

УДК 616.33-089-87

С.В. ВОЛКОВ

ЕЮНОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС И ЕГО РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ключевые слова: гастрэктомия, еюноэзофагеальный комплекс, пищеводно-кишечный анастомоз, постгастрэктомические синдромы, рефлюкс-эзофагит, сегментарный еюнит, рубцовая стриктура пищевода и соустья.

Изучено функциональное состояние еюноэзофагеального комплекса у 368 больных, перенесших по поводу рака желудка и других заболеваний этого органа тотальную гастрэктомию. В работе дано патогенетическое обоснование значимости еюноэзофагеальному комплексу как единой анатомо-физиологической структуры, выполняющей резервуарную функцию желудка, утраченную в связи с гастрэктомией. Установлена важная роль еюноэзофагеального комплекса в патогенезе ведущих постгастрэктомических синдромов.

S.V. VOLKOV

JEJUNOESOPHAGEAL COMPLEX AND ITS ROLE IN POSTGASTRECTOMY SYNDROMES

Key words: total gastrectomy, jejunoesophageal complex, jejunoesophageal anastomosis, postgastrectomy syndromes, reflux-esophagitis, segmental jejunitis, benign stricture of esophageal anastomosis.

The function of jejunoesophageal complex was examined in 368 patients after total gastrectomy (cancer of stomach and other stomach pathology). Pathophysiologic grounds for function of the jejunoesophageal complex as a unit providing pouch capacity of the stomach removed as a result of total gastrectomy were provided in the study. The key role of the jejunoesophageal complex in pathogenesis of most significant postgastrectomy syndromes was established.

Операция полного удаления желудка (экстирпация желудка, гастрэктомия, тотальная гастрэктомия) до настоящего времени остается одной из наиболее тяжелых и травматичных операций в абдоминальной хирургии. Впервые гастрэктомия была выполнена по поводу рака желудка в 1897 г., когда швейцарский хирург Шлаттер (Schlatter) произвел первую успешную операцию полного удаления желудка у женщины 56 лет, соединив пищевод с тощей кишкой. Через год и 53 дня больная погибла от метастазов рака.

В настоящее время ежегодно в мире выполняются тысячи таких операций. С каждым годом увеличивается количество выполняемых гастрэктомий по поводу рака желудка и других заболеваний этого органа (генерализованный полипоз желудка, особенно осложненный кровотечением или малигнизацией, обширные инфильтраты язвенной этиологии в области кардиального отдела желудка, обширный некроз этого органа вследствие ущемленной диафрагмальной грыжи, гастропатия на фоне варикозного расширения вен пищевода и желудка, некроз желудка вследствие химического ожога и др.).

В последние годы тотальная гастрэктомия при раке желудка выполняется более чем 80% случаев. Данная операция производится при раке желудка как *типовая* операция, в том числе при мультицентрическом раннем раке желудка с локализацией опухолевых очагов в средней трети желудка, а также при поражении более чем одного анатомического отдела того органа [1].

Наиболее распространенная методика гастрэктомии – экстирпация желудка с последующим соединением пищевода с тощей кишкой и наложением межкишечного анастомоза по Брауну. При этой операции полностью удаляют желудок, а нередко одновременно удаляют соседние органы (спленэктомия) или резецируют соседние органы (поджелудочную железу, печень, поперечную ободочную кишку и др.), в процессе операции пересекают оба блуждающих нерва. После операции полного удаления желудка пища непосредственно поступает в тощую кишку, минуя двенадцатиперстную, так как ее проксимальный отдел зашивают наглухо. Эти грубые анатомо-физиологические нарушения,

неизбежно влекут за собой функциональную перестройку органов пищеварительной системы и оказывают влияние на другие функции организма.

