

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.33-006.6-053.89/9-089.152

К. В. Павелец, М. Ю. Лобанов, О. Г. Вавилова, Е. Ф. Лацко

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская Мариинская больница» (главврач — проф. О. В. Емельянов)

Ключевые слова: рак желудка, пожилой и старческий возраст, сопутствующая патология, предоперационное ведение, операбельность

Введение. В последние годы в структуре заболеваемости раком желудка растёт число пациентов пожилого и старческого возрастов. В странах с развитой экономикой и низким уровнем рождаемости происходит значительное увеличение средней продолжительности жизни, что, в свою очередь, приводит к старению населения. Данный факт делает проблему лечения рака желудка у больных пожилого и старческого возраста ещё более актуальной. Максимальные показатели заболеваемости раком желудка приходятся на возрастные группы 60–62 года у мужчин и 64–65 лет у женщин. В то же время, операбельность рака желудка в момент постановки диагноза сохраняется на уровне 20–35% [2]. Доля пациентов пожилого и старческого возрастов, получивших хирургическое лечение по поводу рака желудка в разных клиниках, колеблется от 2,9 до 12,1% [1].

Причинами отказа в операции больным раком желудка старших возрастных групп, как правило, служат диссеминация опухолевого процесса или конкурирующие сопутствующие заболевания с недостаточностью функций жизненно важных органов. У больных этой возрастной группы имеются нарушения в физиологических функциях всех органов и систем, при этом выраженность нарушений строго индивидуальна [5]. Часто у геронтологических больных при резектабельной опухоли они могут быть признаны неоперабельными из-за выраженной сопутствующей патологии.

Современное развитие новых диагностических методов, достижения в анестезиологии и реаниматологии и совершенствование хирургической техники позволяют не только успешно выполнять сложные и высокотравматичные радикальные вмешательства, но и значительно снизить возрастные ограничения к их проведению [7].

Исследования свидетельствуют о том, что 5-летняя выживаемость больных раком желудка пожилого и старческого возрастов, оперированных с учётом подробного анализа данных предоперационного функционального исследования, зависит, главным образом, от степени радикальности выполненной операции [4, 6].

Цель работы — разработать алгоритм обследования и дооперационной подготовки больных раком желудка пожилого и старческого возрастов, тем самым расширить показания к выполнению оперативных пособий без ущерба их радикальности.

Материал и методы. В период с 2001 по декабрь 2012 г. в нашей клинике на обследовании и лечении по поводу рака желудка находились 113 пациентов старших возрастных групп: 80 (70,8%) — пожилого, 31 (27,4%) — старческого возраста и 2 (1,8%) — долгожителя. Соотношение по полу в данной группе было следующим: женщин — 58 (51,3%), мужчин — 46 (48,7%).

Все больные представленной группы имели сопутствующую патологию: ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с гипертонической болезнью наблюдалась у 106 пациентов (из них у 12 — инфаркт миокарда в анамнезе, у 14 — нарушения ритма); артериальная гипертензия различной степени — у всех пациентов (100%); хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I и II стадии — у 68; сахарный диабет II типа — у 17 (из них у 7 — инсулинзависимый); хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) — у 23;

Сведения об авторах:

Павелец Константин Вадимович (e-mail: 89219972497@rambler.ru), Лобанов Михаил Юрьевич,
Вавилова Ольга Григорьевна (e-mail: olgavav@rambler.ru), Лацко Евгения Фёдоровна (e-mail: pjenechka@mail.ru),
Городская Мариинская больница, 191104, Санкт-Петербург, Литейный пр., 56

цереброваскулярная болезнь — у 70 (из них у 8 — острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе); желчекаменная болезнь — у 15; мочекаменная болезнь — у 16; варикозная болезнь нижних конечностей — у 18; ожирение различной степени — у 17.

