

4. Клиническая ультразвуковая диагностика. Руководство для врачей./Под ред. Н. И. Мухарьямова.— М., 1987.— Т. 1.
5. Молдогашев Н. К., Жумабаев Б. Ж.//Кардиология.— 1989.— № 6.— С. 68—71.
6. Мухарьямов Н. М.//Тер. арх.— 1988.— № 7.— С. 3—9.
7. Нью-тян-де Г. Б., Атьков О. Ю., Сергакова Л. М., Матвеева Л. С.//Cor et vasa.— 1986.— № 6.— С. 461—468.
8. Савельев С. В., Зубарев А. В., Пачкулия Л. К., Верин В. Е.//Кардиология.— № 7.— С. 77—78.
9. Соловьев Г. М., Попов Л. В., Чернов В. А., Сегадинов А. П.//Кардиология.— 1986.— № 8.— С. 53—57.
10. Шевлягин С. А., Наумов В. Г., Григорьянц Р. А. и др.// Тер. арх.— 1986.— № 3.— С. 34—37.
11. Come P. C., Riley M. F. et al.//Amer. Heart J.— 1988.— Vol. 116.— P. 1253—1261.
12. Habib C., Benichon M. et al.//Coeur.— 1988.— Vol. 19.— P. 173—181.
13. Haille L., Angelsen B./Doppler Ultrason in Cardiology.— Philadelphia: Lea and Febiger, 1985.
14. Kral J., Hradeč J., Petrašek T.//Cor et vasa.— 1989.— Vol. 6.— P. 485—495.
15. Lengyel M., Tajik A., Seward J.//Cor et vasa.— 1986.— Vol. 4.— P. 266—275.
16. Niederle P., Feureisl R. et al.//Cor et vasa.— 1986.— Vol. 6.— P. 454—460.
17. Nouri S., Labovitz A. J.//J. Clin. Ultrasound.— 1987.— Vol. 15.— P. 599—634.
18. Sasson Z., Yock P. C. et al.//J. Amer. Coll. Cardiol.— 1988.— Vol. 11.— P. 752—756.
19. Starek A., Niederle P. et al.//Cor et vasa.— 1989.— Vol. 3.— P. 186—193.

Поступила 11.05.90.

УДК 616.33—089.87—06:616.33—002—08

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТЕ

В. А. Кузнецов, И. В. Федоров, Л. Е. Славин

Кафедра хирургии (зав.— проф. В. А. Кузнецов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Гастрит оперированного желудка известен со времен выполнения первых резекций и гастроэнтеростомий. Термин «рефлюкс-гастрит», или «послеоперационный щелочной рефлюкс-гастрит», сравнительно недавно получил широкое распространение, что позволило с новых позиций взглянуть на проблему его профилактики и лечения [1, 32].

Клиническая картина рефлюкс-гастрита характеризуется болями в эпигастральной области, тошнотой, рвотой (как правило, желчью), горьким вкусом во рту, потерей в массе тела, желудочной гипосекрецией, неустойчивым стулом, а в ряде случаев — развитием гипохромной анемии [21, 31, 43].

Основная причина развития рефлюкс-гастрита после операций на желудке состоит в отключении, удалении или разрушении привратникового механизма, что приводит к обильному и неконтролируемому поступлению дуоденального содержимого в желудок [47, 49]. Определенное значение имеют нарушения дуоденальной проходимости органической или функциональной природы, снижение моторной функции антрального отдела желудка [12, 16; 34].

Дуодено-гастральный рефлюкс существует в норме у каждого здорового человека, но он кратковременен, невелик по объему и не приводит к развитию рефлюкс-гастрита [15, 18, 21]. Патологическое состояние возникает при попадании в желудок обильного количества желчи и ее длительной экспозиции в просвете органа [33, 38]. На сегодня экспериментально и клинически доказано, что дуоденальное содержимое обладает мощным detergentным действием на слизистую оболочку желудка, что приводит к разрушению естественного муцинозного барьера, увеличению обратной диффузии ионов водорода, повреждению слизистой оболочки желудка, развитию эрозивного или атрофического рефлюкс-гастрита, кишечной метаплазии и энтеролизации эпителия, а при длительном воздействии — к раковому перерож-

дению [13, 18, 35, 38]. Среди компонентов дуоденального содержимого, обладающих наиболее агрессивными свойствами, особое значение надлежит желчным кислотам, лизолецитину и панкреатическим энзимам [16, 49].

Наиболее часто дуодено-гастральный рефлюкс и рефлюкс-гастрит наблюдаются после резекции желудка, особенно по Билроту II [37]. Так, после операции по Гофмейстеру — Финстереру рефлюкс-гастрит является облигатным осложнением и наблюдается в 100% случаев [9, 19]. Значительно реже (в 6—12% случаев) он встречается после привратникосохраняющих операций — СПВ или резекции желудка с сохранением пилорического жома [5, 14, 23].

