
ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК: 616.3–006.6–089+616.411–089.87

ВЛИЯНИЕ ПРИНЦИПАЛЬНОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ НА РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ

М.Д. Джураев^{1,2}, А.Т. Умарова¹, С.С. Мирзараимова², Д.М. Эгамбердиев²

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, г. Ташкент¹, Кафедра онкологии и лучевой диагностики Ташкентской медицинской академии²

100174, Республика Узбекистан, г. Ташкент, пр. Фароби, 383, e-mail: mirsabohat@mail.ru

Представлены сравнительный анализ непосредственных результатов радикального хирургического лечения 137 больных раком желудка, из них 70 пациентам выполнены расширенные гастрэктомии со спленэктомией, 67 – гастрэктомии с сохранением селезенки. Общее количество осложнений при операциях со спленэктомией составило 17,1 %, послеоперационная летальность – 4,2 %, при спленосохраняющих вмешательствах – 17,9 % и 4,7 % соответственно.

Ключевые слова: рак желудка, хирургическое лечение, спленосохраняющие операции.

EFFECT OF PRINCIPAL SPLENECTOMY ON RESULTS OF EXPANDED GASTRECTOMY

M. Djuraev, S. Mirzaraimova, A. Umarova, D. Egamberdiev

Research Center of Oncology, Tashkent

Tashkent Medical Academy

383, Farobi Street, 100174-Tashkent, Uzbekistan Republic, e-mail: mirsabohat@mail.ru

Comparative analysis of short-term results of radical surgery for gastric cancer has been presented. Out of 137 patients operated on for gastric cancer, there were 70 who underwent expanded gastrectomy with splenectomy and 67 patients who underwent gastrectomy with preservation of the spleen. The rate of postoperative complications in splenecomized patients was 17,1 % and postoperative rate was 4,2 %. The rates of postoperative complications and postoperative lethality after spleen-preserving surgery were 17,9 % and 4,7 %, respectively.

Key words: gastric cancer, surgical treatment, spleen-preserving surgery.

Несмотря на наметившуюся в последние годы благоприятную тенденцию к снижению заболеваемости и летальности от рака желудка (РЖ) во многих странах мира, проблема ранней диагностики и лечения этого вида онкопатологии остается крайне актуальной до настоящего времени [1, 3, 6]. Из всего арсенала лечебных воздействий основным радикальным методом лечения больных раком желудка остается радикальное хирургическое вмешательство. На IV Международном конгрессе по раку желудка (New-York, 2001) лимфодиссекция в объеме D2 (элементом которой является спленэктомия) признана обязательным стандартным объемом при радикальных операциях по поводу РЖ. Однако удаление значительного объема лим-

фоидной ткани у этой категории пациентов (селезенка, лимфатические узлы) потенциально может привести к развитию вторичных иммунодефицитных состояний, которые, по мнению некоторых авторов, повышают риск послеоперационных осложнений, неблагоприятно влияют на течение послеоперационного периода, эффективность проводимой медикаментозной терапии, оказывают отрицательное влияние на продолжительность безрецидивного периода жизни и повышают риск метастазирования у данной категории пациентов [2, 10]. В связи с этим в настоящее время появилась альтернативная точка зрения, противопоставляющая спленосохраняющие операции у больных РЖ агрессивной расширенной хирургии. Однако

непосредственная и отдаленная эффективность органосохраняющих вмешательств при раке желудка изучена недостаточно, что послужило основанием для настоящего исследования.

Целью исследования является изучение непосредственных результатов расширенной гастрэктомии со спленэктомией и с сохранением селезенки, для оптимизации показаний к принципиальной спленэктомии.

Материал и методы

Были изучены результаты хирургического лечения 137 пациентов с морфологически верифицированным диагнозом рака желудка, выполненных в клинике РОНЦ МЗ РУз за период с 2000 по 2007 г. Стадирование опухолевого процесса проводили по TNM классификации (МКБ10). Пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы:

1. Больные, подвергшиеся расширенной гастрэктомии в объеме D2 со спленэктомией и резекцией дистальной части поджелудочной железы (n=70).

