

РОЛЬ РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА

УДК 616.33—006—089

Поступила 28.04.2011 г.



А.Р. Алиев, к.м.н., старший научный сотрудник отделения абдоминальной онкологии;
Р.С. Зейналов, к.м.н., младший научный сотрудник отделения абдоминальной онкологии

Национальный центр онкологии, Баку, Азербайджанская Республика

Проанализированы результаты хирургического лечения 99 больных раком желудка. В 70 случаях гастрэктомия сопровождалась лимфодиссекцией, соответствующей объему D2, а в 29 — D3. У 35 больных операция носила комбинированный характер. Послеоперационные осложнения в этой группе наблюдались в 10 случаях (28,6%), а из 64 больных, которым проведены стандартные и расширенные гастрэктомии, — у 13 (20,3%). В раннем послеоперационном периоде в основной группе летальность составила 5,7%, а в контрольной — 4,7%. Разность между полученными показателями статистически недостоверна ($p > 0,05$).

Проведенное исследование показало, что современные принципы оперативного лечения рака желудка, обеспечивающие онкологическую адекватность и улучшающие качество жизни больных с такой патологией, диктуют необходимость проведения комбинированных операций при местно-распространенном раке желудка.

Ключевые слова: рак желудка, комбинированная гастрэктомия, лимфодиссекция.

English

The role of extended combined surgeries in the treatment of gastric cancer

A.R. Aliev, PhD, Senior Research Worker, the Department of Abdominal Oncology;
R.S. Zeinalov, PhD, Junior Research Worker, the Department of Abdominal Oncology

National Oncological Centre, Baku, Republic of Azerbaijan

There were analyzed the results of surgical treatment of 99 patients with gastric cancer. In 70 cases gastrectomy was accompanied by lymph dissection corresponding to the volume of D2, and in 29 cases — to D3 volume. 35 patients underwent a combined surgery. There were postoperative complications in 10 patients (28.6%) of this group, and in 13 cases (20.31%) from 64 patients with standard and extended gastrectomies. In early postoperative period the lethality in the main group was 5.7%, in control group — 4.7%. The difference between the findings obtained is statistically unreliable ($p > 0.05$).

The investigation carried out demonstrated that modern principles of surgical treatment of gastric cancer providing oncology adequacy and improving quality of life of this group of patients make it necessary to perform combined surgeries in locally advanced gastric cancer.

Key words: gastric cancer, combined gastrectomy, lymph dissection.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется свыше 750 000 новых случаев рака желудка [1]. Число таких больных увеличивается и, по прогнозам, будет расти в большинстве развитых стран [2–4]. Распространенным фактором является обращение больных в специализированные стационары в основном на более поздних стадиях заболевания [5]. С учетом того, что один из основных принципов современного подхода в оперативном лечении рака желудка — это обеспечение онкологической адекватности, в таких случаях возникает необходимость повышения резектабельности при местно-распространенном процессе [6]. Следует отметить, что расширенно-комбинированные операции при раке желудка имеют немало оппонентов, считающих, что данные оперативные вмешательства приводят к резкому увеличению количества

послеоперационных осложнений, как местного, так и общесоматического характера, без улучшения отдаленных результатов лечения [7, 8]. Однако большинство исследователей на сегодняшний день показывают достоверные данные улучшения отдаленных результатов у больных раком желудка после расширенно-комбинированных операций [9–12].

Все вышесказанное обуславливает актуальность дальнейшего изучения проблемы.

Цель статьи — исследование непосредственных и отдаленных результатов комбинированных операций у больных раком желудка.

Материалы и методы. В исследование включено 99 больных раком желудка, находившихся на лечении в отделении абдоминальной онкологии Национального центра

Для контактов: Зейналов Рашад Салех оглы, тел. моб. +99450-615-26-87, +99455-680-06-90; e-mail: 2000rashad@rambler.ru

онкологии Азербайджанской Республики с 2003 по 2007 г. (62 мужчины и 37 женщин). Возраст больных — 35–77 лет, большинство — из возрастной группы 51–60 лет. 35 пациентов обратились в онкостационар с осложненным клиническим течением основного заболевания.

