

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМ КОРОТКИМ ПИЩЕВОДОМ**Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П.**ГОУ ВПО Первый Московский Государственный
Медицинский Университет им. И.М. Сеченова

УДК: 612.315:616-089

Резюме

Проанализированы и подвергнуты всестороннему анализу результаты хирургического лечения 90 больных с приобретенным коротким пищеводом с учетом основных патогенетических, патофизиологических факторов и механизмов развития при рефлюкс-эзофагите и грыже пищеводного отверстия диафрагмы. С критических позиций рассмотрены современные технологии, применяемые в лечении этой категории больных. На основании собственного опыта и полученных результатов установлено, что при укорочении пищевода I степени следует применять фундопликацию в модификации А.Ф. Черноусова. При укорочении пищевода II степени показана клапанная гастропликация. Показано, что при формировании лечебной тактики у больных с коротким пищеводом и рефлюкс-эзофагитом необходимо учитывать степень укорочения, тяжесть воспалительных и склеротических изменений в пищеводе, функциональный резерв пропульсивной моторики органа.

Ключевые слова: короткий пищевод, рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Хирургическое лечение больных с приобретенным коротким пищеводом остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем в хирургической гастроэнтерологии. Суть патологического процесса заключается в укорочении общей длины пищевода, что приводит к фиксации кардии над уровнем диафрагмы. В этой связи короткий пищевод всегда сочетается со скользящей грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и является осложнением длительно существующего рефлюкс-эзофагита [8, 11, 12, 18, 23, 27, 32]. Возможность формирования короткого пищевода вследствие рефлюкс-эзофагита с последующим изъязвлением и рубцеванием стенки пищевода хорошо подтверждается при ожогах кислотами и щелочами, при которых процесс формирования вторичного укорочения идентичен.

Кроме того, еще в 1932 году G. Bergmann предположил, что укорочение пищевода может являться результатом спастического сокращения продольного мышечного слоя пищевода, вследствие патологических рефлексов с блуждающего нерва, что было подтверждено позже в многочисленных экспериментах [13, 18, 27]. Причинами возникновения подобных рефлексов являются широко распространенные сопутствующие заболевания органов, иннервируемых блуждающими нервами (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчно-каменная болезнь, дивертикул пищевода и т.д.), которые диагностируют у 8–60% больных [9, 13, 15, 18, 27].

Симптомы рефлюкс-эзофагита (изжога, отрыжка, боль за грудиной, дисфагия), возникающие чаще при укорочении пищевода – выявляют у 30–65% населения развитых стран и являются одним из наиболее частых поводов обращения к врачу [4, 6–9, 18, 27–29, 31]. Кро-

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACQUIRED SHORT ESOPHAGUS**Chernousov A.F., Khorobrikh T.V., Vetshev F.P.**

The results of surgical treatment of 90 patients with acquired shortened oesophagus were analyzed and exposed to thorough investigations, taking into account the main pathogenetic, pathophysiological factors and mechanisms of development of reflux-oesophagitis and hiatal hernias. Modern technologies used in treating these patients were observed with a critical point of view. On the basis of personal experience and obtained results it was settled that at 1st stage shortening of the oesophagus it was logical to use the fundoplication modification by A.F. Chernousov. At 2nd stage shortening of the oesophagus the valvular gastroplication was indicated. It was shown that at formulating the tactics of treatment of the patients with shortened oesophagus and reflux oesophagitis it was necessary to take into account the stage of shortening, severity of inflammatory and sclerotic changes in the oesophagus, functional reserve and motility of the oesophagus.

Keyword: short oesophagus, reflux-oesophagitis, hiatal hernia

ме того, при коротком пищеводе нарушается функция нижнего пищеводного сфинктера и разрушается замыкательная функция кардии, что является предпосылкой для развития наиболее тяжелых осложнений длительно текущего рефлюкс-эзофагита – стриктуры пищевода, язвы пищевода, кровотечения, пищевода Барретта, аденокарциномы. В этих условиях самые современные схемы консервативной терапии, основанные на мощных антисекреторных и эрадикационных препаратах (длительное применение которых имеет немало побочных эффектов) обеспечивают лишь кратковременный симптоматический эффект и не предотвращают развития осложнений [7, 25, 27]. К тому же за последние десятилетия отмечен значительный рост заболеваемости аденокарциномой пищевода, возникающей в 10–20 % наблюдений на фоне пищевода Барретта [1, 5, 15, 24, 27, 28].

Оперативное вмешательство по мнению многих ведущих специалистов является наиболее эффективным методом лечения осложненного рефлюкс-эзофагита. Вместе с тем, неуклонно растет число больных с неудовлетворительными результатами после антирефлюксных операций на кардии. По данным литературы в 3–30 % наблюдений оперативное лечение оказывается неэффективным [2, 8, 11, 18, 20, 21, 28, 30, 32]. Широкий разброс полученных результатов во многом связан со множеством существующих на сегодняшний день методов антирефлюксной коррекции.

