

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Руслан Абдуллаевич Насыров¹, Юлия Александровна Фоминых^{1, 2},
Ольга Александровна Кизимова¹

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

E-mail: olya.kizimova.95@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; холецистэктомия; дуоденогастральный рефлюкс; билиарный гастрит; биопсия; морфология; урсодезоксихолевая кислота.

Введение. Проблема желчнокаменной болезни (ЖКБ) и дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) в наше время приобрела особое значение в жизни врача и пациента. Распространенность ЖКБ стремительно растет. Так, по эпидемиологическим данным ЖКБ занимает 10–15% всего населения, 80% из которых имеют бессимптомное течение. Холецистэктомия (ХЭ) является «золотым стандартом» лечения ЖКБ. Возникающие жалобы в верхнем отделе живота после проведения оперативного вмешательства по поводу ЖКБ указывают на постхолецистэктомический синдром (ПХЭС), который служит обобщенным понятием, и в процессе обследования пациента удается установить причину появившейся клинической картины. Одним из субстратов развития патологических изменений в слизистой оболочке желудка является заброс дуоденального содержимого в желудок. По мнению многих исследователей, ХЭ — это важный предиктор возникновения ДГР. ДГР — это ретроградный заброс дуоденального щелочного содержимого в желудок. В ряде исследований анализировалось влияние ДГР на слизистую оболочку желудка и пищевода у пациентов после перенесенной ХЭ, было обнаружено увеличение вероятности развития язвенного дефекта в желудке и двенадцатиперстной кишке, метаплазии, дисплазии, пищевода Баретта, аденокарциномы и плоскоклеточного рака пищевода. В среднем ДГР встречается у 51–89% пациентов после операции. Кроме того, выполнение ХЭ повышает риск развития билиарного гастрита, признаки которого, по данным G. Argea и соавторов (2012), можно обнаружить через 6 месяцев после ХЭ. Клиническая картина ДГР и билиарного гастрита разнообразна и в большинстве случаев характеризуется бессимптомным течением. Диспепсический и болевой абдоминальный синдромы, как правило, встречаются при имеющейся органической патологии гастродуоденальной зоны. Проведенные клинические исследования демонстрируют неблагоприятное действие *Helicobacter pylori* (HP) на слизистую оболочку желудка при одновременном влиянии ДГР и/или билиарного гастрита. Диагностика ДГР и билиарного гастрита трудна в связи с отсутствием единых критериев и доступных методов. Распространенным исследованием является фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) с заборами биоптатов, позволяющая установить признаки билиарного гастрита и ДГР. Выполнение рН-импедансометрии и волоконно-оптической спектрофотометрии (Bilitec 2000) являются важными методами в установлении диагноза, но последний метод недоступен для выполнения в России. Лечение ДГР и билиарного гастрита представляет трудную задачу и включает назначение урсодезоксихолевой кислоты, ингибиторов протонной помпы и антацидов.

Заключение. Таким образом, дуоденогастральный рефлюкс у пациентов после перенесенной холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни связан с развитием патологических состояний в желудке, таких как билиарный гастрит, язвенная болезнь и развитие неопластических процессов, а наличие *Helicobacter pylori* утяжеляет течение заболеваний. Отсутствие единых рекомендаций по диагностике и лечению не позволяет своевременно диагностировать предраковые изменения желудка, что требует дальнейшей их оптимизации и проведения исследований.