

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС И ОСОБЕННОСТИ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ У ДЕТЕЙ

А. В. Мазурин, Р. Г. Васадзе

Кафедра пропедевтики детских болезней (зав.— проф. В. А. Филин) 2-го Московского
медицинского института имени Н. И. Пирогова,

кафедра детских болезней № 2 (зав.— проф. М. А. Геловани)
Тбилисского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Реферат. В клинической картине дуоденогастрального рефлюкса, установленного при эндоскопическом исследовании у 88 больных с хроническим гастродуоденитом (возраст — от 5 до 15 лет), выделено два различных варианта — гиперкинетический и гипокINETический с недостаточностью функции привратника. Дуоденогастральный рефлюкс желательно лечить иглорефлексотерапией. При невозможности таковой целесообразно медикаментозное лечение сочетать с курсами лазерной рефлексотерапии.

Ключевые слова: дети, хронический гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, лечение, иглорефлексотерапия.

1 таблица. Библиография: 19 названий.

В последнее время внимание исследователей привлекают моторно-эвакуаторные нарушения пилородуоденальной зоны, проявляющиеся в виде дуоденогастрального рефлюкса (ДГР). По данным различных авторов, частота ДГР при хроническом гастродуодените (ХГД) варьирует в широких пределах — от 28,1 до 85,7% [1, 16], в то время как у здоровых лиц — от 0,5 до 15,5% [1, 3, 16].

Для диагностики ДГР существует множество лабораторных и инструментальных исследований. Лабораторные методы основаны на обнаружении желчи в желудочном содержимом при проведении фракционного желудочного зондирования [1], рентгенологические — на регистрации заброса контрастного вещества из двенадцатиперстной кишки в желудок [7, 15]. Однако наибольшее значение придается эндоскопической диагностике, при которой наличие ДГР определяют визуально по примесям желчи в желудочном содержимом и по видимому забросу желчи в желудок во время исследования [5, 8].

О значении ДГР при заболеваниях гастродуоденальной зоны до настоящего времени нет однозначного мнения. Одни авторы рассматривают ДГР как физиологическое явление, выполняющее защитную функцию в ответ на поступление в двенадцатиперстную кишку желудочного сока с высокой кислотно-

пептической активностью [16]. Однако большинство других считают заброс дуоденального содержимого в желудок причиной повреждения слизистой оболочки желудка [1—3, 6, 10, 11].

В литературе также нет единого мнения и о клинических проявлениях ДГР. Часть исследователей [2] указывают, что патогномоничных симптомов ДГР не существует. Другие [3, 9, 13, 15] считают, что клинически он может проявляться упорными схваткообразными болями в эпигастрии, тошнотой, отрыжкой.

Недостаточно четко представлена в литературе тактика лечения ДГР. Рекомендуют диету с ограничением жиров [4, 9], желчегонные средства [2, 4, 12], препараты, ликвидирующие дискинезию двенадцатиперстной кишки, — метоклопрамид, малые дозы бензогексония [1, 7, 10], метилксантины (теофиллин, теобромин), способствующие восстановлению защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки [1], панангин, глюконат кальция, ликвидирующие дефицит калия и магния в слизистой оболочке желудка и препятствующие обратной диффузии ионов водорода [1, 7, 9], десенсибилизирующие средства [14, 17]. Некоторые авторы [4] пропагандируют хирургическое лечение — антирефлюксные операции с целью ликвидации дуоденальной гипертензии. По мнению других [1], вряд ли хирургический метод лечения получит широкое распространение. В доступной литературе мы не нашли работ по изучению влияния игло- и лазерной рефлексотерапии, а также сочетанных методов лечения на течение и исход ДГР.

Таким образом, несмотря на большое число исследований, многие аспекты этого синдрома нуждаются в дальнейшем изучении.

Цель работы — исследовать особенности клинического течения ДГР при

ХГД у детей и изыскать наиболее оптимальные варианты его лечения.

Под нашим наблюдением находились 244 пациента с ХГД в возрасте от 5 до 15 лет, из них у 88 (36,1%) детей при эндоскопическом исследовании был установлен ДГР. У остальных 156 (63,9%) больных ХГД протекал без ДГР. Больные с ХГД без ДГР и с наличием ДГР не различались существенно по возрасту, полу либо по давности заболевания.

