

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МУЛЬТИОРГАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

А.М. Карачун, Д.В. Самсонов

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург
Ленинградский областной онкологический диспансер, г. Санкт-Петербург

Аналізу подверглись результаты хирургического лечения 169 больных местнораспространенным раком желудка, которым в период с 2000 по 2005 года выполнены R0 комбинированные вмешательства. Частота послеоперационных осложнений в проведенном исследовании достигла 31,4±3,3%, послеоперационная летальность – 7,1±1,0%. Общая 5-летняя выживаемость составила 24,1±3,1%, медиана выживаемости – 16 месяцев. Выявлены категории пациентов, R0 вмешательства у которых не привели к улучшению отдаленных результатов лечения, что требует выработки дифференцированной хирургической тактики для больных местнораспространенным раком желудка.

Ключевые слова: местнораспространенный рак желудка, хирургическое лечение, ближайшие и отдаленные результаты, комбинированные операции, мультиорганные резекции.

Рак желудка (РЖ) остается актуальной проблемой современной медицины. Россия входит в первую десятку стран по уровню заболеваемости данной нозологией, прочно удерживая лидирующее положение в мире по смертности от РЖ [2]. Сохраняются высокими показатели запущенности РЖ. В настоящее время у 60–90% вновь выявленных больных регистрируются III и IV стадии заболевания [11]. При этом удельный вес местнораспространенного РЖ, по данным литературы [2, 14], колеблется от 20 до 60%.

В настоящее время в литературе окончательно не сформировалось единое понятие «местнораспространенный рак». Мы поддерживаем тех авторов [1, 6], которые данным термином обозначают поражение всей толщи стенки желудка с гистологически верифицированным врастанием в соседние структуры при отсутствии отдаленных метастазов (T4N0-3M0). Считаем такую трактовку наиболее удобной с практической точки зрения. Она очерчивает относительно однородную группу пациентов, которым для достижения радикальности вмешательство требуется выполнение комбинированных операций с резекцией соседних органов.

Один из основных путей снижения частоты нерезектабельности местнораспространенного РЖ – увеличение объема операции до мультиорганных резекций смежных с желудком органов, вовлеченных в опухолевый процесс. Результаты таких вмешательств, представленные в литературе, достаточно разноречивы. По мнению одних авторов [6, 13, 14], при расширении объема комбинированных операций до мультиорганных резекций отмечается существенное увеличение частоты послеоперационных осложнений (до 59,4%). Другие исследователи [5, 12] утверждают, что это увеличение незначительно и составляет 20,7-21,5%. Третьи [7] – считают, что расширение объема вмешательства на частоту осложнений не влияет, а осложнения при этом встречаются не более чем в 6,0% случаев.

5-летняя выживаемость радикально оперированных больных местнораспространенным РЖ в отдельных исследованиях отсутствует, в других достигает 49,3% [1, 3, 4, 6, 8, 9, 13]. При этом, по данным ряда авторов [8, 9], не выявлено зависимости отдаленных результатов хирургического лечения от количества резецированных соседних органов. С этим согласны не все исследователи. Так, в сообщении I. Kodama и соавт. (1997) [10], после резекции одного органа более 5 лет прожили 29% пациентов, после мультиорганных резекций 5-летней выживаемости не отмечено.

Таким образом, непосредственные и отдаленные результаты мультиорганных резекций при местнораспространенном РЖ, приводимые в литературе, остаются крайне разноречивыми, а целесообразность их выполнения признается не всеми авторами.

Материалы и методы

За период с 2000 по 2005 годы на клинической базе 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в Ленинградском областном онкологическом диспансере по поводу РЖ оперированы 842 пациента. Местнораспространенный рак диагностирован у 223 (26,5%) больных.

Комбинированные радикальные (R0) вмешательства выполнены 169 (75,8%) больным местнораспространенным РЖ, ретроспективный анализ результатов хирургического лечения которых лёг в основу настоящей работы.

