

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНЫХ И ПАЛЛИАТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Роман Л.Д., Карачун А.М., Самсонов Д.В.

ГУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», г. Санкт-Петербург

УДК: 616.33-006.6-039.76/.75

Резюме

За период с 2000 по 2005 годы оперированы 223 больных местнораспространенным раком желудка. Общая 5-летняя выживаемость составила 17,9±2,6%, медиана выживаемости – 12 месяцев. Выявлены категории пациентов, у которых радикальные вмешательства не привели к улучшению отдаленных результатов лечения. Отмечено улучшение выживаемости больных, получивших паллиативное хирургическое лечение по сравнению с симптоматическими вмешательствами.

Ключевые слова: местнораспространенный рак желудка, хирургическое лечение, комбинированные операции, паллиативная хирургия, мультиорганные резекции.

LONG-TERM RESULTS OF RADICAL AND PALLIATIVE SURGERY OF PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER

Roman L.D., Karachun A.M., Samsonov D.V.

223 patients with locally advanced gastric cancer were operated during the period from 2000 to 2005 years. The overall 5-year survival rate was 17,9±2,6%, median survival – 12 months. Categories of patients who had no improved long-term results of treatment after radical surgery were identified. The patients had better survival results after palliative surgery versus symptomatic interventions.

Keywords: locally advanced gastric cancer, surgical treatment, outcomes/long-term results of surgical treatment, combined surgery, palliative surgery, multiorgan resections.

Введение

Рак желудка (РЖ) в структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями занимает вторую позицию после рака легких. По оценкам разных авторов [2, 7, 21] частота местнораспространенного РЖ среди всех вновь выявленных больных этой нозологией колеблется от 20 до 60%.

Столь разноречивые данные объясняются тем обстоятельством, что понятие «местнораспространенный РЖ» различными авторами трактуется по-разному. Одни исследователи [6] под местнораспространенным понимают РЖ IV стадии при отсутствии отдаленных метастазов (T1-3N3M0, T4N1-3M0). Другие [3] полагают, что РЖ следует считать местнораспространенным, если имеется опухолевая инвазия серозной оболочки и/или наличие хотя бы одного метастатического лимфатического узла (T3-4N0M0, T1-4N1-3M0). Третьи [8, 9] считают, что местнораспространенный рак – это «опухоль с большей распространенностью, чем ранний рак», при этом под ранним раком авторы понимают случаи с распространенностью T1N1-2M0, к местнораспространенному же относят T2-4N0-3M0 стадии. Четвертые [1, 11] данным термином обозначают поражение всей толщи стенки желудка с гистологически верифицированным врастанием в соседние структуры при отсутствии отдаленных метастазов (T4N0-3M0).

По нашему мнению наиболее удобным с практической точки зрения является последнее определение. Оно позволяет выделить относительно однородную группу пациентов, которым для достижения радикальности вмешательства требуется выполнение комбинированных операций.

Отдаленные результаты таких вмешательств, представленные в литературе, достаточно разноречивы, что

обусловлено как терминологическими разногласиями, так и отсутствием единой хирургической тактики. Так, 5-летняя выживаемость больных местнораспространенным РЖ после радикальных комбинированных вмешательств в ряде исследований отсутствует [4, 10] либо невысока – 12,7–25,0% [6, 8, 11, 13, 18, 19, 21]. Другие авторы [1, 14, 15, 16, 20, 22] сообщают о 5-летней выживаемости после расширенных комбинированных операций на уровне 34,1–59,3%. Разноречивыми остаются и показания к мультиорганным и паллиативным резекциям. Все это определяет актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы

Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе результатов обследования и хирургического лечения 223 больных местнораспространенным РЖ, оперированных в 1 хирургическом отделении Ленинградского областного онкологического диспансера за период с 2000 по 2005 годы. У всех пациентов диагноз верифицирован гистологически, глубина инвазии опухолью стенки желудка классифицирована как T4 при степени регионарного метастазирования от N0 до N3 либо Nx и отсутствии отдаленных метастазов (классификация Международного противоракового союза).