2. Больные, подвергшиеся расширенной гастрэктомии в объеме D2 с сохранением селезенки (n=67).

В основной группе лимфодиссекцию D2 выполняли единым блоком, удаляя с пораженным желудком селезенку, при этом селезеночную артерию лигировали на протяжении в проекции хвоста поджелудочной железы, тогда как притоки селезеночной вены максимально сохраняли во избежание панкреонекроза. Опухоль преимущественно проксимального отдела диагностирована у 45 (32,8 %) больных, тела желудка – у 37 (27,0 %), антрального отдела с переходом на тело – у 9 (6,6 %) и тотальное поражение желудка – у 52 (38,0 %) больных. В 40 (29,1 %) случаях установлен кишечный тип рака желудка, в 97 (70,9 %) – диффузный тип. При морфологическом исследовании структуры опухоли аденокарциномы различной степени дифференциации выявлены в 71,2 % случаев. Распределение больных по полу, возрасту, стадии и локализации опухолевого процесса было идентичным в обеих группах.

Результаты и обсуждение

При морфологическом исследовании 10-й группы лимфатических узлов ворот селезенки и самой селезенки метастатическое поражение лимфатических структур выявлено в 22 (31,4 %) случаях, из них в 45,4 % случаев – при раке проксимального отдела желудка, в 22,7 % – при раке тела желудка, в 31,9 % – при тотальном поражении желудка. В 86,4 % случаев лимфогенное метастазирование отмечалось при низкодифференцированной аденокарциноме. Анализ частоты метастазирования в лимфатические узлы ворот селезенки в зависимости от формы роста опухоли показал, что наиболее часто лимфогенные метастазы наблюдались при диффузном типе рака желудка – в 72,7 % случаев. Напротив, при опухолевом поражении дистальных отделов желудка, при макроскопическом экзофитном типе роста и высокодифференцированных аденокарциномах метастазы в лимфатические узлы ворот селезенки встречались не более чем в 4,5 % наблюдений.

При анализе особенностей течения послеоперационного периода, в зависимости от способа хирургического лечения, существенной разницы в частоте послеоперационных осложнений в обеих группах не выявлено (табл. 1). При гастрэктомиях со спленэктомией осложнения возникли у 17,1 % больных, при спленосохраняющих операциях – у 17,9 % ($p>0,05$). Часто описываемого в литературе [1, 4] послеоперационного осложнения при расширенной гастрэктомии со спленэктомией – левостороннего поддиафрагмального абсцесса – в нашей практике не наблюдалось. Это объясняется применением после спленэктомии нового способа дренирования левого поддиафрагмального пространства через мезоколон, методика разработана в абдоминальном отделении РОНЦ Республики Узбекистан.

Послеоперационная летальность в группе больных, перенесших расширенные гастрэктомии со спленэктомией, составила 4,2 % и в группе больных после спленосохраняющих операций – 4,5 % ($p>0,05$). Среди фатальных осложнений преобладали острая сердечно-сосудистая недостаточность, несостоятельность анастомоза, панкреонекроз. Различий в возникновении этих осложнений между группами нет (табл. 2).

Таблица 1

Частота послеоперационных осложнений в сравниваемых группах, абс. ч. (%)

Характер осложнений	Гастрэктомия со спленэктомией (n= 70)	Гастрэктомия без спленэктомии (n= 67)
Пневмония	2 (2,9)	2 (3,0)
Острый инфаркт миокарда. ОССН	1 (1,4)	1 (1,5)
Панкреатит	2 (2,9)	2 (3,0)
Панкреонекроз	-	1 (1,5)
Хилезный асцит	1 (1,4)	1 (1,5)
Недостаточность швов анастомоза	1 (1,4)	-
ТЭЛА	1 (1,4)	1 (1,5)
Нагноение операционной раны	3 (4,3)	3 (4,5)
Кровотечение	1 (1,4)	1 (1,5)
Всего	12 (17,1)	12 (17,9)

