

ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Ф.Ш. Ахметзянов, М.Р. Китаев

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет

Ахметзянов Фоат Шайхутдинович,
доцент, зав. курсом онкологии,
420111, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Батурина, 7,
тел. 8 (843) 292-46-70,
e-mail: Akhmetzyanov@mail.ru

В статье отражены результаты хирургического лечения 183 больных раком дистального отдела желудка, проведенного на базе городского онкологического диспансера г. Казани. Выявлены особенности лимфогенного метастазирования в зависимости от локализации по ангиологическим сегментам желудка. Предложен объем оперативного вмешательства при раках дистальной локализации.

Ключевые слова: рак дистального отдела желудка, лимфогенное метастазирование, сегменты желудка.

THE BASIS OF VOLUME OF SURGICAL INTERVENTION OF THE DISTAL GASTRIC CANCER

F.Sh. Akhmetzyanov, M.R. Kitaev

Kazan State Medical University

The article reflects the results of surgical treatment of 183 patients with distal gastric cancer, held at the City Oncology Center in Kazan. Features of lymph node metastasis depending on the segmental structure of the stomach were studied. A volume of surgical intervention for cancers of the distal localization have been proposed.

The key words: distal gastric cancer, lymph node metastasis, segments of the stomach.

Рак желудка (РЖ), несмотря на некоторое снижение заболеваемости за последние годы, остается одним из самых распространенных заболеваний в мире [1,5]. Хирургический метод признан не только ведущим компонентом, но и «золотым стандартом» радикального лечения рака желудка [2,3,5,6,7,8,9]. Вопросы выбора при раке дистального отдела желудка (РДОЖ) остаются противоречивыми.

Цель исследования

Улучшение отдаленных результатов хирургического лечения больных раком дистального отдела желудка.

Материалы и методы

Подвергнуты анализу результаты хирургического лечения 183 больных РДОЖ, проведенных в ГУЗ Казанский городской онкологический диспансер. Больные разделены на 2 группы: первая (основная) - перенесшие гастрэктомию (93) и вторая (группа сравнения) - перенесшие дистальные субтотальные резекции желудка (90). Комбинированные гастрэктомию выполнены у 45 больных (48,8%), СДРЖ – у 26 больных (28,9%).

Для выбора объема резекции желудка, изучения лимфогенного метастазирования и отдаленных результатов лечения больных РЖ пользовались делением желудка [4] на ангиологические сегменты (рис. 1), к дистальным ракам отнесены опухоли I и II сегментов.

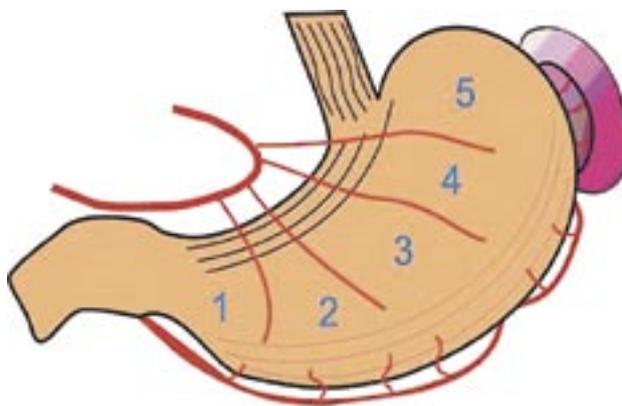


Рис. 1. Схема сегментарного строения желудка (цифрами обозначены ангиологические сегменты желудка)

