

Комплексный подход в лечении послеоперационных осложнений гастрэктомии (клинический случай)

С.А. Тузиков^{1,2}, С.В. Миллер¹, Л.В. Левонян¹, Л.А. Ефтеев³, Е.О. Родионов^{1,2}, В.А. Маркович¹

¹ Научно-исследовательский институт онкологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук

² Сибирский государственный медицинский университет

³ Городская клиническая онкологическая больница № 1, Москва

Complex approach in the treatment of postoperative complications of gastrectomy

S. Tuzikov^{1,2}, S. Miller¹, L. Levonyan¹, L. Efteev³, E. Rodionov^{1,2}, V. Markovich¹

¹ Research Institute of Oncology, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences

² Siberian State Medical University

³ City Clinical Oncology Hospital No 1, Moscow

© Коллектив авторов, 2020 г.

Резюме

Введение. На современном этапе развития онкологии высок уровень местно-распространенного и метастатического рака желудка, суммарно по данным за 2017 г. на III и IV стадии диагностировано 63,7% всех впервые выявленных случаев рака желудка. Хирургический метод является базовым в лечении рака желудка. Осложнения хирургического лечения рака желудка, обуславливая невозможность или отсрочку адъювантного лечения, значительно ухудшают показатели безрецидивной и общей выживаемости. В связи с большой разницей в частоте встречаемости осложнений (от 9 до 32%) при оперативных пособиях, актуальным является разработка комбинированных методов их лечения. **Цель работы:** в данном клиническом случае демонстрируется этапный подход в лечении послеоперационных осложнений гастрэктомии с использованием консервативного и активного хирургического методов, включая минимально инвазивные эндоскопические технологии. **Материалы исследования:** представлен разбор клинического случая ле-

чения осложнений комбинированной гастрэктомии с использованием различных подходов. **Методы исследования:** оценка тактики лечения послеоперационных осложнений гастрэктомии с использованием консервативного, эндоскопического и активного хирургического подходов, в сопоставлении с литературными данными. **Результаты.** Используя широкий арсенал лечебных мероприятий, удалось купировать тяжелые осложнения после гастрэктомии. **Заключение.** Хирургическая тактика с применением малоинвазивных технологий в сочетании с интенсивной терапией позволила своевременно ликвидировать возникшие гнойно-септические осложнения. Данный клинический случай демонстрирует местоприменимость одновременного и последовательного использования консервативного лечения, активной хирургической тактики и малоинвазивных эндоскопических технологий в лечении тяжелых осложнений гастрэктомии. Выбор тактики в каждом конкретном случае развития послеоперационных осложнений должен быть индивидуальным, при этом использование

только консервативного лечения сопряжено с меньшей эффективностью и большей летальностью по сравнению с комбинированным подходом.

Ключевые слова: рак желудка, комбинированные операции, осложнения, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза

Summary

Relevance. At the present stage of development of oncology, the level of locally advanced and metastatic cancer of the stomach is high, in total according to 2017 year stage III and IV were diagnosed with 63.7% of all newly diagnosed cases of gastric cancer. The surgical method is basic in the treatment of stomach cancer. Complications of the surgical treatment of gastric cancer, leading to the impossibility or delay of adjuvant treatment, significantly worsen the rates of relapse-free and overall survival. Due to the large difference in the frequency of complications (from 9% to 32%) with surgical aids, the development of combined methods for their treatment is relevant. **Objective.** In this clinical case, demonstrated a stepwise approach in the treatment of postoperative complications of gastrectomy using conservative and active surgical meth-

ods, including minimally invasive endoscopic technologies. **Research materials.** A case study of the treatment of complications of combined gastrectomy using a variety of approaches is presented. **Research methods.** Evaluation of treatment tactics for postoperative complications of gastrectomy using conservative, endoscopic and active surgical approaches, in comparison with published data. **Results.** Using a wide arsenal of therapeutic measures, it was possible to stop severe complications after gastrectomy. **Conclusion.** Surgical tactics using minimally invasive technologies in combination with intensive care made it possible to timely eliminate the purulent-septic complications. This clinical case demonstrates the applicability of the simultaneous and sequential use of conservative treatment, active surgical tactics and minimally invasive endoscopic technologies in the treatment of severe complications of gastrectomy. The choice of tactics in each specific case of the development of postoperative complications should be individual, while the use of only conservative treatment is associated with less efficiency and greater mortality compared to the combined approach.