Мужчин было 139 (62,3%), женщин – 84 (37,7%). Соотношение мужчин и женщин составило 1,7:1. Средний возраст больных местнораспространенным РЖ составил 63,0±0,6 лет, минимальный – 35 лет, максимальный – 81 год.

Все больные местнораспространенным РЖ разделены на три группы. В первую группу вошли 169 (75,8%) больных, которым были выполнены радикальные (R0) комбинированные вмешательства. Вторую группу составили 24 (10,7%) пациента, которым выполнены пал-

лиативные комбинированные резекции. Третья группа представлена 30 (13,5%) больными, хирургическое лечение у которых ограничено симптоматическими и эксплоративными вмешательствами.

Резектабельность больных местнораспространенным РЖ составила 86,5% (193 больных). Всем пациентам первой и второй групп выполнены комбинированные операции, при этом в 155 (80,3%) случаях произведена гастрэктомия, в 36 (18,7%) – дистальная субтотальная резекция желудка, в 2 (1,0%) – проксимальная субтотальная резекция желудка.

Радикальные (R0) операции в 154 (91,1%) случаях сопровождались внутрибрюшной лимфодиссекцией в объеме D2 и в 15 (8,9%) – в объеме D3. При паллиативных вмешательствах в 11 (45,8%) случаях выполнена D2-лимфодиссекция, в 13 (54,2%) – D1.

30 больным третьей группы в 15 (50,0%) случаях выполнено формирование обходного гастроэнтероанастомоза по Вельфлеру, в 2 (6,7%) – энтеростомия по Майлдо, в 13 (43,3%) – вмешательство ограничено эксплоративной лапаротомией.

Пациенты всех трех групп существенно не отличались по полу, возрасту, имеющейся сопутствующей соматической патологии.

Результаты и их обсуждение

Общая 5-летняя выживаемость больных местнораспространенным раком желудка составила 17,9±2,6%, медиана выживаемости – 12 месяцев (рисунок 1).

В группе больных, которым были выполнены комбинированные радикальные операции, 5-летняя выживаемость составила 25,8±4,0%, медиана выживаемости – 16 месяцев. После паллиативных комбинированных резекций достигнута 3-летняя выживаемость на уровне 4,3±1,8%, ни один больной не прожил более 4 лет, медиана выживаемости составила 12 месяцев. После симптоматических и эксплоративных операций наблюдалась 1-годичная выживаемость в 3,3±1,2%, 2-летней выживаемости не отмечено, медиана выживаемости для данной группы – 3 месяца. Различия в отдаленных результатах лечения между указанными группами статистически значимы ($p < 0,05$).

Более детальному изучению подверглось влияние, оказываемое различными факторами прогноза на выживаемость больных после выполнения радикальных вмешательств (таблицы 1 и 2).

На основании полученных данных нами выделены факторы благоприятного и неблагоприятного прогноза, К относительно благоприятным прогностическим факторам в отношении отдаленных результатов хирургического лечения местнораспространенного рака желудка мы отнесли:

- инвазию рака желудка не более чем в два соседних органа;
- распространение опухоли желудка на печень, брыжейку поперечной ободочной кишки, толстую кишку;

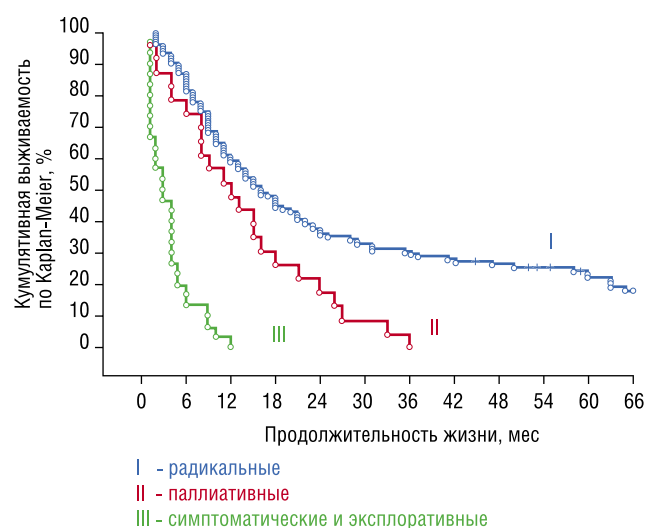


Рис. 1. Выживаемость больных местнораспространенным раком желудка в зависимости от типа выполненного хирургического вмешательства

