

Хирургическое лечение рака желудка

Чухланцев А.В.
Мартыненко М.М.

Выбор метода лечения с учетом стадии заболевания. Прогностические группы

- Основным методом радикального лечения больных раком желудка является хирургическое вмешательство, дополняемое в ряде случаев консервативной противоопухолевой терапией . Выбор лечебной тактики определяется распространённостью опухолевого процесса (стадией). Условно все больные могут быть разделены на три прогностические группы:

- Ранний рак желудка 0-IA стадии. Особенность данной группы – благоприятный прогноз (5-летняя выживаемость более 90%) и возможность применения органосохранных и функционально-щадящих способов лечения (эндоскопическая резекция слизистой, экономные резекции желудка) .
- 2. Резектабельный местнораспространенный рак желудка IB–III стадий. Все больные данной группы подлежат радикальному хирургическому или комбинированному лечению. Прогноз существенно различается в зависимости от стадии заболевания.
- 3. Нерезектабельный и генерализованный рак желудка: рак желудка IV стадии (M1)нерезектабельный местнораспространённый рак желудка; рак желудка на фоне тяжёлой сопутствующей патологии (функционально неоперабельный). Больные данной группы подлежат паллиативному лекарственному лечению либо симптоматической терапии

- Выбор лечебной тактики осуществляется на мультидисциплинарном консилиуме с участием хирурга, химиотерапевта, эндоскописта, анестезиолога на основании результатов дооперационного обследования с определением клинической стадии заболевания и функционального состояния больного.

- Все больные резектабельным местнораспространенным раком желудка подлежат выполнению диагностической лапароскопии для исключения канцероматоза брюшины . При отсутствии видимых метастазов производится забор смывов с брюшины с последующим цитологическим исследованием полученного материала.

Критерии отбора больных для эндоскопической резекции слизистой оболочки

- инвазия в пределах слизистой оболочки (включая рак *in situ*; T1a);
- аденокарцинома высокой или умеренной степени дифференцировки;
- I, IIa–b тип опухоли размером до 2 см без изъязвления;
- отсутствие клинически определяемых метастазов в регионарные лимфоузлы;
- отсутствие лимфоваскулярной инвазии

Варианты эндоскопического лечения:

- Эндоскопическая резекция слизистой (EMR)
- Эндоскопическая резекция слизистой с диссекцией подслизистого слоя (ESD) – позволяет выполнять резекцию при опухолях большей протяженности и более радикально иссекать подслизистый слой.

хирургического лечения при раке желудка включает несколько этапов:

- выбор оперативного доступа
- выбор объёма операции на органе, вмешательство на лимфатических путях (лимфодиссекция),
- выбор способа реконструкции.

Выбор оперативного доступа

- При раке желудка без вовлечения кардиоэзофагеального перехода и пищевода операцию выполняют из срединного лапаротомного доступа.
- При ограниченных опухолях, вовлекающих розетку кардии и переходящих на дистальный отдел пищевода, может использоваться тораколапаротомный доступ слева либо широкая диафрагмотомия из лапаротомного доступа.
- При раке с тотальным поражением желудка и переходом на пищевод или раке тела, распространившимся на проксимальный отдел желудка и пищевод, рекомендуется абдомино-медиастинальный доступ (в ряде случаев, при высоком пересечении пищевода, с целью безопасного формирования пищеводно-кишечного соустья, возможно применение торакотомии слева по VI межреберью).

