

УДК 616.33-089-87

С.В. ВОЛКОВ

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ
ЕЮНОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ
И ДЕМПИНГ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ФОРМИРОВАНИЯ
ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА**

Ключевые слова: тотальная гастрэктомия, пищеводно-кишечный анастомоз, еюноэзофагальная рефлюксная болезнь, демпинг-синдром.

Из 261 больного с постгастрэктомической патологией еюноэзофагальная рефлюксная болезнь установлена у 176 (62,2%) пациентов, демпинг-синдром – у 109 (41,8%). Эти патологические синдромы реже возникали после формирования пищеводно-кишечного анастомоза при гастрэктомии ручным методом. Демпинг-синдром сочетался с еюноэзофагальной рефлюксной болезнью. Оба патологических синдрома протекают параллельно, клинические проявления каждого из них периодически могут усиливаться или, наоборот, несколько ослабевать.

S.V. VOLKOV

**THE RATE OF JEJUNOESOPHAGEAL REFLUX DISEASE
AND DUMPING SYNDROME AFTER TOTAL GASTRECTOMY DEPENDING
ON THE TYPE OF JEJUNOESOPHAGEAL ANASTOMOSIS**

Key words: total gastrectomy, jejunoesophageal anastomosis, jejunoesophageal reflux disease, dumping syndrome.

Out of total 261 patients with postgastrectomy syndromes the jejunoesophageal reflux disease was revealed in 176 (62,2%) and dumping-syndrome in 109 (41,8%) patients. These both syndromes were less often after hand sutured jejunoesophageal anastomosis in total gastrectomy. Dumping syndrome was combined with jejunoesophageal reflux disease. Both syndromes occur in parallel, whereas clinical signs of each one can become more evident or ameliorate at times.

Тотальные гастрэктомии, выполненные различными методами (ручной или с использованием сшивающих аппаратов) нередко сопровождаются развитием, особенно на отдаленных сроках, различных по тяжести патологических синдромов. Это находит подтверждение в результатах наших исследований. За период с 1972 г. по 2005 г. под нашим наблюдением находилось 747 больных, подвергшихся тотальной гастрэктомии, из них клиническое и специальное обследование проведено у 283 (37,9%). Обследование больных включало в себя: 1) выявление жалоб больных после операции с тщательной детализацией клинических симптомов; 2) детальное изучение объема оперативного вмешательства и выбора варианта наложения пищеводно-кишечного соустья; 3) проведение общепринятых лабораторных методов исследования; 4) рентгенологическое обследование; 5) фиброэзофагоскопия и фиброэзофагоюноскопия с прицельной биопсией; 6) проведение проб с нагрузкой глюкозой, в том числе по методу Штаубе–Трауготта; 7) определение показателей электролитов в крови (K, Na, Cl, Ca) и др. Обследование проводилось в динамике на сроках от 2-4 недель до 10 лет после операции. Из 283 обследованных ведущие постгастрэктомические синдромы нами выявлены у 261 человека (92,2%). Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Как видно из табл. 1, основную группу больных с постгастрэктомическими синдромами составляли пациенты от 41 до 60 лет. Мужчин было 166 (63,6%), женщин – 95 (36,4%).

Частота развития еюноэзофагальной рефлюксной болезни, демпинг-синдрома и других основных патологических синдромов, возникающих после гастрэктомии, представлена в табл. 2.

Таблица 1

Распределение больных с постгастрэктомическими синдромами по возрасту и полу

Пол	Возраст в годах						Всего
	До 30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70	
Мужчины	1	13	56	51	38	7	166 (63,6%)
Женщины	7	10	19	28	26	5	95 (36,4%)
Всего	8	23	75	79	64	12	261 (100%)

Таблица 2

Частота развития еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, демпинг-синдрома и других постгастрэктомических синдромов

Патологические синдромы	Численность больных
Еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь	176 (62,2%)
легкой степени	51 (29,0%)
средней степени тяжести	102 (58,0%)
тяжелой степени	23 (13,0%)
Демпинг-синдром	109 (41,8%)
легкой степени	57 (52,3%)
средней степени тяжести	41 (37,6%)
тяжелой степени	11 (10,1%)
Рубцовый стеноз пищевода-кишечного анастомоза	9 (3,4%)
Рецидив рака в зоне пищевода-кишечного анастомоза	4 (1,5%)
Агастральная анемия	97 (36,4%)
Дефицит массы тела (истощение)	205 (78,6%)
Агастральная астения	45 (17,2%)

Примечание. Больной может иметь более одного синдрома.