Всем больным было выполнено стандартное предоперационное обследование, включающее в себя, помимо лабораторных анализов, рентгеноскопию желудка, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) с биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ), электрокардиографию (ЭКГ), рентгенографию органов груди.

По данным гистологического исследования материала, полученного при биопсии, у 100 больных установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки, у 5 — плоскоклеточный рак, у 2 — перстневидно-клеточный рак, у 1 — железисто-папиллярный рак, у 3 — лимфома различной степени зрелости, у 1 — злокачественный карциноид и у 1 — нейроэндокринная опухоль.

Дооперационная оценка соматического состояния пациентов требовала комплексного междисциплинарного подхода с участием анестезиологов, кардиологов, пульмонологов, эндокринологов и хирургов. При выявлении на ЭКГ различных нарушений ритма и проводимости выполняли суточное мониторирование ЭКГ. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем был выбран метод эхокардиографии (ЭхоКГ). ЭхоКГ выполняли всем больным при поступлении в стационар для получения исходных данных и перед операцией — для контроля эффективности проводимой кардиотропной терапии.

Предоперационную терапию ИБС проводили в течение 10 сут до операции, она включала бета-адреноблокатор (при отсутствии противопоказаний), статины и антиагрегант. Нормализация артериального давления при II–III степени гипертензии предусматривала усиление стандартной терапии гипотензивными препаратами различного механизма действия: бета-адреноблокатор назначали вместе с ингибитором ангиотензин-превращающего фермента (АПФ). При высокой артериальной гипертензии III степени антиагрегант не назначали из-за риска геморрагического инсульта.

Лечение нарушений сердечного ритма осуществляли с учётом вида аритмии, её этиологии и оценки риска тромбоэмболических осложнений. При бессимптомных предсердных и редких желудочковых экстрасистолах специальную антиаритмическую терапию не проводили. При выявлении фибрилляции предсердий (ФП) схема лекарственной предоперационной подготовки определялась в зависимости от формы ФП: при постоянной форме ФП антиаритмическую терапию назначали для контроля за частотой желудочковых сокращений, при пароксизмальной — для профилактики рецидивов ФП и контроля синусового ритма. Для профилактики и устранения клинических проявлений ХСН назначали препараты так называемой оптимальной терапии — ингибитор АПФ и бета-адреноблокатор. При застойной сердечной недостаточности лечение дополняли дегидратационной терапией. Лечение ХОБЛ предусматривало антиангинальную и непрерывную комбинированную бронхолитическую терапию.

Для определения компенсации имеющихся нарушений углеводного обмена пациентам выполняли анализы крови на уровень глюкозы натощак и в случайно выбранное время («сахарная кривая»). После консультации эндокринолога больным с сахарным диабетом средней и тяжёлой степени за 1–2 сут до операции отменяли пероральные гипогликеми-

ческие препараты и инсулин пролонгированного действия и переводили на инъекции инсулина короткого действия.

Антиагрегантную антикоагулянтную терапию назначали вне зависимости от формы фибрилляции предсердий, если отсутствовала угроза кровотечений, при наличии факторов риска тромбоэмболических осложнений (возраст более 65 лет, артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, увеличение размеров левого предсердия, нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда в анамнезе, сахарный диабет). Для профилактики тромбоэмболических осложнений применяли антиагреганты или непрямые антикоагулянты под контролем коагулограммы.

В процессе проведения обследования, наряду с диагностической сопутствующей сердечно-лёгочной патологии, решалась не менее важная задача — выявление факторов риска вероятных послеоперационных «терапевтических» осложнений, т.е. информация, получаемая с помощью предоперационных неинвазивных методов, определялась не только как диагностическая, но и как прогностическая. Для оценки риска развития угрожающих жизни сердечно-лёгочных осложнений в периоперационном периоде использовали индекс сердечного риска Гольдмана. У 17 (15%) больных установлен изначально III класс риска по Гольдману (среди больных старше 70 лет у 3 имел место хронический гепатит с исходом в цирроз, у 14 — мерцательная аритмия: постоянная форма — у 9, пароксизмальная — у 5). У 64 (56,6%) пациентов определён малый риск развития кардиальных осложнений (II класс), и 32 (28,3%) больных отнесены к I классу по Гольдману.

