

М.Д. Джураев
Д.М. Эгамбердиев
С.С. Мирзараимова
М.Ш. Худойбердиева

Республиканский
онкологический научный центр,
Ташкентская медицинская
академия, Ташкент,
Республика Узбекистан

Ключевые слова: рак желудка (местно-распространенный), расширенно-комбинированная гастрэктомия, стандартно-комбинированная гастрэктомия, эффективность.

Несмотря на небольшое снижение заболеваемости, рак желудка (РЖ) занимал, а в ряде азиатских стран (Япония, Корея и Китай) продолжает занимать лидирующее положение в структуре онкологической заболеваемости и смертности [1, 2, 4, 10]. По этим показателям в странах СНГ РЖ находится на первом месте у мужчин в Узбекистане, Таджикистане и Киргизии (14,4–18,3%) [2, 4]. Анализ литературы свидетельствует, что в последние годы в странах СНГ существенно увеличилось количество больных, обратившихся за помощью уже с IV стадией РЖ [1, 3, 4, 6, 7]. Все более многогранным и требующим дальнейшего изучения становится местно-распространенный РЖ. Согласно последнему изданию классификации Японской ассоциации по раку желудка и классификации Международного союза больных стадированные как pT4N2M0 относятся к IV стадии РЖ.

Одним из условий повышения эффективности лечения при местно-распространенном РЖ является увеличение резектабельности, то есть выполнение радикальной операции, несмотря на технические сложности при возрастании ее объема.

Однако вопрос о целесообразности хирургического лечения больных РЖ IV стадии остается открытым. Если при местно-распространенном процессе большинство хирургов придерживается активной тактики, то выявление прорастания РЖ в смежные структуры нередко заставляет отказаться от попытки выполнения комбинированной резекции или гастрэктомии [3, 5–9]. Мнение западных и восточных хирургов при этом не совпадает в решение вопроса об эффективности расширенных вмешательств. Были проведены и проводятся несколько проспективных рандомизированных исследований; международная группа изучения РЖ INT0116/SWOG9002, оценивая эффективность адъювантной химиотерапии, доказывает необходимость и эффективность локального хирургического контроля [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Резюме. Представлены результаты лечения 138 больных местно-распространенным раком желудка в двух группах: подвергшиеся расширенно-комбинированной гастрэктомии (1-я группа), подвергшиеся стандартно-комбинированной гастрэктомии (2-я группа). Послеоперационные осложнения отмечали у 30,0% больных в 1-й группе и у 33,8% во 2-й. Летальность составила в 1-й группе 7,1%, во 2-й — 8,8%. Общая 5-летняя выживаемость в 1-й группе составила $21,3 \pm 0,2\%$, во 2-й — $13,6 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$).

Цель работы — улучшение результатов лечения при местно-распространенном РЖ путем применения расширенно-комбинированной гастрэктомии.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данном исследовании представлен опыт лечения 138 больных местно-распространенным РЖ, получивших лечение в абдоминальном отделении Республиканского онкологического научного центра МЗ Республики Узбекистан в период с 1995 по 2005 г. Среди пациентов отмечено преобладание мужчин: 93 (67,4%) против 45 (32,6%) женщин. Средний возраст пациентов составил $57,3 \pm 0,8$ года, возрастной диапазон — от 29 до 80 лет. Пик заболеваемости приходится на возрастной период 51–60 лет. Соотношение мужчин и женщин 1,9 : 1,0. Из 138 больных 85 (61,6%) — жители сельской местности, 53 (38,4%) — жители города. При анализе распределения больных в зависимости от локализации установлено, что среди всех локализаций преобладало поражение верхней трети желудка (41,5%). Почти у половины больных выявлены аденокарциномы низкой степени дифференцировки (49,3%). У 33,3% пациентов установлены недифференцированные формы РЖ. Почти в половине случаев рост местно-распространенного РЖ носил язвенно-инфильтративную форму (47,1%).

Все исследованные больные были распределены на 2 группы: 1-я — пациенты, подвергшиеся расширенно-комбинированной гастрэктомии ($n = 70$), и 2-я — пациенты, подвергшиеся стандартно-комбинированной гастрэктомии ($n = 68$). Ретроспективный анализ историй болезни и протоколов операций свидетельствует, что по всем прогностическим параметрам обе группы были идентичными.

При анализе поражения смежных анатомических структур в 1-й группе было установлено, что у 24 больных (34,3%) вращение оказалось единственным — вовлечение одного органа. У остальных $\frac{2}{3}$ оперированных (46 больных (65,7%)) поражение носило множественный характер. Из них у 29

(41,4%) отмечено поражение 2, у 15 (21,4%) — 3 и у 2 (2,9%) — 4 различных анатомических образований. Чаще всего из соседних анатомических структур вовлекается поджелудочная железа (77,1%); далее печень — 13 (18,6%), пищевод — 12 (17,1%), селезенка и ворота селезенки — 11 (15,7%), брыжейка поперечно-ободочной кишки — 6 (8,6%), диафрагма — 5 (7,1%), тонкий кишечник — 3 (4,3%), надпочечник — 2 (2,8%).

