

На правах рукописи

КОБИЛОВ ИСОК ИШМАМАТОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО
ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

14.01.17 - хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

ДУШАНБЕ

2011

Работа выполнена на кафедре общей хирургии №1
Таджикского государственного медицинского университета имени
Абуали ибни Сино

Научный руководитель: академик АМН МЗ РТ,
д.м.н., профессор **Курбонов Каримхон
Муродович**

Официальные оппоненты: д.м.н., профессор Юсупова Шоира
Юсуповна
д.м.н. Кадыров Даврон
Мухамеджанович

Ведущая организация: Государственное образовательное
учреждение дополнительного профессионального образования
«Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного
образования Федерального агентства по здравоохранению и
социальному развитию

Защита состоится «__» _____ 2011 г. в ____ часов на
заседании диссертационного совета Д 737.005.01 при Таджикском
государственном медицинском университете имени Абуали ибни
Сино по адресу: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке
Таджикского государственного медицинского университета им.
Абуали ибни Сино по адресу: 734003, г. Душанбе, проспект
Рудаки, 139.

Автореферат разослан «__» _____ 2011г.

**Ученый секретарь диссертационного
совета, к.м.н., доцент**

Ф.Ш.Рашидов

Общая характеристика работы

Актуальность темы. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии желчных путей, проблема «постхолецистэктомического синдрома» до сих пор привлекает большое внимание хирургов, так как одной из причин увеличения неудовлетворительных результатов холецистэктомии является нераспознанная патология органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), к которой относится рефлюкс-эзофагит (РЭ). Рефлюкс-эзофагит широко распространенное и часто диагностируемое заболевание, наиболее часто встречающееся у лиц трудоспособного возраста. Нередко при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) вследствие нарушения двигательной функции нижнего пищеводного сфинктера, снижения пищеводного клиренса и повреждения слизистой оболочки пищевода агрессивным рефлюктантом, наблюдается различной степени выраженности РЭ.

Сложности в решении этого вопроса приводят к тому, что недиагностированная до операции и некорригированная во время операции, несостоятельность барьерной функции пищеводно-желудочного перехода в отдаленном послеоперационном периоде прогрессирует с развитием «постхолецистэктомического рефлюкс-эзофагита». Рефлюкс-эзофагит вследствие диагностических и тактических ошибок может быть причиной от 4,5% до 30% случаев неудовлетворительных результатов после холецистэктомии (Милонов О.Б. и соавт., 1977; Авакян Р.Б., 1984; Жерлов Г.К. и соавт., 2004).

В связи с этим необходимы новые подходы к объективному исследованию больных ХКХ, позволяющие оценивать функциональное состояние пищеводно-желудочного перехода и смежных с ним органов, выявлять наличие РЭ и степень его тяжести (Шидловский В.А., 1991, Черноусов А.Ф. и соавт., 1999, 2000). Все это требует индивидуализировать хирургическое лечение ХКХ и вмешательства, направленные на коррекцию несостоятельности барьерной функции пищеводного – желудочного перехода и РЭ, и тем самым улучшить результаты лечения этих больных в целом.

Цель исследования. Улучшение диагностики и хирургического лечения рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите.

Задачи исследования.

1. Изучить частоту и причины нарушения функции физиологической кардии при хроническом калькулезном холецистите.
2. Изучить особенности клинического течения и усовершенствовать диагностику рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите.

3. Разработать и применить в клинике тактику и методику предоперационной подготовки и хирургической коррекции хронического калькулезного холецистита в сочетании с рефлюкс-эзофагитом.
4. Изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургических способов коррекции рефлюкс-эзофагита при ХКХ.

Научная новизна. На основании проведенных клинических исследований изучена частота, распространенность и особенности клинического течения рефлюкс-эзофагита у больных с хроническим калькулезным холециститом. Определена диагностическая ценность специальных инструментальных методов исследований рефлюкс-эзофагита.

Внедрен в клиническую практику способ диагностики двойного – дуоденогастроэзофагеального рефлюкса у больных ХКХ с патогенетически обоснованной их коррекцией. Установлено, что дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс сопровождается морфологическими изменениями в слизистой пищевода за счет повреждающего действия компонентов желудочного сока и желчи. Предложен способ предоперационной подготовки больных хроническим калькулезным холециститом, сочетающийся с рефлюкс-эзофагитом. Выработана тактика хирургического лечения при сочетании хронического калькулезного холецистита с рефлюкс-эзофагитом, сформулированы показания и противопоказания к сочетанным операциям. Разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм диагностики и лечения рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите.

Практическое значение работы. Даны рекомендации по диагностике и дифференциальной диагностике сочетания ХКХ с РЭ. Разработанный способ диагностики двойного рефлюкса позволяет улучшить диагностику больных РЭ с выраженной картиной желчной диспепсии. Предложенный метод предоперационной подготовки больных ХКХ с различной степенью РЭ с применением местной лазеротерапии способствует улучшению непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения. Проведенный анализ хирургического лечения РЭ при ХКХ показал преимущества применения сочетанных оперативных вмешательств и определил показания к ним. На основе изучения результатов сочетанных операций определена целесообразная методика их выполнения.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Основными причинами развития рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите являются недостаточность кардии, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и нарушения моторной функции двенадцатиперстной кишки.

2. С целью своевременной профилактики и снижения частоты постхолецистэктомического рефлюкс-эзофагита необходимо в план дооперационного обследования больных ХКХ включить методы выявления и оценки степени рефлюкс-эзофагита.
3. Предоперационная консервативная терапия с использованием разработанного способа местной лазеротерапии пораженных участков пищевода, является одним из необходимых условий предупреждения постхолецистэктомического рефлюкс-эзофагита.
4. При сочетании хронического калькулезного холецистита с рефлюкс-эзофагитом холецистэктомия по показаниям сочетается с антирефлюксными операциями.