На основании данных УЗИ, рентгеноскопии и компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости, 3 пациентам в операции было отказано, так как диагностирована IV стадия заболевания. По результатам первичного ЭхоКГ-исследования в операции было отказано лишь 1 пациенту: выявлены значимые отклонения ЭхоКГ-показателей (среднее расчётное давление в лёгочной артерии было 48 мм рт.ст.), систолическая дисфункция (фракция выброса левого желудочка — 47%), рестриктивный тип трансмитрального потока. Таким образом, общая операбельность составила 96,5%.

После подбора терапии, направленной на коррекцию имеющейся патологии, больных оперировали. Во время операции установлено, что у 42 (38,5%) пациентов опухоль располагалась в выходном отделе желудка, у 42 (38,5%) — в области тела желудка, у 10 (9,2%) — в кардиальном отделе желудка, у 13 (12%) — диагностирован кардиоэзофагеальный рак, у 1 пациентки выявлен первично-множественный рак тела желудка T4N2M0 и сигмовидной кишки T3N1M0, у 1 больной диагностирован рак культи желудка (в прошлом оперирована по поводу осложнённой язвы тела желудка, выполнена резекция $2/3$ желудка по Бильрот-II).

На основании полученных интраоперационных данных, 93 (85,3%) пациентам были выполнены радикальные оперативные вмешательства с лимфодиссекцией в объёме D2, из 16 пациентов с III и IV стадией заболевания у 8 (7,3%) произведены циторедуктивные операции, у 4 (3,7%) — наложены обходные анастомозы в связи с выраженной инвазией опухоли в окружающие органы, у 4 (3,7%) — операция ограничилась эксплоративной лапаротомией в связи с канцероматозом, не выявленным во время обследования. Резектабельность составила 92,7%.

Всем больным проводили антибиотикопрофилактику, а также интраоперационное введение антагонистов соматотропина с целью профилактики послеоперационного панкреатита.

Результаты и обсуждение. Задачей современной диагностики рака желудка является не только выявление наличия данной патологии, но и более детальная её характеристика для выбора тактики лечения и объёма оперативного вмешательства: точная локализация, степень инвазии, распространённости, взаимоотношение опухоли с прилежащими анатомическими структурами, определение наличия регионарных и отдалённых метастазов.

Во время комплексного обследования больных с подозрением на рак желудка стандартными являются рентгенологический (рентгенография, рентгеноскопия, КТ), эндоскопический (ФГДС, эндоУЗИ), ультразвуковой методы и гистологическое исследование биопсийного материала. Рентгеноскопия является базовым методом обследования пациентов с подозрением на онкопатологию желудка, но не указывает достоверно на наличие опухолевого процесса (специфичность метода 60%). ФГДС является методом выбора в силу своей малоинвазивности и возможности выполнения биопсии, которая позволяет в 100% подтвердить злокачественный характер опухоли и в 82% правильно установить её гистологический тип до операции.

Принципы лечения и подготовки к некардиохирургическим вмешательствам определены в общепризнанных разработках [Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and peri-operative cardiac management in non-cardiac surgery — European Society of Cardiology (ESC), European Society of Anaesthesiology (ESA), 2009]. Эти принципы применимы и в онкологии: лечение ишемии миокарда, профилактика сердечно-сосудистых осложнений. В современных клинических рекомендациях ESC указаны следующие основные параметры для предоперационного определения индекса сердечно-сосудистого риска (Revised Cardiac Risk Index, RCRI): собственно хирургическое вмешательство «высокого» риска, ИБС, ХСН, цереброваскулярная болезнь, инсулинозависимый сахарный диабет, креатинин сыворотки более 2 мг/дл (176,9 мкмоль/л). Наличие факторов риска определяет объём предоперационного функционального обследования и прогноз предстоящего хирургического вмешательства. Гипотензивная терапия до операции должна отвечать требованиям быстроты действия, соответствовать типу гемодинамики, даёт протективный эффект в отношении органов-мишеней и

