

На основании полученных данных ЭСГП можно рекомендовать в качестве растительного средства для профилактики

тики и лечения повреждений печени в практической медицине.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аркадьева Г.Е., Блинова К.Ф., Гуревич И.Я. и др. Антивирусные и антимикробные свойства гипекоума прямого – *Hesperocotyle erectum* L. // Вопросы фармакогнозии. – Л., 1968. – Вып. 5. – С.200-205.
2. Гаммерман А.Ф., Семичев Б.В. Словарь тибетско-латино-русских названий лекарственного растительного сырья, применяемого в тибетской медицине. – Улан-Удэ, 1963. – 230 с.
3. Мирошниченко В.П., Громашевская Л.Л., Касаткина М.Г. и др. Определение содержания желчных кислот и холестерина в желчи // Лаб. дело. – 1978. – №3. – С.149-153.
4. Меньшикова Е.Б., Зенков Н.К., Ланкин В.З. и др. Окислительный стресс: Патологические состояния и заболевания. – Новосибирск, 2008. – 284 с.

5. Николаев С.М. Растительные лекарственные препараты при повреждениях гепатобилиарной системы. – Новосибирск, 1992. – 153 с.
6. Скакун Н.П., Олейник А.Н. Сравнительное действие атропина и метацина на внешнесекреторную функцию печени // Фармакология и токсикология. – 1967. – №3. – С.334-337.
7. Скакун Н.П. Нейрогуморальный механизм желчегонного действия инсулина // Пробл. эндокринологии. – 1956. – №6. – С.75-78.
8. «Чжуд-ши»: Канон тибетской медицины. – М., 2001. – 420 с.
9. Plaa D., Witschi H.H. Chemicals, drugs and peroxidation // Annual review of pharmacology and toxicology. – 1997. – Vol. 16. – P.125-141.

Информация об авторах: 670047, г. Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, 6, тел. (3012)433713, e-mail: totur75@mail.ru, Дашинамжилов Жорил Балдуевич – к.м.н., с.н.с.; Лубсандоржиева Пунцик-Нима Базаровна – к.ф.н., с.н.с.; Самбуева Зинаида Гамбожаповна – к.б.н., научный сотрудник

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© КОШЕЛЬ А.П., КУРТСЕИТОВ Н.Э., КЛОКОВ С.С., КАРПОВИЧ А.В., СЕВАСТЬЯНОВА Н.В. – 2010

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

А.П. Кошель, Н.Э. Куртсеитов, С.С. Клоков, А.В. Карпович, Н.В. Севастьянова

(Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова, директор – д.м.н., проф. А.П. Кошель
ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, г. Северск; Томский военно-медицинский институт, начальник – к.м.н.
С.В. Полковов, кафедра хирургии усовершенствования врачей, г. Томск)

Резюме. Представлен анализ результатов обследования и лечения 39 больных после дистальной резекции желудка по Billroth II в модификации Гофмейстера-Финстерера, в т.ч. 26 (66,7%) мужчин и 13 (33,3%) женщин в возрасте от 35 до 69 лет ($48,2 \pm 13,1$) с признаками болезни оперированного желудка. Ранее все больные были оперированы по поводу гастродуоденальных язв.

На основании комплексного обследования больных в предоперационном периоде определены показания к объему и методике реконструктивной операции. Патогенетически обоснованным и наиболее функциональным считаем редуоденизацию с формированием арефлюксного гастродуоденоанастомоза.

Ключевые слова: болезни оперированного желудка, демпинг-синдром, редуоденизация.

FUNDAMENTAL PRINCIPLES OF DIAGNOSIS AND CHOICE OF METHOD OF POSTGASTRECTOMY SYNDROME TREATMENT

A.P. Kochel, N.E. Kurtseitov, S.S. Klokov, A.V. Karpovich, N.V. Sevostjanova
(SRI of Gastroenterology of SSMU. Seversk, Tomsk Military-Medical Institute)

Summary. The analysis of results of surgical treatment of 39 patients after distal stomach operation by Billroth II on the modification of Gofmeister-Finsterer: 26 (66,7%) men and 13 (33,3%) women aged from 35 to 69 years (mean age $48,2 \pm 13,1$ years) with signs of a disease of operated stomach has been presented. All the patients had been operated before in connection with gastroduodenal ulcers.

