

ТРУДЫ ЕРЕВАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ИНСТИТУТА
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ВЫПУСК 1—1965 г.

ОБ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОПЕРАЦИИ ЭЗОФАГОФУНДОАНАСТОМОЗА
ПРИ КАРДИОСПАЗМЕ

Доцент С. Х. АВДАЛБЕКЯН, В. Т. АПОЯН

Кафедра грудной хирургии и анестезиологии (зав.—доцент С. Х. АВДАЛБЕКЯН)

Проблема хирургического лечения кардиоспазма до настоящего времени еще не разрешена. Не случайно, что вопрос этот стал предметом обсуждения на последнем XXVII съезде хирургов СССР в 1960 году. Отсутствие ясных представлений о патогенезе этого тяжелого страдания, естественно, затрудняет выбор наиболее рационального метода терапии. Ни один из существующих способов оперативного лечения не может быть назван патогеническим, поскольку все они направлены лишь на устранение одного, правда основного симптома, непроходимости кардии.

По мнению большинства авторов, обладающих опытом по лечению кардиоспазма, оно является различным в зависимости от стадии процесса.

Известно, что на первых порах непроходимость кардии является функциональной и лишь значительно позже спазм приобретает постоянный стойкий характер, получая органическую основу в виде развития рубцовой соединительной ткани как в самой стенке пищевода, так и в окружающей клетчатке.

В нашей стране наибольшее распространение имеет классификация Б. В. Петровского, который выделяет четыре стадии в развитии кардиоспазма.

В I стадии спазм носит перемежающийся непостоянный характер. Во II стадии спазм становится стабильным. Отмечается некоторое расширение пищевода. III стадия характеризуется развитием рубцов в мышечном слое кардии и значительным расширением пищевода. И, наконец, в IV стадии наблюдается резко выраженный стеноз кардии, нередко с наличием S-образной дилатации пищевода.

Лечение в стадии функциональных изменений, по общему признанию, должно быть консервативным и лишь при неэффективности по-

следнего, прибегают к расширению кардии с помощью специальных дилататоров и оперативному лечению.

Операции подлежат больные со стойким нарушением проходимости кардии. Из большого числа (свыше 20) предложенных оперативных вмешательств в настоящее время наибольшей популярностью пользуются операции эзофагогастроанастомоза и экстрамукозной кардиомиотомии с ее различными модификациями.

Предложенная в 1910 году Гейровским (Heurovsky) операция эзофагофундостомии, осуществлявшаяся чрезбрюшным путем, вскоре получила довольно широкое распространение. С развитием грудной хирургии предпочтение стали отдавать трансторакальной эзофагофундостомии. До последнего времени она считалась операцией выбора. Десять лет назад С. С. Юдин писал, что для лечения кардиоспазма приемлемы только операции типа эзофагофундоанастомоза. А. А. Поляницев в своей монографии, изданной в 1960 году, расценивает обходной эзофагофундоанастомоз, как более совершенную операцию по сравнению с другими методами оперативного лечения.

Однако, по мере накопления опыта и изучения отдаленных результатов, стали выявляться отрицательные стороны соустья между дном желудка и расширенным пищеводом. У части больных уже спустя несколько месяцев развивается эзофагит, пептические язвы анастомоза, анемии, вторичный стеноз соустья.

По сводным данным собранным Б. В. Петровским и О. Д. Федоровой из отечественной и зарубежной литературы с 1915 г. по 1958 г. на 519 операций эзофагофундоанастомоза в 12% отмечен эзофагит, а в 8,8% стеноз соустья. Этими же авторами собраны сведения из отечественной литературы с 1958 г. по 1962 г. еще о 293 операциях пищеводно-желудочных анастомозов, из которых явствует, что в 22% отмечены осложнения в виде эзофагита.

