DOI: 10.26435/neoplasm.v11i2.280

И. Е. Седаков, А. Ю. Попович, А. Н. Заика, И. В. Лисаченко, В. В. Васильев, М. Д. Кондаков, А. А. Аль Баргути, Р. А. Аль Баргути, А. В. Глотов

Непосредственные результаты гастрэктомий при раке желудка

Республиканский онкологический центр им. проф. Г. В. Бондаря, Донецк

Цель работы: изучить непосредственные результаты выполнения гастрэктомий больным раком желудка.
Материалы и методы. Изучены результаты выполнения гастрэктомий у 1435 больных раком желудка за 20- летний период работы Республиканского онкологического центра им. проф. Г. В. Бондаря. Диагноз установлен в основном при наличии клинических проявлений рака желудка на III–IV стадиях заболевания. Во всех случаях использован муфтообразный пищеводно-кишечный анастомоз.
Результаты. Интраоперационные осложнения имели место у 245 (17,1±1,0%) больных, послеоперационные у 159 (11,1±0,8%). Послеоперационная летальность составила 4,5±0,6% (65 больных). Основной причиной летальных исходов была тромбоэмболия легочной артерии — 24 случая.
Выводы. Применение муфтообразного пищеводно-кишечного анастомоза по Г. В. Бондарю позволяет снизить число несостоятельности швов анастомоза до 1,3±0,3%.

Ключевые слова. Рак желудка, гастрэктомия, непосредственные результаты.

Актуальность.

Рак желудка является одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований в мире. Основным методом лечения рака желудка является хирургический [2][3], при этом наиболее часто выполняемым хирургическим вмешательством является гастрэктомия, которая технически сложна для хирурга и травматична для пациента. К сожалению, несмотря на успехи анестезиологии и реанимации, непосредственные результаты лечения рака желудка остаются неудовлетворительными, что связано с поздней обращаемостью больных за медицинской помощью в большинстве стран, поэтому доля пациентов с III–IV стадиями заболевания в этих странах достигает 60–70%. Так, частота послеоперационных осложнений, по данным литературы, колеблется в пределах 12,0–31,0% [5][7][4][1], в том числе несостоятельность швов анастомоза — 3,5–17,0% [7][6][5], а послеоперационная летальность достигает 3,0–4,4%[1][4].

Цель работы: изучить непосредственные результаты лечения рака желудка после выполнения гастрэктомий, выполненных в одном лечебном учреждении и при условии использования одного способа формирования пищеводно-кишечного анастомоза.

Материалы и методы.

Проанализированы непосредственные результаты гастрэктомий, выполненных за более чем 20-летний период работы в Республиканском онкологическом центре им. проф. Г. В. Бондаря. Во всех случаях был использован муфтообразный пищеводно-кишечный анастомоз. Учитывались как радикальные гастрэктомии, так и паллиативные. Критериев включения и исключения не было. Непосредственные результаты гастрэктомий оценивались на основании интраоперационных и послеоперационных ослож-

Таблица 1.

Наименование осложнения	Всего	
	Абс.	P±m%
Повреждение селезенки	220	88,0±2,1
Травма капсулы печени	2	0,8±0,6
Нарушение целостности диафрагмы	3	1,2±0,7
Вскрытие просвета тонкой или толстой кишки	4	1,6±0,8
Вскрытие абсцесса	1	0,4±0,4
Перфорация опухоли	5	2,0±0,9
Остра сердечная недостаточность	1	0,4±0,4
Кровотечение из левой желудочной артерии	1	0,4±0,4
Травма сосудов поперечно-ободочной кишки	7	2,8±1,0
Кровотечение из ложа удаленной селезенки	1	0,4±0,4
Травма нижней полой вены	1	0,4±0,4
Прочие	4	1,6±0,8
Всего	250	100,0

Таблица 2.

Наименование осложнения	Абс.	P±m%
Несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза или культи двенадцатиперстной кишки	19	8,6±1,9
Абсцесс	26	11,7±2,2
Перитонит	22	9,9±2,01
Нагноение раны	17	7,7±1,8
Анастомозит	5	2,3±1,0
Орхоэпидидимит	3	1,4±0,8
Тромбоэмболия легочной артерии	24	10,8±2,1
Тромбоз мезентериальных сосудов	1	0,5±0,5
ДВС-синдром	1	0,5±0,5
Внутрибрюшное кровотечение	2	0,9±0,6
Полиорганная недостаточность	2	0,9±0,6
Спаечная кишечная непроходимость	14	6,3±1,6
Инфаркт миокарда	3	1,4±0,8
Сердечно-сосудистая, сердечно-легочная недостаточность	17	7,7±1,8
Плеврит	10	4,5±1,4
Эмпиема плевры	1	0,5±0,5
Пневмония	19	8,6±1,9
Спонтанный двухсторонний пневматоракс	1	0,5±0,5
Ателектаз легкого	1	0,5±0,5
Пиелонефрит	1	0,5±0,5
Печеночно-почечная недостаточность	8	3,6±1,3
Панкреатит, холецистит	19	8,6±1,9
Рубцовая стриктура пищеводно-кишечного анастомоза	3	1,4±0,8
Самопроизвольная экстракция дренажа в брюшную полость	1	0,5±0,5
Отек головного мозга	1	0,5±0,5
Всего	222	100,0

