

**О РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЭЗОФАГОЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА
ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА**

«Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

poltavaonkolog@mail.ru

Работа выполнена согласно плану НИР кафедры онкологии и радиологии с радиационной медицинской «Исследование роли полиморфизма TOLL – подобных рецепторов в прогнозировании рецидивов и метастазов злокачественных новообразований» (2015-2017 гг.), № государственной регистрации 0114U004770.

Вступление. У 40-45% больных раком желудка при опухолях верхнего его отдела выполняма проксимальная субтотальная резекция с формированием пищеводно-желудочного анастомоза [5]. Согласно данным литературы при таких анастомозах из-за несостоятельности швов констатируется высокая послеоперационная летальность. По этой причине при раке проксимального отдела желудка предпочтение отдается гастрэктомиям, поскольку пищеводно-тонкокишечные анастомозы надежнее пищеводно-желудочных [6]. Однако у 4-7% больных, перенесших гастрэктомию, причиной смерти может быть не рецидив рака, а прогрессирующее не поддающееся коррекции истощение. Эффективным методом, позволяющим уменьшить нежелательные последствия операций при раке проксимального отдела желудка, является еюнопластика [2,6]. Данный прием позволяет предупредить ранние послеоперационные осложнения и сохранить желудочно-дуоденальное пищеварение. Однако существующие способы еюнонапластики при проксимальных резекциях желудка не находят широкого применения по причине сложности их выполнения [1,6]. Так, наиболее широко известен способ замещения удаленных частей желудка или всего органа трансплантатом в виде отрезка тонкой кишки на брыжеечной ножке. Среди недостатков таких методик значатся трудности выкраивания тонкокишечного трансплантата, сложности формирования пищеводно- и желудочно-тонкокишечных анастомозов по принципу конец в конец, нередко возникающие парезы перемещенного отрезка тонкой кишки [2,4].

Таким образом, практическая значимость внедрения в клиническую практику методики эзофагоеюногастропластики, позволяющей упростить технику таких операций и улучшить результативность хирургического лечения рака проксимального отдела желудка является очевидной.

Цель исследования. Проанализировать эффективность в сравнении с другими методиками усовершенствованного нами способа эзофаго-

еюногастропластики, который зарегистрирован в Государственном реестре патентов Украины [7].

Объект и методы исследования. Разработка более совершенного способа эзофагоеюногастропластики при хирургическом лечении рака проксимального отдела желудка осуществлялась с решением ряда задач, предъявляемым к таким операциям:

а) необходимость сохранения достаточного радикализма операции с учетом стадии раковой опухоли и формы роста;

б) в сравнении с другими методиками еюнопластики упростить технику таких операций с уменьшением продолжительности их выполнения;

в) придать достаточную надежность формируемым анастомозам с точки зрения состоятельности швов и профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита;

г) исключить парез перемещаемой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение.

Внедренный нами способ осуществляется следующим образом. После удаления препарата с пересечением пищевода и желудка по намеченному уровню взятая для анастомозирования петля тонкой кишки проводится через «окно» мезоколон и на расстоянии 30-35 см от трейтцевой связки накладывается пищеводно-тонкокишечный анастомоз по принципу конец в бок. Дополнительное укрытие анастомоза производится приводящей кишкой, надвигаемой на него поперечно, что препятствует забросу дуоденального содержимого в зону соустья и развитию послеоперационного рефлюкс-эзофагита. После этого отводящее колено кишки подводится к культе желудка и формируется желудочно-тонкокишечный анастомоз с укрытием его отводящей кишкой, которая затем анастомозируется с приводящей у трейтцевой связки. Операция заканчивается перерастяжением пилорического жома культи желудка с проведением через нее назально-дуоденального зонда и оставлением его на трое суток с целью эвакуации застойного кишечного содержимого. Средняя продолжительность операции не превышает трех часов, что обычно на 25-30 минут больше длительности гастрэктомии без формирования желудочно-тонкокишечного анастомоза. Обычно к концу третьих послеоперационных суток с возобновлением перистальтики кишечника отделяемое по назальному зонду прекращается.

Перед извлечением зонда проводится контрольная рентгеноскопия с дачей больным сульфата бария. Рентгенологически оценивается проходимость анастомозов, пассаж бария по перемещенной кишке и дальнейшее его продвижение по культе желудка и тонкому кишечнику. После проведенного исследования назально-дуоденальный зонд извлекается и больным разрешается прием жидкой пищи.

