

На правах рукописи

ТАЖИБАЕВ Максатбек Каримович

**ОПЕРАТИВНО-ТЕХНИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА
ПОСТГАСТРЭКТОМИЧЕСКОГО РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА**

14.00.27 – хирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

БИШКЕК – 2009 год

Работа выполнена на кафедре хирургии Центра последипломного медицинского образования г. Ош и в Ошской межобластной объединенной клинической больнице

Научный руководитель:

доктор медицинских наук
профессор

**Белеков Жанек
Омошевич**

Научный консультант:

доктор медицинских наук

**Анкудинова Светлана
Александровна**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук
профессор

**Чынгышпаев Шамиль
Мукашевич**

доктор медицинских наук
профессор

**Бейшембаев Мукаш
Итикулович**

Ведущая организация:

ФГУ Институт хирургии им. А.В.
Вишневского Росмедтехнологий

Защита состоится «___» _____ 2009г. в _____ ч. на заседании диссертационного совета Д. 730.001.03 при Кыргызско-Российском Славянском Университете (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44. e-mail: dissovetKRSU@mail.ru)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского Университета (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская, 44)

Автореферат разослан «___» _____ 2009 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор

Н.И. Ахунбаева

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД – артериальное давление

ГЭ – гастрэктомия

ЖКБ – желчно-каменная болезнь

КБС – коронарная болезнь сердца

МЗ КР – Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

МКБ – мочекаменная болезнь

НПКА – несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза

НЦО – Национальный центр онкологии

ОМОКБ – Ошская межобластная объединенная клиническая больница

ОМОЦО – Ошский межобластной центр онкологии

ПКА – пищеводно-кишечный анастомоз

РАМН – Российская Академия медицинских наук

РЖ – рак желудка

РОНЦ – Российский онкологический научный центр

Р-Э – рефлюкс-эзофагит

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХПН – хроническая почечная недостаточность

ЦП – цветовой показатель

ЭЕА – эзофагоеюноанастомоз

ЭКГ – электрокардиография

Нв – гемоглобин

TNM – Tumor, Nodulus, Metastasis

D (1,2,3) – лимфодиссекция (в объеме 1,2,3)

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Гастрэктомия считается одной из трудных методов операций при доброкачественных и злокачественных заболеваниях желудка. Развитие хирургии способствовало снижению послеоперационной летальности за счет уменьшения или полной ликвидации ряда осложнений. Однако, несмотря на успехи, на сегодняшний день пока еще нет кардинальных оснований признать результаты гастрэктомии удовлетворительными. Об этом говорят достаточно высокие цифры послеоперационных осложнений (19,1-46%) и летальности (15-20%), низкие показатели операбельности и резектабельности больных, (Ю.Е. Березов, 1976; А.А. Клименков и соавт., 1991; Х.С. Бебезов и соавт., 1996; М.И. Давыдов и соавт., 2002; Р.Х. Азимов, В.А. Кубышкин, 2004; U. Eichfeld et al., 1994; R. Tomita, et al., 2001).

Современный этап развития желудочной хирургии характеризуется критической оценкой отдаленных результатов гастрэктомии и поисками новых, физиологичных технических аспектов операции (А.И. Саенко, 1980; М.И. Давыдов и соавт., 1998; В.Н. Репин и соавт, 2000; В.Н. Савельев, 2001; А.Ф. Черноусов и соавт., 2000; D. Korenaga et al., 1992; K. Takeshita et al., 1997). Проводимое многими авторами изучение отдаленных последствий гастрэктомии показывает, что у значительного числа оперированных больных, в различные сроки после вмешательства, возникает ряд функциональных и органических расстройств (С.И. Бабичев, 1988; Н.П. Скотарев и соавт, 1999; Репин и соавт, 2000; Е.В. Плотников, 2001; В.Н.). Важность данной проблемы обусловлена еще и тем, что у больных после гастрэктомии как с сохранением трансдуоденального пассажа пищи, так и с выключением дуоденального звена пищеварения, нарушается физиологическая функция гепатопанкреатодуоденальной системы, развиваются расстройства пищеварения, приводящие почти в 25% случаев к стойкой инвалидизации пациентов (Г.К. Жерлов и соавт., 1996; А.П. Кошель, 1999; В.И. Оноприев и соавт., 2004; K. Takeshita et al., 1997).

Создание эзофагоэнтеральных анастомозов всегда ставит вопрос о предупреждении рефлюкса кишечного содержимого в пищевод. Воздействие на слизистую пищевода не свойственного ему кишечного содержимого, что возможно при гастрэктомии и экстирпациях желудка в различных модификациях, неизбежно способствует возникновению рефлюкс-эзофагита (А.С. Ермолов и соавт, 1994; А.Ф. Черноусов и соавт., 2000; В.И. Маслов, 2002; В.П. Петров и соавт, 2002; R. Tomita, et al., 2001). Это осложнение расценивается как тяжелая функциональная патология оперированного желудка и встречается, по данным разных авторов, от 19,2 до 95,4% случаев (Г.К. Жерлов и соавт., 1998; С.С.