Внедрение результатов работы. Результаты комплексного обследования и лечения больных с хроническим калькулезным холециститом внедрены в практическую деятельность хирургических отделений ГКБ №5 им. академика К.Т. Таджиева и ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе.

Апробация работы. Основные положения диссертации доложены на 52-, 53-годовых научно-практических конференциях ТГМУ с международным участием: «Актуальные вопросы стоматологии» (Душанбе, 2004) и «Лекарство и здоровье» (Душанбе, 2005), 4-съезде хирургов Республики Таджикистан (Душанбе, 2005), годичной конференции молодых ученых и студентов с межд. участием «Семейная медицина и современные аспекты общественного здравоохранения: пути интеграции и сотрудничества» (Душанбе, 2008), обсуждены на заседании межфакультетской экспертной комиссии по хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино (20.05. 2010)

Личный вклад в результаты исследования. Автор лично участвовал в обследовании, предоперационной подготовке, оперативном лечении, наблюдении и обследовании в послеоперационном периоде больных как, контрольной так и основной групп. Личное участие автора выразилось в выработке единой методологии его выполнения, клинических исследований, статистической обработке и анализа результатов.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 16 работ, в том числе 2 журнальные статьи. Имеются 2 рационализаторские предложения.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 113 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы.

Диссертационная работа иллюстрирована 15 таблицами и 15 рисунками. Список литературы включает 240 источников, в том числе 131 на русском и и 109 на иностранных языках.

Содержание работы

Характеристика обследованных больных. На основании анализа результатов обследования 496 больных с хроническим калькулезным холециститом, которые находились в клинике общей хирургии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино, на базе хирургического отделения ГКБ №5 г. Душанбе за период с 2002 по 2009 гг., клиническая картина рефлюкс-эзофагита отмечалась у 122 (24,6%) пациентов, которые составляли клинический материал настоящей диссертационной работы.

Из общего количества больных мужчин было 21 (17,2%), женщин 101 (82,8%) в возрасте от 28 до 76 лет. Большинство больных (68%) были трудоспособного возраста (41-60 лет). Среди больных преобладали женщины (1:5).

После проведения комплексного обследования все больные с ХКХ были разделены на две группы:

В I (основную) группу включены 82 (67,2%) больных ХКХ, которым наряду с холецистэктомией проведено комплексное лечение рефлюкс-эзофагита, включая корригирующие операции, направленные на устранение РЭ.

Во II (контрольную) группу вошли 40 (32,8%) больных ХКХ, которым проведена традиционная холецистэктомия без коррекции рефлюкс-эзофагита.

Методы исследования. Всем больным наряду с общеклиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования (сбор анамнестических данных, жалоб, клинической картины, общих анализов крови и мочи, ультразвукового исследования) для оценки состояния замыкательной функции кардии и выявления рефлюкс-эзофагита проводили специальные методы исследования (фиброгастродуоденоскопия, рентгенологическое исследование, позтажная монометрия, pH-метрия, исследование желудочного сока и хеликобактериоза, газожидкостная хроматография, морфологическое исследование и др.). Рентгенологическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки проведено всем больным. Обязательным условием было обследование больного в горизонтальном положении или в положении по Тренделенбургу.

ФГДС проведена всем больным с помощью фиброгастродуоденоскопа фирмы "Olympus" (Япония). При эндоскопическом исследовании акцентировали внимание на выраженность

воспалительного процесса от катарального до наличия язвенных поражений, состояния клапанного и сфинктерного аппарата пищевода.

Измерение рН пищевода и желудка проведено у 47 (57,3%) больных, аппаратом «Экспресс-МТ», снабженным рН зондами. Регистрация показателей рН пищевода проводили в разных положениях больного в течение 30 минут.

С целью выявления двойного рефлюкса – дуоденогастрального и гастроэзофагеального, нами разработан и внедрен в клиническую практику способ количественного определения желчных кислот в рефлюктанте с использованием метода газожидкостной хроматографии на газовом хроматографе «хром-5» с пламенно-ионизационным детектором по методу А.Х.Кадырова и соавт. (1985). Данное исследование проведено больным основной и контрольной группы. При этом выраженность двойного рефлюкса оценивали количеством общей концентрации желчных кислот в рефлюктанте. Исследования показали, что степень гастроэзофагеального рефлюкса коррелируют с количеством желчных кислот в забрасываемой жидкости.

Морфологические исследования проведены 74 больным. Для исследования из ткани слизистой оболочки пищевода после соответствующей фиксации и проводки, получали срезы толщиной 5-12 мкм, которые окрашивали гематоксилин-эозином по Ван-Гизону суданом III и черным.

Наличие *Helicobacter pylori* верифицировали на основании гистологического исследования с окрашиванием биоптатов по Гимзе и проведением уреазного теста.

Результаты исследований

Клиническая картина РЭ у больных ХКХ отличается чрезвычайным разнообразием жалоб и симптомов. Выраженность и частота проявления каждого симптома неодинаковы у больных с различными клинικο-морфологическими формами РЭ. Наиболее характерным и типичным симптомом РЭ была изжога, которая наблюдалась у 68 (82,9%) больных ХКХ, которая возникала или усиливалась после приема пищи, при повышении внутрибрюшного давления, при наклоне туловища и переходе в горизонтальное положение.

В наших наблюдениях болевой синдром характерный для РЭ или ХКХ отмечен во всех случаях. Загрудинная боль наблюдалась у 58 (70,7%) пациентов ХКХ с клиникой РЭ. Боль в эпигастральной области отмечена в 14 (17,1%), в области сердца – 12 (14,6%), в правом подреберье – 62 (75,6%) и в левом подреберье – 3 (3,7%) случаях. Болевой синдром у больных с

сочетанием ХКХ и РЭ отличается большим разнообразием. В 24 (29,3%) наблюдениях он обусловлен только ХКХ, в 21 (25,6%) – только РЭ, а в 37 (45,1%) – обоими заболеваниями.

