

М. И. Давыдов, А. Т. Лагошный, И. С. Стилиди

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

Вопросы повторных операций при первичном раке желудка ранее не подвергались детальному рассмотрению из-за малого числа собственного материала, имевшегося у отдельных исследователей [8].

В то же время, несмотря на снижение заболеваемости раком желудка [1, 7], проблема лечения этих больных до настоящего времени остается, несомненно, актуальной и достаточно острой [9, 10].

Так, по данным РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН за 1993 г., заболеваемость раком желудка составила от 16 до 62 человек на 100 тыс. населения.

В среднем по стране этот показатель составил 41 человек на 100 тыс. населения.

Учитывая, что хирургический метод является ведущим в лечении рака желудка [5, 6], не прекращаются исследования в направлении совершенствования методики оперирования. Разработка и применение в последнее время надежных пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных соустьев [3], а также прогресс реаниматологии [2] в значительной мере способствовали улучшению результатов лечения больных раком желудка [4].

Таким образом, развитие анестезиологии и реаниматологии, с одной стороны, и освоение надежных пищеводных соединений — с другой, несомненно, расширили перспективы в выполнении больших комбинированных операций и тем самым послужили толчком к более широкому выполнению повторных операций при первичном раке желудка.

Материалы и методы. За период с 1952 по 1994 г., т. е. за 42 года, в РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН повторно оперирован 121 больной первичным раком желудка после пробных или дренирующих операций. Все больные не получали противоопухолевое лечение. Из 121 человека мужчин было 85 (70,2%), женщин — 36 (29,8%), соотношение 2,4:1. Средний возраст больных составил $45,3 \pm 0,93$ года. Наиболее часто повторно оперировались пациенты в возрасте от 31 года до 60 лет. Самой пожилой оперированной больной было 68 лет. Больные старше этого возраста не оперировались.

Учитывая довольно большой временной промежуток (42 года), во время которого совершенствовалась хирургическая техника, развивались анестезиология и реаниматология и, естественно, пересматривались и постепенно менялись хирургические подходы к лечению этого тяжелейшего контингента больных, мы решили было поделить анализируемый материал на 5 временных групп (табл.1).

Как видно из табл. 1, количество повторно оперированных больных раком желудка постепенно, но неуклонно увеличивается — 2,3 операции в год в 1-й группе и 7,7 операции в год в 5-й; общая летальность снижается с 38,0% в 1-й группе до 3,2% во 2-й.

Из общего числа оперированных больных 93 (76,9%) были направлены в РОНЦ после пробных операций другими лечебными учреждениями; 28 (23,1%) человек самостоятельно обратились за

M.I.Davydov, A.T.Lagoshny, I.S.Stilidi

SECOND SURGERY FOR PRIMARY GASTRIC CANCER

Institute of Clinical Oncology

The problem of second surgery for primary gastric cancer was not previously analyzed in detail due to the small number of the cases managed by the investigators [8].

However, this problem remains urgent [9, 10] in spite of a decrease in gastric cancer incidence over the last years [1, 7].

According to the findings of the N.N.Blokhin CRC, RAMS, the 1993 gastric cancer incidence was 16 to 62 per 100,000 population, Russian average rate being 41 per 100,000.

Since surgery is the principal treatment modality in gastric cancer [5, 6] there are continuous attempts to improve the operative techniques. The development and practical application of reliable esophagogastric and esophagoenteric anastomoses [3] as well as the progress in resuscitation techniques over the last years were a great contribution to the improvement of treatment results in gastric cancer [4].

Thus, the advance in anesthesiology and resuscitation, on the one hand, and the practical application of reliable esophageal anastomosis, on the other hand, rendered promising wide combined surgical procedures and therefore promoted the second surgery for primary gastric cancer.

Materials and Methods. During 1952-1994, i.e. for 42 years, 121 cases with primary gastric cancer underwent second surgery after exploratory or drain procedures at the N.N.Blokhin CRC, RAMS. All these cases received no specific antitumor treatment. Of the 121 patients 85 (70.2%) were males and 36 (29.8%) were females, the ratio being 2.4:1. The patients' mean age was 45.3 ± 0.93 years. The patients aged 31 to 60 years were the largest age group. A 68-year old woman was the oldest patient.

Since over the long period of more than four decades (42 years) there was a considerable advance in the surgery, anesthesiology and resuscitation techniques which led to revision and improvement of surgical approaches to this very serious disease we attempted to analyze the accumulated data as divided into 5 temporal periods (table 1).