Клоков, 1998; Е.В. Плотников, 2001; Д.И. Демин и соавт, 2002; J. Svedlund et al., 1997). Предлагаемые оперативные методы направлены на восстановление пассажа кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту и предупреждение его рефлюкса в пищевод. Большинство методик формирования пищеводно-кишечного анастомоза направлены на повышение их надежности и не предусматривают создания антирефлюксного механизма, обеспечивающего физиологичную, порционную эвакуацию пищи (Г.И. Гренков и соавт., 2000; Г.К. Жерлов и соавт., 2000; В.Н. Савельев, 2001; В.И. Оноприев и соавт, 2004). Имеющиеся способы первичной еюногастропластики показывают лучшие функциональные результаты, но техническая сложность метода сопровождается высокой послеоперационной летальностью (20-50%) и требует необходимости отбора больных для подобных вмешательств (М.И. Воздвиженский, 2001; А.И. Смирнов, 2003; K. Takeshita et al., 1997).

Таким образом, в настоящее время перед хирургами решается проблема создания надежного и технически не сложного способа пищеводно-кишечного анастомоза, обладающего антирефлюксными эффектами за счет разработки и проецирования в методологию пищеводно-кишечного анастомоза новых оперативно-технических разработок, у пациентов после гастрэктомии (В.Н. Репин и соавт, 2000; Е.В. Плотников, 2001; Д.Ю. Зиновьев, И.В. Сергеев, 2003; Г.К. Жерлов и соавт., 2005). Эти вопросы требуют своего дальнейшего изучения, особое внимание при этом уделяется антирефлюксным технологиям. Учитывая вышеизложенное, мы целенаправленно уделили внимание именно функциональным нарушениям после гастрэктомии как важный параметр оценки качества жизни больных, перенесших и без того сложное хирургическое вмешательство. Настоящее исследование направлено на разработку оперативно-технических мер, направленных в конечном итоге на улучшение качества жизни оперированных больных.

Цель исследования: улучшить функциональных результатов гастрэктомии на основе разработки оперативно-технической профилактики постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита.

Задачи исследования:

1. Разработать способ формирования антирефлюксной кишечной заглушки после наложения термино-латерального пищеводно-кишечного анастомоза.
2. Изучить влияние разработанного способа кишечной заглушки на функциональные результаты гастрэктомии с наложением термино-латерального пищеводно-кишечного анастомоза.
3. Оценить в сравнительном аспекте функциональную эффективность разработанного способа кишечной заглушки в профилактике постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита.

Научная новизна

Впервые разработан способ кишечной заглушки после эзофагоэностомии за счет создания клапана в приводящей петле термино-латерального пищеводно-кишечного анастомоза.

На основе клинико-эндоскопического исследования доказано, что использование разработанного способа кишечной заглушки в методологии формирования пищеводно-кишечного анастомоза значительно улучшает функциональные результаты гастрэктомии.

Изученная в сравнительном аспекте клинико-эндоскопическая динамика морфологических изменений слизистой пищевода, зоны пищеводно-кишечного анастомоза и инвагинационного клапана в сроки от 3 месяцев до 3 лет после гастрэктомии с формированием термино-латерального эзофагоэноанастомоза свидетельствует о благоприятном течении послеоперационного периода и улучшении качества жизни оперированных больных при использовании разработанного способа кишечной заглушки.

Научная новизна исследования подтверждена патентом Кыргызской Республики от 26.09.2007 г. № 1102 «Способ профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии».

Практическая значимость

Для практического здравоохранения предложена и может быть применена новая впервые разработанная методика кишечной заглушки после гастрэктомии с улучшением функциональных возможностей пищеводно-кишечного анастомоза.

В результате научного исследования был получен положительный функциональный результат пищеводно-кишечного анастомоза по нашему способу после гастрэктомии, которой может быть использован в практической медицине.

При сравнительной оценке функциональных результатов пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии применением новой и традиционной методики показало преимущество нового способа, что может быть рекомендовано хирургом гастроэнтерологом.

Экономическая значимость полученных результатов исследования заключается в значительной минимизации постгастрэктомических функциональных осложнений (рефлюкс-эзофагит), что влечет за собой снижение

затрат на медикаментозное лечение, сокращение кратности госпитализации и числа больных, страдающих тяжелыми формами функциональных постгастрэктомических нарушений.

Основные положения, выносимые на защиту

Формирование кишечной заглушки по разработанному способу позволяет надежно и эффективно предупредить рефлюкс кишечного содержимого в пищевод, уменьшить число воспалительных расстройств в эзофаго-энтеральной зоне, как в ближайшие, так и отдаленные сроки после операции, тем самым, предупреждая развитие тяжелых форм постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита и значительно уменьшая количество его легких форм.

Разработанный способ кишечной заглушки в приводящей петле термино-латерального пищеводно-кишечного анастомоза характеризуется технической простотой, не требует специального инструментария и не вызывает специфических послеоперационных осложнений у больных после гастрэктомии.

