

Харитонов М.Ю., Тойгонбеков А.К., Уметов М.З.

**АШКАЗАНДЫН ТӨМӨНКҮ БӨЛҮГҮНҮН ЗАЛАЛ ШИШИГИНИН
ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ТҮЗДӨН-ТҮЗ НАТЫЙЖАСЫ**

Харитонов М.Ю., Тойгонбеков А.К., Уметов М.З.

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА
ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА**

M.Yu. Kharitonov, A.K. Toigonbekov, M.Z. Umetov

**THE SHORT-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CANCER OF THE
DISTAL STOMACH**

УДК: 616.33-006.6-089

Ашказандын төмөнкү бөлүгүнүн залал шишиги менен 174 бейтап хирургиялык дарылоонун жолуна жараша 2 топко бөлүнгөн. Алардын арасынан операциядан кийинки кабылдоосу 17 (9,8%) бейтапта оруганы байкалган. Жана операциядан кийин 2 (1,15%) бейтап каза болгон.

Негизги сөздөр: *ашказандын төмөнкү бөлүгүнүн залал шишиги, хирургиялык дарылоо, операциядан кийинки сезгенүүлөр, түздөн-түз натыйжасы.*

Изучены непосредственные результаты хирургического лечения 174 больных раком дистального отдела желудка, разделенных на 2 группы в зависимости от объема хирургического вмешательства. Послеоперационные осложнения были отмечены у 17 больных (9,8%) раком дистального отдела желудка. Летальные исходы после операции отмечены у 2 (1,15%) больных.

Ключевые слова: *рак дистального отдела желудка, хирургическое лечение, послеоперационные осложнения, непосредственные результаты.*

Direct results of surgical treatment of 174 patients with cancer of the distal stomach were divided into 2 groups depending on the volume of surgical intervention. Postoperative complications were noted in 17 patients (9,8%) with cancer of the distal stomach. Lethal outcomes after surgery were noted in 2 (1,15%) patients.

Key words: *cancer of the distal stomach, surgical treatment, postoperative complications, immediate results.*

Введение. Рак желудка в Кыргызской Республике занимает 3 место в структуре онкологической заболеваемости и составляет 11,8%000. Среди мужского населения 1 место занимает рак желудка – 16,1%000, среди женского населения рак желудка на 3 месте – 7,4%000. Первое место в структуре смертности по Кыргызской Республике занимает рак желудка (10,0%000). Остаются низкими показатели ранней диагностики (16,2%) и высокие показатели запущенности (35,6%), однодневной 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).

Оперативное вмешательство остается «золотым стандартом» лечения рака желудка. Несмотря на более чем столетний опыт хирургического лечения рака желудка, до сих пор тактика лечения этого заболевания остается достаточно дискуссионной.

В современной литературе нет единого мнения о выборе объема оперативного вмешательства при раке дистального отдела желудка. Однако некоторые авторы [1,2] не разделяют тезис о необходимости выполнения гастрэктомии, приводя следующие аргументы. Во-первых, тотальное удаление желудка сопряжено с более высокими показателями послеоперационных осложнений, в первую очередь несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза, и летальности. По данным Nyung W.J. и соавт. (1997) выполнение гастрэктомии по сравнению с субтотальной дистальной резекцией желудка сопровождалось большей кровопотерей и большим объемом необходимой гемотрансфузии, что в свою очередь явилось неблагоприятным прогностическим фактором и привело к статистически достоверному ухудшению отдаленных результатов лечения. Во-вторых, приводя к более выраженному дефициту питания, развитию демпинг-синдрома, рефлюкс-эзофагита, выполнение гастрэктомии значительно ухудшает качество жизни больных [3].

Также в современной литературе разноречивы данные о непосредственных и отдаленных результатах хирургического лечения рака дистального отдела желудка в зависимости от объема хирургического лечения [4,5,6,7].

Материал исследования. Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 174 пациентов раком дистального отдела желудка. Все больные были оперированы в хирургических отделениях Национального Центра Онкологии Кыргызской Республики с 2010 по 2014 год. В исследование вошли оперированные больные, у которых опухоль локализовалась в дистальном отделе желудка и распространялась на прилежащие к ней области.

Оперированные больные разделены на 2 группы: I – 71 больных, перенесший гастрэктомию (ГЭ), и II – 103 больных, перенесших субтотальные дистальные резекции желудка (СДРЖ). Всем пациентам выполнена лимфодиссекция в объеме D2.

Комбинированные гастрэктомии выполнены – у 21 (29,6% от общего количества гастрэктомии), субтотальные дистальные резекции желудка – у 4 больных (3,9% от общего количества резекций).

Характер выполненных операций следующий: гастрэктомия + резекция мезоколон - 8, гастрэктомия

+ спленэктомия - 5, 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, субтотальная дистальная резекция желудка + спленэктомия - 1, гастрэктомия + спленэктомия + резекция мезоколон - 1.

Течение болезни у 93 (53,5%) пациентов было отягчено сопутствующей патологией. В структуре сопутствующей патологии преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы и составили 64,4% в первой группе и 69% во второй. В первой группе был 1 пациент, который ранее перенес ишемический инсульт, во второй группе таких пациентов было 2. Также во второй группе был 1 пациент, который ранее перенес инфаркт миокарда. Сопутствующая патология со стороны дыхательной системы отмечена в 8,2% в первой группе и в 11,3% во второй. Анемия различной степени тяжести диагностирована у 75 больных (43,1%): легкой степени - у 25 (14,4%), средней степени - у 30 (17,2%) и тяжелой степени - у 20 (11,5%). Таким образом, анемия средней и тяжелой степени наблюдалась у 50 больных (28,7%).