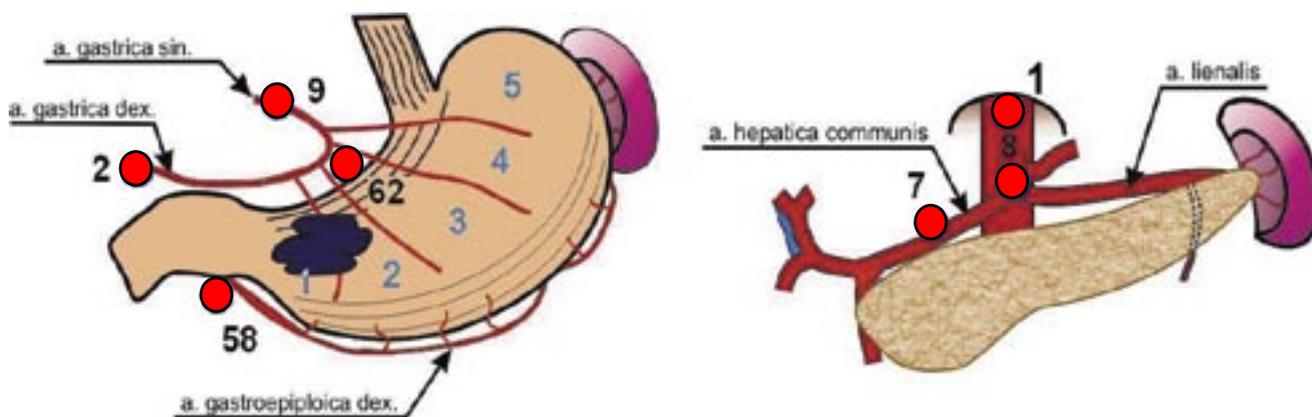


Рис. 2. Общая частота лимфогенных метастазов рака в пределах I и II сегментов желудка (n=183, с метастазами в ЛУ - 91), ● - число больных с метастазами в лимфоузлах указанных локализаций

Всем исследованным больным произведена расширенная лимфодиссекция (ЛД). Подвергнуты гистологическому изучению лимфоузлы (ЛУ) перигастральных и забрюшинных (париетальных) групп у всех 183 пациентов.

Для определения стадии заболевания использовалась классификация TNM, опубликованная Международным Противораковым Союзом (1989).

Проведен сравнительный анализ отдаленных результатов лечения больных РДОЖ в зависимости от стадии рака, локализации по ангиологическим сегментам, глубины пенетрации, степени дифференцировки и анатомической формы опухоли.

Результаты и обсуждение

Основной контингент составили пациенты пожилого возраста: свыше 60 лет - 126 человек (68,85%), из них свыше 70 лет - 41 человек (22,41%). Большую часть составили больные с III стадией болезни (60,11%).

Установлено, что из 91 больного с метастазами в ЛУ (рис. 2) узлы 1 и 2 коллекторов по А.В. Мельникову почти одинаково часто поражаются метастазами рака (63,74% и 68,13% соответственно). Реже поражаются ЛУ 3 коллектора - 2,20%. Париетальные ЛУ по ходу общей печеночной артерии, чревного ствола, у основания левой желудочной артерии, предортальные были поражены у 7,69%, 8,79%, 9,89%, 1,10% соответственно.

Изучена пятилетняя выживаемость (ПВ) больных РЖ (табл.1) и причины смерти. В основном больные умирали от прогрессирования заболевания в виде диссеминации процесса в печень, асцита. Трое больных подвергнуты лапаротомии с подозрением на рецидив в культе желудка, но при ревизии рецидив не выявлен, а обнаружено сдавление анастомоза извне метастазами.

Общая ПВ больных после ГЭ оказалась ниже (37,65±0,88%), чем после СДРЖ (46,99±0,97%), (p<0,001). ПВ в зависимости от локализации опухоли по сегментам желудка показала, что при одновременном поражении I и II сегментов в первой группе больных ПВ ниже (33,33 ± 0,83%), чем во второй (44,26±0,94%), (p<0,001), что свидетельствует о достаточности при таких локализациях опухоли СДРЖ.

Таблица 1

Пятилетняя выживаемость больных в зависимости от стадии заболевания

Стадия болезни	Первая группа (абс., %)	Вторая группа (абс., %)
1	5 (71,43±1,21%)	17 (80,95±1,31%)
2	11 (57,89±1,08%)	11 (57,89±1,08%)
3	16 (27,12±0,77%)	11 (26,19±0,76%)
ИТОГО	32 (37,65±0,88%)	39 (46,99±0,97%)

Таблица 2

Выживаемость в зависимости от степени пенетрации опухоли

Степень пенетрации	Выживаемость 5 лет	
	первая группа (абс., %)	вторая группа (абс., %)
T1	0	7 (87,50±1,38%)
T2	5 (83,33±1,33%)	10 (71,43±1,21%)
T3	22 (40,0±0,90%)	17 (48,57±0,99%)
T4	5 (21,74±0,72%)	5 (19,23±0,69%)
ИТОГО	32 (37,65±0,88%)	39 (46,99±0,97%)

При умеренно и низкодифференцированных опухолях при одинаковых стадиях ПВ существенно не различалась: в первой группе больных при I-II стадиях - 66,67% (12 из 18 больных), во второй - 63,64% (21 из 33 больных); III стадии - 28,57% (14 из 49 больных) и 28,57% (10 из 35 больных) соответственно. Отмечалось некоторое снижение ПВ только при недифференцированных опухолях. По нашим данным на выживаемость больных оказывает влияние не столько дифференцировка опухоли, сколько стадия процесса.

По нашим данным (табл.2) у больных, перенесших ГЭ, ПВ при прорастании до субсерозной оболочки (T2) выше (83,33±1,33%), чем у больных, перенесших СДРЖ (71,43% ± 1,21%). При прорастании серозной оболочки (T3) ПВ в первой группе больных составила 40,0±0,90%, во второй - 48,57±0,99%. При переходе опухоли на соседние структуры (T4) соответствующие показатели были 21,74±0,72% и 19,23±0,69%. Таким образом, объем операции в

зависимости от степени пенетрации не повлиял на отдаленные результаты лечения.

