

УДК 616.33-006.6-059-089(571.63)

В.И. Невожжай, Т.А. Федоренко

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: рак желудка, комбинированные операции.

Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка, удельный вес этой патологии в структуре онкологических заболеваний остается высоким. В 2004 г. в России было выявлено около 42 000 новых больных раком желудка. В структуре онкологической заболеваемости мужчин и женщин на эту нозологию приходится соответственно 12 и 8% наблюдений [5].

Преобладание распространенных форм заболевания и низкая резектабельность объясняют крайне неудовлетворительные отдаленные результаты лечения рака желудка. По сводным статистическим данным, 5-летняя выживаемость для всех зарегистрированных больных составляет не более 10% [1, 3]. Частой причиной отказа от радикального лечения служит значительное местное распространение опухоли. Одним из путей снижения числа неоперабельных случаев является увеличение объема операции за счет резекции смежных с желудком органов, вовлеченных в онкологический процесс. При этом чем более настойчив хирург в своем желании удалить опухоль, тем выше вероятность перевода пациента из разряда incurable в разряд излечимых. Однако далеко не все специалисты являются сторонниками широкого применения комбинированных операций, объясняя это повышенной послеоперационной летальностью и худшими отдаленными результатами по сравнению с аналогичными показателями при простых вмешательствах.

Насколько оправданы обширные хирургические вмешательства? Данные о результатах комбинированных операций при раке желудка, опубликованные различными авторами, существенно различаются: показатели послеоперационной летальности варьируют в пределах от 7,2 до 23,4% [2, 4], 5-летняя выживаемость составляет от 5 до 45% [4, 5]. Эффективность хирургического лечения зависит от уровня оперативной техники, анестезиологического обеспечения и контингента больных. Далеко не все случаи «врастания опухоли» в соседние органы являются истинными, обусловленными инвазией, а не перифокальным воспалением.

Комбинированные операции включают удаление желудка и смежных органов и структур, вовлеченных в процесс. Показаниями к их выполнению являются: 1) непосредственное поражение опухолью соседнего

органа; 2) метастазы в лимфатических узлах, прилежащих к соседнему органу или связанные с его сосудами; 3) повреждение смежного органа по ходу операции или его удаление по поводу другого заболевания. При решении вопроса об объеме вмешательства необходимо установить, является ли поражение окружающих органов проявлением обширного местного распространения или генерализацией опухолевого процесса. Нередко возникает необходимость в удалении двух, трех органов и в многокомпонентных операциях. Наиболее часто вовлеченными в опухолевый процесс при раке желудка оказываются пищевод и ножки диафрагмы, поджелудочная железа, селезенка, печень, левый надпочечник, поперечная ободочная кишка и ее брыжейка. Мы не причисляем к комбинированным операциям резекцию бессосудистого участка брыжейки поперечной ободочной кишки, так как это не может отразиться на тяжести оперативного вмешательства. Резекция 1–2 см абдоминального отдела пищевода или 1–2 см начального отдела двенадцатиперстной кишки также не следует относить к комбинированным вмешательствам, так как это — стандартные границы удаления органа при инфильтративных кардиальных или антральных опухолях желудка.

Проанализировано 267 клинических наблюдений с комбинированными операциями по поводу рака желудка в хирургическом отделении Приморского краевого онкологического диспансера за 1988–2005 гг. Это составило 40,2% от общего числа радикальных операций при данном заболевании (664 случая). Средний возраст пациентов — 56,4 года. Комбинированная гастрэктомия выполнена в 198, субтотальная проксимальная резекция — в 11, субтотальная дистальная резекция — в 42, экстирпация культи желудка — в 16 случаях (табл. 1).

Наиболее часто комбинированные операции выполнялись при экстирпации культи желудка. Это обусловлено ее анатомическими взаимоотношениями с соседними органами, спаечным процессом после первой операции и высокой частотой распространения

Таблица 1
Частота различных видов комбинированных операций при раке желудка

Операция	Число операций		
	общее	комбинированных	
		абс.	%
Гастрэктомия	307	198	64,5
Субтотальная проксимальная резекция	19	11	57,9
Субтотальная дистальная резекция	317	42	13,2
Экстирпация культи желудка	21	16	76,2
Всего:	664	267	40,2

