

© Д. О. СМЕЦКОВ¹, Н. М. ГОНЧАРОВА², Т. П. ЯВОРСЬКА¹

КЗОЗ “Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медицини та медицини катастроф”, Харків¹
Харківський національний медичний університет МОЗ України²

Післяопераційний рефлюкс-гастрит у хворих, оперованих із приводу перфоративної виразки

Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування хворих, оперованих з приводу перфоративної виразки.

Матеріали і методи. У період з 2005 до 2015 р. ми прооперували 204 хворі із приводу перфоративної виразки. Пацієнтам виконували органозберігаючі операції у поєднанні з одним із видів ваготомії, а також висікання виразкового субстрату з одним із видів пілоропластики без ваготомії та ушивання перфоративного отвору як із традиційного доступу, так і лапароскопічно.

Результати досліджень та їх обговорення. При закиданні дуоденального вмісту в шлунок відбувається його взаємодія з вмістом шлунка з утворенням вільних іонів водню H^+ , що, в свою чергу, призводить до різкого підвищення кислотності в цій зоні. Надалі відбувається зворотна перфузія іонів H^+ в слизову оболонку. У хворих з рефлюксом II ступеня виявлено площинні ерозії та ерозії змішаного типу, у решти хворих спостерігали наявність дрібнокрапкових ерозій. У хворих із рецидивом виразкової хвороби був рефлюкс II-III ступеня. Аналіз причин рецидиву виразкової хвороби і розвитку езофагогастроуденіту показав, що ці захворювання розвиваються не тільки на тлі підвищеної кислотопродукції внаслідок неповної ваготомії у 2 (1,9 %) хворих, а й при нормальній кислотопродукції у 3 (2,9 %) хворих.

Ключові слова: виразкова хвороба; перфоративна виразка; операційне лікування; ваготомія; віддалені результати; рефлюкс-гастрит.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Проблема виразкової хвороби (ВХ) на початку нинішнього століття стоїть, на жаль, не менш гостро, ніж в середині і наприкінці минулого. І якщо питання консервативного та операційного лікування вирішуються більш-менш благополучно, то питання профілактики рецидиву виразки і ерозивного гастроуденіту розроблені недостатньо [1, 2, 3]. Для того ж, щоб ефективно займатися профілактикою, необхідно детально вивчити всі причини, які призводять до розвитку цих грізних ускладнень. До сьогодні рефлюкс-гастрит – найменш вивчене ускладнення післяопераційного періоду хворих, оперованих із приводу перфоративної пілородуоденальної виразки [4, 5]. На підставі проведеного обстеження вважаємо його найбільш реальною причиною в розвитку як ерозивного гастроуденіту, так і рецидиву виразки.

Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування хворих, оперованих з приводу перфоративної виразки.

Матеріали і методи. Ми прооперували 204 хворі з приводу перфоративної виразки в період з 2005 до 2015 р. Пацієнтам виконували органозберігаючі операції у поєднанні з одним із видів ваготомії, а також висікання виразкового субстрату з одним із видів пілоропластики без ваготомії та ушивання перфоративного отвору як із традиційного доступу, так і лапароскопічно. Для виконан-

ня ваготомії ми користувалися розробленим нами алгоритмом. Показання для стовбурової ваготомії (СТВ) були: розповсюджені форми фібринозно-гнійного перитоніту; тяжка супутня патологія; порушення топографії нерва Латарже у вигляді ожиріння і деформації малого сальника. Селективну ваготомію (СВ) виконували за таких умов: при розповсюджених формах перитоніту з перфорацією пілородуоденальної виразки; при перфорації пілородуоденальної виразки з порушенням топографії нерва Латарже; при інфільтрації та ожирінні малого сальника; при високому операційному ризику. Селективну проксимальну ваготомію (СПВ) виконували при: відсутності тяжкої супутньої патології, дуоденальній локалізації виразки, відсутності патології малого сальника. Для виконання операційних втручань без ваготомії із традиційного і лапароскопічного доступів використовували наступні дані: виконувалась інтраопераційна трансдуоденальна інтрагастральна рН-метрія за власною методикою (пат. України на корисну модель №93193 від 25.09.2016 р.), на основі отриманих даних дійшли висновку, що при рН вище 2,0 у антральному відділі показані висікання виразки та ваготомія, при рН нижче від 2,0 можна обмежитися ушиванням виразки з наступною антисекреторною корекцією інгібіторами протонної помпи у післяопераційному періоді. Також ми запропонували метод дослідження ступеня проліферативної активності в перфоративній виразці, який засновано на використанні імуногіс-

