

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

М.В. Медведева

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Кафедра поликлинической терапии

Научный руководитель – д.м.н., профессор И. Ю. Колесникова

Резюме: проведено клинико-anamnestическое обследование 72 пациентов с неоперированной желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и 69 – с постхолецистэктомическим синдромом. Ведение больных ЖКБ характеризуется выжидательной тактикой, редко предлагается оперативное лечение, недостаточно назначаются спазмолитики. В группе неоперированной ЖКБ преобладает болевой синдром, в том числе по типу желчных колик, а при ПХЭС более представлены похудание и вздутие живота. В 1-й группе чаще выявляется сопутствующая патология, особенно артериальная гипертония и сахарный диабет. Чаще всего в обеих группах назначаются ингибиторы протонной помпы, спазмолитики и препараты урсодезоксихолевой кислоты. Антибиотики и микрогранулированный панкреатин значимо чаще рекомендуются при ПХЭС.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; консервативное ведение; холецистэктомия; постхолецистэктомический синдром.

FEATURES OF THE COURSE OF CHOLELITHIASIS AND POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME

M.V. Medvedeva

Tver State Medical University of the Ministry of Health of Russia

Department of polyclinic therapy

Scientific supervisor – I. Yu. Kolesnikova, MD, Professor

Abstract: a clinical and anamnestic examination of 72 patients with non-operated gallstone disease (GSD) and 69 with postcholecystectomy syndrome (PCS) was performed. The management of patients with GSD is characterized by a wait-and-see tactic, surgical treatment is rarely offered, and antispasmodics are insufficiently prescribed. In the group of non-operated GSD, pain syndrome prevails, including the type of biliary colic, and weight loss and bloating are more represented in the case of PCS. In group 1, concomitant pathology is more often detected, especially arterial hypertension and diabetes mellitus. Proton pump inhibitors, antispasmodics and ursodeoxycholic acid preparations are most often prescribed in both groups. Antibiotics and microgranulated pancreatin are significantly more often recommended for PCS.

Key words: gallstone disease; conservative treatment; cholecystectomy; postcholecystectomy syndrome.

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – широко распространенное заболевание, которое встречается у 10-15% взрослого населения развитых стран [1]. При этом заболевании применяется как консервативное лечение, так и оперативное. После оперативного удаления желчного пузыря в 5–40% случаев возникают нарушения в органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) под названием постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) [2]. Влияние ЖКБ и ПХЭС на качество жизни пациентов и необходимость подбора рационального лечения отражают актуальность изучения особенностей течения этой патологии.

Цель исследования: сопоставление результатов консервативного ведения ЖКБ с результатами холецистэктомии.

Материалы и методы. Проведено клинико-anamnestическое обследование пациентов с установленным диагнозом ЖКБ и ПХЭС. Сопоставлялась клиническая симптоматика, результаты лабораторной и инструментальной диагностики, назначенное лечение.

В исследование включен 141 пациент на базе Клиники Тверского ГМУ и Областной консультативной поликлиники ГБУЗ Тверской области «Областная клиническая больница». В 1-ю группу (ЖКБ) включены 72 человека, женщин 53, мужчин – 19. Во 2-ю группу (ПХЭС) включены 69 человек, женщин 58, мужчин – 11 ($p_{\chi^2} > 0,05$). В 1-й группе возраст варьировал от 23 до 82 лет, средний возраст $56 \pm 2,3$ года; во 2-й группе возраст варьировал от 32 до 94 лет, средний возраст $64 \pm 2,1$ года. Поскольку пациенты включались в исследование «по обращению», основанием для включения было наличие болевого абдоминального и диспепсического синдромов. К критериям исключения отнесена тяжелая сопутствующая патология, отсутствие добровольного информированного согласия.

Продолжительность времени от момента диагностики ЖКБ до момента включения в исследование составила в 1-й группе менее 1 года у 39 (54,2%) человек, от года, но менее 5 лет – у 18 (25,0%) пациентов, у 15 (20,8%) больных – 5 и более лет; средний «стаж камненосительства» составил $2,9 \pm 0,76$ года. При этом только 24 (33,3%) пациентам предлагалось оперативное лечение. У 3 больных из 1-й группы в анамнезе была безуспешная попытка пероральной литолитической терапии, у 11 такая терапия проводилась на момент включения в исследование.

У пациентов с диагнозом ПХЭС (2-я группа) холецистэктомия была выполнена от одного месяца назад до 41 года назад на момент обращения. При этом у 15 (21,8%) больных холецистэктомия была выполнена при постановке диагноза, у 22 (31,9%) – в пределах 1-2 лет от

верификации диагноза, у остальных 32 (46,4%) пациентов более чем через 2 года от момента диагностики ЖКБ.

Полученные результаты подвергались анализу при помощи стандартных методик параметрической и непараметрической статистики с использованием Excel Microsoft Office.

