

**ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭЗОФАГИТОВ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕКОНСТРУКЦИИ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗОВ  
ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА**

**А.К. Тойгонбеков, М.З. Уметов, М.Ю. Харитонов, А.М. Туманбаев**

Национальный центр онкологии и гематологии,  
хирургическое отделение абдоминальной и общей онкологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Изучены результаты эндоскопического исследования пищеводно-кишечного анастомоза у больных раком желудка, оперированных в объеме гастрэктомия с разными вариантами тонкокишечной пластики. Всего обследовано 51 больных, разделенные на 3 группы. Выявлено достоверное снижение эзофагитов ( $p < 0,05$ ) в группе пациентов с формированием тонкокишечного резервуара.

**Ключевые слова:** рак желудка, гастрэктомия, тонкокишечный резервуар, эндоскопическое исследование.

**АШКАЗАНДЫН ЗАЛАЛ ШИШИГИ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН  
ГАСТРЭКТОМИЯДАН КИЙИН РЕКОНСТРУКЦИЯСЫНА ЖАРАША ПАЙДА БОЛГОН  
ЭЗОФАГИТТЕРДИН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**А.К. Тойгонбеков, М.З. Уметов, М.Ю. Харитонов, А.М. Туманбаев**

Улутгук онкология жана гематология борбору,  
абдоминалдык жана жалпы онкология хирургиялык бөлүмү,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

**Кортунду:** Ашказандын залал шишиги менен ооруган оорулардын ичке ичеги пластикасы менен жасалган гастрэктомиянын түрлөрүнүн эндоскопиялык натыйжалары изилденди. 3 группага бөлүнгөн 51 оорулуу изилденди. Ичке ичегиден резервуар жасалгандан кийинки эзофагиттердин шексиз ( $p < 0,05$ ) төмөндөшү аныкталды.

**Негизги сөздөр:** ашказандын залал шишиги, гастрэктомия, ичке ичегинин резервуары, эндоскопиялык изилдөө.

**FEATURES OF THE APPEARANCE OF ESOPHAGITIS DEPENDING  
ON THE RECONSTRUCTION OF ESOPHAGEAL-INTESTINAL ANASTOMOSIS  
AFTER GASTRECTOMY IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER**

**A.K. Toigonbekov, M.Z. Umetov, M.Y. Kharitonov, A.M. Tumanbaev**

National Center of Oncology and Hematology,  
Department of Abdominal and General Oncology,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** The results of endoscopic examination of esophageal-intestinal anastomosis in patients with gastric cancer, operated in the volume of gastrectomy with different variants of small intestinal plasty, were studied. Only 51 patients were divided into 3 groups. A significant decrease in esophagitis ( $p < 0.05$ ) was found in the group of patients with the formation of the [jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy for cancer](#).

**Keywords:** gastric cancer, gastrectomy, jejunal pouch, endoscopic examination.

**Введение.** Рак желудка (РЖ) остается одним из самых распространенных заболеваний в мире и представляет собой крайне актуальную проблему современной онкологии. По данным международного агентства по изучению онкологических заболеваний (International Agency for Research on Cancer (IARC)), рак желудка находится на 4 месте в мире по распространенности. Однако, в структуре онкологической смертности рак желудка занимает 2 место в мире [1].

По данным статистического отдела НЦОГ МЗ КР в Кыргызской Республике рак желудка занимает 3 место в структуре злокачественных опухолей. В 2016 г. зарегистрировано 727 человек, заболевших данной патологией.

На сегодняшний день хирургическое лечение рака желудка является «золотым стандартом» [2]

Несмотря на успехи желудочной хирургии, остаются постгастрэктомические болезни, которые значительно влияют на качество жизни паци-

ентов, причем это зависит от варианта эзофагоэнтероанастомоза. Большинство оперированных больных становятся инвалидами, что обусловлено полным удалением или резекцией желудка, и изменением нормальных анатомо-физиологических соотношений в пищеварительном тракте. Именно поэтому, в последние годы в хирургии желудка наряду с вопросами повышения радикализма оперативных вмешательств, снижения частоты послеоперационных осложнений, все большее внимание уделяется функциональным результатам [3].

