

УДК 616.33-089.87-089.11

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ
ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ
ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
ЖЕЛУДКА С РАЗЛИЧНЫМИ
ВАРИАНТАМИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ
НЕПРЕРЫВНОСТИ**

Уваров Иван Борисович, д.м.н.
*Клинический онкологический диспансер
№1, Кубанский государственный
медицинский университет, Краснодар,
Россия*

Генрих Станислав Робертович, д.м.н.
*МУЗ ГБ №2 «КМЛДО», Кубанский
государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Представлен сравнительный анализ отдаленных функциональных результатов первичной еюногастропластики с концево-петлевым гастроэнтероанастомозом и резекции желудка по методам Бильрот-I и Бильрот-II. Показано, что применение первичной еюногастропластики является эффективным методом профилактики патологических синдромов и улучшения качества жизни пациентов после резекции желудка.

Ключевые слова: РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ, ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

UDC 616.33-089.87-089.11

**MORPHOFUNCTIONAL
CHARACTERISTICS OF RESULTS OF
DISTAL GASTRIC RESECTION WITH
DIFFERENT VARIANTS OF GASTRO-
INTESTINAL ANASTOMOTIC
RECOVERY**

Uvarov Ivan Borisovich, MD
*Clinic Oncologic hospital № 1,), Kuban State
Medical University, Krasnodar, Russia*

Henrich Stanislav Robertovich, MD
*City Hospital # 2 (KMMDA), Kuban State
Medical University, Krasnodar, Russia*

The compare analysis of long-term functional results of primary ileal gastroplasty with end-loop gastro-entero anastomosis and gastric resection according to Bilrough 1 and Bilrough 2 is presented. It demonstrated that primary ileal gastroplasty is an affective technique for prophylaxis of pathology and for life quality improvement in patients after gastric resection.

Key words: GASTRIC RESECTION, GASTRO-INTESTINAL ANASTOMOSIS, LONG-TERM RESULTS, QUALITY OF LIFE

Дистальная резекция желудка (ДРЖ) является одной из наиболее часто выполняемых операций при доброкачественных и злокачественных заболеваниях этого органа [3, 10]. За более чем столетний период усилиями многочисленных хирургических школ удалось значительно (с 60% до 2% и менее) снизить летальность после этой операции. В то же время, несмотря на сотни оригинальных технических предложений, на сегодняшний день так и не удалось избавиться от типичных постгастрорезекционных синдромов (ПГРС) органического и функционального характера, вызывающих значительное снижение качества жизни пациентов, стойкую утрату трудоспособности, зачастую требующих дорогостоящего консервативного и хирургического лечения [4, 7, 8, 11]. Большинство исследователей, изучающих патогенез ПГРС, основную причину их видят в утрате антрального отдела и привратника, на фоне чего простые конструкции анастомозов увеличивают частоту и разнообразие послеоперационных патологических состояний [4]. В этой связи разработка и внедрение новых технологий ДРЖ, направленных на профилактику ПГРС, является актуальным направлением хирургической гастроэнтерологии [5, 11].

Цель работы: оптимизировать хирургические технологии ДРЖ на основе сравнительной оценки клинических и морфофункциональных результатов применения различных вариантов гастроэнтероанастомоза (ГЭА) и схем восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материал и методы. Обследованы 108 пациентов после ДРЖ по поводу рака желудка в сроки более 1 года после операции. Больные разделены на 3 группы (табл. 1). В первую группу вошли пациенты, перенесшие ДРЖ с формированием концево-петлевого гастроэнтероанастомоза (КПГЭА), во вторую – лица, которым была

выполнена ДРЖ по Бильрот-I (Б-I) - 38 человек, в третью – больные после операции по Бильрот-II (Б-II) - 13 человек.

Таблица 1 - Количество обследованных больных в зависимости от характера операции и распределения их по полу

Группы обследованных пациентов			Пол		Всего
Характер операции	Группы больных	Подгруппы	М	Ж	
Дистальная резекция желудка	I - с КПКЭА	Без включения ДПК	11	7	18
		С частичным шунтирование дуоденального пассажа	17	8	25
		С полным включением ДПК	10	4	14
	II – по Бильрот-I		23	15	38
	III – по Бильрот-II		10	3	13
Всего			71	37	108

Первая группа была разделена на подгруппы в зависимости от метода восстановления непрерывности ЖКТ: без включения двенадцатиперстной кишки (ДПК) (18 пациентов), с включением ДПК и частичным шунтированием дуоденального пассажа (25 человек) и с полным включением ДПК (14 человек) (рис. 1).

