

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Проф. В. И. СТАРИКОВ

SURGICAL ASPECTS OF COMBINED TREATMENT FOR CANCER OF THE PROXIMAL PORTION OF THE STOMACH

V. I. STARIKOV

Харьковский национальный медицинский университет

Рассмотрены результаты лечения 167 больных раком проксимального отдела желудка, которым выполнена операция Осавы — Гэрлока. Проанализированы причины наиболее частых осложнений и факторы, способствующие их развитию. Соблюдение ряда принципов позволило снизить частоту несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза с 15,3 до 3,2 %, а послеоперационную летальность — с 16,6 до 4,2 %.

Ключевые слова: рак проксимального отдела желудка, пищеводно-желудочный анастомоз, послеоперационные осложнения.

The results of treatment of 167 patients with cancer of the proximal portion of the stomach which were performed Osava-Garlock operation are featured. The causes of the most frequent complications and factors promoting their development are analyzed. Adherence to a number of principles allowed reducing the incidence of suture failure at esophago-gastric anastomosis from 15,3 to 3,2 % and post-surgical death from 16,6 to 4,2 %.

Key words: cancer of proximal portion of the stomach, esophago-gastric anastomosis, post-operative complications.

Рак желудка — одно из самых распространенных онкологических заболеваний в мире. Ежегодно регистрируются почти 800 000 новых случаев и 628 000 смертей вследствие этого заболевания. В России заболеваемость раком желудка у мужчин почти вдвое выше, чем у женщин, — 32,8 и 14,3 на 100 000 населения соответственно [1]. Украина входит в десятку стран мира с наиболее высокой заболеваемостью раком желудка: мужчины — 39,5, женщины — 22,4 на 100 000 населения. Ежегодно в Украине заболевает раком желудка около 17 тыс. человек. Уровень заболеваемости в значительной степени зависит от возраста больных и составляет у мужчин от 15,0 в возрасте 30–39 лет до 352,1 в возрастной группе старше 70 лет, у женщин соответственно от 8,2 до 177,4. Пик заболеваемости приходится на возрастной период 75–79 лет, поэтому среди заболевших раком желудка более 55 % больных старше 60 лет и 15–20 % — старше 70 лет [2].

Следует отметить, что в последние годы в большинстве стран мира, в том числе и в Украине, наблюдаются стабилизация и даже некоторое снижение уровня заболеваемости раком желудка. Несмотря на снижение заболеваемости, за последние 10 лет увеличилась летальность на первом году после постановки диагноза, что связано с увеличением доли больных с IV стадией заболевания.

Частота поражения раком различных отделов желудка различна. Опухоль локализуется в нижней трети желудка в 50 % случаев, в средней трети — в 15 % и в верхней трети — в 25 %. По данным большинства авторов, на рак проксимального отдела желудка приходится каждый 4-й случай этого заболевания [3].

Локализация опухоли в проксимальном отделе желудка влияет и на симптоматику заболевания. Одним из частых симптомов является дисфагия, больше характерная для рака пищевода. Особенно следует отметить появление болей в области сердца, что часто расценивают как проявление ишемической болезни и длительно проводят лечение коронаролитиками.

Имеются также и диагностические трудности при раке проксимального отдела желудка (РПОЖ). В частности, при поражении дна желудка требуются определенные навыки для выполнения щипцовой биопсии из этой зоны. Часто рак дна желудка просматривается как рентгенологами, так и эндоскопистами.

Ведущим в комбинированном и комплексном лечении рака желудка остается хирургический метод лечения. За последние десятилетия наблюдается несомненный прогресс в лечении рака желудка. Прежде всего это относится к улучшению непосредственных результатов лечения — существ-

венному снижению показателей частоты развития послеоперационных осложнений и летальности, что позволило безопасно выполнять все более и более расширенный объем оперативных вмешательств. В то же время динамика отдаленных результатов лечения оценивается большинством авторов не столь однозначно. При оценке отдаленных результатов лечения следует быть прагматичным и различать, с одной стороны, результаты так называемых «авторских серий» и данные отдельных высокоспециализированных центров и, с другой стороны, результаты многоцентровых рандомизированных исследований, метаанализов и национальных регистров. Безусловно, последние являются гораздо более достоверными, поскольку реально отражают ситуацию с лечением данной патологии.

