



Ю. А. Винник,
В. И. Стариков, Г. В. Трунов,
Мохамед Саед Абухасан,
Н. Г. Романюк

Харьковский онкоцентр

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ПРИМЕНЕНИЕ ОДНОРЯДНОГО РУЧНОГО ШВА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ РАКА

Резюме. Обследовано 150 человек, больных раком пищевода и желудка, которым выполнена гастрэктомия или резекция пищевода (операции Осава-Гарлока или Льюиса) с наложением пищеводно-желудочного или пищеводно-кишечного анастомоза. Все больные были разделены на две группы. Одну группу составили больные, у которых анастомоз сформирован однорядным ручным швом по оригинальной методике. Вторую группу составили больные, у которых анастомоз сформирован двухрядным швом. Группы репрезентативны по полу, возрасту, стадии онкологического процесса. Все больные получали химиолучевое лечение согласно стандартам. У больных первой группы с однорядным анастомозом количество послеоперационных осложнений оказалось значительно ниже — 1,3 % по сравнению с 13,3 % у больных второй группы. Послеоперационная летальность равнялась 0, а у больных второй группы она составила 4,1 %. Больные первой группы быстрее набирали вес, у них быстрее нормализовались биохимические показатели, лучше восстанавливался объем оперированного желудка. Однолетняя выживаемость составила в первой группе 63,2 %, во второй — 66,4 %. Трехлетняя выживаемость составила 47,1 и 41,8 % соответственно. Пять лет после операции пережили 45,1 % больных в первой группе и 31,9 % — во второй группе. Повышение отдаленной выживаемости мы объясняем улучшением питания больных и скорейшим восстановлением физиологических функций организма.

Ключевые слова: гастрэктомия, резекция пищевода, пищеводно-желудочный анастомоз, пищеводно-кишечный анастомоз.

Введение

Несмотря на успехи в комбинированной терапии, хирургический метод является основным в лечении рака пищевода (РП) и рака желудка (РЖ), позволяющий надеяться на увеличение выживаемости [1, 2, 4, 7]. Среди впервые выявленных больных РП и РЖ, не менее чем у 70 % диагностируется местнораспространенное поражение в стадии pT3-pT4, вследствие этого, достаточный радикализм оперативного лечения может быть достигнут только при выполнении гастрэктомии (ГЭ) и резекции пищевода, нередко в комбинации с резекцией соседних органов [3, 9].

Изменился спектр послеоперационных осложнений после резекций пищевода и ГЭ. На первый план вышли осложнения, вызванные операционной травмой, так называемые острые стрессовые осложнения — острый послеоперационный панкреонекроз (ОПП), тромбоз эмболия легочной артерии и т. д. [8].

Удаление желудка, приводит у 40-80 % больных к развитию постгастрэктомических осложнений (ПГЭО) таких, как алиментарно-энтерогенный вегетативный синдром, или демпинг-синдром (ДС) — в 11-30 % случаев,

снижающих трудоспособность и ведущих к инвалидности [6, 9].

В настоящее время, для снижения частоты развития постгастрэктомических осложнений, предложено более 70 вариантов реконструкций пищеварительного тракта. Учитывая, что в 22,5 % случаев смертельных исходов, в отдаленные сроки после РП и ГЭ связаны не с прогрессированием злокачественного процесса, а вызваны нарушением метаболизма и, как следствие, развитие истощения — разработка и внедрение оптимальных способов реконструкции пищеварительного тракта, рассматривается не только как вариант улучшения функциональных нарушений пищеварения, но и как один из путей, направленных на улучшение выживаемости больных РП и РЖ [5, 9].

Несмотря на успехи в совершенствовании техники выполнения РП и ГЭ, высокая частота послеоперационных осложнений и летальных исходов свидетельствует, что данный вид хирургического вмешательства, особенно при местнораспространенном процессе, продолжает оставаться операцией высокой сложности и операционного риска [9, 10]. Поиск новых путей решения проблемы постгастрэктомиче-



ских осложнений и как следствие улучшение качества и продолжительности жизни, является задачей актуальной, решение которой позволит улучшить результаты лечения больных РП и РЖ.

Цель исследования

Улучшить непосредственные, отдаленные и функциональные результаты хирургического лечения больных раком пищевода и желудка путем разработки и внедрения новых методов выполнения реконструктивно-восстановительного этапа операции.

