

На правах рукописи

САННИКОВ
Олег Рудольфович

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ
ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА
У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Пермь 2007

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на кафедре хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС (зав. – профессор М.Ф. Заривчацкий)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Заривчацкий Михаил Федорович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Ренин Василий Николаевич**

доктор медицинских наук, профессор **Стяжкина Светлана Николаевна**

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится «__» «_____» 2007 г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.067.03 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» (614990, г. Пермь, ул. Куйбышева, 39).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава (г. Пермь, ул. Коммунистическая, 26).

Автореферат разослан «____» _____ 2007 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

доктор медицинских наук,

профессор

Л.П. Котельникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) представляет собой феномен, заключающийся в ретроградном поступлении дуоденального содержимого в просвет желудка. Он встречается в практике врача-эндоскописта во время рутинных исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта и характеризуется появлением примеси желчи к желудочному секрету различной степени интенсивности.

Сопоставление результатов работ различных авторов показывает, что дуоденальное содержимое является частым спутником и составной частью желудочного сока при заболеваниях органов пищеварения, а кратковременный и незначительный ДГР обнаруживается у 0,5—15% здоровых людей (Н.П. Акимов, 1982; П.М. Постолов, 1987). По данным С.И. Пиманова (2000), он встречается у 20 – 25% обследуемых, а у больных, страдающих патологией органов этой зоны, ретроградный заброс дуоденального содержимого через пилорический сфинктер становится постоянным явлением и обнаруживается в 45 – 100% случаев (С.А. Амиджанов и соавт., 1978; И.Н. Михаськив, 1979; К.А. Koelsch, 1978).

Одни авторы (А.Г. Саакян и соавт., 1978; Р.М.Филимонов, 1981) рассматривают его как защитную реакцию организма в ответ на поступление в двенадцатиперстную кишку желудочного сока с высокой кислотно-пептической активностью, подчеркивают его важную роль в регуляции желудочной секреции (В.Ф. Чернов и соавт., 2000) или считают сомнительным отнесение его к патологии (А.Д. Битти, 1995; Alexander-Williams J., 1982; Wolff G., 1988). Другие исследователи (Я.М. Вахрушев и соавт., 1998; С.И.Еремеев и соавт., 2002; К. Bielecki, 1978; G.F .Gowen, 1985) отводят рефлюксу дуоденального содержимого в желудок роль патологического агента в развитии заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки.

Существует большое число инструментальных и лабораторных методик оценки ДГР, однако все они обладают различной чувствительностью и, соответственно, уровнем достоверности полученных результатов, причем некоторые из них, например, фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), по мнению отдельных авторов (Т.Альбужи, 2001), сами провоцируют возникновение рефлюкса, что может приводить к его гипердиагностике. Кроме

того, до сих пор отсутствует общепринятый комплекс обследования больных, направленный на выявление ДГР и его причин.

Большинство авторов наблюдали дуоденогастральный рефлюкс у больных, страдающих патологией гастродуоденальной зоны, вместе с тем встречаются отдельные работы (П.С. Постолов и соавт., 1990; Н.Г. Гнатюк и соавт., 1997; Т.Альбужи, 2000; Z. Koranski et al., 1995; P. Wilson et al., 1995; R.Peterli et al., 1998), описывающие этот феномен у больных, перенесших холецистэктомию. У этих пациентов выявлена связь ДГР с возникновением рефлюкс-гастрита, билиарнозависимого панкреатита, инфекцией *Helicobacter pylori*. Актуальность изучения ДГР у этого контингента больных объясняется еще и тем, что заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков относятся к числу широко распространенных болезней. Желчнокаменную болезнь (ЖКБ) справедливо считают “болезнью века”, “болезнью цивилизации”. В нашей стране ЖКБ встречается у 5–20% населения (С.Г.Бурков и соавт., 1995; В.Т. Ивашкин и соавт., 2002).

Несмотря на достигнутые успехи в консервативном лечении ЖКБ, число холецистэктомий (ХЭ) продолжает расти. В Российской Федерации они занимают второе место среди всех операций, уступая лишь аппендэктомиям (С.Р. Добровольский и соавт., 2006; И.В.Нагай, 2007; Л.Б.Лазебник и соавт., 2004). Однако хирургическое вмешательство далеко не всегда приводит к полному излечению, а у 15–40% пациентов (У.Лейшнер, 2001; П.Я.Григорьев и соавт., 2002; Л.Б.Лазебник и соавт., 2004) сохраняются существовавшие ранее клинические симптомы или развиваются различного рода изменения органов пищеварения, объединяемые некоторыми авторами термином “постхолецистэктомический синдром” (ПХЭС).

