

УДК 61633.-089.87
ББК Р457.445.22-86

С.В. ВОЛКОВ, В.Е. ВОЛКОВ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПОСТЭЗОФАГОГАСТРЭКТОМИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Ключевые слова: постэзофагогастрэктомические синдромы, классификация, еюно-эзофагеальная рефлюксная болезнь.

Целью работы являлись изучение клинических особенностей течения постэзофагогастрэктомических синдромов и разработка патогенетически обоснованной их классификации. Дано клиническое обоснование новой терминологии – «постэзофагогастрэктомические синдромы» на основе изучения последствий тотальной гастрэктомии с удалением нижнего кардиоэзофагеального сфинктера у 283 больных. Предложена для клинического использования новая классификация постэзофагогастрэктомических синдромов, позволяющая идентифицировать болезнь и другие патологические синдромы (демпинг-синдром, агастральная астения и др.).

S. VOLKOV, V. VOLKOV

CLASSIFICATION OF POSTESOPHAGOGASTRECTOMY SYNDROMES

Key words: postesophagogastrectomy syndromes, classification, jejunoesophageal reflux disease.

Clinical features of postgastrectomy syndromes and development of their pathogenetically substantiated classification were the aim of the research. A clinical substantiation of a new term – «postesophagogastrectomy syndromes» is given based on outcomes of total gastrectomy with removal of the lower cardioesophageal sphincter in 283 patients. A new classification of postesophagogastrectomy syndromes was offered for use in clinical practice which makes it possible to identify the disease and other pathological syndromes (dumping syndrome, agastric asthenia etc.).

Актуальность проблемы изучения отдаленных последствий гастрэктомии заключается прежде всего в том, что с каждым годом увеличивается количество выполняемых по поводу рака желудка операций полного удаления желудка, нередко в сочетании с резекцией абдоминального отдела пищевода (эзофагогастрэктомия) и другими сочетанными оперативными вмешательствами, и одновременно увеличивается 5-летняя выживаемость больных. Все это способствует ежегодному росту контингента больных, страдающих различными патологическими синдромами, обусловленными полностью удаленным желудком. Эти технически сложные и травматичные вмешательства приводят каждого оперированного больного к полной нетрудоспособности – инвалидности первой группы за счет развития тяжелых форм патологических синдромов, нередко сочетанных, и к тому же малоизученных и трудно поддающихся лечению. Это, в целом, придает данной патологии не только медицинское, но и важное социальное значение. Попытки классифицировать патологические синдромы после гастрэктомии были предприняты несколько десятилетий назад Г.Ф. Марковой [3], В.С. Маятом с соавт. [4] и многими другими авторами, однако рекомендуемые ими классификации не получили широкого внедрения в клиническую практику, о чем можно судить по сохранению до настоящего времени в повседневной работе клиницистов таких собирательных понятий, как «состояние после гастрэктомии», «болезни оперированного желудка», «синдром агастрии» и др. К патологическим синдромам после гастрэктомии часто причисляются, к сожалению, даже такие отдельные симптомы данной патологии, как дисфагия, регургитация, нарушение аппетита, расстройство стула, срыгивание, метеоризм, нарушение транзита кишечного содержимого и др.

В отечественных руководствах по хирургии, включая национальные за последние годы, отсутствуют сведения о постэзофагогастрэктомических син-

дромах, их классификации, клинической идентификации отдельных видов патологии. В общеизвестных современных руководствах по хирургии ряда зарубежных авторов в соответствующих разделах под названием «Постгастрэктомические синдромы (Postgastrectomy syndromes)» приводятся классификации патологических синдромов после резекции желудка и ваготомии. Среди них можно назвать «Greenfield's surgery» под редакцией M.W. Mulholland, K.D. Lillemoe et al. Philadelphia, Baltimore, New York, London, 2006, 2277 p.; Brunicaardi F.Ch. Schwartz's Manual of surgery. New York, 2006, 1320 p.; Jaffe B.M., Fiorman S.S. Postgastrectomy and postvagotomy syndromes // Fischer J.E. Mastery of Surgery. Philadelphia, Baltimore, New York, 2007, pp. 938–954, и ряд других научных изданиях.

