
ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

VOLKOV VLADIMIR EGOROVICH – doctor of medical sciences, professor, head of Hospital Surgery Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

VOLKOV SERGEY VLADIMIROVICH – candidate of medical sciences, associate professor of Hospital Surgery Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УДК 616.33-089-87

В.Е. ВОЛКОВ, С.В. ВОЛКОВ, Ю.А. ИГОНИН

КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЕЮНОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ГАСТРЭКТОМИЮ

Ключевые слова: гастрэктомия, еюноэзофагальная рефлюксная болезнь, демпинг-синдром, консервативная терапия.

Проведен анализ результатов комплексной консервативной терапии эзофагальной рефлюксной болезни у 176 больных в возрасте от 30 до 76 лет. Из этого количества больных у 109 пациентов отмечен демпинг-синдром различной степени тяжести. Даны рекомендации по диетотерапии и применению различных лекарственных препаратов для лечения постгастрэктомической патологии.

V.E. VOLKOV, S.V. VOLKOV, Yu.A. IGONIN

COMPLEX CONSERVATIVE THERAPY JEJUNOESOPHAGEAL REFLUX DISEASE AND DUMPING -SYNDROME AFTER TOTAL GASTRECTOMY

Key words: gastrectomy, jejunoesophageal reflux disease, dumping-syndrome, conservative treatment.

Review of the outcomes of complex conservative treatment in 176 patients (age group 30-76 years) with jejunoesophageal reflux disease was done. Among those 109 patients had dumping-syndrome of different severity. Recommendations on diet and medical treatment in postgastrectomy syndromes were given.

В связи с полиморфизмом клинического течения постгастрэктомических расстройств, сочетанием двух и более патологических синдромов у одного и того же больного, сложностью их патогенеза лечение постгастрэктомических осложнений нередко представляет значительные трудности. Мы полагаем, что больные, перенесшие гастрэктомию, нуждаются в дифференцированной комплексной терапии, которая должна строиться с учетом характера и степени тяжести патологического синдрома, сочетания синдромов у данного больного, длительности течения патологического процесса, возраста больного и пр. Своевременно начатая комплексная терапия позволяет у большинства больных купировать постгастрэктомические осложнения и одновременно поддерживать на достаточном уровне жизненную активность и трудоспособность данной категории больных. К сожалению, практические врачи поликлиник не полностью используют возможности лечения этой тяжелой категории больных, что обусловлено пессимизмом врачей в связи с возможностью рецидива опухоли, отсутствием патогенетически обоснованных схем лечения ряда постгастрэктомических синдромов. Это в полной мере относится к такой ведущей постгастрэктомической патологии, как еюноэзофагальная рефлюксная болезнь и демпинг-синдром.

Комплексное консервативное лечение еюноэзофагеальной рефлюксной болезни нами было проведено у 176 больных в возрасте от 30 до 76 лет, в большинстве случаев больные были в возрасте от 41 г до 60 лет. Мужчин было 109 (61,9%), женщин – 67 (38,1%). Комплексное консервативная терапия демпинг-синдрома была проведена 109 больным. От 30 лет до 50 лет было 56, от 51 года до 70 лет и старше – 53 человек. Мужчин было 73 (67%), женщин – 36 (33%).

В последние годы отечественными и зарубежными клиницистами предприняты попытки к изысканию эффективных методов профилактики этого осложнения, включая не только комплексную консервативную терапию, но и новые методы оперативных вмешательств [8]. Однако широкого практического применения оперативные вмешательства не получили из-за присущей им в большинстве случаев технической сложности и малой эффективности.

Лечение больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью требует большой настойчивости, выдержки и терпения как со стороны больного, так и со стороны врача. Хроническое волнообразное течение этого осложнения с частыми обострениями и короткими ремиссиями обуславливает необходимость соблюдения ряда мероприятий организационного и лечебного характера как в стационаре, так и в домашних условиях.

Необходимо подчеркнуть, что лечение даже незначительных проявлений рефлюксной болезни, начатое своевременно, – одно из основных средств профилактики более серьезных нарушений, возникающих на разных сроках после гастрэктомии.

