стороны СО. Вместе с тем эта линия не является анатомическим разделом — пищевод — желудок. По В.Х. Василенко и др. (1976) этот раздел проходит на 2–3 см ниже, что соответствует кардиальной вырезке между желудком и пищеводом (углу Гисса). Z-линия хорошо видна в эндоскоп в виде бело-голубой полосы шириной до 2-2,5 мм, которая выступает над слизистой по всему периметру пищевода. При аксиальной ГПОД размещение вышеупомянутых структур нарушается — физиологическое диафрагмальное сужение пищевода вместе с собственным сфинктером и маркером этой зоны зубчатой линией передвигается вверх, а диафрагма, оставаясь на месте, как бы, относительно опускается вниз в каудальном направлении. Эндоскопически всегда выявляется верхний ориентир — зубчатая линия и нижний — диафрагма — по ее ритмическим сокращениям во время дыхания, которые передаются на прилежавшие части брюшного отдела пищевода или желудка. Таким образом, при аксиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы, вследствие смещения анатомо-функциональных структур пищеводно-желудочного перехода, возникает два дополнительных эндоскопических ориентира — зубчатая линия и диафрагма, по соотношению которых и возможна эндоскопическая диагностика аксиальных грыж.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным эндоскопического исследования верхних отделов ЖКТ эзофагит различной степени выраженности диагностирован у 62 (7,0 %) больных, первой и второй группы, соответственно у 18 (14 %) и 47 (6 %) больных; язвенная болезнь желудка у 137 (14 %), соответственно у 25 (19 %) и 112 (13 %); язвенная болезнь ДПК 167 (17 %), соответственно у 7 (5 %) и 160 (19 %) пациентов. Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс при эндоскопии был выявлен у 133 (14 %) больных. Эндоскопическими признаками желчного рефлюкса считали: наличие очаговой гиперемии, отек СО желудка, зияние привратника с порционным поступлением желчи в желудок, а так же окрашивание желудочного, пищеводного содержимого в желтый цвет. По высоте различали дуоденогастральный, дуоденогастроэзофагеальный и дуоденогастроэзофаго-оральный. В первой группе желчный рефлюкс был

Таблица 1

Эндоскопическая характеристика патологии верхних отделов ЖКТ у больных первой и второй групп

Диагноз	Первая группа n = 125		Вторая группа n = 793		Всего больных	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс	65	49	68	8	133	14
Эрозивно-язвенный эзофагит	18	14	47	6	62	7
Язва желудка	25	19	112	13	137	14
Язва двенадцатиперстной кишки	7	5	160	19	167	17
Рак пищевода	1	1	7	1	8	1
Рак желудка	6	5	40	5	46	5
Рак др. локализации	1	1	12	1	13	1
Резекция желудка в анамнезе	8	6	40	5	48	5
Другие заболевания	75	56	456	55	531	55

Таблица 2

Частота выявления эндоскопических признаков эзофагита у пациентов после холецистэктомии

Возраст (лет)	Первая группа			Вторая группа		
	Всего (n = 125)	эзофагит	Частота эзофагита	Всего (n = 793)	эзофагит	Частота эзофагита
Мужчины						
20–29	–	–	–	46	–	–
30–39	1	–	0,00	101	1	0,01
40–49	6	3	0,50	97	7	0,07
50–59	4	1	0,25	96	4	0,04
60–69	6	1	0,17	60	8	0,13
70–79	7	1	0,14	37	2	0,05
Старше 80	1	–	0,00	7	–	0,00
Женщины						
20–29	2	1	0,50	29	1	0,03
30–39	16	3	0,19	60	6	0,10
40–49	16	–	0,00	71	1	0,01
50–59	25	2	0,08	84	5	0,06
60–69	26	4	0,15	48	5	0,10
70–79	10	2	0,20	40	1	0,03
Старше 80	5	–	0,00	17	3	0,18

зафиксирован – у 65 (49 %), во второй – у 68 (8 %) больных. Частота выявления желчного рефлюкса при эндоскопическом исследовании имела сезонные колебания. Наиболее редко она отмечалась в марте, апреле и мае, августе, сентябре и октябре. При этом у мужчин дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс встречался достоверно реже, чем у женщин ($p < 0,05$). В остальные месяцы статистически значимые различия между мужчинами и женщинами по частоте визуализации рефлюкса не отмечены (табл. 1).

Эндоскопическое исследование чаще проводилось среди больных первой группы, чем в контрольной группе ($p = 0,004$). У больных, перенесших холецистэктомию, частота выявления эзофагита и язвы желудка была выше, чем в сравниваемой контрольной группе ($p = 0,004$ и $p = 0,25$ со-

ответственно) (табл. 2). Среди больных первой группы оказалось больше больных с язвами желудка и меньше с дуоденальной язвой, чем в контрольной группе, но разница была статистически не значимой ($p = 0,25$ и $p = 0,06$, соответственно). У 167 (17 %) больных с язвой двенадцатиперстной кишки холецистэктомия наблюдалась реже, чем во второй (контрольной) группе больных, с сохраненным желчным пузырем ($p = 0,03$). Среди 62 (7 %) больных с признаками эрозивно-язвенного эзофагита при эндоскопии случаи распространения предыдущей холецистэктомии встречались чаще, чем в контрольной группе, не имеющей холецистэктомии ($p = 0,002$). С другой стороны, заболеваемость дуоденальной язвой была ниже у больных, ранее перенесших холецистэктомию, чем во второй (контрольной) группе ($p = 0,06$).

