

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА КИШЕЧНИКА НА РЕКОНСТРУКТИВНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

Проф. В. В. БОЙКО<sup>1,2</sup>, канд. мед. наук В. А. ЛАЗИРСКИЙ<sup>2</sup>,  
д-р мед. наук С. А. САВВИ<sup>1</sup>, д-р мед. наук В. Н. ЛЫХМАН<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков,  
<sup>2</sup> Харьковский национальный медицинский университет

**Проанализирован опыт лечения больных с местнораспространенным раком желудка, которым после комбинированной гастрэктомии выполнена гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника. Отмечено, что этот метод не сопровождается увеличением травматичности, времени операции, послеоперационных осложнений. Гастропластика илеоцекальным сегментом способствовала снижению числа отдаленных постгастрэктомических синдромов, улучшению качества жизни пациентов.**

*Ключевые слова:* местнораспространенный рак желудка, гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника.

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 г. рак желудка III ст. диагностирован у 25,6% больных, IV ст. — у 31,1%, из них не прожили более года 62,2% пациентов [1].

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 [1, 2–4]. По данным ряда авторов, рефлюкс-эзофагит возникает у 30,0–55,0% больных вне зависимости от способа реконструкции — по Ру или петлевой пластики с анастомозом по Гиляровичу [3–5].

Операция гастрэктомии сопровождается безвозвратной потерей не только резервуарной и моторной, но и секреторной функций желудка. По мнению исследователей, некоторые расстройства пищеварения, возникающие после гастрэктомии, можно предупредить созданием пищевого резервуара в начальном отделе пищеварительного тракта, обеспечивающего депонирование пищи и ее порционное поступление в кишечник [2, 4, 6].

Для предупреждения постгастрэктомических осложнений разработано более 70 реконструктивных и пластических операций, однако большое количество предлагаемых методов гастропластики только подчеркивает их неудовлетворительные функциональные результаты и необходимость поиска новых способов реконструкции [3, 6, 11].

Цель исследования — изучение результатов гастропластики илеоцекальным сегментом после

комбинированной гастрэктомии у больных с местнораспространенным раком желудка.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения 18 больных местнораспространенным раком желудка, находившихся на лечении в клинике института с 2009 по 2012 г. Возраст пациентов составлял от 32 до 69 лет, в среднем — 57,6 года. Из них 12 (66,7%) мужчин и 6 (33,3%) женщин. Эти больные составили основную группу. Для сопоставления изучаемых показателей была образована группа сравнения, в которую вошло 20 больных раком желудка, перенесших комбинированную гастрэктомию с формированием петлевого эзофагоэноанастомоза на длинной петле с брауновским межкишечным анастомозом и заглушкой приводящей петли по Шалимову. В эту группу вошли 13 (65,0%) мужчин и 7 (35,0%) женщин, их средний возраст составил 59,3 года. Обе группы по изучаемым показателям сопоставимы.

Всем больным основной группы на реконструктивном этапе после гастрэктомии выполнена гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника. Локализация опухоли и ее стадирование по классификации TNM приведены в табл. 1.

Наиболее часто отмечалось субтотальное поражение желудка опухолью — в 9 (50,0%) случаях, рак желудка локализовался в кардиальном отделе у 2 (11,1%) больных. Преобладали низкодифференцированные формы аденокарциномы — в 10 (55,5%) случаях.

У 8 больных наблюдалось кровотечение из опухоли желудка: у 5 из них кровопотеря составила до 1000,0 мл (I ст.); у 3 — до 1500,0 мл (II ст.). У 8 пациентов выявлен стеноз выходного отдела желудка (у 5 компенсированный и у 3 — субкомпенсированный).

