

6. Schrock T.R., Way L.W. Total gastrectomy // Am. J. Surg. 1978. Vol. 135. P. 348-355.
7. Tonelli F., Corazziari E., Spinelli F. Evaluation of alkaline reflux oesophagitis after total gastrectomy in Henley and Rouxen-Y reconstructive procedures // World J. Surg. 1978. Vol. 2, № 2. P. 233-236.
8. Yoo H.Y., Venbrux A., Heitmiller R., Ravich W.J., Lee L.A. Control of alkaline reflux esophagitis after total gastrectomy by a percutaneous jejunostomy tube // J. Clin. Gastroenterol. 2002. Vol. 35, № 1. P. 46-49.
9. Yumiba T., Kawahara H., Nishikawa K., Inoue Y., Ito T., Matsuda H. Impact of esophageal bile exposure on the genesis of reflux esophagitis in the absence of gastric acid after total gastrectomy // Amer. J. Gastroenterology. 2002. Vol. 97, № 7. P. 1647-1652.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 304.

УДК 616.33-089-87

С.В. ВОЛКОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННЫХ ГАСТРЭКТОМИЙ

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, комбинированная гастрэктомия, спленэктомия, резекция поджелудочной железы, резекция пищевода, лимфодиссекция.

Изучены непосредственные результаты тотальных гастрэктомий у 747 больных, из них у 257 (34,4%) пациентов были произведены комбинированные гастрэктомии. Из 747 больных у 716 гастрэктомия произведена по поводу рака желудка. В группе стандартных гастрэктомий летальность составила 5,1%, в группе комбинированных гастрэктомий – 14,8%. Частота гнойно-септических осложнений после гастрэктомии превышает 30%. Сохраняется тенденция к увеличению количества плевральных осложнений.

S.V. VOLKOV

RESULTS OF COMBINED GASTRECTOMY

Key words: cancer of stomach, gastrectomy, combined gastrectomy, splenectomy, pancreatic resection, resection of esophagus, lymphdissection.

The short term outcomes of total gastrectomies in 747 patients were studied, of those, in 257 patients (34,4%) combined total gastrectomies were performed. In 716 cases total gastrectomy was done due to cancer of the stomach. The mortality rate in the group of standard gastrectomy was 5,1%, in the group of combined gastrectomy it approached 14,8%. The overall rate of septic complications after total gastrectomy was exceeding 30%. The trend towards increasing number of respiratory complications was observed.

Тотальная гастрэктомия получает все более широкое применение при лечении рака желудка и некоторых других заболеваний этого органа (тотальный полипоз желудка с малигнизацией, гигантские язвы вследствие синдрома Золлингера–Эллисона, некроз желудка вследствие ущемленной диафрагмальной грыжи и др.). Рак желудка характеризуется прогрессирующим метастазированием по лимфатическим путям в регионарные лимфоузлы, непосредственным распространением опухолевого процесса на соседние органы и ткани, что требует расширения объема оперативного вмешательства.

В настоящее время уже не вызывает сомнений, что при наличии удаленных метастазов рака и прорастании опухоли в печень, поджелудочную железу, поперечную ободочную кишку и другие органы и ткани необходимо производить комбинированные вмешательства. Клинические наблюдения показывают, что подобные вмешательства дают вполне удовлетворительные ближайшие результаты. Отдаленные результаты после этих вмешательств мало отличаются от таковых после обычных радикальных операций по поводу рака желудка. Комбинированная гастрэктомия увеличивает резектабельность при раке желудка и в настоящее время занимает ведущее место среди радикальных вмешательств при обширных раковых поражениях желудка с распространением на соседние органы.

