

А. И. Карпук, А. И. Грейбо
**ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ ПРИ ОСТРОМ
И ХРОНИЧЕСКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

Научный руководитель: канд. мед.наук, доц. Н. Я. Бовтюк

Кафедра общей хирургии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье изучена роль ФГДС в диагностике ГЭРБ при остром и хроническом калькулезном холецистите. Установлена частота встречаемости ЭПГЭРБ и наличие при этом дуоденогастрального рефлюкса.

Ключевые слова: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хронический холецистит, острый холецистит.

Resume. The role of EGDS in the diagnosis of GERD in acute and chronic cholecystitis is studied. Estimated frequency of EPGERD and the presence of duodenogastric reflux in patients with acute and chronic cholecystitis was evaluated.

Keywords: Gastroesophageal reflux disease, chronic cholecystitis, acute cholecystitis.

Актуальность. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – названа болезнью 21 века[1], желчекаменная болезнь (ЖКБ) – признана неэндемической эпидемией 21 века. Распространенность ГЭРБ в развитых странах имеет тенденцию к увеличению, так в странах США и Западной Европы она достигает 30%[2]. Эти болезни часто называют коморбидными состояниями[3], они ухудшают течения преобладающей и манифестируют после коррекции одной из них, что требует постоянного диагностического поиска и изучения возможностей их симультанного лечения.[3]

Цель: Изучить роль фиброгастродуоденоскопии (ФГДС) в диагностике эндоскопически позитивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ЭП ГЭРБ) у пациентов с хроническим и острым калькулезным холециститом.

Задачи:

1. Проанализировать данные ФГДС при остром калькулезном холецистите.
2. Провести анализ данных ФГДС при хроническом калькулезном холецистите.
3. Установить необходимость дальнейшего диагностического поиска причин дуоденогастрального рефлюкса при установленном дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт и протоколов ФГДС 109 пациентов, которым выполнена ЛХЭ в хирургическом отделении УЗ «Минская ЦРБ» в 2016г. и которые не имели характерных для ГЭРБ жалоб.

Всем пациентам выполнена ФГДС, при проведении которой оценены эндоскопические признаки ГЭРБ и критерии дуоденогастрального рефлюкса.

Результаты и их обсуждение. Все исследуемые были разделены на две группы: первая группа пациентов с хроническим холециститом (n=65), вторая - с острым холециститом (n=41). Группы были равнозначны по половозрастным критериям. В обеих группах преобладали женщины. В первой группе были пациенты в возрасте от 19 до 80 лет, второй - от 22 до 81 года. В первой группе пациенты трудоспособного возраста составили 52(80,0%), второй - 31(75,6%). В обеих группах преобладали пациенты трудоспособного возраста, что говорит о социальной значимости данной проблемы.

У пациентов с хроническим холециститом(n=65) ЭПГЭРБ диагностирована у 15 (23,1%), признаки эзофагита присутствовали у 9(13,9%). При остром холецистите ЭПГЭРБ диагностирована у 12 (29,3%), признаки эзофагита присутствовали у 6 (14,6%).

При изучении протоколов ФГДС установлено, что в обеих группах имеет место сочетание дуодено-гастрального и гастроэзофагеального рефлюкса. Данные протоколов ФГДС, указывающих на сочетание дуоденогастрального (ДГР) и гастроэзофагеального рефлюкса представлены на рисунке 1.

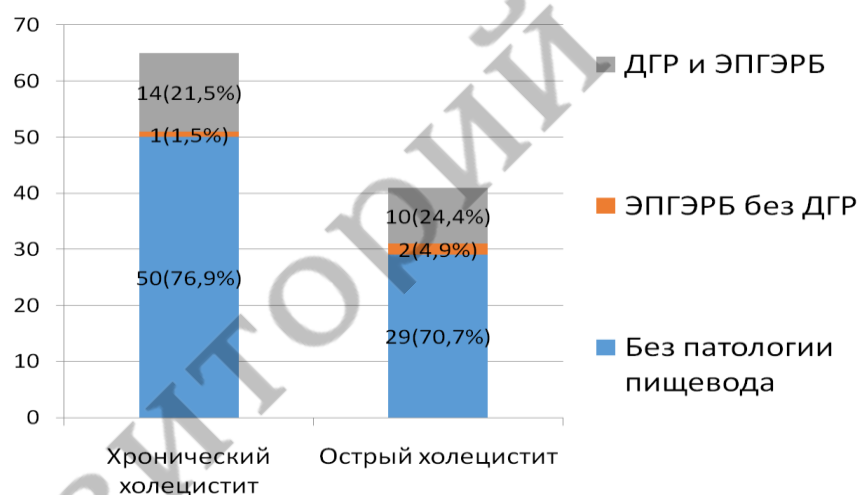


Рисунок 1 –Данные ФГДС о наличии ГЭРБ и ДГР

При анализе этих данных установлено, что дуоденогастральный рефлюкс и сопутствующая ЭПГЭРБ сочетались соответственно в первой группе у 14(21,5%), второй группе у 10(24,4%). ЭПГЭРБ без дуодено-гастрального рефлюкса в первой группе была найдена у 1 (1,5%), во второй группе у 2(4,9%).

Выводы:

1. ФГДС может быть применена как скрининговая технология в диагностике ЭПГЭРБ, что позволило ее диагностировать в первой группе в 21,5%, а во второй группе в 24,4% случаев.

2. При установленном дуоденогастроэзофагеальном рефлюксе, пациенты подлежат дальнейшему диагностическому поиску для выявления причин дуоденогастрального рефлюкса, что может иметь значение после холецистэктомии когда отсутствует резервуарная функция желчного пузыря.

3. При хирургическом лечении хронического и острого калькулезного холецистита в сочетании с ГЭРБ требуется консервативное лечение или антирефлюксные вмешательства на кардии в зависимости от клинической ситуации.

A. I. Karpuk, A. I. Greybo

**GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE WITH ACUTE ACUTE AND
CHRONIC CHOLECYSTITIS**

Tutor: associate professor N.J. Bovtyuk

Department of general surgery

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Разумовский, А.Ю. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей : руководство для врачей./ А.Ю.Разумовский, А.Б. Алхасов. – М.: ГЭОТАР-Медиа,2010. – 200 с.
2. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / H. B.El-Serag, S. Sweet, C. C. Winchester et al. // Gut. – 2014. – Vol. 63, iss. 6. – P. 871–880.
3. Гришин, И.Н. Холецистэктомия / И.Н.Гришин. -- Минск: Высшэйшая школа, 1989. -199 с.
4. Васнев О.С., Никаноров А.В., Янова О.Б. . Профилактика рефлюкс-эзофагита у больных ахала-зией пищевода после серомиотомии /О.С. Васнев, А.В. Никаноров, О.Б. Якова // XI съезд НОГР. Тезисы докл. – М.: ЦНИИ гастроэнтерологии. – 2011. – С. 152.
5. Бордин, Д.С. Диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и лечение лансопразолом /Д.С. Бордин, А.А. Машарова // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2008. – №5.
6. Джулай, Г.С. Секарёва Е.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: состояние и перспективы решения проблемы. Методические рекомендации для врачей. /В.В. Чернин, Г.С. Джулай, Е.В. Се-карёва - Тверь: - М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2010. - 48 с.