

## ЛИТЕРАТУРА

1. Галимов О.В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И., Галлямов Э.А., Зиганшин Т.М. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни. // Вестн. хир. — 2002. — №1. — С.82—86.
2. Ганцев Ш.Х., Седлецкий Ю.И., Праздников Э.Н., Галимов О.В. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность. // Вестн. хир. — 1991. — № 4. — С. 51—54.
3. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А., Сафронов В.В., Индербиев Т.С. Сочетанные операции при холелитиазе. // Хирургия. — 1999. — № 8. — С. 37—39.
4. Магдиев Т.Ш., Северинко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии. // Хирургия. — 1999. — № 6. — С. 54—55.
5. Магомедов А.З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей. // Хирургия. — 1997. — № 8. — С.50—52.
6. Максимов В.А. Симультаные операции. Автореф. дис... к.м.н. — Саратов, 1984.
7. Малиновский Н.Н., Леонтьева Н.С., Мешалкин И.Н., и др. Степень операционного риска. // Хирургия. — 1973. — № 10. — С. 32—36.
8. Осипов Б.Б. Лапароскопические операции у больных острым холециститом с сопутствующим хроническим гепатитом или циррозом печени. // Малоинвазивная хирургия в Республике Беларусь: Материалы республиканской научно-практической конф. / МЗ РБ. ГГМУ. — Гомель, 2002. — С. 98—102.
9. Осипов Б.Б. Симультаные операции в неотложной хирургии (острый холецистит). // Малоинвазивная хирургия в Республике Беларусь: Материалы республиканской научно-практической конф. / МЗ РБ. ГГМУ. — Гомель, 2002. — С. 95—98.
10. Осипов Б.Б. Симультаные операции в неотложной хирургии. // Эндоскопическая хирургия — 2003.— Приложение — С. 105—106.
11. Осипов Б.Б., Осипов В.В. Возможности выполнения симультаных лапароскопических операций у больных острым холециститом (микробиологические аспекты). // Неотложная медицина: Материалы международной научно-практической конф. / МЗ РБ. ГГМУ. ГКБСМП. — Гомель, 2003. — С. 135—138.
12. Пашкевич В.И., Тарасов В.А., Вайковский Е.А., Кудрявцев Ю.Г. О целесообразности выполнения симультаных операций. // Хирургия. — 1992. — № 3. — С. 166—167.
13. Смирнова В.И. Анестезия и инфузионно-трансфузионная терапия при обширных сочетанных и комбинированных полостных хирургических вмешательствах. // Хирургия. — 1993. — № 3. — С. 83—87.
14. Стебунов С.С., Занько С.И., Лызилов А.Н., Лызилов А.А. Симультаные операции при лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия — 1998. — № 3. — С. 18—21.
15. Ikard R.W. Combining laparoscopic cholecystectomy and (peri) umbilical herniorrhaphy. Am Surg 1995 Apr; 61(4): 304—5
16. Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D et al. APACHE II: A severity of disease classification system. Critical Care Medicine. 1985. — Vol. 13. — P. 818.
17. Lopez-Martinez R.A., Raina S. Laparoscopic cholecystectomy combined with ventral hernia repair. J Laparoendosc Surg 1993; 6: 561—562
18. Olivari N, Luerti M, Torzilli G, Casanova G. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and laparoscopically assisted vaginal hysteroadnexectomy. Surg Laparosc Endosc, June 1, 1996; 6 (3): 239—42.

УДК 616.37-089+616.33-006.6-089

## ОСЛОЖНЕНИЯ КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ С РЕЗЕКЦИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

И.В. Михайлов

Гомельский государственный медицинский университет

Изучены непосредственные результаты 116 комбинированных операций с дистальной или проксимальной панкреатэктомией по поводу рака желудка (РЖ) и 85 некомбинированных гастрэктомий (контрольная группа). Частота осложнений составила 29,3% и 18,8%, летальность достоверно не различались — 4,3% и 3,5% соответственно. После комбинированных операций чаще возникали панкреонекрозы, внутрибрюшные абсцессы и перитонит при состоятельных швах, риск осложнений снижался при применении аналогов соматостатина. Наиболее частой причиной летального исхода в обеих группах была несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза, риск которой резко возрастал при поражении проксимального отдела желудка.

