

Е.П. Куликов, С.А. Мерцалов

РЕЗУЛЬТАТЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПИЛОРОСОХРАННОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ РАКЕ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2018

Глава 1

Общие принципы и техника резекции желудка с сохранением привратника при раке

1.1. ОБОСНОВАНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА ПРИ РАКЕ

Общепризнанным объемом операций при экзофитных и смешанных формах рака средней трети желудка при I и II стадиях (T1-2 N0-2 M0) является дистальная субтотальная резекция органа с лимфодиссекцией в объеме D-2 (Давыдов М.И. и др., 2002; Каминский Ю.Д., 2007; Хвастунов Р.А. и др., 2008; Hages N. et al., 1996; Jeto Y. et al., 2001; Onodera et al., 2004). Как правило, операция заканчивается наложением анастомоза по Бильрот-2 и гораздо реже по Бильрот-1. В то же время ряд авторов сообщают о возможности резекции желудка по первому варианту Бильрота более чем у половины оперированных больных (Черноусов А.Ф. и др., 2004; Акимов В.П., 2005; Моргошия Т.М., 2006; Abe S. et al., 1984; Polak E. et al., 1989).

Данное положение большинство авторов объясняет опасностью сокращения объема резекции желудка из-за

возможности оставления опухолевых клеток в его стенке и мультицентричного роста. Такая опасность значительно уменьшается при проведении срочного интраоперационного цитологического исследования соскоба среза стенки остающейся части желудка (Хохлов С.Д., 1968; Вашакмадзе Л.А., Авербах А.М., 1990; Чиссов В.И. и др. 1992; Куликов Е.П., 2009; Мерцалов С.А., 2013; Kitamura K. et al., 1997).

Субтотальная резекция желудка по Бильрот-2, по нашим данным и данным многочисленных авторов, ведет к развитию постгастрорезекционных осложнений практически у всех пациентов. Субтотальная резекция желудка по Бильрот-1, не уменьшая радикальности, в функциональном отношении более выгодна, чем резекция по Бильрот-2, но и при ней в 20% случаев встречаются болезни оперированного желудка. В то же время с каждым годом увеличивается количество больных раком средней трети желудка I и II стадии, что диктует необходимость поиска функционально-щадящих оперативных вмешательств при данной патологии (Витебский Я.Д., 1984; Шалимов А.Л., Саенко В.Ф., 1987; Куликов Е.П., 1987; Куликов Е.П., 2009; Hundahi S.A. et al., 2002).

Существующие способы гастропластических операций не нашли широкого применения в онкологии из-за технической сложности оперативного вмешательства, увеличения ближайших послеоперационных осложнений и неясности прогноза у онкологического больного. А.А. Абдуллаев (1986), А.А. Клименков и соавт. (1988) для предупреждения постгастрорезекционных осложнений использовали желудочно-кишечные резервуарные анастомозы. Авторы считают, что резекция желудка с наложением анастомоза в модификации Бильрот-2 на короткой петле должна иметь ограниченное применение.

Я.Д. Витебский и соавт. (1986) для улучшения результатов резекции желудка применяли поперечный желудочно-кишечный анастомоз, обладающий клапанными свойствами.

А.В. Власов (1980), сравнивая отдаленные результаты лечения рака дистального отдела желудка с использованием резекции по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера—Финстерера и Витебского, пришел к выводу, что продолжительность жизни больных не зависит от типа операций, но качество жизни при клапанных анастомозах улучшается. Так, при резекции желудка по Гофмейстеру—Финстереру дефицит массы тела наблюдается у 72,7% больных, а при клапанных анастомозах — лишь у 11,1%, демпинг-синдром — у 31,8% и 5,5%; дуоденостаз — у 31,8% и 1,8%, рефлюкс-гастрит — у 45,4% и 12,9% соответственно.