On the base of complex examinations of the patients in pre-operative period indications to volume and methods of reconstructive operation have been defined. We consider that reduodenization with formation of areflux gastroduodenoanastomosis is pathogenetically valid and most functional.

Key words: postgastrectomy syndrome, dumping-syndrome, reduodenization.

Хирургическое лечение остается методом выбора в терапии целого ряда заболеваний желудка. Однако возникающие в ближайшие и отдаленные сроки после операции функциональные и органические расстройства порой сводят на нет все преимущества «радикального» лечения. Кроме того, часто встречающееся сочетание синдромов, обуславливает трудности дифференциальной диагностики и выбора способа реконструкции [1,2,3].

Целью данного исследования является оптимизация выбора способа лечения болезни оперированного желудка на основе комплексного обследования больных с применением

современных методов функциональной диагностики и определения показаний для редуоденизации с формированием искусственного пилорического сфинктера.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 39 больных, находившихся в клинике с 2001 по 2008 г. с признаками болезни оперированного желудка. Всем больным ранее была выполнена дистальная резекция желудка по Billroth II в модификации Гофмейстера-

Финстерера. Среди больных было 26 (66,7%) мужчин и 13 (33,3%) женщин в возрасте от 35 до 69 лет (48,2±13,1 лет).

Все больные до и после реконструктивной операции проходили комплексное стационарное обследование, которое включало клинические (жалобы, анамнез, осмотр, пальпация), лабораторные (общеклинические и биохимический анализы крови) и инструментальные (ФЭГДС, эндоскопическое и трансабдоминальное УЗИ, рентгенография, рН-метрия и т.д.) методы исследования.

Результаты и обсуждение

Ведущим проявлением болезни оперированного желудка у наших больных являлся демпинг-синдром средней и тяжелой степени, который был диагностирован у 21 (53,9%) больного. В том числе у 8 (38,1%) больных имел место изолированный демпинг-синдром, а у 13 (61,9%) больных он сочетался с другими патологическими синдромами (пептическая язва гастроэнтероанастомоза у 8 (38,1%) и синдром приводящей петли 5 (23,8%)).

Несколько реже встречалась пептическая язва гастроэнтероанастомоза, которая была выявлена у 20 (51,3%) больных, при этом как единственное осложнение она была выявлена у 8 (40%) больных, в сочетании с демпинг-синдромом – у 8 (40%) и с синдромом приводящей петли – 4 (20%) больных. У всех больных имели место осложнения пептической язвы, самым частым из которых была пенетрация 14 (70%), несколько реже встречалось кровотечение 4 (20%) и у 2 (10%) больных имелась перфорация язвы.

Органический синдром приводящей петли был диагностирован у 2 (5,1%) больных, однако во всех случаях имело место сочетание с демпинг-синдромом или пептической язвой гастроэнтероанастомоза с превалированием соответствующей симптоматики.

Перед операцией по данным внутривидеоскопии рефлюкс-эзофагит различной степени выраженности наблюдался у всех больных. В том числе дистальный рефлюкс-эзофагит I-II степени (по классификации Savary - Miller) выявлен у 25 (64,1%) больных, III-IV степени – у 14 (35,9%) больных. Органическая несостоятельность пищеводно-желудочного перехода по данным ФЭГДС диагностирована у 14 (35,9%) больных. У 12 (20,7%) больных с синдромом приводящей кишки отмечено зияние желудочно-кишечного анастомоза до 2,5-3 см.

Функциональное состояние желудочно-кишечного анастомоза оценивали по характеру содержимого культи желудка, степени изменения ее слизистой. У 8 (20,5%) в содержимом культи имелась примесь желчи, как признак еюногастрального рефлюкса.

С целью объективного подтверждения степени изменений со стороны дистального отдела пищевода и определения причины несостоятельности эзофагокардиального перехода традиционную ЭГДС у 33 (84,6%) больных дополняли эндоскопической ультрасонографией (ЭУС). При этом воспалительные изменения со стороны пищевода I-II степени наблюдались у 10 (30,3%) обследованных больных, тогда как III-IV степень рефлюкс-эзофагита наблюдалась у 23 (69,7%) обследованных больных. Органическая несостоятельность (наличие рубцовых изменений кардиального жома) была диагностирована у 19 (57,6%) больных.