Рецидив рефлюкс-эзофагита и его симптомов после фундопликации описаны у 5–20% больных после операции из лапаротомного доступа, и у 6–30% больных после лапароскопической фундопликации [4, 16, 21, 27, 28, 30, 33]. К настоящему времени в свет вышло

большое число публикаций, касающихся результатов повторных операций после неудачного антирефлюксного вмешательства. Наиболее частыми проявлениями неэффективной антирефлюксной операции являются гастроэзофагеальный рефлюкс (30–60%) и дисфагия (10–30%), а так же комбинация рефлюкса и дисфагии (около 20%) [14, 20, 22, 27]. Недавно опубликованные проспективные рандомизированные исследования в восьми крупных медицинских центрах Италии, проводившиеся в течение двух лет, позволили интраоперационно диагностировать укороченный пищевод у 20% больных, рутинно подвергавшихся антирефлюксной операции. Именно не диагностированный короткий пищевод, по мнению авторов, является одной из ведущих причин возникновения послеоперационных осложнений [32].

Объединенные данные одиннадцати крупных клиник Европы свидетельствуют, что конверсия лапароскопической операции в открытую отмечена в 0–15% наблюдений, при этом чаще она приходится на первые 20–30 операций [28, 33]. Наиболее частыми причинами конверсии считают трудности в анатомической ориентации в области пищеводно-желудочного перехода, кровотечение (в т.ч. из коротких сосудов желудка), перфорацию полого органа (пищевода или желудка) и укороченный пищевод [7, 27, 28]. Так же, по мнению ряда авторов, если после адекватной мобилизации пищевода хирург не может расположить область кардии более чем на 2,5 см ниже уровня диафрагмы, это может быть интерпретировано как укороченный пищевод [8, 11]. Однако такие измерения могут быть крайне субъективными и варьировать в зависимости от степени мобилизации и выбранного доступа. К примеру, при лапароскопической операции внутрибрюшное давление, создаваемое наложенным карбоксиперитонеумом, оттесняет диафрагму вверх искусственно удлиняя тем самым абдоминальный отдел пищевода, что, зачастую, вводит в заблуждение оперирующего хирурга.

Сложность диагностики укорочения пищевода, необходимость раннего его выявления, разработка эффективного диагностического алгоритма для данной категории больных, выбор оптимального объема оперативного вмешательства в зависимости от степени укорочения пищевода, а так же определение факторов влияющих на прогноз побудили нас к проведению дополнительных исследований в этой области.

Материалы и методы исследования

В исследование было включено 90 пациентов с приобретенным коротким пищеводом I и II степени, которым было проведено обследование и лечение в Клинике факультетской хирургии имени Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова за период с 2006 по 2010 г. Мужчин было 49, женщин – 41, возраст пациентов варьировал от 16 до 83 лет (средний возраст $56,0 \pm 13,9$ лет). На сегодня существует лишь одна классификация короткого пищевода, согласно которой выделяют I степень

укорочения – когда кардия расположена не более чем на 4 см выше уровня диафрагмы, и II степень – когда кардия расположена выше уровня диафрагмы более чем на 4 см (рис. 1а, б) [13]. На основании этой классификации все пациенты были разделены на 2 группы в соответствии со степенью укорочения пищевода: 1 группа – 40 больных с приобретенным коротким пищеводом I степени; 2 группа – 50 больных с приобретенным коротким пищеводом II степени.

Основными и наиболее характерными жалобами у больных рефлюкс-эзофагитом являются жалобы на изжогу, боль в грудной клетке и верхнем отделе живота, отрыжку, а так же дисфагию. Сочетание скользящей ГПОД с укорочением пищевода и другими заболеваниями усиливают, и усложняют клиническую картину.

Среди пациентов первой группы жалобы на изжогу предъявляли 36 (90%) пациентов. Кратковременная изжога была у 11 (27,5%), длительная изжога у 25 (62,5%) больных. Остальные 4 (10%) пациента жалоб на изжогу не предъявляли.

Во второй группе изжога беспокоила 44 (88%) больных. При этом жалобы на кратковременную изжогу предъявляли 9 (18%) пациентов, на длительную – 36 (72%). Оставшиеся 6 (12%) пациентов изжога беспокоила лишь на начальных этапах заболевания.

Болевой синдром выявлен у 73 (81,1%) больных обеих групп. Как правило, боль имела связь с приемами пищи. Наиболее характерными были боли за грудиной и верхней половине живота жгучего или тупого (давящего) характера. В 40% (36 больных) наблюдений боль иррадиировала в межлопаточную область, шею, левое плечо. У большинства больных обеих групп (70%) отмечена периодичность боли – возникновение после нескольких недель или месяцев благополучия. У больных второй группы боль чаще носила постоянный характер, нежели периодический.

Среди больных первой группы жалобы на боль предъявляли 30 (75%) пациентов. Большинство больных жаловались на боль в эпигастрии – 10 (25%), и за грудиной – 7 (17,5%). Лишь несколько больных предъявляли жалобы на боль в спине и пояснице – 4 (10%), правом или левом подреберье – 2 (5%), и в области сердца – 3 (7,5%).

Во второй группе жалобы на боль предъявляли 43 (86%) пациента. Преобладала боль, локализованная в грудной клетке: боль за грудиной у 21 (42%) больных, в области сердца у 10 (20%) больных. С одинаковой частотой наблюдали боль в подреберье (правом или левом) и спине – по 2 (4%) пациента. Локализация боли в эпигастрии диагностирована у 8 (16%) больных.

Приступы сердцебиения и перебоев в работе сердца были отмечены у 3 (7,5%) пациентов первой группы и у 8 (16%) – второй. У всех больных развитие приступов было напрямую связано с приемами пищи.