тохімічного методу визначення експресії антигену Ki-67. При наявності у зразках тканин ділянки виразкового дефекту кількості Ki-67-позитивних клітин 20 % і вище, вважали, що рівень проліферації у ділянці виразки достатньо високий для вибору методу ушивання виразки, без висікання виразкового субстрату. Пацієнтів обстежували протягом від 1 до 5 років. Виконували рентгеноконтрастне дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), електрогастрографію, внутрішньошлункову балонOMETрію, езофагофіброгастро-дуоденоскопію (ЕФГДС), внутрішньошлункову рН-метрію та виявлення хелікобактеріозу, клініко-лабораторне обстеження.

Результати досліджень та їх обговорення.

Відмінні результати після операції спостерігали у 22 (21,4 %) пацієнтів, яким були виконані СПВ – 15 (14,6 %) хворих і комбінована селективна проксимальна ваготомія (КСПВ) – 7 (6,8 %) хворих, у 53 (52,5 %) пацієнтів після лапароскопічних втручань і у 5 (4,9 %) хворих після пілородуоденопластики (ПДП) без ВТ. Хворі не скаржилися на самопочуття, їх працездатність була повністю відновлена, діти особливо не дотримувалися, тобто були практично здорові.

Добрі результати після операції спостерігали у 32 (31,1 %) хворих, яким були виконані СТВ – 12 (11,7 %), СВ – 14 (13,6 %), СПВ – 4 (3,9 %), КСПВ – 2 (1,9 %) пацієнти. У більшості цих хворих спостерігали рефлюкс-гастрит (РГ) I ступеня – 15 (14,6 %) хворих, гастрит (ГС) легкого ступеня – 12 (11,8 %) хворих, демпінг-синдром (ДС) легкого ступеня – 2 (1,9 %) хворі, діарея легкого ступеня – 3 (2,9 %) хворі. Також добрі результати були у 23 (22,8 %) хворих, яким виконані операції без ВТ, так у 3 (2,9 %) пацієнтів після лапароскопічних втручань, у 13 (12,9 %) – після ПДП без ВТ, 7 (6,9 %) – після ушивання перфоративної виразки без ВТ. У більшості хворих спостерігали РГ I ступеня – 5 (4,9 %) пацієнтів, ГС легкого ступеня – 3 (2,9 %) хворих, ерозивний гастродуоденіт (ЕГД) – 3 (2,9 %) пацієнтів.

Задовільні результати після операції спостерігалися у 26 (25,2 %) хворих, яким була виконана СТВ в 11 (10,7 %) випадках, СВ – в 12 (11,7 %), СПВ – 2 (1,9 %), КСПВ – в одному (0,9 %) випадку. Дані результати були зумовлені РГ II–III ступеня – 12 (11,8 %) хворих, ГС – 11 (10,7 %) хворих, ЕГД – 5 (4,8 %) хворих, виражена діарея – 3 (2,9 %) хворих, ДС середнього ступеня тяжкості – 3 (2,9 %) хворих. Працездатність була знижена у 14 (13,6 %) пацієнтів. Дефіцит маси тіла від 3 до 6 кг спостерігали у 16 (15,5 %) хворих. Такі ж

порушення призвели до розвитку негативних результатів у термін до одного року після операцій у 23 (22,3 %) хворих, яким була виконана СТВ у 15 (14,6 %) пацієнтів, СВ – у 8 (7,8 %) пацієнтів. Основними причинами поганих результатів у даних хворих, що призвели до порушення їх працездатності і потребували стаціонарного і надалі амбулаторного лікування, були виражений РГ – 12 (11,7 %) хворих, у поєднанні з ГС у 9 (8,7 %) хворих, ЕГД – у 11 (10,7 %), ДС – у 5 (4,9 %) хворих, діареї – у 6 (5,9 %) хворих. При цьому якщо симптоми ЕГД спостерігали у даних хворих до операції, то всі інші, як постваготомні симптоми з'явилися в різні терміни після неї: РГ – на 3–10-у добу, ГС – на 3-5-у добу, ДС – на 5–10-у добу, діарея – на 1–7-й місяць. Задовільні результати після операції спостерігали у 14 (13,9 %) хворих, яким виконані операції без ВТ, так у 6 (5,9 %) – після ПДП без ВТ, у 8 (7,9 %) – після ушивання перфоративної виразки без ВТ. Ці результати були обґрунтовані ускладненнями, які супроводжували виразкову хворобу, які спостерігалися і до операції: РГ II–III ступеня – 9 (8,9 %) хворих, ГС – 7 (6,9 %), ЕГД – 5 (4,9 %) хворих. Крім того, на наявність задовільних результатів у цих хворих впливали: довготривалість перфорації до операції більше ніж 6 год – 15 (14,9 %) хворих, наявність перитоніту – 19 (18,9 %), вік старше 70 років – 7 (6,9 %) пацієнтів, тяжкий ранній післяопераційний період з ускладненнями (нагноєння післяопераційної рани – 2 (1,9 %) пацієнта, післяопераційна пневмонія – 3 (2,9 %) хворих, парез кишечника – 5 (4,9 %) пацієнта, панкреатит – 3 (2,9 %) хворих.

