

На правах рукописи

БЕРИАШВИЛИ
Зураб Арсенович

РЕФЛЮКС-ГАСТРИТ У БОЛЬНЫХ
ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ

(14.00.27 — Хирургия)

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена в лаборатории хирургической гастроэнтерологии ЦНИЛ Свердловского государственного медицинского института на базе Курганской областной больницы № 1.

Научный руководитель — доктор медицинских наук Я. Д. ВИТЕБСКИЙ.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор М. И. САХАРОВ.

Доктор медицинских наук, доцент В. А. КОЗЛОВ.

Учреждение, дающее отзыв о научно-практической ценности диссертации, — Алтайский государственный медицинский институт.

Защита состоится 23 октября 1979 г. в 15 час. на заседании специализированного совета. К.084.10.01. Свердловский государственный медицинский институт, Свердловск, ул. Репина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Свердловского государственного медицинского института: Сверд-

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Несмотря на значительные успехи хирургии желчных путей, одной из основных проблем после холецистэктомии является сопутствующий гастрит, который, по мнению А. Г. Гукасяна (1941), А. М. Ногаллера (1969), Т. Д. Валирахмановой (1972), О. С. Аверьяновой с соавт. (1976) и др., обнаруживается у 83—93% больных хроническим калькулезным холециститом. Эти гастриты клинически проявляются диспепсическими расстройствами и гипо- и ахлогидрией (у 68—83,4% больных).

Количество больных с нарушенной секреторной функцией желудка и диспепсическими явлениями после обычной холецистэктомии не снижается, а даже имеет тенденцию к возрастанию (от 68 до 90,9%).

В литературе встречаются различные взгляды на механизм развития сопутствующих холециститам гастритов с секреторной недостаточностью. И. М. Фунт (1957) придерживается гуморальной теории развития гастритов. А. Я. Губергриц (1963) считает, что изменение секреций обусловлено не только гастритом, но и нервно-рефлекторным угнетением секреции желудка со стороны патологически измененных желчного пузыря и печени.

Несомненно, наиболее полно объясняет причину сопутствующих холециститам гастритов отмеченный многими авторами факт заброса дуоденального содержимого в желудок (Ю. К. Купчинкас, 1970; Л. И. Геллер с соавт., 1976; Глоуцал, 1967, и др.).

По литературным данным, причиной дуодено-гастрального рефлюкса могут являться хронические нарушения дуоденальной проходимости, какими бы они не были, — первичными или вторичными, механической или функциональной природы.

Учитывая рефлюксный патогенез сопутствующих хроническим калькулезным холециститам гастритов, можно предположить, что путем оперативной коррекции хронических нарушений дуоденаль-

ной проходимости можно добиться излечения заболевания. Такая постановка вопроса лечения рефлюкс-гастрита целесообразна только при установлении наличия рефлюкса дуоденального содержимого в желудок различными методами исследования и при точной дооперационной диагностике конкретной причины хронических нарушений дуоденальной проходимости, без чего нельзя обосновать выбор способа хирургической коррекции.

Цель работы. Целью настоящего исследования являлась разработка и усовершенствование существующих диагностических методов выявления хронических нарушений дуоденальной проходимости и дуодено-гастрального рефлюкса; хирургическое лечение сопутствующего хроническому калькулезному холециститу рефлюкс-гастрита путем коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости наряду с вмешательством на желчных путях.

Задачи исследования:

1. Установить частоту сопутствующего хроническому калькулезному холециститу рефлюкс-гастрита.
2. Дать комплексную характеристику состояния моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки у больных хроническим калькулезным холециститом.
3. Изучить и классифицировать причины, вызвавшие хронические нарушения дуоденальной проходимости у больных хроническим калькулезным холециститом и сопутствующим рефлюкс-гастритом.
4. Обосновать необходимость и выбор метода коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости у больных, оперирующихся по поводу хронического калькулезного холецистита с сопутствующим гастритом.
5. Изучить отдаленные результаты хирургического лечения рефлюкс-гастрита у больных хроническим калькулезным холециститом и подтвердить целесообразность корригирующих операций путем сопоставления отдаленных результатов двух групп больных после холецистэктомии и холецистэктомии в сочетании с корригирующими операциями.

Научная новизна. Новый подход к патогенетическому механизму развития гастритов, сопутствующих хроническим калькулезным холециститам, что имеет важное практическое значение в плане показанности той или иной методики оперативного вмешательства. Детально изучены впервые в нашей стране непосред-

венные и отдаленные результаты лечения рефлюкс-гастрита путем хирургической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости.

Практическое значение. Полученные результаты способствуют повышению диагностических возможностей при обследовании больных хроническим калькулезным холециститом — в план дооперационного обследования должны включаться методы выявления дуодено-гастрального рефлюкса и диагностика хронических нарушений дуоденальной проходимости. Полученные результаты заставили изменить хирургическую тактику в плане оперативной коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости во время вмешательства по поводу хронического калькулезного холецистита, что позволяет создать благоприятные условия для ликвидации дуодено-гастрального рефлюкса и вторичных изменений со стороны желудка.

Реализация работы. Материалы диссертации и рекомендации опубликованы в печати (12 работ) и отражены в 10 докладах.