Следует признать, что лечение РПОЖ относится к наиболее сложным разделам онкохирургии. До настоящего времени не нашли окончательного решения такие вопросы, как оперативные доступы, уровень резекции пищевода, профилактика интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Особого внимания заслуживает РПОЖ с переходом на пищевод. Известно, что при распространении на пищевод РПОЖ метастазирует не только в регионарные и отдаленные лимфатические узлы брюшной полости, но и в лимфатические коллекторы средостения. В связи с этим хирургическое вмешательство в данном случае должно включать лимфодиссекцию D2 или D3 в брюшной полости и одностороннее удаление лимфатических узлов нижнего средостения до уровня бифуркации трахеи [4].

Выбор хирургического доступа при данной патологии не стандартизован и во многом определяется традицией хирургической клиники. Согласно современным требованиям он должен обеспечивать абластичный резекционный этап с учетом опухолевого поражения пищевода, доступ к лимфатическим коллекторам как брюшной полости, так и средостения, а также комфортные условия для выполнения пластического этапа операции. При выборе хирургического доступа необходимо учитывать тяжесть операционной травмы и функциональное состояние пациента.

На сегодняшний день при раке желудка с переходом на пищевод большинство хирургов предпочитают доступ по Осаве — Гэрлоку (тораколапаротомия слева), позволяющий выполнять онкологически адекватные операции. Тем не менее существуют хирургические школы, которые отстаивают применение абдоминоцервикального доступа, поскольку он якобы менее травматичен и более безопасен при развитии несостоятельности пищевода на шее [5]. Однако абдоминоцервикальный доступ подразумевает выполнение трансхиатальной эзофагэктомии. Сама по себе эзофагэктомия увеличивает летальность, число послеоперационных осложнений и значительно снижает качество жизни больных,

а наиболее частый вариант реконструкции после трансхиатальной эзофагэктомии — пластика изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка — снижает онкологическую радикальность, так как может сопровождаться оставлением опухоли по краю резекции желудка [6].

Несмотря на неоспоримые достоинства доступа по Осаве — Гэрлоку, тораколапаротомия слева может быть слишком тяжелым вмешательством при наличии противопоказаний к торакотомии и односторонней искусственной вентиляции легких на торакальном этапе операции, в силу того что большинство больных раком желудка с переходом на пищевод — люди пожилого возраста со сниженными функциональными резервами вследствие сопутствующих заболеваний.

Широкое обсуждение в зарубежной литературе места абдоминодиафрагмального доступа в хирургии рака желудка с переходом на пищевод связано, с одной стороны, с внедрением в практику современных сшивающих аппаратов для формирования надежных анастомозов высоко в средостении, а с другой — с успехами диагностики ранних форм кардиоэзофагеального рака [7].

В хирургической среде сложилось ошибочное представление о том, что роль селезенки в организме взрослого человека незначительна, а выполнение спленэктомии можно сравнивать с удалением рудиментарного органа. Однако современные исследования показали, что у взрослого человека селезенка выполняет несколько функций. Как часть ретикулоэндотелиальной системы она разрушает отжившие эритроциты и тромбоциты, а также превращает гемоглобин в билирубин и гемосидерин. Селезенка секвестрирует около 30% общего количества тромбоцитов. Поэтому при постспленэктомическом синдроме количество тромбоцитов может достигать высоких величин. Этот процесс чаще всего преходящий, но в экстремальной ситуации может приводить к развитию венозных тромбозов.

Селезенка является главным источником циркулирующих лимфоцитов, особенно в юности и в молодом возрасте. Кроме того, она действует как фильтр для бактерий, простейших, а также продуцирует антитела. Поэтому люди, лишённые селезенки, особенно маленькие дети, очень чувствительны ко многим бактериальным инфекциям. Проводятся работы по изучению иммуномодулирующей роли селезенки у онкологических больных. Таким образом, роль селезенки многогранна и окончательно не изучена.

