

УДК: 616-006.699:617-089

**Е.Б. ИЖАНОВ<sup>1</sup>, С.К. МЕНБАЕВ<sup>1</sup>, Р.Е. КАДЫРБАЕВА<sup>1</sup>**<sup>1</sup>Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан

## Роль катетерной еюностомы при несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза: клинический случай

**Актуальность.** В последнее время на фоне снижения общей заболеваемости раком желудка (РЖ) отмечается рост заболеваемости раком проксимального отдела желудка и кардиоэзофагеальной области, частота которых достигает 37% среди всех локализаций РЖ. В то же время большинство пациентов с кардиоэзофагеальным раком (КЭР) поступают в стационар уже с распространенными формами рака этой локализации. По данным ряда исследователей, в 80-85% случаев КЭР диагностируется при III-IV стадиях опухолевого процесса. Смертность от рака желудка проксимальных локализаций занимает 6 место по причине смерти от рака и 9 место в общей смертности во всем мире.

В современной литературе недостаточно освещены консервативное лечение несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов при КЭР и РЖ с распространением на пищевод.

Несмотря на совершенствование хирургической техники лечения рака желудка и пищевода, частота послеоперационных осложнений остается довольно высокой по причине высокой сложности и травматичности данных операций. Наиболее опасным осложнением является несостоятельность пищеводно-тонкокишечного анастомоза. По данным литературы, данное осложнение развивается у 2-14% пациентов. Согласно результатам ретроспективного многоцентрового исследования, несостоятельность анастомоза была причиной смерти в течение 30 дней в 30% всех случаев. По данным Aurello, общий уровень смертности составляет 26,32%. Полное заживление анастомоза может быть достигнуто в интервале от 7 до 28 дней в группе, получающей консервативное лечение. Консервативный подход всегда следует рассматривать как метод выбора.

Цель исследования – оценка эффективности катетерной еюностомии как метода консервативной терапии несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза при операциях по поводу рака желудка.

**Результаты.** Представленный клинический случай демонстрирует, что при несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза консервативная терапия, включающая адекватное дренирование брюшной полости, контроль уровня общего белка в крови, поддержание стабильного гомеостаза на фоне адекватной нутритивной поддержки через катетерную еюностому, позволяет достичь полного заживления пищеводно-кишечного анастомоза.

**Заключение.** Внедренная методика катетерной еюностомии позволяет ограничить хирургический метод как выбор при несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза. Адекватная нутритивная поддержка пациентов позволяет сохранить показатели гомеостаза в пределах нормы, что в конечном итоге приводит к заживлению возникшего осложнения.

**Ключевые слова:** рак желудка, несостоятельность пищеводно-тонкокишечного анастомоза, катетерная еюностомия.

**Введение.** В последнее время на фоне снижения общей заболеваемости раком желудка (РЖ) отмечается рост заболеваемости раком проксимального отдела желудка и кардиоэзофагеальной области, частота которых достигает 37% среди всех локализаций опухолевого поражения желудка [1]. В то же время, большинство пациентов с кардиоэзофагеальным раком (КЭР) поступают в стационар уже с распространенными формами рака этой локализации. В 80-85% случаев КЭР диагностируется при III-IV стадиях опухолевого процесса. В Великобритании на момент постановки первичного диагноза у 50% пациентов опухоль нерезектабельна, либо имеются отдаленные метастазы [2]. Смертность от рака желудка проксимальных локализаций занимает 6 место по причине смерти от рака и 9 место в общей смертности во всем мире [3].

Несмотря на совершенствования хирургической техники лечения рака желудка и пищевода, частота

послеоперационных осложнений остается довольно высокой в связи с высокой сложностью и травматичностью данных операций. Самым опасным осложнением является несостоятельность пищеводно-тонкокишечного анастомоза. По данным литературы, данное осложнение развивается у 2-14% пациентов [1]. Согласно результатам ретроспективного многоцентрового исследования, несостоятельность анастомоза была причиной смерти в течение 30 дней в 30% всех случаев [4]. Общий уровень смертности составляет 26,32% [5]. Согласно сообщенным данным, полное заживление анастомоза происходит в течение 7 до 28 дней на фоне консервативного лечения. Консервативный подход всегда следует рассматривать как лечение выбора [5].

В современной литературе недостаточно освещены консервативное лечение несостоятельности пищеводно-кишечных анастомозов при кардиоэзофагеальном

раке и раке желудка с распространением на пищевод. Данная категория пациентов представляет несомненный научный и практический интерес.

В статье представлен случай успешной консервативной терапии с использованием катетерной еюностомии при лечении пациента с несостоятельностью пищевода-тонкокишечного анастомоза.

