

7. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. Л.: Медицина, 1990. 192 с.
8. Martin K.R. Youths' Opportunities To Experiment Influence Later Use of Illegal Drugs // Nida Notes. 2003. Vol. 17, №5. P. 35-37.
9. Zickler P. Family-Based Treatment Programs Can Reduce Adolescent Drug Abuse // Nida Notes. 2002. Vol. 17, №. 4. P. 23-30.

БУЛЫГИНА ИРИНА ЕВГЕНЬЕВНА родилась в 1960 г. Окончила Чувашский государственный университет. Старший преподаватель кафедры психиатрии и медицинской психологии Чувашского университета. Научные интересы: наркологическая патология среди детей и подростков. Автор более 30 научных публикаций.

ГОЛЕНКОВ АНДРЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ родился в 1960 г. Окончил Астраханский государственный медицинский институт. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета. Научные интересы: эпидемиологические и социокультурные исследования в психиатрии и наркологии. Автор более 220 научных публикаций, в том числе трех монографий.

УДК 616-33-089-87-06-092-08

С.В. ВОЛКОВ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭЗОФАГИТА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Различные по тяжести патологические синдромы на отдаленных сроках после гастрэктомии развиваются вне зависимости от метода формирования анастомоза (ручной или с использованием сшивающих аппаратов). Это находит подтверждение в результатах наших исследований. Из 368 больных, перенесших гастрэктомию, клиническому и специальному обследованию было подвергнуто 283 (76,9%) на сроках от 2 месяцев до 20 лет. Из 283 обследованных ведущие постгастрэктомические синдромы нами выявлены у 261 человека (92,2%).

Основную группу больных с постгастрэктомическими синдромами составляли пациенты от 41 до 60 лет. Мужчин было 166 (63,6%), женщин – 95 (36,4%).

Наши исследования показали, что одним из наиболее частых и тяжелых осложнений расширенной и комбинированной гастрэктомии является эзофагит (рефлюкс-эзофагит, пептический эзофагит, послеоперационный эзофагит и др.). Из 283 обследованных больных этот патологический синдром нами выявлен у 176 (62,2%).

Наиболее часто эзофагит наблюдался у больных, у которых гастрэктомия была выполнена с помощью сшивающих аппаратов ПКС-25 и СПТУ. При применении аппарата ПКС-25 это осложнение наблюдалось в 74,1% случаев, при использовании СПТУ – в 70,6%. В то же время формирование пищевода анастомоза

ручным методом резко снижало частоту этого осложнения: после гастрэктомии с прямым эзофагодуоденоанастомозом развитие рефлюкс-эзофагита наблюдалось в 12,5% случаев, тогда как при формировании эзофагоеюноанастомоза частота эзофагита возрастала почти в 4 раза, составляя в среднем 47,5%.

Анализ полученных данных показал, что при формировании пищевода с двенадцатиперстной или тощей кишкой ручным методом частоту развития эзофагита удастся снизить до 27,1%. Следует учитывать, что эластичные, легко спадающиеся анастомозы, наложенные вручную, препятствуют возникновению регургитации и развитию рефлюкс-эзофагита. Грубые, ригидные вследствие вторичного заживления и зияющие анастомозы после инструментальных гастрэктомий способствуют регургитации с последующим развитием эзофагита.

По данным Н.М.Кузина, О.С.Шкроба, Л.В.Успенского, С.С.Харнаса [1], после гастрэктомии с формированием горизонтального или вертикального пищеводно-кишечного анастомоза по способу Шлоффера с помощью сшивающих аппаратов ПКС-25 М и СПТУ почти у всех больных (95,4%) возникает эзофагит, в том числе выраженный у 77,2%. После гастрэктомии с первичной эзофагоеюнодуоденопластикой по Е.И.Захарову частота эзофагита после гастрэктомии составляла 50%.