Г.К. Жерлов (1991) при хирургическом лечении рака желудка для профилактики эвакуаторных и регургитационных осложнений разработал методику формирования клапана на отводящей петле тонкой кишки. При рентгенологическом исследовании больных, перенесших подобную операцию, отмечено, что резервуарная функция культи желудка частично восстанавливается за счет сегмента кишки, расположенного выше клапана.

До настоящего времени нет единого мнения о возможности резекции желудка при раке в модификации Бильрот-1. Это объясняется опасностью непроизвольного сокращения объема резецируемого органа и оставления опухолевых элементов в стенке желудка (Чиссов В.И. и др., 1991).

В то же время W. Slisow и соавт. (1982) считают резекцию желудка по Бильрот-1 оправданной при соблюдении всех онкологических принципов.

В связи с увеличением количества больных ранним раком желудка и хорошими отдаленными результатами лечения ряд авторов предлагают уменьшить объем резецируемой части органа (Yoshino K. et al., 1986; Marcantonio A. et al., 1987).

Н.Н. Малиновский и соавт. (1985) предлагают у больных старше 75 лет с ранним раком желудка клиновидное иссечение стенки. Данная операция выполнена у 82 больных. Из них только у 2 пациентов в сроки от 1 года до 3 лет возник рецидив опухоли.

Для ранних раков средней трети желудка предложена сегментарная резекция желудка, при которой сохраняются верхняя треть желудка, антральный отдел с привратником, ветви нерва Латарже и выполняется ограниченная лимфаденэктомия. Опыт 50 таких операций, выполненных по поводу внутрислизистого рака средней трети желудка, показал хорошие результаты (Furukawa H. et al., 1999) (цит. по: Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А., 2004).

Эндоскопическое удаление раннего рака желудка предлагают Т. Takkoghi и соавт. (1986), М. Hirao и соавт. (1986). Они считают, что эндоскопическая резекция показана при дифференцированных опухолях II типа без изъязвлений размерами <1 см и недифференцированных опухолях без изъязвлений <0,5 см в диаметре. При этом отдаленные результаты не уступают резекции желудка (Ono H. et al., 2001; Yano H. et al., 2001; Pech O. et al., 2011).

Резекция желудка с сохранением привратника при язвенной болезни известна с 1959 г.: она была предложена японцем Т. Maki. В нашей

стране она известна как резекция по Маки—Шалимову (Шалимов А.Л., Саенко В.Ф., 1987). В 1983 г. А.И. Горбашко и соавт. сообщают о трубковидной резекции желудка при язве с сохранением пилорического и восстановлением кардиального жома. В 1987 г. А.Л. Шалимов и В.Ф. Саенко публикуют данные о 190 подобных операциях при язвенной болезни желудка. Изучение отдаленных результатов показало, что у больных, перенесших резекцию желудка с сохранением привратника по поводу язвы, значительно реже наблюдаются болезни оперированного желудка, чем после резекции по первому и второму вариантам Бильрота.

Изучив эти материалы и основываясь на собственном опыте более 2500 радикальных операций по поводу рака желудка, в 1988 г. мы выполнили первую резекцию с сохранением пилорического жома и лимфодиссекцией в объеме D-1 при раке средней трети желудка. Данный способ зарегистрирован во ВНИИ ГПЭ за № 4874117/14/102314 от 15 октября 1990 г. «Способ субтотальной резекции желудка с сохранением пилорического жома при раке» (Рязанский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова; авт. Е.П. Куликов, А.М. Лебедев, В.М. Григорьев). В 1991 г. мы получили авторское свидетельство и патент на выполненную операцию.

В 1991 г. японские авторы (М. Kodama и К. Koyoma) опубликовали данные о подобной операции с оставлением надпривратниковых лимфатических узлов с целью сбережения нерва Латарже. Были предложены показания для данной операции: 1) любая опухоль средней трети желудка <2 см в диаметре; 2) внутрислизистый рак диаметром 2–4 см, расположенный на большой кривизне, или приподнятый ранний рак II типа.