ПХЭС является собирательным понятием, подразумевающим патологические проявления, связанные прямо или косвенно с самой операцией, а также заболевания, прогрессирующие в результате операции (Р.А. Иванченкова, 1998). Большинство клиницистов считают термин “постхолецистэктомический синдром” малоудачным или даже неправомочным, поскольку он не отражает сути страдания, причин возникновения и сущности патологических процессов, наблюдаемых у данной категории больных.

Остается неизученной проблема адекватной диагностики ДГР у больных, перенесших холецистэктомию, не изучено его влияние на прогресси-

рование патологических изменений в органах панкреатобилиарной и гастродуоденальной зон. Решению этих задач посвящено настоящее исследование.

Цель исследования

Улучшить диагностику дуоденогастрального рефлюкса у пациентов, перенесших холецистэктомию, а также у больных, имеющих другую патологию органов панкреатогастродуоденальной зоны, путем оптимизации диагностического процесса с использованием дублирующей методики.

Задачи исследования

1. Провести анализ симптомов, встречающихся у больных дуоденогастральным рефлюксом, определить их патогномичность и достоверность.
2. Выявить частоту встречаемости дуоденогастрального рефлюкса у пациентов различных групп, в том числе перенесших холецистэктомию.
3. Разработать объективную методику диагностики дуоденогастрального рефлюкса с использованием контрольной дублирующей методики.
4. Установить, является ли дуоденогастральный рефлюкс компенсаторным механизмом «ощелачивания» избыточно закисляемой среды желудка посредством субмаксимальной стимуляции гистамином желудочной секреции.
5. Усовершенствовать эндоскопическую классификацию степеней рубцовой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки.
6. Определить взаимосвязь между клинической, эндоскопической, рН-метрической и морфологической картинами при дуоденогастральном рефлюксе

Научная новизна исследования

1. Впервые обосновано использование дублирующей методики для оптимизации диагностики ДГР в различных клинических группах.

2. Показана неоднородность клинической и эндоскопической картин, а также данных краткосрочной внутрижелудочной рН-метрии при ДГР.
3. Установлена взаимосвязь между перенесенной холецистэктомией в отдаленном периоде и частотой возникновения ДГР.
4. Разработана удобная для практического использования эндоскопическая классификация степени рубцовой деформации ДПК.

Практическая значимость работы

Обоснована необходимость оценки ДГР использованием не менее двух методов, позволяющих повысить достоверность регистрации рефлюкса и исключить индуцированный характер последнего.

Дополнение методики кратковременной интрагастральной рН-метрии введением тонкого катетера в желудок для аспирации желудочного содержимого или использование специального зонда с капилляром способствует повышению информативности исследования и исключению графических артефактов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Патогномичных клинических признаков дуоденогастрального рефлюкса не существует.
2. Для достоверного выявления ДГР необходимо применять ФЭГДС и внутрижелудочную рН-метрию, дополненную использованием тонкого катетера или специального рН-зонда с капилляром для аспирации желудочного содержимого.
3. Атрофические и воспалительные изменения слизистой оболочки желудка легкой и умеренной степени выраженности не являются специфичными для ДГР. ФЭГДС позволяет достоверно диагностировать лишь диффузную атрофию слизистой оболочки.
4. Холецистэктомия влияет на нормальный транзит желчи и нередко осложняется ДГР.

Апробация работы

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на заседании ассоциации врачей хирургического профиля Перми и Пермской области (2005), Республиканской научно-практической конференции патологоанатомов в г. Ижевске (2005), научной сессии ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава» (2006). Диссертация обсуждена на совместном заседании кафедр хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС, хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, госпитальной терапии №2 ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава (2006).

