



УДК 616.342-002.44-089.168

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕФЛЮКС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Н. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, А. С. Трушин, А. В. Горбулич, Е. В. Комарчук
Харьковская медицинская академия последиplomного образования МЗ Украины

POSTOPERATIVE REFLUX IN TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF DUODENAL ULCER DISEASE

N. N. Veligotskiy, V. V. Komarchuk, A. S. Trushin, A. V. Gorbulich, E. V. Komarchuk

Органосохраняющие операции (ОСО) — наиболее распространенный метод лечения осложненных форм язвенной болезни (ЯБ) ДПК [1 — 4]. Чаще всего применяют различные методы иссечения язвенного субстрата в сочетании с пилоропластикой и дополняют ваготомией. В плановой хирургии предпочтение отдают СПВ, которую завершают формированием фундопликационной манжеты.

При выполнении срочных оперативных вмешательств зашивание или иссечение язвы сочетают с СПВ или СВ, при этом выделение блуждающих стволов чревато нарушением топографоанатомических взаимоотношений в кардиоэзофагеальной зоне, а ваготомия часто обуславливает снижение тонуса стенки желудка, особенно в области дна, верхней трети, увеличение пищевода—желудочного угла, ослабление тонуса сфинктера привратника и, соответственно, ГЭР.

В дальнейшем это способствует формированию недостаточности кардии и рефлюкс—эзофагита [5].

У больных при наличии до операции признаков ГЭР после операции его симптомы могут усугубиться.

Цель исследования: изучить частоту появления ГЭР после ОСО в сочетании с СПВ или СВ при лечении осложненных форм ЯБ ДПК.

Реферат

Обследованы 46 больных, которым проведено оперативное лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК). Выполняли органосохраняющие операции (ОСО) в сочетании с селективной проксимальной (СПВ) или стволовой (СВ) ваготомией. В отдаленные сроки после операции у 12 пациентов возник гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), индекс DeMeester составлял 17,5 — 38,5. Установлено влияние операционной травмы на выраженность антирефлюксных свойств пищевода—желудочного перехода.

Ключевые слова: язвенная болезнь; органосохраняющие операции; послеоперационный рефлюкс.

Abstract

There were examined 46 patients, in whom operative treatment of perforative duodenal ulcer was conducted. Organ—preserving operations were performed in conjunction with selective proximal or truncal vagotomy. In far—remote terms after the operation in 12 patients gastroesophageal reflux have occurred, DeMeester index have constituted 17.5—38.5. Impact of operative trauma on antireflux power of gastro—oesophageal junction was noted.

Key words: ulcer disease; organ—preserving operations; postoperative reflux.

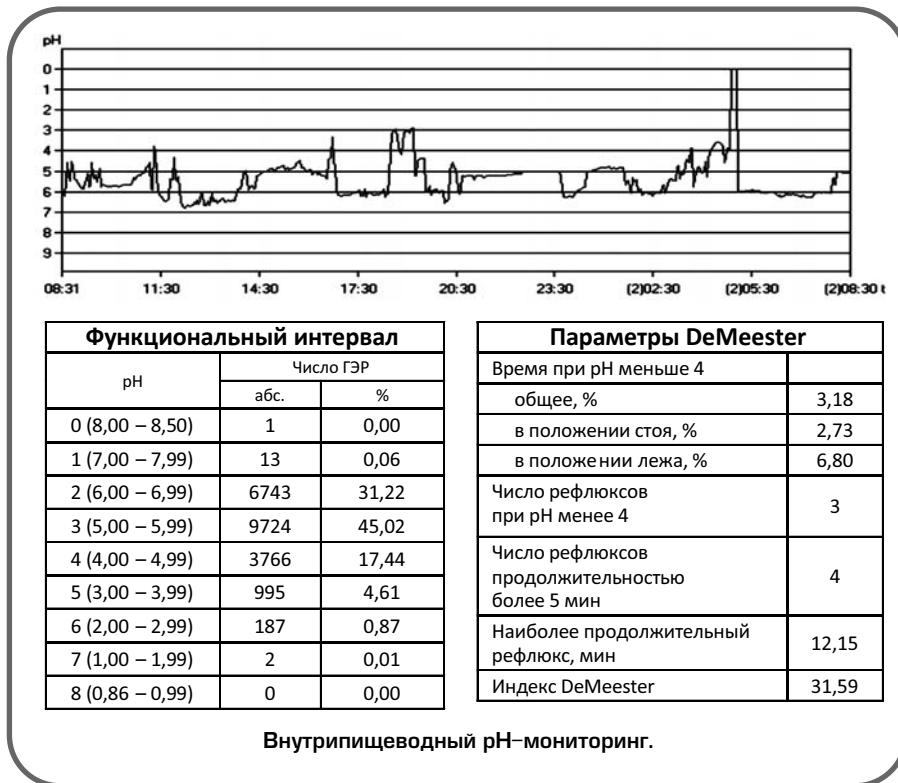
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диагностика ГЭР проведена у 46 больных через 1 — 4 года после оперативного лечения перфоративной язвы ДПК.

