

В. Т. Кравец, И. С. Сенько

**РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ
РАКЕ ЖЕЛУДКА И ПИЩЕВОДА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И. Н. Лабунец

Кафедра онкологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Минский городской клинический онкологический диспансер

V. T. Kravets, I. S. Senko

**RESULTS OF FORMATION OF ESOPHAGEAL ANASTOMOSES IN GASTRIC
AND ESOPHAGEAL CANCER**

Tutors: candidate of medical science, associate professor I. N. Labunets

Department of Oncology

Belarusian State Medical University, Minsk

Minsk City Clinical Oncologic Dispensary

Резюме. Обобщен опыт хирургического лечения 1246 пациентов, страдающих раком пищевода и желудка, а также представлены результаты формирования пищеводных анастомозов за период с 2003 по 2018 год. Сделан вывод о том, что использование в хирургии рака желудка и пищевода инвагинационной методики формирования пищеводного соустья путем наложения отдельных узловых швов (без использования сшивающих аппаратов) соответствует всем современным требованиям.

Ключевые слова: рак пищевода, рак желудка, несостоятельность пищеводного анастомоза.

Resume. The article summarizes the experience of surgical treatment of 1246 patients suffering from esophageal cancer and gastric cancer, and also presents the results of the formation of esophageal anastomoses from 2003 to 2018. It was concluded that the use of the invagination technique for the formation of the esophageal anastomosis in the surgery of cancer of the stomach and esophagus by imposing single nodal sutures (without using stitching devices) meets all modern requirements.

Keywords: esophageal cancer, gastric cancer, esophageal anastomotic leakage.

Актуальность. Стандартным лечением рака пищевода и гастроэзофагеальной локализации является радикальная операция. С целью восстановления непрерывности пищеварительного тракта после проксимальной резекции желудка, гастрэктомии и резекции пищевода прибегают к формированию пищеводно-кишечного (ПКА) либо пищеводно-желудочного (ПЖА) соустьев [2].

Наиболее грозной причиной летальных исходов в раннем послеоперационном периоде до недавнего времени была несостоятельность швов пищеводного анастомоза, которая встречалась с частотой до 10-20% [3] и с летальностью до 60-80% [6, 7, 8].

Столь высокую частоту осложнения одни исследователи склонны объяснять анатомическими особенностями строения пищевода, другие хирурги акцентируют внимание на технических погрешностях выполнения операции. Третья точка зрения отводит ведущую роль общим факторам риска — таким как возраст, сахарный диабет, гипопротейнемия и снижение репаративных процессов. Некоторые авторы считают первопричиной развития несостоятельности швов (НШ) ПКА и ПЖА саму конструкцию анастомоза [4, 5].

Цель: изучение эффективности и надёжности используемой нами

инвагинационной методики формирования безаппаратного ручного пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного анастомоза.

Задачи:

1. Проанализировать структуру осложнений, возникающих при формировании пищеводных анастомозов, а также определить ведущие причины, приводящие к летальному исходу в результате хирургического лечения рака пищевода и желудка.

2. Определить зависимость частоты возникновения несостоятельности швов пищеводных анастомозов от вида произведённой операции.

3. Дать обоснование наиболее оптимальной методики формирования пищеводного соустья с учётом современных требований.

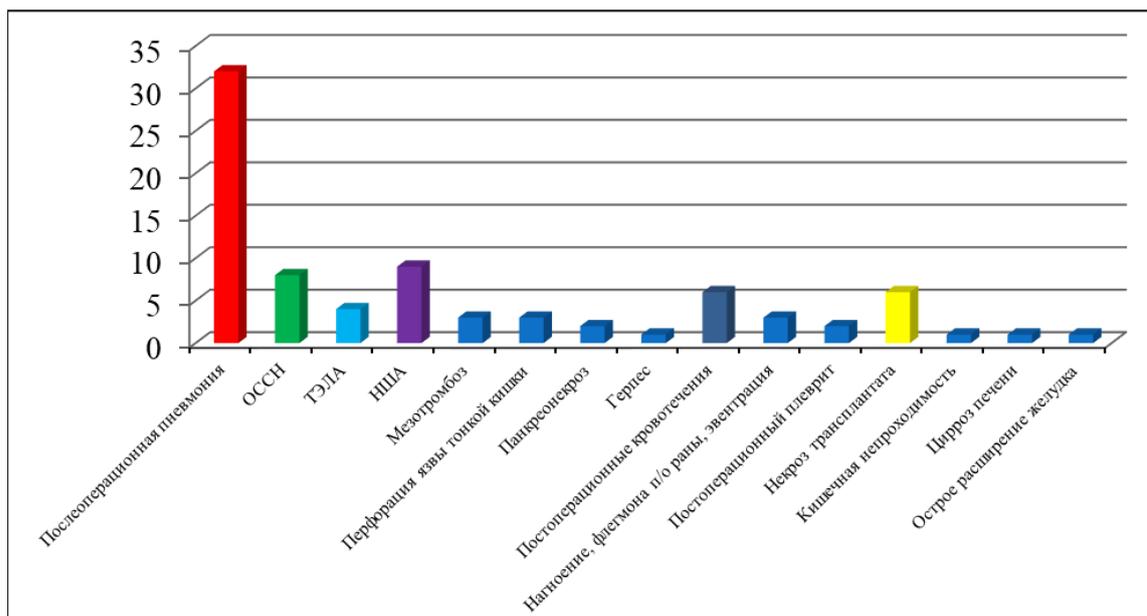
Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов 1246 операций, произведенных у пациентов в возрасте от 28 до 85 лет по поводу рака желудка и пищевода с формированием пищеводного соустья в Минском городском клиническом онкологическом диспансере за период с 2003 по 2018 гг.