У всех пациентов, включенных в исследование, диагноз РЖ верифицирован гистологически, глубина инвазии опухолью стенки желудка классифицирована как T4 при степени регионарного метастазирования от N0 до N3 либо Nx и отсутствии отдаленных метастазов (M0) Использовалась классификация Международного противоракового союза (International Union Against Cancer, UICC), 2002 года.

Средний возраст пациентов указанной категории составил $62,9 \pm 0,7$ лет, минимальный – 44 года, максимальный - 81. Мужчин в данной группе было 110 (65,1%), женщин – 59 (34,9%), их соотношение 1,9:1.

138 (81,7%) больным данной группы оперативное вмешательство выполнено в объеме гастрэктомии. 29 (17,2%) пациентов оперированы в объеме дистальной субтотальной резекции желудка. Проксимальная субтотальная резекция желудка выполнена 2 (1,1%) пациентам.

Радикальные (R0) операции в 154 (91,1%) сопровождались внутрибрюшной лимфодиссекцией в объеме D2 и в 15 (8,9%) – в объеме D3.

При выполнении радикальных вмешательств резекция только одного соседнего органа произведена в 68 (40,2%) случаях, двух – в 51 (30,2%) случае, трех – в 41 (24,3%), в 9 случаях – одновременно резецированы четыре соседние структуры. Таким образом, в 59,8% случаев вмешательства сопровождались резекцией двух и более соседних органов, т.е. мультиорганными резекциями.

Результаты и их обсуждение

Непосредственные результаты. Осложнения после радикальных вмешательств наблюдались у 53 (31,4±3,3%) пациентов. При этом у 33 (19,5%) больных послеоперационные осложнения потребовали выполнения релапаротомии, из них 4 (2,4%) пациентам повторные операции выполнялись дважды, а 3 (1,8%) – четырежды. Наиболее частыми осложнениями стали: послеоперационный панкреатит/панкреонекроз ($10,1 \pm 1,4\%$), абсцессы брюшной полости различной локализации ($9,5 \pm 1,3\%$), несостоятельность швов эзофагоэнтероанастомоза ($4,1 \pm 0,6\%$), нозокомиальная пневмония ($4,1 \pm 0,6\%$). Послеоперационная летальность составила $7,1 \pm 1,0\%$ (умерли 12 больных).

Нами изучено влияние количества резецированных соседних структур на непосредственные результаты радикальных комбинированных вмешательств.

Непосредственные результаты вмешательств с резекцией только одного соседнего органа расценены нами как относительно удовлетворительные (частота послеоперационных осложнений составила $22,1 \pm 4,1\%$, летальность – $5,9 \pm 1,3\%$) (таблица 1).

Таблица 1

Непосредственные результаты радикальных комбинированных вмешательств в зависимости от количества резецированных соседних структур

Количество резецированных соседних структур	Всего пациентов (n=169)	Имели осложнения		Умерли	
		Абс.	%	Абс.	%
+1	68	15	$22,1 \pm 4,1$	4	$5,9 \pm 1,3$
+2	51	17	$33,3 \pm 6,2$	3	$5,9 \pm 1,5$
+3	41	16	$39,0 \pm 7,5$	3	$7,3 \pm 2,1$
+4	9	5	$55,6 \pm 18,1$	2	$22,2 \pm 12,7$

Расширение объёма вмешательств до мультиорганных резекций привело к достоверному росту доли послеоперационных осложнений и летальности. Так, операции с резекцией двух соседних органов осложнились в $33,3 \pm 6,2\%$ случаев, трех – в $39,0 \pm 7,5\%$, четырех – в $55,6 \pm 18,1\%$. Послеоперационная летальность составила $5,9 \pm 1,5\%$, $7,3 \pm 2,1\%$ и $22,2 \pm 12,7\%$, соответственно

Таким образом, выполнение мультиорганной резекции при местнораспространенном РЖ отрицательно сказывается на непосредственных результатах хирургического лечения.