Все больные оперированы в хирургических отделениях Харькова. Возраст больных от 22 до 46 лет. В исследование включены больные, которым произведено иссечение или зашивание перфоративной язвы в сочетании с двусторонней СПВ или СВ. Исходя из анализа протоколов операции, восстановительные или антирефлюксные процедуры после выполнения ваготомии им не проводили. Всем больным проведено эндоскопическое и рентгеноло-

гическое исследования. Рецидив ЯБ не выявлен.

Для диагностики ГЭР использовали внутрипищеводный рН—мониторинг путем трансназального введения микрозонда [6]. При исследовании датчик—электрод микрозонда располагали на 5 см проксимальнее пищевода—желудочного перехода. Во время исследования пациент вводил в ацидогастромонитор метки, соответствующие его состоянию (боль, изжога, тошнота, голод, стоя, лежа, сон), а также тому или иному событию (прием пищи или препаратов, курение). В отдельной таблице отражали распределение всего массива измерения внутрипищеводного рН по функцио-



нальным интервалам (ФИ). Для диагностики ГЭР использовали составной показатель индекс De Meester, интегрально объединяющий определяемые параметры. При величине показателя более 14,72 делали заключение о наличии ГЭР (см. рисунок). Внутрипищеводный pH-

мониторинг проводили в течение 3, 6 или 24 ч, в зависимости от переносимости процедуры пациентом. При кратковременном pH-мониторинге применяли тесты, провоцирующие ГЭР. После регистрации базального (фоновое) внутрипищеводного pH пациенту давали выпить 200 мл 0,1% раствора хлористоводородной кислоты и продолжали исследование в положении сидя в течение 30 мин. В течение 1 мин пациент глубоко дышал и надавливал на надчревную область под мечевидным отростком и левую подреберную область. Затем в течение 30 мин исследование продолжали в положении больного лежа на спине с повторным применением тестов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Симптомы, ассоциированные с ГЭР, оценивали с помощью 5-

балльной шкалы Likert: 1 балл — отсутствие симптомов; 2 балла — слабо выраженный симптом (можно не замечать, если не думать об этом); 3 балла — умеренно выраженный (не удается не замечать, но не нарушает дневную активность или сон); 4 балла — сильный (нарушает дневную активность или сон); 5 баллов — очень сильный (значительно нарушает или временно делает невозможной дневную активность или сон, требуется отдых).

Нами проведена сравнительная оценка признаков ГЭР до и после операции. Такие симптомы, как изжога, отрыжка, боль за грудиной, регургитация (кислая отрыжка, срыгивание) до операции отмечали 12 пациентов. По шкале Likert эти симптомы оценены как слабо и умеренно выраженные.

В протоколах эндоскопических исследований этих пациентов отсутствовали указания на признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) — наличие эрозий в нижней трети пищевода, инвагинация слизистой оболочки желудка в пищевод. В протоколах операции также отсутствовали данные о признаках ГПОД. Это позволяет предпо-

лагать, что причиной ГЭР у этих больных могли быть моторно—эвакуаторные нарушения, обусловленные тяжестью течения ЯБ.

Через 1,5 — 2,5 года после операции у 3 больных проявления ГЭР сохранились и даже усилились. По шкале Likert симптомы ГЭР оценены как умеренно выраженные. По данным рентгенологического исследования ГПОД не выявлена. При суточном мониторинге pH в пищеводе подтверждено наличие ГЭР на фоне умеренной гипохлоргидрии желудка. Больные после операции вынуждены были периодически применять кислотоснижающие или обволакивающие средства.

Отсутствие достоверных причин ГЭР позволяет предположить, что выделение блуждающих стволов без восстановления пересеченных тканей в зоне брюшной части пищевода могло повлиять на выраженность антирефлюксных свойств пищевода—желудочного перехода и способствовать усилению симптомов ГЭР после операции.

