

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ФОРМИРОВАНИЕМ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Е. А. НОВИКОВ

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», Харьков

Проанализированы результаты выполненных в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины» (г. Харьков) оперативных вмешательств с формированием пищеводных анастомозов у 214 больных раком желудка в период с 1999 по 2010 гг. Показано, что модифицированные методики и техники формирования антирефлюксных эзофагоэнтероанастомозов позволили снизить частоту осложнений и летальность.

Ключевые слова: гастрэктомия, субтотальная проксимальная резекция желудка, экстирпация культи желудка, послеоперационные осложнения, рубцовый стеноз анастомоза.

Хирургия желудка до настоящего времени остается одним из трудных направлений в хирургии желудочно-кишечного тракта. Это обусловлено прежде всего высокой послеоперационной летальностью (по данным различных авторов, от 3,3 до 26,1%), большим количеством осложнений и низким качеством жизни оперированных больных [1, 2]. Основным звеном в профилактике осложнений и улучшении качества жизни больных является технология формирования пищеводного соустья. Арсенал способов восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта после гастрэктомии, проксимальной резекции желудка весьма разнообразен [3–5]. Методики хирургических вмешательств направлены не только на ликвидацию заболевания, но и на максимальное замещение функции удаленного органа [6]. Однако полученные результаты не всегда удовлетворительны, поэтому продолжается поиск методики, которая поможет избежать или уменьшить число осложнений как раннего, так и отдаленного послеоперационного периода. Несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов после операций по поводу рака желудка развивается у 6,3–32,0%, пищеводно-желудочных — у 2,2–5,91% больных [1, 2]. Стенозы анастомозов после гастрэктомии, проксимальной резекции желудка наблюдаются у 9–30% больных [7]. В последние годы отмечается тенденция роста частоты стенозов пищеводно-желудочных (ПЖА) и пищеводно-кишечных (ПКА) анастомозов, связанная с увеличением числа комбинированных гастрэктомий с резекцией пищевода [8]. Подобные операции выполняются в основном по поводу распространенного рака, что обуславливает тяжесть операционной травмы, а в связи с этим и неблагоприятное течение послеоперационного периода [3]. Актуальными и малоразработанными остаются проблемы профилактики возникновения рубцовых стенозов [9].

Цель исследования — анализ и улучшение результатов хирургического лечения больных раком желудка с формированием пищеводных анастомозов.

Проанализированы результаты выполненных в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины» оперативных вмешательств с формированием пищеводных анастомозов у 214 больных в период с 1999 по 2010 гг. Операции произведены пациентам с диагностированным раком желудка. Возраст пациентов составил 28–86 лет. Мужчин было 125 (58,4%), женщин — 89 (41,6%). ПЖА были сформированы 43 (20,1%) больным, ПКА — 171 (79,9%).

Для постановки клинического диагноза использовали комплексно клиничко-лабораторные исследования, фиброэзофагогастроуденоскопию с биопсией, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта с контрастированием, УЗИ, компьютерную томографию (при необходимости с контрастированием) органов грудной клетки и брюшной полости, лапароскопию и торакоскопию.

