

КОМБИНИРОВАННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Проф. В. В. БОЙКО^{1,2}, канд. мед. наук В. А. ЛАЗИРСКИЙ^{1,2},
докт. мед. наук С. А. САВВИ¹, докт. мед. наук В. Н. ЛЫХМАН¹

¹ ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», Харьков,
² Харьковский национальный медицинский университет

Проведен анализ результатов оперативного лечения 89 больных раком желудка, которым выполнены комбинированные гастрэктомии или резекции желудка D2 с резекцией поджелудочной железы в сочетании со спленэктомией и без нее. Из них послеоперационные осложнения возникли у 31,4 % (28 больных), послеоперационная и общая летальность составили 13,4 % и 19,1 % (12 и 17 больных) соответственно.

Ключевые слова: осложненный местнораспространенный рак желудка, хирургическое лечение.

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости раком желудка проблема лечения осложненных форм заболевания остается одной из наиболее сложных и актуальных [1–3]. До 60–80 % больных поступают на лечение с запущенными формами заболевания при наличии тяжелых осложнений и инвазии опухоли желудка в соседние органы [4–6].

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с осложненным местнораспространенным раком желудка.

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии» АМН Украины на протяжении многих лет оказывается лечебная помощь больным со злокачественными новообразованиями желудка, преимущественно с развитием острых жизнеугрожающих осложнений, таких как кровотечение, стеноз и перфорация. В наших наблюдениях имело место прорастание опухоли желудка в соседние органы (поджелудочная железа — 89 (21,3%), толстая поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка — 83 (19,8%), печень — 51 (12,2%), пищевод —

43 (10,2%), желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки — 17 (4,0%), воротная вена — 8 (1,9%), селезенка — 21 (5,0%), диафрагма — 18 (4,3%), двенадцатиперстная кишка (ДПК) — 12 (2,8%) и инвазия в несколько органов — 76 (18,2%). В данной работе анализируются результаты оперативного лечения больных с инвазией опухоли желудка в поджелудочную железу.

С учетом локализации инвазии принципиально выделяются три варианта хирургической ситуации — в головку, тело и хвост поджелудочной железы.

Объем радикального оперативного вмешательства при раке желудка, прорастающем в головку поджелудочной железы, должен, по нашему мнению, включать субтотальную дистальную резекцию желудка (или гастрэктомию) с обоими сальниками и лимфодиссекцию. Схематично операция представлена на рис. 1–2.

Учитывая тот факт, что инвазия рака желудка в головку поджелудочной железы чаще наблюдается при дистальных новообразованиях по отноше-

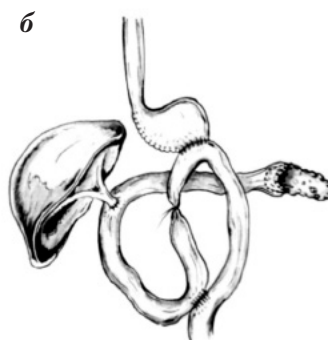
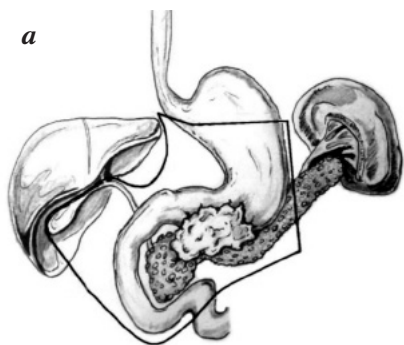


Рис. 1. Инвазия рака желудка в головку поджелудочной железы: *а* — схема объема операции; *б* — восстановительный этап после панкреатогастродуоденальной резекции

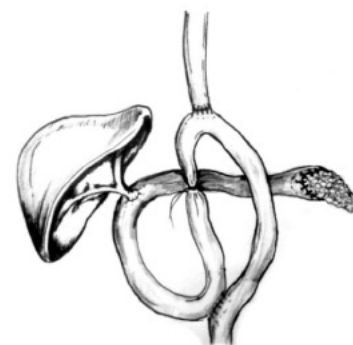


Рис. 2. Схема панкреатогастродуоденальной резекции с гастрэктомией при раке желудка с инвазией в головку поджелудочной железы