Отрыжка отмечена в 48 (58,5%) случаях. Она чаще возникала после приема пищи и перемене положения тела. Чаще всего отрыжка была кислой и горькой, а в редких случаях наблюдалась отрыжка воздухом.

Регургитация желудочного содержимого в пищевод наблюдалась у 24 (29,3%) больных. У всех больных регургитация возникала после приема пищи и в 38 (46,3%) случаях – в горизонтальном положении больного.

Дисфагия выявлена у 11 (13,4%) обследованных пациентов, в основном у больных ХКХ в сочетании с ГПОД. В 9 случаях дисфагия носила перемежающийся характер и возникала после первого глотка любой пищи. Стойкая дисфагия была выявлена у 2 больных.

Рентгенологические признаки нарушения замыкательной функции кардиального жома разделены на прямые и косвенные. Регургитация контрастного вещества из желудка в пищевод и спастические сокращения дистального отдела пищевода отнесены к прямым признакам недостаточности кардии. Эти показатели нами прослежены у 87,7% больных. Косвенные рентгенологические признаки РЭ, такие как отсутствие формирования наддиафрагмальной ампулы пищевода при глубоком вдохе, выраженная форма каскада верхнего отдела желудка, аэрогастрия, отсутствие или необычно малый размер газового пузыря желудка, отмечались в 74,2 % случаев.

Анализ результатов эндоскопических исследований показал, что картина эзофагита наблюдалась у 74 (90,2%) больных. При этом гиперемия и отечность слизистой оболочки пищевода отмечались у 28 (34,1%) больных, эрозия - у 39 (47,6%), язва - у 15 (18,3%). У обследованных больных стенозирующие формы эзофагита не обнаружены, пептическое поражение абдоминальной части пищевода выявлено в 56 (68,3%) случаях, до уровня нижней трети пищевода – в 22 (26,8%) и до уровня средней трети – в 4 (4,9%) случаях.

Недостаточность замыкательной функции нижнего пищеводного сфинктера наблюдалась у 80 (97,6%) больных, она характеризовалась зиянием «розетки» кардии, неполным смыканием и снижением тонуса кардиального жома. Эндоскопические признаки зияния «розетки» кардии выявлены у 35 (43,75%), неполное смыкание - у 27 (33,75%) и снижение тонуса кардии - у 18 (22,5%) больных ХКХ (рис. 1).

Изучение этиопатогенетических особенностей тяжести РЭ возможно только при проведении морфологического исследования биопсийного

материала, которое дает наиболее адекватную оценку степени выраженности патологического процесса.

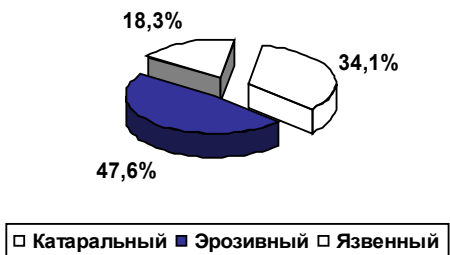


Рис. 1. Соотношение форм рефлюкс-эзофагита по данным эндоскопического исследования

Хроническое воспаление дистальных отделов пищевода характеризовалось развитием умеренной лимфогистоцитарной инфильтрацией собственной пластинки и эпителия, лимфоидной гиперплазией. Активация воспалительного процесса сопровождалась миграцией нейтрофилов в просветы желез и ямок, отеком стромы, кровоизлиянием в собственной пластинке и увеличением количества лимфоцитов. Участки пилорической метаплазии в слизистой оболочке дистальных отделов пищевода являются одним из основных маркеров РЭ. Метаплазия характеризуется заменой на месте многослойного плоского неороговевающего эпителия слизистых структур цилиндрического эпителия. При этом отмечается изменение ямок, уплощение эпителия, усиление митотической активности и синтеза ДНК. Этот фон способствует развитию эрозивно-язвенных процессов. Среди наших больных картина желудочной метаплазии обнаружена у 27 (32,9%) (табл. 1).

Таблица 1

Клинико-морфологическая характеристика РЭ у больных ХКХ

Исследуемая группа	Катаральный РЭ	Эрозивно-язвенный РЭ	Желудочная метаплазия	Хеликобактерная инвазия
Больные ХКХ (n=47)	16 (34,0%)	29 (61,1%)	2 (4,2%)	24 (57,1%)

Таким образом, проведенные исследования показали, что у больных РЭ в результате адаптационной регенерации и деструктивных процессов отмечается развитие в дистальных отделах пищевода желудочной метаплазии. Желудочная метаплазия является почвой для колонизации НР, обладающим цитотоксическим действием на метаплазированный эпителий и ослабляет защитный барьер слизистой оболочки. Доказана явная патогенетическая связь морфогенеза РЭ с микробными ассоциациями НР [Пиманов С.М., 2000].

Проведенные исследования показали, что изменение рН пищевода от нейтрального к кислому наблюдалось у 59 (71,95%) больных, при этом гастроэзофагеальный рефлюкс у 38 (64,4%) пациентов выявлен в горизонтальном положении больного, у 16 (27,1%) в вертикальном и у 5 (8,5%) - в обоих положениях.

Исследование кислотообразующей функции желудка подтверждает связь между высокой кислотностью желудочного сока и выраженностью РЭ. При проведении рН-метрии гиперацидоз желудка выявлен у 22 (46,8%) больных, гипоацидное состояние – у 9 (19,2%), нормацидное – у 16 (34,0%). Анацидное состояние желудочной секреции среди наших больных не обнаружено. Исследования показали, что частота и выраженность РЭ у больных ХКХ коррелирует с уровнем кислотообразующей функции желудка, РЭ чаще встречается у больных с высоким уровнем кислоты в желудке и по мере нарастания её дебита возрастает частота РЭ. Аналогичные результаты отмечались при сопоставлении степени РЭ с уровнем стимулированной кислотопродукции. Приведенные данные свидетельствуют о том, что одним из факторов развития РЭ является заброс высокоагрессивного желудочного сока в дистальный отдел пищевода.

