

© Л. Я. КОВАЛЬЧУК, І. І. ЛОЙКО

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Органозберігаючі хірургічні втручання при виразковій хворобі в поєднанні з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою

L. YA. KOVALCHUK, I. I. LOYKO

Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky

ORGAN-SAVING SURGERY OF PEPTIC ULCER DISEASE COMBINED WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Проаналізовано результати хірургічного лікування 846 хворих на виразкову хворобу (540 з них на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки і 306 – на виразкову хворобу шлунка), ускладнену пенетрацією, перфорацією, стенозом і кровотечею. Рефлюкс-езофагіт було діагностовано у 137 (25,4 %) пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та у 33 (10,8 %) – з виразковою хворобою шлунка. Пацієнти з рефлюкс-езофагітом були обстежені за допомогою діагностичного комплексу, що включав рентгенологічне дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки, ендоскопічне обстеження, трансабдомінальне УЗД стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки і морфологічне дослідження слизової оболонки стравоходу. Ступінь тяжкості рефлюкс-езофагіту оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією. Частота недостатності кардії залежить від ступеня моторної дисфункції шлунка і гастростазу. Показано, що частота рефлюкс-езофагіту залежить від ускладнень виразкової хвороби. Вона вища (37,6 %) за наявності стенозування. Частота недостатності фізіологічної кардії у хворих на виразку шлунка залежить від типу виразки шлунка за Johnson; чим дистальніше розміщена виразка в шлунку, тим частіше вона супроводжується гастроєзофагеальним рефлюксом. Найчастіше відмічено рефлюкс-езофагіт А, В та С ступенів, у 44,1, 27,6 та 21,2 % пацієнтів відповідно. Рефлюкс-езофагіт ступеня D діагностовано у 12 пацієнтів із виразковою хворобою, що складає 7,1 % від усіх спостережень. За наявності при передопераційному ендоскопічному обстеженні езофагіту ступенів В, С та D, що спостерігали у 95 хворих, основне операційне противиразкове втручання доповнювали антирефлюксною процедурою. Використовували повну фундоплікацію за Ніссеном, часткові фундоплікації за Дором і Тупе, езофагокрурогастропексію, а також операцію Хіла в модифікації проф. Л. Я. Ковальчука. При корекції гастроєзофагеального рефлюксу при хірургічному лікуванні виразкової хвороби повинні бути враховані ступінь езофагіту, локалізація виразки, вид наявного ускладнення виразкової хвороби, характер основного операційного втручання з приводу виразкової хвороби, технічні умови для проведення тієї чи іншої антирефлюксної процедури.

The results of surgical treatment of 846 patients with peptic ulcer disease (540 of them with duodenal ulcer and 306 with gastric ulcer disease), complicated by penetration, perforation, stenosis and bleeding were analyzed. Reflux-esophagitis was diagnosed in 137 (25,4 %) patients with duodenal ulcer and in 33 (10,8 %) – with peptic gastric ulcer. The patients with reflux esophagitis were examined using the diagnostic complex of X-ray study of the stomach and duodenum, endoscopy, transabdominal sonography of the esophagus, stomach and duodenum and morphological studies of esophageal mucosa. The degree of severity of reflux esophagitis was evaluated by Los Angeles classification. The frequency of cardia insufficiency depends directly on the degree of motor dysfunction of stomach and evacuatory gastrostasis. It was shown that the frequency of reflux esophagitis depends on the complication of duodenal ulcer disease. The rate of gastroesophageal reflux is high (37,6 %) when duodenal stenosis is present. The frequency of dysfunction of physiological cardia in patients with gastric ulcers depends on the type of gastric ulcer by Johnson, i.e. the more distally ulcer in the stomach is – the more likely it is accompanied by gastroesophageal reflux. Reflux-esophagitis of A, B and C stages was diagnosed in 44,1 %, 27,6 % and 21,2 % of patients respectively and reflux esophagitis of stage D – in 12 patients with peptic ulcers, representing 7,1% of all observations. In the presence of preoperative endoscopic diagnose of esophagitis of B, C and D stages, which was observed in 95 patients, the complementary antireflux procedure i.e. Nissen fundoplication, partial Dor and Toupe fundoplication, oesophagocrurogastropexy and Hill operation in prof. L. Ya. Kovalchuk's modification was performed. When correction of gastroesophageal reflux in the surgical treatment of peptic ulcer, the degree of esophagitis, ulcer localization, type of ulcer disease complications, the nature of basic intervention concerning peptic ulcer disease, the technical conditions for performing of each antireflux procedure should be taken into account.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. При ускладнених формах виразкової хвороби в 11–60 % хворих діагностується гастроєзофагеальна рефлюксна хво-