Внедрение результатов исследования

Основные результаты диссертационной работы применяются в клинической практике отделения хирургии №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы, отражены в учебном процессе на кафедре хирургии Центра последипломного медицинского образования г. Ош и кафедре хирургических болезней медицинского факультета Ошского Государственного Университета.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертационной работы были доложены на: Международной научной конференции молодых ученых и специалистов (Бишкек, 2006); заседании Ученого совета Центра последипломного медицинского образования г. Ош (Ош, 2007); I Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины» молодых ученых Центра последипломного медицинского образования г. Ош и медицинского факультета Ошского Государственного Университета (Ош, 2008); хирургическом обществе г. Ош и Ошской области (Ош, 2008); межкафедральной апробации (г. Ош, 2009).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 7 работ. Получен патент Кыргызской Республики «Способ профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии», от 26.09.2007 г. № 1102 выданный ГПС КР «Кыргызпатент».

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа содержит введение, обзор литературы, три главы результатов исследования и их обсуждение, заключение, выводы, практические рекомендации и список цитированной литературы. Текст диссертации изложен на 113 страницах компьютерного набора шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер шрифта 14, интервал 1,5). Работа иллюстрирована 20 рисунками, цифровой материал исследования представлен 9 таблицами. Список использованной литературы включает 151 источника, из них 123 из стран СНГ и 28 – дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика клинического материала и методов исследования

В основу работы положен анализ опыта хирургического лечения 109 больных, перенесших ГЭ в отделении общей хирургии №1 ОМОКБ с 1998 по 2009 года. Лица мужского пола составили 86 (78,9%), женского – 23 (21,1%) человек. Возраст больных колебался от 29 до 76 лет, средний возраст составил 52,1±1,6 лет. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возрастные группы	Мужчины		Женщины		Всего	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 45 лет	8	7,3	1	0,9	9	8,2
От 46 до 60 лет	50	45,8	17	15,5	67	61,4
Старше 60 лет	28	25,6	5	4,6	33	30,2
Итого	86	78,8	23	21,1	109	100

Как видно из представленного, сравнительно большой контингент больных составляли лица старших возрастных групп (56,8% или 62 больных), большинство которых страдали различного рода клинически значимыми сопутствующими заболеваниями. В наших наблюдениях лица мужского пола составили преобладающее большинство (78,9%) по сравнению с женщинами (21,1%) во всех возрастных группах.

При обследовании у 72 (66%) больных были диагностированы 134 сопутствующих патологий. Из них у 28 (38,8%) больных установлены два, а у 15 (20,8%) – три и более сопутствующих патологий.

Изначально следует отметить, что из 109 больных, включенных в исследование, 106 перенесли ГЭ, а 3 – экстирпацию культи желудка. 106 больным ГЭ была проведена по поводу РЖ. Экстирпация культи желудка в 3 наблюдениях осуществлена у 2 из них по поводу рака культи желудка, а у 1 – синдрома Золлингера-Эллисона. На рисунке 1 представлено распределение 106 больных в зависимости от локализации злокачественной опухоли.

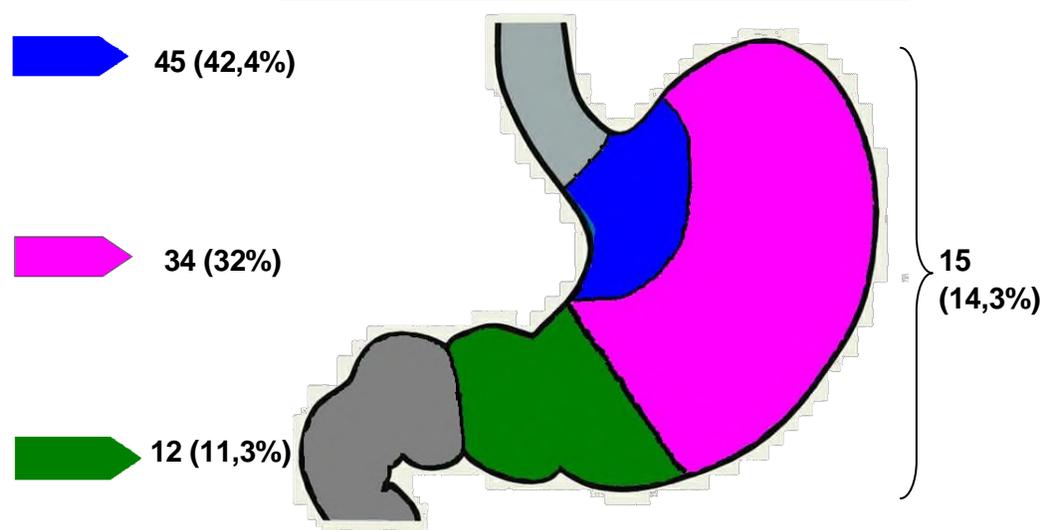


Рисунок 1. Распределение больных в зависимости от локализации опухоли желудка

Анализ степени распространения опухолевой ткани в наших наблюдениях показал, что I-III стадия констатирована лишь у 33 больных из 106 (31,1%). Подавляющее большинство пациентов (68,9%) имели запущенную стадию заболевания. Распределение больных в зависимости от распространенности опухолевого процесса основано на 5 редакции системы TNM UICC (2002).

