



В. А. Лазирский

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМН
Украины», г. Харьков

Харьковский национальный
медицинский университет

© Лазирский В. А.

ИЛЕОЦЕКАЛЬНАЯ ГАСТРОПЛАСТИКА НА РЕКОНСТРУКТИВНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

Резюме. Проанализирован опыт лечения 18 больных с местно-распространенным раком желудка, которым после комбинированной гастрэктомии выполнена гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника. Группу сравнения составили 20 больных с местно-распространенным раком желудка, которым после комбинированной гастрэктомии сформирован концево-петлевой эзофагоэюноанастомоз. Через 1 мес. и более обследованы 13 больных основной и 17 из группы сравнения. Отмечено относительное увеличение ранних послеоперационных осложнений у больных основной группы – 38,8 % (7 больных) против 30,0 % (6 больных) в группе сравнения и летальности – 11,1 % (2 случая) и 10,0 % (2 случая) соответственно. Гастропластика илеоцекальным сегментом способствовала снижению числа отдаленных пост-гастрэктомических синдромов с 58,8 (10 больных группы сравнения) до 11,1 % (2 больных). В группе сравнения медиана выживаемости составила 18,6 месяцев, в основной группе медиана выживаемости не достигнута, поскольку исследование носит проспективный характер

Ключевые слова: *местно-распространенный рак желудка, гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника.*

Введение

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости раком желудка в Украине сохраняется высокий процент первично выявленных больных с запущенными стадиями заболевания. Так, по данным канцер-реестра Украины в 2009 году рак желудка в III стадии выявлен у 25,6 % больных, в IV стадии – у 31,1 % больных. Из них не прожили более года 62,2 % больных [6].

Гастрэктомия остается ведущим радикальным методом лечения рака желудка. Выбор метода восстановления непрерывности пищеварительного тракта после гастрэктомии является главным фактором, влияющим на частоту развития различных органических и функциональных расстройств пищеварения [2, 3, 6, 10]. Наиболее клинически значимые постгастр-эктомические расстройства: рефлюс-эзофагит, демпинг-синдром, агастральная анемия [3, 4, 9, 11]. По данным ряда авторов рефлюкс-эзофагит возникает у 30,0–55,0 % больных вне зависимости от способа реконструкции – по Ру или петлевой пластики [3, 10, 12].

Гастрэктомия сопровождается безвозвратной потерей не только резервуарной и моторной, но и секреторной функций желудка. По мнению исследователей некоторые расстройства пищеварения, возникающие после гастрэктомии, можно предупредить создани-

ем пищевого резервуара в начальном отделе пищеварительного тракта, обеспечивающего депонирование пищи и ее порционное поступление в кишечник [5, 8, 10, 11].

Цель исследования

Изучение результатов гастропластики илеоцекальным сегментом после комбинированной гастрэктомии у больных с местно-распространенным раком желудка.

Материалы и методы исследований

Нами исследованы результаты хирургического лечения 18 больных основной группы с местно-распространенным раком желудка, находившихся на лечении с 2009 по 2012 г. в возрасте от 32 до 69 лет. Средний возраст составил 57,6 лет. Из них мужчин – 12 (66,7 %), женщин – 6 (33,3 %). Всем больным на реконструктивном этапе после гастрэктомии выполнена гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника. Локализация опухоли и стадирование по классификации TNM приведены в табл. 1.

Исходя из данных таблицы наиболее часто отмечено субтотальное поражение желудка опухолью – 9 (50,0 %), рак желудка локализовался в кардиальном отделе у – 2 (11,1 %) больных. Преобладали больные с низкодифференцированными формами аденокарциномы – 10 (55,5 %).