**Ключевые слова:** комбинированные операции, рак желудка, резекции поджелудочной железы.

## COMPLICATIONS OF THE COMBINED OPERATIONS WITH THE PANCREATECTOMY AT THE GASTRIC CANCER

I.V. Mihailov

Short-term results of 116 combined operations and 85 not combined gastrectomies, performed at the gastric cancer are investigated. Frequency of complications was 29,3% and 18,8%, a lethality authentically did not differ — 4,3% and 3,5%, accordingly. After the combined operations there were pancreatonecroses more often, intra abdominal abscesses and a peritonitis, the risk of complications was reduced at application of somatostatine analogues. The most often reason of a lethal outcome in both groups was an leakage of esophago-intestinal anastomosis. If proximal third of a stomach was involved by tumor, the risk of this complication sharply raises.

**Key words:** Combined operation, gastric cancer, pancreatectomy.

Распространенные формы рака желудка (РЖ), с врастанием в смежные органы, диагностируются у 26,6 — 56,9% больных [1, 5]. Наиболее часто наблюдается вовлечение в опухолевый процесс поджелудочной железы (ПЖ) [1, 4, 5, 8]. Комбинированные операции выполняются у 18—36% больных РЖ [3, 8]. Частота послеоперационных осложнений при выполнении комбинированных операций составляет 31,2—34,4%, послеоперационная летальность — 4,0—17,2% [1, 2, 4, 7, 8]. Высокий уровень послеоперационной морбидности и летальности является причиной сдержанного отношения хирургов к выполнению обширных и травматичных комбинированных вмешательств.

### **Материал и методы**

Изучены непосредственные результаты 116 комбинированных операций с резекцией ПЖ, выполненных в Гомельском областном онкологическом диспансере в период с 1988 по 2002 год (I группа). В качестве контрольной (II) группы изучены результаты 85 некомбинированных гастрэктомий. Основная и контрольная группы были идентичными по возрастному и половому составу: средний возраст больных составил 59,0±9,5 и 59,7±1,1 года, в обеих группах преобладали мужчины — 64,8% и 55,3%. Как в группе комбинированных операций, так и в контрольной опухоль чаще локализовалась в верхней трети желудка. Распространение опухоли на пищевод было выявлено у 10,3% и 7,0% пациентов I и II групп, на двенадцатиперстную кишку — у 6,0% и 1,2% соответственно. В группе комбинированных операций преобладали пациенты с распространенным опухолевым процессом. I стадия РЖ (в соответствии с 4 изданием TNM-классификации, 1987 г.) была установлена больным основной и

контрольной групп, соответственно, в 2 (1,7%) и 4 (4,7%) случаях, II — в 5 (4,3%) и 33 (38,8%), IIIA — в 34 (29,4%) и 10 (11,7%), IIIB — в 12 (10,3%) и 30 (35,4%), IV — в 63 (54,3%) и 8 (9,4%) случаях. Осложнения опухолевого процесса (анемия, дисфагия, стеноз выходного отдела желудка и др.) почти в 2 раза чаще наблюдались в группе комбинированных операций, чем в контрольной группе — у 60,3% против 36,5%. У 20 (17,2%) больных I группы дефицит массы тела превышал 20%, тогда как у пациентов II группы дефицита массы свыше 18% не наблюдалось.

В структуре операций у больных I группы (табл. 1) преобладала гастрэктомия — 92 операции (79,3%), реже выполнялась дистальная — 11 (9,5%) и проксимальная — 7 (6,0%) субтотальная резекция желудка. Экстирпация культи желудка выполнена 6 больным (5,2%). Операции сопровождались резекцией нижней трети пищевода в 13 (11,2%) случаях: 11 пациентам она произведена чрезбрюшинно и 2 — торакоабдоминальным доступом. Все вмешательства сопровождались моноблочной резекцией от 2 до 5 смежных структур. Комбинированная резекция двух органов произведена 52 больным (44,8%), трех — 50 (43,1%), четырех — 12 (10,4%) и пяти — 2 (1,7%) пациентам. Комбинированные оперативные вмешательства во всех случаях включали резекцию ПЖ: панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) у 13 (11,2%) пациентов, тотальную дуоденопанкреатэктомию со спленэктомией (ТДПЭ) — у 3 (2,6%) больных и дистальную резекцию ПЖ (от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{3}{4}$  органа) со спленэктомией — у 100 (86,2%). Всем больным контрольной группы произведена гастрэктомия, сопровождавшаяся у 7 (8,2%) больных резекцией пищевода (в двух случаях — торакоабдоминальным доступом).

Расширенная лимфодиссекция в объеме D2—D3 выполнена больным I и II групп,

соответственно, в 94 (81,0%) и 55 (64,7%) случаях.

