



В.В. Комарчук

Харьковская медицинская академия последипломного образования

© В.В. Комарчук

ОЦЕНКА КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА И ДИАГНОСТИКА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Резюме. Предложены варианты дифференцированного подхода при изучении кислотопродуцирующей функции желудка и диагностике гастроэзофагеального рефлюкса у больных с осложненными формами язвенной болезни. Алгоритм выбора методики оперативного вмешательства с учётом данных рН-метрии позволил улучшить функциональные результаты лечения язвенной болезни.

Ключевые слова: рН-метрия, язвенная болезнь, гастроэзофагеальный рефлюкс.

Введение

За последнее десятилетие в 2-2,5 раза увеличилось количество осложнённых форм язвенной болезни (ЯБ), требующих хирургической коррекции [1]. У 7,4-50 % больных выявлено наличие гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), среди которых 5-25 % имеют хирургическую стадию ГЭР [7]. Частота рецидивных язв также остаётся высокой (5-14,5 %) [3]. Улучшение результатов оперативного лечения ЯБ зависит не только от индивидуального учёта факторов ульцерогенеза, но и от коррекции сопутствующего ГЭР.

Целью данной работы является разработка индивидуального подхода при изучении кислотопродуцирующей функции желудка и диагностике ГЭР у больных с осложненными формами ЯБ, а также алгоритма лечения с учётом полученных данных.

Материалы и методы исследования

В данную работу включен анализ результатов лечения 62 больных с осложненными формами ЯБ и сопутствующим ГЭР. Для изучения кислотопродуцирующей функции желудка и диагностики ГЭР у больных с осложненными формами ЯБ, рецидивными пептическими язвами проводим рН-метрию пищевода и желудка при помощи ацидогастрографа АГ-рН-М с электродной гастроэнтерологической системой, разработанной медико-инженерным коллективом под руководством проф. В.М.Чернобрового [2].

Порядок проведения рН-метрии желудка у больного зависит от кислотности внутрижелудочной среды в базальных условиях. Если рН кислотообразующей зоны больше 2 ед., применяем стимулятор кислотообразующих желез. Для максимальной стимуляции кислотообразующих желез используем солянокислый гистамин в дозе 0,27 мг на 10 кг веса или

пентагастрин в дозе 6 мг/кг. При оценке полученных результатов используем классификацию Линара Е.Ю. [4]:

Базальное кислотообразование	После стимуляции
рН 0,9 – гиперацидность, непрерывное кислотообразование	рН 0,9-1,2 – гиперацидность
рН 1,6-2,0 – нормоцидность	рН 1,2-2,0 – нормоцидность
рН 2,1-5,0 – гипоацидность	рН 2,0-3,0 – гипоацидность / сниженная реакция/ рН 3,0-5,0 – гипоацидность / слабая реакция/
рН 6,0-7,0 – ахлоргидрия	рН > 6,0 – истинная ахлоргидрия

При выборе метода оперативного лечения, наряду с уровнем кислотности, учитываем параметры атропинового теста.

Атропиновый тест проводим при рН в базальных условиях меньше 2 ед. Через 30 минут после введения подкожно 1,0 мл 0,1 % атропина сульфата оцениваем изменение уровня кислотности в желудке по методике Н.А. Скуя, Г.А.Орлика [5]. При Δ рН (разница базального рН до введения атропина и последующего рН после действия препарата) 0-0,4 атропиновый тест считаем отрицательным, при Δ рН 0,5-1,0 – слабо положительным, при Δ рН 1,1-2,0 – положительным, при Δ рН 2,1 – резко положительным.

При преобладании рефлекторного кислотообразования, когда атропиновый тест положительный, предпочтение отдаём иссечению язвы в сочетании с ваготомией. При преобладании гуморального кислотообразования, когда атропиновый тест отрицательный, выполняем антрумэктомию (для выключения гастриновой стимуляции кислотопродукции) в сочетании с ваготомией.

При слабopоложительном атропиновом тесте, когда сдвиг рН в щелочную сторону происходит менее чем на одну ед., больному во время



операции дополнительно проводим интраоперационную рН-метрию. После ваготомии проводим измерение рН в базальных условиях по передней и задней стенкам, по малой и большой кривизне тела желудка, в области дна. Для измерения рН-зонд может быть введен через нос или через отверстие в желудке после иссечения язвы. При лапароскопических операциях — через троакар. При снижении рН после ваготомии до 5,5-7,0 ед. рН делаем выбор в пользу органосохраняющей операции.

