



В.В. Бойко, В.А. Лазирский,
С.А. Савви, В.Н. Лыхман

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
АМН Украины»

Харьковский национальный
медицинский университет

© Коллектив авторов

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Резюме. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 89 больных раком желудка, которым выполнены комбинированные гастрэктомии или резекции желудка D 2 с резекцией поджелудочной железы. 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 местно-распространенный рак желудка, хирургическое лечение.*

Введение

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости раком желудка проблема лечения осложненных форм заболевания остается одной из наиболее сложных и актуальных [1, 2, 6]. До 60-80 % больных поступает на лечение с запущенными формами заболевания при наличии тяжелых осложнений и инвазии опухоли желудка в соседние органы [4, 5, 7].

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

Материалы и методы исследования

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН 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 %), двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 12 (2,8 %), и инвазия в несколько органов – у 76 (18,2 %)). В данной работе анализируются результаты оперативного лечения больных с инвазией опухоли желудка в поджелудочную железу.

Результаты исследования и их обсуждение

С учетом локализации инвазии принципиально выделяются три варианта хирургической ситуации: 1) инвазия опухоли желудка в головку поджелудочной железы; 2) инвазия опухоли желудка в тело поджелудочной железы; 3) инвазия опухоли желудка в хвост поджелудочной железы.

1) Учитывая тот факт, что инвазия рака желудка в головку поджелудочной железы чаще наблюдается при дистальных новообразованиях по отношению к желудку операцией выбора в этих ситуациях можно считать субтотальную дистальную резекцию желудка с лимфодиссекцией в комбинации с панкреатодуоденальной резекцией. Восстановление целостности пищеварительного канала производим в следующем порядке: 1) формируем панкреатоюноанастомоз; 2) формируем гепатикоеюноанастомоз; 3) формируем «высокий» гастродуоденостомоз; 4) формируем «заглушку» приводящей к желудку петли; 5) между приводящей и отводящей к желудочному анастомозу кишками формируем межкишечное соустье «бок в бок». Панкреатоюноанастомоз 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 перевязывают или ушивают), при этом дополнительно возможно наружное дренирование через холецистостому или чрезкожное чрезпеченочное дренирование общего желчного протока и его соустья с тонкой кишкой по Прадери-Смиту. Гастродуоденостомоз формируют обычно без натяжения по методике Гофмейстера-Финстерера либо поперечный анастомоз по модифицированной методике Витебского. Приводящую к желудку петлю (ближе к желудку) прошивают и перевязывают с наложением серозно-мышечных швов (т.н. «заглушка»). Для обеспечения пассажа желудочного сока и желчи приводящую и отводящую петли тонкой кишки анастомозируют между собой в виде брауновского соустья. При необ-



ходимости 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 как-бы подвешивает анастомоз к диафрагме и препятствует его несостоятельности от натяжения) [3]. В дополнение 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.

2) Дистальные раки желудка и опухоли его тела более часто прорастают в тело поджелудочной железы, что выявлено нами в 28 (31,5 %) случаях. 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).

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. Культи двенадцатиперстной кишки обрабатывается обычным способом при помощи УКЛ-60 и погружения ее в кисетный шов. Поджелудочная железа в проекции воротной вены тупо при помощи пальца оперирующего хирурга отделяется по задней поверхности в пределах здоровых тканей, перевязывается с прошиванием на этом уровне селезеночной артерии. Железу прошиваем УКЛ-60 и отсекаем, вирсунгов проток отдельно прошиваем нерассасывающейся нитью. Культю поджелудочной железы экстраперитонизируем 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. Для декомпрессии анастомозов обязательно трансазально 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 выполнены 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.

У 8 больных при прорастании опухоли желудка в области перешейка поджелудочной железы нами выполнены срединные резекции поджелудочной железы при комбинированных субтотальной дистальной резекции желудка (3 больных) и гастрэктомии (5 больных). При этом длина резецируемого участка железы при медианной резекции колебалась от 3 до 8 см в среднем составив 4,6 см. Восстановительный этап после такой операции может несколько варьировать в зависимости от имеющейся конкретной клинической ситуации. Наиболее часто мы использовали вариант с использованием одной петли кишки с включением культи железы в процесс пищеварения.

