

В.И. Матвеева, В.В. Бабудоржиева, С.М. Доржиев

**ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ У БОЛЬНЫХ  
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ  
И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи  
им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) — заболевание с развитием характерных симптомов и воспалительного поражения дистальной части пищевода, вследствие повторяющегося заброса в пищевод желудочного или дуоденального содержимого.

Распространенность рефлюкс-эзофагита среди взрослого населения достигает до 50. В патогенезе ГЭРБ имеет место нарушение соотношения факторов агрессии и защиты слизистой пищевода. К защитным факторам следует относить антирефлюксную барьерную функцию гастроэзофагеального соединения и нижнего пищеводного сфинктера (НПС), эзофагеальное очищение (клиренс), резистентность слизистой пищевода, своевременную эвакуацию содержимого из желудка и контроль кислотообразующей функции желудка, а к факторам агрессии относят соляную кислоту, желчь и т.д. Также важны спонтанные релаксации НПС, возникающие транзитивно в течение суток, причинами которых могут быть нарушения перистальтики пищевода, метеоризм, язвенная болезнь, хронический холецистит, дуоденостаз.

По классификации (Лос-Анджелес, 1994 год) выделяют неэрозивную рефлюксную болезнь (так называемая НЭРБ), эрозивный эзофагит и пищевод Баррета, который рассматривается как потенциально предракоевое заболевание.

Ингибиторы протонной помпы в настоящее время стали основными препаратами, которые применяются при лечении ГЭРБ. При применении этих препаратов отмечается значительная положительная динамика.

**Цель исследования:** определить частоту и характер поражения пищевода у больных с заболеваниями желчевыводящей системы и поджелудочной железы. Изучить обоснованность применения препаратов группы ингибиторов протонной помпы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В хирургическом отделении МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Ангапова в 2007 г. пролечено 677 больных с заболеваниями желчевыводящей системы и поджелудочной железы. Из них 436 (64,4 %) пациентам выполнена эзофагогастродуоденоскопия. У 241 (55,3 %) больного эзофагит выявлен не был. ГЭРБ диагностирована у 195 пациентов, которые по результатам эндоскопического исследования больные разделены на 3 группы. С неэрозивным рефлюкс-гастритом 111 больных, эрозивным эзофагитом — 65, пищеводом Баррета — 8.

Одновременно нами изучены результаты лечения 106 больных, получавших лечение в период с 01.01.07 г. по 31.05.07 г.; 52 из них был назначен омез, 54 пациентам в комплекс проводимого лечения данный препарат не был включен.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

У 195 (44,7 %) больных выявлена ГЭРБ на разных стадиях заболевания, из этого числа 138 (64,2 %) пациентов получали лечение по поводу обострения желчекаменной болезни, а 77 (35,8 %) — заболевания поджелудочной железы. Неэрозивный рефлюкс-эзофагит выявлен у 111 (56,9 %) больных. Эрозивный эзофагит обнаружен у 65 (33,3 %) пациентов, из них 41 (63,0 %) больной страдал заболеваниями поджелудочной железы. При этой форме клинические проявления ГЭРБ (изжога, жжение, боли за грудиной) были наиболее яркими. Пищевод Баррета диагностирован у 8 пациентов (1,8 %).

У 48 (24,6 %) пациентов имели место различные осложнения ГЭРБ: кровотечение в 9 (4,6 %) случаях, пептическая язва — в 32 (16,4 %), стриктура пищевода в 7 (3,6 %).

У 84 (19,2 %) больных обнаружен дуоденогастральный рефлюкс. Недостаточность кардии наблюдалась у 48 (11 %) пациентов. У 40 (9,1 %) пациентов выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и пролапс слизистой желудка в пищевод.

При динамическом эндоскопическом обследовании больных принимавших омез воспалительные явления исчезали на 6—8 сутки лечения. У всех 54 пациентов, которым не был назначен омез, на 8 сутки лечения воспаление слизистой пищевода сохранялось.

**ВЫВОДЫ**

При острых воспалительных заболеваниях панкреатобилиарной зоны примерно в половине случаев имеет место гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, которая достаточно часто сопровождается развитием осложнений, таких как кровотечение, образованием пептических язв, стриктур пищевода.

