

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

VOLKOV SERGEY VLADIMIROVICH – candidate of medical sciences, associate professor of Hospital Surgery Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УДК 616.33–089.87–616–06

В.Е. ВОЛКОВ, С.В. ВОЛКОВ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АНАСТОМОЗИТА И РУБЦОВОЙ СТРИКТУРЫ В ОБЛАСТИ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

Ключевые слова: анастомозит, тотальная гастрэктомия, рубцовая стриктура пищевода-кишечного соустья, эндоскопическая дилатация стриктуры.

Проведены рентгенологическое и фиброэзофагоскопическое исследования функции пищевода-кишечного соустья на 9-12-е сут. у 43 больных, перенесших гастрэктомию. Установлено, что анастомозит возникает в 5,69% случаев; при этом частота данного осложнения при наложении соустья ручным способом составила в среднем 4,76%, а при использовании электрохирургического метода – в среднем 6,73% ($p > 0,05$). Клинические проявления анастомозита: дисфагия, чувство тяжести в эпигастриальной области, тошнота, срыгивание принятой пищи. В комплексную терапию анастомозита целесообразно включать внутривенное введение гидрокортизона в дозе 75-100 мг 2 раза в сутки. Длительность консервативного лечения 5-7 дней. Рубцовый стеноз пищевода-кишечного анастомоза наблюдался у 9 (3,2%) больных, перенесших гастрэктомию. У 7 из 9 больных это осложнение развилось после использования сшивающих аппаратов (ПКС-25 и СПТУ) и у 2 – после эзофагоэюностомии и у 1 – после эзофагодуденостомии ручным способом. По поводу рубцового стеноза анастомоза оперировано 3 больных (резекция стриктуры у 1, пластическое расширение стриктуры у 2), у 6 проведена эндоскопическая дилатация.

V.E. VOLKOV, S.V. VOLKOV

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ANASTOMOSITIS AND BENIGN STRICTURE OF THE ESOPHAGOJEJUNAL ANASTOMOSIS IN PATIENTS AFTER TOTAL GASTRECTOMY

Key words: anastomositis, total gastrectomy, benign stricture of esophagojejunal anastomosis, endoscopic dilation of the stricture.

Roengenologic and fibroesophagoscopy examinations of the esophagojejuno anastomosis on the 9-12 day after total gastrectomy were performed in 43 patients. It was revealed that anastomositis occurred in 5,69% of cases; the rate of anastomositis using traditional hand sewn technique was 4,76%, while using the technique named after Sigal – 6,73% ($p > 0,05$). The symptoms of esophagitis were the following: dysphagia, heaviness and fullness in the epigastrium, nausea, regurgitation of the swallowed food. The multi-level therapy of esophagitis should expediently include I.V. hydrocortisone 75-100 mg twice a day. The duration of treatment is 5-7 days. Benign stricture of anastomosis occurred in 9 (3,2%) patients after total gastrectomy. Of 9 patients in 7 it occurred after stapled technique using PKS25 and SPTU staples. In 2 patients it occurred after esophagojejunostomy and in 1 patient after esophagoduodenostomy hand sewn techniques. Three patients with benign strictures were operated (resection of the stricture in 1 patient, stricture plasty in 2). Endoscopic dilation was performed in 6 patients.

Одним из редких, но довольно серьезных, осложнений гастрэктомии является анастомозит. Под этим осложнением понимается развитие у больных в послеоперационном периоде воспалительного процесса в тканях пищевода-кишечного анасто-

моза. До настоящего времени многие вопросы, касающиеся анастомозита, остаются нерешенными. Это касается не только частоты развития анастомозита, но и особенностей клинического течения, ранней диагностики, профилактики и лечения этого осложнения.

К сожалению, в ряде работ, в том числе монографического плана, посвященных желудочной хирургии, анастомозит или вообще не упоминается, или приводятся единичные наблюдения. Так, в монографии [3] в серии из 150 больных, перенесших операции по поводу рака желудка с расширенной лимфаденэктомией, анастомозит отмечен лишь в одном случае. В то же время Н.М. Кузин полагает, что анастомозит в зоне пищеводно-кишечного соустья развивается практически у каждого больного, перенесшего гастрэктомию [1]. Давыдов М.И. и соавт. на 104 гастрэктомии с лимфодиссекцией в объеме D2 наблюдали развитие анастомозита у 3 (2,9%) пациентов [2].