нию к желудку, операцией выбора в этих ситуациях можно считать субтотальную дистальную резекцию желудка с лимфодиссекцией в комбинации с панкреатодуоденальной резекцией. При выполнении одномоментной операции техника субтотальной резекции желудка отличается тем, что перевязывается гастродуоденальная артерия, выделяется общий желчный проток для анастомозирования с кишкой, перевязываются нижние панкреатические артерии в области головки поджелудочной железы. Методика панкреатодуоденальной резекции обычно не отличается от общепринятой. Восстановление целостности пищеварительного канала производим в следующем порядке: 1) формируется панкреатоеюноанастомоз; 2) формируется гепатикоеюноанастомоз; 3) формируется «высокий» гастроэнтероанастомоз; 4) формируется «заглушка» приводящей к желудку петли; 5) между приводящей и отводящей к желудочному анастомозу кишками формируется межкишечное соустье «бок в бок». Панкреатоеюноанастомоз формируем двухрядным швом (наружный узловый и внутренний обвивной атравматичными иглами и нитями из рассасывающегося материала: викрил, дексон и т. д.) на весь диаметр культи поджелудочной железы без изолированного вшивания вирсунгова протока и, как правило, без его декомпрессии. Отведение желчи осуществляется через гепатикоеюноанастомоз либо через холецистоеюноанастомоз (дистальный отдел холедоха в таком случае перевязывается или ушивается), при этом дополнительно возможно наружное дренирование через холецистостому или чрезкожное чрезпеченочное дренирование общего желчного протока и его соустья с тонкой кишкой по Прадери — Смиту. Гастроэнтероанастомоз формируется обычно без натяжения по методике Гофмейстера — Финстенера либо производится 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 приводящая и отводящая петли тонкой кишки анастомозируют между собой в виде брауновского соустья. При необходимости удаления всего желудка формируем эзофагоэнтероанастомоз по методике клиники (по Зайцеву — Донцу) с обязательной фиксацией анастомотической камеры к ножкам диафрагмы и широкому кольцу диафрагмы по окружности анастомоза (такой тип анастомоза «подвешивает» анастомоз к диафрагме и препятствует его несостоятельности от натяжения). В дополнение к гастрэктомии всегда выполняем «заглушку» приводящей петли во избежание рефлюкса панкреатического сока и желчи в пищевод и арозивного действия этих сред на швы эзофагоэнтероанастомоза. Комбинированная гастрэктомия (субтотальная дистальная резекция желудка) в сочетании с панкреатодуоденальной резекцией выполнена нами у 16 (17,9%) больных.

Дистальные раки желудка и опухоли его тела часто прорастают в тело поджелудочной железы, что выявлено нами у 28 (31,5%) человек. Объем радикального оперативного вмешательства в этом случае, по нашему мнению, должен включать субтотальную дистальную резекцию желудка с обоими сальниками (либо гастрэктомию) с субтотальной дистальной резекцией поджелудочной железы и спленэктомией либо медианной (срединной, центральной, сегментарной) резекцией поджелудочной железы (с удалением селезенки либо без таковой). Схематическое изображение выполняемых в таких случаях операций представлено на рис. 3–6.

У 12 (13,5%) больных при прорастании опухоли желудка в тело поджелудочной железы выполнена комбинированная гастрэктомия в сочетании с дистальной резекцией поджелудочной железы. Гастрэктомию выполняем при больших опухолях желудка, инфильтративной форме рака.

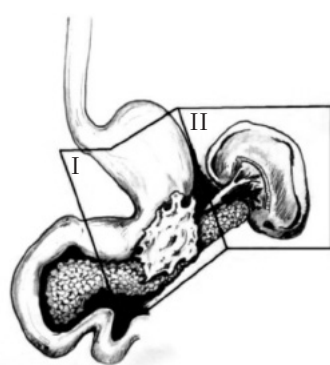


Рис. 3. Объем удаляемых тканей при субтотальной дистальной резекции желудка без спленэктомии (I) и со спленэктомией (II)

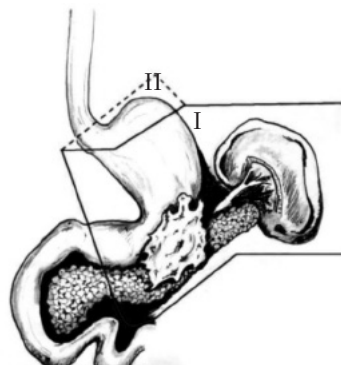


Рис. 4. Объем операции при субтотальной дистальной резекции желудка (I) либо гастрэктомии (II) в комбинации с субтотальной дистальной резекцией поджелудочной железы и спленэктомией



