УДК 616.33-006.6-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

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

ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», Тюмень, e-mail: nasrulla@inbox.ru

Проведен анализ отдаленных результатов хирургического лечения рака желудка в сроки от 6 месяцев до 3 лет у 105 больных: 51 больной после расширенной гастрэктомии со спленэктомией и 54 больных, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии. Сравнительно худшие результаты отмечались в группе больных, перенесших гастрэктомию со спленэктомией. Осложнения развивались постепенно: в течение первых месяцев появлялись неспецифические осложнения, связанные непосредственно с хирургическим вмешательством. В течение последующих 3-х лет на первый план выходят общесоматические жалобы, связанные с развитием постспленэктомического синдрома. При изучении выживаемости в зависимости от объема выполненной операции отмечается некоторая тенденция к увеличению выживаемости при проведении спленосохранных операций.

Ключевые слова: рак желудка, спленэктомия

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CANCER PATIENTS

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

Tyumen State Medical Academy, Tyumen, e-mail: nasrulla@inbox.ru

The analysis of remote results of surgical treatment of gastric cancer in the period from 6 months to 3 years for 105 patients: patient 51 after an extended gastrektomy with splenektomy and 54 patients, which has been implemented advanced gastrektomy without splenektomy. The relatively worst results were observed in the Group of patients who gastrektomy with splenektomy. Complications have developed gradually: within the first months have nonspecific complications associated with surgery. Over the next 3 years at the forefront of emerging totalsomatic complaints relating to the development of the postsplenektomy syndrome. When studying survival rates depending on volume of performed operations there is some tendency to increase the survival rate for splenosohrannyh operations.

Keywords: gastric cancer, splenektomy

В настоящее время хирургический метод лечения рака желудка практически достиг предела своих возможностей, что отражается на стабилизации показателей выживаемости прооперированных пациентов на протяжении последнего десятилетия [4, 10]. Если при I–II стадиях 5-летняя и даже 10-летняя выживаемость составляет 80–95 %, то при III стадии она снижается до 15–50 %, а при IV – 5-летняя выживаемость не превышает 4 % [5]. Учитывая тот факт, что у 60–90 % больных РЖ заболевание впервые выявляется в III–IV стадии, при этом удельный вес IV стадии не имеет тенденции к снижению и составляет 50–60 %, лечение больных РЖ в клинической онкологии представляет собой проблему, еще далекую от решения. Это во многом объясняет множество различных подходов и программ лечения при раке желудка.

Считается, что результаты лечения РЖ можно улучшить за счет применения более агрессивных комбинированных операций, основным показанием к которым является определяемое визуально прорастание опухоли желудка в соседние органы при отсутствии отдаленных метастазов и диссеминации опухоли по брюшной полости [2]. Среди комбинированных операций при РЖ наиболее частыми являются гастрэктомия или резекция желудка со спленэктомией [1]. Их частота составляет 22,5–92,4 % из числа комбинированных операций [3]. При этом необходимо отметить, что применение спленэктомии как элемента расширенной лимфаденэктомии не получило широкого распространения в практической онкологии, хотя подозрение на наличие метастазов в лимфоузлах ворот селезенки и любого другого вовлечения органа в патологический процесс диктует необходимость спленэктомии [2]. Вместе с тем отношение к стандартной спленэктомии в мире неоднозначно, и существует большое количество данных, указывающих, что удаление селезенки ухудшает непосредственные и даже отдаленные результаты [6, 9]. Вопрос выживаемости больных, перенесших спленэктомию, и больных с сохранением селезенки также остается дискутабельным [7, 8]. Таким образом, в современной литературе не существует единого мнения о целесообразности спленэктомии при хирургическом лечении рака желудка.

Цель исследования – оценить отдаленные результаты хирургического лечения больных раком желудка при выполнении гастрэктомии со спленэктомией и спленосохранных операций.

Материал и методы исследования

Нами изучены отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка в сроки от 6 месяцев до 3 лет у 105 больных: 51 больной после расширенной гастрэктомии со спленэктомией и 54 больных, которым была выполнена расширенная гастрэктомия без спленэктомии. Общая выживаемость рассчитывалась от времени начала лечения до наступления смерти больного от любой причины.

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследований мы изучили особенности течения послеоперационного периода у больных РЖ, перенесших расширенную гастрэктомию. Структура и количество осложнений в отдаленном периоде у больных РЖ в зависимости от объема операции представлены в таблице.