У терміни до 3 років після операції кількість відмінних результатів збільшилася до 27 (26,2 %) випадків, але тільки у хворих, які перенесли СПВ – 18 (17,5 %) випадків і КСПВ – 9 (8,7 %) хворих, які скарж не висували і вважали себе здоровими людьми.

Кількість добрих результатів також збільшилася до 50 (48,5 %) випадків, але тільки у хворих, які перенесли СТВ – 22 (21,4 %) випадки, СВ – 24 (23,3 %) випадки. У хворих, які перенесли СПВ, – 2 (1,9 %) випадки, КСПВ – один (0,9 %) випадок, спостерігалось зменшення кількості добрих результатів у бік відмінних. При цьому основними скаргами у хворих були симптоми РГ, які не вимагали спеціалізованого лікування і не порушували працездатності пацієнтів.

Задовільні результати спостерігалися у 15 (14,6 %) хворих, велика частина з яких – це 9 (8,7 %) хворих, які перенесли СТВ, а також СВ – 6 (5,8 %) пацієнтів. Основними причинами задовільних результатів були РГ II–III ст. – 11 (10,7 %) хворих,

в поєднанні з ЕГД – 4 (3,9 %) випадки, що вимагало проведення спеціалізованої терапії.

Погані результати спостерігалися у 11 (10,7 %) хворих після виконання СТВ – 7 (6,8 %) випадків, після СВ – 4 (3,9 %) випадки. Причинами поганих результатів були виражені постваготомні порушення: ГС – 3 (2,9 %) хворі, РГ – 6 (5,8 %) хворих, діарея – 4 (3,9 %) хворі, ДС – 2 (1,9 %), ЕГД – 4 (3,9 %) хворі, у яких була порушена працездатність і вимагало стаціонарно та амбулаторно лікування. Незважаючи на проведену терапію, у 2-х (1,9 %) хворих, які перенесли СТВ, розвинувся рецидив ВХ ДПК. Погані результати спостерігали у 6 (5,9 %) хворих без ВТ. Причинами поганих результатів були виражений РГ – у 2 (1,9 %) пацієнтів, у поєднанні з ГС у 3 (2,9 %) хворих, ЕГД – у одного (0,9 %) пацієнта, ДС – у 2 (1,9 %) хворих. При цьому ці симптоми спостерігались у хворих до операції, як прояви виразкової хвороби.

У хворих, які перенесли СПВ і КСПВ, задовільних і поганих результатів у терміни після одного року після операції не спостерігали. У терміни обстеження до 5 років після операції кількість відмінних результатів збільшилася до 30 (29,1 %) випадків, але тільки у хворих, які перенесли СПВ – 21 (20,4 %) випадок і КСПВ – 9 (8,7 %) хворих, які не скаржилися і вважали себе здоровими людьми. Кількість хороших результатів також збільшилася до 55 (53,4 %) випадків, але тільки у хворих, які перенесли СТВ – 26 (25,2%) випадків, СВ – 28 (27,2 %) випадків. При цьому особливих скарг у даних хворих не було, але при ендоскопічному і рентгеноконтрастному дослідженні проявлялися симптоми РГ, які не вимагали спеціалізованого лікування і не порушували працездатності пацієнтів. Кількість задовільних результатів знизилася до 11 (10,7 %) випадків, велика частина з яких – це 7 (6,8 %) хворих, які перенесли СТВ, а також СВ – 4 (3,9 %) пацієнти. Основними причинами задовільних результатів були РГ II-III ст. – 8 (7,8 %) хворих, в поєднанні з ЕГД – 3 (2,9 %) випадки, що вимагало проведення спеціалізованої терапії. Кількість негативних результатів також зменшилася до 7 (6,8 %) випадків після виконання СТВ – 5 (4,9 %) хворих, після СВ – 2 (1,9 %) пацієнти. Причинами негативних результатів були постваготомні порушення, які постійно зберігалися: РГ спостерігався у всіх 7 (6,8 %) хворих, в поєднанні з ЕГД у 3 (2,9 %) хворих, діареєю – у 2 (1,9 %) хворих, ГС – у одного (0,9 %) хворого. Незважаючи на проведену терапію, у 2-х (1,9 %) хворих, які перенесли СТВ, і у одного (0,9 %) хворого після СВ розвинувся рецидив ВХ ДПК. У 5 (4,9 %) хворих розвинулася гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ): після СТВ – у 3

