

Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, Е.Ю. Лудупова

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КУЛЬТЫ ЖЕЛУДКА

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, Улан-Удэ

В данной статье приводится анализ факторов развития органических заболеваний культи желудка после резекции по Бильрот-II-Витебскому и Бильрот-II-Бальфуру. Ведущим фактором риска развития патологии желудка является дуоденогастральный рефлюкс.

Ключевые слова: культа желудка, резекция желудка, биопсия, рефлюкс, рН, микрофлора, ферменты, желчь

FACTORS OF CONSTITUTIVE DEVELOPMENT OF ORGANIC DISEASES OF GASTRIC STUMP

E.V. Krivigina, G.F. Zhigaev

Republican clinical hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude
Buryat Branch SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude

In given article the analysis of factors of development of organic diseases of a stomach stump after a resection by Bilrot-II-Vitebskey and Bilrot-II-Balfour is resulted. A conducting risk factor of development of a pathology of a stomach is duodenogastral a reflux.

Key words: gastric stump, resection of stomach, biopsy, reflux, pH, microflora, enzymes, bile

В современной гастроэнтерологии язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из ведущих мест. Несмотря на то, что история желудочной хирургии насчитывает 130 лет, остается много нерешенных вопросов хирургического лечения язвы и до сих пор нет операций, которые бы полностью удовлетворили хирургов.

Тяжесть заболевания существенно возрастает под действием любых массовых стрессовых воздействий (социальные и экономические кризисы, техногенные и экологические катастрофы, военные конфликты и другие). Это неизбежно влечет за собой рост потребности в хирургическом лечении. Если язвенная болезнь желудка — понятие морфологическое, то для язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — клиническое, поэтому возможна превентивная органосохраняющая операция в период ремиссии — один из оптимальных методов лечения.

Превентивная хирургия язвенной болезни желудка — абсурд [4].

Развитие органических заболеваний культи желудка определяется несколькими факторами: первичной патологией, послужившей причиной операции, срока, прошедшего после операции, рефлюкса желчи в культи желудка, морфологическими изменениями в слизистой оболочке до операции и у оперированного желудка [1, 6, 7].

Наиболее выраженные изменения слизистой оболочки культи желудка локализуются в области гастроэнтероанастомоза, т. е. в зоне, наиболее подверженной действию желчи — дуоденогастральный рефлюкс (Бильрот-I), энтерогастральный рефлюкс по Бильрот-II — Витебскому. Помимо рефлюксов, к факторам, определяющим развитие органических поражений культи желудка, относят снижение кислотности желудочного сока, изменение рН, бак-

териальную обсемененность желудка, содержание в желудочном содержимом ферментов поджелудочной железы, щелочной фосфатазы и др. [2, 3, 5, 8]. Значение этих факторов неравнозначно. Так, изменение рН способствует обсемененности желудка микроорганизмами, а появление в желудке желчи, ферментов поджелудочной железы запускает процесс дисплазии, метаплазии. Проводились микробиологические, биохимические и морфологические исследования у больных, оперированных способами по Бильрот-II — Витебскому (первая группа) и Бильрот-II — Бальфуру (вторая группа).

Данные обследования показали, что в первой группе больных значение рН желудочного сока несколько выше, чем у больных второй группы, соответственно $5,88 \pm 0,61$ и $5,09 \pm 0,89$, обсемененность культи желудка микрофлорой у больных первой группы по сравнению со второй составляет, соответственно $2,19 \times 10^6$ и $1,61 \times 10^6$ микробных тел в 1 мл желудочного содержимого. Количественный состав микрофлоры в обеих группах практически не различается. Кроме того, у 50,8% больных первой группы в желудочном содержимом были обнаружены компоненты не желудочной секреции (диастаза, билирубин, щелочная фосфатаза), подтверждающие наличие дуоденогастрального рефлюкса.

С целью идентификации неклостридиальной анаэробной инфекции до операции проводилось исследование желчи с помощью газо-жидкостного хроматографа «Стом»-5. Метод основан на определении летучих жирных кислот, которые являются метаболитами анаэробов: уксусная, протоновая, масляная, изомасляная, валериановая, изовалериановая, капроновая и другие кислоты.

