

УДК 616.32/.33-006.6(084)

ББК 54.13я61+55.6я61

А92

А92 Атлас операций при злокачественных опухолях пищевода и желудка / В.И. Чиссов, В.М.Хомяков, Л.А. Ватакмадзе, А.С.Мамонтов, А.Б. Рябов; Под редакцией А.Д. Каприна, А.Х. Трахтенберга, В.И.Чиссова. —М.: Практическая медицина, 2016.-120 с.

ISBN 978-5-98811-346-1

Первое и второе издания «Атласа онкологических операций», вышедшие в 1987 и 2008 гг., стали поистине настольными книгами для широкого круга специалистов нашей страны и стран ближнего зарубежья.

Предлагаемый читателю «Атлас операции при злокачественных опухолях пищевода и желудка» основан на многолетнем клиническом опыте специалистов МНИОИ им. П. А. Герцена и посвящен одному из самых сложных разделов полостной онкохирургии. В настоящем издании авторы учли современные тенденции развития хирургической онкологии, базирующиеся на принципах доказательной медицины. Атлас состоит из двух разделов, посвященных операциям при злокачественных опухолях пищевода и желудка. В каждом разделе представлена глава по регионарному метастазированию и объемам лимфодиссекции. Отдельная глава отведена современным классификациям злокачественных опухолей пищевода и желудка, включая Международную гистологическую и по системе TNM (7-го пересмотра, 2009 г.). Заключительные главы посвящены технике типовых онкологических операций на пищеводе и желудке, пошаговому детальному описанию хода операций, а также оригинальным техническим приемам, которые облегчают работу хирурга и позволяют минимизировать частоту послеоперационных осложнений.

По сравнению с предыдущим изданиями существенно дополнен иллюстративный материал. Наряду с рисунками отдельных этапов оперативных вмешательств (доступы, мобилизация, лимфаденэктомия, реконструкция, анастомозы) впервые представлены фотографии онкологических операций.

Атлас предназначен для хирургов-онкологов, научных сотрудников, ординаторов и аспирантов онкологических и неонкологических учреждений, проводящих хирургическое лечение больных с новообразованиями желудка и пищевода.

УДК 616.32/.33-006.6(084)

ББК 54.13я61+55.6я61

ISBN 978-5-98811-346-1

© Коллектив авторов, 2016

© практическая медицина, оформление. 2016

Оглавление

Введение

ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПИЩЕВОДА

*В. И. Чист, В.М. Хомяков, Я.А. Вашакмадзе, А.С. Мамонтов,
А.Б. Рябов, В.В. Черемисов*

Лимфатическая система пищевода

12

Топография лимфатических узлов пищевода

12 Метастазирование рака пищевода в лимфатические узлы

18

Классификации регионарных лимфатических узлов пищевода

15 Объем лимфаденэктомии при раке пищевода

20

T Классификации злокачественных опухолей пищевода

Анатомическая классификация

21

Международная классификация по системе TNM

22

Международная гистологическая классификация

22

Техника операций

Выбор операционного доступа, объема операции и пути проведения трансплантата

Одномоментная резекция или экстирпация пищевода и пластика 25 изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка.

Расширенная двухзональная лимфаденэктомия 2F

27

Оглавление

Субтотальная резекция или экстирпация пищевода с формированием эзофагостомы и гастростомы (операция Добромыслова—Торека)	39	Одномоментная резекция пищевода и пластика толстой кишкой	43
		Малоинвазивная эзофагэктомия	53
		Формирование пищеводно-желудочного анастомоза на шее	56

ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДКА

В.И. Чиссов, В.М. Хомяков, Л. А. Вашакмадзе, А.Б. Рябое,

А.В. Чайка, И.В. Колобаев

Глава 4. Лимфатическая система желудка

60

Топография лимфатических узлов желудка	60	Метастазирование в лимфатические узлы при раке желудка	70
Классификация регионарных лимфатических узлов желудка	64	Объем лимфаденэктомии при раке желудка	70

