

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

О.А. Гладков, Н.А. Шаназаров, И.И. Ена

ГБОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия  
ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия

Гладков Олег Александрович,  
доцент кафедры лучевой диагностики и лучевой терапии ЧГМА,  
д-р мед. наук,  
454092, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64,  
тел. 8 (351) 232-93-76,  
e-mail: gladkov\_o@rambler.ru

В работе представлены ближайшие результаты хирургического лечения больных раком желудка после выполненной расширенной гастрэктомии со спленэктомией (основная группа) и без спленэктомии (контрольная группа). Всего проанализированы результаты лечения 112 больных. Послеоперационные осложнения, развившиеся у больных после расширенной гастрэктомии, разделили на две группы - хирургическую и терапевтическую. Как правило, четко отработанная техника вмешательств при раке желудка позволяет добиться удовлетворительных непосредственных результатов независимо от объема выполненной операции. Вместе с тем, по данным, представленным в работе, видно, что количество послеоперационных осложнений после расширенной гастрэктомии со спленэктомией почти в 2 раза больше по сравнению с контрольной группой. Терапевтические осложнения были представлены пневмонией с дыхательной недостаточностью и тромбоэмболией легочной артерии. Частота этих осложнений в группах была практически одинакова.

Послеоперационная летальность и причины летальных исходов в обеих группах также значимо не отличались.

**Ключевые слова:** рак желудка, гастрэктомия, спленэктомия.

## DIRECT SURGICAL RESULTS OF STOMACH CANCER PATIENTS' TREATMENT

O.A. Gladkov, N.A. Shanazarov, I.I. Yena

Chelyabinsk State Medical Academy  
Tyumen State Medical Academy

The results of surgical treatment are presented next stomach cancer patients after completed the extended gastrectomy with splenectomy (core group) and not splenectomy (control group). The results of the treatment of 112 patients were analyzed. Postoperative complications after patients developed the enhanced gastrectomy, were divided into two groups: surgical and therapeutic. As a rule, clearly perfected technology interventions in cancer of the stomach can achieve satisfactory immediate results regardless of the volume of performed operations. However, the data presented in the work can be seen that the number of postoperative complications after an extended gastrectomy with splenectomy almost in 2 twice more than the control group. Therapeutic complications were pneumonia with respiratory failure and pulmonary arterial thromboses were included. The frequency of these complications in the groups was almost identical. Postoperative mortality and causes of deaths in both groups did not differ significantly as well.

**The key words:** gastric cancer, gastrectomy, splenectomy.

### Актуальность исследования

Несмотря на устойчивую тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка (РЖ), он остается одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека. Ежегодно в мире РЖ заболевают более 1 млн. человек [6].

Наибольшее количество больных РЖ составляют лица в возрасте от 50 до 60 лет, на возраст от 40 до 50 лет приходится до 25% от всего числа заболевших; мужчины болеют в 2 раза чаще, чем женщины [1].

До настоящего времени хирургическое лечение является основным радикальным методом лечения. Радикальные операции по поводу РЖ в обязательном порядке включают лимфодиссекцию различного объема. Вместе с тем, расширенная лимфодиссекция при РЖ является предметом постоянных дискуссий. Несмотря на длительную историю и большое число сторонников, она по-прежнему не является общепризнанным вмешательством выбора [7].

По мнению многих хирургов-онкологов, специализирующихся на лечении РЖ, лимфодиссекция в объеме D2 является обязательным условием радикального вмешательства [3,4,5,8,9]. При этом достижение полного объема иссечения лимфатических узлов N2 при гастрэктомии, в свою очередь, требует удаления клетчатки и лимфоузлов ворот селезенки, что выполнимо только при комбинированном удалении селезенки, которое широко применяется как стандартная процедура [2].

Кроме того, некоторые исследователи, пользуясь методами статистического анализа, показали, что спленэктомия является независимым фактором повышения послеоперационной летальности [10].

### Цель исследования

Изучение непосредственных результатов хирургического лечения больных раком желудка при выполнении расширенной гастрэктомии со спленэктомией.

### Материалы и методы

Нами изучены непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка у 55 больных, подвергшихся расширенной гастрэктомии со спленэктомией и у 57 больных, составивших контрольную группу, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии.

### Результаты и обсуждение

Послеоперационные осложнения, развившиеся у больных после расширенной гастрэктомии, мы разделили на две группы - хирургическую и терапевтическую. Частота и характер послеоперационных осложнений, в зависимости от объема оперативного вмешательства, представлены в таблице 1.

Как правило, четко отработанная техника вмешательств при раке желудка позволяет добиться удовлетворительных непосредственных результатов, независимо от объема выполненной операции. Вместе с тем, по данным, представленным в таблице 1, видно, что количество послеоперационных осложнений после расширенной гастрэктомии со спленэктомией почти в 2 раза больше по сравнению с контрольной группой - соответственно 20,0% и 10,53% ( $p < 0,05$ ).