Выполнялись следующие виды операций: 714 пациентам произведена гастрэктомия по Савиных, 64 пациентам - проксимальная резекция желудка по Савиных. Гастрэктомия по Осаве-Гэрлоку выполнена у 209 пациентов, субтотальная проксимальная резекция желудка с нижней третью пищевода по Осаве-Гэрлоку из единого левостороннего абдомино-торакального доступа – 135 пациентам. Субтотальная резекция пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой по Льюису произведена у 124 пациентов. В качестве пластического материала, используемого для замещения пищевода после его резекции, наиболее часто применялась тонкая кишка — 923 (74,1 %) случая. Пластика желудочным трансплантатом выполнена у 323 пациентов (25,9 %), из них у 199 — дистальным отделом желудка после его проксимальной резекции.

Во всех случаях нами применялись инвагинационные методики формирования анастомозов, которые основаны на способах инвагинации пищевода в желудок или в тонкую кишку в виде «чернильницы-непроливайки». Их преимущество состоит в том, что, во-первых, их внутренний и наружный ряды швов располагаются в двух уровнях, что является профилактикой одного из основных механизмов в патогенезе несостоятельности – проникновения инфекции в ткани анастомоза, а затем – в окружающее его клетчаточное пространство, и во-вторых - сформированный клапан обладает антирефлюксными свойствами [1].

Результаты и их обсуждение. Осложнения после операции отмечены у 84 (6,7%) пациентов, явившиеся причиной смерти в 44 (3,5%) случаях.

Наиболее часто наблюдались осложнения терапевтического профиля, не связанные непосредственно с хирургической техникой, а именно: послеоперационные пневмонии (32 случая – 38% всех осложнений), ОССН (8 случаев – 9,8 %), ТЭЛА (4 случая – 4,9%) (Диаграмма 1). Всего от данных осложнений умерло 24 пациента, что составляет 55% от общего числа летальных исходов.



Диагр. 1 – Структура послеоперационных осложнений

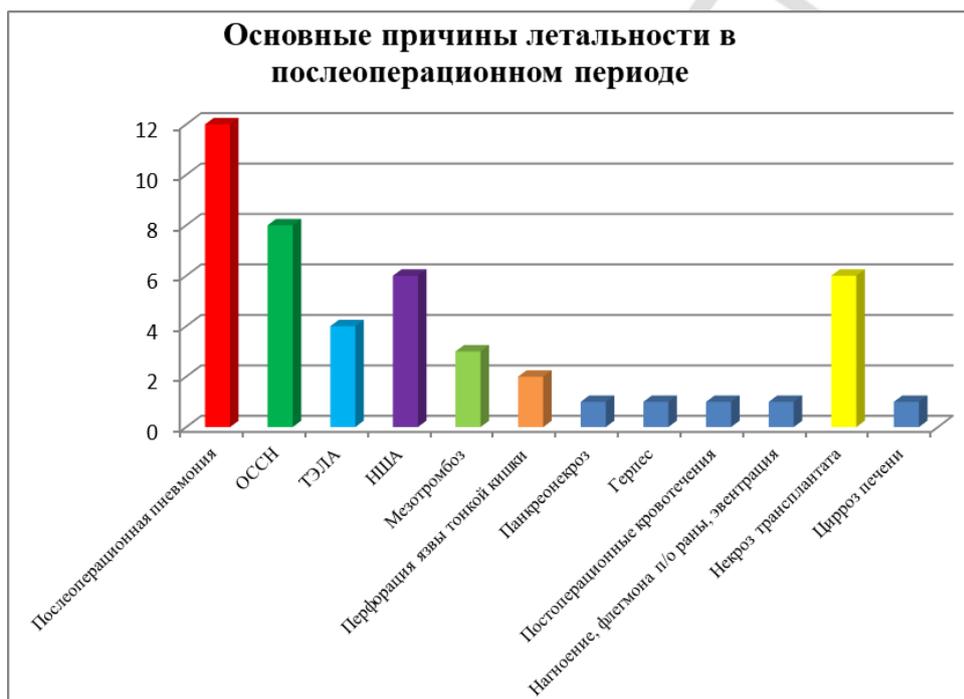
Несостоятельность швов пищеводного анастомоза наблюдалась в 9 случаях (10,7% всех осложнений). При этом непосредственной причиной смерти она явилась в 6 случаях (13,6% от общего числа умерших) (Таблица 1).

