Е.В. Кривигина, Г.Ф. Жигаев, Е.Ю. Лудупова

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, Улан-Удэ

В данном обзоре литературы приведены данные о возможных осложнениях, развивающихся после резекции желудка, роли эндоскопических методов в диагностике и лечении этих осложнений. Необходим комплексный подход к диагностике и лечению как ранних, так и поздних постгастрорезекционных осложнений.

Ключевые слова: осложнения после резекции желудка, диагностика, лечение

ENDOSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF POSTGASTRECTOMY COMPLICATIONS (LITERATURE REVIEW)

E.V. Krivigina, G.F. Zhigaev, E.J. Ludupova

Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude
Buryat Branch SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude

In the given review of the literature the data on possible complications developing after a resection of a stomach, a role of endoscopy methods in diagnostics and treatment of these complications are resulted. The complex approach to diagnostics and treatment of both early and late postgastroresection complications is necessary.

Key words: complications after a resection of a stomach, diagnostics, treatment

Внедрение в клиническую практику современных эндоскопических методов значительно расширило возможности эндоскопии, позволило визуально следить за процессами, протекающими в желудке в ближайшие и отдаленные сроки после операции, применять при этом ряд лечебных мероприятий. Вопрос о показаниях к гастроскопии в ранние сроки после операции до последнего времени остается нерешенным. Одни авторы считают, что исследование показано в неотложном порядке при любом отклонении в течении после операционного периода [3, 8]. Другие авторы сообщают, что показания к проведению фиброгастроуденоскопии (ФГДС) в раннем послеоперационном периоде возникают у 7–8 % больных [14].

Гастроуденоскопия в раннем послеоперационном периоде усложняется вследствие изменившихся анатомических соотношений осматриваемых органов, опасности при раздувании культи желудка, наличия большого количества слизи и в ряде случаев желудочного содержимого.

Частым осложнением в раннем периоде после резекции желудка является нарушение эвакуации желудочного содержимого, обусловленное парезом кишечника или механической непроходимостью анастомоза [2, 6, 9, 10, 18]. По данным [5, 15, 21] эти нарушения встречаются у 62 % больных, оперированных на желудке. Несмотря на то, что клинические проявления нарушения моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка довольно характерны: давящие боли в эпигастрии, срыгивание, а затем повторяющиеся рвоты, приносящие облегчение.

Различают три группы данных нарушений: 1) функциональные — атония желудка, гастростаз; 2) органические — анастомозит, технические по-

грешности удаления язвы, экстраорганные изменения, нарушающие гастроэнтеральный пассаж; 3) сочетанные [7, 20, 22]. Наиболее часто встречаются эвакуаторные расстройства функционального характера (62–65,4 %), особенно у больных, оперированных по поводу стеноза выходного отдела желудка (29,7 %) или при наличии двух и более одновременных осложнений (34,3 %). Частота нарушений желудочной эвакуации с явлениями гастростаза возрастает с увеличением объема резекции: при резекции 1/2 желудка гастростаза отмечаются у 14,6 % больных, а 2/3 — 27,7 % [1, 4, 19].

Нарушение эвакуаторной функции, вызванное анастомозитом, чаще отмечается в группе больных, оперированных по поводу осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (8,7 %) и сочетанной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (12,5 %), в сравнении с пациентами, оперированными по поводу язвенной болезни желудка (7,5 %) [17, 22, 23]. В зависимости от шовного материала анастомозит развивается в 60,3 % случаев [12, 13].

При явлениях анастомозита комплекс лечебных мероприятий начинают с консервативных методов, включающих в себя и эндоскопические. В первую очередь, независимо от степени анастомозита, производят декомпрессию культи желудка путем постановки назогастрального зонда. Эта процедура необходима для профилактики таких осложнений, как прорезывание лигатур и кровотечения, которые могут возникнуть из-за перерастяжения культи желудка [12]. При анастомозитах средней и тяжелой степени главной задачей эндоскопического лечения является восстановление нормальной проходимости зоны анастомоза. Для осуществления

этого проводится бужирование зоны анастомоза эндоскопом. Противопоказанием к бужированию служат выраженные дефекты слизистой оболочки шва анастомоза, неясный генез непроходимости [3, 7, 14]. Для уменьшения явлений воспаления в зоне желудочно-кишечного соустья через эндоскоп проводится местное противовоспалительное воздействие на зону анастомоза. В случае неэффективности перечисленных мероприятий через эндоскоп производится заведение катетера за зону анастомоза для осуществления питания больного.