Инструментальная диагностика РЖ базировалась на данных лабораторных, рентгенологических, эндоскопических и ультразвуковых методов исследования. Также всем больным выполняли ЭКГ, обзорную рентгенографию грудной клетки, клинические исследования крови и мочи.

Во всех наблюдениях помимо общеклинических лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи) проводилось определение биохимических показателей крови: общего белка и белковых фракций, билирубина, аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, протромбинового индекса, остаточного азота, мочевины, креатинина, уровня гликемии.

При исследовании микроскопического строения опухолевой ткани использована Международная гистологическая классификация №15 (1981). Гистологическое строение опухоли изучено у 108 больных с раковыми

поражениями желудка. Наиболее часто встречалась аденокарцинома – у 89 больных ($82,4 \pm 3,6\%$). Среди них низкодифференцированная аденокарцинома установлен в 40 ($44,9\%$) случаях, умеренно-дифференцированная аденокарцинома – в 26 ($29,2\%$), высокодифференцированная аденокарцинома – в 23 ($25,8\%$). Слизистый рак констатирован у 11 ($10,1 \pm 3,0\%$) пациентов. Относительно реже обнаруживали плоско-клеточный рак (8 больных или $7,5 \pm 2,5\%$).

Статистическая обработка результатов исследования включала определение средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) и ошибки ряда (m). Степень достоверности различий количественных признаков сравниваемых групп оценивалась по t-коэффициенту Стьюдента, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Восстановительный этап ГЭ и экстирпаций желудка был завершён формированием терминологического ЭЕА по Давыдову у 106 ($97,2\%$) больных, по Бондарю-Патютко – у 3 ($2,8\%$).

Послеоперационные осложнения имели разнообразный характер и были связаны с объемом выполненных операций, расширением объема вмешательств (33 больным выполнены комбинированные ГЭ), наличием сопутствующих патологий и нарушений водно-электролитного обмена, преклонным возрастом больных. Всего послеоперационные осложнения развились у 28 больных из 109, что составило $25,6\%$. В связи с тем, что у ряда пациентов диагностировано одновременно два и более осложнений, общее их количество у 28 больных составило 76 (таблица 2).

Таблица 2

Спектр послеоперационных осложнений

Характер осложнений	Число осложнений	% (M \pm m)
Невоспалительные легочно-сердечные осложнения:	16	21\pm4,6
1. тромбоэмболия легочной артерии	4	5,2 \pm 2,5
2. сердечно-сосудистая недостаточность	4	5,2 \pm 2,5
3. дыхательная недостаточность	8	10,5 \pm 3,5
Гнойно-воспалительные осложнения:	55	72,3\pm5,1
1. нагноение раны	7	9,0 \pm 3,2
2. перитонит	6	7,8 \pm 3,0

3. послеоперационные пневмонии	6	7,8±3,0
4. экссудативный плеврит	2	2,6±1,8
5. анастомозит, рефлюкс-эзофагит	34	44,7±5,7
Невоспалительные осложнения:	5	6,5±2,8
1. несостоятельность швов ПКА	1	1,3±1,3
2. кишечная непроходимость	4	5,2±2,5
ВСЕГО:	76	100

Как видно из представленного, в структуре послеоперационных осложнений преобладают гнойно-воспалительные (72,7%). Высокую частоту осложнений такого характера в наших наблюдениях объясняем травматичностью выполненных хирургических вмешательств, расширением объемов операции в связи с распространенностью онкологического процесса на соседние органы и ткани.

Нагноения операционных ран зарегистрированы у 7 (9%) больных. Гнойный перитонит имел место у 6 (7,8%) больных. Причиной его у 5 явились абсцессы поддиафрагмального пространства, из которых у 1 развилась перфорация гнойника с развитием разлитого гнойного перитонита. В 1 случае перитонит оказался следствием НПКА, которая наступила на 4-е сутки после ГЭ. В наших наблюдениях НПКА развилась лишь у 1 (0,9%) больного.

Из 109 оперированных больных умерли 7 больных, что составило 6,4%. Причиной летальных исходов явились тромбоэмболия легочной артерии у 4 больных, НПКА у 1 пациента, декомпенсация хронических патологий кардиореспираторной системы (мерцательная аритмия, ателектаз легкого) с развитием острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности у 2 больных.

В группе воспалительных заболеваний наиболее часто встречались функциональные нарушения после удаления всего желудка. Постгастрэктомический Р-Э развился у 34 (44,1%). Этот показатель соответствует средним таковым значениям, которые приводят другие авторы – от 19,2 до 95,4% случаев ГЭ. Как было подчеркнуто изначально, именно в этом направлении проводилось данное исследование.

