Национальный институт рака, Киев

КОМБИНИРОВАННАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ УЧАСТКА АНОМАЛЬНО ОТХОДЯЩЕЙ ОБЩЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ФОРМИРОВАНИЕМ МЕЖСОСУДИСТОГО АНАСТОМОЗА



С.И. Киркилевский, Р.И. Фридель, П.С. Крахмалев, Ю.Н. Кондрацкий

Адрес:
Киркилевский Станислав Игоревич
03022, Киев, ул. Ломоносова, 33/34
Национальный институт рака
E-mail: skirk@yandex.ru

Ключевые слова: *рак желудка, чревный ствол, левая желудочная артерия, печеночная артерия, хирургическое лечение.*

Хирургическая анатомия артерий чревного ствола достаточно вариабельна. Представлен случай отсутствия чревного ствола у пациентки Ч. (76 лет) с гастроэзофагеальным раком. Опухоль врастала в тело и хвост поджелудочной железы, общую печеночную артерию. Непосредственно от брюшной аорты отходила левая желудочная артерия, а от нее — общая печеночная артерия; ниже от аорты отходила селезеночная артерия. Больной проведено комбинированную гастрэктомию с резекцией хвоста и тела поджелудочной железы, спленэктомией, резекцией общей печеночной артерии и формированием сосудистого анастомоза между культей левой желудочной артерии и общей печеночной артерией.

Хирургическая анатомия артерий человека во многом определяет давно ставшие традиционными схемы большинства хирургических операций. К примеру, анатомия чревного ствола и отходящих от него трех артерий (печеночной, селезеночной и левой желудочной) в хирургии рака желудка детерминирует выполнение ключевого этапа — перевязки и пересечения левой желудочной артерии, которая является «ключом к желудку».

Вместе с тем хорошо известно, что анатомия сосудов весьма разнообразна. Ветви чревного ствола, упомянутые выше, часто могут варьировать как по месту отхождения, так и по их количеству [1]. Указанные авторы проанализировали многочисленные литературные источники и пришли к выводу, что описанное в учебниках трифуркационное деление чревного ствола происходит в 85–96,4% случаев. Но, кроме этого, отмечают, по меньшей мере, еще 6 типов чревного ствола (в том числе его отсутствие) и 25–28 групп различных их комбинаций. Понятно, что определенные вариации могут существенно влиять на технику оперативного вмешательства.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В случае, который представлен в данном сообщении (***пациентка Ч.***, 76 лет), мы выявили отсутствие чревного ствола (рис. 1). Непосредственно от брюшной аорты отходила левая желудочная артерия (диаметром 4–5 мм), а от нее в области малой кривизны желудка — общая печеночная артерия (5 мм). Ниже устья левой желудочной артерии от аорты брал начало ствол селезеночной артерии. Кроме этого, от верхнебрыжеечной артерии отходила дополнительная печеночная артерия калибром 1,5–2 мм, входившая в ворота печени отдельно от собственной печеночной артерии (на рис. 1–3 не показано).

У больной был диагностирован рак желудка с распространением на кардиальный жом (заключение патогистологического исследования: низкодифференцированный железистый рак желудка). В анамнезе указано желудочное кровотечение.

Оперативное вмешательство проведено 13.02.2014 г.

Применен комбинированный косой торакоабдоминальный доступ слева по VII межреберью от угла лопатки до пупка, выполнена частичная диафрагмотомия.

Опухоль имела размеры 10×8×6 см и занимала тело желудка, его дно, субкардию и кардию, распространялась на абдоминальный отдел пищевода (рис. 2), по задней поверхности врастала в тело и хвост поджелудочной железы. После ревизии принято решение о выполнении комбинированной гастрэктомии с резекцией нижней части пищевода, тела и хвоста поджелудочной железы и со спленэктомией.

Мобилизация желудка была сопряжена со значительными техническими трудностями из-за обширного спаечного процесса (ранее больная перенесла холецистэктомию) и больших размеров опухоли, врастающей в смежные

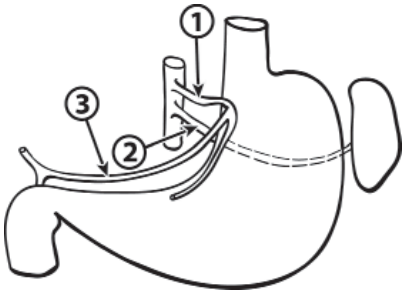


Рис. 1. Схема отхождения магистральных сосудов у ***пациентки Ч***. 1 — левая желудочная артерия; 2 — селезеночная артерия; 3 — общая печеночная артерия