Назначение препаратов из группы ингибиторов «протонной помпы» в комплексе лечения заболелаваний панкреатобилиарной зоны, позволяет купировать явления воспаления слизистой пищевода в более ранние сроки.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод о необходимости проведения больным с заболеваниями желчевыводящей системы и поджелудочной железы эзофагогастродуоденоскопии.

**А.С. Медведев**

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ**

*Межрегиональный Центр хирургии и гастроэнтерологии ФГУЗ КБ № 81ФМБА России (Томск)*

### **ВВЕДЕНИЕ**

За прошедший период времени была проделана огромная работа по введению стандартов медикаментозной терапии, она стала более комплексной, основанной на эрадикации пилорического хеликобактера, на снижении кислотности желудочного сока, на усилении буферной защиты слизистой, на коррекции моторики и работы естественных антирефлюксных механизмов желудочно-кишечного тракта. Все это привело к снижению частоты плановых операций более чем в 2 раза, однако число экстренных оперативных вмешательств не имеет тенденции к снижению, а ведь именно здесь кроется наибольший процент осложнений вплоть до летального исхода.

Возросли требования к экстренной хирургии, как со стороны пациентов, так и со стороны организаторов здравоохранения. Общеизвестный постулат — «задача экстренной хирургии спасение жизни», безусловно, актуален и по сей день. Но хирург теперь должен не только спасти жизнь пациента, но и максимально сохранить уровень его качества жизни, косметический эффект выполняемой операции порой встает на первый план и является определяющим в выборе вида операции, и все это на фоне постоянного стремления сократить средний койко-день пребывания больного на койке.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

В анализе поступления больных с перфоративными язвами к нам за последние 3 года наметилась тенденция снижения числа больных с перфоративными язвами, при этом послеоперационная летальность составила 4,5 %: в 2005 г. — 27, в 2006 г. — 27, в 2007 г. — 21 случай.

Количество пациентов с данной патологией в 90-е годы было выше примерно в два раза. Это, по-видимому, является следствием более интенсивного терапевтического лечения язвенной болезни с применением современных противоязвенных препаратов, а также следствием работы НИИ гастроэнтерологии СибГМУ в г. Северске под руководством д.м.н. проф. Г.К. Жерлова.

В 2006 году в отделении был опробован лапароскопический метод ушивания перфоративной язвы однорядным узловым швом с последующей оментопексией места перфорации, санацией и дренированием брюшной полости. За два года выполнено 17 подобных операций, что составило 35,6 % от общего количества оперированных. Средняя длительность операции составила 53 минуты, лапаротомный метод в сравнении 98 минут. Метод зарекомендовал себя, как достаточно надежный, миниинвазивный и экономически оправданный.

Пациенты активизировались в послеоперационном периоде уже на вторые сутки (вставали, ходили), а после обычной лапаротомии — на 3–5. Осложнений в группе эндоскопически оперированных больных не было, конверсий и летальных исходов так же не было. Средний койко-день составил 7,4, при лапаротомном методе — 12,6.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Проводя сравнительный анализ видно, что применение эндоскопических технологий позволяет сократить послеоперационный период на 41 %, т.е. практически в два раза и это без риска увеличения процента осложнений. Однако не стоит переоценивать и технические возможности метода. Считаем, что он имеет целый ряд недостатков, один из которых нерадикальность лечения и ограниченность во временных рамках: от начала заболевания до 12 часов и т.д. Практически все недостатки метода можно устранить, дополнив лапароскопию минилапаротомией с помощью минидоступа, что позволит иссечь язвенный дефект и расширит границы возможностей метода. Нами оперировались пациенты и с давностью перфорации 18 часов, при наличии распространенного серозно-фибринозного перитонита. Однако длительность операции составила 2,5 часа, и послеоперационный период протекал без заметной разницы: активизировался пациент так же на 5-е сутки и койко-день составил 13 дней. Преимуществом метода в данном случае не имеет, однако риск получения осложнений связанных с неадекватной санацией, на наш взгляд, выше.