
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.33-002.2:616.366-003.7]-089
DOI:10.23888/HMJ2016442-46

КОМБИНИРОВАННОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Д.А. АБДУЛЛОЕВ, М.К. БИЛОЛОВ, Ш.Ш. САЙФУДИНОВ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибни Сино
г. Душанбе, Таджикистан

В работе проанализированы результаты диагностики и видеолaparоскопической коррекции рефлюкс-гастрита у 32 пациентов за период 2012-2015 гг. Результаты исследования показали значительное преимущество использования мини инвазивной технологии в лечении ЖКБ с одновременной коррекцией рефлюкс-гастрита. Частота послеоперационных осложнений при этом снизилась максимально по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: рефлюкс-гастрит, хроническое нарушение дуоденальной проходимости, постхолецистэктомический синдром.

COMBINED MINALLY INVASIVE TREATMENT OF REFLUX-GASTRITIS IN CHOLELITIASIS

J.A. ABDULLOEV, M.K. BILOLOV, Sh.Sh. SAIFUDINOV

Tajik State Medical University, by named Abu ali ibni Sino, Dushanbe, Tajikistan

In research carried out analysis of results of diagnosis and videolaparoscopic surgeries of reflux-gastritis about 32 patients for the period 2012-2015 years. The results showed significant advantages of using minimally invasive techniques in the treatment of gallstones with simultaneous correction of the reflux-gastritis. The frequency of postoperative complications has declined the most compared to the control group.

Keywords: reflux-gastritis, chronic disorder duodenal patency, postcholecystectomy syndrome.

Проблема лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в последние годы приобретает все большую значимость. Главная причина этого – увеличение числа людей с данной патологией, частота которой составляет до 10-15% взрослого населения [1, 2]. Холецистэктомия – вторая по распространенности в

мире операция после аппендэктомии. Не менее 70% холецистэктомий в настоящее время выполняются эндоскопическими методами [2-4].

Согласно литературным данным около 40% пациентов повторно обращаются за медицинской помощью в связи с развитием **постхолецистэктомического**

синдрома [5]. Несмотря на это, внедрение новых диагностических и хирургических технологий не решило эту проблему, а процент неудовлетворительных результатов остается высоким [6, 7].

Также число пациентов, страдающих рефлюксной болезнью, неуклонно увеличивается, достигая 50% взрослого населения индустриально развитых стран и, по данным ряда авторов, по своей распространенности конкурирует с дуоденальными язвами, хроническим холециститом и панкреатитом [8]. У большинства пациентов с дуоденально-гастральным рефлюксом, регистрируются признаки хронического нарушения дуоденальной проходимости, что указывает на связь между возникновением рефлюксной болезни и явлениями дуоденостаза [9, 10].

Большая часть пациентов с такими заболеваниями поступает к терапевту и гастроэнтерологу и длительно лечатся консервативно. Применение длительной консервативной терапии рефлюкс-гастрита (РГ) необходимо пожизненно, так как их отмена ведёт к рецидиву заболевания и нередко к развитию осложнений.

Несвоевременная диагностика и выполнение операции по поводу РГ при ЖКБ связано с тем, что нет единой точки зрения на тактику лечения больных с данными патологическими состояниями. Сохраняется спор о показаниях к его хирургическому лечению и последовательности перехода от консервативного лечения к оперативному [9].

На сегодняшний день насчитывается более 50 различных видов традиционных антирефлюксных операций при ЖКБ. Однако число неудовлетворительных результатов достигает от 5% до 25%, что делает эту проблему актуальной [11].

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью.

Материалы и методы

С 2012 по 2015 гг. в клинике общей хирургии №2 и хирургических болезней №1 лечились и обследовались 32 пациен-

та с ЖКБ, сочетающейся с РГ. Из них мужчин 9 (28,1%), женщин 23 (71,9%). Средний возраст больных составил $38 \pm 1,2$ года. В контрольную группу вошел 21 пациент, им выполнена только холецистэктомия с последующим консервативным лечением РГ.

Основными жалобами больных при поступлении являлись периодические боли в правом подреберье (100%), тошнота (39%), горечь во рту (42%), изжога (86%), боль в надчревной области (71%).

