

С.Б. Бутуханов, В.Е. Хитрихеев, Г.Ф. Жигаев, С.К. Хитрихеева

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПОСЛЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Разработанный авторами способ предотвращает развитие рецидивов кровотечения в отдаленные сроки после операции, обеспечивает благоприятное функционирование эзофагогастроудоденального комплекса.

Ключевые слова: резекция желудка, варикозное расширение вен

FUNCTIONAL STATE OF ESOPHAGOGASTRODUODENAL COMPLEX AFTER MODIFIED PROXIMAL GASTRIC RESECTION

S.B. Butukhanov, V.E. Khitrikheyev, G.F. Zhigayev, S.K. Khitrikheyeva

Buryat State University (Ulan-Ude)

The method suggested by the authors prevents relapses of hemorrhages in remote periods after operation and provides favourable functional esophagogastroduodenal complex.

Key words: stomach resection, varicose veins

Цель исследования — изучить функциональное состояние эзофагогастроудоденального комплекса после модифицированной проксимальной резекции желудка у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Наблюдению подвергли 21 пациента, перенесших проксимальную резекцию желудка с формированием жомно-клапанного аппарата в области гастроэзофагеального анастомоза. Разработанная операция предусматривала выполнение селективной проксимальной ваготомии, разобщение гастроэзофагеальных коллатералей, формирование искусственной кардии — мышечного жома и инвагинационного клапана в области анастомоза. Внепеченочная портальная гипертензия наблюдалась у 15 пациентов, внутripеченочная — у 6.

Показаниями к выполнению операции явились: неэффективность консервативной гемостатической терапии и продолжающееся кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода при наличии расширенных вен желудка или продолжающееся кровотечение из варикозно-расширенных вен желудка; наличие пищеводно-желудочного кровотечения в анамнезе; расширение вен пищевода II ст. с высокой степенью риска геморрагии и расширение вен проксимального отдела желудка более 0,5 см в диаметре; расширение вен пищевода III и IV ст. с умеренным и высоким риском кровотечения и расширение вен желудка более 0,5 см в диаметре; варикозное расширение вен желудка 0,7 см и более; стабильное состояние и компенсация печеночных функций (группа А).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение результатов применения операции проксимальной резекции желудка показало следующее. Клиническое течение раннего послеоперационного периода не было осложнено наличием дисфагии

на грубую или жидкую пищу. У всех пациентов при эндоскопии выявлено значительное уменьшение диаметра варикозно-расширенных вен пищевода. Визуальных признаков расширения вен культи желудка не определено ни у одного пациента. Пищеводно-желудочный переход у всех больных определялся сомкнутым, отмечался незначительный отек и гиперемия слизистой вблизи линии анастомоза и створок клапана (анастомозит 0 — 1 степени) у 15 (71,43 %) пациентов. Лишь у 3 (14,29 %) больных отмечен анастомозит 2 степени без нарушения проходимости анастомоза.

В ближайшие сроки после операции при эндоскопической ультрасонографии с помощью датчика с частотой 20 МГц определялись спавшиеся вены в подслизистом слое пищевода в средней трети от 1,8 до 3,2 мм, в нижней трети — от 2,5 до 4 мм. Толщина стенки вены и слизистой над ней достигала $1,0 \pm 0,1$ мм, что свидетельствовало об отсутствии риска кровотечения. Расширенные вены в проксимальном отделе желудка не определялись. При трансабдоминальной ультрасонографии во всех случаях регистрировался острый угол перехода пищевода в желудок.

При исследовании натошак остатки пищи зафиксированы у 5 (27,8 %) обследованных. При оценке желудка, заполненного жидкостью, в ранние и ближайшие сроки у 9 (50,0 %) выявлено нарушение эвакуации в связи со снижением тонуса стенок — очерченная площадь культи желудка SF у них составила 130 — 155 см².

При полипозиционном рентгенологическом исследовании пищевода и желудка с контрастной взвесью просвет пищевода был дилатирован, у 10 (47,6 %) пациентов прослеживалась поверхностная перистальтика. Желудок был умеренно дилатирован у всех пациентов. Проходимость пищеводно-желудочного перехода была уменьшена вследствие отека слизистой. Контраст поступал в желудок малыми порциями, при этом отмечалось раскрытие клапана до 13 — 15 мм в диаметре, после прохож-

дения порции контраста соустье полностью смыкалось. У всех пациентов в области дна желудка имелся газовый пузырь, на фоне которого отчетливо выявлялся клапан, в положении Тренделенбурга гастроэзофагеальный рефлюкс отсутствовал.

При исследовании секреторной функции желудка у 17 больных и сравнении этих показателей с показателями у 10 пациентов до операции, было отмечено повышение уровня базального рН в среднем на $1,9 \pm 0,3$. Сходная тенденция выявлена и при анализе стимулированной секреции. Ни у одного из обследованных пациентов в послеоперационном периоде не было выявлено гиперацидности как базальной, так и стимулированной секреции.