Осложнения основного диагноза до операции из 174 больных встретились у 56 пациентов, что составило 32,2%. Основным осложнением выступил опухолевый стеноз выходного отдела желудка – у 38 (21,8%) пациентов, стеноз выходного отдела желудка + желудочное кровотечение – у 12 (6,9%) пациентов, желудочное кровотечение – у 6 больных (3,5%).

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения были отмечены у 17 больных (9,8%) раком дистального отдела желудка. Летальные исходы после операции отмечены у 2 (1,15%) больных.

Осложнения после гастрэктомии наблюдались у 8 (11,3±0,46%) пациентов, при этом у 3 (4,2%) больных послеоперационные осложнения потребовали выполнения релапаротомии.

Структура послеоперационных осложнений, отмеченных у пациентов первой группы, следующая: 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. У 1 пациента после выполненной гастрэктомии + холецистэктомии была отмечена эвентрация кишечника, что потребовало выполнения релапаротомии, а затем в послеоперационном периоде нагноение послеоперационной раны. У 1 пациента после гастрэктомии + резекция мезоколон была отмечена перфорация приводящей петли, что потребовало выполнения релапаротомии (произведено ушивание перфоративного отверстия приводящей петли тонкого кишечника и санация брюшной полости). У 2 больных – послеоперационная двухсторонняя пневмония, у 2 – нагное-

ние послеоперационной раны. У 1 больного – спаечная кишечная непроходимость.

Осложнения после субтотальной дистальной резекции желудка наблюдались у 9 (8,7±0,52%) пациентов, при этом у 7 (6,8%) больных послеоперационные осложнения потребовали выполнения релапаротомии, а у 1(0,97%) больного релапаротомия выполнялась дважды.

Структура послеоперационных осложнений, отмеченных у пациентов второй группы, следующие (таб. №1): спаечная кишечная непроходимость наблюдалась у 3 больных (2 – тонкокишечная, 1 – толстокишечная), что потребовало выполнения релапаротомии. Развитие послеоперационной пневмонии отмечено у 1 больного, которая была купирована в результате консервативной терапии. У 1 больного отмечалось кровотечение, которое было купировано консервативными методами. У 2 больных была отмечена эвентрация кишечника, что потребовало выполнения у этих больных релапаротомии. Перитонит развился у 3 больных, из которых 1 больная погибла 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.

Таблица 1

Послеоперационные осложнения у пациентов раком дистального отдела желудка

Характер послеоперационных осложнений	Характер произведенной операции			
	ГЭ		СДРЖ	
	частота	Летальность	частота	Летальность
НША	-	-	1(10%)	1(10%)
Перфорация культи желудка	-	-	2(20%)	1(10%)
Кишечная непроходимость	1(11,1%)	-	3(30%)	-
Эвентрация кишечника	1(11,1%)	-	2(20%)	-
Нагноение п/о раны	3(33,3%)	-	-	-
Пневмония	2(22,2%)	-	2(20%)	-
Перфорация приводящей кишки	1(11,1%)	-	-	-
Пароксизмальная тахикардия	1(11,1%)	-	-	-
Итого	9 (100%)	-	10(100%)	2(20%)

Послеоперационная летальность в I группе не отмечена, во II группе составила 1,9% (умерло 2 больных из 103 оперированных). После гастрэктомии послеоперационные осложнения наблюдались

чаще, чем после субтотальных дистальных резекций желудка ($11,3 \pm 0,46\%$ и $8,7 \pm 0,52\%$ соответственно). Послеоперационная летальность после субтотальных дистальных резекций желудка ($1,9\%$) и гастрэктомий (отсутствовала) различалась недостоверно ($p > 0,05$).

Заключение. Мы считаем, что послеоперационные осложнения связаны с нарушениями обмена веществ, так как около половины больных поступали с анемией ($43,1\%$) и значительной потерей веса ($90,2\%$), также повлияли стадия болезни (большая часть больных ($55,8\%$) в III стадии), наличие сопутствующей патологии ($39,7\%$) и пожилой возраст ($44,3\%$). По результатам нашего исследования нет достоверных данных об увеличении послеоперационных осложнений и летальности, связанных с расширением объема оперативного вмешательства.

Литература:

1. Hundahl S.A. Surgical treatment variation in a prospective, randomized trial of chemoradiotherapy in gastric cancer: the effect of undertreatment / S.A. Hundahl, J.S. Macdonald, J. Benedetti, T. Fitzsimmons // *Ann. Surg. Oncol.* - 2002. - Vol. 9. - P. 278-286.
2. Stipa S. Results of curative gastrectomy for carcinoma / S. Stipa // *J. Amer. Coll. Surg.* - 1994. - Vol. 179, №5. - P. 567-572.
3. Hyung W.J. Adverse effects of perioperative transfusion on patients with stage III and IV gastric cancer / W.J. Hyung // *Ibid.* - 1997. - Vol. 35. - P. 5-12.
4. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю. и др. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе // *Онкология.* - 2006. - Т.8. - №2. - С. 171-175.
5. Lo S.S., Wu C.W., Shen K.H. et al. Higher morbidity and mortality after combined total gastrectomy and pancreatecosplenectomy for gastric cancer // *World J. Surg.* - 2002. - Vol. 26, №6. - P. 678-682.
6. Maehara Y., Oiwa H., Tomisaki S. et al. Prognosis and surgical treatment of gastric cancer invading the pancreas // *Oncol.* - 2000. - Vol. 59, №1. - P. 1-6.
7. Maruyama K., Sasako M., Kinoshita T. et al. Surgical treatment for gastric cancer: the Japanese approach // *Semin. Oncol.* - 1996. - Vol. 23, № 3. - P. 360-368.

Рецензент: к.м.н. Осомбаев М.Ш.