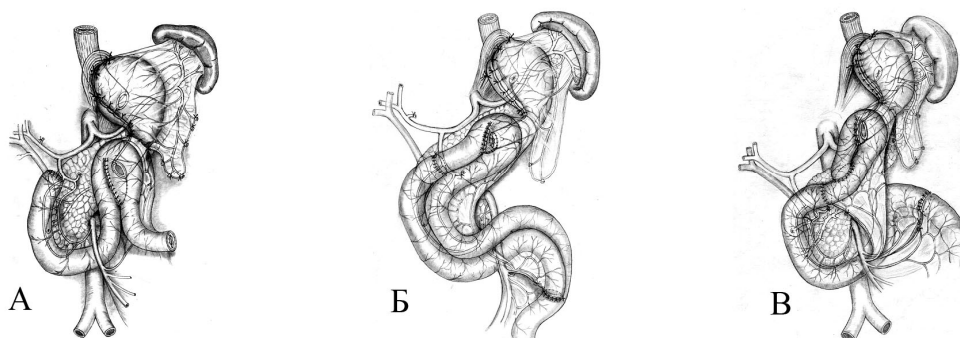


Рисунок 1 - Варианты восстановления непрерывности ЖКТ при ДРЖ с КПКЭА: А – без включения в пассаж ДПК (выключающая ЕГП); Б - с включением ДПК и частичным шунтированием дуоденального пассажа (вставочно-обходная ЕГП); В - с полным включением ДПК (вставочная ЕГП).

Показаниями для выключающей еюногастропластики (ЕГП) с КПГЭА мы считали распространенные опухоли ($T_4N_{0-3}M_0$) с переходом на ДПК, инфильтрацией парапанкреатической клетчатки, прорастанием в головку поджелудочной железы, требующие плоскостной резекции поджелудочной железы; метастатическое поражение лимфоузлов второго и третьего этапов метастазирования, т.е. те ситуации, когда максимально высок риск рецидива и прогрессирования опухолевого процесса. Во всех остальных случаях отдавали предпочтение вариантам ЕГП с включением в пассаж ДПК. Вставочно-обходная ЕГП с КПГЭА применялась наиболее часто. Преимуществами данной схемы является двухстороннее включение в пассаж ДПК и наличие параллельной шунтирующей петли тощей кишки. Данный способ является оптимальным в случаях наличия явлений хронических нарушений дуоденального пассажа (ХДН) механического или функционального характера, которые нередко встречаются при раке желудка. Кроме того, при возможной опухолевой обтурации ДПК вследствие рецидива или прогрессирования опухоли сохраняется пассаж пищи через петлю тощей кишки.

В исследование включены пациенты без признаков прогрессирования онкологического процесса при рутинном клинко-инструментальном обследовании. Возраст обследованных больных варьировал от 34 лет до 81 года (средний возраст $57 \pm 8,4$ лет). Обследование включало фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с видеозаписью, рентгенологическое исследование с применением контрастированных пищевых пробных завтраков смешанного характера. Изучение моторной функции верхних отделов ЖКТ проводили методом многоканальной манометрии с помощью зонда Sleeve Catheter, Medtronic 9012P2521 и комплекса регистрирующей аппаратуры. При морфологическом исследовании (проведено у 21 больного I группы, 26 пациентов II группы и 8 пациентов III группы) изучались биоптаты из

нижней трети пищевода, культи желудка, ГЭА, отводящей петли тощей кишки. Применяли стандартную окраску гематоксилином и эозином, морфологические изменения слизистой оболочки (СО) желудка оценивали полуколичественно, используя бальную шкалу оценки степени выраженности атрофических, воспалительных и метапластических изменений [1]. Качество жизни (КЖ) изучали у всех обследованных больных с помощью опросника SF-36, оценивали параметры физического и психического здоровья по стандартным критериям [9].

Результаты исследования. Жалобы пациентов, регистрируемые в ходе диспансерного наблюдения (активный вызов или самообращение) суммированы в табл. 2.

Таблица 2 - Частота и характер жалоб пациентов в отдаленном периоде после ДРЖ в зависимости от метода формирования ГЭА

Клинические симптомы	Количество пациентов с наличием симптома, абс. (%)					
	I группа – ДРЖ с КПГЭА				II группа (Б-I)	III группа (Б-II)
	Без вкл. ДПК	С включением ДПК		Всего с КПГЭА		
		с частич. шунтированием пассажа	С полным включением			
1	2	3	4	5	6	7
Обследовано	18	25	14	57	38	13
Боли и тяжесть в животе	5(27,8) ^{♦♦}	7(28,0) ^{♦♦}	3(21,4) ^{♦♦}	15 (26,3) ^{♦♦}	14 (36,8) ^{♦♦}	12 (92,3)
Чувство переполнения в верхней части живота	8 (44,4) [♦]	4(16,0) ^{♦♦}	3(21,4) ^{♦♦}	15 (26,3) ^{♦♦}	14 (36,8) ^{♦♦}	12(92,3)
Изжога	1 (5,6) ^{♦♦}	1(4,0) ^{♦♦}	0 (0) ^{♦♦}	2(3,5) ^{♦♦}	8(21,1) ^{♦♦}	10(76,9)
Дисфагия	1(5,6)	6(24,0)	0 (0) [♦]	7(12,3)	6(15,8)	4(30,8)
Тошнота	2 (11,1) [♦]	3(12,0) ^{♦♦}	1(7,1) [♦]	7(12,3) ^{♦♦}	7(18,4) [♦]	9(69,2)
Рвота	2(11,1) [♦]	3(12,0) [♦]	1(7,1) [♦]	6(10,5) [♦]	4(10,5) [♦]	6(46,2)
Отрыжка	3(16,7) [♦]	5(20,0) [♦]	2(14,3) [♦]	10(17,5) [♦]	11(28,9)	7(53,8)
Потливость, сердцебиение, слабость желание лечь, после приема пищи, особенно сладкой, молочной (демпинг-синдром)	7 (38,9) [♦]	4 (16,0) ^{♦♦}	1 (7,1) ^{♦♦}	12 (21,1) ^{♦♦}	17 (44,7) [♦]	11 (84,6)
Вздутие живота	6 (33,3)	10(40,0)	1(7,1) [♦]	17(29,8) [♦]	15(39,5)	9(69,2)