Манометрия нами проведена у 62 больных ХКХ. Результаты исследования показали, что у больных ХКХ с сочетанием РЭ наблюдалось

снижение показателей замыкательной функции кардии, дисмоторика и уменьшение амплитуды сократительных волн пищевода. Результаты эзофагоманометрии показали, что у больных с РЭ снижаются показатели градиента давления желудочно-пищеводного перехода ($9,2 \pm 1,3$), амплитуды отрицательного давления ($18,1 \pm 1,2$) и максимальное давление кардии ($27,9 \pm 1,0$) (табл. 2).

Следует отметить, что определенные трудности в диагностике возникают при сочетании дуоденогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов (двойной рефлюкс). В связи с этим для оценки интенсивности двойного рефлюкса разработан и внедрен в клиническую практику способ диагностики двойного рефлюкса путем определения количества основных желчных кислот в желудочном соке и рефлюктанте.

Таблица 2
Результаты поэтажной манометрии у больных ХКХ

Показатели поэтажной манометрии (см. вод. ст.)	Количество практически здоровых лица (n=18)	Больные ХКХ+РЭ(n=62)
Внутрижелудочное давление	$17,8 \pm 1,2$	$18,3 \pm 1,1$
Максимальное давление кардии	$42,6 \pm 1,4$	$27,9 \pm 1,0$
Внутридуоденальное давление	$72,3 \pm 1,7$	$81,2 \pm 1,6$
Градиент давления пищеводно-желудочного перехода	$22,4 \pm 1,5$	$9,2 \pm 1,3$
Амплитуда отрицательного давления	$19,2 \pm 1,1$	$18,1 \pm 1,2$

При этом выраженность двойного рефлюкса оценивалась по концентрации желчных кислот в исследуемом материале. Показано, что степень гастроэзофагеального рефлюкса коррелирует с количеством желчных кислот в забрасываемой жидкости. При РЭ I степени концентрация желчных кислот в рефлюктанте варьировала от 0,02 до 0,06 мг/мл, II степени - от 0,07 до 0,09 мг/мл, III степени – от 0,1 до 0,15 мг/мл и IV степени – более 0,16 мг/мл. Таким образом, выявлена определенная зависимость выраженности двойного рефлюкса от клинических симптомов основного заболевания.

Анализ проведенных исследований показал, что диагностика РЭ при ХКХ должна быть комплексной с использованием специальных методов исследования. Применение комплексного клинико-инструментального исследования дает более полную информацию о характере анатомических и функциональных нарушений в верхних отделах ЖКТ при РЭ. Определение степени недостаточности функциональной кардии, а также степени тяжести эзофагита до операции необходимо проводить вышеуказанными специальными методами исследованиями, которые позволяют выявить степень закисления и изменения моторики дистальной части пищевода, а также определить причину некупируемого эзофагита традиционными способами в предоперационном периоде. Показатели вышеуказанных параметров определяют лечебную тактику и выбор метода планируемой операции.

В настоящее время для коррекции желудочно-пищеводного рефлюкса применяются различные консервативные и оперативные методы, направленные, прежде всего, на лечение РЭ. Консервативные методы лечения не всегда приводят к желаемому эффекту, а существующий большой арсенал оперативных методик свидетельствует, прежде всего, о несостоятельности стандартного подхода при выборе метода операции без учета наиболее адекватной, этиопатогенетически обоснованной коррекции.

Нами было проведено консервативное лечение РЭ у больных основной группы, как в предоперационном, так и в послеоперационном периодах. При этом были учтены и предусмотрены некоторые этиопатогенетические механизмы развития РЭ у больных ХКХ: повреждающее воздействие компонентов желудочного сока на слизистую оболочку дистального отдела пищевода; нарушение замыкательной функции кардиального жома; нарушение секреторной и кислотообразующей функции желудка; развитие воспалительно-дегенеративных процессов в слизистой оболочке дистального отдела пищевода. Комплексное лечение РЭ включало медикаментозную терапию, направленную на нормализацию моторики верхнего этажа пищеварительного тракта, улучшение регенерации и трофики слизистой дистального отдела пищевода и проведение эрадикационной терапии НР.

С целью улучшения моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела пищеварительного тракта в комплекс лечения больных РЭ нами включены прокинетики: церукаль по 10 мг 3 раза в день или мотилиум по 10 мг 3 раза в день.

Известно, что одним из факторов развития РЭ является длительное воздействие агрессивного желудочного сока и повреждающее действие регургитата на слизистую оболочку дистального отдела пищевода.

Снижение повреждающих действий этих факторов является одним из основных задач предоперационной подготовки больных с РЭ. Для достижения этой цели были использованы Н₂-блокаторы (ранитидин, квамател) и ингибиторы протонной помпы (омепразол). Больным с I-II степенями РЭ применялась поэтапная возрастающая предоперационная терапия (Step – up): квамател по 20 мг 2 раза в день, дополнительно – антацид (алмагель, маалокс). Больным ХКХ с клиникой эрозивно-язвенного РЭ и повышенной кислотностью желудка предоперационная подготовка проводилась по типу поэтапно убывающей терапии (Step – down) с применением ингибитора протонной помпы – омепразола по 20 мг 2 раза в день в течение от 10 до 14 дней.

Наряду с указанной предоперационной терапией РЭ больным ХКХ с положительным тестом на *H. pylori* проводили антихеликобактерную терапию. При этом наряду с вышеуказанными препаратами, дополнительно в предоперационную терапию включали де-ноль (240 мг), амоксициллин (2 г) и метронидазол (1,5 г).

С целью более адекватной подготовки больных ХКХ с различной степенью РЭ нами использован эффективный способ предоперационной подготовки, суть которой заключается в местной лазеротерапии через специальный зонд с волоконной оптикой, вставленный в дистальный отдел пищевода.