роба [1, 2, 3]. Супутній рефлюкс не тільки суттєво видозмінює клінічний перебіг виразкової хвороби, її ускладнень (пенетрація, стеноз, кровотеча), ще й приєднуються додаткові ускладнення –

рефлюкс-езофагіт різного ступеня тяжкості, рубцева стриктура стравоходу, розвиток неопластичних процесів, позастравохідні ускладнення [4, 5, 6]. Крім цього, супутній рефлюкс-езофагіт є причиною незадовільних результатів хірургічного лікування виразкової хвороби [7, 8].

Мета роботи: вивчити частоту гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби у пацієнтів із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки залежно від локалізації виразки та наявних ускладнень, оцінити ступінь вираження рефлюкс-езофагіту та окреслити підходи до симультанної хірургічної корекції рефлюкс-езофагіту при операційному лікуванні з приводу виразкової хвороби.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 846 хворих на виразкову хворобу (із них 540 – виразкову хворобу дванадцятипалої кишки і 306 – виразкову хворобу шлунка), ускладнену пенетрацією, стенозуванням і кровотечею. Вік пацієнтів складав 20–79 років. Чоловіків було 78 %, жінок – 22 %. Тривалість виразкового анамнезу становила 10,5 року.

Хворі із рефлюкс-езофагітом були обстежені з використанням діагностичного комплексу: рентгенологічного дослідження шлунка і дванадцятипалої

кишки, езофагогастродуоденоскопії, морфологічного дослідження біоптатів, трансабдомінального УЗД стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки.

Ендоскопічне дослідження проводили за допомогою відеоендоскопічної системи Fujion езофагогастродуоденоскопом WG-88FP. Досліджували стан слизової оболонки стравоходу, наявність гіперемії, ерозій, виразок, стриктур. Ступінь тяжкості рефлюкс-езофагіту оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією (1998).

Варто зауважити, що можливості езофагогастродуоденоскопії значно розширює ендосонографія стравоходу і шлунка із застосуванням спеціального ультразвукового датчика діаметром 2,5 мм (фірма Aloka-2000).

Результати досліджень та їх обговорення. Частота рефлюкс-езофагіту була відмічена у 137 (25,4 %) із 540 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки і у 33 (10,8 %) із 306 – на виразкову хворобу шлунка (табл. 1).

Збільшення частоти недостатності кардії при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки не випадкове, тобто частота залежить прямо від ступеня порушення моторно-евакуаторної функції шлунка та гастростазу.

Таблиця 1. Частота супутнього рефлюкс-езофагіту залежно від локалізації виразки

Локалізація виразки	Частота рефлюкс-езофагіту	
	абсолютне число	%
Виразка дванадцятипалої кишки, n=540	137	25,4
Виразка шлунка, n=306	33	10,8

Нами також вивчена частота недостатності фізіологічної кардії у хворих із шлунковими виразками, яка залежить від типу виразки шлунка за Johnson (табл. 2).

