**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА**

*Рахов С.Б.*

*Алматинская многопрофильная клиническая больница*

С целью формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии, при раке желудка, разработан и внедрен в клинике новый способ гастрэктомии при раке желудка, позволяющий снизить вероятность несостоятельности анастомоза и предотвратить развитие рефлюкс-эзофагита.

По данной методике выполнено 37 гастрэктомий, несостоятельности анастомоза не отмечено ни в одном случае.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, эзофагоэнтероанастомоз, рефлюкс гастрит.

**SURGICAL TREATMENT OF STOMACH CANCER***Rakhov S.B.  
Almaty Multidisciplinary Hospital*For the purpose of forming ezofagoenteroanastomoz after gastrectomy, gastric cancer, developed and implemented in the clinic a new way of gastrectomy for gastric cancer, which allows to reduce the probability of failure of the anastomosis and prevent the development of reflux esophagitis.  
By this method holds 37 gastrectomies, anastomosis failure is not observed in any case.  
Key words: gastric cancer, gastrectomy, ezofagoenteroanastomoz, reflux gastritis.

Эзофагоэнтероанастомоза құрастырулар мақсатпен гастрэктомиядан кейiн, асқазанның шаянында, жасалған және гастрэктомияны жаңа әдiстi клиникада асқазанның шаянында, мүмкiндiк беретiн анастомоздың бейшаралығының ықтималдығы азайтып және керi дамыту сақтап қалуға ендiрген - өңештiң қабынуы.

Осы әдiстеме бойынша 37 гастрэктомиялар, анастомоздың бейшаралығы орындаған бiр жағдайда да атап өтiлмеген.

Несмотря на стабильное снижение заболеваемости и летальности, рак желудка остается крайне актуальной проблемой человечества. В России он находится на втором месте в структуре заболеваемости мужчин (14,7%) и третьем в структуре заболеваемости женщин (10,8%) [1].

Лечение рака желудка — одна из наиболее сложных проблем онкологии. Хирургическое лечение остается на сегодняшний день «золотым» стандартом при радикальном лечении, рака желудка, позволяющим у ряда больных надеяться на полное выздоровление. Однако результаты его применения существенно зависят от правильности выбранного объема резекции и техники ее выполнения.

Традиционно радикальные операции по поводу рака желудка включают не только адекватный объем оперативного вмешательства на самом органе, но и обязательное моноблочное удаление регионарных лимфатических узлов с окружающей клетчаткой [2].

Показанием к хирургическому лечению рака желудка являются установление диагноза операбельного рака желудка и отсутствие общих противопоказаний к операции.

М.З. Сигал с соавт., [3], предлагают способ формирования пищеводнокишечного анастомоза, включающий создание кишечной трубки, резекцию абдоминального отдела пищевода при этом производят в косом направлении, под углом. Далее формируется малый желудок из петель приводящего и отводящего отдела тонкой кишки. После чего формируется анастомоз между пищеводом и сформированным малым желудком из тонкой кишки.

Недостатками данного способа являются трудоемкость и травматичность операции, кроме того, формирование малого желудка по данной методике предрасполагает к развитию рефлюкс-эзофагита.

Известен способ резекции желудка, включающий удаление органа с сохранением участка желудочной стенки, прилежащей к пищеводу, ушивание культи двенадцатиперстной кишки, наложение желудочно-кишечного и межкишечного анастомозов, при этом желудок мобилизуют на всем протяжении и пересекают на уровне пищеводно - желудочного перехода по линии, перпендикулярной оси пищевода, затем размещают пищевод в центральной части горизонтального отдела Т-образной дубликатуры из тощей кишки и ротируют культю желудка на 180 вправо, после чего анастомозируют культю желудка с отводящим отделом Т-образной муфты, а приводящий ее отдел фиксируют к отводящему до пищевода.

Недостатками данного способа являются: короткая зона фиксации анастомоза, стенка кишки при формировании анастомоза рассекается продольно, что способствует развитию рефлюкс-эзофагита; уменьшена зона энтероэнтеропликации вследствие короткой фиксации абдоминального отдела пищевода.

С целью формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии, при раке желудка, позволяющий снизить вероятность несостоятельности анастомоза и предотвратить развитие рефлюкс-эзофагита, нами разработан и внедрен в клинике новый способ гастрэктомии (А.С. 2002/0572.1 от 29.04.2002) [5].

Способ осуществляется следующим образом:

После мобилизации желудка и абдоминального отдела пищевода производят гастрэктомию проксимальнее кардиоэзафагеального перехода. Культю двенадцатиперстной кишки ушивают. Отступив от связки Трейца 25-30 см, из петель тощей кишки (приводящей и отводящей) создают Т-образную дубликатуру. Следующим этапом кишку фиксируют на всем протяжении абдоминального отдела пищевода. Первые два шва по краям кишки фиксируют к ножкам диафрагмы, далее абдоминальный отдел пищевода фиксируют к отводящей петле по каждому краю на 5-6 швах. Затем формируют поперечный эзофагоэнтероанастомоз, который предотвращает развитие рефлюкс -эзофагита ввиду смыкания зоны анастомоза при аннтиперистальтической волне.