За период с 1972 г. по 2005 г. нами были изучены непосредственные результаты тотальных гастрэктомий у 747 больных, из них у 257 (34,4%) пациентов были произведены комбинированные гастрэктомии. Распределение больных по возрасту и полу приведено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Возраст в годах							Всего
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-75	76-84	
Мужчины	2	28	106	147	119	39	12	453 (60,64%)
Женщины	12	20	54	73	89	37	9	294 (39,36%)
Всего, абс. %	14 1,87	48 6,43	160 21,42	220 29,45	208 27,85	76 10,17	21 2,81	747 (100%)

Из 747 гастрэктомий 716 произведены по поводу рака желудка I-III стадий. У остальных (31 больной) гастрэктомии были выполнены по поводу следующих заболеваний: каллезных, множественных язв желудка (нередко в сочетании с язвами двенадцатиперстной кишки), осложненных кровотечением или злокачественным превращением (14 больных), тотального (диффузного) полипоза желудка, осложненного массивным кровотечением (12 чел.); массивных кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка на почве портальной гипертензии у больных, перенесших спленэктомию и другие паллиативные операции (4 чел.); обширного некроза желудка вследствие ущемленной диафрагмальной грыжи (1 чел.). Основную группу изучаемых нами больных (716 чел., 95,85%) составляли больные, страдающие раком желудка. Из 747 больных, перенесших гастрэктомию, мужчин было 453 (60,6%), женщин – 294 (39,4%).

Распределение больных в зависимости от объема оперативного вмешательства приведено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение больных в зависимости от объема оперативного вмешательства

Операция	Численность больных		Умерли
	абс.	%	
Гастрэктомия	490	(65,6)	25 (5,1%)
Комбинированные гастрэктомии	257	(34,4)	38 (14,8%)
Из них			
со спленэктомией	147	(57,2)	
резекцией поджелудочной железы	49	(19,1)	
резекцией абдоминального отдела пищевода (н/з пищевода)	59	(23,0)	
резекцией поперечной ободочной кишки	29	(11,3)	
резекцией брыжейки ободочной кишки	21	(8,2)	
резекцией участка диафрагмы	5	(1,9)	
резекцией левой доли печени	3	(1,2)	
резекцией тонкой кишки	1	(0,4)	
удалением левого надпочечника	2	(0,8)	
удалением придатков матки	2	(0,8)	
Всего	747	(100)	63 (8,4%)

Примечание. При комбинированной гастрэктомии у больных производилось удаление (или резекция) двух и более органов. В скобках указан процент больных.

Как видно из табл. 2, из 747 больных простые и стандартные гастрэктомии были выполнены у 490 (65,6%), комбинированные гастрэктомии – у 257 (34,4%) больных. Из 747 гастрэктомий 716 были выполнены по поводу рака желудка и 31 гастрэктомия в связи с другой патологией. С учетом этих данных частота ком-

бинированных вмешательств из общего числа выполненных гастрэктомий по поводу рака желудка составляет 35,9%.

Комбинированные гастрэктомии были выполнены у 257 больных: из них со спленэктомией у 147 (57,2%), резекцией поджелудочной железы (спленопанкреатогастрэктомия) – у 49 (19,1%), резекцией абдоминального отдела пищевода (н/з пищевода) – у 59 (23,0%), резекцией поперечной ободочной кишки – у 29 (11,3%), резекцией брыжейки ободочной кишки – у 21 (8,2%), резекцией участка диафрагмы – у 5 (1,9%), резекцией левой доли печени – у 3 (1,2%), резекцией тонкой кишки – у 1 (0,4%), удалением придатков матки – у 2 (0,8%), удалением левого надпочечника – у 2 (0,8%) больных. У 6 больных наряду с гастрэктомией произведены спленэктомия, резекция поджелудочной железы и резекция поперечной ободочной кишки. У 7 больных наряду со спленопанкреатогастрэктомией произведена резекция абдоминального отдела пищевода (н/з пищевода), у 1 – удаление левого надпочечника.

