

12. Fady C., Reisser D., Martin F. // Immunobiology. — 1990. — Vol. 181. — P. 1.
13. Forni G., Giovarelli M., Santoni A. // J. Immunol. — 1985. — Vol. 139. — P. 3933.
14. Forni G., Giovarelli M., Santoni A. // Ibid. — 1987. — Vol. 138. — P. 4033.
15. Goldfarb H. G., Herberman R. B. // Ibid. — 1981. — Vol. 126. — P. 2129—2135.
16. Huizinga T. W. J., Kemenade F. V. et al. // Ibid. — 1989. — Vol. 142. — P. 2365—2369.
17. Inoue T., Sando F. // Ibid. — 1983. — Vol. 131. — P. 2508—2514.
18. Kapp A., Zeck-Kapp G. // J. invest. Dep. — 1990. — Vol. 95. — P. 945.
19. Keller R. // Nature. — 1979. — Vol. 282. — P. 279—281.

20. Klebanoff S. J., Vadas M. A., Harian J. M. et al. // J. Immunol. — 1986. — Vol. 136. — P. 4220.
21. Musiani P., De Campora E. et al. // J. biol. Resp. Modif. — 1989. — Vol. 8. — P. 571.
22. Shalaby M. R., Aggarwal B. B., Rinderknecht E. et al. // J. Immunol. — 1985. — Vol. 135. — P. 2069.
23. Stevens P., Piazza D. E. // J. Immunopharmacol. — 1990. — Vol. 12. — P. 605.
24. Wei S., Liu J. H., Blanchard D. K., Djeu J. Y. // J. Immunol. — 1994. — Vol. 152. — P. 3630.
25. Yanagi Y., Caccia N., Kronenberg M. et al. // Nature. — 1985. — Vol. 314. — P. 631.

Поступила 23.01.97/Submitted 23.01.97

© Коллектив авторов, 1999  
УДК 616.33-006.6-089.193.4

М. И. Давыдов, А. Т. Лагошный, М. Д. Тер-Ованесов

## ПАЛЛИАТИВНЫЕ ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

Россия по-прежнему относится к странам с высокими показателями заболеваемости раком желудка [2]. Поскольку хирургический метод является ведущим в лечении рака желудка [3, 4], не прекращаются исследования в направлении совершенствования методики оперирования.

Разработка и применение в последнее время надежных пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных соустьев [1], достижения анестезиологии и реаниматологии делают вопросы расширения показаний к большим комбинированным операциям, а также паллиативным резекциям и гастрэктомиям, проводимым по жизненным показаниям, актуальными.

**Материалы и методы.** За период с 1952 по 1994 г., то есть за 42 года, в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН повторно оперировано 121 больной с первичным раком желудка после пробных или дренирующих операций. Все эти больные не получали противоопухолевое лечение. Из их числа 10 (8,3%) больным выполнялись паллиативные резекции и гастрэктомии и еще 10 (8,3%) — дренирующие операции — формирование обходных гастростомий с энтеро-энтероанастомозами и гастростом.

Если в период с 1952 по 1971 г. паллиативные операции не выполнялись вообще, то с 1971—1980 гг. их выполнено 2, с 1981—1993 гг. — 3, с 1991 по 1994 г. — 5 операций. Таким образом, явно прослеживалась тенденция к увеличению числа операций такого типа (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что из общего числа операций половина выполнена за последние 4 года — 5 (50%) операций. Основной причиной паллиативности операций послужили множественные выпячивания по брюшине — у 8 больных и множественные метастазы в печень — у 2 больных. 3 больным операции производились в связи с угрозой повторных кровотечений, 7 больным — в связи с явлениями непроходимости: в 3 случаях из-за тотального поражения желудка, в 3 из-за стеноза антрального отдела желудка и в 1 случае был стенозирующий кардиозофагеальный рак.

По видам операции распределились следующим образом (табл. 2). Больше всего было гастрэктомий — 5 (50%), из них 3 комбинированные и 2 стандартные, 4 (40%) дистальные субтотальные резекции желудка в стандартном варианте и 1 чресплевральная комбинированная резекция желудка.

Обращает на себя внимание отсутствие умерших больных и то, что, несмотря на паллиативный характер, 4 операции были комбинированные (табл. 3).

M.I.Davydov, A.T.Lagoshny, M.D.Ter-Ovanesov

## PALLIATIVE SECOND SURGERY IN PRIMARY GASTRIC CANCER

Institute of Clinical Oncology

Russia belongs to countries with high incidence of gastric cancer [2]. As surgery is the primary treatment modality for gastric cancer [3,4] there is an increasing research to improve the operative techniques.

The recent development and clinical application of reliable esophagogastric and esophagoenteric anastomoses [1] as well as the developments in anesthesiology and resuscitation allow wide combination surgery or palliative resection and gastrectomy to be performed in a greater number of cases.

**Materials and Methods.** During 1952-1994 (42 years) 121 patients with primary gastric cancer underwent second surgery after exploratory or drainage operations at the N.N.Blokhin CRC RAMS. All the patients received antitumor treatment. 10 (8.3%) of these patients underwent palliative resections or gastrectomies and another 10 (8.3%) had drainage operations, i.e. gastroenteric by-pass with enteroenteric anastomosis or gastrostomies.