Таблица 2 (продолжение)

1	2	3	4	5	6	7
Метеоризм	4 (22,2)	8(32,0)	1(7,1) [♦]	13 (22,8)	10(26,3)	6(46,2)
Запоры	2 (11,1)	2(8,0)	0 (0)	4 (7,0)	1(2,6)	2(15,4)
Жидкий стул	5(27,8)	4(16,0)	1(7,1)	10 (17,5)	8(21,1)	4(30,8)
Общие симптомы (слабость, раздражительность, нарушение сна)	6 (33,3) [♦]	5 (20,0) ^{*♦}	2 (14,3) ^{*♦}	13 (22,8) ^{*♦♦}	17(44,7) [♦]	10(76,9)

Примечание: * - отмечены статистически значимые отличия показателей I группы от показателей II группы, $p < 0,05$; [♦] - статистически значимые отличия показателей I и II групп от показателей III группы, $p < 0,05$; ^{♦♦} - $p < 0,001$ (точный критерий Фишера).

Клиническая симптоматика демпинг-синдрома (ДС) чаще отмечена после РЖ по Б-I и Б-II, составляя 42,1% и 84,6%, соответственно. В группе больных после РЖ с КПГЭА этот показатель составил 21,1%. При этом отмечено, что включение в пассаж пищи ДПК при концево-петлевой еюногастропластике способствует уменьшению частоты и степени выраженности ДС (рис. 2).

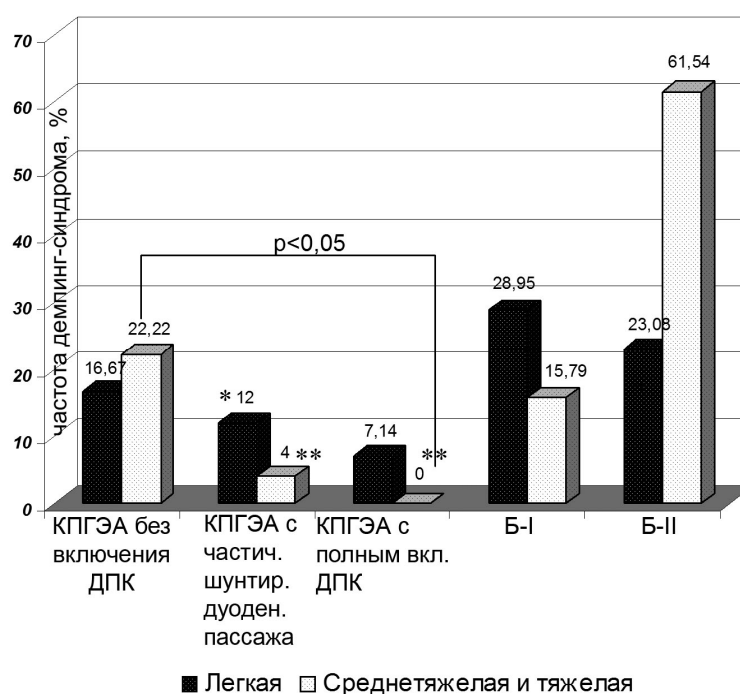


Рисунок 2 - Частота и степень выраженности ДС у пациентов в отдаленные сроки после ДРЖ в зависимости от метода формирования ГЭА.

Статистически значимые отличия от показателей группы с анастомозом по Б-II: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$.

Эндоскопическая картина после ДРЖ с КППЭА определялась особенностями хирургической технологии. У большинства пациентов I группы (91,2%) слизистая оболочка (СО) пищевода визуально имела обычную окраску, только у 5 (8,8%) пациентов имели место явления катарального дистального эзофагита. Кардия у 47 (82,5%) больных была сомкнута, при этом с некоторым эластическим усилием пропускала тубус эндоскопа.

Только у 10 (17,5%) пациентов отмечено неполное смыкание кардии, сопровождающееся дистальным рефлюкс-эзофагитом. Культи желудка у этих больных переходит в цилиндрическую трубку протяженностью 5,0–7,0 см, просвет которой представлялся сомкнутым у 55 (96,5%) пациентов, при этом свободно проходим эндоскопом. Только у 2 обследованных пациентов (3,5%) просвет трубки зиял. При раздувании воздухом диаметр псевдопилорического канала составлял в среднем 2,0 см. Наличие желчи в просвете культи желудка выявлено только у 1 больного. СО культи желудка у пациентов после ДРЖ с КППЭА имела нормальный вид у 43,9% обследованных, очаговая атрофия отмечена у 5,3%, картина поверхностного гастрита – у 47,4%. СО в области непосредственно ГЭА выглядела неизменной или в части случаев гиперемированной, иногда с лигатурами без паралигатурных зрозий вокруг. Анастомоз всегда был в сомкнутом состоянии, при инсуффляции воздуха и проведении аппарата свободно раскрывался, и затем плотно смыкался на выходе. У пациентов, перенесших резекцию по Б-I и по Б-II статистически значимо чаще выявлялся эзофагит (катаральный у 31,0 и 62,5%, эрозивный - у 16,0 и 37,5% соответственно) и недостаточность кардии. Желчь в просвете культи желудка обнаруживалась в 29,0% и 100% случаев соответственно. СО культи желудка у этих пациентов с признаками атрофии различной степени выраженности отмечена у 16,0 и 30,8% обследованных после ДРЖ

по Б-I и ДРЖ по Б-II соответственно (различия с I группой статистически значимы, $p < 0,05$).