Примечание: ОССН – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Таблица 2

Частота и причины летальных исходов в сравниваемых группах, абс. ч. (%)

Причина летальных исходов	Гастрэктомия со спленэктомией (n= 70)	Гастрэктомия без спленэктомии (n= 67)
Острый инфаркт миокарда. ОССН	1 (1,4)	1 (1,5)
Панкреонекроз	-	1 (1,5)
Недостаточность швов анастомоза	1 (1,4)	-
ТЭЛА	1 (1,4)	1 (1,5)
Всего	3 (4,2)	3 (4,5)

Примечание: ОССН – острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Современные исследования показали, что спленэктомия вызывает в организме пациента, особенно при раке желудка, ряд нежелательных последствий [6, 8]. Удаление селезенки приводит к нарушению динамического равновесия в иммунной системе и усугублению иммунологической недостаточности, характерной для онкологических больных [7, 9].

При оценке исходных параметров иммунного статуса было выявлено, что у большинства больных раком желудка, включенных в исследование, до операции имелся ряд нарушений, преимущественно касающихся количественных и функциональных характеристик иммунокомпетентных клеток периферической крови. Так, отмечалось снижение уровня лимфоцитов до $20,8 \pm 0,7 \%$ ($p < 0,05$), CD3+ до $49,3 \pm 2,3 \%$ ($p < 0,05$), CD4+ до $24,2 \pm 1,2 \%$ ($p < 0,05$), достоверное повышение относительного количества CD8+ лимфоцитов ($26,7 \pm 1,1 \%$), по сравнению с принятыми за норму показателями. Однако достоверных различий в послеоперационном периоде в сравниваемых показателях между

группами не выявлено (табл. 2). При изучении показателей гуморального звена иммунитета в обеих группах отмечалось снижение уровня IgG по сравнению с исходными показателями (табл. 2).

Таким образом, выполнение расширенной гастрэктомии со спленэктомией не ухудшает непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка. При адекватном дренировании левого поддиафрагмального пространства через мезоколон сводятся к минимуму «специфичные» осложнения, связанные со спленэктомией.

Метастатическое поражение лимфатических узлов ворот селезенки чаще всего отмечается при тотальном опухолевом поражении и проксимальном раке желудка, при инфильтративном типе роста, низкодифференцированной аденокарциноме, что позволяет определить абсолютные показания для принципиальной спленэктомии при вышеперечисленных вариантах РЖ. При других локализациях и формах роста опухоли, при высокодифференцированных

аденокарциномах показания к принципиальной спленэктомии необходимо ограничить, так как метастазирование в данных ситуациях не превышает 4,5 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Абдихакимов А.Н. // Практическая онкология. 2001. № 3. С. 18–24.
2. Киричук В.Ф. Физиология крови. Саратов: Изд-во СГМУ, 2002. 106 с.
3. Кузнецов Н.А., Егоров В.И. // Российский медицинский журнал. 2001. № 1. С. 17–19.

4. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А. Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка. М.: ИздАТ, 2000. 160 с.

5. Щепотин И.Б., Эванс С.Р. Рак желудка: Практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. Киев: Книга плюс, 2000. 227 с.

6. Kata N.A., Avsar F.M., Doganay M. et al. // Progress in Gastric Cancer Research. 1997. № 2. P. 983–990.

7. Okunao K., Tanaka A., Shigeoka H. et al. // Gastric Cancer. 1999. № 2. P. 20–25.

8. Safdar A., Amnstrong D. // Gastrointestinal Endoscopy. 2000. Vol. 52. P. 321–332.

9. Wanebo H.J., Kennedy B.J., Winchester D.P. et al. // Progress in Gastric Cancer Research. 1997. № 2. P. 979–982.

10. Yu W., Choi G.S., Chung H.Y. // Br. J. Surg. 2006. Vol. 93, № 5. P. 559–563.

Поступила 22.11.08