Анализ данных современной литературы свидетельствует о том, что до сих пор не выработано общепринятой единой классификации патологических синдромов после гастрэктомии. Это обусловлено прежде всего сложностью и многообразием патологических проявлений, возникающих у больных в различные сроки после гастрэктомии [1, 2, 5]. К тому же каких-либо сведений по проблеме постэзофагогастрэктомических синдромов в доступной нам литературе мы не встретили.

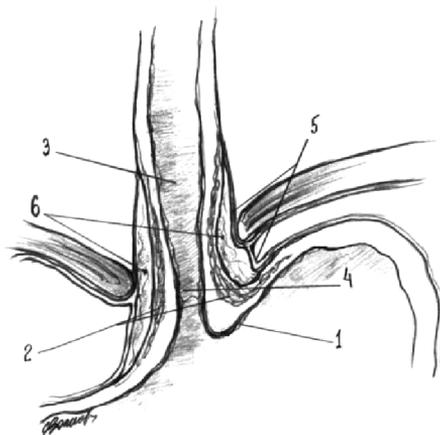
Необходимость разработки патогенетически обоснованной классификации патологических синдромов после эзофагогастрэктомии диктуется прежде всего запросами клинической практики. От точной диагностики соответствующего патологического синдрома зависит выбор метода лечения.

Цель исследования – разработать клиническую классификацию постэзофагогастрэктомических синдромов.

Материалы и методы исследования. Материалом для разработки клинической классификации постэзофагогастрэктомических синдромов явились исследования по изучению отдаленных последствий эзофагогастрэктомии у 283 больных за период с 1972 г. по 2012 г. У этой группы больных была произведена эзофагогастрэктомия по поводу рака желудка I-III стадий и других заболеваний (диффузный полипоз желудка, осложненный кровотечением и малигнизацией, некроз желудка, каллезные язвы кардии, осложненные кровотечением или малигнизацией и др.). У анализируемой группы больных было проведено клиническое и специальное обследование (эзофагоэюноскопия, проба Берштейна – Бакера, рентгеноскопия и рентгенография пищеводно-кишечного анастомоза и анастомозируемых петель тонкой кишки, изучение гликемических показателей, уровней Ca, Na, K, Cl, общего белка в плазме крови и др.). Обследование проводилось в динамике на сроках от 2-4 недель до 10 лет и более поздних сроках после операции. Из общего числа обследованных постэзофагогастрэктомические синдромы были выявлены у 261 (92,2%) пациента. Основную группу больных (154 чел.) составляли пациенты в возрасте от 41 до 60 лет. Мужчин было 166 (63,6%), женщин 95 (36,4%).

Результаты исследований и их обсуждение. Приступая к изучению проблемы постгастрэктомических синдромов более двух десятилетий назад, мы, как и другие коллеги, полагали, что такое собирательное понятие патологии, как «постгастрэктомические синдромы», является универсальным и точно отражающим сложность возникающих функциональных и органических изменений после полного удаления желудка. Однако в ходе дальнейших специальных исследований нами было обращено внимание на тот факт, что каждая тотальная гастрэктомия, выполняемая по поводу рака и других заболе-

ваний желудка (диффузный полипоз, осложненный кровотечением или малигнизацией, некроз этого органа и др.), неизменно сопровождается удалением нижнего кардиоэзофагеального сфинктера, имеющего не только сложное анатомическое строение, но и выполняющего важную функциональную роль в транзите пищевого комка в желудок и в предотвращении заброса (регрургитации) в пищевод желудочного и дуоденального содержимого (рисунок).



