

АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СТАНДАРТНЫХ И КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ

Ю.В. Истомин, Е.А. Киселев

Свердловский областной медицинский научно-практический центр «Онкология»

В последнее десятилетие в мировой и отечественной структуре онкологических заболеваний наметилась тенденция к некоторому снижению заболеваемости раком желудка. Но, несмотря на это, его лечение, является одной из актуальных проблем современной онкологии.

Оперативное лечение на сегодняшний день является основным методом лечения данной патологии. Основной операцией при раке желудка была и остается гастрэктомия.

С 1995г. по 2000г. в 3 хирургическом отделении СООЦ г. Екатеринбурга выполнено 200 гастрэктомий: 137 стандартных и 63 комбинированных. Из 63 комбинированных гастрэктомий 32 выполнено с резекцией нижней трети пищевода из торакоабдоминального доступа. Возраст больных от 30 до 82 лет.

Общее количество осложнений составило 15% (30 случаев).

Для более детального изучения причин и исходов осложнений все пациенты разделены на 3 группы:

1 группа - больные, которым была выполнена стандартная гастрэктомия - 137 случаев.

2 группа - больные, которым была выполнена гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода из торакоабдоминального доступа - 32 случая.

3 группа - больные, которым была выполнена гастрэктомия с резекцией либо удалением другого органа - 31 случай.

Во всех случаях был сформирован эзофагоэюноанастомоз с тощей кишкой конец в конец трехрусным инвагинационным швом по Н.Н. Блохину. При формировании анастомоза, как правило, используется биоабсорбируемый шовный материал на атравматической игле: ПДС, дексон, максон, викрил-3/0.

У 3% (6 человек) больных был некроз отводящей петли тонкой кишки, что в последствии и явилось причиной несостоятельности анастомоза. Из них в первой группе 1 случай, что составляет 0,5% от общего количества больных. Во второй группе данное осложнение возникло у 1,5% (3 человека). В третьей группе некроз отводящей петли тонкой кишки возник у 1,0% (2 человека) прооперированных больных.

Общая послеоперационная летальность составляет 1,5% (3 человека). Летальность по причине несостоятельности анастомоза 1% (2 человека), причем оба пациента из 2 группы. В 1 и 3 группах летальных исходов не было. Во 2 группе причиной еще одного летального исхода послужила ТЭЛА.

Общая частота других послеоперационных осложнений - 12,0%, среди которых чаще всего встречаются анастомозит, панкреатит, поддиафрагмальный абсцесс, пневмония.

Общая летальность составляет 1,5%. Летальность после несостоятельности анастомоза составляет 1,0%.

Анализ непосредственных результатов показывает, что основной причиной летальных исходов является недостаточность анастомоза, возникшая из-за некроза отводящей петли тонкой кишки. Причиной некроза, скорее всего, являются сосудистые нарушения в кишечном трансплантате, возникающие после мобилизации и приводящие к их тромбозу с последующим некрозом.