В литературе последних трех-четырех десятилетий внимание исследователей было сосредоточено на причинах сужения пищеводно-кишечного анастомоза, среди которых иногда указывался и анастомозит. Было замечено, что чаще всего сужение пищеводного соустья происходит во время операции вследствие грубого наложения швов, захватывания в шов большого массива тканей. При технически правильном наложении анастомоза это осложнение не должно встречаться. Механическое сужение пищеводно-кишечного анастомоза всегда выявляется в первые дни после операции с первыми глотками воды пациентом. Если такая ранняя дисфагия не проходит после применения атропина, то сомнений в сужении анастомоза не должно возникать. Развитие в дальнейшем рубцового стеноза зависит от воспалительных изменений в зоне анастомоза [1].

Следует учитывать, что сужение пищеводно-кишечного анастомоза у больных после гастрэктомии возникает от технических ошибок и погрешностей во время операций, а также от осложнений, возникших в послеоперационном периоде. К ним относятся: 1) отсутствие шва слизистых оболочек анастомозируемых органов; 2) сужение анастомоза неправильно наложенными или стягивающими просвет швами; 3) закрытие свища при несостоятельности швов анастомоза; 4) нерадикальность операции, когда линия разреза проходит через пораженные раковой инфильтрацией ткани; 5) выраженные явления анастомозита и эзофагита и др. Касаясь механизма задержки продвижения контрастной взвеси через пищеводно-кишечный анастомоз, М.З. Сигал и Ф.Т. Азметзянов, указывают, что кроме спастического компонента немаловажную роль играют воспалительные явления в зоне анастомоза [4]. Этим можно объяснить тот факт, что в раннем послеоперационном периоде контрастная взвесь проходит через анастомоз узкой струей, а позже, по мере ликвидации воспалительных явлений, — широкой струей. Указывается, что возникновение спазма в зоне анастомоза обусловлено нарушением иннервации в результате пересечения блуждающих нервов.

По мнению Н.М. Кузина, чем больше выражены воспалительные изменения в зоне пищеводно-кишечного анастомоза, тем спазм более выражен. Возникающий в первые дни после гастрэктомии спазм в области пищеводного соустья обычно устраняется препаратами атропина [1].

Нами было проведено изучение функции пищеводно-кишечного соустья на 9-12-е сут. после операции у 43 больных, из которых у 21 анастомоз был наложен ручным способом и у 22 пациентов электрохирургическим способом по методу М.З. Сигала. Из этого количества больных у 25 наблюдались клинические симптомы анастомозита и у 18 их не отмечалось. У больных были проведены рентгенологическое и фиброэзофагоскопическое исследования. У всех 25 больных с клиническими симптомами анастомозита диагноз этого осложнения был подтвержден рентгенологически и эндоскопически. У 11 больных из 25 пищеводно-кишечный анастомоз был наложен ручным способом и у 14 — электрохирургическим методом. У остальных

18 больных, у которых рентгенологическое и эндоскопическое исследования были выполнены с целью контроля функции пищеводно-кишечного анастомоза, патологии не выявлено. Исследования показали, что частота анастомозита в зоне пищеводно-кишечного соустья возникает в 5,69% случаев; при этом частота данного осложнения при наложении соустья ручным методом составила 4,76%, а при использовании электрохирургического метода – 6,73%. Разница средних значений в обеих группах статистически незначима ($p > 0,05$).

Клиническая картина анастомозита достаточно характерна. У больного, перенесшего гастрэктомию, на 7-10-й день (реже позднее) начало кормления омрачается дисфагией, чувством тяжести в эпигастральной области, тошнотой и срыгиванием принятой пищи.

Распознавание нарушения эвакуации в области пищеводно-кишечного анастомоза не представляет трудностей. Диагноз подтверждается при рентгенологическом и фиброэзофагоскопическом исследованиях, позволяющих установить нарушение эвакуации водорастворимого контраста или бариевой взвеси в области пищевода анастомоза, выявить визуально наличие отека, гиперемии и точечных кровоизлияний в соустье, резкое сужение диаметра просвета пищевода в этой зоне.

Анастомозит требует, как правило, проведения комплексной противовоспалительной терапии, включая внутримышечное или внутривенное введение гидрокортизона в дозе 75-100 мг 2 раза в сутки в течение 3-5 дней, перевод больного на парентеральное питание, назначение спазмолитических средств (но-шпа, папаверин и др.), внутрипищеводной низкоинтенсивной лазерной терапии и др. Длительность консервативного лечения составляет обычно 5-7 дней, и оно оказывается в большинстве случаев эффективным.

Сужение пищевода после операции нередко может быть обусловлено несостоятельностью швов анастомоза. Однако у некоторых больных сужение анастомоза может развиваться при отсутствии недостаточности швов пищевода соустья. Это связано, по-видимому, с индивидуальной склонностью организма к гиперпластическим процессам. Бесспорным является тот факт, что каждый анастомоз подвергается рубцеванию, но иногда этот процесс может стать причиной тяжелого осложнения – формирования рубцовой стриктуры пищеводно-кишечного соустья. К рубцовым стриктурам следует относить случаи, когда нарушение прохождения пищи по пищеводу наступает при ширине соустья, диаметр которого меньше 1/3 просвета пищевода.