Личное участие автора в проведенных исследованиях

Автор самостоятельно наблюдал и обследовал 100 пациентов, провел анализ полученных данных, усовершенствовал способ диагностики дуоденogaстрального рефлюкса с использованием дублирующей методики, разработал эндоскопическую классификацию степени рубцовой деформации ДПК.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в МСЧ № 41 г. Глазова, в эндоскопическом и хирургических отделениях клинической медсанчасти №1 г. Перми, а также используются на кафедре хирургических болезней медико-профилактического факультета с курсом гематологии и трансфузиологии ФПК и ППС ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» при преподавании раздела хирургического лечения патологии печени, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 4 научных работы, в том числе статья в «Пермском медицинском журнале», получено удостоверение на рационализаторское предложение.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 132 страницах печатного текста, состоит из введения, 4 глав, выводов, практических рекомендаций и библиографического списка. Работа включает 19 таблиц, 16 рисунков. Библиографический список содержит 217 источников, из них 150 работ отечественных авторов и 67 зарубежных.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Клиническая характеристика больных. Для реализации поставленных задач обследовано 100 человек, среди которых были пациенты, обратившиеся в амбулаторном порядке (53 чел.), и госпитализированные в терапевтическое отделение ГУЗ МСЧ № 41 г. Глазова (47 чел.) за период с 2001 по 2004 годы. Среди пациентов преобладали женщины (62 %), а соотношение мужчин и женщин составило 1,2 : 2. Средний возраст был $42,9 \pm 11,4$ года. Все обследованные распределены по трем репрезентативным группам, сформированным методом простой рандомизации. Первую группу (40 человек) составили пациенты с ДГР, манифестированным при проведении ФЭГДС. Данная группа была клинически разнородной, т.к. включала в себя больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) и желудка, хроническим гастритом, хроническим панкреатитом и др., а также пациентов с признаками ДГР без каких-либо визуальных изменений слизистой. Средний возраст пациентов этой группы составил $42,3 \pm 11,1$ года, отмечалось преобладание мужчин (60%). Вторая группа (30 человек) представлена больными, перенесшими холецистэктомию по поводу ЖКБ в отдаленном периоде (18 и более месяцев), независимо от факта наличия или отсутствия ДГР. Средний возраст больных этой группы составил $45,9 \pm 9,8$ лет, преобладали лица женского пола (83,33%). В группу сравнения вошло 30 пациентов с визуально неизменной слизистой оболочкой пищевода, желудка и ДПК и без признаков ДГР. Средний возраст пациентов этой группы составил $41,1 \pm 13,0$ года, здесь так же отмечалось преобладание женщин (70%).

ФЭГДС являлась первым инструментальным методом, устанавливавшим факт наличия или отсутствия ДГР. Исследование проводили с помощью аппарата с торцевой оптикой Olympus GIF XQ-30 (Япония) под местной анестезией с использованием 10% раствора лидокаина в виде спрея. Во время ФЭГДС визуально оценивали состояние слизистой оболочки (СО) пищевода, желудка и ДПК. При этом обращали внимание на выраженность рвотного рефлекса, полноту смыкания кардии и привратника, характер желудочного секрета и наличие примеси в нем, признаки регургитации желчи в желудок и желудочного содержимого в просвет пищевода, наличие язвенных, эрозивных дефектов, рубцовых деформаций стенок, полнокровия слизистой, атрофических изменений и др. Осуществляли биопсию СО антрального отдела и тела желудка и нижней трети пищевода.

Внутрижелудочную рН-метрию проводили через несколько дней после ФЭГДС. При выполнении кратковременной рН-метрии использовали зонды закрытого типа ГА-5 с пятью измерительными электродами и накожным электродом сравнения, изготавливаемые из медицинского пластика, с наружным диаметром 4,2 мм. После предварительной анестезии слизистой оболочки и ее анемизации с целью уменьшения отека и кровоточивости путем закапывания в носовые ходы 2-3 капель 0,1% раствора ксилометазолина, подогретый в теплой воде зонд вводили в желудок трансназально, благодаря чему достигалось практически полное подавление рвотного рефлекса. Зонд устанавливали таким образом, чтобы верхний датчик находился в нижней трети пищевода (над кардией), а два дистальных – в выходном отделе желудка. Двумя оставшимися датчиками оценивали рН тела и кардиального отдела желудка. Исследование проводили пациенту в положении сидя на программно-аппаратном комплексе “Гастроскан-5”. Аппарат установлен на базе PC класса Intel Celeron (433 MHz, 96 МБ, 6 Гб), снабжен программным обеспечением, работающем в ОС Microsoft Windows 98. Сертификат соответствия № РОСС RU. ИМО2. В03877.

Стандартный цикл включал исследование базального рН (30 мин.), стимулированного рН (субмаксимальная стимуляция 0,1% раствором гистамина в дозе 0,02 мг/кг массы пациента в течение 45 мин.) и проведение двух щелочных тестов (через 30 мин. от начала исследования и

после стимуляции гистамином) путем введения через рот в желудок 0,5 г бикарбоната натрия, растворенного в 30 мл теплой кипяченой воды.