Больным, лишенным желудка и практически излеченным от рака, в течение всех последующих лет жизни приходится испытывать ряд тяжелых и стойких расстройств, связанных с перенесенной операцией. Причиной этих расстройств многие исследователи считают функциональное выключение двенадцатиперстной кишки. Поэтому на протяжении нескольких десятилетий прошлого века проводились поиски сохранения возможности прохождения пищи через эту кишку после удаления желудка.

Идея соединения двенадцатиперстной кишки с пищеводом после гастрэктомии отражена в двух основных вариантах операции:

1. Формирование прямого эзофагодуоденоанастомоза. Однако выполнение такой операции возможно, по нашим данным, в 16,6% случаев, т.е. у одного из 6 больных.

2. Создание искусственного желудка: а) вшиванием между пищеводом и двенадцатиперстной кишкой участка тонкой кишки на сосудистой ножке (гастропластика с интерпозицией участка тощей кишки); б) вшиванием между пищеводом и двенадцатиперстной кишки отрезка толстой кишки.

Существующие в настоящее время многочисленные варианты гастрэктомии позволяют превратить тонкую кишку в подобие резервуара. В этом плане заслуживает метод создания вместо удаленного желудка тонкокишечного резервуара на непересеченной петле (uncut-Py).

При формировании эзофагоеюнального анастомоза большинство отечественных хирургов отдают предпочтение муфтообразным и инвагинационным анастомозам, наложенным вручную. Многие зарубежные клиницисты пользуются аппаратным швом, предпочитая накладывать соустье конец в бок по Ру. Преимуществом Y-образного пищеводно-кишечного анастомоза по Ру является возможность формировать анастомоз не только под диафрагмой, но и в средостении при высокой резекции пищевода. В отличие от других анастомозов при способе Ру отмечается сравнительно низкая частота желчного рефлюкса. В Японии 83% пациентов, перенесших гастрэктомию, эзофагоеюноанастомоз формируется по Ру [2]. В 80 хирургических клиниках Германии реконструкцию по Ру используют в 89% наблюдений, реконструкцию по Ру с формированием тонкокишечного резервуара выполняют в 76% наблюдений [2, 3].

Наиболее простым, универсальным и доступным большинству хирургов является предложенный в 1917 г. Schloffler способ наложения пищеводно-кишечного анастомоза на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну (так называемый «бублик» или «омега» в зарубежной литературе). В зависимости от способов подведения кишечной петли к пищеводу различают горизонтальные и вертикальные анастомозы. Положительные стороны реконструкции на длинной петле, антирефлюксные преимущества вертикального соустья, повышение надежности швов в области передней губы анастомоза (она укутывается приводящей кишкой) сочетаются в методике [4]. Именно благодаря сочетанию таких качеств этот вид формирования пищеводно-кишечного анастомоза лег в основу создания общепризнанных методов С.С. Юдина, К.П. Сапожкова, Г.В. Бондаря, М.З. Сигала, и М.И. Давыдова. Достаточно сказать, что поиски оптимального варианта формирования пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии привели М.З. Сигала к рекомендации пяти подобных вариантов анастомоза, создающих, по крайней мере, два или три различных по объему еюнозофагеального комплекса.

Проведенные нами рентгенологические исследования у 108 больных, перенесших гастрэктомию, показали, что вскоре после выполнения этой операции у больных отмечается расширение отводящего колена анастомозирующей с пищеводом петли и образуется при этом небольшой резервуар с воздушным пузырем, а в некоторых случаях удается наблюдать умеренное расширение анастомозирующей петли в области пищеводного соустья, а также расширение приводящей петли. Эти макроструктурные изменения с образованием внутрикишечного резервуара напоминают в какой-то степени образование своеобразного небольшого по объему «желудка».

Объем внутрикишечного, интраеюнального резервуара после гастрэктомии зависит от выбора варианта формирования пищеводно-кишечного соустья: на длинной петле по способу Schlofter или сравнительно короткой петле по способу Ру. В зависимости от выбора длины петли зависит, прежде всего, емкость пищеводно-кишечного комплекса, располагающегося между еунозофагеальным соустьем и межкишечным брауновским анастомозом, включая наданастомотический отдел пищевода.