При анализе выживаемости больных в зависимости от анатомической формы опухоли установлено, что в обеих группах больных общая ПВ при опухолях с экзофитной формой роста существенно не различалась: $47,17 \pm 0,97\%$ и $50,0\% \pm 1,0\%$ ($p < 0,05$), при инфильтративных опухолях ПВ в первой группе оказалась ниже ($21,88 \pm 0,72\%$), чем во второй ($39,13 \pm 0,89\%$), ($p < 0,001$).

Мы считаем, что операция СДРЖ показана во всех случаях, когда пораженный желудок технически удалим, границы опухоли ограничены первым и вторым ангиологическими сегментами. Противопоказанием к выполнению СДРЖ, по нашему мнению, является наличие обширного регионального метастазирования в верхних отделах малой кривизны либо прорастание метастазов в стенку желудка в этой же области. Мы не считаем противопоказанием к дистальной субтотальной резекции инфильтративные опухоли, ограниченные первым и вторым сегментами желудка. Вопрос о целесообразности операции решается индивидуально.

Рассматривая проблему лечения больных РДОЖ установлено, что она достаточно сложна и далека от своего разрешения. Вопросы рациональной хирургической тактики продолжают оставаться нерешенными.

Выводы

1. При локализации рака в пределах первого и второго ангиологических сегментов желудка, ЛУ париетальных групп достаточно часто поражаются метастазами рака ($23,08\%$ - у 21 из 91 больного) и ограничиваются узлами, расположенными вдоль общей печеночной артерии и ее ветвей, вокруг чревного ствола и аорты.

2. При раке желудка дистальной локализации с поражением I и II сегментов отдаленные результаты не показывают преимуществ гастрэктомии перед субтотальной дистальной резекцией желудка (ПВ - $37,65 \pm 0,88\%$ и $46,99 \pm 0,97\%$ соответственно), независимо от стадии процесса, степени пенетрации и анатомической формы роста опухоли.

3. Рациональным объемом операции при раках дистальной локализации, ограниченных I и II сегментами желудка, является субтотальная дистальная

резекция желудка с лимфодиссекцией по ходу печеночной артерии и ее ветвям, вокруг чревного ствола и аорты (НСА - ЛД по нашей классификации).

Список литературы

1. Давыдов М.И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестн. ОНЦ РАМН им. Блохина. - 2008 - Т. 19. - №2 (прил. 1). - С. 52-90.
2. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов // Современная онкология. - 2000. - №2. - С. 4-10.
3. Давыдов М.И. Состояние проблемы и пути оптимизации тактики хирургического лечения больных раком желудка старшей возрастной группы / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, В.В. Маховский // Хирургия. - 2008. - №10. - С. 73-79.
4. Сигал М.З. Операция резекции слизистой оболочки желудка - мукозэктомия / М.З. Сигал, А.А. Агафонов // Экспериментальная хирургия и анестезиология. - 1973. - №3 - С. 38-40.
5. Чиссов В.И. Расширенные лимфаденэктомии при раке желудка: аргументы за и против / В.И. Чиссов, Л.А. Вашакмадзе, Г.А. Франк, А.В. Бутенко // Российский онкологический журнал - 1999. - №1. - С. 4-6.
6. Bonenkamp J.J. Extended lymph-node dissection for gastric cancer. Dutch Gastric Cancer Group / J.J. Bonenkamp, J. Hermans, M. Sasako, C.J. van de Velde // N. Engl. J. Med. - 1999. - Vol. 340. - P. 908-914.
7. Kunisaki C. Implication of Extended Lymph Node Dissection for Advanced Gastric Cancer / C. Kunisaki, H. Shimada, M. Takahashi et al. // Asian Journal of Surgery. - 2003. - Vol. 26. - №1. - P. 96.
8. Maruyama K. Can sentinel node biopsy indicate rational extent of lymphadenectomy in gastric cancer surgery? Fundamental and new information on lymphnode dissection / K.Maruyama, M.Sasako, T.Kinoshita et al. // Langenbecks Arch. Surg. - 1999. - Vol. 384. - №2. - P. 149-157.
9. Sano T. For the Gastric Cancer Surgical Study Group Of The Japan Clinical Oncology Group (JCOG) Randomised controlled trial to evaluate para-aortic lymphadenectomy for gastric cancer / Sano T., Sasaco M. // (JCOG 9501) IV th International Gastric Cancer Congress. - 2007. - P. 645-663.