

УДК 616.33-006.6-06-089-616.341/.345-089

*В.В. Бойко, С.А. Савви, В.А. Лазирский, В.Н. Лыхман***ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА КИШЕЧНИКА В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОГО МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА***ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков*

Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 246 больных с осложненным местно-распространенным раком желудка, за период с 1998 г. по 2010 г. Течение основного заболевания осложнилось кровотечением у 162 (65,8%) больных, стенозом – у 49 (19,9%), перфорацией – у 12 (4,0%), и их сочетанием – у 23 (9,3%). Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 109 (44,3%) больных, у 137 (68,6%) – паллиативные и симптоматические операции. Послеоперационные осложнения возникли у 41,5% (102 больных), послеоперационная летальность составила 18,6% и общая летальность – 23,5% (46 и 58 больных).

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

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости раком желудка проблема лечения осложненных форм заболевания остается одной из наиболее сложных и актуальных [1, 5]. Значительное число больных (60-80% от всех госпитализированных) поступает на лечение с запущенными формами заболевания при наличии тяжелых осложнений [2, 4]. Острое желудочное кровотечение развивается у 2,7-41,7% больных раком желудка [1, 4]. Некоторыми исследователями пропагандируется органосберегающий подход к лечению подобных больных [3, 5]. Другие авторы считают целесообразным применение расширенных и комбинированных оперативных вмешательств с лимфодиссекцией [1, 2].

Проблема же оказания онкохирургической помощи больным с раком желудка остается по-прежнему далекой от разрешения. Частота развития послеоперационных осложнений варьирует от 16,3 до 38,0% а летальности от 12,0 до 37,2% [2, 4].

**Цель исследования** – улучшение результатов лечения больных с осложненным местно-распространенным раком желудка.

**Материал и методы**

Исследование основано на анализе результатов лечения 156 больных с местно-распространенным раком желудка, находившихся на лечении в ГУ Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины с 1998 г. по 2010 г., в возрасте от 29 до 86 лет. Средний возраст  $62,9 \pm 7,0$  лет. Мужчин 152 (61,8%), женщин – 94 (38,2%).

Поражение кардиального отдела желудка отмечено у 26 (10,5%) больных, тела желудка – у 97 (39,4%), выходного отдела – у 75 (30,5%), субтотальное поражение желудка – у 29 (11,8%), тотальное – у 19 (7,7%) больных. Течение основного заболевания осложнилось: кровотечением у 162 (65,8%) больных, стенозом – у 60 (24,4%), перфорацией – у 8 (3,2%), и их сочетанием – у 16 (6,5%) больных. По классификации стадий опухолевого процесса TNM у всех больных распространение опухоли соответствовало стадии T4.

Низкодифференцированная аденокарцинома выявлена у 116 (47,2%) больных, с разной степенью дифференцировки аденокарциномы – у 87 (35,4%) и перстневидноклеточный рак – у 43 (17,4%) больных. У всех больных выявлено распространение опухоли на близлежащие органы: поджелудочную железу – у 81 (32,9%), мезоколон и ободочную кишку – у 62 (25,2%), пищевод – у 26 (10,6%), левую долю печени – у 22 (8,9%), селезенку – у 14 (5,7%), двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 9 (3,6%), и инвазия в несколько органов – у 32 (13,0%) больных.

Кровопотеря легкой степени, в соответствии с классификацией А.А. Шалимова и В.Ф. Саенко (1987), выявлена у 79 (32,1%) больных; среднетяжелая – у 142 (57,7%); тяжелой степени – у 25 (10,1%) больных.

**Результаты и обсуждение**

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии» АМН Украины на протяжении мно-

гих лет оказывается лечебная помощь больным со злокачественными новообразованиями желудка, преимущественно с развитием острых жизнеугрожающих осложнений, таких как кровотечение, стеноз и перфорация. При анализе характера и объема выполненных оперативных вмешательств нами выделено два периода развития хирургии осложненного местно-распространенного рака желудка. В I период преобладали экстренные оперативные вмешательства чаще паллиативного характера (прошивание кровоточащей опухоли, перевязка кровоснабжающих желудок сосудов, ушивание перфоративной опухоли, паллиативные резекции и др.). Начиная с 2005 года, в клинике принята двухэтапная тактика лечения на основе широкого использования малоинвазивных вмешательств, что позволило увеличить число радикальных оперативных вмешательств (II период).