Постгастрэктомический синдром, возникающий из-за отсутствия желудка, может серьезно повлиять на состояние питания пациента и может привести к нарушению качества жизни. Значительная часть пациентов раком желудка не имеют продолжительного выживания. Поэтому важно, чтобы усилия были направлены на обеспечение наилучшего качества оставшейся жизни [4].

**Цель исследования:** провести сравнительную оценку эндоскопической картины пищеводнокишечных анастомозов в зависимости от вариантов реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии.

**Материалы и методы исследования**

Исследование основано на анализе результатов лечения и наблюдения 51 больного злокачественными опухолями желудка, получавших лечение в отделении абдоминальной онкологии НЦОиГ МЗ КР с 2012 по 2015 года. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от использовавшегося метода реконструкции пищеварительного тракта.

В первую группу вошли 20 больных раком желудка стадией T1-4 N0-2 MO, которым выполнена реконструкция на длинной петле с перевязкой приводящей петли выше брауновского соустья по А.А. Шалимову.

Вторую группу составили 17 больных раком желудка со стадией T1-4 N0-2 MO, которым выполнена реконструкция пищеварительного тракта на петле по Ру после гастрэктомии.

В третью группу вошли 14 больных раком желудка со стадией T1-4 N0-2 MO, которым сформирован тонкокишечный резервуар на непересеченной петле (uncut-Ru).

В послеоперационном периоде каждые три месяца в течении года проводили контрольное обследование, включающее эзофагоэюноскопию (исследование пищевода и тонкой кишки), на аппарате высокого разрешения EG2990/ фирмы «PENTAX» при котором выявляли рефлюкс-эзофагит.

Среднее время возникновения эзофагита в отдаленном послеоперационном периоде рассчитывалось по методу Каплана-Майера с использованием теста Mantel – Cox, Hazard (logrank-test) для сравнения полученных результатов между группами.

**Результаты исследования**

По данным эзофагоэюноскопии, после операций у больных, которым была выполнена реконструкция пищеварительного тракта после гастрэктомии на длинной петле с перевязкой приводящей петли выше брауновского соустья по А.А. Шалимову, эзофагит не был выявлен у 2 пациентов, который составил (10%). В среднем, эзофагит был выявлен на 7,1±0,6 месяцев.

Таблица

Среднее время развитие эзофагитов в зависимости от способа реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии

№ п/п	Способ формирования анастомозов	Всего больных Абс. ч	Кол-во больных, у которых не имелись признаки эзофагита	Показатель отсутствия признаков эзофагита	Среднее время развития эзофагитов (мес.)
1	Группа №1	20	2	10%	7,1±0,6 (95% ДИ 5,8–8,2)
2	Группа №2	17	11	64,7%	11,4±0,3 (95% ДИ 10,8–12,1)
3	Группа №3	14	11	78,6%	11,7±0,2 (95% ДИ 11,2–12,2)*
4	Всего	51	24	47,1%	9,8±0,4 (95% ДИ 9,0–10,4)

Примечание - «\*» - достоверность различий между группами при  $p < 0,05$

В группе пациентов, которым выполнена реконструкция пищеварительного тракта по Ру, рефлюкс-эзофагит после операции не наблюдался у 11 пациентов, что составило 64,7%. Среднее время появления признаков эзофагита в данной группе наблюдалось на  $11,4 \pm 0,3$  месяцев (табл.).

