

© Ю. Ю. ОЛІЙНИК

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Порівняння ранніх післяопераційних ускладнень комбінованих операцій, виконаних з приводу місцево-поширеного раку шлунка

YU. YU. OLIYNYK

Lviv National Medical University by Danylo Halytskyi

COMPARISON OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER COMBINED OPERATIONS, MADE FOR THE LOCALLY ADVANCED STOMACH CANCER

Проаналізовано ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) комбінованих гастректомій (КГЕ) і субтотальних дистальних резекцій шлунка (КСДРШ), виконаних у 957 хворих з приводу місцево-поширеного раку шлунка у III стадії захворювання. Після КГЕ у 116 хворих (16,1 %) діагностовано 188 ускладнень, після КСДРШ у 20 хворих (8,4 %) встановлено 27 ускладнень, що суттєво менше ($p < 0,01$). У структурі РПУ обох груп більшість припадала на хірургічні ускладнення, нехірургічні становили меншість ($p < 0,01$). Серед хірургічних ускладнень КГЕ і КСДРШ переважали гнійно-септичні, зокрема післяопераційний перитоніт – 22,9 і 33,3 %, внутрішньочеревні абсцеси – 13,3 і 18,5 %, а також неспроможність анастомозів – 11,7 і 18,5 %. Отримані нами результати свідчать про доцільність виконання комбінованих операційних втручань, які розширюють хірургічні можливості радикального лікування хворих на рак шлунка.

Early post operative complications of combined total gastrectomy (CGE) and distal subtotal gastrectomy (KDSG) performed in 957 patients with locally advanced gastric cancer in stage III disease were analyzed. After CGE in 116 patients (16.1 %) were diagnosed 188 complications after KDSG in 20 patients (8.4 %) were diagnosed 27 complications significantly less ($p < 0.01$). The structure of postoperative complications in both groups the majority were from surgical complications were not surgical minority ($p < 0.01$). Among the early surgical complications CGE and KDSG dominated purulent-septic, including postoperative peritonitis – 22.9 % and 33.3 % of intra-abdominal abscesses, – 13.3 % and 18.5 %, anastomoses failure – 11.7 % and 18.5 %. Our results indicate the feasibility of operating performance combined operations that expand the possibilities of radical surgical treatment of gastric cancer.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Хоча масштаби ураження населення раком шлунка у промислово розвинутих країнах безперервно скорочуються протягом останніх десятиліть, боротьба з цим видом злякисних новоутворень залишається однією з актуальних завдань сучасної клінічної онкології [1]. Незважаючи на поліпшення методів діагностики, більшість пацієнтів вперше виявляють із задоволеною стадією пухлини, зокрема місцево-поширеним процесом [2]. Основним методом лікування пацієнтів із місцево-поширеним раком шлунка (МПРШ) III стадії (T4) залишається радикальна резекція, що часто поєднується з мультивісцеральними резекціями для досягнення ситуації R0 [3, 4]. Безпосередні й віддалені результати цих операційних втручань суттєво відрізняються від таких же без додаткових органних резек-

цій [5]. Добре відомо, що й ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) пов'язані з обсягом хірургічних втручань [6, 7], а більш агресивніші хірургічні процедури пов'язані з підвищенням рівня ускладнень і смертності [8]. Використання сучасних методів комбінованих операційних втручань (КОВ) відповідно до чинних стандартів дозволило суттєво покращити безпосередні результати, однак віддалені наслідки їх застосування все ж залишаються невтішними [9]. Це й зумовило проведення власного аналізу результатів лікування хворих із МПРШ з наступним пошуком шляхів їх удосконалення.

Мета роботи: з'ясувати структуру ранніх післяопераційних ускладнень КОВ з приводу МПРШ, залежність від статі, віку й обсягу операцій, що сприятиме розпрацюванню заходів, спрямованих на їх зниження.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Матеріали і методи. У нашій клініці ми обстежили й пролікували 1114 хворих із приводу МПРШ, серед них було 804 (72,2±4,0) % чоловіки та 310 (27,8±4,0) % жінок. Вік хворих коливався від 21 до 87 років, у середньому 59,9 року. 3-поміж усіх операцій комбіновану гастректомію (КГЕ) виконано у 719 (64,5 %) хворих, з них у 529 (73,6 %) чоловіків і 190 жінок (26,4 %). Співвідношення чол.:жін. = 2,8:1. Комбіновану субтотальну дистальну резекцію шлунка (КСДРШ) виконано у 238 (21,4 %) хворих, з них у 147 (61,8 %) чоловіків і 91 жінки. (38,2 %). Співвідношення чол.:жін. = 1,6:1.