Як видно із таблиці 2, при власне виразках шлунка (I тип за Johnson) рефлюкс-езофагіт був виявлений у 13 (6,6 %) хворих, при поєднанні виразок шлунка і дванадцятипалої кишки (II тип за Johnson) – у

5 (10,2 %), а при препілоричних виразках шлунка (III тип за Johnson) частота рефлюкс-езофагіту складала 24,6 %, тобто чим дистальніше розміщена виразка в шлунку, тим частіше наявний шлунково-стравохідний рефлюкс.

Нами проаналізована частота рефлюкс-езофагіту, яка залежить від ускладнень виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (табл. 3).

Таблиця 2. Частота супутнього рефлюкс-езофагіту при різних локалізаціях виразок шлунка (n=306)

Тип виразки за Johnson	Частота рефлюкс-езофагіту	
	абсолютне число	%
Власне виразка шлунка (I тип), n=196	13	6,6
Поєднані виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (II тип), n=49	5	10,2
Препілорична виразка шлунка (III тип), n=61	15	24,6
Всього	33	10,8

Таблиця 3. Частота рефлюкс-езофагіту при ускладнених виразках дванадцятипалої кишки (n=540)

Ускладнення	Частота рефлюкс-езофагіту	
	абсолютне число	%
Пенетрація, n=162	28	17,3
Стенозування, n=173	65	37,6
Кровотеча, n=151	36	23,8
Перфорація, n=54	8	14,8
Всього	137	25,4

Так, при виразковому дуоденостенозі частота шлунково-стравохідного рефлюксу становить 37,6%. Залишається високою вона і при кровоточивих виразках (23,8%), і при пенетрації (17,3%).

За характером проведених операційних втручань пацієнти з шлунковими виразками розподілились таким чином (табл. 4).

Як видно з таблиці 4, при операційному лікуванні даної категорії хворих найчастіше використовувались резекційні методики, а саме: резекція шлунка за Більрот-II – у 23,2%, резекція шлунка за Більрот-I – у 28,1% пацієнтів, що відповідає 71 та 86 хворим відповідно. При лікуванні 102 пацієнтів зі шлунковими виразками, що становить 33,3% від

Таблиця 4. Характер операційних втручань у хворих на виразкову хворобу шлунка

Характер операційних втручань	Абсолютне число	%
Резекція шлунка за Більрот-II	71	23,2
Резекція шлунка за Більрот-I	86	28,1
Прицільна резекція ішемізованого сегмента шлунка	102	33,3
Надпілорична резекція шлунка за Більрот-I	14	4,6
Резекція шлунка за Ру	14	4,6
Висічення дуоденальної виразки + дуоденопластика + ПРІСШ	19	6,2
Всього	306	100

загальної кількості даної групи, було використано розроблене в клініці проф. Л. Я. Ковальчуком оперативне втручання ПРІСШ (прицільна резекція ішемізованого сегмента шлунка), яке супроводжується суттєво меншою частотою післяопераційних ускладнень та постгастрорезекційних синдромів, що було показано в ряді робіт. Дане операційне втручання у поєднанні з висіченням дуоденальної виразки і дуоденопластикою було проведено у 19 пацієнтів при поєднанні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (II тип за Johnson), що стано-

вить 6,2%. Серед інших операційних втручань, які були використані в хірургічному лікуванні хворих на виразку шлунка – резекція шлунка за Ру, надпілорична резекція шлунка – по 4,6% пацієнтів.

За характером проведених операційних втручань пацієнти з виразками дванадцятипалої кишки розподілились таким чином (табл. 5).

