

Н.Н. Велигоцкий,
В.В. Комарчук, А.С. Трушин,
С.Э. Арутюнов, Е.В. Комарчук

АНТИРЕФЛЮКСНЫЕ СВОЙСТВА ПЕРЕМЕЩЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗА

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Коллектив авторов

Резюме. У 26 пациентов через 1,5-9 лет после иссечения язв двенадцатиперстной кишки с перемещённым гастродуоденоанастомозом проведена диагностика дуоденогастрального рефлюкса. В 7 случаях по данным рН-мониторинга и рентгенологического исследования установлен умеренно выраженный рефлюкс (5 — с несохранённым пилорическим жомом; 2 — на фоне дуоденостаза). У 17 больных рентгенологически выявлены нарушения моторно-эвакуаторной функции антрального отдела желудка.

Ключевые слова: язвенная болезнь, дуоденогастральный рефлюкс, перемещённый гастродуоденоанастомоз.

Введение

В настоящее время различные моторно-эвакуаторные нарушения признаны весомым фактором риска возникновения язвенной болезни и рецидивов язв после оперативного лечения [4]. Частота возникновения дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) после органосохраняющих операций составляет 0,4-53,1 % [5, 6]. Частота ДГР после выполнения пилоросохраняющих операций является минимальной, а после пилороразрушающих — увеличивается в 8-15 раз [1]. После резекции желудка по Бильрот-I, ДГР возникает у 50 % больных [3]. Основной причиной возникновения ДГР после операции, является нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки (ДПК), не скорректированное во время операции, ведущее впоследствии к различным патологическим состояниям, в том числе рецидивам язв [5]. В тоже время, само оперативное вмешательство, зачастую, приводит к возникновению моторно-эвакуаторных нарушений, причинами которых являются: пилороразрушающие операции, ваготомия, ранее выполненная травматическая мобилизация ДПК с возникновением грубого спаечного процесса в зоне нисходящей и нижнегоризонтальной части [7, 9]. Следовательно, при оперативном лечении язвенной болезни необходимо стремиться к сохранению, восстановлению и укреплению привратника, а также коррекции хронической дуоденальной непроходимости.

Цель исследования

Изучить частоту развития ДГР после органосохраняющих операций с перемещённым гастродуоденоанастомозом.

Материалы и методы исследования

Обследованы 26 пациентов через 1,5-9 лет после органосохраняющих операций с перемещённым гастродуоденоанастомозом (ГДА) в возрасте 38-52 лет. Операция выполнялась при низких, двойных и седловидных язвах ДПК. После циркулярного иссечения язвы (рис. 1) для сохранения пассажа по ДПК накладывали перемещённый ГДА, используя непораженные рубцово-язвенным процессом стенки [8]. При выполнении предложенной методики проводится восстановление задней стенки ДПК несколькими швами. При этом для надёжности формирования начинается с наложения шва-замка (рис. 2). При восстановлении задней стенки ДПК, безусловно, суживается просвет культи (рис. 3). Из оставшегося просвета производится продольное рассечение медиальной стенки ДПК на протяжении 2,5-3 см (рис. 4), и накладывают ГДА с дополнительной фиксацией в области шпоры по малой кривизне (рис. 5-6). Эта методика позволяет выполнить включение ДПК, используя ее непораженные рубцово-язвенным процессом стенки. При этом используется возможность пилоросохраняющей операции для профилактики ДГР. Формирование шпоры по малой кривизне также направлено на улучшение антирефлюксных свойств ГДА.