As seen in table 1, the number of gastric cancer patients undergoing second surgery was continuously increasing from 2.3 per year in group 1 to 7.7 per year in group 5; overall lethality was decreasing from 38.0% in group 1 to 3.2% in group 5.

Ninety three (76.9%) patients were referred to the CRC after exploratory operations at other health centers, 28 (23.1%) sought medical advice themselves after deterioration of their general condition. Of the 121 cases 76 (62.8%) had previously undergone surgical interventions at surgery departments of municipal or regional hospitals, 22 (18.2%) at Moscow clinical hospitals and 18 (14.9%) at cancer centers. Medical centers undertaking surgery in 5 (4.1%) cases were unknown.

The diagnosis of irresectable gastric cancer was made in 105 (86.8%) cases during on-schedule operations, in 7 (5.8%) during urgent operations and in 4 (3.3%) during gynecological operations. The tumors were not removed in 5 (4.1%) patients because they were not found during first surgery. Table 2 summarizes characteristics of these operations.

We should like to elucidate some points here. When analyzing this material we consciously avoided the term 'second radical surgery' because the second surgery in our study was conventionally radical which was confirmed by thorough histological analysis of surgical specimens. Therefore we referred to this type of operative intervention

повторной лечебной помощью после ухудшения общего состояния. Из 121 больного 76 (62,8%) ранее были оперированы в хирургических отделениях городских или областных больниц, 22 (18,2%) — в московских клинических больницах и 18 (14,9%) — в онкологических диспансерах. У 5 (4,1%) больных место проведения операций не выяснено.

Диагноз нерезектабельного рака желудка у 105 (86,8%) больных установлен во время выполнения плановых операций, у 7 (5,8%) — на экстренных операциях и у 4 (3,3%) — при выполнении гинекологических операций. Еще у 5 (4,1%) больных опухоль не была удалена, так как не выявлялась в процессе выполнения первых операций. Объем и характер этих операций представлен в табл. 2.

Здесь мы считаем необходимым пояснить некоторые моменты. Дело в том, что, анализируя данный материал, мы сознательно избегали термина «повторная радикальная операция», так как повторные операции зачастую являлись условно радикальными, что подтверждалось детальным гистологическим исследованием удаленных макропрепаратов. Поэтому в нашей работе мы пользовались термином полноценное оперативное пособие (ПОП). Под полноценным оперативным пособием (ПОП) мы понимаем такой объем повторной операции, при котором вместе с первичным очагом удаляются все определяемые на момент операции проявления опухолевого процесса.

ПОП получили 55 (45,4%) больных, летальность составила 11 (20%). Паллиативные резекции и гастрэктомии были проведены 10 (8,3%) больным, умерших в этой группе не было.

Группа больных с дренирующими операциями выделена нами из группы паллиативных вмешательств потому, что мы хотели сравнить качество и продолжительность жизни больных при тех или иных объемах операции, хотя мы отдаем себе отчет, что те и другие относятся к паллиативным вмешательствам. Дренирующих операций было выполнено 10 (8,3%), умерли 4 (40%) больных, повторно пробных операций (ПП) — 46 (38%), умерли 2 (4,3%).

Экзофитная форма роста встретилась у 73 (60,3%) больных, эндофитная — у 48 (39,7%).

Гистологически у 55 (45,7%) больных встретилась дифференцированная аденокарцинома, низкодифференцированный рак был у 35 (28,6%), перстневидноклеточный — у 22 (18,6%), скирр — у 9 (7,1%) больных.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет группа больных, получивших ПОП. Распределение этих больных по стадиям приведено в табл. 3.

Детальный анализ результатов гистологического исследования удаленных препаратов показал, что символу T4 (распространение на соседние органы) соответствовало 44 (67,7%) препарата. Другими словами, более 60% больных для выполнения полноценных

Таблица 1

Table 1

Больные, повторно оперированные в различные периоды времени
Characteristics of the second surgery by time periods

Временная группа	Число больных		Летальность	
	абс.	%	абс.	%
1-я, 1952—1960 гг.	21	17,4	8	38,0
2-я, 1961—1970 гг.	24	19,8	5	20,8
3-я, 1971—1980 гг.	14	11,6	1	7,1
4-я, 1981—1990 гг.	31	25,6	1	3,2
5-я, 1991—1994 гг. (за 4 года)	31	25,6	1	3,2
Всего.../Total...	121	100,0	16	13,2
Period	Patients		Deaths	
	No.	%	No.	%