Табл. 1. Зависимость выживаемости больных местнораспространенным раком желудка после R0 вмешательств от различных прогностических факторов

Прогностические факторы		Выживаемость %			Медиана выживаемости
		1-летняя	3-летняя	5-летняя	
Количество резецированных соседних структур	+1	64,8±6,2	35,2±6,2	29,2±5,6	16 мес.
	+2	61,4±7,2	34,1±6,8	29,8±6,3	18 мес.
	+3	54,5±8,7	21,1±5,9	15,2±4,5	14 мес.
	+4	57,1±21,2	–	–	12 мес.
Объем вмешательства на желудке	ГЭ ¹	61,3±4,5	30,6±3,9	24,7±3,5	16 мес.
	СРЖ ²	59,3±9,5	26,0±7,5	21,6±6,6	16 мес.
Макроскопический тип роста опухоли по Borrmann	I	76,9±10,5	46,2±14,6	30,8±12,5	29 мес.
	II	33,3±16,3	11,1±7,3	11,1±7,3	10 мес.
	III	65,4±5,1	30,8±4,8	25,1±4,2	18 мес.
	IV	52,6±8,2	26,3±6,3	23,4±5,9	13 мес.
Степень гистопатологической дифференцировки опухоли	G1	100,0	50,0±24,0	50,0±24,0	23 мес.
	G2	73,8±5,9	33,3±6,9	22,8±5,4	16 мес.
	G3	55,7±5,5	26,6±4,4	23,8±4,1	14 мес.
	G4	45,5±16,1	27,3±12,9	18,2±9,7	11 мес.
Наличие регионарных метастазов	N0	80,9±4,8	45,2±7,7	40,2±7,4	25 мес.
	N1	64,3±7,1	38,1±7,3	27,2±6,1	17 мес.
	N2	44,7±8,1	15,8±4,3	13,2±3,7	10 мес.
	N3	31,3±11,2	–	–	7 мес.
Возраст	41–50 лет	63,2±10,7	10,5±4,3	10,5±4,3	15 мес.
	51–60 лет	58,1±8,9	32,2±7,9	12,9±4,1	17 мес.
	61–70 лет	59,0±6,2	34,4±5,8	24,2±4,7	18 мес.
	>70 лет	65,4±9,0	26,9±7,9	23,1±7,1	16 мес.

Примечание: ¹ – ГЭ – гастрэктомия; ² – СРЖ – субтотальная резекция желудка.

Табл. 2. Выживаемость больных после радикальных вмешательств при инвазии опухоли желудка в различные соседние структуры

Пораженные соседние структуры	5-летняя выживаемость	Медиана выживаемости
Брыжейка поперечной ободочной кишки	29,3±5,0%	16 мес.
Поджелудочная железа	10,9±2,6%	15 мес.
Диафрагма	25,4±7,4%	16 мес.
Забрюшинное пространство	5,9±2,8%	10 мес.
Толстая кишка	33,3±13,7%	23 мес.
Селезенка	9,1±5,4%	15 мес.
Печень	44,4±18,1%	20 мес.

- полиповидный тип роста опухоли (Borrmann I);
- высокую (G1) степень гистопатологической дифференцировки опухоли;
- отсутствие регионарных метастазов;
- возраст пациентов в интервале от 61 до 70 лет.

К неблагоприятным прогностическим факторам в отношении отдаленных результатов отнесены:

- обширный местнораспространенный опухолевый процесс, обуславливающий необходимость выполнения комбинированного вмешательства с резекцией более двух соседних органов и/или структур;
- распространение опухоли желудка на забрюшинную клетчатку, поджелудочную железу, селезенку;
- обширное регионарное метастазирование;
- относительно молодой возраст больных (моложе 50 лет).