Свидетельством ДГР считалось наличие пиков на рН-грамме антрума с разницей значений не менее 3 единиц (Н.Я. Малькова-Хаимова и соавт., 2004; С.В.Силуянов и соавт., 2005).

В тех случаях, когда значения рН в антральном отделе желудка были высокими (гипо- и анацидные состояния, компенсированное кислотообразование), оценить ДГР не представлялось возможным. Определенные трудности представляли и те случаи, когда всплески на рН-грамме не достигали высокой амплитуды или были единичными. Учитывая это, методика кратковременной интрагастральной рН-метрии нами была дополнена трансназальным введением в желудок тонкого катетера, в качестве которого применялась промывная трубка типа PW-1L, используемая в эндоскопических исследованиях, с внешним диаметром 2 мм. Забор желудочного содержимого в количестве, не превышающем 3 мл, производился в начале исследования (на 2-3 мин.), в конце периода оценки базальной секреции (на 28-30 мин.) и в конце периода оценки стимулированной секреции. Оценивали прозрачность секрета, наличие в нем примеси желчи. Данная процедура выполнялась для повышения достоверности регистрации ДГР при сопоставлении данных, получаемых на рН-граммах и при визуальной оценке секрета.

Всем исследуемым проводилось УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы на аппарате “Aloka SSD-1700” (Япония). Оценивали размеры органов, функциональные и структурные изменения (деформации, дефекты наполнения, изменения паренхимы органов диффузного или очагового характера, толщины стенок и т.д.).

Общеклинические лабораторные исследования проводились в поликлинике МСЧ №41 г. Глазова. При выполнении общего анализа крови концентрацию гемоглобина определяли унифицированным гемоглобинцианидным методом, количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов подсчитывали в камере Горяева. Лейкоцитарную формулу определяли после окраски мазков крови по Романовскому-Гимзе. Биохимические исследования выполняли на русифицированной модели биохимического анализатора Autohumalyzer – 900S+ «Human» (Германия) с использованием ре-

активов «Human» (Германия). Из биохимических показателей определяли содержание билирубина (общего и прямого) унифицированным методом Ендрашека-Грофа, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы и щелочной фосфатазы оптимизированным энзиматическим кинетическим методом, глюкозы – глюкозооксидазным методом.

Забор материала для морфологической оценки осуществлялся во время ФЭГДС. Биоптаты из антрального отдела и верхней трети тела желудка, а также из нижней трети пищевода фиксировали в 10% нейтральном формалине, проводили по спиртам в восходящей концентрации, затем заливали в парафин по общепринятой методике, окрашивали гематоксилином и эозином. Состояние слизистой оболочки (СО) оценивали полуколичественным методом (микроскоп ЛОМО МИКМЕД-1, окуляр 7х, увеличение объектива x10, x20, x40), отмечали наличие и степень активности воспалительного процесса в СО желудка, пользуясь “визуально-аналоговой шкалой морфологических изменений СО желудка”, предложенной М. Dixon (1996). Активность воспаления оценивали по наличию инфильтрации полиморфноядерными лейкоцитами поверхностного эпителия и собственной пластинки СО желудка на фоне свойственной хроническому гастриту (ХГ) инфильтрации плазматическими клетками и лимфоцитами.

Полученные данные инструментальных и клинических методов исследования подвергнут обработке методом дисперсионного анализа, выявлявшим статистически достоверную связь для явлений, выраженных абсолютными числами. Статистически достоверным считались результаты при значении $p < 0,05$, а высокодостоверными – при $p < 0,01$). Результаты исследования обработаны компьютерной программой «Statistica v.5.5A».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На основании анализа результатов обследования 100 пациентов не установлено патогномичных клинических проявлений ДГР. Такие клинические признаки, как боль, явления диспепсии, сопровождающиеся ДГР, манифестированным на ФЭГДС или pH-метрии, сопряжены с функциональными нарушениями моторики ЖКТ и не могут сами по себе характеризовать ДГР. Болевой синдром у больных, перенесших холецистэктомию, прослеживался в большем числе случаев, чем в группе сравнения

и в I группе (63,33%, 6,67% и 47,5% соответственно; $p \leq 0,01$), однако утверждать, что он является следствием ДГР, нет оснований. Правильнее предположить, что рефлюкс возникает на фоне нарушений антродуоденальной координации, спастической дискинезии данной зоны и тесно сопряженной с ней панкреатобилиарной системы. Нарастание во II группе числа случаев болевого синдрома, сопровождаемого ДГР, по сравнению с I группой может свидетельствовать в пользу выраженности функциональных нарушений у больных ЖКБ с перенесенной ранее холецистэктомией.