Глава 5. Классификации злокачественных опухолей желудка

Гистологическая классификация рака желудка	72	Международная классификация по системе TNM	74
Макроскопическая классификация рака желудка	72		

Техника операций

76

Выбор операционного доступа и объема операции	76	Гастрэктомия с резекцией пищевода из двух доступов (срединного лапаротомного и торакотомного справа)	105
Гастрэктомия из абдоминального доступа.		Субтотальная дистальная резекция желудка по Billroth II	109
Расширенная лимфаденэктомия D2	81	Субтотальная проксимальная резекция желудка с резекцией пищевода из левостороннего комбинированного доступа	115
Расширенная лимфаденэктомия O3 при раке желудка	100	Субтотальная проксимальная резекция желудка из абдоминального доступа	119
Гастрэктомия с резекцией пищевода из левостороннего комбинированного доступа	101		

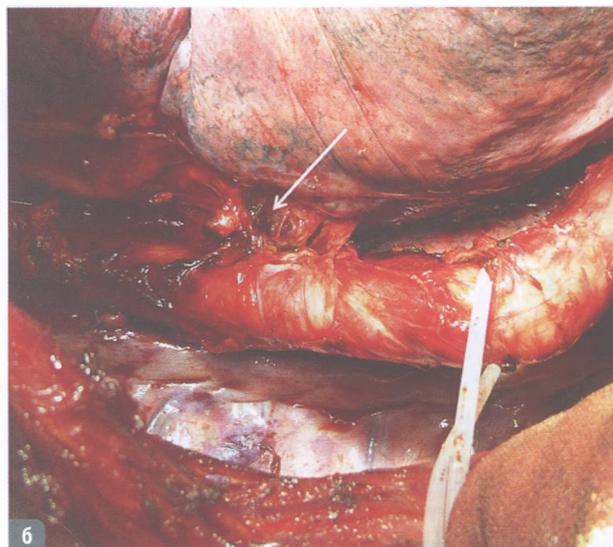
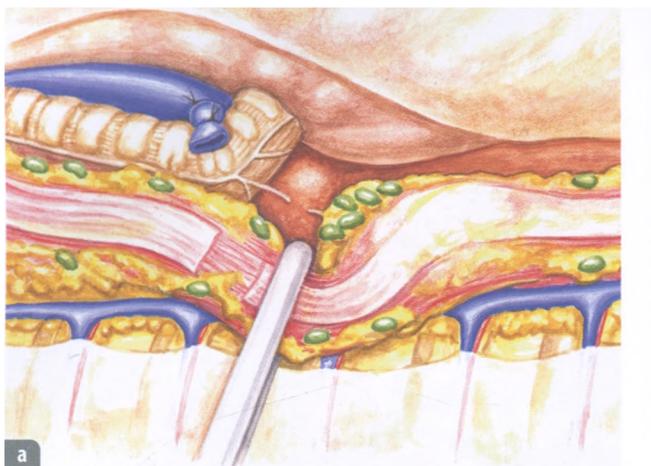


Рис. 3.25. Мобилизация нижних трахеобронхиальных (бифуркационных) лимфатических узлов завершена. Сохранены легочные ветви блуждающего нерва:

а – схема; б – интраоперационное фото (бифуркационные лимфатические узлы указаны стрелкой)

После завершения мобилизации пищевод пересекают между Г-образными зажимами с предварительным циркулярным рассечением мышечной оболочки, при этом проксимальный зажим накладывают на слизисто-подслизистый слой культи пищевода и защелкивают на одну кремальеру. Если предполагается формирование анастомоза на шее, проксимальный отрезок прошивают шивающим аппаратом (рис. 3.28).

Препарат, включающий в себя грудной отдел пищевода вместе с окружающей клетчаткой, паратрахеальными, верхними и нижними трахеобронхиальными и задними средостенными лимфатическими узлами, удаляют. Проводят срочное гистологическое исследование краев резекции.