Если тяжесть состояния больного не позволяет выполнить исследование в течение часа и более, проводим изучение только базальной секреции при помощи экспресс-рН-метрии по методике проф. В.М. Чернобрового [8]. Экспресс-методика внутрижелудочной базальной топографической рН-метрии предполагает начало измерений рН на уровне перехода пищевода в желудок. Глубину введения микрозонда рассчитываем на основании результатов предшествующей эндоскопии желудка, по показаниям ацидогастромониторатора (пошаговый метод), или по модифицированной формуле Bischoff: $L=(0,2 \times H) + 5$ см, где L — глубина введения зонда в см; H — длина тела в см. Проводим 20 измерений через 1 см от кардии до пилоруса и столько же в обратном направлении по 15-20 секунд при стабильных величинах рН. Между процедурой введения и выведения выдерживаем интервал времени в 5-10 минут. Результаты отображаются в таблице по шести функциональным интервалам (ФИ) при введении или выведении микрозонда:

- рН 7,00-8,50 (ФИ рН 0 — анацидность);
- рН 3,60-6,99 (ФИ рН 1 — гипоацидность выраженная);
- рН 2,30-3,59 (ФИ рН 2 — гипоацидность умеренная);
- рН 1,60-2,29 (ФИ рН 3 — нормаацидность);
- рН 1,30-1,59 (ФИ рН 4 — гиперацидность умеренная);
- рН 0,86-1,29 (ФИ рН 5 — гиперацидность выраженная).

Для получения более точной и быстрой информации о кислотности в условиях возможных помех для исследования (деформация желудка, «каскадный желудок», накопление в желудке пищи, крови, слюны, слизи, желчи при выраженном ДГР) применяем внутрижелудочную эндоскопическую рН-метрию. Измерения рН проводим в 20 точках по малой кривизне желудка (pars pylorica — 5 измерений, corpus ventriculi — 10, pars cardiaca — 5).

При каждом измерении рН датчик-электрод располагается непосредственно около слизистой оболочки (пристеночно, легким прикосновением). Эндоскопист принимает во внимание перечисленные факторы, потому что они создают щелачивающий эффект и старается

максимально исключить их влияние (аспирация содержимого желудка, промывание слизистой оболочки водой, кратковременное ожидание более благоприятных условий). Оценка результатов внутрижелудочной эндоскопической рН-метрии «по топографии» преимущественно совпадает с оценкой результатов экспресс-методики. В результате анализа предоставляется информация о распределении величин рН по ФИ рН, а также процент индивидуального функционального максимума.

Для диагностики ГЭР используем внутрипищеводный рН-мониторинг при помощи трансанального введения микрозонда. При исследовании датчик-электрод микрозонда располагают на 5 см проксимальнее пищевода-желудочного перехода. При проведении обследования пациент вводит в ацидогастромонитор метки, соответствующие своему состоянию (боль, изжога, тошнота, голод, стоя, лежа, сон, прием пищи или лекарств, курение).

Для диагностики рефлюкса используем составной показатель — индекс De Meester, интегрально объединяющий определяемые параметры. При величине показателя более 14,72 делаем заключение о наличии ГЭР. Увеличение числа рефлюксов продолжительностью более 5 минут и повышение длительности наиболее продолжительного рефлюкса позволяет предположить наличие гипомоторной дискинезии пищевода.

Внутрипищеводный рН-мониторинг проводим в течение 3, 6 или 24 часов, в зависимости от потребностей функциональной диагностики у конкретного пациента. При проведении кратковременного рН-мониторинга применяем тесты, провоцирующие ГЭР. В таком случае, после регистрации базального (фонового) внутрипищеводного рН, пациент выпивает 200 мл 0,1 % раствора соляной кислоты и продолжает исследование сидя в течение 30 минут. При этом пациент в течение 1 минуты проводит глубокое дыхание и нажатие на эпигастральную область под мечевидным отростком и в левом подреберье. В дальнейшем в течение 30 минут исследование продолжается в положении лежа на спине с повторным применением тестов.

Результаты исследования и их обсуждения

Из 62 больных с осложненными формами ЯБ двенадцатиперстной кишки у 47 установлена гиперацидность, а у 15 — нормаацидность. Состояние 37 больных позволило выполнить исследование кислотопродукции в базальных условиях, после стимуляции и провести атропиновый тест. Из них 32 больным с гиперацидностью и положительным атропиновым тестом были выполнены органосохраняющие операции с ваготомией. Пяти больным с пре-

обладанием гуморального кислотообразования была выполнена антрумэктомия с ваготомией.