А.М.Корякин, М.А.Иванов [2], выполнив 16 гастрэктомий с наложением прямого пищеводно-дуоденального анастомоза, ни в одном из наблюдений (максимальный срок после гастрэктомии – 1,5 года) не выявили клинических признаков рефлюкс-эзофагита. Этой группе больных дополнительно производились эндоскопические и рентгенологические исследования, которые позволили подтвердить принципиальные преимущества прямого эзофагодуоденоанастомоза. Воспалительные изменения в слизистой пищевода выявлялись лишь при морфологическом исследовании; при этом ни в одном случае не выявлено эрозий, которые обычно отмечались у лиц, оперированных по традиционным методикам, особенно в случае наложения пищеводно-тонкокишечного анастомоза с межкишечным соустьем по Брауну. При наложении анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру авторы часто наблюдали другие патологические синдромы. На основании проведенных клинических наблюдений авторы рекомендуют с целью профилактики рефлюкс-эзофагита выполнять гастрэктомии с наложением прямого эзофагодуоденоанастомоза.

Анализируя данные современной литературы, В.П.Петров, А.Г.Рожков, Ю.Н.Саввин [3] указывают, что после экстирпации желудка с формированием пищеводно-кишечного анастомоза по обычным методикам рефлюкс-эзофагит возникает у 2% больных. Авторы отмечают, что в последние 20 лет формирование пищеводно-кишечного анастомоза после экстирпации и проксимальной резекции желудка ими производится по инвагинационному методу Цациниди. Из 242 больных, выписанных после операции на желудке с формированием инвагинационного анастомоза, в отдаленные сроки только у

5 (2,06%) обнаружен рефлюкс-эзофагит, причем у 3 он был легкой степени (катаральный), у 1 – средней тяжести (эрозивный) и у 1 – тяжелый (стенозирующий). Во всех случаях рефлюкс-эзофагит явился следствием нарушения клапанной функции анастомоза, развившегося в результате частичной несостоятельности швов или острого анастомозита. По мнению авторов, после экстирпации и проксимальной резекции желудка инвагинационный пищеводно-кишечный (желудочный) анастомоз предупреждает развитие эзофагита.

В.В.Уткин, Г.А.Амбалов, С.С.Лебедев [4] наблюдали при различных методах формирования пищеводно-кишечных анастомозов развитие рефлюкс-эзофагита в 24,6% случаев.

Приведенные выше данные отечественных и зарубежных авторов, а также наши исследования убеждают в том, что эзофагит после гастрэктомии может возникать практически при всех основных вариантах формирования пищеводно-кишечных анастомозов. Частота развития этой патологии в значительной мере зависит от выбора соответствующего варианта формирования пищеводно-кишечного соустья. Согласно нашим данным, даже при использовании нескольких вариантов пищеводно-кишечных анастомозов (с помощью ручного или механического шва) удастся снизить частоту эзофагита лишь до 57,3%.

Наши клинические исследования позволяют условно выделить 3 формы клинического течения эзофагита после гастрэктомии: легкую, средней тяжести и тяжелую. Из 176 больных эзофагитом легкая форма течения нами была отмечена у 51 (29,0%), средней тяжести – у 102 (58,0%) и тяжелая форма – у 23 (13,0%) больных. При легкой форме эзофагита больные отмечают общую слабость, регургитацию после еды, особенно после соленой, кислой и острой пищи, при горизонтальном положении тела, физической работе в согнутом положении и напряжении брюшного пресса, при повышении внутрибрюшного давления, связанного с подъемом тяжести и пр. Регургитация проявляется срыгиванием кишечного содержимого темно-зеленого или желтоватого цвета, горького вкуса из-за примеси желчи. В период регургитации у больных появляется чувство жжения за грудиной и в пищеводе.