Таблица 1

Table 1

### Паллиативные повторные операции Palliative second surgery

| Годы        | Общее количество |     |
|-------------|------------------|-----|
|             | абс.             | %   |
| 1952—1960   | 0                |     |
| 1961—1970   | 0                |     |
| 1971—1980   | 2                | 20  |
| 1981—1990   | 3                | 30  |
| 1991—1994   | 5                | 50  |
| Всего/Total | 10               | 100 |
| Years       | No.              | %   |
|             | Cases            |     |

Таблица 2

Виды паллиативных операций  
Types of palliative surgery

| Вид операции                                                                                                      | Всего |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|
|                                                                                                                   | абс.  | %   |
| Дистальная субтотальная резекция желудка стандартная<br>Standard distal subtotal resection of the stomach         | 4     | 40  |
| Чрезбрюшинная гастрэктомия стандартная<br>Standard transperitoneal gastrectomy                                    | 2     | 20  |
| Чрезбрюшинная гастрэктомия комбинированная<br>Combined transperitoneal gastrectomy                                | 2     | 20  |
| Чресплевральная проксимальная резекция комбинированная<br>Combined transpleural proximal resection of the stomach | 1     | 10  |
| Чресплевральная гастрэктомия комбинированная<br>Combined transpleural gastrectomy                                 | 1     | 10  |
| Итого/Total                                                                                                       | 10    | 100 |
|                                                                                                                   | No.   | %   |
| Surgery types                                                                                                     | Cases |     |

Таблица 3

Table 3

Удаленные и резецированные органы при комбинированных  
вмешательствах в группе паллиативных операций  
Organs excised or resected during the combined palliative  
operations

| Удаленные<br>или резецированные органы          | Всего |       |
|-------------------------------------------------|-------|-------|
|                                                 | абс.  | %     |
| Селезенка/Spleen                                | 3     | 42,8  |
| Поджелудочная железа/Pancreas                   | 1     | 14,3  |
| Левая доля печени/Left lobe of the liver        | 1     | 14,3  |
| Яичник/Ovary                                    | 1     | 14,3  |
| Поперечная ободочная кишка<br>Transversal colon | 1     | 14,3  |
| Итого/Total                                     | 7     | 100,0 |
|                                                 | No.   | %     |
| Excised or resected organs                      | Cases |       |

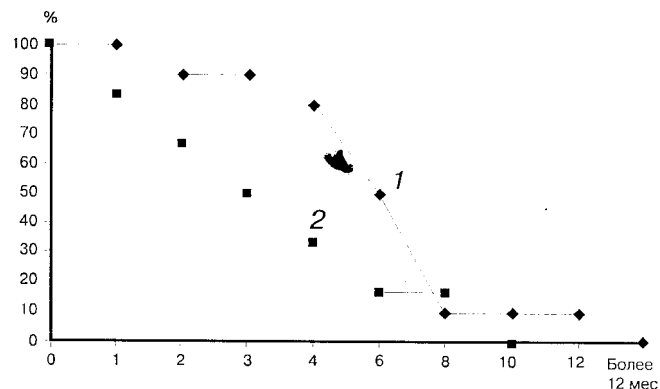


Рисунок. Выживаемость больных в зависимости от вида операции.

1 — паллиативные, 2 — дренирующие операции.

Figure. Patients' survival with respect to operation type  
1, palliation; 2, drainage. Numbers on the x axis show months of follow-up; numbers on the y axis show percentage.

Нами были прослежены все 10 больных. Для сравнения в анализ были включены 10 больных, которым во время повторных операций были выполнены дренирующие операции: сформированы обходные гастроэнтеро-с энтеро-энтероанастомозами (8), гастростомы (2) (см. рисунок).

Из 10 больных, которым проводились дренирующие операции, 4 умерли в ближайший послеоперационный период от осложнений, связанных с прогрессированием основного заболевания. У остальных 6 больных качество жизни можно расценивать как неудовлетворительное, так как в одном случае наличие гастростомы значительно осложнило жизнь больного, у остальных же пациентов сохранялся выраженный болевой синдром, связанный с наличием опухоли. У 2 больных зафиксировано повторное кровотечение из распадающихся опухолей. Медиана жизни составила  $3,0 \pm 1,2$  мес. Ни один больной не жил более 10 мес.

Из 10 больных с паллиативными резекциями и гастрэктомиями, выполненными по жизненным показаниям, медиана жизни составила  $6,0 \pm 1,0$  мес. Качество жизни существенно отличалось от качества жизни больных предыдущей группы, так как эти пациенты могли вести привычный образ жизни, некоторое время у них совершенно отсутствовал болевой синдром, часть больных прожили 12 мес и более.

There was an increasing trend in the performance of the palliative surgery (table 1) at the CRC: no palliative operations were performed in 1952-1971, 2 operations were carried out during 1971-1980, the number increasing to 3 during 1981-1990 and to 5 during 1991-1994.