В комплекс лечебных мероприятий должны входить: соблюдение определенного режима поведения, диетотерапия и лекарственная терапия. Важным фактором в возникновении послеоперационной рефлюксной болезни является рефлюкс-реургитация агрессивных по отношению к слизистой пищевода соков двенадцатиперстной кишки и панкреатического сока вместе с желчью. Поэтому усилия врача и больного должны быть направлены на устранение даже минимальных условий для возникновения реургитации. Интенсивность реургитации кишечного содержимого и длительность экспозиции рефлюксата на слизистую пищевода устраняются при соблюдении больным следующих рекомендаций: избегать резких поворотов и наклонного положения туловища, особенно после еды; не перегружаться пищей, особенно жирной; избегать употребления острой пищи; тщательно пережевывать пищу. Некоторым больным еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью, особенно в период обострения, следует принимать пищу стоя, за 2-3 часа до сна. После приема пищи рекомендуется походить хотя бы в течение 20-30 мин. Не рекомендуется тяжелый физический труд, который приводит к повышению внутрибрюшного давления и способствует реургитации. Необходимо исключить факторы, повышающие внутрибрюшное давление: запоры, метеоризм, ношение тугих поясов, бандажей и пр. Спать больным рекомендуется с приподнятым головным концом кровати, в полусидячем положении.

Организация рациональной диеты и правильного режима питания имеет большое значение для больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью

пищевода во все сроки после операции, но особенно в первые два года. Своевременная рекомендация в отношении особенностей питания, данная больному сразу после выписки из стационара, может избавить от развития тяжелых форм еюноэзофагеальной рефлюксной болезни и других постгастрэктомических расстройств. Рациональное питание позволяет обеспечить организм достаточным количеством калорий и тем самым избежать тяжелых обменных нарушений. Диета для лечения больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью в большинстве случаев аналогична диете при язвенной болезни, но в пищевой рацион должно включаться меньше молочных продуктов. Она должна быть: 1) механически и термически щадящей, 2) реакция нейтральная или близкая к нейтральной, 3) дробное питание с небольшим объемом одноразового приема пищи, 4) высококалорийной (около 2000 ккал), полноценной (содержать белки, жиры, углеводы).

Расширять диету следует постепенно. Учитывая, что в организме после гастрэктомии развивается дефицит белка, минеральных веществ и витаминов, больным следует рекомендовать диету с употреблением высококалорийных продуктов, обогащенных белками, витаминами и минеральными компонентами: мясо, рыба, овсяная крупа, творог, сливочное масло, а из фруктов и ягод – яблоки, груши, брусника, клюква и др.

Больным еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью следует рекомендовать 5-6-разовое питание в строго установленные часы. После приема пищи больным показаны прогулки в течение 30-40 мин, так как при горизонтальном положении тела, особенно сразу после еды, появляется синдром регургитации. Основной объем пищи больной должен принимать в течение первой половины дня. Последний прием пищи рекомендуется за 3-4 ч до сна.

В период обострения еюноэзофагеальной рефлюксной болезни диета должна быть щадящей. Назначается механически обработанная пища («пищеводный» или 2а стол). В это время отдается предпочтение белковой пище – мясо, рыба, творог и др. Некоторые больные плохо переносят супы. В таких случаях целесообразно временно отказаться от первого блюда или попытаться принимать первое блюдо после второго. В первое время следует резко ограничить или полностью отказаться от картофеля, заменить его морковным или свекольным пюре. Необходимо исключить прием сладкого, так как сахар вызывает изжогу. При явлениях дисфагии, возникающей в период обострения еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, до приема пищи рекомендуется 1 чайная ложка растительного масла или взбитого яичного белка с ряженкой или кефиром.

При еюноэзофагеальной рефлюксной болезни в клинической практике нами часто использовались препараты антацидного, вяжущего, обволакивающего и седативного действия, спазмолитики, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, М-холинолитические и общеукрепляющие средства. Некоторым больным при упорной изжоге мы назначали внутрь 5%-ный теплый раствор бикарбоната натрия в дозе 15-30 мл один раз в день. Обычно раствор соды быстро снимает изжогу. Злоупотреблять приемами соды больным не рекомендуется, но при изнуряющей тяжелой изжоге препарат бывает незаменим.