Таблица 1

**Локализация опухоли желудка  
и распределение больных основной группы  
по классификации TNM**

Локализация опухоли	Количество больных	Стадия TNM
Кардиальный отдел желудка	1	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> G <sub>3</sub>
	1	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> G <sub>2</sub>
Тело желудка	2	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> G <sub>3</sub>
	1	T <sub>4</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub> G <sub>3</sub>
Выходной отдел желудка	2	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> G <sub>3</sub>
	2	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> G <sub>1</sub>
Субтотальное поражение желудка	4	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> G <sub>3</sub>
	2	T <sub>4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub> G <sub>1</sub>
	3	T <sub>4</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub> G <sub>2</sub>

У всех больных на дооперационном этапе проведены клинические и лабораторные исследования, включавшие, в частности, коагулограмму, иммунологическое исследование, а также использованы инструментальные методы: эндоскопический, ЭКГ и изучение функции внешнего дыхания, КТ и УЗИ органов брюшной полости и рентгенологическое исследование.

На послеоперационном этапе в сроки от 1 до 24 мес динамическому функциональному обследованию было подвергнуто 13 больных основной группы и 17 — группы сравнения (начиная с 6 мес только выжившие пациенты), у которых, помимо

клинических, биохимических, иммунологических исследований, выполняли УЗИ, КТ, фиброэзогастроуденоскопию ДС, исследование пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту. Электрогастрографию проводили с помощью микропроцессорного электрогастрографа ЭГГ-МПО1 (Украина). У всех больных выполняли биопсию из тонко- и толстокишечной части трансплантата с последующим гистологическим исследованием. С целью изучения жирового обмена и оценки всасывания в кишечнике проводились копрологическое исследование и определение липидов сыворотки крови.

Данные о характере инвазии опухоли желудка в соседние органы и объем выполненных оперативных вмешательств у больных основной группы приведены в табл. 2, группы сравнения — в табл. 3. У всех больных основной группы применялась комбинированная гастрэктомия с лимфодиссекцией D<sub>2</sub>.

У больных группы сравнения, за исключением 2 пациентов с комбинированной гастрэктомией и панкреатодуоденальной резекцией, сформированы петлевые эзофагоэюноанастомозы на длинной петле по Шлаттеру (Schlatter).

В клинике института на протяжении многих лет оказывается лечебная помощь больным с осложнениями рака желудка.

Из 8 больных основной группы, у которых было выявлено кровотечение из изъязвленной опухоли желудка, оно продолжалось у 2 (15,0%).

Таблица 2

**Характер инвазии опухоли желудка и выполненные оперативные вмешательства  
у больных основной группы**

Характер инвазии	Количество больных	Выполненные операции
Распространение опухоли кардиального отдела желудка на абдоминальный и нижнегрудной отделы пищевода	2	Комбинированная гастрэктомия D <sub>2</sub> с резекцией нижнегрудного отдела пищевода из комбинированного абдоминального и правостороннего торакотомного доступа
Инвазия опухоли желудка в поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку (рак тела и выходного отдела желудка)	8	Комбинированная гастрэктомия D <sub>2</sub> с резекцией правой половины толстой кишки и сохранением илеоцекального сегмента кишечника на сосудистой ножке ( <i>a. ileocolica</i> )
Рак тела и выходного отдела желудка с инвазией в хвост поджелудочной железы и брыжейку поперечно-ободочной кишки	3	Комбинированная гастрэктомия D <sub>2</sub> с резекцией хвоста поджелудочной железы и в 3 случаях — спленэктомией, резекция правой половины толстой кишки с сохранением илеоцекального сегмента
Рак тела и выходного отдела желудка с инвазией в головку поджелудочной железы и брыжейку поперечно-ободочной кишки	4	Комбинированная гастрэктомия D <sub>2</sub> с панкреатодуоденальной резекцией, резекцией правой половины толстой кишки с сохранением илеоцекального сегмента. Гастропластика илеоцекальным сегментом
Первично множественный рак (рак тела желудка с инвазией в головку поджелудочной железы и рак среднегрудного отдела пищевода)	1	Комбинированная гастрэктомия D <sub>2</sub> с плоскостной резекцией головки поджелудочной железы и экстирпацией пищевода из абдомиоцервикального доступа. Эзофагогастропластика илеоцекальным сегментом кишечника

