

РУБЦОВЫЙ СТЕНОЗ ЭЗОФАГОЕЮНОАНАСТОМОЗА

Все хирургические вмешательства, сопровождающиеся разрушением замыкательного механизма кардиоэзофагеальной зоны, – гастрэктомия, резекция нижней трети пищевода – приводят в ряде случаев к развитию рубцовой стриктуры пищеводного соустья. Рубцовые сужения соустья встречаются в среднем в 17,4% случаев. Клинические требования к так называемому анастомозу связаны с необходимостью беспрепятственного установления пассажа по пищеварительному тракту в первые же часы после вмешательства: неминуемо возникающий вслед за операцией отек тканей, являющийся закономерным следствием травмы, не должен закрывать просвет и длительно сохраняться. Прежде всего, следует выделить, хотя и относительные, но все же приблизительные параметры нормы. Наиболее оптимальные условия для прохождения содержимого через соустье при концевом соединении пищевода достигаются только в тех случаях, когда его просвет составляет более $\frac{1}{2}$ диаметра пищевода.

Любой анастомоз суживает просвет пищеварительного канала. В частности, при терминальном соединении пищевода просвет его даже без неизменной отечной реакции тканей уменьшается почти вдвое. В результате в ближайший период после операции у многих больных с этим типом анастомозирования наблюдаются различные формы нарушений проходимости соустья. В клинической практике существуют некоторые превентивные технические приемы, направленные на максимально возможные устранения подобного осложнения: а) отказ от вворачивания краев по Шмидену; б) минимальный захват тканей в каждую стежку (0,3 см от края); в) больший объем тканей в стежке со стороны кишки с тем, чтобы валик в просвете пищевода не располагался перпендикулярно; г) косое пересечение пищевода. Отмеченные предохранительные меры принципиально не избавляют от возможности сужения соустья в ранние сроки после оперативного вмешательства. Стремление к моделированию клапанной структуры соустья, которая препятствовала бы ретроградному забрасыванию содержимого, также не дает желаемого результата. Сказанное относится и к анастомозу типа «чернильница-непроливайка», и к эзофагоеюностомии по типу «конец в бок» с поперечным рассечением кишки. Наоборот, здесь еще раз проявляется отрицательное качество концевых анастомозов, так как воспалительно-рубцовые процессы, возникающие вследствие регургитации, приводят к дополнительному сужению и без того узкого соустья [1, 2].

Как показывает клиническая картина, сужение соустья в ранние сроки после операции может быть обусловлено недостаточностью швов анастомоза. Однако у некоторых больных сужение анастомоза наблюдается при отсутствии недостаточности швов пищеводного соустья. Это связано, по-видимому, с индивидуальной склонностью организма к гиперпластическим процессам.

При анализе отдельных результатов гастрэктомии, резекции кардии и нижней трети пищевода, выполненных с использованием аппаратного метода (ПКС-25, СПТУ), до сих пор мало внимания уделяется развитию рубцовых стриктур соустьев пищевода с желудком и тонкой кишкой. Каждый анастомоз подвергается рубцеванию, но иногда оно может стать причиной осложнения. К рубцовым сужениям следует относить случаи, когда нарушения прохождения пищи по пищеводу наступает при ширине соустья, диаметр которого меньше $\frac{1}{3}$ просвета пищевода.

Для рубцовых стенозов пищевода характерны следующие симптомы: дисфагия, болевые ощущения за грудиной или в эпигастрии, срыгивание и похудание. Эти симптомы встречаются при рефлюкс-эзофагите. Однако при рубцовом стенозе они имеют свои особенности.

Основной, наиболее яркий симптом – дисфагия – развивается постепенно, в короткий срок, на фоне болевых ощущений. Затруднения в прохождении пищи наступают в основном в первые недели и месяцы после операции. К задержке пищи ведут отек слизистой, спазм пищевода. Дисфагия при рубцовом стенозе может проходить самостоятельно при стихании воспалительных явлений и не всегда имеет тенденцию к медленному и неуклонному нарастанию.

Болевой синдром у этой категории больных часто связан с эзофагитом, всегда в той или иной степени сопровождающим рубцовый стеноз. В связи с тем, что рубцово-суженное отверстие анастомоза ригидно и не спадается, почти всегда выражена регургитация. Даже небольшое отверстие, диаметром в несколько миллиметров, не предотвращает забрасывания содержимого кишки или желудка в пищевод. Рубцевание и воспалительные изменения в зоне анастомоза идут параллельно, взаимно усиливая друг друга и создавая своеобразный порочный круг. Поэтому дисфагии при рубцовом стенозе почти всегда сопутствуют болевые ощущения той или иной степени выраженности.

Чем выраженнее рубцовый стеноз, тем больше срыгивает больной. Срыгивания возникают после длительных попыток удержать пищу в пищеводе. Больные срыгивают пищу с примесью желчи и слизи, нередко в промежутках между приемами пищи – только желчь со слизью. Это обусловлено отсутствием спадения стенок соустья и свободным затеканием содержимого в пищевод. Все эти явления приводят к похуданию, постепенному, но сильному. Если суженное отверстие закупоривается остатками пищи, то наступает такое опасное осложнение, как острая непроходимость пищевода. У многих больных с рубцовым стенозом пищевода не наблюдается отвращения к пище: они постоянно испытывают мучительный голод.