в целом содействовать безопасной и эффективной анестезии [3, 4]. Перед операцией важно оценить, какие проявления артериальной гипертензии преобладают — мозговые, кардиальные, почечные, метаболические или другие — и в соответствии с этим назначить дополнительные меры.

Хронические неспецифические заболевания лёгких имелись у 81% геронтологических больных, при этом у 23,5% из них наблюдалась дыхательная недостаточность различной степени тяжести. Существующая лёгочная болезнь оказывает значительное влияние на периоперационный риск, но наиболее распространённым эффектом является повышение риска послеоперационных лёгочных осложнений. На фоне проводимой терапии, направленной на коррекцию имеющейся ХОБЛ, отмечается отчётливый клинический эффект: уменьшение одышки, исчезновение хрипов.

Неинвазивные диагностические методы позволяют оценить тяжесть ИБС, выявить сопутствующие заболевания органов дыхания и кровообращения, оценить выраженность их клинических проявлений. ЭхоКГ позволяет установить размеры камер и толщину стенок сердца, систолическую и диастолическую функции миокарда, определить локальные нарушения сократимости, динамику и форму внутрисердечных потоков, диагностировать и локализовать зоны кардиосклероза, а также проводить динамическое наблюдение при лечебных мероприятиях. Кроме того, ЭхоКГ является одним из наиболее информативных неинвазивных методов оценки давления в лёгочной артерии. При диагностике ремоделирования сердца, как одной из характеристик стадии ХСН, оценивается диастолическая функция миокарда. При адаптивном ремоделировании левого желудочка у больных со IIА стадией ХСН диагностируется трансмитральный диастолический поток (ТМДП) с нарушением релаксации. У больных со IIБ стадией ХСН выявляется дезадаптивное ремоделирование левого желудочка, характеризующееся проявлениями псевдонормального и рестриктивного типов ТМДП. При повторном ЭхоКГ-обследовании через 10–14 дней после начала лечения проводимая кардиотропная терапия приводит к смещению исходно псевдонормального потока в сторону спектра с нарушенной релаксацией. Учитывая стабилизацию функционального статуса пациентов на фоне лекарственной терапии, такая динамика рассматривается как улучшение функций левого желудочка (табл. 1).

Кардиохирургические осложнения после внесердечного хирургического вмешательства зависят

Таблица 1

Данные ЭхоКГ-обследования у больных до и после кардиотропной терапии

Параметры	При поступлении	После терапии
ФВ, %, среднее значение:	52,6±3,9	53,2±3,6
из них систолическая дисфункция (45% менее ФВ)	5 (5,15%)	4 (4,1%)
Гипертрофия миокарда (ИММЛЖ более 117 г/м ²)	28 (28,9%)	28 (28,9%)
Диастолическая дисфункция:		
ТМДП с нарушенной релаксацией	20 (20,6%)	26 (26,8%)
ТМДП псевдонормальный	11 (11,3%)	6 (6,2%)
ТМДП рестриктивный	1 (1,03%)	–
Лёгочная гипертензия:		
умеренной степени (ДЛА _{ср} 20–40 мм рт. ст.)	10 (10,2%)	11 (11,3%)
значительной степени (ДЛА _{ср} 40–60 мм рт. ст.)	2 (2,1%)	1 (1,03%)