Таблица 2

Характер и результаты комбинированных операций при раке желудка

Характер вмешательства		Кол-во больных	Кол-во осложне-ний	Умерло
на желудке	на соседних органах			
Гастрэктомия	Спленэктомия	138	32	8
	Корпорокаудальная панкреатэктомия	32	19	8
	Корпорокаудальная панкреатэктомия и резекция ободочной кишки	2	1	1
	Резекция ободочной кишки	4	2	—
	Резекция ободочной кишки и печени	1	—	—
	Резекция печени и пищевода	6	3	1
	Резекция пищевода	9	4	3
	Спленэктомия и резекция печени	3	1	—
	Холецистэктомия	3	—	—
Всего:		198	62	21
Экстирпация культи желудка	Спленэктомия	5	2	1
	Спленэктомия и корпорокаудальная панкреатэктомия	4	2	1
	Спленэктомия, резекция печени и пищевода	3	1	1
	Спленэктомия, резекция пищевода и диафрагмы	2	2	—
	Спленэктомия, корпорокаудальная панкреатэктомия, резекция печени и ободочной кишки	2	2	1
Всего:		16	9	4
Проксимальная резекция желудка	Спленэктомия	4	1	—
	Спленэктомия и резекция пищевода	4	2	1
	Спленэктомия, резекция печени и пищевода	3	1	—
Всего:		11	4	1
Субтотальная дистальная резекция желудка	Резекция ободочной кишки	13	6	1
	Спленэктомия	12	3	—
	Спленэктомия и резекция ободочной кишки	10	—	2
	Спленэктомия и резекция поджелудочной железы	3	2	1
	Резекция печени	2	—	—
	Холецистэктомия	2	—	—
Всего:		42	11	4

опухоли культи желудка на соседние органы и ткани. Высокая частота комбинированных гастрэктомий объясняется тем, что поражение значительной части желудка часто сопровождается выраженным местным распространением опухоли, прорастанием ею стенки органа и распространением на соседние структуры. Значительно реже выполнялись комбинированные операции при субтотальной дистальной резекции желудка.

Комбинированные вмешательства с дополнительной резекцией одного смежного органа были произведены в 192 случаях (71,9%), двух — в 63 случаях (23,6%), трех и более — в 12 случаях (4,5%). Осложнения зарегистрированы в 86 наблюдениях, летальность составила 10,7% (табл. 2).

Из смежных с желудком органов чаще всего удаляли селезенку (85% наблюдений). При этом у 159

больных селезенка была единственным органом, кроме желудка, удаленным во время комбинированной операции, а у 68 больных удаляли и другие смежные органы. На увеличение количества спленэктомий при комбинированных вмешательствах повлиял пересмотр показаний к удалению этого органа при раке тела и проксимального отдела желудка. Учитывая высокую вероятность метастатического поражения лимфатических узлов по ходу селезеночной артерии и в воротах селезенки, с 2003 г. при гастрэктомии во всех случаях желудок удалялся в едином блоке с селезенкой и подлежащими к ней лимфатическими узлами. У больных с метастатическим поражением лимфоколлекторов по ходу селезеночной артерии и в воротах селезенки, а также при диффузно-инfiltrативных формах рака желудка (в сочетании с низкодифференцированным характером процесса)

с целью повышения абластичности вмешательства применяли моноблочную корпорокаудальную панкреатэктомию (выполнено 40 подобных операций).

Мы являемся противниками плоскостных резекций поджелудочной железы, так как считаем, что подобные операции могут провоцировать развитие послеоперационного панкреатита и свищей. Поэтому при работе на этом органе резекция выполнялась на уровне тела или головки с прошиванием аппаратом УО-40 и тотчас за наложением механического шва с отдельной перевязкой селезеночных сосудов.

Комбинированные операции с резекцией поперечной ободочной кишки выполнены в 32 наблюдениях. Основными показаниями к подобному вмешательству были прорастание опухоли в стенку кишки (19 случаев) или распространение ее на брыжейку поперечно-ободочной кишки, при иссечении которой может развиваться некроз кишки (13 случаев).

Резекция абдоминального и нижнегрудного отделов пищевода выполнена у 27 человек в связи с распространением опухоли на пищевод. Комбинированная операция по поводу рака желудка с резекцией печени проведена 20 больным. Основным показанием к ней было локальное прорастание опухоли в печень. Во всех случаях выполнены атипичные резекции.