Отрыжка воздухом была жалобой 29 (72,5%) пациентов первой группы, и 30 (60%) – второй.

Жалобы на рвоту предъявляли 11 (27,5%) больных первой группы и 7 (14%) – второй. Рвота возникала, как правило, после приема пищи, и чаще в положении лежа. Четверо больных неоднократно наблюдали примесь алой крови во время рвоты. Позже у этих больных было диагностировано тяжелое эрозивно-язвенное поражение дистального отдела пищевода и хроническая железодефицитная анемия.

Дисфагия так же оказалась одним из наиболее частых симптомов в обеих группах: 12 (30%) пациентов – в первой группе, 16 (32%) пациентов во второй группе. У большинства больных обеих групп (22,2%) дисфагия была преходящей, возникала эпизодически и, как правило, в конце еды. Подобная дисфагия у всех обследованных продолжалась годами и не имела тенденции к усилению. Лишь у 8 (16%) больных второй группы дисфагия была обусловлена пептической стриктурой терминального отдела пищевода и возникала в начале приема пищи. Эти больные имели достаточно продолжительный анамнез заболевания (более 10 лет).

Внепищеводные осложнения рефлюкс-эзофагита, в частности гастрокардиальный синдром, впервые описанный нашим соотечественником Ф.К. Уденом (1816), явления реактивного бронхита и астмоподобного синдрома при «высоком рефлюксе» так же давно описаны в литературе. При этом следует особо подчеркнуть, что гастрокардиальный синдром аналогичен описанному П.С. Богкиным холецистокардиальному синдрому, но никто не предлагает расширить нозологическую форму «желчнокаменная болезнь» за счет рефлекторной стенокардии или аритмии. Среди клинических проявлений болезней внутренних органов можно найти ещё немало подобных примеров висцеро-висцеральных рефлексов и «взаимного страдания» органов, относящихся к разным функциональным системам [8,15,18,27].

Мы не видим серьезных оснований пренебрегать патогенетически обоснованной и многократно проверенной клинической практикой классификацией грыж пищеводного отверстия диафрагмы Б.В. Петровского и Н.Н. Каншина [10]. Авторы неоднократно подчеркивали [3,10,15], что скользящие ГПОД чаще всего оказываются приобретенными. Пульсионные возникают на фоне повышения внутрибрюшного давления всевозможного генеза в условиях слабости соединительной ткани, а тракционные – в результате сокращений пищевода в ответ на длительное раздражение рецепторов блуждающих нервов, обусловленных самыми различными патологическими изменениями органов, имеющих вагусную иннервацию.

На фоне укорочения пищевода в обеих группах были выявлены различные скользящие ГПОД (табл. 1).

В работе так же использовали патогенетически обоснованную классификацию рефлюкс-эзофагита А.Ф. Черноусова (1973) [15], которая в полной мере отражает все последовательно происходящие морфологические изменения в стенке пищевода. Согласно этой классификации у всех больных были выявлены признаки

эзофагита различной степени тяжести. У 57% больных был диагностирован эзофагит средней и тяжелой степени (табл. 2).

Осложнения тяжелого рефлюкс-эзофагита диагностированы у 24 (26,7%) пациентов: у 10 (11%) пациентов выявлена кишечная метаплазия слизистой пищевода – пищевод Барретта; у 7 (7,8%) – короткая пептическая стриктура пищевода; у 1 (1,1%) – протяженная пептическая стриктура пищевода; у 8 (8,9%) пациентов диагностирована круглая язва пищевода. При этом у 8 пациентов выявлено сочетание нескольких осложнений. У 6 (6,7%) больных обнаружено самое грозное осложнение – аденокарцинома пищевода различной степени дифференцировки.

Сопутствующие заболевания были диагностированы у 81 (90%) больных. Из них в группе с укорочением пищевода I степени – 34 (85%), с укорочением пищевода II степени – 47 (94%) больных. Таким образом, более чем у половины больных диагностированы сопутствующие заболевания, патологические рефлексы с которых могли привести к укорочению пищевода (табл. 3).

Ранее 15 (16,7%) пациентам в других стационарах были выполнены различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Особого внимания заслуживают 8 пациентов, которым ранее была выполнена фундопликация Nissen. При этом одной пациентке эту операцию выполнили дважды с интервалом в один год. Анализируя жалобы пациентов до и после операции (изжога, отрыжка, боль в верхней половине живота и за грудиной), отмечено не только их почти полное регрессирование в раннем послеоперационном периоде, но и прогрессирование в отдаленном периоде.

Табл. 1. Виды скользящих грыж ПОД у больных с приобретенным коротким пищеводом согласно классификации Б.В. Петровского, Н.Н. Каншина, 1966 г.

Вид грыжи ПОД	Число больных, абс.	
	I группа	II группа
Кардиальная грыжа ПОД	34	26
Кардиофундальная грыжа ПОД	3	17
Субтотальная грыжа ПОД	2	6
Тотальная грыжа ПОД	1	1
Итого:	40	50

Табл. 2. Распределение пациентов в зависимости от степени тяжести рефлюкс-эзофагита согласно классификации А.Ф. Черноусова, 1973 г.