Таблица 2

Table 2

Характер повторного оперативного пособия
Second surgery types

Оперативное пособие	Число больных		Из них умерли	
	абс.	%	абс.	%
ПОП/FVOM	55	45,4	11	20,0
Паллиативные резекции и гастрэктомии Palliative resection and gastrectomy	10	8,3	0	
Дренирующие операции Drain procedures	10	8,3	4	40,0
ПП/SEO	46	38,0	2	4,3
Всего.../Total...	121	100,0	17	14,0
Surgery types	Patients		Deaths	
	No.	%	No.	%

Таблица 3

Table 3

Распределение больных, получивших ПОП, по стадиям
Distribution of cases undergoing FVOM with respect to disease stage

Стадия	Число больных		1952—1960	1961—1970	1971—1980	1981—1990	1991—1994
	абс.	%					
T2N0M0	5	9,0	—	—	1	2	2
T1N1M0	1	1,8	—	1	—	—	—
T3N0M0	6	10,9	—	—	—	4	2
T2N2M0	2	3,6	—	—	1	—	1
T3N1M0	1	1,8	1	—	—	—	—
T4N0M0	4	7,3	2	1	—	—	1
T3N2M0	3	5,5	1	2	—	—	—
T4N1M0	7	12,8	5	1	—	—	1
T3N2M0	26	47,3	3	5	4	5	9
Всего.../Total...	55	100,0	12	10	6	11	16
Stage			1952—1960	1961—1970	1971—1980	1981—1990	1991—1994
	No.	%					
	Patients						

операций требовалось удаление соседних органов и (или) широкое удаление окружающей клетчатки.

Виды операций приведены в табл. 4.

В наибольшем количестве (22,40%) были произведены чрезбрюшинные комбинированные гастрэктомии с общей летальностью 27,3%, одинаково часто (11,20%) производились дистальные и субтотальные резекции желудка и стандартные гастрэктомии с летальностью (1,9%). Всего же комбинированных вмешательств было 31, что составило 56,4% от всех операций из группы ПОП.

Паллиативных операций в объеме резекции желудка и гастрэктомии было выполнено 10 (табл. 5).

Основной причиной паллиативности явились выпячивание по брюшине в 8 случаях и множественные метастазы в печень в 2 случаях. Обращает на себя внимание отсутствие летальности при довольно больших объемах оперативных вмешательств.

Из 10 дренирующих операций в 8 случаях были сформированы обходные гастроэнтеро- с энтеро-энтероанастомозами, дважды формировались гастростомы. Из 10 оперированных больных умерли 4 (40,0%).

Результаты и обсуждение. С конца 80-х годов в ОНЦ на базе разработанных надежных пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных соединений (проф. М. И. Давыдов) и использования современных достижений анестезиологии и реаниматологии проводится целенаправленная работа по обработке оптимальной методики и объемов повторных операций при первичном раке желудка.

Считаем необходимым подчеркнуть, что при этом совершенно не проводился отбор больных, а показания и противопоказания были разработаны позже на основании полученных результатов хирургического лечения этой тяжелой категории больных. Так, с 1990 по 1994 г., т. е. за 4 года, было выполнено 16 ПОП; 6 операций были стандартными и 10 комбинированными (37,5 и 62,5% соответственно). По видам операции распределились следующим образом (табл. 6).

Прежде всего, хотим обратить внимание на то, что в 4 (25,0%) случаях оперативный доступ был комбинированным: абдоминалоторакальным. Более широкое применение этого доступа связано с тем, что в определенных клинических условиях только он дает возможность полноценно выполнить повторное оперативное вмешательство. Более того, как показывают наши данные, в 3,7% случаев основной причиной пробной операции явился неправильно выбранный оперативный доступ, не позволивший хирургам объективно оценить распространенность процесса.

При проведении повторных операций лишь в 4 случаях удалось выполнить стандартные субтотальные дистальные резекции желудка. В 2 случаях выполнялись операции типа Герлока в комбинированном варианте и у 8 (50,0%) больных производились комбинированные гастрэктомии, из которых 3 были выполнены в расширенном варианте. Всего же комбинированных операций выполнено 10 (62,5%), что является, на наш взгляд, абсолютно оправданным, так как во время проведения повторных операций выраженный, как правило, спаечный процесс затрудняет оценку интраоперационной ситуации.

