

УДК 616.3-089.844-089.87-089.168

РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРОПЛАСТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА КИШЕЧНИКА ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

В. А. Лазирский

Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМН Украины, г. Харьков, Харьковский национальный медицинский университет

RESULTS OF GASTROPLASTY, USING ILEOCECAL SEGMENT OF INTESTINE AFTER COMBINED GASTRECTOMY

V. A. Lazirskiy

Несмотря на снижение заболеваемости раком желудка в Украине, сохраняется высокая частота первичного выявления пациентов в запущенных стадиях заболевания. Так, по данным канцер-реестра Украины, в 2009 г. рак желудка в III стадии выявлен у 25,6% больных, в IV стадии — у 31,1%, из них не прожили более 1 года 62,2% [1].

Гастрэктомия является ведущим радикальным методом лечения рака желудка. Наиболее клинически значимыми постгастрэктомическими осложнениями являются рефлюс-эзофагит, демпинг-синдром, агастральная анемия [2 — 4]. Выбор метода восстановления непрерывности пищеварительного канала после гастрэктомии является основным фактором, влияющим на частоту возникновения различных органических и функциональных расстройств пищеварения [5 — 7]. По мнению исследователей, некоторые расстройства пищеварения, возникающие после гастрэктомии, можно предупредить путем создания пищевого резервуара в начальном отделе пищеварительного канала, обеспечивающего депонирование пищи и ее порционное поступление в кишечник [8 — 10].

Цель исследования: изучение результатов гастроластики с применением ИЦС кишечника после комбинированной гастрэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены результаты хирургического лечения 18 больных (основная

Реферат

Представлены результаты лечения 18 больных по поводу местно-распространенного рака желудка, у которых после комбинированной гастрэктомии осуществляли гастроластику с использованием илеоцекального сегмента (ИЦС) кишечника (основная группа). В группу сравнения включены 20 больных, у которых после комбинированной гастрэктомии сформирован концево-петлевой эзофагоjejunoанастомоз. Ранние послеоперационные осложнения возникли в основной группе — у 7 (38,8%) больных, в группе сравнения — у 6 (30%), умерли — соответственно 2 (11,1%) и 2 (10%) больных. Гастроластика с использованием ИЦС кишечника способствовала уменьшению частоты возникновения отдаленных постгастрэктомических синдромов с 58,8 до 11,1%. В группе сравнения медиана выживаемости составила 18,6 мес, в основной группе — медиана выживаемости не достигнута, поскольку исследование продолжается.

Ключевые слова: местно-распространенный рак желудка; гастрэктомия; гастроластика с использованием илеоцекального сегмента кишечника.

Abstract

Results of treatment of 18 patients for locally spread gastric cancer, in whom after combined gastrectomy gastroplasty was accomplished, using ileocecal intestinal segment (the main group), were presented. In a comparison group 20 patients were included, in whom after combined gastrectomy end-to-loop esophagojejunoanastomosis was formed. Early postoperative complications have occurred in the main group — in 7 (38.8%) patients, and in comparison group — in 6 (30%). Postoperatively 2 (11.1%) and 2 (10%) patients died, accordingly. Gastroplasty, using ileo-cecal intestinal segment, have promoted reduction of the remote postgastrectomy syndromes occurrence rate from 58.8 to 11.1%. In a comparison group median survival was 18.6 mo, and in the main — a survival mediana was not achieved, because the investigation still goes on.

Key words: locally spread gastric cancer; gastrectomy; gastroplasty, using ileocecal intestinal segment.

группа) по поводу местно-распространенного рака желудка, в период с 2009 по 2014 г. Возраст больных от 32 до 69 лет, в среднем 57,6 года. Локализация опухоли и распределение по стадиям в соответствии с классификацией TNM приведены в *табл. 1*.

Мужчин было 12 (66,7%), женщин — 6 (33,3%). Всем больным во время реконструктивного этапа операции выполнена гастроластика с использованием ИЦС кишечника.

Наиболее часто наблюдали субтотальное поражение желудка опу-

холью. По данным гистологического исследования, преобладала низкодифференцированная форма аденокарциномы — у 10 (55,5%) больных.

