

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЁННОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Харитонов М.Ю.^{1,3}, Тойгонбеков А.К.², Борбашев Т.Т.³ Email:
Haritonov1789@scientifictext.ru

¹Харитонов Максим Юрьевич – младший научный сотрудник;
²Тойгонбеков Айвар Кенешбекович – ведущий научный сотрудник,
отдел клинической онкологии,
заведующий отделением,
отделение абдоминальной и общей онкологии;

³Борбашев Тилек Тынчибекович – старший научный сотрудник,
отдел клинической онкологии,
Национальный Центр Онкологии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: изучены непосредственные результаты хирургического лечения 208 больных местнораспространённым раком дистального отдела желудка, разделенных на 3 группы в зависимости от объёма хирургического вмешательства. При анализе установлено, что у 45 (22,1%) больных отмечено прорастание опухоли в соседние органы (T4). Во всех 3 группах послеоперационные осложнения были отмечены у 12 больных (5,8%). Резектабельность у больных местнораспространённым раком дистального отдела желудка составила 86,5% (180 наблюдений). Летальные исходы после хирургического лечения отмечены у 3 (1,44%) больных.

Ключевые слова: местнораспространённый рак дистального отдела желудка, хирургическое лечение, непосредственные результаты.

THE SHORT-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED CANCER OF THE DISTAL STOMACH

Haritonov M.Yu.^{1,3}, Toigonbekov A.K.², Borbashev T.T.³ Email:
Haritonov1789@scientifictext.ru

¹Haritonov Maksim Yurievich - Junior researcher;
²Toigonbekov Aivar Keneshbekovich - leading researcher,
Department of clinical Oncology,
Head,

Department of abdominal and General Oncology;
³Borbashev Tilek Tynchibekovich - senior researcher,
Department of clinical Oncology,
National Center of Oncology, Bishkek, Republic of Kyrgyzstan

Abstract: studied the immediate results of surgical treatment of 208 patients with locally advanced cancer of the distal stomach, divided into 3 groups depending on the volume of surgical intervention. The analysis found that 45 (22,1%) patients had tumor invasion into adjacent organs (T4). In all 3 groups of postoperative complications were noted in 12 patients (5.8 percent). The resectability in patients with locally advanced cancer of the distal stomach made up 86.5% (180 observations). Fatal outcomes after surgical treatment was observed in 3 (1,44%) patients.

Keywords: locally advanced cancer of the distal stomach, surgical treatment, short-term results.

УДК: 616.33-006.6-089

Введение. Рак желудка в Кыргызской Республике занимает 3 место в структуре онкологической заболеваемости, составляя 11,8%, и первое место в структуре смертности (10,0%). Остаются низкими показатели ранней диагностики (16,2%), высокими показатели запущенности (35,6%) и одногодичной летальности (72,1%) (по данным отчета отдела эпидемиологии и профилактики злокачественных новообразований Национального центра онкологии о состоянии онкологической службы в Кыргызской Республике за 2015 год).

В настоящее время в литературе окончательно еще не сформировалось понятие «местнораспространенный рак желудка», и различными авторами оно трактуется по-разному. Одни исследователи [1] под местнораспространенным понимают рак желудка IV стадии при отсутствии отдаленных метастазов (T1–3N3M0, T4N1–3M0). Другие [2] полагают, что рак желудка следует считать местнораспространенным, если имеется опухолевая инвазия серозной оболочки и/или наличие хотя бы одного метастатического лимфатического узла (T3–4N0M0, T1–4N1–3M0). Ряд авторов [3, 4] данным

термином обозначают поражение всей толщи стенки желудка с гистологически верифицированным врастанием в соседние структуры при отсутствии отдаленных метастазов (T4N0–3M0). Кроме того, существует мнение, что местнораспространенный рак желудка – это «опухоль с большей распространенностью, чем ранний рак», при этом под ранним раком понимаются случаи с распространенностью T1N1–2M0, а к местнораспространенному относят T2–4N0–3M0 стадии [5, 6]. В своей работе мы, чтобы избежать терминологической путаницы, придерживаемся варианта, где местнораспространенный рак - это «опухоль с большей распространенностью, чем ранний рак».

Оперативное вмешательство остается «золотым стандартом» лечения рака желудка. Противоречивыми остаются не только показания к комбинированным резекциям, паллиативным вмешательствам, но и результаты хирургического лечения, что определяет актуальность исследования. Так, по мнению одних авторов [1, 7, 8], при расширении объема комбинированных операций до мультиорганных резекций отмечается существенное увеличение частоты послеоперационных осложнений – до 59,4%. Другие исследователи [6, 9] утверждают, что это увеличение незначительно и составляет 20,7–21,5%. Кроме того, в литературе имеются данные о том, что расширение объема вмешательства на частоту осложнений не влияет, последние при этом развиваются не более чем в 6,0% случаев [10].