Таблица 4

Table 4

Виды операций у больных, получивших ПОП
Types of FVOM

Виды операций	Число больных		Из них умерли	
	абс.	%	абс.	%
Дистальная субтотальная резекция желудка Distal subtotal resection of the stomach	11	20,0	1	9,0
Чрезбрюшинная гастрэктомия Transperitoneal gastrectomy	11	20,0	1	9,0
Операции типа Герлока Garlock operation	1	1,8	1	100,0
Чресплевральная гастрэктомия Transpleural gastrectomy	1	1,8	1	100,0
Дистальная субтотальная резекция желудка комбинированная Distal subtotal resection of the stomach, combined	4	7,4	2	50,0
Чрезбрюшинная гастрэктомия комбинированная Transperitoneal gastrectomy, combined	22	40,0	6	27,3
Операции типа Герлока комбинированная Garlock operation, combined	3	5,4	—	—
Чресплевральная гастрэктомия комбинированная Transpleural gastrectomy, combined	2	3,6	—	—
Всего.../Total...	55	100,0	12	21,8
Surgery types	No.	%	No.	%
	Patients		Deaths	

as 'full-value operative management' (FVOM). The FVOM is understood to be surgical removal of the primary and all other disease detectable at the time of surgery.

The FVOM was given to 55 (45.4%) patients of whom 11 (20%) died. Palliative resections and gastrectomies were performed in 10 (8.3%) cases with no deaths.

We singled out a group of the patients having drain operations to compare the patients' quality and time of life after different surgical procedures though of course both types were palliations. Drain operations were performed in 10 (8.3%) cases of whom 4 (40%) died. The last group was composed of the cases undergoing second exploratory operations (SEO). This procedure was performed in 46 (38%) patients with 2 (4.3%) deaths.

Exophytic tumor growth was found in 73 (60.3%) and endophytic growth in 48 (39.7%) cases.

By histology the tumors were differentiated adenocarcinoma (55, 45.7%), poorly differentiated carcinoma (35, 28.6%), signet-cell carcinoma (22, 18.6%), scirrous carcinoma (9, 7.1%).

Of most interest is the group of the patients undergoing FVOM. Distribution of these cases with respect to disease advance is presented in table 3.

Detailed histological analysis of surgical specimens showed that 44 (67.7%) cases had evidence of T4 disease (involvement of adjacent

Таблица 5

Table 5

Виды паллиативных операций
Types of palliative surgery

Виды операций	Число больных		Из них умерли	
	абс.	%	абс.	%
Дистальная субтотальная резекция желудка Distal subtotal resection of the stomach	4	40,0	—	
Чрезбрюшинная гастрэктомия Transperitoneal gastrectomy	2	20,0	—	
Чрезбрюшинная гастрэктомия комбинированная Transperitoneal gastrectomy, combined	2	20,0	—	
Чресплевральная проксимальная резекция комбинированная Traspleural proximal resection, combined	1	10,0	—	
Чресплевральная гастрэктомия комбинированная Transpleural gastrectomy, combined	1	10,0	—	
Всего.../Total...	10	100,0	0	
	No.	%	No.	%
Surgery types	Patients		Deaths	

Действительно, зачастую бывает крайне сложно определить, имеет ли место истинное врастание опухоли в организм или это интимное спяние. В то же время исследование гистологических материалов показало, что в 67,3% препараты соответствовали категории Т4 — распространение опухоли на соседние структуры. Этими объективными обстоятельствами и обусловлено было стремление оперирующих хирургов выполнять комбинированные, а нередко и расширенно комбинированные операции.

Кроме того, изменились объем и качество выполняемых комбинированных операций (табл. 7).

Чаще всего, как и следовало ожидать, делались спленэктомии. Однако существенной, на наш взгляд, разницей является то, что в клинике стали выполняться не просто резекции хвоста поджелудочной железы, которые зачастую выполняются при спленэктомии, а гемипанкреатэктомии и субтотальные резекции поджелудочной железы, когда вмешательство на железе выполняется как из-за прорастания или спаяния с опухолью, так и с целью удаления возможных метастазов в лимфоузлы супро- и ретропанкреатических зон.

Таблица 6

Table 6

Виды повторных операций в группе больных с ПОП за 1991—1994 гг.
Types of second FVOM surgery as performed during 1991-1994

Виды операций	Число больных		Из них умерли	
	абс.	%	абс.	%
Дистальная субтотальная резекция желудка простая Distal subtotal resection of the stomach	4	25,0		
Чрезбрюшинная гастрэктомия Transperitoneal gastrectomy	2	12,5		
Чресплевральная проксимальная резекция комбинированная Traspleural proximal resection, combined	2	12,5		
Чрезбрюшинная гастрэктомия комбинированная Transperitoneal gastrectomy, combined	6*	37,5	1	6,2
Чресплевральная гастрэктомия комбинированная Transpleural gastrectomy, combined	2	12,5		
Всего.../Total...	11	100,0	1	6,2
	No.	%	No.	%
Surgery types	Patients		Deaths	

Примечание. * Из них 3 расширенные комбинированные.
Note *, including 3 wide combined procedures.

sites). In other words full-value surgery should have involved removal of adjacent organs and/or wide excision of surrounding cellular tissue in more than 60% of the cases.