Вопросы лечения дуодено-гастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрита весьма сложны и далеки от окончательного решения. Консервативная терапия рефлюкс-гастрита предусматривает воздействие в трех направлениях: 1) активацию моторики желудка и двенадцатиперстной кишки путем назначения метаклопрамида, домперидона, антихолинэстеразных препаратов, иглорефл-терапии, диадинамических токов и ультразвука, новокаиновых блокад; 2) применение препаратов, связывающих желчные кислоты и лизолецитин, — холестирамина, антацидов; 3) применение цитопротекторов и регенерантов — карбенколлона, циметидина, метилурацила, анаболиков, компламина, теофиллина.

Метаклопрамид координирует гастродуоденальные сокращения, увеличивает амплитуду антральных моторных комплексов, повышает пропульсивный клиренс содержимого [23, 41]. По мнению Е. И. Зайцевой и соавт. [7], трехнедельный курс лечения метаклопрамидом ликвидировал рефлюкс у 45% больных. Домперидон — специфический антагонист допамина. Он является мощным антирефлюксным агентом, так как ингибирует антиперистальтические сокращения двенадцатиперстной кишки [48]. Холестирамин нейтрализует желчные кислоты. Особенно эффективно его со-

четание с антацидами, содержащими гидроокислы алюминия, так как при этом восстанавливается интрамулярная разница потенциалов до параметров нормальной слизистой оболочки желудка [27]. Из физиотерапевтических процедур наиболее эффективно применение диадинамических токов на область желудка и двенадцатиперстной кишки [3].

За последнее время в лечении дуодено-гастрального рефлюкса и рефлюкс-гастрита получила распространение акупунктура, терапевтический эффект которой обусловлен нормализующим влиянием на состояние ЦНС и моторно-эвакуаторную функцию органов гастроудоденальной зоны [8, 22].

Рефлюкс-гастрит, в том числе и у неоперированных больных, нередко протекает на фоне неврастении и депрессивного синдрома, что еще больше усиливает страдания и усложняет лечение [11]. В то же время больным этой категории нельзя отказываться в лечении у гастроэнтеролога и хирурга, так как психические заболевания у них часто носят вторичный характер и могут быть соматически обусловлены [25].

Диетотерапия при рефлюкс-гастрите должна носить щадящий характер с ограничением желчных продуктов, рекомендуется частое дробное питание [2, 10]. Однако в целом возможности консервативной терапии в лечении рефлюкс-гастрита весьма ограничены, особенно при тяжелых формах страдания и при сочетании с другими патологическими синдромами [46, 47].

Многие десятилетия при обследовании больных с рефлюкс-гастритом клиницисты непременно пытались выявить ту или иную органическую патологию: рвоты желчью, именуя ее синдромом приводящей или отводящей петли, спаечной болезнью брюшной полости, излишней мобилистностью органов, а в последнее время — теми или иными формами хронической дуоденальной непроходимости [3, 30]. В то же время само попадание в желудок обильного количества желчи вызывает у больного рвоту, которую можно предотвратить аспирацией желудочного содержимого через зонд, причем этиология рефлюкса не имеет существенного значения [45]. Отсутствие органического препятствия для свободного опорожнения дуоденального содержимого в нижележащие отделы желудочно-кишечного тракта нередко служит поводом для отказа от операции и продолжения мало перспективного лечения у терапевта. Показанием же для выполнения корригирующей операции при рефлюкс-гастрите служат не наличие или отсутствие органических причин для его возникновения, а тяжесть клинического течения и неэффективность консервативной терапии. Было показано [45], что послеоперационный рефлюкс-гастрит во многом имеет функциональную природу, обусловлен нарушением моторики желудка, двенадцатиперстной и тощей кишки, а также десинхронизацией перистальтических сокращений органов, участвующих в формировании желудочно-кишечного анастомоза вплоть до еюногастрального выпадения [12, 28, 47]. Все это имеет существенное значение для выбора способа хирургической коррекции рефлюкс-гастрита.