## Локализация опухоли и характер выполненных оперативных вмешательств в группе сравнения

Локализация опухоли	Количество больных	Объем операции
Опухоль тела желудка с инвазией в тело и/или хвост поджелудочной железы	7	Комбинированная гастрэктомия с резекцией тела и/или хвоста поджелудочной железы, спленэктомия
Опухоль кардиального отдела желудка с распространением на абдоминальный отдел пищевода	3	Гастрэктомия с резекцией абдоминального и нижнегрудного отдела пищевода по Савиных
Опухоль кардиального отдела желудка с инвазией в III сегмент печени	2	Комбинированная гастрэктомия с резекцией III сегмента печени
Опухоль выходного отдела желудка с инвазией в поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку	6	Комбинированная гастрэктомия с резекцией поперечно-ободочной кишки (в 2 случаях с трансверзостомией)
Субтотальное поражение желудка с инвазией в голову поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку	2	Комбинированная гастрэктомия с панкреатодуоденальной резекцией и резекцией гепатодуоденальной связки с формированием эзофагоилеоанастомоза по Ру

У обоих пациентов достигнут эндоскопический гемостаз: в одном случае путем орошения 5%-ным раствором аминокaproновой кислоты, в другом — инъекционный. Всем больным проводилась консервативная гемостатическая терапия и предоперационная подготовка, включая переливание эритроцитарной массы и белковых препаратов (свежезамороженной плазмы и 20%-ного раствора альбумина). У 6 больных до операции перелита эритроцитарная масса с целью коррекции острой анемии: у 4 — 500,0–600,0 мл, у 2 — 960,0 мл.

Наиболее частыми поводами к выполнению гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника были 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). Данная клиническая ситуация требовала, помимо гастрэктомии, резекции толстой кишки. Особенность нашей операции — 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.

Гастропластика осуществлялась путем формирования эзофагоилеоанастомоза (у 4 больных — «конец в конец» и у 14 — «конец в бок») и цекодуоденоанастомоза (у 5 больных «конец в конец» и у 13 — терминолатеральный). Формирование анастомозов по типу «конец в бок», по нашему мнению, предпочтительнее, поскольку облегчает формирование анастомозов различных по диаметру отделов пищеварительного тракта. Кроме того, при необходимости «низкой» резекции желудка с оставлением короткой кульги двенадцатиперстной кишки формирование анастомоза

с ней технически затруднено. Схема операции и ее окончательный вид представлены на рис. 1.

Одним из наиболее сложных в хирургии рака желудка как с технической точки зрения, так и по течению послеоперационного периода остается выполнение комбинированной гастрэктомии с панкреатодуоденальной резекцией (ПДР). Госпитальная летальность после ПДР варьирует, по данным разных авторов, от 7 до 50% [5, 7, 8].

Объем радикального оперативного вмешательства при раке желудка, прорастающем в головку поджелудочной железы, должен, на наш взгляд, включать субтотальную дистальную резекцию желудка (или гастрэктомии) с лимфодиссекцией в комбинации с ПДР. При выполнении одномоментной операции техника субтотальной резекции желудка предусматривает перевязку гастродуоденальной артерии, выделение общего желчного протока для анастомозирования с кишкой, перевязку нижних панкреатических артерий в области головки поджелудочной железы. Методика ПДР обычно не отличается от общепринятой.

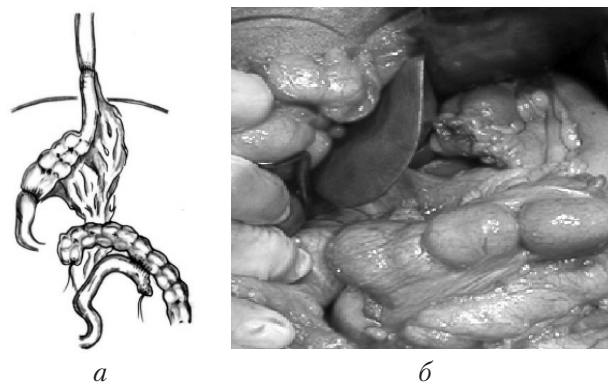


Рис. 1. Схема (а) и окончательный вид (б) операции гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника

Панкреатоюноанастомоз формируем двухрядным швом (наружный узловый и внутренний обвивной атравматичными иглами и нитями из рассасывающегося материала: викрила, дексона и т. д.) на весь диаметр культи поджелудочной железы без изолированного вшивания вирсунгова протока и, как правило, без его декомпрессии. Отведение желчи осуществляем через гепатикоюноанастомоз либо через холецистоюноанастомоз (дистальный отдел холедоха в таком случае перевязывается или ушивается), при этом дополнительно возможно наружное дренирование через холецистостому или чрезкожное чреспеченочное дренирование общего желчного протока и его соустья с тонкой кишкой по Прадери — Смиту. Гастроэнтероанастомоз формируется обычно без натяжения по методике Гофмейстера — Финстерера либо поперечный анастомоз по модифицированной методике Витебского. Приводящая к желудку петля (ближе к желудку) прошивается и перевязывается с наложением серозно-мышечных швов (так называемая «заглушка»). Для обеспечения пассажа желудочного сока и желчи приводящую и отводящую петли тонкой кишки анастомозируем между собой в виде Брауновского соустья.

У нас есть опыт проведения 6 комбинированных гастрэктомий с ПДР и выполнением у 4 больных на реконструктивном этапе гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника. Показанием к ним являлось распространение субтотальной опухоли желудка на головку поджелудочной железы и корень брыжейки толстой кишки в зоне *a. colica media*. На рис. 2 представлены схема объема удаляемых тканей и вариант гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника с формированием панкреатоюноанастомоза «конец в конец», холедохоеюноанастомоза «конец в бок» и цекоеюноанастомоза «конец в бок», сформированных на

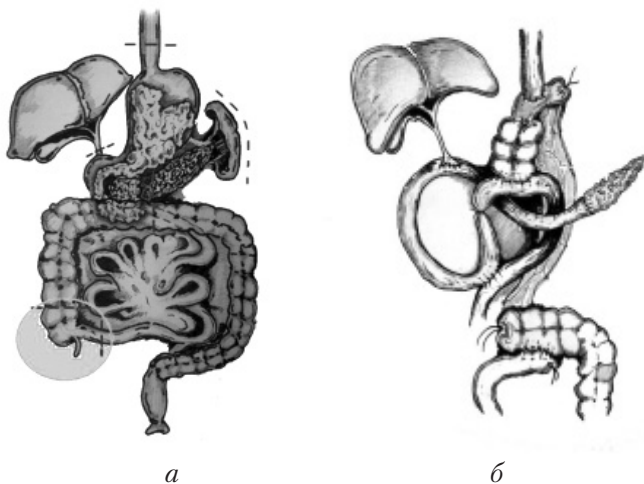


Рис. 2. Схема объема удаляемых тканей (а) и окончательный вид гастропластики илеоцекальным сегментом (б) после комбинированной гастрэктомии с панкреатодуоденальной резекцией

одной петле тощей кишки, а также эзофагоилеоанастомоза «конец в бок». С целью профилактики рефлюкса тонкокишечного содержимого в трансплантат формировали заглушку приводящей петли по Шалимову. Данный вариант гастропластики использован у 2 больных. Еще в 2 случаях на реконструктивном этапе выполнена гастропластика илеоцекальным сегментом на петле тощей кишки, мобилизованной по Ру (рис. 3).

Гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника с использованием петли тощей кишки, мобилизованной по Ру, позволяет обеспечить, с одной стороны, физиологический пассаж пищи, а с другой — отделить пассаж желчи и панкреатического секрета от пищевода и тем самым обеспечить профилактику таких тяжелых осложнений, как несостоятельность панкреатоюно- и холедохоеюноанастомозов, возникновение рефлюкс-холангита.

Приведем клинический пример.