После формирования анастомоза выполняют эннтероэнтеропликацию, после чего приводящую петлю кишки фиксируют на протяжении 10 см к отводящей, тем самым закрывая зону анастомоза. Ниже связки Трейца накладывают межкишечное соустье.

Надежность анастомоза, при данном способе, достигается за счет удлинения зоны фиксации абдоминального отдела пищевода, дополнительной дубликатуры - энтерооэнтеропликации на протяжении 10 см. Выполнение поперечного эзофагоэнтероанастомоза предотвращает заброс кишечного содержимого в пищевод при антиперистальтической волне ввиду смыкания краев анастомоза; за счет созданной Т-образной дубликатуры кишки и энтероэнтеропликации формируется газовый пузырь, что способствует выходу воздуха, в результате чего не возникает опасности развития рефлюкс-эзофагита.

Приводим клинические наблюдения подтверждающий эффективность применения способа формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии у больных с раком желудка.

Пример 1

Больной П., 47 лет. Жалобы при поступлении на боли в эпигастрии, иррадирующие за грудину, слабость, снижение в весе.

Из анамнеза: болен в течение 6 месяцев. Обследован в поликлинике: сделана гастроскопия с прицельной биопсией, при которой обнаружен рак в проксимальном отделе желудка (аденокарцинома), дефект слизистой в d=3,0 см.

Рентгеноскопия желудка: обнаружена ниша ниже кардиального жома 4-5 см. После дообследования и предварительной подготовки произведена операция абдоминальным доступом.

Выполнена гастрэктомия с расширенной лимфадиссекцией в объеме лимфаденэктомии. Наложен эзофагоэнтероанастомоз по описанному способу. Назогастральный зонд удален на 5 сутки.

Послеоперационное течение гладкое, ранняя активация больного после операции. Кормление через рот начато после удаления зонда. Больной через 12 суток выписан домой.

Больной осмотрен после операции через 3 мес., 1 год, 3 года. Самочувствие хорошее, набрал в весе, аппетит сохранен, работает.

Через 3 года проведена компьютерная томография брюшной полости, метастазы не обнаружены. Рентгеноскопия (эзофагоэнтерография): имеется небольшой газовый пузырь в левом поддиафраггмальном пространстве, проходимость анастомоза хорошая.

Пример 2

Больной Д., 67 л. При поступлении беспокоят боли в эпигастрии постоянного характера, усиливающиеся после приема пищи. Боли иррадиируют в спину. В течение последнего месяца отмечает ухудшение самочувствия, слабость, упадок сил, апатию, снижение аппетита. Потеря в весе до 5 кг. При фиброгастродуоденоскопии обнаружен дефект слизистой в субкардии до 2,5 см с неровными подрытыми краями, взята биопсия. Результат биопсии - аденкаррцинома желудка. Рентгенологический диагноз подтверждён.

После подготовки и дообследования больной взят на операцию. Во время операции обнаружена опухоль с инфильтративным ростом в верхней трети желудка. Произведена гастрэктомия, при этом мобилизован абдоминальный отдел пищевода, пересечен выше жома на 2 см (с целью адекватной лимфадиссекции выполняется спленэктомия).

Культя двенадцатиперстной кишки ушита. Наложен эзофагоэнтероанастомоз по описанной методике. Послеоперационное течение гладкое. Выписан домой на 14 сутки после операции. По истечении 1 года осмотрен в динамике, жалоб нет. Самочувствие хорошее.

По данной методике выполнено 37 гастрэктомий, несостоятельности анастомоза не отмечено ни в одном случае.

Таким образом, предлагаемый способ эзофагоэннтероанастомоза после гастрэктомии у больных с раком желудка, является надежным, предотвращает несостоятельность анастомоза и развитие рефлюкс-эзофагита.

**Список использованной литературы:**

1.Щепотин И. Б., Эванс С. Р. Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. – К.: Книга Плюс, 2000

2. Hermans J., Bonenkamp J. J., Boon M. C. et al. Adjuvant therapy after curative resection for gastric cancer: Meta-analysis of randomized trials// J. Clin. Oncol. – 1993. – V. 11. – Р. 1441–1444.

3. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Изд. Казанского университета, 1987, с. 141-157.

4. А. С. СССР № 1796159, кл. A61В 17/00.//Бюллетень изобретений №7 от 23.02.1993.

5. Рахов С. Б.; Жанталинова Н. А. Способ формирования эзофагоэнтероанастомоза после гастрэктомии.// Бюллетень изобретений РК. №1 от 15.01.2004,