Как видно из табл. 2, одним из наиболее частых и тяжелых осложнений типовой, стандартной и комбинированной гастрэктомии является еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь. Из 283 обследованных больных эта патология нами была выявлена у 176 человек (62,2%). Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 3.

Таблица 3

Распределение больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью по возрасту и полу

Пол	Возраст в годах						Всего
	До 30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70	
Мужчины	1	16	27	42	16	7	109 (61,9%)
Женщины	3	10	18	19	11	6	67 (38,1%)
Всего	4	26	45	61	27	13	176 (100%)

Как явствует из табл. 3, в большинстве случаев больные с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью были в возрасте от 41 до 60 лет. Мужчин было 109 (61,9%), женщин – 67 (38,1%).

Частота развития еюноэзофагеальной рефлюксной болезни в зависимости от способа формирования пищевода-кишечного анастомоза приведена в табл. 4.

По данным табл. 4, наиболее часто еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь возникает у больных, у которых гастрэктомия была выполнена с помощью швивающих аппаратов ПКС-25 и СПТУ. При применении аппарата ПКС-25 это осложнение наблюдалось в 74,1% случаев, при использовании СПТУ – 70,6% случаев. В то же время формирование пищевода анастомоза ручным методом (гастрэктомия с прямым эзофагодуденоанастомозом) снижает частоту развития этого осложнения до 12,5%. По сравнению с этим

методом после гастрэктомии с наложением эзофагоэюноанастомоза ручным методом частота эюноэзофагеальной рефлюксной болезни возростала почти в 4 раза, составляя в среднем 47,5%.

Таблица 4

Частота возникновения эюноэзофагеальной рефлюксной болезни в зависимости от способа формирования пищеводно-кишечного анастомоза

Способы наложения соустья	Количество гастрэктомий	Численность больных эзофагитом
Инструментальные гастрэктомии		
ПКС-25	27	20 (74,1%)
СПТУ	184	130 (70,6%)
Прямой эзофагодуоденоанастомоз (ручной метод)	56	7 (12,5%)
Эзофагоэюностомия (ручной метод)	40	19 (47,5%)
Всего	307	176 (57,3%)

Приведенные данные показывают, что при формировании пищеводного соустья с двенадцатиперстной или тощей кишкой ручным методом частоту развития эюноэзофагеальной рефлюксной болезни удается снизить до 27,1%. Следует учитывать, что эластичные, легко спадающиеся анастомозы, наложенные вручную, препятствуют возникновению регургитации и развитию эюноэзофагеальной рефлюксной болезни. Грубые, ригидные вследствие вторичного заживления и зияющие анастомозы после инструментальных гастрэктомий способствуют регургитации с последующим развитием эюноэзофагеальной рефлюксной болезни.

По данным [2], после гастрэктомии с формированием горизонтального или вертикального пищеводно-кишечного анастомоза по способу Шлоффера с помощью сшивающих аппаратов ПКС-25 М и СПТУ почти у всех больных (95,4%) возникает эзофагит, в том числе выраженный у 77,2%. После гастрэктомии с первичной эзофагоэюнодуоденопластикой по методу Е.И. Захарова частота эзофагита после гастрэктомии составляла 50%.

А.М. Корякин и М.А. Иванов, выполнив 16 гастрэктомий с наложением прямого пищеводнодуоденального анастомоза, ни в одном из наблюдений (максимальный срок после гастрэктомии – 1,5 года) не выявили клинических признаков рефлюкс-эзофагита [1].

Анализируя данные современной литературы, В.П. Петров и соавт. указывают, что после экстирпации желудка с формированием пищеводно-кишечного анастомоза по обычным методикам рефлюкс-эзофагит возникает у 2-100% больных [3].

В.В. Уткин и соавт. наблюдали при различных методах формирования пищеводно-кишечных анастомозов развитие рефлюкс-эзофагита в 24,6% случаев [4].

Ф. Tonelli и соавт. обнаружили эндоскопические и гистологические признаки эзофагита у 4 из 6 (66%) больных, перенесших гастрэктомию: из них у 1 из 3 (33%) больных была выполнена реконструктивная гастрэктомия с интерпозицией тонкой кишкой и у 3 из 3 (100%) больных после гастрэктомии по методу Ру [7].