Способ кишечной заглушки по методу А.А. Шалимова

В качестве прототипа нами был выбран метод, предложенный А.А. Шалимовым. Сущность способа заключается в перевязке приводящей петли ПКА

лигатурой выше брауновского соустья с последующим погружением этого участка в серо-серозные швы (рисунок 2 - а, б). Отсюда мы видим, что метод отличается технической простотой, быстротой, общедоступностью и кажется достаточно надежным. Однако, как показали наши наблюдения, методика А.А. Шалимова также имеет существенные недостатки. Развившиеся тяжелые формы Р-Э заставили нас более серьезно отнестись к актуальности проблемы Р-Э, и побудили изыскать пути хирургической профилактики этого тяжелого функционального нарушения.

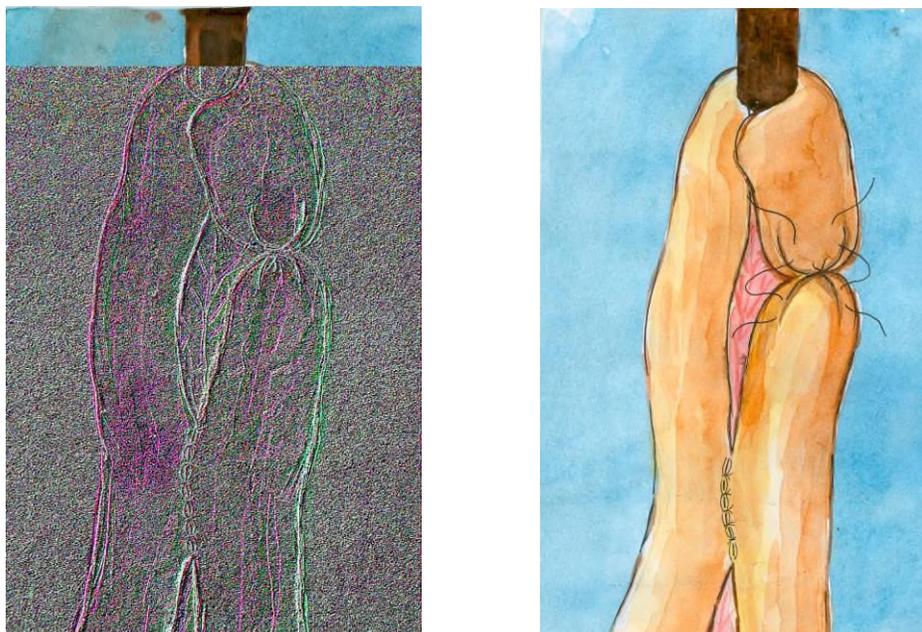


Рисунок 2. Схема кишечной заглушки по А.А. Шалимову
а) наложение лигатуры на приводящую петлю;
б) погружение лигатуры серозно-мышечными швами.

Способ кишечной заглушки по разработанной методике

Кардинальной целью нашей исследовательской работы явилась именно разработка технического способа, предупреждающего рефлюкс тонкокишечного содержимого в пищевод, в методологии формирования термино-латерального ЭЕА после ГЭ и оценка его качественной эффективности. Нами в клинике впервые разработана, апробирована и внедрена в практику методика «кишечной заглушки», отличающаяся рядом существенных качеств и преимуществ. Далее приводим собственно методику разработанного способа профилактики постгастрэктомического синдрома (*патент № 1102 от 26.09.2007 г. «Способ профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии», выданный ГПС КР «Кыргызпатент»*). После выполнения ГЭ и формирования термино-латерального ЭЕА выше брауновского соустья на 4-5 см накладываем 2 серозно-мышечных шва с двойным захватом стенки тонкой кишки в поперечном направлении. Расстояние между швами - 1,5-2 см. При завязывании этих 2 серозно-мышечных швов

происходит инвагинация стенки тонкой кишки внутрь, в сторону просвета, формируя тем самым надежный клапан из самой же стенки тонкой кишки, что предотвращает в свою очередь порционный заброс тонкокишечного содержимого в пищевод. Ни в одном из наблюдаемых больных не отмечено интраоперационных осложнений, связанных с методикой описанного способа. Этапы разработанного метода заглушки приводящей петли ПКА показаны на рисунке 3-5.