В группе пациентов, которым был сформирован тонкокишечный резервуар на непересеченной петле (uncut-Ru), рефлюкс эзофагит не был выявлен в 78,6% случаях. Среднее месячное появле-

ние рефлюкс эзофагита составил  $11,7 \pm 0,2$  месяцев. При сравнении трех вариантов пищеводно-кишечного анастомоза, формирование тонкокишечного резервуара с пересечением приводящей петли достоверно ( $p < 0,05$ ) позже развивался эзофагит, чем после формирования пищеводно-кишечного анастомоза по Ру и петлевого способа, которые составили в среднем  $11,4 \pm 0,3$  и  $7,1 \pm 0,6$  месяцев с доверительным интервалом 95% (рис.).

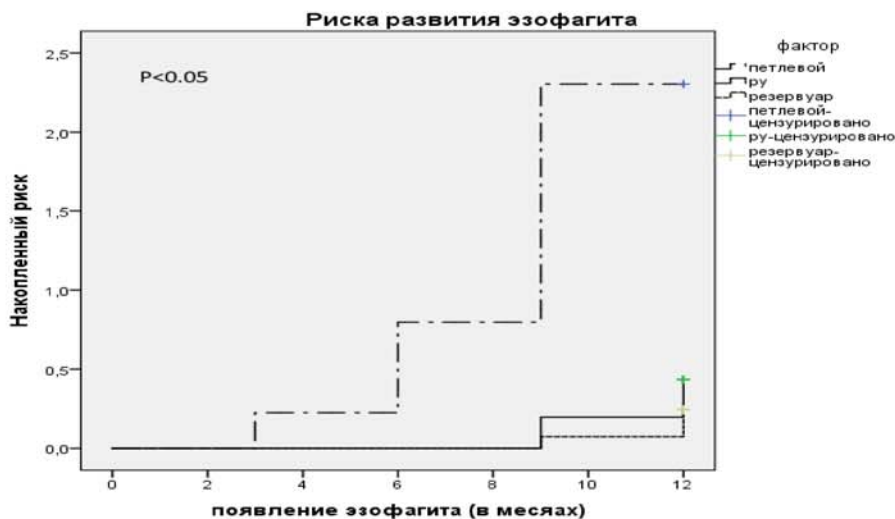


Рисунок. Среднее время появления эзофагитов по группам.

В результате изучения у 51 больного злокачественными опухолями желудка после гастрэктомии в независимости от реконструкции пищеводно-кишечного анастомоза возникновения признаков эзофагита наблюдался с 9 по 10,4 месяцев, среднее время развития эзофагита составило  $9,8 \pm 0,4$  месяцев. (табл. и рис.).

Таким образом, согласно данным эндоскопического исследования в различные сроки после операции следует отметить, что частота рефлюкс-эзофагита находится в прямой зависимости от способа реконструкции пищеварительного тракта. Метод реконструкции с формированием резервуара на непересеченной петле uncut-Ru позволяет предупредить и минимизировать клинические проявления рефлюкс-эзофагита.

**Выводы:**

1. Тонкокишечная пластика с формированием резервуаров при радикальной гастрэктомии по поводу рака желудка значительно уменьшает развитие рефлюкс-эзофагита.
2. Формирование тонкокишечных резервуаров на непересеченной Ру-петле может служить

методом выбора реконструкции при радикальной гастрэктомии у пациентов раком желудка, с перспективой на минимизацию развития рефлюкс-эзофагита.

**Литература**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
2. Панибратец Л.С. Возможности улучшения качества жизни больных после гастрэктомии в зависимости от варианта тонкокишечной пластики [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук : 14.01.17 / Л.С. Панибратец. - Бишкек, 2010. - 11 с.
3. Конохов Г.В. Варианты тонкокишечной пластики при гастрэктомии по поводу рака [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.14 / Г.В. Конохов. - Москва, 2006. - 25 с.
4. Hansson L E., Sparén P., Nyrén O., Survival in Stomach Cancer Is Improving: Results of a Nationwide Population-Based Swedish Study. *Annals of Surgery*. 1999; 230(2):162.