

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. После признания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) в качестве самостоятельной нозологической единицы, закрепленной на IV Европейской гастроэнтерологической неделе в г. Берлине в 1995 г. (J. Janssens, 1995), начато активное изучение и разработка методов консервативного и оперативного лечения данной патологии. При изучении результатов консервативного и оперативного лечения с помощью современных лекарственных средств неосложненной язвенной болезни (ЯБ) и ГЭРБ отчетливо виден различный характер течения данных заболеваний. Как известно, ЯБ имеет рецидивирующее течение, и после курса лекарственной терапии, а иногда и без нее, наступает ремиссия заболевания и больной определенное время чувствует себя практически здоровым, не прибегая к приему медикаментов (Панцырев Ю. М. и соавт., 1979; Буянов В. М. и соавт., 1986; Сорока Н. Ф. и соавт., 2005). При ГЭРБ, в основе которой лежит различная патология пищеводно-желудочного перехода (ППЖП), ведущая к нарушению замыкательной функции кардии, применение лекарственных средств (ингибиторов протонной помпы, прокинетики и др.) носит симптоматический характер (Васильев В. Н. и соавт., 1998; Кубышкин В. А. и соавт., 1999; Pace F. et al., 1998; Vochenek W. J. et al., 2004). Лечебный эффект в этих случаях достигается за счет снижения кислотности-пептической агрессивности рефлюктата и ускорения клиренса пищевода и желудка, не влияя существенным образом на барьерную функцию кардии (Калинин А. В., 1996; Старостин Б. Д. и соавт., 2001; Numans M. E. et al., 2004). Данное обстоятельство диктует необходимость при ГЭРБ постоянно принимать лекарственные средства либо прибегать к корригирующим операциям на кардиоэзофагеальной зоне (Мараховский Ю. Х., 1999; Ивашкин В. Т. и соавт., 2000; Stein H. J. et al., 1998; Chrysos E. et al., 2004). Внедрение малоинвазивных хирургических методов лечения в абдоминальную хирургию с использованием лапароскопических технологий привело к широкому распространению за рубежом лапароскопического метода лечения ГЭРБ (Danis J., 1997; Cadriere G. V., 1997; Lafullarde et al., 2001; Finlayson S. R. et al., 2003; Davis R. E. et al., 2004). Наиболее часто для этого используют фундопликации по Ниссену, Тоупе и Дору. Однако значительное число осложнений и неудовлетворительных результатов охладило пыл больных и хирургов к этим операциям (Чернова Т. Г. и соавт., 2001; Hunter J. G. et al., 1999; Heniford V. T. et al., 2002; Graziano K. et al., 2003; Hatch K. E. et al., 2004). В Белоруссии по поводу ГЭРБ больные чаще всего оперируются, если она обусловлена грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), либо как симультанная операция при другой патологии, по поводу которой предпринимается оперативное вмешательство (Рычагов Г. П., 1993; Батвинков Н. И. и соавт., 1995; Гришин И. Н. и соавт., 1995; Гарелик П. В. и соавт., 1999; Шиленок В. Н., 1999). К хирургическому лечению ГЭРБ не готовы ни наши больные, ни врачи-терапевты, и даже некоторые хирурги, которые лечат пациентов консервативно до бесконечности даже в случае развития эро-

живно-язвенных форм заболевания, что в ряде случаев заканчивается развитием пептических стриктур, пищевода Баррета и других осложнений.

При хирургическом лечении ЯБ и ее осложнений мало уделяется внимания сопутствующей ГЭРБ. В большинстве случаев клинические проявления, обусловленные данной патологией, рассматриваются как симптомы основного заболевания и не устраняются по ходу операции. Согласно данным Луцевича Э. В. и соавт. (1997) ЯБ сочетается с ГЭРБ от 16 до 62 % случаев. Особенно это актуально для больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК), для лечения которой многие авторы применяют селективную проксимальную ваготомию (СПВ), считая этот вид оперативного лечения патогенетически обусловленным и дающим хорошие результаты (Батвинков Н. И. и соавт., 1995; Мартов Ю. Б. и соавт., 1998; Черноусов и соавт., 1998; Емельянов С. И. и соавт., 1999; Шиленок и соавт., 1999; Балалыкин А. С. и соавт., 2000; Muller С., 1985; Fuchs K. H. et al., 1997).

В свою очередь адекватная СПВ приводит к нарушению клапанного механизма замыкания кардии и способствует увеличению частоты ГЭРБ, что вызывает необходимость корригирующей операции на кардии с профилактической целью. ГЭРБ после СПВ, выполненной без коррекции кардии, является важной причиной неудовлетворительных отдаленных результатов после этой операции (Березов Ю. Е. и соавт., 1972; Уринов А. Я., 1984; Майстренко Н. А., 1988; Горбашко А. И. и соавт., 1990; Сажин В. П. и соавт., 1999). Большинство авторов для коррекции жомно-клапанной функции кардии в завершающем этапе СПВ прибегают к фундопликации по Ниссену не зависимо от того, была ГЭРБ до операции или нет (Шидловский В. А., 1991; Иоскевич Н. Н. и соавт., 1992; Приступа Ю. В., 1993; Лысенков В. Н., 1993). В то же время большой литературный и наш опыт применения фундопликации по Ниссену для лечения ГЭРБ, наряду с положительными результатами, указывает на возможность развития тяжелых послеоперационных осложнений. Среди них можно отметить дисфагию, «феномен телескопа», «Gas bloat» синдром, каскадный желудок, деформацию его в виде песочных часов и др. (Черноусов А. М. и соавт., 1985; Васильев В. Н. и соавт., 1992; Bonavina L. et al., 1998; Bais J. E. et al., 2000; Wo J. M., 2000; Tounsend M. et al., 2004; Power C. et al., 2004).

В связи с вышеизложенным вполне очевидно, что для лечения и профилактики ГЭРБ при оперативном лечении ЯБДК с использованием СПВ весьма актуальной проблемой является разработка простого и эффективного метода коррекции жомно-клапанной функции кардии, который позволил бы снизить риск послеоперационных осложнений и летальности, и достичь лучших результатов лечения.

Связь работы с крупными научными темами. Диссертационная работа является частью комплексных исследований, проведенных на кафедре общей хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет» в рамках исследовательской программы «Ближайшие и отдаленные результаты оперативного и консервативного лечения осложнений язвенной болезни с уче-

том эрадикации хеликобактерной инфекции и применения лазеров». Номер государственной регистрации 19983762.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки без или в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью.

Задачи исследования.

1. Определить частоту выявления ГЭРБ у больных ЯБДК в зависимости от наиболее часто применяемых показаний к операции.
2. Изучить возможности диагностики ГЭРБ и ППЖП, ведущей к ее развитию, с помощью клиничко-лабораторных и инструментальных методов исследования с учетом данных интраоперационной ревизии.
3. Выявить частоту и характер ППЖП, ведущей к развитию ГЭРБ при ЯБДК, и дать оценку частоты и степени РЭ при сочетании данных заболеваний.
4. Оценить возможности использования ЭГДС в качестве скрининг-метода диагностики ГЭРБ при неосложненном и осложненном течении ЯБДК.
5. Разработать простой и эффективный способ лечения и профилактики ГЭРБ у больных ЯБДК, у которых была применена СПВ.
6. Оценить влияние обсемененности антрального отдела желудка Нр и его эрадикации до и после СПВ с фундозофагокрурорафией (ФЭКР) на степень выраженности ГЭРБ при ЯБДК и состояние пищеводно-желудочного перехода (ПЖП).

