



Н.Н. Велигоцкий,  
В.В. Комарчук, А.С. Трушин,  
А.В. Горбулич, И.В. Тесленко,  
Д.А. Смецков

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С УЧЕТОМ КИСЛОТОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

Харьковская медицинская  
академия последипломного  
образования

© Коллектив авторів

**Резюме.** Изучена эффективность применения рН-метрии при лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки. Оперативное лечение перфоративной язвы с учётом данных рН-метрии позволяет улучшить отдалённые результаты.

**Ключевые слова:** рН-метрия, перфоративная язва.

### Введение

За последнее десятилетие в 2-2,5 раза увеличилось количество осложнённых форм язвенной болезни (ЯБ), требующих хирургической коррекции [1]. Частота послеоперационных рецидивных язв также остаётся высокой (5-14,5 %) [3]. Перфоративные гастродуоденальные язвы выявляют у 15-20 % пациентов с язвенной болезнью [4].

Наличие высокоэффективных кислотоснижающих препаратов (блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина, ингибиторов протонной помпы), антихеликобактерной терапии позволяет чаще применять ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК). Такой подход используется у больных с небольшими язвами без выраженного рубцового процесса при выполнении лапаротомии и лапароскопической методики. Однако у части больных не удаётся получить быстрого и стойкого заживления язвы без ваготомии. У части больных даже ушивание ПЯ с ваготомией неэффективно. Возможной причиной неудовлетворительных результатов лечения ПЯ может быть отсутствие учета кислотопродуцирующей функции желудка при выборе объёма оперативного вмешательства. Использование рН-метрии у больных с ПЯ может индивидуализировать выбор оперативного вмешательства и способствовать улучшению результатов лечения.

**Цель работы** — изучить эффективность применения рН-метрии при лечении ПЯ ДПК.

### Материалы и методы исследования

Проведен анализ лечения ПЯ ДПК в двух группах больных: 27 больных — после ушивания ПЯ без учета состояния кислотопродуцирующей функции желудка, 29 больных — после ушивания ПЯ в сочетании с ваготомией. Показания к ваготомии определялись с учетом данных рН-метрии.

Для изучения кислотопродуцирующей функции желудка у больных с перфоративными язвами ДПК проводим рН-метрию желудка

до операции и интраоперационно при помощи ацидогастрографа АГ-рН-М с электродной гастроэнтерологической системой (рис. 1 а,б) [2].

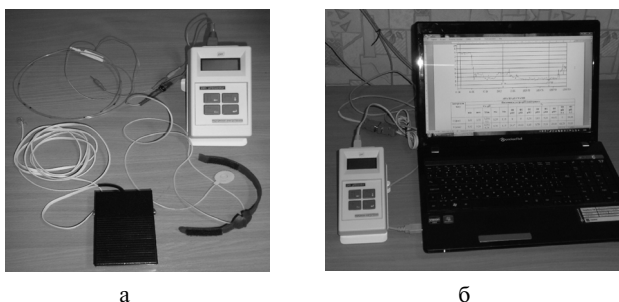


Рис. 1 Ацидогастрограф (б) АГ-рН-М с электродной гастроэнтерологической системой (а)

Порядок проведения рН-метрии желудка зависит от состояния больного. Если тяжесть состояния больного позволяет, то проводим изучение базальной секреции при помощи внутрижелудочной эндоскопической рН-метрии по методике проф. В.М.Чернобрового [5]. Измерения рН проводим в 20 точках по малой кривизне желудка через 1 см от кардии до пилоруса и столько же в обратном направлении по 15-20 секунд при стабильных величинах рН (pars pylorica — 5 измерений, corpus ventriculi — 10, pars cardiaca — 5).

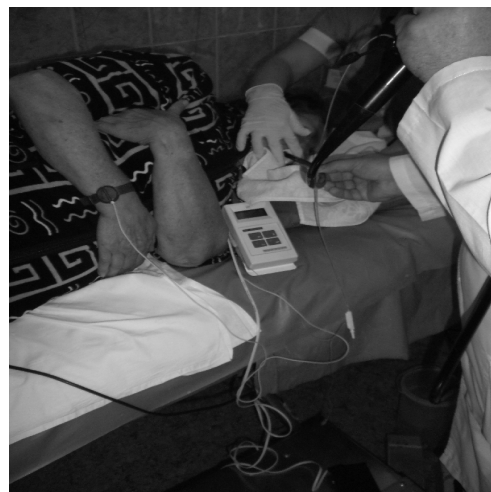


Рис. 2. Эндоскопическая рН-метрия

При каждом измерении рН датчик-электрод располагаются непосредственно около слизистой оболочки (пристеночно, легким прикосновением). Эндоскопист принимает во внимание накопление в желудке пищи, крови, слюны, слизи, желчи, потому что они создают ошелачивающий эффект и старается максимально исключить их влияние (аспирация содержимого желудка, промывание слизистой оболочки водой, кратковременное ожидание более благоприятных условий) (рис. 2). Оценка результатов внутрижелудочной эндоскопической рН-метрии «по топографии» проводится по ФИ рН:

рН = 7,00-8,50 (ФИ рН 0 – анацидность);

рН = 3,60-6,99 (ФИ рН 1 – гипоацидность выраженная);

рН = 2,30-3,59 (ФИ рН 2 – гипоацидность умеренная);

рН = 1,60-2,29 (ФИ рН 3 – нормаацидность);

рН = 1,30-1,59 (ФИ рН 4 – гиперацидность умеренная);

рН = 0,86-1,29 (ФИ рН 5 – гиперацидность выраженная).

Во время операции дополнительно проводим интраоперационную рН-метрию для определения эффективности и полноты ваготомии. После ваготомии определяем рН в базальных условиях по передней и задней стенкам, по малой и большой кривизне тела желудка, в области дна. Для измерения рН-зонд может быть введен через нос или через отверстие в желудке после иссечения язвы. При лапароскопических операциях – через троакар. При снижении рН после ваготомии до 5,5-7,0 ед рН считаем выполненную ваготомию эффективной.

#### Результаты исследования и их обсуждение

В первую группу включены 20 больных после ушивания ПЯ путём лапаротомии и 7 больных после лапароскопического ушивания. В этой группе изучение кислотопродуцирующей функции желудка до- и интраоперационно не проводилось. Через 6-9 месяцев после операции эндоскопически у 11 больных на фоне гиперацидности установлены язвы ДПК (9 – незажившие язвы, 4 – рецидивные).

При незажившей язве светлый промежуток от момента операции до момента возникновения язвенных симптомов отсутствовал или был крайне мал. У большинства больных боли и диспептические расстройства были выражены больше, чем до ушивания ПЯ. У 6 больных отмечено прогрессирование язвенного процесса. Эндоскопически и клинически по сравнению с дооперационными данными у 3 больных развился стеноз, у 2 – пенетрация, у 1 – был эпизод язвенного кровотечения, оставленного консервативно. Из 9 больных

с незажившей язвой ДПК только 4 лечились у гастроэнтеролога амбулаторно. Эндоскопический контроль подтвердил слабый эффект от проводимого консервативного лечения, что могло быть обусловлено применением неоригинальных препаратов, или резистентностью больного к ингибиторам протонной помпы.

У 4 больных с рецидивом язвенной болезни, в отличие от больных с незажившей язвой, имел место светлый промежуток, в течение которого отсутствовал язвенный симптомокомплекс. После возобновления, имеющегося до операции язвенного симптомокомплекса, отмечалось более агрессивное течение ЯБ ДПК. У всех больных установлено развитие дополнительных осложнений (2 – кровотечение, 1 – кровотечение и стеноз, 1 – стеноз). При углублённом обследовании на фоне выраженной гиперацидности у всех больных с рецидивом ЯБ выявлен хеликобактериоз и признаки дуоденостаза различной степени тяжести.

В группе обследуемых после ушивания ПЯ ДПК 16 больным при проведении рН-метрии был проведен атропиновый тест, который оказался положительным в 14 случаях. Выполнение ваготомии, коррекция дуоденогастрального рефлюкса, комплексная антихеликобактерная терапия этим больным могли бы значительно повысить радикализм выполненного оперативного вмешательства.

Во вторую группу включены 26 больных после ушивания ПЯ в сочетании с ваготомией после лапаротомии. В этой группе изучение кислотопродуцирующей функции желудка проводилось до- и интраоперационно. До операции проводилась эндоскопическая топографическая рН-метрия (23 – гиперацидность, 3 – нормаацидность). Данные, полученные в базальных условиях, не определяют выбор метода оперативного вмешательства. Проведение атропинового теста у больных с ПЯ затруднено в связи с тяжестью состояния и срочностью выполнения операции. В связи с этим целесообразно выполнить интраоперационную рН-метрию. Информация об изменении рН после выполненной ваготомии помогает оценить её эффективность.