При рентгенологическом обследовании пациентов с КППЭА функциональная недостаточность кардии отмечена только у 7% обследованных, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 1,7%, гастроэзофагеальный и энтерогастральный рефлюкс (ГЭР и ЭГР) соответственно у 3,5 и 1,8%. Наиболее часто наблюдался порционноритмичный характер эвакуации контрастированной пищи из культи желудка. У большинства пациентов псевдопилорическая трубка сохраняла свою форму и размеры (рис.3). Отмечена трансформация эвакуаторной деятельности в динамике. В ранние сроки после операции (до 4 недель) наблюдалась преимущественная эвакуация по отводящей петле, однако в более поздние сроки у подавляющего числа пациентов (88%) отмечалась эвакуация как через ДПК, так и через отводящую петлю тощей кишки.

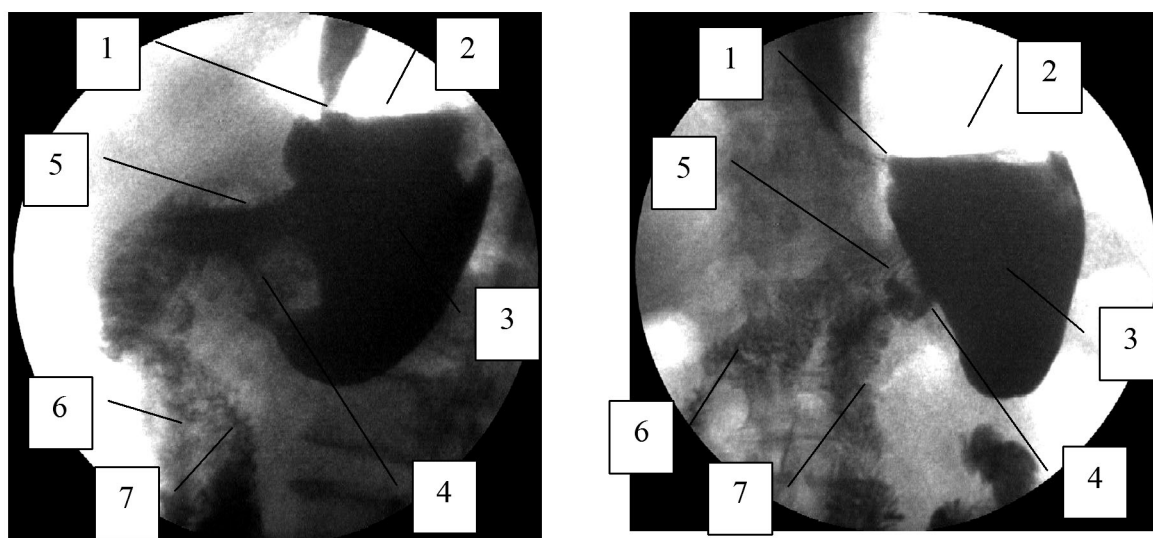


Рисунок 3 - Рентгенограммы пациента С., 73 года, через 4 года после ДРЖ с формированием КППЭА, боковая проекция. Организация эвакуаторного процесса из культи желудка - эвакуация из камеры КППЭА идет по обеим петлям. 1 - арефлюксная кардия, 2 – газовый пузырь культи, 3 – тело культи желудка; 4 - псевдопилорический канал, 5 - камера концевопетлевого гастроэнтероанастомоза, 6 – ДПК, 7 – отводящая (шунтирующая) петля.

В группах пациентов после ДРЖ по Б-I и Б-II функциональная недостаточность кардии выявлена у 47,4% и 61,5% пациентов, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 10,5% и 38,5%, ГЭР– у 28,9% и 61,5% обследованных соответственно. Дуодено(энтеро)гастральный рефлюкс определялся у 39,5% и 76,9% обследованных после ДРЖ по Б-I и по Б-II (различия с группой с КПГЭА статистически значимы, $p < 0,001$).

Результаты гистологического исследования биоптатов СО культуры желудка у пациентов в отдаленные сроки после дистальной резекции желудка суммированы в табл. 3.