Явления диспепсии, несмотря на некоторое преобладание их во II группе, также не дают достаточных оснований для того, чтобы выделить их как патогномоничный признак, характеризующий ДГР. Наиболее частым симптомом, явно преобладавшим во II группе, является чувство горечи во рту (56,67%; в I группе – 17,5%, в группе сравнения – 0%; $p \leq 0,01$), который свидетельствует не только о нарушении функции привратника и антродуоденальной координации, а также и вышележащих сфинктеров – кардиального и глоточного, и мог бы быть трактован как дуоденогастроэзофагооральный рефлюкс. Данный признак характеризует не ДГР как таковой, а более глубокие нарушения моторики верхних отделов ЖКТ, когда имеют место расстройства сразу нескольких сфинктерных аппаратов – пилорического, кардиального и фарингеального, и содержимое ДПК ретроградно поступает в вышележащие органы – желудок, пищевод и глотку (О.Я.Бабак, 2003). В таких случаях рекомендуется проведение суточного мониторинга внутрипищеводного pH для оценки интенсивности ГЭР.

Ультразвуковой метод диагностики, выполненный в стандартной методике, не выявлял ДГР непосредственно, однако давал возможность оценить состояние органов панкреатобилиарной зоны. Из всех изменений заслуживает внимания относительное преобладание структурных изменений поджелудочной железы во II группе (53,33%; в I группе – 25%, в группе сравнения – 36,67%; $p \leq 0,01$), что может свидетельствовать о повреждении паренхимы поджелудочной железы при билиарной гипертензии и холедохопанкреатическом рефлюксе, сопутствующем ЖКБ, но не может указывать, возникли эти изменения, когда пациент страдал ЖКБ или они появились в послеоперационном периоде.

Оценка воспроизводимости ДГР проводилась с использованием кратковременной рН-метрии желудка, где по данным аспираций установлено, что ДГР имеет более стойкое выражение во II группе по сравнению с группой сравнения и I группой (63,33%, 26,67% и 40% соответственно; $p \leq 0,01$). Такая воспроизводимость рефлюкса может свидетельствовать о существующих нарушениях пассажа желчи у больных, перенесших ХЭ (табл. 1). В этой группе выявлена высокая частота базального ДГР (23,33%; в I группе – 5%, в III группе – 3,33%; $p \leq 0,01$), обусловленная нарушением антродуоденальной координации натошак.

Таблица 1

Воспроизводимость ДГР на рН-метрии по результатам миниаспираций желудочного содержимого

Показатель		Группы				III (сравнения)
		I	II		III	
ФЭГДС		наличие ДГР (n=40)	ДГР отсут- ствует (n=8)	наличие ДГР (n=22)	всего (n=30)	ДГР отсут- ствует (n=30)
ДГР "+" по зонду	Базальный и стимулирован- ный	10 (25%)	1 (12,5%)	7 (31,82%)	8 (26,67%)	5 (16,67%)
	Базальный	2 (5%)	3 (37,5%)	4 (18,18%)	7 (23,33%)	1 (3,33%)
	Стилимиро- ванный	4 (10%)	нет	4 (18,18%)	4 (13,33%)	2 (6,67%)
	Всего	16 (40%)	4 (50%)	15 (68,18%)	19 (63,33%)	8 (26,67%)
ДГР "-" по зонду		24 (60%)	4 (50%)	7 (31,82%)	11 (36,67%)	22 (73,33%)

Примечание: во II группе пациентов было 2 подгруппы (в таблице они выделены серым фоном), общее количество человек в каждой из них было принято за 100%. Статистическую обработку проводили в группе в целом.

Искусственно созданное закисление желудочной среды посредством гистаминовой стимуляции не сказалось на увеличении частоты рефлюкса и последний вряд ли может выступать полноценным нейтрализатором соляной кислоты и регулятором кислотности при ряде патологических состояний, сопровождающихся гиперпродукцией HCl. Однако, учитывая, что ДГР в 26,67% воспроизводился в группе сравнения, можно с большой долей вероятности говорить, что рефлюкс встречается и у здоровых лиц, что согласуется с мнением ряда авторов (П.М.Постолов и соавт., 1987; С.И.Пиманов, 2000). Воспроизводимость ДГР на рН-метрии желудка не равна 100% и подтверждает предположение о том, что ФЭГДС сама по себе может провоцировать рефлюкс, и согласуется с мнением Т. Альбужи (2001).

