

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА КИШЕЧНИКА НА РЕКОНСТРУКТИВНОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

**Бойко Валерий Владимирович**

*д-р мед. наук, профессор, директор ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков*

**Лазирский Вячеслав Алексеевич**

*канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургии № 1 Харьковского Национального медицинского университета, г. Харьков*

*E-mail: [Vlazirskiy@mail.ru](mailto:Vlazirskiy@mail.ru)*

## USE OF THE CECUM ILEOCOLIC SEGMENT FOR THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT RECONSTRUCTION IN PATIENTS WITH COMPLICATED LOCALLY EXPANDED GASTRIC CANCER

**Boyko Valeriy**

*doctor of medical science, professor, director of State institution “Zaycev V.T. institute of general and urgent surgery of National academy of medical sciences of Ukraine”, Kharkov*

**Lasirskiy Vyatceslav**

*candidate of medical science, Assistant professor of Surgery № 1 Kharkiv National Medical University, Kharkov*

### АННОТАЦИЯ

Цель: изучение результатов гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника у больных местно-распространенным раком желудка. Методы: основная группа — 13 больных с илеоцекальной гастропластикой. Группа сравнения — 20 больных с концево-петлевым эзофагоэюноанастомозом. Результаты: Гастропластика илеоцекальным сегментом способствовала снижению числа постгастрэктомических синдромов возникших в отдаленные сроки у 2 больных (15,3 %) и у 10 (58,8 %) больных группы сравнения. Выводы: при лечении данной патологии целесообразна разработка и применение новых методов гастропластики.

### ABSTRACT

Objective: To study the results of gastroplasty ileocecal segment of the intestine in patients with locally advanced gastric cancer . Methods: The study group — 13 patients with ileocecal gastroplasty . The comparison group — 20 patients with end

— loop ezofagoeyunoanastomozom. Results: gastroplasty ileocecal segment has reduced the number postgastrektomicheskikh syndromes occurred in the remote period in 2 patients (15,3 %) and in 10 (58,8 % ) patients of the comparison group. Conclusion: in the treatment of this pathology is suitable development and application of new methods of gastroplasty.

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

**Key words:** locally expanded gastric cancer; gastroplastic by the ileocecum colonic segment.

Выбор метода реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии является главным фактором, влияющим на частоту развития различных органических и функциональных расстройств пищеварения. По данным ряда авторов рефлюкс-эзофагит возникает у 21,0—52,4 % больных после гастрэктомии [1, 2, 4]. С целью предупреждения этих осложнений было разработано более 70 реконструктивных и пластических операций. Однако проблема выбора метода реконструкции при оказании неотложной онкохирургической помощи больным с местно-распространенным раком желудка (МРРЖ) остается актуальной [1, 3, 5]. **Целью исследования** был анализ опыта гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника.

**Материалы и методы.** Нами исследованы результаты хирургического лечения 13 больных местно-распространенным раком желудка с 2009 по 2013 гг. в возрасте от 32 до 69 лет. Средний возраст составил  $57,6 \pm 6,7$  лет. Из них мужчин — 10 (76,9 %), женщин — 3 (23,1 %). Всем больным на реконструктивном этапе после комбинированной гастрэктомии выполнена гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника. Локализация опухоли и стадирование по классификации TNM приведены в табл. 1.

*Таблица 1.*

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

<b>№ п/п</b>	<b>Локализация опухоли</b>	<b>Количество больных</b>	<b>Стадия TNM</b>
1.	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>
2.	Тело 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>2</sub> M <sub>0</sub> G <sub>3</sub>
3.	Выходной 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>1</sub>
4.	Субтотальное поражение 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>
		3	T <sub>4</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub> G <sub>2</sub>

У 6 больных отмечено кровотечение из опухоли желудка: у 3 больных кровопотеря составила до 1000,0 мл (I степень); у 3 — до 1500,0 мл (II степень). У 2 больных выявлен стеноз выходного отдела желудка (у 1 компенсированный и у 1 субкомпенсированный).

