

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЕЮНОЭЗОФАГЕАЛЬНОМ РЕФЛЮКСЕ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Рыбачков В.В.¹, Васин А.Б.², Малашенко В.Н.¹, Дубровина Д.Е.¹

¹ ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России», Ярославль, Россия (150000, Ярославль, ул. Революционная, 5) e-mail: rector@yma.ac.ru;

² ГБУЗ ЯО «Ярославская клиническая онкологическая больница» Ярославль, Россия, (150077 Ярославль, проспект Октября, 67) e-mail: yar_okob@mail.ru

Проведен анализ частоты и выраженности еюноэзофагеального рефлюкса у 356 больных после гастрэктомии. Оценивалась клиническая, эндоскопическая и морфологическая картина в разные сроки после проведения хирургического лечения. Установлено, что еюноэзофагеальный рефлюкс развивается в 31% случаев. Степень «А» повреждения слизистой пищевода наблюдалась в 21,8%, степень «В» – в 24,5%, степень «С» – в 43,3%, степень «Д» – в 6,4% случаев. Пищевод Баррета выявлен у 7 пациентов. Установлено, что консервативное лечение данного осложнения эффективно при поражении слизистой пищевода «А» и «В» степени. При степени «С», в случае отсутствия эффекта от лечения, показана хирургическая коррекция в виде наложения межкишечного анастомоза по Ру. Эффективность операции превышала 90%. Уровень качества жизни улучшился более, чем в 2 раза.

Ключевые слова: еюноэзофагеальный рефлюкс, гастрэктомия, рак желудка

SURGICAL TACTICS AT THE REFLUX ESOPHAGITIS IN PATIENTS WITH TOTAL GASTRECTOMY

Rybachkov V.V.¹, Vasin A.B.², Malashenko V.N.¹, Dubrovina D.E.¹

¹ Yaroslavl state medical university, Yaroslavl, Russia, (150000, Yaroslavl., Revolutiionnaya street, 5) ,e-mail: rector@yma.ac.ru;

² Yaroslavl clinical oncological hospital Yaroslavl, Russia (150077, Yaroslavl, Ocyabrya prosp., 67), e-mail: yar_okob@mail.ru

Analyzed the frequency and severity of occurrence intestine-esophageal reflux in patients with gastric cancer after total gastrectomy. The patients were assessed clinically and endoscopically after a certain interval from surgery. Determined, that in 31% patients intestine-esophageal reflux has developed. Grade A (LA) esophagitis occurred in 21,8% patients, grade B(LA) esophagitis in 24,5%, grade C (LA) in 43,3% and grade D (LA) esophagitis in 6,4% cases. Barrets esophagus determinate in 7 patients. The conservative treatment of this complication were effective in A (LA) and B (LA) grades of esophagitis. When the conservative treatment were ineffective in case C (IA) grade esophagitis, patients needed surgical treatment (Roux -and -Y jejunal loop reconstruction).The positive effect of operation take place in 90% cases. The quality of life these patients increased by 2 times.

Keywords: reflux esophagitis, total gastrectomy, gastric cancer

В настоящее время одним из осложнений после гастрэктомии в отдаленном послеоперационном периоде является развитие эзофагоеюнального рефлюкса. Существует мнение, что одной из причин данного осложнения является модификация наложения эзофагоеюноанастомоза [6, 7, 10]. Вместе с тем, согласно существующим представлениям, ни один из вариантов наложения пищеводно-кишечного соустья не гарантирует отсутствия его появления [3]. Наиболее оптимальным в этом отношении является формирование анастомоза по Сапожкову-Юдину и Гиляровичу [2].

Клиническая манифестация еюноэзофагеального рефлюкса связана, прежде всего, с появлением воспаления слизистой пищевода различной степени выраженности. Данные

литературы свидетельствуют о том, что частота развития эзофагита после гастрэктомии достаточно велика и составляет от 14,2 % до 57%. [2, 3, 9]. Существует точка зрения, согласно которой патогенез воспаления связан с действием на слизистую трипсина, желчных кислот и лизолецитина [4, 5, 10].