З метою передопераційної підготовки хворим здійснювали заходи, що забезпечували нормалізацію функцій серцево-судинної, дихальної, видільної та кровотворної систем, корекцію метаболічних розладів. Усі цифрові дані були введені у ліцензовану програму для статистичного аналізу SPSS версії 13.0 для Windows. Проведено одно- і двовимірні тести для аналізу даних у підгрупах, а частоти післяопераційних ускладнень порівняно за методом χ^2 . Статистично значимим результатом був визначений за умови, що $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Після КГЕ у 116 хворих (16,1 %) діагностовано 188 РПУ, що порівнянне з даними інших авторів [7, 9], при цьому більшість їх виявлено у чоловіків (131 у 88, або 69,7 % від усіх ускладнень), меншість

у жінок (57 у 28, або 30,3 % від усіх ускладнень, $p < 0,01$). Вказані відмінності, очевидно, зумовлені саме більшістю чоловіків серед усіх прооперованих, однак різниця між питомою вагою хворих, у яких виникли ускладнення, серед усіх прооперованих пацієнтів відповідної статі не є статистично достовірною ($p > 0,5$). У середньому на одного пацієнта з ранніми ускладненнями припадало 1,62 випадку, що вірогідно більше, ніж після КСДРШ ($p < 0,05$), при цьому серед чоловіків цей рівень був нижчим, ніж серед жінок (1,49 проти 2,04, $p < 0,05$).

У структурі всіх РПУ більшість припадала на хірургічні ускладнення (146 випадків, або 77,7 %), нехірургічні становили меншість – 42 випадки, або 22,3 % ($p < 0,001$). Серед хірургічних ускладнень перше місце посідають гнійно-септичні, зокрема післяопераційний перитоніт – 43 випадки (22,9 %), абсцес внутрішньочеревний – 25 випадків (13,3 %), неспроможність езофагоентероанастомозу – 22 випадки (11,7 %), емпієма плеври – 9 випадків (4,8 %). Крім цього, вагоми ускладненнями були кишкова непрохідність (в основному на ґрунті зростів) – 10 випадків (5,3 %), післяопераційний гострий панкреатит – 6 випадків (3,2 %). Серед нехірургічних ускладнень такі: тромбоемболія легеневої артерії – 5, легеневі – 11, серцеві – 17, гостре порушення мозкового кровообігу – 1, ДВЗ-синдром – 1 (табл. 1).

Таблиця 1. Структура ранніх післяопераційних ускладнень комбінованих гастректомій з приводу місцево-поширеного раку шлунка

Вид ускладнень	Стать								
	чоловіки			жінки			Разом		
	n ¹	n ²	% n ² /N ²	n ¹	n ²	% n ² /N ²	N ¹	N ²	% N ²
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Хірургічні ускладнення	72	99	67,8	25	47	32,2	97	146	77,7
Нагноєння післяопераційної рани	–	–	–	2	2	100	2	2	1,1
Евентрація	2	2	100	–	–	–	2	2	1,1
Післяопераційний гострий панкреатит	5	5	83,3	1	1	16,7	6	6	3,2
У тому числі панкреонекроз	1	1	100	–	–	–	1	1	0,5
Абсцес внутрішньочеревний	10	11	44	7	14	56	17	25	13,3
У тому числі абсцес міжкишковий	–	–	–	4	4	100	4	4	2,1
Абсцес піддіафрагмальний	5	5	50,0	5	5	50,0	10	10	5,3
Абсцес підпечінковий	3	3	50,0	3	3	50,0	6	6	3,2
Перитоніт післяопераційний	33	33	76,7	10	10	23,3	43	43	22,9
У тому числі перитоніт обмежений	7	7	77,8	2	2	22,2	9	9	4,8
Перитоніт розлитий	26	26	76,5	8	8	23,5	34	34	18,1
Неспроможність езофагоентероанастомозу	16	16	72,7	6	6	27,3	22	22	11,7
Неспроможність анастомозу Брауна	1	1	100	–	–	–	1	1	0,5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Неспроможність кукси дванадцятипалої кишки	–	–	–	2	2	100	2	2	1,1
Кишкова непрохідність (в основному на ґрунті зростів)	9	9	90,0	1	1	10,0	10	10	5,3
Внутрішньочеревна кровотеча	7	7	77,8	2	2	22,2	9	9	4,8
Емпієма плеври	5	5	55,6	4	4	44,4	9	9	4,8
Нехірургічні ускладнення	16	32	76,2	7	10	23,8	19	42	22,3
Респіраторні	8	8	72,7	3	3	27,3	11	11	5,9
У тому числі пневмонія	3	3	75,0	1	1	25,0	4	4	2,1
Серцеві	10	10	58,8	7	7	41,2	17	17	9,0
Тромбоемболічні	6	6	85,7	1	1	14,3	7	7	3,7
У тому числі тромбоемболія легеневої артерії	4	4	80,0	1	1	20,0	5	5	2,7
Гостре порушення мозкового кровообігу	1	1	100	–	–	–	1	1	0,5
ДВЗ-синдром	1	1	100	–	–	–	1	1	0,5
Всього	88	131	69,7	28	57	30,3	116	188	100