Структура и объем работы. Диссертация написана на русском языке, изложена на 183 страницах, из них печатный текст занимает 138 страниц, состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, указателя литературы. Работа иллюстрирована 16 таблицами, 67 рисунками. Указатель литературы включает 183 отечественных и 123 иностранных источников.

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ О ПРЕДСТАВЛЕННОЙ РАБОТЕ

В основу работы легли результаты обследования и оперативного лечения 210 больных, которые составили две группы:

I группа — 150 больных хроническим калькулезным холециститом, подвергшихся в последующем оперативному лечению;

II группа — 60 больных после операции на желчных путях по поводу хронического калькулезного холецистита без коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости (о них подробнее будет сказано ниже).

В первой группе было 24 мужчин и 126 женщин. Возраст больных колебался в пределах от 18 до 75 лет. От 40 до 60 лет мужчин было 15 (62,5%), женщин — 67 (53,2%).

Большинство больных как среди мужчин (14, или 58,3%), так и среди женщин (69, или 53,2%) имели длительность заболевания от 1 года до 5 лет.

Помимо симптомов, типичных для холецистита, многие жалобы больных и особенно данные обследования позволили вы-

явить сочетанную патологию желудка, двенадцатиперстной кишки и поджелудочной железы.

Поэтому, полнота обследования больных хроническим калькулезным холециститом должна обеспечивать выявление этой сочетанной патологии. Это заставляет изменять как план дооперационного обследования, так и план оперативного вмешательства при хроническом калькулезном холецистите.

Кроме обычных методов, общих для всех больных хроническим калькулезным холециститом (клинические и биохимические анализы крови и мочи, дуоденальное зондирование, контрастное исследование желчного пузыря и желчных путей), мы применяем специальные методы исследования для выявления хронических нарушений дуоденальной проходимости и дуодено-гастрального рефлюкса.

Для диагностики хронических нарушений дуоденальной проходимости в нашей лаборатории (Я. Д. Витебский) разработана и внедрена в практику поэтажная манометрия. По этой методике измерение давления производится последовательно в смежных полостях — тощей кишке, двенадцатиперстной кишке, желудке и пищеводе в вертикальном положении тела. Сопоставление уровней давления в смежных отрезках пищеварительного тракта позволяет выявить самые ранние формы хронических нарушений дуоденальной проходимости.

Регистрация давления осуществляется специальным прибором с графической записью на электропотенциометре—«ЭПП-09». Для практических целей в городских и районных больницах как в стационаре, так и в поликлинике, может использоваться аппарат Вальдмана или холангиоанометр. При этом регистрация показателей давления производится визуально.

С целью изучения нормальных показателей внутриполостного давления методом поэтажной манометрии обследовано 37 практически здоровых людей в возрасте от 17 до 40 лет. (Ранее опубликованные данные основывались на обследовании 20 человек). Среди них мужчин было 17, женщин — 20. Результаты обработаны на ЭВМ «Наир-2» и получены среднестатистические показатели. Учитывая то, что при измерении давления появляются дыхательные колебания водяного столба величиной в 20—50 мм вод. ст., высчитывали среднестатистические показатели как для нижних, так и для верхних границ (табл. 1).

Методом поэтажной манометрии с 1972 года в нашей лаборатории обследовано 1470 больных с различной патологией орга-

нов пищеварительного тракта, в том числе 139 больных хроническим калькулезным холециститом.

Таблица 1

Среднестатистические показатели поэтажной манометрии
у здоровых людей

Места снятия показателей		Нижние показатели давления (в мм вод. ст.)	Верхние показатели давления (в мм вод. ст.)
Тошная кишка	М	41,4	60,3
	m	0,68	1,71
	σ	3,86	10,14
Двенадцатиперстная кишка	М	78,9	131,3
	m	2,35	1,68
	σ	14,29	10,09
Желудок	М	61,9	81,7
	m	1,78	1,65
	σ	10,82	10,02
Пищевод	М	39,7	60,5
	m	0,23	1,71
	σ	1,27	10,39

Проведенный анализ результатов поэтажной манометрии, в сопоставлении с клиникой, позволил классифицировать полученные данные в виде 7 типов кривых (Я. Д. Витебский, З. А. Бериашвили, 1977) и трех форм хронических нарушений дуоденальной проходимости (компенсированные формы, субкомпенсированные формы, декомпенсированные формы).

Анализ дуоденограмм с зондом, полученных с целью контроля положения зонда во время поэтажной манометрии, показал возможность использования их в диагностике. Зонд, проведенный в тощую кишку, полностью повторяет ход двенадцатиперстной кишки и этим самым позволяет судить о форме последней, относительных размерах всех частей двенадцатиперстной кишки, расположении и характере дуоденоюнального угла, направлении хода начальной петли тощей кишки. Остановка оливы зонда в определенных местах может говорить о наличии динамического или механического препятствия.

Особое значение в уточнении генеза хронических нарушений дуоденальной проходимости имеет дуоденография в условиях искусственной гипотонии под манометрическим контролем и без него. Сопоставление давления прохождения контрастной взвеси по двенадцатиперстной кишке через зоны верхней брыжеечной артерии и корня брыжейки с данными поэтажной манометрии позволяет выявить ранние формы артериомезентеральной компрессии.