Клиническая картина ХГД с ДГР характеризовалась приступообразными болями, связанными с приемом пищи. В пилородуоденальной области боль локализовалась чаще, чем при ХГД без ДГР (соответственно у 48,8% и 35,2%), а из диспептических симптомов чаще выявлялась тошнота (у 71,5% и 58,7%) и рвота (у 39,7% и 26,1%). При детальном анализе течения болезни была установлена неоднородность клинической симптоматики, что позволило выделить среди 88 больных ХГД с ДГР 2 подгруппы.

К 1-й подгруппе были отнесены 58 больных с ДГР, у которых в жалобах преобладали болевой синдром в сочетании с тошнотой и рвотой. У них, как правило, отмечалось гиперацидное состояние либо нормальная секреторная функция. Электрогастрография показала наличие гиперкинетических форм гастродуоденальной дисмоторики. Частота колебаний в 1 мин составляла $3,6 \pm 0,05$ (норма — $2,7 \pm 0,01$), средняя амплитуда колебаний — $0,31 \pm 0,012$ мВ (норма — $0,25 \pm 0,015$), максимальная амплитуда колебаний — $0,5 \pm 0,03$ мВ (норма — $0,34 \pm 0,04$).

Во 2-ю подгруппу вошли 30 больных, у которых в отличие от детей 1-й подгруппы в клинической картине доминировали чувство тяжести в эпигастриальной области, распирание, тошнота. При рентгенологическом исследовании у них обнаруживался дуоденостаз, а при эндоскопии заброс желчи отмечался на фоне зияния пилорического сфинктера. При исследовании двигательной функции желудка чаще (61,3%) определялся гипокинетический тип электрогастрограммы, при котором частота колебаний в 1 мин составляла $1,8 \pm 0,05$, средняя амплитуда колебаний — $0,21 \pm 0,015$ мВ, максимальная амплитуда колебаний — $0,29 \pm 0,02$ мВ.

При изучении вегетативной нервной системы в обеих подгруппах у всех

больных было установлено наличие синдрома вегетативной дистонии. Исследование исходного тонуса вегетативной нервной системы не выявило существенных различий между больными 1 и 2-й подгрупп. Имела место исходная ваготомия (соответственно у 82,7% больных 1-й подгруппы и у 76,6% больных 2-й подгруппы) либо нормотония (соответственно у 17,3% больных 1-й подгруппы и у 23,4% больных 2-й подгруппы). Большинство (72%) больных 1-й подгруппы проявляли гиперсимпатикотоническую реактивность, а у детей 2-й подгруппы чаще (67%) отмечалась асимпатикотоническая реактивность. Изучение соотношения уровней активности вегетативной нервной системы при проведении изадрин-атропиновой пробы позволило установить, что у больных 1-й подгруппы ваготония развивалась за счет повышения активности холинергического отдела на фоне нормальной активности адренергической системы, тогда как у больных 2-й подгруппы ваготония была обусловлена понижением адренергической активности при нормальной либо высокой активности холинергической системы.

Для сравнительной оценки эффективности различных методов лечения ДГР при ХГД у детей больные были разделены на 5 групп. Во всех группах режим и диету назначали в соответствии с основным заболеванием — хроническим гастродуоденитом. Больным рекомендовали спать на 2—3 подушках, под углом не менее 30°. Последний прием пищи осуществляли за 2 ч до сна. В диете ограничивали жиры.

Больные 1-й группы получали медикаментозное лечение метоклопрамидом (синонимы: церукал, реглан). Детям в возрасте от 5 до 7 лет назначали по 1 таблетке (5 мг) 3 раза в день, от 8 до 15 лет — по 1 таблетке (10 мг), которую больные запивали небольшим количеством воды, 3 раза в день за 30 мин до еды. Курс лечения длился 14 дней. Поддерживающую терапию проводили каждые 6 мес. Метоклопрамид оказывает стимулирующее действие на дистальный отдел пищевода, в том числе на его сфинктеры, способен усиливать перистальтику желудка, координировать нарушенные соотношения тонуса и кинетики, нормализовать выброс химуса из желудка и его пассаж по двенадцатиперстной кишке.

Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения дуоденогастрального рефлюкса у детей с хроническим гастродуоденитом

Группы больных	Число больных	Число выздоровевших			
		до лечения	после курса лечения	через один год после лечения	через 3 года после лечения
1-я	17	3 (0,18)	8 (0,47)	12 (0,71)	
2-я	17	11 (0,65)	17 (1,0)	16 (0,94)	
3-я	18	2 (0,11)	4 (0,22)	8 (0,44)	
4-я	18	3 (0,17)	7 (0,39)	12 (0,67)	
5-я	18	6 (0,33)	12 (0,67)	14 (0,78)	

Примечание. В скобках — частота выздоровления.

Больным 2-й группы в отличие от больных 1-й группы вместо медикаментов назначали иглорефлексотерапию иглами отечественного производства в корпоральных и аурикулярных точках с учетом данных клинического обследования. Акупунктурную рецептуру составляли на основе классических законов чжень-цзю-терапии с использованием сегментарного подбора точек и показателей теста Омурсы [18, 19].

Больным 3-й группы была предписана лазерная рефлексотерапия, которую осуществляли отечественным гелий-неоновым лазерным аппаратом ЛГ-75 (длина волны — 632,8 нм, выходная мощность — 25 мВт, плотность потока на одну точку — 5 мВт/см²). Время воздействия лазерного луча на одну корпоральную точку составляло 15 с, на аурикулярную — 5 с.

В 4-й группе больных медикаментозную терапию сочетали с иглорефлексотерапией, а в 5-й — с лазерной рефлексотерапией.

Сравнение результатов различных методов лечения ДГР показало наиболее слабое влияние лазерной рефлексотерапии (см. табл.) — через 3 года лечения ДГР сохранялся у 10 больных (частота — 0,56). Медикаменты достоверно лучше влияли на течение ДГР у больных 1-й группы. Через один год медикаментозного лечения ДГР исчез у 3 больных (частота выздоровления — 0,18), а через 3 года — у 12 (частота выздоровления — 0,71; $P_{1-3} < 0,05$).

Наилучший эффект был выявлен у больных, получавших иглорефлексотерапию. После курса лечения ДГР исчез у 11 больных (частота выздоровления — 0,65), что достоверно лучше результатов медикаментозного лечения ($P_{2-1} < 0,05$). Через 3 года он был диа-

гностирован лишь у одного (частота выздоровления — 0,94). Результаты лечения больных 4-й группы не отличались от таковых в 1-й группе. Сочетание медикаментозной и лазерной рефлексотерапии (5-я группа) оказалось результативнее только медикаментозного лечения (1-я группа), что свидетельствовало о способности лазерных лучей усиливать действие метоклопрамида.

Таким образом, исследования позволили установить, что частота дуоденогастрального рефлюкса при хроническом гастродуодените у детей не зависит от возраста и пола больных. Не выявлено корреляции и с давностью заболевания. При хроническом гастродуодените у детей можно выделить две формы дуоденогастрального рефлюкса с характерными для них клиническими симптомами и данными лабораторных и инструментальных исследований — гиперкинетическую и гипокINETическую, протекающую с недостаточностью функции привратника. На течение и исход ДГР наибольшее влияние оказывает иглорефлексотерапия, что позволяет рекомендовать более широкое ее применение. При невозможности проведения иглорефлексотерапии целесообразно медикаментозное лечение сочетать с лазерной рефлексотерапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Н. П., Бацков С. С. // Тер. арх. — 1982. — № 4. — С. 137—139.
2. Амиджанов С. А., Фирсов Е. П. // Тер. арх. — 1978. — № 12. — С. 49—52.
3. Апостолов Б. Г., Мельникова И. Ю. // Педиатрия. — 1986. — № 3. — С. 36—38.
4. Витебский Я. Д. // Хронические нарушения дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. — Челябинск, 1976.
5. Гершман Г. Б. // Особенности эзофагогастродуоденоскопии у детей с некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями. — Автореф. канд. дисс. — М., 1980.
6. Григорьев П. Я., Исаков В. А., Яковенко Э. П. // Тер. арх. — 1989. — № 2. — С. 142—153.
7. Гришук В. К. // Клинико-рентгенологические исследования при дуоденогастральном рефлюксе. — Автореф. канд. дисс. — М., 1982.
8. Долецкий С. Я., Стрекаловский В. П., Климанская Е. В. и др. // Эндоскопия органов пищеварительного тракта у детей. — М., Медицина, 1984.
9. Запруднов А. М. // Гастродуоденит у детей. — Автореф. докт. дисс. — М., 1985.
10. Ковалив Ю. М., Троценко О. В., Темник Н. В. и др. // Вопр. охр. мат. — 1989. — № 5. — С. 69—73.
11. Мазурин А. В., Гершман Г. Б., Боксер В. О. // Вопр. охр. мат. — 1985. — № 12. — С. 12—18.

