

УДК 616.33-089.87-089.86-089.168-06-084 (575.2) (04)

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЗОФАГОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Ж.О. Белеков – докт. мед. наук, зав. кафедрой,

М.К. Тажибоев – аспирант,

Н.А. Маманов – аспирант

Comparative analysis is presented of the intestinal obstruction functional results made by A.A. Shalimov (51 patients) and by the developed method (35 patients). On the basis of clinical and endoscopic examination it is shown that the original method of obstruction is more effective.

Гастрэктомия является одной из основных операций в арсенале хирургического лечения рака желудка, составляя до 70% всех радикальных операций [1–3]. В то же время она сопровождается худшими функциональными результатами по сравнению с другими типами операций на желудке: в отдаленном послеоперационном периоде состояние больных усугубляется развитием рефлюкс-эзофагита [1, 4–6]. Это ведет к значительному снижению качества жизни пациентов.

Основным звеном в профилактике функциональных осложнений и улучшении качества жизни больных является технология формирования пищевода соустья. Способы первичной еюногастропластики после гастрэктомии дают лучшие функциональные результаты, но и они не лишены недостатков и тяжелых послеоперационных осложнений, а трудность их технического исполнения сопровождается высокой послеоперационной летальностью (20–50%) и требует необходимости отбора больных для подобных вмешательств [4, 6–8].

Цель работы – разработка способа, предупреждающего рефлюкс-эзофагит после гастрэктомии с формированием терминолатерального эзофагоеюноанастомоза.

Материал и методы. Проводился сравнительный анализ функциональных результатов гастрэктомии 86 пациентов с эзофагоеюноанастомозом по М.И. Давыдову. Возраст больных колебался от 36 до 78 лет. Среди них мужчин было 70 (81,4%) и 16 женщин (18,6%). Все больные в зависимости от способа заделки приводящей петли пищевода соустья были разделены на две группы (табл. 1).

Таблица 1
Распределение больных в зависимости от способа кишечной заделки

Тип заделки	Число больных	
	абс. (n=86)	% (M±m)
По А.А. Шалимову	51	59,3±5,3
По разработанной методике	35	40,7±5,3

Кишечная заделка по предлагаемой методике формируется на приводящей петле эзофагоеюноанастомоза. Выше браунского анастомоза на 4–5 см накладываются два серозно-мышечных шва по оси кишечника в поперечном направлении, с расстоянием между швами 1,5–2 см. При завязывании лигатур участок кишки между швами инвагинируется

в продольном направлении по оси кишечника, образуя конусовидное сужение.

Сущность способа заключается в том, что при завязывании двух серозно-мышечных швов, наложенных в поперечном по оси кишечника направлении, происходит инвагинация стенки тонкой кишки внутрь, в сторону просвета, формируя тем самым надежный клапан из самой же стенки тонкой кишки, что предотвращает в свою очередь порционный заброс тонкокишечного содержимого в пищевод.

Ни у одного из наблюдаемых больных не отмечено осложнений, оперируемых по описанному способу.

Лимфодиссекцию выполняли 84 больным в объеме D2 и только в двух случаях – в объеме D3.

В послеоперационном периоде умерли 4 (4,6%) больных в результате несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза (1) и тромбоза легочной артерии (3).

Результаты и обсуждение. Изучение функциональных результатов в сроки от 3 месяцев до 3 лет проведено на основе клинко-эндоскопического обследования 49 больных с кишечной заглушкой по А.А. Шалимову и 33 больных с заглушкой по разработанной методике (табл. 2).

В клинической практике наиболее часто дополнительно используют кишечную заглушку по А.А. Шалимову, которую накладывают на приводящий сегмент эзофагоэюноанастомоза выше брауновского анастомоза. Однако авторы методики указывают на возможное восстановление проходимости кишечного канала в результате реканализации отключенного сегмента вследствие пролежня [3].