Восьми больным выполнена экспресс-рН-метрия, 17 больным измерения рН проведены во время эндоскопии. После исследования базальной секреции без проведения атропинового теста проводилась интраоперационная рН-метрия после ваготомии. Такая тактика позволила выявить в этой группе 2 больных с гиперацидностью, у которых ваготомия оказалась неэффективной. Им была выполнена антрумэктомия с ваготомией.

Диагностика ГЭР проводилась также с учетом общего состояния больного. Суточный мониторинг выполнен 8 больным; шести часовый — 5; трёх часовый — 7; часовой — 14 больным. Мониторинг в течение 1-6 часов проводился с провокационными пробами. При суточном мониторинге учитывали индекс

De Meester. У 28 больных эндоскопически был выявлен рефлюкс-эзофагит. Всем больным с ГЭР была выполнена антирефлюксная операция — крурорафия с фундопликацией. У трех больных крурорафия была дополнена аллопластикой.

Из 62 больных отдаленный результат удалось изучить у 47 в сроки от 1 до 7 лет. Рецидива язвы не выявлено. У 8 больных в сроки 1-5 лет после операции появились периодические изжоги, требующие приёма антисекреторных препаратов.

Выводы

Изучение кислотопродуцирующей функции желудка позволяет индивидуализировать выбор методики операции при ЯБ. Выполнение хирургической коррекции ГЭР при ЯБ повышает качество жизни после оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Березницкий Я.С.* Хирургические методы в лечении язвенной болезни / Я.С. Березницкий, В.М. Ратчик // *Здоровье Украины.* — 2008. — № 219. — С. 10 — 12.
2. *Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: [практичне керівництво] / І.Я. Будзак, В.І. Гриценко, І.І. Гриценко та ін.; під ред. проф. В.М. Чернобрового.* — Вінниця: Логос, 1999. — 80 с.
3. *Линар Е.Ю.* Кислотообразовательная функция желудка в норме и при патологии / Е.Ю. Линар — Рига: Зинатне, 1968. — 281 с.
4. *Мороз Г.З.* Использование атропинового теста у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Г.З. Мороз // *Врачебное дело.* — 1997. — № 5. — С. 29 — 31.
5. *Острые осложнения послеоперационных язв двенадцатиперстной кишки / Н.Н. Велигоцкий, Г.Ю. Бука,*
- А.А. Ольшанецкий [и соавт.] // *Клін. хірургія.* — 2006. — № 4 — 5. — С. 7 — 8.
6. *Рапорт С.И.* рН-метрия пищевода и желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта / под ред. академика РАМН Ф.И. Комарова. — М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2005. — 208 с.
7. *Хирургические аспекты лечения язвенной болезни / В.Ф. Саенко, Б.С. Полинкевич, Ю.А. Диброва [и соавт.] // Харківська хірургічна школа.* — 2003. — № 1 (6). — С. 27—28.
8. *Чернобровий В.В.* Экспрес-гастро-рН-моніторинг — метод дослідження кислотоутворюючої функції шлунка / В.В. Чернобровий // *Світ медицини та біології.* — 2007. — № 3. — С. 85 — 90.

ОЦІНКА
КИСЛОТУТВОРЮВАЛЬНОЇ
ФУНКЦІЇ ШЛУНКА
ТА ДІАГНОСТИКА
ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОГО
РЕФЛЮКСУ ПРИ
УСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

В.В. Комарчук

EVALUATION OF GASTRIC
ACID-FUNCTION
AND DIAGNOSIS OF
GASTROESOPHAGEAL
REFLUX IN COMPLICATED
FORMS OF PEPTIC ULCER

V.V. Komarchuk

Резюме: запропоновані варіанти диференційованого підходу при вивченні кислотопродукуючої функції шлунку й діагностиці гастроезофагеального рефлюксу у хворих з ускладненими формами виразкової хвороби. Алгоритм вибору методики оперативного втручання з врахуванням даних рН-метрії дозволив поліпшити функціональні результати лікування виразкової хвороби.

Ключові слова: рН-метрія, виразкова хвороба, гастроезофагеальний рефлекс.

Summary: the variants of a differentiated approach to the study acid-function of the stomach and the diagnosis of gastroesophageal reflux in patients with complicated forms of peptic ulcer disease. Algorithm for selecting surgical technique based on the data of pH-metry has improved the functional results of treatment of peptic ulcer disease.

Keywords: pH-metry, peptic ulcer disease, gastroesophageal reflux.