Дисфагия проявляется в виде кратковременного затруднения прохождения пищи по пищеводу, одновременно у больных появляется чувство дискомфорта с ощущением задержки пищи при ее прохождении по пищеводу. Чаще дисфагия возникает сразу после начала приема пищи, и нередко ее появление зависит от нервно-психического состояния больного. После еды у этих больных появляется тяжесть в подложечной области. Частота симптомов у больных эзофагитом легкой степени следующая: регургитация встречается в 88,2% случаев; дисфагия – в 80,4%; изжога – в 76,5%, загрудинные боли – у 70,8%, иррадиация болей в межлопаточную область – у 39,2% больных.

Из 51 больных (29,0%), у которых были проявления эзофагита в легкой форме, соустье между пищеводом и начальным отделом тощей кишки накла-

дывалось сшивающим аппаратом или же был наложен эзофагодуоденоанастомоз или эзофадуоденоанастомоз ручным методом. У этой группы больных рефлюкс-эзофагиты в легкой форме в основном возникают спустя 1-3 месяца после гастрэктомии, то есть на тех сроках, когда полностью завершается процесс рубцевания анастомоза и появляются условия для регургитации. Возможен переход легкой формы заболевания в эзофагит средней тяжести. Этому способствуют такие факторы, как нарушение диеты, тяжелый физический труд, сопутствующие заболевания. Фазы обострения с нарастанием симптомов у таких больных длятся недолго – от 3 до 5 недель и после лечения сменяются длительной ремиссией. Наибольшую группу среди больных эзофагитом составляют пациенты с эзофагитом средней степени тяжести – 102 больных (58,0%). В группе больных эзофагитом средней тяжести симптомы заболевания более выражены, чем при легкой форме. Изжога, дисфагия, регургитация наблюдаются у них значительно чаще. Так, регургитация встречается у 97,1%, дисфагия – у 100%, изжога – у 98,1%, боли за грудиной – у 87,2%, иррадиация болей в межлопаточную область – у 49% больных. Для возникновения этих ведущих симптомов необходимы те же условия – нарушение диеты, тяжелая физическая работа, особенно в согнутом положении и др. Но для появления клинических симптомов эзофагита у данной группы больных требуется значительно меньшая интенсивность указанных факторов.

У больных со средней тяжестью эзофагита изжога и срыгивание кишечным содержимым с примесью желчи обычно возникают чаще, чем при легкой форме эзофагита. Чувство жжения в пищеводе имеет иногда более распространенный характер, нередко оно ощущается больным за грудиной. Дисфагия носит постоянный характер и проявляется в виде кратковременной остановки продвижения пищи в дистальных отделах пищевода и выраженного затруднения ее прохождения. При эзофагитах средней тяжести у многих больных возникают боли в эпигастральной области и за грудиной с иррадиацией в спину.

Сравнительно редко эзофагит средней тяжести может возникнуть спустя 3-4 недели после гастрэктомии. У большинства больных эта форма патологии возникает спустя 5-6 месяцев и более после операции. Под влиянием вышеуказанных провоцирующих факторов возможен переход эзофагита средней тяжести в тяжелую форму. Среднетяжелая степень эзофагита наблюдается в основном у больных, перенесших гастрэктомию с наложением эзофагодуоденоанастомоза сшивающими аппаратами.

Тяжелая форма эзофагита наблюдалась нами у 23 (13,0%) больных. С тяжелой формой эзофагита больные нередко психологически подавлены, истощены, ослаблены. Все клинические симптомы ярко выражены. Регургитация у этой группы больных возникает при малейшем наклоне туловища вперед, часто отмечается по ночам, во время сна, при изменении положения тела, а иногда без каких-либо конкретных причин. Больные внезапно срыгива-

ют содержимое полным ртом, кишечное содержимое бывает обычно зелено-вато-желтого или коричневого цвета, горького вкуса, иногда с примесью пищи. Количество срыгиваемого содержимого может достигнуть за сутки до 1 литра. У больных тяжелой формой эзофагита изжога мучительнее, продолжительнее, в течение суток может повторяться многократно.