У 8 больных возникло кровотечение из опухоли желудка, у 5 — кровопотеря составила до 1000 мл (I степени), у 3 — до 1500 мл (II степени). У 8 больных выявлен стеноз выходного отдела желудка (у 5 — в стадии компенсации, у 3 — субкомпенсации).

У всех больных отмечена инвазия опухолью соседних органов: у 2

— опухоль кардии распространялась на пищевод (выполнена комбинированная гастрэктомия D2 с резекцией брюшной части пищевода); у 8 — инвазия опухолью тела выходного отдела желудка, поперечной ободочной кишки и ее брыжейки (комбинированная гастрэктомия D2 с резекцией правой половины толстой кишки и сохранением ИЦС); у 3 — опухоль желудка распространялась на поджелудочную железу и брыжейку толстой кишки (выполнена гастрэктомия D2 с дистальной резекцией поджелудочной железы, спленэктомией и резекцией правой половины толстой кишки с сохранением ИЦС). У 4 больных отмечена инвазия опухолью головки поджелудочной железы и брыжейки толстой кишки (выполнена гастрэктомия D2 с панкреатодуоденальной резекцией, резекцией правой половины толстой кишки и сохранением ИЦС). Еще у одного больного отмечен первично множественный рак: рак тела желудка с инвазией головки поджелудочной железы, рак среднегрудной части пищевода (выполнена комбинированная гастрэктомия D2 с плоскостной резекцией головки поджелудочной железы и экстирпацией пищевода с применением абдомиоцервикального досту-

па; во время реконструктивного этапа — эзофагогастропластика с использованием ИЦС кишечника).

У всех больных ИЦС мобилизовали на сосудистой ножке, которая включала подвздошно—ободочные артерию и вену (a. et v. ileocolica).

Для сопоставления изучаемых показателей сформирована группа сравнения, в нее включены 20 больных, которым по поводу рака желудка проведена комбинированная гастрэктомия с формированием петлевого эзофагоэноанастомоза на длинной петле с брауновским межкишечным анастомозом и заглушкой приводящей петли по А. А. Шалимову. Мужчин — 13 (65,0%) женщин — 7 (35,0%), возраст больных в среднем 59,3 года. Группы сопоставимы по изучаемым показателям.

В сроки от 1 до 24 мес проведено в динамике функциональное обследование 13 больных основной группы и 17 — группы сравнения (начиная с 6 мес — только выжившие пациенты), у которых, помимо клинических, биохимических, иммунологических исследований, проводили ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эзофагогастродуоденофиброскопию, рентгеноконтрастное исследование. У всех больных основной группы вы-

полняли биопсию из тонко— и толстокишечной части илеоцекального трансплантата.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из 8 больных основной группы, у которых возникло кровотечение из изъязвленной опухоли желудка, продолжающееся кровотечение отмечено у 2 (15,0%), у обоих достигнут эндоскопический гемостаз.

Наиболее частой причиной выполнения гастропластики с использованием ИЦС кишечника было распространение опухоли желудка на поперечную ободочную кишку и ее брыжейку (у 8 больных) и прорастание опухоли поджелудочной железы и брыжейки толстой кишки в области средней ободочной артерии (a. colica media) (у 4). В такой клинической ситуации, помимо гастрэктомии, выполняли резекцию толстой кишки.

Данные периоперационного периода представлены в *табл. 2*.

Выполнение гастропластики с применением ИЦС сопровождалось незначительным увеличением продолжительности операции, кровопотери и объема гемотрансфузии. Особенностью предложенной операции является выполнение комбинированной гастрэктомии с резекцией правой половины толстой кишки с сохранением ИЦС на питающей сосудистой ножке с последующим его перемещением в желудочную позицию после аппендэктомии.

Данные о характере и частоте осложнений приведены в *табл. 3*.

В основной группе ранние осложнения возникли у 7 (38,8%) больных, в группе сравнения — у 6 (30%), различия недостоверны.