Пептический, или как его еще называют язвенный эзофагит, проявляется болями, возникающими вскоре после еды за грудиной или в подложечной области, изжогой, срыгиванием принятой пищи. Указанные явления более выражены при приеме кислой пищи. Нередко, описанные субъективные ощущения достигают большой интенсивности. В. И. Гордеев наблюдал больного, который пытался покончить с собой из-за эзофагита развившегося у него после операции Гейровского. Механизм возникновения эзофагита еще недостаточно ясен. Как известно, пептический эзофагит развивается не только как осложнение эзофагофундоанастомоза, но и при других операциях, приводящих к нарушению функции кардии, например, при резекции самой кардии, при пластике кардии по Марведель-Ванделю и др. Нередко эзофагит осложняет и течение диафрагмальных грыж.

В результате нарушения обычных анатомических взаимоотношений, создания постоянно открытого широкого сообщения между пищеводом и желудком, кислое содержимое последнего забрасывается через соустье в пищевод, особенно при горизонтальном положении больного. Сли-

зистая пищевода, как было показано экспериментальными исследованиями, обладает весьма малой устойчивостью по отношению к желудочному соку. Следствием переваривающего действия его, является образование некротических язв (Вангенстин, Wangensteen, 1951). Наличие слепого мешка нередко остающегося ниже уровня соустья способствует застою и разложению пищевых масс, желудочного сока, что усугубляет явления эзофагита.

Не безынтересно отметить, что эзофагит может развиваться при забрасывании желудочного сока как с повышенной, так и пониженной кислотностью, что Вангенстин объясняет исключительно высокой чувствительностью слизистой пищевода к рефлюксу.

Существует ряд других объяснений механизма эзофагита. Так, Кюлемейер с сотр. (Külemeyer, 1956) Н. И. Махов (1946) полагают, что причиной эзофагита является пилороспазм.

Другие авторы причины эзофагита усматривают в нарушении целостности диафрагмы и возникновении диафрагмальной грыжи (Олсен с сотр., Olsen), в нарушении целостности кардии (Баррет и Франклин, Barrett, Franclin, Б. В. Петровский и О. Ф. Федорова).

Помимо указанных выше тягостных ощущений нередким спутником пептического эзофагита являются кровотечения, возникающие из множественных мелких изъязвлений слизистой или отдельных более крупных язв (М. Д. Брайцева, Т. А. Осипкова, Б. В. Петровский, О. Ф. Федорова, А. Н. Зайцев, В. И. Попов, Е. П. Кохан, М. Н. Даниленко, Ц. К. Боржиевский и др.). Периодически повторяющиеся кровотечения, проявляющиеся в виде срыгивания и рвоты «кофейной гущей», дегтеобразного стула, приводят к выраженной анемии. Поскольку эти кровотечения обусловлены пептическим эзофагитом, лечение их направлено, в первую очередь, на ликвидацию эзофагита. Лечение эзофагита представляет довольно трудную задачу. Начинается оно обычно с консервативных мероприятий направленных на нейтрализацию кислого желудочного сока, уменьшение его секреции. Обязательным является применение антианемических препаратов и переливание крови. Следует отметить, что консервативные меры приносят лишь временное облегчение и больные нередко поступают в больницу повторно по поводу прогрессирующей анемии.

В случаях отсутствия успеха от консервативного лечения вынужденно прибегают к оперативному лечению — резекции желудка, или резекции нижнего отдела пищевода вместе с анастомозом и кардией.

О. Ф. Федорова собрала из литературы 10 случаев оперативного лечения эзофагита (1960). В 7 из них был резецирован анастомоз.

В. В. Уманская на XXVII съезде хирургов СССР сообщила о двух случаях резекции кардии и анастомоза предпринятых в институте им. Склифосовского по поводу повторных кровотечений. При гистологическом исследовании удаленных препаратов был обнаружен эрозивный эзофагит.

Эллис (Ellis), Андерсон (Andersen), Клагет (Clagett), у 9 больных произвели резекцию нижнего отдела пищевода, кардии и желудка с наложением анастомоза между пищеводом и тощей кишкой. (цит. по А. А. Полянцеву).

Большой интерес для клинициста представляют случаи, когда при наличии прогрессирующей анемии ни эзофагита, ни значительного кровотечения выявить клинически не удается. Несмотря на это анемию неуклонно нарастает, нередко приводя больных к гибели. Подобные анемию наблюдали Г. А. Алексеев, П. Г. Швальц, В. В. Уткин и другие.