Материалы и методы исследований

Обследовано 150 больных, которым выполнена гастрэктомия, проксимальная субтотальная резекция желудка (операция Осавы-Гарлока) или резекция нижней трети пищевода с кардиальным отделом желудка (операция Льюиса). Восстановительный этап операции был представлен пищеводно-желудочным или пищеводно-кишечным анастомозом. В зависимости от метода наложения анастомоза все больные были разделены на две группы. Первую группу (77 человек) составили больные, которым анастомоз сформирован однорядным ручным швом по авторской методике (направлена заявка на патент Украины). Вторую группу (73 человека) составили больные, анастомоз которым сформирован двухрядным ручным швом. По классификации TNM опухоли соответствовали T₂₋₄N₀₋₂M₀. Комбинированные операции составили 51,4 и 42,9 % соответственно. Группы были репрезентативны по полу и возрасту. Все больные получали химиолучевое лечение согласно общепринятым стандартам. Изучалось количество послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность, функциональные результаты, ближайшая и отдаленная выживаемость.

Результаты исследований и их обсуждение

Количество послеоперационных осложнений составило в общем 7,3 %. В первой группе осложнения наблюдались у одного больного (1,3 %), во второй группе послеоперационные осложнения встретились у 10 больных (13,7 %). Преобладали сердечнососудистые (острый инфаркт миокарда, острая сердечнососудистая недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения) и воспалительные (плеврит, пиелонефрит) осложнения. Редкими послеоперационными осложнениями, потребовавшими повторных оперативных вмешательств, были перекрут культи желудка, перфорация культи желудка, несостоятель-

ность анастомоза, кровотечение из анастомоза. Послеоперационная летальность составила в первой группе 0 %, во второй – 4,1 %. Трое пациентов умерли: от острого инфаркта миокарда в первые сутки послеоперационного периода; от острой сердечнососудистой недостаточности и от перитонита вследствие перфорации стенки культи желудка после операции Льюиса и предоперационной лучевой терапии в дозе 70 Гр.

Функциональные результаты оценивались по нормализации уровня глюкозы крови, скорости набора веса после операции, формированию газового пузыря и степени растяжения культи желудка после его резекции. Функциональные результаты операций оказались лучше у больных первой группы. У них уровень глюкозы крови нормализовался в среднем на 3 суток раньше, чем у больных второй группы. Они быстрее набирали вес после операции, и объем желудка у них восстанавливался быстрее. Мы связываем это с особенностями формирования пищеводного анастомоза, снижением операционной травмы и улучшением микроциркуляции в зоне анастомоза и культи желудка или тонкой кишке.

Отдаленные результаты выживаемости прослежены у 139 пациентов. Однолетняя выживаемость составила в первой группе 63,2 %, во второй – 66,4 %. Трехлетняя выживаемость составила 47,1 % и 41,8 % соответственно. Пять лет после операции пережили 45,1 % больных в первой группе и 31,9 % больных во второй группе. Повышение отдаленной выживаемости мы объясняем улучшением питания больных и скорейшим восстановлением физиологических функций организма.

Выводы

1. Использование однорядного ручного шва при формировании пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного анастомоза существенно снижает количество послеоперационных осложнений с 13,3 до 1,3 % и послеоперационную летальность с 4,1 до 0 %.
2. Использование данной методики позволяет улучшить функциональные результаты лечения больных раком пищевода и желудка. Это проявляется ускорением набора веса после операции, более быстрой нормализацией биохимических показателей крови и восстановлением объема оперированного желудка.
3. Применение однорядного шва при формировании пищеводного анастомоза повышает отдаленную выживаемость больных на 13,2 % за счет улучшения питания больных, снижения количества послеоперационных осложнений и послеоперационной летальности.



ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 году / М. И. Давыдов, Е. М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20, № 3. – С. 120-134.
2. Давыдов М. И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка и пищевода / М. И. Давыдов // Сучасні технології раку шлунково-кишкового тракту : матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, 05-06 мая 2011 г. – Київ, 2011. – 15 с.
3. Мерабишвили В. М. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком желудка (популяционное исследование) / В. М. Мерабишвили // Вопросы онкологии. – 2013. – Т. 59, № 6. – С. 701-707.
4. Щепотін І. Б. Захворюваність населення України на злоякісні новоутворення органів травного каналу після аварії на ЧАЕС / І. Б. Щепотін, З. П. Федоренко, Л. О. Гулак // Клиническая онкология. – 2013. – № 2(10). – С. 12-17.
5. Chen X. Digestive tract reconstruction pattern as a determining factor in postgastroectomy quality of life / X. Chen, W. Zhang, K. Yang, J. Hu // World J. Gastroenterol. – 2014. – Vol. 7, № 20(1). – P. 330-332.
6. Early dumping syndrome and reflux esophagitis prevention with pouch reconstruction / S. Dikic, T. Randjelovic, S. Dragojevic [et al.] // J. Surg. Res. – 2012. – Vol. 175(1). – P. 56-61.
7. Ferlay J. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012 / J. Ferlay, E. Steliarova-Foucher, J. Lortet-Tieulent [et al.] // European Journal of Cancer. – 2013. – Vol. 49. – P. 1374-1403.
8. Kang Y. Meta-analysis on comparison of long-term complications and quality of life between two digestive tract reconstruction techniques following total gastrectomy / Y. Kang, Y. Wei, Y. Xue // Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. – 2013. – Vol. 16(2). – P. 135-139.
9. Maksimovic S. Reconstruction after total gastrectomy in patients with gastric cancer : our hospital experience / S. Maksimovic // Ann. Oncol. – 2013. – Vol. 24. – P. 92.
10. Prognostic nutritional index is associated with survival after total gastrectomy for patients with gastric cancer / M. Ishizuka, Y. Oyama, A. Abe [et al.] // Anticancer Res. – 2014. – Vol. 34. – P. 4223-4229.