Key words: gastric cancer, combined operations, complications, esophageal-intestinal anastomosis failure

Введение

Рак желудка в России является четвертой по частоте формой злокачественных новообразований у мужчин и шестой у женщин. Суммарно по данным на 2017 г. III и IV стадии диагностированы в 63,7% всех впервые выявленных случаев рака желудка. Хирургический метод является основным в лечении рака желудка. В целях достижения радикальности и резектабельности прибегают к выполнению расширенных и комбинированных операций, частота которых ежегодно возрастает [1]. Частота осложнений при оперативных пособиях по поводу рака желудка варьирует от 9 до 32%, а летальность от 2,3 до 9,2%. Ключевым осложнением является несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза. Летальность при данном осложнении варьирует в широких пределах — в среднем около 45%. Проведение комбинированных и расширенных оперативных пособий сопровождается увеличением числа осложнений.

Неблагоприятные факторы возникновения несостоятельности пищеводно-кишечного соустья принято классифицировать на следующие группы: факторы, обусловленные опухолью: проксимальное распространение опухоли, запущенность опухолевого процесса. Факторы, обусловленные особенностью операции: выполнение спленэктомии, технические особенности оперативного пособия, длительность операции более

5 ч, объем лимфодиссекции, выполнение множественной резекции органов, натяжение отводящей петли, адекватность кровоснабжения анастомозируемых отделов, R+. Факторы, обусловленные состоянием пациента: сопутствующая хроническая патология, анемия, белковая недостаточность. Факторы, обусловленные оперирующим хирургом: опыт, количество операций в учреждении, вид анастомоза [2].

Описание клинического случая

Пациент X., 49 лет, поступил в торакоабдоминальное отделение НИИ онкологии Томского НИМЦ 13.09.2017 г. Жалобы при поступлении на боли в области эпигастрия и за грудиной после приема пищи, затруднение глотания твердой пищи (дисфагия I степени). В анамнезе указанные жалобы появились за полгода до госпитализации. Из сопутствующих заболеваний гипертоническая болезнь, лекарственно корригированная. Общесоматический статус по шкале ECOG — 0 баллов. Со стороны общеклинических анализов без грубых нарушений. По данным видеогастроскопии: опухоль верхней трети желудка с распространением на абдоминальный отдел пищевода с наличием компенсированного стеноза. По результатам МСКТ-исследования органов брюшной полости получены данные об опухоли тела желудка, инфильтрирующей малую кривизну и заднюю стенку с распространением на хвост поджелудочной железы и абдоминальный отдел пищевода. Таким обра-

зом, выявлен местно-распространенный характер опухоли тела желудка, данных за отдаленное метастазирование не получено.

28.09.2017 выполнена операция: комбинированная гастрэктомия с дистальной резекцией поджелудочной железы и спленэктомией. Лимфодиссекция D2. При ревизии брюшной полости данных, свидетельствующих о канцероматозе, отдаленных метастазах и асците, не получено. Подтверждено распространение опухоли в хвост поджелудочной железы. Желудок дистально отсечен от двенадцатиперстной кишки с помощью сшивающего аппарата Ethicon Autosuture TX30V, проксимально отсечен на кисетном зажиме. Поджелудочная железа мобилизована, хвост железы отсечен на сшивающем аппарате Ethicon Autosuture TX30V, культя железы дополнительно укрыта отдельными узловыми швами. По результатам срочного цитологического исследования мазков по краю пищевода получены комплексы клеток аденокарциномы. Пищевод дополнительно мобилизован на 5–6 см, при этом осуществлена диафрагмокруротомия по А.Г. Савиных, выполнена резекция края пищевода на протяжении 4 см. Повторное срочное цитологическое исследование — R0. Наложен эзофагоэноанастомоз по типу «конец-в-бок», на мобилизованной кишке по Roux при помощи сшивающе-режущего циркулярного аппарата фирмы «Ethicon» 25 mm. Назоинтестинальный зонд проведен за межкишечный анастомоз. Брюшная полость ушита с оставлением одного дренажа.

