



На правах рукописи

Бутуханов Сергей Борисович

**ПОКАЗАНИЯ И СПОСОБ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА
ПРИ ВАРИКОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ВЕН
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

14.00.27 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Томск - 2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

Доктор медицинских наук, профессор,
Заслуженный деятель науки РФ,

Жерлов Георгий Кириллович

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук, профессор,
Член-корр РАМН

Дамбаев Георгий Цыренович

доктор медицинских наук

Баранов Андрей Игоревич

Ведущая организация: ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава

Защита диссертации состоится “19” июня 2008 г в 9⁰⁰ час на заседании диссертационного совета Д 208 096 01 при Сибирском государственном медицинском университете по адресу 634050, г Томск, Московский тракт, 2

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета

Автореферат разослан “ 12 ” 05 _____ 2008 г

Ученый секретарь диссертационного совета



Суханова Г.А.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы

На сегодняшний день среди операций, корригирующих портальную гипертензию, варианты портосистемного шунтирования занимают доминирующее положение и являются наиболее радикальными [Б Н Котив и др, 2000, А К Ерамишанцев, 2001, L F Rikkers, G Jin, 1994, J C Collins, I J Sarfeh, 1995]

Однако техническая сложность и значительная продолжительность операции ограничивает их внедрение в условиях ургентной хирургии при продолжающемся кровотечении и высоком риске геморрагии после его остановки. Также, имеется широкий контингент больных, которым произвести шунтирование по каким-либо причинам невозможно или нежелательно. Это больные с выраженной энцефалопатией, низкими показателями воротной гемодинамики, распространенным тромбозом сосудов портальной системы и тромбозом ранее наложенного анастомоза. К этой же категории относятся больные, перенесшие спленэктомия, пациенты с анатомическими особенностями сосудов портальной системы, при которых техническое выполнение шунтирующих операций не представляется возможным.

Особое место среди оперативных вмешательств при варикозном расширении вен пищевода и желудка занимала проксимальная резекция желудка и резекция дистальной части пищевода [М Д Пациора и др, 1970, К Н Цацианиди, А К Ерамишанцев, 1975, М Д Пациора и др, 1980; А К Ерамишанцев, В М Лебезев, 1998, М Ш Турениязов, 2000, А К Ерамишанцев, 2004]. По данным Ерамишанцева А К, Лебезева В М (1998) частичная эзофагогастрэктомия, устраняя риск рецидива кровотечения, сопровождалась диспептическими расстройствами, которые у 42,6% больных сочетались с тяжелой агастральной астенией и рецидивами массивных кровотечений (30%) вследствие эрозивно-язвенных процессов, поэтому показания к резекции пищевода и кардии желудка были сужены.

Вместе с тем авторы указывают, что у отдельных больных срок наблюдения превысил 30 лет, рецидивы кровотечения у них не отмечались, больные сохранили трудоспособность при остающемся небольшом дефиците массы тела. Анализ этих наблюдений не позволяет отказаться от этой операции и

считать ее показанной в тех редких ситуациях, когда другого пути помочь этим больным не остается, и этот вопрос требует дальнейшего изучения [А К Ерамишанцев, 2004]

С другой стороны, актуальной является необходимость проведения ревизии методики выполнения этой операции, подходы к осуществлению каждого из этапов которой были разработаны в 60-70-х гг

Внедрение технологий разобщения гастроэзофагеального коллектора с выполнением принципов функциональной хирургии и прецизионной техники, применение новых подходов к проксимальной резекции желудка диктуют необходимость изучения оперированного желудка для определения возможности использования операции в плановой и экстренной хирургии портальной гипертензии не только с целью устранения источника кровотечения, но и для достижения хороших функциональных результатов, исключения осложнений и неблагоприятных последствий вмешательства и обеспечения высоких показателей качества жизни

Цель исследования

Разработать и внедрить в клинику способ проксимальной резекции желудка с целью улучшения результатов профилактики и лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка

