

## ПРОФИЛАКТИКА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ШВОВ ПИЩЕВОДНОГО СОУСТЬЯ В ХИРУРГИИ РАКА ПИЩЕВОДА

В работе дан анализ непосредственных результатов хирургического лечения 236 больных раком пищевода. Изучена частота и летальность в зависимости от объема операции и способа наложения анастомоза. Позволило резко снизить число осложнений и летальность от этого осложнения.

**Ключевые слова:** рака пищевода, гастрэктомия, операции типа Льюиса и Гарлока, субтотальной, резекции пищевода, двухрядный анастомоз, аденокарцинома, недостаточность швов

Введение. Среди методов хирургического лечения рака пищевода до сих пор основными являются гастрэктомия и операции типа Льюиса и Гарлока. С целью восстановления непрерывности пищеварительного тракта после субтотальной резекции пищевода.

Гастрэктомии и проксимальной резекции пищевода прибегают к формированию пищеводно-кишечного либо пищеводно-желудочного соустьев, которые могут сопровождаться осложнениями в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Важнейшей причиной летальности в после операционном периоде при хирургическом лечении рака пищевода остается несостоятельность швов пищеводного соустья. Несостоятельность пищеводных соединений является причиной смерти 50% пациентов [1, 2]. По данным литературы на современном этапе развития хирургии наибольшее распространение получили три разновидности формирования пищеводного соустья: механические, инвагинационные и муфтообразные анастомозы.

В онкологическом диспансере были использованы все перечисленные выше способы формирования их соустьев, кроме механических.

Анализ частоты и профилактики недостаточности швов пищеводных соустьев в зависимости от объема операции и способа формирования анастомоза явился предметом настоящей публикации.

Материал и методы исследований. В областном онкологическом диспансере выполнено (236) радикальных операций по поводу рака пищевода за период с 2008 по март 2013 г. Возраст больных колебался от 26 до 84 лет. Рак проксимального отдела пищевода был у 112 (47,6%), тела желудка - 85 (36%), тотальное поражение - 39 (16,5%). У 52 (22%) больных был отмечен переход опухоли на пищевод, что явилось показанием к чрезплевральной операции. Проксимальных резекций желудка выполнено - 31 (13,2%) и гастрэктомии - 205 (86,8%). Применяли три способа формирования пищеводного соустья: двухрядный анастомоз Юдина-Сапожкова - 34 (14,4%), муфтообразный Гиляровича - 60 (25,4%), погружной Бондаря - 108 (45,8%), усовершенствованный погружной - 34 (14,4%).

По степени распространенности процесса больные распределились следующим образом: I стадия - 1 (0,4%), II - 7 (2,9%), III - 223 (94,5%), IVa - 5 (2,2%), т.е. среди оперированных преобладали пациенты с распространенной формой опухоли, III-IVa стадий.

По морфологической структуре опухоли представляли собой: дифференцированная аденокарцинома - 12,3% (29), малодифференцированная аденокарцинома - 16,1% (29), низкодифференцированные опухоли - 35,2% (83), недифференцированные опухоли - 30,9% (73), плоскоклеточный рак - 5,5% (13). По гистотипу опухоли преобладали аденокарциномы - 63,6% (150) и недифференцированные опухоли - 30,9%.

Результаты исследований. Послеоперационные осложнения 236 операций составили 14,8% (35), с госпитальной летальностью 5,1% (12). Частота осложнений (таблица 1) показала, что чаще послеоперационные осложнения наблюдались после проксимальной резекции желудка - 35,5% (11 осложнений на 31 операцию), тогда как после гастрэктомии - 11,7% (24 осложнения на 205 операций). Послеоперационная летальность также оказалась выше после проксимальной резекции желудка - 9,7%, чем после гастрэктомии - 4,4%. Основной причиной летальности, независимо от объема операции, является недостаточность швов пищеводного соустья, что явилось непосредственной причиной смерти в 25,7% (9 недостаточностей швов среди 35 осложнений) случаев.

Таблица 1 - Частота послеоперационных осложнений и летальность в зависимости от объема операции

Объем операций	2009	2010	2011	2012	март 2013
Типа Льюиса	9	1	6	14	15
Гарлока	1	1	1	1	1
Летальность, абс.число/%	2			2	4
Итого	10	2	7	15	16

Одной из причин развития недостаточности швов пищеводного соустья является не адекватный выбор формирования пищеводного соустья. Нами изучена частота недостаточности швов пищеводного соустья в зависимости от способа наложения анастомоза. Наиболее нерациональными способами формирования пищеводного соустья оказались - двухрядный Юдина-Сапожкова и муфтообразный Гиляровича, при которых недостаточность швов пищеводного соустья среди всех осложнений составила 54,5% и 26,6% соответственно.