Наиболее опасным осложнением после операции на желудке является несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза и культи двенадцатиперстной кишки. При несостоятельности швов образуется инфильтрат в этой области, который сдавливает приводящую петлю и не позволяет желчи и панкреатическому соку свободно попадать в культю желудка. Возникает высокое давление выше места сдавливания. Некоторые авторы для уменьшения давления в культе двенадцатиперстной кишки во время операции проводят назогастральный зонд через анастомоз в приводящую петлю и в течение нескольких дней аспирируют содержимое. Постановка зонда в приводящую петлю с помощью эндоскопа при несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки и в отводящую при несостоятельности гастроэнтероанастомоза позволяет снять гипертензию в кишке и культе желудка, предупреждает поступления желчи, панкреатического и желудочного сока в свободную брюшную полость, создает благоприятное условие для заживления дефекта в шве [6, 15].

Желудочно-кишечные кровотечения в ближайшие часы и сутки после резекции желудка являются серьезными осложнениями. Исключительно важным становится своевременная топическая диагностика источника кровотечения и возможность консервативными мероприятиями осуществить его остановку. Таким образом, подозрение на внутреннее кровотечение после операции на желудке является прямым показанием для проведения неотложной гастроскопии [3, 14].

Продолжаются поиски новых эффективных методов лечения больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Современные эндоскопические аппараты и инструменты открывают в этом направлении новые возможности. Окончательную остановку кровотечения различными эндоскопическими методами: инъекционными, аппликационными, электрокоагуляционными — дополняют клипированием с помощью ротационного клипатора, а также аргоноплазменной коагуляцией. Безуспешность эндоскопического метода в поиске источника кровотечения и местного гемостаза служит показанием к релапаротомии.

Все больные, перенесшие операцию на желудке, подвергаются диспансерному наблюдению, которое предусматривает контрольные эндоскопические осмотры через 3 — 4 месяца после операции. При условии гладкого послеоперационного течения больным проводятся ежегодные профи-

лактические эндоскопические осмотры: выявление рецидивов язв, оценка состояния анастомоза, выявление воспалительных изменений пищевода, желудка, своевременное выявление рака культи желудка [11, 17, 23, 24].

На основании программированных динамических эндоскопических исследований оперированного желудка О.А. Чибис (1986) установил, что в течение 6 — 12 месяцев происходит расправление тканей, инвагинированных в просвет анастомоза, выпрямление «шпоры» Финстерера. В результате адаптации желудочно-кишечного тракта к резекции желудка расширение внутреннего диаметра анастомоза через год после операции стабилизируется и становится примерно равным наименьшей ширине операционного разреза на стенках желудка и кишки. Исключения составили отдельные наблюдения стриктур анастомоза, обусловленных гнойно-деструктивным процессом в соустье (3,7%), лигатурными свищами (2,1%), пептической язвой (0,8%).

К наиболее частым осложнениям после резекции желудка, встречающимся в отдаленном послеоперационном периоде, относятся пептические язвы, гастрит культи желудка, рубцовые деформации и сужения гастроэнтероанастомоза. Получаемые при визуальном исследовании данные позволяют у большинства больных пептическими язвами определить или хотя бы заподозрить механизм их возникновения.

До последнего времени медикаментозная терапия больных с данной патологией считалась совершенно бесперспективным мероприятием. Однако правильно проведенное консервативное лечение в условиях хирургического стационара в ряде случаев приносит пациентам облегчение, является важным аргументом в обсуждении вопроса о показаниях к операции и, наконец, оно имеет важное значение как предоперационная подготовка [2, 25]. Некоторые авторы получили хорошие результаты в лечении пептических и рецидивных язв блокаторами H₂-рецепторов желудка и ингибиторами протонной помпы.

Некоторые авторы указывают на необходимость антибактериальной терапии после резекции желудка в случаях клинически значимого гастрита культи желудка, при явлениях анастомозита, когда их развитие сопровождается доказанным наличием в слизистой оболочке *Helicobacter pylori*. Обязательным считается проведение антихеликобактерного лечения при язвах области анастомоза и культи желудка в том случае, когда подтверждается положительный НР-статус пациента. В связи с тем, что язвы культи желудка и зоны анастомоза, как правило, развиваются на фоне сохраненной секреции соляной кислоты, назначаемые терапевтические схемы соответствуют традиционным, применяемым для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки [8, 11].