По нашим данным, лучшие результаты в отдаленном послеоперационном периоде встречаются в группе пациентов, которым были выполнены спленосохранные операции (контрольная группа). Из 54 обследованных этой группы 39 (72,2 %) человек не предъявляли никаких жалоб, имеющих отношение к ранее перенесенной операции. Эти пациенты чувствовали себя удовлетворительно и вели активный образ жизни. При этом из 15 (27,8 %) пациентов с осложнениями после спленосохранной операции выявлено 8 (14,8 %) бронхо-легочных осложнений в виде хронического бронхита и пневмоний, течение которых не имело клинических особенностей. У трех пациентов, помимо хронического бронхита, отмечено развитие вегето-сосудистых нарушений, сопровождающихся головокружением и головной болью. У четырех больных отмечены частые простудные заболевания (более трех раз в год).

Структура и количество осложнений в отдаленном периоде у больных РЖ в зависимости от объема операции

№ п/п	Осложнения	Группы больных				Всего (n = 105)	
		I группа (n = 51)		II группа (контрольная) (n = 54)			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1.	Бронхо-легочные	21	41,2*	8	14,8	29	27,6
2.	Частые ОРВИ	21	41,2*	4	7,4	25	23,8
3.	Повышенная утомляемость	18	35,3	0	0	18	17,1
4.	Вегето-сосудистые нарушения	16	31,4*	3	5,6	19	18,1
5.	Гипертермия	12	23,5	0	0	12	11,4
6.	Увеличение лимфатических узлов	11	21,6	0	0	11	10,5
7.	Гнойные заболевания кожи	6	11,8	0	0	6	5,7
8.	Прочие	2	3,9	0	0	2	1,9

Примечание: * – показано различие параметров с уровнем достоверности $p < 0,01$ относительно данных контрольной группы.

Сравнительно худшие результаты отмечались в группе больных, перенесших гастрэктомию со спленэктомией. При этом необходимо подчеркнуть, что 30 (58,8 %) человек ощущали себя совершенно здоровыми. В то же время 21 (41,2 %) пациент предъявляли разнообразные жалобы, основные из которых были обусловлены вовлечением в патологический процесс плевры и легких. Так, наиболее частые жалобы, предъявляемые больными основной группы, были обусловлены развитием хронического бронхита. Такие жалобы выявлены у 21 (41,2 %) пациента, т.е. у 100 % всех пациентов с жалобами. Обострение бронхита больные отмечали 3–4 раза в год, при этом течение носило затяжной характер. До перенесенной операции все пациенты считали себя здоровыми людьми. Повышение температуры отметили 12 (23,5 %) обследованных. Температура повышалась до субфебрильных цифр без видимой причины, держалась в течение 1–2 суток. При этом повышение температуры не сопровождалось интоксикацией и нормализация происходила самостоятельно.

Увеличение лимфатических узлов выявлено у 11 (21,6 %) обследованных. Все пациенты замечали увеличение паховых лимфатических узлов, которые увеличивались без видимой причины и уменьшались в течение нескольких дней, не требуя дополнительного лечения. Их увеличение не сопровождалось жалобами, больные не отмечали ни болезненности, ни повышения температуры.

Вегето-сосудистые нарушения (головная боль, головокружение, повышение артериального давления, боли в области сердца) выявлены у 16 (31,4 %) пациентов. Из указанных проявлений чаще всего отмечались головокружения. Они, по нашему мнению,

связаны с нарушением микроциркуляции вследствие повышения вязкости крови.

Гнойные заболевания кожи (фурункулы, панариции) выявлены у 6 (11,8 %) больных. Склонность к гнойным заболеваниям кожи проявлялась через несколько месяцев после операции и сопровождалась другими признаками снижения иммунитета (частыми простудами). Такие проявления могут быть обусловлены снижением иммунного статуса, что подтверждается изменениями показателей иммунитета обследованных пациентов (глава 4).

Повышенная утомляемость, раздражительность, нарушение сна, стойкое похудание выявлены у 18 (35,3 %) человек. Из прочих осложнений после перенесенной операции в одном случае выявлен хронический пиелонефрит с частыми обострениями, во втором – тонзиллит с частыми обострениями (см. таблицу).