Объект и предмет исследования. Объектом исследования явились 6095 больных, из которых 5848 больных после выполнения ЭГДС с целью оценки возможности использования ее в качестве скрининг-метода диагностики ГЭРБ лечились консервативно, и 247 пациентов были оперированы с применением усовершенствованной СПВ и разработанной нами ФЭКР и ее модификаций. Предметом исследования послужила ППЖП, приведшая к развитию ГЭРБ, до и после операции.

Гипотеза. Предположено, что разработанная нами ФЭКР и ее модификации с усовершенствованной СПВ могут быть использованы для лечения ЯБДК и ГЭРБ при их сочетании, а также могут обеспечивать профилактику РЭ в послеоперационном периоде независимо от исходного состояния кардии.

Методология и методы проведенного исследования. Методологической базой работы является сплошное исследование с комплексным подходом к хирургическому лечению ЯБДК без или в сочетании с ГЭРБ, основанное на клиничко-лабораторных и инструментальных данных обследования и лечения больных, логических методах научного познания в выявлении причинно-следственных связей.

Для реализации цели и задач исследования использовались клинические, лабораторные, эндоскопические, рентгенологические, бактериологические, интраоперационные и статистические методы исследования.

Научная новизна полученных результатов. Теоретически обоснован, разработан и впервые применен в клинической практике новый способ и две его модификации хирургической коррекции замыкательной функции кардии при использовании СПВ для лечения ЯБДК без или в сочетании ее с ГЭРБ, названный нами ФЭКР. Установлено, что ФЭКР и ее модификации являются простыми в техническом исполнении способами операции, моделируют физиологические механизмы фиксации кардиоэзофагеальной зоны в брюшной полости и не сопровождаются развитием тяжелых послеоперационных осложнений, требующих специальных методов лечения. Усовершенствована методика полной (в 360°) фундопликации желудка вокруг абдоминального отдела пищевода после СПВ, призванная снизить частоту и риск развития тяжелых послеоперационных осложнений.

Определены показания к применению ФЭКР и ее модификаций, усовершенствованной фундопликации желудка в зависимости от характера ППЖП.

Разработана эндоскопическая классификация аксиальных грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), дано эндоскопическое описание 3 степеней недостаточности нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и составлена таблица дифференциальной диагностики основной ППЖП, ведущей к развитию ГЭРБ.

Доказано на большом клиническом материале, что ЭГДС, как высокоэффективный способ диагностики, может быть с успехом использована в качестве скрининг-метода для распознавания ГЭРБ и ППЖП у больных ЯБДК.

Проведена комплексная оценка ближайших и отдаленных результатов (в сроки от 1 до 7 лет), которая показала, что предложенные методы, примененные по соответствующим показаниям, обеспечивают полноценную замыкательную функцию кардии и не сопровождаются нарушением пропульсивной и стравливающей функций ПЖП.

Установлено отсутствие изменения частоты и степени контаминации Нр слизистой антрума до и после операции. Впервые выявлено, что эрадикация Нр после СПВ и ФЭКР не сопровождается недостаточностью НПС в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах как это наблюдается при консервативном лечении ЯБДК.

Практическая значимость полученных результатов. В процессе комплексного обследования с помощью современных клиничко-лабораторных и инструментальных методов было установлено, что у больных ЯБДК, подлежащих оперативному лечению, ГЭРБ выявлена в 81,4 % наблюдений, причем значительно чаще (91 %) она встречалась при пилородуоденальном стенозе, чем в случае неэффективности консервативного лечения (38,4 %). Столь высокий процент ГЭРБ указывает на необходимость применения у этих больных симультанной корригирующей операции на кардиоэзофагеальной зоне. В качест-

ве такой операции нами разработаны и впервые применены на практике ФЭКР и две ее модификации, которые являются простыми в техническом исполнении, надежно обеспечивают барьерную функцию кардии, не сопровождаются тяжелыми послеоперационными осложнениями, доступны широкому кругу хирургов и могут использоваться как для лечения, так и профилактики ГЭРБ в случае применения СПВ. В случае сочетания ЯБДК и ГПОД больших размеров для восстановления анатомо-функциональных взаимоотношений в зоне ПЖП целесообразно использование усовершенствованной нами 360° фундопликации желудка, при которой риск тяжелых послеоперационных осложнений сведен к минимуму.

Предложенная нами методология оценки анатомо-физиологических нарушений в зоне кардиоэзофагеального перехода и окружающих его органов и тканей, лежащих в основе развития ППЖП и соответственно ГЭРБ, позволяет с учетом дооперационных данных исследования, правильно, с учетом индивидуальных особенностей, выбрать способ корригирующей операции.

Достижению лучших результатов лечения ЯБДК, наряду с симультанной операцией на кардиоэзофагеальной зоне, способствует усовершенствованная нами СПВ, при которой сведен к минимуму риск повреждения нерва Латерже и стволов вагусов, а также неполной ваготомии кислотопродуцирующей зоны желудка.

Разработанные нами эндоскопическая классификация ГПОД и недостаточности НПС, дифференциально-диагностическая таблица ППЖП, ведущей к ГЭРБ, имеют большое клиническое значение и играют важную роль в выборе тактики и способа лечения данного заболевания.

На большом клиническом материале доказано, что использование ЭГДС в качестве скрининг-метода ГЭРБ позволяет на ранней стадии до развития грубых, иногда необратимых изменений, выявить ГЭРБ и провести целенаправленное лечение. Учитывая широкое распространение ЭГДС для обследования больных ЯБ и другой патологией верхних отделов пищеварительного тракта, использование ее в роли скрининг-метода не требует дополнительного расхода материальных ресурсов. Успех применения данного метода во многом зависит от квалификации врача эндоскописта и методологии исследования, направленной на поиск эндоскопических признаков заболевания.

Разработанные практические рекомендации по результатам хирургического лечения ЯБДК с помощью СПВ и различных способов коррекции жомно-клапанной функции кардии для лечения и профилактики ГЭРБ внедрены в работу хирургических отделений УЗ «3-я городская клиническая больница (ГКБ) им. Е. В. Клумова», УЗ «4-я ГКБ им. Н. Е. Савченко», УЗ «5-я ГКБ» г. Минска, ГУ «Вилейское ТМО» г. Вилейка. Основные положения диссертационной работы используются в учебном процессе на кафедре общей хирургии БГМУ.

Экономическая значимость полученных результатов. Предложенные нами 3 варианта ФЭКР для лечения и профилактики ГЭРБ, по сравнению с фундопликацией по Ниссену, которая получила наибольшее распространение для лечения данной патологии, по нашим данным позволили снизить частоту

послеоперационных осложнений в 4 раза (с 39 до 9,7 %), из них дисфагию в 3,6 раза (с 10 до 2,8 %), при нулевой послеоперационной летальности. Ни в одном из наших случаев не потребовалась повторная операция. Согласно литературным данным, специфические послеоперационные осложнения после фундопликации наблюдаются от 9,1 до 16 %, дисфагия от 1 до 43 %, летальность от 0 до 2 %. Повторно оперированы от 3 до 6 %. Существенную экономическую значимость имеют предложенные нами операции при сравнении с консервативным лечением ГЭРБ. В отдаленном послеоперационном периоде ГЭРБ легкой степени нами отмечена у 4,3 % больных и не требовала специального лечения. При консервативном лечении данной патологии больной обречен на постоянный прием дорогостоящих ингибиторов протонной помпы, прокинетиков и других медикаментов, причем он подвергается риску развития рубцовой стриктуры ПЖП, развитию пищевода Barreta, рака пищевода и других осложнений ГЭРБ.