**Информация о пациенте.** Пациент Б. 67 лет поступил в центр торакальной онкологии АО «КазНИИОиР» с диагнозом: «Рак проксимального отдела желудка с распространением абдоминальный отдел пищевода. St.III. T3NxM0. Дисфагия – III степени»

**Анамнез заболевания:** Со слов пациента, болеет с января 2017 г., когда впервые появились жалобы на общую слабость, боль в эпигастрии. В динамике отмечает затрудненное прохождение грубой и густой пищи, снижение веса на 7-8 кг в течение 3-х месяцев. При обследовании на ФЭГДС заключение: «Рак кардиального отдела желудка с переходом на нижнюю треть пищевода? Стеноз. Гистология – Аденокарцинома, G-II желудка». Пациент госпитализирован в КазНИИОиР в центр торакальной онкологии для проведения оперативного лечения.

**Общее состояние при поступлении:** Общее состояние относительно удовлетворительное, стабильное. Сознание ясное, адекватность сохранена. АД: 120/80 мм рт.ст. Пульс: 80/мин. Температура: 36,4°C. С. Дыхание везикулярное, ЧДД 15/мин, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Язык влажный. Живот мягкий, симметричен, не вздут. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное. Перистальтика активная. Дефекация самостоятельная.

**Данные исследований при поступлении:**

**Рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка:** Пищевод свободно проходим до наддиафрагмального сегмента, где отмечается «стоп контраст». При отсроченном исследовании через 30 мин, 60 мин, 180 мин поступления контраста в нижележащие отделы не отмечается, выражено стойкое нитевидное сужение пищевода. Оценить протяженность поражения не представляется возможным – из-за недостаточного поступления контраста в нижележащие отделы. Заключение: Рентген-картина органического декомпенсированного стеноза пищевода, более характерного для бластомы (рисунок 1).

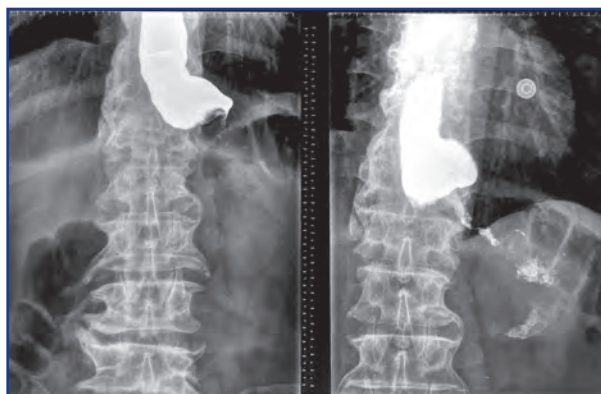


Рисунок 1 - Исходный снимок, бластома кардиоэзофагеальной зоны

**Компьютерно-томографическое исследование при поступлении:** КТ- картина органического поражения абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка. Не исключается вовлечение в процесс хвоста поджелудочной железы. Лимфоаденопатия парагастральных, интрааортокоавальных, парааортальных лимфоузлов. Метастазы?

**Проведенное оперативное лечение:** Комбинированная расширенная гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода, ЛД-Д2. Катетерная еюностомия.

**Лабораторные анализы на 3- сутки после операции:** Общий белок - 57,4 г/л, лейкоциты, WBC - 11,61;

**Лабораторные анализы на 18-ые сутки после операции:** Общий белок - 69,6; WBC - 17,23;

**Лабораторные анализы на 30-ые сутки после операции:** Общий белок - 62,2 г/л, лейкоциты, WBC - 6,53;

**Лабораторные анализы на 45-ые сутки после операции:** Общий белок - 65,8 г/л, лейкоциты, WBC - 16,45;

**Лабораторные анализы на 48-ые сутки после операции:** лейкоциты, WBC - 6,0;

**Послеоперационная гистология** - Аденокарцинома, GII желудка с прорастанием всех слоев стенки и инвазией в сальник, с очагами камедонекрозов. В лимфатических узлах №1, 3,6,7,8,9,12 - метастазов опухоли не обнаружено. В лимфатическом узле №2, лимфатических узлах малого сальника определяется метастаз. Большой сальник обычного строения.

В раннем послеоперационном периоде на 6-е сутки после удаления дренажной трубки из раны брюшной полости слева поступает кишечное отделяемое. Было рекомендовано рентгеноконтрастное исследование пищевода-тонкокишечного анастомоза.

**Рентгеноконтрастное исследование пищеводно-кишечного анастомоза:** Рентген-картина состояния после операции (гастрэктомии), несостоятельность анастомоза, нарушение иннервации тонкой кишки (рисунок 2).

Учитывая клинико-рентгенологические данные несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза, пациенту ограничили питание per os, нутритивная поддержка проводилась исключительно через катетерную еюностомия. Пациенту в брюшную по-

лость слева, через старый ход была повторно установлена дренажная трубка. Проводилось промывание дренажной трубки антисептическими растворами (фурацилин, бетадин).

