

# БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОНАННЯ КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ З ПРИВОДУ МІСЦЕВО—ПОШИРЕНОГО РАКУ ШЛУНКА

Ю. Ю. Олійник

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

## IMMEDIATE AND LATE RESULTS OF THE COMBINED GASTRECTOMY PERFORMANCE FOR LOCALLY—SPREAD GASTRIC CANCER

Yu. Yu. Oliynyk

Lviv National Medical University named after Danylo Galytskyi

Рак шлунка (РШ) посідає сьоме місце у світі за захворюваністю і є третьою за значущістю причиною смерті від злоякісних новоутворень (ЗН) [1]. Незважаючи на деяке зниження захворюваності в усьому світі, високою є смертність від РШ — щороку понад 10% в структурі усіх ЗН, майже у 30% хворих встановлюють первинну інвалідність [1, 2]. Навіть у розвинених західних країнах більш ніж у 80% пацієнтів РШ первинно діагностують як поширений, що потребує застосування диференційованої лікувальної тактики [3, 4]. Найважливішим компонентом лікування МПРШ є хірургічне втручання, що передбачає максимальну повну резекцію пухлини (R0) з негативними макро— і мікроскопічними краями, є єдиною надійною ефективним методом лікування і важливим прогностичним чинником. З цією метою застосовують комбіновані операції, тобто, такі втручання, за яких основну резекційну операцію на шлунку доповнюють мультиорганною резекцією інших органів, уражених пухлиною, і адекватною за обсягом лімфаденектомією [5]. КГЕ з D2—лімфаденектомією посідає провідне місце серед КОВ з приводу РШ. Як безпосередні, так і віддалені результати цих операцій суттєво різняться від таких без додаткової органної резекції, це, з одного боку, збільшення частоти ранніх післяопераційних ускладнень та летальності, невтішні віддалені наслідки їх застосування [3, 5], у той же час інші дослід-

### Реферат

Проаналізовані безпосередні та віддалені результати виконання комбінованої гастректомії (КГЕ) у 719 хворих з приводу місцево—поширеного (МП) раку шлунка (РШ). Додаткова резекція суміжних органів виконана у 165 спостереженнях. У ранньому післяопераційному періоді ускладнення виникли у 116 (16,1%) хворих, в тому числі хірургічні — у 77,7%, нехірургічні — у 22,3%. Летальність у строки до 30 днів становила 11,1%. Тривалість життя хворих після операції у середньому (22,9 ± 1,67) міс, медіана 9,3 міс; показники 3— і 5—річного виживання — відповідно (18,9 ± 1,72) і (12,9 ± 1,51)%. При порівнянні показників виживання після КГЕ і комбінованої субтотальної дистальної резекції шлунка (СДРШ) встановлено суттєву різницю на користь СДРШ. Отримані результати свідчили про доцільність виконання комбінованих оперативних втручань (КОВ), що розширили можливості радикального лікування хворих з приводу МПРШ.

**Ключові слова:** місцево—поширений рак шлунка; комбінована гастректомія; результати лікування.

### Abstract

Immediate and late results of the combined gastrectomy (CG) performance in 719 patients, suffering locally—spread gastric cancer (LSGC), were analyzed. Additional resection of adjacent organs was performed in 165 observations. In early postoperative period complications in 116 (16.1%) patients have had occurred, including surgical complications — in 77.7%, and nonsurgical — in 22.3%. Lethality in 30 postoperative days have constituted 11.1%. The patients' postoperative life time was at average (22.9 ± 1.67) mo, mediana— 9.3 mo; indices of 3—year and 5—year survival — (18.9 ± 1.72) and (12.9 ± 1.51)%, accordingly. Essential difference in favor of subtotal distal gastric resection was established, basing on comparison data between this procedure and CG. The data obtained witnessed the expediency of combined operative interventions, what have had widened possibilities of the patients' radical treatment for LSGC.

**Keywords:** locally—spread gastric cancer; combined gastrectomy; results of treatment.

ники вказують на прогрес щодо показників виживання хворих [6, 7]. Це зумовило необхідність проведення власного аналізу результатів КГЕ у хворих з приводу МПРШ з метою пошуку шляхів їх оптимізації.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

КГЕ з приводу МПРШ виконана у 719 (64,5%) хворих, в тому числі 529 (73,6%) чоловіків і 190 (26,4%) жінок, співвідношення чоловіків і жінок 2,8

: 1. Вік хворих від 22 до 83 років, у середньому — (60,0 ± 0,36) року.