Рекомендуя свой метод, Цезарь Ру (1897) не дал четких указаний в отношении длины тощей кишки при формировании пищеводно-желудочного и пищеводно-кишечного анастомоза. Так, до 1924 г. длина петли тощей кишки для формирования анастомоза составляла в среднем 7,5 см. В последующие два-три десятилетия длина Ру-петли составляла 20-25 см. К началу 50-х гг. прошлого столетия из-за частого развития синдрома регургитации после гастрэктомии оптимальной длиной Ру-петли считалось 30 см. В последующие годы оптимальной длиной Ру-петли считалось в пределах 40-60 см. Данная длина петли считается в настоящее время наиболее рациональной, ибо дальнейшее увеличение длины петли ведет к перегibu приводящей петли, застою кишечного содержимого с развитием синдрома приводящей петли.

С целью изучения функционального состояния еунозофагеального комплекса и его роли в развитии постгастрэктомической патологии нами были проведены исследования у 368 больных в возрасте от 18 до 82 лет. Женщин было 140 (3,8%), мужчин – 228 (62%). Всем больным были произведены простые, стандартные и расширенно-комбинированные гастрэктомии. Показанием к гастрэктомии являлись рак желудка (339 больных, или 92,1%), полипоз желудка, осложненный кровотечением и малигнизацией (11 больных, или 3,0%), каллезные язвы желудка со злокачественным превращением (11 больных, или 3,0%), рецидивные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на почве портальной гипертензии и прогрессирующей гастропатии (4 больных, или 1,1%), прочие (3 больных, или 8%).

Из 368 больных, перенесших гастрэктомию, 245 (66,6%) больным был наложен пищеводно-кишечный анастомоз с использованием сшивающих аппаратов ПКС-25 и СПТУ, 61 больным, (16,6%) был наложен прямой эзофагодуоденальный анастомоз и 62 больным (16,8%) гастрэктомия была завершена формированием эзофагоеуноанастомоза ручным и электрохирургическим методом (по Гиляровичу, Ру и М.З. Сигалу). При выполнении гастрэктомии обращали большое внимание на необходимость соблюдения определенной дистанции (в среднем 40-60 см) между пищеводным соустьем и межкишечным соустьем.

Из 339 больных, страдающих раком желудка, комбинированные гастрэктомии были выполнены у 84 (24,8%): из них с резекцией абдоминального отдела пищевода и диафрагмального сегмента пищевода у 38, резекцией поджелудочной железы – у 23, спленэктомией – у 52, резекцией поперечной ободочной кишки – у 15, резекцией левой доли печени – у 2 больных. Общая летальность составила 11,4%.

Из 368 больных, подвергшихся тотальной гастрэктомии, клиническому и специальному обследованию подвергнуты 283 (75,9%). Обследование больных включало в себя: 1) выявление жалоб больных после операции с детализацией клинических симптомов; 2) детальное изучение объема оперативного вмешательства и выбора варианта наложения пищеводно-кишечного анастомоза; 3) проведение общепринятых лабораторных методов исследования; 4) рентгенологическое исследование; 5) фиброэзофагоскопия и фиброэзофагоеюноскопия с прицельной биопсией.

Обследование проводилось в динамике после операции на сроках от 1 месяца до 10 лет и более. Из числа обследованных патология еунозофагеального комплекса выявлена у 261 больного (92,2%). Частота развития патологии эзофагоеюнального комплекса приведена в таблице.