Положения диссертации, выносимые на защиту.

1. У больных ЯБДК, подлежащих оперативному лечению, в 81,4 % выявлена ГЭРБ, требующая корригирующей операции на кардии.
2. Применение ФЭКР и ее модификаций, усовершенствованной нами полной фундопликации, позволяют во всех случаях с учетом индивидуальных особенностей добиться устранения ППЖП, ведущей к развитию ГЭРБ, с достижением хороших и отличных результатов лечения.
3. Использование СПВ для лечения ЯБДК во всех случаях должно сочетаться с корригирующим оперативным вмешательством на кардии, независимо от того, имела ли место ГЭРБ до операции или отсутствовала.
4. Для диагностики ГЭРБ у больных ЯБДК необходимо использовать комплекс клинико-лабораторных и инструментальных методов, среди которых ключевые позиции занимают жалобы больного, рентгеноконтрастное исследование кардиоэзофагиальной зоны с использованием нагрузочных (провокационных) проб, ЭГДС и рН-метрии.
5. ЭГДС может быть с успехом использована в качестве скрининг-метода диагностики ГЭРБ.
6. Больные ЯБДК после СПВ и ФЭКР в связи с отсутствием изменений в частоте и степени обсеменения Нр слизистой антрума до и после операции, нуждаются в эрадикации Нр в раннем и отдаленном (при повторной контаминации) послеоперационных периодах, что способствует достижению лучших результатов лечения данного заболевания.

Личный вклад соискателя. Все разделы диссертации выполнены автором самостоятельно на кафедре общей хирургии УО «Белорусский государственный медицинский университет». Автор принимал личное участие в обследовании, лечении, наблюдении, а также в операциях большинства больных, ряд из которых выполнял самостоятельно. Обработка данных, их анализ и интерпретация, формулирование выводов и практических рекомендаций проведены лично автором.

Апробация результатов диссертации. Материалы диссертации доложены и обсуждены на Декабрьских чтениях по неотложной хирургии (г. Минск, 1996 г.); XXI и XXII пленумах Правления общества хирургов Республики Беларусь (г. Минск, 1997 г. и г. Гродно, 1999 г.); 3-й Российской гастроэнтерологической неделе (г. Москва, 1997г.); Международной научно-практической конференции молодых ученых (г. Минск, 2000 г.); 10-м Международном конгрессе ассоциации хирургов и гастроэнтерологов (г. Рим, 2000 г.); 4-м ежегодном конгрессе европейского общества хирургов (г. Краков, 2000 г.); юбилейном конгрессе 60-летия ассоциации хирургов Польши (г. Варшава, 2001 г.); научно-практической конференции, посвященной 100-летию кафедры госпитальной хирургии СПбГМУ им. Акад. И. П. Павлова (г. Санкт-Петербург, 2001 г.); научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры общей хирургии БГМУ, 100-летию со дня рождения профессора Т. Е. Гнилорыбова, 175-летию клинической больницы № 3 г. Минска (г. Минск, 2002 г.); 12-м съезде хирургов Республики Беларусь (г. Минск, 2002 г.); заседании общества хирургов г. Минска (г. Минск, 2003 г.); всеармейской международной конференции, посвященной 200-летию госучреждения «432 Ордена Красной Звезды Главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь» (г. Минск, 2005); научной сессии БГМУ (г. Минск, 2006 г.); дне медицинской науки Республики Беларусь (г. Минск, 2006 г.);

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 24 научные работы, в том числе: журнальных статей — 5, статей в рецензируемых сборниках научных трудов — 7, материалов конференций — 6, тезисов докладов научных конференций — 5, описаний изобретений — 1. Общее количество страниц опубликованных материалов — 63.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, общей характеристики работы, пяти глав, заключения, практических рекомендаций, указателя литературы, приложения и изложена на 134 страницах машинописного текста, включая 30 таблиц (14 страниц) и 18 рисунков (9 страниц). Список литературы включает 275 источников, в том числе 102 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования 6095 больных ЯБДК в 3-й ГКБ г. Минска с 1993 по 2000 гг. Всех больных мы распределили на 2 группы. Первую группу составили 5848 больных, которые обследовались в эндоскопическом отделении с использованием ЭГДС, после чего лечились консервативно в стационаре или амбулаторно. Во вторую основную группу включены 247 больных, которые были оперированы и перед операцией детально комплексно обследованы как с позиции ЯБДК,

так и ГЭРБ. Первая группа больных была включена в исследование лишь с одной целью: опираясь на данные комплексного обследования второй группы получить ответ на вопрос — возможно ли использовать ЭГДС как скрининг-метод диагностики ГЭРБ и как часто она встречается у разных групп больных по данным эндоскопии. Больные I и II групп в свою очередь были подразделены на 2 подгруппы: в первую подгруппу отнесены пациенты, у которых была выявлена ГЭРБ, а во вторую — те, у кого она отсутствовала.

При анализе поло-возрастных характеристик, наблюдавшихся нами больных, была установлена определенная феминизация ЯБДК, так как соотношение женщин к мужчинам, страдающих данной патологией, снизилось до 1:3,7 и 1:1,5 в разных возрастных группах. Средний возраст оперированных больных составил $46 \pm 8,5$ лет, т. е. оперированы лица преимущественно трудоспособного возраста, хотя каждый 5-й был старше 60 лет, что ставило определенные геронтологические проблемы перед хирурго-анестезиологической службой.

Учитывая то, что II группа больных являлась основным объектом научного анализа, для ее обследования был применен целый спектр разнообразных методов исследования. Среди них изучение характера жалоб больных, ЭГДС, рентгенологические методы исследования, включая рентгеноконтрастное исследование верхних отделов пищеварительного тракта с использованием «провокационных» проб на наличие или отсутствие ГЭРБ, изучение желудочной секреции с помощью фракционного метода исследования с оценкой базальной и стимулированной продукции соляной кислоты (БПК и СПК), рН-метрия, тест Бернштейна-Беккера, уреазный и морфо-микроскопический метод определения Нр, амбулаторное анкетирование.

Все полученные данные подверглись статистической обработке на персональном компьютере IBM PC с использованием программы Statistica 5.5 по критерию Стьюдента-Фишера. Различия считались достоверными при $P < 0,05$, что является общепринятым в биологических исследованиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Несмотря на то, что во второй группе больных основным заболеванием, которое явилось показанием к операции, была ЯБДК, мы не будем подробно останавливаться на методах диагностики и лечения данной патологии, т.к. она достаточно подробно изучена нами и другими авторами, а акцентируем преимущественно внимание на ГЭРБ. Больные были подразделены на 2 подгруппы: в первую — отнесены 201 (81,4 %) больной, у которых имела место ГЭРБ, во вторую — 46 (18,4 %) пациентов, не имевших ГЭРБ. Среди ППЖП, приведшей к ГЭРБ, у 89 (44,3 %) была недостаточность кардии, у 65 (32,3 %) — халазия кардии и у 47 (23,4 %) — ГПОД. Показания к операции в первой и второй подгруппах представлены в таблице 1.