Лазеротерапию проводили ежедневно, время одного сеанса 5 минут 3-4 раза в течении недели. Курс лечения, в основном, зависит от степени РЭ. При этом эффективность лазеротерапии оценивается по динамике фиброэзофагоскопии и цитологического исследования. Следует отметить, что местная лазеротерапия проводится вместе с другими медикаментозными методами коррекции РЭ, составляя комплексное предоперационное лечение.

Сравнительная оценка проведенных исследований показала, что включение местной лазеротерапии в комплекс предоперационной подготовки больных хроническим калькулезным холециститом с сопутствующим РЭ, способствует уменьшению воспалительно-дегенеративных процессов, устранению диспепсических явлений в короткий срок, по сравнению с контрольной группой, которой проведена традиционная предоперационная медикаментозная терапия.

Эффективность проведенного комплексного консервативного лечения РЭ у больных ХКХ в предоперационном периоде оценивали по исчезновению или уменьшению явлений РЭ. С этой целью 26 больным основной группы с РЭ различной степени выраженности, проводили контрольную фиброэзофагогастроскопию, морфологическое исследование

и рН-метрию. Было показано статически достоверное уменьшение явлений РЭ после проведенного консервативного лечения. В динамике предоперационной подготовки общее состояние больных улучшилось, тошнота и рвота исчезли, утихли боли в эпигастральной и загрудинной области, уменьшилась горечь во рту, нормализовался аппетит.

Основной принцип хирургического лечения РЭ и ГПОД заключается в ликвидации грыжевых ворот и выполнении антирефлюксной операции, целью которой является восстановление анатомического строения и работоспособности кардии путем механического улучшения ее функции.

Как уже неоднократно отмечали, сочетание РЭ и ХКХ является прямым показанием к хирургическому лечению. Все операции проводились из верхне-срединного лапаротомного доступа. Выбор методики оперативного вмешательства проводили строго индивидуально и наряду с причинами РЭ, учитывали степень и стадию развития РЭ, нарушение функции кардиального жома (табл. 3).

Таблица 3

Критерии выбора метода антирефлюксной операции на кардии у больных с ХКХ

№	Показания к операции	Название операции				
		Эзофагофундорафия	Фундопликация по Ниссену	Фундопликация по Тупэ	Фундопликация по Дору	Крурофундоэзофагра-фия с фундо-эзофагофренопексией

1.	РЭ I-II ст., сохранение жомной функции кардии	+				
2.	РЭ II-III ст., ГПОД, рефлюкс в состоянии покоя, короткий абдоминальный сегмент пищевода, базальная гипотензия НПС, эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит, наличие метаплазии эпителия пищевода		+			
3.	РЭ II-III ст., ГПОД, незначительные нарушения тонуса НПС, значительное повышение интрагастрального давления			+		
4.	РЭ II-III ст., ГПОД нормальная перистальтика пищевода, малые размеры дна желудка				+	
5.	РЭ II-III ст., отсутствие острого угла Гиса, нарушение жомной и клапанной функции кардии					+

Эзофагофундорафия и холецистэктомия выполнены 24 больным. Показанием к эзофагофундорафии была легкая степень РЭ, при достаточно сохраненной жомной функции кардии, при отсутствии клиники укорочения пищевода.

В случаях более выраженного рефлюкса и при нарушении не только клапанной, но и жомной функции кардии применяли фундопликацию. При этом фундопликация по Ниссену применена в 6 случаях. У 4 больных ХКХ с клиникой РЭ и гиперсекрецией желудочного сока, наряду с холецистэктомией и фундопликацией по Ниссену, проведена селективная проксимальная ваготомия, которая эффективно подавляет желудочную секрецию и предупреждает рецидив РЭ.

У 1 больного с триадой Кастена – сочетание ХКХ с язвенной болезнью ДПК и ГПОД после предоперационной антирефлюксной и противоязвенной терапии, проведена фундопликация по Ниссену, СПВ, иссечение язвы с дуоденопластикой и холецистэктомия от шейки (табл. 4).

Таблица 4

Хирургические вмешательства при сочетании РЭ и ХКХ

Название операции	Всего
Эзофагофундорафия. Холецистэктомия	24
Круроэзофагофундорафия. Холецистэктомия	4
Фундопликация по Ниссену. Холецистэктомия. Закрытая пилоропластика. Операция Стронга.	4
Фундопликация по Ниссену. СПВ. Холецистэктомия Операция Стронга	2
Фундопликация по Ниссену. СПВ. Иссечение язвы. Дуоденопластика. Холецистэктомия	1
Фундопликация по Тупэ. СтВ. Пилородуоденопластика. Холецистэктомия	1
Фундопликация по Дору. СтВ. Пилородуоденопластика. Холецистэктомия. Операция Стронга.	4
Крурорафия. Фундопликация по Дору. Холецистэктомия. Закрытая пилоропластика. Операция Стронга.	2
Крурофундозофагорафия с фундозофагофренопексией. Фундопликация по Дору. Холецистэктомия Операция Стронга.	2
Итого	44

Фундопликация по Dog проведена 6 больным и фундопликация по Touret 1 больным с выраженной клиникой РЭ и гиперацидного состояния желудочного сока. При этом дополнительно сделана стволовая ваготомия и пилородуоденопластика, которые заканчивались холецистэктомией от шейки.

Крурофундозофагорафия с фундозофагофренопексией в 4 случаях дополняла холецистэктомию.

У 14 больных ХКХ, у которых отмечалось сочетание РЭ с дуоденогастральным рефлюксом наряду с холецистэктомии и корригирующих антирефлюксных операций, проведена операция Стронга.

У 30 больных ХКХ с РЭ I степени наряду с холецистэктомией проведено патогенетически обоснованное пред- и послеоперационное консервативное лечение РЭ по разработанному способу.

Таким образом, показанием к хирургической коррекции РЭ при ХКХ является: неэффективность рационального консервативного лечения;

выраженные клинические проявления (боль, изжога и т. д.); наличие осложнений РЭ (дисфагия, кровотечение, стриктуры, бронхолегочные осложнения); ГПОД с выраженной регургитацией и легочными осложнениями; рецидивный РЭ после корригирующих операций.