При анализе графиков рН-грамм и сопоставлении их с данными, полученными при аспирации желудочного содержимого, выявлен высокий процент расхождений во всех группах, что свидетельствует о неточности только лишь графической оценки ДГР и оказалось своеобразной исследовательской находкой (табл.2).

Диагностическая ценность данного метода в таких случаях является сомнительной, выявляя несостоятельность математической оценки ДГР. Поэтому нами предложено использовать параллельно аспирационный метод, отличающийся от традиционного как объемом аспирации, так и введением зонда. Предпочтение отдаем рН-метрическому зонду с датчиками и имеющему капилляр для аспирации желудочного секрета с диаметром 1-2 мм. Внешний диаметр зонда не должен превышать 5 мм.

Во всех группах преобладали пациенты с умеренно выраженным рвотным рефлексом, лишь в группе сравнения отмечалось преобладание слабо выраженного рвотного рефлекса (30%) по сравнению с I и II группами (12,5% и 20% соответственно; $p \leq 0,01$). Неполное смыкание привратника отмечено в 3,33% случаев у пациентов группы сравнения и у 25% и 26,67% больных соответственно I и II групп ($p \leq 0,01$).

Несмотря на значительную субъективность этого признака, он может свидетельствовать в пользу имеющихся функциональных нарушений.

Таблица 2

**Расхождения данных “зонд / рН-граммы” и случаи
невозможности идентификации ДГР по рН-граммам**

Показатель		Группы				
		I	II			III (сравнения)
ФЭГДС		наличие ДГР (n=40)	ДГР отсут- ствует (n=8)	наличие ДГР (n=22)	всего (n=30)	ДГР отсутствует (n=30)
Расхо- ждение показа- ний “зонд/ рН-кри- вые”	Базальный + стимулирован- ный	7 (17,5%)	нет	2 (9,09%)	2 (6,67%)	4 (13,33%)
	Базальный	1 (2,5%)	2 (22,5%)	2 (9,09%)	4 (13,33%)	1 (3,33%)
	Стимулиро- ванный	1 (2,5%)	нет	5 (22,73%)	5 (16,67%)	1 (3,33%)
	Всего	9 (22,5%)	2 (22,5%)	9 (40,91%)	11 (36,67%)	6 (20%)
Невоз- мож- ность оценки ДГР по рН-кри- вым	Базальный + стимулирован- ный	11 (27,5%)	3 (37,5%)	3 (13,64%)	6 (20%)	1 (3,33%)
	Базальный	2 (5%)	нет	5 (22,73%)	5 (16,67%)	6 (20%)
	Стимулиро- ванный	нет	нет	1 (4,55%)	1 (3,33%)	1 (3,33%)
	Всего	13 (32,5%)	3 (37,5%)	9 (40,91%)	12 (40%)	8 (26,67%)

Нами разработана эндоскопическая классификация степеней рубцовой деформации ДПК. Для *I степени* характерен один небольшой косопоперечный рубец или легкое втяжение стенки без уменьшения просвета и без деформации ДПК. При *II степени* имеется несколько рубцов на

разных стенках, нарушается конфигурация луковицы, возникает ее асимметрия и появляется отек и гиперскладчатость слизистой оболочки. Существенное уменьшение просвета ДПК, множество хаотично расположенных рубцов и выраженный бульбит, затрудняющие подробный осмотр стенок и проведение эндоскопа в дистальные ее отделы, характерны для *III степени*.

Рубцовая деформация луковицы ДПК была зарегистрирована у 35% больных I группы и в 6,67% случаев во II группе. Однако, учитывая, что воспроизводимость рефлюкса на рН-метрии желудка оказалась выше во II группе, чем в I, можно полагать, что сама по себе рубцовая деформация луковицы ДПК не провоцирует возникновение ДГР, но при формировании ХДН, сопровождающейся дуоденостенозом, деформацией и недостаточностью привратника, гастростазом и признаками рефлюкс-гастрита, ДГР возникает чаще (Х.Д. Джумбаев, 1997),.

