

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТОНКОКИШЕЧНОГО РЕЗЕРВУАРА, СФОРМИРОВАННОГО ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Уметов М.З.¹, Тойгонбеков А.К.², Анкудинова С.А.³
Email: Umetov1789@scientifictext.ru

¹Уметов Максат Замирбекович – врач-хирург,
отделение абдоминальной и общей онкологии

²Тойгонбеков Айвар Кенешбекович – ведущий научный сотрудник,
отдел клинической онкологии;

³Анкудинова Светлана Александровна – заведующая отделением,
отделение эндоскопической диагностики,
Национальный центр онкологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: изучены результаты эндоскопического исследования больных раком желудка, оперированных в объеме гастрэктомии с разными вариантами тонкокишечной пластики. Пациентам в послеоперационном периоде через каждые три месяца проводилось эндоскопическое исследование пищевода и тонкой кишки. Исследовано всего 49 больных, разделенных на 2 группы: группа № 1 - больные раком желудка со стадией T1-4 N0-2 MO, которым выполнена реконструкция на длинной петле с перевязкой приводящей петли выше Брауновского соустья по А.А. Шалимову; группа № 2 - больные раком желудка со стадией T1-4 N0-2 MO, которым сформирован тонкокишечный резервуар на непересеченной петле (uncut-Roux). Выявлено достоверное снижение эзофагитов ($p < 0,01$) с формированием тонкокишечного резервуара.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, эндоскопическое исследование.

RESULTS ENDOSCOPY ENTERAL RESERVOIR WAS FORMED AFTER GASTRECTOMY

Umetov M. Z.¹, Toigonbekov A.K.², Ankudinova S.A.³ Email:
Umetov1789@scientifictext.ru

¹Umetov Maksat Zamirbekovich - doctor-surgeon,
DEPARTMENT OF ABDOMINAL AND GENERAL ONCOLOGY;

²Toigonbekov Aivar Keneshbekovich - leading researcher,
DEPARTMENT OF CLINICAL ONCOLOGY;

³Ankudinova Svetlana Aleksandrovna – head,
DEPARTMENT OF ENDOSCOPIC DIAGNOSTICS,
NATIONAL CENTER OF ONCOLOGY,
BISHKEK, REPUBLIC OF KYRGYZSTAN

Abstract: the results of endoscopy of stomach cancer patients operated on in gastrectomy with different types of intestinal plastics. Patients in the postoperative period every three months performed endoscopic examination of the esophagus and the small intestine. Total 49 patients studied, were divided into 2 groups: group №1 - gastric cancer patients step T1-4 N0-2 MO, which is formed on a long reconstruction loop with ligation afferent loop above Browns anastomosis on AA Shalimov; group № 2 - gastric cancer patients with stage T1-4 N0-2 MO, which is formed on the tank enteric nonintersection loop (uncut-Roux). Esophagitis significant decrease ($p < 0,01$) wish enteral reservoir formation.

Keywords: gastric cancer, gastrectomy, endoscopy.

УДК 616.33-089.844-089.87

Введение. Рак желудка (РЖ) остается одним из самых распространенных заболеваний в мире и представляет собой крайне актуальную проблему современной онкологии. В настоящее время заболеваемость РЖ занимает четвертое место по частоте встречаемости, уступая опухолям легкого, молочной железы и толстой кишки [1, 2].

Хирургическое лечение рака желудка на сегодняшний день является золотым стандартом [5]. Но несмотря на успехи желудочной хирургии, остаются постгастрэктомические болезни, которые значительно влияют на качество жизни пациентов, причем это зависит от варианта эзофаго-энтероанастомоза. Большинство оперированных больных становятся инвалидами, обусловленных полным удалением желудка, и изменением нормальных анатомо-физиологических соотношений в пищеварительном тракте. Именно поэтому, в последние годы в хирургии желудка наряду с вопросами

повышения радикализма оперативных вмешательств, снижения частоты послеоперационных осложнений и летальности, все большее внимание уделяется функциональным результатам. [3, 4, 6]. Также надо помнить, что рак желудка характеризуется плохим прогнозом и 5-летняя выживаемость обычно не превышает 20% и поэтому качество жизни пациентов после гастрэктомии имеет большое значение.

Цель исследования: Изучить эндоскопическую картину результатов различных методов реконструкции тонкокишечной пластики, после гастрэктомии в динамике послеоперационного наблюдения.

Материалы и методы исследования.