Всем больным выполнялись обязательные лабораторные исследования крови, мочи, электрокардиографии рентгенография лёгких, а также проводили специальные инструментальные методы исследования: ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), поэтажная манометрия, релаксационная дуоденография и магнитно-резонансная томография (МРТ).

Результаты и их обсуждение

ФГДС в 82% случаев позволила выявить дуоденально-гастральный рефлюкс II-III степени, а также обнаружить РГ (антральный, тотальный) с эрозиями и язвами слизистой желудка.

Поэтажная манометрия позволила с высокой точностью диагностировать повышение внутрижелудочного 88% и интрадуоденального 83% давления.

С целью дифференциальной диагностики механического и функционального дуоденостаза, а также для определения или исключения мегадуоденума и кольцевидной поджелудочной железы прибегали к проведению полипозиционной рентгенологической (в условиях гипотонии) исследования двенадцатиперстной кишки. Кроме этого, для диагностики дуоденостаза эффективно использовали МРТ, по которой определяли размеры двенадцатиперстной кишки, время эвакуации жидкости и угол отхождения верхнебрыжеечных сосудов от аорты.

Для уменьшения клинических проявлений заболевания в программе предоперационной подготовки все больные с РГ получали консервативное лечение, которое

включало Н₂-блокаторы, блокаторы протонной помпы, прокинетики, антациды, а также физиотерапевтические процедуры.

В основной группе, у тех больных, у которых диагностировали нарушение моторной функции двенадцатиперстной кишки, производили видеолaparоскопические методы коррекции. Так, у 9 (28%) больных при гиперкинезии двенадцатиперстной кишки ограничили выполнение «пунктирной» серомиотомии. Преимуществом этой методики является то, что метод обеспечивает дозированное рассечение циркулярных мышц двенадцатиперстной кишки, что исключает опасность развития нарушения сократительной способности двенадцатиперстной кишки. Длина производимого разреза не должна превышать поперечный разрез кишки, а расстояние между ними позволит наложение серозно-мышечных швов. Разрезы ушивают в поперечном направлении.

Хирургическую коррекцию нарушений моторики двенадцатиперстной кишки при гипокинезии у 4 (12,6%) больных выполняли путем видеолaparоскопической спиртнoвокаиновой блокады чревного сплетения (химическая нервотомия). Применение данного метода ликвидации гипокинезии двенадцатиперстной кишки позволяет резко ослабить тормозное влияние симпатических нервных ветвей и тем самым активизировать стимулирующее влияние парасимпатических нервов на моторику двенадцатиперстной кишки. Кроме этого, химическое денервация кишки сопровождается стойким угнетением сегментарных сокращений, повышенной пропульсивной перистальтикой кишки или тонуса, что обеспечивает ускорение пассажа. Еще у 2 (6,3%) больных для повышения сократительной способности двенадцатиперстной кишки и профилактики послеоперационного дуоденостаза производили имплантацию электродов в проекции «водителя ритма» двенадцатиперстной кишки для последующей послеоперационной электростимуляции.

При выраженных перидуоденитах (4) и высоком расположении нервной пет-

ли тощей кишки за счёт перепроцессов (10) – 14 (43,7%) больных выполняли видеолaparоскопическое рассечение спаек и операцию Стронга.

Следует отметить, что все вышеуказанные вмешательства выполнялись при нарушении моторики двенадцатиперстной кишки в стадии компенсации, лишь у 3 (9,4%) больных, у которых нарушение дуоденальной проходимости было обусловлено органическими причинами, операции выполнялись традиционным способом.

В этой группе больных, каких-либо интраоперационных осложнений не наблюдали.

Вторым этапом операции у пациентов основной группы и всем пациентам контрольной группы осуществлялась холецистэктомия, тактика которой сегодня детально отработана. В ходе холецистэктомии интраоперационных осложнений не отмечалось.

В послеоперационном периоде изучали результаты лечения больных в сроки 1 и 6 месяцев после операции.

Субъективно в ближайшем послеоперационном периоде отмечены хорошие результаты лечения, в дополнительном медикаментозном лечении пациенты не нуждались, осложнений холецистэктомии, признаков моторных нарушений функции двенадцатиперстной кишки при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании не отмечено.