Материал исследования. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 208 пациентов, страдающих местно-распространенным раком дистального отдела желудка. Все больные были оперированы в хирургических отделениях Национального Центра Онкологии Кыргызской Республики с 2010 по 2014 год. Критерием включения в исследование считали установленный диагноз рака дистального отдела желудка T2-4N0-2M0. Критерием исключения определили установленное метастатическое поражение печени, брюшины на удалении от первичной опухоли, поражение органов, не прилегающих к первичной опухоли. Для стратификации процесса использовалось 6-е издание классификации Международного противоракового союза (International Union Against Cancer, UICC) 2002 г. Женщин в нашем исследовании было 80 (38,46%), мужчин 128 (61,54%). Соотношение мужчин и женщин составило 1,6:1.

С целью решения поставленных перед исследованием задач все больные местнораспространенным раком дистального отдела желудка были разделены на три группы в зависимости от вида выполненного вмешательства (рис. 1).

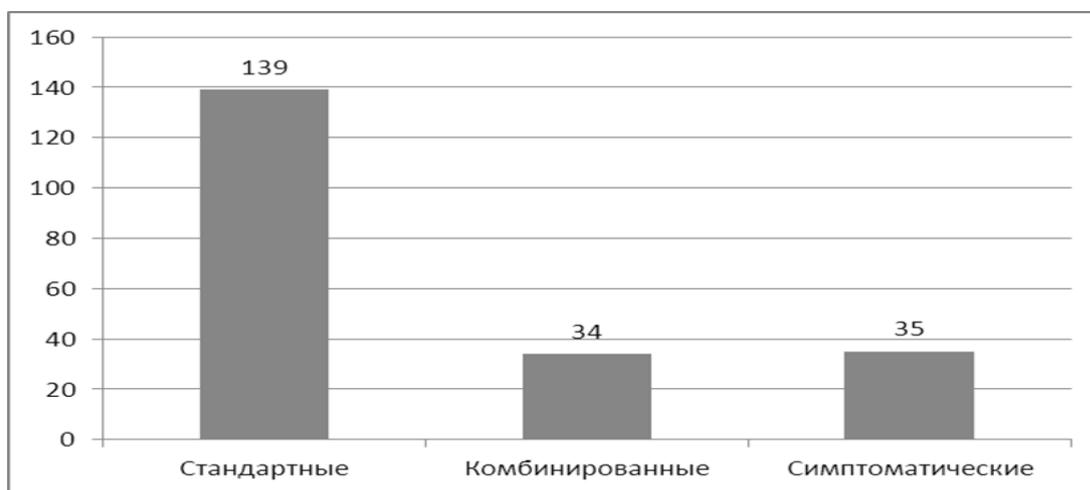


Рис. Распределение больных на группы в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства

В первую группу вошли 139 (66,8%) больных, которым были выполнены стандартные операции (гастрэктомия и субтотальная дистальная резекция желудка). Вторую группу составили 34 (16,4%) больных, которым были выполнены комбинированные и расширенно-комбинированные оперативные вмешательства. Характер выполненных операций следующий: гастрэктомия + резекция мезоколон - 8, гастрэктомия + спленэктомия - 5, гастрэктомия + холецистэктомия - 4, субтотальная дистальная резекция желудка + холецистэктомия - 4, гастрэктомия + резекция хвоста поджелудочной железы + спленэктомия - 3, гастрэктомия + субтотальная резекция ПЖЖ + спленэктомия - 2, субтотальная дистальная резекция желудка + резекция мезоколон - 2, гастрэктомия + панкреатодуоденальная резекция - 1, гастрэктомия + резекция печени - 1, субтотальная дистальная резекция желудка + панкреатодуоденальная резекция + холецистэктомия - 1, гастрэктомия + экстирпация матки с придатками - 1, субтотальная дистальная резекция желудка + спленэктомия - 1, гастрэктомия + спленэктомия + резекция мезоколон - 1.

Третья группа представлена 35 (16,8%) больными, оперативное лечение в отношении которых было ограничено паллиативными – 7 (20%) и симптоматическими (нерезекционными) – 28 (80%) вмешательствами.

Резектабельность у больных местнораспространенным раком дистального отдела желудка составила 86,5% (180 наблюдений). В 48 (26,7%) случаях была выполнена гастрэктомия (1 – паллиативная), дистальная субтотальная резекция выполнена в 98 (54,4%) случаях (из которых 6 – паллиативные). Расширенные и расширенно-комбинированные операции выполнены в 34 (18,9%) случаях.

