

ОПЫТ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ ПИЩЕВОДНЫМ СТЕНТОМ ELLA

УДК 616.329/34—089.86—08—089.87

Поступила 02.06.2010 г.



В.В. Слугарев, к.м.н., зав. 2-м онкологическим отделением¹;
С.В. Гамаюнов, к.м.н., врач-онколог 2-го онкологического отделения¹;
А.Н. Денисенко, к.м.н., главный врач¹;
И.Г. Терентьев, д.м.н., профессор, зав. кафедрой онкологии ФПКВ, проректор по научной работе²;
С.Р. Пахомов, к.м.н., врач-радиолог¹;
М.Н. Кузин, врач эндоскопического отделения¹

¹Нижегородский областной онкологический диспансер, Н. Новгород;

²Нижегородская государственная медицинская академия, Н. Новгород

Недостаточность пищеводно-кишечного анастомоза остается одним из самых серьезных осложнений гастрэктомии с высокими показателями летальности. Стандартные методики коррекции этого осложнения имеют ряд недостатков. Авторами описан опыт успешного лечения недостаточности пищеводно-кишечного анастомоза с использованием пищеводного стента ELLA.

Ключевые слова: недостаточность пищеводно-кишечного анастомоза, стент ELLA, онкология, рак желудка.

English

Experience of the esophagoenterostomy insufficiency successful treatment after a gastrectomy with the ELLA esophageal stent

V.V. Slugaryov, c.m.s., head of the 2nd oncologic department¹;
S.V. Gamayunov, c.m.s., oncologist of the 2nd oncologic department¹;
A.N. Denisenko, c.m.s., head physician¹;
I.G. Terentiev, M.D., professor, head of the PhQIF oncology chair, vice-rector on a scientific work²;
S.R. Pakhomov, c.m.s., radiologist¹;
M.N. Kuzin, physician of endoscopic department¹

¹Nizhny Novgorod regional oncologic dispensary, N. Novgorod;

²Nizhny Novgorod state medical academy, N. Novgorod

The esophagoenterostomy insufficiency is still one of the most serious complications of a gastrectomy with the lethality high values. The standard methods of that complication correction have several demerits. The authors have described an experience of the esophagoenterostomy insufficiency successful treatment with a use of the ELLA esophageal stent.

Key words: the esophagoenterostomy insufficiency, ELLA stent, oncology, stomach cancer.

Для контактов: Гамаюнов Сергей Викторович, тел. моб. +7 905-667-41-76; e-mail: Gamajnovs@mail.ru.

Недостаточность пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) остается одним из самых серьезных осложнений гастрэктомии. Частота встречаемости этого осложнения даже в лучших клиниках России, Европы и мира колеблется от 1,5 до 10%, в среднем 7—8% [1—4], смертность — от 10 до 100%, в среднем 45% [1, 2, 5, 6]. Частота несостоятельности ПКА в зависимости от вида анастомоза составляет 0,2—7,7% с уровнем летальности до 71% [7].

Благодаря внедрению техники погружных кулисных анастомозов, разработанной в РОНЦ им. Н.Н. Блохина [8—10], несостоятельность пищеводно-кишечного соустья в нашей практике стала встречаться в единичных случаях: за последние четыре года было 4 наблюдения на 218 гастрэктомий (1,8%) с летальностью 50%.

Следует выделять следующие группы неблагоприятных факторов, повышающих риск несостоятельности ПКА [1, 5—7]:

факторы, связанные с особенностью опухоли, — проксимальное расположение опухоли, распространенность опухолевого процесса;

факторы, связанные с особенностью операции, — выполнение спленэктомии, технические сложности операции, длительность операции более 5 ч, объем лимфодиссекции, выполнение множественной резекции органов, наличие натяжения отводящей петли, адекватность кровоснабжения анастомозируемых отделов, наличие роста опухоли в границах резекции;

факторы, связанные с состоянием пациента, — сопутствующая хроническая патология, анемия, белковая недостаточность;

факторы, связанные с оперирующим хирургом, — опыт, количество операций в учреждении, вид анастомоза.

Основными направлениями коррекции возникшего осложнения являются: создание адекватного дренирования зоны недостаточности, максимальная герметизация анастомоза, организация адекватного энтерального питания, антибактериальная терапия и интенсивная инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитного, белкового и энергетического баланса. В связи с воспалительными изменениями тканей ушивание дефекта анастомоза, как правило, затруднительно. Наиболее распространенная тактика в этом случае — создание свищевого хода с целью адекватного дренирования зоны анастомоза с установкой дренажно-поролоновой системы для активной аспирации или мазевых тампонов и установка питательного зонда за анастомоз с целью энтерального питания. Однако у этого метода имеются и недостатки: ограниченность в выборе адекватного зондового питания, негативное влияние зонда на функцию дыхания, негативное воздействие зонда на рецепторные центры носоглотки, отсутствие надежной герметизации зоны анастомоза с задержкой заживления свищевого хода из-за попадания слюны и содержимого пищевода, негативное отношение пациента к длительной установке зонда, ограничение физической активности пациента.