В раннем послеоперационном периоде умерли 2 (11,1%) больных

Таблица 1. Локализация опухоли желудка и стадия по классификации TNM

Локализация опухоли желудка	Число больных	Стадия TNM
Кардиальная часть	1	T4N1M0G3
	1	T4N1M0G2
Тело	2	T4N1M0G3
	1	T4N2M0G3
Выходной отдел	2	T4N1M0G3
	2	T4N1M0G1
Субтотальное поражение	4	T4N1M0G3
	2	T4N1M0G1
	3	T4N2M0G2

Таблица 2. Периоперационные результаты

Показатель	Величина показателя в группах ($\bar{x} \pm m$)	
	сравнения	основной
Продолжительность операции, мин	201 ± 20,5	233 ± 25,3
Интраоперационная кровопотеря, мл	439,4 ± 172,3	515,5 ± 326,5
Периоперационная трансфузия, мл	289,1 ± 104,2	405,7 ± 206,3
Продолжительность лечения больного в стационаре после операции, дней	13,9 ± 4,2	19,3 ± 6,1

основной группы и 2 (10,0%) — группы сравнения.

По данным рентгенологического исследования в сроки от 21 сут до 12 мес после операции у больных основной группы выявлено порционное поступление контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку, его рефлюкс в тонкокишечную часть трансплантата и пищевод в положении Тренделенбурга не выявлен.

Эндоскопическое исследование проведено у 12 больных основной группы и 14 — группы сравнения в сроки от 1 до 12 мес. Для видеоэндоскопии применяли аппарат Olympus (Evis Exera II) GIF — H 180 (Япония). В основной группе дуодено—илеоэзофагеальный рефлюкс не выявлен. Слизистая оболочка пищевода розовая, без признаков воспаления. Илеоцекальный клапан сомкнут, легко расправляется при инфуляции воздуха. Слепая кишка без признаков воспаления (см. рисунок).

Отдаленные (в сроки от 1 мес) осложнения после операции возникли у 2 (11,1%) больных основной группы и 10 (58,8%) — группы сравнения ($p < 0,05$), преимущественно рефлюкс—эзофагит — у 5.

У всех больных обеих групп после операции проведено не менее 3 курсов химиотерапии в сроки от 1 до 6 мес. Базовыми препаратами были фторурацил и цисплатина. В группе сравнения медиана выживаемости составила 18,6 мес. В сроки от 6 до 12 мес из 16 оперированных больных основной группы умерли 7 (38,9%), из них 6 — вследствие прогрессирования рака, 1 — от причин, не связанных с основным заболеванием, еще 3 — умерли в сроки от 12 до 24 мес. Медиана выживаемости в основной группе не достигнута, поскольку исследование не окончено, 4 пациента живы.

Анализируя распространение опухоли и морфологические особенности, следует отметить преобладание низкодифференцированных (55,5%) с инфильтративным ростом форм опухоли и субтотальным поражением желудка (50%), что сопровождалось инвазией соседних органов без выраженного лимфо-

Таблица 3. Ранние послеоперационные осложнения в группах больных

Осложнение	Число наблюдений в группах	
	сравнения	основной
Двусторонний плеврит	1	2
Несостоятельность швов эзофагоилеоанастомоза	-	1 (1)
Панкреатический свищ	1	1
Анастомозит	1	-
Тромбоз воротной вены	1 (1)	-
Пневмония	-	1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	-	1 (1)
Панкреонекроз и перитонит	1 (1)	-
Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки	1	-
Поддиафрагмальный абсцесс	-	1
Всего ...	6 (2)	7 (2)
<i>Примечание.</i>	В скобках указано число умерших.	

генного распространения. Эти результаты соответствуют данным других исследований [2, 4, 11].

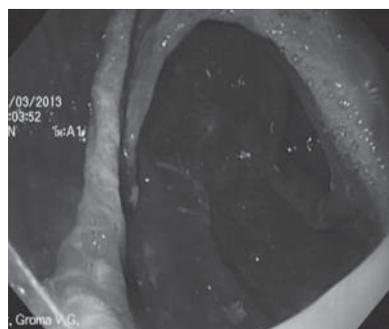
Одним из наиболее частых вариантов распространения опухоли желудка является инвазия толстой кишки [5, 11]. В наших наблюдениях, наряду с инвазией поджелудочной железы, этот вариант распространения опухоли желудка выявляли наиболее часто (в 32,4% наблюдений). В такой клинической ситуации необходимость резекции толстой кишки навела нас на мысль о выполнении гастропластики с использованием ИЦС кишечника, что позволило избежать целого ряда функциональных постгастрэктомических расстройств и протезировать резервуарную, порционно—эвакуаторную и моторную функции желудка с вклю-