**ЗАСТОСУВАННЯ
ОДНОРЯДНОГО РУЧНОГО
ШВА ПРИ РЕЗЕКЦІЇ
СТРАВОХОДУ ТА ШЛУНКА
З ПРИВОДУ РАКУ**

**Ю. О. Віннік, В. І. Старіков,
Г. В. Трунов, Мохамед Саед
Абухасан, М. Г. Романюк**

Резюме. Обстежено 150 осіб, хворих на рак стравоходу та шлунка, яким виконана гастректомія або резекція стравоходу (операції Осава-Гарлока або Льюїса) з накладенням стравохідно-шлункового або стравохідно-кишкового анастомозу. Всі хворі були розділені на дві групи. Одну групу склали хворі, у яких анастомоз сформовано однорядним ручним швом за оригінальною методикою. Другу групу склали хворі, у яких анастомоз сформовано дворядним швом. Групи репрезентативні за статтю, віком, стадією онкологічного процесу. Всі хворі отримували хіміопроменеве лікування згідно стандартам. У хворих першої групи з однорядним анастомозом кількість післяопераційних ускладнень виявилось значно нижче — 1,3 % порівняно з 13,3 % у хворих другої групи. Післяопераційна летальність дорівнювала 0, а у хворих другої групи вона склала 4,1 %. Хворі першої групи швидше набирали вагу, у них швидше нормалізувалися біохімічні показники, краще відновлювався обсяг оперованого шлунка. Однорічна виживаність склала в першій групі 63,2 %, у другій — 66,4 %. Трирічна виживаність склала 47,1 і 41,8 % відповідно. П'ять років після операції пережили 45,1 % хворих в першій групі і 31,9 % хворих у другій групі. Підвищення віддаленій виживаності ми пояснюємо поліпшенням харчування хворих і якнайшвидшим відновленням фізіологічних функцій організму.

Ключові слова: *гастректомія, резекція стравоходу, стравохідно-шлунковий анастомоз, стравохідно-кишковий анастомоз.*

**THE USE OF SINGLE-
ROW MANUAL SUTURE
RESECTION OF
ESOPHAGEAL AND GASTRIC
CANCER**

**Yu. O. Vinnik, V. I. Starikov,
G. V. Trunov, Mohamed Saed
Abuhasan, M. G. Romanyuk**

Summary. The study involved 150 people with cancer of the esophagus and stomach, who underwent gastrectomy or resection of esophagus (Osawa-Garlock operation or Lewis operation) with esophageal-gastric or esophageal-intestinal anastomosis. All patients were divided into two groups. One group consisted of patients with manual single row anastomosis by the original method. The second group consisted of patients with manual two-row anastomosis. Representative groups by gender, age, stage of the cancer process. All patients received chemoradiotherapy according to the standards. Postoperative complications of the first group patients with a single row anastomosis was lower — 1,3 % compared with 13,3 % of patients of the second group. Postoperative lethality was equal to 0, and the patients of the second group it was 4,1 %. Patients of the first group quickly increased weight, they quickly returned to normal biochemical parameters, better able to recover the volume of the operated stomach. One-year survival rate in the first group was 63,2 %, in the second — 66,4 %. Three-year survival rates were 47,1 % and 41,8 %, respectively. Five years after surgery survived 45,1 % of patients in the first group and 31,9 % of patients in the second group. Improving long-term survival, we explain the improvement of nutrition in patients and early recovery of physiological functions.

Key words: *gastrectomy, resection of the esophagus, esophageal-gastric anastomosis, esophageal-intestinal anastomosis.*