У 43 (20,1%) больных было выявлено поражение опухолевым процессом кардиального отдела желудка, у 82 (38,3%) больных — тела желудка, у 64 (29,9%) — инфильтративное поражение желудка, у 25 (11,7%) — рак культи желудка. По морфологическому строению определялись следующие виды опухолей: низкодифференцированная аденокарцинома — у 76 (35,5%) больных, умереннодифференцированная аденокарцинома — у 51 (23,8%), высокодифференцированная аденокарцинома — у 30 (14,0%), перстневидно-клеточный рак — у 31 (14,5%), недифференцированный рак — у 26 (12,2%) больных. С I стадией заболевания оперирован 31 (14,5%) больной, со II стадией — 113 (52,8%), с III стадией — 63 (29,4%), с IV стадией — 7 (3,3%) пациентов.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины» имеет большой опыт хирургического лечения пациентов с верифицированным раком желудка. Как правило, больные поступали в клинику с осложненными формами: желудочное кровотечение, стеноз, перфорация. После стабилизации состояния, остановки кровотечения, коррекции нарушений гомеостаза производились операции в плановом порядке, в 23% случаях — в ургентном порядке. При желудочном кровотечении из изъязвленной опухоли гемостаз достигался как путем проведения консервативной гемостатической терапии, так и путем использования малоинвазивных эндоваскулярных методов (селективная эмболизация желудочных артерий). За период с 1999 по 2005 гг. хирургические вмешательства с формированием пищеводных анастомозов производились по принятым в нашей клинике методикам (по Грэхем — Петровскому, Ру и Зайцеву — Донцу при гастрэктомии, по Шалимову при проксимальной резекции желудка). С 2005 г. в клинике разработаны и внедрены модифицированные арефлюксные методики формирования пищеводных анастомозов (патент Украины № 51341 от 12.07.2010 (Бюл. № 13, 2010)), при которых для наложения внутреннего шва использовали низкоаллергенные рассасывающиеся атравматичные нити (викрил, монокрин, ПДС). Это позволило разбить пациентов на 2 группы — основную, в которой формирование пищеводных анастомозов осуществлялось по модифицированным арефлюксным методикам, — 102 (47,7%) больных и группу сравнения — 112 (53,3%) больных, которым пищеводные анастомозы формировали по ранее принятым в нашей клинике методикам с использованием в качестве шовного материала капрона.

Распределение по виду и количеству оперативных вмешательств в группах представлено в табл. 1.

Согласно онкологическим принципам хирургического лечения удаление опухолевого субстрата сопровождалось лимфодиссекцией в объеме D2, D3.

В процессе анализа результатов указанных оперативных вмешательств были выявлены ранние и поздние послеоперационные осложнения (табл. 2).

В последние годы показатель гнойно-воспалительных осложнений в нашей клинике снизился на 7,4%. В связи с этим послеоперационная летальность уменьшилась с 5,2% в 1999 г. до 2,9% в 2010 г. Несостоятельность швов до 2005 г. выявляла у 8,0% больных, в последние годы — у 3,9%.

Благодаря разработанным и использованным в ГУ «ИОНХ АМНУ» методам профилактики осложнений летальность снизилась после обычной гастрэктомии до 3,5%, комбинированной — до 9,3%, паллиативной — до 8,8%.

В отдаленные сроки рубцовые стриктуры пищеводных анастомозов возникли у 6 (5,9%)

больных в основной группе и у 18 (16,1%) — в группе сравнения, в том числе ранняя стриктура у 60%, поздняя — у 40%.

Ранний рубцовый стеноз пищеводных анастомозов отмечен через 3–6 нед после операции (в 60% наблюдений), поздний — через 3–6 мес (40%).

В возникновении раннего стеноза основную роль играют образование неадекватных размеров просвета анастомоза при его формировании и возникновение воспалительных послеоперационных

Таблица 1

Оперативные вмешательства, произведенные больным с верифицированным раком желудка

Вид операции	Основная группа, n = 102	Группа сравнения, n = 112
Гастрэктомия	67	79
Субтотальная проксимальная резекция желудка	20	23
Экстирпация культи желудка	15	10

Таблица 2

Осложнения после оперативных вмешательств с формированием пищеводных анастомозов

Вид осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Ранние осложнения	29	27,5	39	34,9
Гнойно-воспалительные	9	8,8	16	14,3
Несостоятельность анастомоза	4	3,9	9	8,0
Перитонит	2	1,9	4	3,6
Эмпиема плевры	1	1,0	1	0,9
Поддиафрагмальный абсцесс	1	1,0	1	0,9
Межпеченочный абсцесс	1	1,0	1	0,9
Послеоперационный острый панкреатит	5	4,9	6	5,4
Тромбоэмболические осложнения и сердечно-сосудистые	7	6,9	6	5,4
Легочные (пневмонии, плевриты)	8	7,8	11	9,8
Поздние осложнения	17	16,7	40	35,7
Рефлюкс-эзофагит	11	10,8	22	19,6
Стриктуры, стенозы анастомоза	6	5,9	18	16,1

осложнений в зоне анастомоза (несостоятельность швов, анастомозит).