При анализе результатов лечения в основной группе пациентов выявляется выраженная положительная динамика. По данным дуоденоманометрии после выполнения корригирующих вмешательств нормализовалось интрадуоденальное давление, а также в значительной степени уменьшилось продолжение РГ.

В контрольной группе на фоне проводимого консервативного лечения, по данным объективного исследования, положительной динамики не отмечается. 8 (38,1%) пациентов жаловались на изжогу, горечь во рту, тупые боли в эпигастрии после консервативного лечения и 6 (28,6%) из них повторно госпитализиро-

вались и лечились по поводу РГ. При фиброэзофагогастродуоденоскопии в контрольной группе через 1 месяц зафиксирован РГ лёгкой степени у 9 (42,8%) пациентов, а через 6 месяцев у этих же пациентов выявлено РГ II-III степени.

В контрольной группе отмечается прогрессирование РГ с периодическими обострениями на фоне прекращения медикаментозного лечения.

Выполнение видеолaparоскопических симультантных вмешательств в предложенной выше последовательности снижает риск возможного инфицирования зоны антирефлюксного вмешательства, даёт возможность оценки гемостаза в зоне дуодено-юнального перехода и выявления интраоперационных осложнений через 15-20 минут (по окончании холеци-

стэктомии), кроме того, это рационально, так как антирефлюксные операции сложнее технически.

Выводы

1. Желчно-каменная болезнь довольно часто сочетается с патологическими состояниями желудочно-кишечного тракта.

2. Наиболее высокоинформативным методом диагностики рефлюкс-гастрита, являются инструментальные методы, такие как фиброгастродуоденоскопия, поэтажная манометрия, рентгеноконтрастные исследования и магнитно-резонансная томография.

3. Патогенетически обоснованная видеолaparоскопическая коррекция рефлюкс-гастрита при холецистэктомии в значительной степени уменьшают частоту постхолецистэктомического рефлюкс-гастрита.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Кульчев А.А., Тигиев С.В., Сланов А.В. Лечение острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник хирургической гастроэнтерологии (Всероссийская конференция с международным участием «актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии»). 2011. С. 44-45.

2. Морозов В.С., Ванюшин П.Н., Валька Е.Н. Эндохирургическое лечение осложненной желчнокаменной болезни. В кн.: Актуальные вопросы здоровья и сферы обитания современного человека: матер. 2-й Всерос. конф. Ульяновск, 2005. С. 78-79.

3. Алексеев А.М., Баранов А.И., Потехин К.В. и др. Место малоинвазивных холецистэктомий в лечении острого холецистита. В кн.: Материалы XIV Съезда Общества Эндоскопических хирургов России. М., 2011. С. 124-125.

4. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций // Эндоскопическая хирургия. 2007. №2. С. 3-7.

5. Jaunoo S.S., Mohandas S., Almond L.M. Postcholecystectomy syndrome (PCS) // Int. J. Surg. 2010. Vol. 8, № 1. P. 7-15.

6. Попов А.В., Ранкевич Н.А., Петрофанова О.С., Дерюшев О.А. Оптимизация ранней реабилитации больных после холецистэктомии. В кн.: II Актуальные вопросы современной хирургии: материалы межрегион, науч.-практ. конф. М.: Красноярск, 2008. С. 368-370.

7. Иванченкова Р.А. Принципы лечения больных желчнокаменной болезнью после холецистэктомии // Русский медицинский журнал. 2006. Т. 14, №5. С. 408-411.

8. Силуянов С.В., Смирнова Г.О., Ардабацкий Л.А., Николаева А.С. Электрофизиологические критерии дуоденогастрального рефлюкса // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2009. Т. X, № 1. С. 39.

9. Шмидт Е.В., Бондаренко Р.В., Лучкин А.Н. Эндовидеохирургические антирефлюксные операции в сочетании с холецистэктомией. В кн.: Физиология и медицина: мат. всероссийской конференции молодых исследователей. Санкт-Петербург, 2005. С. 53-52.

10. Siddiqui T. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized

clinical trials // Am. J. Surg. 2008. Vol. 195, №1. P. 40-47.

11. Piero M. Fisichella, Marco G. Patti Gastroesophageal Reflux Disease and Morbid Obesity World // J. Surg. 2009. №1. P. 23-25.