Для лечения пептических язв в комплекс консервативного лечения может быть включена эндоскопическая медикаментозная блокада кислотопродуцирующей зоны желудка. «Эндоскопи-

ческая ваготомия» — это введение через эндоскоп химических веществ, избирательно разрушающих нервные сплетения, ответственные за иннервацию кислотопродуцирующей зоны желудка, в частности раствора этилового спирта. Кроме медикаментозной ваготомии при наличии пептических язв возможно применение лазеротерапии. Как и при анастомозитах, применяется терапевтический низкоэнергетический гелий-неоновый лазер [1, 9].

Наиболее часто встречаются желудочные кровотечения — от 5,4 % до 10,0 % [7, 26]. Источником этих кровотечений в большинстве случаев являются аррозированные желудочные артерии в пептической язве и, реже, сосуды тощей кишки. Раннее эндоскопическое исследование не только служит наиболее эффективным средством выявления причин кровотечения, но и дает возможность установить, продолжается оно, или наступил стабильный гемостаз, позволяющий в ряде случаев воздержаться от экстренной операции или даже склониться к консервативной терапии.

Эндоскопические методы гемостаза не предупреждают во всех случаях раннего рецидива кровотечения из пептической или рецидивной язвы и не влияют на тактику хирургического лечения, а позволяют лишь быстрее и адекватнее стабилизировать состояние больного.

Анализируя причины рубцовых сужений и деформаций гастроэнтероанастомоза авторы [2, 6] подчеркивают, что у 65 % больных сужение наступило вследствие неоднократного лечения гастрита культи и пептических язв анастомоза. У 6,5 % сужение сочеталось с демпинг-синдромом, у 9,7 % пациентов — с синдромом приводящей петли. Моторно-эвакуаторные нарушения культи желудка и непроходимость анастомоза являются показанием к эндоскопическому бужированию и баллонной дилатации [3, 15, 16]. Метод включал: удаление лигатур периметра соустья через эндоскоп для купирования воспаления в тканях по ходу шовного материала; дилатацию анастомоза различными диаметрами эндоскопа и пневмодилататором, установленном на дистальном конце аппарата; введение зонда за анастомоз в отводящую петлю тонкой кишки или двенадцатиперстную кишку с помощью эндоскопа для энтерального питания.

Как видно из вышеперечисленного сведения о диагностической и лечебной эндоскопии резервированного желудка по поводу язвенной болезни немногочисленны и однонаправлено решают какую-либо часть проблемы. Необходим комплексный подход к диагностике и лечению как ранних, так и поздних постгастрорезекционных осложнений с использованием эндоскопических методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадуров Б.Ш. Резекция желудка по Ру, показания к операции, ближайшие и отдаленные результаты: Дис. ... докт. мед. наук / Б.Ш. Бадуров. — М., 1995. — 248 с.
2. Барамидзе Г.Г. Диагностика, профилактика и лечение заболеваний желудка, развивающихся

после хирургического вмешательства по поводу язвенной болезни: Дис. ... докт. мед. наук / Г.Г. Барамидзе. — М., 1993. — 257 с.

3. Бершаденко Д.Д. Эндоскопическое исследование желудка у больных с постгастрорезекционными синдромами / Д.Д. Бершаденко, А.С. Гусев // Хирургия. — 1977. — № 1. — С. 111—118.

4. Буинов Б.Б. Значение объема и метода резекции желудка при язвенной болезни для исхода лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б.Б. Буинов. — Иркутск, 1980. — 21 с.

5. Витебский Я.Д. Патогенез, профилактика и оперативное лечение постгастрорезекционных синдромов / Я.Д. Витебский. — Челябинск, 1984. — 150 с.

6. Гервазиев В.Ю. Анастомозит после резекции желудка по Бильрот-II с поперечным гастроэнтероанастомозом / В.Ю. Гервазиев, В.Г. Лубянский, В.А. Марков // Вестник хирургии. — 1992. — Т. 148, № 2. — С. 221—225.

7. Горбашко А.И. Способ лечения демпинг-синдрома после резекции желудка по Бильрот-I / А.И. Горбашко // Вестник хирургии. — 1988. — Т. 140, № 4. — С. 133—136.

