

УДК 616.33-006.6-089.168.1

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

В.И. Невожай, Т.А. Федоренко, Е.В. Худченко

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Ключевые слова: радикальные операции, паллиативные операции, послеоперационные осложнения, летальность.

IMMEDIATE RESULTS OF THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS HAVING GASTRIC CANCER

V.I. Nevozhay, T.A. Fedorenko, E.V. Hudtchenko

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Background. Gastric cancer (GC) is one of the most common cancers in the world. Each year registered more than 1 million of new cases and about 700,000 deaths from this disease.

Methods. Analysis of the results of surgical treatment of 1,389 GC patients based on data of the surgical department of the Primorsky Oncological Center for 1995-2010.

Results. Radical surgery was performed in 856 cases, palliative one – in 259 cases. Trial laparotomy applied in 274 cases. Complications reported within 30 days after the operation in 229 cases, 98 people died. Case monitoring detects the decrement of a number of the postoperative complications and mortality.

Conclusions. The problem of the GC therapy does not cease being topical. Most patients admit to a hospital at the neglected stage of illness that worsens the conditions and results of operations, as well as the long-term prognosis. The main ways of reducing postoperative mortality of the GC patients are the reliable anastomoses and prevention of cardiac disorders.

Keywords: radical surgery, palliative surgery, postoperative complications, mortality.

Pacific Medical Journal, 2014, No. 1, p. 52–55.

Рак желудка (РЖ) остается одним из самых распространенных онкологических заболеваний в мире. Ежегодно регистрируется более 1 млн новых случаев и около 700 тысяч смертей от этого заболевания [1]. Успехи анестезиологии и хирургии РЖ за последние десятилетия привели к несомненному прогрессу в лечении данной онкопатологии. Прежде всего, это касается улучшения непосредственных результатов – снижению показателей частоты послеоперационных осложнений и летальности. Отдаленные результаты лечения РЖ, к сожалению, остаются плохими. В первую очередь это объясняется значительной долей пациентов, поступающих на лечение с поздними стадиями заболевания.

В настоящее время хирургическое лечение является наиболее эффективным средством борьбы с РЖ, позволяющим добиться 5-летней выживаемости у 90–95 % больных при диагностике на ранних стадиях заболевания. Остаются актуальными вопросы совершенствования показаний к различным оперативным вмешательствам. При экзофитных опухолях антрального или проксимального отделов желудка проводится дистальная и проксимальная резекции. Во всех остальных случаях выполняется гастрэктомия. Распространение опухоли на другие органы и поражение лимфатических узлов, неудаляемых при обычной радикальной операции, вы-

нуждают выполнять комбинированные и расширенные операции. В хирургическом отделении Приморского краевого онкологического диспансера г. Владивостока накоплен опыт лечения данной категории больных. Настоящая публикация посвящена анализу непосредственных результатов хирургического лечения РЖ.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 1389 больных РЖ в хирургическом отделении ПКОД с 1995 по 2010 г. (850 мужчин и 539 женщин, средний возраст – 57 лет). Поражение проксимального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода диагностировано в 223 случаях (16 %), поражение тела желудка – в 475 случаях (34 %), поражение дистального отдела желудка – в 420 случаях (30 %) и тотальное поражение желудка – в 254 случаях (19 %). 17 пациентам (1 %) операции выполнялись по поводу рака культи желудка.

В зависимости от стадии заболевания (в соответствии с классификацией TNM, 2002) наблюдения распределились следующим образом: I стадия – 11 %, II стадия – 18,4 %, III стадия – 30,2 % и IV стадия – 40,4 % больных. Таким образом, в 70,6 % наблюдений операции выполнялись при распространенных формах РЖ. Преобладали язвенно-инфильтративные формы опухоли – 46,1 %, диффузно-инфильтративный РЖ диагностирован в 25 %, экзофитный – в 28,9 % случаев.

Макроскопическая форма опухоли во многом определяет условия для выполнения радикальной операции. Так, среди наших больных с экзофитным РЖ доля радикально оперированных составила 96 %. У пациентов с инфильтративными формами новообразования радикальные операции удалось выполнить только в 53 % случаев. Осложненное течение РЖ (стеноз кардиального либо выходного отдела желудка, кровотечение, сопровождавшееся тяжелой анемией) отмечено в 207 наблюдениях, что составило 14,9 % общего числа оперированных. Как правило, осложнения свидетельствовали о запущенности процесса: у 59 % этих больных в дальнейшем была диагностирована IV стадия заболевания.