Рубцовые стенозы пищевода нами наблюдались у 9 (1,06%) из 846 больных, перенесших гастрэктомию. Больные были в возрасте от 35 до 56 лет: мужчин было 7, женщин – 2. Из 9 больных у 7 это осложнение возникло после гастрэктомии с использованием сшивающих аппаратов (у 5 – после применения ПКС-25 и у 2 – после применения СПТУ) и у 2 больных (у 1 – после эзофагоэюностомии и у 1 – после эзофагодуденостомии) после наложения соустья ручным способом. У 8 больных сужение пищевода образовалось и протекало на фоне рефлюкс-эзофагита. Анализ полученных нами результатов показал, что после наложения пищевода соустья ручным методом рубцовый стеноз возникает в среднем в 1,6%, а при применении сшивающих аппаратов – в 2,8% случаев.

N.A. Andreolo и соавт. на 300 тотальных гастрэктомий наблюдали развитие стеноза пищеводно-кишечного анастомоза в 1,3% случаев [6].

Для рубцовых стенозов пищевода характерны следующие симптомы: дисфагия, болевые ощущения за грудиной или эпигастрии, срыгивание и похудание.

Информативным методом в диагностике рубцового пищеводно-кишечного анастомоза является рентгенологическое исследование. При использовании этого метода удается выявить три типа сужения соустья: парусовидное, коническое и деформиро-

ванное. Эти изменения встречаются при использовании как ручного, так и шва аппаратами ПКС-25 и СПТУ. Следует указать, что диаметр суженного соустья может быть самым различным, вплоть до полной непроходимости пищевода – до 1-2 мм. Протяженность суженного участка в большинстве случаев достигает 1 см и менее. Длительно существующая стриктура приводит к супрастенотическому расширению пищевода.

В ранней диагностике рубцового сужения пищеводного соустья наиболее информативным методом является фиброэзофагоскопия. Эзофагоскопия при рубцовом стенозе пищеводного соустья, особенно при подозрении на рак, должна завершаться биопсией.

Из 9 наблюдаемых больных I степень сужения пищеводного соустья отмечена у 2, II степень – у 4, III степень – у 3. Выделение трех степеней сужения анастомоза позволяет планировать лечение и определять степень тяжести состояния больного.

Следует указать, что сужение анастомоза наполовину диаметра пищевода клинически в большинстве случаев не проявляется, если при этом отсутствуют явления эзофагита. Тяжесть течения стенозов и клиническая картина этого осложнения обычно не зависят от метода наложения анастомоза, хотя следует при этом учитывать, что при механическом шве аппаратом ПКС-25 несколько чаще наблюдаются случаи развития рубцового сужения пищеводного соустья, что связано с техническими недостатками в конструкции этого аппарата [1, 3 и др.].

Сформировавшийся и длительно существующий рубцовый стеноз требует в основном хирургического лечения. Однако при этой патологии следует считать оправданным использование бужирования или эндоскопической дилатации. При стойких рубцовых стриктурах нередко используется метод наложения обходного эзофагоэноанастомоза. Однако эта операция травматична и часто требует комбинированного торако-абдоминального доступа. Наиболее радикальным методом устранения рубцовой стриктуры является пластическое расширение ее или резекция участка сужения. Из 9 наблюдаемых нами больных с рубцовыми стриктурами пищеводно-кишечного соустья было оперировано 3 больных: одному из них произведена резекция участка сужения пищевода с последующим наложением анастомоза сшивающим аппаратом СПТУ, двум больным было произведено пластическое расширение стриктуры. У остальных 6 больных проведено лечение с использованием метода эндоскопической дилатации.

Литература

1. Выбор оптимального варианта реконструктивного этапа гастрэктомии / Н.М. Кузин, О.С. Шкроб, Л.В. Успенский и др. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. 1992. № 3. С. 40-43.
2. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Полоцкий Б.Е. Современная хирургия рака желудка: от D 2 к D 3. // IX Российский онкологический конгресс: материалы конгресса. М., 2005. С. 41-43.
3. Петерсон Б.Е. Рак проксимального отдела желудка. М.: Медицина, 1972. 216 с.
4. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Т. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань: Тат. кн. изд-во, 1991. 360 с.
5. Цацаниди К.Н., Богданов А.В. Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы. М.: Медицина, 1969. 170 с.
6. Andreollo N.A., Lopes L.R., Coeho Neto J. Postoperative complications after total gastrectomy in the gastric cancer. Analis of 300 patients // ABCD-Arq. Cir. Dig. 2011. Vol. 24, № 2. P. 126-130.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ. См. с. 351.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 352.