Характер патологии, обусловленный наличием язвенной болезни

Патология	Первая подгруппа		Вторая подгруппа		Всего		Частота ГЭРБ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Стеноз пилородуоденальной зоны	171	85	17	36,9	188	76,1	171	91
Прободная язва	9	4,5	2	4,3	11	4,5	9	81
Состоявшееся язвенное кровотечение	6	3	3	6,5	9	3,6	6	67
Неэффективность консервативной терапии	15	7,5	24	46,8	39	15,8	15	38,4
Всего	201	100	46	100	247	100	201	81,4

Основным показанием к операции у наших больных являлись пилородуоденальный стеноз (ПДС) и неэффективность консервативной терапии (НКТ), причем выявляемость ГЭРБ при ПДС была равна 91 %, а при НКТ — 38,4 %. У 6 больных отмечено сочетание язвенного кровотечения со стенозом, у 4 — перфоративной язвы со стенозом и у 1-го — кровотечения, прободения язвы и стеноза.

Среди 16 изученных жалоб у оперированных нами больных большая половина их была характерна для ГЭРБ. Среди них наиболее часто встречалась изжога, отрыжка и регургитация пищи, боли за грудиной, умеренная дисфагия и чувство кома за грудиной, кашель, осиплость голоса и другие респираторные проявления. Частота их проявления в одной и второй подгруппах представлена на рисунке 1.

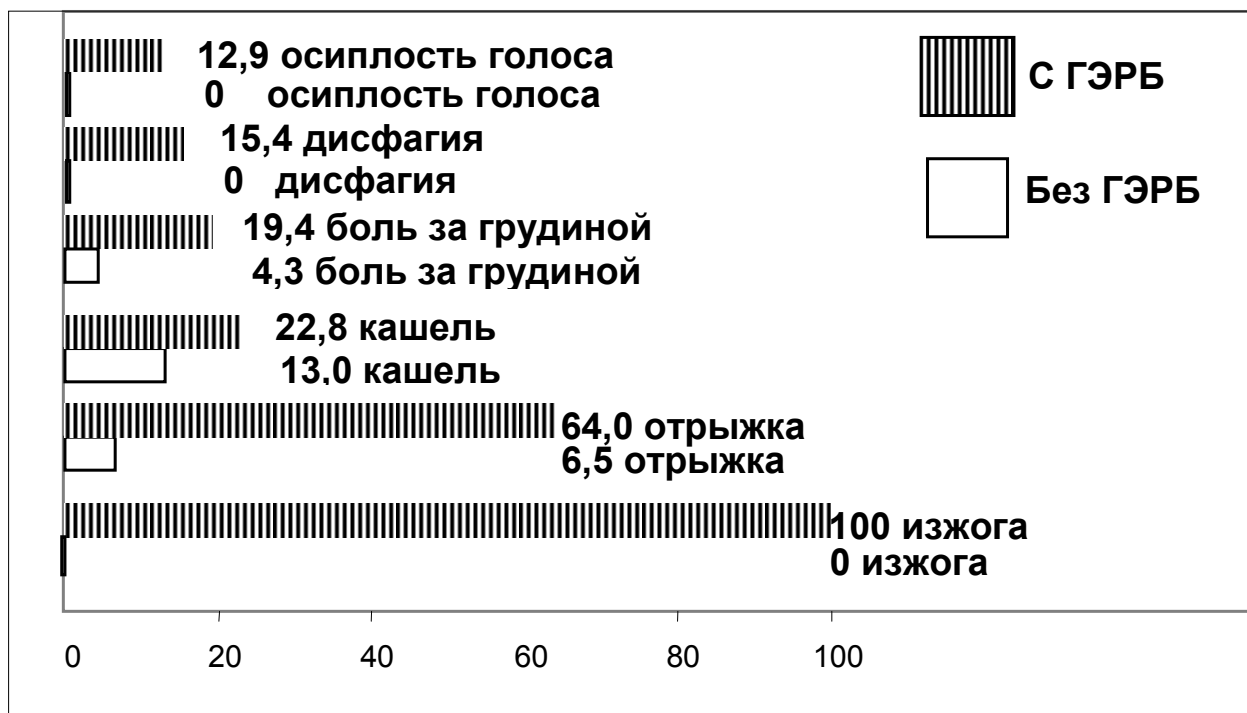


Рис. 1. Частота выявления некоторых симптомов при наличии и отсутствии ГЭРБ

Как следует из рисунка 1, для ГЭРБ у больных ЯБДК, подлежащих оперативному лечению, в значительном проценте случаев характерны как интраэзофагеальные, так и экстраэзофагеальные симптомы с преимущественным поражением респираторной (синдром G Clemengon'a) и сердечно-сосудистой (синдром G Bergman'a) систем.

Проведенный нами анализ результатов изучения желудочной секреции у 183 больных позволил подтвердить известный факт, что для ЯБДК является характерным повышенный уровень желудочной секреции, причем ни БПК ни СПК не зависели от того имелась ли до операции ГЭРБ или нет ($P > 0,05$). Более ценным методом диагностики ГЭРБ до операции является внутрипищеводная рН-метрия, которая выполнена у 61 больного (у 40 — с наличием и у 21 — без ГЭРБ). Нами отмечено, что у больных с ГЭРБ во всех случаях уже в базальный период желудочной секреции определялась умеренная или повышенная степень закисления слизистой пищевода преимущественно в нижней трети. При стимуляции желудочной секреции выраженная степень ($pH < 3$) закисления возрастала с 29,5 до 57,9 % наблюдений. Отмеченные умеренные колебания рН у больных, не имевших ГЭРБ, не были статистически достоверными ($P > 0,05$).

При рентгеноконтрастном исследовании кардиоэзофагеальной зоны с использованием нагрузочных (провокационных проб), выполненном у 127 больных с документированной ГЭРБ, ЖПР выявлен у 83,5 %, что было не характерным пациентам (41 набл.) без ГЭРБ. Рентгенологически наиболее часто выявлялась ГПОД в 37 %, реже халазия — в 24,4 % и недостаточность кардии — 22 %. Ложноотрицательные данные, отмеченные в 16,5 %, приходились именно на халазию и недостаточность кардии.

Согласно классификации Savary-Miller'a из 247 больных, обследованных эндоскопически, эзофагит диагностирован у 183 (74,1 %), причем I степени у 125 (50,7 %), II-й — у 48 (19,4 %), III-й — у 8 (3,2 %) и IV-й — у 2 (0,8 %) человек. Эндоскопические признаки РЭ отсутствовали у 58 (23,5 %), причем ложноотрицательная диагностика отмечена у 18 (7,3 %) человек.

Среди ППЖП, распознанной по ходу ЭГДС, недостаточность кардии выявлена у 84 (34 %), халазия кардии — у 65 (26,3 %) и ГПОД — у 40 (16,2 %).

При оценке данных эндоскопического обследования 6095 больных ЯБДК нами установлено, что ЭГДС может быть с успехом использована в качестве скрининг-метода ГЭРБ. При неосложненном течении ЯБДК ГЭРБ отмечена у 502 (9,2 %), при осложненном — у 356 (55,9 %) пациентов. Результативность ЭГДС в качестве скрининг-метода во многом зависит от квалификации эндоскописта и целенаправленного поиска патологии с использованием ряда технических приемов, среди которых очень важное место мы отводим ретроградному осмотру кардии из просвета желудка, что позволило нам выделить 3 степени недостаточности НПС.