Для оценки состояния гемостаза использовали классификацию активности кровотечения Forrest J.A.H. в модификации Никишаева В.И. (1997). Достижение временного эндоскопического гемостаза у 49 (19,9%) больных с продолжающимся кровотечением из опухоли желудка позволило провести интенсивную предоперационную подготовку с отсроченным оперативным вмешательством в течение 2-6 суток после госпитализации. У 36 (14,6%) больных операции выполнены на высоте кровотечения.

Выполнение рентгенэндоваскулярного гемостаза проведено у 32 (13,0%) больных как первый этап хирургического лечения и еще у 13 (5,3%) больных явилось самостоятельным методом лечения (у 11 отмечено отсутствие рецидива кровотечения).

В качестве паллиативных операций, позволяющих остановить кровотечение из неудаляемых «вколоченных» опухолей желудка применяли гастротомию с прошиванием кровоточащих сосудов, тампонаду кратера опухолевой язвы прядью сальника на питающей сосудистой ножке по Опелю-Поликарпову; а также разработанную в клинике тампонаду изъязвленной опухоли передней стенкой желудка.

При переносимости радикального оперативного вмешательства выполняем одноэтапные радикальные операции, при высоком операционном риске применяем двухэтапную

тактику (I этап – паллиативная резекция  $1/2$ ,  $2/3$ ,  $3/4$  желудка с опухолью а также паллиативную гастрэктомию; II этап – радикальная ререзекция желудка (гастрэктомия) с адекватной лимфодиссекцией и резекцией пораженных соседних органов. Паллиативные и симптоматические операции выполнены у 137 (68,6%) больных.

Из 36 (14,6%) больных оперированных на высоте кровотечения из изъязвленной местно-распространенной опухоли желудка радикальные оперативные вмешательства выполнены у 5, послеоперационные осложнения возникли у 18 (7,3%), умерло – 15 (6,1%) больных.

Паллиативные резекции желудка выполнены у 38 (15,4%) больных с кровотечением из опухоли в качестве основного оперативного вмешательства при запущенных формах заболевания. Еще в 28 (11,4%) наблюдениях ввиду высокого операционного риска и тяжелого состояния больных применяли паллиативные кровоостанавливающие операции резекционного типа, радикальное же оперативное лечение выполняли в отсроченном и раннем плановом периодах.

При гастрэктомиях в наших наблюдениях, мы отдаем предпочтение эзофагоюноанастомозам в нашей модификации и модификации Ру (при реконструктивных операциях). С 1989 г. в клинике наряду с общеизвестными применяли собственную методику эзофагоюноанастомоза, представляющую собой сочетание инвагинационных анастомозов и анастомозов, наложенных двух- и трехрядными швами по типу «конец в бок», согласно классификации пищеводно-кишечных анастомозов по К.Н. Цацаниди и А.В. Богданову (1969).

Наличие кровотечения из аррозированных сосудов смежных органов считали дополнительным аргументом в пользу применения комбинированных операций. У 81 (32,9%) больных нами выполнены комбинированные гастрэктомии с лимфодиссекцией в объеме D2. Комбинированная гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы в сочетании со спленэктомией и без нее выполнена у 32 больных, с резекцией поперечной ободочной кишки и ее брыжейки – у 19, пищевода – у 12, печени – у 6 больных, еще у 12 больных выполнена резекция нескольких органов.

При гастрэктомии в сочетании с резекци-

ей поперечной ободочной кишки, хороших интраоперационных условиях применяли эзофагогастропластику илеоцекальным сегментом кишечника (9 больных). Наличие изоперистальтической реконструкции и баугиниевой заслонки в трансплантате создавало хорошие условия для функционирования трансплантата, перемещенного в желудочную позицию, предупреждение дуоденоэзофагеального рефлюкса.