Оценивая корреляцию между выраженностью ДГР по степени помутнения желудочного секрета и воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка, нами не обнаружено объективной закономерности. В обеих группах (группа сравнения не учитывалась) отмечается преобладание легких проявлений ДГР в виде слабой примеси желчи в секрете без его помутнения (72,73% во 2 подгруппе II группы и 55% в I группе соответственно). Процент больных с неизменной слизистой был выше в I группе (50%), чем во II (26,67%), несмотря на большую степень выраженности у них рефлюкса (мутная желчь). Во II группе рефлюкс чаще сопровождался поверхностным диффузным гастритом (все пациенты 2 подгруппы) и лишь легкой примесью желчи к секрету желудка. В I группе, наоборот, отмечается небольшое преобладание антрального поверхностного гастрита над диффузным (по 12,5% в сочетании с мутной или светлой желчью). Учитывая такую противоречивость полученных данных, можно констатировать, что визуальная оценка воспалительных изменений СО является весьма субъективной и условной (в том числе и в сопровождении ДГР), но в то же время воспалительные изменения могут быть не связаны с рефлюксом, а вызываться другими факторами, например, инфекцией *Helicobacter pylori*. Субъективность и неточность визуальных признаков гастрита подтверждается и морфологическими исследованиями

ми, при которых имеются существенные отклонения как в сторону гипер-, так и гиподиагностики при ФЭГДС.

В целом установлен одинаково высокий процент нераспознанных атрофических изменений слизистой во всех группах (82,5%, 83,33% и 86,67% в I, II и III группах соответственно), при этом в I группе отмечено всего 2 случая гипердиагностики атрофического гастрита. По-видимому, в ряде ситуаций справедливо заключение А.Л. Влум с соавт. (1979), утверждающего, что эндоскопические наблюдения при ДГР выявляют эритему слизистой оболочки желудка, а не признаки гастрита (табл. 3).

Таблица 3

Корреляция эндоскопических и морфологических методов исследования у больных с дуоденогастральным рефлюксом

Показатель	Группы				
	I	II			III (сравнения)
	наличие ДГР (n=40)	ДГР отсутствует (n=8)	наличие ДГР (n=22)	всего (n=30)	ДГР отсутствует (n=30)
Нераспознанные на ФЭГДС атрофические изменения	33 (82,5%)	6 (75%)	19 (86,36%)	25 (83,33%)	26 (86,67%)
Гипердиагностика атрофических изменений на ФЭГДС	2 (5%)	нет	нет	нет	нет
Нераспознанные на ФЭГДС воспалительные изменения	13 (32,5%)	3 (37,5%)	1 (4,55%)	4 (13,33%)	13 (43,33%)
Гипердиагностика воспалительных изменений на ФЭГДС	8 (20%)	1 (12,5%)	9 (40,91%)	10 (33,33%)	нет

Во всех группах отмечается и относительно высокий процент неактивного хронического гастрита с локализацией воспаления одновременно как в антруме, так и в теле (42,5%, 63,33% и 46,67% в I, II и III группах соответственно; $p < 0,01$). Учитывая, что все изменения встречаются во

всех группах примерно с одинаковой частотой, можно говорить о том, что ДГР вряд ли может служить самостоятельной и единственной причиной указанных изменений. Отсюда следует, что роль ДГР в возникновении атрофических и воспалительных изменений слизистой оболочки явно преувеличена.

ВЫВОДЫ

1. Дуоденогастральный рефлюкс следует рассматривать как функциональные изменения, связанные с моторными нарушениями в гастродуоденальной и панкреатобилиарной зонах, в основе которых лежит расстройство антродуоденальной координации с поступлением желчи из желчевыводящих путей в просвет ДПК, а оттуда – ретроградно в просвет желудка. Патогномоничных клинических признаков ДГР нет.

2. У пациентов, перенесших холецистэктомию, ДГР выявляется достоверно чаще, чем у здоровых лиц и пациентов с патологией гастропанкреатодуоденальной зоны, составляя соответственно 63,33%, 26,67% и 40,0%.

3. Для комплексной диагностики дуоденогастрального рефлюкса следует использовать не менее двух методов исследования: фиброэзофагогастродуоденоскопию в сочетании с кратковременной внутрижелудочной рН-метрией с трансназальным введением зонда со специальным капилляром или тонкого катетера.

4. Искусственное закисление желудочной среды посредством гистаминовой стимуляции не сказывается на увеличении частоты дуоденогастрального рефлюкса. Фиброэзофагогастродуоденоскопия способна провоцировать возникновение дуоденогастрального рефлюкса. Дуоденогастральный рефлюкс выявляется при рН-метрии более чем у 1/4 практически здоровых лиц.

