

© А.А.Третьяков, О. Б.Дронова, 2008  
УДК 616.33-089.87-06:616.33-008.17-089

А.А.Третьяков, О.Б.Дронова

## ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Оренбургская государственная медицинская академия (ректор — проф. С.А.Павловичев)

**Ключевые слова:** гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, резекция желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера или с формированием поперечного гастроэнтероанастомоза, пренеопластические осложнения.

**Введение.** В литературе уделяется значительное внимание осложнениям после резекции желудка, таким как синдром приводящей петли, демпинг-синдром, эрозивно-язвенные поражения анастомоза [2, 4, 8, 12–15, 17]. В меньшей степени привлекает внимание проблема рефлюкс-эзофагита, имеющего тяжелые клинические проявления и значительно ухудшающего качество жизни, а также приводящего к стриктуре или язве пищевода у больных после резекции желудка [5, 7, 13].

После резекции желудка достоверно часто возникают нарушения моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, тонкой кишки [4, 6], что приводит к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и такому тяжелому осложнению, как пищевод Барретта, который таит в себе риск развития аденокарциномы [3, 9–11, 16, 18, 19]. Работ, посвященных развитию пренеопластических процессов в пищеводе у больных после резекции желудка, мало [6].

Нами была поставлена задача изучить и сопоставить клинические проявления, эндоскопические и морфологические изменения у больных, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки по Бильрот-II (Б-II) в двух различных модификациях.

**Материал и методы.** 150 историй болезней больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), которым проведена резекция желудка по Б-II: 60 больным в модификации Гофмейстера-Финстерера (1-я группа) и 90 — с формированием поперечного гастроэнтероанастомоза (2-я группа).

Для эндоскопических исследований использовалась аппаратура: фиброэзофагогастроскоп GIF-XQ-30 и биопсийные щипцы фирмы «Олимпус» (Япония).

**Результаты и обсуждение.** Среди обследуемых мужчин было 132 (88,0%), женщин — 18 (12,0%) в возрасте 40–50 лет (123 — 82,0%). ГЭРБ диагностирована у 112 (74,7%) больных: из 1-й группы было 54 (90%) пациента, из 2-й — 58 (64,4%). Среди 112 больных (общая группа) тяжелых постгастрорезекционных расстройств, которые явились бы показанием к оперативному лечению, не было.

Жалобы, которые предъявляли больные обеих групп, имели однотипный характер, но во 2-й группе их было меньше. Наиболее выраженные клинические проявления ГЭРБ и их сравнительная характеристика в двух группах больных представлены на рис. 1.

Как видно на рис. 1, у больных после резекции желудка ведущей жалобой была горечь во рту и преимущественно среди больных 1-й группы, а также — чувство першения в горле. Изжога беспокоила лишь треть больных, но достоверно чаще — больных 1-й группы. С такой же частотой встречается и ощущение «комка» в горле.

При эндоскопическом исследовании выявлен эзофагит различной степени выраженности (рис. 2).

Среди 112 больных с ГЭРБ, согласно Лос-Анджелесской классификации (1999), преобладали пациенты с эзофагитом степени А — 70 (62,5%) человек, с эзофагитом степени В — 29 (25,8%) человек. Эзофагит степени С и D обнаружен у 6 и 2 (5,4% и 1,8%) больных. Эндоскопически негативная форма ГЭРБ имела место у 5 (4,5%) больных.

При сравнении выраженности эзофагита у больных двух групп эндоскопически негативная форма ГЭРБ и эзофагит степени А чаще встречаются во 2-й группе, эзофагит более тяжелых степеней — В и С — в 1-й группе. Эзофагит степени D имел место у двух больных и только в 1-й группе (см. рис. 2).