Если планируется внутривисцеральный анастомоз, после мобилизации пищевода в плевральную

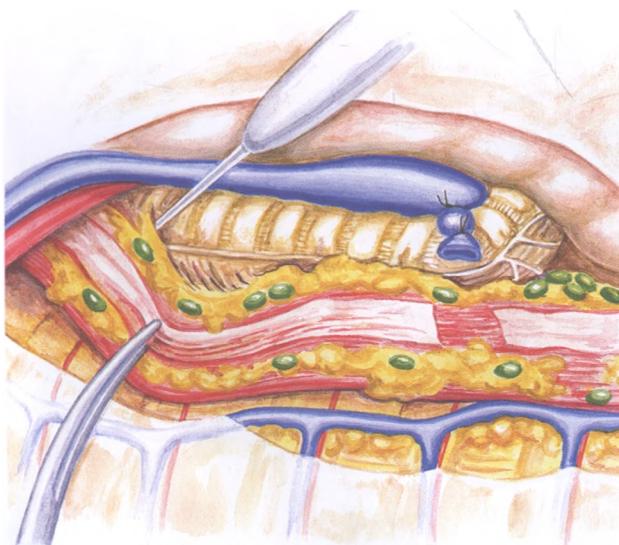


Рис. 3.26. Отделение пищевода от трахеи с удалением правых пара-трахеальных лимфатических узлов

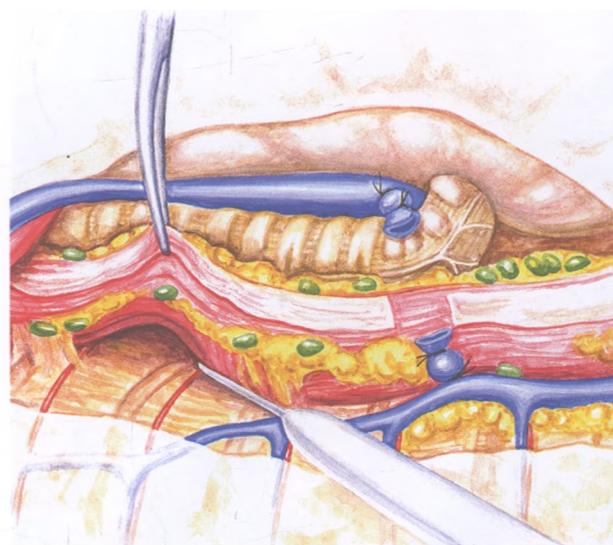


Рис. 3.27. Отделение пищевода от позвоночника острым путем

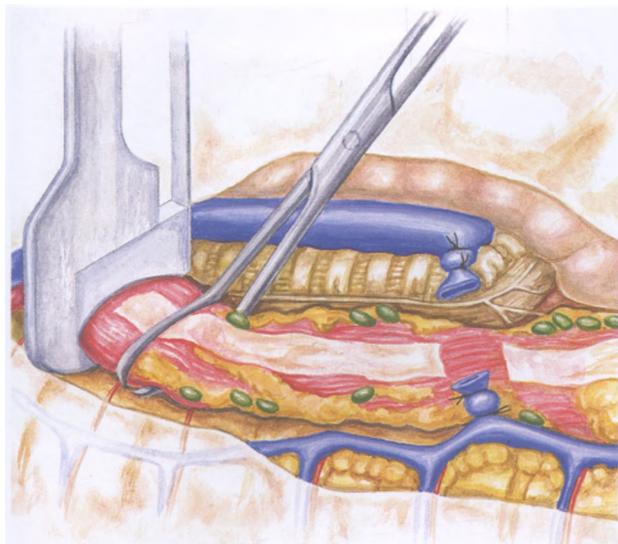


Рис. 3.28. Пересечение пищевода при субтотальной резекции на уровне верхней трети