С компенсированным рубцовым сужением больные могут жить долго, приспособившись питаться жидкой пищей. Быстрое нарастание сужения отмечается сравнительно редко. Чаще всего рубцовый стеноз развивается постепенно на протяжении одного года и более. Процесс рубцевания может останавливаться на каком-то определенном этапе. При компенсированной частичной непроходимости пищевода в течение многих лет может периодически наступать ухудшение проходимости в связи с обострением эзофагита.

Очень важным методом в диагностике рубцового стеноза пищевода является рентгенологическое исследование. Установлено три типа сужения соустья: парусовидное, коническое и деформированное. Эти изменения встречаются при использовании как ручного, так и шва аппаратом ПКС-25. Следует указать, что диаметр суженного соустья может быть самым различным, вплоть до полной непроходимости пищевода – до 1-2 мм. Протяженность суженного участка в большинстве случаев достигает 1 см и менее.

Для сформировавшихся стенозов характерны отсутствие резкого спазма, малая протяженность сужения и деформация соустья. В некоторых случаях в зоне анастомоза образуются дивертикулообразные углубления за счет провисания растянутой над сужением стенки пищевода. Коническое сужение в зоне анастомоза характерно для воспалительных явлений. Вторичный эзофагит, присоединившийся к рубцовому сужению, меняет рентгенологическую картину: стенки пищевода становятся более ригидными, расслабленное состояние растянутого пищевода исчезает. Длительно существующая стриктура приводит к супрастенотическому расширению пищевода.

В диагностике рубцового сужения пищеводного соустья широко используется метод фиброэзофагоскопии. Эзофагоскопия при рубцовом стенозе, особенно при подозрении на рак, должна завершаться биопсией. Слизистая пищевода в зоне анастомоза при рубцовой стриктуре имеет белесоватые тяжи, она бледна вследствие рубцовых изменений, просвет анастомоза сужен. Отверстие в зоне анастомоза расположено в центре и окружено плотными белесыми рубцами. Длительное существование рубцового сужения приводит к супрастенотическому расширению пищевода. Стенки пищевода в этих случаях дряблые. Иногда в таком мешковидном расширенном пищеводе трудно найти точечное отверстие анастомоза, часто закрытое слизью или остатками пищи. В зоне соустья и выше ее можно обнаружить изъязвления слизистой.

В зависимости от клинических проявлений, прежде всего дисфагии рентгенологической картины и данных эзофагоскопии различают три степени сужения пищеводного соустья: I – непостоянная дисфагия: плохо проходит плотная пища, чувство стеснения за грудиной во время и после еды; рентгенологически просвет составляет $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{4}$ просвета пищевода, супрастенотическое расширение пищевода отсутствует; при эзофагоскопии просвет составляет 0,8-0,5 см; II – постоянная дисфагия: с трудом проходит хорошо пережеванная пища, редкие срыгивания после еды, чувство стеснения за грудиной, похудание и обезвоживание; рентгенологически просвет анастомоза равен $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{6}$ просвета пищевода, умеренное супрастенотическое расширение; при эзофагоскопии просвет составляет 0,5-0,3 см; III – постоянная дисфагия: плохо проходит жидкая и обволакивающая пища, частые срыгивания застоявшейся пищей, постоянное чувство стеснения за грудиной, слабость, заторможенность, постоянное чувство голода и жажды; резкое похудание, обезвоженность; в наиболее тяжелых случаях – понос, спутанное сознание; рентгенологически – супрастенотическое расширение пищевода бария над анастомозом в течение нескольких часов; при эзофагоскопии просвет составляет менее 0,3 см.

Выделение трех степеней сужения анастомоза позволяет планировать лечение и определять степень тяжести состояния больного. Обычно сужение анастомоза наполовину диаметра пищевода клинически в большинстве случаев не проявляется. Сужение соустья более чем наполовину диаметра не всегда вызывает неприятные ощущения, но таких больных целесообразно взять под наблюдение.

Тяжесть течения стеноза и клиническая картина не зависят от метода наложения анастомоза, хотя следует отметить, что при механическом шве аппаратом ПКС-25 несколько чаще наблюдаются случаи более выраженных сужений пищевода. После наложения пищеводно-желудочных анастомозов чаще возникают стойкие стенозы, чем после наложения пищеводно-кишечных соустьев.

Сформировавшийся и длительно существующий рубцовый стеноз требует хирургического лечения (бужирование или операции). При рубцовых стриктурах показано наложение обходного эзофагоюноанастомоза. Однако эта операция травматична и часто требует комбинированного торакоабдоминального доступа. Наиболее радикальным методом устранения рубцовой стриктуры анастомоза является пластическое расширение её или резекция участка сужения. Однако клинический опыт использования операции подобного типа крайне недостаточен.

Литература

1. Березов Ю.Е. Оперированный желудок / Ю.Е. Березов, Ю.В. Варшавский. М.: Медицина, 1974. 192 с.
2. Петерсон Б.Е. Рак проксимального отдела желудка / Б.Е. Петерсон. М.: Медицина, 1972. 216 с.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ родился в 1968 г. Окончил Чувашский государственный университет. Кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Чувашского университета. Автор 125 научных публикаций, в том числе 7 монографий.