Результаты и обсуждение

В 1-й группе на боли в правом подреберье жаловались 66 (91,7%) человек, а во 2-й – 47 (68,1%) пациентов ($p_{\chi^2} < 0,05$). Также боли иной локализации в 1-й группе отметил 21 (29,2%) человек, во 2-й – 31 (44,9%) больной ($p_{\chi^2} > 0,05$). В 1-й группе боли, связанные с приемом пищи и диетическими погрешностями отмечались несколько чаще, чем во 2-й группе, соответственно, у 52 (72,2%) и 40 (57,9%) человек ($p_{\chi^2} > 0,05$).

Почти половина пациентов 1-й группы, 31 (43,1%) человек, переносили желчную колику, в то время как во 2-й группе о коликах сообщали только 3 (4,3%) больных ($p_{\chi^2} < 0,05$).

Почти в 2 раза чаще тошнота была зарегистрирована у пациентов с ПХЭС: у 11 (15,9%) пациентов из 2-й группы и 6 (8,3%) пациентов из 1-й. Рвота была достаточно редким симптомом, отмечена у 3 (4,2%) человек из 1-й группы и у двоих (2,9%) – из второй. Горечь во рту беспокоила 15 (20,8%) человек из 1-й группы, 23 (33,3%) пациентов из 2-й группы (все $p_{\chi^2} > 0,05$). Жалобы на вздутие живота при опросе были у 16 (22,2%) пациентов из 1-й группы, и 30 (43,5%) пациентов из 2-й группы ($p_{\chi^2} < 0,05$).

Послабление стула отмечали 9 (12,5%) пациентов из 1-й группы, и 12 (17,4%) пациентов из 2-й группы ($p_{\chi^2} > 0,05$).

Похудание за последние полгода в 1-й группе выявлено у 2 (2,8%) пациентов 1-й группы и у 12 (17,4%) человек во 2-й группе ($p_{\chi^2} < 0,05$). Вздутие живота при осмотре определялось у 4 (5,6%) человек 1-й группы, у 10 (14,5%) пациентов 2-й группы ($p_{\chi^2} > 0,05$), болезненность при пальпации выявлена у 17 (23,6%) человек 1-й группы, у 41 (59,4%) больных 2-й группы ($p_{\chi^2} < 0,05$). Таким образом, похудание, вздутие живота и болезненность при пальпации выявлялось значительно чаще у больных, перенесших холецистэктомию.

Сопутствующие заболевания выявлялись у большинства пациентов обеих групп, при этом самым распространенным заболеванием в обеих группах была гипертоническая болезнь, соответственно, 41 (56,9%) и 31 (44,9%) пациент ($p_{\chi^2} > 0,05$). Ожирение в 1-й группе выявлено у 22 (30,5%) человек, во 2-й – у 19 (27,5%; $p_{\chi^2} > 0,05$) человек. В 1-й группе сахарным диабетом страдали 14 (19,4%) человек, тогда как во 2-й – только 5 (7,2%) пациентов ($p_{\chi^2} < 0,05$). В 1-й группе «коморбидная пара» (гипертоническая болезнь и сахарный диабет) выявлена у 10 (13,9%) человек, а во 2-й – только у четырех (5,8%; $p_{\chi^2} > 0,05$). Таким образом, спутником диагнозов ЖКБ и ПХЭС являются ожирение, гипертоническая болезнь и сахарный диабет. При этом в группе

неоперированных больных ЖКБ коморбидность по сахарному диабету и гипертонической болезни выше, чем в группе оперированных больных.

Сопутствующий диагноз жирового гепатоза был поставлен 14 (19,4%) пациентам из 1-й группы и 16 (23,2%) пациентам из 2-й группы. Синдром раздраженного кишечника в два раза чаще встречался у пациентов 2-й группы, у 9 (13%) человек, по сравнению с 1-й группой, у 4 (5,6%; $p_{\chi^2} > 0,05$) пациентов. В несколько раз чаще встречался также синдром избыточного бактериального роста: у 7 (10,1%) человек из 2-й группы и у 1 (1,4%) больного из 1-й группы (все $p_{\chi^2} > 0,05$).

Ингибиторы протонной помпы назначались 80% пациентов (58 – из 1-й группы, 55 – из 2-й группы, $p_{\chi^2} > 0,05$). Такой высокий процент назначений ингибиторов протонной помпы можно объяснить тем, что пациенты обеих групп жаловались на боли в эпигастрии и диспепсические явления. Также часто в обеих группах назначались спазмолитики (тримебутин, мебеверин, дротаверин и пр.), соответственно, 32 (44,4%) и 46 (66,7%; $p_{\chi^2} < 0,05$) больным. Реже назначались препараты урсодезоксихолевой кислоты, в 1-й группе 14 (19,4%) пациентам, а во 2-й – 45 (65,2%; $p_{\chi^2} < 0,05$).