Задачи исследования

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи

1. Разработать и внедрить в клиническую практику способ проксимальной резекции желудка при варикозном расширении вен пищевода и желудка
2. Обосновать показания к выполнению операции проксимальной резекции желудка в модификации клиники
3. Изучить непосредственные и отдаленные результаты клинического применения проксимальной резекции желудка как способа профилактики и лечения кровотечений из расширенных вен гастроэзофагеальной зоны
4. Изучить функциональное состояние эзофагогастроуденального комплекса после проксимальной резекции желудка у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка

Научная новизна

Осуществлен новый подход к решению проблемы улучшения результатов профилактики и лечения геморрагии из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка

Патогенетически разработан и внедрен в клиническую практику способ проксимальной резекции желудка у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка, направленный на устранение источника кровотечения и достижение хороших функциональных результатов. Способ предусматривает выполнение селективной проксимальной ваготомии, разобщение гастроэзофагеальных коллатералей, формирование искусственной кардии - мышечного жома и инвагинационного клапана в области анастомоза.

Уточнены показания к выполнению проксимальной резекции желудка

Изучено функциональное состояние эзофагогастроуденального комплекса после проксимальной резекции желудка у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка

Разработанный способ надежен в отношении развития осложнений ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов, предотвращает развитие рецидивов кровотечения в отдаленные сроки после операции, обеспечивает благоприятное функционирование эзофагогастроуденального комплекса.

Практическая значимость работы

1 Применение способа проксимальной резекции желудка у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка позволяет улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных, предотвратить рецидивы гастроэзофагеальных кровотечений.

2 Профилактика рефлюкс-эзофагита достигается формированием искусственной кардии, включающей создание мышечного жома и инвагинационного клапана в области анастомоза

3 Устранение источника кровотечения, разобщение гастроэзофагеальных коллатералей, моделирование искусственной кардии снижают риск рецидива кровотечения портального генеза

4 Профилактика эрозивно-язвенных повреждений слизистой культи желудка и кровотечений из них в послеоперационном периоде достигается выполнением резекции проксимальной части желудка с сохранением ан-

трального отдела, сохранением привратника и проведением селективной проксимальной ваготомии

5 Прецизионная техника анастомозирования органов, сохранение пилорического жома и блуждающего нерва не приводят к нарушению моторной функции эзофагогастродуоденального комплекса, позволяют исключить постгастрорезекционные осложнения и снижение массы тела больных в послеоперационном периоде

Основные положения, выносимые на защиту

1 Разработанный способ проксимальной резекции желудка у больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка надежен в отношении профилактики ранних специфических послеоперационных осложнений

2 Резекция проксимальной части желудка, селективная проксимальная ваготомия снижают кислотность, искусственная кардия выполняет функцию дополнительного препятствия ретроградному забросу желудочного содержимого в пищевод, препятствует развитию рефлюкс-эзофагита с повреждающим воздействием на вены пищевода

3 Оперированный желудок при условии выполнения селективной проксимальной ваготомии, разобщения гастрозофагеальных коллатералей, создания пластических элементов кардии - мышечного жома и инвагинационного клапана в области анастомоза, исключения воздействия на привратник сохраняет свои свойства и функциональную состоятельность в ближайшие и отдаленные сроки после операции

Апробация материалов диссертации

Материалы и основные положения диссертационной работы доложены на

- Томском областном обществе хирургов (Томск, 2006),
- Региональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы хирургии» (Тюмень, 2008)

Материалы исследования применяются в практической работе НИИ гастроэнтерологии СибГМУ и Межрегионального центра хирургии и гастроэнтерологии ФМБА России, в учебном процессе кафедры хирургических болезней ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава и кафедры общей хирургии ГОУ ВПО БГУ

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 8 печатных работ, в том числе 2 статьи в журналах, рекомендованных ВАК РФ

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 155 страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 108 отечественных и 104 иностранных источников, иллюстрирован 58 рисунками, 2 диаграммами и документирован 6 таблицами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу исследования положены материалы наблюдений за 21 больным варикозным расширением вен пищевода и желудка. У 12 (57,14%) пациентов отмечен синдром внутрипеченочной портальной гипертензии (ПГ) с имевшимися в анамнезе пищеводно-желудочными кровотечениями или ранее выполненными операциями азигопортального разобщения. У остальных 7 (33,33%) пациентов варикозное расширение вен желудка было связано с внепеченочной ПГ и обусловлено тромбозом или аномалиями развития воротной вены. У 2 (9,52%) диагностирована смешанная форма ПГ. Пациенты находились на лечении в 1984-2006 гг. в Научно-исследовательском институте гастроэнтерологии СибГМУ и ЦМСЧ №81 г. Северска.