В отдаленные сроки эндоскопическое исследование у 15 больных показало отсутствие эзофагита, отсутствие признаков варикозного расширения вен пищевода отмечено у 12 (80%). Расширение вен пищевода 1 степени в сроки от 3 до 8 лет развилось у 3 (20%) больных. Створки клапана у всех были сомкнуты, при введении воздуха раскрывались до 16–19 мм, тубус эндоскопа проходил в культю желудка без усилия, воспалительно-дистрофических изменений в области анастомоза не отмечалось.

При эндоскопической ультрасонографии у 3 (20%) пациентов определялись расширенные вены до 4 мм в диаметре, толщина стенки вены и слизистой над ней в области пищевода была от 0,9 до 1,1 мм. В желудке у 2 (13,3%) больных лоцировались вены до 2,5 мм в диаметре. Толщина тканей над венами была не менее 1,4 мм. При сканировании зоны анастомоза толщина стенки пищевода не превышала 5,3 мм. В области инвагинационного клапана определялись 13 слоев тканей. Толщина внутреннего мышечного слоя составляла $2,6 \pm 0,1$ мм; толщина наружного мышечного слоя – $2,6 \pm 0,1$ мм, общая толщина инвагинационного клапана составляла $8,4 \pm 0,2$ мм.

При трансабдоминальной ультрасонографии через 2–3 месяца после операции ультразвуковые признаки отека мягких тканей отсутствовали, наружное сечение абдоминального отдела пищевода составляло 11–12 мм. При исследовании натошак у всех больных не были отмечены остатки пищи в культе. Полость характеризовалась наличием между стенками органа тонкой гипозоженной прослойки – слизи и секрета желудка. При заполнении культы жидкостью замедление моторно-эвакуаторной функции прослеживалось у 4 (36,4%) пациентов. Площадь SF у них была равна 125–130 см². Еще у 5 (45,4%) больных подобных изменений не наблюдали, SF определена в пределах нормальных значений – 100–120 см². У 2 (18,2%) отмечена ускоренная эвакуация вследствие функциональной несостоятельности привратника, площадь SF составила 70–95 см².

Просвет пилоруса при максимальном раскрытии у 9 (81,8%) больных составлял 5–15 мм, что свидетельствовало о полноценности структуры, у 2 (18,2%) превышал 15 мм, свидетельствуя о функциональной несостоятельности пилоруса. После раскрытия просвет смыкался полностью.

При изучении антродуоденальной координации гипокинетический вариант нарушений при

значении коэффициента более 0,33 выявлен у 5 пациентов, гиперкинез – у 1, сохраненная антродуоденальная координация – у 5. Транзит содержимого по ДПК во всех случаях не был нарушен.

Результаты контрольного рентгенологического исследования 10 больных в сроки от 1 года до 6 лет после операции показали, что пищеводно-желудочный переход у пациентов был свободно проходим, перистальтировал, раскрывался до 15–16 мм – у 6 (60,0%), до 17–18 мм – 4 (40,0%) больных, смыкался полностью. Культя желудка активно перистальтировала, эвакуация из нее была порционной, ритмичной. У всех больных хорошо выявлялся газовый пузырь в проксимальных отделах культы и клапан в виде инвагината высотой до 22 мм. В положении Тренделенбурга отмечалась хорошая арефлюксная функция клапана, активная перистальтика, порционное поступление бариевой взвеси в желудок. Гастроэзофагеальный рефлюкс отсутствовал.

При обследовании 11 пациентов в сроки от 1 до 12 лет уровень базальной желудочной секреции не имел достоверных различий с данными ближайших сроков. Отмечена тенденция к снижению уровня рН (кроме больных с анацидностью) по сравнению с ближайшими сроками в среднем на $0,2 \pm 0,03$. При стимуляции гистамином отмечена сходная тенденция к незначительному снижению рН по сравнению с ближайшим периодом.

При внутрижелудочной рН-метрии ни у одного из пациентов, обследованных в ближайшие и отдаленные сроки, не было зарегистрировано гастроэзофагеальных рефлюксов. Частота дуоденогастральных рефлюксов в отдаленные сроки – 5 (45,4%) из 11 пациентов – оказалась ниже по сравнению со сроками до 3 мес. после операции – 8 (47,1%) из 17 пациентов.

Полученные данные антродуоденальной манометрии подтверждают мнение о малом влиянии операции на моторику культы желудка, при сохранении достаточного ее объема, и ДПК. В то же время, практически по всем показателям сократительной деятельности у больных циррозом печени отмечается тенденция к отклонению от нормативов. Такие изменения могут быть обусловлены дистрофическими изменениями нервных клеток интрамуральных сплетений желудка и ДПК при тотальной гипертензии.

При пищеводной манометрии у 3 пациентов из 13 выявлено повышение внутрижелудочного давления, при этом ни у одного пациента не отмечено снижения среднереспираторного давления пищеводно-желудочного соустья менее 25 мм рт. ст., при сохраненных его клапанной и сфинктерной функциях.

Согласно результатам оценки качества жизни с помощью SF-36 у пациентов после операции проксимальной резекции желудка качество жизни выше, чем в группе больных получавших только консервативное лечение.

Таким образом, разработанный способ предотвращает развитие рецидивов кровотечения в отдаленные сроки после операции, обеспечивает благоприятное функционирование эзофагогастро-дуоденального комплекса.