

УДК: 616.33-006.6-089.87:616.36-089.87

РЕЗЕКЦІЇ ПЕЧІНКИ ЯК КОМПОНЕНТ КОМБІНОВАНИХ ОПЕРАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ З ПРИВОДУ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО РАКУ ШЛУНКА

Ю.Ю. Олійник

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького.
Львів, Україна

Проаналізовані види та структура резекцій печінки та ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) комбінованих гастроектомій (КГЕ), субтотальних дистальних резекцій шлунка (КСДРШ) і субтотальних проксимальних резекцій шлунка, виконаних у 73 хворих з приводу місцево-поширеного раку шлунка (МПРШ) у III стадії захворювання. Проведено 60 атипичних резекцій печінки (82,2%) і 13 типових резекцій (17,8%). У післяопераційному періоді діагностовано 11 різних хірургічних РПУ (15,1%), 6 хворих померли у стаціонарі (8,2%). Серед усіх хворих з ускладненнями переважали чоловіки ($p < 0,01$). Отримані результати свідчать про доцільність виконання комбінованих операційних втручань з резекцією печінки, які розширюють хірургічні можливості радикального лікування хворих на МПРШ.

Ключові слова: резекції печінки, місцево-поширений рак шлунка; комбіновані операції.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ КАК КОМПОНЕНТ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Ю.Ю. Олійник

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого. г. Львов, Украина

Проанализированы виды и структура резекций печени и ранние послеоперационные осложнения (РПО) после комбинированных гастректомий (КГЭ), субтотальных дистальных резекций желудка (КСДРЖ) и субтотальных проксимальных резекций желудка, выполненных 73 больным по поводу местно-распространенного рака желудка (МРРЖ) в III стадии заболевания. Проведено 60 атипичных резекций печени (82,2%) и 13 типичных резекций (17,8%). В послеоперационном периоде диагностирова-

но 11 различных хирургических РПО (15,1%), 6 больных умерли в стационаре (8,2%). Среди всех больных с осложнениями преобладали мужчины ($p < 0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности выполнения комбинированных оперативных вмешательств с резекциями печени, которые расширяют хирургические возможности радикального лечения больных МРРЖ.

Ключевые слова: резекции печени, местно-распространенный рак желудка, комбинированные операции.

LIVER RESECTIONS AS A COMPONENT OF COMBINED SURGERY FOR LOCALLY SPREAD GASTRIC CANCER

Y. Y. Oliynyk

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Oncology and Radiology Department. Lviv, Ukraine

Types and structure of the liver resections and early postoperative complications (EPC) after combined total gastrectomy (CTGE), subtotal distal gastrectomy (SDGE) and subtotal proximal gastrectomy (SPGE) were analyzed in 73 patients with locally spread gastric cancer with stage III disease (54 men and 19 women, the male/female ratio was 2.8: 1). There were 60 atypical liver resections (82.2%, 45 in men and 15 in women) and 13 typical resection (17.8%, 9 in men and 4 in women) among them. The left lobe resection was performed in 69 patients (51 men and 18 women), the right lobe resection in 3 patients, respectively. Ten patients (13.7%) developed complications during the early postoperative course (9 of 10 after combined total gastrectomy) and six patients died within 30 days in the hospital (8.2% of all men). Those patients had 13 major different early postoperative complications such as: pulmonary embolism (1), intraabdominal bleeding from inferior vena cava (1), anastomotic leak (1), bowel necrosis and perforation (1), intra abdominal abscess (3), acute cardiac failure (1), intestinal fistula (1), peritonitis (2), liver lobule marginal necrosis (1), secondary spontaneous pneumothorax (1). Most complications were surgical ones (10 of 13). Purulent-septic complications prevailed among early surgical ones after combined surgery with liver resections and the complications occurred more often in men than in women ($p < 0.01$). Our results prove the expediency of performing combined operations with liver resections that expand the possibilities of radical surgical treatment of locally spread gastric cancer.

Key words: locally-advanced gastric cancer; combined surgery, liver resections.