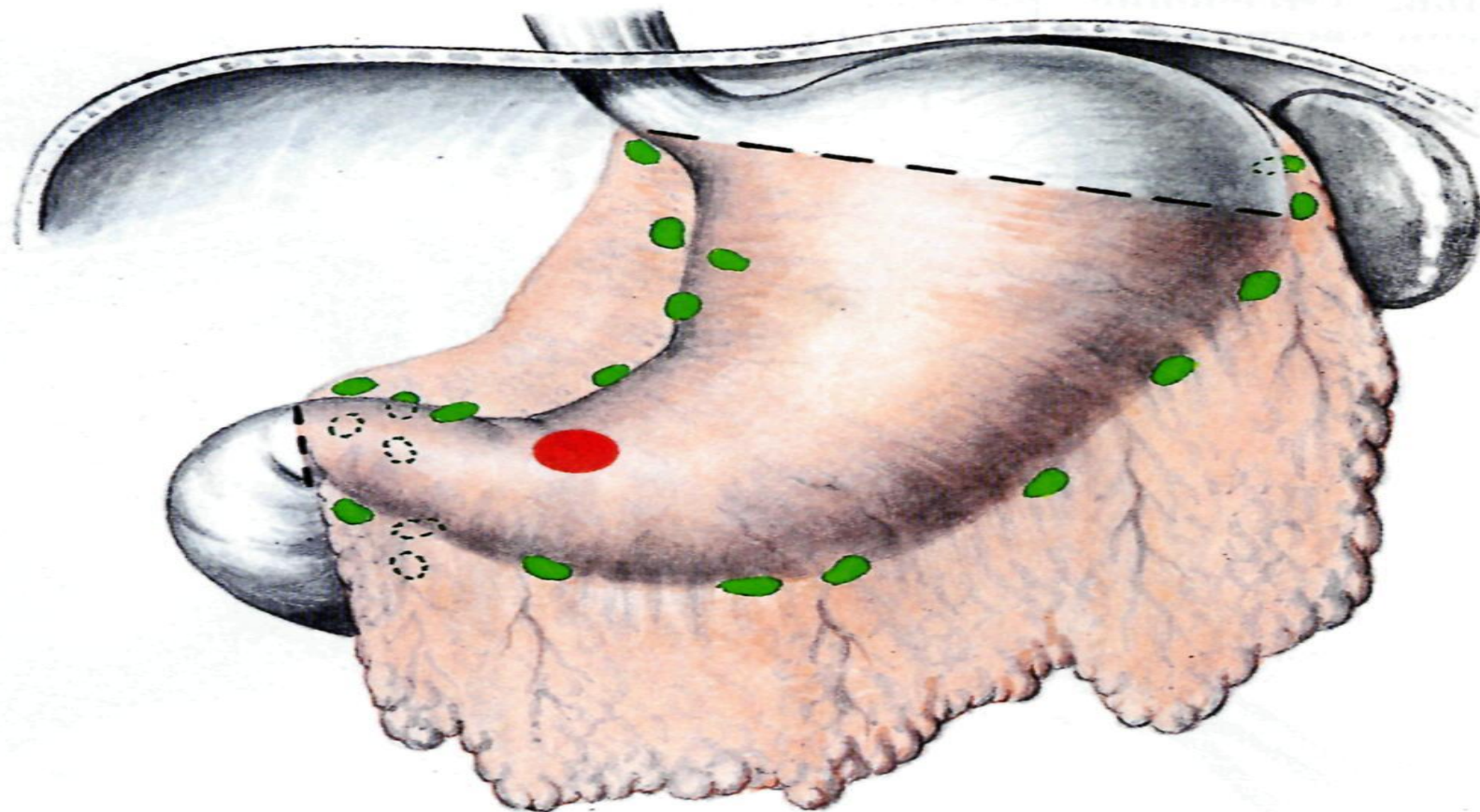
Выбор объёма операции на желудке.