У 364 (50,6%) пацієнтів застосований лапаротомний, у 355 (49,4%) — комбінований торакоабдомінальний доступ. Додаткова резекція одного з суміжних органів виконана у 165 спостереженнях. Найчастіше здійснювали резекцію стравоходу — у 411 (35,3%) спостереженнях, рідше — селезінки — у 333 (28,6%), підшлункової залози — у 175 (15,0%), брижі поперечної ободової кишки

— у 71 (6,1%), діафрагми — у 53 (4,5%), печінки — у 50 (4,3%), ободової кишки — у 34 (2,9%).

З метою передопераційної підготовки хворим здійснювали заходи для забезпечення нормалізації функцій серцево-судинної, дихальної, видільної та кровотворної систем, корекції метаболічних розладів.

Усі цифрові дані введені у ліцензовану програму для статистичного аналізу SPSS 13.0 для Windows (статистичний пакет для соціальних наук, Inc Brooklyn, NY; ABD для Windows). Параметри, що впливали на показники виживання, обчислювали з використанням методу Каплана—Мейера, за критеріями log rank і  $\chi^2$ —тесту. Статистично значущим результатом вважали за  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У ранньому післяопераційному періоді у 116 (16,1%) хворих діагностовані 188 ускладнень, переважно (131) у чоловіків — 88 (69,7%), менше (57) — у жінок — 28 (30,3%). Хоча за кількістю ускладнень переважали чоловіки, їх частота у чоловіків і жінок різнилася недостоєрно ( $p < 0,5$ ). У середньому в одного пацієнта виявляли 1,62 ускладнення, в тому числі у чоловіків — 1,49, у жінок — 2,04. У структурі післяопераційних ускладнень переважали хірургічні — у 146 (77,7%) спостереженнях, нехірургічні виникли у 42 (22,3%) [8, 9]. З хірургічних ускладнень перше місце посідали гнійно-септичні, зокрема, післяопераційний перитоніт — у 43 (22,9%) спостереженнях, внутрішньочеревний абсцес — у 25 (13,3%), неспроможність швів езофагоентероанастомозу — у 22 (11,7%), емпієма плеври — у 9 (4,8%). Крім того, вагомими ускладненнями були непрохідність кишечника — у 10 (5,3%) спостереженнях, післяопераційний гострий панкреатит — у 6 (3,2%). З нехірургічних ускладнень тромбо-

емболія легеневої артерії виникла у 5 (2,7%) спостереженнях, легеневі — в 11 (5,9%), серцеві — у 17 (9,0%), гостре порушення кровообігу головного мозку — в 1 (0,5%), ДВЗ-синдром — в 1 (0,5%).

У 60 пацієнтів з ускладненнями застосований комбінований торакоабдомінальний доступ, у 56 — лапаротомні доступи, проте, зв'язок між цими факторними ознаками не встановлений ( $p > 0,05$ ,  $\chi^2 = 0,276$ ). Більшість пацієнтів були старшого віку, у них діагностовані різні супутні захворювання на тлі МПРШ. Періопераційне ведення таких хворих потребувало використання сучасних медикаментозних засобів, зокрема, антибактеріальних препаратів широкого спектру дії та засобів знеболювання, дезінтоксикаційної терапії, введення низькомолекулярних гепаринів [3, 4, 7].

Після КОВ померли 99 хворих, в тому числі 73 чоловіка і 36 жінок; після КГЕ померли 80, з них 57 чоловіків і 23 жінки. Летальність становила 11,1%. Найбільш частою причиною летальності були гостра серцево-судинна недостатність — у 17 (21,3%) спостереженнях і післяопераційний перитоніт — у 16 (20%), а також неспроможність швів езофагоентероанастомозу — у 14 (17,5%), внутрішньочеревний абсцес і тромбоемболія легеневої артерії — по 5 (6,25%), поліорганна недостатність — у 4 (5%), внутрішньочеревна кровотеча — у 3 (3,75%), непрохідність кишечника і медіастиніт — по 2 (2,5%) [8].