Возраст пациентов составлял от 29 до 64 лет (в среднем 48,3±7,6 года). Мужчин было 8 (38,10%), женщин – 13 (61,90%). Данные о распределении пациентов по возрасту и полу представлены в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Всего
21-30	-	1 (7,69%)	1 (4,77%)
31-40	2	5 (38,46%)	7 (33,33%)
41-50	3	3 (23,08%)	6 (28,57%)
51-60	2	3 (23,08%)	5 (23,81%)
61-70	1	1 (7,69%)	2 (9,52%)
Итого	8 (38,10%)	13 (61,90%)	21 (100,0%)

В анамнезе у всех пациентов имелись от двух до пяти эпизодов кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка

У 2 (9,5%) пациентов операция выполнена в экстренном порядке в связи с продолжающимся кровотечением из расширенных вен пищевода и желудка и отсутствием эффекта от консервативной гемостатической терапии. Еще 2 (9,5%) пациента были оперированы в срочном порядке в связи с высоким риском рецидива кровотечения. У 17 (81,0%) пациентов операции выполнены после остановки кровотечения, плановой подготовки в условиях гастроэнтерологического отделения. Двенадцать (57,1%) пациентов были ранее оперированы по поводу пищеводно-желудочного кровотечения из варикозно-расширенных вен: трем была выполнена спленэктомия, двум – операция Таннера и семи – операция Пациора.

До операции было проведено комплексное обследование, которое выявило следующее:

В соответствии с классификацией Raquet K -J (1983) все больные были разделены по степени варикозного расширения вен пищевода: II степень – у 7 (33,3%), III – у 10 (47,6%), IV – у 4 (19,0%) пациентов. Учитывая отсутствие стандартных классификационных критериев для расширения вен желудка, их исходно извитую форму, для градации использовали диаметр визуализируемых стволов по данным эндоскопической ультрасонографии. Так, из 17 больных у 10 (47,6%) диаметр расширенных вен проксимальных отделов желудка не превышал 1,0 см, у 5 (23,8%) составлял 1,0-1,5 см, у 2 (33,3%) – до 2,0 см.

Трофические изменения в слизистой оболочке пищевода были выявлены у 14 (66,7%) пациентов, из них катаральный эзофагит определен у 11 (52,4%) больных, эрозивный эзофагит – у 3 (14,3%). Недостаточность кардии визуализирована у 10 (47,6%) больных. Портально-гипертензивная гастропатия легкой степени выявлена у 5 (23,8%) больных, тяжелой – у 4 (19,0%). Таким образом, наличие гастроэзофагеального рефлюкса у 14 (66,7%) пациентов требовало ремодулирования кардии для улучшения эффективности оперативного лечения и профилактики рецидива кровотечения.

Прогноз вероятности кровотечения из варикозных вен пищевода определяли с помощью эндоскопической оценки варикозных вен и слизистой пищевода, последние 7 лет в комплексе с эндоскопической ультрасонографией и определением толщины стенки вены и слизистой над ней. Диагностировали

незначительную, умеренную и высокую степень риска кровотечения. Незначительная степень риска выявлена у 3 (14,3%) больных, умеренная степень – у 12 (57,1%) и высокая – у 4 (19,0%)

В соответствии с критериями Child-Pugh функциональное состояние печени у 10 (47,6%) пациентов с внутрипеченочной ПГ было компенсированным (группа А), у 4 (19,0%) – субкомпенсированным (группа В). Печеночная энцефалопатия в субклинической стадии определена у 5 (23,8%) пациентов.

Исходя из результатов комплексного обследования больных были разработаны показания к выполнению предложенной операции.

Показаниями к выполнению проксимальной резекции желудка в экстренном порядке являются: 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, ранее выполненные операции на желудке.