Табл. 1. Частота развития несостоятельности швов пищеводных анастомозов

Вид и количество операций	Частота и летальность при НША		Общая летальность
	Количество случаев	В том числе с летальным исходом	
С внутриабдоминальным анастомозом:			
всего-778 операции:	5 - 0,6%	3 – 0,4%	16 – 2,1%
гастрэктомия по Савиных-714 операции	4 - 0,6%	3 – 0,4%	14 – 2,0%
проксимальная резекция по Савиных-64 операции	1 – 1,6%	0 – 0%	2 – 3,1%
С внутриплевральным анастомозом:			
всего-468 операции:	4 – 0,9%	3 – 0,6%	28 – 6,0%
гастрэктомия по Гэрлоку-209 операции	3 - 1,4%	2 – 1,0%	11 – 5,3%
проксимальная резекция по Гэрлоку-135 операции	1 – 0,7%	1 – 0,7%	4 – 3,0%
резекция пищевода по Льюису-124 операции	0 - 0%	0 – 0%	13 – 10,5%
Всего: 1246 операций	9 – 0,7%	6 – 0,5%	44 – 3,5%

Четкой зависимости частоты несостоятельности пищевода от вида произведенной операции, её объёма и уровня резекции пищевода с внутриабдоминальным и внутриплевральным расположением пищевода, а также вида трансплантата (желудок, тонкая кишка) не выявлено.

Общая послеоперационная летальность составила 3,5 % (44 случая). Основными причинами смерти явились: послеоперационная пневмония – 12 (27,3%) случаев, ОССН – 8 (18,2%), ТЭЛА и некроз трансплантата – соответственно по 6 (по 13,6%) случаев, а также ТЭЛА, явившаяся причиной смерти 4 пациентов (9,1% от общего числа летальных исходов) (Диаграмма 2).



Диagr. 2 – Основные причины летальности в послеоперационном периоде

Выводы:

1. Таким образом, особенностью настоящего времени является смещение спектра осложнений в сторону сердечно-сосудистой и легочной патологии. Это объясняется тем, что оперированными всё чаще являются пожилые люди с наличием у них тяжелых сопутствующих заболеваний. Если раньше основным фатальным осложнением являлась несостоятельность пищевода, то на сегодня это осложнение встречается значительно реже.

2. Одним из реальных резервов улучшения непосредственных результатов хирургического лечения рака пищевода и желудка является выбор оптимальной хирургической тактики, в частности, использование методики формирования инвагинационного анастомоза с наложением отдельных узловых швов, который соответствует всем современным требованиям и обладает высокой надежностью.

Литература

1. Волков С. В. Несостоятельность пищевода-кишечного анастомоза у больных после типовых и комбинированных гастрэктоми: клинические и хирургические аспекты / С. В. Волков //

Вестник Чувашского университета. – 2010. – № 3. – С. 80-88.

2. Дворецкий С. Ю. Современная стратегия лечения рака пищевода (обзор литературы) / С. Ю. Дворецкий // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2016. – № 4. – С.102-107.

3. Кавайкин А. Г. , Чичеватов Д. А. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза после внутриплевральной эзофагопластики: прогноз и профилактика / А. Г. Кавайкин, Д. А. Чичеватов // Поволжский онкологический вестник. – 2015. – № 1. – С.41-44.

4. Хирургическое и комбинированное лечение рака верхнегрудного отдела пищевода / Мамонтов А. С., Бойко А. В., Петерсон С. Б. и др. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2003. – №1. – С. 68-70.

5. Хирургическое лечение рака нижней трети пищевода / Я. Н. Шойхет, А. Ф. Лазарев, С. Д. Фокеев и др. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2005. – № 3-4. – С. 23-27.

6. Predictors of Anastomotic Leak After Esophagectomy: An Analysis of The Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Database / Edmund S. Kassis, MD, Andrzej S. Kosinski, PhD, Patrick Ross, Jr, MD, PhD et al. // Annals Thoracic Surgery. – 2013. – № 96. – P. 1919-1926.

7. Short-term outcomes after conventional transthoracic esophagectomy / Yukiko Niwa, Masahiko Koike, Masashi Hattori et al. // Nagoya J. Medical Science. – 2016. – № 78. – P. 69 -78.

8. The management of esophagogastric anastomotic leak after esophagectomy for esophageal carcinoma / A. Turkyilmaz, A. Eroglu, Y. Aydin et al. // Diseases of the Esophagus. – 2009. – № 22. – P. 119–126.