В раннем послеоперационном периоде пациент находился в отделении реанимации, зондовое энтеральное питание начато через 48 часов после операции. На 4-е сутки появились одышка и боль в грудной клетке, по дренажу мутное серозное отделяемое. По обзорной рентгенограмме двусторонний экссудативный плеврит. Появление лейкоцитоза в общем анализе крови. Проба с пероральным введением раствора метиленового синего положительная. При гастроскопии выявлен дефект правой полуокружности анастомоза размером до 0,4 см. Дефект в анастомозе ликвидирован эндоскопическим клипированием. По данным контрольного МСКТ органов грудной и брюшной полости: признаки несостоятельности анастомоза, имеется сообщение с правой плевральной полостью и брюшной полостью (рис. 1). Скопление жидкости в ложе удаленного хвоста поджелудочной железы. Признаки эмпиемы плевры справа. Правая плевральная полость дренирована, отделяется мутная жидкость серозного характера. Амилаза плевральной жидкости 17 100 Ед/л. Осуществлено усиление антибактериальной терапии, начата инфузионно-детоксикационная терапия.

На 6-е сутки ухудшение состояния в связи с нарастающей дыхательной недостаточностью, пациент переведен на искусственную вентиляцию легких. Прокальцитониновый тест — 2,1 нг/мл — сепсис. На 7-е сутки по результатам МСКТ отрицательная динамика по правой плевральной полости: фрагментация и увеличение количества экссудата, что свидетельствует о неадекватности ранее выполненного дренирования (рис. 2). Тяжесть

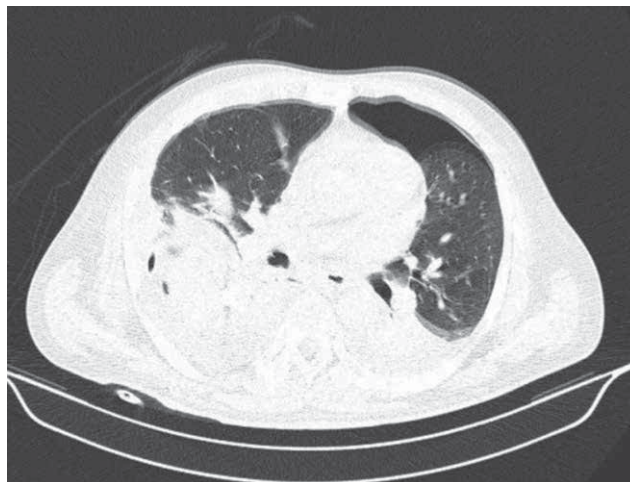


Рис. 1. Эмпиема плевры по данным МСКТ органов грудной клетки на 4-е сутки после гастрэктомии

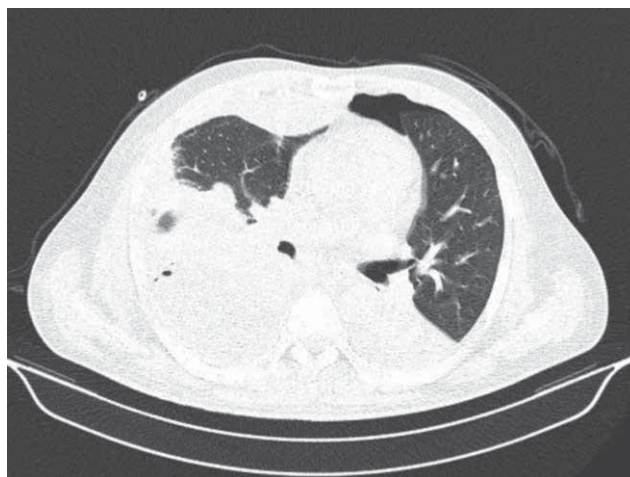


Рис. 2. Отрицательная динамика по эмпиеме плевры по данным МСКТ органов грудной клетки на 7-е сутки после гастрэктомии

состояния главным образом была обусловлена течением эмпиемы плевры и дыхательной недостаточностью.