Больной М., 52 года, поступил в клинику ГУ «ИОНХ им. В. Т. Зайцева НАМН Украины» с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, однократную рвоту типа «кофейной гущи», общую слабость. При обследовании по данным эндоскопического и рентгенологического исследований обнаружена опухоль выходного отдела желудка, а по данным компьютерной томографии — инвазия опухоли в поджелудочную железу и поперечно-ободочную кишку. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. Данных об отдаленном метастазировании нет. Больной оперирован в плановом порядке. После лапаротомии был обнаружен опухолевый конгломерат, который состоял из опухоли тела и антрального отдела желудка с распространением на двенадцатиперстную кишку, головку поджелудочной железы и поперечно-ободочную кишку. Отдаленных метастазов не выявлено. Пальпаторно определяются увеличенные до 1–1,5 см лимфоузлы в обоих сальниках и по ходу левой желудочной, общей печеноч-

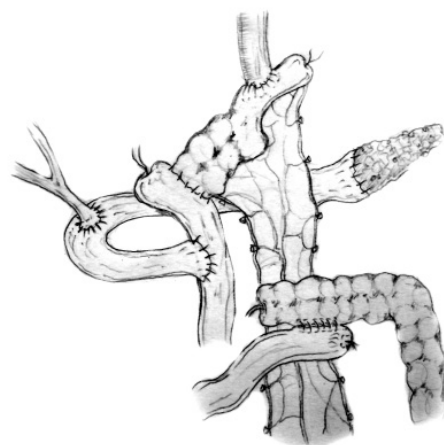


Рис. 3. Схема гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника на мобилизованной по Ру петле тощей кишки после комбинированной гастрэктомии с панкреатодуоденальной резекцией

ной артерий. Выполнена комбинированная гастрэктомия с лимфодиссекцией D<sub>2</sub> с ПДР, а также правосторонняя гемиколеэктомия (с опухолью в одном блоке) с сохранением илеоцекального сегмента кишечника. Затем сформированы панкреатоюноанастомоз «конец в конец», холедохоюноанастомоз «конец в бок» на транспеченочном дренаже по Прадери — Смиту, выполнена гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника на сосудистой ножке (*a. ileocolica*) с формированием эзофагоилеоанастомоза «конец-в-бок», цекоеюноанастомоза «конец в бок» с мобилизованной по Ру петлей тощей кишки. Кроме этого, сформированы юноеюноанастомоз «конец в бок» и илеотрансверзоанастомоз «бок в бок». Трансназально за зону межкишечного анастомоза заведен зонд N18. Операция завершена дренированием брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело, с развитием панкреатита и двухстороннего плеврита с правосторонней нижнедолевой пневмонией, которые были купированы консервативно. На 23-и сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В целом, по данным периоперационного периода (табл. 4), выполнение гастропластики илеоцекальным сегментом сопровождается незначительным увеличением времени операции, кровопотери и объема гемотрансфузии. Ведение послеоперационного периода у больных основной группы не отличалось от такового после стандартной гастрэктомии. Энтеральное питание начинали со 2–4-х суток после операции.

Из 18 больных, которым была выполнена комбинированная гастрэктомия с последующей гастроэзофагопластикой илеоцекальным сегментом (основная группа), ранние осложнения возникли у 7 (38,8%) пациентов, в группе сравнения — у 6 (30,0%) (табл. 5). В основной группе процентное соотношение осложнений несколько выше, чем в группе сравнения, что, однако, не имеет статистически достоверного характера.

В раннем послеоперационном периоде умерли 2 (11,1%) больных основной группы и 2 (10,0%) — группы сравнения. Причиной летального исхода явилась развившаяся на 7-е сутки после операции несостоятельность шейного эзофагоилеоанастомоза у больного после гастрэктомии с экстирпацией пищевода и пластикой илеоцекальным сегментом. Несостоятельность привела к формированию пищеводнотрахеального свища, двухсторонней пневмонии и плевриту. Еще 1 больной основной группы после комбинированной гастрэктомии и резекции пищевода (среднегрудного отдела) умер от сердечной слабости. В группе сравнения у 1 больного после комбинированной гастрэктомии с ПДР и резекцией гепатодуоденальной связки развился тромбоз воротной вены, и вследствие полиорганной недостаточности он скончался. Еще у 1 больного развился панкреонекроз культы поджелудочной железы с образованием левостороннего поддиафрагмального абсцесса с переходом в разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