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что практически у всех больных с болезнью оперированного желудка имеются глубокие структурные изменения в стенке проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта, которые остаются не выявленными при традиционной эндоскопии, но обнаруживаются при ЭУС. Выявленные с помощью ЭУС изменения со стороны слизистой дистального отдела пищевода послужили, в дальнейшем, дополнительным основанием для выполнения у этих больных корригирующей операции на пищеводно-кардиальном переходе.

Рентгенологическое исследование проведено 33 (84,6%) больным. Рефлюкс бариевой взвеси из культи желудка в пищевод в горизонтальном положении – выявлен у 23 (69,7%) больных. В большей степени он определялся не уровнем расположения пищеводно-желудочного перехода относительно уровня диафрагмы, а степенью расширения дистального отдела пищевода и степенью его органических изменений, что коррелировало с данными эндоскопической ультрасоногра-

фии. В вертикальном положении этот признак определяется несколько реже – у 21 (63,3%) больного. Однако при нагрузочной пробе Вальсальвы частота гастроэзофагеального рефлюкса приближалась к значениям таковых в положении Тренделенбурга.

По результатам рентгенологического исследования у наших больных ускоренная эвакуация была у 27 (81,8%) больных, нормальной – у 5 (15,2%) и только у одного (3%) больного отмечалось замедление опорожнения культи желудка на фоне спазма гастроэнтероанастомоза.

Особое внимание при рентгенологическом исследовании обращали на поступление бариевой взвеси в приводящую петлю и ДПК, их тонус, перистальтику, размеры, наличие жидкости, газа и т.д. Из 33 обследованных больных затекание контрастного вещества в приводящую петлю на расстоянии 4-5 см от желудочно-кишечного анастомоза отмечено у 6 (18,2%) больных, прохождение сульфата бария до нижней горизонтальной ветви 12-перстной кишки – у 4 (12,1%), на всю длину 12-перстной кишки – у 2 (6,1%) больных с клинически установленным диагнозом синдрома приводящей петли.

Таким образом, проведение рентгеноскопии проксимальных отделов ЖКТ у больных с болезнью оперированного желудка позволило получить документальное подтверждение таких патологических нарушений как рефлюкс содержимого из нижележащих отделов в пищевод, демпинг-синдром и синдром приводящей кишки.

Трансбдоминальная ультрасонография абдоминального отдела пищевода и гастроэзофагеального перехода позволяла выявлять прямые и косвенные ультрасонографические признаки недостаточности его замыкательной функции. Так, нормальные показатели размеров абдоминального отдела пищевода (длина 15,7 мм, наружный диаметр 9,1 мм) – выявлены у 9 (23,1%) больных. Прямых признаков недостаточности замыкательной функции кардии является расширение абдоминального отдела пищевода более 17±2,3 мм, что было выявлено у 24 (61,5%) больных, более 21±1,8 мм – у 6 (15,4%) больных. Гастроэзофагеальный рефлюкс в момент исследования зарегистрирован у 18 (46,2%) больных. Укорочение абдоминального отдела пищевода менее 15 мм отмечено у 29 (74,4%) больных, расширение внутреннего просвета абдоминального отдела пищевода более 5 мм – у 21 (53,8%), размытость, потеря дифференцировки стенки пищевода по слоям и утолщение стенки пищевода в абдоминальном отделе более 3 мм – у 18 (46,2%) больных, ослабление перистальтики пищевода – у 12 (30,8%).

Общепризнанным критерием состоятельности кардии является величина угла Гиса. Среди обследованных нами больных угол Гиса (по данным трансбдоминальной ультрасонографии) был в пределах нормы у 14 (35,9%), тупой (от 90 до 110°) – у 17 (43,6%) и более 110° – у 8 (20,5%) больных.

В зависимости от времени начала эвакуации жидкости из культи желудка выделено 3 степени нарушений эвакуации:

1. Компенсация эвакуации – эвакуация жидкости началась через 17±2,4 минут и завершалась к концу первого часа – выявлена у 2 (5,1%) больных;
2. Ускоренная эвакуация – начало первичной эвакуации составило 9±2,2 минуты, при этом уже через час у большинства больных желудочное содержимое не превышало тощачевого объема – выявлена у 6 (15,4%) больных;
3. Демпинг-синдром – эвакуация содержимого начинается одновременно с его поступлением в культю желудка и происходит непрерывно и завершается полностью за 20-30 минут. Данный признак наблюдался у абсолютного большинства больных – 31 (79,5%).