На 7-е сутки выполнена санационная торакоскопия справа с повторным дренированием плевральной полости. На 8-е сутки после плановой операции, 1-е сутки после санационной торакокопии в связи отрицательной пробой с метиленовым синим начато зондовое питание пациента. На 12-е сутки диагностирована повторная несостоятельность анастомоза, которая ликвидирована установкой пищевода стента фирмы Boston Scientific Ultraflex Esophageal 23 mm×100 mm. На 21-е сутки после торакокопии (26.11.2017) по данным МСКТ органов брюшной полости обнаружены признаки некроза культи поджелудочной железы с формированием прекультиевой полости с жидкостным содержимым. Первым этапом решено придерживаться консервативной тактики лечения. Однако на 35-е (09.11.2017) сутки после торакокопии по данным контрольного МСКТ-исследования выявлены признаки сформировавшегося абсцесса в области ложа

удаленного хвоста поджелудочной железы и селезенки. Под КТ-навигацией осуществлено дренирование полости абсцесса, получена гнойная жидкость. В дальнейшем наблюдалась общая положительная динамика, пациент выписан на 68-е сутки после комбинированной гастрэктомии.

Обсуждение результатов

Расширение объема оперативного вмешательства со стандартной до комбинированной гастрэктомии ведет к увеличению количества послеоперационных осложнений, в том числе и несостоятельности дигестивных соустьев [3]. Отмечено, что в большинстве случаев развития несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза связано с техническими погрешностями при формировании соустья. К таковым относят: неправильное использование сшивающих аппаратов, трудность наложения второго ряда швов в области задней полуокружности анастомоза, натяжение тканей в зоне соустья, отсутствие должного опыта у хирурга [2].

Осложнения, вызванные несостоятельностью, можно разделить на внутриплевральные и абдоминальные; на современном этапе развития хирургии имеется множество различных подходов к их лечению. Тяжелое общесоматическое состояние больного, обусловленное развитием сепсиса, ограничивает хирурга в выборе метода лечения. В коррекции внутриплевральных гнойно-воспалительных осложнений видеоторакоскопические операции являются одновременно и успешными, и щадящими [4, 5].

E. Licht и соавт. [6] оценили результаты применения эндоскопических методик в лечении несостоя-

тельности пищеводных соустьев. Методы включали эндоскопическое стентирование пищевода, клипирование, эндоскопическое формирование еюностома. Эффективность вышеуказанных методов равнозначна.

E. Rausa и соавт. провели метаанализ результатов 4 англоязычных публикаций результатов лечения несостоятельности пищеводных соустьев, в которых сравнивалась эффективность использования саморасправляющегося пищеводного стента и применения эндоскопического вакуумного дренирования. Вакуум-терапия показала свою успешность в 84–100% случаев [7].

Заключение

Анализируя данный клинический случай, можно выделить главную причину несостоятельности эзофагоэюноанастомоза — агрессивная хирургическая тактика вследствие распространенности онкологического процесса. Возникшая череда осложнений гнойно-септического характера патогенетически обусловлена несостоятельностью эзофагоэнтероанастомоза. Хирургическая тактика с применением малоинвазивных технологий в сочетании с интенсивной терапией позволила своевременно ликвидировать возникшие гнойно-септические осложнения. Данный клинический случай демонстрирует местоприменимость малоинвазивных эндоскопических технологий в лечении осложнений гастрэктомии.

Конфликт интересов: отсутствует.

Финансирование: исследование не имело спонсорской поддержки.