В основе таких скрытых кровотечений, приводящих к возникновению железодефицитных анемий, по мнению Г. А. Алексеева, лежат длительные паренхиматозные кровотечения из стенки желудка.

Как известно, железы фундального отдела вырабатывают гастромукопротеин, аналогичный внутреннему антианемическому фактору, который необходим для ассимиляции витамина В₁₂.

Повреждение дна желудка при эзофагофундоанастомозе нарушает его нормальную функцию в процессе гемопоэза. Автор идентифицирует патогенез анемий при диафрагмальных грыжах, сопровождающихся изменениям желудка и при эзофагофундоанастомозе.

И. К. Кассирский полагает, что после операции на фундусе в нем возникают воспалительно-дегенеративные изменения, что приводит к нарушению усвоения пищевого железа.

Причиной анемий О. Г. Мамамтавршвили считает интоксикацию продуктами разложения пищевых масс, застаивающихся в слепом кармане ниже соустья пищевода с желудком.

За последние три года мы наблюдали пять больных с эзофагофундоанастомозом выполненным по поводу кардиоспазма. Два наблюдения, как нам кажется, представляют интерес с точки зрения осложнений после эзофагофундоанастомоза и методов их лечения.

НАБЛЮДЕНИЕ 1-ое. Больная К. 28 лет поступила в клинику 24/12—1963 г. с жалобами на боли в подложечной области иррадиирующие в межлопаточное пространство, не связанные с приемом пищи. Боли преимущественно возникали к вечеру. Больную беспокоили также изжога, возникавшая на протяжении дня, срыгивания, рвота коричневатой жидкостью, дегтеобразный стул.

В сентябре 1958 года была сильно напугана собакой, которая укусила больную. Спустя месяц, после случившегося, впервые заметила затруднения при глотании, причем с большим трудом проходила холодная вода. Лечилась атропином, однако без успеха. Дисфагия перемежалась периодами, когда больная чувствовала себя совершенно здоровой.

В сентябре 1959 года подверглась рентгенисследованию пищевода; был диагностирован кардиоспазм и больной предложили операцию, от которой она отказалась. Постепенно светлые промежутки становились реже, дисфагия стала приобретать стойкий характер. Принятая пища, как твердая так и жидкая, срыгивалась обратно вскоре после еды. Для облегчения прохождения пищи больная была вынуждена выпивать большое количество жидкости, поднимать левую руку, делать глубокие вздохи. При этом пища с шумом проваливалась в желудок. Однако описываемые приемы с течением времени оказывались все менее действенными и больная, вынужденная голодать, стала прогрессивно терять в весе.

В мае 1963 года при рентгенологическом исследовании установлена значительная дилатация пищевода. Контуры последнего гладкие. Кардиальный конец его закруглен. Контрастная масса задерживается в пищеводе как в слепом мешке. В течение трех часов не удалось зафиксировать момента раскрытия кардии.

С диагнозом «кардиоспазм» больная была госпитализирована в одно из лечебных учреждений города, где 9 июля 1963 года был наложен эзофагофундоанастомоз трансторакальным путем. В первое время после операции общее состояние больной было удовлетворительным, исчезла дисфагия. Отмечались лишь после утреннего завтрака легкое головокружение, слабость, которые вскоре проходили. Однако спустя три с половиной—четыре месяца у больной появилась изжога, боли в эпигастрии, а вскоре и признаки кровотечения: рвота «кофейной гущей», дегтеобразный стул. Ввиду продолжающегося кровотечения была повторно госпитализирована и проведена гемостатическая и гемостимулирующая терапия после чего состояние больной несколько улучшилось.

При рентгенологическом исследовании 2/10 установлено значительное расширение пищевода. Рельеф последнего видоизменен по типу эзофагита. Функция кардии отсутствует. В горизонтальном положении больной отмечается значительный рефлюкс контрастной массы в пищевод через анастомоз. Ниже места соустья по малой кривизне желудка определяется довольно большое выпячивание (дивертикул).