Изучение операционного материала 2-й группы свидетельствовало о выходе опухоли на серозную оболочку желудка (Т3) у 28 (41,2%) больных, прорастании в соседние органы (Т4) — у 40 (68,8%). В этой группе из смежных с желудком органов чаще удаляли селезенку — у 58 (85,3%). У 50% больных резекция поджелудочной железы произведена в связи с врастанием (и/или интимным спаянием) опухоли в поджелудочную железу. Из 68 комбинированных гастрэктомий выполнено 33 (48,5%) резекции абдоминального отдела пищевода. Резекция поперечной ободочной кишки выполнена у 3 (4,4%) больных, а иссечение брыжейки поперечно-ободочной кишки — у 9 (13,2%). Резекция диафрагмы произведена в 6 (8,8%) случаях. Комбинированная гастрэктомия по поводу РЖ с резекцией печени выполнена у 4 (5,9%) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационные осложнения у больных местно-распространенным РЖ развились у 21 из 70 (30,0%) в 1-й группе и у 23 из 68 (33,8%) во 2-й группе ($p > 0,05$). Умерло 5 больных в 1-й группе, то есть общая летальность после расширенно-комбинированной гастрэктомии составила 7,1%. В группе стандартно-комбинированной гастрэктоми (2-я группа) умерло 6 больных, летальность составила 8,8% ($p > 0,05$) (таблица).

Изучая отдаленные результаты хирургического лечения РЖ, мы выявили, что объем произведенной лимфодиссекции приобретает определенное значение. При изучении рецидивирования установлено, что в 1-й группе из 61 обследованного пациента после расширенно-комбинированной гастрэктомии у 4 (6,6%), а во 2-й группе у 5 (8,6%)

из 58 обследованных больных имели место локальные рецидивы. Рецидивы в перигастральных и забрюшинных лимфоузлах выявлены в 1-й группе у 3 (4,9%) и во 2-й группе у 9 (15,5%) больных. Перитонеальная диссеминация выявлена в 1-й группе у 6 (9,8%) и во 2-й группе у 8 (13,8%) больных. И, наконец, отдаленные гематогенные метастазы выявлены в 1-й группе у 8 (13,1%) и во 2-й группе у 6 (10,3%) больных. Проведенный анализ выживаемости показал, что 3-летняя безрецидивная выживаемость составила в 1-й группе 37,7% и во 2-й — 22,0% (рис. 1); в дальнейшем различие между группами было меньшим, однако сохранялось в течение 5-летнего наблюдения.

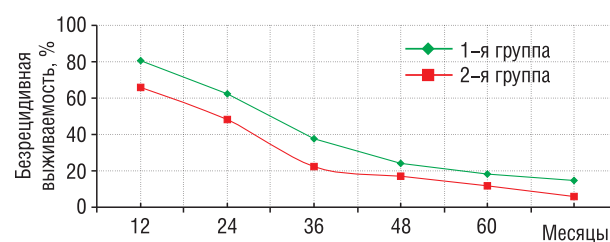


Рис. 1. Сравнение показателей безрецидивной выживаемости в 1-й и 2-й группе

Наиболее ощутимая разница в выживаемости пациентов выявлена при анализе показателя общей выживаемости. При анализе результатов 3- и 5-летней выживаемости в 1-й группе пациентов показатели составили $42,6 \pm 0,4\%$ и $21,3 \pm 0,2\%$ соответственно. Во 2-й группе 3-летняя выживаемость составила $25,4 \pm 0,03\%$, а 5-летняя выживаемость — $13,6 \pm 0,4\%$ ($p < 0,001$) (рис. 2).