References

1. Kul'chev AA, Tigiev CB, Slanov AB. Lechenie ostrogo kal'kuleznogo holecistita u licpozhihlogo i starcheskogo vozrasta [Treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and senile age]. Vestnik hirurgicheskoy gastrojenterologii (Vserossijskaja konferencija s mezhdunarodnym uchastiem «aktual'nye voprosy hirurgicheskoy gastrojenterologii»). [Bulletin of surgical gastroenterology (All-Russian conference with international participation «actual surgical gastroenterology issues»)]. 2011. P. 44-45. (in Russian)

2. Morozov VS, Vanjushin PN, Valyka EN. Jendohirurgicheskoe lechenie oslozhnennoj zhelchnokamennoj bolezni [Surgical treatment of complicated cholelithiasis]. In: Aktual'nye voprosy zdorov'ja i sfery obitanija sovremennogo cheloveka: mater. 2-j Vseros. konf. [Current issues of health and habitats of modern man: mater. 2-nd all-Russian. Conf.]. Ul'janovsk; 2005. P. 78-79. (in Russian)

3. Alekseev AM, Baranov AI, Potehin KV et al. Mesto maloinvazivnyh holecistektomij v lechenii ostrogo holecistita [The role of minimally invasive cholecystectomies in the treatment of acute cholecystitis]. In: Materialy XIV Sezda Obshhestva Jendoskopicheskikh hirurgov Rossii [Materials of the XIV Congress of Endoscopic surgeons Society of Russia]. M.; 2011. P. 124-125. (in Russian)

4. Gallinger JuI, Karpenkova VI. Laparoskopicheskaja holecistektomija: opyt 3165 operacij [Laparoscopic cholecystectomy: experience 3165 operations]. Jendoskopicheskaja hirurgija [Endoscopic surgery]. 2007; 2: 3-7. (in Russian)

5. Jaunoo SS, Mohandas S, Almond

LM. Postcholecystectomy syndrome (PCS). Int. J. Surg. 2010; 8(1): 7-15.

6. Popov AB, Rankevich HA, Petrofanova OS, Derjushev OA. Optimizacija rannej rehabilitacii bol'nyh posle holecistektomii [Optimization of early rehabilitation of patients after cholecystectomy]. In: II Aktual'nye voprosy sovremennoj hirurgii: materialy mezhhregion, nauch.-prakt. konf. [The second Actual problems of modern surgery: materials of Interregional scientific-practical Conference]. M.: Krasnojarsk; 2008. P. 368-370. (in Russian)

7. Ivanchenkova PA. Principy lechenija bol'nyh zhelchnokamennoj bolezni posle holecistektomii [Principles of treatment of patients with cholelithiasis after cholecystectomy]. Russkij medicinskij zhurnal [Russian medical journal]. 2006; 14(5): 408-411. (in Russian)

8. Silujanov CB, Smirnova GO, Arda-backij LA, Nikolaeva AC. Jeletrofiziologicheskie kriterii duodeno-gastral'nogo refljuxsa [Electrophysiological criteria duodeno-gastric reflux disease]. Rossijskij zhurnal gastrojenterologii, gepatologii, koloproktologii [Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology]. 2009; X (1): 39. (in Russian)

9. Shmidt EV, Bondarenko RV, Luchkin AN. Jendovideohirurgicheskie antirefljuksnye operacii v sochetanii s holecistektomiej [Computer assisted surgery antireflux surgery combined with cholecystectomy] In: Fiziologija i medicina: mat. vsersosijskoj konferencii molodyh issledovatelej [Physiology and medicine: mat. all-Russian conference of young researchers]. Sankt-Peterburg; 2005. P. 53-52. (in Russian)

10. Piero M. Fisichella, Marco G. Patti Gastroesophageal Reflux Disease and Morbid Obesity World. J. Surg. 2009; 1: 23-25.

11. Siddiqui T. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. Am. J. Surg. 2008; 195(1): 40-47.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Сайфудинов Ш.Ш. – аспирант кафедры общей хирургии №2 ТГМУ им. Абу али ибни Сино.
E-mail: dr.shohin.1986@mail.ru