

In experimental approbation of performing compression esophagointestinal anastomoses with ACA-2 apparatus (compression rings of lesser diameter—20 mm—were applied) in contrast to manual fashion of performing the anastomoses it was found that compression anastomoses healed with significantly less inflammatory reaction of tissues as compared to the manual way. In compression technique complete epithelization of the joint was achieved at days 14—21 following surgery. The technique of this surgery has been worked out under experimental conditions. After completion of the experiment apparatus ACA-2 was employed in the clinics of the All-Union Cancer Research Center of the USSR AMS for performing esophago—intestinal anastomoses following gastrectomies for gastric cancers. A total of 16 patients at the age of 29—67 years old have been operated. At the immediate postoperative period one patient died of insult on the 4-th day after the surgery. There were no complications for the part of anastomoses at the immediate postoperative period.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.3-006-089.86

А. А. Клименков, Ю. И. Патютко, А. Б. Итин, Г. И. Губина,
А. А. Баронин, В. П. Лау, В. В. Педченко

К ОБОСНОВАНИЮ МЕТОДИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ГАСТРЭКТОМИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

Наметившаяся в последние годы тенденция к снижению заболеваемости и смертности при раке желудка, имеющиеся достижения в диагностике «раннего» рака не привели пока в СССР к существенному уменьшению как числа больных раком желудка вообще, так и числа больных с распространенными стадиями опухолевого процесса (III—IV) в частности.

Несмотря на совершенствование лекарственной и лучевой терапии, ведущим в лечении данного заболевания остается хирургический метод. По мнению большинства клиницистов, основанному на изучении локализации и характера роста опухоли в сопоставлении с отдаленными результатами лечения, примерно 70 % больных раком желудка требуется проведение гастрэктомии [1, 3, 4].

Довольно высокая послеоперационная летальность, обусловленная в первую очередь несостоятельностью швов пищевода-кишечных анастомозов, с одной стороны, и большое число постгастрэктомических расстройств, развивающихся в отдаленные сроки после операции, — с другой, свидетельствуют о несомненной актуальности проблемы выбора метода восстановления непрерывности пищеварительной трубки после полного удаления желудка. При этом надо иметь в виду, что по мере улучшения ранней диагностики рака желудка будет возрастать количество излечившихся больных, когда обязательными критериями успешности лечения станут качество жизни оперированных, их социально-трудовая адаптация.

С целью выбора наиболее оптимального способа формирования пищевода-кишечного соустья нами проанализированы непосредственные и отдаленные функциональные результаты гастрэктомий, выполненных по поводу злокачественных опухо-

лей желудка в отделении абдоминальной онкологии ВОНЦ АМН СССР с 1981 по 1987 г.

Среди 580 оперированных мужчины составили 60,7 %, женщины — 39,3 %. 71,1 % составляли больные старше 50 лет. В 416 (71,7 %) случаях имелась III стадия заболевания.

Из чрезбрюшинного доступа оперировано 538 (92,75 %) больных, из торакоабдоминального — 42 (7,25 %). В 40,4 % случаев оперативное вмешательство было комбинированным.

За рассматриваемый период времени в клинике использовалось несколько вариантов формирования анастомозов.

В 1-ю группу мы объединили различные виды вертикальных анастомозов (62 больных), во 2-ю группу вошли 308 случаев формирования муфтообразного петлеконцевого анастомоза в оригинальной методике Г. В. Бондаря или же в модифицированном варианте [2]. У 66 пациентов (3-я группа) использовался гастропластический тип операции. У 14 больных (4-я группа) пищеводно-тонкокишечный анастомоз формировался при помощи аппарата КЦ. С 1989 г. в клинике разрабатывается аппаратный пищеводно-тонкокишечный анастомоз с использованием аппарата АКА-2. Всего выполнено 9 подобных операций (5-я группа). В 6-ю и 7-ю группы включен 121 больной, которому были сформированы пищеводно-дуоденальные анастомозы. У 71 больного (6-я группа) был сформирован прямой эзофагодуоденальный анастомоз (авторское свидетельство № 1362458 от 26 февраля 1986 г.), у 50 больных (7-я группа) операция была завершена формированием инвагинационного эзофагодуоденального анастомоза.