нений, которые в свою очередь изучались на основании медицинской документации.

Результаты.

Всего гастрэктомия выполнена 1435 больным. Из них мужчин было — 954 (66,48 ± 1,25%), женщин — 481 (33,52±1,25%). Средний возраст составил 58,6 лет. Сопутствующие заболевания имели место у 319 (22,23±1,1%) пациентов, при этом наиболее часто отмечалась патология сердечно-сосудистой системы 143 (9,97±0,79%). В гистологическом строении опухоли превалировала аденокарцинома 861(60,0±1,29%). Распространенность опухолевого процесса соответствовала I стадии — у 56 (3,9±0,51%) больных, II–III стадиям — у 953 (66,41 ± 1,25%) пациентов. В 426 (29,69±1,21%) наблюдениях отмечена IV стадия заболевания. У 220 (15,33±0,95%) больных до операции имелись различные осложнения опухолевого процесса (стеноз, кровотечение из опухоли, перфорация и др.) Интраоперационные осложнения имели место у 245 (17,1±1,0%) больных, у которых было отмечено 250 различных осложнения. Их структура представлена в табл. 1. Наиболее частыми были ятрогенные. Интраоперационные осложнения, как правило, возникали при наличии распространенного опухолевого процесса, а также у больных с выраженным спаечным процессом после ранее перенесенных хирургических вмешательств и травм. Наличие выраженного спаечного процесса существенно затрудняло идентификацию тканей, следствием чего явилось повреждение внутренних органов. Следует отметить, что ни в одном наблюдении, развитие интраоперационных осложнений не привело к летальному исходу.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 159 (11,1±0,8%) пациентов, у которых имели место 222 различных осложнений. Структура послеоперационных осложнений представлена в табл. 2. Наиболее часто имели место гнойно-септические осложнения (несостоятельность швов анастомоза, тонкокишечный наружный свищ, абсцесс, перитонит, нагноение раны, анастомозит и др.) — у 93 (41,9±3,3%). При этом несостоятельность швов анастомоза имела место только у 19 (1,3±0,3%) пациентов. На втором месте в структуре послеоперационных осложнений находились осложнения со стороны системы органов дыхания (пневмония, плеврит, эмпиема плевры, спонтанный пневмоторакс, ателектаз легкого) — 32 (14,4±2,4%) пациента. На третьем месте в структуре послеоперационных осложнений находились осложнения в системе РАСК (тромбоэмболия легочной артерии, тромбоз мезентериальных сосудов, ДВС синдром, внутрибрюшное кровотечение) — у 28 (12,6±2,2%) пациентов. Осложнения, связанные с патологией сердечно-сосудистой системы, наблюдались у 20 (9,0±1,9%) больных.

Послеоперационная летальность составила 4,5±0,6% (65 больных), из-за того, что основная масса больных обратилась в центр с III–IV стадиями за-

Таблица 3.

Патология	Абс.	P±m%
Тромбоэмболия легочной артерии	24	36,9±5,9
Кровотечение	1	1,5±1,5
Тромбоз мезентериальных сосудов	1	1,5±1,5
Несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза или культи двенадцатиперстной кишки	8	12,3±4,1
Абсцесс	7	10,8±3,8
Перитонит	2	3,1±2,1
Спаечная кишечная непроходимость	5	7,7±3,3
Сердечно-легочная недостаточность	6	9,2±3,6
Печеночно-почечная недостаточность	3	4,6±2,6
Холецисто-панкреатит	8	12,3±4,1
Всего	65	100,0

болевания. Структура причин летальных исходов представлена в табл. 3. Как видно из табл. 3, наиболее частыми причинами летальных исходов являлись осложнения со стороны системы РАСК (тромбоэмболия легочной артерии, кровотечение, тромбоз мезентериальных сосудов) — 26 (40,0±6,1%) случаев. На втором месте в структуре причин летальных исходов были гнойно-септические осложнения — 17 (26,2±5,5%) наблюдений. Высокий удельный вес в структуре причин летальных исходов, осложнений со стороны системы РАСК свидетельствует о необходимости совершенствования профилактики данных осложнений. Следует также отметить, что представлен материал за 20 — летний период времени, на протяжении которого совершенствовались методы профилактики данной группы осложнений. В последнее десятилетие, наряду с методами неспецифической профилактики, стала применяться специфическая профилактика низкомолекулярными гепаринами, что существенно снизило частоту осложнений со стороны системы РАСК.