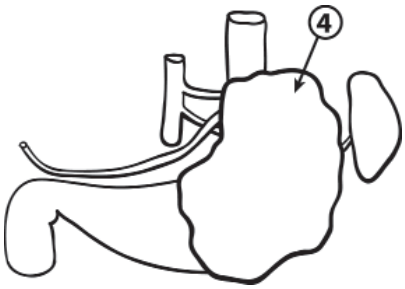


Рис. 2. Схема распространения опухоли в желудке. 4 — опухоль желудка

структуры. После мобилизации единым блоком желудка, поджелудочной железы и селезенки лигированы и пересечены левая желудочная и селезеночная артерии. Далее констатировали отсутствие пульсации собственной печеночной артерии и изменение цвета печени. После исследования общей печеночной артерии на всем ее протяжении, установлено, что сосуд исходит из опухоли желудка (область малой кривизны), то есть из уже обработанной левой желудочной артерии. Общая печеночная артерия была отсечена от опухоли, после чего сформирован сосудистый анастомоз между ней и культей левой желудочной артерии, оставшейся на аорте (рис. 3).

В результате анастомозирования артерий нормальный цвет печени восстановился. Была выполнена субоперационная ультразвуковая допплерография печени, исследование показало наличие нормального артериального и портального кровотока.

Далее операция протекала по намеченному плану. Мы пересекли пищевод и тело поджелудочной железы; после удаления препарата, в который вошли желудок, абдоминальный отдел пищевода, тело и хвост поджелудочной железы, фрагмент общей печеночной артерии, селезенка и большой сальник, сформировали пищеводно-кишечный и межкишечный анастомозы.

Послеоперационный период у больной протекал относительно гладко, в удо-

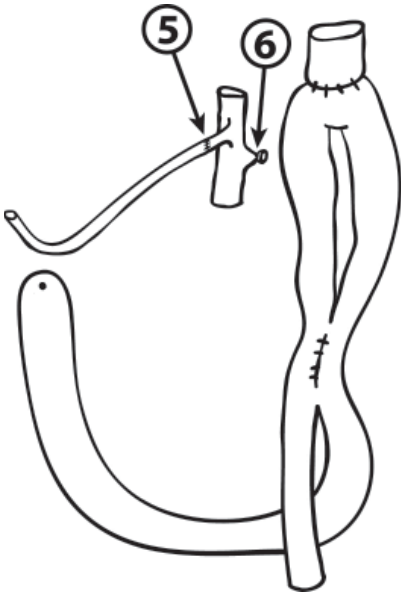


Рис. 3. Вид органов после операции (схема). 5 — сосудистый анастомоз между культей левой желудочной артерии и общей печеночной артерией; 6 — культя селезеночной артерии

влетворительном состоянии выписана домой.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Кованов В.В., Аникина Т.И. (1974) Хирургическая анатомия артерий человека. Медицина, Москва, 260 с.

Комбінована гастректомія з резекцією ділянки загальної печінкової артерії, яка аномально відходить, і формуванням міжсудинного анастомозу

С.І. Кіркілевський, Р.І. Фридель, П.С. Крахмальов, Ю.М. Кондрацький

Національний інститут раку, Київ

Резюме. Хірургічна анатомія артерій черевного стовбура досить варіабельна. Представлено випадок відсутності черевного стовбура у пацієнтки Ч. (76 років) з гастроезофагальним раком. Пухлина вростала в тіло та хвіст підшлункової залози, загальну печінкову артерію. Безпосередньо від черевної аорти відходила ліва шлункова артерія, а від неї — загальна печінкова артерія; нижче від аорти відходила селезінкова артерія. Хворій проведено комбіновану гастректомію з резекцією хвоста та тіла підшлункової залози, спленектомією, резекцією загальної печінкової артерії та формуванням судинного анастомозу між куксою лівої шлункової артерії та загальною печінковою артерією.

Ключові слова: рак шлунка, черевний стовбур, ліва шлункова артерія, печінкова артерія, хірургічне лікування.

Gastrectomy combined with resection of the area of abnormally departing common hepatic artery and formation vascular anastomosis

S.I. Kyrkylesky, R.I. Frydel, P.S. Krachmalev, Y.N. Kondratsky

National Cancer Institute, Kyiv

Summary. Surgical anatomy of the abdominal artery trunk is quite variable. We observed case of missing typhoid trunk in patient Ch., 76 year old, with gastroesophageal cancer. Tumor enters the body and tail of the pancreas, common hepatic artery. Directly from the abdominal aorta departed the left gastric artery, and from it the total hepatic artery; below the aortic departed splenic artery. Patient underwent gastrectomy combined with resection of body and tail of the pancreas, splenectomy, total resection of hepatic artery and the formation of vascular anastomosis between the stump of the left gastric artery and the common hepatic artery.

Key words: gastric cancer, celiac trunk, left gastric artery, hepatic artery, surgery.