Следует отметить, что больные во всех группах были сопоставимы по полу, возрасту, распространенности опухолевого процесса, поскольку в указанный период нами не производился специальный отбор больных для применения различных вариантов анастомоза.

Одним из основных моментов, определяющих правомочность использования в клинической практике той или иной методики операции, являются непосредственные результаты.

Из 580 оперированных больных у 227 имели место различные послеоперационные осложнения, из них 45 (7,7 %) человек умерли.

В структуре послеоперационных осложнений наибольшее значение имеет частота несостоятельности швов анастомоза, как непосредственно связанная с особенностями техники и методики его формирования (табл. 1).

Как видно из табл. 1, в группе больных, которым формировался инвагинационный эзофагодуоденальный анастомоз с использованием аппарата АКА-2, вообще не наблюдалось несостоятельности швов анастомоза. Редко несостоятельность швов анастомоза наблюдалась при формировании эзофагодуоденальных и муфтообразных петлеконцевых анастомозов.

При создании муфтообразного петлеконцевого анастомоза несостоятельность швов развивалась в 3,5 % случаев, летальность при этом составила 0,97 %. Необходимо отметить, что особенности формирования пищевода-кишечного соустья при этом типе операции практически исключают возможность образования обширного дефекта при

Частота несостоятельности швов анастомоза и летальность при ней у больных после гастрэктомии

Тип анастомоза	Всего больных	Несостоятельность швов анастомоза		Летальность	
		абс.	%	абс.	%
Вертикальные пищеводно-тонкокишечные анастомозы	62	3	4,8	1	1,6
Муфтообразный петлестомочный пищеводно-тонкокишечный анастомоз	308	11	3,5	3	0,97
Аппаратный анастомоз:					
при помощи аппарата КЦ	14	1	7,1	1	7,1
при помощи аппарата АКА-2	9	—	—	—	—
Пищеводно-дуоденальный анастомоз	71	4	5,6	2	2,8
Пищеводно-дуоденальный инвагинационный анастомоз	50	—	—	—	—
Всего	580	24	4,1	12	2,05

несостоятельности швов анастомоза. Так, лишь в 1 из 11 случаев несостоятельности швов анастомоза размер дефекта превышал 1 см. Использование современных методов лечения (в том числе эндоскопической санации) при ограниченном дефекте в анастомозе позволяет добиться излечения в большинстве случаев.

При других типах анастомозов, особенно при гастропластическом типе операции, зона дефекта распространялась на область «резервуара» и, как правило, превышала 1 см. Это прямо сказалось на исходах лечения этого осложнения. Летальность в этой группе больных была наибольшей — 7,7 %.

С целью изучения функциональных результатов различных типов анастомоза при гастрэктомии проведено обследование больных в отдаленные сроки после операций. Одним из важных методов функциональной оценки различных типов анастомозов в отдаленные сроки после операции является рентгенологический.

При рентгенологическом исследовании больных с различными типами пищеводно-тонкокишечных анастомозов через год после операции у 40,5 % обследованных выявилось умеренное расширение анастомозированной петли кишки до брауновского анастомоза и некоторое замедление эвакуации бариевой взвеси из нее.

При гастропластических операциях практически у всех больных через год «резервуар» в 4—5 раз превышал ширину обычной кишки, нередко приобретал форму, напоминающую обычный желудок, отмечалось замедление эвакуации контраста из «резервуара», она была порционной. Контрастированная пища задерживалась в «резервуаре» до 1,5 ч и более.

После операций с формированием прямых эзофагодуоденальных анастомозов в большинстве случаев также наблюдалась порционная эвакуация контраста через анастомоз. Двенадцатиперстная кишка расширялась в 2—3 раза, начальный ее отдел приобретал колбовидную форму, в своде анастомоза образовывался газовый пузырь. Эвакуация контрастированной пищи из двенадцатиперстной кишки замедлялась до 2 ч.