Примітка. n¹ – число пацієнтів із ускладненнями; n² – число ускладнень.

Після КСДРШ у 20 хворих (8,4 %) діагностовано 27 РПУ, при цьому найбільше їх виявлено у чоловіків (20 у 13, або 74,1 %), менше у жінок (7 у 7, або 25,9 %). Хоча за кількістю ускладнень переважають пацієнти чоловічої статі (p<0,01), вказані відмінності, очевидно, зумовлені саме їх чисельною більшістю серед усіх прооперованих хворих, однак різниця між питомою вагою хворих, у яких виникли ускладнення, серед усіх прооперованих хворих відповідної статі не є статистично достовірною (p>0,5). У середньому на одного пацієнта припадало 1,35 випадку ускладнень, що також вірогідно менше, ніж після КГЕ (p<0,05), при цьому серед чоловіків цей рівень був вищим, ніж серед жінок (1,54 проти 1, p<0,05).

У структурі РПУ більшість припадала на хірургічні ускладнення – 24 випадки, або 88,9 %, нехірургічні становили меншість – 3 випадки, або 11,1 % (p<0,001), усі відзначались у чоловіків. Серед хірургічних ускладнень провідні місця посідали гнійно-септичні ускладнення: післяопераційний перитоніт – 33,3 % (9), внутрішньочеревні абсцеси 18,5 % (5), неспроможність гастроентероанастомозу і кишкова непрохідність складала по 11,1 % (3), післяопераційний гострий панкреатит складав 7,4 % (2). Серед нехірургічних ускладнень (11,1 %, або 3 випадки) було 2 випадки гострої серцево-судинної недостатності, від якої пацієнти померли, і 1 випадок поліорганної недостатності (табл. 2). У цілому пацієнти, які перенесли КГЕ і порівнянні з пацієнтами після КСДРШ, значно частіше страждали від ранніх післяопераційних ускладнень ($\chi^2=8,749$, p<0,01).

Таблиця 2. Структура ранніх післяопераційних ускладнень комбінованих субтотальних дистальних резекцій шлунка з приводу місцево-поширеного раку шлунка

Вид ускладнень	Стать								
	чоловіки			жінки			разом		
	n ¹	n ²	%, n ² /N ²	n ¹	n ²	%, n ² /N ²	N ¹	N ²	%, N ²
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Хірургічні ускладнення	10	17	70,8	7	7	29,2	17	24	88,9
Післяопераційний гострий панкреатит	1	1	50,0	1	1	50,0	2	2	7,4
У тому числі панкреонекроз	1	1	100	–	–	–	1	1	3,7
Абсцес внутрішньочеревний	2	2	40,0	3	3	60,0	5	5	18,5
У тому числі абсцес міжкишковий	–	–	–	1	1	100	1	1	3,7
Абсцес піддіафрагмальний	2	2	66,7	1	1	33,3	3	3	11,1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Перитоніт післяопераційний	6	6	66,7	3	3	33,3	9	9	33,3
У тому числі перитоніт обмежений	1	1	50,0	1	1	50,0	2	2	7,4
Перитоніт розлитий	5	5	71,4	2	2	28,6	7	7	25,9
Неспроможність гастроентероанастомозу	3	3	100	–	–	–	3	3	11,1
Кишкова непрохідність	3	3	100	–	–	–	3	3	11,1
Внутрішньочеревна кровотеча	1	1	100	–	–	–	1	1	3,7
Нехірургічні ускладнення	3	3	100				3	3	11,1
Серцево-судинні	2	2	100	–	–	–	2	2	7,4
Поліорганна недостатність	1	1	100	–	–	–	1	1	3,7
Всього	13	20	74,1	7	7	25,9	20	27	100