При поступлении в клинику больная пониженного питания, бледна, наблюдается резко выраженная анемия. Отмечалось снижение гемоглобина до 20%. В предоперационном периоде проведена активная подготовка, направленная главным образом на прекращение кровотечения и стимуляцию гемопоэза. С этой целью больная получала витамин В-12, восстановительное железо, хлористый кальций, переливание крови, камполон. В результате проведенной терапии гемоглобин в крови повысился до 46%, общее состояние значительно улучшилось, однако реакция на кровь в кале оставалась резко положительной.

28/II—1964 г. под эндотрахеальным наркозом разрезом по VII межреберью, слева, с иссечением старого рубца, вскрыта плевральная полость. Отмечены выраженные сращения между нижней поверхностью легкого и диафрагмой, а также с перемещенным в плевральную полость дном желудка. Особенно грубые сращения в области анастомоза. Трансдиафрагмально вскрыта брюшная полость, желудок отделен от диафрагмы.

Заднюю стенку пищевода из средостення тупым путем выделить не удалось. После рассечения сращений установлено, что несколько выше соустья имеется язва, пенетрирующая в клетчатку средостення и в правую медиальную ножку диафрагмы. После выделения области анастомоза и нижней трети пищевода мобилизована кардиальная часть желудка. Произведена резекция нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка. Эзофагофундоанастомоз на передней стенке желудка. Отверстие в диафрагме ушито до культи желудка. Плевральная полость дренирована через IX межреберье, после чего она зашита наглухо.

На препарате, непосредственно над анастомозом, имеется дефект стенки пищевода образовавшийся в результате язвы, края которого плотны, рубцово изменены. Слизистая пищевода гипертрофирована. Гистологическое исследование — хроническая язва, язвенный эзофагит.

После операции до настоящего времени нет указанных выше жалоб, кровотечения прекратилось. Анализ крови от 26/III—1964 г. показал 65% гемоглобина. Реакция на кровь в кале отрицательна.

Таким образом, причинами кровотечения, в настоящем случае, явились пептический эзофагит и пептическая язва. В настоящее время трудно судить о том, принесет ли исцеление больной произведенная резекция кардии и пищевода. Однако тот факт, что кровотечение имевшее место накануне операции прекратилось сразу же после нее, позволяет надеяться на благополучный отдаленный результат.

НАБЛЮДЕНИЕ II-ое. Больная А. 27 лет поступила в клинику 19/XI—62 г. с жалобами на дисфагию. Первые признаки затрудненного прохождения пищи появи-

лись в 1955 г. За медицинской помощью впервые обратилась лишь в 1962 году: при рентгенологическом исследовании выявлен кардиоспазм, больная направлена на хирургическое лечение. Рентгенисследование от 22/XI—62 г.: пищевод на всем протяжении расширен до входа в желудок. Спустя один час прохождение контрастной массы в желудок не наблюдается. Ширина пищевода до 6 см, контуры гладкие.

29/XI операция—эзофагофундоанастомоз по Юдину.

Послеоперационный период гладкий. При рентгеноскопии 14/XII бариевая взвесь легко проходит в желудок, диаметр пищевода несколько уменьшился.

24/XII—62 г. была выписана в удовлетворительном состоянии.

В марте 1963 года поступила повторно по поводу кровотечения в желудочно-кишечный тракт, анемии. Гемоглобин крови равнялся 17%. Болей, изжоги нет. Принятыми мерами кровотечение было остановлено. При выписке—гемоглобин 65%. Однако, в августе 1963 года снова поступила с жалобами на рвоту «кофейной гущей», легтеобразный стул, резкую слабость. При рентгенологическом исследовании 25/X было заподозрено наличие язвы кардиального отдела желудка, явления язвенного эзофагита и расширение вен пищевода. От предложенной операции—резекции кардии и пищевода—отказалась.

14/XI—63 г. в виду продолжавшегося кровотечения вновь поступила в клинику. После соответствующей подготовки (переливания крови, витамины) была произведена резекция нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка вместе с соустьем.