Т.Р. Schrock и L.W. Way, проводя ретроспективный анализ результатов тотальной гастрэктомии, пришли к выводу, что формирование пищеводно-кишечного анастомоза по методу Ру снижает частоту «щелочного» рефлюксного эзофагита у больных до 2,4% [6]. На основе данных литературы Н.У. Уоо и соавт. указывают, что частота «щелочного» эзофагита при раз-

личных методах формирования пищеводно-кишечного анастомоза может колебаться от 25 до 100% [8].

Т. Yumiba и соавт. при эндоскопическом исследовании выявили эзофагит у 6 из 30 (20%) больных после тотальной гастрэктомии: из них у 2 из 8 (25%) больных после наложения пищеводно-кишечного анастомоза по методу Ру и у 4 из 22 (18%) больных после гастрэктомии с интерпозицией тонкой кишкой [9]. Авторы пришли к выводу, что существенной разницы в частоте развития эзофагита при этих двух вариантах гастрэктомии нет.

Приведенные выше данные отечественных и зарубежных авторов, а также наши исследования убеждают в том, что рефлюксная болезнь пищевода после гастрэктомии может возникать практически при всех основных вариантах формирования пищеводно-кишечных анастомозов. Частота развития этой патологии в значительной мере зависит от выбора соответствующего варианта формирования пищеводно-кишечного соустья. Согласно нашим данным, даже при использовании нескольких вариантов пищеводно-кишечных анастомозов (с помощью ручного или механического шва) удается снизить частоту еюноэзофагеальной рефлюксной болезни лишь до 57,3%.

Наши клинические исследования позволяют условно выделить три формы клинического течения еюноэзофагеальной рефлюксной болезни у больных после гастрэктомии: легкую, средней тяжести и тяжелую. Из 176 больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью легкая форма течения нами была отмечена у 51 (29,0%), средней тяжести – у 102 (58,0%) и тяжелая форма – у 23 (13,0%) больных.

Частота симптомов у больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью легкой степени следующая: регургитация встречается в 88,2% случаев; дисфагия – в 80,4%; изжога – в 76,5%; загрудинные боли – в 70,8%; иррадиация болей в межлопаточную область – в 39,2%.

Из 51 больного (29,0%), у которых были проявления еюноэзофагеальной рефлюксной болезни в легкой форме, соустье между пищеводом и начальным отделом тощей кишки накладывалось сшивающим аппаратом или же был наложен эзофагодуденоанастомоз или эзофагоеюноанастомоз ручным методом. У этой группы больных еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь в легкой форме в основном возникает спустя 1-3 месяца после гастрэктомии, т.е. на тех сроках, когда полностью завершается процесс рубцевания анастомоза и появляются условия для регургитации. Наибольшую группу среди больных с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью составляют пациенты с еюноэзофагитом средней тяжести – 102 больных (58,0%). В группе больных с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью средней тяжести симптомы заболевания более выражены, чем у больных с легкой формой. Изжога, дисфагия, регургитация наблюдаются у них значительно чаще. Так, регургитация встречается у 97,1%, дисфагия – у 100%, изжога – у 98,1%, боли за грудиной – у 87,2%, иррадиация болей в межлопаточную область – у 49% больных. Средняя степень еюноэзофагеальной рефлюксной болезни наблюдается в основном у больных, перенесших гастрэктомию с наложением эзофагоеюноанастомоза сшивающими аппаратами ПКС-25 и СПТУ.

Тяжелая форма еюноэзофагеальной рефлюксной болезни наблюдалась нами у 23 (13,0%) больных. Больные с тяжелой формой этой патологии неред-

ко психически подавлены, истощены, ослаблены. Все клинические симптомы ярко выражены. Частота симптомов у больных с тяжелой формой еюноэзофагеальной рефлюксной болезни следующая: регургитация возникает у 100% больных, дисфагия – у 100%, изжога – у 100%, рвота – у 91,3%, боли в эпигастрии – у 82,6%, боли за грудиной у 91,3%, иррадиация болей в межлопаточную область – у 52,2% больных.

