

УДК 616.33/342-002.44-089.87-071

ДИСПАНСЕРНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ РЕЗЕКЦІЙНИХ СПОСОБІВ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**Русин В.І., Болдіжар О.О., Василів А.Р., Паканич Ю.А.***Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород*

РЕЗЮМЕ: проведений ендоскопічний моніторинг протягом 25 років спостереження у 76 хворих із резекцією за Б-I та 101 пацієнта з резекцією за Б-II. Виявлені певні органічні та функціональні зміни з боку кукси шлунка та суміжних органів притаманні кожному із способів оперативного лікування. На основі цього розроблена картка-планшетка диспансерного спостереження цих хворих.

Ключові слова: диспансеризація, внутрішльонкова рН-метрія, хромогастроскопія, прицільна біопсія

Вступ. Більше 40 років відділяє нас від широкого використання в клінічній практиці ендоскопічних методик діагностики та лікування пацієнтів на захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Ці методики відкрили величезні перспективи амбулаторно-поліклінічного ефективного обстеження хворих на виразкову хворобу шлунка та ДПК.

Здавалосьь, що досить близькими були рішення проблеми ранньої діагностики раку, а з нею і успіх хірургічного методу лікування. Однак, як показав світовий досвід, тільки в Японії завдяки розробленій чіткій системі диспансеризації, в яку обов'язково входить ендоскопічне обстеження, частота виявлення ранніх форм раку серед оперованих хворих була доведена до 30% [1].

Що стосується виразкової хвороби шлунка та ДПК введення в сучасну клінічну практику найновіших схем противиразкової терапії не привели до зникнення проблеми ускладненої виразки, тому резекційні способи лікування ускладнень цієї патології, таких як перфорація виразки, малігнізація, кровотеча, яку тимчасово зупинили консервативними способами, некомпенсований стеноз, продовжують залишатись в арсеналі хірургічних методів лікування.

Хоча жодний із запропонованих способів хірургічного лікування резекційний, органозберігаючий, комбінований не вберігає пацієнта від ускладнення – хвороби оперованого шлунка. І тут виявляється, що хворі з виразковою хворобою ДПК, згідно з наказом 1051 від 28.12.2009 р. МОЗ України «З метою поліпшення якості та ефективності надання медичної допомоги хворим на гастроентерологічні захворювання», оглядаються 1-2 рази на рік гастроентерологом або терапевтом, хірургом за показами. При виразковій хворобі шлунка маємо таку ж картину, тільки, за показами, додається онколог, хірург [4].

Якщо для виразки ДПК рекомендується ендоскопія з внутрішльонковою рН-метрією, то при виразці шлунка – езофагогастродуоденоскопія з хромокопією та прицільною біопсією [2, 5].

При хворобах оперованого шлунка гастроентерологи або терапевти проводять огляд 1-2 рази на рік, разом з ендокринологом та хірургом. Таке розмите трактування 1-2 рази на рік викликає певну тривогу, оскільки зрозуміло відразу, що навіть по мінімуму одного разу забезпечити диспансерний огляд хворих з виразкою шлунка та ДПК проблематично, бо із світової літератури відомо, що 6-12% усього населення страждають на цю патологію.

Що ж тоді говорити про хвороби оперованого шлунка, якщо ця патологія передана гастроентерологам та терапевтам. Сучасна ендоскопія має широкі можливості діагностики (виявлення) захворювань, диференційної діагностики доброякісних і злоякісних уражень, визначень прогнозу хвороби і вибору індивідуальної тактики лікування, контролю за ефективністю медикаментозного лікування, планування виду та об'єму хірургічного втручання, виконання ендоскопічних операцій [3].

Виконання цієї програми можливо тільки досвідченим ендоскопістом при наявності сучасної техніки та обладнання, комплексного використання різноманітних діагностичних і оперативних методик у клінічних лікарнях IV рівня акредитації та спеціалізованих центрах.

Мета дослідження. Встановити оптимальні терміни диспансерного спостереження у хворих після резекції шлунка і дванадцятипалої кишки для попередження розвитку органічних та функціональних змін слизової кукси шлунка.