Примітка. n¹ – число пацієнтів з ускладненнями; n² – число ускладнень.

Слід зазначити, що особливістю РПУ комбінованих операцій з приводу МПРШ є те, що всі вони переважно виконуються в осіб старшого віку чоловічої статі, що суттєво підвищує операційний ризик [5], а відтак періопераційне ведення таких хворих передбачає використання сучасних заходів інтенсивної терапії, спрямованих на запобігання цим ускладненням.

Висновки. Комбіновані операції з приводу місцево-поширеного раку шлунка, що включають мультивісцеральні резекції, можуть здійснюватися у пацієнтів з метою досягнення ступеня радикальності резекції R0. Внаслідок їх виконання

можуть зростати кількість і питома вага ускладнень, проте важливість забезпечення максимальної радикальності має позитивний вплив на загальну виживаність пацієнтів. Ретельний відбір пацієнтів для комбінованих операційних втручань і адекватне періопераційне ведення пацієнтів – це основні принципи, які слід враховувати з огляду на сучасну тенденцію до збільшення об'єму операційних втручань і розширення показань до їх проведення. Отримані нами результати свідчать про доцільність виконання цього виду операційних втручань, які розширюють хірургічні можливості радикального лікування хворих на рак шлунка.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. GLOBOCAN 2008: cancer fact sheet. Lyon: IARC; c2010 [cited 2011 July 15]. Stomach Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008 Summary [Internet]. Available from: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/stomach.asp>
2. Рак в Україні, 2012–2013. Бюлетень Національного канцер-реєстру України, 2014. – 124 с.
3. Jeong O. Clinicopathological features and surgical treatment of gastric cancer in South Korea: the results of 2009 nationwide survey on surgically treated gastric cancer patients / O. Jeong, Y. K. Park // J. Gastric Cancer. – 2011. – Vol. 11. – P. 69–77.
4. Surgical outcomes in patients with T4 gastric carcinoma: a retrospective study of 162 patients / D. Lin, P. Lu, C. Liu [et al.] // The Chinese-German Journal of Clinical Oncology. – 2009. – Vol. 8, № 10. – P. 599–602.
5. Олійник Ю. Ю. Особливості комбінованих операційних втручань при вторинному ураженні печінки на ґрунті місцево-розповсюдженого раку шлунка / Ю. Ю. Олійник // Гепатологія. – 2010. – № 1 (7). – С. 58–64.
6. Review Gastrectomy with extended lymphadenectomy for primary treatment of gastric cancer / P. McCulloch, M. E. Niita, H. Kazi [et al.] // Br. J Surg. – 2005. – Vol. 92, № 1. – P. 5–13.
7. Gastric cancer surgery: morbidity and mortality results from a prospective randomized controlled trial comparing D2 and extended para-aortic lymphadenectomy Japan Clinical Oncology Group study 9501 / T. Sano, M. Sasako, S. Yamamoto [et al.] // J. Clin. Oncol. – 2004. – Vol. 22. – P. 2767–2773.
8. Combined total gastrectomy, total esophagectomy, and D2 lymph node dissection with transverse colonic interposition for adenocarcinoma of the gastroesophageal junction / J. M. Butte, E. Waugh, H. Parada [et al.] // Surg. Today. – 2011. – Vol. 41, № 9. – P. 1319–1323.
9. Результаты хирургического лечения при местно-распространенном раке желудка / М. Д. Джураев, Д. М. Эгамбердиев, С. С. Мирзараимова [и др.] // Онкология. – 2008 – Т. 10, № 4. – С. 406–408.

Отримано 20.10.15