Из существующих биохимических методов выявления дуодено-гастрального рефлюкса одни страдают малой чувствительностью, как, например, реакция Гмелина или визуальная оценка цвета сока. Другие очень трудоемки и выполняемы в крупных специализированных учреждениях (проба с бромсульфаленом, использование меченых по C^{14} желчных кислот и др.). В лаборатории гастроэнтерологии дуодено-гастральный рефлюкс выявляли по определению желчных кислот методом тонкослойной хроматографии на листах «Силуфол» (Чехословакия) в желудочном содержимом, полученном натощак.

Сотрудниками нашей лаборатории (Г. Г. Иванов, В. А. Хомко, 1976) был предложен метод определения щелочной фосфатазы (ЩФ) и ее изоферментов в желудочном содержимом.

Из литературных данных известно, что при цитохимическом исследовании нормальная слизистая оболочка желудка не обладает фосфатазной активностью, а наличие ее, как правило, связано с участками кишечной метаплазии (Т. Р. Джумаханов с соавт., 1973; Т. А. Лукина, 1973; С. И. Рапопорт, Н. Э. Цирульникова, 1973, и др.).

Детальное исследование свойств ЩФ желудочного и дуоденального содержимого и в слизистой оболочке желудка показали, что термостабильная фракция фермента отсутствует в дуоденальном содержимом и нередко определяется в желудочном соке при некоторых патологических состояниях. В то же время в слизистой оболочке желудка выявляются обе фракции фермента — термолабильная и термостабильная. Таким образом, разница между общей и термостабильной фракцией ЩФ, т. е. термолабильная фракция, является показателем степени заброса из двенадцатиперстной кишки и в сопоставлении с концентрацией желчных кислот служит показателем интенсивности дуодено-гастрального рефлюкса. В свою очередь, термостабильная фракция ЩФ является показателем структурной перестройки слизистой оболочки желудка по типу энтеролизиции (Г. Г. Иванов с соавт., 1976, 1977; З. А. Бериашвили, Г. Г. Иванов, 1977; Я. Д. Витебский с соавт.,

1978). Поэтому, наряду с определением наличия и концентрации желчных кислот в желудочном содержимом, нами проводилось определение активности отдельных фракций щелочной фосфатазы.

Решающим показателем наличия дуодено-гастрального рефлюкса является величина рН желудочного сока, полученного натощак (при массивном забросе дуоденального содержимого желудочная среда будет более щелочной).

Колебания рН от 1 до 4 считали кислой, от 4 до 7 — слабокислой, от 7 и выше — щелочной (Clemenson, 1972).

На основании изложенных данных мы применили следующую схему исследования желудочного сока: в тощаковой порции определяли рН потенциометрическим методом на рН-метре марки «рН-340», наличие и концентрацию желчных кислот, активность отдельных фракций фосфатазы, у каждого больного проводилось фракционное исследование желудочной секреции с гистаминовой пробой.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

В таблицах 2, 3, 4 даны результаты обследования больных хроническим калькулезным холециститом методом поэтажной манометрии, фракционным методом исследования кислотности желудочного сока с гистаминовой пробой и рН-метрии желудочного сока.

Таблица 2

Результаты поэтажной манометрии

Показатели поэтажной манометрии	Хронический калькулезный холецистит (до операции)	Холецистэктомия (контрольная группа)	Холецистэктомия с коррекцией нарушений дуоденальной проходимости
Нормальное давление	24 (17,3%)	2 (4,6%)	31 (67,1%)
Компенсированные формы	37 (26,6%)	7 (16,3%)	5 (11,0%)
Субкомпенсированные формы	76 (54,7%)	34 (83,8%)	10 (21,9%)
Декомпенсированные формы	2 (1,4%)	—	—
Всего:	139 (100%)	43 (100%)	46 (100%)

Методом поэтажной манометрии обследовано 139 больных хроническим калькулезным холециститом.

Данные таблицы 2 свидетельствуют о том, что у 26,6% больных хроническим калькулезным холециститом выявляются компенсированные формы хронических нарушений дуоденальной проходимости, у 54,7% больных — субкомпенсированные, а у 1,4% больных — декомпенсированные формы (дуоденостаз). Всего хронические нарушения дуоденальной проходимости выявлены у 82,7% больных.

При рентгенологическом контроле положения зонда у 40 (28,7%) больных олива находилась в двенадцатиперстной кишке и не удавалось провести в тощую кишку за дуоденоюнальный переход. Было замечено, что олива зонда в основном останавливается в двух местах — в нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки (16, или 11,6% больных) или у самого перехода двенадцатиперстной кишки в тощую (у 24, или 17,3% больных). Это ориентировочно может говорить об артериомезентериальной компрессии или наличии лимфаденита и спаечного процесса в области связки Трейтца. Для уточнения диагноза дополнительно проводили дуоденографию в условиях искусственной гипотонии под манометрическим контролем и без него.

Всего дуоденография в условиях искусственной гипотонии проведена у 78 (52%) больных. Рубцово-спаечный процесс в области дуоденоюнального угла (периеюнит, дистальный перидуоденит, дуоденоюнальная «двустволка», лимфаденит) был выявлен у 35 (44,8%) больных среди обследованных, у 11 (14,1%) больных были выявлены признаки артериомезентериальной компрессии, у 3 (3,8%) — пульсионные дивертикулы и у 1 (1,3%) — мегадуоденум. У 28 (36%) больных патологии выявлено не было.