(2,9 %) пацієнтів, після СВ – у 2 (1,9 %) хворих. При цьому у 2-х (1,9 %) хворих на тлі ГЕРХ II-III ст. з формуванням грижі стравохідного отвору діафрагми (ГПОД) II-III ст. розвинувся рецидив ВХ ДПК у поєднанні з жовчнокам'яною хворобою в одному (0,9 %) випадку – синдром Каста, що вимагало проведення повторних операційних втручань у хворих. Всього в період від 3 до 5 років повторні операційні втручання виконано 5 (4,9 %) хворим групи порівняння: 4 (3,9 %) – після СТВ, одному (0,9 %) – після СВ. У всіх хворих був рецидив ВХ ДПК у поєднанні з ГЕРХ у 3 (2,9 %) пацієнтів, з РГ і дуоденостазом – у 2 (1,9 %) хворих.

У терміни до 3 років після операції кількість відмінних результатів у хворих без ВТ збільшилася до 65 (64,4 %) випадків, але тільки у хворих з лапароскопічними втручаннями – 56 (55,4 %) і при ПДП без ВТ – 9 (8,9 %) хворих, які не скаржилися і вважали себе здоровими людьми. Кількість добрих результатів також збільшилася до 17 (16,8 %) випадків, але тільки у хворих із ПДП без ВТ – 12 (11,9 %) випадків, з ушиванням перфоративної виразки без ВТ – 5 (4,9 %) випадків. При цьому основними скаргами у даних хворих були симптоми РГ, які не вимагали спеціалізованого лікування і не порушували працездатності пацієнтів. Задовільні результати спостерігалися у 12 (11,9 %) хворих, велика частина з яких – це 8 (7,9 %) хворих з ушиванням перфоративної виразки без ВТ, а також у 4 (3,9 %) хворих з ПДП без ВТ. Основними причинами задовільних результатів були РГ II-III ст. – 7 (6,9 %) хворих, в поєднанні з ЕГД – 5 (4,9 %) випадків, що вимагало проведення спеціалізованої терапії. Погані результати спостерігалися у 7 (6,9 %) хворих: з ушиванням перфоративної виразки без ВТ – 6 (5,9 %) випадків та у хворих з ПДП без ВТ – один (0,9 %) випадок. Причинами негативних результатів були виражені доопераційні порушення: розлитий фібринозно-гнійний перитоніт – у 5 (4,9 %) випадках, тяжкі супутні соматичні захворювання – 4 (3,9 %) хворих, у яких була порушена працездатність, вимагало стаціонарного та амбулаторного лікування. Незважаючи на проведену терапію, у 2-х (1,9 %) хворих з ушиванням перфоративної виразки без ВТ розвинувся рецидив ВХ ДПК. У хворих з лапароскопічними втручаннями задовільних і незадовільних результатів у період після одного року після операції не спостерігали.

На нашу думку, при закиданні дуоденального вмісту в шлунок відбувається його взаємодія з вмістом шлунка з утворенням вільних іонів водню Н⁺, що, в свою чергу, призводить до різкого підвищення кислотності в цій зоні. Надалі відбувається зворотна перфузія іонів Н⁺ в слизову оболонку