Дисфагия – один из постоянных симптомов тяжелых форм эзофагитов, она встречается практически у всех больных на различных сроках после гастрэктомии. Степень выраженности дисфагии у больных различна: от чувства инородного тела в пищеводе до полного прекращения прохождения пищи. Дисфагия может появляться даже при виде пищи. Боли за грудиной и в эпигастриальной области с иррадиацией в правую и левую лопатки, шею в межлопаточную область, область сердца – частые симптомы у больных с тяжелой формой эзофагита, возникающего после гастрэктомии. Боли могут быть различной интенсивности – от слабых до сильных, вплоть до развития стойкого болевого синдрома. В большинстве случаев удается выявить четкую связь появления болей с приемом пищи, но могут наблюдаться боли постоянного характера. Характерной для данной группы больных является мучительная загрудинная боль в ночное время. Частота симптомов у больных с тяжелой формой эзофагита следующая: регургитация возникает – у 100% больных, дисфагия – у 100%, изжога – у 100%, рвота – у 91,3%, боли в эпигастрии – у 82,6%, боли за грудиной – у 91,3%, иррадиация болей в межлопаточную область – у 52,2% больных.

Тяжелая форма эзофагита отмечается у больных, перенесших гастрэктомию с наложением анастомозов сшивающими аппаратами ПКС-25 и СПТУ, причем чаще первыми из них, что можно связать с тем, что аппарат ПКС-25 по своей конструкции является менее совершенным; он имеет один диаметр тубуса и один диаметр головки, а также определенную глубину прошивания тканей, в то время как диаметр кишки и пищевода, толщина стенок сшиваемых тканей различна. Аппарат СПТУ лишен этих недостатков. Тяжелая форма эзофагита может протекать на фоне сопутствующих заболеваний, диагностированных еще до операции или после нее. У этих больных нередко отмечается патология желчного пузыря (хронический холецистит), поджелудочной железы (хронический панкреатит, холецистопанкреатит), печени и других органов.

Информативным методом в диагностике эзофагита является эзофагоеноскопия. Этот метод позволяет выявить регургитацию кишечного содержимого в пищевод, изучить функцию пищеводно-кишечного анастомоза, макроструктуру пищевода и анастомозируемых петель тонкой кишки, оценить состояние межкишечного соустья. Для изучения микроструктурных изменений в слизистой пищевода, тонкой кишке и тканях зоны пищеводно-кишечного анастомоза эзофагоеноскопия должна завершаться прицельной биопсией с последующим гистологическим и гистохимическим исследованием биоптатов.

Благодаря фиброэзофагоюноскопии удается в ряде случаев выявить ту или иную форму эзофагита даже при несоответствии клинических данных и результатов рентгенологического исследования. Кроме того, значимость этого метода трудно переоценить в ранней диагностике эзофагита, а также при проведении постоянного контроля за эффективностью проводимой терапии.

На основании полученных нами результатов фиброэзофагоюноскопического исследования представляется возможным условно выделить три патоморфологические формы эзофагита после гастрэктомии: катаральную; эрозивную; язвенно-некротическую. Катаральная форма эзофагита нами наблюдалась у 90 (53,2%) больных, эрозивная — у 64 (37,9%), язвенно-некротическая — у 15 (8,9%).

Эрозивная и язвенно-некротическая формы эзофагита чаще отмечены у больных, у которых формирование пищеводно-кишечного анастомоза произведено с помощью механического (танталового) шва сшивающими аппаратами ПКС-25 и СПТУ.

Катаральная форма эзофагита характеризуется наличием гиперемии, отека, набуханием слизистой пищевода, особенно в зоне прилежащей к анастомозу. Гиперемия в одних случаях представлена в виде ограниченных пятен, в других случаях — она может быть сплошной, часто занимая нижнюю треть, среднюю треть, иногда распространяясь и в верхнюю треть грудного отдела пищевода. При эрозивной форме эзофагита отек и набухание слизистой оболочки пищевода выражены более резко, чем при катаральной форме. На гиперемированной слизистой оболочке располагаются поверхностные эрозии величиной до 3-4 мм, покрытые фибрином, слизистая пищевода при этом легко ранима и кровоточит при малейшем контакте с инструментом.