При рентгенологическом исследовании в сроки от 21-го дня после операции до 12 мес у больных

Таблица 4

#### Периоперационные результаты в обследованных группах больных

Показатель	Основная группа	Группа сравнения
Время операции, мин	233±25,3	201±20,5
Интраоперационная кровопотеря, мл	715,5±326,5	439,4±172,3
Периоперационная трансфузия, мл	505,7±206,3	289,1±104,2
Послеоперационный койко-день	19,3±6,1	13,9±4,2

Таблица 5

#### Ранние послеоперационные осложнения в обследованных группах больных

Осложнения	Основная группа	Группа сравнения
Двухсторонний плеврит	2	1
Несостоятельность 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)
Недостаточность культы дуоденума	—	1
Поддиафрагмальный абсцесс	1	—
Всего	7 (2)	6 (2)

Примечание. В скобках указаны летальные исходы.

основной группы выявлено порционное поступление бариевой взвеси в двенадцатиперстную кишку при отсутствии рефлюкса контрастного вещества в тонкокишечную часть трансплантата и пищевод в положении Тренделенбурга (рис. 4).

Кишечный резервуар заполнялся в течение 3–7 мин, в среднем — 4,5±1,2 мин. Первые порции контрастного вещества эвакуировались из толстокишечной части трансплантата через 5–8 мин, в среднем 7±1,2 мин. Отмечено ритмичное порционное поступление контраста в двенадцатиперстную кишку.

В сроки до 3 мес нами выявлен ускоренный пассаж бария по кишечнику у больных, перенесших гастропластику илеоцекальным сегментом. Среднее время продвижения контрастной массы до прямой кишки составило 6±1,2 ч, что сопровождалось учащением стула до 4 раз в сутки. У двух больных

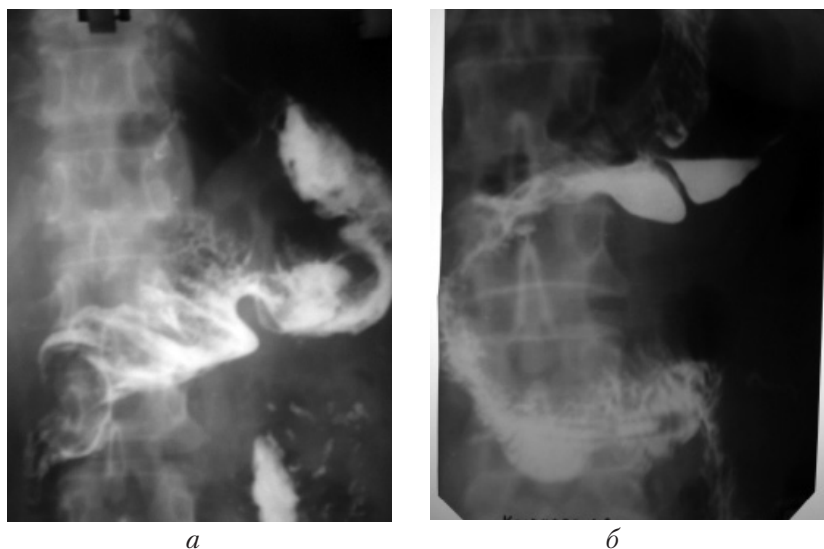


Рис. 4. Больная К., 61 год. Порционное поступление бариевой взвеси в двенадцатиперстную кишку на 21-е послеоперационные сутки (а). Больная В., 58 лет. Отсутствие рефлюкса контраста в пищевод в положении Тренделенбурга на 24-е сутки после гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника (б)

наблюдалась стойкая диарея до 5–6 раз в сутки в сроки до 4 мес. Проводимая консервативная терапия (диета, ферментные препараты, имодиум) у 10 больных привела к нормализации скорости пассажа бария, стула и показателей копрограммы.

Через 6 мес после операции отмечено более замедленное продвижение контрастного вещества из резервуара в двенадцатиперстную кишку, которое составило от 10 до 15 мин, в среднем —  $12,3 \pm 1,9$  мин.