Дооперационное обследование 87 больных ЯБДК с наличием ГЭРБ (48 набл.) и без нее (39 набл.) показало 100 % контаминацию слизистой желудка Нр, преимущественно средней и выраженной степени независимо от наличия или отсутствия ГЭРБ.

Для коррекции жомно-клапанной функции после СПВ у больных ЯБДК для лечения и профилактики ГЭРБ мы разработали 3 варианта ФЭКР, которые представлены на рисунках 2–7.



Рис. 2. Формирование ФЭКР (базисная методика)



Рис. 3. Окончательный вид ФЭКР после завязывания лигатур



Рис. 4. Хиатопластика

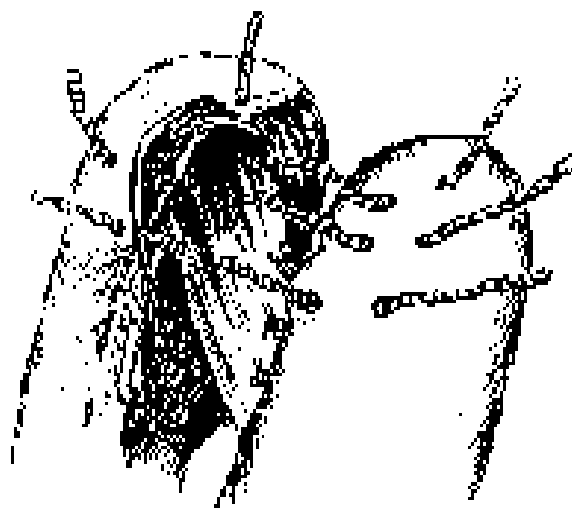


Рис. 5. Формирование ФЭКР после хиатопластики

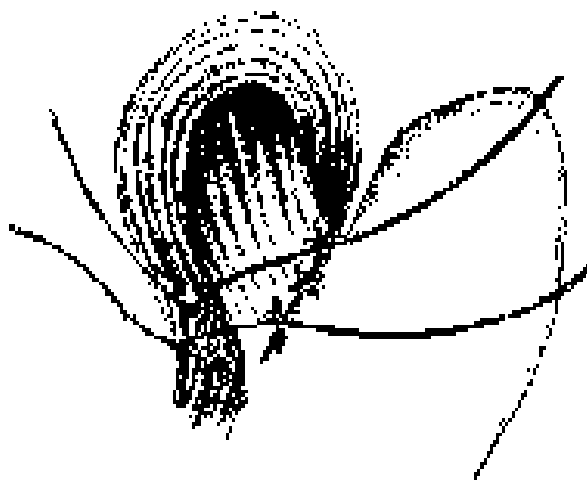


Рис. 6. Хиатопластика с использованием нитей для ФЭКР

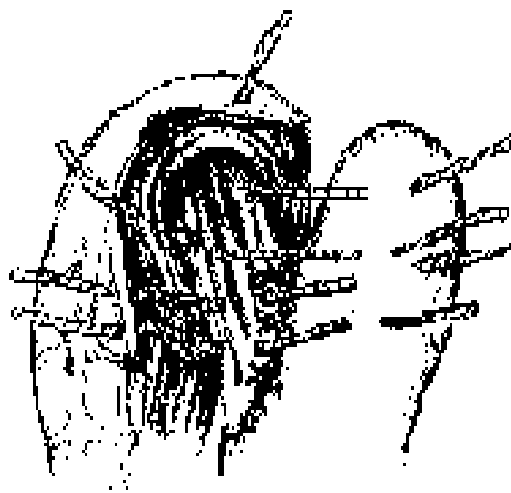


Рис. 7. Схема окончательного формирования третьего варианта ФЭКР

В качестве корригирующей операции после СПВ базисная методика ФЭКР применена у 201 (81,4 %), II-й вариант — у 18 (7,3 %) и III-й у 25 (10 %). У 3-х больных при сочетании ЯБДК с ГПОД больших размеров применена усовершенствованная нами фундопликация по Ниссену. В ближайшем послеоперационном периоде комплексно обследованы все 247, в отдаленном — 115 больных.

Изучение жалоб больных показало, что уже спустя 14–17 дней после операции из 16 контролируемых нами жалоб отмечены всего 7 из них, причем частота их выявления резко снизилась и встречалась от 0,8 до 10,9 % в зависимости от характера жалобы. Большинство из оставшихся жалоб не были характерными для ГЭРБ. Лишь дисфагию, которая отмечена в 4,9 % можно отнести к специфическим, причем все больные к моменту выписки из стационара были излечены консервативно. В отдаленном послеоперационном периоде из 115 больных у 7 (6 %) отмечены боли в эпигастрии, у 7 (6 %) боли за грудиной, у 14 (12 %) неприятный запах изо рта и у 16 (13,9 %) кашель, т. е. выявляемые жалобы были не свойственны ГЭРБ.

При эндоскопическом исследовании в ближайшем послеоперационном периоде у 82,1 % больных, имевших до операции ГЭРБ и у 100 % без ГЭРБ уже спустя 2–2,5 недели после корригирующей операции на кардиоэзофагеальной зоне ППЖП эндоскопически не определялась, хотя до операции она отсутствовала всего лишь в 23,5 % случаев. В отдаленном послеоперационном периоде (1–7 лет) в I подгруппе в 6,2 % выявлена недостаточность кардии, во II-й — кардия была состоятельной в 100 %.

По данным рентгенологического исследования, выполненного у всех 247 больных, в 96 % при наличии до операции ГЭРБ и в 100 % при ее отсутствии ППЖП после корригирующей операции на кардии в раннем послеоперационном периоде не определялась, что было на 13,9 % меньше чем при эндоскопическом исследовании после операции у больных имевших ГЭРБ до операции. Резидуальная ППЖП была представлена в 6 (3 %) случаях недостаточностью и в 2 (1 %) — халазией кардии. В отдаленном послеоперационном периоде рентгенологически ни в одном случае из 64 обследованных не была выявлена ППЖП не зависимо от того была ГЭРБ до операции или она отсутствовала.

При исследовании желудочной секреции у 31 больного в отдаленном послеоперационном периоде у подавляющего большинства пациентов после СПВ наступило снижение БПК и СПК до нормальных или субнормальных величин. Лишь у небольшого (2,1 и 4,2 %) больных БПК и СПК оказались умеренно повышенными и этот повышенный уровень секреции не сопровождался какими-либо клиническими проявлениями в отдаленном послеоперационном периоде.

Наряду с этим не отмечено статистически достоверных различий в БПК и СПК в зависимости от того имела до операции ГЭРБ или она отсутствовала ($P > 0,05$).

При интраэзофагеальной рН-метрии лишь у 2 из 31 обследованного в базальном и у 3 — стимулированном периодах желудочной секреции при нагрузочных пробах в 4 из 16 положений зарегистрирована умеренная степень закис-

ления слизистой на уровне нижней трети при отсутствии изменений рН среды в области средней трети пищевода. Клинически у этих больных эпизодически была изжога, при отсутствии визуальных признаков РЭ во время эндоскопии.

Тест Бернштейна-Беккера, выполненный у 31 больного в отдаленном послеоперационном периоде, заключавшийся 2-кратном искусственном закислении интраэзофагеальной среды, был во всех случаях отрицательным, что указывало на отсутствие РЭ вследствие восстановления или сохранения надежной замыкательной функции кардии в результате применения ФЭКР.