Таблица 1

**Структура оперативных вмешательств**

Комбинированные операции	Объем операции на желудке			
	Гастрэктомия (n=92)	ДСРЖ (n=11)	ПСРЖ (n=7)	Экстирпация культи желудка (n=6)
ПДР (n=13)	1	11	—	1
ТДПЭ (n=3)	1	—	—	2
Дистальная резекция ПЖ со спленэктомией (n=100)	90	—	7	3
Резекция пищевода (n=22)	20	—	1	1
Резекция ободочной кишки (n=28)	22	1	1	4
Резекция печени (n=14)	10	1	1	2
Резекция диафрагмы (n=8)	8	—	—	—
Эпинефрэктомия (n=9)	8	—	1	—

Во всех случаях проводилось дренирование зон возможного скопления экссудата (чаще — подпеченочного и левого поддиафрагмального пространства). С целью профилактики панкреатита всем больным I группы и пациентам II группы, которым была выполнена расширенная лимфодиссекция, проводили внутривенные инфузии 5-фторурацила интраоперационно (500 мг) и в течение 4—5 дней после операции по 250 мг. С 1998 года больным, перенесшим ПДР, назначали сандостатин или октреотид по 100 мкг 3 раза в сутки в течение 4—6 дней после операции.

**Результаты и обсуждение**

Послеоперационные осложнения чаще развивались у больных I группы — 34 (29,3%) против 16 (18,8%) случаев у пациентов II группы ( $p < 0,05$ ). Частота осложнений была связана с объемом оперативных вмешательств. После обширных комбинированных операций, включавших ПДР и ТДПЭ (n=16), осложнения возникли у 9 (56,3%) больных, после операций с дистальной резекцией ПЖ и спленэктомией (n=100) — у 25 (25,0%) пациентов ( $p < 0,05$ ). В структуре осложнений (табл. 2) после комбинированных операций лидируют внутрибрюшные абсцессы,

панкреонекроз и перитонит при состоятельных швах, тогда как после стандартных операций наиболее частыми хирургическими осложнениями были несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза (ПКА) и спаечная кишечная непроходимость. Аналогичные изменения структуры осложнений при выполнении комбинированных и расширенных операций отмечают и другие авторы [4, 6, 7]. Значительная частота панкреонекроза у пациентов I группы обусловлена непосредственной травмой ПЖ. Развитию гнойно-септических осложнений способствует обширная резекция нескольких органов, создающая условия для скопления экссудата в зоне вмешательства, а также послеоперационный травматический панкреатит. В определенной степени повышение частоты послеоперационных осложнений после комбинированных операций может быть связано со значительно большей распространенностью опухолевого процесса, в сравнении с контрольной группой, и перифокальной воспалительной инфильтрацией смежных органов. Эффективной мерой профилактики панкреатита является применение аналогов соматостатина (сандостатин, октреотид). На период

с 1998 по 2002 год, когда комплексная медикаментозная профилактика панкреатита стала включать назначение данных препаратов, приходится лишь 1 из

6 (16,7%) случаев панкреонекроза, хотя оперировано в это время 34,5% больных исследуемой серии.

Таблица 2

### Послеоперационные осложнения у больных основной и контрольной групп

Послеоперационные осложнения	Группа комбинированных операций (n=116)		Контрольная группа (n=85)	
	n	%	n	%
Внутрибрюшной абсцесс	10	8,6	1	1,2
Панкреонекроз	6	5,2	1	1,2
Перитонит (при состоятельных швах)	5	4,3	—	—
Несостоятельность швов ПКА	3	2,6	2	2,4
Несостоятельность швов панкреато-энтероанастомоза	2	1,7	—	—
Несостоятельность культи холедоха	1	0,9	—	—
Несостоятельность швов толстокишечного анастомоза	1	0,9	—	—
Панкреатический свищ	1	0,9	—	—
Желчный свищ	1	0,9	—	—
Тонкокишечный свищ	2	1,7	—	—
Холангит	1	0,9	—	—
Спаечная кишечная непроходимость	3	2,6	2	2,4
Плевропульмональные осложнения	5	4,3	6	7,1
Вторичный сахарный диабет	2	1,7	—	—
Прочие	3	2,6	6	7,1
Всего	46*	39,7	18*	21,2

\*Примечание. У 12 больных I группы и 2 пациентов II группы имелось более одного осложнения.