чением в пищеварение двенадцатиперстной кишки. Выполнение такой реконструкции не сопровождалось увеличением частоты ранних послеоперационных осложнений, летальности, рефлюкс—эзофагита, что выявляют с различной частотой при других видах гастропластики [3, 6, 10]. В отдаленном периоде отмечено значительное уменьшение частоты функциональных постгастрэктомических расстройств. У 8 (40,0%) больных группы сравнения в отдаленном периоде возник рефлюкс—эзофагит, что обусловило у 3 из них формирование стриктуры анастомоза. У 2 больных анастомоз сформирован с помощью циркулярного сшивающего аппарата. Эндоскопическая баллонная дилатация оказалась эффективной у 1 больного. У 2 больных (аппаратный шов анастомоза) выполнена реконструкция эзофагоилеоанастомоза с наложением ручного шва.

Выводы

1. Гастропластика с использованием ИЦС кишечника не сопровождается существенным увеличением травматичности, продолжительности операции, частоты послеоперационных осложнений, а при инвазии опухоли поперечной ободочной кишки может быть рекомендована в качестве метода выбора.

2. Гастропластика с использованием ИЦС кишки обеспечивает оптимальную реконструкцию верхних



Эндофото.
Больной З., 60 лет.
Зона илеоцекального клапана через 3 мес после гастропластики с использованием сегмента кишки.

отделов пищеварительного канала с формированием резервуара, содержащего естественный клапанный механизм, и включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки.

3. Гастропластика с использованием ИЦС кишечника обеспечивает улучшение качества жизни оперированных больных, уменьшение частоты функциональных постгастрэктомических расстройств в отдаленном послеоперационном периоде с 58,8 до 11,1%.

Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2001. — Т. 160, № 4. — С. 22 — 26.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рак в Україні 2008 — 2009: Бюлетень Національного канцер-реєстру України. — К.: Нац. ін-т раку, 2010. — № 11. — 112 с.
2. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г. В. Бондарь, Ю. В. Думанский, А. Ю. Попович, В. Г. Бондарь // Онкология. — 2006. — Т. 8, № 2. — С. 171 — 175.
3. Impact of the biliary diversion procedure on carcinogenesis in Barrett's esophagus surgically induced by duodeno-esophageal reflux in rats / K. Nishijima, K. Miwa, T. Miyashita [et al.] // Ann. Surg. — 2004. — Vol. 240, N 1. — P. 57 — 67.
4. Имянитов Е. Н. Эпидемиология и биология рака желудка / Е. Н. Имянитов // Практик. онкология. — 2009. — Т. 10, № 1. — С. 1 — 7.
5. Бондарь В. Г. Комбинированное вмешательство по поводу местно-распространенного рака дистального отдела желудка / В. Г. Бондарь // Клін. хірургія. — 2004. — № 1. — С. 24 — 26.
6. Жерлов Г. К. Функциональные результаты операции формирования "искусственного желудка" после гастрэктомии и субтотальной резекции желудка / Г. К. Жерлов, А. П. Капель //
7. Nutricional status of gastric cancer patients after total gastrectomy / J. M. Bae, J. W. Park, H. K. Yang, J. P. Kim // World J. Surg. — 1998. — Vol. 22, N 3. — P. 254 — 260.
8. Cecum reservoir / M. Von Flue, J. Metzger, C. Hamel [et al.] // Chirurg. — 1999. — Bd. 70, H. 5. — S. 552 — 561.
9. Cuschieri A. Jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy for cancer: experience in 29 patients / A. Cuschieri // Br. J. Surg. — 1990. — N 77. — P. 421 — 424.
10. Kono K. Improved quality of life with jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy / K. Kono // Am. J. Surg. — 2003. — Vol. 185. — P. 150 — 154.
11. Стилиди И. С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространенного рака желудка / И. С. Стилиди, С. Н. Неред // Практик. онкология. — 2008. — Т. 10, № 1. — С. 20 — 27.