Для изучения функции перемещённого ГДА использовали внутрижелудочный рН-мониторинг при помощи ацидогастрографа АГ-1рН-М с электродной гастроэнтерологической системой, разработанной медико-инженерным коллективом под руководством проф. В.М. Чернобрового [2]. Для этого электрод рН-микрозонда располагали над привратником или гастродуоденоанастомозом, что позволяло



Рис. 1. Циркулярное иссечение язвы

Рис. 2. Наложения шва-замка

Рис. 3. Восстановлении задней стенки ДПК

Рис. 4. Продольное рассечение медиальной стенки ДПК

Рис. 5, 6. накладывают ГДА с дополнительной фиксацией в области шпоры по малой кривизне

наблюдать через динамику рН пропульсию содержимого желудка в дистальном направлении и обратное течение содержимого ДПК в желудок. Глубина введения рН-микрозонда (от резцов) у большинства пациентов составляла 55-60 см. После регистрации базального (фоновое) внутрижелудочного рН в течение 60 минут в положении сидя, в дальнейшем регистрация рН продолжалась в положении лежа на левом боку еще минимум 60 минут. В положении пациента лежа применялись функциональные провоцирующие пробы на ДГР: глубокое дыхание с участием передней брюшной стенки в течение 1 минуты; умеренные нажатия на пилородуоденальную зону и проекцию желчного пузыря по направлению к срединной линии (при отсутствии противопоказаний) в течение 1 минуты. При наличии ДГР по данным визуального наблюдения (рН-волны на дисплее регистратора амплитудой в 1-2 ед. рН и более) использовали функциональный тест с прокинетиками. После парентерального введения прокинетика дальнейшее наблюдение за динамикой рН осуществляли не менее 2 часов. Общая продолжительность рН-мониторинга составляла 6 часов.

Состояние моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК также оценивали рентгенологически. Натощак проводилось исследование полости желудка с целью выявления жидкости. При ее наличии измерялся объем, после этого проводили нагрузки деаэрированной жидкостью в количестве 500,0 мл с добавлением водорастворимого контраста. Во время обследования определяли перистальтику антрального отдела желудка по амплитуде перистальтической волны и ее частоте за 5 минут. При наличии ретроградного заброса жидкости из ДПК фиксировали продолжительность рефлюкса. Полное освобождение желудка от жидкости определяли как время эвакуации.

Результаты исследований и их обсуждение

Клинические признаки ДГР выявлены у 7 больных из 26. Ведущими клиническими проявлениями у пациентов были болевой и диспептический синдромы. Болевой синдром чаще характеризовался болью в пилородуоденальной зоне. Преобладающими признаками диспептического синдрома были тяжесть в эпигастрии после приема пищи и тошнота. У 3 пациентов рефлюкс-синдром проявлялся отрыжкой воздухом, периодической горечью во рту, изжогой. При эндоскопическом исследовании у этих больных установлено наличие желчного рефлюкс-гастрита и нарушение замыкательной функции в зоне пилорического жома. Из 7 больных с установленным ДГР у 5 больных при иссечении язвенного субстрата пилорический жом полностью сохранить не удалось. У 2 больных установлены признаки дуоденостаза I-II степени на фоне хронического панкреатита. Выраженность клинических симптомов ДГР по трехбалльной шкале распределилась следующим образом: у 5 пациентов равнялась 2 баллам (симптомы были умеренно выражены, однако оказывали влияние на повседневную активность пациента); у 2 пациентов — 1 баллу (выраженность симптомов была слабой и не влияла на обычную жизнедеятельность пациента).

Рентгенологически расстройства моторно-эвакуаторной функции желудка выявлены у большинства обследованных больных. У 17 больных были изменения как перистальтики желудка, так и его эвакуаторной функции. У 6 больных была ускорена эвакуация за счёт повышения частоты перистальтических волн антрального отдела желудка на фоне нормальной амплитуды, а у 11 пациентов желудочная эвакуация была замедлена за счёт уменьшения частоты и амплитуды перистальтических волн антрального отдела желудка. Характер изменений двигательной активности