Показаниями к выполнению проксимальной резекции желудка в плановом порядке являются: 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).

При наличии расширенных вен в желудке в зависимости от степени риска пищеводного кровотечения, определяемой при эндоскопической ультрасонографии – умеренной (толщина стенки вены пищевода и слизистой 0,5-0,69 мм) или высокой (толщина слоя менее 0,5 мм), – определяется срочность выполнения вмешательства. Определение степени риска кровотечения из варикозно-расширенных вен желудка требует дальнейшего изучения.

Разработка и внедрение в клинику проксимальной резекции желудка с пластикой кардии была обусловлена необходимостью радикального устранения источника кровотечения и достижения при этом хороших функциональных результатов, исключения осложнений и неблагоприятных последствий.

хирургического вмешательства, а также исключения из патогенеза геморрагии значимых факторов в виде недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита

При проведении операции придерживались следующих правил

1 Операцию выполняли чрезбрюшинным доступом У всех больных использовали ранорасширитель МЗ Сигала

2 Соблюдали правила асептичности и атравматичности не накладывали раздавливающие зажимы на остающуюся часть желудка и пищевод, широко использовали механический шов, что позволяло избежать истечения содержимого органов в операционную рану

3 Резекцию дистальной части пищевода выполняли в минимальном объеме

4 Создавали искусственную кардию мышечный жом на дистальном конце пищевода высотой 10-12 мм и клапан из слизисто-подслизистых оболочек пищевода и культи желудка высотой 28-30 мм (рис 1а)

5 Анастомозируемые органы рассекали и сшивали строго послойно (рис 1б)

6 Стволовую (селективную) ваготомию и пилороластику не выполняли

7 При определении объема резекции основывались на распространенности патологических изменений в стенке желудка При наличии ВРВ в стенке субкардиального отдела и дна желудка проксимальную резекцию выполняли в объеме 1/3 органа, при наличии изменений в теле желудка – 1/2 органа Анатомические границы были следующие при резекции 1/3 желудка дистальная линия резекции по малой кривизне проходила на 3 см выше угла желудка, по большой кривизне – на 2 см выше точки Von-Goethem'a При проксимальной резекции 1/2 органа линия резекции по малой кривизне проходила в области угла, по большой кривизне – на уровне точки Von-Goethem'a

Операцию дополняют оментогепатопексией В культю желудка устанавливают назогастральный зонд, в тощую кишку проводят зонд для трансинтестинальной капельной ирригации растворами осмотически активных веществ (лактолоза) и энтерального питания Рану передней брюшной стенки ушивают послойно наглухо

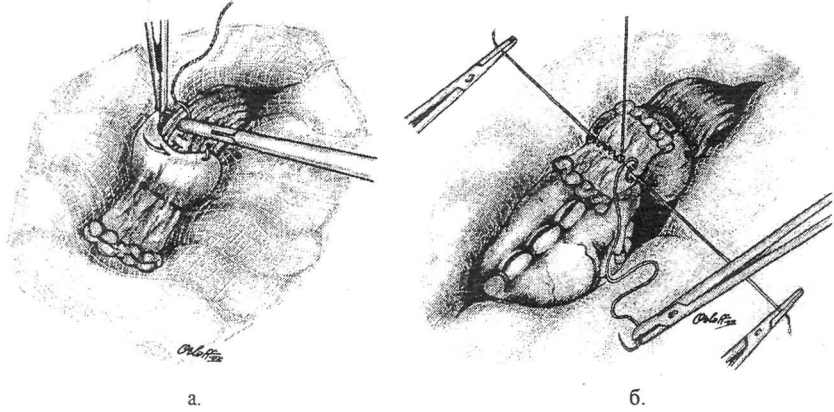


Рисунок 1. Схема операции: а. – формирование мышечного жома на дистальном конце пищевода; б. – послойное сшивание анастомозируемых органов.

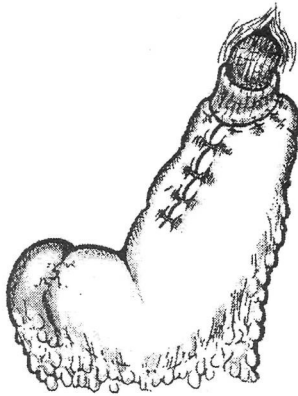


Рисунок 2. Окончательный вид сформированного пищеводно-желудочного анастомоза.