Список литературы

- Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность). Москва: МНИОИ имени П.А. Герцена — филиал ФГБУ «НМИЦ Радиологии» Минздрава России 2018; 250 ISBN 978-5-85502-243-8 [Kaprin A.D., Starinskij V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality). Moscow: MSROI named after P.A. Gercen — a branch of the FSBI "NMRC of Radiology" of the Ministry of Health of Russia 2018; 250 ISBN 978-5-85502-243-8 (In Russ.)].
- Каган И.И., Амбразон О.М., Макаев М.И. Характеристика пищеводно-кишечных анастомозов при гастрэктомии. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2013; 6 (3): 413–419 [Kagan I.I., Ambrazon O.M., Makaev M.I. Characteristics of the esophageal-intestinal anastomoses during gastrectomy. Vestnik eksperimental'noj i klinicheskoy khirurgii 2013; 6 (3): 413–419 (In Russ.)].
- Волков С.В. Выбор метода формирования пищеводно-кишечного анастомоза после гастрэктомии. Вестник Чувашского университета 2012; (3): 370–374. [Volkov S.V. The choice of the method of formation of the esophageal-intestinal anastomosis after gastrectomy. Vestnik Chuvashskogo Universiteta 2012; (3): 370–374. (In Russ.)].
- Матвеев В.Ю., Хасанов Р.М. Видеоторакоскопия в хирургическом лечении эмпиемы плевры. Практическая медицина 2012 декабрь; 64 (8): 23–27. [Matveev V.Ju., Hasanov R.M. Videothoracoscopy in the surgical treatment of pleural empyema. Prakticheskaya medicina 2012 December 64 (8): 23–27. (In Russ.)].
- Малькевич В.Т., Жарков В.В., Оситрова Л.И., Курчин В.П., Баранов А.Ю., Ильин И.А. Новые подходы к лечению внутриплевральных осложнений в хирургии рака пищевода. Новости хирургии 2012; 20 (3): 74–80. [Mal'kevich V.T., Zharkov V.V., Ositrova L.I., Kurchin V.P., Baranov A.Ju., Il'in I.A. New approaches to the treatment of intrapleural complications in esophageal cancer surgery. Novosti hirurgii 2012; 20 (3): 74–80 (In Russ.)].
- Licht E., MD, Markowitz A.J., MD, Bains M.S., MD, Gerdes H., MD, Ludwig E., MD, Mendelsohn R.B., MD, Rizk N.P., MD, Shah P., MD, Strong V.E., MD, Schattner M.A., MD. Endoscopic Management of Esophageal Anastomotic Leaks Following Surgery for Malignant Disease. The annals of thoracic surgery 2016 Jan; 101 (1): 301–304. doi: 10.1016/j.athoracsur.2015.06.072.

7. Rausa E., Asti E., Aiolfi A., Bianco F., Bonita G., Bonavina L. Comparison of endoscopic vacuum therapy versus endoscopic stenting for esophageal leaks: systematic review and meta-analysis.

Diseases of the Esophagus 2018 Nov. 1; 31 (11): doy060. doi: 10.1093/dote/doy060.

Поступила в редакцию 30.01.2020 г.

Сведения об авторах:

Тузиков Сергей Александрович — доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения торакальной онкологии научно-исследовательского института онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; 634009, Томск, Кооперативный пер., 5; профессор кафедры онкологии Сибирского государственного медицинского университета; 634050, Томск, Московский тракт, д. 2; e-mail: TuzikovSA@oncology.tomsk.ru; ORCID 0000-0002-0884-1838.

Миллер Сергей Викторович — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения торакальной онкологии научно-исследовательского института онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; 634009, Томск, Кооперативный пер., д. 5; e-mail: miller_sv@sibmail.com; ORCID 0000-0002-5365-9840;

Левонян Левон Владимирович — врач-онколог отделения торакальной онкологии научно-исследовательского института онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; 634009, Томск, Кооперативный пер., д. 5; e-mail: drlevonyan@gmail.com; ORCID 0000-0003-4742-9050;

Ефтеев Леонид Александрович — врач-онколог онкологического отделения № 3 Городской клинической онкологической больницы № 1; 105005, Москва, Бауманская ул., д. 17/1; e-mail: efteyco@rambler.ru; ORCID ID 0000-0002-9054-0742;

Родионов Евгений Олегович — кандидат медицинских наук, старший медицинский сотрудник отделения торакальной онкологии научно-исследовательского института онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; 634009, Томск, Кооперативный пер., д. 5; e-mail: rodionov_eo@oncology.tomsk.ru; ORCID 0000-0003-4980-8986;

Маркович Виталий Александрович — младший медицинский сотрудник отделения торакальной онкологии научно-исследовательского института онкологии Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук; 634009, Томск, Кооперативный пер., д. 5; e-mail: vitalii.markovich.87@mail.ru; ORCID ID 0000-0002-7599-1211.