Развивающиеся нарушения, безусловно, оказывают самое негативное влияние на состояние пациентов и качество их жизни [5, 8]. Вместе с тем, исследования по данной тематике не дают исчерпывающего ответа на вопросы профилактики и лечения данного осложнения.

Цель исследования

Оценить частоту возникновения еюноэзофагеального рефлюкса у больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка, и определить варианты хирургической тактики при развитии данного осложнения.

Материалы и методы

Основу работы составили 356 пациентов с раком желудка, которым выполнена гастрэктомия с наложением пищеводно-кишечного анастомоза в модификации Сапожкова – Юдина и Гиляровича, в период с 2003 по 2013 годы. Возраст пациентов варьировал от 27 до 86 лет. Среди обследованных мужчин было 192 (53,9%), женщин 164 (46,1%). Опухолевый процесс расценен как T₁₋₂ у 87 больных, T₃-у 230, T₄-у 39. Поражение лимфатических узлов N1 отмечено в 28% наблюдений, N2 – 17%. В 46 наблюдениях имела место 1 стадия опухолевого процесса, в 149 – 2-я стадия, в 116 – 3-я стадия, в 45 случаях – 4-я стадия. По гистологической структуре недифференцированный рак наблюдался у 8,5% больных, низкодифференцированный – у 54,8%, умеренно-дифференцированный – у 30,5% и высокодифференцированный – в 6,2 % случаев.

Пятилетняя выживаемость при первой стадии заболевания наблюдалась у 84%, при 2 стадии – у 54%, при 3 – у 31%, при 4 стадии – у 2% больных. Послеоперационная летальность составила 2,1%. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 28% (в структуре осложнений терапевтические осложнения составляли 63,6%, хирургические – 36,4%). Хирургические осложнения в основном проявлялись частичной несостоятельностью эзофагоеюноанастомоза и послеоперационным панкреатитом.

Частота еюноэзофагеального рефлюкса выявлена у 110 пациентов (31%), в возрасте от 42 до 81 года. Средний возраст составил 65 лет. Среди них мужчин было 78 (70,9%), женщин 32 (29,2%). В этой группе больных низкодифференцированный рак имел место в 56,5%, умеренно дифференцированный – в 32,7%, высокодифференцированный – в 7,2% и недифференцированный – в 3,6% случаев.

Все больные в различной степени выраженности предъявляли жалобы на дисфагию, изжогу, горечь во рту и отрыжку. Более чем в половине случаев клиническая манифестация стала проявляться через 9 месяцев после гастрэктомии. Степень повреждения слизистой пищевода определялась по Лос-Анджелесской классификации (1994 г.). Выраженность изменений слизистой пищевода подтверждалась эндоскопическим мониторингом. Пациенты обследовались в течение первого года 1 раз в три месяца, в последующем 1 раз в 6 месяцев. Первая степень повреждения слизистой (степень А) выявлена у 24 больных (21,8%), 2-я степень (степень В) у 27 (24,5%), третья степень (степень С) у 53 (43,3%) и 4-я степень (степень Д) в 6,4% случаев (7 пациентов). Пищевод Баррета как осложнение еюноэзофагеального рефлюкса установлен у 7 больных (6,4%) на основании данных эндоскопии и морфологических изменений со стороны слизистой пищевода (наличие цилиндрических и бокаловидных клеток). Данное осложнение развивалось, в среднем, через 4 года после гастрэктомии.

Состояние вегетативной нервной системы оценивалось методом вариационной пульсометрии, путем регистрации синусового сердечного ритма с последующим математическим анализом его структуры [1].

До операции у всех больных изменений слизистой пищевода не наблюдалось. В зависимости от исходной гистологической структуры опухоли при 2 и 3 степени нарушения слизистой пищевода преобладал низкодифференцированный рак (соответственно 67% и 66%). Степень эффективности лечения еюноэзофагеального рефлюкса оценивалась клинически, эндоскопически, а также по уровню качества жизни пациентов на основании опросника SF36.