В основную группу вошли 35 больных раком желудка, которым вследствие истинной инвазии в смежные структуры произведены комбинированные гастрэктомии. В 18 случаях лимфодиссекция соответствовала объему D2, а в 17 — D3. В нашем исследовании объем D2 присваивался в случае обнаружения в препарате не менее 26 узлов, к объему D3 отнесены операции, при которых патоморфологическое исследование выявляло более 38 лимфатических узлов. При этом мы придерживались положений «Основных правил по изучению рака желудка» (General Rules for Gastric Cancer Study), предложенных Японским национальным институтом рака (JNCC) и Японским исследовательским обществом по изучению рака желудка (Japanese Research Society for Gastric Cancer — JRSGC). Помимо удаления желудка дополнительно резецирован один орган у 19 больных, из них у 6 произведена дистальная резекция поджелудочной железы (рис. 1), у 3 — резекция поперечной ободочной кишки, у 5 — атипичная резекция поджелудочной железы и у 1 — атипичная резекция печени, а у 4 — резекция абдоминального и наддиафрагмального сегментов пищевода. 7 больным выполнена дополнительно резекция двух органов, из них у 3 — резекция поджелудочной железы и поперечной ободочной кишки, у 1 — резекция поперечной ободочной кишки и атипичная резекция II и III сегментов печени, у 1 — дистальная резекция поджелудочной железы и бисегментэктомия (II и III) печени (рис. 2), а у 2 — атипичная резекция печени и резекция пищевода (рис. 3). 7 пациентам дополнительно произведена резекция трех органов. Из них 5 больным наряду с гастрэктомией выполнены резекции поджелудочной железы, поперечной ободочной и тонкой кишки, а 2 — гастрэктомии с резекцией диафрагмального кольца и ножек диафрагмы, пищевода и печени. Двум

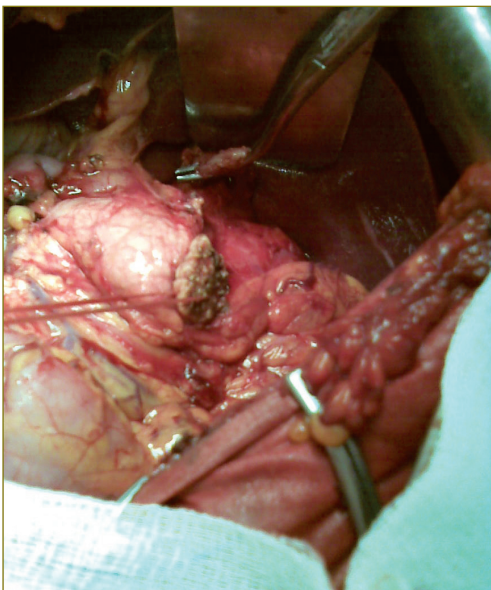


Рис. 1. Комбинированная гастрэктомия с дистальной резекцией поджелудочной железы

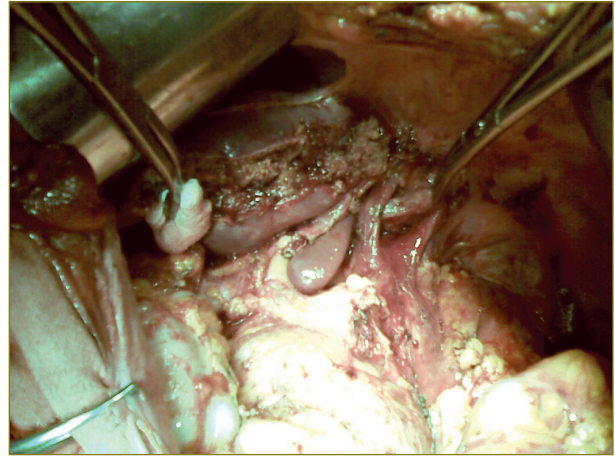


Рис. 2. Расширенно-комбинированная гастрэктомия с левосторонней бисегментэктомией печени (II и III)