Необходимо отметить, что осложнения, возникшие после операций с удалением селезенки, развивались постепенно. В течение первых месяцев появлялись неспецифические осложнения, связанные непосредственно с хирургическим вмешательством. В течение последующих 3-х лет на первый план выходят общесоматические жалобы, сопровождающиеся иммунологическими нарушениями, связанные, по нашему мнению, с развитием постспленэктомического синдрома. К первым проявлениям этого синдрома можно отнести снижение иммунной защиты организма, что выражалось склонностью к частым «простудным» заболеваниям и увеличению лимфатических узлов. Развитие осложнений именно в такой последовательности было отмечено у 39 (76,5 %) обследованных пациентов.

На следующем этапе исследований мы провели изучение выживаемости больных раком желудка после хирургического лечения в зависимости от объема выполненной операции. Из 112 больных РЖ, вошедших в исследование, после окончания лечения наблюдению были доступны 73 пациента (65,2 %) – 36 больных I и 37 больных II группы. Из 36 прослеженных больных, перенесших гастрэктомию со спленэктомией, три года прожили 18, а в контрольной группе (оперированных без спленэктомии) из 37 прослеженных больных – 21 человек. И одногодичная, и трехлетняя выживаемость в группах оперированных больных не имели достоверных различий ($p > 0,05$). Так, годичная выживаемость составила в среднем 89,0 %, соответственно по группам – 86,1 и 91,9 % ($p = 0,348$). Аналогичная тенденция сохраняется и для 3-летней выживаемости – в среднем 51,0 %, в I группе – 46,9 % и во II группе – 55,1 % ($p = 0,336$). Мы считаем, что отсутствие статистически значимых различий как в одно-, так и трехлетней выживаемости в зависимости от объема выполненного хирургического вмешательства косвенно может служить свидетельством правильного определения показаний к выполнению спленэктомии при хирургическом лечении рака желудка. Медиана общей однолетней выживаемости оказалась равной 12,85 мес., в I группе – 12,74 мес. и во II группе – 12,96 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами также не было ($p = 0,378$). Медиана общей 3-летней выживаемости составила 31,62 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами также не было ($p = 0,446$). Однако отмечается некоторая тенденция к увеличению выживаемости при проведении спленосохранных операций. Так, трехлетняя выживаемость во II (контрольной) группе составила 32,84 мес. против 30,39 мес. в I группе.

Для более объективной оценки полученных данных мы проследили отдаленные результаты хирургического лечения больных РЖ в зависимости от наличия метастазов в N2-лимфоузлах. Для этого мы выделили группы N2-позитивных ($n = 15$) – с метастатическими изменениями лимфатических узлов в области ворот селезенки и по ходу селезеночной артерии и N2-негативных ($n = 30$) больных (вышеуказанные лимфатические узлы были интактны). И одногодичная, и трехлетняя выживаемость в группах оперированных больных не имели достоверных различий ($p > 0,05$). Так, годичная выживаемость составила в среднем 88,7 %, соответственно по группам – 84,6 и 92,8 %. Аналогичная тенденция сохраняется и для 3-летней выживаемости – в среднем 45,4 %, в N2+ группе – 38,4 % и в N2– группе – 52,4 %. Как видно из приведенных данных, одно- и трехлетняя выживаемость в N2+ группе ниже, чем в N2– группе, хотя различия статистически не достоверны ($p > 0,05$). Медиана общей однолетней выживаемости оказалась равной 12,76 мес., в N2+ группе – 12,59 мес. и в N2– группе – 12,92 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами не было ($p = 0,421$). Медиана общей 3-летней выживаемости составила 31,02 мес. Несмотря на разницу в 2,86 мес., достоверных различий между изучаемыми группами также не было ($p = 0,350$). Вместе с тем из представленных данных видно, что отдаленные результаты в N2-позитивной группе уступают таковым в N2-негативной группе. Мы

объясняем это тем, что распространенность опухолевого процесса, а именно наличие метастатически увеличенных лимфоузлов в воротах селезенки, а также опухолевая инфильтрация в желудочно-селезеночной связке увеличивает распространенность опухолевого процесса, тем самым существенно (разница в 2,86 мес.) влияя на отдаленные результаты.