Концентрированная желчь обладает более мощными бактерицидными свойствами, нежели протоковая желчь, и препятствует развитию синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке [3]. Соответственно после холецистэктомии в несколько раз чаще назначались антибактериальные препараты. Их получали 7 (9,7%) больных 1-й группы и 28 (40,6%; $p_{\chi^2} < 0,05$) пациентов 2-й группы.

Течение ЖКБ сопровождается нарушением процессов пищеварения, в частности, внешнесекреторной недостаточностью, которая усугубляется после холецистэктомии [4]. Высокодозный микрогранулированный панкреатин был назначен 11 (15,3%) пациентам 1-й группы и 21 (30,4%; $p_{\chi^2} < 0,05$) больному 2-й группы. Ферменты были назначены больным с ПХЭС в 2 раза чаще, чем пациентам с ЖКБ.

У пациентов с ЖКБ увеличивается риск развития неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП), а после проведенной холецистэктомии этот риск еще больше возрастает [3]. Поводом для назначения эссенциальных фосфолипидов и адеметионина стали диффузные изменения печени, гепатомегалия и повышение уровня трансаминаз, что говорит о возможном развитии у этих пациентов НАЖБП. Адеметионин получали 4 (5,6%) пациента из 1-й группы и 5 (7,2%; $p_{\chi^2} > 0,05$) пациентов из 2-й группы. Эссенциальные фосфолипиды назначались только 3 больным из 2-й группы (4,3%). По 4 (5,8%) человека из 2-й группы получали желчегонные (гимекромон) и прокинетики (итоприда гидрохлорид).

Проведенное исследование позволило уточнить важные характеристики ведения амбулаторных пациентов с ЖКБ и ПХЭС. В частности, это ярко выраженная выжидательная тактика врачей: в группе ЖКБ средний «стаж камненосительства» составил почти 3 года, у каждого пятого

– свыше 5 лет. Несмотря на выраженный болевой синдром (у 40% - желчная колика) пациентам этой группы предлагали оперативное лечение только в трети случаев, а спазмолитики – менее чем половине больных. Так же и в группе с ПХЭС пятая часть пациентов оперирована по экстренным показаниям, а почти половина – через 2 и более года после верификации ЖКБ. Возможно, это связано с выраженной коморбидностью в обеих группах и высоким операционным риском, хотя именно эти обстоятельства должны приводить к решению о предпочтительности планового оперативного лечения. Обращает на себя внимание, что в 1-й группе преобладает болевой синдром, а во 2-й – клинические проявления хронического билизависимого панкреатита с внешнесекреторной недостаточностью поджелудочной железы: боли, вздутие живота, похудание. Собственно, и назначенное лечение: высокодозные ферменты, спазмолитики, урсодезоксихолевая кислота более подходят для лечения именно этого заболевания. Однако в действительности ни у одного больного диагноз хронического панкреатита установлен не был, равно как и диагнозы стеатогепатита, гастрита или гастродуоденита, которые могли бы послужить основанием для назначения гепатопротекторов или ингибиторов протонной помпы. В целом, имеется тенденция к гиподиагностике заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Выводы

При ЖКБ чаще всего наблюдается выжидательный подход к ведению пациентов. В группе пациентов с неоперированной ЖКБ преобладает болевой синдром, в том числе по типу желчных колик, а при ПХЭС чаще встречается похудание и вздутие живота. В 1-й группе частота выявления сопутствующей патологии существенно выше, чем во 2-й, особенно артериальной гипертонии в сочетании с сахарным диабетом. Наиболее часто в обеих группах назначаются ингибиторы протонной помпы, спазмолитики и препараты урсодезоксихолевой кислоты. Антибактериальные препараты и микрогранулированный панкреатин значительно чаще используются в лечении пациентов с ПХЭС.

Список литературы

1. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К. и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению желчнокаменной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2016. – Т. 26, №3. С. 64–80. Режим доступа: <https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/61/48>
2. Минушкин О.Н. Синдром после холецистэктомии в практике терапевта и гастроэнтеролога // Лечащий врач. – 2015. – № 2. – С. 40–47.
3. Мехтиев С.Н., Мехтиева О.А., Ухова М.В., Ибрагимова З.М. Современный взгляд на значение холецистэктомии в прогнозе пациента с неалкогольной жировой болезнью печени: алгоритм наблюдения и терапевтические подходы // РМЖ. Медицинское обозрение. – 2021. – Т. 5, №6. – С 438-445. DOI: 10.32364/2587-6821-2021-5-6-438-445.

4. Казюлин А.Н. Нарушения пищеварения при постхолецистэктомическом синдроме и возможности их коррекции // Медицинский совет. – 2013. – №2-2. Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-pishevareniya-pri-postholetsistektomicheskom-sindrome-i-vozmozhnosti-ih-korreksii-1>