- Основные радикальные операции при раке желудка — гастрэктомия, субтотальная дистальная и субтотальная проксимальная резекции желудка.
- Объём радикальной операции по поводу рака желудка должен включать:
- Удаление единым блоком поражённого желудка (или соответствующей его части) с обоими сальниками, клетчаткой и лимфатическими узлами регионарных зон
- Пересечение органа на расстоянии не менее 5 см от макроскопически определяемого края опухоли с отграниченным типом роста и не менее 6-7 см при раке язвенно-инфильтративного и диффузного типов. Для подтверждения радикальности операции выполняют срочное морфологическое исследование краёв резекции по линии пересечения органов

Дистальная субтотальная резекция желудка

- Показана при раке антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжёлой дисплазии и рака *in situ* в остающейся части желудка . Допустимо выполнение дистальной субтотальной резекции у больных с низкими функциональными резервами при распространением опухоли на нижнюю треть тела желудка, если она имеет экзофитную или смешанную формы роста ; Лимфатические узлы, не удаляемые при данной операции (левые паракардиальные, узлы в воротах селезёнки), при раке нижней трети желудка поражаются крайне редко .

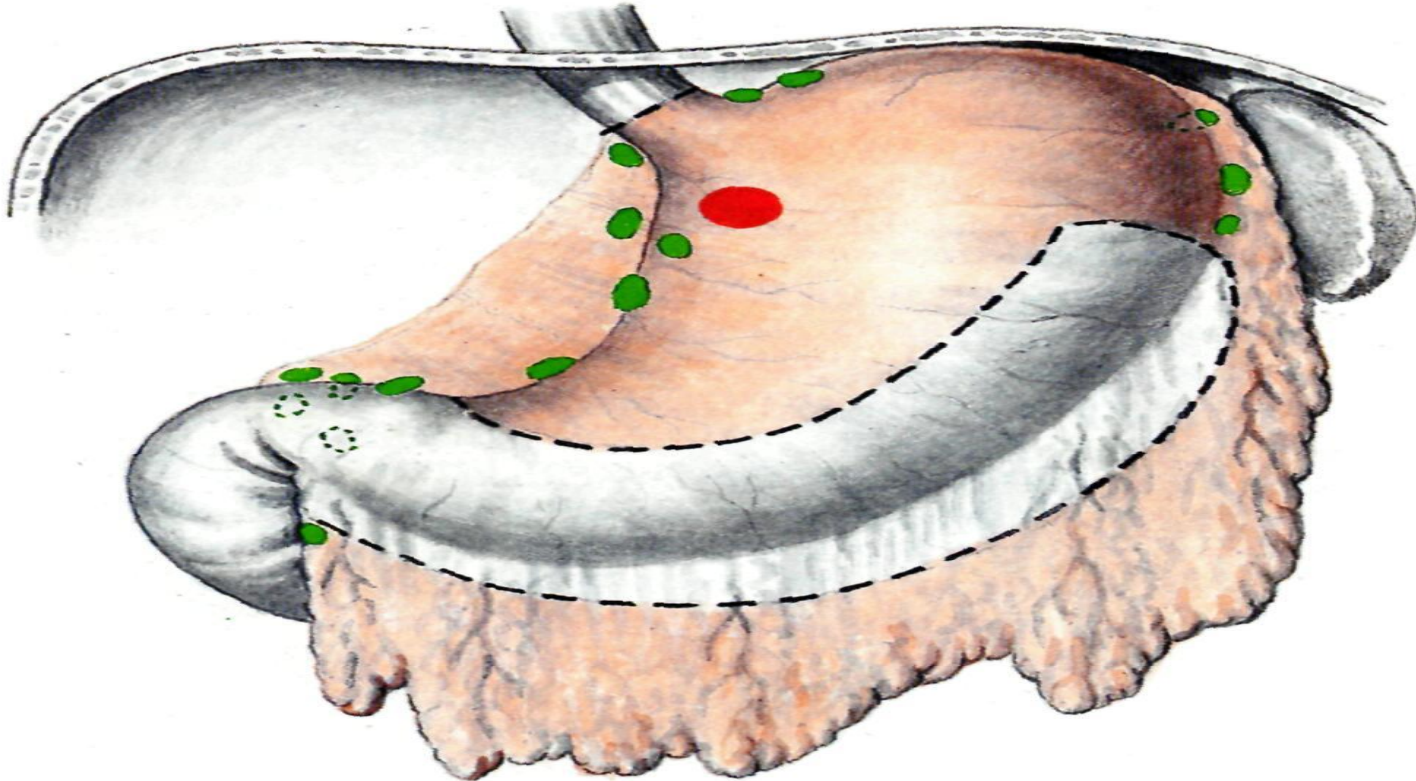
Субтотальная резекции желудка по Бильрот II с лимфодиссекцией D2 – D3