Таблица 2

Характер «хирургических» осложнений в раннем послеоперационном периоде

Осложнения	Срединный доступ (n=76)	Торако-абдоминальный доступ (n=33)	Количество наблюдений (n=109)
Несостоятельность анастомозов	–	–	–
Кровотечение из дефекта медиастинальной плевры и спаек диафрагмы	–	2	2 (1,8%)
Внутрибрюшное кровотечение на фоне антикоагулянтной терапии	–	1	1 (0,9%)
Абсцесс левого забрюшинного пространства	–	1	1 (0,9%)
Острые перфоративные язвы тонкой кишки	1	–	1 (0,9%)
Желудочно-кишечные кровотечения из острых язв и эрозий	3	2	5 (4,6%)
Анастомозит	6	–	6 (5,5%)
Острый панкреатит	1	1	2 (1,8%)
Нагноение послеоперационной раны	1	1	2 (1,8%)
Всего	12 (15,8%)	8 (24,2%)	20 (18,3%)

Таблица 3

Характер послеоперационных «терапевтических» осложнений

Осложнения	Срединный доступ (n=76)	Торако-абдоминальный доступ (n=33)	Количество наблюдений (n=109)
Инфаркт миокарда	–	1	1 (0,9%)
Нарушения ритма сердца	1	3	4 (3,7%)
Острая послеоперационная сердечная недостаточность	1	1	2 (1,8%)
Тромбоэмболии лёгочной артерии и её ветвей	2	1	3 (2,75%)
Пневмония	1	5	6 (5,5%)
Гипопротеинемия	2	2	4 (3,7%)
Всего	7 (9,2%)	13 (38,2%)	20 (18,3%)

старческого возрастов требует комплексного индивидуального мультидисциплинарного подхода.

2. При наличии сопутствующих сердечно-лёгочных заболеваний медикаментозная коррекция последних позволяет у большинства больных выполнить радикальные операции с хорошими ближайшими результатами.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М. И., Тер-Ованесов М. Д., Маховский В. В. Состояние проблемы и пути оптимизации тактики хирургического лечения больных раком желудка старшей возрастной группы // Хирургия. 2008. № 10. С. 73–80.
2. Мерабишвили В. М. Рак желудка: эпидемиология, профилактика, оценка эффективности лечения на популяционном уровне // Практ. онкол. 2001. № 3 (7). С. 3–8.
3. Шестопалова И. М., Сибатулина Э. С. Факторы риска ИБС у онкологических больных // Материалы IV съезда онкологов и радиологов СНГ. 2006. С. 352.
4. Общая врачебная тактика по Д. Нобелю / Под ред. Дж. Нобеля. М.: Практика, 2005. Кн. 1. 414 с.
5. Pacelli F., Bellantone R. Risk factors in relation to postoperative complications and mortality after total gastrectomy in aged patients // Am. Surg. 1991. Vol. 57. P. 341–345.
6. Korenaga D., Moriguchi S., Baba H. et al. Surgery for gastric carcinoma is feasible for patients over 80 year age // World J. Surg. 1991. Vol. 15. P. 642–648.

7. Timiras P. Physiological basis of aging and geriatrics // Boca Raton, CRC Press. 1988. P. 150.

Поступила в редакцию 25.09.2013 г.

K. V. Pavelets, M. Yu. Lobanov, O. G. Vavilova,
E. F. Latsko

WAYS OF INDICATION RISE FOR OPERATION IN ELDERLY AND SENILE AGED PATIENTS WITH STOMACH CANCER

Municipal Mariinsky hospital, Saint-Petersburg

An article presents an analysis of treatment of 113 patients (aged from 60 to 91 years old) with stomach cancer. On this basis, an algorithm of examination of given age group was developed. Preoperative diagnostics wasn't directed only to an establishment of prevalence, a stage of main process. At the same time, it was aimed to determination and correction of accompanying somatic pathology, which required an application of multidisciplinary approach. An echocardiography was used for a functional condition assessment of cardiovascular and respiratory systems. The strategy allowed the indication rise for operation up to 96,5% in given group of patients.

Key words: *stomach cancer, elderly and senile age, accompanying pathology, preoperative examination, indication for operation*