Отдаленные результаты удалось проследить у 138 пациентов (81,7%). Общая 5-летняя выживаемость радикально оперированных больных местнораспространенным раком желудка составила $24,1 \pm 3,1\%$, медиана выживаемости достигла 16 месяцев.

Проанализированы отдаленные результаты радикальных комбинированных вмешательств в зависимости от количества резецированных соседних структур (рисунок 1).

Выживаемость пациентов после резекции лишь одного соседнего органа в ходе комбинированного вмешательства изучена у 54 больных. При этом 1-годичная выживаемость достигала $64,8 \pm 6,2\%$, 3-летняя – $35,2 \pm 6,2\%$, 5-летняя – $29,2 \pm 5,6\%$. Медиана выживаемости в данной подгруппе составила 16 месяцев.

В подгруппе оперированных (44 человека), перенесших резекцию двух соседних органов, 1-годичная выживаемость составила $61,4 \pm 7,2\%$, 3-летняя – $34,1 \pm 6,8\%$, 5-летняя – $29,8 \pm 6,3\%$. Медиана выживаемости – 18 месяцев.

Среди 33 пациентов, которым резецированы три соседних органа, 1 год прожили $54,5 \pm 8,7\%$ оперированных, 3 года – $21,1 \pm 5,9\%$, 5 лет – $15,2 \pm 4,5\%$. Медиана выживаемости – 14 месяцев.

Из 9 пациентов, которым выполнена резекция четырех соседних органов, 1 год прожили 4 больных, 2 года – 1 оперированный. 3-летней выживаемости в данной подгруппе не наблюдалось. Медиана выживаемости составила 12 месяцев.

Таким образом, отдаленные результаты вмешательств с резекцией не более двух соседних органов расценены как относительно удовлетворительные. Увеличение количества резецированных соседних органов до трех достоверно ухудшало выживаемость больных местнораспространенным раком желудка, а до четырех – делало ее неудовлетворительной (не наблюдалась 3-летняя выживаемость).