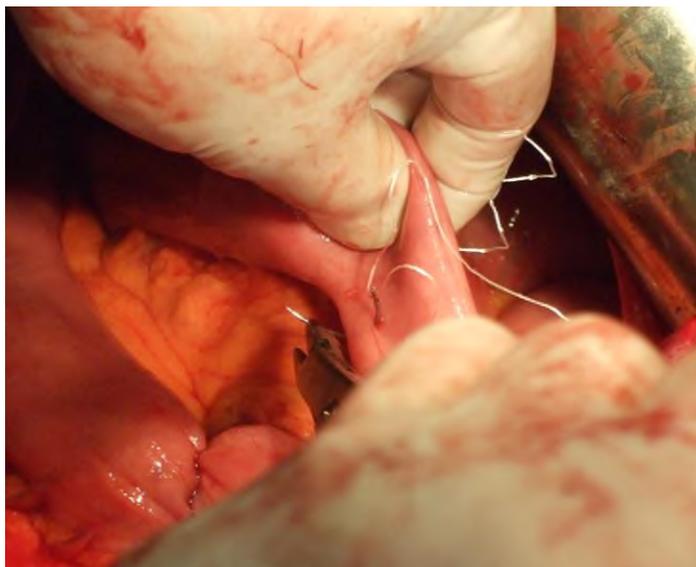


Рисунок 3. Наложение узлового инвагинирующего шва на приводящую петлю ПКА

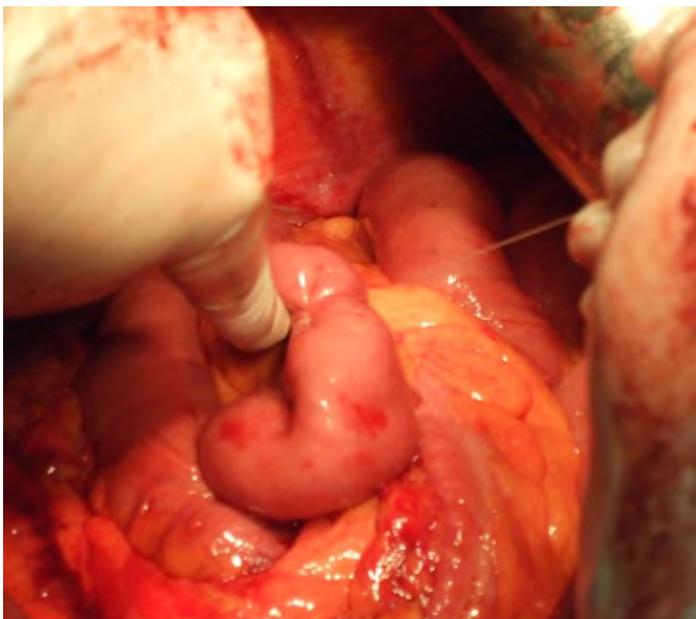


Рисунок 4. Затягивание инвагинирующей лигатуры

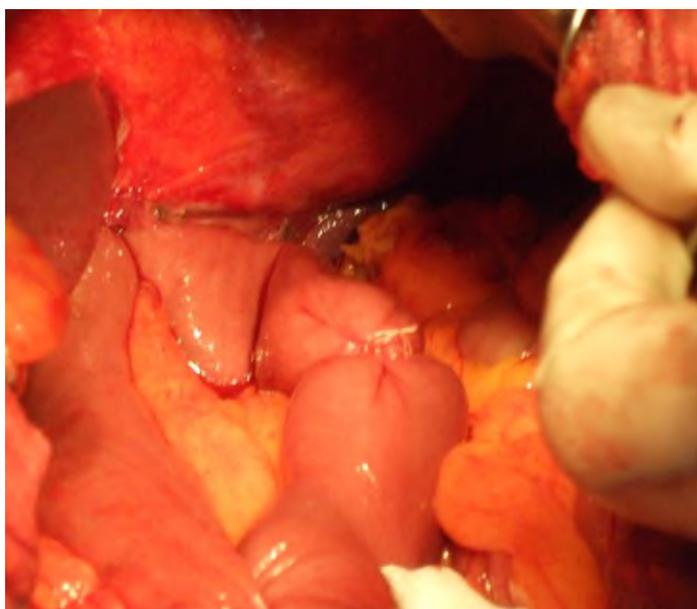


Рисунок 5. Окончательный вид разработанного метода антирефлюксной заглушки

Разработанный способ заглушки приводящей петли термино-латерального ПКА отличается технической простотой и не требует специального инструментария и расходных материалов, т.е. характеризуется экономической стороной изобретения.

Оценка функциональной эффективности антирефлюксных технических методов

102 больных из 109 (7 умерли в непосредственном периоде после операции) в зависимости от вида кишечной заглушки были распределены на 2 группы с указанием сроков наблюдения. Изучение функциональной состоятельности эзофагоэнтеральной системы в сроки от 3 месяцев до 3 лет проведено на основе клинико-эндоскопического обследования 47 больных с кишечной заглушкой по А.А. Шалимову и 55 больных с заглушкой по разработанной методике (таблица 3).

Распределение больных в зависимости от срока наблюдения

Тип заглушки	Число обследованных (n=102)	Сроки после операции		
		3-6 мес.	6-12 мес.	1-3 лет
по А.А. Шалимову	47	26	14	7
по разработанной методике	55	29	17	9

Задачей исследования в указанные выше сроки послеоперационного периода являлись оценка степени воспалительных изменений в зоне ЭЕА, его проходимости, определение характера заживления пищеводного соустья. При градации степени выраженности Р-Э была использована классификация Savary-Miller в модификации Carrison (1996), основанная на данных клинико-эндоскопических критериев (таблица 4).