Результаты и обсуждение

Результаты исследований были направлены, прежде всего, на выбор методов лечения при развитии еюноэзофагеального рефлюкса. Арсенал консервативных лечебных мероприятий включал в себя назначение антацидов, антибактериальных, противовоспалительных и антисекреторных препаратов (омепразол, 0,25% раствор новокаина, альмагель, амоксициллин, трихопол). Курс лечения определялся степенью регресса клинических проявлений и изменений со стороны слизистой пищевода при эндоскопическом мониторинге. В результате установлено, что при степени А повреждения слизистой пищевода консервативное лечение эффективно практически во всех случаях. Клинические проявления купировались, а эрозии слизистой рубцевались. При наблюдении в течение 6 месяцев рецидив симптоматики наблюдался только у 2 больных (8,3%). Это потребовало проведения повторного курса лечения.

При степени В повреждения слизистой пищевода эффективность лечения также была высокой. Регресс клинических проявлений отмечался у всех больных. В 52% случаев степень В перешла в степень А, а у 48% было достигнуто полное заживление эрозий. В течение 6 месяцев после курса лечения отрыжка и горечь во рту наблюдалась у 6 больных (22,2%). Следует отметить, что степень дифференцировки опухоли существенного влияния на эффективность лечения не оказывала. При степени С повреждения слизистой пищевода эффект от консервативной терапии переходящий. По-видимому, это связано с нарушением регуляции вегетативной нервной системы. Эти данные нашли свое подтверждение при исследовании состояния вегетативной нервной регуляции методом вариационной пульсометрии. Установлено, что все пациенты с еюноэзофагеальным рефлюксом имели значительные отклонения от нормального тонуса вегетативной нервной системы. Эйтонический тонус имел место только у пациентов без явлений еюноэзофагеального рефлюкса (индекс напряжения составил $94 \pm 5,4$, $p < 0,05$). У пациентов с эзофагитом отмечалось значительное смещение показателей вегетативной регуляции в сторону преобладания симпатической нервной системы. Выявлено, что при начальной степени повреждения слизистой пищевода (степень А) индекс напряжения составил $619 \pm 23,1$ ($p < 0,01$), при степени В - $621 \pm 23,1$ ($p < 0,01$), при степени С - $736 \pm 53,4$ ($p < 0,01$), а при степени Д - $888 \pm 66,2$ ($p < 0,05$).

В связи с отсутствием положительного эффекта от проводимого консервативного лечения у 21 больного из этой группы проводилась хирургическая коррекция, направленная на устранение негативного влияния еюноэзофагеального рефлюкса. Оперативное вмешательство заключалось в реконструкции приводящей петли по типу Ру. При этом приводящая петля краниальнее брауновского соустья отсекалась с последующим формированием У-образного энтероэнтероанастомоза на 60 см дистальнее от расположения пищеводно-кишечного соустья.

В этой группе больных мужчин было 16, женщин 5, возраст больных колебался от 50 до 75 лет. Сроки выполнения данной операции после гастрэктомии варьировали от 9 месяцев до 7 лет и составляли в среднем 32 месяца. При этом степень С повреждения слизистой пищевода имела место у 18, а степень Д - у 3 больных (Рис. 1). В данной группе индекс напряжения вегетативной нервной системы имел наиболее значительный сдвиг в сторону симпатической регуляции и составлял $1564 \pm 114,7$ ($p < 0,05$).

По гистологической структуре низкодифференцированный рак наблюдался в 47,6%, недифференцированный – в 19% и умеренно-дифференцированный – в 33,4% случаев. В зависимости от степени распространения опухоли изначально преобладала 2 стадия (52,4%).