Рис. 5. Окончательный вид операции. Культи двенадцатиперстной кишки ушита, культя поджелудочной железы ушита и перитонизирована, гастроэнтероанастомоз сформирован на длинной петле с брауновским соустьем



Рис. 6. Окончательный вид операции. Культи двенадцатиперстной кишки ушита, культи поджелудочной железы ушита и перитонизирована. Гастроэнтероанастомоз сформирован на короткой петле

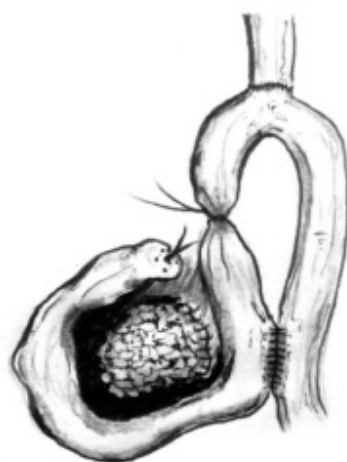


Рис. 7. Формирование эзофагоэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным брауновским анастомозом

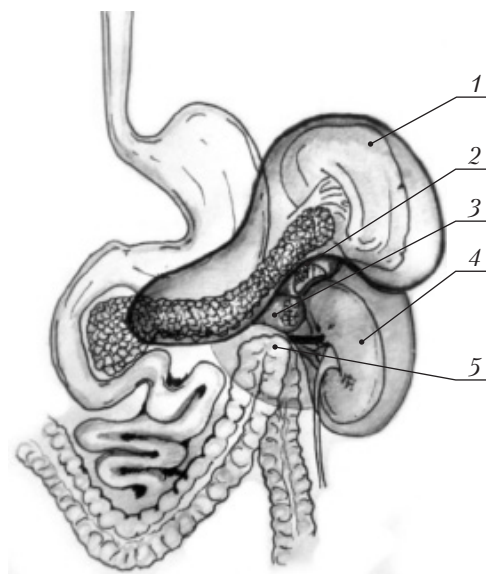


Рис. 8. Распространение опухоли желудка на тело и хвост поджелудочной железы с селезенкой (1): 2 — и на левый надпочечник, 3 — и на околопочечную клетчатку, 4 — и на левую почку, 5 — и на селезеночный угол толстой кишки

Культи двенадцатиперстной кишки обрабатываются обычным способом при помощи УКЛ-60 и погружения ее в кисетный шов. Поджелудочная железа в проекции воротной вены при помощи пальца оперирующего хирурга отделяется по задней поверхности в пределах здоровых тканей, перевязывается с прошиванием на этом уровне селезеночной артерии. Железа прошивается УКЛ-60 и отсекается, вирсунгов проток отдельно прошивается нерассасывающейся нитью. Культи поджелудочной железы экстраперитонизируются отдельными швами. Из 8 случаев субтотальной резекции желудка в сочетании с субтотальной

дистальной резекцией поджелудочной железы гастроэнтероанастомоз формировали на короткой петле только у 2 больных, в остальных случаях — на длинной петле с брауновским соустьем. При гастрэктомии формируем эзофагоэнтероанастомоз по методике клиники (по Зайцеву — Донцу) с брауновским соустьем [7]. Для декомпрессии анастомозов обязательно трансназально устанавливаем полихлорвиниловый зонд. При подобных операциях очень важно оценить распространенность опухоли в забрюшинное пространство (ревизия левого надпочечника и левой почки). При отсутствии отдаленных метастазов были выполне-

