

УДК 616.33-006.6:616.37

РАСШИРЕННЫЕ КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА (РАК ЖЕЛУДКА С РЕЗЕКЦИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

© С.В. Тарасенко, С.В. Барсуков

Tarasenko S.V., Barsukov S.V. Expanded combined surgical interference at stomach cancer with pancreas resections. Experience of surgical wing of TROC on performing of combined operations at stomach with pancreas resections of different size is described. Data on postoperative studying of patients are given.

Результаты лечения рака желудка остаются неудовлетворительными. В последние годы проведен ряд работ по изучению результатов хирургического лечения местнораспространенного рака желудка (T4N0-2M0) [1–3]. Радикальное хирургическое лечение данной группе больных обеспечивает выполнение расширенной комбинированной операции на желудке с удалением или резекцией смежных органов и адекватным объемом лимфодиссекции с использованием основных принципов онкохирургии: операция выполняется острым путем, мобилизация комплекса ведется от периферии к опухоли, начинается с элементов лимфодиссекции с обработкой магистральных сосудов, при мобилизации используется принцип «no touch», исключающий механическое воздействие на опухоль до сосудистой и лимфатической изоляции [1].

Основным показанием к комбинированным операциям является интраоперационное определяемое прорастание опухоли смежных органов при отсутствии отдаленного метастазирования [3–5]. Прогноз больных, которым выполнены комбинированные операции, зависит от стадии рака и его морфологической формы, и выживаемость значительно лучше при локализованных дифференцированных опухолях без метастазов, и очень низка при инфильтративных N-позитивных карциномах [5].

В хирургическом отделении ГУЗ «Тамбовский областной онкологический диспансер» за период 1996–2005 гг. радикальное хирургическое лечение рака желудка проведено 587 пациентам. Интраоперационное выявленное распространение опухоли желудка на поджелудочную железу у 50 больных явилось показанием к выполнению комбинированной операции на желудке с различными по объему резекциями поджелудочной железы (табл. 1).

Гастрэктомии с дистальной резекцией поджелудочной железы (45 операций) выполнены при раке желудка с прорастанием или тесном спянии опухоли с телом или хвостом железы. Все дистальные резекции сочетались со спленэктомией. При резекции хвоста поджелудочную железу пересекаем на границе тела и хвоста с помощью УО-60 или лигатурным способом – перевязывая ткань железы двойной нитью капрона № 5 после мобилизации хвоста железы, селезеночные сосуды чаще изолированы не лигируем, в ряде случаев резецируем селезеночную артерию на протяжении. Выполняя дистальную гемирезекцию поджелудочной железы, предварительно лигируем селезеночную артерию в области отхождения от чревного ствола до начала мобилизации с целью уменьшения кровопотери, селезеночную вену пересекаем в месте впадения в нижнюю брыжеечную вену, железу пересекаем с помощью УО-60 на уровне левого края аорты. При субтотальной дистальной резекции железа пересекается по перешейку в проекции верхней брыжеечной вены. Селезеночную артерию предварительно перевязываем у чревного ствола, вену как при дистальной гемирезекции, во всех случаях ствол нижней брыжеечной вены сохранялся. Культи поджелудочной железы ушиваем УО-60, дополнительно прошивая по верхнему и нижнему краям железы с целью дополнительного гемостаза. Пересечение поджелудочной железы до мобилизации последней после пальцевого туннелирования в двух случаях привело к повреждению передней стенки нижней брыжеечной вены, что увеличило интраоперационную кровопотерю, поэтому мы предпочитаем пересекать железу после полной мобилизации и визуализации венозных стволов по задней поверхности железы. Дополнительно срез железы листком мезоколон не перитонизируем, к культе подводим дренажные трубки.

Таблица 1

Виды операций

Объем операции	Количество
Гастрэктомия + резекция хвоста поджелудочной железы	12
Гастрэктомия + дистальная гемирезекция поджелудочной железы	18
Гастрэктомия + субтотальная дистальная резекция поджелудочной железы	15
Дистальная субтотальная резекция желудка + панкреатодуоденальная резекция	5

В 10 случаях мультивисцеральная резекция превышала объем гастрэктомии + спленэктомии и дистальная резекция поджелудочной железы: выполнялись атипичные резекции печени – 3, резекции ободочной кишки – 3, резекция нЗ пищевода – 2, диафрагмы – 2, левого надпочечника – 6, резекция верхней брыжеечной вены – 1. В двух случаях при выраженной опухолевой инфильтрации в области желудочно-поджелудочной связки доступ к чревному стволу и его ветвям был осуществлен после мобилизации органокомплекса слева. Для профилактики панкреатита интраоперационно и послеоперационно использовались антиферменты и сандостатин. Эзофагоэнтероанастомоз накладывался впередиободно по модифицированному способу Бондаря [6] и методике Давыдова [1]. Всем больным данной группы выполнена Д2 лимфодиссекция. При обширном поражении мобилизацию поджелудочной железы, выделение и диссекцию в области чревного ствола удобно начинать после пересечения пищевода и лимфодиссекции паракардиальной клетчатки – доступ к чревной трифуркации осуществляется не типичным путем по ходу ствола печеночной артерии, а сверху – вниз вдоль ствола аорты.