Тяжелая форма еюноэзофагеальной рефлюксной болезни обычно отмечается у больных, перенесших гастрэктомию с наложением анастомозов сшивающими аппаратами ПКС-25 и СПТУ, причем чаще первым из них, что можно связать с тем, что аппарат ПКС-25 по своей конструкции является менее совершенным.

Как уже указывалось выше, в диагностике еюноэзофагеальной рефлюксной болезни у всех обследованных нами больных был использован метод фиброэзофагоеюноскопического исследования с помощью японского аппарата фирмы «Олимпус», модель GIF-P3. Благодаря фиброэзофагоеюноскопии удается в ряде случаев выявлять ту или иную форму еюноэзофагеальной рефлюксной болезни даже при несоответствии клинических данных и результатов рентгенологического исследования. Кроме того, значимость этого метода трудно переоценить в ранней диагностике еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, а также при проведении постоянного контроля за эффективностью проводимой терапии.

На основании результатов фиброэзофагоеюноскопического исследования представляется возможным условно выделить четыре патоморфологические формы еюноэзофагеальной рефлюксной болезни, возникающей у больных после гастрэктомии: 1) катаральную; 2) эрозивную; 3) язвенно-некротическую и 4) стенозирующую. Распределение больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью в зависимости от тяжести патоморфологических изменений в пищеводе приведено в табл. 5

Таблица 5

Распределение больных с еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью в зависимости от тяжести морфологических изменений в пищеводе и способу формирования анастомоза

Формы еюноэзофагеальной рефлюксной болезни	Численность больных		Способы формирования анастомоза	
	абс.	%	ручной шов	механический шов
Катаральная	90	51,1	19	71
Эрозивная	64	36,4	7	57
Язвенно-некротическая	15	8,5	-	15
Стенозирующая	7	4,0	-	7
Итого	176	100	26	150

Как видно из табл. 5, катаральная форма еюноэзофагеальной рефлюксной болезни наблюдалась у 90 (51,1%) больных, эрозивная – у 64 (36,4%), язвенно-некротическая у 15 (8,5%), стенозирующая – у 7 (4,0%). Эрозивная, язвенно-некротическая и стенозирующая формы еюноэзофагеальной рефлюксной болезни чаще отмечены у больных, у которых формирование пищеводно-кишечного анастомоза было произведено с помощью механического (танталового) шва сшивающими аппаратами ПКС-25 и СПТУ.

Катаральная форма еюноэзофагеальной рефлюксной болезни характеризуется наличием гиперемии, отека, набуханием слизистой пищевода, особенно в зоне, предлежащей к анастомозу. При эрозивной форме еюноэзофаге-

альной рефлюксной болезни отек и набухание слизистой оболочки пищевода выражены более резко, чем при катаральной форме, на гиперемированной слизистой оболочке располагаются поверхностные эрозии величиной до 3-4 мм, покрытые фибрином, слизистая пищевода при этом легко ранима и кровоточит при малейшем контакте с инструментом.

Характерными признаками язвенно-некротической формы еюноэзофагеальной рефлюксной болезни являются выраженные воспалительные изменения слизистой пищевода в нижней трети с переходом на среднюю треть: в области анастомоза имеются язвы с некротическим дном от 0,3 до 1 см в диаметре. Часто по краям этих язв наблюдаются разрастания грануляций. Язвы могут быть как одиночные, так и множественные.

Стенозирующая форма еюноэзофагеальной рефлюксной болезни у больных, перенесших гастрэктомию, встречается редко – в 4% случаев. Для стенозирующей формы еюноэзофагеальной рефлюксной болезни характерно наличие ригидного пищеводно-кишечного соустья, которое нередко деформировано и в той или иной степени сужено, сократительная или замыкательная функция его практически отсутствует.

Демпинг-синдром является, по-существу, вторым после еюноэзофагеальной рефлюксной болезни наиболее серьезным осложнением после гастрэктомии. После различных по тяжести операций на желудке демпинг-синдром встречается в 5-10% случаев. В современной литературе имеются лишь единичные указания о частоте развития демпинг-синдрома у больных, перенесших гастрэктомию. Так, J. Schölmerich на основании сводных материалов 9 авторов приводит данные, согласно которым частота этого осложнения колеблется от 7 до 46% [5].