Моделирование мышечного жома и клапана является оптимальным для предотвращения гастроэзофагеального рефлюкса и развития рефлюкс-эзофагита.

При субкомпенсации функциональных резервов печени – группа В – в предоперационном периоде проводится интенсивная многокомпонентная терапия с целью достижения компенсации функций органа. У больных с высоким и умеренным риском кровотечения перед операцией используются анаприлин или пролонгированные нитраты.

В послеоперационном периоде проводится мониторинг состояния больного с выполнением эндоскопии и эндоскопической ультрасонографии через 2 мес, а затем 1 раз в полгода

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение результатов применения операции проксимальной резекции желудка показало следующее. В раннем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Осложнения у 8 (38,1%) пациентов были связаны с проявлениями печеночной недостаточности, у 1 (4,76%) пациента отмечено развитие тромбофлебита вен нижних конечностей, у 1 (4,76%) – формирование подкожной гематомы в области лапаротомного шва и еще у 1 (4,8%) больной после операции по срочным показаниям развились аспленическая тромбоцитемия и тромбоз вен портальной системы.

В сроки до 5 лет после операции умерли 3 (14,29%) пациента от прогрессирования печеночной недостаточности. В сроки от 2 до 23 лет наблюдались 15 пациентов (средний срок 59 ± 31 месяцев). Среди осложнений этого периода отмечены транзиторный асцит, купированный консервативными мероприятиями в условиях гастроэнтерологического стационара у 2 (9,4%) пациентов и резистентная к терапии печеночная энцефалопатия у 1 (6,7%) пациента. У 3 больных в сроки от 3 до 5 лет обнаружено рецидивирование варикозных изменений вен пищевода, у 2 из них выполнена эндоскопическая склерооблитерация вен.

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. При инсuffляции воздуха он раскрывался до 13-15 мм в диаметре. Лишь у 3 (14,29%) больных отмечен анастомозит 2 степени без нарушения проходимости анастомоза. Ретроградный осмотр позволял визуализировать инвагинационный клапан в виде скошенного цилиндра высотой до 15 мм, облегающий тубус эндоскопа.

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 мм 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 сканировании зоны анастомоза в месте формирования жома визуализировалась 11-слойная стенка за счет дополнительной мышечной оболочки. При исследовании зоны клапана в области его верхней и средней трети дифференцировка между слоями была снижена за счет отека слизистой и подслизистого слоя. В нижней трети клапана в области формирования дубликатуры мышечного слоя определялись 13 слоев тканей – два слоя – слизистая оболочка пищевода, 3-й слой – подслизистый слой с явлениями отека, 4-й и 6-й – мышечные слои с межмышечной прослойкой, 7-й – соединительно-тканная прослойка, 8-й и 10-й – мышечные слои с межмышечной прослойкой, 11-й – подслизистый слой, 12-13-й – слизистая оболочка желудка с явлениями отека.

При трансабдоминальной ультрасонографии во всех случаях регистрировался острый угол перехода пищевода в желудок.

При исследовании были отмечены потеря дифференцировки слоев абдоминального отдела пищевода и их структуры, а также увеличение наружного сечения пищевода за счет увеличения толщины стенки органа. Наружное сечение абдоминального отдела пищевода превышало 12 мм.

Появление дополнительной прослойки жидкости по наружному контуру абдоминального отдела пищевода или в структуре его стенки не было выявлено, что свидетельствовало о состоятельности сформированного соустья.

При исследовании натощак 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 $130-155 \text{ см}^2$.

