

© М.П.Королев, Е.Ф.Никитина, 2008
УДК 616.33-089.873-072.1

М.П.Королев, Е.Ф.Никитина

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКА, РЕЗЕЦИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра общей хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. М.П.Королев) ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия Росздрава»

Ключевые слова: язвенная болезнь, резецированный желудок, эндоскопия.

Введение. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки относится к числу широко распространенных заболеваний. У 50–60% больных развиваются осложненные формы язвенной болезни [1, 6]. Послеоперационные осложнения после резекции желудка при язвенной болезни составляют от 5 до 38% [3, 4, 7]. Послеоперационная летальность при оперативном лечении осложненной язвенной болезни составляет от 8 до 15% [6]. Использование в клинической практике современных эндоскопов значительно расширило возможности метода, позволило визуально следить за процессами, протекающими в желудке в ближайшие и отдаленные сроки после операции, своевременно диагностировать постгастрорезекционные осложнения, а также применять при этом ряд лечебных мероприятий [2, 5, 8, 9].

Цель нашего исследования — изучение возможности эндоскопии в диагностике и коррекции постгастрорезекционных осложнений.

Материал и методы. Мы проанализировали результаты лечения 284 больных с постгастрорезекционной патологией, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни за период с 1999 по 2006 г. Мужчин было 221, женщин — 63 человека. В процессе обследования больных все постгастрорезекционные осложнения разделены на ранние и поздние. В нашей клинике принят следующий алгоритм обследования больных при развитии постгастрорезекционных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Алгоритм обследования больного при нарушении эвакуации из культи желудка: 1) УЗИ органов брюшной полости позволяет диагностировать наличие инфильтратов и абсцессов в области культи желудка, а также развитие острого панкреатита; 2) рентгенологическое обследование позволяет определить характер и уровень нарушения эвакуации из культи желудка. Желательно при рентгенологическом исследовании использовать водорастворимое контрастное вещество. Использование бариевой взвеси затрудняет выполнение эндоскопии непосредственно после рентгенологического исследования; 3) эндоскопическое обследование позволяет установить причину эвакуаторных нарушений.

Алгоритм обследования больных с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение: 1) оценка клинических проявлений (гипотонии, выделения крови в виде рвоты или мелены, снижение показателей красной крови); 2) выполнение экстренной эндоскопии у больных с кровотечением независимо от сроков после операции.

Результаты и обсуждение. Ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 51 больного (табл. 1).

Анастомозиты отмечались у 18 больных. При эндоскопическом осмотре определялись сужение просвета анастомоза, выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки культи желудка в зоне анастомоза. Эндоскоп практически всегда удается провести через анастомоз.

Причиной воспалительного инфильтрата в зоне анастомоза являются уже имеющиеся изменения в окружающих тканях на фоне язвенного процесса, послеоперационный инфильтрат, который обусловлен техническими погрешностями во время операции, а также послеоперационный панкреатит.

Таблица 1

Ранние послеоперационные осложнения

Осложнения	Число обследованных	Средний возраст, лет	М	Ж
Эвакуаторные нарушения:				
анастомозит	18	41,2	16	2
воспалительный инфильтрат в области анастомоза	5	40,6	5	0
панкреатит	4	39,4	4	0
технические погрешности при формировании анастомоза	2	40,1	2	0
Кровотечения:				
острые язвы	3	39,3	1	2
из линии анастомоза	3	41,2	2	1
из киля	1	38,3	1	0
острые эрозии	6	39,1	4	2
эзофагиты	5	40,8	3	2
Перитонит:				
несостоятельность культи желудка	1	38,2	1	0
несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки	2	39,4	2	0
несостоятельность ГЭА	1	41,5	1	0
Всего	51	40,2	42	9

Примечание. ГЭА — гастроэзофагеальный анастомоз.

Технические погрешности при формировании желудочно-кишечных анастомозов приводят к его сужению или полной непроходимости. В наших наблюдениях данная патология была связана с сужением гастроэнтероанастомоза (ГЭА) до 1 см у одного больного, а у другого — грубое формирование ГЭА привело к нарушению эвакуации и отводящую петлю.

Несостоятельность желудочно-кишечного анастомоза, культи двенадцатиперстной кишки или желудка выявлены у 4 больных. При УЗИ выявлена жидкость в области культи двенадцатиперстной кишки. Произведены релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости, ушивание дефектов у 3 больных. У одного больного диагностирована несостоятельность швов в области киля культи желудка на 8-е сутки после операции. При УЗИ брюшной полости выявлено отграниченное скопление жидкости под левой долей печени. Было выполнено дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ. Все больные поправились.

Эндоскопическое пособие при ранних послеоперационных осложнениях, связанных с нарушением эвакуации из культи желудка (26 больных), заключалось в следующем: проводили тонкий назоеюнальный, назоудоденальный полихлорвиниловый зонд за линию анастомоза.