У 94 больных изучена кислотность желудочного сока фракционным методом.

Таблица 3

**Результаты исследования кислотности желудочного сока
фракционным методом**

Виды кислотности желудочного сока	Хронический калькулезный холецистит (до операции)	Холецистэктомия (контрольная группа)	Холецистэктомия с коррекцией нарушений дуоденальной проходимости
Гиперхлоргидрия	4 (4,3%)	3 (5,9%)	4 (8,9%)
Нормаацидность	17 (18,1%)	3 (5,9%)	23 (45,1%)
Гипохлоргидрия	35 (37,2%)	19 (35,4%)	14 (27,6%)
Ахлоргидрия	38 (40,4%)	23 (52,8%)	10 (18,4%)
Всего:	94 (100%)	48 (100%)	51 (100%)

Из таблицы 3 видно, что нормальная кислотность выявлена у 18,1% больных хроническим калькулезным холециститом, а у остальных 81,9% больных имеются отклонения от нормы, в основном за счет гипо- и ахлоргидрии — 77,6%.

Аналогичные данные получены при проведении рН-метрии желудочного сока у 99 больных холециститом (табл. 4). Гипо- и ахлоргидрия выявлены у 74,8% больных.

Таблица 4

Результаты определения рН тощачковой порции желудочного сока

Показатели рН	Хронический калькулезный холецистит (до операции)	Холецистэктомия (контрольная группа)	Холецистэктомия с коррекцией нарушений дуоденальной проходимости
1—4	25 (25,2%)	5 (11,4%)	28 (62,2%)
4—7	35 (35,3%)	14 (31,8%)	10 (22,3%)
7 и выше	39 (39,5%)	25 (56,8%)	7 (15,5%)
Всего:	99 (100%)	44 (100%)	45 (100%)

Нужно заметить, что процент отклонений от норм (81,9%) при изучении кислотности желудочного сока, совпадает с данными поэтажной манометрии, при которой хронические нарушения дуоденальной проходимости выявлены у 82,7% больных холециститом. Это еще раз убедительно говорит о значении хронических нарушений дуоденальной проходимости в развитии вторичных изменений в желудке.

Исследовано желудочное содержимое, взятое натощак у 73 больных хроническим калькулезным холециститом. Из них общая ЩФ выявлена у 53 (72,6%) больных, а термостабильная фракция в 30 (41,1%) случаях. Концентрация общей щелочной фосфатазы колебалась от 13,3 до 126,6 микромоль на 100 мл сока, составляя в среднем $48,1 \pm 3,86$ микромоль. Содержание термостабильной фракции фермента также колебалась от 13,3 до 86,7 микромоль на 100 мл сока, составляя в среднем $21,4 \pm 3,61$ микромоль.

Почти во всех случаях наличия общей ЩФ в желудочном содержимом выявлялись желчные кислоты (55, или 75,9%), концентрация которых колебалась от 0,03 до 1,02, составляя в среднем $0,25 \pm 0,07$ мг/мл.

Частота обнаружения термолабильной фракции ЩФ (46, или 63,1%) близко совпадает с частотой выявления желчных кислот, что подтверждает ее дуоденальное происхождение.

12 больных были обследованы фиброгастроскопически. У 8 больных при наличии желчи в желудке наблюдалась гиперемия и отечность слизистой, преимущественно в пилорическом отделе. У 3 больных при наличии гастритических явлений желчь была обнаружена только биохимически.

Изложенные выше данные свидетельствуют о наличии структурной перестройки слизистой оболочки желудка по типу энтерололизации у каждого третьего больного хроническим калькулезным холециститом, и что причиной таких изменений является длительный заброс дуоденального содержимого в желудок.

Для изучения характера экстравезикальных патоморфологических изменений во время операции по поводу калькулезного холецистита производилась биопсия лимфоузлов в зоне верхнебрыжечной артерии, дуоденооюнального угла, тканей связки Трейтца и гипертрофированных телец Фатер-Пачини у 23 больных.

Детальному гистологическому исследованию также была подвергнута слизистая оболочка желудка, полученная у 9 больных при резекции желудка, у 2 больных при гастротомии с иссечением полипов антрального отдела вместе со слизистой оболочкой и у

4 больных при гастроскопии с прицельной биопсией из пилорического отдела при помощи фиброгастроскопа фирмы «Олимпус».

Гистологические срезы окрашивались гематоксилин-эозином, микрофуксином по Ван Гизону и на нервную ткань по Грос-Бильшовскому. Кроме того, в рецепторных образованиях определяли активность некоторых окислительно-восстановительных ферментов: СДГ, ЛДГ, НАД- и НАДФ-диафораз.

У всех больных при наличии гастритических явлений нами биохимически и фиброгастроскопически был выявлен заброс дуоденального содержимого в желудок.