Показания к хирургическому лечению РЭ могут быть расширены при сопутствующих заболеваниях со стороны верхних отделов желудочно-кишечного тракта, подлежащих оперативному лечению.

Оценка отдаленных результатов оперативного лечения ХКХ проводилась в сроки от 6 месяцев до 5 лет. С этой целью в клинических условиях обследованы 84 больных, в том числе 48 больных с основной группы и 36 больных с контрольной.

При анализе результатов учитывались характер жалоб, особенно диспепсических, самочувствие и работоспособность больных, степень ликвидации РЭ и причин, вызвавших его, восстановление замыкательной функции кардии. В разные сроки после операции была изучена клиническая картина заболевания, основанная на опросе больного и оценка его состояния. Проведен комплекс объективных методов обследования, включающих определение желчных кислот в рефлюктанте, эзофагогастроуденоскопию, рентгеноскопию, эзофагоманометрию и рН-метрию.

Проведенные в отдаленном послеоперационном периоде эндоскопические и морфологические исследования показали, что у 3 (9,4%) больных основной группы наблюдается умеренно выраженная картина РЭ. Поражение слизистой оболочки дистального отдела пищевода характеризовалось, в основном, катаральным эзофагитом. В контрольной группе у подавляющего большинства больных ХКХ – 16 (66,7%) отмечались воспалительно-дегенеративные явления различного характера в слизистой оболочке дистального отдела пищевода. Следует отметить, что у 4 (16,7%) больных контрольной группы воспалительно-дегенеративные процессы распространялись на среднюю треть пищевода.

Сравнительный анализ результатов исследования рН дистального отдела пищевода и желудка показал, что у больных, которым проведена комплексная предоперационная терапия, и наряду с холецистэктомией корригирующие РЭ операции в отдаленные периоды после холецистэктомии отмечается повышение рН от $3,5 \pm 0,3$ до $6,6 \pm 0,7$. Однако, у больных ХКХ, которым проводилась традиционная холецистэктомия, рН остается ниже 4,0.

Сравнительная оценка данных эзофагоманометрии показала, что у больных основной группы в отдаленном послеоперационном периоде отмечается повышение показателей градиента пищеводно-желудочного

перехода, амплитуды отрицательного давления и максимального давления в кардии. У больных контрольной группы эти показатели почти не изменялись.

Исследованию хеликобактериоза дистального отдела пищевода и желудка отводится важное место при оценке отдаленных результатов после холецистэктомии. С этой целью у 22 больных основной и 12 больных контрольной групп проведена биопсия из абдоминальной части пищевода с обязательным проведением двух тестов – уреазного и гистологического. Сравнительная оценка данных обследования НР у больных основной группы показала, что после проведения антихеликобактерной терапии отмечается уменьшение персистенции пищевода хеликобактериозом с 52,4% до 18,1%. У больных контрольной группы в отдаленном послеоперационном периоде хеликобактериоз дистального отдела пищевода наблюдался у 48,6% пациентов.

Проведенные исследования показали положительные результаты хирургического лечения больных основной группы по сравнению с контрольной, что указывает на эффективность корригирующих операций при холецистэктомии. Так, у больных основной группы, которым наряду с холецистэктомией было проведено корригирующее оперативное лечение РЭ, получены хорошие и удовлетворительные результаты у 45 (93,8%) больных, тогда как у больных контрольной группы, которым проводилась традиционная холецистэктомия, положительные результаты прослежены у 26 (72,2%) пациентов.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения ХКХ у больных основной группы наблюдались у 3 (6,2%) больных. Одному из них, наряду с холецистэктомией, была выполнена эзофагофундорафия, другому – кроме холецистэктомией проведена фунлопликация по Ниссену. У этих больных отмечен рецидив РЭ II степени, в связи с чем было проведено консервативное лечение с применением местной лазеротерапии. У третьего больного развился хронический реактивный панкреатит с частыми обострениями, требующий регулярное консервативное лечение. У обследованных больных показаний к повторной операции не было. В контрольной группе неудовлетворительные результаты наблюдались у 10 (27,8%) больных, основной причиной которых был некоррегированный РЭ (табл 5).

Отдаленные результаты хирургического лечения ХКХ

Исследуемые группы	Отдаленные результаты			Всего
	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	
Контрольная	17 (44,7±8,1%)	12 (31,6±7,5%)	9 (23,7±6,9%)	38 (100%)
Основная	32 (72,7±6,7%)	9 (20,5±6,1%)	3 (6,8±3,8%)	44 (100%)

Таким образом, проведя сравнительную оценку отдаленных результатов лечения ХКХ, мы обнаружили значительное преимущество корригирующих РЭ методов лечения при холецистэктомии. Число хороших и удовлетворительных результатов (93,8%) по сравнению с больными ХКХ, которым не проводилась коррекция РЭ (72,2%), дает основание считать корригирующие РЭ методы лечения эффективным способом предупреждения и снижения постхолецистэктомического синдрома в послеоперационном периоде. Это, прежде всего, достигается своевременной диагностикой РЭ, выяснением его причин, обнаружением хеликобактериоза пищевода, проведением лечебных мероприятий, направленных на коррекцию РЭ как в предоперационном, так и в послеоперационном периоде. Результаты сочетанных операций при совместном течении хронического калькулезного холецистита и РЭ, выполненных по соответствующим показаниям, несомненно лучше, чем при устранении только одной из этих патологий. Считаем, что результаты могут быть значительно улучшены своевременным выполнением корригирующих операций, правильным выбором методики операции и тщательным соблюдением технических требований.