5. Связь между выраженностью рефлюкса и распространенностью гастрита отсутствует. Воспалительные и атрофические изменения слизистой оболочки могут быть обусловлены не только рефлюксом, но и другими факторами.

6. В практике врача-эндоскописта целесообразно использовать трехступенную классификацию рубцовой деформации двенадцатиперст-

ной кишки с учетом величины просвета органа, количества и характера рубцов и состояния слизистой оболочки.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В комплексное обследование больных с ДГР наряду с традиционной ФЭГДС необходимо включать кратковременную интрагастральную рН-метрию желудка, выполняемую в качестве самостоятельной процедуры в ближайшие дни после ФЭГДС, и дополнять ее трансназальным введением специального капиллярного зонда или тонкого катетера для аспирации желудочного секрета.
2. Аспирация желудочного секрета через капиллярный зонд или тонкий катетер должна осуществляться в начале и в конце базального периода, а в случае гипоацидных и анацидных состояний – дополнительно в конце периода стимуляции желудочной секреции. Объем аспирата не должен превышать 2 – 3 мл.
3. Для выявления признаков воспаления слизистой оболочки желудка необходимо патоморфологическое исследование ее биоптата в сочетании с симптомами дуоденогастрального рефлюкса или желудочного дискомфорта.
4. В практике врача-эндоскописта необходимо ограничить применение термина “поверхностный гастрит” и заменить его такими описательными заключениями, как “гиперемическая диффузная (очаговая) гастропатия” или “признаки диффузного (очагового) полнокровия слизистой”.

**СПИСОК РАБОТ,
ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. *Заривчацкий М.Ф.* Сравнительная характеристика дуоденогастрального рефлюкса при эзофагогастродуоденоскопии и кратковременной интрагастральной рН-метрии и методика, повышающая достоверность его регистрации/ *М.Ф. Заривчацкий, О.Р. Санников*// Актуальные вопросы современной медицины (Епифановские чтения). Материалы к 100-летию Н.С. Епифанова. – Киров, 2003. – С. 68 – 70.
2. *Санников О.Р.* Дуоденогастральный рефлюкс и методика, повышающая достоверность его регистрации/ *О.Р. Санников, М.Ф. Заривчацкий*// Актуальные вопросы эндокринной хирургии, хирургической гепатологии и трансфузионной медицины: Сборник научных трудов, посвященный 60-летию профессора М.Ф. Заривчацкого. – Пермь: Изд-во ПГТУ, 2003. – С. 338 – 343.
3. *Заривчацкий М.Ф.* Патоморфологические и эндоскопические аспекты атрофии слизистой желудка в сравнительной оценке дуоденогастрального рефлюкса у здоровых и больных лиц/ *М.Ф. Заривчацкий, О.Р. Санников*// Актуальные вопросы патологической и нормальной морфологии. Материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 70-летию кафедры патологической анатомии ИГМА и 15-летию РПАБ. – Ижевск, 2005. – С. 76 – 79.
4. *Заривчацкий М.Ф.* Дуоденогастральный рефлюкс: норма или патология? Исследование у здоровых или больных лиц, в том числе перенесших холецистэктомию/ *М.Ф. Заривчацкий, О.Р. Санников, С.Л. Морозов*// Пермский медицинский журнал. – 2005. – Т.22, №3. – С. 32 – 36.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Рационализаторское предложение №2311 «Катетер трансназальный для аспирации желудочного содержимого во время кратковременной трансназальной рН-метрии и методика, повышающая достоверность регистрации дуоденогастрального рефлюкса», выданное ГОУ ВПО ПГМА Росздрава 14.04.2003 г.

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

- ГЭР** – гастроэзофагеальный рефлюкс
ДГР – дуоденогастральный рефлюкс
ДПК – двенадцатиперстная кишка
ЖКБ – желчнокаменная болезнь
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ОХЭ – открытая холецистэктомия
ПЖ – поджелудочная железа
ПХЭС – постхолецистэктомический синдром
Сжк - концентрация желчных кислот
СО – слизистая оболочка
ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия
ХГ – хронический гастрит
ХДН – хроническая дуоденальная непроходимость
ХЭ – холецистэктомия
ДПК – двенадцатиперстная кишка
pH – водородный показатель

Литература по функциональной гастроэнтерологии:

www.gastroscan.ru/literature/