

РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Щербатых А.В., Реут А.А., Кузнецов С.М.

(Иркутский медицинский университет.
Кафедра факультетской хирургии (зав. – проф. Реут А.А.)

Резюме. Описан опыт обследования и лечения 102 больных с рефлюкс-гастритом при хронической дуоденной непроходимости. Для достоверной диагностики рефлюкс-гастрита проводится комплексное обследование больных. Показания к операции у больных с рефлюкс-гастритом определяются основным заболеванием, а выбор метода операции осуществляется с учетом коррекции хронической дуоденальной непроходимости и дуоденогастрального рефлюкса. Полученные результаты показывают эффективность применяемых методик лечения рефлюкс-гастрита.

До недавнего времени в литературе дискутировался вопрос, существует ли гастрит, обусловленный дуоденогастральным рефлюксом (ДГР), а если существует, имеет ли характерную, свойственную только ему клинико-морфологическую картину. Однако огромное количество экспериментальных и клинических работ убедительно свидетельствуют, что ДГР может вызвать гастрит (Н.П. Акимов и соавт., 1977; Т.Д. Канарейцева и соавт., 1985). К этим факторам, наряду со многими другими, относятся моторно-эвакуаторные нарушения 12-перстной кишки, независимо от того, первичные или вторичные выявления нарушения, механического или функционального они характера (З.А. Бериашвили, 1979).

Материал и методы исследования

В настоящей работе проведены клинические исследования и результаты 102 больных с рефлюкс-гастритом на фоне хронической дуоденальной непроходимости (ХДН). Больные распределены на группы. У 36 больных рефлюкс-гастрит развился на фоне изолированной ХДН, у 34 – его течение сочеталось с хроническим калькулезным холециститом, у 32 – с язвой 12-перстной кишки.

Женщин было 64/62,8%, (мужчин – 38/37,2%). Возраст больных колебался от 16 до 77 лет.

Результаты и обсуждение

Клиника рефлюкс-гастрита разнообразна и должна выявляться на фоне клиники основного заболевания. Иногда даже целенаправленные беседы с больными не позволили нам обнаружить каких-либо отклонений от типичных признаков основного заболевания, несмотря на

подтвержденный рефлюкс-гастрит, что было выражено особенно в группе с язвой 12-перстной кишки у 37,5% больных. Типичные проявления рефлюкс-гастрита – боли и жжение в эпигастрии, усиливающиеся после еды, горечь во рту, рвота с примесью желчи отмечены у 22 (64,7%) больных с калькулезным холециститом, у 16 (50%) больных с язвой 12-перстной кишки, у 32 (88,8) – в группе с изолированной ХДН. Признаки кишечной диспепсии отмечены у всех больных.

Рентгенологическое исследование занимает в настоящее время ведущее место в постановке диагноза ХДН. Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки позволила у 62 (60,8%) больных выявить признаки, подтверждающие антральный рефлюкс-гастрит – изменение рельефа слизистой оболочки выходного отдела желудка, деформацию этой области, сужение и укорочение антрального отдела. Прямые признаки ХДН – задержка контраста в 12-перстной кишке свыше 45 секунд, расширение ее диаметра свыше 4,5 см., ДГР выявлены у 42 (41,2%) больных. Для подтверждения или исключения механического препятствия на пути пассажа бария по 12-перстной кишке 96 больным проведена релаксационная зондовая дуоденография. В 64 (66,5%) наблюдениях выявлена механическая причина ХДН. В 7 (7,3%) случаях патологии при дуоденографии не выявлено.

Фиброгастроскопическое исследование мы считаем обязательным методом диагностики рефлюкс-гастрита, позволяющим выявить макроскопические изменения слизистой оболочки желудка, взять биопсионный материал, оценить функциональное состояние привратника. Фиброгастроскопию мы провели 100 больным с рефлюкс-гастритом. Заброс дуоденального содержимого в желудок выявлен у 52 больных, причем чаще всего ДГР был у больных с зияющим привратником и моторно-эвакуаторными нарушениями 12-перстной кишки.

В план обследования больных также включено определение активности щелочной фосфатазы и ее фракций в желудочном содержимом, исследование кислотности желудочного сока, ультразвуковое исследование привратника.