Согласно данной методики нами было прооперировано 11 больных в возрасте от 42 до 67 лет по поводу рака II-III стадии проксимального отдела желудка. У 3 больных при раке субкардии желудка проксимальная резекция была произведена на уровне предельно субтотальной. У 4 больных в связи с переходом опухоли на пищевод был применен комбинированный абдоминально-торакальный доступ с целью мобилизации пораженного опухолью пищевода. Формирование пищеводно-тонкокишечного анастомоза производилось внутриплеврально выше диафрагмы. Ранний послеоперационный период у всех больных с эзофагоэюногастропластикой протекал без осложнений, связанных с местом операции. Все они были выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии. В тоже время среди 10 больных после проксимальных резекций желудка с формированием пищеводно-желудочного анастомоза у одного произошла несостоятельность швов соустья. Повторно больной был оперирован на шестые сутки после первой операции. При релапоротомии была произведена резекция пищеводно-желудочного анастомоза с ушиванием культи желудка без ее удаления. Непрерывность пищеварительного тракта была восстановлена в соответствии с способом еюнопластики при резекции пищеводного анастомоза [8].

В целях определения послеоперационной эффективности при проксимальной резекции желудка с эзофагоэюногастропластикой было произведено сравнительное сопоставление этих больных с группой из десяти пациентов, у которых при раке проксимального отдела желудка производилась гастрэктомия без включения в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки. У всех больных сравняемой группы после гастрэктомии на 5-6 сутки после начала приема пищи отмечался частый жидкий стул, урчание и боли в животе, что требовало соответствующей медикаментозной коррекции. Кроме того у трех больных наблюдались симптомы демпинг-синдрома, характеризовавшегося появле-

нием после еды слабости, сердцебиения и потливости. У больных после гастрэктомии, несмотря на соответствующую диету, имел место дефицит веса от 9 до 17 кг. В тоже время среди больных с эзофагоэюногастропластикой перечисленных расстройств не наблюдалось. Все они к концу месяца восстановили свой вес, питание суточное у них было четырехразовое, специальной диеты они не придерживались. Всем этим больным в плане комплексного лечения через месяц была проведена химиотерапия. В последующем при динамическом наблюдении в течение двух лет состояние их было удовлетворительное, жалоб они не предъявляли. При контрольных эзофагоскопиях пищеводный анастомоз был проходим для эндоскопа без деформаций, сужений и признаков рефлюкс-эзофагита. Очередные курсы химиотерапии проводились с учетом стадии опухоли и ее гистологического строения. В тоже время среди 10 больных после гастрэктомии у четырех проведения химиотерапии откладывалось из-за общей их слабости, отека нижних конечностей, гипопротеинемии, что требовало соответствующей коррекции с пребыванием больных в стационаре.

Выводы

1. Способ эзофагоэюногастропластики непрерывной тонкой кишкой в отличие от известных методов упрощает технику таких операций.

2. Улучшаются непосредственные послеоперационные результаты при проксимальных резекциях желудка, поскольку пищевод анастомозируется с тонкой кишкой без натяжения соединяемых органов.

3. Обеспечивается достаточная физиологичность проксимальных резекций желудка даже на уровне предельно субтотальных, так как исключается удаление желудка.

4. Не нарушается радикализм операций при раке проксимального отдела желудка, поскольку отпадает необходимость в оставлении культи желудка в несколько больших размерах из-за нечеткости краевой границы опухоли.

Перспективы дальнейших исследований

Усовершенствовать методику еюнопластики с целью сохранения дуоденального пищеварения в случае тотального удаления желудка при хирургическом лечении рака проксимального отдела желудка. В плане комплексного лечения химиотерапия будет проводиться с учетом определяемого полиморфизма генов TOLL-подобных рецепторов.

Литература

1. Голдин В.А. Гастрэктомия, первичная и реконструктивная резекция желудка с сохранением дуоденального пассажа пищи / В.А. Голдин // Автореферат диссертации канд. мед. наук: 14.00.14. – М., 1988. – 22 с.
2. Захаров Е.И. Опыт еюнопластики / Е.И. Захаров // Хирургия. – 1970. – № 3. – С. 23-49.
3. Клименков А.А. Опухоли желудка / А.А. Клименков, Ю.И. Патютко, Г.И. Губина. – М., «Медицина», 1988. – С. 143-156.
4. Мазурин В.С. Релюкс-эзофагит после радикальных операций по поводу рака проксимального отдела желудка / В.С. Мазурин // Диссертация на соискание научной ст. канд. мед. наук: 14.00.14 – М., 1989. – 136 с.
5. Петерсон Б.Е. Рак проксимального отдела желудка / Б.Е. Петерсон. – М., «Медицина», 1972. – С. 86-101.
6. Цацаниди К.Н. Пищеводно-кишечные и пищеводно-желудочные анастомозы / К.Н. Цацаниди, А.В. Богданов. – М., «Медицина», 1988. – С. 75-82.
7. Шелешко П.В. «Спосіб виконання езофагоэюногастропластики при проксимальній резекції шлунка» / П.В. Шелешко, Н.С. Скрипников // Деклараційний патент на винахід. Бюлетень, №12. – 2003.
8. Шелешко П.В. Способ еюнопластики при резекции пищеводно-кишечного анастомоза / П.В. Шелешко // Авторское свидетельство № 1777833. – Государственный реестр изобретений СССР, М., 1992.