Течение болезни у 73 (35,1%) пациентов было отягощено сопутствующей патологией. В структуре сопутствующей патологии преобладала гипертоническая болезнь - 11 (15,1%), хронический бронхит - 7 (9,6%), ишемическая болезнь сердца - 6 (8,2%), сахарный диабет - 6 (8,2%), перенесенный инсульт - 5 (6,85%).

Осложнения основного диагноза до операции из 208 больных встретились у 75 пациентов, что составило 36%. Основным осложнением выступил опухолевый стеноз выходного отдела желудка – у 50 (24%) пациентов, стеноз выходного отдела желудка + желудочное кровотечение – у 16 (7,7%) пациентов, желудочное кровотечение – у 7 больных (3,4%). У 1 (0,5%) пациента диагноз осложнился стенозом выходного отдела желудка, желудочным кровотечением и перфорацией, у 1 (0,5%) больного – перфорацией желудка.

Результаты и обсуждение. Изучив данные всех трех групп, получаем следующую картину. При анализе установлено, что у 45 (22,1%) больных отмечено прорастание опухоли в соседние органы (Т4). Поражение только одного соседнего органа наблюдалось у 26 (57,8%) пациентов, в 13 (28,9%) случаях опухоль распространялась на два органа, в 5 (11,1%) случаях - на три, в 1 (2,2%) случае – на четыре.

При изучении частоты опухолевой инвазии (Т4) в соседние структуры выяснилось, что чаще опухоль дистального отдела желудка прорастала (включая и соседние органы) в поджелудочную железу - в 31 (68,9%), брыжейку поперечной ободочной кишки (мезоколон) - в 15 (33,3%) случаях, 12 перстную кишку – в 8 (17,8%), гепатодуоденальную связку – в 6 (13,3%), забрюшинное пространство - в 4 (8,9%), печень - в 3 (6,7%). Все варианты опухолевой инвазии (Т4) опухоли дистального отдела желудка в соседние органы представлены в таблице 2.

Таблица 2. Варианты опухолевой инвазии рака дистального отдела желудка в соседние структуры (n=45)

| Варианты инвазии опухоли в соседние структуры | Количество случаев | |
|---|--------------------|-------|
| | Абс. | % |
| Мезоколон | 12 | 26,67 |
| Поджелудочная железа | 12 | 26,67 |
| 12 перстная кишка | 1 | 2,22 |
| Печень | 1 | 2,22 |
| Поджелудочная железа + 12 перстная кишка | 4 | 8,88 |
| Поджелудочная железа + инфильтрация гепатодуоденальной связки | 4 | 8,88 |
| Поджелудочная железа + мезоколон | 2 | 4,44 |
| Поджелудочная железа + печень | 1 | 2,22 |
| Поджелудочная железа + забрюшинное пространство | 2 | 4,44 |
| Поджелудочная железа + 12 перстная кишка + инфильтрация гепатодуоденальной связки | 2 | 4,44 |
| Поджелудочная железа + печень + забрюшинное пространство | 1 | 2,22 |
| Поджелудочная железа + желчный пузырь + забрюшинное пространство | 1 | 2,22 |
| Поджелудочная железа + мезоколон + связка Трейца | 1 | 2,22 |

| | | |
|--|----|------|
| Поджелудочная железа + 12 перстная кишка + корень мезоколон + инфильтрация гепатодуоденальной связки | 1 | 2,22 |
| Всего | 45 | 100 |

В первой группе пациентов осложнения после хирургических вмешательств наблюдались у 7 (5%) пациентов, их них произведены: гастрэктомия – 1, субтотальная дистальная резекция – 6. При этом у 4 (2,9%) больных послеоперационные осложнения потребовали выполнения релапаротомии, из них 1 (0,72%) пациенту повторные операции выполнялись дважды.

Структура послеоперационных осложнений, отмеченных у пациентов первой группы, следующая: спаечная кишечная непроходимость наблюдалась у 2 больных (1 – тонкокишечная, 1 – толстокишечная), что потребовало выполнения релапаротомии. Развитие послеоперационной пневмонии отмечено у 1 больного, которая была купирована в результате мероприятий консервативной терапии. У 1 больного в послеоперационном периоде неоднократно возникали приступы наджелудочковой пароксизмальной тахикардии, что потребовало перевода больного в отделение интенсивной терапии Национального Центра Кардиологии и Терапии. Перитонит развился у 3 больных, из которых 2 больных погибли от прогрессирования перитонита. Причинами перитонита были: несостоятельность гастроэнтероанастомоза – у 1, перфорация культи желудка – у 2. Перитонит развился у ослабленных больных на фоне уже имевшихся метаболических нарушений, вызванных опухолевым процессом (стеноз, истощение, анемия). 2 больным с перфорацией культи желудка была произведена релапаротомия: 1 больному произведено ушивание перфоративного отверстия, 1 больной – в перфоративное отверстие установлена гастростома. Также обоим больным произведены санационные мероприятия.