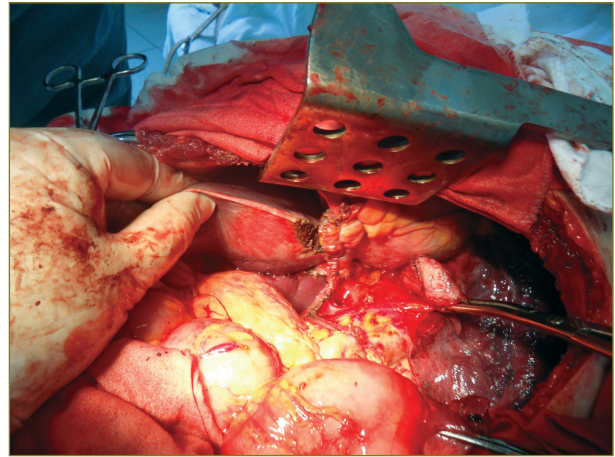


Рис. 3. Комбинированная чресплевральная гастрэктомия с резекцией диафрагмального кольца, атипичной резекцией печени и резекцией абдоминального и наддиафрагмального сегментов пищевода

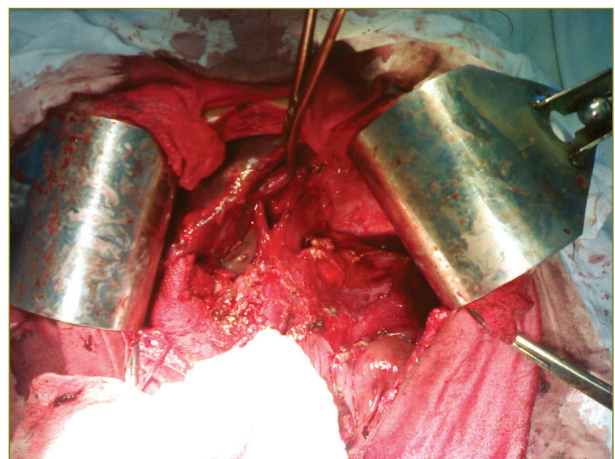


Рис. 4. Эвисцерация левого верхнего квадранта брюшной полости

больным наряду с гастрэктомией произведена мультивисцеральная резекция четырех органов: печени, поджелудочной железы, толстой и тонкой кишки (рис. 4).

В контрольную группу вошли 64 больных раком желуд-

Таблица 1

Послеоперационные осложнения и летальность в зависимости от объема операции, абс. число/%

Послеоперационный период	Объем оперативного вмешательства			
	Основная (n=35)		Контрольная (n=64)	
	Стандартно-комбинированные	Расширенно-комбинированные	Стандартные	Расширенные
Хирургические осложнения	2/5,7	4/11,4	3/4,7	5/7,8
Общесоматические осложнения	2/5,7	2/5,7	1/1,6	4/6,2
Реоперации	—	1/2,9	2/3,1	1/1,6
Летальность	—	2/5,7	2/3,1	1/1,6

Таблица 2

Распределение больных основной и контрольной групп в зависимости от характера послеоперационных осложнений

Послеоперационные осложнения	Число случаев в группах		Летальность в группах	
	основной	контрольной	основной	контрольной
	Хирургические			
Несостоятельность анастомоза	1	1	1	1
Поддиафрагмальный абсцесс	1	2		
Послеоперационный панкреатит	2	3		
Реактивный плеврит	1	2		
Тромбоз брыжеечных сосудов	1		1	
Соматические				
Пневмония — дыхательная недостаточность	3	2		1
Сердечно-сосудистая недостаточность		1		
Печеночная недостаточность	1			
Почечная недостаточность		1		
Септическое состояние		1		1