В результате изучения Нр у 87 больных ЯБДК в раннем послеоперационном периоде с наличием (48 набл.) или отсутствием ГЭРБ (39 набл.) до операции установлено, что частота и степень хеликобактерной инфекции существенным образом не меняется. Это явилось основанием для проведения эрадикационного лечения, которое было успешным в 86,4 % случаев, причем отмечено, что эрадикация Нр после СПВ и ФЭКР не влияет существенным образом на состояние НПС. Результаты изучения Нр у 31 больного в отдаленном послеоперационном периоде позволили установить, что в 87,1 % происходит повторная контаминация слизистой антрума, что свидетельствует о необходимости проведения мониторинга за данной инфекцией и назначении повторных курсов эрадикационного лечения с применением антибактериальных препаратов.

В заключение следует заметить, что при хирургическом лечении 247 больных ЯБДК с использованием СПВ и одного из вариантов ФЭКР, включая 3 пациентов после фундопликации, послеоперационная летальность была равна 0, послеоперационные осложнения имели место в 24 (9,7 %) случаях.

Характер осложнений раннего послеоперационного периода отражен в таблице 2.

Таблица 2

Осложнения раннего послеоперационного периода

Осложнения	Количество	
	п	%
Дисфагия	7	2,8
Гастростаз	5	2,0
Кровотечение в брюшную полость	1	0,4
Абсцесс брюшной полости	1	0,4
Пневмония	4	1,6
Воспалительные осложнения со стороны раны	6	2,4
Всего	24	9,7

Как следует из данных, представленных в таблице 2, большинство осложнений были неспецифическими ни для СПВ ни для ФЭКР. Лишь дисфагию, которая была отмечена всего лишь у 7 (2,8 %) больных, можно отнести к специфическим осложнениям. Однако она, на наш взгляд, была обусловлена денервацией абдоминального отдела пищевода, так как носила транзиторный характер и во всех случаях была излечена консервативно.

Отдаленные результаты хирургического лечения ЯБДК с помощью СПВ и ФЭКР изучены у 115 больных. Для их оценки мы использовали шкалу Visik,

согласно которой отличный и хороший результат получен у 104 (90,6 %), удовлетворительный — у 7 (6 %) и плохой у 4 (3,4 %) пациентов.

Из 7 больных с удовлетворительными результатами операции у 3 был демпинг-синдром легкой степени и у 4 — диарея легкой степени, которые корригировались преимущественно диетой.

В рубрику плохих результатов отнесены 4 больных с рецидивом язвы. 1 больной был повторно оперирован в связи с развитием пилородуоденального стеноза, 3-е — периодически получают курсы медикаментозного лечения.

При оценке состояния ПЖП после применения ФЭКР у 110 (95,7 %) получены отличные и хорошие результаты, у 5 (4,3 %) удовлетворительные. У последних 5 пациентов, имевших до операции ГПОД средних размеров, отмечен РЭ I степени вследствие недостаточности кардии. Сами эти больные довольны операцией и оценивают результат как хороший.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У больных ЯБДК, подлежавших оперативному лечению, при целенаправленном обследовании ГЭРБ выявлена в 81,4 % наблюдений. Наиболее часто ГЭРБ встречалась при пилородуоденальном стенозе (91 %) и в 2,4 раза реже (38,4%) в случае неэффективности консервативной терапии [4, 9, 18, 20, 21].

2. Диагноз ГЭРБ должен основываться на данных комплексного дооперационного обследования, включающего результаты клинического, рН-метрического, рентгенологического и эндоскопического методов исследования. ОППЖП, ведущей к ГЭРБ, более полную информацию позволяет получить целенаправленный рентгеноконтрастный (достоверность 73,7 %) и эндоскопический (достоверность 91,8 %) методы исследования. К местным причинам развития ГЭРБ, которые можно выявить в процессе интраоперационной ревизии, относятся увеличение угла Гиса более 30°, избыточная подвижность абдоминального отдела пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, растяжение и истончение пищеводно-диафрагмальной и кардио-диафрагмальной связок, расширение ПОД с увеличением расстояния между ножками диафрагмы более 3 см, ослабление связи желудка в зоне субкардии с задней брюшной стенкой [7, 17, 20, 23].

3. Среди ППЖП, сопровождающейся ГЭРБ, при комплексном обследовании у 89 (44,3 %) выявлена недостаточность кардии, у 65 (32,3 %) — халазия кардии и у 47 (23,4 %) — ГПОД. Согласно классификации Savary-Miller РЭ I степени отмечен у 131 (53 %), II-й — у 48 (19,4 %), III-й — у 8 (3,2 %) и IV-й — у 2 (0,8 %). У 58 (23,5 %) пациентов эндоскопические признаки РЭ отсутствовали [8, 9, 11, 13, 17, 19, 20, 21, 22].

4. Данные эндоскопического обследования 6095 ЯБДК позволили установить высокую диагностическую ценность ЭГДС для распознавания ГЭРБ и причин ее развития, что позволяет ее рассматривать в качестве скрининг-метода диагностики данной патологии. Использование ЭГДС в этой роли при неосложненном течении ЯБДК дало возможность диагностировать ГЭРБ у 9,2 %, при осложненном — у 55,9 % больных [20, 23].

5. Разработанная нами ФЭКР и ее модификации позволяют устранить основные патогенетические звенья ГЭРБ, обеспечивают адекватную барьерную функцию кардиоэзофагеальной зоны. Она является простой и доступной для широкого круга хирургов операцией, сопровождается низким уровнем послеоперационных осложнений и нулевой послеоперационной летальностью. Ее можно с успехом использовать как эффективный способ лечения, так и профилактики ГЭРБ у больных ЯБДК, оперированных с использованием СПВ. Рецидив ГЭРБ в отдаленном послеоперационном периоде отмечен в 4,3 % [1, 2, 3, 5, 6, 7, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22].

6. Применение СПВ и ФЭКР для лечения ЯБДК не сказывается существенным образом на уровень и степень контаминации антральной слизистой Нр. Слизистая была контаминирована в 100 % случаев, преимущественно средней (44,1 %) и выраженной (54,6 %) степеней. Эрадикация Нр в ближайшем послеоперационном периоде не предупреждает повторной контаминации Нр слизистой желудка в отдаленные сроки, которая отмечена в 87,1 % наблюдений. Эрадикация Нр ни в раннем, ни в отдаленном послеоперационном периодах после СПВ и ФЭКР не сопровождается развитием недостаточности НПС и ГЭРБ [16, 24].

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больные ЯБДК, подлежащие оперативному лечению в плановом порядке, должны быть тщательно обследованы на ГЭРБ и ППЖП, которая обусловила ее развитие.

2. Для распознавания ГЭРБ необходимо применять комплексное обследование, включающее как минимум клинический, рН-метрический, рентгенологический (с нагрузочными пробами) и эндоскопический методы исследования. Наряду с этим по ходу операции следует дать оценку размеру угла Гиса, подвижности абдоминального отдела пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, состоянию связочного аппарата данных отделов, размеру ПОД и расстоянию между диафрагмальными ножками, связи субкардии желудка с задней брюшной стенкой.

3. В качестве скрининг-метода диагностики ГЭРБ и ППЖП, приведшей к ней, может быть использована ЭГДС, которая позволила выявить данную патологию в 9,2 % при неосложненной и в 55,9 % — при осложненной ЯБДК.

