

© Коллектив авторов, 2001
УДК 616.33-008.17:616.329-007.43-031:616.26

В.Б.Рева, В.И.Гребенюк, А.А.Алексеенко, А.Г.Коровенков

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А.В.Алексеенко)
Буковинской государственной медицинской академии, г. Черновцы, Украина

Ключевые слова: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит.

Одним из наиболее частых проявлений грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) является гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) [1, 2]. При этом рефлюкс-эзофагит (РЭ) развивается только у половины больных. В наших наблюдениях, РЭ развился у 61,3% больных, а у остальных проявлений эзофагита не было выявлено, несмотря на наличие подтвержденного инструментальными методами исследования ГЭР.

Наличие у больных с ГПОД рефлюкс-эзофагита утяжеляет клиническую картину заболевания, приводит к усилению болевого синдрома вследствие наличия воспалительного процесса в слизистой оболочке нижней трети пищевода. Также могут присоединяться явления дисфагии, вызванные нарушением двигательной активности пищевода.

В основе РЭ лежит поражение слизистой оболочки нижней трети пищевода желудочным содержимым вследствие его ненормально частого и продолжительного контакта со слизистой оболочкой. В своей работе W.I.Dodds и соавт. [4] отмечают многофакторность развития РЭ и подробно изучают его при помощи внутрипищеводной манометрии (влияние на его развитие сократительной функции пищевода и давления в зоне нижнего пищеводного сфинктера). Эти данные раскрывают только небольшую часть существующей проблемы, что вызывает необходимость дальнейшего ее изучения.

Материалы и методы. Мы изучали влияние некоторых факторов на развитие РЭ, для чего были отобраны 60 человек с подтвержденным ГЭР. Из них у 33 больных был выявлен РЭ (1-я группа), а у 27 — отсутствовал (2-я группа). Им была выполнена рентгеноскопия в положении Тренделенбурга с контрастированием пищевода и желудка, изуче-

на скорость эвакуации контрастирующего вещества из желудка. При этом учитывали два показателя — начало поступления контрастирующего вещества в двенадцатиперстную кишку и время полной эвакуации его из желудка. При эзофагогастрофиброскопии обращали внимание не только на изменения со стороны слизистой оболочки пищевода, но и на наличие сопутствующих заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем больным выполняли рН-метрию пищевода на протяжении 1 ч с подсчетом количества эпизодов рефлюкса, их продолжительности, суммарного времени воздействия желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода, количества эпизодов продолжительностью более 5 мин.

При проведении внутрипищеводной рН-метрии использовали микрозонд ПЭ-рН 2 и рН-метры ЭЛТЕС-903 и ИЖК-3. Перед исследованием проводили калибровку зонда при помощи буферных растворов с рН 1,68 и 6,86. Исследование проводили утром натощак в течение часа. Микрозонд вводили в пищевод так, чтобы он располагался в нижней трети пищевода на 5 см выше кардии.

Результаты и обсуждение. Из жалоб обращали особое внимание на изжогу, срыгивания и дисфагию. Больные с подтвержденным РЭ в основном предъявляли жалобы на изжогу (91,3%), отрыжка встречалась приблизительно у одинакового числа больных в обеих группах (соответственно у 39,4% и 40,1% больных). Явления дисфагии отмечали преимущественно у больных с РЭ (рис. 1), в то время как во 2-й группе больных дисфагия выявлена только у одного больного (3,33%).

При проведении внутрипищеводной рН-метрии уменьшения рН в нижней трети пищевода ниже 4 отмечено у 100% больных в обеих группах. Число эпизодов рефлюкса на протяжении одного часа у больных с РЭ в 2 раза превосходит аналогичный показатель у больных без него, показатель суммарной продолжительности эпизодов рефлюкса также был выше в 1-й группе больных (рис. 2).

Эпизодов рефлюкса продолжительностью более 5 мин, при которых рН в нижней трети

пищевода был ниже 4, в группе больных без РЭ не наблюдалось. Среди больных с РЭ у 17 (56,6%) наблюдали по одному эпизоду рефлюкса продолжительностью более 5 мин на протяжении часа.

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что развитие РЭ зависит от продолжительности контакта слизистой оболочки пищевода с кислым желудочным содержимым. Более редкие, но продолжительные эпизоды рефлюкса действуют на слизистую оболочку пищевода более разрушительно, чем частые, но кратковременные экспозиции кислого желудочного содержимого. У пациентов с РЭ число эпизодов ГЭР и суммарное время воздействия кислого желудочного содержимого в 2 раза превосходят соответствующие показатели у больных без РЭ. рН в желудке при этом не оказывает решающего влияния на развитие изменений слизистой оболочки пищевода, так как РЭ может развиваться и при забрасывании в пищевод желчных кислот и панкреатического сока при наличии дуоденогастрального рефлюкса.

Следует также отметить, что при проведении эзофагогастроскопии хронический гастро-дуоденит был диагностирован у 18,4% больных с РЭ и у 16,9% — без него. В то же время язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки была диагностирована у 19,5% больных с РЭ и у 8,7% — без РЭ.

На взаимосвязь между возникновением РЭ и замедлением опорожнения желудка указывали в своей работе F. Baldi и соавт. [3]. Мы в своих исследованиях также изучили особенности эвакуации желудочного содержимого у больных с РЭ и без него. При этом отметили не только замедление эвакуации из желудка у больных с РЭ (рис. 3), но и у некоторых больных наличие дуоденогастрального рефлюкса.