По мнению большинства авторов, такие операции, как рассечение спаек вокруг анастомоза и петель кишечника, сужение соустья, резекции желудка с повторным анастомозированием, наложение межкисечного анастомоза между приводящей и отводящей петлями, рассечение связки Трейца, мало эффективны, так как грешат механистическим пониманием проблемы и не обеспечивают

основного требования реконструкции: надежного анатомического разобщения желудка и дуоденального содержимого [10, 49]. Ряд хирургов для лечения рефлюкс-гастрита применяют изоперистальтическую интерпозицию тонкокишечного сегмента между желудком и двенадцатиперстной кишкой по Захарову—Генлей [20, 44]. Эта операция обеспечивает хорошие непосредственные результаты в среднем у 60% пациентов [26]. Однако, по мнению ряда авторов [12, 24], при сочетании рефлюкс-гастрита с хронической дуоденальной непроходимостью, хроническим панкреатитом, синдромом приводящей петли данное вмешательство дает неудовлетворительные результаты. Как полагают некоторые авторы, гастроэюнодуоденопластика вообще не должна применяться в реконструктивной хирургии желудка, так как всевозможные осложнения и «болезни трансплантата» на поздних сроках сводят на нет положительный эффект лечения [47, 49].

Начиная с 70-х годов в хирургии рефлюкс-гастрита широкое распространение получила операция Ру. Это вмешательство, предложенное в 1892 г. швейцарским хирургом Цезарем Ру для лечения порочного круга после гастроэнтеростомии, надежно контролирует рефлюкс-гастрит любой этиологии, что приводит к стиханию воспалительных явлений в слизистой оболочке желудка и ликвидации клинических проявлений рефлюкса [33, 42]. Более того, со временем происходят регенерация эпителия и некоторое восстановление секреторной функции обкладочных клеток [36]. В настоящее время реконструкция по Ру считается операцией выбора при послеоперационном рефлюкс-гастрите любой этиологии, при этом длина Ру-петли для эффективной профилактики рефлюкса не должна быть менее 40—50 см. Так, В. Н. Репин и соавт. [17] применили эту операцию у 60 больных с послеоперационным рефлюкс-гастритом на почве хронической дуоденальной непроходимости с хорошим отдаленным результатом, а Ф. И. Дуденко и соавт. [6] наблюдали благоприятный результат у 14 из 18 оперированных. По данным Лигидакса [39], реконструкция по Ру, выполненная по поводу рефлюкс-гастрита, приводит к излечению 80—100% оперированных. Особенно эффективна эта операция при сочетании рефлюкс-гастрита с демпинг-синдромом или пептической язвой анастомоза, в этом случае обязательно дополнение резекции стволовой ваготомией [46].

Дуодено-гастральный рефлюкс и рефлюкс-гастрит нередко усиливаются после холецистэктомии и операций на большом дуоденальном соустье, так как данные вмешательства способствуют обильному и неконтролируемому поступлению желчи в двенадцатиперстную кишку [4]. У этих больных при неэффективности консервативной терапии и прогрессирующем течении заболевания предпочтение следует отдавать органосберегающим операциям — разобщению желудка и двенадцатиперстной кишки на уровне луковицы с последующим формированием дуоденальной культи и бульбозюноанастомоза на отключенной по Ру петле [29]. Правда, данное вмешательство следует применять с осторожностью, так как у некоторых больных оно осложняется развитием Ру-синдрома — стойким нарушением эвакуации из желудка при хорошей проходимости анастомоза [20, 40].

Располагая опытом консервативного и операционного лечения около 100 больных с послеоперационным рефлюкс-гастритом, мы пришли к убеждению, что при любой этиологии и степени тяжести данного страдания оправдано лечение де-

