



В. В. Бойко, С. А. Савви,
Е. А. Новиков, А. Б. Старикова

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
г. Харьков

Харьковский Национальный
университет им. В. Н. Каразина

© Коллектив авторов

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ АРЕФЛЮКСНОЙ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНОГО АНАСТОМОЗА

Резюме. Изучены результаты лечения 272 больных раком желудка. По разработанной методике проведено восстановление непрерывности пищеварительного тракта с формированием арефлюксного анастомоза с использованием низкоаллергенных атравматичных нитей 139 пациентам основной группы. Группу сравнения составили 133 пациента, получивших хирургическое лечение по стандартным методикам. Сравнительный анализ показал, что в основной группе частота внутрибрюшных послеоперационных осложнений составила 12,9 %, в группе сравнения – 24,1 %. Летальность в основной группе составила 4,3 %, в группе сравнения – 7,5 %. При этом отмечено уменьшение развития функциональных и органических синдромов в основной группе (10,8 %) по сравнению со второй группой (29,3 %), что дает возможность обеспечить более высокие показатели качества жизни у данной категории больных.

Ключевые слова: рак желудка, пищеводный анастомоз, рефлюкс-эзофагит, рубцовая стриктура.

Введение

Проблема лечения рака желудка продолжает оставаться одной из самых актуальных и сложных в современной онкологии. Возникающие при этом сложности обусловлены высоким риском развития тяжелых интра- и послеоперационных осложнений, а также тем, что отдаленные последствия радикальных комбинированных операций приводят к снижению физических, психологических, социальных показателей качества жизни с возможной инвалидизацией. Так, было отмечено, что после перенесенных проксимальной резекции и гастрэктомии вследствие отсутствия замыкательного кардиального жома у 80 % больных отмечаются пострезекционные и постгастрэктомические синдромы, частота и выраженность которых зависят в основном от объема проводимого оперативного вмешательства [3, 4, 6, 7].

По современным представлениям, хирургическая операция должна обеспечивать не только необходимый радикализм, но и максимально полное восстановление функции пищеварительного тракта и трудоспособности больных [2, 5]. Поэтому большой интерес вызывают поиски новых подходов к комбинированному лечению рака, включая выбор объема вмешательства на желудке, оптимального операционного доступа и способ формирования анастомоза, которые обеспечивают приемлемые непосредственные и отдаленные резуль-

таты, не увеличивая при этом частоту осложнений [7, 8].

Цель работы

Оценить эффективность лечения рака желудка с использованием модифицированной арефлюксной методики формирования пищевода анастомоза.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 272 больных местнораспространенным раком желудка, получавших лечение с 2000 по 2012 гг. (из них мужчин – 189 и женщин – 83). Возраст больных варьировал от 36 до 75 лет. Объем диагностического обследования включал в себя: клинический осмотр, эзофагогастроскопию с биопсией, рентгенографию грудной клетки и желудка, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза, спиральную компьютерную томографию органов брюшной полости с болюсным контрастированием. Кроме того, проводили комплексную оценку соматического статуса пациента, анестезиологического риска, коррекцию сопутствующей патологии. У 60 % больных имелась выраженная клинически значимая сопутствующая патология сердечно-сосудистой, бронхолегочной и эндокринной систем.

В большинстве случаев (175 больных, 64,3 %) было тотальное и субтотальное поражение органа. Наиболее часто, в 72 случаях (26,5 %)



опухоль была представлена низко- и недифференцированным раком.

У каждого второго больного отмечались анемия I-III степени, гипопротеинемия, электролитные нарушения. У 1/3 больных комбинированная операция выполнялась на фоне дисфагии или стеноза разной степени выраженности.

Для сравнительного анализа больные были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная), в неё были включены 139 больных, которым при формировании инвагинационного антирефлюксного эзофагогастро- и эзофагоэтероанастомоза использовали низкоаллергенные атравматичные нити.

Применяли разработанную нами методику, при которой после мобилизации и лимфодиссекции производилось двухэтапное отсечение пищевода. Первым этапом циркулярно, обязательно под косым углом по отношению к продольной оси пищевода рассекается мышечный слой до подслизистого слоя. Мышечный слой при этом сокращается. При помощи ножниц аккуратно смещают мышечный слой и дополнительно выделяют слизисто-подслизистый, таким образом, чтобы слизисто-подслизистая площадка была шириной приблизительно 1,5-2,0 см. После этого, также под косым углом пищевод отсекают по дистальному краю мобилизованной слизисто-подслизистой площадки. Сократившаяся по краю мышечная оболочка создает в этой области гипертрофированный участок, который частично играет роль своеобразного жома в анастомозе. Далее для анастомоза подготавливается участок на проксимальной части органа, который соединяется с пищеводом (желудок или тонкая кишка), при этом иссекаются кусочек серозно-мышечного слоя для мобилизации площадки слизисто-подслизистого слоя. Просвет анастомозируемого органа вскрывают. Формируют сначала первый (внутренний) ряд слизисто-подслизистых швов. Затем формируют второй ряд швов с инвагинацией пищевода в просвет кишки (рис. 1) или желудка, при этом образуется складка-створка из сшитых слизисто-подслизистых слоев, играющая роль свободного клапана, который предотвращает возникновение рефлюкса содержимого органа (желудка или кишки) в пищевод. Отсечение мышечного и слизисто-подслизистого слоев