Выводы.

1. Интраоперационные осложнения во время выполнения 1435 гастрэктомий имели место в 17,1±1,0% наблюдений. Наиболее частым интраоперационным осложнением было ятрогенное повреждение селезенки.

2. Послеоперационные осложнения наблюдались у 159 (11,1±0,8%) больных. Наиболее часто встречались гнойно-септические осложнения. Уменьшению частоты послеоперационных осложнений способствовало применение надежного способа формирования муфтообразного пищеводно-кишечного анастомоза, несостоятельность которого имела место только у 19 (1,3±0,3%) пациентов.

3. Послеоперационная летальность составила 4,5±0,6% (65 больных). Наиболее частыми причинами летальных исходов были осложнения со стороны системы РАСК. При этом на долю тромбоэмболии легочной артерии приходилось 36,9±6,0%. Применение низкомолекулярных гепаринов в комплексе профилактики осложнений со стороны РАСК привело к существенному снижению частоты возникновения данных осложнений в последнее десятилетие.

Список литературы.

1. Поликарпов С. А. Выбор метода наложения пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии / С. А. Поликарпов, А. Н. Лисицкий, И. В. Горюнов, М. У. Сулейманов // Хирургия.— 2008.— № 9.— 56–60.
2. Скоропад В. Ю. Сравнительный анализ отдаленных результатов комбинированного и хирургического лечения больных перстневидноклеточным раком желудка / Скоропад В. Ю., Бердов Б. А., Локтионова О. В., Мардынский Ю. С., Титова Л. Н. // Хирургия.— 2008.— № 1.— С. 13–17.
3. A meta-analysis of DI versus D2 lymph node dissection / R. Seevaratnam, A. Bocicariu, R. Cardoso et al. // Gastric Cancer.—2012.— Vol. 15 (Suppl. l)-S.60–69.
4. Randomized clinical trial comparing survival after D1 or D2 gastrectomy for gastric cancer / Degiuli M, Sasako M, Ponti A, Vendrame A, Tomatis M, Mazza C, Borasi A, Capussotti L, Fronda G, Morino M; Italian Gastric Cancer Study Group // BrJ Surg. 2014 Jan;101(2):23–31.
5. Esophagojejunal reconstruction after total gastrectomy for gastric cancer using a transorally inserted anvil delivery system. / LaFemina J, Vinuela EF, Schattner MA, Gerdes H, Strong VE. // Ann Surg Oncol. 2013 Sep;20(9):2975–83.
6. Predictive factors of esophagojejunal fistula after total gastrectomy in gastric cancer patients / Ben Maamer A, Zaafouri H, Noomene R, Haoues N, Bouhafa A, Oueslati A, Cherif A. // Tunis Med. 2013 Apr;91(4):263–8…
7. Comparison of short- and long-term outcomes of laparoscopic-assisted total gastrectomy and open total gastrectomy in gastric cancer patients / Lee MS, Lee JH, Park do J, Lee HJ, Kim HH, Yang HK. // Surg Endosc. 2013 Jul;27(7):2598–605.

I. E. Sedakov, A. Y. Popovich, A. N. Zaika, I. V. Lisachenko, V. V. Vasil'ev, M. D. Kondakov, A. A. Al' Barguti, R. A. Al' Barguti, A. V. Glotov

Immediate results of gastrectomies in case of gastric cancer

G. V. Bondar Republican Cancer Center, Donetsk

Purpose: to study the immediate results of gastrectomies in patients with gastric cancer.
Materials and methods. We studied the results of the implementation of gastrectomies in 1435 patients with gastric cancer over a 20 — year period of the G. V. Bondar Republican Cancer Center. The diagnosis was established mainly in the presence of clinical manifestations of gastric cancer in the III–IV stages of the disease. In all cases cuff-like esophago-intestinal anastomosis was used.
Results. Intraoperative complications occurred in 245 (17.1±1.0%) patients, postoperative in 159 (11.1±0.8%). Postoperative mortality was 4.5±0.6% (65 patients). The main cause of death was pulmonary embolism — 24 cases.
Summary. Application of cuff-like esophago-intestinal anastomosis by G. V. Bondar allows to reduce the number of anastomosis leakage to 1.3±0.3%.

Keyword. Gastric cancer, gastrectomy, short-term outcomes