При раке желудка D2-лимфодиссекция предполагает удаление парагастральных и лимфатических узлов вдоль сосудов чревного ствола (1–12-я группы лимфатических узлов по JGCA). Спленэктомия в этом случае признана обязательным этапом операции и выполняется именно с целью удаления лимфатических узлов ворот селезенки (10-я группа по JGCA). Поскольку рак желудка метастазирует в пульпу селезенки чрезвычайно

редко [8], возникает вопрос, целесообразна ли спленэктомия при технической возможности лимфодиссекции ворот селезенки.

Установлено также, что при локализации опухоли в дистальной трети желудка лимфатические узлы ворот селезенки не поражаются метастазами рака, следовательно, выполнять спленэктомию при таком поражении нецелесообразно. Кроме того, сама спленэктомия может приводить к увеличению до 20% послеоперационных осложнений, в основном за счет гнойно-септических, таких как поддиафрагмальный абсцесс, панкреатический свищ и пневмония [9, 10]. При этом большинство авторов считают, что спленэктомия не влияет на послеоперационную летальность [11].

Проводятся исследования и уже публикуются данные о спленэктомии как факторе неблагоприятного прогноза отдаленных результатов хирургического лечения больных раком желудка [12]. Безусловно, многие аспекты выполнения операций при раке желудка с сохранением селезенки еще до конца не изучены, не определены точные показания к спленосохраняющим операциям, не разработана методика таких операций, а самое главное, нет достаточного обоснования их онкологической целесообразности при раке тела и проксимального отдела желудка.

Вопрос о правомочности сохранения селезенки при локализации опухоли в средней и проксимальной трети желудка остается открытым. По данным разных исследователей, частота метастазирования в лимфатические узлы ворот селезенки при поражении средней трети желудка составляет до 1,9%, тогда как при локализации рака в верхней трети она достигает 15,5%, при тотальном поражении желудка — 26,7% [13–15].

Остается неясным, зачем выполнять спленэктомию даже при вероятности наличия поражения лимфатических узлов 10-й группы, если при диссекции в области ворот селезенки возможно их полное удаление.

Надо отметить, что послеоперационная летальность при операциях Осава — Гэрлока 10 лет назад достигала 15%, за последние годы отмечается ее существенное снижение до 2% в ведущих клиниках Украины и России [16, 17]. Это стало возможным благодаря разработке и внедрению более совершенных методик формирования пищевода анастомоза, и такое осложнение, как несостоятельность пищевода-желудочного анастомоза, перестало быть ведущим. Наиболее частыми становятся легочные, сердечно-сосудистые, тромбоэмболические и другие осложнения.

До настоящего времени является дискуссионным вопрос о возможности лечения больных РПОЖ в хирургических стационарах общелечебной сети. Наличие стандартов лечения онкологических больных указывает на необходимость проведения комбинированного или комплексного лечения больных РПОЖ, включающего операцию, лучевую терапию и химиотерапию [18].

Лечение больных РПОЖ в торакальных отделениях обусловлено топографо-анатомическими особенностями расположения пищевода и кардиального отдела желудка и высокой травматичностью выполненной операции, следствием чего может быть развитие шоковых реакций в виде нарушения основополагающих физиологических процессов.

Целью нашего исследования было изучение особенностей отдельных этапов хирургического лечения РПОЖ, а также обобщение полученных данных.

Всего нами обследовано 167 больных раком кардиального отдела желудка и проксимального отдела желудка за период с 1990 по 2008 год, находившихся на лечении в торакальном отделении Харьковского областного клинического онкологического диспансера. Мужчин было 137 (82%), женщин — 30 (18%). Средний возраст составлял 62,4 года. Всем обследованным выполнены радикальные операции: 19 больным — проксимальная субтотальная резекция желудка, 15 — гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода и 133 — проксимальная резекция желудка с нижнегрудным отделом пищевода (операция Осава — Гэрлока).

