

УДК 616.33-006.6-089

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Ена И.И.

*ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия
Минздравсоцразвития России, Тюмень, Россия, e-mail: nasrulla@inbox.ru*

Проведен анализ непосредственных результатов хирургического лечения рака желудка 55 больных, подвергшихся расширенной гастрэктомии со спленэктомией и 57 больных, составивших контрольную группу, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии. Расширенная гастрэктомия со спленэктомией при хирургическом лечении рака желудка не увеличивает число послеоперационных осложнений и по характеру осложнений не отличается от таковых после расширенной гастрэктомии с сохранением селезенки.

Ключевые слова: рак желудка, спленэктомия.

IMMEDIATE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CANCER PATIENTS

Ena I.I.

Tyumen State Medical Academy, Tyumen, Russia, e-mail: nasrulla@inbox.ru

Analysis of the immediate results of surgical treatment of gastric cancer patients subjected to extended 55 gastrectomy with splenectomy and 57 patients of control group, which has been implemented advanced gastrectomy without splenectomy. Advanced gastrectomy with splenectomy in surgical treatment of gastric cancer does not increase the number of postoperative complications and the nature of complications did not differ from those after the extended gastrectomy with preservation of the spleen.

Key words: gastric cancer, splenectomy.

Введение. В настоящее время считается, что результаты лечения РЖ можно улучшить за счет применения более агрессивных комбинированных операций, основным показанием к которым является определяемое визуально прорастание опухоли желудка в соседние органы при отсутствии отдаленных метастазов и диссеминации опухоли по брюшной полости [2]. Среди комбинированных операций при РЖ наиболее частыми являются гастрэктомия или резекция желудка со спленэктомией [1]. Вместе с тем, отношение к стандартной спленэктомии в мире неоднозначно, и существует большое количество данных, указывающих, что удаление селезенки ухудшает непосредственные и даже отдаленные результаты [4,5]. При этом частота резекций желудка со спленэктомией составляет 22,5-92,4 % из числа комбинированных операций [3]. Однако применение спленэктомии как элемента расширенной лимфаденэктомии не получило широкого распространения в практической онкологии, хотя подозрение на наличие метастазов в лимфоузлах ворот селезенки и любого другого вовлечения органа в патологический процесс диктует необходимость спленэктомии [2]. Таким образом, в современной литературе не существует единого мнения о

целесообразности спленэктомии при хирургическом лечении рака желудка и ее влиянии на результаты лечения.

Цель исследования. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения больных раком желудка при выполнении гастрэктомии со спленэктомией и спленосохранных операций.

Материал и методы исследования. Нами изучены непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка 55 больных, подвергшихся расширенной гастрэктомии со спленэктомией и 57 больных, составивших контрольную группу, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии. Послеоперационные осложнения, развившиеся у больных после расширенной гастрэктомии, мы разделили на две группы – хирургические и терапевтические.

Результаты исследования и их обсуждение. Общеизвестно, что четко отработанная техника вмешательств при раке желудка позволяет добиться удовлетворительных непосредственных результатов независимо от объема выполненной операции. Вместе с тем, по полученным нами данным, количество послеоперационных осложнений после расширенной гастрэктомии со спленэктомией оказалось почти в 2 раза больше по сравнению с контрольной группой – соответственно 20,0 % и 10,53 % ($p < 0,05$).

При более детальном анализе характера хирургических осложнений необходимо отметить снижение частоты несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза. Так, в I группе частота несостоятельности швов анастомоза составила 1,82 %, а во II (контрольной) группе это осложнение не отмечалось. Также необходимо отметить и низкую частоту такого послеоперационного осложнения, как поддиафрагмальные абсцессы, которые традиционно считаются одним из наиболее частых и специфических осложнений для расширенных операций со спленэктомией: у двух больных основной группы (3,64 %). Мы можем объяснить это более тщательным гемостазом, неоднократной санацией брюшной полости антисептическими растворами на различных этапах операции, а также применением в основной группе больных профилактического метода дренирования левого поддиафрагмального пространства после спленэктомии.

В литературе представлены данные, когда после спленэктомии наряду с осложнениями, свойственными этой операции (поддиафрагмальный абсцесс), часто развивается и такое осложнение, как панкреатит. По нашим данным панкреатит развился только у 1 (1,82 %) больного в I группе, в связи с этим мы не можем с уверенностью говорить о расширении объема оперативного вмешательства до спленэктомии как о вероятной причине развития этого осложнения. Кровотечение наблюдалось у 1 (1,82 %) больного из основной и одного (1,75 %) больного из контрольной группы. В первом случае потребовалась релапаротомия, в другом случае кровотечение удалось купировать консервативными методами.

Терапевтические осложнения были представлены пневмонией с дыхательной недостаточностью и тромбоэмболией легочной артерии. Частота этих осложнений была практически идентична как в основной, так и в контрольной группах ($p > 0,05$). Так, пневмония с ДН определена у 2 человек в каждой группе (3,64 % и 3,51 % соответственно) и ТЭЛА – у 1 человека в каждой группе (соответственно 1,82 % и 1,75 %). Среди факторов, влияющих на частоту этих осложнений, можно указать такие, как диафрагмотомия с последующей релаксацией купола и резким ограничением дыхательной экскурсии, обезболивание и правильное проведение раннего послеоперационного периода, особенно для больных, имеющих сопутствующие заболевания сердечно-легочной системы. Такое грозное и трудно прогнозируемое осложнение как тромбоэмболия легочной артерии во всех наблюдениях привела к летальному исходу.