Серьезным осложнением гастрэктомии является развитие рефлюкс-эзофагитов и рубцовых сужений суэтий в отдаленные сроки после операций, частота которых зависит от типа сформированного пищеводно-кишечного анастомоза (табл. 2).

Как видно из табл. 2, при сравнительном изучении частоты возникновения эзофагитов среди обследованных групп наблюдения число их после гастропластических операций значительно меньше, чем при других типах анастомозов. Наиболее часто рефлюкс-эзофагит наблюдался у больных с вертикальными пищеводно-тонкокишечными анастомозами и при формировании анастомоза с помощью аппарата КЦ.

Значительно реже после гастропластических операций развивается и рубцовое сужение анастомоза (3,1 %), а после инвагинационного эзофагодуоденального анастомоза вообще не наблюдалось ни одного случая развития рубцового сужения анастомоза. Что касается муфтообразного петлестомочного анастомоза, то эти осложнения при подобном типе операции выявлены в 16,7 и 13,3 % случаев, что значительно ниже, чем в группах больных с вертикальными пищеводно-тонкокишечными анастомозами и аппаратными анастомозами.

Одним из ведущих постгастрэктомических рас-

Таблица 2

Общая характеристика осложнений, выявленных в отдаленные сроки после операций

Тип анастомоза	Всего больных	Эзофагиты		Рубцовые сужения анастомоза	
		абс.	%	абс.	%
Вертикальные пищеводно-тонкокишечные анастомозы	26	13	50,0	5	19,1
Муфтообразный петлестомочный пищеводно-тонкокишечный анастомоз	90	15	16,7	12	13,3
«Резервуарный» пищеводно-тонкокишечный анастомоз	32	1	3,1	1	3,1
Аппаратный анастомоз:					
при помощи аппарата КЦ	5	4	80,0	3	60,0
при помощи аппарата АКА-2	—	—	—	—	—
Пищеводно-дуоденальный анастомоз	29	20	68,9	2	6,9
Пищеводно-дуоденальный инвагинационный анастомоз	26	6	16,6	0	0

стройств является демпинг-синдром, который может развиваться как в послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки.

Клиническая симптоматика демпинг-синдрома на основании жалоб выявлена у 71,6 % больных, которым операция заканчивалась формированием различных типов пищеводно-тонкокишечных анастомозов. Значительно реже эти расстройства наблюдались после гастропластических операций (11,1 %) и крайне редко (3,1 %) они выявлены после операций с формированием прямых пищеводно-дуоденальных анастомозов.

Таким образом, завершая анализ фактического материала, можно сказать, что в настоящее время как в плане непосредственных, так и отдаленных функциональных результатов ни один из существующих типов анастомозов не может считаться идеальным.

Наилучшие как непосредственные, так и отдаленные результаты получены при формировании инвагинационного эзофагодуоденального анастомоза. Однако этот тип анастомоза имеет свои противопоказания. Сама методика анастомоза не позволяет выполнить этот тип операции при вовлечении в опухолевый процесс пищевода, начального отдела двенадцатиперстной кишки и в основном может применяться при локализации опухоли в теле желудка, преимущественно при экзифитной форме роста.

Хорошие функциональные результаты дают гастропластические операции, но относительная сложность их выполнения с учетом непосредственных результатов (послеоперационная летальность 13,6 %) диктует необходимость отбора больных для подобных вмешательств с относительно ограниченным распространением опухолевого процесса, когда есть перспектива длительной жизни.

Перспективным, вероятно, является формирование пищеводно-тонкокишечного анастомоза с использованием аппарата АКА-2. Однако эта методика в настоящее время находится в стадии разработки, и малое количество операций пока не позволяет сделать конкретные выводы и тем более оценить отдаленные функциональные результаты этого типа анастомоза.

