**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА.**

*Рахов С.Б.*

*Алматинская многопрофильная клиническая больница, г. Алматы*

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, энтероэнтеропликация, рефлюкс гастрит.

**Ressume;** For the purpose of formation ezofagoenterostamoz aftera gastroektomy, at a stomach cancer, the new way of a gastoektonomy is developed and introduced in clinic at the stomach cancer, allowing to lower probability of an inconsistency anastomoz and to prevent development a reflux-ezofagit. By the given technique it is executed 37 gastraektonomies, inconsistencies anstamoz it is noted in one case.

**Keywords:** a stomach cancer, gastraektonomy, ezofagoenterostamoz, enteroenteroplication, a reflux a gastritis.

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,