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

**Таблица 2.**

**Характер инвазии опухоли желудка и выполненных оперативных вмешательств у больных основной группы**

<b>№ п/п</b>	<b>Характер инвазии опухоли желудка в соседние органы</b>	<b>Количество больных</b>	<b>Выполненные операции</b>
1.	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.
2.	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 (a. ileocolica).
3.	Рак тела желудка с инвазией в хвост поджелудочной железы и брыжейку поперечно-ободочной кишки	2	Комбинированная гастрэктомия D <sub>2</sub> с резекцией хвоста поджелудочной железы и в 1 случае спленэктомией, резекция правой половины толстой кишки с сохранением илеоцекального сегмента.
4.	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.

В сроки от 1 до 24 месяцев динамическому функциональному обследованию было подвергнуто 11 больных основной группы и 17 — группы сравнения (начиная с бмес. только выжившие пациенты), у которых помимо клинических, биохимических, иммунологических исследований, выполняли УЗИ, КТ, ФЭГДС, исследование пассажа бариевой взвеси по пищеварительному тракту. Электрогастрографию выполняли 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 изучение липидов сыворотки крови. Для сопоставления изучаемых показателей нами сформирована группа сравнения, в которую вошло 20 больных с раком желудка, перенесших комбинированную гастрэктомию с формированием петлевого эзофагоэюноанастомоза 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 в возрасте  $59,3 \pm 9,7$  лет. Обе группы по изучаемым показателям сопоставимы. Локализация опухоли и характер выполненных операций в группе представлены в табл. 3.

**Таблица 3.**

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

<b>№ п/п</b>	<b>Локализация опухоли</b>	<b>Количество больных</b>	<b>Объем операции</b>
1.	Опухоль тела желудка с инвазией в тело и/или хвост поджелудочной железы	7	Комбинированная гастрэктомия с резекцией тела и/или хвоста поджелудочной железы, спленэктомия
2.	Опухоль кардиального отдела желудка с распространением на абдоминальный отдел пищевода	3	Гастрэктомия с резекцией абдоминального и нижнегрудного отдела пищевода по Савиных
3.	Опухоль кардиального отдела желудка с инвазией в III сегмент печени	2	Комбинированная гастрэктомия с резекцией III сегмента печени
4.	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)
5.	Субтотальное поражение желудка с инвазией в голову поджелудочной железы и гепатодуоденальную связку	2	Комбинированная гастрэктомия с панкреатодуоденальной резекцией и резекцией гепатодуоденальной связки с формированием эзофаго-илеоанастомоза по Ру

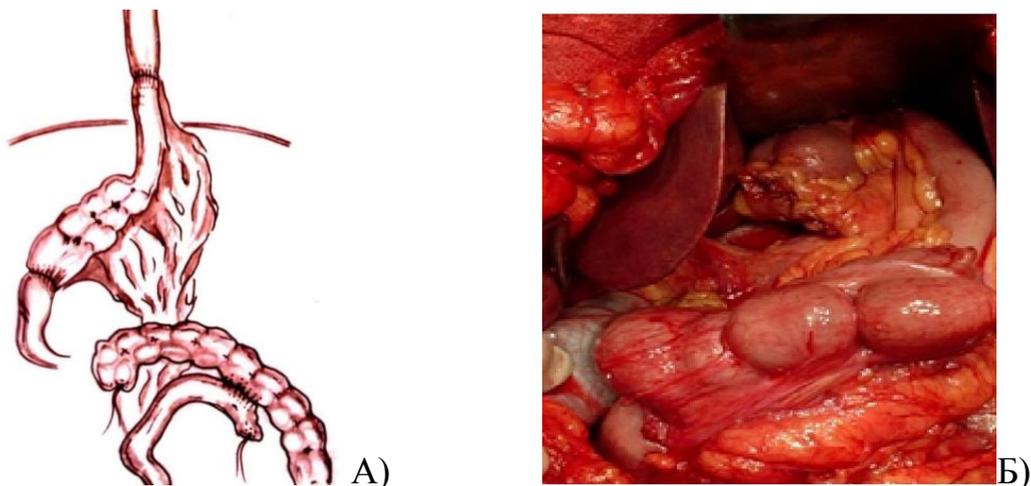
У всех больных группы сравнения исключая 2 пациентов с комбинированной гастрэктомией и панкреатодуоденальной резекцией сформированы петлевые эзофаго-илеоанастомозы на длинной петле по Шлаттеру (Schlatter).