В группе стандартных гастрэктомий летальность составила 5,1%, в группе комбинированных гастрэктомий – 14,8%. Общая летальность составила 8,4%. В то же время общая летальность на 340 расширенных и комбинированных гастрэктомий, выполненных за десятилетний период (1996-2005 гг.) по поводу рака желудка, составила 5,0% (из 340 больных умерли 17 чел.). Эти данные свидетельствуют, несомненно, о постепенном снижении общей летальности у больных, перенесших гастрэктомию, что обусловлено, на наш взгляд, многими факторами – улучшением техники оперативного вмешательства, ранней диагностикой послеоперационных осложнений (перитонит, образование абсцессов и др.), своевременным выполнением релапаротомий, использованием антибиотиков широкого спектра действия при развитии гнойно-септических осложнений и др.

Как видно из приведенных выше данных, наиболее часто при комбинированной гастрэктомии производилось удаление селезенки – в 57,2% случаев. За период с 1996 г. по 2005 г. частота выполнения спленэктомии, по нашим данным, возросла до 70%. Спленэктомии производили в основном по онкологическим показаниям в связи с возможным опухолевым поражением лимфатических узлов у ворот селезенки (10-я группа регионарных лимфоузлов), а также лимфоузлов по ходу левой селезеночной артерии (11-я группа). Эти группы лимфоузлов наиболее часто вовлекаются в метастатический процесс при локализации опухоли в верхнем и среднем отделе желудка, включая его дно и при тотальном поражении. Указанные локализации рака, по мнению ряда авторов [1, 4, 5 и др.], являются достаточным основанием для выполнения комбинированных вмешательств с удалением селезенки.

В последние годы многие японские онкологи рекомендуют удалять селезенку при всех гастрэктомиях, так как оставление селезенки ухудшает отдаленные результаты [7, 6, 8 и др.].

У некоторых больных показанием для спленэктомии является кровотечение во время операции из селезеночных сосудов или самой селезенки, возникающее часто вследствие выраженного спаечного процесса вокруг этого органа. Так, по нашим данным, вынужденная спленэктомия вследствие кровотечения из этого органа отмечена у 9 (6,1%) больных. П.В. Кравченко получил довольно высокую летальность после комбинированной гастрэктомии с удалением

ем селезенки у 153 больных – 17,9% [4]. Однако анализ послеоперационных осложнений, послуживших причиной смерти больных, показал, что их возникновение не было непосредственно связано с удалением селезенки.

Согласно данным [3], в последние годы в Российском онкологическом научном центре имени Н.Н. Блохина РАМН все расширенные гастрэктомии носили комбинированный характер: желудок удалялся в едином блоке с селезенкой. Основным теоретическим обоснованием данного вмешательства являлось моноблочное удаление лимфатических узлов по ходу селезеночной артерии (группа № 11) и в воротах селезенки (группа № 10), без разделения связочного аппарата. Указывается, что этот элемент вмешательства особенно актуален при операциях по поводу рака тела желудка и проксимального отдела желудка в связи с высокой частотой метастазирования в лимфатические узлы этого бассейна.

При гастрэктомии нередко приходится выполнять по определенным показаниям оперативное вмешательство на поджелудочной железе. Гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы выполнена нами у 49 (19,1%) больных. У всех больных этой группы была удалена одновременно и селезенка. Показанием к резекции поджелудочной железы преимущественно служило непосредственное прорастание опухоли желудка в этот орган и реже – наличие метастазов в лимфоузлах в области хвоста поджелудочной железы, ворот селезенки и вдоль селезеночной артерии.

Из 49 наблюдаемых нами больных, перенесших спленопанкреато-гастрэктомию, у 43 были выполнены поперечные резекции поджелудочной железы – по границе, проходящей между головкой и телом железы или между телом и хвостом. При пересечении этих отделов наблюдается значительно меньшая травматизация протоковой системы и самой ткани железы. Толщина железы в указанных областях также меньше, чем в других отделах [2]. Это в конечном итоге уменьшает вероятность возникновения послеоперационных осложнений (панкреатический свищ и некроз культи железы). У 6 больных, перенесших гастрэктомию, были произведены плоскостные резекции поджелудочной железы.