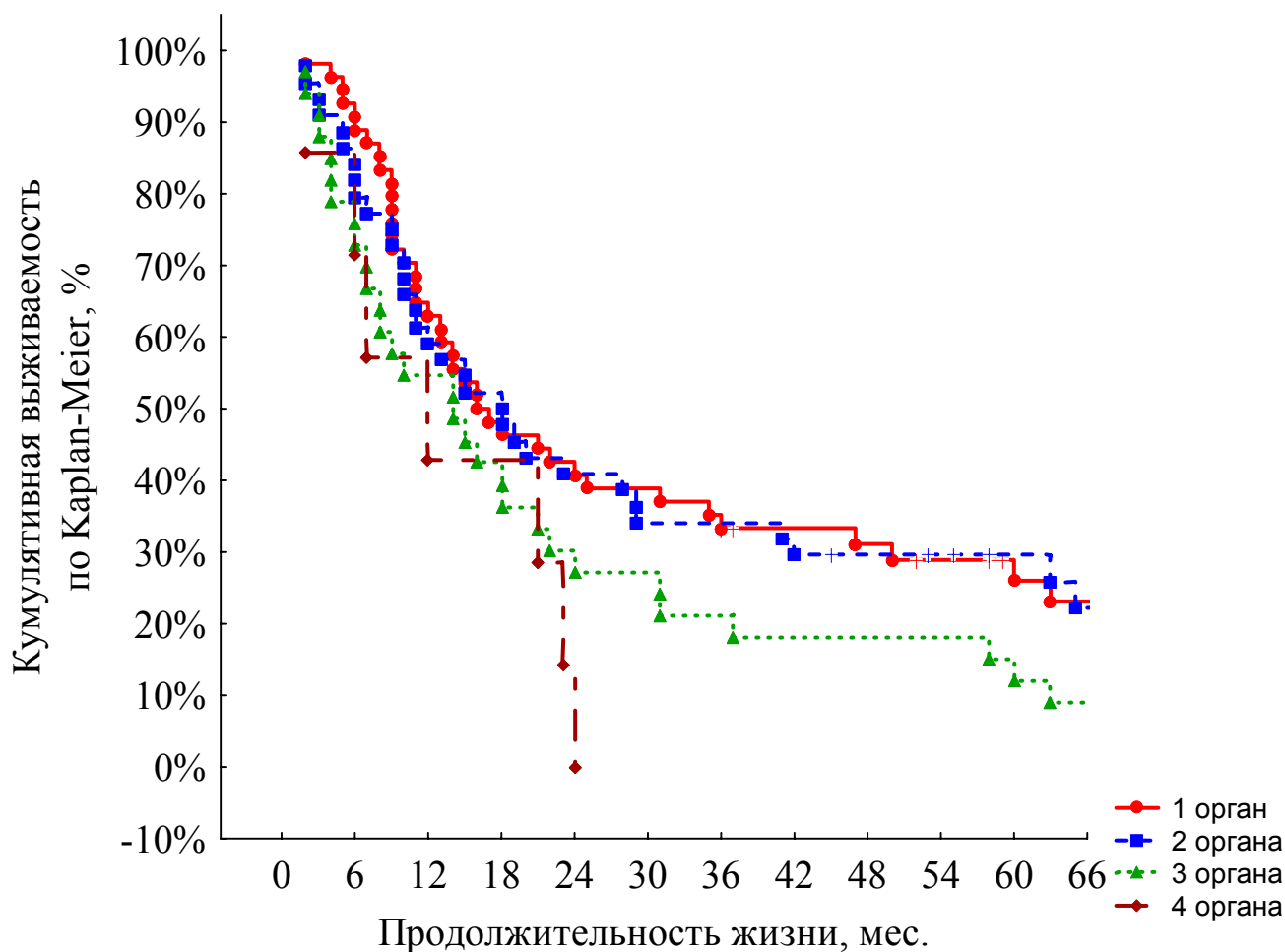


Рис. 1. Отдаленные результаты комбинированных R0 вмешательств с резекцией различного количества соседних структур

Полученные данные указывают на наличие категорий больных местнораспространенным РЖ, выполнение радикальных комбинированных вмешательств у которых при увеличении частоты послеоперационных осложнений и летальности не приводит к улучшению выживаемости.

Выводы

При местнораспространенном РЖ комбинированные вмешательства при возможности полного удаления опухоли (R0) характеризуются относительно благоприятными результатами лечения. Вовлечение в опухолевый процесс трех соседних органов статистически значительно ухудшает отдаленные результаты хирургического лечения местнораспространенного РЖ, а четырех – делает их неудовлетворительными.