**Таблица 1**  
**Послеоперационные осложнения в зависимости от объема оперативного вмешательства**

| Осложнения    | Группы больных                    |   |                                |       | Всего (n=112) |       |      |
|---------------|-----------------------------------|---|--------------------------------|-------|---------------|-------|------|
|               | I группа (n=55)                   |   | II группа (контрольная) (n=57) |       |               |       |      |
|               | абс.                              | %                                       | абс.                           | %     | абс.          | %     |      |
| Хирургическая | послеоперационный панкреатит      | 1                                       | 1,82                           | 0     | 0             | 1     | 1,79 |
|               | хилезный асцит                    | 1                                       | 1,82                           | 1     | 1,75          | 2     | 1,79 |
|               | несостоятельность швов анастомоза | 1                                       | 1,82                           | 0     | 0             | 1     | 0,89 |
|               | нагноение операционной раны       | 2                                       | 3,64                           | 1     | 1,75          | 3     | 2,68 |
|               | внутрибрюшинные абсцессы          | 2                                       | 3,64                           | 0     | 0             | 2     | 1,79 |
|               | кровотечение                      | 1                                       | 1,82                           | 1     | 1,75          | 2     | 1,79 |
|               | Терапевтическая                   | пневмония и дыхательная недостаточность | 2                              | 3,64  | 2             | 3,51  | 4    |
| ТЭЛА          |                                   | 1                                       | 1,82                           | 1     | 1,75          | 2     | 1,79 |
| Всего         | 11                                | 20,0                                    | 6                              | 10,53 | 17            | 15,18 |      |

При более детальном анализе характера хирургических осложнений необходимо отметить снижение частоты несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза. По данным Б.Е. Петерсон, (1961) основным фактором, определяющим развитие недостаточности анастомозов, являются погрешности оперативной техники. По нашим данным, расширение объема операции до спленэктомии не увеличивает частоту несостоятельности швов анастомозов. Так, в I группе частота несостоятельности швов анастомоза составила 1,82%, а во II (контрольной) группе это осложнение не отмечалось (таблица 1).

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, что 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%) (таблица 1). 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 фак-

торов, 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 (таблица 2).

Послеоперационная летальность составила 6,25%: в I группе – 7,27% и в контрольной группе – 5,26%. Причины летальных исходов в обеих группах представлены в таблице 2. Так, после расширенной гастрэктомии со спленэктомией из-за несостоятельности швов анастомоза умер 1 (1,82%) больной от общего числа оперированных больных или 14,29% от числа больных, умерших от осложнений. В контрольной группе летальности от данного осложнения не наблюдалось.

**Таблица 2**  
**Послеоперационная летальность в зависимости от объема оперативного вмешательства**

| Осложнения                        | Группы больных  |      |                                |      | Всего (n=112) |      |
|-----------------------------------|-----------------|------|--------------------------------|------|---------------|------|
|                                   | I группа (n=55) |      | II группа (контрольная) (n=57) |      |               |      |
|                                   | абс.            | %    | абс.                           | %    | абс.          | %    |
| Инфаркт миокарда                  | 1               | 1,82 | 1                              | 1,75 | 2             | 1,79 |
| ТЭЛА                              | 1               | 1,82 | 1                              | 1,75 | 2             | 1,79 |
| ССН                               | 1               | 1,82 | 1                              | 1,75 | 2             | 1,79 |
| Несостоятельность швов анастомоза | 1               | 1,82 | 0                              | 0    | 1             | 0,89 |
| Всего                             | 4               | 7,27 | 3                              | 5,26 | 7             | 6,25 |

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 (таблица 2).

### 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.

### Список литературы

1. Ганцев Ш.Х. Онкология: пособие для врачей. - М., 2004. - 246 с.
2. Давыдов М.И. Расширенные операции в хирургии рака желудка / М.И. Давыдов, А.Б. Германов, И.С. Стилиди // Хирургия. - 1995. - №5. - С. 41-46.
3. Черноусов А.Ф. Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов. - М.: Изд. АТ, 2000. - 160 с.

4. Черноусов А.Ф. Хирургия рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов, Ф.А. Черноусов - М.: Изд. АТ, 2004. – 317 с.
5. Чиссов В.И. Комбинированное лечение рака желудка / В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова, Л.А. Вашкамадзе // Хирургия. - 1997. - №6. - С.4-9.
6. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова - М., 2008. – 248 с.
7. Adachi Y. Role of lymph node dissection and splenectomy in node positive gastric carcinoma / Y. Adachi, T. Kamakura, M. Mori et al. // Surgery. - 1994. - Vol. 116. - P. 837-841.
8. Maehara Y. Surgical treatment and outcome for node-negative gastric cancer / Y. Maehara, M. Tomoda, S. Tomisaki // Surgery. - 1997. - №6. - P. 633-639.
9. Maehara Y. Postoperative outcome and sites of recurrence in patients of gastric cancer / Y. Maehara, S. Hasuda, T. Koga // Brit. J. Surg. - 2000. - Vol. 87. - P. 353-357.
10. Pate J.W. Postsplenectomy complication / J.W. Pate, T.G. Peters, C.R. Andrews // Am Surg. - 1985. - Vol. 51. - №8. - P. 437-441.