Пилоросохраняющие операции невозможно выполнить при локализации опухоли в препилорической зоне, когда необходимо пересечь двенадцатиперстную кишку (цит. по: А.Ф. Черноусову, С.А. Поликарпову, Ф.А. Черноусову, 2004).

В 1992 г. вышли в свет методические рекомендации «Резекция желудка с сохранением пилорического жома при раке», написанные А.М. Лебедевым, В.И. Чиссовым, Е.П. Куликовым (учреждения-разработчики: Рязанский медицинский институт им. акад. И.П. Павлова и Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена).

В.М. Белодед и соавт. (1992) сообщили о пилоросохраняющей резекции у трех больных раком желудка. Все 3 операции выполнены в результате дооперационной диагностической ошибки, больные шли

на оперативное лечение с диагнозом язвенная болезнь желудка. Им проведена резекция 2/3 желудка с сохранением привратника без лимфодиссекции. Несмотря на очевидную нерадикальность хирургического вмешательства с онкологических позиций, все больные живы без рецидива и метастазов более 5 лет. Авторы считают пилоросохранную операцию радикальным вмешательством при раннем раке желудка.

В последующие годы был опубликован целый ряд работ, посвященных различным аспектам данной операции: техника выполнения, объем лимфодиссекции, отдаленные результаты, качество жизни (Куликов Е.П. и др., 1992; Лебедев А.М. и др., 1992; Куликов Е.П., 1994; Куликов Е.П. и др., 1996, 2004; Мерцалов С.А., 2013; Jawai K. et al., 1995; Ti T.K., 1999).

В настоящее время японские авторы рекомендуют привратник-сохраняющую резекцию как операцию выбора при ранних раках средней трети желудка, без метастазов в лимфатические узлы (Yokota T. et al., 2003).

Необходимо остановиться на роли сфинктера привратника в пищеварении. Сфинктер привратника представляет сложную функционально-морфологическую структуру. Морфологически обособленность сфинктера привратника от привратниковой части желудка не доказана. В то же время при электромиографическом исследовании отмечена несинхронность работы надпривратниковой части желудка, сфинктера привратника и начальной части двенадцатиперстной кишки, что свидетельствует о функциональной автономности пилорического жома (Богач П.Г., Гройсман С.Д., 1966; Климов П.К., 1979). При отключении желудка от двенадцатиперстной кишки сфинктер привратника сохраняет способность к самостоятельному сокращению независимо от желудка (Сакс Ф.Ф., Байтингер В.Ф., 1984). Это подтвердил В.Ф. Наумов (1985), имплантируя изолированный привратник между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой. При прекращении передачи импульсов по интрамуральному сплетению вследствие пересечения всех оболочек между сфинктером привратника и двенадцатиперстной кишкой передача рефлекторных ответов желудка на двенадцатиперстную кишку продолжалась, и нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка не возникало (Богач П.Г., Гройсман С.Д., 1966).

Несмотря на некоторые противоречия в экспериментальных исследованиях, роль пилорического жома в регуляции процесса пищеварения не вызывает сомнения (Armitage A.K., Dean A.C., 1966; Carlson H. et al., 1976; Carlson H. et al., 1989). Многочисленные сообщения о демпинг-

синдроме, рефлюкс-гастрите, диарее, истощении после различных видов резекции желудка и пилоропластики доказывают, что сфинктер привратника представляет собой важное анатомо-функциональное образование в системе пищеварения (Березов Ю.Е. и др., 1974; Панцырев Ю.М. и др., 1975; Волков В.Е. и др., 1990; Amico D., 1990).

На функцию привратника влияют симпатические и парасимпатические части вегетативной нервной системы, а также гормоны — гастрин, глюкагон, кальцитонин (Баскаков М.Б. и др., 1981; Кузнецов А.П. и др., 1984).

Н. Arras, W. Walter (1986) одной из ведущих причин возникновения постгастрорезекционных синдромов считают утрату замыкательной функции пилорического жома.