Наиболее надежным прогностическим признаком и одним из ведущих критериев выбора оперативного вмешательства является исследование секреторной активности сохраненной культи желудка. Краткосрочная внутрижелудочная рН-метрия была выполнена у 32 (82,1%) больных. Основными показателями, на которые обращали при этом внимание, являлись базальная и стимулированная секреция, результат теста медикаментозной ваготомии, а также косвенные признаки гастроэзофагеального рефлюкса.

По результатам проведенного исследования базальная секреция у 21 (65,6%) больного расценена как нормацидная. Гипоацидное состояние на фоне базальной секреции выявлено у 9 (28,1%) больных, а у 2 (6,3%) – гиперацидность. Ацидности не отмечено ни у одного из обследованных.

При субмаксимальной стимуляции гистамином чаще встречалась гиперацидность, которая была выявлена у 17 (53,1%) больных, а гипоацидность выявлена лишь у 3 (9,4%) больных. Больных со стимулированной нормацидностью было 12 (37,5%). Тест медикаментозной ваготомии был положительным у 19 (59,4%) больных. Полученные результаты исключают наличие гастринемы или синдрома «оставленного антрума» у обследованных и прогнозируют высокий лечебный эффект пересечения блуждающих нервов.

Гастроэзофагеальный рефлюкс при данном исследовании был выявлен у 27 (84,4%) больных, из них единичные рефлюксы на фоне нагрузочных тестов отмечены у 8 (29,6%) больных, множественные частые рефлюксы – у 19 (70,4%). По уровню pH забрасываемого в пищевод содержимого, интенсивно-кислый рефлюкс выявлен у 6 (22,2%), кислый – у 13 (48,1%), слабокислый – у 8 (29,6%) больных.

Суточный pH-мониторинг был проведен у 31 (79,5%) больного, при этом у всех обследованных выявлен патологический гастроэзофагеальный рефлюкс. В том числе, на фоне гиперацидного состояния у 18 (58,1%) больных, гипоацидного – у 4 (12,9%) и нормацидного – у 9 (29,0%) больных.

Таким образом, по данным исследования секреторной функции культи желудка у 53,1% обследованных больных выявлена стимулированная гиперацидность, что в сочетании с отсутствием ощелачивающей функции антрального отдела указывает на неадекватность объема первичной резекции. Положительный результат теста медикаментозной ваготомии у 59,4% больных свидетельствует о необходимости выполнения проксимальной селективной ваготомии при планировании реконструктивной операции у данных больных. Наличие гастроэзофагеальных рефлюксов у 84,4% обследованных, по данным краткосрочной и у 100% обследованных по данным суточной pH-метрии требует коррекции зоны эзофагокардиального перехода для лечения и профилактики развития рефлюкс-эзофагита в послеоперационном периоде.

На основании комплексного обследования больных в предоперационном периоде нами определены показания к объему и методике реконструктивной операции. Патогенетически обоснованным и наиболее функциональным считаем редуоденизацию с формированием арефлюксного гастродуоденоанастомоза. Учитывая показатели кислотопродуцирующей функции, особенно у больных с пептической язвой, показано выполнение селективной проксимальной ваготомии, с коррекцией пищевода-желудочного перехода. У больных при сочетании демпинг-синдрома с синдромом приводящей петли редуоденизация дополнялась операцией Стронга [4].

Эндоскопическое исследование выполнено всем больным в раннем послеоперационном периоде (6-10-е сут.): культи желудка небольших размеров, слизистая по линии шва малой кривизны умеренно гиперемирована, у 2 (5,1%) больных в зоне шва щелевидный дефект 1,2×0,4 см, у 10 (25,6%) – по линии шва имелся налет фибрина. В подавляющем большинстве случаев в культе желудка была жидкость и слизь в объеме от 50,0 до 200,0 мл., у 6 (15,4%) больных имелись остатки пищи, принятой накануне исследования, следы желчи в содержимом отсутствовали. Гастродуоденоанастомоз сомкнулся при инсuffляции воздуха раскрывается до 20 мм, форма его округлая – 19 (48,7%), овальная – 16 (41,0%) или щелевидная

– 4 (10,3%). Слизистая в зоне анастомоза умеренно отечная с гиперемией по линии шва у 10 (25,6%) больных.