**Результаты.** В основной группе продолжающееся кровотечение из изъязвленной опухоли желудка отмечено у 2 (15,0 %) больных. В обоих

случаях достигнут эндоскопический гемостаз: путем орошения 5 % раствором Е-аминокапроновой кислоты — 1 больной, еще в одном случае — эндоскопический инъекционный гемостаз. Всем больным проводилась консервативная гемостатическая терапия и предоперационная подготовка, включая переливание эритроцитарной массы и белковых препаратов (свежезамороженной плазмы и 20 % раствора альбумина). У 4 больных до операции перелита эритроцитарная масса с целью коррекции острой анемии: у 3 — от 500,0 до 600,0 мл, у 1 — 960,0 мл.

Наиболее частым поводом к выполнению гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника явилось распространение опухоли желудка на поперечно-ободочную кишку и ее брыжейку (8 случаев) и прорастание опухоли желудка в дистальную часть поджелудочной железы и брыжейку толстой кишки в области *a. colica media* (2 больных). 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.

Гастропластика осуществлялась путем формирования эзофагоилеоанастомоза (у 2 больных «конец в конец» и у 8 — «конец в бок») и цекодуоденоанастомоза (у 2 больных «конец в конец» и у 8 — терминалатеральный). 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 культи двенадцатиперстной кишки формирование анастомоза с ней технически затруднено. Схема операции и ее окончательный вид представлены на рис. 1.



**Рисунок 1. Схема (А) и окончательный вид (Б) гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника**

Данные периоперационного периода представлены в табл. 4

**Таблица 4.**

**Периоперационные результаты**

<b>Показатель</b>	<b>Основная группа</b>	<b>Группа сравнения</b>
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

Из приведенных данных видно, что 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 с 2—4 суток после операции.

Данные о характере и количестве осложнений приведены в таблице 5.

**Таблица 5.**

**Характер ранних п/о осложнений в основной и группе сравнения**

<b>№ п/п</b>	<b>Осложнения</b>	<b>Основная группа</b>	<b>Группа сравнения</b>
1.	Двухсторонний плеврит	2	1
2.	Несостоятельность	1 (1)	-

	эзофагоилеоанастомоза		
3.	Панкреатический свищ	1	1
4.	Анастомозит	–	1
5.	Тромбоз воротной вены	–	1 (1)
6.	Пневмония	1	–
7.	О. сердечно-сосудистая недостаточность	1 (1)	–
8.	Панкреонекроз и перитонит		1 (1)
9.	Недостаточность культи дуоденум	–	1
	ВСЕГО	6 (2)	6 (2)

*Примечание — в скобках указаны летальные исходы*

В основной группе процентное соотношение осложнений несколько выше (46,1 %), чем в группе сравнения (30,0 %), что, однако не носит статистически достоверный характер.

В раннем послеоперационном периоде умерло 2 (15,3 %) больных основной группы и 2 (10,0 %) — группы сравнения. Причиной летального исхода явилась несостоятельность шейного эзофагоилеоанастомоза у больного после гастрэктомии с экстирпацией пищевода и пластикой илеоцекальным сегментом, развившаяся на 7 сутки после операции. Несостоятельность привела к формированию пищеводнотрахеального свища, двухсторонней пневмонии и плеврита. 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, вследствие полиорганной недостаточности больной скончался. Еще у 1 больного развился панкреонекроз культи 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 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 (рис. 2).



***Рисунок 2. Б-я В. Отсутствие рефлюкса контраста в положении Тренделенбурга (24 сутки после гастропластики)***

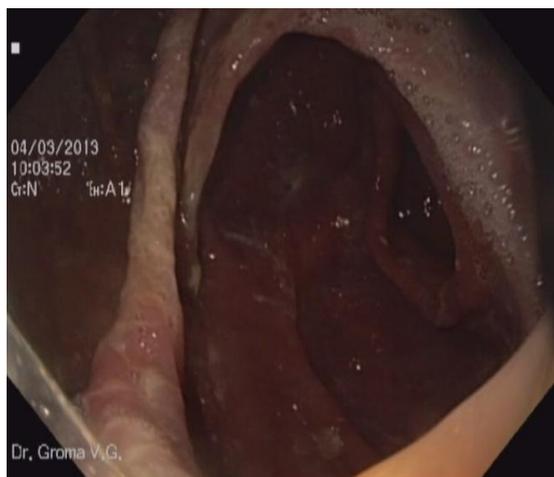
Кишечный резервуар заполнялся в течение 3—7 минут, в среднем ( $4,5 \pm 1,2$ ) мин. Первые порции контрастного вещества эвакуировались из толстокишечной части трансплантата через 5—8 минут, в среднем ( $7 \pm 1,2$ ) мин. Отмечено ритмичное, порционное поступление контраста в двенадцатиперстную кишку.