Степень тяжести рефлюкс-эзофагита	Число больных	
	I группа	II группа
Легкий эзофагит	22	17
Средней тяжести эзофагит	15	16
Тяжелый эзофагит	3	9
Пептическая стриктура пищевода	–	8
Итого:	40	50

Табл. 3. Сопутствующие заболевания у больных I и II групп (n=90)

Сопутствующее заболевание	Число больных, абс.	
	I группа	II группа
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК)	14	20
Желчнокаменная болезнь	11	10
Дивертикулез тонкой и ободочной кишки	2	11
Хронический панкреатит	2	4
Ишемическая болезнь сердца	8	14
Гипертоническая болезнь	12	18
Нарушения сердечного ритма	3	6
Бронхиальная астма	1	4
Хроническая обструктивная болезнь легких	5	8
Сахарный диабет II типа	2	4
Алиментарно-конституциональное ожирение	5	11
Другие заболевания	18	29

Примечание: в т.ч. больные с сочетанием нескольких заболеваний.

Таким образом, при хирургической коррекции рефлюкс-эзофагита у больных с укорочением пищевода возникают не только технические трудности, связанные с формированием антирефлюксной манжеты на фоне хронического воспаления и в патологически измененных топографо-анатомических условиях. Крайне важно при выборе варианта антирефлюксной операции учитывать изменения моторно-эвакуаторной способности пищевода.

При укорочении пищевода I степени наиболее оптимальной операцией считаем фундопликацию в нашей модификации, которая при необходимости может быть дополнена селективной проксимальной ваготомией (СПВ) [17, 18]. В этой ситуации после выполнения СПВ и мобилизации области кардии и пищевода, пищевод всегда удается низвести в брюшную полость и сформировать фундопликационную манжетку. При этом, как правило, перевязываем две короткие желудочные артерии и обязательно – восходящую ветвь селезеночной артерии (т.н. заднюю желудочную артерию). Указанный способ позволяет формировать полную симметричную манжетку протяженностью не более 4–4,5 см и избежать образования слепых карманов и каскадной деформации желудка (рис. 2). Эта операция тем более целесообразна при лечении больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с рефлюкс-эзофагитом – она позволяет адекватно снизить кислотопродукцию, при необходимости устранить пилородуоденальный стеноз (основные факторы развития рефлюкс-эзофагита у больных язвенной болезнью) и создать антирефлюксную манжету. При сочетании ГПОД с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки обязательно выполняем циркулярную миотомию в области дистального отдела пищевода для пересечения секреторных веточек блуждающих нервов, идущих в его стенке [17].

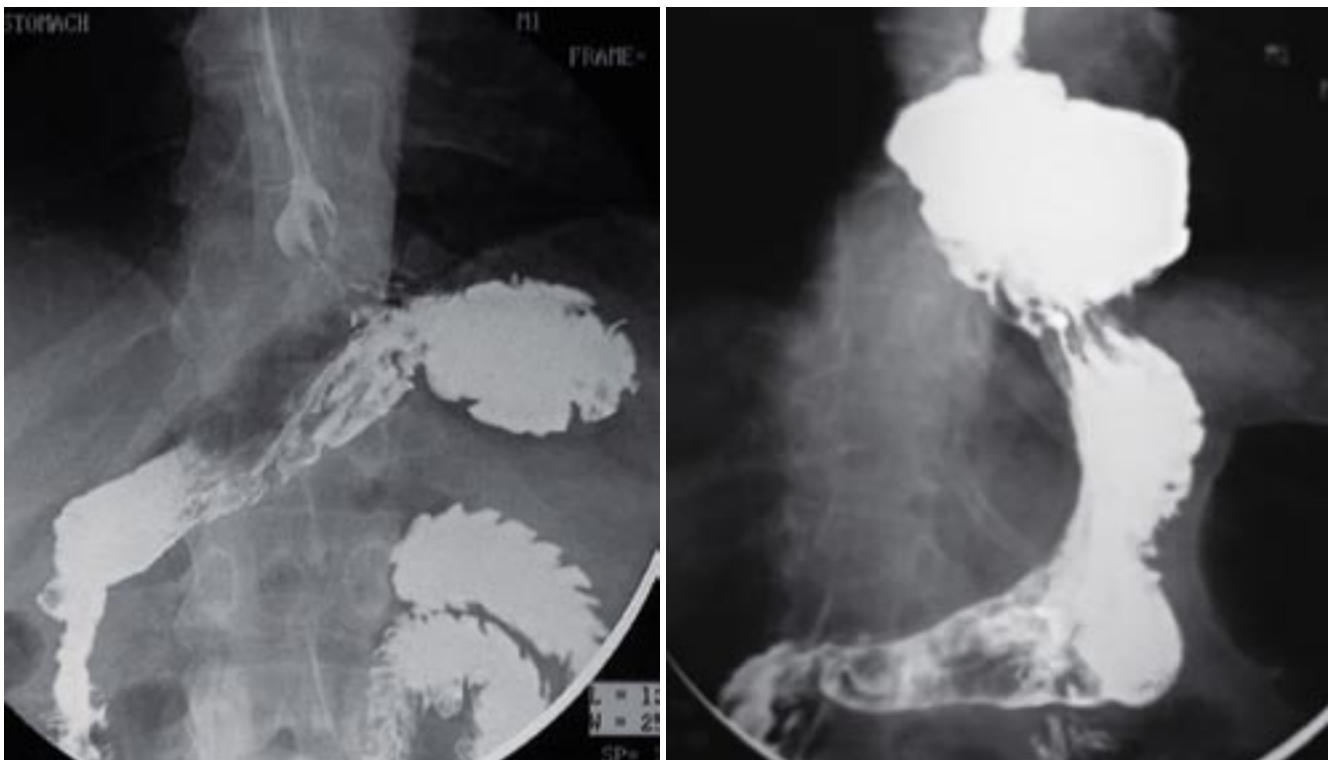


Рис. 1.