Таблиця 1

Локалізація опухолі желудка и распределение больных основной группы по классификации TNM

№ п/п	Локалізація опухолі	Кількість больних	Стадія TNM
1.	Кардіальний відділ желудка	1 1	T ₄ N ₁ M ₀ G ₃ T ₄ N ₁ M ₀ G ₂
2.	Тіло желудка	2 1	T ₄ N ₁ M ₀ G ₃ T ₄ N ₂ M ₀ G ₃
3.	Вихідний відділ желудка	2 2	T ₄ N ₁ M ₀ G ₃ T ₄ N ₁ M ₀ G ₁
4.	Субтотальне поразення желудка	4 2 3	T ₄ N ₁ M ₀ G ₃ T ₄ N ₁ M ₀ G ₁ T ₄ N ₂ M ₀ G ₂

У 8 больних отмечено кровотечение из опухоли желудка: у 5 пациентов кровопотеря составила до 1000,0 мл (I степень); у 3 – до 1500,0 мл (II степень). У 8 больних выявлен стеноз выходного отдела желудка (у 5 – компенсированный и у 3 – субкомпенсированный).

В табл. 2 приведены данные о характере инвазии опухоли желудка в соседние органы и объем выполненных оперативных вмешательств у пациентов исследуемой группы.

У всех больних выполнена комбинированная гастрэктомия с лимфодиссекцией D₂.

Для сопоставления изучаемых показателей нами сформирована группа сравнения, в которую вошло 20 больних с раком желудка, перенесших комбинированную гастрэктомию с формированием петлевого эзофагоэуноанастомоза на длинной петле с брауновским межкишечным анастомозом и заглушкой приводящей петли по А. А. Шалимову. В эту группу вошли 13 (65,0 %) мужчин и 7 (35,0 %) женщин, средний возраст составил 59,3 лет. Обе группы по изучаемым показателям сопоставимы.

В сроки от 1 до 24 месяцев динамическому функциональному обследованию было подвергнуто 13 больних основной группы и 17 – группы сравнения (начиная с 6 мес.) только

выжившие пациенты, у которых помимо клинических, биохимических, иммунологических исследований, выполняли УЗИ, КТ, ФЭГДС, исследование пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту. У всех больних выполняли биопсию из тонко- и толстокишечной части трансплантата с последующим гистологическим исследованием.

Результаты исследований и их обсуждение

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

Наиболее частым поводом к выполнению гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника было распространение опухоли желудка на поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку (8 случаев) и прорастание опухоли желудка в поджелудочную железу и брыжейку толстой кишки в области *a. colica media* (4 больних). Данная клиническая ситуация требовала помимо гастрэктомии выполнения резекции толстой кишки. Особенностью нашей операции является выполнение комбинированной гастрэктомии с резекцией правой половины толстой кишки с сохранением илеоцекального сегмента на питающей сосудистой ножке (*a. ileocolica*) с последующим его перемещением в желудочную позицию после аппендэктомии. Данные периоперационного периода представлены в табл. 3

Из приведенных данных видно, что выполнение гастропластики илеоцекальным сегментом сопровождается незначительным увеличением времени операции, кровопотери и объема гемотрансфузии. Данные о характере и количестве осложнений приведены в табл. 4.

Таблиця 2

Характер инвазии опухоли желудка и выполненных оперативных вмешательств у больних основной группы

№ п/п	Характер инвазии опухоли желудка в соседние органы	Кількість больних	Выполненные операции
1.	Распространение опухоли кардиального отдела желудка на абдоминальный и нижнегрудной отделы пищевода	2	Комбинированная гастрэктомия D ₂ с резекцией нижнегрудного отдела пищевода из комбинированного абдоминального и правостороннего торакотомного доступа
2.	Инвазия опухоли желудка в поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку (рак тела и выходного отдела желудка)	8	Комбинированная гастрэктомия D ₂ с резекцией правой половины толстой кишки и сохранением илеоцекального сегмента кишечника на сосудистой ножке (<i>a. ileocolica</i>)
3.	Рак тела и выходного отдела желудка с инвазией в хвост поджелудочной железы и брыжейку поперечно-ободочной кишки	3	Комбинированная гастрэктомия D ₂ с резекцией хвоста поджелудочной железы и в 3 случаях спленэктомией, резекция правой половины толстой кишки с сохранением илеоцекального сегмента
4.	Рак тела и выходного отдела желудка с инвазией в головку поджелудочной железы и брыжейку поперечно-ободочной кишки	4	Комбинированная гастрэктомия D ₂ с панкреатодуоденальной резекцией, резекцией правой половины толстой кишки с сохранением илеоцекального сегмента. Гастропластика илеоцекальным сегментом
5.	Первично множественный рак (рак тела желудка с инвазией в головку поджелудочной железы и рак среднегрудного отдела пищевода)	1	Комбинированная гастрэктомия D ₂ с плоскостной резекцией головки поджелудочной железы и экстирпацией пищевода из абдоминоцервикального доступа. Эзофагогастропластика илеоцекальным сегментом кишечника