У 34 больных до операции симптомы ГЭР отсутствовали. По данным эндоскопии воспалительные изменения слизистой оболочки пищевода до операции не выявлены. В протоколах эндоскопических исследований только у 4 больных было описание инвагинации слизистой оболочки желудка в пищевод, что расценено как ГПОД I степени.

В отдаленном периоде (через 1 — 4 года после операции) у 9 больных возникли признаки ГЭР, в том числе у 4 — при установленной до операции инвагинации слизистой оболочки желудка в пищевод. По шкале Likert у 5 больных симптомы (изжога, отрыжка, боль за грудиной) умеренно выражены, у 4 — слабо выражены. По данным эндоскопии у больных при умеренно выраженных симптомах ГЭР установлен рефлюкс—эзофагит I степени, которого не было до операции. При изучении кислотообразующей функции желудка pH в теле снижена не менее чем на 30% по сравнению с таковой до операции, что соответствует эффективной ваготомии.

По данным внутрипищеводного pH-мониторинга на фоне нормох-

логридии и гипохлоридрии у 9 больных при наличии симптомов ГЭР подтвержден рефлюкс желудочного сока в пищевод. Индекс DeMeester составлял 17,5 — 38,5. Тест на *Helicobacter pylori* у всех больных был отрицательным. Большинство обследованных больных наблюдали гастроэнтерологи, им назначали ингибиторы протонной помпы, обволакивающие средства, прокинетики, однако эффект был кратковременным. Пациенты из—за повторяющегося ГЭР были вынуж-

дены постоянно соблюдать диету и ограничивать физическую нагрузку.

Изучение причин возникновения ГЭР после выполнения ОСО в сочетании с СПВ или СВ требует более углубленных исследований. Не исключено влияние изменений гормонального фона после ваготомии. Нарушение соотношений между гастроинтестинальными гормонами, в частности, гастрином, мотилином, вазиинтестинальным пептидом и др., возможно, влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера. Од-

нако роль операционной травмы в формировании ГЭР после операции также не исключается.

Таким образом, рассечение тканей в кардиоэзофагеальной зоне при выделении блуждающих стволов и ваготомии может способствовать у некоторых больных формированию или усугублению ГЭР.

Восстановление целостности тканей после выполнения СВ или СПВ в сочетании с фундофренопексией способствует профилактике ГЭР.

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. Велигоцкий Н. Н. Хирургическое лечение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в сочетании с гастроэзофагеальным рефлюксом / Н. Н. Велигоцкий, А. В. Горбулич, В. В. Комарчук // Хірургія України. — 2004. — Т. 9, № 1. — С. 137 — 140.
3. Велигоцкий Н. Н. Хирургия осложненных дуоденальных язв и дуоденопластика / Н. Н. Велигоцкий. — Х.: АТОС, 2009. — 87 с.
4. Опыт лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с учетом кислотопродуцирующей функции желудка / Н. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, А. С. Трушин [и др.] // Харк. хірург. школа. — 2012. — № 3(54). — С. 47 — 49.
5. Ковалев А. И. Состояние пищевода—желудочного перехода у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... д—ра мед. наук / А. Н. Ковалев. — М., 1988. — 45 с.
6. Комарчук В. В. Оценка кислотопродуцирующей функции желудка и диагностика гастроэзофагеального рефлюкса при осложненных формах язвенной болезни / В. В. Комарчук // Харк. хірург. школа. — 2012. — № 3(54). — С. 50 — 52.

ВЕЛЬМИШАНОВНІ КОЛЕГИ!

ДУ «Інститут гастроентерології» НАМН України
ВГО «Українська гастроентерологічна Асоціація»

19-20 червня 2014 р.

у м. Дніпропетровську
проводять

**II наукову сесію Інституту гастроентерології НАМН України
«НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ТЕОРЕТИЧНІЙ
ТА КЛІНІЧНІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ»**

Основні програмні питання

1. Хвороби стравоходу
2. Захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки
3. Клінічна панкреатологія
4. Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів
5. Хронічні запальні захворювання кишечника
6. Дитяча гастроентерологія
7. Хірургічне лікування хвороб органів травлення
8. Організація спеціалізованої служби

Матеріали конференції будуть надруковані в збірнику «Гастроентерологія».
Інформація на сайті gastro.org.ua

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій.
Посвідчення № 597 від 29 липня 2013 р.