Косое расположение сегмента поперечных мышечных волокон пилоруса относительно оси гастродуоденального перехода, анатомически и функционально оправданное, зарегистрировано у 14 (77,8%) пациентов. Поперечное расположение определено у остальных 4 (22,2%) пациентов. В основном

встречалась линейная форма сегмента поперечных мышечных волокон и по толщине его слой был равномерен

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 Прходимость 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 прохождения 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 pH 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

Такое изменение базальной и стимулированной кислотопродукции в ближайшем послеоперационном периоде объясняется непосредственным результатом резекции части органа, лишь у небольшой группы пациентов (до 17%) с исходным низким уровнем кислотопродукции развилась анацидность после операции

Отсутствие больных с гиперацидностью свидетельствует о надежной профилактике негативного воздействия соляной кислоты на слизистую культи желудка и пищевода

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 культию 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 в месте формирования жома визуализировалась 11-слойная стенка за счет дополнительной мышечной оболочки. Мышечная оболочка без воспалительных и фиброзных изменений. В зоне 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 гипэхогенной 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.

При исследовании собственно моторной функции культы желудка в антральном отделе хорошо прослеживались перистальтические волны, распространяющиеся в дистальном направлении к привратнику. У 6 (54,5%) пациентов в отдаленном периоде наблюдалось 2 волны в 1 мин с интервалом до 30 с, у 4 (36,4%) – 3 волны в мин, у 1 (9,1%) – 4 волны в мин. Скорость перистальтических волн не отклонялась от нормальных значений у 6 больных, уменьшение скорости до 1-1,5 мм/с зарегистрировано у 3, увеличение до 3 мм/с – у 2. Из 11 пациентов показатель амплитуды в отдаленном периоде у 4 (36,4%) определен на нижней границе нормы – 20-30%, у 6 (54,5%) составлял 35-70%, увеличение амплитуды до 85% отмечено у 1 (9,1%) больного. У 5 (45,4%) па-

циентов период полувыведения колебался в пределах 10-15 мин, у 2 (18,2%) – находился на верхней границе нормы – 20-22 мин, у 2 (18,2%) с замедлением эвакуации составлял 22-25 мин, у 2 (18,2%) с ускоренной эвакуацией находился в пределах 6-7 мин

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. Культи желудка активно перистальтировала, эвакуация из нее была порционной, ритмичной. У всех больных хорошо выявлялся газовый пузырь в проксимальных отделах культи 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. Гастроззофагеальный 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

В отдаленном периоде тенденция к повышению базального и стимулированного уровня рН у большинства пациентов и увеличение доли пациентов с анацидностью свидетельствуют о снижении общего числа секретирующих клеток эпителия в результате прогрессирования гастропатии с постепенным развитием атрофического гастрита

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 культи 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 ПГ.

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, моделирование искусственной кардии, индивидуальный выбор объема резекции желудка и функциональная состоятельность гастро-дуоденального комплекса обусловили отсутствие пострезекционных осложнений, тяжелой агастральной астении и выраженной хронической анемии, а у 7 пациентов масса тела увеличилась на 3-12 кг. Мы считаем, что это связано с удалением лишь проксимальной части желудка и сохранением антрального отдела и привратника. У пациентов отсутствовали рецидивы пищеводно-желудочного кровотечения, повысилась качество жизни.

Полученные результаты позволяют рассматривать данное вмешательство как метод выбора при лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с ПГ, позволяющий получить хорошие функциональные результаты в отдаленном периоде и малое количество послеоперационных осложнений.

ВЫВОДЫ

1 Разработан и внедрен в клинику способ проксимальной резекции желудка для профилактики и лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка

2 Показаниями к выполнению проксимальной резекции желудка в экстренном порядке являются 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, ранее выполненные операции на желудке В плановом порядке выполнение операции показано при наличии пищеводно-желудочного кровотечения в анамнезе, расширении вен пищевода II ст с высокой степенью риска геморрагии и расширении вен проксимального отдела желудка более 0,5 см в диаметре, расширении вен пищевода III и IV ст. с умеренным и высоким риском кровотечения и расширении вен желудка более 0,5 см в диаметре, варикозном расширении вен желудка 0,7 см и более, условии компенсации печеночных функций

3 Формирование мышечного жома и инвагинационного клапана в области анастомоза препятствуют развитию послеоперационного рефлюкс-эзофагита и устраняют этот фактор риска рецидива пищеводного кровотечения

4 Резекция 1/2 или 1/3 органа, выполнение селективной проксимальной ваготомии приводят к повышению базального уровня рН желудочного сока на $1,9 \pm 0,3$, что способствует профилактике развития эрозивно-язвенных повреждений слизистой культи желудка и пищевода и снижает риск кровотечения в послеоперационном периоде