Таблица 3

Периоперационные результаты

Показатель	Основная группа	Группа сравнения
Время операции, мин	233 ± 25,3	201 ± 20,5
Интраоперационная кровопотеря, мл	515, 5 ± 326,5	439,4 ± 172,3
Периоперационная трансфузия, мл	405,7 ± 206,3	289,1 ± 104,2
Послеоперационный койко-день	19,3 ± 6,1	13,9 ± 4,2

Таблица 4

Характер ранних послеоперационных осложнений в основной и группе сравнения

№ п/п	Осложнения	Основная группа	Группа сравнения
1.	Двухсторонний плеврит	2	1
2.	Несостоятельность эзофагоилеоанастомоза	1 (1)	—
3.	Панкреатический свищ	1	1
4.	Анастомозит	—	1
5.	Тромбоз воротной вены	—	1 (1)
6.	Пневмония	1	—
7.	Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1 (1)	—
8.	Панкреонекроз и перитонит	—	1 (1)
9.	Недостаточность культи дуоденум	—	1
10.	Поддиафрагмальный абсцесс	1	—
	ВСЕГО	7 (2)	6 (2)

Примечание – в скобках указаны летальные исходы

Из 18 больных, которым выполнена комбинированная гастрэктомия с последующей гастроэзофагопластикой илеоцекальным сегментом (основная группа) ранние осложнения возникли у 7 (38,8 %) больных. В группе сравнения осложнения возникли у 6 (30,0 %) пациентов. В основной группе процентное соотношение осложнений несколько выше, чем в группе сравнения, что, однако не носит статистически достоверный характер.

В раннем послеоперационном периоде умерло 2 (11,1 %) пациента основной группы и 2 (10,0 %) из группы сравнения.

При рентгенологическом исследовании в сроки от 21-го дня после операции до 12 месяцев у больных основной группы выявлено порционное поступление бариевой взвеси в двенадцатиперстную кишку с отсутствием рефлюкса контрастного вещества в тонкокишечную часть трансплантата и пищевод в положении Тренделенбурга.

Эндоскопическое исследование проведено нами у 10 больных основной и 12 больных группы сравнения в сроки от 1 до 12 месяцев. Видеоэндоскопия выполнялась аппаратом Olympus (EVIS EXERA II) GIF – N180 (Япония). Ни у одного больного основной группы не выявлен дуодено-илеоэзофагальный реф-

люкс. Слизистая пищевода розовая, без признаков воспаления. Илеоцекальный клапан сомкнут, легко расправляется при инсуффляции воздуха. Слепая кишка макроскопически без признаков воспаления (рис.).

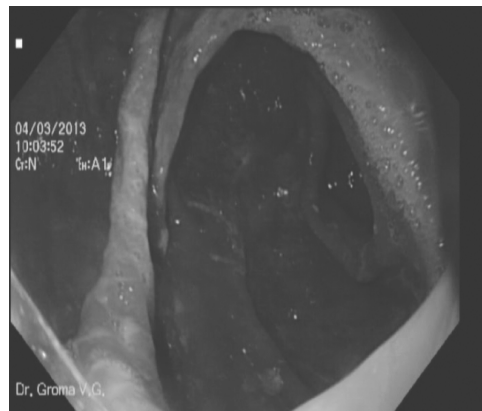


Рис. Больной 3., 60 лет. Эндофотограмма зоны илеоцекального клапана через 3 месяца после гастропластики илеоцекальным сегментом

Отдаленные осложнения в сроки от 1 месяца после операции возникли у 2 (11,1 %) больных основной группы и 10 (58,8 %) – группы сравнения. Преобладающим из них был рефлюкс-эзофагит выявленный у 5 больных.