При обследовании больных мы старались

применять взаимно дополняющие методы исследования, позволяющие выявить причину развития ДГР и рефлюкс-гастрита. Для выявления ХДН и ДГР нами проведены исследования внутриполостного давления в 12-перстной кишке и желудке. Увеличение давления в 12-перстной кишке играет определенную роль в возникновении ДГР, но при этом должно учитываться функциональное состояние привратника, так как по нашему мнению ДГР нельзя рассматривать как пассивный заброс дуоденального содержимого в желудок в результате только повышения давления в 12-перстной кишке.

Лечение больных с рефлюкс-гастритом должно быть направлено на ликвидацию причин ДГР, морфологических изменений в слизистой оболочке желудка и корректироваться с учетом основного заболевания и сопутствующей патологией. Консервативные методы лечения мы применяем в следующих случаях: 1) У больных с изолированной формой ХДН функционального характера в стадии компенсации и субкомпенсации. 2) У больных с язвой 12-перстной кишки с коротким язвенным анамнезом без наличия явных признаков ХДН механического характера. 3) С целью санации и предоперационной подготовки больных. 4) Отказывающимся от оперативного лечения больным. Консервативное лечение направлено на лечение следующих конкретных задач: 1) Местное медикаментозное воздействие на слизистую оболочку желудка. 2) Нормализация моторной деятельности привратника и 12-перстной кишки. 3) Снижение дуоденальной гипертензии с целью снижения и предупреждения ДГР. 4) Патогенетическая терапия основного заболевания. Терапевтический эффект достигается чаще всего в течение 3-4 недель и выражается в улучшении общего состояния больных, ослаблении болевого синдрома.

В случаях, если при консервативном лечении улучшения в состоянии больного не наступает или оно кратковременное, а признаки ХДН остаются отчетливо выраженными, показано оперативное лечение. Показания к операции у больного с рефлюкс-гастритом определяются основным заболеванием, а выбор метода операции осуществляется с учетом коррекции ХДН и ДГР.

Учитывая основные причины ХДН, нами применялись следующие методы оперативных вмешательств в качестве дополнения к операции по поводу основного заболевания, т.е. холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите и селективной проксимальной ваготомии при язве 12-перстной кишки: 1) Операция Стронга выполнялась больным с высокой фиксацией дуоденального перехода. 2)

Подободочная дуоденоеюностомия выполнялась больным с компенсированной и субкомпенсированной стадиями ХДН и артериомезентерильной компрессией. 3) Поперечная дуоденоеюностомия "бок в конец" выполнялась больным с компенсированной и субкомпенсированной стадиями ХДН. 4) Операция Робинсона выполнялась больным в стадии субкомпенсации с артериомезентерильной компрессией. 5) Двойное отключение 12-перстной кишки выполнялось больным в стадии суб- и декомпенсации.

Результаты оперативного лечения рефлюкс-гастрита оценивались по степени ликвидации причин вызывающих ДГР, восстановлению морфо-функционального состояния слизистой оболочки желудка. При этом учитывалось так же, как сам больной оценивает исход оперативного лечения. По клиническим данным полученные результаты оценивались следующим образом. В группу с хорошими результатами вошли те больные, у которых жалобы либо отсутствовали, либо были незначительными и не требовали специальных лечебных мероприятий. В группу с удовлетворительными результатами вошли те больные, которые несмотря на улучшение состояния после операции жалуются на те или иные диспепсические расстройства. Группу с неудовлетворительными результатами составили больные, у которых после операции улучшения не наступило.

Для изучения отдаленных результатов обследования 70 больных оперированных с рефлюкс-гастритом на фоне ХДН в сроки от 6 месяцев до 3 лет после операции. В группе с хроническим калькулезным холециститом при оперативном лечении с коррекцией ХДН хорошие результаты получены у 21 из 25 обследованных (84%), неудовлетворительный у 1 (4%) больной. В группе с язвой 12-перстной кишки хорошие результаты получены у 14 из 20 обследованных (70%), неудовлетворительные у 2 (10%). В группе с изолированной ХДН хорошие результаты выявлены у 18 из 25 обследованных (72%), неудовлетворительный у 1 (4%) после операции Стронга и пилороукрепляющей операции.

Таким образом, при обследовании больных с патологией органов гепатогастродуоденальной зоны следует обращать внимание на наличие ДГР, который способствует развитию рефлюкс-гастрита. При наличии ДГР должно быть проведено обследование, направленное на выявление его причины.