При хірургічному лікуванні хворих на виразку ДПК проводили такі операційні втручання. У 40% випадків – висічення дуоденальної виразки з дуоденопластикою та СПВ. За даною методикою про-

Таблиця 5. Характер операційних втручань у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки

Характер операційних втручань	Абсолютне число	%
Резекція шлунка за Більрот-II	95	17,6
Резекція шлунка за Більрот-I	21	3,9
Резекція шлунка за Більрот-II + СтВ	139	25,7
Висічення дуоденальної виразки + дуоденопластика + СПВ	216	40
Задній гастроентероанастомоз + СтВ	14	2,6
Висічення виразки + пілоропластика + СтВ	37	6,9
Висічення виразки + пілоропластика + СВ	18	3,3
Всього	540	100

оперовано 216 пацієнтів. Резекцію шлунка за Більрот-II ізольовано проведено 95 пацієнтам та в поєднанні з ваготомією – 139 хворим, що становить 17,6 і 25,7 % відповідно. Суттєво рідше застосовувались резекція шлунка за Більрот-I (21 пацієнт – 3,9 %), гастроентеростомія з СтВ (14 хворих – 2,6 %) та висічення дуоденальної виразки з пілопропластиком і ваготомією (55 хворих – 10,2 %). В останньому випадку використовували стовбурову (6,9 %) та селективну (3,3 %) ваготомію у 37 та 18 хворих відповідно.

У 100 % пацієнтів, у яких на фоні виразкової хвороби виявляли при ендоскопічному обстеженні верхніх відділів шлунково-кишкового тракту ознаки рефлюкс-езофагіту, спостерігали клініку ГЕРХ.

При аналізі частоти рефлюкс-езофагіту використовували Лос-Анджелеську класифікацію (1998), яка прийшла на зміну класифікації Savary-

Miller і на сьогодні є загальноприйнятою. Згідно з нею виділяють чотири ступені езофагіту.

1. А – одне або кілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, кожне з яких завдовжки не більше 5 мм і обмежене складками слизової оболонки.

2. В – одне або кілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу завдовжки більше 5 мм, обмежені складками слизової оболонки і не зливаються між собою (складками).

3. С – одне або кілька пошкоджень слизової оболонки стравоходу, розташовані по складках і між ними, але займають менше 75 % кола стравоходу.

4. D – пошкодження слизової оболонки стравоходу, що охоплюють 75 % і більше його кола.

Зведені дані ступеня вираження рефлюкс-езофагіту у пацієнтів із виразковою хворобою представлені в таблиці 6.

Таблиця 6. Ступінь вираження рефлюкс-езофагіту у пацієнтів із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки (n=170)

Ступінь езофагіту	Кількість хворих	Частота, %
A	75	44,1
B	47	27,6
C	36	21,2
D	12	7,1

Як видно з таблиці, найчастіше відмічено рефлюкс-езофагіт А, В та С ступенів, у 75, 47 та 36 пацієнтів відповідно. Рефлюкс-езофагіт ступеня D діагностовано у 12 пацієнтів із виразковою хворобою, що складає 7,1 % від усіх спостережень.

При проведенні операційного лікування хворих на виразкову хворобу у випадках наявного рефлюкс-езофагіту та ГЕРХ лікування доповнювалось терапією, спрямованою на корекцію гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що мало на меті пришвидшити загоєння слизової оболонки нижньої третини стравоходу, усунути прояви ГЕРХ. Контролем ефективності такого лікування слугували повна відсутність ендоскопічних ознак езофагіту при контрольному обстеженні або ж зменшення ступеня езофагіту, а також відсутність клінічних ознак ГЕРХ після лікування.

Із 170 хворих, оперованих із приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, у 75 пацієнтів хірургічна корекція рефлюкс-езофагіту в ділянці стравохідно-шлункового переходу не проводилась. Це були хворі з діагностованим езофагітом ступеня А за Лос-Анджелеською класифікацією. Даним пацієнтам на доповнення до основного операційного втручання з приводу виразкової

хвороби проведено до- та післяопераційне лікування антисекреторними препаратами, засобами, що нормалізують моторику ШКТ, та дієтотерапією.

За наявності при передопераційному ендоскопічному обстеженні езофагіту ступенів В, С та D, що спостерігали у 95 хворих, основне операційне противиразкове втручання доповнювали антирефлюксною процедурою.