**На 21-ые сутки после операции при контроль-**

**ном рентгеноконтрастном исследовании пищеводно-кишечного анастомоза:** Рентген-картина состояния после операции (гастрэктомия), несостоятельность анастомоза, нарушение иннервации тонкой кишки. В динамике – стабильная картина (рисунок 3).



Рисунок 2 - 6-ые сутки после гастрэктомии

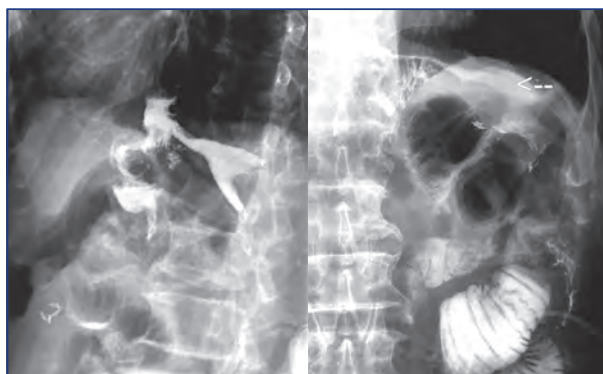


Рисунок 3 - 21-ые сутки после гастрэктомии

**На 35-ые сутки после операции, при контрольном рентгеноконтрастном исследовании пищеводно-кишечного анастомоза:** Рентген-картина состояния после операции (гастрэктомии), анастомозита, нарушение иннервации тонкой кишки. Нижне-долевая пневмония справа. В динамике отмечается прекращение поступления контраста за пределы ана-

стомоза.

В динамике поступление отделяемого через дренажную трубку не отмечалось, на 36-ые сутки после операции дренажная трубка была удалена. Состояние пациента – с улучшением, пациент был выписан в относительно удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение и лечение.



Рисунок 4 - 36-ые сутки после гастрэктомии

**Выводы:** Данный клинический случай демонстрирует, что консервативная терапия при несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза, включающая адекватное дренирование брюшной полости, контроля уровня общего белка в крови, сохранение стабильного гомеостаза на фоне адекватной нутритивной поддержки через катетерную еюностому, позволяет достичь полного заживления пищеводно-кишечного анастомоза.

**Список использованных источников:**

1. Черноусов А.Ф. и др. Несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза у пациентов с кардиоэзофагеальным раком // *Новости хирургии.* – 2011. - № 4. – С. 1623;

2. Волков М.Ю. Оценка эффективности хирургического лечения и качества жизни больных кардиоэзофагеальным раком // *Автореф. дисс.... канд. мед. наук: 14.01.12.* – Томск: Томский научно – исследовательский институт онкологии, 2014 г. – 180 с.

3. Вычужанин Д.В. Хирургическое лечение кардиоэзофагеального рака // *Автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.27.* – Москва: Московская медицинская академия им И.М. Сеченова, 2010. – 133 с.

4. Robb WB, Messager M, Goere D, et al. Predictive factors of postoperative mortality after junctional and gastric adenocarcinoma resection // *JAMA Surg.* – 2013. – №148 – P. 624-631;

5. Aurello P., et al. Treatment of Esophagojejunal Anastomosis Leakage: A Systematic Review from the Last Two Decades // *The American Surgeon.* – 2015. – № 5. – P. 450 – 453.

## ТҰЖЫРЫМ

**Е.Б. Ижанов<sup>1</sup>, С.К. Менбаев<sup>1</sup>, Р.Е. Кадырбаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>«Қазақ онкология және радиология ғылыми - зерттеу институты» АҚ, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

### Өңеш - аш ішек анастомозы жеткіліксіздігі кезіндегі катетерлік еюностомияның рөлі: клиникалық жағдай

Өзектілігі. Соңғы жылдары асқазан обырымен аурушаңдықтың төмендеуіне қарамастан, асқазанның проксималды бөлігі мен кардиоэзофагеальды аймағының обырымен ауру көрсеткіші жоғарылауы байқалады. Бұл аймақтың аурулары барлық асқазан обырының 37%-н құрайды. Кардиоэзофагеальды аймақтың обырымен ауыратын науқастардың көпшілігі асқынып кеткен сатыларда ғана дәрігерлердің көмегіне жүгінеді. Зерттеушілердің деректеріне сүйенсек, науқастардың 80-85%-ы Ш-IV сатыларда анықталады. Асқазанның проксималды бөліктерінің обыры себебінен болатын өлім-жітім көрсеткіші статистика бойынша обыр себебінен болатын өлім-жітім көрсеткіштерінің ішінде 6-орынға табан тіресе, жалпы өлім - жітім көрсеткіші бойынша 9-орынды алады.