Результаты клинических, лабораторных, инструментальных и рентгенологических данных сопоставлялись с операционными находками и с результатами гистологических исследований. При этом было установлено, что причинами хронических нарушений дуоденальной проходимости у больных хроническим калькулезным холециститом были следующие факторы: рубцово-спаечный перидуоденит, в том числе в зоне дуоденооюнального угла, приведший к перегибам, образованию антиперистальтической дуоденооюнальной «двустволки», регионарный лимфаденит и рубцовые изменения в связке Трейтца, артериомезентериальная компрессия с сопутствующим мезентериальным лимфаденитом.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных с рефлюкс-гастритом, сопутствующим хроническому калькулезному холециститу, может складываться из консервативных мероприятий или быть хирургическим.

Консервативные методы лечения мы применяем в трех ситуациях:

1. Когда ранее была произведена холецистэктомия без коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости, в том числе по причине технических трудностей к производству рассечения связки Трейтца или дуоденооюностомии.

2. Во время операции по поводу хронического калькулезного холецистита было диагностировано хроническое нарушение дуоденальной проходимости функциональной природы (без видимых механических причин).

3. С целью подготовки больных к операции.

Консервативное лечение при рефлюкс-гастритах должно быть направлено на решение следующих основных задач:

снижение дуоденальной гипертензии с целью предупреждения и уменьшения дуодено-гастрального рефлюкса;

местное медикаментозное воздействие на воспаленную слизистую оболочку желудка;

лечение мезентериального лимфаденита, усиливающего компрессию двенадцатиперстной кишки;

удаление инфицированного дуоденального содержимого и санация двенадцатиперстной кишки и желчных путей;

общеукрепляющее лечение.

Комплексная консервативная терапия является эффективной у большинства больных. В случаях, если при консервативном лечении улучшения в состоянии больного не наступает или оно бывает кратковременным, а нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки остаются клинически отчетливо выраженными, показано оперативное лечение.

Разрезы брюшной стенки, применяемые для операций на желчных путях, весьма разнообразны. В. В. Виноградовым (1962) в руководстве по хирургии описано 25 разрезов брюшной стенки. А по данным И. Н. Ищенко (1966) их существует около 40.

Современная анестезия с применением миорелаксантов позволяет оперировать больных, независимо от конституции и степени упитанности, из верхнесрединного разреза, который обеспечивает хороший доступ к печеночно-двенадцатиперстной связке, желчному пузырю и для ревизии всей двенадцатиперстной кишки и связки Трейтца.

Соответственно основным вариантам причин хронических нарушений дуоденальной проходимости нами разработаны и применяются различные методики оперативного вмешательства.

1. Рассечение связки Трейтца (РСТ), рубцов и сращений при наличии патологических изменений в зоне дуоденоюанального угла.

2. Антиперистальтическая поперечная дуоденоюаностомия при артериомезентериальной компрессии нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки.

3. Резекция желудка с наложением заднего поперечного гастроэнтероанастомоза при наличии более глубоких изменений в слизистой оболочке желудка (язва, полип, антрум-гастрит).

Операцию по поводу хронического калькулезного холецистита мы начинаем с коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости, чтобы предотвратить инфицирование забрюшинной клетчатки после вмешательства на желчных путях.

Все обследованные 150 больных были оперированы. Из них 133 (88,7%) больным, кроме вмешательства на желчных путях,

произведена коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости.

112 (85,3%) больным произведено рассечение связки Трейтца, поводом для чего послужили дуоденальная гипертензия из-за рубцового укорочения связки Трейтца и подтягивания дуоденоюнального угла вверх с наличием увеличенных лимфатических желез у 53 (47,3%) оперированных, перегибы в области дуоденоюнального угла с образованием «двустволки» у 25 (22,3%), наличие дистального перидуоденита и периеюнита у 22 (19,6%). В 12 (10,6%) случаях произведено неполное рассечение связки Трейтца в связи с наличием незначительных изменений.

У 8 (5,6%) больных была произведена антиперистальтическая поперечная дуоденоюностомия по поводу артериомезентериальной компрессии двенадцатиперстной кишки.

11 (7,7%) больным понадобилось радикальное вмешательство на желудке, поводом для которого послужили у 2 (1,4%) — язва двенадцатиперстной кишки, у 6 (4,2%) — язва желудочной локализации, у 1 (0,7%) — ригидный антрум-гастрит, у 2 (1,4%) — полипы антрального отдела желудка. У 9 из 11 (81,8%) патологические изменения локализовались в антральном отделе желудка.

Среди мужчин радикальное вмешательство на желудке понадобилось 5 больным, что составило 20,8%, а среди женщин — 6 (4,7%). Можно предположить, что у мужчин почти в 5 раз чаще, чем у женщин, наблюдаются глубокие изменения в слизистой оболочке желудка, которые, кроме коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости, требуют дополнительного вмешательства в виде гастротомии или резекции желудка.

У 2 (1,4%) больных при ревизии была выявлена недостаточность пилорического жома и была произведена пилоропластика путем наложения серозно-мышечных швов и создания «валика» в области сфинктера (Я. Д. Витебский, 1976). В одном случае пилоропластика сочеталась с дуоденоюностомией, в другом — с рассечением связки Трейтца.

17 (11,3%) больным коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости не произведена. В 5 (3,3%) случаях при отсутствии клинико-рентгенологических данных за гастрит до операции, патологии двенадцатиперстной кишки во время операции не было выявлено.