У больных с распространенным опухолевым процессом, когда нередко возникает необходимость выполнения комбинированных операций, у тяжелых больных с сопутствующими заболеваниями операцией выбора, на наш взгляд, в настоящее время является муфтообразный петлекопцевой анастомоз, дающий удовлетворительные как непосредственные, так и отдаленные результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г. В., Попович А. Ю., Звездин В. П. // Хирургия. — 1987. — № 9. — С. 74—77.
2. Клименков А. А., Бондарь Г. В., Звездин В. П. и др. // Там же. — 1989. — № 5. — С. 109—112.
3. Черный В. А., Щепотин И. Б. // Клин. хир. — 1987. — № 6. — С. 102—104.
4. Fegiz G., Tosato F., Gassese M. et al. // Minerva chir. — 1985. — Vol. 40. — P. 1205—1213.

Поступила 26.03.90

TO THE BASIS OF TECHNIQUES OF PERFORMING ESOPHAGOINTESTINAL ANASTOMOSIS IN GASTRECTOMIES FOR GASTRIC CANCER

A. A. Klimenkov, Yu. I. Patyutko, A. B. Itin, G. I. Gubina, A. A. Baronin, V. P. Lau, V. V. Pedchenko

Immediate and long-term results following 580 gastrectomies performed for gastric cancer with different types of esophagointestinal anastomoses are analyzed. The best results both immediate and long-term are obtained in performing intussusception esophagoduodenal anastomosis. However, this type of surgeries may be performed only under certain circumstances. Gastropasty yields fine functional results but high postoperative mortality necessitates patient selection for such interventions. In advanced tumor processes there is a frequent necessity for performing combined surgeries, at present in severe patients with concurrent diseases the surgery of choice is muffled loop-end anastomosis giving favourable both immediate and long-term functional results.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1991

УДК 616.33-006.6-089:616.441

А. И. Лактионова, Г. Г. Кныров, В. В. Фролов, В. Д. Макаренко, А. И. Раев, Ю. С. Осипов

ВЛИЯНИЕ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ФУНКЦИЮ СИСТЕМЫ ГИПОФИЗ — ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии, базовый санаторий «Дорохово», Железноводская клиника Пятигорского НИИ курортологии и физиотерапии

Действие гормонов щитовидной железы на организм человека многообразно и охватывает практически все стороны жизнедеятельности: реактивность нервной системы и поведение, основной обмен и активность сердечно-сосудистой системы. Поэтому интерес к исследованию гипотиреоидной системы при различных патологических нарушениях остается неизменным.

Сообщения о состоянии функции щитовидной железы у больных раком желудка неоднозначны. Одни авторы отмечают развитие гипотиреоза по мере прогрессирования злокачественного процесса [1, 2], другие считают, что щитовидная железа не испытывает существенных изменений [3, 4]. Сведения о состоянии гипотиреоидной системы после операции и восстановительного лечения истощенных больных раком желудка практически отсутствуют.

Целью данной работы было изучение тиреотропной активности гипофиза и гормонпродуцирующей функции щитовидной железы у оперированных больных раком желудка после восстановительного и санаторно-курортного лечения.

Материал и методика. Исследование секреции тиреотропина гипофиза и тироксина щитовидной железы проведено у 18 здоровых лиц и у 68 оперированных больных раком желудка, в послеоперационном периоде у которых развился демпинг-синдром. Все больные получили в стационаре курс восстановительного лечения, после чего одна группа больных (26 человек) была направлена в санаторий средней полосы «Дорохово» (Подмосковье), другая (23 человека) — в санаторий Железноводска (Северный Кавказ).

В комплекс восстановительного лечения входили: диетотерапия; заместительная терапия; витаминотерапия; вспомогательное парентеральное питание; психотерапия. Санаторно-курортное лечение включало последовательное проведение лечебных процедур, питания и отдыха, культурных развлечений, соблюдение распорядка дня.

Концентрацию гормонов определяли в плазме крови, взятой из локтевой вены натощак с помощью коммерческих наборов фирмы «Byk-Mallinckrodt»: RIA-mat TSH uRIA-mat T₄. Статистическую обработку материала проводили в соответствии с критериями Стьюдента — Фишера.