Известно, что послеоперационная летальность занимает особое место среди многочисленных факторов, определяющих целесообразность оперативной методики. В связи с этим помимо проанализированных выше осложнений после хирургического лечения рака желудка мы отметили послеоперационные осложнения, приведшие к летальному исходу. Послеоперационная летальность составила 6,25 %: в I группе – 7,27 % и в контрольной группе – 5,26 %. Так, после расширенной гастрэктомии со спленэктомией из-за несостоятельности швов анастомоза умер 1 (1,82 %) больной ко всем оперированными или 14,29 % от числа больных, умерших от осложнений. В контрольной группе летальности от данного осложнения не наблюдалось. От сердечно-сосудистой недостаточности умерли по 1 больному (соответственно 1,82 % и 1,75 %) в I и II группах от числа прооперированных, или 14,29 % от числа умерших больных в обоих случаях. Аналогичное распределение наблюдается и при инфаркте миокарда.

На следующем этапе исследований мы изучили изменения гематологических показателей у больных РЖ. При поступлении в стационар у больных раком желудка в целом наблюдалась анемия легкой степени на фоне интоксикации, что может быть доказательством смешанной (токсико-геморрагической) этиологии анемии у данной категории больных. На наличие выраженного воспалительного процесса в организме указывало повышение уровня СОЭ в среднем до $30,9 \pm 0,41$ мм/ч: $32,4 \pm 0,62$ мм/ч в основной и $29,5 \pm 0,19$ мм/ч в контрольной группе, превышая нормативные показатели почти в 2 раза. При оценке общего анализа крови у больных РЖ со стороны белой части крови выраженных патологических изменений обнаружено не было, хотя показатели стремились к верхней границе нормы.

После проведенного лечения у больных РЖ сохранялись показатели красной крови, характерные для средней степени анемии, значения СОЭ снизились, но по-прежнему превышали нормальные величины более чем в 1,6 раза. Со стороны биохимических показателей крови значимых изменений не наблюдалось, они по-прежнему находились в пределах размаха нормальных величин. При оценке показателей белой крови необходимо

отметить выраженное различие показателей основной и контрольной групп. Так, после гастрэктомии со спленэктомией у больных РЖ отмечался выраженный лейкоцитоз ($p < 0,05$), повышение количества палочкоядерных ($p < 0,05$) и сегментоядерных ($p < 0,05$) нейтрофилов, лимфоцитов ($p < 0,05$) и моноцитов ($p < 0,05$). Значительные изменения в показателях коагуляционного звена системы гемостаза в послеоперационном периоде были зарегистрированы в группе больных после гастрэктомии со спленэктомией. Так, в отдаленном периоде после удаления селезенки происходит активация коагуляционного звена системы гемостаза, так как наблюдается статистически достоверное укорочение времени рекальцификации плазмы крови и тромбинового времени ($p < 0,05$). Одновременно повышался уровень фибриногена в крови ($p < 0,05$). Кроме того, удаление селезенки приводит к изменениям как гуморального и клеточного звена иммунного статуса, так и неспецифической резистентности организма больных РЖ. Все указанные изменения лабораторных показателей клинически проявляются склонностью к инфекционным заболеваниям.

Заключение. Таким образом, необходимо подчеркнуть, что расширенная гастрэктомия со спленэктомией при хирургическом лечении рака желудка не увеличивает число послеоперационных осложнений и по характеру осложнений не отличается от таковых после расширенной гастрэктомии с сохранением селезенки. После гастрэктомии со спленэктомией у больных РЖ отмечается выраженный лейкоцитоз, происходит активация коагуляционного звена системы гемостаза. Кроме того, удаление селезенки приводит к изменениям как гуморального и клеточного звена иммунного статуса, так и неспецифической резистентности организма больных РЖ. Все указанные изменения лабораторных показателей клинически проявляются склонностью к инфекционным заболеваниям.

Список литературы

1. Жерлов Г.К. Комбинированные операции при раке желудка // Российский онкологический журнал. – 1999. – №1. – С.7-10.
2. Куликов Е.П. Комбинированные операции при раке желудка (обзор литературы) / Е.П. Куликов, А.П. Загадаев // Российск. Медико-биологич. Вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2009. – С.161-169.
3. Чиссов В.И. Непосредственные результаты комбинированных операций при раке желудка / В.И. Чиссов, Л.А. Вашакмадзе, А.В. Бутенко // Анналы хирургии. – 1997. – №6. – С.45-48.
4. Adachi Y. Surgery for gastric cancer: 10 year experience worldwide / Y. Adachi, S. Kitano, K. Sugimachi // Gastric cancer. – 2001. – №4. – P. 166-174.
5. Yoshino K. Splenectomy in cancer gastrectomy: recommendation of spleen-preserving for early stage / K. Yoshino, Y. Yamada, F. Asanuma et al. // Int. Surg. – 1997. – Vol.82. – P.150-154.

Рецензенты:

Зотов П.Б., д.м.н., профессор, заведующий центром паллиативной помощи Тюменского онкологического диспансера, г. Тюмень.

Важенин А.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия», г. Челябинск.

Работа получена 03.10.2011.