Послеоперационная летальность после радикальных операций в I группе составила 1,44% (умерло 2 больных из 139 оперированных).

Во второй группе больных осложнения возникли всего у 2 (5,9%) больных. При этом 1 (2,85%) больному послеоперационные осложнения потребовали выполнения релапаротомии.

У 1 пациента после выполненной симультанной гастрэктомия + холецистэктомия было отмечено нагноение послеоперационной раны. У 1 пациента после гастрэктомия + резекция мезоколон была отмечена перфорация приводящей петли, что потребовало выполнения релапаротомии (произведено ушивание перфоративного отверстия приводящей петли тонкого кишечника и санация брюшной полости). Послеоперационная летальность у пациентов этой группы не отмечена.

В третьей группе осложнения возникли всего у 4 (11,4%) больных. При этом 1 (2,85%) больному потребовалось выполнение релапаротомии.

Структура послеоперационных осложнений, отмеченных у пациентов третьей группы, такова: у 1 больного после паллиативной субтотальной дистальной резекции желудка пневмоторакс справа и острый панкреатохолецистит (произведено дренирование плевральной полости и консервативные мероприятия), у 1 больного после наложения обходных гастроэнтероанастомозов – эвентрация кишечника, которая потребовала релапаротомии, у 1 больного после наложения обходных гастроэнтеро-анастомозов – желудочное кровотечение, которое было купировано консервативными методами. У 1 больного после паллиативной субтотальной дистальной резекции желудка развилась двухсторонняя пневмония.

Послеоперационная летальность после операций в третьей группе составила 2,85% (умер 1 больной из 35 оперированных). У этого больного после операции развилась двухсторонняя пневмония, а причиной летального исхода послужили ДВС-синдром и хроническая почечная недостаточность, развившиеся на фоне самостоятельного приема больным большого количества спиртных напитков в послеоперационном периоде.

Таким образом, послеоперационные осложнения были отмечены у 12 больных (5,8%) местнораспространенным раком дистального отдела желудка. Летальные исходы после операции отмечены у 3 (1,44%) больных.

Заключение. Следовательно, осложнения, наблюдавшиеся при операциях по поводу местнораспространенного рака дистального отдела желудка у наших больных, в подавляющем большинстве случаев предотвратимы. Анализ осложнений в послеоперационном периоде, повлекших за собой смерть пациента, позволяет констатировать о наличии возможности снижения летальности. Послеоперационные осложнения связаны с нарушениями обмена веществ, так как около половины больных поступали с анемией (47,1%) и значительной потерей веса (91,83%), также повлияли стадия болезни (большая часть больных (80,8%) в III стадии), наличие сопутствующей патологии (35,1%) и пожилой возраст (45,7%).

Список литературы / References

1. *Давыдов М.И., Абдихакимов А.Н., Полоцкий Б.Е. и др.* К вопросу о роли хирургии в лечении местнораспространенного и диссеминированного рака желудка // *Анналы хирургии*, 2002. № 2. С. 33–41.
2. *Брехов Е.И., Привезенцев С.А., Кулешов И.Ю. и др.* Хирургическое лечение местнораспространенного рака желудка с послеоперационной лучевой терапией // *Российский онкологический журнал*, 2003. № 4. С. 24–26.
3. *Абдихакимов А.Н.* Результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка T4N2M0 // *Анналы хирургии*, 2003. № 1. С. 23–27.
4. *Карачун А.М.* Непосредственные и отдаленные результаты комбинированных хирургических вмешательств по поводу местно-распространенного рака желудка // *Сибирский онкологический журнал*, 2011. № 1 (43). С. 51–55.
5. *Скоропад В.Ю.* Рациональная тактика лечения местно-распространенного рака желудка: место лучевой терапии // *Практическая онкология*, 2009. Т. 10. № 1. С. 28–35.
6. *Стилиди И.С., Неред С.Н.* Современные представления об основных принципах хирургического лечения местнораспространенного рака желудка // *Практическая онкология*, 2009. Т. 10. № 1. С. 20–27.
7. *Carboni F., Lepiane P., Santoro R. et al.* Extended multiorgan resection for T4 gastric carcinoma: 25-year experience // *J. Surg. Oncol.*, 2005. Vol. 90 (2). P. 95 – 100.
8. *Kobayashi A., Nakagohri T., Konishi M. et al.* Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer // *J. Gastrointest. Surg.*, 2004. Vol. 8 (4). P. 464–470.
9. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 г. // *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*, 2008. Т. 19. № 2 (прил. 1). С. 52–90.
10. *Петельникова Е.С., Ким Т.В., Ким Е.Г.* Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка // *Вопросы онкологии*, 2003. Т. 49. № 3. С. 373–374.