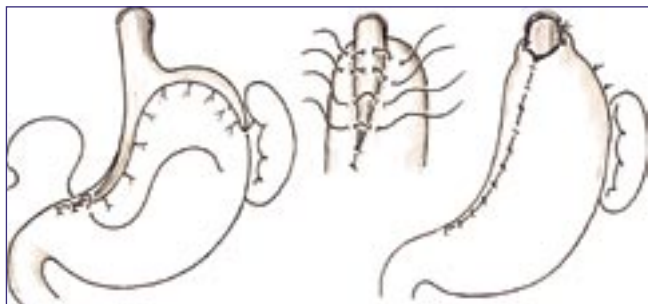


Рис. 2.

При укорочении пищевода II степени, когда кардиальный отдел желудка деформирован в виде трубки и кардиоэзофагеальный переход находится более чем на 4 см выше диафрагмы, выполнение фундопликации из абдоминального доступа весьма сложно или совершенно невозможно. Многократные клинико-экспериментальные исследования показали, что основной антирефлюксный эффект оказывает именно манжетка из тканей желудка, а при её правильном формировании она одинаково успешно работает как под, так и над диафрагмой. Круорография не несет значимой самостоятельной антирефлюксной функции в условиях полного разрушения жомно-клапанной функции кардии, её применение считаем целесообразным при кардиофундальных, гигантских и параэзофагеальных грыжах исключительно для предотвращения миграции в средостение органов из брюшной полости. Ушивание ножек диафрагмы не показано и при укорочении пищевода I степени, так как нельзя быть уверенным, что после операции пищевод не сократится и антирефлюксная манжетка, в лучшем случае, не окажется в средостении, а в худшем, не соскользнет с развитием феномена «телескопа».

Модификацию фундопликации при укорочении пищевода II степени предложил еще в 1962 году Н.Н. Каншин. После модернизации мы вновь ее успешно применяем. По сути она заключается в формировании антирефлюксной манжетки вокруг смоделированной по диаметру пищевода (за счет кардиорафии) кардиальной части желудка (рис. 3). При этой методике происходит как бы удлинение пищевода [13, 15].

Подчеркнем, что все больные с укорочением пищевода II степени в течение не менее 10 лет страдали тяжелой изжогой, несмотря на постоянный прием современных антисекреторных препаратов, дававших лишь кратковременное облегчение, больные вынуждены были спать полусидя из-за «высокого» рефлюкса, достигавшего полости рта. Эта операция особенно показана пожилым пациентам, имеющим множество тяжелых соматических заболеваний. В частности, среди наших больных было 8 перенесших инсульт или инфаркт, гормонально-зависимую бронхиальную астму наблюдали у 4. По тяжести соматического состояния, нескольким из них было отказано в операции в других лечебных учреждениях, несмотря на стриктуру с выраженной дисфагией. Больные могли

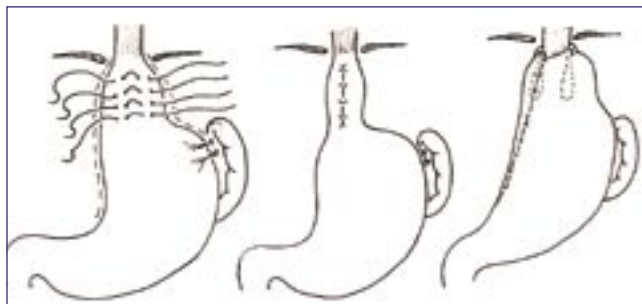


Рис. 3.

принимать только жидкую пищу, у них неоднократно возникали эпизоды пищевода кровотечения. Семь больным с короткими пептическими стриктурами пищевода наряду с медикаментозной терапией проводили сеансы бужирования пищевода по струне под рентгенологическим контролем. Считаем антирефлюксную операцию тем более показанной после успешного бужирования, так как после расширения области стриктуры рефлюкс неизбежно усиливается и, как правило, быстро наступает рестенозирование.

Тяжелые осложнения рефлюкс-эзофагита – протяженная пептическая стриктура, пищевод Барретта с дисплазией высокой степени и аденокарцинома требуют экстирпации пищевода [1, 5, 15, 18, 19, 24]. Как правило, это больные с продолжительным анамнезом заболевания, которым длительно и безуспешно применяли медикаментозное лечение. Частичные резекции пищевода не применяем в связи с частыми рецидивами рефлюкс-эзофагита после этой операции.

Операцией выбора считаем трансхиатальную экстирпацию с одномоментной пластикой трансплантатом, выкроенным из большой кривизны желудка с кровоснабжением за счет правой желудочно-сальниковой артерии и наложением анастомоза на шее. Экстирпация пищевода произведена 6 (6,7%) пациентам с приобретенным коротким пищеводом.

Результаты исследования

У всех больных, оперированных по поводу приобретенного короткого пищевода I степени, получены хорошие непосредственные функциональные результаты. Были устранены клинические проявления гастроэзофагеального рефлюкса и эзофагита.