Методика. Проведение параллельно эндоскопу, по биопсионному каналу или по струне-направителю. Мы предпочитаем проводить зонд по

струне-направителю. Эта методика позволяет провести зонд необходимого диаметра. При сужениях анастомоза (технические погрешности) выполнялась баллонная дилатация последнего, которая дополнялась противовоспалительной терапией. Всем больным выполнялось орошение или обкалывание зоны анастомоза лекарственными препаратами, уменьшающими отек и воспаление, рентгенотерапия на область анастомоза. До купирования эвакуаторных расстройств больные получали энтеральное питание через проведенный зонд, благодаря чему удалось избежать повторных операций.

Эндоскопическая остановка кровотечения в ранние сроки после операции произведена 13 больным. При кровотечении из анастомоза или киля культи желудка выполнялись клипирование и электрокоагуляция (7 больных), при кровотечении из эрозий — орошение капрофером (2 больных), при эрозивно-язвенном эзофагите — орошение капрофером, клипирование, электрокоагуляция (4 больных). Во всех случаях удалось достигнуть стойкого гемостаза и избежать повторных операций.

Поздние постгастрорезекционные осложнения делятся на функциональные, органические и смешанные (табл. 2). Всего обследовано 233 больных, у которых были диагностированы следующие постгастрорезекционные осложнения. После резекции желудка прошло не менее 1 мес.

Таблица 2

Поздние пострезекционные осложнения

Осложнения	Число больных	Средний возраст, лет	М	Ж
Стеноз ГЭА, ГДА	14	43,0	11	3
Пептическая язва ГЭА (осложнённые кровотечениями)	33 (11)	42,3 (40,2)	32 (9)	1 (2)
Рецидив язвы в культе желудка	7	41,6	7	0
Синдром приводящей петли	5	40,3	4	1
Синдром отводящей петли	8	40,0	6	2
Демпинг-синдром	19	41,3	11	8
Гастрит культи	78	39,1	55	23
Анастомозит	23	42,0	16	7
Дуоденит	31	38,7	17	14
Эзофагит	11	43,1	9	2
Всего	233	40,9	169	64

Примечание. ГДА — гастродуоденальный анастомоз.

При эндоскопии гастрит культи выявлен у 78 пациентов с поздними осложнениями; пептическая язва гастроэнтероанастомоза — у 33, а стеноз желудочно-кишечного анастомоза — у 14 больных.

Нарушения эвакуации в поздние сроки, вызванные стенозом гастроэнтероанастомоза у 14 пациентов, корригировались эндоскопическим бужированием у 7 больных, дилатацией — у 4, рассечением зоны анастомоза — у 3 больных. Эндоскопическое лечение анастомозита в поздние сроки после операции заключалось в удалении лигатур, поддерживающих воспаление в зоне анастомоза. Пройодимость анастомоза восстановлена, все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии. Лечение пептических язв гастроэнтероанастомоза проводилось обкалыванием препаратом «Галавит» и назначением трехкомпонентной противоязвенной терапии у 33 больных. У 11 больных пептическая язва осложнилась кровотечением. С помощью эндоскопического клипирования достигнут стойкий гемостаз. Продолжено консервативное противоязвенное лечение с дальнейшим рубцеванием язвы. Двое — были прооперированы по поводу пенетрации в поджелудочную железу, двое — перфорации язвы.

Выводы. 1. Эндоскопия позволяет в ранний и поздний послеоперационный периоды после резекции желудка диагностировать большинство осложнений.

2. При развитии таких послеоперационных осложнений, как кровотечение, нарушение эвакуации из культи желудка, эндоскопия является методом выбора при их лечении.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П., Рыбкин А.К. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. — СПб.: Человек, 2002. — 48 с.
2. Кузьмин-Крутецкий М.И., Глушков Н.И., Успенская А.Р., Лебедев Н.Н. Эндоскопия оперированного желудка. — СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2001. — 40 с.
3. Панцирев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка. — М.: Медицина, 1973. — 328 с.
4. Панцирев Ю.М., Михлев А.И., Федоров Е.Д., Кузеев Е.А. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений // Хирургия. — 2000. — № 3. — С. 21–25.
5. Савельев В.С., Буянов В.М., Лукомский Г.И. Руководство по клинической эндоскопии. — М.: Медицина, 1985. — 543 с.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 376 с.
7. Baron J.H. Peptic ulcer // Mt. Sinai J. Med. — 2000. — Vol. 67. — P. 58–62.
8. Hogstrom H., Lannerstad O. Results of elective surgery for recurrent ulcer // Ann. Chirug. Gynec. — 1984. — Vol. 73, № 5. — P. 245–248.
9. Inadomi J.I., Koch J.M., Cello J.P. Long-term follow-up of endoscopic treatment for bleeding gastric and duodenal ulcer // Amer. J. Gastroenterol. — 1995. — Vol. 90. — P. 1065–1068.

Поступила в редакцию 20.03.2008 г.

M.P.Korolev, E.F.Nikitina

ENDOSCOPIC DIAGNOSIS AND CORRECTION OF PATHOLOGY OF THE STOMACH RESECTED FOR ULCER DISEASE

The authors present an analysis of endoscopic investigations in 284 patients after resection of the stomach. Early postoperative complications were found in 51 patients, of the stomach in 233 patients. Evacuatory disorders — in 26 patients, hemostasis in 13, peptic ulcers in 11 patients were liquidated endoscopically. In 3 patients with incompetent gastroenteroanastomosis relaparotomy was fulfilled.