Послеоперационная летальность составила 4,4 % – двое больных умерли. Причины смерти: несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза – 1, массивная ТЭЛА – 1. У двух больных после резекции хвоста поджелудочной железы развился панкреатический свищ, закрылись самостоятельно в течение 3–4 недель. В 1 случае диагностирован поддиафрагмальный абсцесс слева – излечен с помощью пункций под контролем УЗИ. Релапаротомия выполнялась 5 пациентам: 1 – несостоятельность ПКА, 2 – ранняя спаечная кишечная непроходимость, 1 – отечный панкреатит, 1 – динамическая непроходимость. Количество послеоперационных осложнений, включая пневмонии, составило 26,5 %.

При анализе патоморфологических исследований истинное прорастание злокачественной опухоли желудка в ткань поджелудочной железы в 15 случаях – 33,3 %.

Адьювантная ХТ предлагалась больным с низкодифференцированными аденокарциномами с гистологически подтвержденными метастазами в регионарные лимфатические узлы. Проводилась в монорежиме фторурацилом.

В отдаленном периоде прослежены 28 пациентов. Наилучшие результаты получены в группе pT4N0M0 – все больные пережили трехлетний срок наблюдения, 1 – наблюдается больше 5 лет. Пациенты со стадиями pT3-4N1-2M0 – трехлетняя выживаемость составила 18 %, при pT3-4N0-2M1 – больные погибли от основного заболевания через 6 и 8 месяцев после операции.

Дистальная субтотальная резекция желудка с панкреатодуоденальной резекцией выполнена 5 пациентам при интраоперационном выявлении перехода опухоли

антрального отдела желудка на головку поджелудочной железы и 12-перстную кишку без отдаленных метастазов. У трех больных опухоль вызвала субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, у 1 – декомпенсированный. Четверым больным комбинированная операция выполнена в один этап, одному – в 2 этапа: гастроэнтеростомия, а через 2 месяца комбинированная операция. Средний возраст пациентов составил 62 года, 1 – женщина и 4 – мужчины.

Для определения резектабельности мобилизуем желудок, 12-перстную кишку по Кохеру, выделяем верхнюю брыжеечную и воротную вену, оцениваем лимфогенное метастазирование в области аорто-кавального промежутка. Резекционная часть операции технически выполняется проще, чем при аденокарциноме головки поджелудочной железы, т. к. крючковидный отросток железы, как правило, не поражен опухолевой инфильтрацией. Всем больным выполнялась холецистэктомия. Реконструктивный этап: панкреатоэнтероанастомоз накладывался «конец в бок» с формированием тонкокишечной дубликатуры с инвагинацией анастомоза за счет окутывания приводящей петлей на выключенной петле тонкой кишки по Ру, гастроэнтеро- и гепатикоэнтероанастомозы на одной петле. Профилактика панкреатита проводилась сандостатином.

Послеоперационная летальность – умерла 1 пациентка с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза, формированием наружного желчного свища на 28 сутки послеоперационного периода. У остальных пациентов осложнений не было.

Послеоперационное стадирование: 1 пациент – pT4N0M0, 4 – pT4N1-2M0.

В отдаленном периоде прослежены четверо больных: трое погибли от прогрессирования основного процесса через 12–18 месяцев, один – пережил двухлетний срок наблюдения.

ВЫВОДЫ

1. Выполнение комбинированных операций по поводу рака желудка с резекциями поджелудочной железы в специализированных отделениях сопровождается хорошими непосредственными результатами – низкой послеоперационной летальностью [7–9].

2. Интраоперационное стадирование T4 при прорастании в поджелудочную железу подтверждается pT4 только в 1/3 случаев.

3. Прогностически у данной категории больных определяющим является объем лимфогенного метастазирования, при N0 можно ожидать благоприятных результатов лечения.

4. Переход опухолевой инфильтрации на поджелудочную железу не является причиной отказа от выполнения радикальной операции.

Таблица 2

Послеоперационное стадирование больных после гастрэктомий
с дистальными резекциями поджелудочной железы

Стадия pTNM	pT3N1-2M0	pT4N0Mo	pT4N1-2M0	pT3-4N0-2M1
Количество больных	29	4	10	2

ЛИТЕРАТУРА

1. *Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д.* Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. 2000. Т. 2. С. 1.
2. *Тарасов В.А., Виноградова М.В., Клечиков В.А. и соавт.* Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка // Практическая онкология. 2001. № 3. С. 52-58.
3. *Чиссов В.И., Ваиакмадзе Л.А., Бутенко А.В.* Непосредственные результаты комбинированных операций при раке желудка // Анналы хирургии. 1997. № 6. С. 45-48.
4. *Бондаренко В.М.* Опыт вмешательств на поджелудочной железе при выполнении комбинированных операций с низкой послеоперационной летальностью // Материалы 1 съезда онкологов стран СНГ. М., 1996. С. 330-331.
5. *Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А.* Хирургия рака желудка. М., 2004.
6. *Бондарь В.Г.* Результаты хирургического лечения рака желудка // Клиническая хирургия. 1997. № 9-10. С. 62-64.
7. *Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Клоков С.С.* Хирургические аспекты лечения рака желудка // Вестник хирургии. 1998. № 4. С. 38-41.
8. *Сигал М.З., Ахмедзянов Ф.Ш.* Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1987.
9. *Барсуков С.В.* Непосредственные результаты комбинированных операций при раке желудка // Актуальные проблемы онкологии Тамбовской области. 2001. С. 21-26.

Поступила в редакцию 10 мая 2007 г.