4. При оперативном лечении ЯБДК с использованием СПВ для лечения и профилактики ГЭРБ может быть использована разработанная нами ФЭКР и ее модификации, которые являются простыми, доступными для широкого круга хирургов операциями, которые не сопровождаются тяжелыми послеоперационными осложнениями и послеоперационной летальностью в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**Статьи в научных журналах:**

1. Бовтюк Н.Я. Способ коррекции и профилактики рефлюкс-эзофагита при оперативном лечении язвенной болезни пилоро-дуоденальной зоны // Мед. новости. – 2003. – № 11. – С. 96–98.
2. Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я., Данович А.Э. Клиника и диагностика при сочетании язвенной и гастроэзофагеальной рефлюксной болезней в хирургической практике // Мед. новости. – 2005. – № 7. – С. 95–99.
3. Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни при сочетании с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Здоровоохранение. – 2005. – № 9. – С. 51–54.
4. Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: этиопатогенез, диагностика и лечение // Мед. журн. – 2005. – № 3. – С. 9–12.
5. Рычагов Г.П., Семенчук И.Д., Бовтюк Н.Я., Лысенко Т.П. Функциональное состояние желудка и начального отдела тонкого кишечника при оперативном лечении язвенной болезни с управляемой декомпрессией // Бел. мед. журн. – 2005. – № 4. – С. 69–71.

Статьи в сборниках научных трудов:

6. Бовтюк Н.Я., Кремень В.Е. Результат применения фундоэзофагокрурорафии при оперативном лечении перфоративной язвы // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1996. – Т. 1. – С. 100–101.
7. Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. Фундоэзофагокрурорафия как способ коррекции кардиоэзофагеальной зоны у больных при оперативном лечении осложненной язвенной болезни // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: Сб. тр. – Минск, 1996. – Т. 1. – С. 118–120.
8. Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я., Данович А.Э., Козлов В.И. Частота и причины рефлюкс-эзофагита у больных язвенной болезнью и способы его лечения // Материалы XXI Пленума Правления о-ва белор. хирургов: Сб. тр. – Минск, 1997. – С. 323–325.
9. Бовтюк Н.Я. Пилорический хеликобактер (НР) при сочетанных операциях у больных пилородуоденальными язвами и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) // Сб. тр., посвящ. 10-летию военно-медицинского факультета в БГМУ. – Минск: УП «Технопринт», 2005. – С. 115–121.
10. Бовтюк Н.Я., Рычагов Г.П. Интраоперационная диагностика гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, подлежащих хирургическому лечению // Сб. тр., посвящ. 10-летию воен.-мед. ф-та в БГМУ. – Минск: УП «Технопринт», 2005. – С. 121–125.
11. Бовтюк Н.Я., Рычагов Г.П. Частота гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, подлежащих оперативному лечению и методы ее диагностики // Сб. тр., посвящ. 10-летию воен.-мед. ф-та в БГМУ. – Минск: УП «Технопринт», 2005. – С. 125–127.

12. Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. Выбор способа операции гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, подлежавших оперативному лечению // Сб. тр., посвящ. 10-летию воен.-мед. ф-та в БГМУ. – Минск: УП «Технопринт», 2005. – С. 166–169.

Материалы конференций:

13. Бовтюк Н.Я. Коррекция функции кардии при селективной проксимальной ваготомии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – № 5. – Приложение: Материалы Третьей Рос. гастроэнтерологической недели (15–21 ноября 1997 г., Москва). – 309 с.

14. Бовтюк Н.Я. Роль фундоэзофагокурорафии в коррекции клапанной функции кардии при селективной проксимальной ваготомии без и с исходно нарушенной функцией // Материалы XXIII Пленума Правл. о-ва белор. хирургов. – Гродно, 1999. – Ч. 1. – С. 16–18.

15. Бовтюк Н.Я., Капралов Н.В., Данович А.Э., Козлов И.Б., Данович Э.Ю., Савченко А.В. Состояние кардио-эзофагеальной зоны до- и после селективной проксимальной ваготомии у больных язвенной двенадцатиперстной кишки // Материалы XXIII Пленума Правл. о-ва белор. хирургов. – Гродно, 1999. – Ч. 1. – С. 18–19.

16. Бовтюк Н.Я. К вопросу об обосновании и выборе способа коррекции жомно-клапанной функции кардии при селективной проксимальной ваготомии без и с исходно нарушенной функцией // Современные технологии в хирургии: Материалы науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию кафедры общей хирургии БГМУ, 100-летию со дня рождения профессора Т. Е. Гнилорыбова и 175-летию клинической больницы № 3 г. Минска. – Минск, 2002. – 63 с.

17. Рычагов Г.П., Дорох Н.Н., Назаренко П.М., Бирик И.Л., Рычагов П.Г., Бовтюк Н.Я. Современные возможности сфинктеросохраняющих технологий в хирургии осложненной язвенной болезни // Материалы XII съезда хирургов Республики Беларусь. – Минск, 2002. – Ч. 1. – С. 174–176.

18. Бовтюк Н.Я., Рычагов Г.П. Симультанные операции у больных гастроэзофагеальной рефлюксной и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Материалы Всеармейской междунар. конф., посвящ. 200-летию гос. учреждения «432 ордена Красной Звезды главный военный клинический госпиталь Вооруженных Сил Республики Беларусь». – Минск, 2005. – С. 43–44.

Тезисы докладов научных конференций:

19. Бовтюк Н.Я. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) при пилородуоденальных язвах — вариант хирургического лечения // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины – 2000: Тез. докл. междунар. науч.-практ. конф. – Минск, 2000. – 109 с.

20. Rychagov G., Dorokh N., Nazarenko P., Bibik I., Rychagov P., Bovtyuk N. Organ Preserving Operations Ulcer Disease Complications // Przegląd Lekarski. – 2000. – Vol. 57. – 3 p.

21. Rychagov G., Dorokh N., Nazarenko P., Bibik I., Rychagov P., Bovtyuk N. Sphincter Preserving Operations Ulcer Disease Complications // Hepato-Gastroenterology. – 2000. – Vol. 47. – 37 p.

22. Rychagov G., Dorokh N., Nazarenko P., Bibik I., Rychagov P., Bovtyuk N. Sphincter Preserving Operations Ulcer Disease Complications // The 60th Jubilee Congr. of The Assoc. of Polish Surgeons-Streszczenia: Abstracts. – Warszawa, 2001. – 289 p.

23. Рычагов Г.П., Семенчук И.Д., Дорох Н.Н., Бибик И.Л., Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. Органно- и сфинктеросохраняющие технологии в хирургии осложненной язвенной болезни // Актуальные вопросы грудной, сердечно-сосудистой и абдоминальной хирургии: Сб. тез. юбил. науч.-практ. конф. посвящ. 100-летию кафедры госпитальной хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – СПб., 2001. – 138 с.

Описание изобретения:

24. Рычагов Г.П., Бовтюк Н.Я. Способ коррекции жомно-клапанной функции кардии при селективной проксимальной ваготомии у больных с язвенной болезнью // Афіц. бюл. дзярж. патэнт. камітэта РБ. – 1997. – № 3 (14). – 9 с.

Баўцюк Мікалай Яраслававіч
Карэкцыя жомна-клапаннай функцыі карды пры селектыўнай
праксімальнай вагатаміі ў хворых з язвавай хваробай

Ключавыя словы: язвая хвароба, гаэтраэзафагеальная хвароба, селектыўная праксіральная вагатамія, фундаэзафагакрурафія, рэфлюкс-эзафагіт.