Отдаленные осложнения в сроки от 1 мес после операции возникли у 2 больных основной группы и у 8 — группы сравнения (табл. 7).

Преобладающее количество функциональных осложнений у больных группы сравнения связано с отсутствием клапанного аппарата в верхнем отделе пищеварительного тракта.

Таблица 7

**Характер осложнений в отдаленном периоде в обследованных группах больных**

Осложнение	Основная группа	Группа сравнения
Рефлюкс-эзофагит	—	5
Стриктура эзофагоэюно-анастомоза	—	3
Демпинг-синдром	—	1
Синдром приводящей петли	—	1
Агастральная астения	1	—
Спаечная непроходимость кишечника	1	—
Всего	2 (11,1%)	10 (58,8%)

В сроке наблюдения через 6 мес масса тела у 8 (44,5%) больных основной группы увеличилась на 2,0–5,5 кг, еще у 1 пациента была стабильной. Все больные перешли на трех- и четырехразовое питание. Стул 1 раз в сутки был у 11 (61,1%) больных, 2 раза — у 4 (18,1%), более двух раз — у 1. В группе сравнения прибавка массы тела на 1,5–4,5 кг отмечена у 7 (41,2%) больных, у 1 больного масса тела оказалась стабильной. Необходимость пяти- и шестиразового питания сохранялась у 8 (47,0%) больных группы сравнения. Частота приема пищи 3 раза в сутки отмечена у 6 (35,3%) больных, 4 раза — у 3 (17,6%). Частота стула 1 раз в сутки была у 11 (64,7%) больных, 2–3 раза — у 5 (29,4%), 4–5 раз — у 1 больного группы сравнения.

У всех больных обеих групп в послеоперационном периоде было проведено не менее трех курсов химиотерапии базовыми препаратами фторурацилом и цисплатином в сроки от 1 до 12 мес.

В сроки от 6 до 12 мес из 16 больных основной группы, перенесших операцию, умерли 7 (38,9%): 6 — от прогрессирования рака, 1 — от причин, не связанных с основным заболеванием. Еще трое умерли в сроки от 12 до 24 мес. Медиана выживаемости в основной группе не достигнута, поскольку исследование носит проспективный характер, и 4 больных с илеоцекальной гастропластикой после комбинированной гастрэктомии и резекции толстой кишки на данный момент 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 создавало условия для инвазии опухоли в соседние органы без выраженного лимфогенного распространения. Эти данные соответствуют сведениям литературы [2, 5, 9].

Одним из наиболее частых вариантов распространения опухоли желудка является инвазия в толстую кишку [7, 10]. В наших наблюдениях, наряду с инвазией в поджелудочную железу, данный вариант распространения опухоли желудка встречается наиболее часто (44,5%). В данной клинической ситуации необходимость выполнения гастропластики и резекции толстой кишки привела нас к мысли о выполнении гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника. Основным условием повышения качества жизни больных после операции по поводу рака желудка является профилактика различных органических и функциональных расстройств. Выполнение

гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника позволяет избежать возникновения целого ряда функциональных постгастрэктомических расстройств и протезировать моторную, порционно-эвакуаторную и резервуарную функции желудка. Наличие илеоцекального клапана, а также изоперистальтическая реконструкция с включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки создают анатомически выгодные условия для функционирования трансплантата, перемещенного в желудочную позицию.

Данный вид реконструкции требовал незначительного увеличения продолжительности операции и не сопровождался повышением интраоперационных показателей. Увеличение продолжительности пребывания больных в стационаре связано, скорее, с субъективными факторами (этап освоения технологии ведения больных), чем с наличием осложнений. У больных основной группы не отмечено увеличения ни ранних послеоперационных осложнений, ни летальности, связанных с выполнением гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника. Интраабдоминальные осложнения возникли у 2 больных группы сравнения, а в случае комбинированной гастрэктомии и резекции толстой кишки с илеоцекальной гастропластикой данные осложнения отсутствовали. Несостоятельность шейного эзофагоилеоанастомоза с летальным исходом, по-видимому, связана с обширным объемом операции при распространенном опухолевом процессе и недостаточным кровоснабжением дистальной части трансплантата на шее.

