

УДК 616.329/.34-089.86-084

© В. В. БОЙКО, Ю. В. ИВАНОВА, Е. В. МУШЕНКО, С. А. САВВИ

ГУ "Институт общей и неотложной хирургии НАМНУ", Харьков

Способ профилактики несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов

V. V. BOYKO, YU. V. IVANOVA, E. V. MUSHENKO, S. A. SAVVI

SI "Institute of General and Emergency Surgery of NAM SU", Kharkiv

METHOD OF PROPHYLAXIS OF ESOPHAGO-INTESTINAL ANASTOMOSIS' INCOMPETENCE

Несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка, проблема осложненных форм заболевания остается одной из наиболее сложных и актуальных [1, 2]. До 60–80 % больных поступает на лечение с запущенными формами заболевания и наличием тяжелых осложнений. В ряде случаев приходится выполнять вынужденную гастрэктомию у больных с перитонитом, развивающимся на фоне перфораций опухолей желудка, а также на высоте профузного желудочного кровотечения, что встречается более чем у 14 % больных раком желудка [3, 4]. Несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии развивается у 5,9 – 12 % пациентов и сопровождается высокой летальностью, которая приближается к 100 % [5].

Целью данного исследования является изучение результатов хирургического лечения больных с осложненным раком желудка, у которых применялся новый способ профилактики несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов.

С 2012 года в клинике института применяется способ хирургического лечения рака желудка у пациентов, которым в urgentном порядке на фоне профузного кровотечения или перитонита выполняется вынужденная гастрэктомию. Методика оперативного лечения заключается в следующем (рис. 1).

После выполнения лапаротомии выполняют мобилизацию желудка и гастрэктомию. Особенностью разработанного способа является то, что заглушка между эзофагоеюно- и брауновским соустьем не накладывается, а приводящая петля пересекается и дистальная ее часть ушивается наглухо. Трансназально в отводящую петлю заводят зонд №12 для декомпрессии зоны соустья. Дистальная культя приводящей петли используется для укрепления линии швов. Проксимальный отдел приводящей петли используется для формирования губовидной или трубчатой еюностомы,

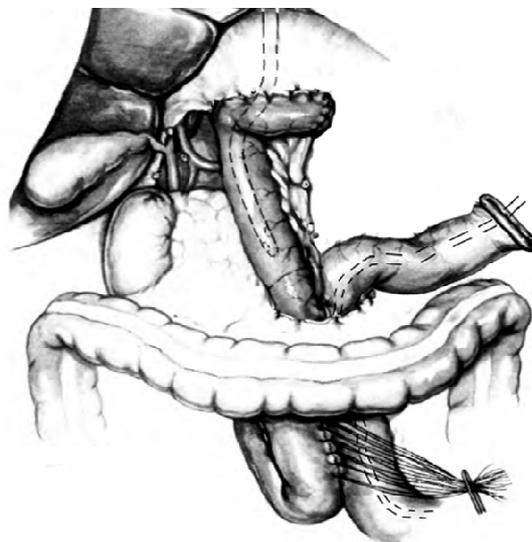


Рис. 1. Способ профилактики несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза.

через которую осуществляют интубацию тонкой кишки (в случае перитонита), при этом зонд проводят через брауновское соустье. Выполнение данного способа операции позволяет «разгрузить» пищеводно-кишечное соустье, интубационный зонд используется как для декомпрессии, так и для проведения в послеоперационном периоде зондового питания, при этом снижается риск развития бронхолегочных осложнений.

Разработанная хирургическая тактика применена у 14 пациентов с осложненным раком желудка, которым выполняли вынужденные гастрэктомию с высоким риском развития несостоятельности анастомозов. Бронхолегочных осложнений и случаев несостоятельности швов анастомозов у оперированных пациентов не отмечено. Осложненное течение послеоперационного периода было у 5 больных, среди них в 1 случае отмечена динами-

ПОВІДОМЛЕННЯ

ческая кишечная непроходимость, которая устранена с помощью консервативных мероприятий, у 2 пациентов течение послеоперационного периода осложнилось развитием нагноения ран. Умерли 2 больных, в одном случае причиной смерти была острая легочно-сердечная недостаточность и в одном – тромбоэмболия легочной артерии. Выжившим больным, которым накладывалась губовид-

ная еюностома, в разные сроки выполнено внебрюшинное закрытие свищей.

Таким образом, формирование разгрузочной еюностомы при вынужденной гастрэктомии показано в ургентной хирургии при высоком риске несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов и способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений и снижению уровня летальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия / С. А. Гешелин – К. : Здоров'я, 1988. – 200 с.
2. Юлдошев Р. З. Интраоперационные и ближайшие послеоперационные осложнения у больных после гастрэктомии : материалы I конгресса онкологов Республики Узбекистан. – Ташкент, 2005. – С. 343.
3. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С. А. Поликарпов, А. Н. Лисицкий, Н. Н. Иров [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 7.

– С. 24–28.

4. Фомін П. Д. Хірургічні аспекти кардіоезофагеального раку, що ускладнився гострою кровотечею / П. Д. Фомін, П. В. Іванов, О. В. Заславський // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1 (36). – С. 303–305.

5. Давыдов М. И. Рак желудка: что определяет стандарты лечения / М. И. Давыдов, М. Д. Тер-Ованесов, А. Н. Абдихакимов // Практическая онкология. – 2001. – №3 (7). – С. 18–24.

Получено 13.03.13