Микроскопически на препарате установлена пептическая язва анастомоза, диаметром 0,5 см. Кардиальной язвы и расширения вен не оказалось. Однако, как непосредственно после операции, так и в настоящее время отмечается дегтеобразный стул.

Изучение всех факторов свертывающейся системы крови—патологии не выявило. При рентгенологическом и эзофагоскопическом исследовании данных указывающих на какую-либо причину кровотечения не выявлено. Прием гемостимулина, переливанием дробных доз крови удается поддерживать гемоглобин в пределах 50—55%. Однако кровотечение продолжается.

По всей вероятности, в настоящем наблюдении кровотечение было обусловлено не только пептической язвой, но и значительным нарушением функции кардии, вызывающим паренхиматозное кровотечение из стенки желудка. Очевидно в случаях, где не удается установить точно наличие пептического эзофагита, пептических язв, следует воздержаться от таких операций, как резекция анастомоза вместе с кардиальной частью желудка и нижним отрезком пищевода.

Возможно, как указывают Эллис и другие, в случаях прогрессирующей анемии после эзофагофундоанастомоза, целесообразно прибегать к удалению всей зоны дающей паренхиматозное кровотечение т. е. всего желудка и нижнего отдела пищевода.

В нашем наблюдении было высказано подозрение на наличие пептического эзофагита и язвы, что побудило нас резецировать только пораженную зону.

Суммируя все сказанное следует признать, что операция эзофагофундоанастомоза при кардиоспазме является нефизиологичной и порочной.

Оценивая отдаленные результаты эзофагофундоанастомоза М. И. Коломийченко (1960) писал: «В хирургии трудно найти аналогичные условия, когда предпринятое оперативное пособие со столь благими на-

мерениями, приводит в послеоперационном периоде к таким тяжелым результатам».

Отрицательная оценка операции желудочно-пищевого соустья, как метода лечения кардиоспазма, была дана в решениях XXVII съезда хирургов СССР. Подобное же отношение к эзофагофундостомии выявилось при дискуссии, проведенной в американской печати.

Глубокая неудовлетворенность результатами эзофагофундоанастомоза вновь повысила интерес к известной операции Геллера — экстрамукозной кардиомиотомии. В настоящее время она редко применяется в чистом виде. В Советском Союзе чаще дополняют ее пластикой, образовавшегося после продольного рассечения кардии дефекта мышечного слоя, диафрагмой (Б. В. Петровский), перемещенным в грудную полость сальником (В. И. Колесов), подшиванием дна желудка (А. Н. Беркутов, К. Г. Табатадзе).

При этом отмечается тенденция к расширению показаний к операции типа Геллера-Петровского в случаях запущенного кардиоспазма в атонической стадии, при которой лишь эзофагофундоанастомоз считался единственным методом лечения (Т. А. Суворова, М. В. Даниленко, Ц. К. Боржиевский).

На последнем съезде советских хирургов было высказано мнение, что при невозможности произвести пластику кардии, из-за выраженного рубцового процесса, следует прибегать к резекции ее (Б. А. Иванов, М. Н. Молоденков).

Преимущество диафрагмопластики по Б. В. Петровскому заключается в восстановлении нормального просвета кардии и в создании условий для физиологического замыкания ее. Последнее особенно важно, поскольку устраняется опасность рефлюкса и следовательно эзофагита. И действительно, отдаленные результаты операции Геллера-Петровского оказались вполне удовлетворительными.

Таких осложнений как язвенный эзофагит, пептические язвы, кровотечение не отмечается (Б. В. Петровский и О. Ф. Федорова, М. В. Даниленко и Ц. К. Боржиевский, В. В. Уткин, И. В. Шмелев и др.).

В 1955 г. конгресс хирургов ГДР также высказался в пользу операции типа Геллера.

Не имея большого опыта по применению диафрагмопластики при кардиоспазме трудно судить о ее преимуществах, однако основываясь на литературных данных, по-видимому, следует предпочесть ее эзофагофундоанастомозу, чреватому тяжелыми осложнениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Г. А.—К проблеме так называемых хирургических анемий. Пробл. гематол. и перелив. крови 1956. 1. стр. 12—20.
2. Беркутов А. Н., Табатадзе К. Г.—Опыт хирургического лечения кардиоспазма. Вест. хир. 1964, 1, стр. 7—10.
3. Брайцева М. Д.—О хирургическом лечении идиопатического расширения пищевода. Хирургия, 1957, 7, стр. 13—19.