Віддалені результати КГЕ проаналізовані у 540 хворих. Тривалість життя після операції становила у середньому ( $22,9 \pm 1,67$ ) міс ( $p < 0,0001$ ), медіана — 9,3 міс, в тому числі у чоловіків — відповідно ( $23,3 \pm 2,05$ ) міс ( $p < 0,0001$ ) і 8,9 міс, у жінок — ( $22,3 \pm 2,75$ ) міс ( $p < 0,0001$ ) і 11,5 міс. Суттєвої різниці середньої тривалості життя чоловіків і жінок,

яким виконано КГЕ, не було ( $p > 0,1$ ) [5, 9].

Показники 3— і 5—річного виживання становили відповідно ( $18,9 \pm 1,72$ ) і ( $12,9 \pm 1,51$ )%, в тому числі у чоловіків — ( $20,0 \pm 2,05$ ) і ( $13,1 \pm 1,78$ )%, у жінок — ( $16,3 \pm 3,13$ ) і ( $12,5 \pm 2,83$ )%. Незважаючи на певні відмінності показників виживання на користь чоловіків, різниця між ними статистично недостоєрна ( $p = 0,509$ ).

Різниця показників загального 3— і 5—річного виживання хворих, яким виконано КГЕ і СДРШ, статистично достовірна ( $p = 0,017$ ); після виконання КГЕ і комбінованої субтотальної проксимальної резекції шлунка — також статистично достовірна ( $p = 0,026$ ), особливо це виражено у строки від 50 до 250 міс, що свідчило про доцільність виконання таких оперативних втручань.

Протягом 3 років жили 68 (12,6%) хворих, 5 років — 40 (7,4%), 10 років — 14 (2,6%), натомість, за даними літератури [3, 4, 6], паліативні втручання, а також альтернативні методи лікування таких хворих (хіміопроменева терапія, симптоматичні) не здатні суттєво покращити перспективи їх виживання.

## ВИСНОВКИ

1. КОВ з приводу МПРШ в основному виконують у хворих старшого віку, переважно чоловіків. Це слід мати на увазі з огляду на сучасну тенденцію до збільшення обсягу оперативних втручань і розширення показань до їх застосування.

2. Отримані результати свідчать, що тривале життя після резекційних оперативних втручань з приводу МПРШ з мультиорганною резекцією можливе. Виконання таких втручань розширює хірургічні можливості радикального лікування хворих з приводу РШ.

## ЛІТЕРАТУРА

1. GLOBOCAN 2012: 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, 2013—2014 / З. П. Федоренко, Ю. Й. Михайлович, Л. О. Гулак [та ін.]; під ред. О. О. Колесник // Бюл. Нац. Канцер-реєстру України. — 2015. — № 16. — 106 с.
3. 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.
4. Карачун А. М. Непосредственные и отдаленные результаты комбинированных хирургических вмешательств по поводу местно-распространенного рака желудка / А. М. Карачун // Сиб. онкол. журн. — 2011. — № 1 (43). — С. 51 — 55.

5. Jeong O. Clinico—pathological 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. Gastr. Cancer*. — 2011. — Vol. 11. — P. 69 — 77.
6. Extended local resection for advanced gastric cancer: increased survival versus increased morbidity / R. C. Martin 2nd, D. P. Jaques, M. F. Brennan [et al.] // *Ann. Surg.* — 2002. — Vol. 236, N 2. — P. 159 — 165.
7. Results of combined gastrectomy and pancreatic resection in patients with advanced primary gastric carcinoma / P. Piso, T. Bellin, H. Aselmann [et al.] // *Dig. Surg.* — 2002. — Vol. 19, N 4. — P. 281 — 285.
8. Extended multiorgan resection for T4 gastric carcinoma: 25—year experience / F. Carboni, P. Lepiane, R. Santoro [et al.] // *J. Surg. Oncol.* — 2005. — Vol. 90, N 2. — P. 95 — 100.
9. Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer / A. Kobayashi, T. Nakagohri, M. Konishi [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* — 2004. — Vol. 8, N 4. — P. 464 — 470.