ку. При достатній концентрації ці іони руйнують клітини слизової з утворенням або ерозій, або виразок, що і проявляється відповідною клінікою. У хворих з рефлюксом II ступеня виявлено площинні ерозії та ерозії змішаного типу, у решти хворих зазначалося наявність дрібнокрапкових ерозій. У хворих з рецидивом виразкової хвороби був рефлюкс II–III ступеня. З огляду на те, що рефлюкс дуоденального вмісту спостерігався у всіх хворих з ерозивним гастродуоденітом і рецидивом виразки, їм всім проводили комплексну консервативну терапію. Застосовувалися препарати, які поліпшували моторику як шлунка, так і ДПК, інгібітори H2-рецепторів і інгібітори протонної помпи. Також проводилася ерадикація *Helicobacter pylori* за допомогою триплексної терапії, що складається з омепразолу, кларитроміцину та метронідазолу. При відсутності ефекту в ерадикації хелікобактерної інфекції триплексною терапією до лікування додавали де-нол. На тлі проведеної терапії спостерігали поліпшення стану слизової шлунка.

Аналіз причин рецидиву ВХ і розвитку ЕГД показав, що ці захворювання розвиваються не тільки на тлі підвищеної кислотопродукції внаслідок неповної ВТ у 2 (1,9 %) хворих, а й при нормальній кислотопродукції у 3 (2,9 %) хворих. У цих випадках рецидиву ВХ і ЕГД були зумовлені рефлюксом вмісту ДПК у шлунок і порушенням дуоденальної прохідності функціональної природи внаслідок

постваготомних порушень моторики шлунково-кишкового тракту. І хоча порушення дуоденальної прохідності могли мати місце і до операції, проте їх поглибленню, напевно, сприяла інтраопераційна мобілізація ДПК за Кохером–Клермоном, а саме грубе маніпулювання при цьому.

Висновки. Рефлюкс дуоденального вмісту в порожнину шлунка є пусковим моментом як у розвитку рецидиву виразкової хвороби, так і ерозивного гастродуоденіту. Найбільш дієвим заходом, спрямованим на профілактику розвитку рефлюкс-гастриту, є збереження замикальних функції пілоричного жому під час операції. Всім хворим, які перенесли пілорусруйнуючу операцію, слід з першої доби призначати препарати, які нормалізують моторику шлунка і дванадцятипалої кишки з метою профілактики рефлюкс-гастриту як пускового механізму рецидиву виразки і ерозивного гастродуоденіту. При наявності протипоказань з урахуванням інтраопераційного рН вище 2,0 та експресії антигену Ki-67 більше 20 % можна рекомендувати ушивання перфоративної виразки з лапароскопічного або лапаротомного доступів без ВТ з подальшою терапією блокаторами протонної помпи.

Перспективи подальших досліджень. Дослідження якості життя хворих у віддаленому післяопераційному періоді (у терміни від 7 до 10 років).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Галиев Ш. З. Дуоденогастральный рефлюкс как причина развития рефлюкс-гастрита / Ш. З. Галиев, Н. Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. – 2015. – Том 8, вып. 5. – С. 50–61.
2. Дуоденогастральный рефлюкс та його вплив на вираженість морфологічних змін слизової оболонки шлунка / Ю. М. Степанов, О. М. Коваленко, А. В. Саленко // Медичні перспективи. – 2015. – Том XX, вип. 3. – С. 21–26.
3. Оценка функционального состояния желудочно-кишечных анастомозов после повторной и реконструктив-

- ной резекции желудка / А. М. Мехманов, А. М. Хаджибаев, З. К. Гафуров [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2010. – № 5. – С. 33–36.
4. Бородин Н. А. Осложнения хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / Н. А. Бородин // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. XIV, № 4. – С. 66–69.
5. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: single-center results / S. Guadagni, I. Cengeli, C. Galatioto [et al.] // Surg. Endosc. – 2014. – Vol. 28, No. 8. – P. 2302–2308.

REFERENCES

1. Galiyev, Sh.Z. (2015). Duodenogastralny refluks kak prichina razvitiya refluks-gastrita [Duodenogastric reflux as a cause of the development of reflux-gastritis]. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny – Journal of Modern Clinical Medicine*, 8, 5, 50-61 [in Russian].
2. Stepanov, Yu.M., Kovalenko, O.M., & Salenko, A.V. (2015). Duodenoastralniy refluks ta yoho vplyv na vyrazhenist morfolohichnykh zmin slyzovoy obolonky shlunka [Duodenogastric reflux and its effect on the severity of morphological changes in the mucous membrane of the stomach]. *Medychni perspektyvy – Medical Perspectives*, 20, 21-26 [in Ukrainian].
3. Mekhmanov, A.M., Khadzhybaev, A.M., Gafurov, Z.K., Pakirdinov, A.S., Kutlikov, s., & Mekhmanov, A.A. (2010) Otsenka funktsyonalnogo sostoyaniya zheludochno-kyshechnykh