В последнее время в онкологическую практику широко внедряются методики стентирования полых органов саморасправляющимися герметичными нитиноловыми стентами. Основными достоинствами использования подобных стентов считаются восстановление проходимости полых органов, obturированных опухолью, и герметизация межорганных свищей опухолевой этиологии [11]. Сообщения о возможности использования стентов при коррекции недостаточности анастомозов встречаются в единичных случаях, в связи с чем считаем целесообразным поделиться нашим опытом успешного лечения недостаточности ПКА после гастрэктомии с использованием стента ELLA.

Пациентка Ш., 54 года, поступила в стационар НООД 13.10.2008 г. с диагнозом «субтотальный рак тела желудка T₃N₀M₀ II стадии, анемия I степени». Наблюдалась по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

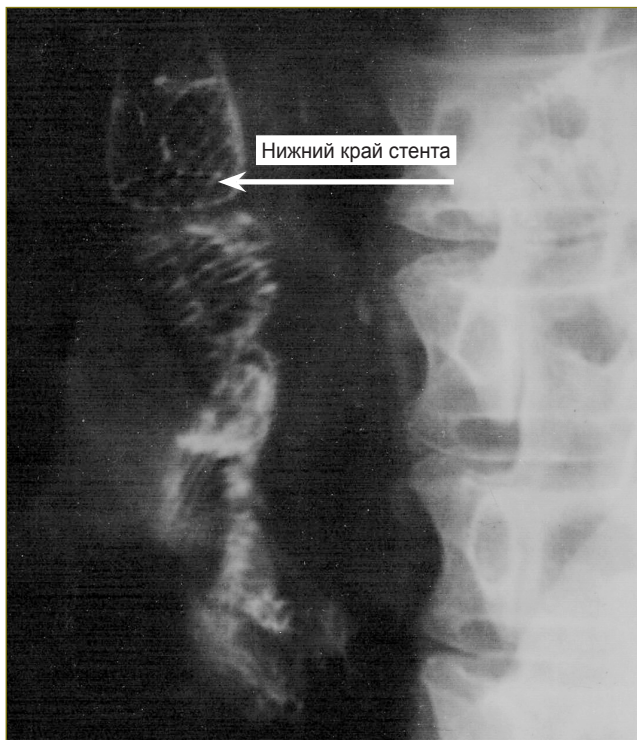
ФГДС в НООД от 11.09: желудок от привратника субтотально деформирован за счет экзофитной опухоли. Гистология с иммуногистохимическим исследованием: низкодифференцированная слизеобразующая аденокарцинома. Рентгеноскопия органов грудной клетки, пищевода и желудка: органы грудной клетки — без патологии, отмечается ригидность стенок желудка по малой кривизне от средней трети до выходного отдела, деформирована луковица двенадцатиперстной кишки, эвакуация не нарушена. УЗИ органов малого таза и брюшной полости: фиброма матки небольших размеров. Осмотр гинеколога 13.10 — без патологии. Анализ крови: анемия I степени, остальные показатели — без особенностей.

23.10 выполнена расширенная комбинированная гастропленэктомия с лимфаденэктомией D2, наложен впередибодочный ПКА по Ру—Льюису—Давыдову. Операция протекала без особенностей, продолжительность — 4 ч 20 мин. Гистология: умереннодифференцированная аденокарцинома с ростом через все слои, в границах резекции роста нет. Исследовано 27 лимфатических узлов из коллекторов 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8а, 8р, 9, 10, 11р — метастазов нет. Цитология предоперационного лаважа брюшной полости, послеоперационного лаважа брюшной полости, мазка-отпечатка с увеличенного лимфатического узла 7-го коллектора — данных о наличии рака нет.

На 3-и сутки начато зондовое энтеральное питание. На 4-е сутки зонд удален в связи с obturацией. Назначено питание смесью «Нутризон». В течение суток отмечены увеличение количества мутного отделяемого по улавливающему дренажу, положительная проба с метиленовым синим, клиника недостаточности ПКА.

27.10 выполнена релапаротомия, проведены санация брюшной полости и ревизия зоны анастомоза. Выявлен точечный дефект. Установлены дренажно-поролоновая система к ПКА, тампон по левому боковому каналу в левое подреберье, питательный зонд за брауновское соустье.