У 1218 пациентов (87,7 %), преимущественно в возрасте старше 50 лет, имелась различная сопутствующая патология, среди которой преобладали заболевания сердечно-сосудистой (1096 наблюдений), дыхательной (965), мочеполовой (347), гепатобилиарной (218) и эндокринной (107) систем. В 1322 наблюдениях (95,1 %) в ходе дооперационного обследования выявлены выраженные нарушения гомеостаза (гипопротеинемия, анемия, водно-электролитные нарушения), потребовавшие предоперационной коррекции.

Результаты исследования. Радикальное оперативное вмешательство удалось выполнить 856 больным (61,6%), в 259 случаях (18,6%) операции носили паллиативный характер и в 274 случаях (19,8%) вмешательство ограничилось пробной лапаротомией (табл. 1). 1363 операции выполнены из лапаротомного доступа, в 25 случаях в связи с переходом опухоли на пищевод потребовался торакоабдоминальный доступ, 1 пациенту гастрэктомия выполнена через торакотомический доступ.

Субтотальная дистальная резекция желудка в комплексе радикального вмешательства была выполнена 446 больным (52,1%) с экзофитными новообразованиями антрального отдела желудка, а также с небольшими опухолями средней трети желудка, если верхний край опухоли располагался дистальнее условной линии, соединяющей точку, расположенную на 5 см ниже кардии по малой кривизне, и в промежутке между правой и левой желудочно-сальниковыми артериями – по большой кривизне.

По методике Бильрот-I проведено 176 операций (39,5%). При невозможности включения в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки, мы выбирали один из вариантов операций с гастро-энтеральным анастомозом: по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера (57,8% вмешательств), по Бальфуру (1,4%), по Ру (0,9%) и по Рейхелю (0,4%). После операций по Бильрот-I и Бильрот-II мы наблюдали одинаковую частоту осложнений (14,9 и 17,4%) и несостоятельности швов гастродуодено- и гастроэнтероанастомоза (1,9 и 2,2%, соответственно). После операции по Бильрот-II нарушение моторно-эвакуационной функции желудка развилось у 3 пациентов (1,1%), что потребовало аспирации желудочного содержимого и специальной терапии (все осложнения были купированы консервативно).

Комбинированный характер носили 39 (8,7%) операций. Осложнения после них встречались чаще (17,9%), чем после стандартных вмешательств (10,8%).

Гастрэктомия была выполнена у 360 человек (41,9%). Показанием к операции были опухоли кардиального отдела и тела желудка, либо опухоли, поражающие более 1/3 желудка, а также все опухоли с инфильтративным ростом. Комбинированные гастрэктомии выполнены в 85,5% наблюдений. У 273 больных гастрэктомия сочеталась с удалением селезенки, у 32 – с резекцией левой половины поджелудочной железы и спленэктомией, у 6 – с резекцией печени, у 7 – с резекцией поперечно-ободочной кишки и у 5 – с резекцией диафрагмы. Несоответствие числа резецированных органов и числа выполненных операций связано с тем, что чаще всего производили резекцию или удаление нескольких органов. Это относится главным образом к дистальным панкреатоспленэктомиям.

За анализируемый период в клинике использовались несколько вариантов формирования пищеводно-кишечных анастомозов. Наиболее часто накладывали позадиободочный эзофагоэнтероанастомоз на отключенной по Ру петле тощей кишки по методу К.П. Цацаниди (219 больных – 60,9%). Пищеводно-кишечный

Таблица 1

Паллиативные операции при РЖ

Операция	Кол-во наблюдений	
	абс.	%
Гастрэктомия	43	16,6
Субтотальная дистальная резекция	34	13,1
Обходной анастомоз	108	41,7
Постановка стента в пищевод	24	9,3
Гастро- и еюностома	41	15,8
Экстирпация культи желудка	8	3,1
Эндоскопическая полипэктомия	1	0,4
<i>Всего:</i>	259	100,0

анастомоз по методу М.З. Сигала выполнен у 60 человек (16,7%). За последнее десятилетие в клинической практике получил распространение впередиободочный эзофагоэнтероанастомоз по методу РОНЦ им. Н.Н.Блохина. Пищеводно-кишечный анастомоз по этой методике был выполнен в 70 наблюдениях (19,4%). Оригинальный способ, разработанный в хирургическом отделении ПКОД, с включением в пищеварение двенадцатиперстной кишки был использован в 36 случаях. У 11 больных (3%) пищеводно-кишечный анастомоз был выполнен с использованием одноразового сшивающего аппарата. Проанализировав количество несостоятельности швов анастомоза после аппаратного (18,2%) и ручного кишечного шва (3,7%) мы отказались от использования механического шва.