Для лечения еюноэзофагеальной рефлюксной болезни нами широко использовался альмагель и его аналоги (маалокс и др.). Этот препарат образует на слизистой оболочке пищевода защитную пленку, которая препятствует повреждающему действию трипсина, желчи и других компонентов кишечного и панкреатического соков. Альмагель обладает анестезирующим действием и позволяет полностью отказаться от анестетиков. Длительность действия препарата сохраняется в течение 6 часов. Этот препарат следует назначать по 1 столовой ложке 3-4 раза в день за 30 мин до еды. После исчезновения болей дозу препарата уменьшали наполовину. Этот препарат следует принимать в течение одного месяца и более. В период обострения еюноэзофагеальной рефлюксной болезни назначали препарат в дозе 30 мл несколько раз в день. При тяжелых формах еюноэзофагеальной рефлюксной болезни курс лечения альмагелем следует удлинять до 4-6 месяцев. Препарат совершенно не токсичен и не влияет на кислотно-щелочное равновесие организма.

Больному, перенесшему гастрэктомию, для купирования еюноэзофагеальной рефлюксной болезни и других нарушений пищеварения необходима общеукрепляющая терапия. Положительный эффект у больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью вызывает переливание плазмы. Необходимое количество трансфузий плазмы за время курса лечения определяется по клиническим данным и динамике биохимических показателей крови. Ослабленным больным следует назначать 5%-ный раствор глюкозы внутривенно в дозе 1500 мл с инсулином (из расчета 1 ЕД инсулина на 3 г сухой глюкозы).

Для лечения еюноэзофагеальной рефлюксной болезни нередко используется масло облепихи [1]. Следует учитывать, что облепиховое масло способствует эпителизации и заживлению язв в области слизистой пищевода. Кроме того, оно обладает болеутоляющими свойствами, уменьшает жжение, снимает отек. Побочных явлений масло облепихи обычно не вызывает. Длительность лечения – от 10 до 15 дней. При лечении облепиховым маслом больных меньше беспокоят дисфагия и регургитация. На 8-9-й день лечения маслом облепихи значительно уменьшается воспаление слизистой пищевода, эпителизируются язвы и эрозии слизистой пищевода. У больных уменьшается или полностью исчезает болевой синдром, устраняется жжение в пищеводе. В комплексной терапии послеоперационной рефлюксной болезни облепиховое масло каких-либо побочных действий не вызывает.

В последние годы в комплексной терапии гастроэзофагеальной рефлюксной (ГЭРБ) болезни нередко используются блокаторы H_2 -рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин и др.) и ингибиторы протонной помпы (лансопразол, рабепразол и др.). Однако мнения авторов в отношении эффективности этих препаратов при ГЭРБ разноречивы. К тому же эти исследования касаются эзофагитов, развившихся не после гастрэктомии, а вследствие других причин (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, резекция желудка по Бильрот-II и др.). Тем не менее эти данные могут представлять определенный интерес и в отношении гастрэктомированных больных.

В литературе имеются единичные сообщения о положительном лечебном эффекте при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни ранитидина (150-300 мг

2 раза в день), фамотидина (20-40 мг в день), де-нола [8]. По мнению некоторых авторов, длительность лечения указанными препаратами при эрозивных и язвенных формах рефлюксной болезни должна составлять не менее 3-6 месяцев. Касаясь длительности медикаментозной терапии при ГЭРБ, В.Т. Ивашкин указывает, что поддерживающее лечение ингибиторами протонной помпы у больных ГЭРБ должно проводиться в течение 26-52 недель [2].

Несмотря на предложенные до настоящего времени различные алгоритмы лечения ГЭРБ, разработанных новых алгоритмов лечения еюноэзофагальной рефлюксной болезни практически не существует. Лишь в отдельных публикациях, посвященных проблеме эзофагита после гастрэктомии, можно найти указания на возможность использования в комплексной консервативной терапии некоторых лекарственных средств, в частности цизаприда, сукральфата (цитопротективный агент), холестирамина, тримебутина, метакломида, домперидона, мезаприда и урсодеоксихолевой кислоты [4, 8, 7].

Клиническая оценка эффективности каждого из указанных препаратов основывается на единичных наблюдениях, не подтвержденных результатами статистических исследований.