Послеоперационные осложнения отмечены у 11 больных с укорочением пищевода I степени в раннем послеоперационном периоде, большинство из которых не были непосредственно связаны с выбранной оперативной методикой. Летальных исходов не было.

По данным литературы до 50% больных непосредственно после фундопликации испытывают дисфагию, являющуюся, как правило, следствием отека и воспаления тканей в зоне операции, а так же гиперфункции манжетки [11, 27, 28].

У 2 (5%) больных в раннем послеоперационном периоде была диагностирована дисфагия (в основном при проглатывании твердой пищи), обусловленная гиперфункцией фундопликационной манжетки. Необходимо отметить, что оба пациента были оперированы с использованием видеоэндоскопической техники на начальной стадии ее внедрения, освоения и отработки антирефлюксной операции. Проведенные сеансы баллонной дилатации (2–3 сеанса) под контролем рентгенотелевидения позволили ликвидировать клинические и рентгенологические проявления дисфагии, не разрушив при этом вновь созданный антирефлюксный клапан в виде манжетки.

Общая продолжительность госпитализации у больных этой группы составила $25,1 \pm 10,4$ суток. На продолжительность лечения у большинства больных повлияла необходимость коррекции сопутствующих заболеваний до и после операции, а так же предоперационная подготовка (коррекция анемии, комплексная противоязвенная терапия, инфузионная терапия, направленная на коррекцию протеинемических, водно-электролитных нарушений).

У больных с приобретенным коротким пищеводом II степени хорошие непосредственные функциональные результаты и исчезновение клинической симптоматики получены у абсолютного большинства больных – 45 (90%).

Осложнения после операции отмечены у 12 (24%) больных этой группы. Летальных исходов не было.

У одного больного в раннем послеоперационном периоде так же была диагностирована стойкая дисфагия в основном при проглатывании твердой пищи, обусловленная гиперфункцией фундопликационной манжетки. Необходимо в очередной раз отметить, что пациент был оперирован с использованием видеоэндоскопической техники на начальной стадии внедрения, освоения и отработки антирефлюксной операции. Проведенные два сеанса баллонной дилатации под контролем рентгенотелевидения позволили ликвидировать клинические и рентгенологические проявления дисфагии, не разрушив при этом вновь созданный антирефлюксный клапан в виде манжетки.

Несостоятельность пищевода анастомоза по праву считают одним из самых грозных осложнений в хирургии пищевода. Летальность при этом осложнении составляет в среднем 50% [1, 5, 15, 19, 24, 28]. Несостоятельность шейного пищевода-желудочного анастомоза отмечена у 1 больного после трансхиатальной экстирпации пищевода. Необходимо отметить, что в этом наблюдении несостоятельность анастомоза протекала субклинически, проявлялась в виде нитевидного затека контрастного препарата при рентгенологическом исследовании на 6 сутки после операции. Для его заживления было достаточным исключение питания через рот, с проведением зондового и парентерального питания в течение 12 дней. В представленном клиническом наблюдении у

пожилого больного с тяжелыми сопутствующими заболеваниями удалось справиться со столь грозным осложнением во многом благодаря способу формирования и локализации анастомоза.

Отдаленные результаты изучены у 73 (81%) пациентов обеих групп (31 пациент из I группы и 42 пациента из II группы) и прослежены в сроки от 6 месяцев до 4 лет.

При рентгенологическом исследовании только у 15 больных первой группы желудок располагался в брюшной полости, у остальных 58 пациентов обеих групп сформированная антирефлюксная манжетка находилась на уровне или над уровнем диафрагмы.

Лишь у 5 (5,5%) больных в сроки от 4 до 8 мес. после операции были отмечены эндоскопические признаки эзофагита легкой степени. Следует отметить, что до операции у этих пациентов были диагностированы эрозивно-язвенные изменения слизистой терминального отдела пищевода. Вместе с тем признаков гастроэзофагеального рефлюкса эндоскопически не выявлено ни у одного больного. Полученные результаты в очередной раз демонстрируют давнее утверждение о том, что основной антирефлюксный эффект оказывает именно манжетка из тканей желудка, а при её правильном формировании она одинаково успешно «работает» как под, так и над диафрагмой (рис. 4).

Так же в отдаленном периоде не сталкивались с описанными в литературе симптомами, часто возникающими после антирефлюксных операций: дисфагия, вздутие живота, раннее насыщение, тошнота, болезненность в эпигастральной области, неспособность к отрыжке и рвоте, диарея.

Для более адекватного изучения отдаленных результатов проводили оценку качества жизни с помощью



Рис. 4.

модифицированного [7] специфического опросника – гастроинтестинального индекса качества жизни (Gastrointestinal Quality of Life Index, GIQLI), который широко используют во многих зарубежных и некоторых отечественных работах и является специфичным для гастроинтестинальной хирургии [26]. В группу анкетированных вышли 73 (81%) оперированных пациента в сроки от 6 месяцев до 4 лет после операции. Группы были близки по возрастно-половому составу.

При сравнении показателей качества жизни у больных с приобретенным коротким пищеводом I и II степени было выявлено достоверное повышение индекса качества жизни после операции по всем шкалам опросника.