Таким образом, модифицированные методики и техники формирования антирефлюксных эзофагоэнтероанастомозов позволили снизить частоту осложнений и летальность.

В целях профилактики поздних послеоперационных осложнений целесообразно использование низкоаллергенного рассасывающегося шовного материала (викрил, монокрин, ПДС) для

предотвращения анастомозита и развития в последующем стриктуры пищеводного анастомоза.

Исходя из анализа результатов оперативного лечения больных раком желудка видно, что разработка новых антирефлюксных методик формирования эзофагоэнтеро- и эзофогогастроанастомозов является перспективным направлением в хирургическом лечении данной категории больных, позволяющим повысить качество жизни больных.

Литература

1. Давыдов М. И., Стилиди И. С. Рак пищевода.— М.: Практическая медицина, 2007.— 392 с.
2. Черноусов А. Ф., Поликарпов С. А., Черноусов Ф. А. Хирургия рака желудка.— М.: АСТ, 2004.— 336 с.
3. Бабичев С. И. Биологические проблемы тотальной гастрэктомии // Хирургия.— 1988.— № 3.— С. 25–30.
4. Галлингер Ю. И., Годжелло Э. А. Эндоскопическое лечение рубцовых стенозов пищевода // Эндоскопическая хирургия.— 2000.— № 5.— С. 33–39.
5. Mechanical reconstruction after total gastrectomy. Analysis of results / L. Santini, G. Conzo, C. Caraco et al. // Minerva Chir.— 1999.— Vol. 54 (6).— P. 389–394.
6. Рубцовые стриктуры пищеводных анастомозов / Б. В. Петровский, Э. Н. Ванцян, А. Ф. Черноусов, Е. Ф. Странадоко // Хирургия.— 1981.— № 9.— С. 3–8.
7. Эндоскопическая электрокоагуляция в лечении рубцовых сужений пищеводных анастомозов / А. М. Хаджибаев, Э. М. Низаходжаев, Л. П. Струцкий, Н. З. Мадрахимов // 3-й междунар. конгресс по эндоскопической хирургии: Тез. докл.— М., 1999.— С. 310–311.
8. Андреев А. Л., Галлингер Ю. И. Эндоскопические вмешательства при рубцовых стриктурах пищеводных анастомозов // Хирургия.— 1992.— № 4.— С. 8–13.
9. Эндоскопическая хирургия опухолевых и послеоперационных стенозов у больных раком пищевода и желудка / Ю. П. Кувшинов, Б. К. Поддубный, О. Н. Ефимов и др. // Современная онкология.— 2000.— Т. 2, № 3.— С. 72–78.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ З ФОРМУВАННЯМ СТРАВОХІДНИХ АНАСТОМОЗІВ

Є. А. НОВІКОВ

Проаналізовано результати виконаних в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України» (м. Харків) оперативних втручань із формуванням стравохідних анастомозів у 214 хворих на рак шлунку в період з 1999 по 2010 рр. Показано, що модифіковані методики й техніки формування антирефлюксних езофагоентероанастомозів дозволили знизити частоту ускладнень і летальність.

Ключові слова: гастректомія, субтотальна проксимальна резекція шлунку, екстирпація культі шлунку, післяопераційні ускладнення, рубцевий стеноз анастомоза.

THE EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT FOR GASTRIC CANCER WITH FORMATION OF ESOPHAGEAL ANASTOMOSES

E. A. NOVIKOV

The results of surgical intervention with formation of esophageal anastomoses were analyzed in 214 patients with gastric cancer operated at Institute of General and Urgent Surgery (National Academy of Medical Sciences of Ukraine) within the period of 1999-2010. It is shown that modified techniques and methods of forming antireflux esophagoenteroanastomosis allowed to reduce the frequency of complications and death rate.

Key words: gastrectomy, subtotal proximal stomach resection, stomach stump extirpation, post-operative complications, scar stenosis of anastomosis.

Поступила 16.03.2011