

ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И ПАТОЛОГИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Юлия Александровна Фоминых^{1, 2}, Александр Александрович Гнутов²,
Кямаля Низамитдиновна Наджафова²

¹ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8

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

E-mail: alexandr.gnutov@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: желчнокаменная болезнь; холецистэктомия; дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс.

Введение. Патология билиарного тракта является одной из наиболее актуальных проблем в гастроэнтерологической практике. Так, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний органов пищеварения. Вместе с тем, несмотря на усовершенствование хирургических методов лечения ЖКБ, у части пациентов сохраняется или вновь появляется после холецистэктомии клиническая симптоматика, обусловленная органическими либо функциональными причинами. Для обозначения данных состояний в 1950 году B. Pribram предложил использовать обобщенный термин — постхолецистэктомический синдром. Постхолецистэктомический синдром за счет нарушения моторики билиарного тракта, а также в результате нарушения нейрогуморальной регуляции процессов пищеварения, возникающих после холецистэктомии, может приводить к обострению и прогрессированию ранее не диагностированных заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны. Одним из таких заболеваний является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Важную роль в ассоциации между патологией билиарного тракта и ГЭРБ играет заброс содержимого двенадцатиперстной кишки и желудка в пищевод — дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс (ДГЭР). За последние десятилетия изучению взаимосвязи между холецистэктомией и ГЭРБ был посвящен ряд исследований. Н. Nuavritinen выполнил ретроспективное исследование, в которое были включены 918 пациентов с выполненной фиброгастродуоденоскопией. По результатам исследования было обнаружено, что у 125 пациентов, перенесших холецистэктомию, чаще встречался эрозивный эзофагит и дуоденогастральный рефлюкс, по сравнению с 793 пациентами из контрольной группы без холецистэктомии в анамнезе. S. Jazrawi и соавторы провели неконтролируемое проспективное исследование, в которое были включены 37 пациентов, перенесших холецистэктомию, с использованием опросников симптомов, рН-метрии и манометрии пищевода до и после операции. После холецистэктомии количество пациентов с подтвержденным патологическим гастроэзофагеальным рефлюксом увеличилось с 13 до 27, средний балл по DeMeester увеличился с 15,2 до 34,2, а количество пациентов с эзофагитом увеличилось с 8 до 19. D. McNamara и соавторы выполнили ретроспективное исследование, в котором происходило сравнение 212 пациентов с холецистэктомией в анамнезе с 62 пациентами из группы контроля с использованием опросника по симптомам. Было обнаружено, что пациенты с холецистэктомией в анамнезе имели более высокую частоту изжоги, чем контрольная группа (19,3% против 3,2%). D. Manifold и соавторы выполнили проспективное контролируемое исследование, в которое были включены 17 пациентов с показаниями к холецистэктомии по поводу ЖКБ и 11 контрольных пациентов. Пациентам была выполнена суточная рН-метрия и фиброоптическая спектрофотометрия билирубина в желудке до и после операции. В этом исследовании три пациента сообщили о появлении новых симптомов после холецистэктомии, вместе с тем достоверных различий в экспозиции кислоты в пищеводе и концентрации билирубина в желудке до и после холецистэктомии не было. В исследовании S. Kunsch и соавторов с использованием суточной рН-метрии и фиброоптической спектрофотометрии билирубина была доказана большая частота ДГЭР у пациентов с ГЭРБ и холецистэктомией в анамнезе по сравнению с пациентами с ГЭРБ без холецистэктомии в анамнезе. В популяционном ретроспективном когортном исследовании, проведенном J. Freedman с коллегами, был выявлен повышенный риск развития аденокарциномы пищевода у пациентов с холецистэктомией в анамнезе по сравнению с пациентами без холецистэктомии.

Выводы. Приведенные данные об особенностях ДГЭР при билиарной патологии, в особенности у пациентов, перенесших холецистэктомию, свидетельствуют о необходимости выявления в процессе предоперационного обследования пациентов с сочетанным течением ЖКБ и ГЭРБ с целью дальнейшего наблюдения и медикаментозной коррекции в случае возникновения ДГЭР. Особенности механизмов повреждающего действия рефлюксата, содержащего желчные кислоты, требуют разработки таргетной терапии для подавления цитокин-опосредованного воспаления, что позволит повысить эффективность химиопрофилактики пищевода Баррета и аденокарциномы пищевода.