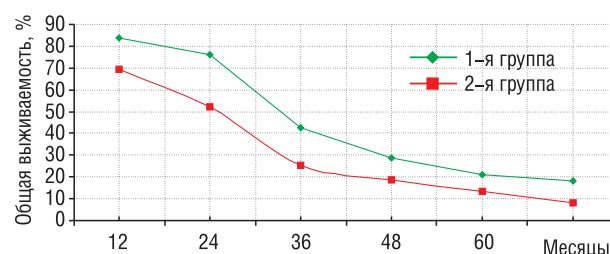


Рис. 2. Сравнение показателей общей выживаемости в 1-й и 2-й группе

Таблица

Послеоперационные осложнения и летальность в 1-й и 2-й группе

Осложнения*		Количество осложнений		Летальность	
		1-я группа абс. (%)	2-я группа абс. (%)	1-я группа абс. (%)	2-я группа абс. (%)
Хирургические	Недостаточность швов анастомоза	2 (2,8)	3 (4,4)	1 (1,4)	2 (2,9)
	Послеоперационный панкреатит	4 (5,7)	5 (7,4)	—	—
	Реактивный плеврит	4 (5,7)	4 (5,9)	—	—
	Хилоррея	2 (2,8)	—	—	—
	Панкреонекроз	1 (1,4)	1 (1,5)	1 (1,4)	1 (1,5)
	Кровотечение	1 (1,4)	1 (1,5)	—	—
	Внутрибрюшинный абсцесс	1 (1,4)	1 (1,5)	—	—
	Нагноение операционной раны	1 (1,4)	1 (1,5)	—	—
Терапевтические	Тромбоз/эмболия легочной артерии	2 (2,8)	2 (2,9)	2 (2,8)	2 (2,9)
	Острый инфаркт миокарда	2 (2,8)	1 (1,5)	1 (1,4)	1 (1,5)
	Пневмония + дыхательная недостаточность	1 (1,4)	1 (1,5)	—	—
	Сердечная недостаточность	1 (1,4)	1 (1,5)	—	—
	Печеночная недостаточность	1 (1,4)	1 (1,5)	—	—
	Почечная недостаточность	1 (1,4)	1 (1,5)	—	—
Всего больных		21 (30,0%)	23 (33,8%)	5 (7,1%)	6 (8,8%)

*Общее количество осложнений и количество больных с осложнениями могут не совпадать, так как иногда у одного и того же больного одновременно отмечали несколько осложнений.

ВЫВОДЫ

Проведенная оценка выявила ряд преимуществ расширенно-комбинированной гастрэктомии при местно-распространенном РЖ и закономерно подвела к следующим выводам.

1. При местно-распространенном РЖ, если отсутствует явление декомпенсации функции жизненно важных органов, методом выбора является расширенно-комбинированная гастрэктомия.

2. Сравнительный анализ с результатами стандартно-комбинированной гастрэктомии свидетельствует, что расширенно-комбинированная гастрэктомия достоверно не повышает частоту послеоперационных осложнений и летальности.

3. При сравнении отдаленных результатов установлено, что расширенно-комбинированная гастрэктомия по сравнению со стандартно-комбинированной гастрэктомией достоверно увеличивает 3- и 5-летнюю выживаемость и улучшает качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Абдихакимов АН.** Хирургическое лечение местно-распространенного и диссеминированного рака желудка. [Дис ... д-ра мед наук]. Москва, 2003. 307 с.

2. **Аксель ЕМ.** Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2005 г. Вестник РОНЦ им НН Блохина РАМН 2007; 18 (2): прил 1.

3. **Вашакмадзе ЛА, Пикин ОВ.** Место паллиативных операций в лечении распространенного рака желудка: современное состояние проблемы. Росс онкол журн 2000; (5): 47–51.

4. **Давыдов МИ, Аксель ЕМ.** Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2005 г. Вестник РОНЦ им НН Блохина РАМН 2007; 18 (2): прил 1.

5. **Давыдов МИ, Туркин ИН, Полоцкий БЕ.** Современная хирургия рака желудка: от D2 к D3. Матер XI Росс онкол конгресс. Москва, 2007; 1: 41–3.

6. **Джураев МД.** Результаты хирургического, комбинированного и комплексного лечения рака желудка III стадии по основным факторам прогноза. Росс онкол журн 2000; (3): 18–21.

7. **Чиссов ВИ, Вашакмадзе ЛА, Бутенко АВ и др.** Возможность хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии. Росс онкол журн 2003; (6): 4–7.

8. **Cornelis JH van de Velde.** Current role of surgery and multimodal treatment in localized gastric cancer. ESMO Conference Lugano. Switzerland, Lugano, 2008. Symposium lecture: 93–8.

9. **Sasako M.** Optimal surgery for gastric cancer: The Asian view. 10th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Spain, Barcelona, 2008: 133–40.

10. **Wai-Keung Leung.** The biology and pathogenesis of gastric cancer. 10th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Spain, Barcelona, 2008: 123–32.

SURGICAL TREATMENT RESULTS OF LOCALLY DISSEMINATED STOMACH CANCER

*M.D. Dzhuraev, D.M. Egamberdiev,
S.S. Mirzaraimova, M.S. Khudoyberdieva*

Summary. *Treatment results of 138 patients are discussed. Patients with locally disseminated stomach cancer underwent either extended combined gastrectomy (Group 1) or standard combined gastrectomy (Group 2). Post-surgery complications were found in 30.0% patients in Group 1 and in 33.8% in Group 2. Case fatality rates were 7.1% versus 8.8% and overall 5-year survival rates were $21.3 \pm 0.2\%$ versus $13.6 \pm 0.4\%$ ($p < 0.001$) in Groups 1 and 2 respectively.*

Key Words: stomach cancer (locally disseminated), extended combined gastrectomy, standard combined gastrectomy, efficacy.

Адрес для переписки:

Джураев М.Д.

Республика Узбекистан,

100174, Ташкент, ул. Фараби, 383

Республиканский онкологический научный центр

E-mail: dr.dilshod@mail.ru