Несостоятельность швов ПКА развилась у 3 больных I группы (2,6%). Среди 105 пациентов, оперативное вмешательство у которых сопровождалось наложением пищевода анастомоза, этот показатель составил 2,9%. У пациентов II группы несостоятельность швов ПКА развилась в 2 (2,4%) случаях (различия статистически недостоверны,  $p > 0,05$ ). Во всех случаях развития данного осложнения имело место вовлечение в опухолевый процесс проксимального отдела желудка. При этом оперативное вмешательство (с резекцией поддиафрагмального или

диафрагмального сегментов пищевода) выполнялось абдоминальным доступом. Релапаротомии выполнены в I группе 21 больному (18,1%), во II — 4 пациентам (4,7%). Средняя длительность пребывания в стационаре больных основной и контрольной групп составила  $27,9 \pm 16,6$  и  $22,3 \pm 11,0$  дней соответственно. Умерли в течение 30 суток после операции 5 (4,3%) больных I группы и 3 (3,5%) пациента II группы (различия статистически недостоверны,  $p > 0,05$ ). Причины летальных исходов представлены в табл. 3.

Таблица 3

### Причины летальных исходов у больных основной и контрольной групп

Осложнения	I группа		II группа	
	n	%	n	%

Несостоятельность швов ПКА	2	1,7	2	2,36
Панкреонекроз	1	0,86	—	—
Внутрибрюшной абсцесс	1	0,86	—	—
Несостоятельность культи холедоха	1	0,86	—	—
Кишечная непроходимость	—	—	1	1,18
Всего	5	4,3	3	3,5

Наиболее частой причиной летального исхода была несостоятельность швов ПКА. От данного осложнения умерли по 2 больных каждой группы. Причиной смерти 3 больных I группы явились панкреонекроз, внутрибрюшной абсцесс и несостоятельность культи холедоха. Один больной II группы умер от спаечной кишечной непроходимости. Достоверных отличий послеоперационной летальности в зависимости от объема комбинированных операций не выявлено: после оперативных вмешательств, включавших ПДР или ТДПЭ (n=16), умер 1 пациент (6,3%), после операций с дистальной резекцией ПЖ и спленэктомией (n=100) умерло 4 (4,0%) больных (p>0,05).

#### **Выводы**

1. При РЖ с вовлечением смежных органов показано выполнение комбинированных операций. Их непосредственные результаты сопоставимы с таковыми стандартных гастрэктоми. Несмотря на более высокую частоту осложнений после комбинированных операций, показатели послеоперационной летальности в основной и контрольной группах достоверно не отличаются.

2. Наиболее частым летальным осложнением как после комбинированных, так и после стандартных операций была несостоятельность швов ПКА. Во всех случаях развития данного осложнения имело место вовлечение в опухолевый процесс проксимального отдела желудка и оперативное вмешательство выполнялась абдоминальным доступом.

3. Комбинированные операции с резекцией ПЖ характеризуются более частым, чем стандартные операции развитием панкреонекроза, внутрибрюшных абсцессов и перитонита при состоятельных швах. Меры профилактики данных осложнений, наряду

с атравматичной хирургической техникой, адекватным дренированием брюшной полости и антибиотикопрофилактикой, должны включать комплексную медикаментозную профилактику панкреатита, с применением аналогов соматостатина.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Бутенко А.В.* Комбинированные и расширенные операции при раке желудка. Автореф. дисс. ... д.м.н. — Москва, 1999. — 27 с.
2. *Жарков В.В., Малькевич В.Т., Оситрова Л.И. и др.* Значение комбинированных операций в лечении больных распространенным раком кардиоэзофагеальной зоны // *Здравоохранение.* — 1998. — № 6. — С. 37—39.
3. *Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Клоков С.С. и др.* Комбинированные операции при раке желудка // — *Российский онкол. журнал.* — 1999. — № 1. С. 7—10.
4. *Симонов Н.Н., Чарторижский В.А., Евтюхин А.И., Мельников О.Р.* Рациональное обеспечение комбинированных операций при местнораспространенном раке желудка // *Вестник хирургии.* — 1997. — № 3. — С. 22—25.
5. *Тарасов В.А., Виноградова М.В., Клечиков В.З. и др.* Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка // *Практическая онкология.* — 2001. — № 3 (7). — С. 52—58.
6. *Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В.* Непосредственные результаты комбинированных операций при раке желудка // *Анналы хирургии.* — 1997. — № 6. — С. 45—48.
7. *Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Степанов С.О.* Осложнения и летальность после расширенных операций при раке желудка // *Российский онкологический журнал.* — 1999. — № 2. — С. 6—9.
8. *Shchepotin I.B., Chorny V., Nauta R.J. e.a.* Extended surgical resection in t4 gastric cancer // *Am. J. Surg.* — 1998. — vol. 175, n 2. — P. 123—126.