As seen, half the operations (5; 50.0%) were performed during the last 4 years. The surgery was limited to palliative procedures mainly due to multiple peritoneal metastases (8) and multiple liver metastases (2). 3 cases were operated on due to the threat of bleeding, 7 cases underwent the surgery due to obstructive events caused by total involvement of the stomach (3), gastric antrum stenosis (3) and stenosis due to cardioesophageal cancer (1).

Types of operations are presented in table 2.

Gastrectomy was the most common procedure (5; 50%) and included 3 combination and 2 standard operations, other types were standard distal subtotal resections of the stomach (4; 40%) and a transpleural combined resection of the stomach (1).

Note that there were no deaths and 4 operations though palliative were performed by a combination procedure (table 3).

All the 10 patients were followed up. The treatment results were compared with those in another 10 patients undergoing second surgery consisting of gastroenteric by-pass with enteroenteric anastomosis (8) and gastrectomy (2)

**Результаты и обсуждение.** Несмотря на относительно небольшое число наблюдений (10), мы решили остановиться на этих операциях потому, что считаем необходимым подчеркнуть нашу точку зрения в отношении этой категории больных. Действительно, если в 1952—1970 гг. такие операции в нашем Центре не производились вообще, то в дальнейшем мы видим увеличение числа проводимых операций такого типа. Нам понятна позиция клиницистов в 60—70-е годы, когда повторные операции при первичном раке желудка сопровождались летальностью (58,3—20,0%). Однако в настоящее время при наличии отработанных методик формирования надежных соустьев и высоком уровне анестезиологического и реаниматологического обеспечения со всей остротой встает вопрос об оказании хирургической помощи больным с осложненными формами рака желудка даже в паллиативном варианте.

Наши результаты: отсутствие летальности и несравнимо лучшее качество жизни данных больных убеждают нас в необходимости рекомендовать проведение таких операций в специализированных онкологических стационарах по строго обоснованным показаниям. Противопоказаниями к таким операциям, на наш взгляд, являются непереносимость анестезиологического и (или) хирургического пособий ввиду крайне ослабленного общего состояния больных.

**Выводы.** 1. При наличии у больных первичным раком желудка угрозы повторных кровотечений из распадающейся опухоли, полного стеноза или дисфагии по жизненным показаниям могут быть произведены срочные операции в объеме паллиативных резекций или гастрэктомий.

2. Операции этого объема должны производиться в специализированных онкологических стационарах.

3. Противопоказаниями к таким операциям являются непереносимость больными анестезиологического и (или) хирургического пособий ввиду крайне ослабленного общего состояния больных.

4. Паллиативные резекции и гастрэктомии имеют несомненные преимущества перед дренирующими операциями в плане продолжительности и качества жизни оперированных больных.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Давыдов М. И. Одномоментные операции в хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1988.
2. Трапезников Н. Н., Двойрин В. В., Аксель Е. М. и др. Состояние онкологической помощи населению России и некоторых других стран СНГ в 1993 г. — М., 1994.
3. Belbusti F., Signoretti P., Rocchi M. B. et al. //Chirurgia. — 1996. — Vol. 9, N 6. — P. 474—483.
4. Gundersen L. L. //Cancer Conference, 12-th. Asia Pacific. — 1995. — October 17—20.

(see the figure). Of the 10 patients undergoing the drainage surgery 4 died early postoperatively from complications due to progression of the principal disease. The remaining 6 cases had poor quality of life due to gastrostomy (1) and 5 continued to suffer severe pain from the tumor. 2 cases presented with second bleeding from decaying tumors. Median life time was  $3.0 \pm 1.2$  months. None of the patients survived 10 months.

Median life time of the 10 cases undergoing palliative resections and salvage gastrectomies was  $6.0 \pm 1.0$  months. The patients had a much better quality of life because they could lead a usual life and had no pain, some patients survived 12 months or more.

**Results and Discussion.** Although there were too few (10) cases studied we considered them to illustrate our point of view in respect of this category of patients. There was an increasing tendency in the number of operations in question during 1952–1970. The clinicians' standpoint was quite understandable in the sixties and seventies when second surgery for primary gastric cancer had a 58.3–20.0% death rate. However, to-day there are well practiced methods of anastomosis construction and substantial anesthesiology and resuscitation support that make possible surgical palliation in cases with complicated gastric cancer.

Our results, i.e. no deaths and a much better quality of life of the patients prove reasonable palliative surgery provided the operations were performed at special cancer centers by strictly substantiated indications. Contraindication to such surgery is intolerability of anesthesiology and/or surgery due to very poor condition of the patients.

**Conclusions.** 1. Urgent surgery as palliative resection or gastrectomy is a reasonable approach in cases with primary gastric cancer and a threat of bleeding due to tumor decay, complete stenosis or dysphagia.

Such a surgery should be performed at special cancer centers.

3. Contraindication to such surgery is intolerability of anesthesiology and/or surgery due to very poor condition of the patients.

4. The palliative resection and gastrectomy have the obvious advantage over the draining procedures as to patients' life time and quality.

Поступила 01.03.99 / Submitted 01.03.99