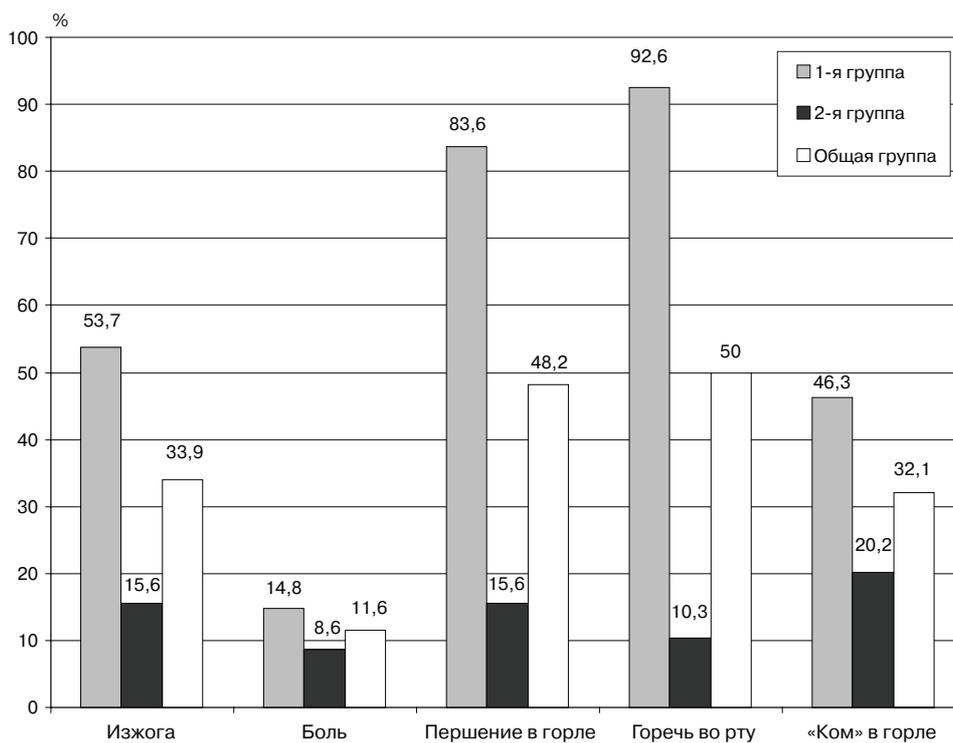


Рис. 1. Наиболее выраженные клинические проявления ГЭРБ у больных после резекции желудка с анастомозом по Гофмейстеру-Финстереру (1-я группа) и с поперечным гастроэнтероанастомозом (2-я группа).