12. Михаськив И. Н. // Сов. мед.— 1979.— № 2.— С. 32—37.

13. Новик А. В., Мельникова И. Ю. // Вопр. охр. мат.— 1987.— № 3.— С. 30—34.

14. Помелов В. С., Сальман М. М., Барамидзе Г. Г. // Клин. мед.— 1984.— № 2.— С. 81—85.

15. Саломатин В. Г. // Дуоденогастральный рефлюкс и его влияние на течение и исход гастродуоденита у детей.— Автореф. канд. дисс.— Куйбышев, 1986.

16. Сакс Ф. Ф. // В кн.: Физиология и патоло-

гия сфинктерных аппаратов пищеварительной системы.— Томск, 1984.

17. Barbier P., Dumont A., Abramovici et al. // Acta gastroent. belg.— 1984.— Vol. 47.— P. 267—274.

18. Omura I. // Acupuncture Medicine.— Tokyo, 1982.

19. Omura I. // Practice of «Bi-Digital O-Ring Test» — Tokyo, 1986.

Поступила 31.07.90.

УДК 616.34—007.272—036.11 (470.41)

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

М. Ю. Розенгартен

Отдел лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения ТССР, г. Казань

Реферат. Проанализированы результаты лечения острой непроходимости кишечника в Татарии за 30 лет. Выявлена прямая зависимость исходов операции от сроков поступления больных в стационар с момента заболевания.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, лечение, летальность.

1 таблица. Библиография: 3 названия.

Анализ результатов лечения острой непроходимости кишечника (ОНК) имеет важное значение в связи с многообразием клинических проявлений данного состояния, тяжелым течением, запоздалой диагностикой и высокой летальностью.

С 1960 по 1989 г. в стационары ТССР поступили 16027 больных с различными формами ОНК, из них 9297 (58%) человек перенесли оперативное лечение. Из числа прооперированных умерли 1139 (12,2%) человек, из числа леченных консервативно — 83 (1,3%). У всех неоперированных больных наблюдали клинические признаки ОНК — рвоту, боли в животе, задержку газов, отсутствие стула.

Консервативные меры предпринимались лишь в случаях, когда сроки ОНК не превышали 6—8 ч и сводились к применению сифонных клизм, повторным промываниям желудка, введению стимуляторов моторики кишечника, электролитов, сердечных средств.

Мужчин было 9183 (57,3%), женщин — 6844 (42,7%). 13752 (85,8%) пациента были доставлены по поводу ОНК, 2275 (14,2%) — по поводу других заболеваний. Пожилые (в возрасте 60 лет и старше), леченные по поводу ОНК, составляли 20,2% от общего числа таких больных.

Наиболее распространенным видом обезболивания в ТССР является эндотрахеальный наркоз с добавлением раствора новокаина в корень брыжейки.

Для сравнительной оценки результатов лечения больных ОНК наши данные мы условно разделили на 3 периода, каждый из которых включает десятилетний срок. В 1960—1969 гг. оперативное лечение перенесли 1986 человек, умерли 375 (18,9%), в 1970—1979 гг. — соответственно 3229 и 450 (13,9%), в 1980—1989 гг. — 4082 и 314 (7,7%); в те же три периода консервативное лечение получили соответственно 1495, 2300 и 2935 человек, умерли 24 (1,6%), 41 (1,8%) и 18 (0,6%).

Прогрессивному снижению летальности способствовали повышение квалификации врачей-хирургов, внедрение в практику новейших методов определения жизнеспособности кишечника во время операции, коррекции нарушений в послеоперационном периоде.

Представляет интерес динамика летальности после операций в зависимости от сроков поступления больных в стационар с момента заболеваний (см. табл.). Выявлена прямая зависимость сроков поступления больных с ОНК в стационар с момента заболевания и исходов операций. При госпитализации больных с ОНК в первые 6 ч с момента заболевания послеоперационную летальность можно снизить до 3—3,5%.

Анализ причины поздней госпитализации показал, что на первом месте стоит несвоевременное обращение больных за медицинской помощью (75,2%).