До вибору такої процедури підходили також диференційовано. Враховували ступінь езофагіту за Лос-Анджелеською класифікацією, дані багаточислової біопсії шлунка та нижньої третини стравоходу, локалізацію виразки, характер основного операційного втручання з приводу виразкової хвороби, загальний стан оперованого пацієнта та ступінь операційного ризику, технічні умови для проведення тієї чи іншої антирефлюксної процедури.

Використовували повну фундоплікацію за Ніссеном, часткові фундоплікації за Дором та Тупе, езофагокрурогастропексію, а також операцію Хіла в модифікації проф. Л. Я. Ковальчука.

Розподіл антирефлюксних втручань наведено у таблиці 7.

Модифіковану операцію Хіла у 6 пацієнтів проводили за наявності значного розширення страво-

Таблиця 7. Розподіл антирефлюксних втручань у пацієнтів із виразковою хворобою (n=95)

Антирефлюксне втручання	Кількість втручань	% від усіх проведених
Фундоплікація за Ніссеном	49	51,6
Фундоплікація за Дором	6	6,3
Фундоплікація за Тупе	7	7,4
Езофагокрурогастропексія	27	28,4
Модифікована операція Хіла	6	6,3

хідного отвору діафрагми, діагностованого інтраопераційно, за наявності езофагіту ступеня D, виявленого при передопераційному ендоскопічному обстеженні. Езофагокрурогастропексію було проведено 25 пацієнтам з езофагітом ступеня B та двом зі ступенем C. Решті пацієнтів основне операційне втручання доповнювалось повною або ж частковою фундоплікацією.

Висновки. 1. Частота рефлюкс-езофагіту залежить від ускладнень виразкової хвороби. Вона найвища за наявності стенозування.

2. Частота недостатності фізіологічної кардії у хворих на виразку шлунка залежить від типу виразки шлунка за Johnson; чим дистальніше розміщена виразка в шлунку, тим частіше вона супроводжується гастроєзофагеальним рефлюксом.

3. При корекції гастроєзофагеального рефлюксу при хірургічному лікуванні виразкової хвороби повинні бути враховані ступінь езофагіту, локалізація виразки, вид наявного ускладнення виразкової хвороби, характер основного операційного втручання з приводу виразкової хвороби, технічні умови для проведення тієї чи іншої антирефлюксної процедури.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Эндоскопическая и морфологическая диагностика гастроэзофагеального рефлюкса / М. М. Абакумов, Т. П. Пинчук, И. Е. Галанкина [и др.] // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, № 6. – С. 11–16.
2. Вдовиченко В. І. Особливості перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, обтяженої дуоденогастроєзофагеальним рефлюксом / В. І. Вдовиченко, Г. І. Ковальчук // Acta Medica Leopoliensia. – 2003. – Vol. 9, № 3. – С. 99–102.
3. Рефлюкс-езофагит при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом / Д. М. Кадыров, Д. М. Ишанкулова, Д. М. Курбонов, Ф. Д. Кодиров // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 27–32.
4. Рефлюкс-езофагітні зміни з позиції лікаря-ендоскопіста / Є. С. Демчук, М. І. Ткачук, Ю. А. Дорожинський [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 3. – С. 147.
5. Острогляд А. В. Значення мікроскопії біопатів слизової оболонки стравоходу для діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби / А. В. Острогляд // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 2 (28). – С. 12–15.
6. Рішко В. В. Поєднане хірургічне лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки та рефлюкс-езофагіту / В. В. Рішко // Клінічна хірургія. – 2006. – № 1. – С. 17–19.
7. Хірургічне лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби стравоходу у кінцевій стадії, поєднаної з гастродуоденальною виразкою / В. Ф. Саснко, С. Д. Мясоедов, С. А. Андреев, П. А. Кондратенко // Клінічна хірургія. – 2006. – № 4–5. – С. 24–25.
8. Шептулин А. А. “Внепищеводные” проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А. А. Шептулин, В. А. Киприанис // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2005. – Т. XV, № 5. – С. 10–15.

Отримано 15.02.11