Следует указать, что Осава в 1932 г. впервые предложил косой абдоминалоторакальный доступ, при котором брюшная полость вскрывается от пупка до хряща VII ребра слева, а грудная полость — по 7-му межреберью с последующим пересечением реберной дуги и диафрагмы.

Гэрлок в 1936 г. выполнял резекцию дистального отдела пищевода, используя только торакальный доступ слева. В 1946 г. он опубликовал результаты лечения больных раком пищевода с использованием доступа, предложенного Осавой. В литературе этот способ стал именоваться способом Осава — Гэрлока. Сегодня первоначальная техника операции Гэрлока претерпела существенные изменения. Данная операция выполняется как при РПОЖ, так все чаще и при раке дистального отдела пищевода, в том числе и нижней его трети вместо операции Льюиса.

По стадиям заболевания больные распределялись следующим образом: T2–3 N0 M0 — 21%, T2–3 N1–2M0 — 67,6%, T4 N1–2M0 — 11,4%.

У большинства больных (87,5%) был железистый рак. Плоскоклеточный рак встречался в 12,5% случаев. У всех больных диагноз рака был верифицирован морфологически до операции. При этом у 36% больных фиброэзофагогастроскопия выполнялась два и более раз для верификации диагноза, так как при первичном исследовании был получен ложноотрицательный ответ. У 28,6% больных операции носили комбинированный характер и сопровождалась удалением соседних органов или анатомических образований: селезенки, хвоста поджелудочной железы, резекцией диафрагмы или ее ножек, резекцией левой доли печени и др.

Удаление селезенки проводилось крайне редко, всего в 7 случаях на 167 оперативных вмеша-

тельств, что составляет 4,2%.

Центральным звеном операций при РПОЖ следует считать формирование пищеводно-желудочного анастомоза. На наш взгляд, надежность последнего зависит не от использования того или иного способа, а от соблюдения принципов его формирования, что обеспечивает оптимальные условия его заживления. К одному из этих принципов относится хорошее кровоснабжение пищевода и желудка. Для этого мы не стремимся высоко мобилизовывать пищевод, чтобы не нарушать его кровоснабжение. Для обеспечения надежного кровоснабжения культи желудка наряду с правой желудочно-сальниковой артерией стараемся сохранить и правую желудочную артерию.

Вторым обязательным принципом является отсутствие натяжения сшиваемых органов пищевода и желудка. При наличии натяжения никакое укрепление анастомоза или фиксация культи желудка не имеют успеха. На 5–7-е сут органы занимают свое естественное положение.

В связи с этим в ряде случаев проводилась мобилизация 12-перстной кишки, а при гастрэктомии с резекцией абдоминального или нижнегрудного отдела пищевода применялся анастомоз по Ру. Трудности при мобилизации дистального отдела желудка возникали у больных, перенесших или страдающих язвенной болезнью желудка.

Важным фактором при наложении анастомоза является недопустимость травмирования грубыми зажимами сшиваемой части пищевода. В последние годы считается допустимым в отдельных случаях захватывание зажимом слизистой пищевода с последующим ее отсечением.

Удаляемый участок слизистой направляется на гистологическое исследование на предмет определения раковых клеток по линии отсечения проксимальной части пищевода.

Количество накладываемых швов должно быть минимальным — не более 8–10 швов по окружности, так как увеличение их числа ведет к ухудшению микроциркуляции в зоне анастомоза.

После наложения швов на заднюю губу анастомоза проводится толстый зонд через пищевод в культи желудка. После этого накладывают швы на переднюю губу анастомоза. Наличие толстого зонда облегчает наложение швов и предотвращает захватывание задней стенки анастомоза. В дальнейшем толстый зонд извлекают и проводят тонкий назогастральный зонд до уровня привратника. При гастрэктомии зонд заводят за Брауновский анастомоз.