Таким образом, современная лечебная тактика в отношении местнораспространенного РЖ должна базироваться на активной хирургической позиции. Однако необходима разработка критериев, определяющих целесообразность выполнения комбинированных вмешательств пациентам данной категории и определяющих прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдихакимов А.Н. Результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка T4N2M0 / А.Н. Абдихакимов // *Анналы хирургии*. – 2003. – № 1. – С. 23–27.
2. Бондарь Г.В. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович [и др.] // *Онкология*. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 171–175.
3. Скоропад В.Ю. Рациональная тактика лечения местно-распространенного рака желудка: место лучевой терапии / В.Ю. Скоропад // *Практ. онкол.* – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 28–35.
4. Стилиди И.С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространенного рака желудка / И.С. Стилиди, С.Н. Неред // *Практ. онкол.* – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 20–27.
5. Сукач С.Е. Комбинированная гастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией в хирургическом лечении рака желудка : автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Е. Сукач. – М. : ВНЦХ РАМН, 1992. – 25 с.
6. Чарторижский В.Д. Хирургическое лечение местнораспространенного рака желудка : автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Д. Чарторижский. – СПб. : НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, 1996. – 27 с.
7. Чиссов В.И. Возможности хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии / В.И. Чиссов, Л.А. Вашакмадзе, А.В. Бутенко [и др.] // *Рос. онкол. журн.* – 2003. – № 6. – С. 4–7.
8. Carboni F. Extended multiorgan resection for T4 gastric carcinoma: 25-year experience / F. Carboni, P. Lepiane, R. Santoro [et al.] // *J. Surg. Oncol.* – 2005. – Vol. 90, № 2. – P. 95–100.
9. Kobayashi A. Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer / A. Kobayashi, T. Nakagohri, M. Konishi [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* – 2004. – Vol. 8, № 4. – P.464–470.
10. Kodama I. Gastrectomy with combined resection of other organs for carcinoma of the stomach with invasion to adjacent organs: clinical efficacy in a retrospective study / I. Kodama, H. Takamiya, K. Mizutani [et al.] // *J. Am. Coll. Surg.* – 1997. – Vol. 184, № 1. – P.16–22.
11. Lawrence W. The national cancer data base report on gastric cancer / W. Lawrence, H.R. Menck, G.D. Steele [et al.] // *Cancer*. – 1995. – Vol. 75, № 7. – P. 1734–1744.
12. Lo S.S. Higher morbidity and mortality after combined total gastrectomy and pancreaticosplenectomy for gastric cancer / S.S. Lo, C.W. Wu, K.H. Shen [et al.] // *World J. Surg.* – 2002. – Vol. 26, № 6. – P. 678–682.
13. Martin R.C. Achieving R0 resection for locally advanced gastric cancer: is it worth the risk of multiorgan resection? / R.C. Martin, D.P. Jaques, M.F. Brennan [et al.] // *J. Am. Coll. Surg.* – 2002. – Vol. 194, № 5. – P. 568–577.
14. Shchepotin I.B. Extended surgical resection in T4 gastric cancer / I.B. Shchepotin, V.A. Chorny, R.J. Nauta [et al.] // *Am. J. Surg.* – 1998. – Vol. 175, № 2. – P. 123–126.

SHORT-TERM AND LONG-TERM RESULTS OF RADICAL R0 MULTIORGAN RESECTIONS FOR ADVANCED STOMACH CANCER

A.M. Karachun, D.V. Samsonov

The results of surgical treatment of 169 patients with R0 combined resections performed in the period from 2000 to 2005 due to advanced stomach cancer were analyzed. The postoperative morbidity rate was $31,4 \pm 3,3\%$, postoperative mortality rate was $7,1 \pm 1,0\%$. The overall 5-year survival rate was $24,1 \pm 3,1\%$, median of survival was 16 months. The categories of patients with R0 resections which have not improved the treatment long-term results were identified. This requires a differentiated surgical treatment for patients with advanced stomach cancer.

Key words: advanced stomach (gastric) cancer, surgical treatment, short-term and long-term results, combined resections, multiorgan resections

Карачун Алексей Михайлович – кандидат медицинских наук доцент, врач-онколог 1 хирургического отделения Ленинградского областного онкологического диспансера, ассистент 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Рабочий адрес: 191104, г. Санкт-Петербурга, Литейный проспект, д. 37. Тел. раб. (812) 273-15-64, моб. (921) 946-21-23, факс (812) 272-59-24, e-mail karachun@ou.ru

Самсонов Денис Владимирович – кандидат медицинских наук, начальник отделения 2 кафедры (хирургии усовершенствования врачей) Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова. Рабочий адрес: 191104, г. Санкт-Петербурга, Литейный проспект, д. 37. Тел. раб. (812) 273-15-64, моб. (904) 557-47-34, факс (812) 272-59-24, e-mail desavl@mail.ru