- anastomozov posle povtornoy i rekonstruktivnoy rezektsyy zheludka [Estimation of the functional state of gastrointestinal anastomoses after the repeated and reconstructive resection of the stomach]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal by N.I. Pirogov*, 5, 33-36 [in Russian].
4. Borodin, N.A. (2007) Oslozhneniya khirurgicheskogo lecheniya perforativnoy yazyu zheludka i dvennadtsatyperstnoy kishki [Complications of surgical treatment of perforative ulcer of the stomach and duodenum] *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy – Journal of New Medical Technologies*, 14, 4, 66-69 [in Russian].
5. Guadagni, S., Cengeli, I., & Galatioto, C. (2014). Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: single-center results. *Surg. Endosc.*, 28 (8), 2302-2308.

Отримано 18.09.2017

З ДОСВІДУ РОБОТИ

¹ D. O. SMETSKOV, ² N. M. GONCHAROVA, ¹ T. P. YAVORSKA

Communal Healthcare Establishment "Regional Clinical Hospital – Emergency Medicine and Disaster Medicine Center", Kharkiv¹
Kharkiv National Medical University, Ministry of Health of Ukraine²

POSTOPERATIVE REFLUX-GASTRITIS IN PATIENTS UNDERGONE A PERFORATIVE ULCER SURGICAL INTERVENTION

The aim of the work: to improve the results of surgical treatment of patients with perforated ulcers.

Materials and Methods. We have operated 204 patients with perforated ulcers in the period from 2005 to 2015. The patients underwent organ-saving surgical interventions in combination with one of the types of vagotomy, as well as the excision of the ulcerous substrate with one type of pyloroplasty without vagotomy and perforation of the perforation, both from the traditional access and the laparoscopic.

Results and Discussion. When throwing duodenal contents into the stomach, it interacts with the contents of the stomach to form free ions of hydrogen H⁺, which in turn leads to a sharp increase in acidity in this area. In the future, the reverse perfusion of H⁺ ions occurs in the mucous membrane. In patients with reflux of degree II we revealed plane erosion and erosion of mixed type, the rest of the patients noted the presence of small-color erosion. Patients with recurrent peptic ulcer had a reflux II-III degree. The analysis of the causes of recurrence of peptic ulcer and the development of esophagogastroduodenitis showed that these diseases develop not only against the background of increased acid production due to incomplete vagotomy in 2 (1.9 %) patients, but also with normal acid production in 3 (2.9 %) patients.

Key words: peptic ulcer; perforated ulcer; operative treatment; vagotomy; distant results; reflux gastritis.

Д. А. СМЕЦКОВ¹, Н. Н. ГОНЧАРОВА², Т. П. ЯВОРСКАЯ¹

КУЗО "Областная клиническая больница – Центр экстренной медицины и медицины катастроф", Харьков¹
Харьковский национальный медицинский университет МЗ Украины²

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения больных, оперированных по поводу перфоративной язвы.

Материалы и методы. Нами прооперировано 204 больных по поводу перфоративной язвы в период с 2005 по 2015 годы. Пациентам выполнялись органосохраняющие операции в сочетании с одним из видов ваготомии, а также иссечение язвенного субстрата с одним из видов пилороластики без ваготомии и ушивание перфоративного отверстия как из традиционного доступа, так и лапароскопически.

Результаты исследований и их обсуждение. При забросе дуоденального содержимого в желудок происходит его взаимодействие с содержимым желудка с образованием свободных ионов водорода H⁺, в свою очередь, приводит к резкому повышению кислотности в этой зоне. В дальнейшем происходит обратная перфузия ионов H⁺ в слизистую оболочку. У больных с рефлюксом II степени выявлено плоскостные эрозии и эрозии смешанного типа, у остальных больных отмечалось наличие мелкоочечных эрозий. У больных с рецидивом язвенной болезни был рефлюкс II–III степени. Анализ причин рецидива язвенной болезни и развития эзофагогастродуоденита показал, что эти заболевания развиваются не только на фоне повышенной кислотопродукции вследствие неполной ваготомии у 2 (1,9 %) больных, но и при нормальной кислотопродукции у 3 (2,9 %) больных.

Ключевые слова: язвенная болезнь; перфоративная язва; оперативное лечение; ваготомия; отдаленные результаты; рефлюкс-гастрит.