Осложнения после гастрэктомии развивались чаще, чем после дистальной резекции желудка, и составили 22%. Увеличение количества осложнений здесь можно объяснить травматичностью операций, большинство из которых (85,5%) носили комбинированный характер с резекцией одного или нескольких органов. Только у 52 человек (14,5%) с небольшими опухолями верхней трети желудка выполнена обычная гастрэктомия.

Проксимальная резекция желудка выполнена у 27 пациентов (3,1%). Эта операция осуществлялась при небольших экзофитных дифференцированных аденокарциномах кардиального отдела. В основном, на завершающем этапе использовали методику ОНЦ РАМН (74%) для наложения эзофаго-гастроанастомоза. В остальных случаях анастомоз формировался при помощи циркулярного аппаратного шва. В 74% случаев операция носила комбинированный характер. Послеоперационные осложнения развились у 5 больных (18,5%).

Экстирпация культи желудка выполнена 22 больным (2,6%). 7 из этих пациентов ранее были оперированы по поводу язвенной болезни желудка. Причем всем из них резекция выполнена по Бильрот-II. У остальных пациентов показанием к операции послужил рецидив опухоли. Послеоперационные осложнения различного характера развились у 5 пациентов (22,7%).

В 1 случае у пациента 65 лет с раком тела желудка I стадии в связи с выраженной сопутствующей патологией и тяжелым общим состоянием выполнено минимальное оперативное вмешательство в объеме клиновидной резекции желудка.

К сожалению, подавляющее большинство больных поступают в лечебные учреждения с местнораспространенными или генерализованными формами опухолевого процесса. Основанием для попыток применения паллиативных операций является сохранение на приемлемом уровне качества жизни оперированного больного вне зависимости от распространенности процесса. С 1995 по 2010 г. в клинике выполнено 259 паллиативных операций, среди них – 77 гастрэктомий и резекций желудка. Гастрэктомия и дистальная резекция желудка в полной мере отвечают современным требованиям, предъявляемым к паллиативной помощи. Подобные вмешательства предотвращают такие осложнения как кровотечение, перфорацию и стеноз, а также, устраняя дисфагию и уменьшая болевой синдром, улучшают качество жизни пациентов. Кроме того, в группу паллиативных мы отнесли экстирпации культи желудка, когда во время операции были выявлены метастазы в печень и канцероматоз брюшины. Наиболее часто выполнялось наложение обходного гастроэнтероанастомоза у больных со стенозом выходного отдела желудка. Анастомоз накладывался впередиободочно с брауновским соустьем. Когда во время пробной лапаротомии у больных с дисфагией устанавливался нерезектабельный случай, выполнялась постановка стента в пищевод. Одному пациенту в возрасте 81 года с I стадией рака дистального отдела желудка, которому требовалась субтотальная резекция, в связи с отказом от операции выполнена эндоскопическая полипэктомия (табл. 1).

Из 1115 больных, получивших хирургическое лечение, послеоперационные осложнения развились у 190 (17,1 %) человек, причем у некоторых зарегистрировано по два и более осложнений (табл. 2). Среди

них преобладали гнойные осложнения со стороны брюшной полости, наблюдавшиеся в 93 случаях. Из них у 60 больных был диагностирован распространенный перитонит. После резекций желудка воспаление брюшины отмечено у 22, после гастрэктомий и экстирпаций культи желудка – у 38 человек. В 53,3 % случаев (32 наблюдения) причиной распространенного перитонита была несостоятельность анастомоза или культи двенадцатиперстной кишки. Увеличение объема операции существенно увеличивало риск данного осложнения. Так, в 67 % случаев несостоятельность швов анастомоза зарегистрирована у больных, которым были выполнены комбинированные операции, а у 79 % этих пациентов была III–IV стадия РЖ. Несостоятельность швов анастомоза с последующим развитием перитонита является очень грозным осложнением, часто приводящим к смертельному исходу: среди наших 32 больных с этим осложнением умерло 24 (75 %). У 10 человек перитонит развился на фоне панкреонекроза, и в ряде случаев причину распространенного перитонита нам установить не удалось (табл. 2).