www.imj.kh.ua

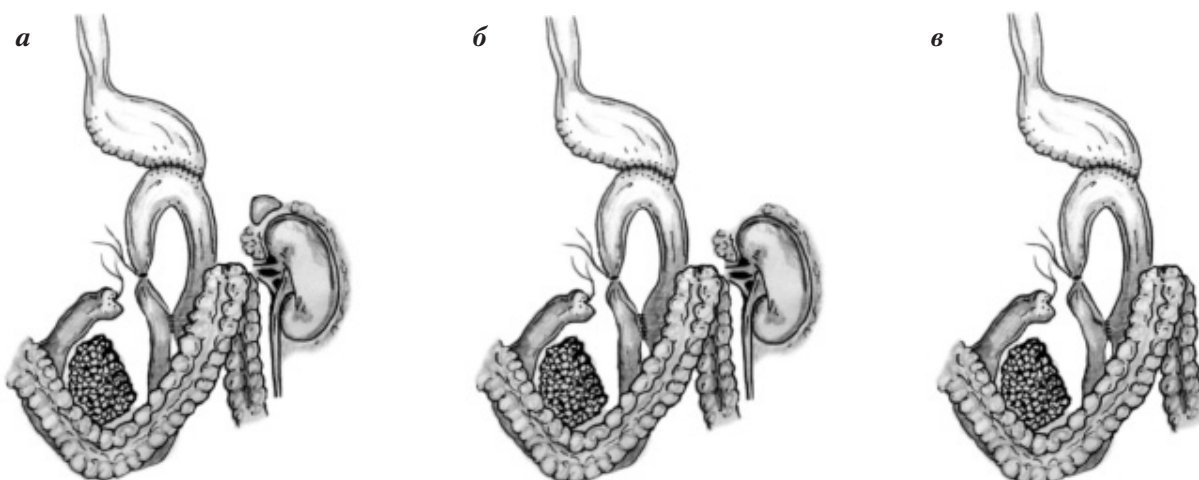


Рис. 9. Субтотальная резекция желудка по Бильрот-II на длинной петле с брауновским соустьем, субтотальная дистальная резекция поджелудочной железы с селезенкой (а); то же — и левым надпочечником (б) и левой почкой (в)

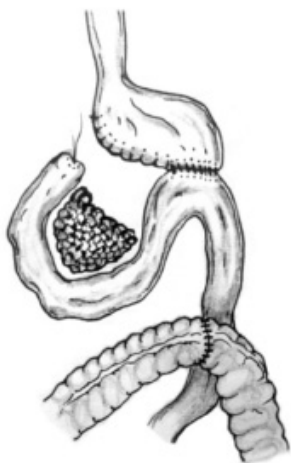


Рис. 10. Субтотальная резекция желудка по Бильрот-II на короткой петле, субтотальная резекция поджелудочной железы с селезенкой, левым надпочечником, левой почкой и левосторонняя гемиколэктомия

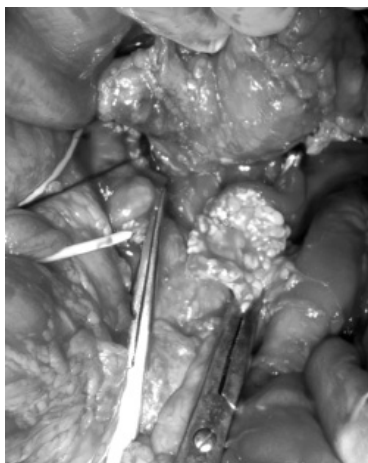


Рис. 11. Фото Больной Г., 54 года, и. б. № 2404. Опухоль желудка с инвазией в тело и хвост поджелудочной железы и левый надпочечник. Этап мобилизации левого надпочечника



Рис. 12. Схема медианной резекции поджелудочной железы в дополнение к субтотальной резекции желудка с обоими сальниками и опухолью

ны в дополнение к основной операции удаление левого надпочечника (6 случаев), левой почки с околопочечной клетчаткой в одном блоке с опухолью (2 наблюдения), только околопочечной клетчатки (6 наблюдений). Еще у одного больного выполнена субтотальная дистальная резекция желудка, субтотальная резекция поджелудочной железы с селезенкой, левым надпочечником, левой почкой и левосторонняя гемиколэктомия. Схематическое изображение выполненных оперативных вмешательств представлено на рис. 8–11.

У 8 больных при прорастании опухоли желудка в области перешейка поджелудочной железы нами выполнены срединные резекции поджелудоч-

ной железы при комбинированных субтотальной дистальной резекции желудка (3 больных) и гастрэктомии (5 больных). Объем оперативно удаляемых тканей показан схематично на рис. 12, 13.

При этом длина резецируемого участка железы при медианной резекции колебалась от 3 до 8 см, в среднем составил 4,6 см. Восстановительный этап после такой операции может несколько варьировать в зависимости от имеющейся конкретной клинической ситуации. Наиболее часто мы использовали вариант с применением одной петли кишки и включением культи железы в процесс пищеварения. Схемы оперативных вмешательств приведены на рис. 14, 15.