Среди всех оперированных из чрезбрюшинного доступа вмешательства с использованием ранорасширителей Сигала проведены в 240 наблюдениях. При переходе опухоли на пищевод считалось обязательным использование торакоабдоминального доступа. При этом удалялся весь абдоминальный и, как правило, нижнегрудной отдел пищевода, отступая от видимого края опухоли не менее чем на 4–5 см. Из торакоабдоминального доступа нами оперировано 27 больных (10,1%).

Изучение непосредственных результатов комбинированных операций представляет большой интерес с точки зрения анализа их возможных рисков и путей профилактики осложнений. В наших наблюдениях из 267 комбинированных вмешательств осложнения в послеоперационном периоде возникли в 32,2% случаев. Послеоперационная летальность среди больных, оперированных с 1988 по 1994 г., составила 15,3% (17 умерших на 111 оперированных), а среди больных, оперированных в 1995–2005 гг., она снизилась до 8,3% (13 из 156 оперированных).

Наиболее часто среди послеоперационных осложнений фигурировала острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность — у 38 (14,2%) оперированных, что было обусловлено исходно тяжелым состоянием пациентов. Выраженные сопутствующие заболевания имели 81,6% человек (старше 60 лет было около 75% пациентов). У каждого второго такого больного отмечались выраженная анемия, гипопротеинемия, электролитные нарушения. У трети больных комбинированная операция выполнялась на фоне дисфагии или стеноза разной степени выраженности. Как правило, у этой категории пациентов в послеоперационном периоде на фоне дли-

тельной лимфореи из брюшной полости развивались гнойно-септические осложнения. Именно это явилось причиной достаточно большого числа гнойных осложнений (нагноение раны, эвентрация, абсцессы брюшной полости). Мы встретились с подобными осложнениями в 32 случаях (12% оперированных), 7 из которых закончились летально.

В последние годы отмечается уменьшение частоты несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза. Так, если среди больных, которым была выполнена комбинированная гастрэктомия и экстирпация культи желудка с 1988 по 1994 г., это осложнение было причиной послеоперационной летальности в 4,7% случаев (у 4 из 85 оперированных), то среди больных, оперированных в 1995–2005 гг., несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза зарегистрирована в 2,3% наблюдений (у 3 из 129 оперированных).

Целесообразность комбинированных операций при раке желудка прежде всего определяется отдаленными результатами, которые были изучены на основании данных о выживаемости 118 больных. Показатели 3- и 5-летней выживаемости составили $29,4 \pm 3,1$ и $17,6 \pm 2,7\%$ соответственно. Для сравнения отметим, что в случаях ограничения вмешательства пробной лапаротомией ни один из 128 больных с аналогичной распространенностью процесса, оперированных в краевом онкологическом диспансере, не пережил 13 месяцев. Полученные нами результаты полностью согласуются с данными сторонников комбинированных операций, доказывающих необходимость выполнения этого вида оперативных вмешательств, являющихся пределом хирургической возможности радикального лечения больных раком желудка.

Литература

1. Волков О.Н., Столяров В.И., Тришкин В.А. и др. // *Вопр. онкол.* — 1997. — № 2. — С. 215–217.
2. Давыдов М.И., Германов А.Б., Стилиди И.С. и др. // *Хирургия.* — 1995. — № 5. — С. 41–46.
3. Симонов Н.Н., Чарторижский В.Д., Евтюхин А.И. и др. // *Вестн. хир.* — 1997. — № 1. — С. 64–68.
4. Черноусов А.Ф., Киладзе М.А. // *Хирургия.* — 1995. — № 2. — С. 6–10.
5. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году.* — М., 2005.

Поступила в редакцию 02.12.05.

THE COMBINED SURGERIES AT THE CANCER OF THE STOMACH

V.I. Nevozhay, T.A. Fedorenko
Vladivostok State Medical University

Summary — The retrospective analysis of 267 combined surgeries concerning stomach cancer is done. The volume of intervention extended due to removal and a resection of the other organs involved in tumor's process (esophagus, spleen, lymph nodes, liver, pancreas, etc.). The parameters of 3- and 5-years survival rate were 29.4 ± 3.1 and $17.6 \pm 2.7\%$ accordingly. It is judged the expansion of indications to the combined interventions at stomach cancer.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 26–28.