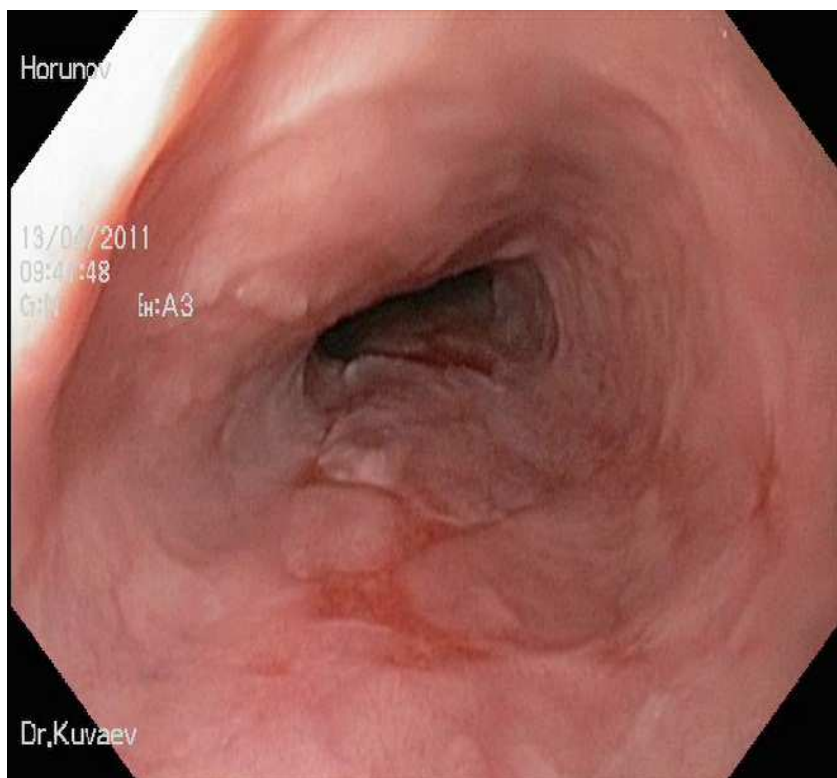


Рис. 1. Эндоскопическая картина повреждения слизистой пищевода при эзофагите типа С по Лос-Анджелесской классификации 1994г.

При степени Д повреждения слизистой пищевода эффект от консервативной терапии минимален. В этой группе необходима хирургическая коррекция. Как уже было отмечено, она выполнена у 3 пациентов. При оценке эффективности оперативного пособия установлено, что у 16 больных (76,2%) достигнуто полное рубцевание повреждений со стороны слизистой пищевода, у 3 больных позитивный эффект проявился регрессом со стороны слизистой пищевода до степени А и у 2-х человек повреждения слизистой до степени С. Представленные данные свидетельствуют, что эффективность хирургической коррекции еюноэзофагеального рефлюкса превышает 90% (рис. 2). Эффект от оперативного вмешательства проявлялся через 2 недели после операции. При этом уровень качества жизни при использовании интегрального показателя увеличился более чем в 2,2 раза, в основном за счет физической и психологической составляющей.