В работах некоторых авторов приводятся данные, согласно которым при лечении щелочного рефлюксного эзофагита у больных после гастрэктомии целесообразно использование абсорбентов желчных кислот [8]. В.Т. Nath, А.Л. Warshaw обратили внимание на то, что некоторые антациды обладают способностью связывать желчные соли у больных, страдающих щелочным рефлюксным эзофагитом после гастрэктомии [4]. Предполагается, что подобной способностью связывания желчных солей обладает также холестирамин [6]. Однако клинические исследования не подтверждают эффективность данного препарата при щелочном рефлюксе эзофагита. По-видимому, отсутствие лечебного эффекта обусловлено тем, что при щелочном рефлюксном эзофагите существует многофакторный механизм повреждения слизистой пищевода. Что касается сукральфата, то этот препарат обладает комбинированным действием, в частности, проявляет высокую активность в связывании желчных кислот и одновременно обладает свойством предохранять слизистую от действия щелочного рефлюксата. Н.У. Уоо и соавт. обращают внимание клиницистов на тот факт, что многие лечебные препараты при тяжелом рефрактерном щелочном рефлюксном эзофагите после тотальной гастрэктомии оказываются неэффективными [8]. По мнению авторов, после тотальной гастрэктомии антациды и кислото-подавляющие агенты, в частности блокаторы H_2 -рецепторов гистамина и ингибиторы протонной помпы не играют существенной роли в лечении больных щелочным рефлюксным эзофагитом, возникшим после тотальной гастрэктомии.

Что касается профилактики рефлюксной болезни пищевода у больных после гастрэктомии, особенно тяжелых его форм, то она должна основываться, на наш взгляд, прежде всего на выборе оптимального варианта формирования пищеводно-кишечного соустья. Этим требованиям отвечают: пищеводно-кишечный анастомоз по методу РОНЦ имени Н.Н. Блохина РАМН (в модификации академика РАН и РАМН М.И. Давыдова), по мето-

ду Г.В. Бондаря, пищеводно-кишечный анастомоз по ПА варианту М.З. Сигала и пищеводно-дуоденальный анастомоз по методу Н.Н. Блохина. Последний вариант анастомоза, к сожалению, не всегда выполним из-за технических трудностей, обусловленных невозможностью без натяжения сформировать соустье между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой. Альтернативой данному методу может являться эзофагодуоденостомия с интерпозицией тонкой кишкой (эзофагоеюнодуоденостомия). Большое значение в профилактике еюноэзофагеальной рефлюксной болезни имеет соблюдение соответствующей дистанции между пищеводно-кишечным и брауновским анастомозом. Это расстояние должно составлять не менее 45-60 см [9, 7].

Что касается лечения демпинг-синдрома у больных после гастрэктомии, то по данному вопросу в современной литературе имеются единичные сообщения о результатах консервативной терапии, прежде всего, с рекомендацией соблюдения соответствующей диеты. В частности, рекомендуется частое (5 раз в день), дробное питание. Можно есть вываренное мясо, творог, хлеб, яйца. Вредны молоко, сладости. Не следует принимать слишком горячую и холодную пищу. Необходим раздельный прием сухой и жидкой пищи. После еды больные в течение часа должны лежать, что способствует замедлению эвакуации пищи из эзофагоеюнального комплекса.

В последние годы для лечения демпинг-синдрома у больных после резекции желудка используются соматостатин и его синтетический аналог октреотид (сандостатин) в дозе 50 мкг подкожно. Суточная доза этого препарата может составлять 200-300 мкг. Октреотид обладает широким спектром действия. Этот препарат подавляет высвобождение практически всех вазоактивных полипептидов, замедляет время транзита химуса по кишечнику и приводит к сокращению чревных сосудов. При назначении октреотида за 30 мин до еды этот препарат полностью устраняет либо купирует большую часть вазомоторных проявлений и многих кишечных симптомов раннего демпинг-синдрома [5, 3]. Октреотид имеет мало побочных эффектов, которые сводятся в основном к чувству жжения в области инъекции, небольшим болям в животе сразу же после подкожной инъекции.