Таблица 3 - Морфологическая оценка СО пищевода, культуры желудка и зоны ГЭА в отдаленные сроки после ДРЖ в зависимости от типа анастомоза

Характер морфологических изменений СО	Группы больных		
	I группа n=21	II группа n=26	III группа n=8
Зона гастродуодено / энтероанастомоза			
СО без изменений	3 (14,3%)	0 (0)	0 (0)
анастомозит поверхностный неактивный	15 (71,4%)*	13 (50,0%)	2 (25,0%)
анастомозит умеренной степени активности	6 (28,6%)*	13 (50,0%)	6 (75,0%)
регенераторная фовеолярная гиперплазия	1 (4,8%)*	4 (15,4%)	5 (62,5%)
гиперпластические полипы	0 (0)*	6 (23,1%)	2 (25,0%)
Культя желудка			
гастрит хронический поверхностный активный	2 (9,5%)*	10 (38,5%)	1 (12,5%)
гастрит хронический поверхностный неактивный	17 (90,5%)***	7 (26,9%)	1 (12,5%)
гастрит хронический атрофический активный	0 (0)*	3 (11,5%)	3 (37,5%)
гастрит хронический атрофический неактивный	2 (9,5%)	6 (23,1%)	3 (37,5%)
неполная кишечная метаплазия	1 (4,8%)*	8 (30,8%)	5 (62,5%)
Пищевод			
слизистая без изменений	20 (95,2%)*	19 (73,1%)	3 (37,5%)
эзофагит	1 (4,8%)*	7 (26,9%)	5 (62,5%)

Примечание: *- статистически значимые отличия от показателей пациентов III группы (* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,001$); ♦ - статистически значимые отличия от показателей пациентов II группы (♦ - $p < 0,05$; ♦♦ - $p < 0,001$).

Частота и степень выраженности морфологических изменений у пациентов после ДРЖ с КППЭА была значительно меньше, чем у больных после ДРЖ по Б-I и Б-II (рис. 4). По нашему мнению, патогенетической основой реализации данных различий явилось надежное предотвращение дуодено/энтерогастрального и гастроэзофагеального рефлюксов путем создания соответствующих антирефлюксных конструкций на границе между функционально различными отделами пищеварительного тракта. Атрофические изменения СО культи у пациентов после ДРЖ по Б-I и Б-II отмечены у 34,6% и 62,5% случаев соответственно, в группе с формированием КППЭА этот показатель составил 9,5%. Подобное же соотношение отмечено и для кишечной метаплазии - неполная кишечная метаплазия диагностирована у 30,8% пациентов после ДРЖ по Б-I и у 62,5% пациентов после ДРЖ по Б-II, что статистически значимо превышает показатели в группе больных с КППЭА – 4,8%.

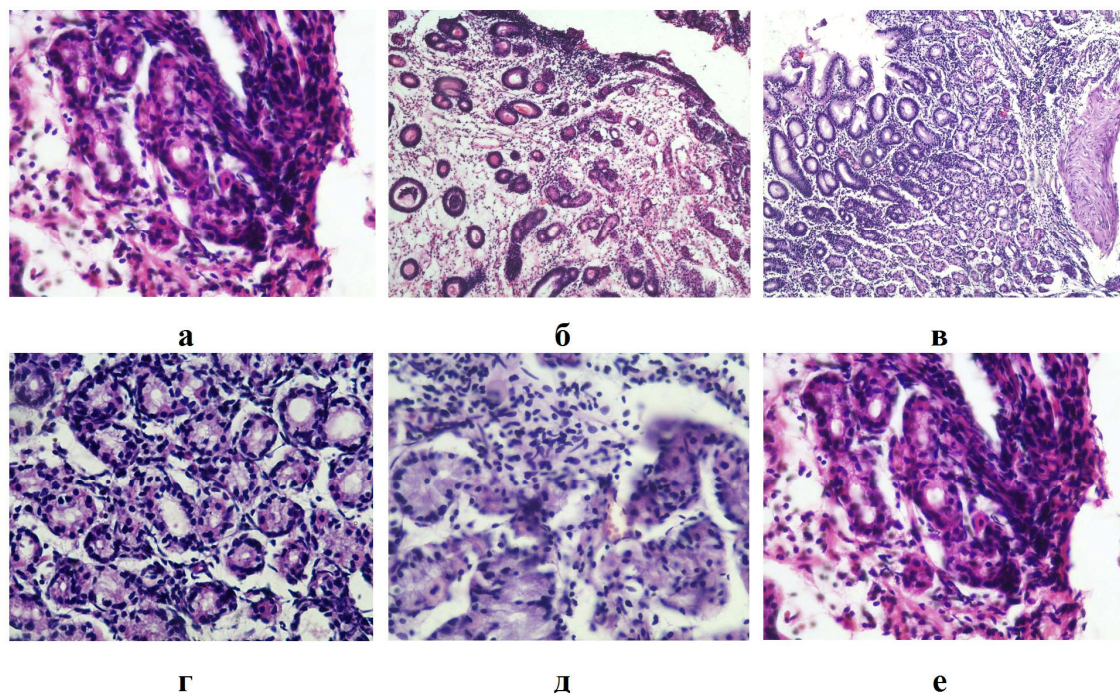


Рисунок 4 - Морфологическая картина СО культи желудка у пациентов после ДРЖ: а) I группа, поверхностный гастрит культи, ув. х 100; б) II группа, выраженный хронический атрофический гастрит, ув. х 100; в) III группа, хронический гастрит культи с начальной атрофией желез, ув. х 100; г) - I группа – слабая лимфогистиоцитарная инфильтрация собственной пластинки СО, ув. х 400; д), е) II и III группы, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация собственной пластинки СО, ув. х 400. Окраска гематоксилином и эозином.