Характерными признаками язвенно-некротической формы эзофагита являются выраженные воспалительные изменения слизистой пищевода в нижней трети с переходом на среднюю треть: в области анастомоза имеются язвы с некротическим дном от 0,3 до 1 см в диаметре. Часто по краям этих язв наблюдаются разрастания грануляций. Язвы могут быть как одиночные, так и множественные.

По внешнему виду язвы у больных с эзофагитом отличаются от язв желудка отсутствием воспалительного вала. Они, как правило, поверхностные, имеют неправильную форму и находятся на разных стадиях развития. Для данной формы эзофагита характерно наличие выраженного воспаления в области складок слизистой пищевода, на которых обычно имеется множество эрозий в виде ярко-красных лент, идущих от анастомоза до средней трети пищевода и выше. Поверхность язв часто бывает покрытой фибринозным налетом, который снимается с большим трудом. При удалении этого налета обнаруживается дефект ткани за счет эрозий с наличием ярко-красных грануляций, легко кровоточащих при малейшем дотрагивании инструментом.

Анализ результатов наших клинических исследований свидетельствует, прежде всего, о слишком малой корреляции между тяжестью патоморфоло-

гических изменений в пищеводе и выраженностью клинических симптомов, патогномоничных для эзофагита после гастрэктомии.

Следует учитывать, что развитие воспалительных изменений в пищеводе в значительной степени зависит от антирефлюксного механизма, обусловленного активной перистальтикой пищевода и способностью его к быстрому самоочищению от рефлюксата. Благодаря этим процессам происходит восстановление рН внутри пищевода на уровне 7,0-7,15. Однако следует учитывать, что повреждение пищевода зависит не от рН рефлюксата, а от частоты и интенсивности рефлюкса на фоне ослабления перистальтической функции пищевода и анастомозируемых петель тонкой кишки. Чаще всего развитие эзофагита связано с сочетанием этих факторов.

Литература

1. Кузин Н.М., Шкроба О.С., Успенский Л.В., Харнас С.С. Выбор оптимального варианта реконструктивного этапа гастрэктомии // Хирургия. 1992. №3. С. 40-43.
2. Корякин А.М., Иванов М.А. Возможность предупреждения рефлюкс-эзофагита при формировании прямого пищеводно-двенадцатиперстного анастомоза у больных после гастрэктомии // Актуальные вопросы торакальной хирургии: Тез. науч. конф. М.: Краснодар, 1992. С. 46-47.
3. Петров В.П., Рожков А.Г., Савин Ю.Н. Хирургическая профилактика и лечение рефлюкс-эзофагита // Актуальные вопросы торакальной хирургии: Тез. науч. конф. М.: Краснодар, 1992. С. 60-61.
4. Уткин В.В., Амбалов Г.А., Лебедев С.С. Осложненный рефлюкс-эзофагит // Актуальные вопросы торакальной хирургии: Тез. науч. конф. М.: Краснодар, 1992. С. 76-77.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ родился в 1968 г. Окончил Чувашский государственный университет. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Чувашского университета. Автор более 90 научных публикаций.

УДК 616-33-089-87-06-092-08

В.Е. ВОЛКОВ, С.В. ВОЛКОВ

ДЕМПИНГ-СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Демпинг-синдром считается одним из самых распространенных патологических состояний оперированного желудка. Частота демпинг-синдрома после резекции желудка, по данным различных авторов, колеблется в пределах 3,5-80% (А.А.Бусалов и Ю.Т.Коморовский [1], В.Х.Василенко с соавт. [2.] и др.). Демпинг-синдром чаще развивается после резекции желудка по Бильрот-II и реже после резекции желудка по Бильрот-I, он возникает также после гаст-