ка, которым проведены стандартные и расширенные гастрэктомии, из них в 52 случаях лимфодиссекция соответствовала объему D2, а в 12 — D3.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения наблюдали в 23 случаях (23,23%) (табл. 1). При этом из 35 больных основной группы, которым выполняли комбинированные гастрэктомии, у 6 (17,1%) отмечены хирургические осложнения, а у 4 (11,4%) — терапевтические (табл. 2). Из 64 больных контрольной группы у 8 (12,5%) констатированы хирургические, а у 5 (7,8%) — общесоматические осложнения. В раннем послеоперационном периоде умерли 5 больных, т.е. общая летальность составила 5,1%. В основной группе умерли двое больных (летальность — 5,71%), в контрольной — трое больных (летальность — 4,69%). Реоперации произведены в основной и контрольной группах в 2,9 и 4,7% случаев соответственно. Разность между полученными показателями статистически недостоверна ($p > 0,05$).

Анализ показал, что годовой безрецидивный период встречается у 94,1%, 3-летний — у 58,8% больных, общая 3- и 5-летняя выживаемость составили соответственно 70,6% и 37,6%. Установлено, что данные показатели статистически значимо ($p < 0,01$) лучше в контрольной группе. Данный факт обусловлен тем, что в основную группу вошли больные с большей стадией заболевания, инфильтративным ростом опухоли, низкой степенью ее дифференцировки.

Результаты исследования убедительно показали, что проведение стандартно- и расширенно-комбинированных операций не сопровождается существенно значимым увеличением частоты послеоперационных осложнений и повышением летальности. При этом их выполнение обеспечивает больным с местно-распространенным раком желудка лучшее качество жизни. Проведение комбинированных гастрэктомий с детальным морфологическим исследованием удаленного препарата дает возможность более точно установить стадию заболевания, что позволяет строить индивидуальный прогноз для конкретного больного и корректировать его ведение в послеоперационном периоде.

Заключение. Современные принципы оперативного лечения рака желудка, заключающиеся в обеспечении онкологической адекватности и улучшении качества жизни больных, диктуют необходимость проведения комбинированных операций при местно-распространенном раке желудка.

Литература

1. Landis S.H., Murrey T., Bolden S. et al. Cancer statistics. Cancer 1999; 3: 3–8.
2. The World Health Report. 2003; p.164.
3. Van de Velde C.J.H. Current role of surgery and multimodal

- treatment in localized gastric cancer. In: ESMO Conference Lugano. Switzerland, Lugano. 2008; p. 93–98.
4. *Зейналов Р.С., Керимов А.Х., Марданлы Ф.А. и др.* Обзор заболеваемости и смертности от рака желудка. Азербайджанский журнал онкологии и гематологии 2005; 2: 45–50.
 5. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2005 г. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 2007; 18(2): прил. 1.
 6. *Sasako M.* Optimal surgery for gastric cancer: The Asian view. In: 10th World congress on gastrointestinal cancer. Spain, Barcelona; 2008; p. 133–140.
 7. *Lawrence W., Horsley J.S.* «Extended» lymph node dissection for gastric cancer is more better? J Surg Oncol 1996; 61: 85–89.
 8. *Roukos D.H., Hottenrott C., Lorens M. et al.* A critical evaluation of effectivity of extended lymphadenectomy in patients with carcinoma of the stomach An analysis of early results and long-term survival. J Cancer Res Clinical Oncology 1990; 116: 307–313.
 9. *Давыдов М.И., Туркин И.Н., Полоцкий Б.Е.* Современная хирургия рака желудка: от D2 к D3. В кн.: Материалы XI Российского онкологического конгресса. М; 2007; Т. 1; с. 47–53.
 10. *Bonenkamp J.J., Sasako M., Hermans J. et al.* Extended lymph-node dissection for gastric cancer. N Engl J Med 1999; 340: 908–914.
 11. *Bostanci E.B., Yol S., Kayaalp C. et al.* Comparison of complications after D2 and D3 dissection for gastric cancer. The journal of cancer surgery 2004 February; 30(1): 20–25.
 12. *Hartring H.H., Bonenkamp J.J., van de Velde C.J.H.* Influence of surgery on outcomes in gastric cancer. In: ESMO-EONS Educ. Symp. Budapest; 2001; 97–117.