Матеріали та методи. На базі хірургічної клініки ЗОКЛ ім. Андрія Новака, м. Ужгород ендоскопічно обстежено 177 хворих, оперованих з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) терміном від 1 до 25 років. Резекцію шлунка за Б-I було виконано 76 хворим, за Б-II – 101 пацієнту. В залежності від способу оперативного втручання хворі були розділені на дві групи:

I група — 101 пацієнт, що склали більшу частину хворих. Їм виконана резекція шлунка за Більрот II. В залежності від способу резекції ця

група поділена на підгрупи: Б-II в модифікації Гофмейстер-Фінстерера — 21 (20,8%), Б-II в модифікації Малхасяна — 80 (79,2%).

II група — 76 хворих, яким виконано оперативне втручання в модифікації Більрот I.

Ендоскопічне обстеження проводилось за допомогою відеоендоскопів „Pentax” EG-2430 із відеопроцесором EPM-3500 або „Olympus” GIF-K20. Пристинкова рН-метрія проводилась за допомогою комп'ютерної системи аналізу внутрішньо порожнинного рН шлунка з одноелектродним зондом ПІ-рН-2 через біопсійний канал ендоскопа.

Диспансерна ендоскопія проводилась кожні 6 місяців.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед хворих чоловіки склали 135 осіб, що становить 76,3%, жінки 42 — 23,7%. Найвищий відсоток виконаних оперативних втручань у чоловіків знаходиться у віковому проміжку 30-50 років. У віці до 29 років кількість резекцій серед чоловіків була найменша і складає 11,1%. Характерною особливістю виразкової хвороби у осіб жіночої статі було зростання захворюваності з віком. У віці (50 і старше) захворюваність в порівнянні з чоловіками переважала майже у 1,5 разу.

У хворих, що перенесли резекцію шлунка з приводу виразкової хвороби найчастіше зустрічався больовий синдром (75,7%). Періодична нудота та немотивоване зниження апетиту і відраза до окремих видів їжі зустрічались у 41,8% та 31,6% хворих відповідно. В значно меншому процентному відношенні зустрічались анемія, апатія, зміна самопочуття, періодична блювота. При цьому найменша кількість розладів зустрічається у хворих, яким виконано оперативне втручання по Більрот-I. У пацієнтів, яким виконано резекцію по Більрот-II в модифікації Малхасяна, функціональні розлади спостерігаються значно рідше, ніж у хворих, оперованих по Більрот-II в модифікації Гофмейстер-Фінстерера.

Вивчення результатів класичної резекції шлунка багаточисленними дослідженнями показало, що вони далеко не завжди задовільні, особливо у віддаленому періоді.

У цілому ряду хворих розвиваються виражені функціональні і органічні розлади, які називаються післягастректомічними синдромами не тільки у резектованому шлунку, але і в цілому організмі, багато з яких по важкості свого протікання не поступаються виразковій хворобі.

Використання сучасних методів діагностики — ендоскопічних, функціонально-морфологічних, електрофізіологічних та інших, дозволило багатьом хірургам включити в число післярезекційних синдромів рефлюкс-гастрит, анастомозит, рак та поліпоз кукси шлунка.

Незважаючи на те, що на сьогодні накопичений значний досвід по використанню гастроскопії у хірургічній практиці при діагностиці хвороб оперованого шлунка до цих пір залишається цілий ряд

помилоч та невдач. Вони пов'язані з особливостями обстеження цих хворих, характером оперативного втручання, об'ємом операції та терміном обстеження, труднощами виконання окремих додаткових або допоміжних ендоскопічних методик діагностики і лікування.

Складність огляду просвіту кукси шлунка полягає в тому, що саме обстеження значно відрізняється від обстеження не оперованого шлунка. Це пов'язано із виконаною операцією, яка відповідно до свого способу і характеру корінним чином змінює анатомічні і функціональні взаємовідношення в цьому відділі шлунково-кишкового тракту. Перш за все, це відноситься до малої за об'ємом порожнини кукси шлунка, що утруднює проходження апарату і особливо переміщення його дистального кінця. По-друге, оперований шлунок характерний відсутністю воротаревого жома, запальними змінами і слабкістю кардіальної розетки. Це утруднює створення необхідного для дослідження повітряного простору. Для його підтримки необхідно проводити постійну інсуфляцію повітря, оскільки останній безперешкодно і швидко евакуується у кишківник або відригується хворим. Третя складність у дослідженні кукси шлунка полягає у рясному і безперервному поступленні у куксу пінного кишкового вмісту, який утруднює огляд, що потребує застосування змив і відсмоктування для отримання істинної ендоскопічної картини. Четверта складність — різка деформація дистальної частини кукси, її фіксація і ригідність особливо ділянки анастомоза і анастомозованих петель кишківника, яка призводить до утворення грубих складок слизової, кишень, вибухань, втягувань. Ці фактори, в більшій мірі, характерні для резекції шлунка по Б-II.