- Схема области пищеводно-желудочного перехода:
 1 – складка Губарева; 2 – нижний эзофагеальный сфинктер;
 3 – грудной отдел пищевода; 4 – абдоминальный отдел пищевода;
 5 – диафрагмально-эзофагеальная мембрана;
 6 – параэзофагеальная жировая клетчатка

Следует учитывать, что при соответствующих показаниях производится удаление всего абдоминального отдела пищевода, диафрагмального сегмента или всей нижней трети грудного отдела пищевода. Наряду с удалением этого важного в функциональном отношении сфинктера при соответствующих показаниях производится резекция всего абдоминального отдела пищевода, диафрагмального сегмента, а в ряде случаев всей нижней трети грудного отдела пищевода. Такой объем операции после полного удаления желудка в сочетании с резекцией пищевода носит название «эзофагогастрэктомия» и этот термин в последние годы широко используется в хирургии и онкологии. Исходя из этого, все возникающие патологические синдромы после данной операции в собирательном понятии будет правильным называть «постэзофагогастрэктомическими синдромами» (ПЭГЭС). Многолетние клинические наблюдения за больными в разные сроки после операции полного удаления желудка с удалением нижнего эзофагеального сфинктера, а по показаниям – всего абдоминального, или нижней трети, пищевода, а также многочисленные эзофагоскопические, рентгенологические и другие специальные исследования позволили нам классифицировать патологические синдромы, возникающие после эзофагогастрэктомии. Мы различаем следующие синдромы (таблица).

Разработанная нами классификация, безусловно, не может претендовать на полноту охвата всех патологических синдромов, возникающих после эзофагогастрэктомии, однако ее следует считать наиболее удачной для практи-

ческих целей, поскольку она позволяет рассматривать все основные патологические синдромы в их общей патогенетической связи, проводить дифференциальную диагностику и определять способы рационального лечения.

Классификация постэзофагогастрэктомических синдромов

Еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь	
Степень тяжести:	степень I степень II степень III степень IV
Формы тяжести эзофагита:	катаральная эрозивная язвенно-некротическая стенозирующая
Формы дискинезии анастомозируемых петель тонкой кишки:	гиперперистальтическая гипоперистальтическая (атоническая)
Формы сегментарного еюнита:	острая хроническая
Демпинг-синдром	
Степени тяжести:	ранний (вазомоторный) поздний (реактивная гипогликемия) легкой степени средней степени тяжелой степени
Рубцовый стеноз эзофагоеюноанастомоза	
	степень I степень II степень III
Рецидив рака в зоне пищеводно-кишечного анастомоза	
Гематологические расстройства (гипохромная анемия, пернициозная анемия и др.)	
Истощение (потеря массы тела)	
Агастральная (постэзофагогастрэктомическая) астения	
Синдромы, связанные с нарушением функциональной деятельности органов пищеварения (синдром мальабсорбции, синдром внутрикишечной пищевой асинхронии, нарушение функциональной деятельности поджелудочной железы, печени и желчного пузыря)	
Метаболические расстройства и патология костной ткани (остеопороз, остеомалляция и др.)	

Необходимо учитывать, что следствием тотальной гастрэктомии в сочетании с резекцией пищевода является полная потеря физиологической функции желудка и кардиоэзофагеального сфинктера. Данная операция сопровождается, как правило, удалением пилорического и нижнего эзофагеального сфинктеров, пересечением и иссечением блуждающих нервов, формированием «нового желудка» из петель тощей кишки, общим понижением основных функций пищеварительного тракта.

Удаление нижнего эзофагеального сфинктера и нарушение функции пищеводно-еюнального комплекса создают условия для беспрепятственного заброса кишечного содержимого, содержащего агрессивные компоненты

(конъюгированные и неконъюгированные желчные кислоты, трипсин и др.) в пищевод. Следствием этого является развитие в 62,2% случаев еюнозофагеальной рефлюксной болезни (ЕЭРБ), которую по праву можно считать ведущей постэзофагогастрэктомической патологией [2]. Данная патология нуждается, безусловно, в разработке соответствующей классификации, позволяющей идентифицировать различные по тяжести стадии заболевания.