Поперечные резекции поджелудочной железы у всех больных производили с помощью сшивающего аппарата УО-60. Субтотальная и дистальная резекция с применением этого сшивающего аппарата выполняется быстрее, чем при обычном ручном ушивании культи железы. Танталовый шов создает надежный гемостаз и герметизм панкреатических протоков, что служит профилактикой образования панкреатических свищей.

Положительный результат от применения сшивающих аппаратов для обработки культи поджелудочной железы отметили многие авторы (В.С. Савельев, В.Ш. Работников, 1961; С.С. Нестеров, 1972; В.Е. Волков, Е.С. Катанов, 1990; М.З. Сигал, Ф.Ш. Ахметзянов, 1991; и др.). После мобилизации дистального отдела поджелудочной железы по предполагаемому уровню пересечения производили лигирование селезеночных сосудов. На железу накладывали сшивающий аппарат УО-60 в строго поперечном направлении к продольной ее оси. При этом рабочие части аппарата сдавливали железу сразу же за лигатурой, лежащей на селезеночных сосудах. Ткань железы проши-

валась и пересекалась. В большинстве случаев мы наблюдали незначительное кровотечение из культи, которое обычно останавливалось после наложения на кровоточащий сосуд Z-образного гемостатического шва. В последние годы мы используем метод гемостаза культи железы, суть которого сводится к тому, что линия танталового шва последовательно захватывается несколькими кровоостанавливающими зажимами и одной капроновой нитью № 1 производится последовательное лигирование всех захваченных участков ткани (без второй вязки узла) и наложением узлового шва под последним зажимом. Линия танталового шва при этом сокращается почти на $\frac{1}{3}$. В дальнейшем линию шва пластически укрывали брыжейкой поперечной ободочной кишки по методу П.В. Кравченко (1962) или другими пластическими тканями. Пластический материал тщательно фиксировали к «капсуле» железы капроновыми швами.

Гастрэктомия с резекцией печени произведена у 3 (1,2%) больных, у которых это оперативное вмешательство сочеталось с резекцией поджелудочной железы, удалением селезенки, резекцией поперечной ободочной кишки. У всех больных комбинированные гастрэктомии с резекцией печени выполнены по поводу одиночного метастаза в левую долю печени или перехода опухоли желудка на этот орган.

Гастрэктомия с одновременной резекцией поперечной ободочной кишки выполнена у 29 (11,3%) больных. У одного из этих больных произведены гастрэктомия и правосторонняя гемиколэктомия.

У 21 (8,2%) больного гастрэктомия сопровождалась иссечением участка брыжейки поперечной ободочной кишки. Непосредственное прорастание опухоли в брыжейку на ограниченном участке является показанием для ее резекции, если это выполнимо без нарушения кровоснабжения поперечной ободочной кишки, в противном случае приходится прибегать к резекции кишки.

У 1 больного гастрэктомия сочеталась с резекцией начального отдела тощей кишки, у 2 – удалением придатков матки, у 5 – резекцией участка диафрагмы, у 2 – левосторонней адреналэктомией и у 4 больных – холецистэктомией.

Из общего числа гастрэктомий, произведенных по поводу рака желудка, 35 (4,9%) были паллиативными. Показанием к выполнению паллиативных гастрэктомий явились желудочное кровотечение, стенозы выходного отдела желудка, непроходимость кардии. В литературе имеются противоречивые мнения в отношении показаний к выполнению у больных паллиативных гастрэктомий при раке желудка. Однако в последние годы все более утверждается мнение [1] о необходимости расширения показаний к выполнению паллиативных гастрэктомий.