Необходимо указать, что за весь период работы наложение пищеводно-желудочных анастомозов нами выполнялось вручную, без использования сшивающих аппаратов. Применение последних несколько сокращает продолжительность операции, однако ухудшает условия регенерации в области анастомоза и не предотвращает его несостоятельности. В отдаленном периоде у больных с аппаратным швом существует высокая вероятность

развития рубцового стеноза. Также возможен заброс содержимого из дистальной культи желудка или тонкой кишки при гастрэктомии.

После наложения анастомоза последний никогда не фиксировался к ножкам диафрагмы или к самой диафрагме при резекции ножек.

При обнаружении надрыва капсулы селезенки проведение гемостаза путем электрокоагуляции, как правило, не дает эффекта и часто заканчивается спленэктомией. С целью гемостаза нами в 3 случаях успешно применен тахокомб. Пластинки с тахокомбом наносили на раневую поверхность и фиксировали путем прижатия на 5–7 минут.

Операции с торакоабдоминальным доступом завершались сшиванием рассеченной диафрагмы и дренированием левой плевральной полости во 2-м и 7-м межреберьях, при неуверенности в полном гемостазе ставится дренаж в брюшную полость в левом подреберье.

Как уже отмечалось, при торакоабдоминальном доступе значительный этап операции — выделение пищевода и наложение анастомоза — выполняется в плевральной полости. В связи с этим происходит механическое травмирование легкого, сердца и диафрагмы. Все это создает предпосылку для развития легочных, сердечно-сосудистых и тромбоэмболических осложнений.

Структура послеоперационных осложнений приведена в таблице. Осложнения проанализированы за 18 лет. Этот срок условно разделен на два периода: с 1980 по 2000 г. и с 2001 по 2008 г. Периоды отличаются не только количеством осложнений, но и их качеством.

Структура послеоперационных осложнений

Вид осложнения	Период с 1980 по 2000 г., n=72		Период с 2001 по 2008 г., n=95	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Несостоятельность швов пищеводно-желудочного анастомоза	11	15,3	3	3,2
Пневмония	12	16,6	17	18,4
Нарушение сердечного ритма	13	18,0	22	23,2
Сердечная недостаточность	3	5,1	2	2,1
Тромбоэмболия легочной артерии	1	1,7	—	—
Внутриплевральное кровотечение	3	4,1	2	2,1
Прочие осложнения	5	6,9	3	3,3
Всего	48	67,7	49	52,3

Из таблицы видно, что произошло существенное снижение количества случаев несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза с 15,3 до 3,2% ($p < 0,05$). Причем на последние 48 операций не приходится ни одного случая несостоятельности анастомоза. Несколько возросло число случаев послеоперационных пневмоний. Отмечается значительное увеличение частоты нарушения сердечного ритма. Это в большей степени связано с расширением показаний к операции у больных с сопутствующей сердечной патологией. На это косвенно указывает и средний возраст больных в исследуемые периоды. Так, в 1-м периоде он составил 57,8 года, а во 2-м — 63,7 года. Общее количество послеоперационных осложнений в 1-й и 2-й периоды составило 67,7 и 52,3% соответственно. Уменьшение случаев несостоятельности швов анастомоза способствовало снижению послеоперационной летальности с 16,6 до 4,2% ($p < 0,05$).

Таким образом, оптимальным доступом при раке нижнегрудного отдела пищевода и проксимального отдела желудка является кривой абдоминоторакальный доступ.

Основными критериями, обеспечивающими надежность пищеводно-желудочного анастомоза, являются хорошее кровоснабжение культи желудка, ее достаточная мобилизация и отсутствие натяжения сшиваемых органов, недопустимость травмирования дистальной части пищевода зажимами с целью его фиксации и минимальное количество швов при формировании анастомоза. Соблюдение этих требований позволило снизить частоту несостоятельности пищеводно-желудочного анастомоза с 15,3 до 3,2%.

В структуре послеоперационных осложнений преобладают сердечно-сосудистые и легочные осложнения, что связано с увеличением возраста оперируемых больных. Сердечно-сосудистые осложнения в основном представлены нарушением сердечного ритма (23,2%).