Вступ. Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Комбіновані резекції печінки разом з іншими мультівісцеральними резекціями виконуються при злоякісних пухлинах органів черевної порожнини (найчастіше шлунка і товстої кишки) як en bloc з первинною пухлиною, що поширюється на інші органи, і при метастатичному ураженні печінки разом із симультанними резекціями метастазів інших локалізацій [1, 2]. Гепатохірургія, асоційована з комбінованими резекціями, тісно пов'язана з проблемою місцево-поширеного раку шлунка (МПРШ) III стадії (T4) [3]. Більшість пацієнтів, незважаючи на певні успіхи у ранній діагностиці, вперше виявляються саме із за давньою стадією хвороби [4]. Мета цих комбінованих резекцій – досягнення R0 радикальності [5, 6]. Безпосередні й віддалені результати цих операційних втручань суттєво відрізняються від таких же без додаткових органних резекцій [7]. Добре відомо, що й ранні післяопераційні ускладнення (РПУ) пов'язані з обсягом хірургічних втручань [8, 9], а більш агресивні хірургічні процедури пов'язані з підвищенням рівня ускладнень і смертності [10]. Отже, як безпосередні, так і віддалені наслідки комбінованих операційних втручань, усе ще залишаються невтішними [11]. Це й зумовило проведення власного аналізу результатів хірургічного лікування хворих із МПРШ з наступним пошуком шляхів до їх удосконалення.

Мета роботи: з'ясувати структуру та види резекційних втручань на пе-

чінці, як складової частини мультівісцеральних резекцій при МПРШ, а також ранніх післяопераційних ускладнень, їх залежність від статі, віку і обсягу операцій.

Матеріали і методи. Ми обстежили й прооперували 73 хворих з приводу МПРШ із залученням у процес печінки, з них 54 (73,9%) чоловіків та 19 (26,0%) жінок, співвідношення чол.: жін. = 2,8: 1. Вік хворих коливався від 30 до 74 років (середній – $57,19 \pm 1,08$ років, $p=0,0002$). Серед усіх операцій комбінована гастректомія (КГЕ) виконана у 50 (68,5%) хворих, з них 30 (60,0%) чоловіків і 12 жінок (40,0%). Комбінована субтотальна дистальна резекція шлунка (КСДРШ) виконана у 19 (26,0%) хворих, з них 12 (63,2%) у чоловіків і 7 у жінок. (36,8%). Комбінована субтотальна проксимальна резекція шлунка (КСДРШ) виконана у 4 пацієнтів чоловічої статі (5,5%).

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. Під час комбінованих операційних втручань проведено 73 резек-

цій печінки (табл. 1), з них 60 атипосих резекцій (82,2%, 45 чоловіків і 15 жінок) і 13 типових резекцій (17,8%, 9 чоловіків і 4 жінки). Серед атипосих було 35 крайових резекцій (47,9%, 28 у чоловіків і 7 у жінок), 2 клиноподібні резекції (2,7%, обидві у чоловіків), і 23 поперечних резекцій (31,5%, 15 у чоловіків і 8 у жінок).

Ліву частку печінки резектували у 69 пацієнтів (51 у чоловіків і 18 у жінок), при цьому найчастіше 2 і 3 сегменти. Праву частку печінки резектували у 3 пацієнтів, з них 2 чоловіків і 1

жінка (табл. 2). В одного пацієнта була одночасно виконана резекція як лівої так і правої частки (4 і 7 сегменти). Найчастіше резектували лише 1 сегмент – 69 разів або 94,5% (з них 66 лівої частки і 3 правої); 2 сегменти – 4 рази або 5,5% (2–лівої і 2 правої частки).

Після комбінованих операційних втручань з резекцією печінки 67 хворих були виписані зі стаціонару (91,8%, 48 чоловіків і 19 жінок, $p < 0,01$), і 6 померли до 30 днів у стаціонарі (8,2%, усі чоловіки). Серед усіх прооперованих хворих ранні післяопераційні усклад-

Таблиця 1.

Розподіл операційних втручань на печінці за видом резекції

Вид резекції	Стать		Разом	%
	Чол.	Жін.		
Типова резекція	9	4	13	17,8
Атипова резекція:	45	15	60	82,2
у т.ч. крайова резекція	28	7	35	47,9
поперечна резекція	15	8	23	31,5
клиноподібна резекція	2		2	2,7
Всього	54	19	73	100

Таблиця 2.