Таблица 4

Классификация Р-Э по Savary-Miller в модификации Carrison et al. (1996)

Степень тяжести	Характеристика изменений
0	Признаки Р-Э отсутствуют
I	Отдельные линейные эрозии слизистой оболочки с эритемой, часто покрытые экссудатом, занимающие менее 10% окружности дистального отдела пищевода
II	Сливные эрозивные повреждения слизистой оболочки, занимающие 10-50% окружности дистального отдела пищевода
III	Множественные эрозивные повреждения, занимающие практически всю окружность дистального отдела пищевода
IV	Осложненные формы Р-Э: язва, стриктура

Из 47 больных с кишечной заглушкой по А.А. Шалимову клинические проявления Р-Э обнаружены у 25 больных (53,1%). При этом I (легкая) степень Р-Э диагностирована у 11 (23,4%) больных, II (средне-тяжелая) степень – у 8 (17%), а III (тяжелая) степень – у 6 (12,7%). В то же время из 55 обследованных больных с заглушкой по разработанной методике Р-Э констатирован у 3 (5,4%) больных, причем у 2 из них Р-Э был выражен в легкой степени и в короткие сроки был излечен после диетической и медикаментозной коррекции. Развитие тяжелой степени Р-Э в исследуемой группе не констатировано (таблица 5).

Таблица 5

Частота Р-Э у обследованных больных

Тип заглушки	n = 102	Форма Р-Э			Всего
		I ст. легкая	II ст. средне-тяжелая	III ст. тяжелая	
		абс % (M±m)	абс % (M±m)	абс % (M±m)	
по А.А. Шалимову	47	11 23,4±6,1	8 17±5,4	6 12,7±4,8	25 53,1±7,2
по разработанной методике	55	2 3,6±2,5	1 1,8±1,8	–	3 5,4±3,0
t, p (степень достоверности)		t = 3,0 p<0,001	t = 2,7 p<0,01		t = 6,1 p<0,001

Таким образом, использование разработанного способа заглушки позволило с большей достоверностью значительно минимизировать развитие постгастрэктомических функциональных осложнений, что позволяет считать его эффективным и рекомендовать широкое внедрение и применение в клинической практике. Разработка и использование в клинической практике нового метода кишечной заглушки с высокой позитивной результативностью сказались на качестве жизни оперированных пациентов. В этой связи с 2004 года в методологии формирования термино-латерального ЭЕА по М.И. Давыдову мы всегда формируем заглушку по разработанной нами методике. За счет формирования клапанного механизма из стенки тонкой кишки, обеспечивающего надежное и герметичное предупреждение рефлюкса кишечного содержимого в пищевод и ее ритмичное поступление в кишечник через Брауновское

межкишечное соустье, нам удалось значительно устранить такое тяжелое функциональное расстройство как постгастрэктомический Р-Э. Вместе с тем мы установили, что после применения антирефлюксной методики по А.А. Шалимову чаще развиваются постгастрэктомический Р-Э, обусловленный реканализацией «закрытого» сегмента приводящей петли ПКА с последующим неконтролируемым поступлением тонкокишечного содержимого в пищевод. Это в свою очередь неизбежно обеспечивало развитие различной степени тяжести Р-Э, который оказывает преимущественно негативное влияние на качество жизни пациентов.

Из всего числа обследуемых 102 больных Р-Э нами констатирован в 28 наблюдениях, что составило 27,4%: в исследуемой группе она составила 5,4%, а в контрольной – 53,1%. Среди них I (легкая) степень Р-Э установлена у 13 больных (11 – в контрольной, 2 – в исследуемой), II (средне-тяжелая) степень – у 9 (8 – контрольной, 1 – в исследуемой). Р-Э III степени мы наблюдали у 6 больных контрольной группы, в исследуемой группе не обнаружен. В остальных 74 (72,5%) случаях на основании клинико-инструментальных исследований мы могли говорить о функционально-состоятельном ЭЕА. А точнее эндоскопически визуализировалась следующая картина: слизистая оболочка в нижней трети пищевода розовой окраски без воспалительных изменений, содержимого в пищеводе нет, анастомоз сомкнут, по линии ЭЕА воспалительных и рубцовых изменений нет. Рентгенологически – порционное поступление контрастного вещества из пищевода в нижележащие отделы, при этом ЭЕА раскрывается до 15-17 мм с последующим полным закрытием. Обратного заброса контрастного вещества в пищевод нет. В основной группе больных заживление ЭЕА к 10-12 дню после операции развивалось по типу первичного натяжения.

У 22 больных с легкой и средне-тяжелой формами Р-Э эндоскопически обнаруживали картину воспалительных изменений слабой и умеренной степени выраженности в зоне анастомоза и нижней трети пищевода, а рентгенологически – незначительный порционный заброс контрастного вещества в пищевод.

В отдаленные сроки послеоперационного периода, начиная с 6 месяца и до 3 лет, при осмотре и инструментальном исследовании больных основной группы установлено, что признаки воспалительных изменений в зоне ПКА исчезают, проявляется истинный функционально-состоятельный статус ЭЕА. Мы также удостоверились в том, что кишечная заглушка по А.А. Шалимову не предупреждает Р-Э и поэтому является неэффективной.