Аб'ект і прадмет даследавання: 6095 хворых язвавай хваробай дванаццаціперснай кішкі, з якіх 5848 хворых пасля выканання эзафагагаэтрадуаденаскапіі з мэтай ацэнкі магчымасці выкарыстання яе ў якасці скрынінг-метаду дыягностыкі гаэтраэзафагеальнай рэфлюкснай хваробай лячыліся кансерватыўна, і 247 пацыентаў былі аперыраваны з прымяненнем удаэканаленай селектыўнай праксіральнай вагатаміі і распрацаванай намі фундаэзафагакрурафіі і яе мадыфікацый. Прадметам даследавання паслужыла паталогія страваводна-страўнікавага перахода, якая прывяла да развіцця гаэтраэзафагеальнай рэфлюкснай хваробы, да і пасля аперацыі.

Метады даследавання: клінічны, лабараторны, эндаскапічны, рэнтгеналагічны, бактэрыялагічны, інтрааперацыйны і статыстычны.

Атрыманыя вынікі і іх навізна: распрацаваны новы спосаб і дзве яго мадыфікацыі хірургічнай карэкцыі замыкальнай функцыі карды пры выкарыстанні селектыўнай праксіральнай вагатаміі для лячэння язвавай хваробы дванаццаціперснай кішкі без ці ў спалучэнні яе з гаэтраэзафагеальнай рэфлюкснай хваробай, названы намі фундаэзафагакрурафіяй. Вызначаны паказанні да прымянення фундаэзафагакрурафіі і яе мадыфікацый, удаэканаленай фундапікацыі страўніка ў залежнасці ад характару паталогіі страваводна-страўнікавага перахода. Устаноўлена, што гаэтраэзафагеальная рэфлюксная хвароба назіраецца ў 81,4 % назіранняў у хворых язвавай хваробай дванаццаціперснай кішкі, якія падлягалі аперацыўнаму лячэнню. Даказана, што эзафагагаэтрадуаденаскапія з поспехам можа выкарыстоўвацца ў якасці скрынінг-метаду для распазнавання гаэтраэзафагеальнай рэфлюкснай хваробы і паталогіі страваводна-страўнікавага перахода ў хворых язвавай хваробай дванаццаціперснай кішкі. Устаноўлена адсутнасць змянення частаты і ступені кантамінацыі *Helicobacter pylori* слізистой антрума да і пасля аперацыі і тое, што эрадыкацыя хелікабактэрнай інфекцыі пасля селектыўнай праксіральнай вагатаміі і фундаэзафагакрурафіі не суправаджаецца недастатковасцю ніжняга страваводнага сфінктэра ў бліжэйшым і аддаленым пасляаперацыйным перыядах.

Рэкамендацыі па выкарыстанню: у хірургічнай практыцы, гаэтраінтэсцінальнай эндаскапіі, эпідэміялагічных, навуковых даследаваннях і выкладанні хірургіі.

Галіна прымянення: практычная хірургія, эндаскапія, гаэтраэнтэралогія, навуковыя даследаванні, вучэбны працэс.

Бовтюк Николай Ярославович

Коррекция жомно-клапанной функции кардии при селективной проксимальной ваготомии у больных с язвенной болезнью.

Ключевые слова: язвенная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, селективная проксимальная ваготомия, фундоэзофагокрурорафия, рефлюкс-эзофагит.

Объект и предмет исследования: 6095 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, из которых 5848 больных после выполнения эзофагогастроскопии с целью оценки возможности использования ее в качестве скрининг-метода диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни лечились консервативно, и 247 пациентов были оперированы с применением усовершенствованной селективной проксимальной ваготомии и разработанной нами фундоэзофагокрурорафии и ее модификаций. Предметом исследования послужила патология пищеводно-желудочного перехода, приведшая к развитию гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, до и после операций.

Методы исследования: клинические, лабораторные, эндоскопические, рентгенологические, бактериологические, интраоперационные и статистические.

Полученные результаты и их новизна: разработан новый способ и 2 его модификации хирургической коррекции замыкательной функции кардии при использовании селективной проксимальной ваготомии для лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки без или в сочетании ее с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, названный нами фундоэзофагокрурорафией. Определены показания к применению фундоэзофагокрурорафии и ее модификаций, усовершенствованной фундопликации желудка в зависимости от характера патологии пищеводно-желудочного перехода. Установлено, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь наблюдается в 81,4 % наблюдений у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, подлежавших оперативному лечению. Доказано, что эзофагогастродуоденоскопия с успехом может быть использована в качестве скрининг-метода для распознавания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и патологии пищеводно-желудочного перехода у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Установлено отсутствие изменения частоты и степени контаминации *Helicobacter pylori* слизистой антрума до и после операции и то, что эрадикация хеликобактерной инфекции после селективной проксимальной ваготомии и фундоэзофагокрурорафии не сопровождается недостаточностью нижнего пищеводного сфинктера в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Рекомендации по использованию: в хирургической практике, гастроинтестинальной эндоскопии, эпидемиологических, научных исследованиях и преподавании хирургии.

Область применения: практическая хирургия, эндоскопия, гастроэнтерология, научные исследования, учебный процесс.

SUMMARY

Bovtyk Nikolay Yaroslavovich

The correction of sphincter-valve cardial function in selective proximal vagotomy of the patients with a stomach ulcer.

Key words: ulcer, gastroesophageal reflux, selective proximal vagotomy, fundoesophagocrorography, reflux esofagitis.

Subject and object of the research: 6095 patients with a duodenal ulcer have undergone a conservative treatment, 5848 of them being performed esophagogastroscopy to evaluate it's effectiveness as a screening diagnostic method of gastroesophageal reflux; 247 patients have been operated on employing the advanced selective proximal vagotomy and fundoesophagocrorography with it's modifications which have been developed by us. The subject of the research has been the pathology of esophago-gastric isthmus resulted in the development of the gastroesophageal reflux before and after the operation.

Methods of the research: clinical, laboratory, endoscopic, X-ray, bacteriological, intraoperational and static.

The obtained findings and their novelty: a new method and its two modifications of the surgical correction of closure cardial function using selective proximal vagotomy in the treatment of duodenal ulcer, either accompanied by gastroesophageal reflux or not, have been developed and called fundoesophagocrorography. The indications for fundoesophagocrorography and its modification improved by stomach fundoplication depending on the character of gesophago-gastric isthmus pathology have been determined. It has been established that gastroesophageal reflux is observed in 81,4 % of the patients with duodeanal ulcers, administered a conservative treatment. It has been proved that esophagogastroduodenoscopy can be successfully employed as a screening method used for the recognition of gastroesophageal reflux and esophago-gastric pathology in the patients with duodenal ulcers. It has been determined that the rate and the stage of Helicobacter pylori contamination of the antrum mucosa before and after the operation do not change. Besides, it has been established that the eradication of Helicobacter infection after selective proximal vagotomy and fundoesophagocrorography isn't accompanied by the insufficiency of the lower esophageal sphincter in the nearest and the further post-operative periods.

Recommendations for use: in surgery, gastrointestinal endoscopy, epidemiological scientific research and in teaching Surgery.

The field of application: practical surgery, endoscopy, gastroenterology, scientific research and teaching course.

Подписано в печать 12.04.06. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,43. Тираж 60 экз. Заказ 208.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.