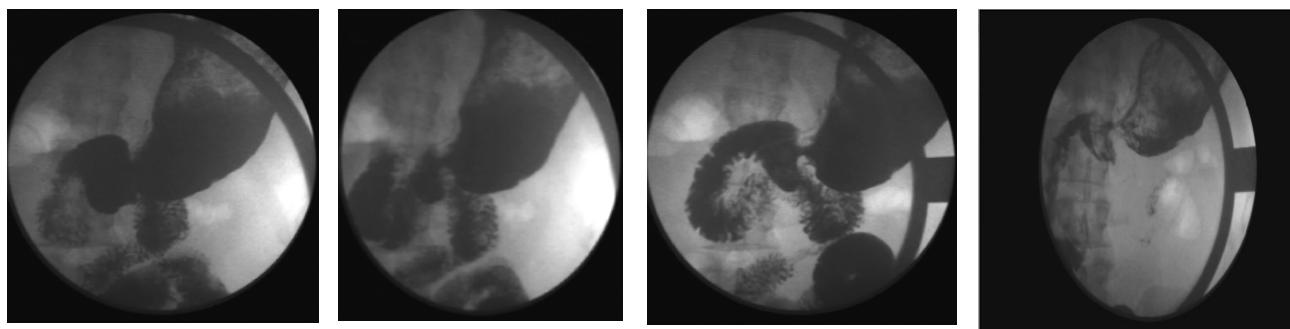


Рис. 7-10. Этапы эвакуации желудочного содержимого у больных с перемещённым ГДА

желудка и частота их выявления представлены в таблице.

Таблица

Характер и частота моторно-эвакуаторных нарушений желудка у обследованных больных

Показатель, ед. измерения	Характер изменений	Здоровые (n=14)	Больные (n=26)	
		M±m	n	M±m
Время желудочной эвакуации, мин	нормальная	20,7±1,3	9	20,1±0,4
	ускоренная		6	12,7±0,5
	замедленная		11	32,6±1,9
Частота перистальтических волн антрального отдела за 5 мин	нормальная	3,1±0,3	14	3,2±0,1
	увеличенная		6	5,6±0,4
	уменьшенная		6	2,3±0,1
Амплитуда перистальтической волны, мм	нормальная	9,9±0,43	15	9,7±0,2
	повышенная		6	13,1±0,5
	сниженная		5	6,8±0,3

У 7 больных выявлен ретроградный заброс жидкости из двенадцатиперстной кишки в полость желудка — ДГР, продолжительность которого при этом составила 3,2±1,1 мин. Развитие ДГР провоцируют недостаточность сфинктерного аппарата желудочно-кишечного тракта, нарушения запирающей способности привратника (зияние привратника), повышенное интрадуоденальное давление, антродуоденальная дисмоторика, способствующая ретроградному току дуоденального содержимого, агрессивный рефлюктат, увеличивающий объем желудочного содержимого.

У 19 пациентов рентгенологически были подтверждены хорошие антирефлюксные свойства перемещённого гастродуоденоанастомоза (рис. 7).

При проведении интрагастрального рН-мониторинга у 7 пациентов с ДГР отмечалось появление эпизодов желчного рефлюкса, для-

щихся свыше 5 минут, на протяжении исследования. На полученных ацидограммах пациентов выявлялся ДГР в виде «зубчатого» ошелачивания или быстрого повышения рН в антральном отделе до 6,5 ед., не связанного с приемом пищи или поступлением слюны.

Средствами патогенетической терапии ДГР являются современные препараты прокинетического действия, которые положительно влияют на антродуоденальную моторику, регулируют моторно-эвакуаторную функцию верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта, препятствуя забросу кислого и щелочного содержимого в желудок и пищевод.

После проведения функционального теста с прокинетиком (итоприда гидрохлорид) выраженность признаков ДГР на рН-грамме претерпела достоверную положительную динамику, что позволило обосновано включить прокинетик в схему лечения больных с установленным послеоперационным ДГР. После проведения консервативной терапии выраженность симптомов ДГР по балльной системе с оценкой в 1 балл сохранилась только у 2 пациентов. При проведении контрольной эндоскопии через 4 недели лечения также отмечалась положительная динамика.

Выводы

Перемещённый гастродуоденоанастомоз при низких, двойных и седловидных язвах ДПК позволяет сохранить физиологический пассаж пищи из желудка в ДПК.

Перемещённый гастродуоденоанастомоз имеет хорошие антирефлюксные свойства, особенно у больных с сохранённым пилорическим жомом.



ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев В.И. Непосредственные и отдаленные результаты применения пилоросохраняющих и пилороссанавливающих операций в комплексе хирургического лечения перфоративной пилородуоденальной язвы /В.И. Бондарев, Д.Е. Клокол, Р.В. Бондарев // Клінічна хірургія. — 2004. — № 2. — С. 39-42.
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. Давыдкин В.И. Дуоденогастральный рефлюкс до и после пилоросохраняющих резекций желудка / В.И. Давыдкин, И.Н. Пиксин, Н.А. Чапаев // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. — Тернопіль. — «Укрмедкнига». — 2002. — Т. 1. — С.174-176.
4. Ивашкин В.Т. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов, И.В. Маев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2007. — № 5. — С. 4-10.
5. Лупальцов В.И. Постваготомные осложнения как причина неудовлетворительных результатов органосохраняющих операций /В.И.Лупальцов, Ю.В. Артемов // Кліні. хірургія. — 2006. — № 8. — С. 49-51.
6. Лупальцов В.И. Постваготомные осложнения как причина неудовлетворительных результатов органосохраняющих операций /В.И.Лупальцов, Ю.В. Артемов // Кліні. хірургія. — 2006. — № 8. — С. 49-51.
7. Милиця М.М. Діагностика та лікування ускладнених післяопераційних рецидивних виразок шлунка та 12-палої кишки : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.03. / М.М. Милиця. — Х. — 1996. — 41 с.
8. Пат. 24597 А Україна, МПК⁶ А 61 В 17/00. Спосіб хірургічного лікування ускладнених виразок дванадцятипалої кишки / Велигоцький М.М., Комарчук В.В., Трушин О.С., Сербул М.М., заявник і патентовласник ХМАПО. — № 97063138. Заявл. 26.06.97; опубл. 30.10.98. Бюл. № 5.
9. Хирургическое лечение рецидивных постваготомических и постгастрорезекционных пептических язв у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / О.Т. Гибрадзе, Б.А. Мосидзе, К.К. Куправа [и соавт.]// Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. — Тернопіль. — «Укрмедкнига». — 2002. — Т. 1. — 717 с.
10. Хирургическое лечение язвенной болезни, осложненной нарушением дуоденальной проходимости и рефлюксной патологией / А.С.Трушин, Н.Н.Велигоцкий, В.В. Комарчук [и соавт.] // Харківська хірургічна школа. — 2005. — № 2.1 (17). — С. 116-118.

АНТИРЕФЛЮКСНИ ВЛАСТИВОСТІ ГАСТРОДУОДЕНО- АНАСТОМОЗУ, ЩО ПЕРЕМІЩЕНИЙ

**М.М. Велигоцький,
В.В. Комарчук, А.С. Трушин,
С.Е. Арутюнов,
Є.В. Комарчук**

ANTIREFLUX PROPERTIES OF DISPLACED GASTRODUODENO- ANASTOMOSIS

**N.N. Veligotsky,
V.V. Komarchuk,
A.S. Trushin, S.E. Arutyunov,
E.V. Komarchuk**

Резюме. У 26 пацієнтів через 1,5-9 років після висічення виразок дванадцятипалої кишки з переміщенням гастродуоденоанастомозом проведена діагностика дуоденогастрального рефлюксу. У 7 випадках за даними рН-моніторингу та рентгенологічного дослідження встановлено помірно виражений рефлюкс (5 — з незбереженням пилоричним жомом; 2 — на тлі дуоденостазу). У 17 хворих рентгенологічно виявлено порушення моторно-евакуаторної функції антрального відділу шлунка.

Ключові слова: виразкова хвороба, дуоденогастральний рефлюкс, переміщений гастродуоденоанастомоз.

Summary. In 26 patients after 1,5-9 years after excision of duodenal ulcers with displaced gastroduodenostomosis held diagnostics duodenogastric reflux. In 7 cases, according to the pH-monitoring and X-ray, moderate reflux was found (5 — with unsaved pyloric sphincter, 2 — after duodenostasis). In 17 patients violations of motor-evacuation function of the antrum was identified with X-ray.

Key words: peptic ulcer disease, duodenogastric reflux, moved gastroduodenostomosis.