После операции отмечено увеличение индекса качества жизни до 70 баллов в группе больных с приобретенным коротким пищеводом I степени и до 69 баллов у пациентов с приобретенным коротким пищеводом II степени (рис. 5, 6). Наиболее значительно увеличение индекса качества жизни отмечено после операции по шкале симптомов – на 36% в первой группе и 47% во второй группе ($p < 0,05$). По шкале субъективного восприятия своего здоровья так же отмечено увеличение показателей на 25% в первой группе и 25% во второй группе, во всех случаях различия были недостоверны ($p > 0,05$). По шкале влияния проведенного лечения достоверного различия показателей качества жизни у больных с приобретенным коротким пищеводом I и II степени выявлено не было (10,5 и 10,6 баллов соответственно, во всех случаях $p > 0,05$).

При оценке динамики наиболее актуальных симптомов (изжога, отрыжка, боль, рвота, дисфагия и т.д.) после проведенной операции выявлено их полное ре-

грессирование в обеих группах исследуемых больных с приобретенным коротким пищеводом.

Как видно из представленных данных, положительная динамика при укорочении пищевода I и II степени была отмечена в обеих группах. Результаты динамического наблюдения и обследования продемонстрировали закономерности, сходные с изменениями качества жизни и клинических симптомов.

Субъективно свое самочувствие в отдаленном периоде после операции больные с укорочением пищевода I степени оценивали следующим образом: удовлетворительное – 12 (39%), хорошее – 17 (55%), очень хорошее (отличное) – 2 (6%). В группе с укорочением пищевода II степени субъективное самочувствие пациенты оценили следующим образом: удовлетворительное – 12 (29%), хорошее – 24 (57%), очень хорошее (отличное) – 6 (14%). Важно отметить, что удовлетворительным свое самочувствие оценивали больные старшей возрастной категории (старше 65 лет), которые после операции продолжали принимать медикаментозные препараты по поводу различных сопутствующих хронических заболеваний.

Заключение

Проведенное исследование позволило получить объективную картину изменения здоровья при укорочении пищевода и дать оценку выбранной тактике лечения больных этой группы, основываясь не только на показателях инструментальных методов исследования, но и на субъективном восприятии пациентов. Отличные и хорошие результаты после хирургического лечения больных с приобретенным коротким пищеводом были получены у большинства больных обеих групп.

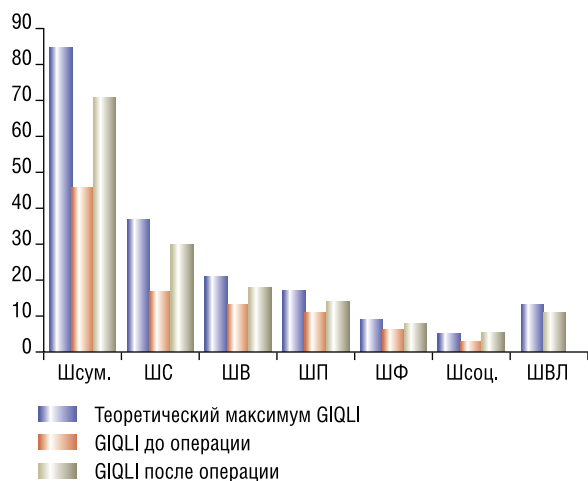


Рис. 5. Показатели индекса качества жизни (GIQLI) до и после операции у больных с приобретенным коротким пищеводом I степени. Шкалы опросника GIQLI: суммарная шкала (Шсум.), шкала симптомов (ШС), шкала субъективного восприятия своего здоровья (ШВ), шкала психического состояния (ШП), шкала физического состояния (ШФ), шкала социального функционирования (Шсоц.), шкала влияния проведенного лечения (ШВЛ)

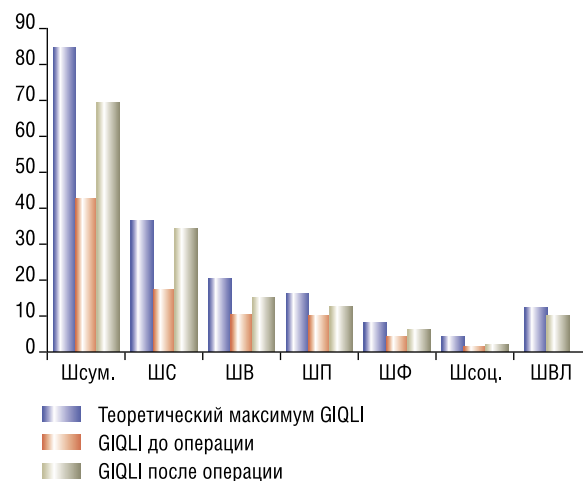


Рис. 6. Показатели индекса качества жизни (GIQLI) до и после операции у больных с приобретенным коротким пищеводом II степени. Шкалы опросника GIQLI: суммарная шкала (Шсум.), шкала симптомов (ШС), шкала субъективного восприятия своего здоровья (ШВ), шкала психического состояния (ШП), шкала физического состояния (ШФ), шкала социального функционирования (Шсоц.), шкала влияния проведенного лечения (ШВЛ)

Таким образом, накопленный клинический опыт свидетельствует, что хирургическая тактика при рефлюкс-эзофагите у больных с коротким пищеводом должна учитывать весь комплекс патоморфологических и функциональных изменений, возникающих в области кардии на фоне ГПОД, в том числе степень укорочения пищевода, тяжесть воспалительных и склеротических изменений в пищеводе, функциональный резерв пропульсивной моторики стенки пищевода. Адекватный хирургический подход в лечении этой тяжелой категории больных поможет существенно улучшить его результаты, избежать грозных осложнений заболевания, повысить качество жизни оперированных больных.