Консервативная терапия рефлюкс-гастрита должна сочетаться с терапией по поводу основной патологии. При наличии показаний оперативное лечение рефлюкс-гастрита должна проводиться с учетом основной патологии и направляться на коррекцию ДГР.

1. Акимов Н.П., Орлов А.В., Персиянов А.А. // Редкие и труднодиагностируемые заболевания органов пищеварения. — Душанбе. 1977. — С. 23-25. 2. Берияшвили З.А. Рефлюкс-гастрит у больных хроническим калькулезным холециститом: Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. — Свердловск. 1979. — 23 с. 3. Канарейцева Т.Д., Мигунова Е.Я. Клинико-морфологические особенности рефлюкс-гастрита у больных язвенной болезнью до и после оперативных вмешательств // Арх.патологии. — 1985. № 5. — С. 77-80.

The authors described the experiment of inspection and treatment of 102 patients with reflux-gastritis for chronic duodenum impassability. Patients are distributed in 3 groups according to nosological principles. For trustworthy diagnostics of reflux-gastritis they conducted complex inspection of patients. Evidences to operation for patients with reflux-gastritis are determined according to principal disease, and choice of method of operation of chronic duodenum impassability and duodenogastric reflux. Findings show effectiveness of applicable methods of treatment of reflux-gastritis.

УДК 615.89-008.15-053.3.17

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Д.Х. Астрахан, С.И. Мейерович, И.В. Ярославцева

(Иркутский государственный педагогический университет — ректор, проф. В.П. Афонин.
Кафедра клинико-психологических основ дефектологии и логопедии — зав. каф., доц.
Л.Н. Беликова)

Резюме. Изложены данные комплексного динамического изучения и коррекции психофизиологического состояния дошкольников и школьников, страдающих умственной отсталостью вследствие раннего органического поражения головного мозга.

Оценивались клинические, психофизиологические данные, применялись энцефалография и эхоэнцефалография. Отмечено, что уровень психического развития дошкольников к моменту поступления их в специальную школу недостаточно сформирован. Комплексная реабилитация умственно отсталых детей дала положительную динамику их психологического развития. Показана роль клинико-нейрофизиологического изучения детей, позволяющего объективно контролировать состояние психических функций в процессе обучения в специальной школе.

Несмотря на большое количество исследований в области диагностики и медико-педагогической коррекции нарушений психического развития у детей, ряд вопросов указанной патологии остается до настоящего времени недостаточно изученным. Оценка состояния психической сферы у детей и динамика их продвижения в развитии представляет значительные трудности, тем большие, чем меньше ребенок. Особенно сложно определить уровень психического развития дошкольников, соматически ослабленных, с речевой и сенсорной недостаточностью. В то же время выявление расстройств познавательной деятельности и учет влияния на них лечебно-педагогических мероприятий имеет существенное значение для практики воспитания и обучения аномальных детей.

Материалы и методы

В настоящей статье приводятся данные комплексного динамического изучения 50 дошколь-

ников специального детского сада в возрасте от 6 до 8 лет и 50 школьников 12-16 лет, страдающих умственной отсталостью вследствие раннего органического поражения головного мозга. Все дети обследовались невропатологом, психиатром, психологом, дефектологом и логопедом. При этом обращалось внимание на особенности деятельности ребенка, его работоспособность, активность, целенаправленность, возможность или отсутствие плановых действий, особенности его внимания, памяти, состояние пространственного зрительного анализа, одного из показателей психологического развития детей. Наряду с оценкой клинических, психолого-педагогических и физиологических данных, мы применяли ЭЭГ, ЭХОэнцефалографию (ЭХО-ЭГ).

Результаты и обсуждение

У большинства обследованных нами детей-дошкольников (28 чел.) были выявлены раздражительность, отвлекаемость, быстрая утомляемость. 15 детей, наоборот, отличались вялостью, пассивностью, медлительностью, отсутствием интереса к играм и занятиям, повышенной истощаемостью. Относительно упорядочное поведение, достаточный уровень внимания и целенаправленная деятельность отмечены у детей дошкольного возраста.

При неврологическом обследовании, как правило, выявлялась рассеянная симптоматика (легкая асимметрия лица, неловкость при движении языком, анизорефлексия, пирамидные знаки, небольшие нарушения координации).