Исследование основано на анализе результатов лечения и наблюдения 49 больных злокачественными опухолями желудка, получавших лечение в отделении абдоминальной онкологии НЦО МЗ КР. Пациенты были разделены на 2 группы, в зависимости от использовавшегося метода реконструкции пищеварительного тракта. В группу № 1 вошли 34 больных раком желудка стадией T1-4 N0-2 MO, которым выполнена реконструкция на длинной петле с перевязкой приводящей петли выше Брауновского соустья по А.А. Шалимову. Группу № 2 составили 15 больных раком желудка со стадией T1-4 N0-2 MO, которым сформирован тонкокишечный резервуар на непересеченной петле (uncut-Py).

В послеоперационном периоде в течение года каждые три месяца, после хирургического лечения проводили контрольное обследование, включающее: эзофагоэноскопию исследование пищевода и тонкой кишки.

Методика формирования резервуара.

После гастрэктомии формируем впереди брыжейки поперечно-ободочной кишки эзофагоэнтероанастомоз начальной петлей тощей кишки (35-40 см), к пищеводу подводим выбранную для анастомозирования петлю тонкой кишки и формируется анастомоз по типу академика В.Г. Бондора. Затем отступя на 5-7см от эзофагоэнтероанастомоза, формируется из приводящей и отводящей кишки тонкокишечный резервуар длиной около 10 - 15 см. Отдельными узловыми серозно-мышечными капроновыми швами между отводящей и приводящей петли формируется первый ряд задней стенки резервуара. Следующим этапом электроножом отступя не менее 0,5 см от предыдущего шва вскрываются просветы отводящей и приводящей петли на протяжении 8 - 10 см. После тщательного гемостаза отдельными узловыми капроновыми швами формируется внутренний ряд и наружный ряд задней стенки резервуара. Затем также узловыми капроновыми швами формируется двухрядная передняя стенка резервуара. Тотчас ниже резервуара приводящая петля перевязывается лавсановой нитью и укрывается отдельными узловыми серозно-мышечными швами. Отступя вниз от резервуара 5 - 7 см формируется межкишечный анастомоз между приводящей и отводящей петлями бок в бок. В резервуар устанавливается тонкий назогастральный зонд для контроля за гемостазом и декомпрессии резервуара.

Методика эндоскопического исследования

Эндоскопическое исследование больных в послеоперационном периоде проводилось на аппарате высокого разрешения EG2990/ фирмы «PENTAX».

При осмотре обращалось внимание на состояние слизистой оболочки анастомоза, проходимость анастомоза, также осматривали и проксимальный сегмент тонкой кишки, на наличие в них воспалительных и рубцовых изменений. По показаниям производили биопсию с последующим гистологическим исследованием.

Воспалительные и рубцовые изменения в нижнегрудном отделе пищевода классифицированы по Savary-Miller (1978) (табл. 1).

Таблица 1.Классификация рефлюкс-эзофагита

Степень тяжести	Характеристика изменений
0	Признаки рефлюкс-эзофагита отсутствуют
I	Одна или более отдельных эрозий слизистой оболочки с эритемой, занимающих менее 10% окружности дистального отдела пищевода
II	Сливные эрозивные повреждения слизистой оболочки, занимающие 10–50% окружности дистального отдела пищевода
III	Множественные эрозивные повреждения, занимающие практически всю окружность дистального отдела пищевода
IV	Осложненные формы рефлюкс-эзофагита: язва, стриктура, пищевод Баррета

Статистический анализ данных выполнялся с использованием программы «SPSS16». Достоверность разности относительных показателей закодирована следующими кодами: * - $p < 0,05$ (95,0%); ** - $p < 0,01$ (99,0%); *** - $p < 0,001$ (99,9 %).

Результаты и обсуждения

Средний возраст пациентов составил 53,6 +/- 5,1 год, самому молодому было 35 лет и самому старшему - 74 года. Из 49 пациентов женщин было 14 человек, что составило 29,5%, соответственно пациентов мужского пола - 35 человека, что составило 71,1%.

При распределении пациентов по стадиям рака желудка получены следующие данные: в обеих группах преобладали пациенты с III стадией заболевания 44 (89%), со II стадией 5 (11%).

Большинство пациентов в первой группе оперированы чрезбрюшинным доступом 42 (86%), комбинированным торакоабдоминальным доступом 7 (14%). Во второй группе все больные оперированы лапаротомным доступом.