С целью коррекции уровня глюкозы в крови у больных демпинг-синдромом рекомендуется прием акарбозы, которая обладает гипогликемизирующим действием. Препарат угнетает интестинальные альфа-глюкозидные гидролазы, участвующие в разложении ди-, олиго- и полисахаридов, что способствует замедлению усвоения углеводов и приводит к уменьшению поглощения глюкозы из сахаридов. Этим обусловлено гипогликемическое действие акарбозы после приема пищи. Регулируя поглощение глюкозы из кишечника, акарбоза уменьшает суточные колебания глюкозы в крови и приводит к нормализации ее средних значений.

Практически все больные демпинг-синдромом нуждаются в заместительной терапии ферментами: фестал, панкреатин, панзинорм-форте, дигестал и др. Тяжелое течение демпинг-синдрома, потеря массы тела диктуют необходимость инфузионно-трансфузионной терапии с целью восполнения

дефицита пластического и энергетического обеспечения функций организма (введение аминокислотных взвесей, жировых эмульсий и др.).

Лечение демпинг-синдрома должно быть консервативным и сводится в основном к недопущению больших разрывов в сроках приема пищи (частое, дробное питание). Диета этой категории больных должна быть с низким содержанием углеводов. Кроме того, всасывание углеводов из кишечника может быть замедлено путем назначения пектина (по 1-3 таблетки перед едой) или акарбозы, которые оказывают положительный лечебный эффект у большинства больных. С течением времени слизистая тонкой кишки адаптируется и приспособливает выброс энтероглокагона адекватно поступлению в кишечник углеводов. В связи с этим у пациентов появляется возможность постепенно увеличивать количество потребляемых углеводов, не испытывая при этом неприятных патологических проявлений позднего демпинг-синдрома. В современной литературе имеются единичные сообщения о применении сандостатина при лечении позднего демпинг-синдрома, хотя и с меньшей эффективностью, чем при раннем демпинг-синдроме [3]. В отличие от раннего демпинг-синдрома при позднем демпинг-синдроме оперативное лечение не показано с учетом сложности выполнения повторной реконструктивной операции после производственной по тому или иному способу реконструктивной гастрэктомии, особенно после комбинированной гастрэктомии.

Литература

1. Волков В.Е., Цыльков В.Е., Волков С.В. Диагностика и лечение послеоперационного эзофagита. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2004. 100 с.
2. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Руководство для практикующих врачей. М.: Литтера, 2003. С. 1-5.
3. Didden P., Penning C., Masclee A.A. Ocreotide therapy in dumping syndrome: analis of long-term results // Aliment. Pharmacol. Ther. 2006. Vol. 24. P. 1367-1375.
4. Nath B.J., Warshaw A.L. Alcaline reflux gastritis and esophagitis // Ann. Rev. Med. 1984. Vol. 35. P. 383-396.
5. Penning C., Vecht J., Masclee A.A. Efficacy of depot long-acting release ocreotide therapy in severe dumping syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. 2005. Vol. 22. P. 963-969.
6. Stahlberg M., Jalovaara P., Litinen S. et al. Absorbtion of bile acids by sucralfate, antacids and cholestyramine in vitro // Clin. Ther. 1987. Vol. 9. P. 615-621.
7. Tomita R., Fujisaki S., Tanojoh K., Fukuzawa M. Relationship between jujunal interdigestive migrating motor complex and quality of life total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction for early gastric cancer // World J. Surgery. 2003. Vol. 27. P. 159-163.
8. Yoo H.Y., Venbrux A., Heitmiller R., Ravich W.J., Lee L.A. Control of alkaline reflux esophagitis after total gastrectomy by a percutaneous jejunostomy tube // J. Clin. Gastroenterol. 2002. Vol. 35, № 1. P. 46-49.
9. Yumiba T., Kawahara H., Nishikawa K., Inoue Y., Ito T., Matsuda H. Impact of esophageal bile exposure on the genesis of reflux esophagitis in the absence of gastric acid after total gastrectomy // Amer. J. Gastroenterology. 2002. Vol. 97, № 7. P. 1647-1652.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ. См. с. 304.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 304.

ИГОНИН ЮВЕНАЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

IGONIN YUVENALIY ALEKSANDROVICH – candidate of medical sciences, associate professor of Oncology Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