Выводы

1. Хронический калькулезный холецистит в 24,6% случаев сопровождается рефлюкс-эзофагитом, основными причинами которого является недостаточность замыкательной функции кардиального жома, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и нарушения моторной функции двенадцатиперстной кишки.
2. Степень выраженности клинической картины рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите в значительной степени зависит от тяжести рефлюкс-эзофагита и морфологических изменений в пищеводе,

чем выражены эти изменения, тем ярче клиническая картина рефлюкс-эзофагита.

3. Выраженные глубокие морфологические изменения в слизистой оболочке пищевода наблюдается при нарушении функции двенадцатиперстной кишки, что обусловлено повреждающим действием рефлюктанта (желчи и ее компонентов).

4. При сочетании хронического калькулезного холецистита с осложненными формами рефлюкс-эзофагита, наряду с холецистэктомией, показана коррекция рефлюкс-эзофагита, если требуется хирургическое лечение хотя бы одного из этих патологий.

5. Разработанный способ предоперационной подготовки и дифференцированный подход к комплексному лечению больных хроническим калькулезным холециститом с сопутствующим рефлюкс-эзофагитом способствовали получению хороших и удовлетворительных отдаленных результатов (93,2%) по сравнению с группой больных, которым не проводилась коррекция рефлюкс-эзофагита (76,3 %).

Практические рекомендации

1. Комплексное предоперационное обследование больных ХКХ, наряду с общеклиническими методиками, должно включать методы исследования РЭ, что позволяет избежать неудовлетворительных результатов операций, в том числе развития постхолецистэктомического рефлюкс-эзофагита.

2. Способ лечения РЭ при ХКХ зависит от причин вызвавших его и основывается на обязательном определении функционального состояния кардиального жома, двенадцатиперстной кишки, тяжести рефлюкс-эзофагита и уровень кислотности желудочного сока.

3. Всем больным ХКХ, независимо от тяжести РЭ, показана комплексная предоперационная терапия, направленная на уменьшение воспалительно-дегенеративных процессов слизистой оболочки пищевода и снижение уровня кислотности желудочного сока (квamatел, омепразол, местное лазерное облучение), нормализацию моторики верхнего отдела пищеварительного тракта (мотилиум по 30 мг/сут), исчезновение диспепсических явлений и хеликобактерной инвазии (Де-ноль по 240 мг + Амоксациллин 2г + Метронидазол по 1,5 г.).

4. Лечение больных ХКХ с сопутствующим рефлюкс-эзофагитом преимущественно хирургическое и направлено на устранение обеих патологий с адекватной пред- и послеоперационной консервативной терапией рефлюкс-эзофагита.

Список трудов опубликованных по теме диссертации

1. Новые способы профилактики постхолецистэктомического синдрома / К.М.Курбонов, Б.О. Назаров, И.И. Кобилов, С.Г. Камолов // Мат. X Юбилейной международной конф. хирургов-гастрологов России и стран СНГ. – Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2003.-Т. 8, №2. С.326-327
2. Комплексная диагностика и лечение рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите / К.М. Курбонов, И.И. Кобилов, С.Г. Камолов //Здравоохранение Таджикистана – Душанбе, 2004. №3. С. 31-34
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь /К.М. Курбонов, С.Г. Камолов, И.И. Кобилов, // Вестник Авиценны. – Душанбе, 2004 - № 3-4. – С. 29-31
4. Предоперационная терапия рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите / К.М. Курбонов, К.Н. Носиров, К.К. Кобилов, И.И. Кобилов, С.Г. Камолов // Мат. IV –го съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе. – 2005. – С. 95-96
5. Способ диагностики двойного рефлюкса у больных хроническим калькулезным холециститом / К.М. Курбонов., К.Н. Носиров., К.К. Кобилов, И.И. Кобилов, С.Г.Камолов // Мат. IV –го съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе. – 2005. – С. 97-98
6. Отдаленные результаты комплексного лечения рефлюкс-эзофагита у больных с хроническим калькулезным холециститом / К.Н. Носиров, К.К. Кобилов, И.И. Кобилов, Н.М. Даминова, М.С. Одинаева// Мат. 54-ой годичной конференции ТГМУ «Современная медицина и качество жизни пациента». – Душанбе. – 2006. – С. 82-83
7. Пути уменьшения частоты постхолецистэктомического синдрома / А.Р. Достиев, К.Н. Носиров, Т.Ш. Шукуров, К.К. Кобилов, И.И. Кобилов // Мат. 54-ой годичной конференции ТГМУ «Современная медицина и качество жизни пациента». – Душанбе. – 2006. – С.83-84
8. Консервативное лечение рефлюкс-эзофагита у больных хроническим калькулезным холециститом / А.Р. Достиев, К.Н. Носиров К.К. Кобилов, И.И. Кобилов// Мат. научно-практической конференции «Основные достижения и перспективы развития фармацевтического сектора Таджикистана» с международным участием. – Душанбе. – 2006. – С. 767-769
9. Роль ультразвукового исследования в оценке функциональной активности желчного пузыря у больных с физико-химической