5 Проксимальная резекция желудка с сохранением антрального отдела и привратника не приводит к нарушению моторной функции антродуоденальной зоны и не способствует появлению дуоденогастральных рефлюксов, как одного из факторов повреждения слизистой оболочки культи желудка при циррозе печени Показатели моторно-эвакуаторной функции оперированного желудка свидетельствуют о благоприятном функционировании органа, что позволяет не только исключить такие постгастрорезекционные осложнения как демпинг-синдром и диспептические расстройства, но и добиться увеличения массы тела больных в послеоперационном периоде от 3 до 12 кг

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1 Определение риска рецидива кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и диаметра варикозно-расширенных вен желудка, от которых зависит выбор лечебной тактики возможно при эндоскопическом исследовании в сочетании с эндоскопической ультрасонографией и является обязательными для данной категории больных

2 Исходная повышенная кислотность у 50,0% обследованных больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка и снижение факторов кислотоустойчивости у 75,0% больных требуют выполнения оперативного вмешательства, направленного на снижение кислотопродукции. Наличие гастрозофагеального рефлюкса у 91,67% пациентов требует ремодулирования кардии для улучшения эффективности оперативного лечения

3 С целью приемлемого функционирования оперированного желудка, исключения постгастрорезекционных осложнений, сохранения и увеличения питательного статуса больных в послеоперационном периоде, повышения уровня качества жизни требуется выполнение проксимальной резекции желудка в предложенной модификации

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

- 1 Жерлова, Т Г Предупреждение рецидивов кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода / Т Г Жерлова, Д В Зыков, С Б Бутуханов // Материалы 2 научно-практической конференции, посвященной памяти А Ф Родина «Актуальные вопросы клинической медицины» (Сверск) – Томск, 2006 – С 200-202
- 2 Оптимизация прогноза и хирургической профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода / Г К. Жерлов, Н С Рудая, А П Кошевой, А В Карпович, Т Г Жерлова, С Б Бутуханов // Хирургия – 2006 – №7 – С 27-33
- 3 Профилактика пищеводных кровотечений при портальной гипертензии / Г К Жерлов, А П Кошевой, Т Г Жерлова, С Б Бутуханов // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2006 – №1 – С 12
- 4 Кошевой, А П Проксимальная резекция желудка и резекция дистального отдела пищевода в лечении больных с портальной гипертензией / А П. Кошевой, С Б Бутуханов // Труды межрегиональной научно-практической конференции (Чита) – Чита, 2007 – С 115-116
- 5 Кошевой, А П Хирургическое лечение больных с внепеченочной портальной гипертензией / А П Кошевой, С Б Бутуханов // Актуальные

- вопросы медицинского обеспечения войск, подготовки и усовершенствования военно-медицинских кадров (Томск) – Томск, 2007 – С 91-92
- 6 Кошевой, А П Совершенствование прогноза и профилактики пищеводных кровотечений при портальной гипертензией / А П Кошевой, С Б Бутуханов // Актуальные вопросы медицинского обеспечения войск, подготовки и усовершенствования военно-медицинских кадров (Томск) – Томск, 2007 – С 89-91
 - 7 Жерлов, Г К Проксимальная резекция желудка при варикозном расширении вен пищевода и желудка / Г К Жерлов, А П Кошевой, С Б Бутуханов // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра (Иркутск) - 2007 - №5 - С 108-109
 - 8 Бутуханов, С Б Проксимальная резекция желудка перспективы применения у пациентов с варикозным расширением вен пищевода и желудка / С Б Бутуханов // Медицинская наука и образование Урала – 2008 - №3 – С 50-51

Список сокращений

АлАТ — аланинаминотрансфераза

АсАТ — аспаратаминотрансфераза

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ДПК — двенадцатиперстная кишка

ЛДФ – лазерная доплеровская флоуметрия

ПГ - портальная гипертензия

ПТО — протромбиновое отношение

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЦДС – цветное дуплексное сканирование

ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия

ЭУС — эндоскопическая ультрасонография