Якості ендоскопічних обстежень багато в чому залежить від моделі фіброскопу, характеру розташування оптики, діаметра апарата, еластичності і мобільності дистального кінця і радіусу його згина. На наш погляд, апарати з боковою оптикою мають переваги перед апаратами з прямою оптикою при огляді культі дуже малого розміру, можливість більш детального огляду анастомоза і анастомозованої кишки. Апарати з прямою оптикою дають можливість панорамного огляду всієї кукси, що набуває особливого значення при використанні вітальних барвників, відзначити характер секреції і перистальтики, виконати огляд стравоходу, але в той же час з їх допомогою важко отримати пласке зображення всієї лінії анастомозу, особливо дистальної її частини, яка направлена в бік анастомозованої кишки, а при нависанні слизової шлунка по лінії анастомоза над слизовою кишкою — ця зона часто буває «сліпою» для ендоскопа з прямою оптикою. При довгому керованому кінці такі апарати не дають можливості провести ретрофлексію у куксі. Л.К. Соколов, В.С. Савельєв і співав.(1979) рекомендували для більш повного

обстеження куksi шлунка і лінії анастомозу у ряді хворих використовувати поєднане застосування різних моделей ендоскопів з прямою і боковою оптикою. На наш погляд, більш доцільним є використання ендоскопів малого діаметра з коротким керованим кінцем, або ендоскопів зі скошеною оптикою типів GIF1, GIF2.

Враховуючи вищенаведене стає цілком очевидним, що тільки висококваліфікований ендоскопіст з відповідним обладнанням здатний якісно оцінити стан куksi шлунка, знайти патологію і визначитись з подальшою тактикою лікування. Цілком зрозуміло, що на рівні дільничних лікарень, ЦРЛ, окремих міських лікарень диспансеризація оперованих хворих з приводу виразки шлунка та ДПК перетворюється в профанацію.

Анацидний стан спостерігався у 41,3% при резекції за Б-I, та 38,5% при резекції за Б-II.

Гіперацидний, гіпоацидний та нормаацидний стани спостерігались майже в однаковому відсотковому співвідношенні незалежно від способу резекції.

Якщо аналізувати характер секреції соляної кислоти у куksi шлунка в залежності від терміну оперативного лікування, то в період 11-15 років спостереження анацидний стан спостерігався у 46,2%, гіпоацидний – у 30,7%, гіперацидний стан – у 7,7%, нормаацидний – у 15,4% хворих. Через 25 років спостереження анацидний стан спостерігався у 58,4%, гіпоацидний стан – у 41,6%.

Після резекції за Б-I анацидний стан спостерігався у 41,3%, гіпоацидний у 29,4%, гіперацидний – у 11,7%, нормаацидний у 17,6% хворих.

Після резекції по Б-II у віддаленому періоді анацидний стан спостерігався у 38,5%, гіпоацидний – у 26,9%, гіперацидний – у 15,4%, нормаацидний – у 19,2% хворих.

Шляхом визначення рН куksi шлунка встановлено, що збереження секреції вільної соляної кислоти у ранньому післяопераційному періоді зберігається у 33,3% випадків при резекції за Б-I, та у 27,5% випадків при резекції за Б-II. У віддаленому післяопераційному періоді, через 10 років, ці показники зменшуються на половину.

Наявність ахлоргідрії виявлено у 33,3% хворих після резекції за Б-I, через 20 років спостереження кількість хворих виросла до 41,3%.

При резекціях за Б-II кількість хворих з анацидним станом складає 13,7% до п'яти років спостереження, збільшуючись до 75,0% через 20 років після операції.