4. Гордеев В. И.—К вопросу оперативного лечения кардиоспазма. Хирургия, 1961, 6, стр. 12—15.
5. Даниленко М. В., Боржиевский Ц. К.—О хирургическом лечении кардиоспазма. Хирургия, 1961, 2, стр. 36—39.
6. Зайцев А. И.—О хирургическом лечении кардиоспазма. Вест. хир. 1958, 5, стр. 39—43.
7. Иванов Б. А., Молсденков М. В.—К учению о кардиоспазме. Тр. XXVII Всесоюз. съезда хир. М., 1962, стр. 173—175.
8. Колесов В. И.—О хирургическом лечении кардиоспазм. Вест. хир. 1961, 1.
9. Колодийченко М. И.—К оценке методов лечения кардиоспазма. Нсв. хир. архив 1962, 4, стр. 3—10.
10. Мамактавришвили О. Г.—К патогенезу анемий у больных с операциями на тонких кишках. Хир. 1959, 7, стр. 84—88.
11. Он же—К хирургическому лечению кардиоспазма. Тр. IV конф. хирургов Закавказья, 1957, стр. 420—423.
12. Осипкова Т. А.—Рентгенодиагностика кардиоспазма. Автореф. дисс. 1959.
13. Петровский Б. В.—Хирургическое лечение кардиоспазма, Хир. 1957, 2, стр. 3—9.
14. Он же—О применении лоскутов диафрагмы для пластических целей в торокальной хирургии. Гр. хир. 1959, 6.
15. Петровский Б. В., Федорова О. Д.—Ошибки и опасности при хирургическом лечении кардиоспазма. Хирургия, 1963, 6, стр. 3—10.
16. Поляницев А. А.—Хирургическое лечение рака и доброкачественных стенозов пищевода. Волгоград, 1960.
17. Попов В. И., Кохан Е. П.—Отдаленные результаты операции пищеводно-желудочного анастомоза при кардиоспазме. Гр. хир. 1963, 2, стр. 91—95.
18. Суворова Т. А.—О патогенезе и хирургическом лечении ахалазии кардии. Тр. XXVII Всесоюз. съезда хирургов, М., 1962, стр. 191—193.
19. Уманская В. В.—Лечение кардиоспазма. Тр. XXVII Всесоюзного съезда хир. М., 1962, стр. 189—190.
20. Уткин В. В.—О результатах хирургического лечения кардиоспазма. Хир. 1961, 6, стр. 16—19.
21. Федорова О. Д.—Отдаленные результаты после операции формирования транс-торокального эзофагофундоанастомоза при кардиоспазме. Хирургия, 1957, 10, стр. 123—128.
22. Швальц П. Г.—Анемия, как осложнения трансплеврального эзофагогастроанастомоза. Хир. 1958, 5, стр. 122—131.
23. Шмелев И. В.—К вопросу о хирургическом лечении кардиоспазма. Хир. 1961, 6, стр. 1—12.
24. Юдин С. С.—Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода, М., 1954.

ИНОСТРАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Barret N. R., Franclin R. H. Concerning the unfavorable late results of certain operations performed in treatment of cardiospasm. Brit. J. Surg. 1949. 37. 146 n, 194—202.
2. Ellis F. H., Andersen H. A. clagett 0,5 инт. по Поленшеку А. А.
3. Kuhlmyer K., Lorbek W. Wense es. Bruni's Beitr. Klin. Chir. 1956 Bd. 192. S. 459.
4. Olsen A. M., Harrington S. W., Maersch H. I., Andersen H. F. F. I. Thorao. Surg. 1951. 22. p. 164. 187.
5. Wangensteen O. A. A physiologic operation for megacosophagus Ann. Surg. 1951. 134 3. p. 301—318.