Розподіл операційних втручань на печінці за локалізацією резектованої частини органа

Локалізація резекції печінки	Стать		Разом	%
	Чол.	Жін.		
Ліва частка	51	18	69	94,5
У т.ч.: 1-й сегмент	1	-	1	1,4
2-й сегмент	13	6	19	26,0
3-й сегмент	35	10	45	6,8
4-й сегмент	6	2	8	10,9
Права частка	2	1	3	4,1
У т.ч.: 5-й сегмент	1	1	2	2,7
6-й сегмент	1	-	1	1,4
8-й сегмент	1	-	1	1,4
Права + ліва частки (4-й і 7-й сегменти)	1	-	1	1,4
Всього	54	19	73	100

нення діагностовано в 10 або 13,7% (9 з них після КГЕ і 1 після КСДРШ). У 4 виписаних хворих (5,9%) діагностовано 5 різних ранніх післяопераційних хірургічних ускладнень (усі у чол.), а саме: тазовий абсцес – 1; піддіафрагмальний абсцес зліва – 1; підпечінковий абсцес – 1; спонтанний пневмоторакс зліва – 1 і 1 тонкокишкова норія. Вказані гендерні відмінності, очевидно, зумовлені саме більшістю чоловіків серед прооперованих. Однак різниця між питомою вагою хворих, у яких виникли ускладнення, серед усіх прооперованих хворих відповідної статі не є статистично достовірною ($p > 0,5$) [12]. Показник 30-денної летальності становив 8,2%. Основними причинами смерті у прооперованих були наступні ускладнення: тромбоемболія легеневої артерії, гостра серцева недостатність, розлитий гнійний перитоніт, крайовий некроз кукси лівої частки печінки, кровотеча з нижньої порожнистої вени, а також некроз поперечної ободової кишки і розлитий гнійний перитоніт на ґрунті неспроможності швів езофагоєноанастомозу (всього 8). Загальний рівень ранніх післяопераційних ускладнень у всіх хворих, яким виконані комбіновані операційні втру-

чання з резекціями печінки, становив 17,8%, що відповідає аналогічним показникам низки авторів [1, 9, 11].

Слід зазначити, що особливістю РПУ комбінованих операцій з приводу МПРШ є те, що всі вони переважно виконуються особама старшого віку чоловічої статі, що суттєво підвищує операційний ризик [7]. Відтак післяопераційне ведення таких хворих передбачає використання сучасних заходів інтенсивної терапії, спрямованих на запобігання цих ускладнень.

Висновки. Комбіновані операції з приводу місцево-поширеного раку шлунка, що включають мультівісцеральні резекції, у т. ч. з резекціями печінки, виконуються у пацієнтів з метою досягнення ступеня радикальності резекції R0. Внаслідок їх проведення можуть зростати кількість і питома вага ускладнень, проте важливість забезпечення максимальної радикальності позитивно впливає на загальне виживання пацієнтів. Ретельний відбір пацієнтів для цього типу операційних втручань і адекватне періопераційне ведення – це основні принципи, які слід враховувати з огляду на сучасну тенденцію до збільшення об'єму операційних втручань і розширення показів до їх проведення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Koga, R. Liver resection for metastatic gastric cancer: Experience with 42 patients including eight long-term survivors / R. Koga, J. Yamamoto, S. Ohyama [et al.] // Japanese Journal of Clinical Oncology – 2007. – Vol. 37, No 11. – P. 836–842.
2. Schwarz R. E. Visceral organ resections combined with synchronous major hepatectomy: examples of safety and feasibility / R. E. Schwarz // HPB. – 2003. – Vol. 5, № 1. – P. 27–32.
3. 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>

4. Рак в Україні, 2012-2013. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. – 2014. – 124 с.
5. 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.
6. Lin D. 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, N. 10. – P. 599–602.
7. Олійник Ю. Ю. Особливості комбінованих операційних втручань при вторинному ураженні печінки на ґрунті місцево-розповсюдженого раку шлунка // *Гепатологія*. – 2010. – №1(7). – С. 58–64.
8. McCulloch P. 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, N. 1. – P. 5–13.
9. Sano T. 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.
10. Butte J. M. 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, N. 9. – P. 1319–1323.
11. Джураев М. Д. 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.
12. Papenfuss W. Morbidity and Mortality Associated with Gastrectomy for Gastric Cancer / W. Papenfuss, M. Kukar, J. Oxenberg [et al.] // *Annals of Surgical Oncology*. – 2014. – Vol. 21, N. 9. – P. 3008-3014.