- стадией желчнокаменной болезни / К.К. Кобилов, И.И. Кобилов, Ф.Ф. Абдуллоев // Мат. конф. молодых ученых и студентов с межд. участием «Современные аспекты общественного здравоохранения» - Душанбе. – 2007. – С. 281-285
10. Консервативное лечение сопутствующего рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите в послеоперационном периоде / К.Н. Носиров, Д.М. Курбонов, К.К. Кобилов, И.И. Кобилов // Мат. II –ой городской конф. хирургов с межд. участием. – Душанбе – 2007. – С. 23-24
 11. Возможности видеолaparоскопической коррекции пищеварительных рефлюксов при желчно-каменной болезни /Д.А. Абдуллоев, К.М. Курбонов, И.И. Кобилов, К.Р. Холов, Х.Ю. Шарипов // Первая международная конференция по торако-абдоминальной хирургии. К 100-летию со дня рождения акад.Б.В. Петровского //- Москва–2008. С.77-78.
 12. Частота рефлюкс-эзофагита у больных с хроническим калькулезным холециститом / К.К. Кобилов, И.И. Кобилов, С.С. Холмирзоев // Мат. конф. молодых ученых и студентов с межд. участием «Семейная медицина и современные аспекты общественного здравоохранения: пути интеграции и сотрудничества» - Душанбе. – 2008. – С. 153-154
 13. Влияние хеликобактериоза на течение рефлюкс-эзофагита при хроническом калькулезном холецистите /К.Н. Носиров, А.Р. Достиев, И.И. Кобилов// Сборник научных тезисов совместной республиканской научно- практической конф.: «перспективы развития фундаментальных медицинских наук в Таджикистане», «56-ой годичной научно-практической конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино», «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане»- Душанбе– 2008. С.332
 14. Роль эндоскопических методов исследований в диагностике рефлюкс- эзофагита у больных с хроническим калькулезным холециститом/ И.И. Кобилов, К.К. Кобилов О.М. Одинаев// Мат. конф. молодых ученых и студентов посвященной 80-летию со дня рождения член-корр. РАМН, заслуженного деятеля науки Таджикистана, профессора М.Г. Гулямова - Душанбе. – 2009. – С. 275-276
 15. Дефференцированный подход к лечению больных хроническим калькулёзным холециститом с рефлюкс- эзофагитом / К.Н. Носиров, К.К. Кобилов, И.И. Кобилов// «57- годичная научно-практическая конференция с международным участием

посвященная 70-летию образования ТГМУ им.Абуали ибн Сино», «Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества»- Душанбе - 2009. С. 424-426

16. Пути улучшения качества жизни больных желчнокаменной болезнью/ К.Н. Носиров, И.И. Кобилов, К.К. Кобилов // 58 годичная научно-практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино посвященная 100- летию со дня рождения академика К.Т. Таджикива -Душанбе-2010.- С. 110-111

Рационализаторские предложения:

1. Способ предоперационной подготовки больных с рефлюкс-эзофагитом Рац. предложение ТГМУ №3099-Р-401 от 14.06 2005 г. К.М. Курбонов, К.Н. Носиров, И.И. Кобилов
2. Способ диагностики двойного рефлюкса у больных хроническим калькулезным холециститом Рац. предложение ТГМУ №3100-Р-402 от 14.06 2005 К.М. Курбонов, К.Н. Носиров, И.И. Кобилов

Хулоса

Кобилов Исоқ Ишмаматович

Мукамалсозии ташхис ва табобати маълумии рефлюкс-эзофагит ӯангоми холесистити музмини сангдор

Рис. номз. 14.01.17-ӯарроҳӣ

Дар рисола натиҷаҳои ташхис ва табобати маълумии ¹²² беморон бо рефлюкс-эзофагит ӯангоми холесистити музмини сангдор оварда шудаанд. Муайян карда шудааст, ки холесистити музмини сангдор дар 24,6 % ӯолатҳо бо рефлюкс-эзофагит ӯамроҳӣ дорад, ки сабабҳои асосии он норосагии кори пӯшиши мушаки кардиалӣ, чурраи сӯроҳии ӯаъльобии сурхӯда ва вайроншавии кори ӯаракати рӯдаи 12-ангушта мебошанд. Дар айни ӯол дараҷаи зуӯуроти клиникии рефлюкс-эзофагит ӯангоми холесистити музмини сангдор бештар аз ӯама аз вазнинии рефлюкс-эзофагит ва тағйиротҳои сохторӣ дар сурхӯда вобаста буданд. Ба тибби амалӣ усули ташхиси рефлюкси дузинагии дуодено-гастро-эзофагеалӣ дар беморони гирифтори холесистити музмини сангдор ворид карда шудааст. Усули омадасозии пеш аз ӯарроҳии беморони гирифтори холесистити музмин сангдор, ки бо рефлюкс-эзофагит ӯамроҳӣ дорад, пешниӯод гардидаст. Тарзи табобати ӯарроҳии холесистити музмини

сангдор бо рефлюкс-эзофагит коркард шуда, нишондод ва зиддият ба ғарроњии яќљоя мушаххас гардиданд.

Истифодаи амали тафриќавии табобати маљмўии беморони гирифтори холесистити музмини сангдор бо рефлюкс-эзофагити њамроњикунанда дар муќоиса бо гуруњи бемороне, ки дар онњо ислоњи рефлюкс-эзофагит гузаронида нашудааст, барои ноил шудан ба натиљањои хуб ва ќаноатбахши дурмањал мусоидат намудааст

Сањ. – 113; љадв – 15; акс – 15; адаб. – 240.

Summary

I.I. Kobilov

Diagnostic and complex treatment optimization of the reflux esophagitis in chronic calculous cholecystitis.

Cand. diss. 14.01.17- Surgery

The thesis presents the results of a comprehensive diagnosis and treatment of 122 patients with reflux esophagitis on the background of chronic calculous cholecystitis.

Revealed that chronic calculous cholecystitis in 24.6% of cases accompanied by reflux esophagitis, mainly due to lack of function of cardiac sphincter, hiatal hernia and a violation of the motor function of the duodenum. . The degree of severity of clinical presentation of reflux esophagitis in chronic calculous cholecystitis was largely dependent on the severity of reflux esophagitis and morphological changes in the esophagus. Also, in clinical practice introduced method for the diagnosis of double duodeno-gastro-esophageal reflux in patients with chronic calculous cholecystitis. Proposed a method of preoperative preparation of patients with chronic calculous cholecystitis combined with reflux esophagitis. Worked out the tactics of surgical treatment with a combination of chronic calculous cholecystitis with reflux esophagitis and the indications as well as contraindications to the combined operations. Differentiated approach to the complex treatment of patients with chronic calculous cholecystitis with concomitant reflux esophagitis helped to obtain good and satisfactory long-term results compared with a group of patients who had not performed the correction of reflux esophagitis.

Pg. – 113; Sig. – 15; images – 15; lit. – 240.

Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии
www.gastroscan.ru/literature/