Наиболее частой и тяжелой патологией еунозофагеального комплекса у больных, перенесших гастрэктомию, является рефлюкс-эзофагит. Причиной развития данной патологии является разрушение кардиоэзофагеального сфинктера, в результате чего созда-

ются условия для заброса в еюноэзофагеальный комплекс панкреатобилиарного рефлюксата, что приводит к развитию той или иной формы эзофагита. Катаральная форма эзофагита нами была выявлена у 90 (51,1%) больных, эрозивная – у 64 (35,4%), язвенно-некротическая у 15 (8,5%) и рубцовая – у 7 (4,0%). Легкая степень рефлюкс-эзофагита отмечена у 29% больных, средняя – у 58% и тяжелая – у 13% больных.

Частота развития патологии эзофагоеюнального комплекса

Патологические синдромы	Количество больных	
	абс.	%
Эзофагит	176	62,2
легкой степени	51	29,0
средней степени	102	58,0
тяжелой степени	23	13,0
Дискинезия анастомозируемых петель тощей кишки:	27	10,3
гиперперистальтическая форма	16	59,3
гипоперистальтическая (атоническая форма)	11	40,7
Сегментарный еюнит анастомозируемых петель тонкой кишки	75	28,7
Рубцовый стеноз пищеводно-кишечного анастомоза	9	3,4
Рецидив рака в зоне пищеводно-кишечного анастомоза	4	1,5
Ру-синдром	3	1,1
Синдром приводящей петли тонкой кишки	2	0,8

Примечание. Больной может иметь больше одного синдрома.

Частота развития эзофагита в значительной степени зависит от способа формирования пищеводно-кишечного анастомоза. При применении сшивающего аппарата СПТУ это осложнение отмечено в 70,6% случаев, при формировании эзофагоеюноанастомоза ручным способом – в 47,5%. В то же время при гастрэктомии с наложением прямого эзофагoduodenального анастомоза (контрольная группа, поскольку не имеет еюноэзофагеального комплекса) частота развития этого осложнения снижается до 12,2% ($p < 0,001$ и $p < 0,001$, соответственно).

До настоящего времени в литературе имеются единичные и к тому же противоречивые сведения об изменениях, возникающих в тощей кишке после ее анастомозирования с пищеводом. Так, Г.Ф. Маркова выявила, что у большинства больных складки слизистой оболочки анастомозируемой петли выпрямлены и располагаются поперечно [3]. В отводящей петле наблюдается расширение типа резервуара, в котором содержится воздух. В нижележащих отделах отмечаются расширение петель тонкой кишки и нарушение их тонуса, что подтверждалось неравномерным заполнением петель кишечника бариевой взвесью. Ю.Е. Березов и Ю.В. Варшавский обращали внимание клиницистов на необходимость изучения первой петли тонкой кишки, анастомозируемой с пищеводом [1].

Из 50 больных, перенесших гастрэктомию, фиброэзофагоскопическое и рентгенологическое исследования позволили выявить две формы дискинезии анастомозируемых петель кишечника: гиперперистальтическую и гипоперистальтическую (атоническую). Из них первая форма отмечена у 38 (76%) больных и вторая форма – у 12 (24%) пациентов. Для гиперперистальтической формы характерным является повышенная двигательная активность анастомозируемой петли тощей кишки с частой регургитацией кишечного содержимого в пищевод. Однако при этой форме функциональных нарушений из-за кратковременности контакта кишечного содержимого со слизистой пищевода в большинстве случаев не возникает выраженных патоморфологических изменений либо развиваются лишь катаральные изменения в пищеводе.

Для гипоперистальтической (атонической) формы дискинезии анастомозируемых петель тощей кишки характерно снижение их двигательной активности, вплоть до развития атонии и еюностаза. При этой форме дискинезии петли тонкой кишки расширены, в просвете их, особенно в приводящей петле, содержится значительное количество кишечного содержимого, что приводит не только к еюностазу, но и эзофагостазу. Для

этой формы течения дискинезии характерны, как правило, тяжелые патоморфологические изменения в слизистой пищевода. При развитии выраженного еюноэзофагостаза контакт кишечного содержимого со слизистой пищевода и анастомозируемых петель кишечника становится длительным. В этих условиях значительно возрастает повреждающее действие панкреатобилиарного рефлюксата, что приводит к снижению двигательной активности стенок пищевода, резкому снижению антирефлюксного механизма пищевода, развитию сегментарного еюнита.