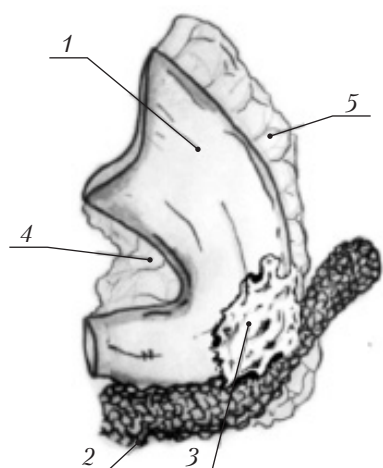


Рис. 13. Объем удаляемых тканей при медианной резекции поджелудочной железы: 1 – резецированный желудок; 2 – тело поджелудочной железы; 3 – опухолевая ткань; 4 и 5 – малый и большой сальники

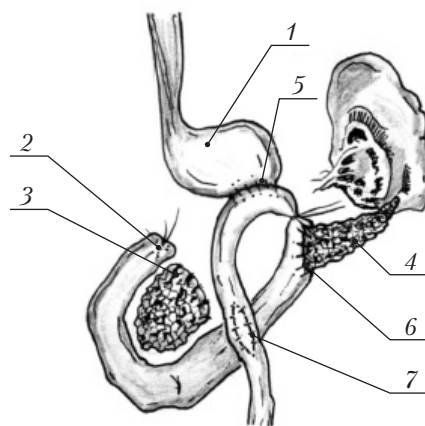


Рис. 14. Субтотальная дистальная резекция желудка с обоими сальниками; медианная резекция поджелудочной железы: 1 – культи желудка; 2 – культи двенадцатиперстной кишки; 3 – головка поджелудочной железы; 4 – культи поджелудочной железы; 5 – гастроэнтероанастомоз; 6 – панкреатоеюноанастомоз; 7 – межкишечное соустье «бок в бок»

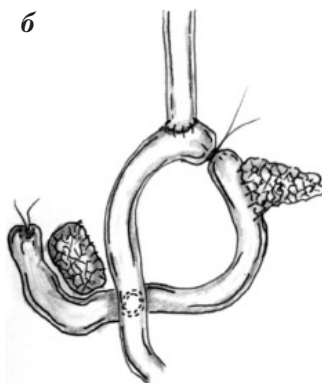


Рис. 15. Схема комбинированной гастрэктомии: *a* — гастрэктомия и медианная резекция поджелудочной железы с антиперистальтическим эзофагоеюноанастомозом, «заглушкой» отводящей петли и брауновским соустьем; *б* — то же с изоперистальтическим эзофагоеюноанастомозом, «заглушкой» приводящей петли и брауновским соустьем

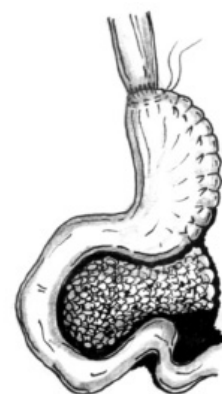


Рис. 16. Проксимальная резекция желудка с хвостом поджелудочной железы и селезенкой, эзофагогастроанастомоз

При выполнении медианной резекции поджелудочной железы в комплексе хирургического лечения местнораспространенного рака желудка, прежде всего, ориентируемся на распространенность опухолевого процесса, переносимость комбинированной операции (оценка степени операционного риска), наличие осложнений (кровотечение, перфорация, стеноз) и связанной с ними urgenностью клинической ситуации. Плановая операция, относительная компенсация общего состояния больного и показателей гомеостаза позволяют выполнить одномоментно субтотальную дистальную резекцию желудка или гастрэктомию с лимфодиссекцией в комбинации с медианной (корпоральной) резекцией поджелудочной железы одним из указанных методов реконструкции.

Прорастание опухоли желудка в хвост поджелудочной железы требует выполнения одномоментной дистальной резекции желудка и панкреаса с селезенкой. После мобилизации селезенки по

А. А. Шалимову выполняется ревизия забрюшинного пространства. При необходимости удаляется левый надпочечник, капсула левой почки, а при гигантских опухолях — и левая почка в одном блоке с опухолью желудка и хвостом поджелудочной железы. Последнюю удаляем при помощи УКЛ-60 с отсечением железы и экстраперитонизацией ее культи с последующей тампонадой брыжейкой толстой кишки. Инвазия опухоли желудка в селезенку и хвост поджелудочной железы чаще наблюдается при проксимальных раках. Инвазия опухоли желудка в дистальную часть поджелудочной железы выявлена у 45 (50,5%) больных. Выполняемые нами операции представлены на рис. 16, 17.