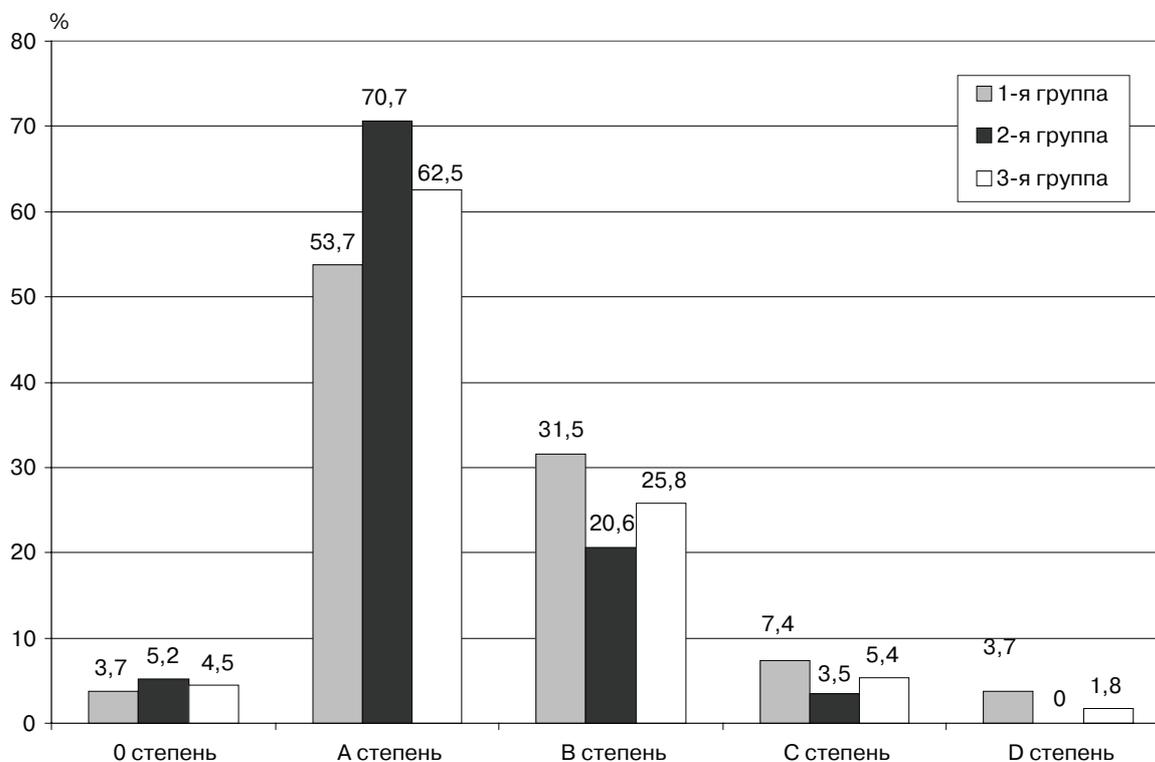


Рис. 2. Выраженность эзофагита у больных после резекции желудка по Бильрот-II с анастомозом по Гофмейстеру-Финстереру (1-я группа) и с поперечным гастроэнтероанастомозом (2-я группа).

Морфологические исследования слизистой пищеводно-желудочного перехода (ПЖП) проведены 30 больным 1-й группы и 45 больным 2-й группы.

Пре- и неопластические процессы (таблица) выявлены у 39 (52,0%) из 75 больных: полная и неполная кишечная метаплазия — у 13 (17,6%), атрофия легкой и средней степени — у 14 (18,7%), дисплазия цилиндрического эпителия — у 5 (6,7%), лейкоплакия многослойного плоского эпителия — у 5 (6,7%).

У одного пациента 1-й группы, которому резекция желудка произведена 5 лет назад, на фоне слизистой оболочки пищевода Барретта была обнаружена язва, у другого — через 9 лет после операции выявлена аденокарцинома пищевода.

Кишечная метаплазия, дисплазия цилиндрического эпителия, лейкоплакия многослойного плоского эпителия выявились у больных после резекции желудка в сроки от 2 до 7 лет.

Сравнительная характеристика пре- и неопластических процессов слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода у больных с ГЭРБ после резекции желудка по Б-П двух групп представлена в таблице, из которой видно, что пренеопластические осложнения чаще имели место у больных с анастомозом по Гофмейстеру-Финстереру (70%) в сравнении с больными, которым наложен поперечный гастроэнтероанастомоз (40%).

Больше половины пренеопластических изменений в слизистой оболочке ПЖП больных с ГЭРБ после резекции желудка имелись у больных с эзофагитом степени А: метаплазия — у 61,5% из них, дисплазия — у 60%, атрофия — у 57,1%. В меньшем проценте случаев метаплазия, дисплазия и атрофия встретились при эзофагите степени В и С. В незначительном количестве выявлена метаплазия (7,7%) и атрофия (7,1%) при эндоскопически негативной форме ГЭРБ.

Среди 75 больных, которым проведена биопсия при эзофагоскопии, *Helicobacter pylori* (Hр)

морфологически и с помощью уреазных тестов в слизистой оболочке ПЖП выявлен у 32 (42,7%). Достоверной разницы в частоте выявления Hр в 1-й и 2-й группе не обнаружено ( $p>0,05$ ).

Недостаточность кардии в 1-й группе имела место у 20 (33,3%) больных, во 2-й — у 8 (8,9%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — у 5 (8,3%) и у 2 (2,2%) соответственно. Примечательно, что гастроэзофагеальный рефлюкс желчью имелся у 20 (66,7%) больных из 30 в 1-й группе и у 4 (8,9%) из 45 — 2-й группы.