Отсутствие рефлюкса дуоденального содержимого у больных с гастропластикой илеоцекальным сегментом кишечника убедительно доказано при рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях. Ни у одного больного основной группы не выявлено клинических признаков рефлюкс-эзофагита, что, однако, встречается с различной частотой при других видах гастропластики [3, 4, 6]. Кроме того, по данным ряда авторов, резекция илеоцекального сегмента сопровождается ускорением пассажа по всему кишечнику вследствие

устранения водителя ритма тонкой и толстой кишок, находящегося в этой зоне [11, 12]. Нами также отмечено ускорение пассажа по кишечнику в ближайшие 2–3 мес после операции с характерными изменениями в копрограмме, свидетельствующими о нарушении всасывания в кишечнике. Однако целенаправленная консервативная терапия способствовала ликвидации данных нарушений и начиная с 3 мес ни у одного больного после гастропластики илеоцекальным сегментом не было выявлено стеатореи и клинически значимого нарушения пассажа по кишечнику.

В отдаленном периоде после илеоцекальной гастропластики наблюдалось значительное уменьшение функциональных постгастрэктомических расстройств. Следует отметить, что у 8 (40,0%) больных с петлевым эзофагоилеоанастомозом в отдаленном периоде выявлен рефлюкс-эзофагит, приведший у 3 из них к развитию стриктуры анастомоза. У 2 больных анастомоз сформирован с помощью циркулярного сшивающего аппарата. Эндоскопическая баллонная дилатация оказалась эффективна у 1 больного. У 2 больных с аппаратным швом анастомоза выполнена реконструкция эзофагоилеоанастомоза ручным швом.

Подытоживая проведенное исследование, можно сделать выводы о том, что гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника у больных после комбинированной гастрэктомии:

- 1) не сопровождается существенным увеличением травматичности, времени операции и послеоперационных осложнений, а в ситуации инвазии опухоли в поперечно-ободочную кишку может быть рекомендована как метод выбора;
- 2) обеспечивает оптимальную реконструкцию верхних отделов пищеварительного тракта с формированием резервуара с естественным клапанным механизмом и включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки;
- 3) обеспечивает улучшение качества жизни оперированных больных и снижение функциональных постгастрэктомических расстройств с 58,8 до 11,1% в отдаленном послеоперационном периоде.

#### Список литературы

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

## ВИКОРИСТАННЯ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА КИШЕЧНИКУ НА РЕКОНСТРУКТИВНОМУ ЕТАПІ ПІСЛЯ КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

В. В. БОЙКО, В. О. ЛАЗИРСЬКИЙ, С. О. САВВИ, В. М. ЛИХМАН

Проаналізовано досвід лікування хворих на місцеворозповсюджений рак шлунка, яким після комбінованої гастректомії виконано гастропластику ілеоцекальним сегментом кишечника. Зазначено, що цей метод не супроводжується збільшенням травматичності, часу операції, післяопераційних ускладнень. Гастропластика ілеоцекальним сегментом сприяла зменшенню кількості післягастректомічних синдромів, покращанню якості життя пацієнтів.

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

## ILEOCECAL SEGMENT APPLICATION IN UPPER GASTROINTESTINAL TRACT RECONSTRUCTION IN PATIENTS WITH COMPLICATED LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER

V. V. BOYKO, V. A. LASIRSKIY, S. A. SAVVI, V. N. LYCHMAN

The experience of treating patients with locally advanced gastric cancer in which gastroplasty with ileocecal segment of the intestine was performed during combined gastrectomy was analyzed. It was noted that this method was not accompanied by severe injury, increase in the time of surgery, and postoperative complications. Gastroplasty with ileocecal segment promoted reduction of the number of long-term postgastrectomy syndromes and improved the quality of life of the patients.

*Key words:* locally advanced gastric cancer, gastroplasty with ileocecal segment.

Поступила 08.04.2014