Гіперацидний стан оперованих хворих не залежно від способу втручання в перші 5 років приблизно однаковий 33,3% та 31,0% відповідно і зменшується приблизно на половину у віддаленому післяопераційному спостереженні.

Якщо отримані результати представити у вигляді планшетки, то такі патологічні стани, як анастомозити, ерозії, виразки, стенозування після резекції по Б-I спостерігаються в перші 10 років (рис. 1).

	Термін після операції	Характер патології						
		до 5 років	6-10 років	11-15 років	16-20 років	21-25 років	більше 25 років	
Спосіб резекції – Б-I	анастомозит							
	ерозії	○	○					
	виразки		○					
	стеноз	○						
	поліп			○	○			
	рак				○	○	○	○
Спосіб резекції – Б-II	анастомозит	○	○	○	○			
	ерозії	○	○	○	○			
	виразки	○	○	○	○			
	стеноз	○	○	○	○			
	поліп	○	○	○	○			○
	рак		○	○	○	○	○	○

Рис. 1. Характер патології в залежності від способу резекції і терміну спостереження.

При резекції шлунка по Б-II, анастомозит спостерігається у певної частини хворих протягом усього періоду спостереження, а ерозії виразки стенози до 20 років спостереження включно.

Поліпи після резекції шлунка по Б-I спостерігались у періоді 10-20 років

післяопераційного періоду, а рак куksi шлунка більше 15 років після операції. При резекції по Б-II поліпоз куksi шлунка виявляється від 0 до 20 років спостереження і після 25 років, а рак куksi шлунка у весь період спостереження через 5 років після моменту операції.

Цілком очевидно, що враховуючи отримані дані групу пацієнтів з анацидним та гіпоацидним станом необхідно брати під пильний контроль під час диспансеризації, яка має проводитись не менше як два рази на рік із врахуванням даних розробленої нами планшети при резекції по Б-I починаючи з 10 років віддаленого періоду спостереження, а після резекції по Б-II практично постійно.

Висновки. 1. Доктрина диспансеризації оперованих хворих із приводу виразкової хвороби шлунка та ДПК має бути переглянута на користь ендоскопічного обстеження цих хворих кожні 6 місяців

після операції з обов'язковою хромогастроскопією та рН-метрією.

2. Диспансерний огляд хворих після резекції по Б-I починаючи з 10 років віддаленого періоду спостереження з анацидним та гіпоацидним станом необхідно проводити не менше як два рази на рік, а після резекції по Б-II – практично постійно.

3. Ендоскопічне обстеження з обов'язковою хромогастроскопією та рН-метрією можливе тільки досвідченим ендоскопістом при наявності сучасної техніки та обладнання, комплексного використання різноманітних діагностичних і оперативних методик у клінічних лікарнях IV рівня акредитації та спеціалізованих центрах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия./ Балалыкин А.С. — М.: ИМА-пресс, 1996. — С.144—148.
2. Королев М.П. Эндоскопическая диагностика и коррекция патологии желудка, резецированного по поводу язвенной болезни / М.П.Королев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2008. — Т.167, №5. — С.62—64.
3. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. Диагностика и лечение / Ю.М.Панцырев. — М.: Медицина, 1973. — С. 328.
4. Хромогастроскопія резецированного шлунка / В.І.Русин, О.О.Болдіжар, Ю.А.Паканич [та інш.] // Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина". — 2008. — Випуск 33. — С. 204—207.
5. Barkin J.S. Advanced therapeutic endoscopy./ Barkin J.S. // New York: Raven Press. 2004. — Vol.XXI. — P.407—412.

SUMMARY

A CLINICAL INSPECTION OF PATIENTS AFTER THE RESECTIV TREATMENT TECHNIQUES OF ULCEROUS ILLNESS OF STOMACH AND DUODENUM

Rusyn V.I., Boldizhar O.O., Vasiliv A.R., Pacanich Y.A.

The endoscopic monitoring is conducted during 25 of supervision in 76 of patients with a resection for B-I and 101 patient with a resection for B-II. The discovered is certain organic and functional changes from the side of stomach stump and contiguous organs are inherent each of methods of operative treatment. On the basis of it developed a map of clinical supervision of these patients.

Key words: clinical inspection, chromoscopy, pH- metry, biopsy