Проксимальная субтотальная резекция желудка

- Показана при раке кардиоэзофагеального перехода, а также при небольших опухолях верхней трети желудка экзофитной или смешанной формы роста

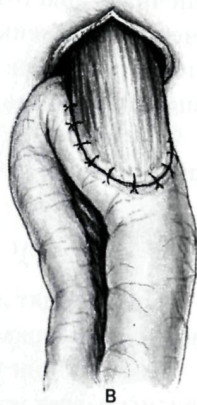
Субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D3



Гастрэктомия

- Полное удаление желудка с регионарными лимфатическими 12 узлами – показана во всех остальных случаях. При резектабельном раке желудка, недифференцированных формах рака, синдроме наследственного рака желудка диффузного типа выполняют только гастрэктомию

Формирование пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии (схема)



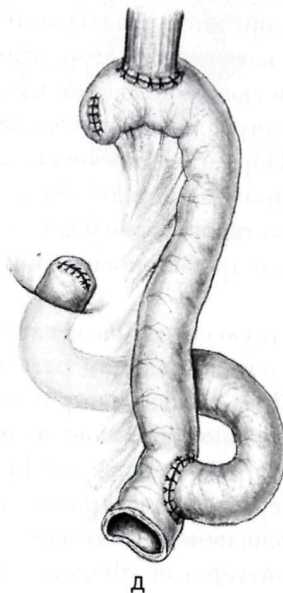
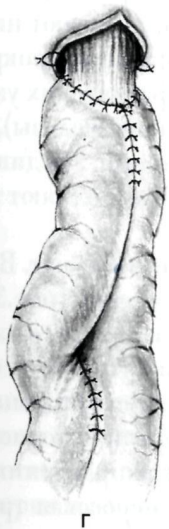
- а – горизонтальный пищеводно-кишечный анастомоз

- б – анастомоз по М.И.Давыдову

- в – анастомоз по Сапожкову-Юдину

- г – анастомоз по Гиляровичу

- д – анастомоз по Орру, Ханту, Накаяме



Лимфодиссекция

- Поражение регионарных лимфатических узлов при раке желудка – один из ведущих прогностических факторов. Общая частота лимфогенного метастазирования при раке желудка достигает 47,7% и напрямую зависит от глубины инвазии. При опухолях T₁ частота поражения лимфатических узлов не превышает 10–15%, а при опухолях категории T_{4b} достигает 90%. Наиболее часто при раке желудка поражаются лимфатические узлы 1 и 2 порядка (№ 1–11) – 15,7 и 20,3% соответственно (IV). Стандартным объёмом вмешательства на лимфатической системе при раке желудка в настоящее время считают удаление лимфатических узлов 1 и 2 порядка

Выбор способа реконструкции

- Оптимальный вариант реконструкции после гастрэктомии и дистальной субтотальной резекции желудка – Y-образная реконструкция по Ру. Тощую кишку пересекают на расстоянии 25–30 см от связки Трейтца, а межкишечный анастомоз формируют на расстоянии не менее 40 см от пищеводно-кишечного. Отводящую кишку располагают впередиободочно. Формирование тонкокишечного резервуара снижает частоту демпинг-синдрома, улучшает качество жизни (большой объем принимаемой пищи) и может использоваться у больных с благоприятным прогнозом. При операциях у пациентов с III–IV стадиями заболевания и паллиативных вмешательствах показан наиболее простой и надежный способ реконструкции – пищеводно-кишечный анастомоз на непересеченной петле тощей кишки



Спасибо за внимание.