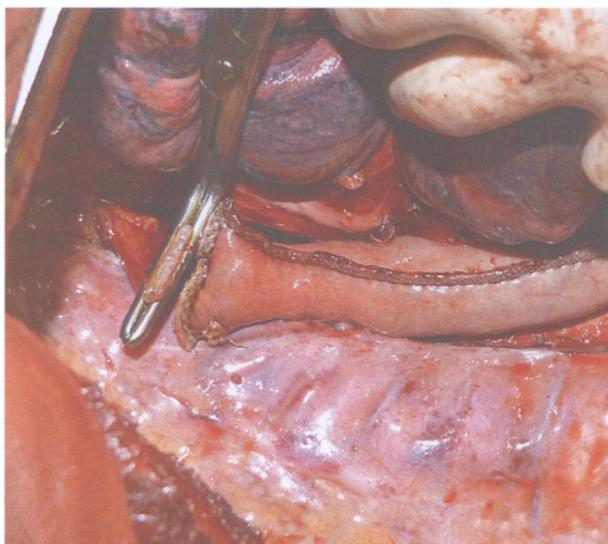


Рис. 3.29. Желудочный трансплантат выведен в плевральную полость

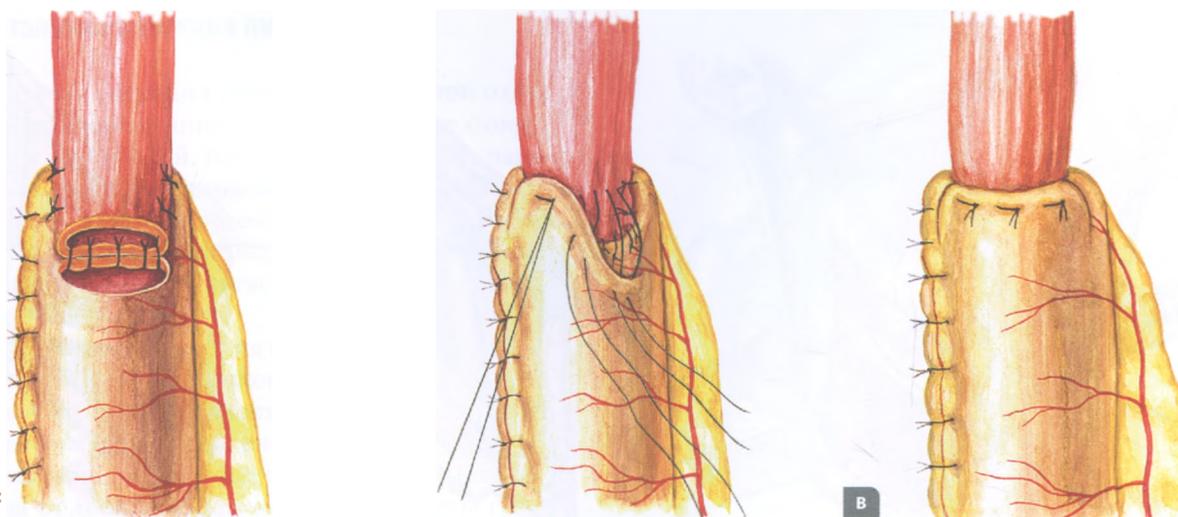
полость выводят желудочный трансплантат, избегая его перекрута (рис. 3.29).

При необходимости резецируют излишек желудочного стебля. Формируют пищеводно-желудочный анастомоз в куполе правого гемиторакса. Анастомоз накладывают по типу конец пищевода в бок желудочной трубки, инвагинируя переднюю полуокружность анастомоза в стенку желудка. Предпочтительнее

формирование инвагинационного анастомоза на переднюю стенку желудочного стебля как наиболее надежного и функционального (рис. 3.30 и 3.31).

Возможно также проведение желудочного трансплантата на шею.

Плевральную полость промывают антисептическими растворами, осушают и после проверки на гемостаз послойно ушивают наглухо с оставлением



D*

Рис. 3.30. Формирование пищеводно-желудочного анастомоза:

- а — наложение заднего ряда швов на переднюю стенку желудка; б — формирование внутреннего полюса передней стенки анастомоза отдельными швами;
- в — погружные швы на передней стенке анастомоза