На основе клинических и специальных исследований мы предлагаем выделять четыре степени тяжести ЕЭРБ. Данная классификация основывается на результатах эндоскопического исследования пищевода, пищеводно-кишечного соустья, приводящей и отводящей петель тощей кишки (до уровня межкишечного соустья) во время проведения эзофагоэноскопии.

При степени I ЕЭРБ наблюдаются слабо выраженные воспалительные изменения в слизистой пищевода, зоне соустья и анастомозируемых петлях тонкой кишки.

При степени II ЕЭРБ отмечаются очаговые воспалительные изменения в пищеводе (очаговый, «штриховой» эзофагит), зоне соустья или анастомозируемых петлях тонкой кишки.

Степень III ЕЭРБ характеризуется развитием сливного (диффузного) эзофагита с наличием эрозий в сочетании с воспалительными изменениями в зоне соустья и прилежащих к пищеводно-кишечному анастомозу петлях тонкой кишки.

При степени IV ЕЭРБ отмечается тяжелый сливной эзофагит с изъязвлением и некрозом слизистой пищевода, изъязвлением в зоне соустья и выраженными воспалительными изменениями в слизистой анастомозируемых петель тонкой кишки. Эта форма может завершаться образованием стриктуры пищевода.

Представленная выше классификация ЕЭРБ может использоваться в клинической практике для оценки тяжести патологии у того или иного больного.

Касаая клинической оценки вышеуказанной классификации постэзофагогастрэктомических синдромов, следует особо подчеркнуть, что многие патологические синдромы у большинства больных, перенесших эзофагогастрэктомию или другие комбинированные операции, сочетаются друг с другом. В связи с этим нередко создается сложная, многосимптомная картина тяжелой патологии, включающей в себя совокупность различных по своим причинам синдромов функциональной и органической природы [1]. Их тщательная дифференцировка позволяет выяснить истинную природу того или иного патологического синдрома и наметить в каждом конкретном случае наиболее рациональное лечение. Современные методы исследования позволяют идентифицировать практически все основные постэзофагогастрэктомические синдромы, включая сочетанные формы патологии.

Литература

1. Волков С.В. Гастрэктомия и ее последствия / под ред. Н.Н. Малиновского, В.Е. Волкова. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2007. 474 с.
2. Волков С.В. Еюнозофагеальная рефлюксная болезнь. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2007. 256 с.
3. Маркова Г.Ф. Клиника и лечение последствий полного удаления желудка. М.: Медицина, 1969. 60 с.
4. Резекция желудка и гастрэктомия / В.С. Маят, Ю.М. Панцырев, Ю.К. Квашнин и др. М.: Медицина, 1975. 368 с.
5. Schölmerich J. Postgastroectomy syndromes – diagnosis and treatment. *Res. Clin. Best Pract. Gastroenterol.*, 2004, vol. 18, no. 5, pp. 917–933.

References

1. Volkov S.V. *Gastrektomiya i ee posledstviya* [Gastrectomy and the outcomes]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2007, 474 p.
2. Volkov S.V. *Eyunoefozageal'naya reflyuksnaya bolezni'* [Jejunoesophageal reflux disease]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2007, 256 p.
3. Markova G.F. *Klinika i lechenie posledstviy polnogo udaleniya zheludka* [Symptoms and treatment of the diseases after total gastrectomy]. Moscow, Meditsina Publ., 1969, 60 p.
4. Mayat V.S., Pantsyrev Yu.M., Kvashnin Yu.K. et al. *Rezektsiya zheludka i gastrektomiya* [Gastric resection and total gastrectomy]. Moscow, Meditsina Publ., 1975, 368 p.
5. Schölmerich J. Postgastrectomy syndromes – diagnosis and treatment. *Res. Clin. Best Pract. Gastroenterol.*, 2004, vol. 18, no. 5, pp. 917–933.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (volkovserguei@mail.ru).

VOLKOV SERGEY – Doctor of Medical Sciences, Professor of Surgical Diseases Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (volkovserguei@mail.ru).

VOLKOV VLADIMIR – Doctor of Medical Sciences, Professor, Surgical Diseases Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