Изучение слизиобразующей функции СО культи желудка в зависимости от типа ГЭА показало, что СО культи после ДРЖ с КПГЭА сохраняет свою функциональную активность в части продукции гликопротеинов, как одного из важнейших защитных факторов, при этом спектр слизиобразования изменяется в сторону более активной продукции нейтральных гликопротеинов, тогда как синтез кислых гликопротеинов не имеет такой тенденции. После ДРЖ по Б–II отмечается более глубокие дистрофические и атрофические процессы в СО культи желудка, снижение синтеза нейтральных гликопротеинов и компенсаторное увеличение продукции кислых гликопротеинов, что обусловлено постоянным воздействием агрессивного дуоденального и энтерального содержимого.

Таблица 4 - Полуколичественная оценка содержания нейтральных и кислых гликопротеинов в эпителии культи желудка после ДРЖ в зависимости от типа гастроэнтероанастомоза

Окраска	Интенсивность окраски	Группы больных		
		I группа n=8	II группа n=11	III группа n=8
ШИК – реакция, нейтральные гликопротеины	Низкая 0-1	2(25,0)	4 (36,4)	3(37,5)
	Умеренная 2-3	5(62,5)*	3 (27,3)	0 (0)
	Высокая 4	1(12,5)*	4 (36,4)	5(62,5)
АС – рН 2,5, сиалогликопротеины	Низкая 0-1	7(87,5)*	7 (63,7)	3(37,5)
	Умеренная 2-3	0 (0)	2 (18,2)	0 (0)
	Высокая 4	1(12,5)*	2 (18,2)	5(62,5)
АС – рН 1,0 сульфогликопротеины	Низкая 0-1	7(87,5)*	7 (63,7)	3(37,5)
	Умеренная 2-3	0 (0)	2 (18,2)	0 (0)
	Высокая 4	1(12,5)*	2 (18,2)	5(62,5)

Примечание: *- статистически значимые ($p < 0,05$) отличия от показателей пациентов III группы (точный критерий Фишера). АС – окраска альциановым синим.

Манометрическая оценка пищеводно-желудочного перехода показала, что в группе пациентов после ДРЖ с КПГЭА, технология которой предусматривает низведение нижнего пищеводного сфинктера (НПС) в брюшную полость и формирование фундопликационной манжеты, показатели протяженности и тонуса пищеводно-желудочного клапана приближаются к показателям здоровых лиц. Восстановление абдоминальной позиции НПС и устранение ГПОД, которые входят как компонент хирургической технологии, приводят к полному отсутствию плато давления и двойной реверсии дыхания эзофагокардиоманометрических кривых (табл. 5).

Таблица 5 - Манометрические показатели состояния
пищеводно-желудочного перехода у больных, перенесших ДРЖ в
зависимости от типа гастроэнтероанастомоза

Показатели	Группы обследованных			
	Контроль (n=10)	I группа (n=12)	II группа (n=11)	III группа (n=8)
Общая длина НПС, мм	38,7±1,8	37,8±1,6 [♦]	35,3±1,6 [♦]	28,3±1,4*
Длина абдоминальной части пищевода, мм	15,6±1,2	16,1±1,5 [♦]	13,8±1,2	10,6±1,5*
Тонус НПС, мм рт. ст.	17,8±1,5	18,1±1,4 [♦]	13,6±1,6*	11,7±1,2*
ТРНПС, N/час	2,1±0,6	1,8±0,4 [♦]	4,1±0,8*	5,8±0,7*
Плато давления, абс. (%%)	0 (0)	0 (0) [♦]	2 (18,2%)	3 (37,5%)*
Двойная реверсия дыхания, абс. (%%)	0 (0)	0 (0) [♦]	2 (18,2%)	3 (37,5%)*

Примечание: * - отмечены статистически значимые отличия по сравнению со здоровыми, [♦] - статистически значимые отличия с III группой (p<0,05). НПС – нижний пищеводный сфинктер; ТРНПС – транзиторные релаксации нижнего пищеводного сфинктера.

При изучении моторной функции верхних отделов ЖКТ у пациентов после ДРЖ отмечено увеличение отношения времени активности к продолжительности покоя, а также укорочение III фазы ММК. Такая перестройка связана с децентрализацией иннервации желудка и тонкой кишки после ДРЖ и активацией автономных механизмов интрамуральной нервной системы, осуществляющих процессы сокращения. Вследствие пересечения нервных путей после резекции нарушается рефлекторное взаимодействие частей пищеварительной трубки, одним из проявлений этого является увеличение доли ретроградных волн в составе ММК. Ретроградные волны у пациентов после ДРЖ по Б-I составили 46,0%, у пациентов после Б-II - 59,0% от всех волн, против 14,0% в группе после ДРЖ с КПГЭА (p<0,05). У 36,4% больных после ДРЖ по Б-I и у 62,5% после Б-II регистрировались моменты прохождения ММК по отводящей петле, во время которого повышение базального давления в ней распространялось и в полость культи желудка, что указывает на отсутствие анатомического и физиологического разобщения культи желудка и

нижележащих отделов ЖКТ. Эти факты косвенно подтверждают наличие систематического заброса дуоденального содержимого в полость культи желудка с нарушением гастроэнтерального эвакуаторного процесса.