Таким образом, кардинально важным в улучшении функциональных результатов ГЭ и экстирпаций желудка является разработка оперативно-технических мер, направленных в конечном итоге на улучшение качества жизни оперированных больных. Совершенствование и исключительное проецирование новых арефлюксных разработок в клиническую практику, несомненно, скажется

на течении послеоперационного периода и исходах тотальных ГЭ и экстирпаций желудка, устранив или снизив частоту развития Р-Э, как одну из основных причин нарушения качества жизни оперированных больных. Результаты комплексного клинико-инструментального исследования свидетельствуют о высокой эффективности (94,5%) разработанного нами метода заглушки приводящей петли ЭБА и позволяют широко использовать его в клинической практике. Как видно из описания методологии антирефлюксной заглушки, собственно методика не является с технической стороны сложной, не требует специального инструментария и длительного времени. Ни в одном из наблюдаемых больных не отмечено интраоперационных осложнений, связанных с предложенной методикой.

ВЫВОДЫ

1. Применение в методологии пищеводно-кишечного анастомоза разработанного способа антирефлюксной кишечной заглушки позволяет существенно улучшить функциональные результаты гастрэктомии с термино-латеральной эзофагоэюностомией.
2. Изучение клинико-эндоскопической динамики морфологических изменений слизистой пищевода и зоны пищеводно-кишечного анастомоза при использовании разработанного способа кишечной заглушки демонстрирует интактность функционально-состоятельного статуса пищеводно-кишечного анастомоза.
3. Сравнительный анализ функциональных результатов применения антирефлюксных конструкций демонстрирует высокую эффективность (94,5%) разработанного способа кишечной заглушки и позволяет с большей достоверностью минимизировать развитие постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита в сравниваемой группе ($t = 6,1$, $p < 0,001$). Изучение ближайших и отдаленных функциональных результатов (от 3 мес. – до 3 лет) показывает, что применение разработанного способа кишечной заглушки, эффективно предупреждая развитие постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита, с высокой позитивной результативностью сказывается на качестве жизни оперированных пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью профилактики постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита рекомендуется использовать разработанный способ кишечной заглушки в методологии формирования термино-латеральных пищеводно-кишечных анастомозов.
2. Технические характеристики разработанного способа кишечной заглушки (отсутствие необходимости специального инструментария, техническая простота, кратковременная длительность, отсутствие специфических, локальных интраоперационных осложнений) позволяют широко использовать его в методологии формирования пищеводно-кишечных анастомозов.
3. Разработанный способ показан во всех случаях выполнения гастрэктомии с формированием термино-латерального эзофагоэюноанастомоза, так как доказана его функциональная эффективность, отсутствие недостатков и противопоказаний.

Список опубликованных работ по теме диссертации

1. Тажибаев М.К. Актуальные вопросы гастрэктомии: значение проблемы и возможности профилактики несостоятельности швов пищеводно-кишечных анастомозов после гастрэктомии (обзор литературы) / М.К. Тажибаев, Ж.О. Белеков, Н.А. Маманов и др. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2005. – Т. 11, приложение 4-5. – С. 243-248.
2. Тажибаев М.К. Возможности профилактики функциональных нарушений после гастрэктомии в зависимости от метода формирования пищеводно-кишечных анастомозов (обзор литературы) / М.К. Тажибаев, Ж.О. Белеков, Н.А. Маманов и др. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2006. – Т. 12, приложение 2-3. – С. 154-158.
3. Тажибаев М.К. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.К. Тажибаев, Ж.О. Белеков, Т.З. Джуманазаров // Вестник ОшГУ. Серия естественных наук. – 2006. - №5. – С. 157-160.
4. Тажибаев М.К. Оценка функциональных результатов эзофагоэюноанастомозов после гастрэктомии / М.К. Тажибаев, Ж.О. Белеков, Н.А. Маманов // Вестник КРСУ. – 2007. – Т. 7. - №6. – С. 158-160.
5. Тажибаев М.К. Гастрэктомия в хирургическом лечении рака желудка / М.К. Тажибаев, Ж.О. Белеков, Н.А. Маманов // Мат. I Съезда кардиохирургов Центральной Азии (сентябрь, 2007, Бишкек - Чолпон-Ата). - Медицина Кыргызстана. – 2007. - №4. – приложение 2. – С. 50-53.
6. Тажибаев М.К. Оперативно-техническая профилактика постгастрэктомического рефлюкс-эзофагита / М.К. Тажибаев, Ж.О. Белеков, С.А. Анкудинова // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: Мат. I Межд. науч.-практ. конф. молодых ученых ЦПМО и мед. факультета ОшГУ (апрель, 2008, Ош). Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. – Т. 14. – Приложение 1. – С. 18-20.
7. Тажибаев М.К. Непосредственные результаты комбинированной гастрэктомии при местно-распространенных формах рака желудка / М.К. Тажибаев, Ж.О. Белеков, С.А. Анкудинова и др. // Актуальные проблемы хирургии: Сб. науч. тр. конф., посв. 70-летию проф. Дж.Н. Нурманбетова. – Бишкек, 2008. – С. 12-15.

Список удостоверений на изобретение

1. Способ профилактики рефлюкс-эзофагита после гастрэктомии. Патент Кыргызской Республики от 26.09.2007 г. № 1102 (соавт. Белеков Ж.О., Маманов Н.А., Салибаев О.А.)

Соискатель _____ Тажибаев М.К.