УДК 616.33 – 089.844

ПРО РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ ЕЗОФАГОЄЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА

Шелешко П. В., Скрипніков М. С., Баштан В. П., Чернобай О. В., Гупта Акшай

Резюме. Способом езофагоєюногастропластики при проксимальній резекції шлунка згідно патенту Шелешко П.В. і Скрипнікова М.С. на відміну від інших методик єюнопластики передбачається використання безперервної петлі тонкої кишки. Згідно способу було прооперовано 11 хворих у віці від 42 до 67 років з приводу раку II-III стадії проксимального відділу шлунка. У трьох хворих в зв'язку з локалізацією пухлини в субкардії шлунка проксимальна його резекція була проведена на рівні гранично субтотальної. У чотирьох хворих через перехід пухлини на стравохід був застосований комбінований абдомінально-торакальний доступ. У всіх оперованих не було ускладнень, як в ранньому післяопераційному періоді, так і в подальшому при спостереженні за ними від 1 місяця до 2-х років. У плані комплексного лікування всім хворим була проведена післяопераційна хіміотерапія.

Ключові слова: рак проксимального відділу шлунка, езофагоєюногастропластика, анастомози, результативність.

УДК 616.33 – 089.844

О РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ЭЗОФАГОЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Шелешко П. В., Скрипников Н. С., Баштан В. П., Чернобай А. В., Гупта Акшай

Резюме. Способом эзофагоеюногастропластики при проксимальной резекции желудка согласно патенту Шелешко П.В. и Скрипникова Н.С. в отличие от других методик еюнопластики предусматривается использование непрерывной петли тонкой кишки. Согласно способу было прооперировано 11 больных в возрасте от 42 до 67 лет по поводу рака II-III стадии проксимального отдела желудка. У трех больных в связи с локализацией опухоли в субкардии желудка проксимальная его резекция была произведена на уровне предельно субтотальной. У четырех больных из-за перехода опухоли на пищевод был применен комбинированный абдоминально-торакальный доступ. У всех оперированных не было осложнений, как в раннем послеоперационном периоде, так и в дальнейшем при наблюдении за ними от 1 месяца до 2-х лет. В плане комплексного лечения всем больным была проведена послеоперационная химиотерапия.

Ключевые слова: рак проксимального отдела желудка, эзофагоеюногастропластика, анастомозы, результативность.

UDC 616.33 – 089.844

ABOUT THE RESULTS OF ESOPHAGOJEJUNOGASTROPLASTY IN SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF THE PROXIMAL PART STOMACH

Sheleshko P. V., Skripnikov N. S., Bashtan V. P., Chornobay A. V., Gupta Akshay

Abstract. Introduction. In 40-45% of gastric cancer patients with tumors of the top of his part feasible proximal subtotal resection with formation of esophageal-gastric anastomosis. According to the literature in these anastomosis due to insufficiency sutures stated high postoperative mortality. For this reason, cancer of the proximal part stomach preference gastrectomy because esophago- junostomy reliably than esophagogastrostomy. However, in 4-7% of patients after gastrectomy, the cause of death can not be a recurrence of cancer, and not giving a progressive depletion of correction. An effective method to reduce the unwanted effects of operations for cancer of the proximal part stomach is jejunoplasty.

Purpose of the study. To analyses the effectiveness in comparison with other methods esophagojejunogastroplasty improved method, which is registered in the state register of patents of Ukraine.

Material and methods. Esophagojejunogastroplasty improved method in proximal gastric resection for cancer, unlike other methods is provided the use of a continuous loop of the small intestine. At the same time it carried out a number of tasks, requirements for such operations: the need to maintain sufficient radical intervention, taking into account the stage of the cancer and form of growth; in comparison with other techniques such technique jejunoplasty simplify operations with decreasing duration of their execution; give sufficient reliability formed anastomosis in plan of consistency sutures and prophylaxis after surgical reflux esophagitis; exclude paresis moved intestine. According to the process it has been operated on 11 patients aged 42 to 67 years for cancer stage II-III of the proximal stomach. Three patients in connection with the localization of the tumor in the proximal stomach subcardia its resection was performed at the level of the maximum subtotal. In four patients due to the transition of the tumor to the esophagus combined thoraco-abdominal access has been applied. All operated were not complications in the early postoperative period, and later on when observing them from 1 month to 2 years. In plan of complex treatment of all patients was performed postoperative chemotherapy.

Conclusions. Method esophagojejunogastroplasty continuous small intestine in contrast to the known techniques simplifies the technique of such operations. Improve the immediate postoperative results with proximal gastric resection, because the esophagus to the small intestine anastomoses without tension connected organs. Provides enough physiology of proximal gastric resection, even at extremely subtotal as excluded total removal of the stomach. Not disturbed radicalism operations for cancer of the proximal part of the stomach, as there is no need for leaving the stump of the stomach several large scale due to the vagueness of the boundary value of the tumor border.

Keywords: cancer of the proximal part stomach, esophagojejunogastroplasty, anastomosis, effectiveness.

*Рецензент – проф. Шейко В. Д.
Стаття надійшла 02.03.2016 року*