Полученные данные указывают на наличие категорий больных местнораспространенным РЖ, выполнение радикальных комбинированных вмешательств у которых не приводит к улучшению выживаемости.

Заключение

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

Паллиативные резекции при местнораспространенном РЖ способны не только бороться с жизнеугрожающими осложнениями опухолевого процесса и повышать качество жизни больных, но также улучшают выживаемость пациентов.

Таким образом, современная лечебная тактика в отношении местнораспространенного РЖ должна базироваться на активной хирургической позиции. Вместе с тем, неудовлетворительные отдаленные результаты даже хирургически «радикальных» мультиорганных резекций требуют разработки критериев, ограничивающих выполнение таких вмешательств при наличии прогностических факторов высокого риска послеоперационных осложнений и летальности.

Литература

1. Абдихакимов А.Н. Результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка T4N2M0 // *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. Брехов Е.И. Хирургическое лечение местно-распространенного рака желудка с послеоперационной лучевой терапией / Е.И. Брехов, С.А. Привезенцев, И.Ю. Кулешов [и др.] // *Рос. онкол. журн.* – 2003. – № 4. – С. 24–26.
4. Вареников А.И. Многокомпонентное лечение больных с распространенными формами рака желудка : автореф. дис. ... канд. мед. наук – Уфа, – 2003. – 32 с.
5. Давыдов М.И. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*. – 2008. – Т. 19, № 2 (прил. 1). – С. 52–90.
6. Давыдов М.И. К вопросу о роли хирургии в лечении местнораспространенного и диссеминированного рака желудка / М.И. Давыдов, А.Н. Абдихакимов, Б.Е. Полоцкий [и др.] // *Анналы хирургии*. – 2002. – № 2. – С. 33–41.
7. Петельникова Е.С. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка / Е.С. Петельникова, Т.В. Ким, Е.Г. Ким // *Вопр. онкол.* – 2003. – Т. 49, № 3. – С. 373–374.
8. Скоропад В.Ю. Рациональная тактика лечения местно-распространенного рака желудка: место лучевой терапии // *Практ. онкол.* – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 28–35.
9. Стилиди И.С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространенного рака желудка / И.С. Стилиди, С.Н. Нерд // *Практ. онкол.* – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 20–27.
10. Сукач С.Е. Комбинированная гастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией в хирургическом лечении рака желудка : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1992. – 25 с.
11. Чарторижский В.Д. Хирургическое лечение местнораспространенного рака желудка : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., – 1996. – 27 с.
12. Чиссов В.И. Основные показатели онкологической помощи населению России в 2000 г. / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова [и др.] // *Рос. онкол. журн.* – 2002. – № 1. – С. 35–39.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Korenaga D. Results of resection of gastric cancer extending to adjacent organs / D. Korenaga, T. Okamura, H. Baba [et al.] // *Br. J. Surg.* – 1988. – Vol. 75, № 1. – P. 12–15.
17. 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.
18. 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.
19. Ryu S.Y. Prognosis of gastric carcinoma invading the mesocolon / S.Y. Ryu, J.K. Joo, Y.K. Park [et al.] // *Asian J. Surg.* – 2008. – Vol. 31, № 4. – P. 179–184.
20. Saito H. Combined resection of invaded organs in patients with T4 gastric carcinoma / H. Saito, S. Tsujitani, Y. Maeda [et al.] // *Gastric Cancer*. – 2001. – Vol. 4, № 4. – P. 206–211.
21. 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.
22. Wan Y.L. Clinical analysis of combined resection for T4 gastric cancer: report of 69 cases / Y.L. Wan, Y.C. Liu, J.Q. Tang [et al.] // *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. – 2003. – Vol. 41, № 8. – P. 594–596.

Контактная информация

Карачун Алексей Михайлович
 191104, г. Санкт-Петербург, Литейный проспект, 37 ГУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер», 1 хирургическое отделение,
 Факс: +7 (812) 272-59-24, e-mail: karachun@ou.ru