Несмотря на многочисленные исследования, патогенез демпинг-синдрома у больных после гастрэктомии до настоящего времени изучен крайне недостаточно. Как показывает клиническая практика, это осложнение встречается у больных после гастрэктомии в виде раннего и позднего демпинг-синдрома. Ранний демпинг-синдром возникает сразу же или в течение первых 30 мин после приема пищи и проявляется тахикардией, диареей, отрыжкой, тошнотой. Гипогликемические проявления возникают при позднем демпинге через 90-180 мин после приема пищи. Ранний демпинг-синдром обусловлен быстрым поступлением гипертонических (гиперосмолярных) растворов в тонкую кишку и сопровождается уменьшением объема циркулирующей плазмы и увеличением секреции гормонов. Поздний демпинг возникает, вероятно, как следствие неадекватной, сильно выраженной реакции выброса инсулина в результате чрезмерной начальной нагрузки глюкозой с последующей конечной гипогликемической реакцией.

Демпинг-синдром нами был диагностирован у 109 (41,8%) больных, перенесших гастрэктомию. Основную группу больных с демпинг-синдромом составляли пациенты в возрасте от 41 до 60 лет. Мужчин было 73 (67%), женщин – 36 (33%).

Частота развития демпинг-синдрома в зависимости от вида пищеводно-кишечного анастомоза представлена в табл. 6.

Как видно из табл. 6, наиболее часто демпинг-синдром наблюдается у больных, у которых гастрэктомия была выполнена с помощью сшивающих аппаратов ПКС-25 и СПТУ. При применении ПКС-25 этот патологический синдром отме-

чен в 44,4% случаев, при использовании СПТУ – в 43,2%. При наложении эзофагоеюноанастомоза ручным методом демпинг-синдром наблюдался у 40% больных. Сравнительно редко в 5,3% случаев – демпинг-синдром наблюдался у больных, у которых гастрэктомия была завершена формированием пищеводно-дуоденального анастомоза. Эти данные показывают, что сохранение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке (по аналогии с резекцией желудка по Бильрот-I) при выполнении гастрэктомии способствует значительному уменьшению процента развития демпинг-синдрома.

Таблица 6

Частота возникновения демпинг-синдрома в зависимости от вида пищеводно-кишечного анастомоза

Способы наложения соустья	Количество гастрэктомий	Численность больных с демпинг-синдромом
Прямой эзофагодуоденоанастомоз (ручной метод)	57	3 (5,3%)
Эзофагоеюностомия сшивающими аппаратами:		
ПКС-25	27	12 (44,4%)
СПТУ	183	79 (43,2%)
Эзофагоеюностомия (ручной метод)	40	16 (40,0%)
Всего	307	109 (35,5%)

Демпинг-синдром, хотя и являлся ведущим клиническим синдромом у многих больных, часто сочетался с другими постгастрэктомическими синдромами. Клинические проявления демпинг-синдрома особенно выступали на первый план при тяжелой степени тяжести этого синдрома. Демпинг-синдром обычно сочетался с рефлюкс-эзофагитом и другими патологическими синдромами. Так, из 176 больных еюноэзофагеальной рефлюксной болезнью демпинг-синдром нами отмечен у 109 (61,9%), т.е. у всех больных демпинг-синдром сочетался с рефлюксной болезнью пищевода. Не удивительно поэтому, что у одного и того же больного обычно проявлялись эти два патологических синдрома одновременно, один из которых нередко был ведущим. Частое сочетание эзофагита с демпинг-синдромом дает основание рассматривать это с клинической точки зрения как комбинированную патологию, при которой симптомы еюноэзофагеальной рефлюксной болезни наслаиваются на симптомы демпинг-синдрома. Создается сложная, многосимптомная картина тяжелой патологии. В большинстве случаев у больных после гастрэктомии вначале возникает еюноэзофагеальная рефлюксная болезнь, а затем присоединяется демпинг-синдром, после чего эти патологические синдромы протекают параллельно, когда клинические проявления каждого из них периодически могут усиливаться или, наоборот, несколько ослабевать.