Замедление эвакуации из желудка связано также с наличием у больных язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, а при этом возникали пилороспазм и деформация двенадцатиперстной кишки.

Увеличение числа эпизодов рефлюкса можно объяснить несколькими причинами: 1) увеличение длительности заполнения желудка, в свою очередь, увеличивает вероятность

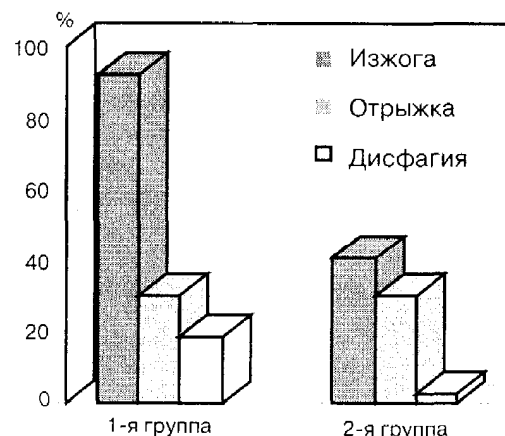


Рис. 1. Основные жалобы пациентов с рефлюкс-эзофагитом и без него.

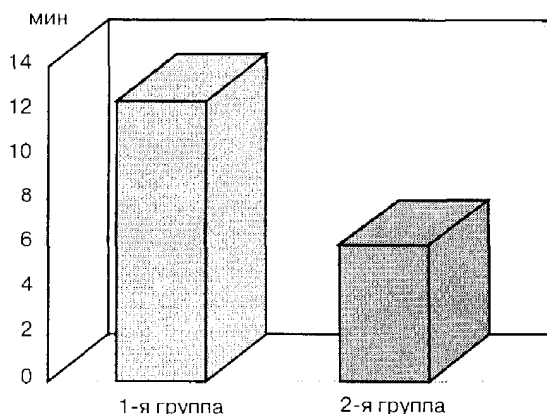


Рис. 2. Суммарная продолжительность эпизодов рефлюкса у больных с рефлюкс-эзофагитом и без рефлюкс-эзофагита в течение часа.

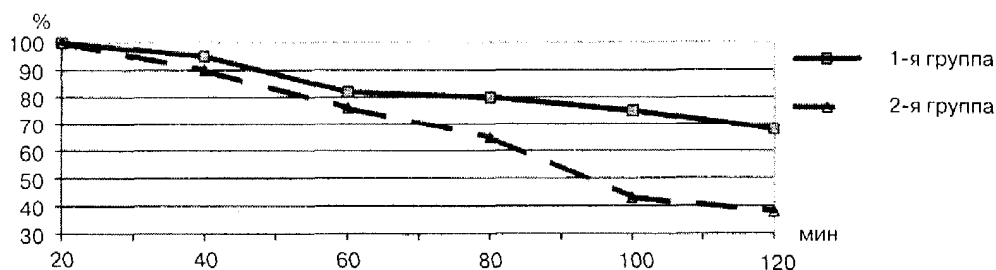


Рис. 3. Замедление эвакуации из желудка у больных с рефлюкс-эзофагитом и без него.

заброса кислого желудочного содержимого в пищевод; 2) давление в желудке превышает давление покоя в зоне нижнего пищеводного сфинктера; 3) замедление эвакуации из желудка может приводить к дилатации желудка с последующим развитием ГЭР, так как при этом происходит расправление острого угла Гиса. Хотя приведенные данные не являются исчерпывающими, они все же позволяют объяснить взаимосвязь между замедлением желудочной эвакуации и развитием РЭ.

Выводы

1. При наличии у больных с грыжами пищеводного отверстия диафрагмы жалоб на изжогу, жгучие боли за грудиной и явления дисфагии можно предположить наличие у них рефлюкс-эзофагита.

2. Развитие рефлюкс-эзофагита в большей степени зависит от продолжительности контакта слизистой оболочки пищевода с кислым желудочным содержимым, чем от числа эпизодов рефлюкса.

3. Наличие сопутствующей язвенной болезни и замедление эвакуации желудочного содержимого способствуют развитию гастроэзофаге-

ального рефлюкса.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Уткин В.В., Апинис Б.К. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.—Рига: Зинатне, 1976.—176 с.
2. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Шалимов С.А. Хирургия пищевода.—М.: Медицина, 1975.—268 с.
3. Baldi F., Corinaldesi F., Stanghellini V. et al. Gastric secretion and emptying of liquids in reflux esophagitis // *Digest. Dis. Sci.*—1981.—Vol. 26, № 10.—P. 886–889.
4. Dodds W.I., Hogan W.J., Helm J.E., Dent J. Pathogenesis of reflux esophagitis // *Gastroent.*—1981.—Vol. 81, № 2.—P. 376–394.

Поступила в редакцию 16.01.20001 г.

V.B.Reva, V.I.Grebenyuk, A.A.Alekseenko,
A.G.Korovenkov

CERTAIN ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF REFLUX-ESOPHAGITIS IN PATIENTS WITH HIATAL HERNIAS

An examination of 60 patients with gastro-esophageal reflux has shown that a continuous contact of the gastric mucosa with the gastric contents and retarded evacuation from the stomach are considered to be the principal factors in the development of reflux-esophagitis.