пищевода под острым углом позволяет увеличить площадь просвета органа, и таким образом предотвратить развитие рубцовой стриктуры пищеводного анастомоза.

В качестве шовного материала использовали низкоаллергенные рассасывающиеся нити с атравматичными иглами (викрил, монокрil, ПДС).

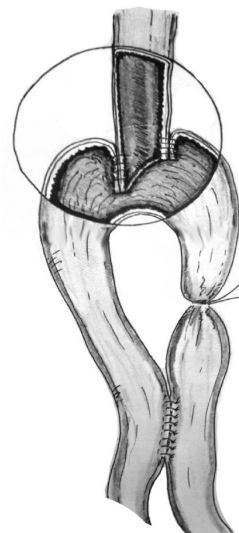


Рис. 1. Конечный этап операции, сформирован инвагинационный антирефлюксный пищеводно-тонкокишечный анастомоз

Вторая группа (сравнения), представленная 133 больными, в которой непрерывность пищеварительного тракта производилась путем формирования пищеводно-кишечного анастомоза по Грэхем – Петровскому, по Ру, по Зайцеву – Донцу и эзофаго-гастроанастомоза по Шалимову с использованием в качестве шовного материала нерассасывающегося или условно рассасывающегося шовного материала путем наложения отдельных узловых швов.

Группы не имели существенных различий как по клиническим показателям (пол, возраст, общее состояние), так и по прогностически важным характеристикам опухолевого процесса (локализация, морфология, стадия и др.), что позволило провести сравнительный анализ.

Все больные были радикально прооперированы, комбинированная гастрэктомия выполнена 95 пациентам (табл. 1, 2).

Всем пациентам выполнялась перигастральная лимфодиссекция в объеме D2.

Таблица 1

Объем выполненных оперативных вмешательств

Объем операции	Количество операций			
	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Гастрэктомия	50	35,9	48	36,1
Комбинированная гастрэктомия	48	34,6	47	35,3
Субтотальная проксимальная резекция	36	25,9	35	26,3
Экстирпация культи желудка	5	3,6	3	2,3
Всего	139	100,0	133	100

Основные виды комбинированных гастрэктомий

Характер хирургического вмешательства		Количество операций			
На желудке	На соседних органах	Основная группа		Группа сравнения	
Гастрэктомия		абс.	%	абс.	%
	Спленэктомия, резекция поджелудочной железы	14	29,2	12	25,5
	Спленэктомия, резекция абдоминального отдела пищевода	11	22,9	11	23,4
	Спленэктомия, резекция поджелудочной железы, печени	6	12,5	7	14,9
	Спленэктомия, резекция поджелудочной железы, поперечного отдела толстой кишки	7	14,6	8	17,1
	Резекция поперечной ободочной кишки	10	20,8	9	19,1
	Всего	48	100,0	47	100,0

Результаты исследования и их обсуждение

Послеоперационный период у 215 больных (79,0 %) протекал гладко. Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы имели место у 4 больных (2,9 %) основной группы: инфаркт миокарда – у одного больного, острая сердечно-сосудистая недостаточность – у 3 пациентов (2,2 %). Со стороны дыхательной системы плеврит наблюдался у 6 больных (4,3 %). В группе сравнения острая сердечно-сосудистая недостаточность имела место в 3 случаях (2,3 %), тромбоз легочной артерии – у одного больного. Плеврит отмечен у 9 пациентов (6,8 %).

Практическая ценность того или иного способа восстановления непрерывности пищеварительного тракта в большей мере выражается в частоте возникновения несостоятельности швов анастомоза. Так, по данным различных авторов это осложнение составляет от 2,8 до 8 % [1, 4, 9]. В нашем исследовании в основной группе несостоятельность швов анастомоза возникла у 5 человек (3,6 %) и в группе сравнения у 11 (8,3 %), причем следует отметить, что в 10 случаях это отмечалось после комби-

нированных операций с удалением селезенки, толстой кишки, резекции поджелудочной железы.