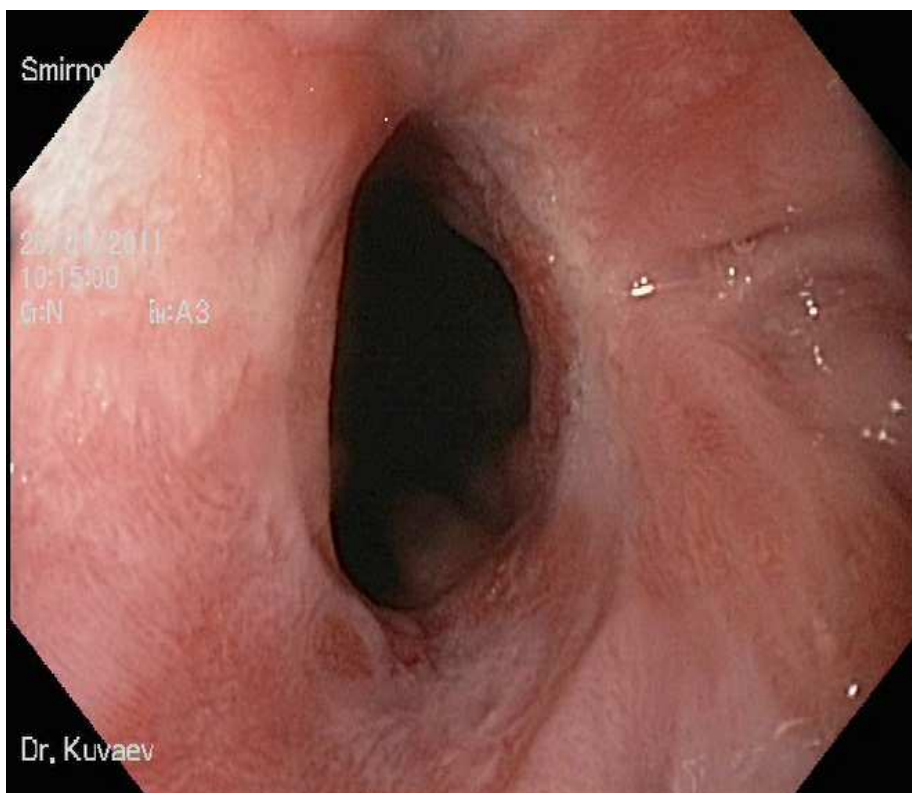


Рис. 2 Эндоскопическая картина состояния езофагоеюноанастомоза спустя 3 месяца после проведения хирургической коррекции. Отсутствие эрозивных изменений со стороны слизистой пищевода.

Таким образом, при развитии еюноэзофагеального рефлюкса после гастрэктомии консервативное лечение эффективно только при степени А и В повреждения слизистой пищевода. При прогрессировании процесса показана хирургическая коррекция. Ее выполнение в значительной степени связано не только с согласием пациента на операцию, но и с течением основного заболевания.

Пятилетняя выживаемость в исследуемой группе при первой стадии заболевания составила 84%, при 2 стадии – 54%, при 3 – 31%, при 4 стадии – 2%. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 28% (в структуре осложнений терапевтические осложнения составляли 63,6% , хирургические – 36,4%). Общая летальность в данной группе больных 2,1%.

Выводы

Частота еюноэзофагеального рефлюкса после гастрэктомии превышает 30%. Повреждение слизистой пищевода при данном осложнении более чем в 40% случаев соответствует степени повреждения С. Хирургическая коррекция еюноэзофагеального рефлюкса показана при С и Д степени повреждения. В остальных случаях лечение

консервативное. Пациенты после гастрэктомии нуждаются в реабилитации независимо от стадии заболевания и сроков отдаленного послеоперационного периода.

Список литературы

1. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука, 1984. – С. 220.
2. Демин Д.И., Тарасевич А.Д., Уразов Н.Е. и др. Профилактика рефлюкс-эзофагита при гастрэктомии и проксимальной резекции желудка. Хирургия. – М., 2002. - №4. – С. 44-47.
3. Жерлов Г.К., Рудая Н.С., Смирнов А.И. Клинико-эндоскопические и морфологические критерии оценки функции пищеводных анастомозов. Хирургия. – М., 2005. - №7. – С. 9-14.
4. Иванов М.А. Сравнительная оценка вариантов пищеводно-тонкокишечных анастомозов и возможности коррекции функциональных нарушений кишечника при гастрэктомии. Автореферат дисс. д-ра мед. наук. СПб., 1996.
5. Andreica V, Constantea N, Dadu R, Danci I, Pasca D, Postei R. Esofagita de reflux la pacienții cu gastrectomie totală. Noutatea Medicală (Bucharest) 2007; 15: 58-61.
6. Donovan IA, Fielding JW, Bradby H, Sorgi M, Harding LK. Bile diversion after total gastrectomy. Br J Surg 1982; 69: 389-390.
7. Hubens A, Van Hee R, Van Wooren W, Peeters R. Reconstruction of the digestive tract after total gastrectomy. Hepatogastroenterology 1989; 36: 18-22.
8. Rea T, Bartolacci M, Leombruni E, Brizzi F, Picardi N. Study of the antireflux action of the Roux-en-Y jejunal loop in reconstruction after gastrectomy and nutritional status in the follow-up. Ann Ital Chir 2005;76:343-351.
9. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease. In: Yamada T et al (eds.). Textbook of gastroenterology. 4th Ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 1196-1224
10. Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, et al. High prevalence of gastroesophageal reflux symptoms and esophagitis with or without symptoms in the general adult Swedish population: a Kalixanda study report. Scand J Gastroenterol. 2005;40:275-285.

Рецензенты:

Хорев А.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ГБОУ ВПО ЯГМУ Минздрава России, г. Ярославль;

Гужков О.Н., д.м.н., врач-хирург ГБУЗ ЯО «Клиническая больница №9», г. Ярославль.