Как видно из таблицы 2, в первой группе больных из 34 пациентов, через 3 месяца после операции только у 8 больных (22%) были обнаружены изменения воспалительного характера, из них в нижней трети пищевода у 6 и у 2 пациентов в средней трети пищевода. Во всех случаях воспалительные изменения носили поверхностный и трактовались как эзофагит I степени у 7 (20%) больных, и у 1 (2%) больного на фоне гиперемированной слизистой, отмечались участки фиброзного налета, что оценивалась, согласно классификации, как эзофагит 2 степени. Спустя 6 месяцев после операции, у 12 (35%) больных первой группы выявлены признаки воспалительного процесса первой степени у 9 (27%) пациентов и второй степени у 2 (6%) пациентов. Хотелось бы отметить, что воспалительный процесс носил более обширный характер, с вовлечением средней трети пищевода у 8 (23) больных. К 9 месяцу наблюдения выявлены воспалительные изменения уже у 16 пациентов (45%), из них в нижней трети у 6 (17%), и более обширные с вовлечением средней трети у 10 (29%) больных. Первая степень поражения обнаружена у 7 (20%) больных, вторая с появлением фиброзного налета на фоне отека, гиперемированной слизистой, также у 7 (20%) и у 2 (5%) больных отмечено появления продольных острых эрозий, на фоне обильного заброса желчи из анастомоза, что трактовалось как 3 степень поражения.

Таблица 2. Результаты эндоскопического исследования больных I группы

Эндоскопическая картина	3 месяца после операции	6 месяцев после операции	9 месяцев после операции
I степень	7 (20%)	9 (27%)	7 (20%)
II степень	1 (2%)	2 (6%)	7 (20%)
III степень			2 (5%)
IV степень			
Итого	8 (22%)	12 (35%)	16 (45%)

Примечание - «*» - достоверность различий между группами при $p < 0,05$, «**» - $p < 0,01$, «***» - $p < 0,001$.

В таблице 3 представлены результаты второй группы из 15 пациентов, где спустя 3 месяцев эндоскопических признаков воспаления не было. И только спустя 6 месяцев у 2 (15%) больных были обнаружены признаки эзофагита нижней трети I степени. И также через 9 месяцев наблюдения у 2 (15%) пациентов выявлены эзофагит нижней трети I степени.

Таблица 3. Результаты эндоскопического исследования больных II группы

Эндоскопическая картина	3 месяца после операции	6 месяцев после операции	9 месяцев после операции
I степень		2 (15%)	2 (15%)
II степень			
III степень			
IV степень			
Итого		2 (15%)	2 (15%)

Во II группе эзофагит встречался гораздо меньше, по 2 (15%) спустя 6 и 9 месяцев ($p > 0,05$).

Таким образом, согласно данным эндоскопического исследования в различные сроки после операции следует отметить, что частота рефлюкс-эзофагита находится в прямой зависимости от способа реконструкции пищеварительного тракта. Метод реконструкции с формированием резервуара, позволяет предупредить или минимизировать клинические проявления рефлюкс-эзофагита.

Выводы:

1. Тонкокишечная пластика с формированием резервуаров при радикальной гастрэктомии по поводу рака предупреждают развитие рефлюкс-эзофагита, что несомненно улучшает качество жизни пациентов.

2. Формирование тонкокишечных резервуаров на непересеченной Ру-петле может являться методом выбора у пациентов при радикальной гастрэктомии.

Список литературы / References

1. *Parkin, D.M.* Global cancer statistics [Text] / D. M. Parkin, F. Bray, J. Ferlay, P. Pisani // *CA Cancer J Clin.*, 2005. P. 74.
2. *Давыдов М.И.* Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2012 г. [Текст] / М. И. Давыдов, Е.М. Аксель // М., РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2014. С. 77.
3. *Давыдов М.И.* Современная стратегия хирургического лечения рака желудка [Текст] / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов // *Соврем. Онкология*, 2000. Т. 2. № 1. С. 4 - 10.
4. *Бондарь Г.В.* Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе [Текст] / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович и др. // *Онкология*, 2006. Т. 8. № 2. С. 171-175.
5. *Панибратец Л.С.* Возможности улучшения качества жизни больных после гастрэктомии в зависимости от варианта тонкокишечной пластики [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / Л.С. Панибратец. Бишкек, 2010. 11 с.
6. *Конюхов Г.В.* Варианты тонкокишечной пластики при гастрэктомии по поводу рака [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14 / Г.В. Конюхов. Москва, 2006. 25 с.