В ряде случаев в клинику поступают пациенты, которым радикальная операция в других лечебных учреждениях не была выполнена из-за прорастания опухоли в поджелудочную железу (13 наблюдений). Некоторые больные были оперированы ранее с жизнеугрожающими острыми осложнениями («на высоте кровотечения» — паллиативные иссечения опухоли и резекции желудка (6 больных); по поводу перфорации опухоли желудка и перитонита — ушивание перфоративного отверстия и паллиативные резекции желудка (8 случаев); по поводу декомпенсированного стеноза — обходные гастроэнтероанастомозы (5 наблюдений), паллиативные резекции желудка и стентирование зоны сужения в области опухоли (2 больных)). У таких больных мы рекомендуем применение двухэтапного лечения, причем второй этап операции преимущественно направлен на оптимизацию радикализма хирургического вмешательства: обеспечивается адекватный объем резекции или удаление желудка; выполняется лимфодиссекция с учетом ракового поражения лимфоузлов; производится восстановительная операция по реконструкции пищеварительного канала с учетом индивидуаль-



Рис. 17. Гастрэктомия с хвостом поджелудочной железы и селезенкой, восстановительный этап по Ру (*a*) либо по Грехем — Петровскому (*б*) в нашей модификации по Зайцеву — Донцу

ных особенностей пациента и клинической ситуации в каждом конкретном случае. Двухэтапные операции вполне себя оправдали.

Послеоперационные осложнения возникли у 28 (31,4%) больных, послеоперационная и общая летальность составили 13,4% и 19,1% (12 и 17 больных) соответственно.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что инвазия опухолей желудка в поджелудочную железу не является признаком нерезектабельности. Разработаны принципиальные подходы

к решению данной проблемы: в дополнение к субтотальной резекции желудка или гастрэктомии можно рекомендовать панкреатодуоденальную резекцию (при инвазии в головку поджелудочной железы); срединную резекцию (инвазия опухоли в области перешейка железы); дистальную резекцию (инвазия в тело и/или хвост поджелудочной железы). Накопленный опыт подобных комбинированных оперативных вмешательств свидетельствует о переносимости таких операций, их неплохих ближайших и отдаленных результатах.

Литература

1. Бондарь Г. В. Комбинированное вмешательство по поводу местнораспространенного рака дистального отдела желудка // Клін. 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. Шальков Ю. Л., Романюк Н. Г. Комбинированные вмешательства при раке желудка с поражением поджелудочной железы // Харківська хірургічна школа.— 2005.— № 2.1.— С. 132.
4. Срединная резекция поджелудочной железы / В. А. Кубышкин, В. А. Вишневикий, С. А. Гришанков, Т. В. Шевченко // Хирургия.— 2007.— № 10.— С. 10–14.
5. Расширенные операции в хирургии рака желудка / М. И. Давыдов, А. Б. Германов, И. С. Стилиди, В. А. Кузьмичев // Хирургия.— 1995.— № 5.— С. 41–44.
6. Medina-Franko H., Contreras-Saldivar A., Ramos-De La Medina A. Surgery for stage IV gastric cancer // Am. J. Surg.— 2004.— Vol. 187 (4).— P. 543–546.
7. Патент України № 11127. Спосіб гастректомії / В. Т. Зайцев, В. В. Бойко, В. П. Далавурак, М. П. Донець, І. А. Тарабан.— Заявл. 06.05.1999 р. Опубл. 15.11.2000.— Бюл. № 5–11.— 2 с.

КОМБІНОВАНА РЕЗЕКЦІЯ ШЛУНКУ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ МІСЦЕВОРОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ШЛУНКУ

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

Проведено аналіз результатів оперативного лікування 89 хворих на рак шлунку, яким виконано комбіновані гастректомії або резекції шлунку D2 із резекцією підшлункової залози у поєднанні зі спленектомією та без неї. З-поміж них післяопераційні ускладнення виникли у 31,4% (28 хворих), післяопераційна та загальна летальність становили 13,4 та 19,1% (12 та 17 хворих) відповідно.

Ключові слова: ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунку, хірургічне лікування.

COMBINED RESECTION OF THE STOMACH AND PANCREAS AT SURGICAL TREATMENT FOR LOCAL GASTRIC CANCER

V. V. BOYKO, V. A. LAZIRSKY, S. A. SAVVI, V. N. LYKHMAN

The results of operative treatment of 89 patients with gastric cancer who were performed combined gastrectomy or D2 stomach resection with removal of the pancreas and splenectomy or without it are analyzed. Post-operative complications developed in 31.4% (28 patients), post-operative and general mortality made 13.4% and 19.1% (12 and 17 patients), respectively.

Key words: complicated local gastric cancer, surgery.

Поступила 23.01.2012