Литература

1. Азимов Р.Х., Кубышкин В.А. Рак кардии. Выбор хирургической тактики // Хирургия. – 2004. № 8. – С. 66–71.
2. Аллахвердян А.С. Анализ неудач и ошибок антирефлюксных операций // Анналы хирургии 2005; 2: 8–15.
3. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. М. Медицина, 1978, С. 223.
4. Галимов О.В., Ханов В.О., Гаптракипов Э.Х. Новые технологии в хирургическом лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Хирургия. 2007. № 2. С. 29–33.
5. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С., Полоцкий Б.Е., Тер-Ованесов М.Д. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза. Вестник РОНЦ РАМН им. Н.Н. Блохина, 2003; 1: 82–88.
6. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Склянская О.А., Гурвич Р.Н., Коньков М.Ю. Рекомендации по обследованию и лечению больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. – М., 2002. – 20 с.
7. Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика и хирургическое лечение: Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. М. 2001.
8. Кубышкин В.А., Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. М. 1999. С. 208.
9. Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., Толстых М.П., Финогенов В.В. История и современное состояние проблемы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Эндоскопическая хирургия. № 4, 2005. С. 54–59.
10. Петровский Б.В., Каншин Н.Н., Николаев Н.О. Хирургия диафрагмы. – Л. 1966 – 336 с.
11. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М., Медпрактика-М, 2003, 172 с.
12. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. – 2-е изд., М., ГЭОТАР-МЕД, 2001, 352 с.
13. Черноусов А.Ф. Клиника и хирургическое лечение приобретенного короткого пищевода: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1965.
14. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Коява Г.О. Повторные антирефлюксные операции. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 1991. – № 8. – С. 56–60;
15. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – 352 с.
16. Черноусов А.Ф., Корчак А.М., Степанкин С.Н., Эфендиев В.М. Повторные операции после фундопликации по Ниссену // Хирургия. – 1985. – № 9. – С. 5–10.
17. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Селективная проксимальная ваготомия. М. ИздАТ. 2001. с. 160.
18. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит. М. ИздАТ. 1999. С. 136.
19. Чернявский А.А., Лавров Н.А. Современные подходы к хирургическому лечению рака пищеводно-желудочного перехода // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2008. № 2. – С. 13–23.
20. Alexander H.C., Hendler R.S. // Surg. Laparoscop. Endoscop. – 1996. – № 6. – P. 147–149.
21. Award Z.T., Anderson P.I., Sato K., Roth T.A., Gerhardt J., Filipi C.J. Laparoscopic reoperative anti-reflux surgery. Surg Endosc 2001; 15: 1401–1407.
22. Bais J.E., Horbach J.M., Masclee A.A.M. et al. // Brit. J. Surg. – 2000. – Vol. 87. – P. 243–249.
23. DeMeester S.R., DeMeester T.R. Editorial comment: the short esophagus – going, going, gone? Surgery 2003; 133: 364–377.
24. DeMeester SR Adenocarcinoma of the Esophagus and Cardia: A Review of the Disease and its Treatment. Annals of Surgical Oncology, 2006; 13(1): 12–30
25. DeVault K.R., Castell D.O. // Amer.J.Gastroenterol. – 1999. – Vol. 94. – P. 1434–1442.
26. Eypasch E., Williams J.I., Wood-Dauphinee S. et al. Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument. Br.J.Surg. 1995; 82: 216–222.
27. Granderath F.A., Kamolz T., Pointner R. et al. Gastroesophageal reflux disease: principles of disease, diagnosis, and treatment. 2006. Springer-Verlag/Wien. P. 320.
28. Hinder R.A., Klingler P.J., Perdakis G., Smith S.L. Management of the failed anti-reflux operation. Surg Clin North Am 1997; 77(5): 1083–1098.
29. Holscher AH, Bollschweiler E, Gutschow C. GERD and Complications: When is Surgery Necessary? Z Gastroenterol. 2007. Nov; 45(11): 1150–1155. German.
30. Hunter J.G. Approach and management of patients with recurrent gastroesophageal reflux disease. J Gastrointest Surg 2001; 5(5): 451–457.
31. Kahrilas PJ. Gastroesophageal reflux disease. JAMA 1996; 276: 983–8.
32. Mattioli S, Lugaresi ML, Costantini M, Del Genio A, Di Martino N, Fei L, Fumagalli U, Maffettone V, Monaco L, Morino M, Rebecchi F, Rosati R, Rossi M, Santi S, Trapani V, Zaninotto G. The short esophagus: intraoperative assessment of esophageal length. // J Thorac Cardiovasc Surg. 2008 Oct; 136(4): 834–41.
33. Pirard L, Weerts JM, Buldgen B, Deben L, Dewandre JM, Francart D, Monami B, Markiewicz S, Wahlen C, Jehaes C. Is there a proper way to treat shortened oesophagus? About a series of 67 patients. // Acta Chir Belg. 2010 May-Jun; 110(3): 275–9.

Контактная информация

Ветшев Федор Петрович
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
119992, г. Москва, ул. Б. Пироговская д. 6, стр. 1.
e-mail: fedor_vetshev@mail.ru