таклопрамидом в сочетании с иглорефлексотерапией. Однако более чем у половины больных этот лечебный подход не в состоянии полностью скомпенсировать патологию, что делает показания к операции абсолютно обоснованными. Проводимая терапия рассматривается нами как наиболее эффективный способ предоперационной подготовки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Н. П., Орлов А. В., Персианов А. П. // В кн.: Редкие и труднодиагностируемые заболевания органов пищеварения. — Душамбе, 1977.
2. Акимов Н. П., Бацков С. С. // Тер. арх. — 1982. — № 4. — С. 137—139.
3. Вигебский Я. Д. // Хроническое нарушение дуоденальной проходимости и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. — Челябинск, 1976.
4. Доценко С. А. // Клин. хир. — 1987. — № 8. — С. 35—38.
5. Дусенко Г. И., Гарачатый И. А., Дуденко В. Г. // Вестн. хир. — 1987. — № 1. — С. 20—23.
6. Дуденко Г. И., Пляшкевич А. В., Зуев А. С., Алибегов Р. А. // Клин. хир. — 1989. — № 8. — С. 28—30.
7. Зайцева Е. И., Богачев Р. С., Хибин Л. С. // В кн.: Труды Смоленского мединститута. — 1978. — Т. 56.
8. Матвиенко Л. И., Цыбонь М. Е., Аскашек С. А., Якимюк И. Н. // В кн.: Материалы научной конференции «Современные проблемы ВТЭК». — М., 1986.
9. Майстренко Н. А. // Вестн. хир. — 1986. — № 10. — С. 13—17.
10. Мирзаев А. П. // Дуоденальный стаз. — Л., Медицина, 1976.
11. Пакошина Н. Д., Вишневецкий В. А., Ступин В. А., Федоров А. В. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1985. — № 11. — С. 1697—1700.
12. Панцырев Ю. М. // Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. — М., Медицина, 1973.
13. Петров В. П. // Вестн. хир. — 1989. — № 5. — С. 29—32.
14. Помелов В. С., Барамидзе Г. Г. // Клин. мед. — № 2. — С. 81—85.
15. Поголов П. М., Гук Е. В. // Вестн. хир. — 1987. — № 1. — С. 141—143.
16. Поголов П. М., Гук Е. В. // Хирургия. — 1988. — № 5. — С. 143—146.
17. Репин В. Н., Дворянских В. Н., Овечкин А. В., Репин М. В. // Клин. хир. — 1989. — № 8. — С. 30—32.
18. Реут А. А., Щербатых А. В., Жигаев Г. Ф., Хе А. Н. // Клин. хир. — 1990. — № 3. — С. 115—118.
19. Рычагов Г. П. // Вестн. хир. — 1986. — № 10. — С. 17—20.
20. Саенко В. Ф., Ващенко А. Е., Маркулан Л. Ю. и др. // Клин. хир. — 1989. — № 8. — С. 19—21.
21. Федоров А. В., Ступин В. А., Грошев Н. Н. и др. // Хирургия. — 1990. — № 3. — С. 27—31.
22. Цильнов В. Е. // В кн.: Актуальные проблемы современной клинической хирургии. — М., 1983.
23. Чернякевич С. А., Файн А. С. // Хирургия. — 1985. — № 10. — С. 109—114.
24. Шалимов А. А., Саенко В. Ф. // Хирургия пищеварительного тракта. — Киев, 1987.
25. Alexander-Williams I. // Ann. Roy coll Surg. England. — 1973. — Vol. 52. — P. 1—16.
26. Bushkin F. L., Woodward E. R. // Postgastrostomy Syndromes. — Philadelphia, 1976.
27. Cospary W. R. // Arch. Surg. — 1978. — Vol. 106. — P. 463—464.
28. Czerniak A. // Arch. Surg. — 1987. — Vol. 112. — P. 1190—1192.
29. De Meester T. R., Fuch K. H., Ball C. S. // Ann. Surg. — 1987. — Vol. 206. — P. 414—425.
30. Duvie S. O. // Intern. Surg. — 1988. — Vol. 73. — P. 140—144.
31. Emas S., Eriksson B. // Hepato-gastroenterol. — 1989. — Vol. 36. — P. 48—51.
32. Heerden J. A., Phillips S. F., Adson M. A. // Amer. J. Surg. — 1987. — Vol. 206. — P. 213—217.
33. Hollands M. J., Filipe I., Edwards S. et al. // Brit. J. Surg. — 1989. — Vol. 76. — P. 481—482.
34. Hollinger A. // Scand. J. Gastroenterol. — 1981. — Vol. 16. — P. 55—57.
35. Houghton P. W. // Brit. J. Surg. — 1987. — Vol. 74. — P. 288—291.
36. Hulks G. // Ann Surg. — 1986. — Vol. 11. — P. 537—542.
37. Langhans P. // Scand. J. Gastroenterol. — 1981. — Vol. 16. — P. 247—249.
38. Langhans P. // Amer. J. Surg. — 1987. — Vol. 4. — P. 267—271.
39. Lygidakis N. J. // World. J. Surg. — 1982. — Vol. 6. — P. 226—230.
40. Mathias J. R. // Gastroenterology. — 1985. — Vol. 88. — P. 101—107.
41. Miller-Lissner A., Fraass C. // Curr. Surg. — 1987. — Vol. 4. — P. 521.
42. Rhodes J. // Scand. J. Gastroent. — 1981. — Vol. 16. — P. 173—175.
43. Rutledge P. L., Warshow A. L. // Amer. J. Surg. — 1988. — Vol. 155. — P. 82—87.
44. Sousa J., Troncon M. // Ann Surg. — 1988. — Vol. 11. — P. 172—177.
45. Sugiyama Y. // Amer. J. Surg. — 1987. — Vol. 153. — P. 161—166.
46. Vassilakis J. S., Xynos E., Neonakis E., Noussis G. // Digestive surgery. — 1988. — Vol. 3. — P. 136—142.
47. Vogel S. B. // Surg. Forum. — 1983. — Vol. 34. — P. 173—175.
48. Wehranch T. R., Ehe W. // Scand. J. Gastroenter. — 1981. — Vol. 16. — P. 195—198.
49. Woodward E. R., Hockind M. P. // Surg. clin. North America. — 1987. — Vol. 67. — P. 509—519.

Поступила 24.05.90.