У всех пациентов обеих групп в послеоперационном периоде проведено не менее 3 курсов химиотерапии в сроки от 1 до 12 месяцев. Базовыми препаратами были фторурацил и цисплатина. В группе сравнения медиана выживаемости составила 18,6 месяцев. В сроки от 6 до 12 мес. из 16 больных основной группы, перенесших операцию, умерли 7 (38,9 %) больных. Из них 6 от прогрессирования рака, 1 – от причин, не связанных с основным заболеванием. Еще трое умерли в сроки от 12 до 24 месяцев. Медиана выживаемости в основной группе не достигнута поскольку исследование носит проспективный характер и 4 пациента с илеоцекальной гастропластикой после комбинированной гастрэктомии и резекции толстой кишки на момент написания статьи живы.

Анализируя характер распространения опухоли и морфологические данные следует отметить преобладающий характер низкодифференцированных (55,5 %) с инфильтративным ростом форм опухоли и субтотальным поражением желудка (50,0 %), что сопровождалось инвазией опухоли в соседние органы без выраженного лимфогенного распространения. Эти данные соответствуют литературным [4, 5, 12].

Одним из наиболее частых вариантов распространения опухоли желудка является инвазия в толстую кишку [1, 8]. В наших наблюдениях наряду с инвазией в поджелудочную железу данный вариант распространения опухоли желудка встречается наиболее часто

(32,4 %). В данной клинической ситуации необходимость выполнения гастропластики и резекции толстой кишки привела нас к мысли выполнения гастропластики илеоцекальным сегментом. Выполнение гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника позволяет избежать возникновения целого ряда функциональных постгастрэктомических расстройств и протезировать моторную, порционно-эвакуаторную и резервуарную функции желудка. Выполнение данного вида реконструкции требовало незначительного увеличения продолжительности операции и не сопровождалось увеличением интраоперационных показателей. У больных основной группы не отмечено увеличения ни ранних послеоперационных осложнений, ни летальности, связанных с выполнением гастропластики илеоцекальным сегментом. Ни у одного больного основной группы нами не выявлено клинических признаков рефлюкс-эзофагита, что, однако встречается с различной частотой при других видах гастропластики [3, 4, 11]. В отдаленном периоде после илеоцекальной гастропластики выявлено значительное уменьшение функциональных постгастрэктомических расстройств. Следует отметить, что в 8 (40,0 %) случаях с петлевым эзофагоюноанастомозом в отдаленном периоде выявлен рефлюкс-эзофагит, приведший у 3 больных к развитию стриктуры анастомоза. У 2 пациентов данной группы анастомоз сформирован с помощью циркуляр-

ного шивающего аппарата. Эндоскопическая баллонная дилатация оказалась эффективна у 1 больного. У 2 больных (аппаратный шов анастомоза) выполнена реконструкция эзофагоюноанастомоза ручным швом.

Таким образом, гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника у пациентов после комбинированной гастрэктомии обеспечивает улучшение качества жизни после операции и не сопровождается увеличением числа осложнений и летальности.

Выводы

1. Гастропластика илеоцекальным сегментом не сопровождается существенным увеличением травматичности, времени операции и увеличением послеоперационных осложнений, а в ситуации инвазии опухоли в поперечноободочную кишку может быть рекомендована как метод выбора.

2. Илеоцекальная гастропластика обеспечивает оптимальную реконструкцию верхних отделов пищеварительного тракта с формированием резервуара, содержащего естественный клапанный механизм, и включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки.

3. Гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника обеспечивает улучшение качества жизни оперированных больных и снижение функциональных постгастрэктомических расстройств с 58,8 до 11,1 % в отдаленном послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь В. Г. Комбинированное вмешательство по поводу местнораспространенного рака дистального отдела желудка / В. Г. Бондарь // *Клінічна хірургія*. – 2004. – № 1. – С. 24-26.
2. Дыскин Е. Л. Ближайшие и отдаленные результаты, резекции илеоцекального отдела кишечника Е. Л. Дыскин // *Вестн. хир. им. Грекова*. – 1960. – № 7. – С. 73-81.
3. Жерлов Г. К. Функциональные результаты операции формирования «искусственного желудка» после гастрэктомии и субтотальной резекции желудка / Г. К. Жерлов, А. П. Капель // *Вестник хирургии*. – 2001. – № 160 (4). – С. 22-26.
4. Имянитов Е. Н. Эпидемиология и биология рака желудка / Е. Н. Имянитов // *Практ. онкология*. – 2009. – 10, № 1. – С. 1-7.
5. Рак желудка: профилактика, 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.
6. Рак в Україні 2008-2009 : Бюл. Національного канцерреєстру України. – К. : Національний інститут раку, 2010. – № 11. – 112 с.
7. Сакс Ф. Ф. Нервно-мышечный аппарат илеоцекального отдела кишечника человека / Ф. Ф. Сакс, А. В. Аксененко, А. Ю. Усынин // *Сфинктеры пищеварительного тракта / Под ред. профессора В. Ф. Байтинера*. Томск, 1994. – 162 с.
8. Стилиди И. С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местнораспространенного рака желудка / И. С. Стилиди, С. Н. Неред // *Практ. онкол.* – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 20-27.
9. Чернявский А. А. Панкреатодуоденальная резекция и тотальная дуоденопанкреатэктомия в хирургии рака желудка / А. А. Чернявский, В. В. Ершов, А. В. Стражнов // *Хирургия*. – 2002. – № 6. – С. 17-21.
10. Cuschieri A. Jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy for cancer: experience in 29 patients / A. Cuschieri // *Br. J. Surg.* – 1990. – № 77. – P. 421-424.
11. Kono K. Improved quality of life with jejuna pouch reconstruction after total gastrectomy / K. Kono // *Am. J. Surg.* – 2003. – Vol. 185. – P. 150-154.
12. Yamamoto M. Postoperative morbidity, mortality and survival rates after total gastrectomy, with splenectomy / M. Yamamoto, H. Baba, Y. Kareji // *Hepato-gastroenterology*. – 2004. – Vol. 51, № 55. – P. 298-302.



ІЛЕЦЕКАЛЬНА
ГАСТРОПЛАСТИКА НА
РЕКОНСТРУКТИВНОМУ
ЕТАПІ ПІСЛЯ
КОМБІНОВАНОЇ
ГАСТРЕКТОМІЇ.

В. О. Лазирський

Резюме. Проаналізовано досвід лікування 18 хворих на місцево-розповсюджений рак шлунка, яким після комбінованої гастректомії виконано гастропластику ілеоцекальним сегментом кишківника. Групу порівняння склали 20 хворих на місцево-розповсюджений рак шлунка, яким виконано після гастректомії кінцево-петлевий езофаго-єюноанастомоз. Через 1 міс. та більше обстежено 13 хворих основної та 17 групи порівняння. Відмічено відносно збільшення ранніх післяопераційних ускладнень у хворих основної групи – 38,8 % (7 хворих) проти 30,0 % (6 хворих) у групі спостереження і летальності – 11,1 % (2 випадки) і 10,0 % (2 випадки) відповідно. Гастропластика ілеоцекальним сегментом сприяла зменшенню кількості післягастректомічних синдромів з 58,8 до 11,1 %.

Ключові слова: *місцеворозповсюджений рак шлунка, гастропластика ілеоцекальним сегментом кишечника.*

THE CECUM ILEOCOLIC
SEGMENT FOR THE UPPER
GASTROINTESTINAL TRACT
RECONSTRUCTION AFTER
COMBINED GASTRECTOMY

V. A. Lasirskiy

Summary. The experience of treating of 18 patients with locally advanced gastric cancer in which gastroplasty with ileocecal segment of the intestine was performed during combined gastrectomy. The comparison group consisted of 20 patients with locally advanced gastric cancer in which end loop esophagojejunoanastomosis was formed during combined gastrectomy. 1 month and later 13 and 17 patients of the study and comparison group respectively were examined. A relative increase in early postoperative morbidity in the study group – 38.8 % (7 patients) versus 30.0 % (6 patients) in the comparison group, and mortality - 11.1% (2 cases) and 10.0 % (2 cases) respectively. Gastroplasty by ileocecal segment has helped to reduce the number of late postgastrectomy syndromes from 58.8 % (10 patients of the comparison group) to 11.1 % (2 patients in the study group).

Key words: *locally advanced gastric cancer, gastroplastic and esophagoplastic by the ileocecum colonic segment.*