Протяженность сегмента, вовлеченного в воспалительный процесс, в приводящей петле может достигать 10-15 см, а в отводящей петле – 5-10 см. Это дает основание рассматривать данную патологию как сегментарный еюнит, частота развития которого составляет 28,7%. Воспалительные изменения в слизистой приводящей петли характеризуются наличием выраженного отека, ее рыхлости, образованием кровоизлияний и эрозий, изменением формы и направлений складок. Указанные изменения прослеживаются в ряде случаев вплоть до межкишечного соустья. При фиброскопии межкишечное соустье часто имеет форму полуовального зияющего кольца, вокруг него отмечается гиперемия слизистой с наличием отека, реже – с образованием эрозий. У больных, перенесших гастрэктомию 3-5 лет назад и более, нередко наблюдались признаки атрофии слизистой, что проявляется уменьшением высоты складок слизистой, сглаженностью рельефа, большей выраженностью сосудистого рисунка в подслизистом слое. Атрофия слизистой оболочки тощей кишки встречалась чаще всего вблизи пищеводно-кишечного анастомоза и в слизистой приводящей петли. Именно эти участки тонкой кишки подвергаются механической травме пищевыми массами с последующим воздействием на них панкреато-билиарного рефлюксата, что неизбежно вызывает структурные изменения эпителия, подтверждаемые результатами гистологических исследований.

Наряду с указанными выше патологическими синдромами еюноэзофагеального комплекса особого внимания заслуживает рубцовый стеноз эзофагоеюноанастомоза. Как показывает клиническая практика, сужение еюноэзофагеального анастомоза в большинстве случаев обусловлено недостаточностью швов этого соустья. Однако у некоторых больных сужение анастомоза может развиваться при отсутствии несостоятельности швов пищевода. Это связано, по-видимому, с индивидуальной склонностью организма к гиперпластическим процессам. Бесспорным является тот факт, что каждый анастомоз подвергается рубцеванию, но иногда этот процесс может стать причиной тяжелого осложнения – формирования рубцовой стриктуры пищеводно-кишечного анастомоза. К рубцовым стриктурам следует относить случаи, когда нарушение прохождения пищи по пищеводу наступает при ширине соустья, диаметр которого меньше 1/2 просвета пищевода [1]. Рубцовые стенозы пищеводно-кишечного соустья нами наблюдались у 9 (3,2%) больных, перенесших гастрэктомию. Больные были в возрасте от 35 до 56 лет; мужчин было 7, женщин – 2. Из 9 больных у 7 этот патологический синдром возник после гастрэктомии с использованием сшивающих аппаратов (у 5 чел. после применения ПКС-25 и у 2 после применения СПТУ) и у 2 больных после наложения пищеводно-кишечного анастомоза ручным способом. У 8 больных сужение пищеводно-кишечного анастомоза протекало на фоне рефлюкс-эзофагита.

Анализ полученных нами результатов исследований показал, что после формирования пищеводно-кишечного анастомоза рубцовый стеноз возникает в среднем в 1,6% случаев, а при применении сшивающих аппаратов – в 2,8% случаев. Сформировавшийся и длительно существующий рубцовый стеноз требует в основном хирургического лечения. Однако при этой патологии следует считать оправданным использование бужирования или эндоскопической дилатации. Наиболее радикальным методом устранения рубцовой стриктуры является пластическое расширение ее или резекция участка сужения. Из 9 наблюдаемых нами больных с рубцовыми стриктурами пищеводно-кишечного анастомоза было оперировано 3 больных: одному из них произведена резекция участка сужения пищевода с последующим наложением анастомоза сшивающим аппаратом СПТУ, двум больным было произведено

пластическое расширение стриктуры. У остальных 6 больных проведено лечение с использованием эндоскопической дилатации.