У 8 (5,3%) больных с хроническими нарушениями дуоденальной проходимости во время операции анатомических причин не

было найдено. По-видимому, в этих случаях нарушения дуоденальной проходимости были функциональной природы.

По техническим причинам 4 больным (2,6%) коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости не произведена (в 1 случае аномальный ход нижней брыжеечной вены, в 3 — ожирение).

Послеоперационные осложнения на 150 оперированных составили 10,7% (нагноение раны, инфильтрат брюшной полости, кровотечение из ложа желчного пузыря, осложнения со стороны легких и сердечно-сосудистой системы). Нужно отметить, что если холецистэктомия не сопровождалась вскрытием холедоха или провета кишки, осложнения составили 5,3%.

Осложнений, связанных с корригирующими операциями, и летальных исходов в послеоперационном периоде не было.

Изучая отдаленные результаты, мы ставили перед собой цель исследовать изменения со стороны желудка и выраженность диспепсических явлений в отдаленные сроки после операции (от одного года до двадцати лет).

Для этого обследовано 120 больных, которые составили две группы.

В первую группу вошли 60 больных, которым, кроме операций по поводу калькулезного холецистита, была произведена коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости.

Вторую, контрольную, группу составили 60 больных, перенесших традиционные операции по поводу калькулезного холецистита. Возраст больных этой группы колебался в пределах от 24 до 72 лет. Большинство больных (36, или 60,0%) были в возрасте от 40 до 60 лет. Мужчин было 3, женщин — 57.

Из 120 больных 96 обследованы стационарно, а 24 — в амбулаторных условиях (табл. 5).

В группу с хорошими результатами вошли те больные, у которых нет никаких жалоб, диету не соблюдают.

Во вторую группу, с удовлетворительными результатами, вошли те больные, которые, несмотря на улучшение состояния здоровья после операции, жалуются на те или иные диспепсические расстройства — периодические боли в эпигастриальной области, чувство тяжести, полноты в подложечной области после приема пищи, горечь во рту.

И, наконец, третью группу составили больные, у которых после операции улучшение не наступило, беспокоят выраженные диспепсические расстройства с тошнотой, рвотой и сильными болями, лечатся стационарно, трудоспособность снижена.

Отдаленные результаты лечения в зависимости от вида оперативного вмешательства

Виды оперативного вмешательства	Отдаленные результаты			Всего
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные	
Холецистэктомия	13 (21,6%)	37 (61,7%)	10 (16,7%)	60 (100%)
Холецистэктомия с коррекцией хронических нарушений дуоденальной проходимости	38 (63,3%)	18 (30,0%)	4 (6,7%)	60 (100%)

Обследование больных проводили по вышеуказанной схеме.

Кислотность желудочного сока изучена у 99 больных фракционным методом с гистаминовой нагрузкой, а у 89 больных путем определения рН тощачковой порции желудочного сока (в таблицах 3 и 4 для сравнения приводятся результаты исследования кислотности желудочного сока у больных хроническим калькулезным холециститом до операции).

Проверка гипотез различия результатов применения разных методик лечения (в отношении влияния на кислотность желудочного сока) производилась непараметрическим тестом Шеллинга—Вольфейля на ЭВМ «Наирн-2».

Сравнение результатов операции холецистэктомии с коррекцией хронических нарушений дуоденальной проходимости с результатами операции обычной холецистэктомии выявило более высокий показатель различия, чем при сравнении с результатами до лечения, что свидетельствует об эффективности корректирующих операций в сочетании с холецистэктомией.

Как видно из таблиц 3 и 4, после обычной холецистэктомии кислотность желудочного сока изменяется в сторону возрастания количества гипо- и ахлогидрии (88,2 и 88,6% соответственно), а с добавлением корректирующих операций в сторону нормальных показателей (45,1 и 62,2% соответственно).

В группе после обычной холецистэктомии биохимическое исследование тощачковой порции желудочного сока произведено у 44 оперированных. У 39 (88,6%) выявлен рефлюкс дуоденального содержимого, в том числе у 18 (40,9%) выявлена термоста-

бильная фракция щелочной фосфатазы. Среди 45 обследованных после холецистэктомии с коррекцией хронических нарушений дуоденальной проходимости у 14 (31,1%) выявлен дуоденогастральный рефлюкс, а у 10 (22,2%) — термостабильная фракция щелочной фосфатазы.

При сравнении биохимических показателей до и после операции видно, что при значительном снижении частоты дуоденогастрального рефлюкса (от 75,4 до 31,1%), меньше снижается количество выявляемой термостабильной фракции щелочной фосфатазы (от 41,5 до 22,2%). Можно предположить, что в определенном проценте случаев в слизистой оболочке желудка наступают стойкие изменения, которые даже при полном исключении дуоденогастрального рефлюкса не подвергаются обратному развитию.

24 больных обследованы фиброгастроскопически. Среди больных контрольной группы у 11 из 14 обнаружена желчь в желудке с признаками гастрита с преимущественным поражением антрального отдела. А в группе после корригирующих операций желчь выявлена у 3 из 10 обследованных.

Методом поэтажной манометрии обследовано 89 больных (табл. 2). Из таблицы видно, что по данным поэтажной манометрии в группе после традиционных операций по поводу холецистита в 95,4% случаев выявляются хронические нарушения дуоденальной проходимости. Аналогичные данные получены при изучении кислотности желудочного сока. В 94,1% случаев отклонения от нормы, в основном за счет гипо- и ахлогидрии (88,2%).

После коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости нормальные показатели внутриполостного давления выявлены у 67,1% обследованных, а нормальная кислотность желудочного сока — у 45,1%.

В зависимости от вида оперативной коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости получены разные отдаленные результаты лечения рефлюкс-гастрита (табл. 6).

Из таблицы 6 видно, что у всех 7 обследованных, которым была произведена поперечная антиперистальтическая дуоденоюностомия, получены хорошие отдаленные результаты, которые прослежены от 1 года до 5 лет.

Хорошие отдаленные результаты выявлены и у 3 больных после холецистэктомии с резекцией желудка с клапанном анастомозом.

После рассечения связки Трейтца обследовано 50 больных в сроки от 1 года до 7 лет.

Таблица 6

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения рефлюкс-гастрита
в зависимости от вида корригирующих операций

Виды оперативной коррекции	Отдаленные результаты			Всего
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные	
Рассечение связки Трейтца	28 (46,6%)	18 (30,0%)	4 (6,7%)	50 (83,3%)
Антиперистальтическая поперечная дуоденоюностомия	7 (11,7%)	—	—	7 (11,7%)
Резекция желудка с поперечным гастроэнтероанастомозом	3 (5,0%)	—	—	3 (5,0%)
Всего:	38 (63,3%)	18 (30,0%)	4 (6,7%)	60 (100%)

Хорошие отдаленные результаты получены у 28 больных, что составляет 46,6%.

Удовлетворительные результаты лечения выявлены у 18 (30,0%) больных. У них дуодено-гастральный рефлюкс не ликвидирован, сохраняются те или иные диспепсические расстройства.

Неудовлетворительные отдаленные результаты были выявлены у 4 (6,7%) больных после рассечения связки Трейтца.

В двух случаях причиной неудовлетворительных результатов послужил рецидив сращений в области дуоденоюанального угла. Эти рецидивы были связаны с тем, что вначале после рассечения связки Трейтца не производили ушивание дефекта заднего листка париетальной брюшины.

А у двух больных после рассечения связки Трейтца выявлена артериомезентериальная компрессия нижнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки, которая не была диагностирована как до, так и во время оперативного вмешательства.

В последующие годы вышеуказанные технические и диагностические ошибки не повторялись.

После изучения отдаленных результатов были проведены сопоставление и сравнительная оценка данных дооперационного обследования, операционных находок и отдаленных результатов.

Среди 18 больных с удовлетворительными отдаленными результатами у 16 во время операции были обнаружены незначительные изменения в области дуоденоюнального угла в виде рыхлых спаек и лимфаденита. А среди 150 оперированных такие изменения были выявлены у 41 (27,4%) больного. По-видимому, у 27,4% больных хроническим калькулезным холециститом хронические нарушения дуоденальной проходимости носили функциональный характер. После операции у этих больных сохранился рефлюкс-гастрит. Они подлежат консервативной терапии.

Методы дооперационного обследования позволяют выявлять хронические нарушения дуоденальной проходимости, но последнее слово остается за интраоперационной диагностикой. Так, по данным поэтажной манометрии, хронические нарушения дуоденальной проходимости выявляются у 82,7% больных хроническим калькулезным холециститом, а анатомические причины, послужившие показаниями для корригирующих операций, обнаружены у 61,3% больных. Наиболее информативной в дифференциальной диагностике является дуоденография в условиях искусственной гипотонии, при помощи которой механические причины хронических нарушений дуоденальной проходимости диагностируются у 64% больных хроническим калькулезным холециститом и подтверждаются операционными находками.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что у больных хроническим калькулезным холециститом и сопутствующим рефлюкс-гастритом показаниями к корригирующим операциям (92, или 61,3%) при холецистэктомии (на 150 операций) явились следующие анатомические причины: рубцовое укорочение связки Трейтца, подтягивание дуоденоюнального угла, наличие лимфаденита и перипроцесса с расширением приводящей части двенадцатиперстной кишки (49, или 32,4%), дистальный перидуоденит, периеюнит с образованием дуоденоюнальной «двустволки» (35, или 23,3%) и артериомезентериальная компрессия нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки с мезентериальным лимфаденитом (8, или 5,6%). Поскольку перечисленные варианты нарушений дуоденальной проходимости у больных рефлюкс-гастритом возникают в результате воспалительных процессов в брыжейке и ее лимфатическом аппарате, в клинике нередко наблюдается их различное сочетание.

Таким образом, полученные непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения сопутствующего хроническому калькулезному холециститу рефлюкс-гастрита позволяют реко-

мендовать хирургическую коррекцию хронических нарушений дуоденальной проходимости, когда установлены их анатомические причины, в сочетании с холецистэктомией как эффективный метод борьбы с гастритом у больных калькулезным холециститом.

В Ы В О Д Ы

1. По данным литературы и результатов наших исследований, у 81,9% больных хроническим калькулезным холециститом имеется нарушение секреторной функции желудка в основном в сторону гипо- и ахлогидрии (77,6%), которое можно объяснить рефлюкс-гастритом.