Одной из причин появления внутрибрюшных гнойных осложнений являются абсцессы брюшной полости. На нашем материале это осложнение развилось у 2,8 % оперированных. Фактором, способствующим возникновению данного осложнения, является травматичность вмешательства у ослабленных больных и неадекватное дренирование брюшной полости в послеоперационном периоде.

Поражение поджелудочной железы, развивающееся после операций на органах брюшной полости, является одной из наиболее тяжелых форм острого панкреатита. В наших наблюдениях послеоперационный панкреатит мы диагностировали у 30 пациентов. Частота данного осложнения после резекции желудка составила 2,3 % (11 человек), после гастрэктомии и экстирпации культи желудка – 4,9 % (19 человек). На наш взгляд, развитие панкреатита после резекции желудка можно объяснить грубым рубцово-спаечным процессом вокруг опухоли с вовлечением в него поджелудочной железы и, как следствие, травматичностью манипуляций при мобилизации желудка, лимфодиссекции, прошивании кровоточащих сосудов, смещении культи двенадцатиперстной кишки при мобилизации.

Среди «терапевтических осложнений» преобладала острая сердечная недостаточность. Также диагностировались послеоперационная пневмония и тромбоэмболия легочной артерии (табл. 2).

Осложнения и летальность после операций при РЖ

Таблица 2

	Осложнение	Кол-во		Умерло	
		абс.	%	абс.	%
Хирургические	Несостоятельность пищеводного анастомоза	18	7,9	17	17,3
	Несостоятельность гастроэнтероанастомоза	7	3,1	4	4,1
	Несостоятельность гастродуоденоанастомоза	3	1,3	2	2,0
	Несостоятельность культи 12-перстной кишки	3	1,3	1	1,0
	Несостоятельность толстокишечного анастомоза	1	0,4	–	–
	Острый панкреатит	30	13,1	–	–
	Панкреонекроз	10	4,4	9	9,2
	Перитонит без выявленного источника	12	5,2	4	4,1
	Внутрибрюшной абсцесс без несостоятельности	39	17,1	6	6,1
	Спаечная кишечная непроходимость	9	3,9	3	3,1
	Анастомозит	5	2,2	–	–
	Кровотечение из острых язв ЖКТ	4	1,7	–	–
	Внутрибрюшное кровотечение	8	3,5	3	3,1
	Нагноение раны	5	2,2	–	–
Терапевтические	Тромбоэмболия легочной артерии	14	6,1	14	14,3
	Острая сердечная недостаточность	36	15,7	27	27,5
	Пневмония	25	10,9	8	8,2
	<i>Всего:</i>	229	100,0	98	100,0

После диагностических лапаротомий (274 пациента) в течение месяца после операции от сердечной или дыхательной недостаточности на фоне прогрессирования основного заболевания умерли 10 человек – послеоперационная летальность – 3,6%. Из 1115 больных, перенесших хирургическое лечение, в послеоперационном периоде умерли 88, послеоперационная летальность – 7,9%. Наиболее частой причиной смерти была несостоятельность анастомозов или культы двенадцатиперстной кишки (24 наблюдения или 27,3% от всех осложнений). Второй по частоте причиной летальных исходов стала острая сердечно-сосудистая недостаточность (20 наблюдений или 22,7% от всех осложнений). Третьей по частоте здесь оказалась тромбоэмболия легочной артерии (14 наблюдений или 15,9% от всех осложнений).

Обсуждение полученных данных. Вопросы, связанные с выбором рационального способа наложения соустья между желудком и отводящей кишкой, продолжают обсуждаться. В первую очередь это касается модификации операции Т. Бильрота (Бильрот-I и Бильрот-II) [2]. За исключением техники наложения анастомоза, оба вида операций практически не отличаются и соответствуют требованиям онкологического радикализма. Вопрос о способе наложения соустья между желудком и отводящей кишкой решался нами после удаления макропрепарата. При этом учитывалась подвижность оставшейся культы желудка и двенадцатиперстной кишки, позволяющая наложить анастомоз по Бильрот-I максимально надежно. Не являясь сторонниками «принципиальных» резекций по Бильрот-I, при наличии соответствующих анатомических условий мы отдавали предпочтение более физиологичному желудочно-двенадцатиперстному анастомозу. Одинаковая частота осложнений после вмешательств по Бильрот-I и Бильрот-II на собственном материале подтверждает точку зрения об отсутствии влияния на их количество методики наложения желудочно-кишечного анастомоза.