Перитонит развился у 10 человек (3,7 %): в основной группе его причиной в 2 случаях (1,4 %) был панкреонекроз, в одном (0,7 %) – несостоятельность швов анастомоза. В группе сравнения несостоятельность швов анастомоза у 5 пациентов (3,8 %), панкреонекроз у 2 (1,5 %) также привели к развитию перитонита.

Несколько реже были отмечены такие осложнения как острая кишечная непроходимость – 2 случая (1,4 %), абсцесс в поддиафрагмальной области – 2 случая (1,4 %), острый послеоперационный панкреатит – у 3 больных (2,2 %), внутрибрюшное кровотечение – у одного больного в основной группе, в группе сравнения острая кишечная непроходимость наблюдалась в 1 случае, межкишечный абсцесс – в 2 случаях (1,5 %), поддиафрагмальный абсцесс – в 3 (2,3 %), внутрибрюшное кровотечение – у одного больного, острый послеоперационный панкреатит – у 5 (3,8 %) больных.

Таблиця 3

Характер и структура ранних послеоперационных осложнений

Вид осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность швов анастомоза	5	3,6	11	8,3
Поддиафрагмальный абсцесс	2	1,4	3	2,3
Межкишечный абсцесс	—	—	2	1,5
Перитонит	3	2,2	7	5,3
Внутрибрюшное кровотечение	1	0,7	1	0,7
Острый послеоперационный панкреатит	3	2,2	5	3,8
Острая кишечная непроходимость	2	1,4	1	0,7
Панкреонекроз	2	1,4	2	1,5
Всего	18	12,9	32	24,1
Нехирургические осложнения				
Плеврит	6	4,3	9	6,8
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	3	2,2	3	2,3
Инфаркт миокарда	1	0,7	—	—
ТЭЛА	—	—	1	0,7



Клинические проявления дисфагии в ближайшем периоде после операции (до 20 суток) наблюдались у 7 больных (5,0 %) основной группы и у 18 больных (13,5 %) группы сравнения. Проведенные исследования показали, что причиной их возникновения во всех случаях был послеоперационный анастомозит. Характер и структура ранних послеоперационных осложнений представлены в табл. 3.

В нашем материале общая послеоперационная летальность составила 7,8 % от общего числа больных. В основной группе перитонит вследствие несостоятельности швов анастомоза был причиной смерти у 1 больного, прогрессирующий панкреонекроз у 2 (1,4 %). В группе сравнения перитонит вследствие несостоятельности швов анастомоза явился причиной смерти у 5 больных (3,8 %), панкреонекроз у 2 больных (1,5 %).

По данным литературы показатель послеоперационной летальности варьирует от 2,8 % до 16 % [3, 7].

Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы привели к смерти 3 пациентов основной группы и 3 пациента группы сравнения (табл. 4).

Таблица 4

Причины летальных исходов у больных раком желудка

Причина смерти	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность швов анастомоза	1	0,7	5	3,8
Панкреонекроз	2	1,4	2	1,5
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	3	2,2	3	2,3

При комплексном клинико-рентгенологическом и эндоскопическом обследовании пациентов основной группы через 3, 6, 12, 24 мес. рефлюкс-эзофагит I-II степени наблюдался у 9 больных (6,5 %) основной группы и у 22 больных (16,5 %) в группе сравнения. Больные жаловались на чувство жжения за грудиной, которое возникало периодически лежа, а также в наклонном положении. По мере увеличения срока после операции (1-2 года) эти расстройства постепенно уменьшались, что в целом соответствует данным литературы [6].

Следует отметить, что благодаря эффективности разработанной нами методике отмечено значительное снижение количества рубцовых сужений анастомозов. Так, в основной группе это осложнение в сроки 6 мес. и позже выявлено у 6 пациентов (4,3 %), в группе сравнения в 3,8 раза чаще – у 17 пациентов (12,8 %). Ранний рубцовый стеноз через 3-6 нед. отмечен у 2 пациентов (1,4 %) основной группы и у 5 (3,8 %) в группе сравнения.

Таблица 5

Функциональные и органические пострезекционные синдромы

Пострезекционный синдром	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Рефлюкс-эзофагит	9	6,5	22	16,5
Рубцовое сужение анастомоза	6	4,3	17	12,8
Всего	15	10,8	39	29,3

Таким образом, применение модифицированной методики формирования пищевода с использованием низкоаллергенных атравматичных нитей позволило улучшить функциональные результаты радикальных операций, сохранив при этом удовлетворительный уровень непосредственных и отдаленных результатов.

Выводы

1. Внедрение в клиническую практику арефлюксного способа формирования пищевода с использованием низкоаллергенных атравматичных нитей позволило снизить частоту внутрибрюшных послеоперационных осложнений до 12,9 % в основной группе по сравнению с группой сравнения – 24,1 %.