3) Прорастание опухоли желудка в хвост поджелудочной железы требует выполнения одномоментной дистальной резекции желудка и поджелудочной железы с селезенкой. После мобилизации селезенки по А.А. Шалимову выполняется ревизия забрюшинного пространства. При необходимости удаляли левый надпочечник, капсулу левой почки, а при гигантских опухолях — и левую почку 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 дистальную часть поджелудочной железы выявлена у 45 (50,5 %) больных. Варианты восстановительного этапа операции представлены на рис. 1.

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

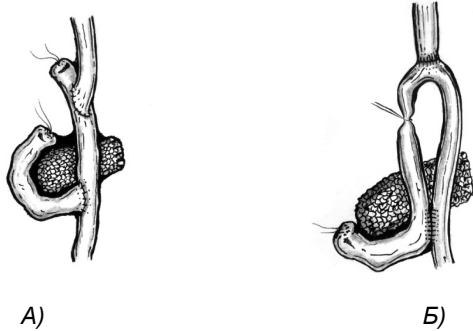


Рис 1. Гастректомія з хвостом підшлункової залози і селезенкою, відновительний етап по Ру (а) або по Грехем-Петровському (б) в нашій модифікації по Зайцеву-Донцу.

гастроентероанастомози (5 спостережень), паліативні резекції шлунка і стентування зони звуження в області пухли (2 хворих). У таких хворих ми рекомендуємо застосування двохетапного лікування, причому другий етап операції переважно спрямований на оптимізацію радикалізму хірургічного втручання: забезпечується адекватний обсяг резекції шлунка і лімфодиссекції, виконується резекція підшлункової залози; про-

изводиться відновительна операція по реконструкції травного каналу. Двохетапні операції повністю себе виправдали.

Післяопераційні ускладнення виникли у 28 хворих (31,4%), післяопераційна і загальна летальність склали 13,4% і 19,1% (12 і 17 хворих) відповідно.

Таким чином, сумуючи наші дані, можна з впевненістю стверджувати, що інвазія пухли шлунка в підшлункову залозу не є ознакою нерезектабельності. Розроблені принципиальні підходи до вирішення даної проблеми: в доповнення до субтотальної резекції шлунка або гастректомії можна рекомендувати панкреатодуоденальну резекцію (при інвазії в головку підшлункової залози); середню резекцію (інвазія пухли в області перешийка залози); дистальну резекцію (інвазія в тіло і/або хвіст підшлункової залози). Накоплені досвід подібних комбінованих оперативних втручань свідчить про переносимість таких операцій, їх непогані найближчі і віддалені результати.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь Г.В. / Комбіноване втручання по поводу міснораспространенного рака дистального отдела желудка / Г.В. 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. Патент України № 11127 від 06.05.1999 р. Спосіб гастректомії / В.Т. Зайцев, В.В. Бойко, В.П. Далавурак, М.П. Донець, І.А. Тарабан.
4. Расширенные операции в хирургии рака желудка / М.И. Давыдов, А.Б. Германов, И.С. Стилиди, В.А. Кузьмичев // Хирургия. – 1995. – С. 41 – 44.

5. Срединная резекция поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский, С.А. Гришанков, Т.В. Шевченко // Хирургия. – 2007. – № 10. – С. 10 – 14.
6. Шальков Ю.Л. Комбіновані втручання при раку шлунка з ураженням підшлункової залози / Ю.Л. Шальков, Н.Г. Романюк // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 2.1. – С. 132.
7. Medina-Franko H. Surgery for stage IV gastric Cancer / H. Medina-Franko, A. Contreras-Saldivar, A. Ramos – De La Medina // Am. J. Surg. – 2004. – Vol. 187 (4). – P. 543-6.

РЕЗЕКЦІЯ ШЛУНКА ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ МІСЦЕВО-РОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ШЛУНКУ.

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

Резюме. Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 89 хворих на рак шлунка. Усім хворим було виконано комбіновану гастректомію або резекцію шлунку D2 в поєднанні з резекцією підшлункової залози. Післяопераційні ускладнення виникли у 31,4% (28 хворих), післяопераційна летальність складала 13,4%, загальна – 19,1% (12 та 17 хворих відповідно).

Ключові слова: ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка, хірургічне лікування.

RESECTION OF STOMACH AND PANCREAS IN SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED STOMACH CANCER

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

Summary. The study is based on results of surgical treatment of 89 patients with stomach cancer who underwent combined gastrectomies and gastrectomies D2 with pancreatic resection with or without splenectomy. Postoperative complications developed in 31,4% (28 patients) and postoperative and general mortality was 13,4% and 19,1% (12 and 17 patients) respectively.

Key words: complicated locally expanded gastric cancer, surgical treatment.