Қазіргі әдебиет көздерінде өңеш - аш ішек анастомозының жеткіліксіздігін консервативті емдеу жолдары жете зерттелмеген. Асқазан мен өңеш хирургиясын емдеу техникасының күннен күнге дамып келе жатқанына қарамастан, осы оталардың жасалу қиындығының жоғары болу себепті операциялардан кейінгі асқынулар жиілігінің саны азаймай отыр. Солардың ішінде ең қауіпті асқыну өңеш – аш ішек жеткіліксіздігінің анастомозы болып табылады. Әдебиеттердің мәліметтері бойынша аталған асқыну науқастардың 2-14%-ында дамиды. Ретроспективті көпталы зерттеу нәтижелеріне сәйкес, алғашқы 30 күнде аталған асқыну салдарынан науқастардың 30%-ы қайтыс болады. Aurello - ның деректері бойынша жалпы өлім-жітім көрсеткіші 26,32%-ды құрайды [5]. Консервативті ем алған науқастарда анастомоздың жазылуы 1-28 күн аралығында жүреді. Консервативті жүргізу әдісін әрқашан таңдау тәсілі ретінде қарастырған жөн.

Зерттеудің мақсаты. Асқазан обырына жасалатын операциялардан кейін болатын өңеш – аш ішек анастомозы жеткіліксіздігі кезінде катетерлік еюностомияны қолдану тиімділігін бағалау.

Нәтижелері. Біз ұсынып отырған клиникалық жағдай өңеш – аш ішек анастомозы жеткіліксіздігі кезінде құрамына іш қуысын адекватты білте қою, қандағы жалпы ақуыз мөлшерін қадағалау, катетерлік еюностомия арқылы жеткілікті нутритивті қолдауды қамтамасыз ету кіретін консервативті емдеу әдісі анастомоздың толық жазылып кетуіне мүмкіндік беретіндігін көрсетеді.

Қорытынды. Катетерлік еюностомия өңеш – аш ішек анастомозының жеткіліксіздігі кезінде хирургиялық емдеу тәсілін шектеуге көмектеседі, гомеостаз көрсеткіштерін қалыпты сақтай отырып, адекватты нутритивті қолдау жүргізу өз кезегінде пайда болған асқынудың толық жазылуына алып келеді.

**Түйінді сөздер:** Асқазан обыры, өңеш – аш ішек анастомозының жеткіліксіздігі, катетерлік еюностомия.

## ABSTRACT

**Y.B. Izhanov<sup>1</sup>, S.K. Menbaev<sup>1</sup>, R.E. Kadyrbaeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kazakh Institute of Oncology and Radiology, Almaty, the Republic of Kazakhstan

### The role of catheter jejunostomy in the esophageal-intestinal anastomosis failure: clinical case

Relevance: The total incidence of stomach cancer (SC) is decreasing; however, the incidence of cancer of the proximal section of the stomach and cardioesophageal cancer (CEC) is increasing. Together, these two cancers make 37% of all SC localizations. At that, most of the patients with CEC are admitted to hospital at advanced stages of cancer. Some researchers report that 80-85% of CEC cases are diagnosed at stages III-IV of the tumor process. Proximal gastric cancers are the 6th most common cause of death from cancer and the 9th most common cause of death worldwide.

Modern literature does not cover enough the conservative treatment in case of failure of esophageal-intestinal anastomosis in CEC and SC involving the esophagus.

Despite improvements in the surgical method of treating cancer of the stomach and esophagus, postoperative complications are still quite frequent due to the high complexity and trauma of these operations. The failure of the esophageal-intestinal anastomosis remains the most dangerous complication. According to the literature, it develops in 2-14% of patients. In a retrospective multicenter study, the anastomosis failure was the cause of death within 30 days after surgery in 30% of cases. Aurello reports the overall mortality of 26.32%. Complete healing of the anastomosis can be achieved within 7-28 days in the group receiving conservative treatment. A conservative approach should always be considered as a method of choice.

Purpose of the study is to assess the effectiveness of catheter jejunostomy as a method of conservative treatment of esophageal-intestinal anastomosis failure during operations for gastric cancer.

Results: The provided clinical case demonstrates that, in case of esophageal-intestinal anastomosis failure, the conservative treatment, including adequate drainage of the abdominal cavity, control of the total blood protein, maintaining stable homeostasis against adequate nutritional support via a catheter jejunostomy, allows achieving complete healing of the esophageal-intestinal anastomosis.

Conclusion: The implemented catheter jejunostomy technique allows limiting the use of surgical treatment as a method of choice in the failure of esophageal-intestinal anastomosis. Adequate nutritional support of patients allows maintaining the homeostasis indicators within normal limits what ultimately leads to a healing of the occurring complication.

**Keywords:** gastric cancer, failure of esophageal-intestinal anastomosis, catheter jejunostomy.