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от срока наблюдения

Тип заглушки	Число обследованных (n=82)	Срок после операции		
		3–6 мес.	6–12 мес.	1–3 лет
По А.А. Шалимову	49	27	14	8
По разработанной методике	33	18	9	6

Из 49 больных с кишечной заглушкой по А.А. Шалимову клинические проявления рефлюкс-эзофагита обнаружены у 31 больного (63,2%). При этом среднетяжелая форма рефлюкс-эзофагита диагностирована у 11 (22,4%) больных, а тяжелая форма – у 6 (12,2%). В то же время из 33 обследованных больных с заглушкой по разработанной методике рефлюкс-эзофагит констатирован у трех (9%) больных, причем у двух из них рефлюкс-эзофагит был выражен в легкой степени и в короткие сроки был излечен после диетической и медикаментозной коррекции (табл. 3).

Как видно из отмеченного выше, разработанная методика является эффективным способом предупреждения рефлюкс-эзофагита, что в свою очередь обеспечивает соответствующее качество жизни больных. В этой связи с 2004 г. в методологии терминологии эзофагоэюноанастомоза мы формируем заглушку по разработанной нами методике (планируется подать заявку на приобретение авторского права).

Таблица 3

Частота рефлюкс-эзофагита у обследованных больных

Тип заглушки	Число обследованных (n=82)	Форма рефлюкс-эзофагита			Всего
		легкая	среднетяжелая	тяжелая	
По А.А. Шалимову	49	14 28,5%	11 22,4%	6 12,2%	31 63,2%
По разработанной методике	33	2* 6,0%	1** 3,0%	–	3*** 9%

* Отличие от контрольной группы статистически достоверно (p<0,01); ** p<0,001; *** p<0,001.

Рефлюкс-эзофагит значительно снижает функциональные результаты гастрэктомии и трудоспособность больных. Использование предложенного нами способа заглушки приводящей петли терминолатерального эзофагоэноанастомоза позволяет добиться хороших функциональных результатов. Стенозирующие лигатуры, накладываемые на кишечную стенку, не прорезают ее. Это позволяет стойко предупредить заброс кишечного содержимого в пищевод и, как следствие, предупреждает развитие рефлюкс-эзофагит. Способ является простым в выполнении, безопасным и позволяет значительно снизить затраты на лечение.

Литература

1. Демин Д.И., Тарасевич А.Д., Уразов Н.Е. и др. Профилактика рефлюкс-эзофагита при гастрэктомии и проксимальной резекции желудка // Хирургия. – 2002. – №4. – С. 44–47.
2. Korenaga D., Orita H., Okuyama T. et al. Quality of life after gastrectomy in patients with carcinoma of the stomach // Br J Surg. – 1992. – V. 79. – P. 248–250.
3. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. – Киев: Здоров'я, 1987. – Ч. I. – С. 137–156.
4. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Функциональные результаты операции формирования “искусственного желудка” после гастрэктомии и субтотальной резекции желудка // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160. – №4. – С. 22–26.
5. Eichfeld U., Rose U., Glaser A. Der postoperative alkalische Reflux nach totaler Gastrectomie wegen Magencarcinom // Zentralbl Chir. – 1994. – V. 119. – P. 23–27.
6. Жерлов Г.К., Рудая Н.С., Смирнов А.И. Клинико-эндоскопические и морфологические критерии оценки функции пищеводных анастомозов // Хирургия. – 2005. – №7. – С. 9–14.
7. Svedlund J., Sullivan M., Liedman B. et al. Quality of life after gastrectomy for gastric carcinoma: controlled study of reconstructive procedures // Wld J. Surg. – 1997. – V. 21. – P. 422–433.
8. Еремеев А.Г., Часовских В.М. Результаты применения усовершенствованного пищеодно-кишечного анастомоза и еюногастропластики при гастрэктомии // Хирургия. – 1998. – №10. – С. 34–36.