Таким образом, резекция желудка с сохранением привратника физиологична, поскольку после нее сохраняется естественный пассаж желудочного содержимого через двенадцатиперстную кишку, стойко и значительно снижается агрессия кислотно-пептического фактора, не возникает дуоденогастральный рефлюкс, отмечается ритмичная порционная эвакуация из культи желудка.

При анализе литературы по функционально-щадящим операциям при раке желудка видно, что разработке подобных операций уделяется большое внимание. Однако при раке желудка необходимо решить две задачи: обеспечить радикальность оперативного вмешательства и сохранить функцию органа. Резекция с сохранением привратника и лимфаденоэктомией D-2 при раке средней трети желудка решает обе задачи.

1.2. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА С СОХРАНЕНИЕМ ПРИВРАТНИКА ПРИ РАКЕ, ГРАНИЦЫ УДАЛЯЕМЫХ ТКАНЕЙ

Субтотальная резекция желудка с сохранением пилорического жома показана при экзофитной и смешанной формах роста опухоли I—II стадии [T1-2N0-2M0 — международная классификация — tumor, nodus и metastasis — (TNM)-2011] рака средней трети желудка. На рис. 1.1 представлена схема желудка, при локализации опухоли в пределах указанного отдела возможна предлагаемая операция.

Данная операция противопоказана при инфильтративных и мультицентричном типах роста опухоли, при рубцовых изменениях пилорического жома и двенадцатиперстной кишки, а также если в ходе операции

в соскобе со стенок остающихся частей желудка при срочном интраоперационном цитологическом исследовании обнаружены опухолевые элементы.

На рис. 1.2 представлен объем удаленных тканей с лимфодиссекцией по D-1.

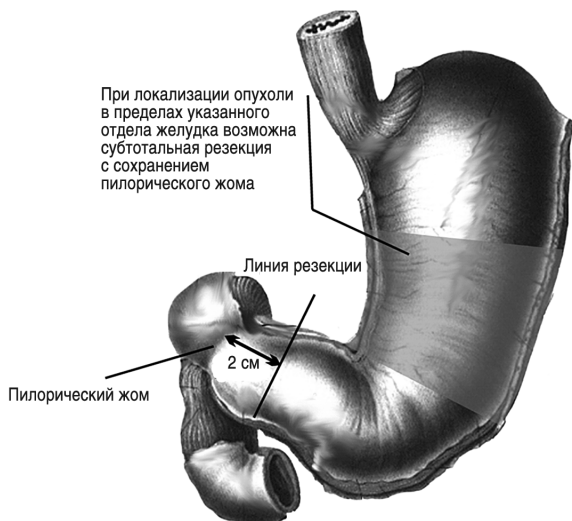


Рис. 1.1. Отдел желудка, в котором должна находиться опухоль

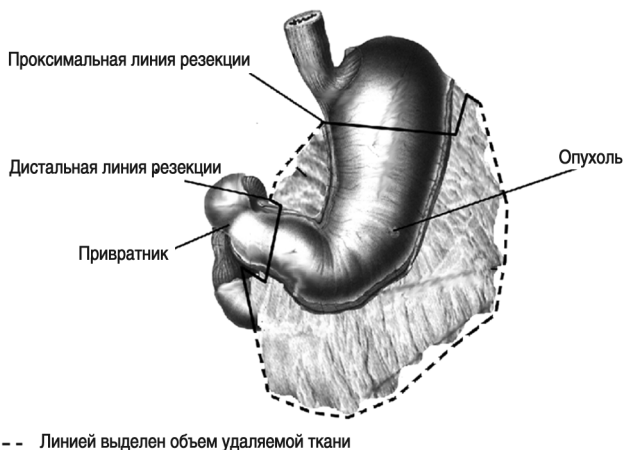


Рис. 1.2. Объем удаляемых тканей с лимфодиссекцией D-1