

УДК 616.33-089

С.В. ВОЛКОВ

**ГАСТРЭКТОМИЯ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ:
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СТРУКТУРЕ
И ЧАСТОТЕ НЕКОТОРЫХ ОПАСНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

В настоящее время наиболее распространенными оперативными вмешательствами на желудке в повседневной практике хирургов продолжают оставаться резекция этого органа и гастрэктомия. Многие десятки тысяч производимых ежегодно только в нашей стране операций – достаточно яркое свидетельство достижений желудочной хирургии.

Последние два-три десятилетия XX столетия можно характеризовать прежде всего критическим подходом большинства хирургов к оценке непосредственных и отдаленных последствий резекции желудка. Справедливости ради следует отметить, что наметилась определенная неудовлетворенность хирургов функциональными результатами данного оперативного вмешательства. Что же касается последствий гастрэктомий, то многие вопросы, касающиеся данной проблемы, до сих пор остаются нерешенными. Достаточно сказать, что оценка непосредственных результатов гастрэктомий часто сводилась к тому или иному проценту несостоятельности швов пищевода-кишечного анастомоза и показателям летальности. По существу, до настоящего времени имеются лишь единичные сообщения о структуре послеоперационных осложнений после гастрэктомии [1-5].

С учетом актуальности данной проблемы для практического здравоохранения нами обобщены результаты тотальной гастрэктомии за период с 1972 по 2004 г. у 730 больных в возрасте от 21 г до 84 лет. Основную группу изучаемых нами больных (699 чел., 95,8%) составляли больные, страдающие раком желудка I-III ст. Из 730 больных, перенесших гастрэктомию, мужчин было 443 (60,7%), женщин – 287 (39,3%). Частота комбинированных гастрэктомий по поводу рака желудка составила в среднем 36,2%, а за период с 1996 по 2004 г частота данного объема операции возросла до 40,2%. Летальность после типовых гастрэктомий составила 5,25%, а после комбинированных гастрэктомий – 15,0%. Общая летальность составила 8,6%. В то же время общая летальность на 323 расширенные и комбинированные гастрэктомии, выполненные за последние годы (1996-2004 г.г.) по поводу рака желудка, составила 5,26% (умерли 17 чел). С учетом этих результатов считаем необходимым привести показатели послеоперационной летальности за 70-80-е годы и начала 90-х годов прошлого столетия. Так, за период с 1972 г. по 1985 г. на 277 тотальных гастрэктомий

послеоперационная летальность составила 13,4% (умерли 37 чел.), а за период 1972 г по 1993 г. на 407 гастрэктомий послеоперационная летальность составила в среднем 11,3% (умерли 46 чел.), т.е. за период с 1986 г. по 1993 г. послеоперационная летальность уменьшилась до 6,97%. Эти данные свидетельствуют, несомненно, о постепенном снижении общей летальности у больных, перенесших гастрэктомию, что обусловлено, на наш взгляд, многими факторами – улучшением техники оперативного вмешательства, ранней диагностикой послеоперационных осложнений (перитонит, образование интраабдоминальных абсцессов, острый панкреатит и др.), своевременным выполнением релапаротомий, использованием антибиотиков широкого спектра действия при развитии гнойно-септических осложнений и др.

Непосредственные результаты гастрэктомии зависят в значительной степени от выбора метода формирования пищеводно-кишечного анастомоза. Из 730 гастрэктомий у 245 больных (33,66%) пищеводно-кишечный анастомоз наложен с помощью сшивающих аппаратов ПКС-25 (47 чел., 6,44%) и СПТУ (198 чел., 27,12%), у 61 больного (8,36%) наложен эзофагодуденоанастомоз ручным способом, у 202 больных (27,67%) наложен пищеводно-кишечный анастомоз ручным методом и у 222 больных (30,41%) наложен пищеводно-кишечный анастомоз электрохирургическим методом по способу М.З.Сигала.

Одним из тяжелых и опасных осложнений гастрэктомии, обусловленных недостатками того или иного метода формирования пищеводно-кишечного соустья, является несостоятельность швов в области этого соустья. В частности, при использовании сшивающего аппарата ПКС-25 несостоятельность швов пищеводно-кишечного соустья нами наблюдалась в 10,6% случаев, при использовании сшивающего аппарата СПТУ – в 4,0%, при наложении прямого эзофагодуденоанастомоза ручным методом – в 3,28%, при наложении эзофагоеюноанастомоза ручным методом – в 2,48%, при формировании эзофагоеюноанастомоза электрохирургическим методом – в 4,05% случаев. Эти данные свидетельствуют о том, что несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза возникает практически при всех вариантах формирования пищеводно-кишечного соустья. Меньшая частота развития этого осложнения нами отмечена при использовании ручного шва – в 2,5% случаев.

От выбора метода формирования пищеводно-кишечного анастомоза зависит также развитие анастомозита, возникающего в большинстве случаев на 7-10 день (реже позднее) после операции. Согласно нашим данным, частота этого осложнения достигает 5,9% случаев.

Данные современной литературы, а также наши исследования свидетельствуют о том, что за последнее десятилетие наметилась тенденция к изменению структуры ранних послеоперационных осложнений у больных, перенесших гастрэктомию с расширенной лимфодиссекцией в объеме D2 или D3. В частности, наряду со снижением количества случаев несостоятельности швов пищеводно-кишечных соустьев заметно возросла частота плевро-легочных осложнений (более 11%), интраабдоминальных абсцессов (поддиафрагмального до 3,4%, подпеченочного – до 0,3%, парапанкреатического – до 0,9%, межкишечного – до 0,6%), послеоперационного панкреатита (до 2,8%), послеоперацион-

ного перитонита при герметичности швов пищеводно-кишечного соустья (до 7,12%), нагноения раны брюшной стенки (до 5,3%) и др.

Результаты наших исследований подтверждают данные некоторых авторов [2, 3] о значительном увеличении после стандартных и расширенно-комбинированных гастрэктомий количества гнойно-септических осложнений. Хотя структура послеоперационных осложнений после гастрэктомии за последние годы претерпела определенные изменения, многие из них продолжают оставаться опасными для жизни оперированного больного. Так, из 323 больных, перенесших гастрэктомию за последние 9 лет, 17 чел. (5,26%) умерли от различных по тяжести послеоперационных осложнений, нередко сочетанных осложнений и возникших на фоне сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ИБС и др.). Наши исследования показали, что в структуре причин летальности доминирующую роль играют гнойно-септические осложнения, среди которых особое место по-прежнему продолжает занимать распространенный гнойный перитонит и его осложнения. С учетом этих данных дальнейшие исследования по улучшению непосредственных результатов гастрэктомии в этом направлении оправданны и перспективны.

Литература

1. Березов Ю.Е., Варшавский Ю.В. Оперированный желудок. М.: Медицина, 1974. 192 с.
2. Давыдов М.И., Тер-Аванесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. 2000. Т.2, № 1. С. 4-10.
3. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Полоцкий Б.Е. Современная хирургия рака желудка: от D2 к D3 // IX Российский онкологический конгресс. Материалы конгресса. М., 2005, С. 41-43.
4. Маят В.С., Панцырев Ю.М., Квашинин Ю.К. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. М.: Медицина, 1975. 368 с.
5. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1987. 217 с.