Удаление основного опухолевого очага ведет к уменьшению раковой интоксикации, повышению общего жизненного тонуса, избавляет больных от профузных кровотечений, перфорации раковой опухоли, голодной смерти. Продолжительность жизни этой категории больных невелика – в среднем от 2 месяцев до 1 года и более. Продление жизни больных даже на такие короткие сроки следует считать вполне оправданным. Кроме того, установить факт

наличия метастазов во внутренних органах и лимфатических узлах иногда бывает очень трудно, даже при срочных гистологических исследованиях.

Общая летальность у больных, перенесших гастрэктомию, составила 8,4% (из 747 больных умерли 63). За период с 1996 г. по 2005 г. летальность достигла 5%, т.е. удалось ее снизить, по сравнению с предыдущими двумя десятилетиями, более чем в 2 раза.

Анализ приведенных выше данных показывает, что за последние годы наметилась тенденция к улучшению непосредственных результатов гастрэктомии. Это подтверждается уменьшением количества случаев несостоятельности швов пищеводно-кишечного соустья за счет усовершенствования методики формирования анастомозов, использования новых видов шовного материала, а также снижением процента послеоперационной летальности. Клиницистов не может не настораживать тенденция к увеличению частоты плевральных и гнойно-септических осложнений. Внедрение при гастрэктомии по поводу рака желудка метода лимфодиссекции в объеме D2 хотя, по данным литературы, и улучшает отдаленные результаты, в то же время изменяет структуру послеоперационных осложнений, прежде всего, за счет увеличения количества гнойно-септических осложнений, частота которых превышает 30%.

Исходя из приведенных данных, следует отметить, что на современном этапе развития хирургии и онкологии последствия гастрэктомии, особенно комбинированных, в плане непосредственных результатов нельзя признать утешительными, поскольку они не могут удовлетворять клиницистов по многим аспектам проблемы: сохраняющейся достаточно высокой летальности, наметившейся тенденции к увеличению процента плевральных и гнойно-септических осложнений. Дальнейшие усилия в этом направлении оправданны и перспективны.

Литература

1. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка. М.: Медицина. 1976. 352 с.
2. Волков В.Е., Катанов Е.С. Резекция поджелудочной железы. М.: Изд-во Саратов. ун-та, 1990. 132 с.
3. Давыдов М.И., Тер-Аванесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. 2000. Т. 2, № 1. С. 4-10.
4. Кравченко П.В. Операции на поджелудочной железе: многотомное руководство по хирургии. М.: Медицина, 1962. Т. 8. С. 383-410.
5. Нестеров С.С. Панкреатические свищи при резекциях поджелудочной железы // Хирургия. 1972. № 1. С. 97-111.
6. Савельев В.С., Работников В.Ш. Новый метод обработки культи поджелудочной железы // Хирургия. 1961. № 7. С. 87.
7. Саенко А.И. 25-летний опыт хирургического лечения рака желудка // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 1985. Т. 135, № 8. С. 19-22.
8. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Т. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань: Тат. кн. изд-во, 1991. 360 с.
9. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. М.: ИздАТ, 2004. 560 с.
10. Ikeguchi M., Oka S., Gomyo Y. et al. Postoperative morbidity and mortality after gastrectomy for gastric carcinoma // Hepato-Gastroenterology. 2001. Vol. 48. P. 1517-1520.
11. Maruyama K., Sasako M., Kinoshita T., Sano T., Katai H. Can sentinel node biopsy indicate rational extent of lymphadenectomy in gastric cancer surgery? Fundamental and new information on lymph-node dissection // Langenbeck's Arch. Surg. 1999. Vol. 384. P. 149-157.
12. Yamamoto M., Baba H., Kakeji Y. et al. Postoperative morbidity/mortality and survival rates after total gastrectomy, with splenectomy/pancreatricsplenectomy for patients with advanced gastric cancer // Hepato-Gastroenterology. 2004. Vol. 51. P. 298-302.