У 82% пациентов после ДРЖ с КПГЭА отмечалась трансформация моторной активности псевдопилорического канала культи желудка в виде увеличения амплитуды и частоты сокращений. Возникновение этого феномена, как компенсаторно-приспособительной реакции оперированного желудка, мы связываем с увеличением пропульсивной активности фундального отдела, необходимой для постепенного порционного продвижения пищевых масс в тонкую кишку через искусственно созданный привратник – желудочную трубку с КПГЭА, моделирующими функцию пилорического сфинктера. Изучение миграции ритмической активности из желудка через анастомоз в ДПК и тонкую кишку показало, что в сроки более 1 года после операции III фаза или активность, подобная III фазе, возникала в тощей кишке согласованно с ритмичной активностью культи желудка у 72% обследованных после ДРЖ с КПГЭА, тогда как после ДРЖ по Б-I – у 29% ($p < 0,05$). У остальных пациентов культи желудка, ДПК и тонкая кишка функционировали изолированно друг от друга. Восстановление координации желудка, ДПК и тонкой кишки возможно в результате достаточной регенерации интрамуральных нервных сетей в области ГЭА и отсутствия грубых повреждений в стенках органов.

Оценка качества жизни (КЖ) с помощью опросника SF-36 показала, что у пациентов после ДРЖ по Б-I показатели «болевого симптома», «общее здоровье», «суммарные измерения физического здоровья», «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование», «суммарные измерения психологического здоровья» статистически значимо отличались от здоровых лиц, а такие показатели, как «физическое функционирование» и «ролевое физическое функционирование»

отличались как от здоровых лиц, так и от пациентов после ДРЖ с КППЭА (рис. 5).

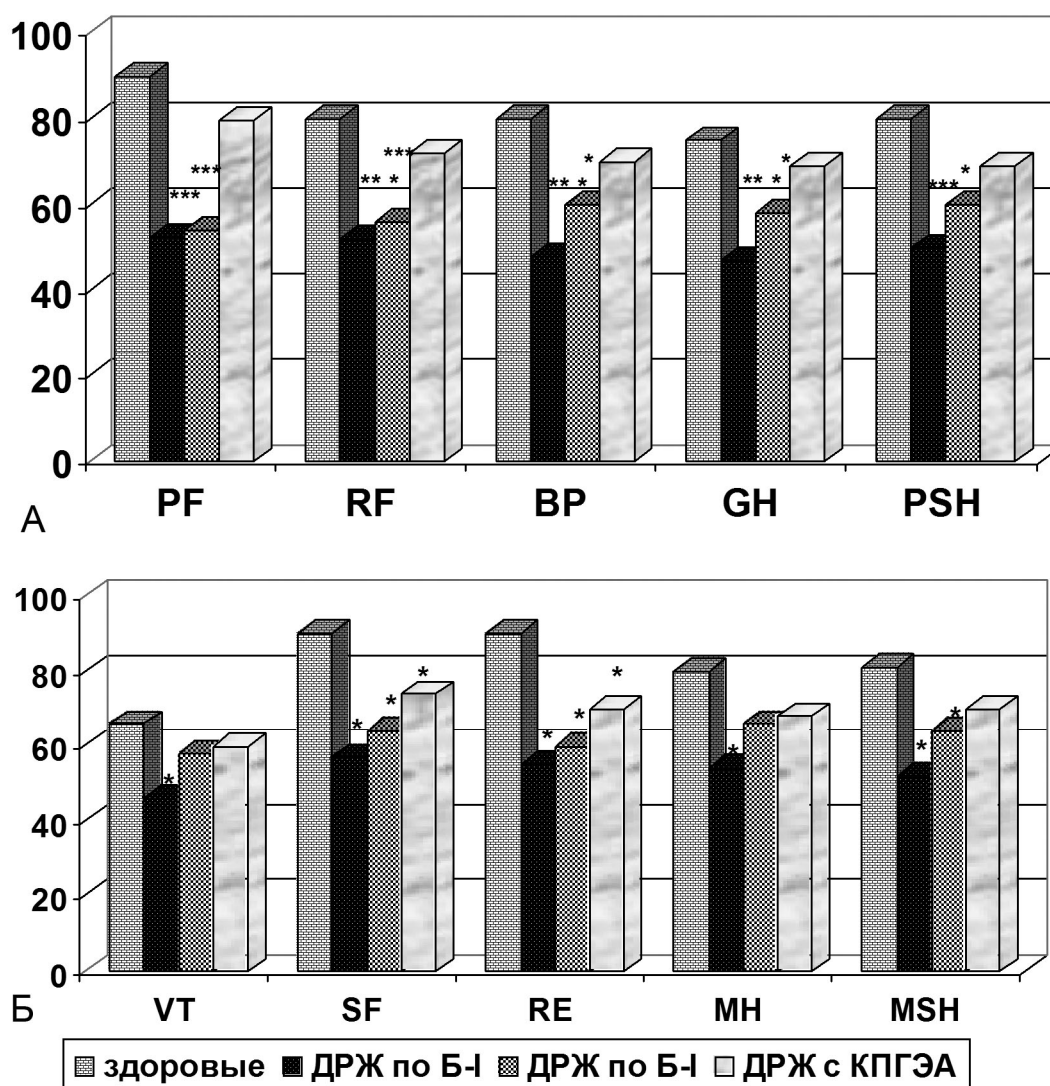


Рисунок 5. Параметры физического (А) и психического (Б) здоровья у пациентов после ДРЖ по Бильрот-I, Бильрот-II и после ДРЖ с КППЭА в отдаленном послеоперационном периоде. PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; BP – болевой симптом; GH – общее здоровье; PSH – суммарные измерения физического здоровья. VT – жизнеспособность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; MH – психическое здоровье; MSH – суммарные измерения психологического здоровья. (*) – статистически значимые отличия от показателей здоровых лиц ($p < 0,05$). ** - статистически значимые отличия от показателей от пациентов после ДРЖ с КППЭА ($p < 0,05$).