При сравнительном анализе клинической, эндоскопической и морфологической картины ГЭРБ, возникшей у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, перенесших резекцию  $2/3$  желудка по Б-П в двух модификациях — Гофмейстера-Финстерера и с формированием поперечного гастроэнтероанастомоза, выявлены существенные различия, касающиеся клинических и эндоскопических проявлений ГЭРБ, пренеопластических изменений слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода.

Как видно из наших данных, все перечисленные проявления ГЭРБ встречаются значительно чаще у больных, перенесших резекцию желудка в модификации Гофмейстера-Финстерера, так как при формировании гастроэнтероанастомоза по этой методике пересекаются поперечные мышцы кишки, из-за чего анастомоз в момент прохождения перистальтической волны зияет, возникает энтерогастральный и гастроэзофагеальный рефлюксы дуоденального содержимого, в отличие от методики Я.Д.Витебского [1], когда при формировании анастомоза поперечные мышцы кишки сохранены, поэтому во время прохождения перистальтической волны гастроэнтероанастомоз смыкается, функционирует как привратник и тем самым препятствует забросу дуоденального содержимого в культю желудка.

Существенным также является наиболее частое обнаружение у больных с ГЭРБ после резекции желудка по Б-П в модификации

**Характеристика пре- и неопластических процессов слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода у больных с ГЭРБ после резекции желудка по Бильрот-II с анастомозом по Гофмейстеру-Финстереру (1-я группа) и с поперечным анастомозом (2-я группа)**

Диагноз	Количество больных после резекции желудка по Бильрот-II					
	1-я группа (n=30)		2-я группа (n=45)		Всего (n=75)	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Кишечная метаплазия	6	20	7	15,6	13	17,3
Атрофия цилиндрического эпителия	7	23,3	7	15,6	14	18,7
Дисплазия	3	10	2	4,4	5	6,7
Лейкоплакия многослойного эпителия	4	13,3	2	4,4	6	8
Аденокарцинома	1	3,4	—	—	1	1,3
Всего	21	70	18	40	39	52

Гофмейстера–Финстерера (1-я группа) пренеопластических процессов в слизистой оболочке ПЖП по сравнению с больными 2-й группы, что, по-видимому, следует объяснять высокой инфицированностью Нр слизистой этого отдела и детергентным действием забрасываемой желчи на слизистую оболочку пищевода.

Как выше отмечено, изменения в пищеводе воспалительного характера и в виде пренеопластических процессов имеют место и у больных с ГЭРБ после резекции желудка с нетяжелыми постгастрорезекционными синдромами или вовсе без них. Эти изменения обнаруживаются и у больных без жалоб или с единичными невыраженными жалобами.

**Выводы.** 1. Больным, перенесшим резекцию желудка по Б-II, особенно в модификации Гофмейстера–Финстерера, следует рекомендовать регулярный клинический и эндоскопический контроль с морфологическим исследованием слизистой оболочки ПЖП и определением Нр, с последующим проведением эрадикации Нр и антирефлюксной терапии.