Анаэробная микрофлора, выделенная на средах, в основном представлена граммотрицательными

Таблица 1

Изменение рН в желудочном содержимом в зависимости от тяжести морфологических изменений слизистой оболочки культи желудка

Морфологические изменения слизистой оболочки желудка	Способ резекции желудка	
	по Бильрот-II–Витебскому, рН	по Бильрот-II–Бальфуру, рН
без выраженных изменений	–	4,30 ± 0,21
с атрофией	5,66 ± 0,62	4,58 ± 0,59
с атрофией и кишечной метаплазией	5,89 ± 0,35	5,42 ± 0,32
с атрофией, кишечной метаплазией и дисплазией	6,01 ± 0,22	5,60 ± 0,41
с атрофией и дисплазией	5,79 ± 0,43	5,40 ± 0,39

палочками – в 30,4 % случаев. Результаты исследований свидетельствуют о том, что у большинства больных, страдающих язвенной болезнью, желчь инфицированная, чаще обнаруживалась ассоциация аэробов и анаэробов. Поэтому у больных санация желудочно-кишечного тракта и желчевыводящей системы предшествовала оперативному вмешательству (резекция желудка).

Биопсийный материал брали в антральном отделе желудка, из патологического очага (язвы) при эндоскопии желудка. Срезы после парафиновой заливки окрашивали Азур-II-эозином с помощью ШИК-реакции кальциановым синим. Проводился подсчет бокаловидных клеток. Если на единице площади препарата было менее 3 клеток, степень энтеролизации расценивалась как слабая, от 3 до 6 – средняя, более 6 бокаловидных клеток – как сильная степень энтеролизации.

Сравнение больных, оперированных способами по Бильрот-II – Витебскому и Бильрот-II – Бальфуру, с идентичными по степени тяжести морфологическими изменениями не выявило статистически достоверных различий (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, отмечались более высокие показатели рН у пациентов с метапластическими и диспластическими изменениями слизистой оболочки желудка по сравнению с больными без выраженных морфологических изменений или только с атрофией. Однако эти изменения были не достоверны ($p > 0,05$).

Анализ показывает, что морфологические изменения слизистой оболочки желудка у больных первой группы встречались чаще, чем у пациентов второй группы, оперированных по Бальфуру.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что ведущим фактором риска развития патологии желудка является дуоденогастральный рефлюкс, который вызывает выраженные морфологические изменения в слизистой оболочке желудка и потенцирует риск развития высокой дисплазии культи желудка, гастроэнтероанастомоза.

Таким образом, можно констатировать, что развитие постгастрорезекционной органической

патологии определяется в основном дуоденогастральным рефлюксом.

Наиболее перспективным направлением профилактики и лечения «патологических синдромов» оперированного желудка является использование гастроэнтероанастомозов, предотвращающих рефлюкс желчи в культю желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аруин Л.И. Слизистая оболочка антрального отдела желудка в отдаленные сроки после СПВ с дренирующими желудок и двенадцатиперстную кишку операциями / Л.И. Аруин, Д.С. Саркисов, В.С. Помелов // Архив патологии. – 1992. – № 5. – С. 10 – 14.
2. Витебский Я.Д. Патогенез, профилактика и оперативное лечение пострезекционных синдромов / Я.Д. Витебский. – Челябинск, 1984. – 150 с.
3. Жерлов Г.К. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка / Г.К. Жерлов // Вестник хирургии. – 1991. – Т. 146, № 1. – С. 22 – 24.
4. Лобанов В.М. Тезисы о язвенной болезни или комментарий на статью Н.Н. Крылова «Проблемы, которые не могут не волновать» / В.М. Лобанов // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 2. – С. 94 – 95.
5. Никитин Н.А. Хирургическое лечение тяжелых форм щелочного рефлюкса-гастрита / Н.А. Никитин, И.Н. Перестеронин, Т.П. Коршунова // Вестник хирургии. – 1992. – Т. 148, № 1. – С. 5 – 9.
6. Петров В.П. Резекция желудка по Ру / В.П. Петров, Б.Ш. Бадуров, А.К. Хабурзания. – М., 1998. – 212 с.
7. Хабурзания А.К. Морфофункциональные предпосылки развития рака культи желудка после резекции по Бильрот-II и Ру: Дис. ... канд. мед. наук / А.К. Хабурзани. – М., 1995. – 165 с.
8. Koussidis A. Therapie der alkalischen gastritis und des Rezidivulkus nach Roux-en-Y gastrektomie und bildung eines antireflux ventils nach Rumpf / A. Koussidis, M. Apsokardou-Koussidou // Zent bl. Chir. – 1990. – Bd. 115, № 2. – P. 95 – 102.

Сведения об авторах

Жигаев Геннадий Федорович – профессор, д.м.н., заслуженный деятель науки РФ. 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24
Кривигина Елена Владимировна – к.м.н., врач-эндоскопист
Лудупова Евгения Юрьевна – к.м.н., главный врач РКБ им. Н.А. Семашко