Литература

1. *Корякин А.М., Иванов М.А.* Возможность предупреждения рефлюкс-эзофагита при формировании прямого пищеводно-двенадцатиперстного анастомоза у больных после гастрэктомии // Актуальные вопросы торакальной хирургии: тез. науч. конф. М.; Краснодар, 1992. С. 46-47.
2. *Кузин Н.М., Шкроб О.С., Успенский Л.В. и др.* Выбор оптимального варианта реконструктивного этапа гастрэктомии // Хирургия имени Н.И. Пирогова. 1992. № 3. С. 40-43.
3. *Петров В.П., Рожков А.Г., Саввин Ю.Н.* Хирургическая профилактика и лечение рефлюкс-эзофагита // Актуальные вопросы торакальной хирургии: тез. науч. конф. М.; Краснодар, 1992. С. 60-61.
4. *Уткин В.В., Амбалов Г.А., Лебедев С.А.* Осложненный рефлюкс-эзофагит // Актуальные вопросы торакальной хирургии: тез. науч. конф. М.; Краснодар, 1992. С. 76-77.
5. *Schölmerich J.* Postgastroctomy syndromes – diagnosis and treatment // Res. Clin. Best Pract. Gastroenterol. 2004. Vol. 18, № 5. P. 917-933.

6. Schrock T.R., Way L.W. Total gastrectomy // Am. J. Surg. 1978. Vol. 135. P. 348-355.
7. Tonelli F., Corazziari E., Spinelli F. Evaluation of alkaline reflux oesophagitis after total gastrectomy in Henley and Rouxen-Y reconstructive procedures // World J. Surg. 1978. Vol. 2, № 2. P. 233-236.
8. Yoo H.Y., Venbrux A., Heitmiller R., Ravich W.J., Lee L.A. Control of alkaline reflux esophagitis after total gastrectomy by a percutaneous jejunostomy tube // J. Clin. Gastroenterol. 2002. Vol. 35, № 1. P. 46-49.
9. Yumiba T., Kawahara H., Nishikawa K., Inoue Y., Ito T., Matsuda H. Impact of esophageal bile exposure on the genesis of reflux esophagitis in the absence of gastric acid after total gastrectomy // Amer. J. Gastroenterology. 2002. Vol. 97, № 7. P. 1647-1652.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 304.

УДК 616.33-089-87

С.В. ВОЛКОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, комбинированная гастрэктомия, спленэктомия, резекция поджелудочной железы, резекция пищевода, лимфодиссекция.

Изучены непосредственные результаты тотальных гастрэктомий у 747 больных, из них у 257 (34,4%) пациентов были произведены комбинированные гастрэктомии. Из 747 больных у 716 гастрэктомия произведена по поводу рака желудка. В группе стандартных гастрэктомий летальность составила 5,1%, в группе комбинированных гастрэктомий – 14,8%. Частота гнойно-септических осложнений после гастрэктомии превышает 30%. Сохраняется тенденция к увеличению количества плевральных осложнений.

S.V. VOLKOV

RESULTS OF COMBINED GASTRECTOMY

Key words: cancer of stomach, gastrectomy, combined gastrectomy, splenectomy, pancreatic resection, resection of esophagus, lymphdissection.

The short term outcomes of total gastrectomies in 747 patients were studied, of those, in 257 patients (34,4%) combined total gastrectomies were performed. In 716 cases total gastrectomy was done due to cancer of the stomach. The mortality rate in the group of standard gastrectomy was 5,1%, in the group of combined gastrectomy it approached 14,8%. The overall rate of septic complications after total gastrectomy was exceeding 30%. The trend towards increasing number of respiratory complications was observed.

Тотальная гастрэктомия получает все более широкое применение при лечении рака желудка и некоторых других заболеваний этого органа (тотальный полипоз желудка с малигнизацией, гигантские язвы вследствие синдрома Золлингера–Эллисона, некроз желудка вследствие ущемленной диафрагмальной грыжи и др.). Рак желудка характеризуется прогрессирующим метастазированием по лимфатическим путям в регионарные лимфоузлы, непосредственным распространением опухолевого процесса на соседние органы и такни, что требует расширения объема оперативного вмешательства.

В настоящее время уже не вызывает сомнений, что при наличии удаленных метастазов рака и прорастании опухоли в печень, поджелудочную железу, поперечную ободочную кишку и другие органы и ткани необходимо производить комбинированные вмешательства. Клинические наблюдения показывают, что подобные вмешательства дают вполне удовлетворительные ближайшие результаты. Отдаленные результаты после этих вмешательств мало отличаются от таковых после обычных радикальных операций по поводу рака желудка. Комбинированная гастрэктомия увеличивает резектабельность при раке желудка и в настоящее время занимает ведущее место среди радикальных вмешательств при обширных раковых поражениях желудка с распространением на соседние органы.