При эндоскопическом исследовании в отдаленные сроки (от 1 до 5 лет) после операции, кардия сомкнута, раскрывается при инсuffляции воздуха, свободно пропускает аппарат диаметром 11 мм. Культи желудка небольших размеров, содержимым ее является светлая слизь. Поверхностная перистальтика культи прослеживается у 20 (55,6%) больных. Признаков гипотонии культи в отдаленные сроки после операции не выявлено.

При проведении эндоскопической ультрасонографии в области желудочно-дуоденального соустья у 19 (48,7%) больных визуализируется два дополнительных слоя зоны клапана-«створки», состоящих из слизистой и подслизистой оболочек.

Рентгенологическое исследование в отдаленные сроки после операции было проведено всем 39 (100%) больным. При этом у одного (2,6%) больного спустя год после реконструкции, отмечено ускоренное опорожнение желудка на фоне зияющего анастомоза и непрерывного типа эвакуации бариевой взвеси, начинавшейся сразу после приема первых глотков контраста. У 8 (20,5%) больных в сроки от 1 до 1,5 лет после редуоденизации регистрировалось замедленное опорожнение культи желудка, при этом тип эвакуации был порционно-ритмичным и смешанным. У остальных обследованных зафиксировано нормальное время опорожнения культи желудка, при этом по сравнению с ранними сроками наблюдения отмечено значительное увеличение больных (61,5%) с порционно-ритмичным характером эвакуации. Смешанный характер эвакуации встретился соответственно у 9 (23,1%), а непрерывный – у 2 (5,1%) обследованных. Время продвижения по тонкой кишке составило 203,5±12,2 мин. При этом отмечалось равномерное продвижение по всей тонкой кишке. Поступление контраста в подвздошную кишку отмечалось на 78,5±5,2 мин от начала исследования. Первая порция контраста в слепую кишку поступала через 195,5±14,4 мин.

При ультразвуковом исследовании клапанные структуры выглядели как образования средней эхогенности высотой 14-18 мм. Ультрасонографическое исследование позволило наглядно определить механизм арефлюксной функции клапанных структур. При возникновении антиперистальтической волны двенадцатиперстной кишки сформированные клапанные структуры смещались в сторону просвета гастродуоденоанастомоза и полностью его закрывали.

Таким образом, накопленный коллективный клинический практический и научный опыт позволяет определить твердые позиции по многим аспектам диагностики и хирургического лечения болезни оперированного желудка. Разработаны четкие критерии выбора способа оперативного лечения, при этом особое внимание уделяется максимальному сохранению, восстановлению, а при необходимости и созданию искусственных сфинктерно-клапанных структур желудочно-кишечного тракта. Выполнение реконструктивных операций с формированием сдерживающего механизма в области гастродуоденоанастомоза позволяет исключить развитие тяжелых и средних форм демпинг-синдрома, рефлюкс-гастрита, рефлюкс-эзофагита, пептической язвы и значительно улучшить отдаленные результаты лечения у данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

- Акимов В.П., Дваладзе Л.Г., Шубин А.В. и др. Новый взгляд на патогенез демпинг-синдрома // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 167. №6. – С.22-25.
- Королев М.П., Никитина Е.Ф. Эндоскопическая диагностика и коррекция патологии желудка, резецированного по поводу язвенной болезни // Вестник хирургии. – 2008. – Т.

167. №5. – С.62-64.

- Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы // Вестн. хир. – 2002. – №1. – С.23-28.

- Жерлов Г.К., Куртсеитов Н.Э., Агаджанов В.С. Способ лечения болезни оперированного желудка. Патент РФ № 2173094, 2003. бюл. №32: 18-21.

Информация об авторах: 636021, г. Томск, ул. Сибирская, 102/4-34, e-mail: general@gastro.tomsk.ru, Кошель Андрей Петрович – профессор, доктор медицинских наук, директор НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Росздрава; Куртсеитов Нариман Энверович (автор для переписки) – к.м.н., доцент кафедры хирургии усовершенствования врачей ТВМИ; Слюков Сергей Сергеевич – к.м.н., зам. директора по клинической работе НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Росздрава; Карпович Александр Викторович – к.м.н., научный сотрудник НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Росздрава; Севастьянова Н.В. – д.м.н., профессор, зам. директор по научной работе НИИ гастроэнтерологии им. Г.К. Жерлова СибГМУ Росздрава.