2. Позажная манометрия дает определенную характеристику моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. У 82,7% больных хроническим калькулезным холециститом выявляются хронические нарушения дуоденальной проходимости. В том числе у 26,6% больных компенсированные формы, у 54,7% — субкомпенсированные, у 1,4% — декомпенсированные.

3. Решающее значение в диагностике дуодено-гастрального рефлюкса, кроме позажной манометрии и фиброгастроскопии, имеет биохимическое исследование тощачковой порции желудочного сока. Показателями дуодено-гастрального рефлюкса являются качественное и количественное выявление желчных кислот (у 75,9% больных хроническим калькулезным холециститом), общая щелочная фосфатаза (у 72,6% больных), термостабильная фракция щелочной фосфатазы (у 63,1% больных).

4. Независимо от того, являются ли хронические нарушения дуоденальной проходимости у больных хроническим калькулезным холециститом механической (61,3%) или функциональной (27,4%) природы, в обоих случаях они приводят к недостаточности пилорического сфинктера и вторичным изменениям со стороны желудка вследствие регургитации дуоденального содержимого.

5. Ввиду частого сочетания гастрита и хронического калькулезного холецистита и рефлюксного генеза этих гастритов, обязательным элементом дооперационного обследования больных должна быть диагностика причин хронических нарушений дуоденальной проходимости.

6. Анатомическими причинами хронических нарушений дуоденальной проходимости у больных рефлюкс-гастритом являются: рубцовое укорочение связки Трейтца, подтягивание дуоденооугольного угла, наличие лимфаденита и перипроцесса с расшире-

нием двенадцатиперстной кишки (32,4%), перегибы и антиперистальтические дуоденоюнальные «двустволки» вследствие перидуоденита и периеюнита (23,3%), артериомезентериальная компрессия нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки с мезентериальным лимфаденитом (5,6%).

7. В соответствии с различными вариантами анатомических причин хронических нарушений дуоденальной проходимости у больных хроническим калькулезным холециститом и рефлюкс-гастритом, кроме операций на желчных путях, требуется коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости в виде рассечения связки Трейтца с низведением дуоденоюнального угла, антиперистальтической поперечной дуоденоюностомии.

8. Полученные непосредственные и отдаленные результаты свидетельствуют об эффективности хирургической коррекции хронических нарушений дуоденальной проходимости у больных хроническим калькулезным холециститом с целью борьбы с сопутствующим рефлюкс-гастритом, и это должно быть учтено хирургами в своей практической деятельности.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Диагностическое значение «позтажной» манометрии при патологии желчных путей. Совместно с В. Ф. Черновым. — В кн.: «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». Курск, 1975, 70—72.

2. К диагностике дуодено-гастрального рефлюкса при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта. Совместно с Г. Г. Ивановым, В. Ф. Черновым, В. А. Хомко. — Тер. архив, 1976, 67—70.

3. Позтажная манометрия и ее диагностическое значение. Совместно с Я. Д. Витебским, Н. М. Подгорных, В. Ф. Черновым. — В кн.: «Актуальные проблемы патологии и хирургии желчевыводящих путей». Свердловск, 1976, 9—12.

4. Экстравезикальная патология у больных хроническим холециститом. Совместно с М. А. Поповым. — В кн.: «Актуальные проблемы патологии и хирургии желчевыводящих путей». Свердловск, 1976, 12—15.

5. Частота рефлюкс-гастрита у больных холециститом по данным лабораторных исследований. Совместно с Г. Г. Ивановым, О. Ю. Куширенко, В. А. Хомко. — В кн.: «Актуальные проблемы патологии и хирургии желчевыводящих путей». Свердловск, 1976, 84—86.

6. Отдаленные результаты оперативного лечения больных холециститом. — В кн.: «Актуальные проблемы патологии и хирургии желчевыводящих путей». Свердловск, 1976, 202—204.

7. Поперечная изоперистальтическая дуоденоюностомия при некоторых формах нарушений дуоденальной проходимости. — В кн.: «Сборник материалов 1-й медико-биологической конференции молодых ученых Кургана». Курган, 1976, 88—90.

8. Хронические нарушения дуоденальной проходимости у больных холециститом. — В кн.: «Сборник материалов 1-й медико-биологической конференции молодых ученых Кургана». Курган, 1976, 91—93.

9. Что дает коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости у больных холециститом. Совместно с Я. Д. Витебским. — В кн.: «Актуальные проблемы гнойной и неотложной хирургии». Тюмень, 1977, 133—134.

10. Желчный рефлюкс-гастрит у больных холециститом и его хирургическое лечение. Совместно с Я. Д. Витебским. — В кн.: «Областная юбилейная научно-практическая медицинская конференция, посвященная 60-летию Великой Октябрьской социалистической революции». Курган, 1977, 57—59.

11. Диагностическое значение позтажной манометрии у больных с патологией желчевыводящих путей. Совместно с Я. Д. Витебским. — В кн.: «Непроходимость желчных путей». Томск, 1977, 104—107.

12. О частоте морфологических изменений слизистой оболочки желудка у больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Совместно с Г. Г. Ивановым. — В кн.: «Областная юбилейная научно-практическая медицинская конференция, посвященная 60-летию Великой Октябрьской социалистической революции». Курган, 1977, 66—68.