28.10 установлен аортальный катетер, проводилась интенсивная внутриаортальная инфузионная, антибактериальная, антисекреторная терапия на протяжении 21 дня. Антибактериальная и противогрибковая терапия вы-



Стент на уровне ПКА. Контраст в отводящей петле

полнялась с учетом результатов посева раневого отделяемого (*Ps. aeruginosa*, *St. saprophyticus*, *Candida alb.*) препаратами двух линий (тиенам с последующим переходом на ванкомицин и сульцеф). Больная получала зондовое питание до 1800 мл в сутки. В связи с гипопроотеинемией проводились трансфузии альбумина, с целью коррекции газотранспортной функции крови — трансфузия отмытых эритроцитов. Вводился антистафилококковый иммуноглобулин по схеме.

Контрольная ФГДС от 26.11: сохраняется недостаточность ПКА с отрицательной динамикой и увеличением дефекта до 1/4 окружности. В связи с этим с 27.11 установлен пищеводный стент ELLA (model 09, 25/20/25-110). Контрольная ФГДС и рентгеноскопия: стент — на уровне ПКА, контраст полностью эвакуируется в отводящую петлю кишки (см. рисунок). Назначено энтеральное питание модифицированным белком «Трубочный стол» (с повышенным содержанием белка и повышенной калорийностью). Продолжены ежедневные перевязки свищевого канала с антибактериальными мазями. Состояние пациентки стабилизировалось, 09.12 она была выписана для продолжения перевязок в ЦРБ по месту жительства.

В течение 2 мес свищевой ход зажил вторичным натяжением. Отмечалась стабилизация массы тела. 20.03.2009 г. выполнено эндоскопическое удаление стента. Послеоперационный период протекал гладко.

Последний осмотр пациентки осуществлен 14.04.2010 г. (18 мес после операции). Самочувствие женщины было удовлетворительным, она социально адаптирована. Отмечена прибавка массы тела на 7 кг. При контрольной рентгеноскопии органов грудной клетки, пищевода и ПКА, эндоскопическом обследовании, УЗИ органов брюшной полости, малого таза и ПКА данных о прогрессировании

заболевания не выявлено. Рекомендовано продолжить динамическое наблюдение.

Таким образом, использование методики саморасправляющихся нитиноловых стентов в комплексной коррекции недостаточности пищеводно-кишечного анастомоза считаем эффективным. Стент обеспечивает хорошую проходимость зоны анастомоза, что позволяет сразу начать адекватное энтеральное питание — с достаточным поступлением белка и калорий и адаптированное по вкусовым пристрастиям пациента. Отсутствие негативного влияния зонда на функцию верхних дыхательных путей и рецепторные центры носоглотки, а также отсутствие ограничений физической активности способствуют благоприятному восприятию стентирования пациентом и ранней функциональной адаптации. Надежная герметизация зоны анастомоза обеспечивает оптимальные условия заживления свищевого хода. При наличии технической возможности установка стента должна быть выполнена в максимально ранние сроки после диагностики недостаточности пищеводно-кишечного анастомоза.

Литература

1. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. М: ИЗДАТ; 2004; 560 с.
2. Vonenkamp J.J., Songun I., Hermans J. et al. Randomized comparison of morbidity after D1 and D2 resection for gastric cancer in 996 dutch patients. *Lancet* 1995; 345: 745—748.
3. Furukawa H., Imamura H., Ikeda M. et al. Total gastrectomy with dissection of lymph nodes along the splenic artery-pancreas-preserving method. In: 4th International gastric cancer congress. April 30th—May 2. New-York, USA; 2001; p. 919—923.
4. Sasako M., Sano T., Katai H., Maruyama K. Gastric Cancer. Oxford: Oxford University Press; 1997; 245 p.
5. Григорьев А.Ф. Сравнительная оценка результатов гастрэктомии при различных вариантах пищеводно-кишечных анастомозов. Дис. ... канд. мед. наук. М; РНЦХ РАМН; 1994.
6. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань; 1991; 360 с.
7. Чернявский А.А., Лавров Н.А. Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода. Н. Новгород: ДЕКОМ; 2008; 360 с.
8. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Абдихакимов А.Н. и др. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения. *Практическая онкология* 2001; 3(7): 18—24.
9. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. М: Медицина; 1998; 112 с.
10. Клименков А.А., Губина Г.И., Неред С.Н. и др. Погружные пищеводнокишечные анастомозы в хирургическом лечении рака желудка. *Вопр онкол* 1998; 44(5): 576—579.
11. Балахнин П.В., Чалаев А.Г., Ханевич М.Д. и др. Методы интервенционной радиологии в неотложной онкологии. *Соврем технол мед* 2010; 1(2): 84.