Летальность от этого осложнения вышеназванных анастомозов соответственно составила - 14,7% и 6,7%. Наиболее оптимальным способом формирования пищеводного соустья является погружной анастомоз. При погружном способе анастомозирования недостаточность швов была отмечена в 1 (16,6%) случае без летального исхода. При наличии развившейся картины недостаточности швов пищеводного соустья больным была проведена релапаротомия, санация брюшной полости с наложением временной еюностомы. При стабилизации общего состояния больных и разрешения воспалительных явлений в брюшной полости еюностома устранялась. С целью профилактики недостаточности швов пищеводного соустья при погружном анастомозе по Бондарю нами проведено усовершенствование его, что отразилось на результатах лечения. На 34 операции с усовершенствованным погружным анастомозом не наблюдалось ни одного случая недостаточности.

Обсуждение. Таким образом, наиболее адекватным способом формирования пищеводного соустья является погружной анастомоз, в нашей модификации, при котором не наблюдается увеличения числа послеоперационных осложнений.

Основной из причин развития недостаточности пищеводного соустья является неадекватный выбор формирования пищеводно-кишечного или пищеводно-желудочного анастомоза.

Наиболее оптимальным вариантом восстановления непрерывности пищеварительного тракта является погружной анастомоз, который обладает высокой надежностью и адаптацией анастомозируемых тканей.

Therefore, the most appropriate method of forming an esophageal anastomosis is an anastomosis submerged in our modification, in which no increase in the number of postoperative complications.

The main reason for the development of esophageal fistula failure is inadequate choice of formation of esophageal-intestinal or esophageal-gastric bypass.

The best option for restoring the continuity of the digestive tract is a submersible anastomosis, which has a high reliability and adaptation anastomoziruemyh tissues.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистические данные областного онкологического диспансера г. Уральск
- 2 Давыдов М.И., Германов А.Б., Лагошный А.Т. и др. Основные пути улучшения результатов хирургического лечения рака желудка // Вопр. онкологии, 1998. - Т. 44, №5. - С. 499-503.
- 3 Климеенков А.А., Губина Г.И., Неред С.Н. и др. Погружные пищеводно-кишечные анастомозы в хирургическом лечении рака желудка // Вопр. онкологии. - 1998. - Т.44, №5.- С. 576-579.
- 4 Давыдов М.И., Стимач И.С. Рак пищевода, 2007. - С. 216-220.
- 5 Чернявский А.А., Лавров Н.А., Палагин С.Е. и др. Сравнительная оценка некоторых способов формирования пищеводно-кишечных анастомозов и реконструкции пищеварительного тракта после чрезбрюшинной гастрэктомии // Анналы хирургии. -2002.-№ 5.-С. 29-35.

#### ӨҢЕШ ІСІГІНДЕГІ АНАСТОМОЗ ТІГІСІНІҢ ЖЕТКІЛІКСІЗДІГІНІҢ АЛДЫН АЛУ

**Түйін:** Жұмыста асқазан катерлі ісіктерімен ауыратын 236 науқасты емдеудің тікелей нәтижелері талданған. Қосылымдарды қою тәсілдері мен операция көлеміне байланысты өлім-жітім және оның жиілігі зерттелді. Авторлар өңеш сағалары қосылымдары жеткіліксіздігі профилактикасы жоспары бойынша батыңқы қосылымдарды жетілдірген, ол асқынулар және өлім-жітім жиілігін әжептәуір төмендетті.

#### FAILURE PREVENTION OF ESOPHAGEAL ANASTOMOSIS SUTURES IN SURGERY FOR ESOPHAGEAL CANCER

**Resume:** The results of surgical treatment of 236 diseased patients with cancer of stomach was analyzed in the research work. The rate and mortality from dependence of operation volume and way anastomosis was studied. Has sharply reduced the number of complications and mortality from this complication

**Keywords:** cancer of the esophagus, gastrectomy, operations such as the Lewis and Garlock, subtotal resection of the esophagus, row anastomosis, adenocarcinoma, failure seams.