8. Данищук И.В. Демпинг-синдром и дуоденогастральный рефлюкс после хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки: Дис. ... канд. мед. наук / И.В. Данищук. — М., 1988. — 175 с.

9. Закашанский И.Г. Диагностика и лечение анастомозитов после резекции желудка / И.Г. Закашанский, М.П. Гальперин, И.Д. Струганский // Хирургия. — 1979. — № 2. — С. 80—83.

10. Закиров Д.В. Оценка моторно-эвакуаторной функции органов желудочно-кишечного тракта у хирургических больных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.В. Закиров. — М., 1994. — 158 с.

11. Земляной А.Г. Рак культи желудка / А.Г. Земляной, С.Г. Гаврилов, А.И. Бугаев // Вестник хирургии. — 1990. — Т. 144, № 1. — С. 101—104.

12. Каншин Н.Н. Резекция желудка с анастомозом по Ру и использованием механических компрессионных швов / Н.Н. Каншин, С.И. Яковлев, К.А. Файнберг // Вестник хирургии. — 1987. — Т. 139, № 10. — С. 127—129.

13. Кузин Н.М. Дуоденогастральный рефлюкс у больных язвенной болезнью желудка в до- и послеоперационном периодах / Н.М. Кузин, А.В. Самохвалов, К.В. Лядов // Клиническая медицина. — 1985. — № 9. — С. 92—95.

14. Некрасов Л.П. Эндоскопическая оценка различных способов наложения анастомозов после резекции желудка / Л.П. Некрасов, Б.Н. Бабинов // Хирургия. — 1991. — № 3. — С. 83—85.

15. Никитина Е.Ф. Эндоскопия в диагностике и лечении постгастрорезекционных осложнений при язвенной болезни: Дис. ... канд. мед. наук / Е.Ф. Никитина. — СПб., 2008. — 115 с.

16. Хабурзания А.К. Морфофункциональные предпосылки развития рака культи желудка после резекции по Бильрот-II и Ру: Дис. ... канд. мед. наук / А.К. Хабурзания. — М., 1995. — 165 с.

17. Эвакуаторная функция желудка после его резекции по Ру / С.И. Папандопуло, Б.Ш. Бодуров, А.А. Литвинов, В.М. Логачев // Военный мед. журнал. — 1995. — № 3. — С. 44–46.
18. Aalykke C. The role of Helicobacter pylori in bleeding ulcer disease / C. Aalykke // Scand. Gastroenterology. — 1997. — Vol. 32, N 224. — P. 207–210.
19. Baron J.H. Peptic ulcer / J.H. Baron // Mt. Sinai J. Med. — 2000. — Vol. 67. — P. 58–62.
20. Blomgren L.G. Perforated peptic ulcer: long-term result after simple closure in the elderly / L.G. Blomgren // World J. Surg. — 1997. — Vol. 21, N 4. — P. 412–415.
21. Inadomi J.I. Long-term follow-up of endoscopy treatment for bleeding gastric and duodenal ulcer / J.I. Inadomi, J.M. Koch, J.P. Cello // Amer. J. Gastroenterology. — 1995. — Vol. 90. — P. 1065–1068.
22. Chung S.C. Risk of further ulcer complication after an episode of peptic ulcer bleeding / S.C. Chung, J.T. Lau // Brit. J. Surg. — 1996. — Vol. 83. — P. 840–849.
23. Goodwin C.S. Helicobacter pylori and duodenal ulcer / C.S. Goodwin, A. Gordon, V. Burke // Med. J. Austral. — 1990. — Vol. 153, Suppl. 2. — P. 66–67.
24. Hunt R.H. Peptic ulcer disease march / R.H. Hunt // Gastroenterology. Clin. North. Amer. — 1990. — Vol. 41, № 7. — P. 215–217.
25. Lain L.J. Bleeding peptic ulcer / L.J. Lain, W.P. Peterson // Engl. J. Med. — 1994. — Vol. 331. — P. 717–721.
26. Tyirlby R.S. Postoperative recurrent ulcer / R.S. Tyirlby // Gastroenterology. Clin. North. Amer. — 1994. — Vol. 23, N 2. — P. 295–311.

Сведения об авторах

Кривигина Елена Владимировна – к.м.н., врач-эндоскопист.

Жигаев Геннадий Федорович – профессор, д.м.н., заслуженный деятель науки РФ (670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24).

Лудупова Евгения Юрьевна – к.м.н., главный врач РКБ им. Н.А.Семашко.