Менее дискуссионным является вопрос об особенностях течения послеоперационного периода у больных с различными типами желудочно-кишечных соустьев [3]. Наши наблюдения подтверждают тот факт, что у лиц, оперированных по методу Бильрот I, послеоперационный период протекает намного легче; к концу 2-х – началу 3-х суток у них восстанавливается перистальтика кишечника и моторно-эвакуационная функция желудка, улучшается общее состояние. В данной группе не зарегистрировано явлений анастомозита.

Нами проанализированы результаты хирургического лечения больных РЖ за длительный период (1995–2010), в течение которого совершенствовалась хирургическая техника, внедрялись новые методики формирования анастомозов, изменялась тактика пред- и послеоперационного ведения больных. Все это не могло не сказаться на частоте и характере послеоперационных осложнений и, соответственно, послеоперационной летальности. Руководствовались критериями «Главных правил по изучению рака

желудка...» [4], мы включили в группу умерших в послеоперационном периоде всех больных, погибших в течение 30 дней после операции. Пациенты, прожившие более 1 месяца, считались пережившими хирургическое лечение.

На собственном материале послеоперационная летальность при РЖ в последнее пятилетие равнялась 4,4% (19 из 430 оперированных), а с 1995 по 2000 г. – 11,2% (56 из 499 оперированных). С 2001 по 2005 г. после операции по поводу РЖ умерли 23 из 460 оперированных – летальность 5%. Несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомий и экстирпаций культы желудка за 2006–2010 гг. равнялась 3%, а за 1995–2005 гг. – 4,8%. Частота несостоятельности анастомоза после дистальных резекций желудка в 2006–2010 гг. составила 1,1% и 2,6% в более ранний период.

Таким образом, проблема лечения рака желудка, несмотря на снижение заболеваемости, не теряет актуальности. Большинство пациентов поступают в стационар на хирургическое лечение в стадии местного и отдаленного распространения, что ухудшает условия и результаты операций, а также отдаленный прогноз. Основными путями снижения послеоперационной летальности при РЖ являются надежное формирование анастомозов, а также профилактика нарушений сердечной деятельности. Совершенствование оперативной техники, стандартизация подходов к лечению и высокое техническое оснащение операционной позволит улучшить непосредственные результаты хирургического лечения этого заболевания.

Литература

1. Мерабишвили В.М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практическая онкология: избранные лекции. СПб.: Центр ТОММ, 2004. С. 433–442.
2. Моргошья Т.Ш., Гуляев А.В., Симонов Н.Н. Субтотальная дистальная резекция желудка по методике Бильрот-I в онкологической практике // Анналы хирургии. 2005. № 2. С. 5–7.
3. Невожай В.И., Федоренко Т.А., Чейшвили А.М. Субтотальная дистальная резекция желудка в хирургии рака желудка // Рос. онкол. журн. 2009. № 3. С. 25–28.
4. Japanese Research Society for Gastric Cancer. The general rules for the gastric cancer study in surgery and pathology // Jap. J. Surg. 1981. Vol. 11, No. 2. P. 127–139.

Поступила в редакцию 01.07.2012.

Непосредственные результаты хирургического лечения больных раком желудка

В.И. Невожай, Т.А. Федоренко, Е.В. Худченко
Тихоокеанский государственный медицинский университет
(690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Резюме. Проанализированы результаты оперативного лечения рака желудка у 1389 пациентов на материале хирургического отделения Приморского онкологического диспансера за 1995–2010 г. Радикальное вмешательство выполнено в 856, паллиативное – в 259 случаях. В 274 наблюдениях осуществлена пробная лапаротомия. Осложнения зарегистрированы в 229 наблюдениях, в течение 30 дней после операции умерли 98 человек. В динамике отмечено снижение числа послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова: радикальные операции, паллиативные операции, послеоперационные осложнения, летальность.