2. Учитывая также более частое возникновение постгастрорезекционных осложнений после резекции желудка по Б-II в модификации Гофмейстера–Финстерера, следует рекомендовать хирургам методику резекции желудка с формированием поперечного гастроэнтероанастомоза, который в значительной степени лишен недостатков, присущих модификации Гофмейстера–Финстерера, в частности таких как зияние анастомоза в момент прохождения перистальтической волны в области соустья.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Витебский Я.Д. Основы клапанной гастроэнтерологии.— Челябинск, 1991.—304 с.
- Вусик М.В., Евтушенко В.А., Кучерова Т.Я. Качество жизни пациентов после тотального удаления желудка по поводу рака // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2005.—№ 5.—прилож. 26.—С. 22.
- Годжелло Э.А., Галлингер Ю.И. Пищевод Барретта, аденокарцинома пищевода и задачи современной гастроэнтерологии // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2001.—№ 6.—С. 71–75.
- Жарков Г.К., Комель А.П., Максимов А.В., Агаджанов В.С. Пути улучшения качества жизни пациентов после гастроэктоми и субтотальной дистальной резекции желудка // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2000.—№ 3.—прилож. 17.—С. 82–85.
- Иванов Л.А., Марданов Д.Н., Большаков С.Э. и др. Оценка функционального состояния тонкого кишечника у больных язвенной болезнью в ранние сроки после резекции желудка в ходе лечения дицетелом и мезим-форте // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2002.—№ 5.—прилож. 17.—С. 46.
- Иванов М.А., Беляева О.А., Самусенко И.А. и др. Щелочной интестиногastroэзофагеальный рефлюкс после резекции желудка // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2004.—№ 5.—приложение. 23.—С. 8.
- Иванов М.А., Беляева О.А., Сохар А.Я., Самусенко И.А. Факторы риска повреждения эпителия пищевода после резекции желудка // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2005.—№ 5.—прилож. 26.—С. 7.
- Кадыров Д.М., Косимов Х.Ш., Курбанов Д.М. и др. Селективная проксимальная ваготомия с дренирующими желудок операциями в лечении язвенных пилородуоденальных стенозов // Там же.—С. 25.
- Кононов А.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: взгляд морфолога на проблему // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2004.—№ 1.—С. 61–72.
- Королев М.П., Федотов Л.Е., Антипов М.В., Иванов А.П. Пищевод Барретта (клиника, диагностика, лечение) // Альманах эндоскопии.—2002.—№ 1.—С. 61–73.
- Кубышкин В.А., Корняк В.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика, консервативное и оперативное лечение.—М., 1999.—208 с.
- Ли Л.Г., Тропская Н.С. Влияние метоклопрамида на электрическую активность желудка и тонкой кишки в раннем послеоперационном периоде // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2002.—№ 5.—прилож. 17.—С. 31.
- Медникова Н.В. Эффективность различных методов лечения постваготомического рефлюкс-эзофagита // Там же.—С. 8
- Мунтян С.А., Крым В.П., Шадрин И.С. и др. Пути улучшения результатов хирургического лечения перфоративных язв // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2005.—№ 5.—прилож. 26.—С. 158.
- Оноприев В.И., Уваров И.Б. Гастропластика при «малом» раке желудка // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2002.—№ 5.—прилож. 17.—С. 34.
- Романенко С.Н. Показания и техника выполнения дуоденогастральной резекции с сохранением привратника при лечении осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2007.—№ 5.—прилож. 30.—С. 166.
- Трухманов А.С. Пищевод Барретта: эпидемиология, патогенез, клиническое течение и профилактика // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.—2002.—№ 5.—С. 59–62.
- Ханамирова Л.З., Абоян И.А., Ткачев А.В., Куцев С.И. Влияние хеликобактерного гастрита на развитие острых эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки желудка в раннем послеоперационном периоде // Там же.—С. 40.
- Peters F.T., Ganesh S., Kuipers E.S. et al. Endoscopic regression of Barrett's oesophagus during omeprazole treatment, a randomized double blind study // Gut.—1999.—Vol. 45, № 4.—P. 489–494.

Поступила в редакцию 22.05.2008 г.

A.A.Tretyakov, O.B.Dronova

#### GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN PATIENTS AFTER RESECTION OF THE STOMACH

A comparative analysis of clinical symptoms, endoscopic and morphological alterations has been made in patients with gastroesophageal reflux disease after resection of the stomach in two modifications of Hofmeister-Finsterer and with the formation of transversal gastroenteroanastomosis. Rather frequent detection of preneoplastic complications in the mucosa with the cylindrical epithelium in the esophagus against the background of non-pronounced endoscopic manifestations allows the patients of this group to be referred to the group of risk of the development of neoplastic processes with regular examinations and treatment. Less pronounced changes in patients with the formation of transversal gastroenteroanastomosis suggest that this operation should be recommended as preferable.