У пациентов после ДРЖ с КППЭА показатели «социальное функционирование», «ролевое эмоциональное функционирование» отличались в сторону снижения от здоровых лиц ($p < 0,05$), по остальным шкалам наблюдается снижение показателей, не достигающее при этом статистической значимости. У больных после ДРЖ по Б-II отмечено статистически значимое снижение показателей КЖ по шкалам: «физическое функционирование», «ролевое физическое функционирование», «болевого симптома», «общее здоровье», «суммарные измерения физического здоровья», по сравнению с пациентами после ДРЖ с КППЭА, что связано, по нашему мнению, с более выраженными морфо-функциональными нарушениями гастродуоденального комплекса. Остальные параметры КЖ не имели различий в обеих группах.

Проведенный нами анализ отдаленных результатов традиционных способов выполнения дистальной резекции желудка позволяет говорить о том, что они соответствуют результатам, полученным в ведущих хирургических клиниках страны [2-5, 7, 8, 10]. Разработанные нами технологии первичной еюногастропластики с КППЭА с различными вариантами восстановления непрерывности верхних отделов ЖКТ характеризуются минимальной частотой развития послеоперационных патологических синдромов, обеспечивает снижение частоты синдрома диспепсии, демпинг-синдрома, частоты и степени выраженности хронического гастрита культи желудка, ГЭР. Метод обеспечивает восстановление порционности эвакуации пищевого химуса, резервуарной и разобщающей функции, периодичности и координации моторной деятельности оперированного желудка, повышение уровня качества жизни пациентов.

Выводы

1. Дистальная резекция желудка с концево-петлевым гастроэнтероанастомозом в отдаленном периоде имеет преимущества

перед резекцией желудка по способам Бильрот I и II, выражающиеся более низкой частотой и степенью диспепсического синдрома, демпинг-синдрома, рефлюкс-эзофагита и гастрита, меньшей частотой и активностью атрофических и диспластических процессов в слизистой оболочке культи желудка, более высокими параметрами качества жизни пациентов.

2. Концево-петлевой анастомоз, проявляя себя как функционирующая структура, обеспечивает восстановление периодичности и координации моторной деятельности культи желудка, порционность эвакуации пищи, препятствует рефлюксу дуоденального/энтерального содержимого в культю желудка, предупреждает развитие постгастрорезекционных синдромов.

Литература.

1. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Издательство «Триада Х», 1998. – С. 36 – 40.
2. Богомолов Н.И., Дученко Б.Ф., Томских Н.Н. Постгастрорезекционные синдромы. – Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. - №1. – С. 30 – 31.
3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Кубачев К.Г., Заркуа Н.Э., Борисов А.А. Хирургическое лечение при хронических гастродуоденальных язвах. - Вестн. хир. – 2002. – Т. 161, № 6. – С. 49 – 52.
4. Еременко П.В., Колтович А.П. Морфофункциональные особенности культи желудка после различных видов его резекций при язвенной болезни. - Вестн. хир. – 2003. – Т. 162, № 4. – С. 17 – 21.
5. Жерлов Г.К., Кошель А.П. Функциональные результаты операции формирования «искусственного желудка» после гастрэктомии и субтотальной резекции желудка. - Вестн. хир. – 2001. – Т. 160, № 4. – С. 22 – 26.
6. Курыгин А. А., Багаев В. А., Курыгин Ал. А., Сысоева Л. И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях. – СПб.: Наука, 1994. – 202 с.
7. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Сочетанные постгастрорезекционные синдромы. - Вестн. хир. – 2002. – Т. 161, № 1. – С. 23 – 28.
8. Овчинников В.А., Меньков А.В. Выбор способа хирургического лечения пептических язв оперированного желудка. – Хирургия. – 2000. - № 11. – С. 15 – 18.
9. Оноприев В.И., Корочанская Н.В., Бендер Л.В., Клименко Л.И. Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. – Краснодар: Издательство «Печатный двор Кубани», 2001. – 176 с.
10. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Годжелло Э.А. Ранний рак и предопухолевые заболевания желудка. – М.: ИздАТ, 2002. - 256 с.
11. Fukuhara K., Osugi H., Takada N., Takemura M., Higashino M., Kinoshita H. Reconstructive procedure after distal gastrectomy for gastric cancer that best prevents duodenogastroesophageal reflux. – World. J. Surg. - 2002. - Vol. 26, № 12. – P. 1452 - 1457.
12. Jebbink H.J., van Berge-Henegouwen G.P., Akkermans L.M., Smout A.J. Small intestinal motor abnormalities in patients with functional dyspepsia demonstrated by ambulatory manometry // Gut . –1996.– Vol.38, N5. –P. 694-700.
13. Kunze W., Furness J. Enteric nervous system and regulation of intestinal motility // Annu. Rev. Physiol. –1999.– Vol.61, – P. 117–142.