При перфорациях опухолей желудка операцией выбора является первичная резекция желудка. Противопоказаниями к ней считаем тяжелое общее состояние пациента, пожилой и старческий возраст, перитонит, высокое расположение опухоли. В этих случаях нами применяется двухэтапная тактика. На первом этапе выполняли ушивание перфоративного отверстия. Вторым этапом выполняли отсроченную резекцию желудка. Перфорация рака желудка отмечена нами в 14 (5,7%) наблюдениях. Радикальное оперативное вмешательство выполнено только у 4 (1,6%) больных, паллиативные резекции желудка – у 6 (2,4%), симптоматические операции – у 4 (1,6%) больных.

Стеноз желудка при его опухолевом поражении отмечен нами в 70 (28,5%) наблюдениях среди прочих. Согласно рентгенологической классификации Линденбрата компенсированный стеноз выявлен у 32 (13,0%) больных, субкомпенсированный – у 29 (11,8%), декомпенсированный – у 9 (3,6%). Радикальные операции выполнены только у 19 (7,7%) больных данной группы, что свидетельствовало о запущенности онкопроцесса. При паллиативных оперативных вмешательствах предпочтение отдаем обходной гастроэнтеростомии (впередободочный изоперистальтический гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем), что выполнено у 31 (12,6%) больного. При крайне запущенном заболевании у 20 (8,1%) больных для обеспечения питания были выполнены симптоматические операции – сформированы еюно- или гастростомы.

Послеоперационные осложнения возникли у 102 (41,5%) больных. Послеоперационная летальность составила 18,6% (46 больных) общая летальность – 23,5% (58 больных).

## **Выводы**

1. У больных с осложненным местнораспространенным раком желудка считаем целесообразным применение двухэтапной хирургической тактики с широким использованием малоинвазивных методов гемостаза, выполнение паллиативных и симптоматических операций (на первом этапе) с последующим проведением раннего отсроченного или планового радикального оперативного вмешательства (второй этап).

2. Выполнение гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника с включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки и созданием антирефлюксного механизма способствует улучшению качества жизни оперированных больных.

3. Внедрение предложенной хирургической тактики и новых оперативных вмешательств способствовало снижению числа послеоперационных осложнений до 41,5%, послеоперационной летальности до 18,6% и общей летальности до 23,5%.

## **МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ КИШЕЧНИКА У ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ШЛУНКА**

*В.В. Бойко, С.О. Савві, В.О. Лазирський, В.М. Лихман*

Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 246 хворих на ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка, за період з 1998 р. по 2010 р. Перебіг основного захворювання було ускладнено кровотечею у 162 (65,8%) хворих, стенозом – у 49 (19,9%), перфорацією – у 12 (4,0%), та їх поєднанням – у 23 (9,3%). Радикальні оперативні втручання були виконані у 109 (44,3%) хворих, у 137 (68,6%) – паліативні та симптоматичні операції. Післяопераційні ускладнення виникли у 41,5% (102 хворих), післяопераційна летальність складала 18,6% (46 хворих) та загальна летальність – 23,5% (58 хворих).

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

## **POSSIBILITIES OF ILEOCECAL SEGMENT APPLICATION IN SURGERY OF LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER**

*V.V. Boyko, S.A. Savvi, B.A. Lasirskiy, V.N. Lychman*

The study is based on results of operative treatment of 246 patients with complicated locally expanded gastric cancer treated in the Institute in 1998-2010. The disease was complicated by bleeding in 162 (65.8%) patients, stenosis – in 49 (19.9%), perforation – in 12 (4.0%), their combination – in 23 (9.3%). Radical surgery was performed in 109 (44.3%), in 137 (68.6%) – palliative and symptomatic operations. The applica-

tion of two-stage surgical tactics allowed to decrease the number of postoperative complications to 41.5% (102 patients) and postoperative mortality to 18.6% and mortality to 23.5% (46 and 58 patients).

**Key words:** complicated locally expanded gastric cancer.

#### 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. Диагностика и лечение распространенного рака же-

лудка / М.С. Громов, Д.А. Александров, А.А. Кулаков [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 20-23.

3. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков [и др.] // Вестник хирургии. – 2006. – № 4. – С. 79-81.
4. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С.А. Поликарпов, А.Н. Лисицкий, Н.Н. Иров [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 24-26.
5. Давыдов М.И. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения/ М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, А.Н. Абдихакимов, А.Н. Марчук // Практ. онкол. – 2001. – № 3 (7). – С. 18-24.

---

Стаття надійшла 01.03.2011