У 24 больных рН в теле желудка после СВ и СтВ находилась в пределах 4,9-5,7. Такой результат ваготомии свидетельствует о преобладании у больных рефлекторного кислотообразования. Полученный уровень рН при отсутствии других факторов ульцерогенеза может способствовать хорошему заживлению язвы и длительной ремиссии.

В 2 случаях ваготомия оказалась малоэффективной. Снижение рН до 2,6-3,9 свидетельствует о преобладании гуморального кислотообразования. В таких случаях ваготомия малоэффективна. Если тяжесть состояния



больного позволяет, для выключения гастринной стимуляции кислотопродукции необходима антрумэктомия в сочетании с ваготомией. Состояние названных 2 больных не позволило расширить объём операции. Таким больным, с нашей точки зрения, в послеоперационном периоде необходим обязательный рН-метрический контроль эффективности консервативной терапии и совместное наблюдение хирурга и гастроэнтеролога.

Через 6-9 месяцев после операции именно у этих 2 больных эндоскопически установлены незажившие язвы ДПК. Субъективно больные оценивали своё состояние после операции как удовлетворительное и к гастроэнтерологу не обращались.

У остальных 24 больных второй группы получен хороший результат, несмотря на то, что только 13 больных после операции наблюда-

лись у гастроэнтеролога, проходили дополнительное обследование и получали противоязвенную и антихеликобактерную терапию. Ваготомия, выполненная по показаниям, позволила получить стойкий кислотоснижающий эффект на уровне 3,4-5,6 и хорошее заживление язв ДПК.

#### Выводы

Проведение эндоскопической и интраоперационной рН-метрии у больных с ПЯ ДПК позволяет индивидуализировать хирургическую тактику и определить больных, требующих совместного диспансерного наблюдения у хирурга и гастроэнтеролога.

Полученные отдалённые результаты подтверждают целесообразность применения рН-метрии у больных с ПЯ ДПК.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Березницкий Я.С. Хирургические методы в лечении язвенной болезни / Я.С. Березницкий, В.М. Ратчик // Здоровье Украины. — 2008. — № 219. — С. 10 — 12.

2. Велигоцкий Н.Н. Острые осложнения послеоперационных язв двенадцатиперстной кишки / Н.Н. Велигоцкий, Г.Ю. Бука, А.А. Ольшанецкий [и соавт.] // Кліні. хірургія. — 2006. — № 4 — 5. — С. 7 — 8.

3. Велигоцкий Н.Н. Хирургия осложнённых дуоденальных язв и дуоденопластика / Н.Н. Велигоцкий. — ХМАПО, Харьков: Издательство «Атос», 2009. — 88 с.

4. Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: [практичне керівництво] / І.Я. Будзак, В.І. Гриценко, І.І. Гриценко та ін.; під ред. проф. В.М. Чернобрового. — Вінниця: Логос, 1999. — 80 с.

5. Чернобровий В.В. Експрес-гастро-рН-моніторинг — метод дослідження кислотоутворюючої функції шлунка / В.В. Чернобровий // Світ медицини та біології. — 2007. — № 3. — С. 85 — 90.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ  
ПЕРФОРАТИВНОЇ  
ВИРАЗКИ  
ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ  
КИШКИ З УРАХУВАННЯМ  
КИСЛОТОУТВОРЮЮЧОЇ  
ФУНКЦІЇ ШЛУНКУ

*М.М. Велигоцький,  
В.В. Комарчук, О.С. Трушин,  
А.В. Горбуліч, І.В. Тесленко,  
Д.О. Сметцов*

EXPERIENCE OF TREATMENT  
OF PERFORATIVE ULCER  
OF DUODENUM TAKING  
INTO ACCOUNT THE  
OXYNTIC FUNCTION  
OF STOMACH

*N.N. Veligodsky,  
V.V. Komarchuk, A.S. Trushin,  
A.V. Gorbulich, I.V. Teslenko,  
D.A. Smetskov*

**Резюме.** Вивчена ефективність застосування рН-метрії при лікуванні перфоративної виразки дванадцятипалої кишки. Оперативне лікування перфоративної виразки з урахуванням даних рН-метрії дозволяє поліпшити віддалені результати.

**Ключові слова:** рН-метрія, перфоративна виразка.

**Summary.** Studied the efficiency of pH-metry in the treatment of perforated duodenal ulcer. Surgical treatment of perforated ulcer, taking into account the data of pH-metry can improve long-term results.

**Keywords:** pH-metry, perforated ulcer.