Таблица 3

Частота выявления эндоскопических признаков язвенной болезни желудка у пациентов после холецистэктомии

Возраст (лет)	Первая группа			Вторая группа (контрольная)		
	Всего (n = 125)	ЯБЖ	Частота эзофагита	Всего (n = 793)	ЯБЖ	Частота эзофагита
Мужчины						
20–29	–	–	–	46	3	–
30–39	1	–	0,00	101	–	0,06
40–49	6	1	0,17	97	14	0,14
50–59	4	1	0,25	96	17	0,18
60–69	6	1	0,17	60	13	0,22
70–79	7	–	0,00	37	7	0,19
Старше 80	1	1	1,00	7	–	0,00
Женщины						
20–29	2	–	0,00	29	–	0,00
30–39	16	2	0,13	60	6	0,10
40–49	16	2	0,13	71	6	0,08
50–59	25	6	0,24	84	14	0,17
60–69	26	6	0,23	48	7	0,15
70–79	10	3	0,30	40	12	0,30
Старше 80	5	1	0,20	17	1	0,06

Примечание: * – значения подсчитаны с помощью двухстороннего критерия, $d = 0,04$, $SE(d) = 0,04$, $u = 1,14$, $p = 0,25$.

Таблица 4

Частота выявления эндоскопических признаков язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у пациентов после холецистэктомии

Возраст (лет)	Первая группа			Вторая группа (контрольная)		
	Всего (n = 125)	ЯБ ДПК	Частота эзофагита	Всего (n = 793)	ЯБ ДПК	Частота эзофагита
Мужчины						
20–29	–	–	–	46	17	–
30–39	1	–	0,00	101	42	0,43
40–49	6	–	0,00	97	35	0,36
50–59	4	1	0,25	96	26	0,28
60–69	6	–	0,00	60	5	0,08
70–79	7	2	0,29	37	3	0,06
Старше 80	1	–	0,00	7	–	0,00
Женщины						
20–29	2	–	0,00	29	4	0,13
30–39	16	1	0,06	60	5	0,08
40–49	16	1	0,06	71	7	0,10
50–59	25	2	0,20	84	11	0,14
60–69	26	–	0,00	48	4	0,07
70–79	10	–	0,00	40	1	0,03
Старше 80	5	–	0,00	17	–	0,00

Примечание: * – значения подсчитаны методом Кохрана (двухуровневым), $d = -0,05$, $SE(d) = 0,03$, $u = -1,84$, $p = 0,06$.

После исключения из сравнения больных с эзофагитом, в первой группе, оказалось больше больных с язвой желудка ($p = 0,05$) и меньше больных с язвой двенадцатиперстной кишки ($p = 0,09$), чем во второй (табл. 3).

После сравнения частоты распространения случаев холецистэктомии в подгруппах с разными заболеваниями, «аккумуляция» случаев оперативного вмешательства была обнаружена в группе с эзофагитом ($p = 0,002$) и в группе с язвой желудка ($p = 0,13$). В группе с дуоденальной язвой было меньше случаев холецистэктомии, чем в контрольной группе ($p = 0,03$) (табл. 4).

Таким образом, результаты данного исследования показали статистически значимую связь предшествующей холецистэктомии с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом и развитием эзофагита. Отчетливо имелась тенденция к более высокой частоте распространения дуоденогастроэзофагеального рефлюкса у больных с эзофагитом. Кроме того, результаты исследования показывают положительную связь предшествующей холецистэктомии с язвенной болезнью желудка и отрицательную связь с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Среди больных, подвергнутых холецистэктомии, оказалось больше больных с язвами желудка и меньше с дуоденальной язвой, чем в контрольной группе, но разница не была ста-

статически значимой ($p = 0,25$ и $p = 0,06$ соответственно). У больных после холецистэктомии, вероятность проведения эндоскопии была выше в 2,06 раза, чем у неоперированных больных. Среди 62 больных с болезнями пищевода выявленными при эндоскопии случаи распространения предшествующей холецистэктомии встречались чаще, чем в контрольной группе, не имеющей болезней пищевода ($p = 0,002$), а среди 167 больных с дуоденальной язвой холецистэктомия наблюдалась реже, чем в контрольной группе больных, не имеющих дуоденальной язвы ($p = 0,03$). В данном исследовании высказывается предположение о причинно-следственном отношении на основании возможной связи между предшествующей холецистэктомией и язвой желудка, но не дуоденальной язвой. Данное исследование показывает отчетливую связь между предшествующей холецистэктомией и эзофагитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельцевич Д.Г. // Медицинская газета. — М., 1998.
2. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М. Хирургические болезни. — М.: Медицина, 2000. — 640 с.
3. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. // Терапевтический архив. — 2004. — № 2. — С. 83—87.