Вопрос о целесообразности спленэктомии при раке тела и проксимального отдела желудка остается открытым. Мы считаем, что выполнение спленэктомии показано только при врастании опухоли в селезенку или при наличии большого количества метастазов в ее воротах. В остальных случаях селезенку надо сохранять.

Литература

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН.— 2006.— Т. 17, № 13 (прил. 1).— С. 47–60.
2. Федоренко З. П., Гулак Л. О., Горюх Е. Л. Рак в Україні, 2004–2005 // Бюлетень національного канцерреєстру України.— 2006.— № 7.— С. 29–30.
3. Бондарь Г. В., Бакер И., Заика А. Н. Субкардиальная резекция по поводу рака желудка // Клінічна хірургія.— 2005.— № 7.— С. 5–8.
4. Рак желудка. На пути к решению проблемы / Г. В. Бондарь, А. Ю. Попович, В. Г. Бондарь и др. // Хирургия Украины.— 2006.— № 1 (17).— С. 8–12.
5. Оптимизированный абдоминодиастиальный доступ в хирургии рака желудка с переходом на пищевод / И. С. Стилиди, А. Б. Бохан, П. В. Кононец, Э. А. Сулейманов // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН.— 2006.— Т. 17, № 4.— С. 47–51.
6. Ulrich B., Zahedi A. Technical aspects and results of the transhiatal resection in adenocarcinomas of the gastroesophageal junction // Dis. Esophagus.— 2001.— Vol. 14, № 2.— P. 115–119.
7. Rahamin J. S., Murphy G. J., Awan Y. The effect of age on the outcome of surgical treatment for carcinoma of the oesophagus and gastric cardia // Eur. J. Cardiothorac. Surg.— 2003.— Vol. 23, № 5.— P. 805–810.
8. Yamanouchi K., Iktmaysu Y., Waki S. Solitary splenic metastasis from gastric cancer: report of a case // Surg. Today.— 2002.— Vol. 32, № 12.— P. 1081–1084.
9. Yamamoto M., Baba H., Kakeji Y. Postoperative morbidity, mortality and survival rates after total gastrectomy, with splenectomy // Hepato-gastroenterology.— 2004.— Vol. 51, № 55.— P. 298–302.
10. Weits J., Jagues D. P., Brennan M. Association of splenectomy with postoperative complications in patients with proximal gastric and gastroesophageal junction cancer // Ann. of Surg. Oncology.— 2004.— Vol. 11, № 7.— P. 682–689.
11. Csendes A., Burdiles P., Rojas J. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy versus D2 total gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma // Surgery.— 2002.— Vol. 131, № 4.— P. 401–407.
12. Стилиди И. С., Рябов А. Б., Свиридов А. А. Спленосохраняющие операции в хирургии рака желудка // Рос. онколог. журн.— 2007.— № 4.— С. 17–21.
13. Fatouros M., Roukos D. H., Lorenz M. Impact of spleen preservation in patients with gastric cancer // Anticancer Res.— 2005.— Vol. 25, № 4.— P. 3023–3030.
14. Ikeguchi M., Kaibara N. Lymph node metastasis at the splenic hilum in proximal gastric cancer // Am. Surg.— 2004.— Vol. 70, № 7.— P. 645–648.
15. Ганул В. Л., Куркилевский С. И. Рак пищевода.— К.: Книга плюс, 2003.— 199 с.
16. Современные возможности периоперационного ведения больных раком желудка старше 80 лет / С. П. Свиридова, И. С. Стилиди, А. Б. Итин и др. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН.— 2007.— Т. 18, № 1.— С. 55–59.
17. Кавайкин А. Г. Современное состояние проблемы легочных осложнений после операций по поводу рака пищевода и кардиального отдела желудка // Вопр. онкол.— 2007.— Т. 53, № 2.— С. 150–154.
18. Щепотин Н. Б., Ганул В. Л., Бондарь Г. В. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных.— Киев, 2007.— 199 с.

Поступила 19.01.2009