В сроки до 3 месяцев нами выявлен ускоренный пассаж бария по кишечнику у больных, перенесших гастропластику илеоцекальным сегментом. Среднее время продвижения контрастной массы до прямой кишки составило  $6 \pm 1,2$  часов, что сопровождалось учащением стула до 4 раз в сутки. У двух больных отмечена стойкая диарея до 5—6 раз в сутки в сроки до 4 месяцев. Проводимая консервативная терапия (диета, ферментные препараты, имодиум) у 10 больных сопровождалась нормализацией скорости пассажа бария, стула и показателей копрограммы.

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

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 — H180 (Япония). Ни у одного больного основной группы не выявлен дуодено-илеоэзофагальный рефлюкс. Слизистая пищевода и тонкокишечной части трансплантата розовая, без признаков воспаления. Илеоцекальный клапан сомкнут, легко расправляется при инсуффляции воздуха (рис. 3). Слепая кишка макроскопически без признаков воспаления. Отмечается активная перистальтика тонко- и толстокишечной части трансплантата.



***Рисунок 6. Б-й 3., 60 лет. Эндofотограмма зоны илеоцекального клапана через 3 месяца после гастропластики илеоцекальным сегментом***

Через 3 мес. при гистологическом исследовании выявлена умеренная лимфо-плазмocитарная инфильтрация слизистой слепой кишки, выявлены фрагменты пейеровых бляшек в слизистой тонкой кишки трансплантата. В слизистой нижней трети пищевода воспаление отсутствует.

При эндоскопическом исследовании через 6 месяцев у 6 (35,2 %) больных группы сравнения выявлен рефлюкс эзофагит. Через 12 месяцев у 5 (29,4 %) больных выявлен дистальный эрозивно-язвенный эзофагит, не поддающийся консервативной терапии с развитием стриктуры эзофагоюноанастомоза у 3 больных. Следует отметить, что у 2 больных эзофагоюноанастомоз был сформирован при помощи циркулярного сшивающего аппарата. После верификации доброкачественного характера стриктуры всем больным проводилась эндоскопическая баллонная дилатация зоны анастомоза. У 2

(11,7 %) больных (аппаратный шов анастомоза) вследствие неэффективности лечения выполнена реконструкция эзофагоэюноанастомоза.

С целью оценки пищеварения и усвоения жиров у всех больных основной и группы сравнения проведено копрологическое исследование. Исследование проводилось на фоне диеты Шмидта в сроки от 1 до 12 месяцев. Количественная оценка результатов исследования выражалась традиционно числом плюсов. Через 1 месяц у 8 (61,5 %) больных основной группы выявлена стеаторея всех трех типов. Так, у всех больных выявлен нейтральный жир (стеаторея I типа), что характерно для внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Кроме того, наличие жирных кислот и мылов (++) указывало на стеаторею II и III типов соответственно. Повышение содержания мылов указывало на нарушение всасывания жиров, что связано с ускоренным пассажем пищи по кишечнику. Учитывая полученные данные, нами проводилась коррекция цекального и панкреатического кишечных синдромов путем назначения ферментных препаратов, эубиотиков, имодиума и диеты.

Через 3 месяца только у 2 больных основной группы, перенесших резекцию поджелудочной железы выявлен нейтральный жир (+) что, однако, не сопровождалось жалобами либо клиническими проявлениями. Слизь отсутствовала у всех больных, количество перевариваемой растительной клетчатки, а также неизмененных мышечных волокон соответствовало норме (+-). В более отдаленные сроки (от 6 до 12 месяцев) только у 2 больных основной группы выявлена стеаторея I и II типов.