2. Формирование арефлюксного анастомоза с использованием низкоаллергенных атравматичных нитей позволило уменьшить вероятность развития функциональных и органических синдромов у больных в основной группе до 10,8 % по сравнению с группой сравнения – 29,3 %.

Применение данной методики является одним из перспективных направлений в профилактике развития серьезных пострезекционных и постгастрэктомических синдромов у больных раком желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айталиев М. С. Опыт хирургического лечения рака проксимального отдела желудка / М. С. Айталиев // Рос. онкол. журн. – 2005. – № 5. – С. 30.
2. Бондарь Г. В. Перспективы пластической хирургии рака желудка. Обзор литературы и собственных исследований / Г. В. Бондарь, А. Ю. Попович, Ю. В. Думанский // Журн. АМН Украины. – 2001. – № 2. – С. 260-274.
3. Давыдов М. И. Рак проксимального отдела желудка: стандарты хирургического лечения, основанные на 30-летнем опыте / М. И. Давыдов, М. Д. Тер-Ованесов, И. С. Стилиди // Вестник РАМН. – 2003. – № 1. – С. 9-25.
4. Результаты комбинированных операций при местно-распространенном раке желудка / С. Г. Афанасьев, А. В. Августинович, С. А. Тузиков [и др.] // Онкология. Журнал им. П. А. Герцена. – 2013. – № 2. – С. 13.
5. Стандарты лечения рака желудка, перспективы и возможности / Г. В. Бондарь, А. Ю. Попович, Ю. В. Думанский [и др.] // Украинський медичний альманах. – 2005. – Т. 8, № 3. – С. 24.
6. Тюляндин С. А. Практическая онкология: избранные лекции / С. А. Тюляндин, В. М. Моисеенко – Спб.: Центр ТОММ. – 2004. – 784 с.
7. Функциональные аспекты хирургии рака желудка / Г. К. Жерлов, Д. В. Зыков, С. С. Клоков [и др.] // Рос. онкол. журн. – 2003. – № 4. – С. 27-31.
8. Чернявский А. А. Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода / А. А. Чернявский. – Н. Новгород: ДЕКОМ, 2008. – 360 с.
9. Rationale for gastrectomy with D2 lymphadenectomy in the treatment of gastric cancer / A. D. De Liano, C. Yarnos, R. Aguilar [et al.] // Gastric Cancer. – 2008. – № 11. – P. 96-102.

**РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА РАК ШЛУНКА ІЗ
ЗАСТОСУВАННЯМ
МОДИФІКОВАНОЇ
АРЕФЛЮКСНОЇ
МЕТОДИКИ ФОРМУВАННЯ
СТРАВОХОДНОГО
АНАСТОМОЗУ**

***V. V. Boyko, S. A. Savvi,
Є. А. Новіков, А. В. Старікова***

Резюме. Вивчені результати лікування 272 хворих на рак шлунка. По розробленій методиці проведено відновлення неперервності стравохідного тракту з формуванням арефлюксного анастомозу з використанням низькоалергенних атравматичних ниток 139 пацієнтам основної групи. Групу порівняння склали 133 пацієнта, які отримали хірургічне лікування за стандартними методиками. Порівняльний аналіз показав, що в основній групі частота внутрішньочеревних післяопераційних ускладнень складала 12,9 %, в групі порівняння – 24,1 %. Летальність в основній групі складала 4,3 %, в групі порівняння – 7,5 %. При цьому відмічено зменшення розвитку функціональних та органічних синдромів в основній групі (10,8 %) в порівнянні з другою групою (29,3 %), що дає можливість забезпечити більш високі показники якості життя у даної категорії хворих.

Ключові слова: рак шлунка, стравохідний анастомоз, рефлюкс-езофагіт, рубцева стріктура.

**RESULTS OF SURGICAL
TREATMENT OF PATIENTS
WITH GASTRIC CANCER
USING A MODIFIED
ANTIREFLUX TECHNIQUE
OF FORMATION
OF ESOPHAGEAL
ANASTOMOSIS**

***V. V. Boyko, S. A. Savvi,
E. A. Novikov, A. B. Starikova***

Summary. The study involved 272 patients with gastric cancer. Conducted by the developed technique restore continuity of the digestive tract to form antireflux anastomosis using atraumatic low-allergenic threads in 139 patients of the main group. Comparison group consisted of 133 patients who received surgical treatment according to standard procedures. Comparative analysis showed that in the main group frequency of intraabdominal postoperative complications was 12.9% in the comparison group - 24.1%. Mortality in the main group was 4.3% in the comparison group - 7.5%. In this marked decrease in the development of functional and organic syndromes in the main group (10.8%) compared with the second group (29.3%), which makes it possible to provide a higher quality of life in these patients.

Key words: gastric cancer, esophageal anastomosis, reflux esophagitis, corrosive stricture.