Органическое сужение в зоне пищеводно-кишечного анастомоза может быть обусловлено не только воспалительно-рубцовым процессом, но и рецидивом рака. Чаще всего рецидив рака возникает в связи с недостаточно высоким отсечением пищевода от верхнего края опухоли и неполным удалением параэзофагеальных лимфоузлов.

Рецидив рака в пищеводно-кишечном комплексе, в частности в зоне пищеводного соустья нами был выявлен у 4 больных (1,4%), перенесших гастрэктомию. У этих больных отмечено сужение пищеводно-кишечного соустья за счет роста опухоли в просвет пищевода. Диагноз рецидива рака у этой группы больных подтвержден рентгенологическим способом и с помощью фиброэзофагоюноскопии с прицельной биопсией с последующим гистологическим исследованием.

Анализ результатов проведенных нами исследований позволяет прийти к выводу, что в развитии патологических синдромов, в том числе и их сочетанных форм, большое значение имеет не только выбор варианта формирования пищеводно-кишечного анастомоза и выбор соответствующей длины анастомозируемой петли, но и образованный после реконструкции взамен удаленного полностью желудка еюноэзофагеальный комплекс. В доступной нам литературе мы не встретили работ, в которых бы была дана клиническая оценка значимости еюноэзофагеального комплекса в патогенезе некоторых постгастрэктомических синдромов. В данный комплекс поступают необработанные пищевые массы, именно в этом резервуаре осуществляется начало пищеварения с помощью ферментов поджелудочной железы, поступающих в комплекс вместе с желчью. Из еюноэзофагеального комплекса осуществляется транзит пищевых масс, который может быть ускоренным, замедленным или иметь обратный ток. Этот процесс в значительной степени зависит от функционального состояния анастомозируемых петель тонкой кишки (атоническая или гиперперистальтическая форма дискинезии кишечника) и их макро- и микроструктурных изменений (острый или хронический сегментарный еюнит).

Наши исследования позволили установить клиническую значимость еюноэзофагеального комплекса как единой анатомо-физиологической структуры, играющей важную роль в патогенезе ряда постгастрэктомических синдромов, которые в целом можно условно назвать собирательным термином – «болезни еюноэзофагеального комплекса». К ним относятся следующие: рефлюкс-эзофагит, анастомозит пищеводно-кишечного соустья, демпинг-синдром, дискинезия анастомозируемых петель тощей кишки, острый и хронический сегментарный еюнит, синдром приводящей и отводящей кишечной петли, «функциональная» непроходимость Ру-петли или Ру-стаз синдром, рубцовый стеноз пищеводно-кишечного анастомоза. Установлено, что от варианта сформированного еюноэзофагеального комплекса в той или иной степени зависят клинические проявления указанных выше агастральных синдромов.

Полученные в ходе наших исследований результаты обосновывают стремление хирургов в последние годы к формированию дополнительных тонкокишечных резервуаров на выключенной по Ру-петле или на непересеченной петле тонкой кишки выше заглушенной приводящей кишки (операция uncut-Ry) с целью восстановления в какой-то степени полностью утраченную резервуарную функцию желудка в связи с гастрэктомией, что позволяет улучшить питательный статус пациентов, устранить или минимизировать клинические проявления, прежде всего, демпинг-синдрома и еюноэзофагеальной рефлюксной болезни. Решение этой задачи направлено на улучшение качества жизни и социальной реабилитации больных, перенесших гастрэктомию по поводу рака желудка. По мнению М.И. Давыдова и соавт., формирование тонкокишечного резервуара может служить методом выбора реконструкции при радикальной гастрэктомии у пациентов с I и II стадиями рака желудка [2]. Накопленный по данной проблеме опыт отечественных и зарубежных хирургов и онкологов подтверждает необходимость дальнейшего изучения функциональной деятельности еюноэзофагеального комплекса у больных, перенесших типовые или комбинированные гастрэктомии.