У больных группы сравнения через 1 месяц выявлена стеаторея всех трех типов: липолитическая (I тип) — у 7 (41,1 %) больных, холелитическая — у 6 (35,2 %), энтеральная — у 2 (11,7 %) пациентов. В отдаленные сроки, начиная с 6 месяцев, отмечено уменьшение II типа стеатореи при практически неизменном уровне стеатореи I типа и увеличением количества больных с энтеральной стеатореей (III тип). Так, в группе сравнения через 12 месяцев из 12 обследованных больных стеаторея I типа выявлена у 5 (41,6 %) больных, II типа — у 2 (16,6 %), III типа — у 5 (41,6 %) больных.

Отдаленные результаты в сроки от 1 месяца приведены в табл. 6.

**Таблица 6.**

**Характер осложнений в отдаленном периоде у больных обеих групп**

<b>Осложнение</b>	<b>Основная группа</b>	<b>Группа сравнения</b>
Рефлюкс-эзофагит	-	5
Стриктура эзофагоеюноанастомоза	-	3
Демпинг-синдром	-	1
Синдром приводящей петли	-	1
Агастральная астения	1	-
Спаечная кишечная непроходимость	1	-
<b>ВСЕГО</b>	<b>2 (15,3 %)</b>	<b>10 (58,8 %)</b>

Преобладали функциональные осложнения у больных группы сравнения.

У всех больных обеих групп в послеоперационном периоде проведено не менее 3 курсов химиотерапии в сроки от 1 до 12 месяцев. Базовыми препаратами являлись фторурацил и цисплатина.

В сроки от 6 до 12 мес. из 11 выживших больных основной группы умерли 3 (27,3 %) больных. Еще трое умерли в сроки от 12 до 24 месяцев. В группе сравнения медиана выживаемости составила 18,6 месяцев (таблица 7).

**Таблица 7.**

**Результаты хирургического лечения в обеих группах больных (умершие в послеоперационном периоде исключены)**

<b>Характер инвазии опухоли желудка</b>	<b>Количество больных</b>	<b>Количество наблюдаемых больных</b>			<b>Медиана выживаемости</b>
		<b>6 месяцев</b>	<b>12 месяцев</b>	<b>24 месяца</b>	
Основная группа Пищевод	1	1	0	0	-
Толстая кишка	8	8	7	4	-
Поджелудочная железа	2	2	1	0	13,7
<b>ВСЕГО</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>-</b>
Группа сравнения Поджелудочная железа	6	6	4	2	16,2
Пищевод	3	3	1	0	10,7

Печень	2	2	2	1	18,9
Толстая кишка	6	6	5	2	22,9
ВСЕГО	17	17	12	6	18,6

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 момент написания статьи живы.

**Обсуждение.** Одним из наиболее частых вариантов распространения опухоли желудка является инвазия в толстую кишку [1, 2]. В наших наблюдениях данный вариант распространения опухоли желудка встречается наиболее часто (32,4 %). В данной клинической ситуации необходимость выполнения гастрэктомии 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. 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.

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. Несостоятельность эзофагоилеоанастомоза на шее с летальным исходом, по-видимому, связана с обширным объемом операции при распространенном опухолевом процессе и недостаточным кровоснабжением дистальной части трансплантата на шее.

Ни у одного больного основной группы нами не выявлено клинических признаков рефлюкс-эзофагита, что, однако встречается с различной частотой при других видах гастропластики [1, 3, 5].

У 8 (40,0 %) больных с петлевым эзофагоэюноанастомозом в отдаленном периоде выявлен рефлюкс-эзофагит приведший у 3 больных к развитию стриктуры анастомоза. Эндоскопическая баллонная дилатация была эффективна у 1 больного. У 2 больных (аппаратный шов анастомоза) выполнена реконструкция эзофагоэюноанастомоза ручным швом.

### **Выводы.**

1. Гастропластика илеоцекальным сегментом не сопровождается 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 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 снижение количества функциональных постгастрэтомических расстройств с 58,8 % до 15,3 % в отдаленном послеоперационном периоде.

### **Список литературы.**

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 желудка / М.С. Громов, Д.А. Александров, А.А. Кулаков [и др.] // Хирургия — 2003. — № 4. — С. 20—23.
3. Ершов В.В. Применение методики Ру при гастрэктомии и эзофагэктомии // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2002, — № 161(5) — С. 71—75.

4. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков [и др.] // Вестник хирургии. — № 4. — 2006. — С. 79—81.
5. 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.