В связи с тем, что большинство 76 (67,8 %) прооперированных больных имели стадию $T_4N_2M_0$, мы рассмотрели отдаленные результаты гастрэктомии у этой категории больных РЖ в зависимости от объема оперативного вмешательства. Одногодичная выживаемость в группах оперированных больных РЖ с $T_4N_2M_0$ стадией (86,1 и 90,9 % соответственно) практически не отличается от общей выживаемости по группам без учета стадии (86,1 и 91,9 % соответственно) ($p > 0,05$). Вместе с тем при общей тенденции ухудшения показателей трехлетней выживаемости больных с $T_4N_2M_0$ стадией в I и II группах (соответственно 40,7 и 42,8 %) против 46,9 и 55,1 % соответствующих показателей групп без учета стадии заболевания необходимо отметить незначительное колебание показателей между обеими группами в пределах одной и той же стадии. Таким образом, одно- и трехлетняя выживаемость больных РЖ с $T_4N_2M_0$ стадией после операции со спленэктомией практически не отличается от выживаемости группы больных, перенесших спленосохранную операцию. Медиана общей однолетней выживаемости больных с $T_4N_2M_0$ стадией оказалась равной 12,76 мес., в I группе – 12,56 мес. и во II группе – 12,95 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами не было ($p = 0,081$). Медиана общей 3-летней выживаемости составила 29,64 мес. Достоверных различий между изучаемыми группами также не было ($p = 0,084$). Однако отмечается некоторая тенденция к увеличению выживаемости при проведении спленосохранных операций. Так, трехлетняя выживаемость во II (контрольной) группе составила 30,40 мес. против 28,87 мес. в I группе. Необходимо отметить, что все вышеуказанные показатели были ниже соответствующих показателей групп без учета стадии заболевания ($p > 0,05$).

Заключение

Таким образом, полученные нами отдаленные результаты свидетельствуют, что спленэктомия является, несомненно, обоснованной, поскольку способствует радикальности проводимого оперативного вмешательства, но вместе с тем уменьшает трехлетнюю выживаемость больных раком желудка.

Список литературы

1. Жерлов Г.К. Комбинированные операции при раке желудка // Российский онкологический журнал. – 1999. – №1. – С. 7–10.

2. Куликов Е.П. Комбинированные операции при раке желудка (обзор литературы) / Е.П. Куликов, А.П. Загадаев // Российск. Медико-биологич. Вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2009. – С. 161–169.

3. Чиссов В.И. Непосредственные результаты комбинированных операций при раке желудка / В.И. Чиссов, Л.А. Вашакмадзе, А.В. Бутенко // Анналы хирургии. – 1997. – №6. – С. 45–48.

4. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2001 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М.: Медицина, 2003. – 263 с.

5. Пути улучшения результатов лечения больных раком желудка IV стадии / В.И. Чиссов, Л.А. Вашакмадзе, А.В. Бутенко и др. // Сибирский онкологический журнал. – 2005. – №2(14). – С. 3–7.

6. Adachi Y. Surgery for gastric cancer: 10 year experience worldwide / Y. Adachi, S. Kitano, K. Sugimachi // Gastric cancer. – 2001. – №4. – P. 166–174.

7. Roukos D.H. Extended (D2) lymph node dissection for gastric cancer: do patients benefit? // Ann Surg Oncol. – 2000. – Vol. 7, №4. – P. 253–255.

8. Treatment of gastric cancer: early-stage, advanced-stage cancer, adjuvant treatment / D.H. Roukos, M. Fatouros, N. Xeropotamos et al. // Gastric Breast Cancer. – 2002. – Vol. 1. – №1. – P. 12–22.

9. Yoshino K. Splenectomy in cancer gastrectomy: reccomendation of spleen -preserving for early stage / K. Yoshino, Y. Yamada, F. Asanuma et al. // Int. Surg. – 1997. – Vol. 82. – P. 150–154.

10. Surgical treatment and prognosis of gastric cancer in 2 613 patients / X.F. Zhang, C.M. Huang, H.S. Lu et al. // World J. Gastroenterol. – 2004. – №10. – P. 3405–3408.

Рецензенты:

Важенин А.В., д.м.н., профессор, главный врач ЧООД, зав. кафедрой лучевой диагностики и лучевой терапии ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», г. Челябинск;

Зотов П.Б., д.м.н., профессор, зав. центром паллиативной помощи Тюменского областного онкологического диспансера, г. Тюмень.

Работа поступила в редакцию 05.10.2011.