Литература

1. Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В. Оперированный желудок. М.: Медицина, 1974. 191 с.
2. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Коныхов Г.В. Варианты тонкокишечной пластики при гастрэктомии по поводу рака [Электронный ресурс] // Дни Российского онкологического научного центра: материалы конф. 2006. URL: http://samaraonko.ru/files/conference_2006-1.htm.
3. Маркова Г.Ф. Клиника и лечение последствий полного удаления желудка. М.: Медицина, 1969. 160 с.
4. Hilarowitz H. Zum technik der totalen magenextirpation // Zbl. Chir. 1931. H. 58. S. 2613-2617.
5. Is jejunal pouch reconstruction usuful after total gastrectomy / R. Fukushima, T. Koide, H. Yamada et al. // International gastric cancer Congress. Tokyo, 2005. P. 119-122.
6. Meyer L., Meyer F., Ernst M., Gastinger East I. German study group for quality control in operative medicine and regional development in surgery. Insufficiency risk esophagojejunal anastomosis after total abdominal gastrectomy for gastric carcinoma // Langenbecks Arch. Surg. 2005. Vol. 390, № 6. P. 510-516.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 352.

УДК 616.33–089.87

С.В. ВОЛКОВ

ВЫБОР МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ

Ключевые слова: гастрэктомия, пищеводно-кишечный анастомоз, несостоятельность швов анастомоза, перитонит.

Проведен ретроспективный анализ непосредственных результатов 846 тотальных гастрэктомий по поводу рака желудка и других заболеваний этого органа. Несостоятельность пищеводно-кишечных анастомозов наблюдалась у 32 (3,78%) пациентов. Меньшая частота развития этого осложнения отмечена при формировании эзофагоэюноанастомоза ручным способом. Технические ошибки при формировании пищеводадного соустья отмечены в 46,9% случаев. Из 32 больных с несостоятельностью швов умерли 23 пациента. Причиной летального исхода явился гнойный перитонит.

S.V. VOLKOV

CHOOSING A TYPE OF RECONSTRUCTION AFTER TOTAL GASTRECTOMY

Key words: total gastrectomy, esophagojejunal anastomosis, leakage of anastomosis, peritonitis.

A retrospective analysis of the early results of 846 patients with cancer of stomach and other gastric pathologies after total gastrectomy was done. Leakage of esophagojejunal anastomosis occurred in 32 patients (3,78%). Hand sewn techniques were followed by lower rate of leakage. Technical problems in creation of esophagojejunal anastomosis were registered in 46,9%. Among 32 patients with anastomotic leak 23 died. The cause of death was purulent peritonitis.

В настоящее время гастрэктомия выполняется в среднем в 80% резектабельных раковых опухолей желудка. Количество выполняемых ежегодно в мире гастрэктомий исчисляется тысячами. Непосредственные результаты гастрэктомий в значительной степени зависят от выбора метода формирования пищеводно-кишечного анастомоза. До настоящего времени предложены многочисленные методы формирования данного анастомоза, однако ни один из них не гарантирует от развития такого опасного осложнения, как несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза. Проблема технического совершенствования гастрэктомии, особенно выбора оптимального варианта формирования пищеводно-кишечного анастомоза, была актуальной на протяжении всех десятилетий XX столетия и она остается таковой в первом и во втором десятилетии XXI столетия.

Благодаря широкому внедрению в 60-х гг. прошлого столетия в хирургическую практику сшивающих аппаратов для формирования пищеводно-кишечных анастомозов циркулярным танталовым швом (ПКС-25, СПТУ и их зарубежные аналоги – ЕЕА) удалось значительно снизить летальность после гастрэктомии за счет уменьшения частоты