Table 4 summarizes types of surgery performed.

Most (22, 40%) operations were transperitoneal combined gastrectomies with a 27.3% overall lethality. Distal and subtotal resections of the stomach and standard gastrectomies were performed at a similar frequency (11, 20%) and had a similar lethality (1, 9%). There were a total of 31 combined interventions, i.e. 56.4% of all FVOM operations.

Palliation as resection of the stomach and gastrectomy was made in 10 cases (table 5).

Main reasons for the performance of palliative procedures were peritoneal involvement in 8 and multiple liver metastases in 2 cases. Note that there were no deaths in spite of rather wide surgical intervention.

The 10 drain operations included 8 gastroenteric by-passes with enteroenteric anastomosis and 2 gastrostomies, 4 (40.0%) cases were fatal.

Results and Discussion. Beginning from the late eighties the CRC has been carrying out purposeful research to develop optimal techniques and extent of second surgery for primary gastric cancer basing on the development of reliable esophagogastric and esophagoenteric anastomoses (Professor M.I.Davydov) and recent achievements in anesthesiology and resuscitation.

We should like to emphasize that there was no special selection of patients while the indications and contraindications were formulated later basing on surgery outcomes. During 1990-1994 the FVOM was given to

Таблица 7

Table 7

Удаленные или резецированные органы при комбинированных оперативных вмешательствах
Organs resected or removed as a result of combined operative procedures

Вид операции	Количество операций	
	абс.	%
Селезенка/Spleen	8	38,0
Гемипанкреатэктомия/Hemipancreatectomy	3	14,3
Субтотальная резекция поджелудочной железы/Subtotal resection of the pancreas	2	9,6
Резекция левой доли печени/Resection of the left liver lobe	4	19,0
Резекция левого надпочечника/Resection of the left adrenal	3	14,3
Правосторонняя гемиколэктомия/Right hemicolectomy	1	4,8
Итого.../Total	21	100,0
Removed or resected organs	No.	%
	Operations	

В клинике при выполнении комбинированных вмешательств строго соблюдаются принципы оперирования «от сосудов» и «моноблочного» удаления препарата. Особо хотим остановиться на вопросах лимфодиссекции. В торакальной клинике ОНЦ широко пропагандируется применение лимфодиссекции при выполнении операций на желудке и пищеводе. Однако мы считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что при повторных операциях этот принцип должен осуществляться в обязательном порядке.

Так, в нашей работе категории N2 соответствовало 36 исследованных препаратов, что составило 65,4% от всех больных, получивших ПОП.

Поэтому выполнение лимфодиссекции в полном объеме D2—D3 считаем абсолютно необходимым при проведении повторных операций при первичном раке желудка.

Как видно из данных табл. 7, расширение объема операции не привело к повышению летальности. Общая 5-летняя выживаемость в группе больных, получивших ПОП, составила $36,5 \pm 8,2\%$.

Выводы. 1. При проведении повторных операций при первичном раке желудка хирурги всегда должны быть готовы к выполнению комбинированных и расширенно комбинированных вмешательств.

2. В случае возникновения определенных сложностей, связанных с местным распространением опухоли, учитывая то, что во время повторных операций выраженный, как правило, спаечный процесс не позволяет отличить истинное врастание опухоли в соседние структуры от спаек с ними, стратегия хирургов должна быть направлена на расширение объема операции, а не на сокращение его и выполнение в редуцированном виде.

3. При проведении повторных операций необходим оптимальный оперативный доступ, должны строго соблюдаться принципы: оперирование «от сосудов», «моноблочное» удаление препарата и проведение полноценной лимфодиссекции D2—D3.

16 patients including 6 standard and 10 combined operations (37.5% and 62.5%, respectively). Table 6 presents the surgery types.

Note that combined (abdominothoracic) operative access was used in 4 (25.0%) cases because it was the only means to perform full-value second surgery in certain clinical cases. Besides, wrong choice of operative access rendered the first surgery exploratory since the surgeon could not evaluate disease advance correctly.

Standard subtotal distal resection of the stomach as second surgery was performed in 4 cases only. Combined Garlock operation was performed in 2 and combined gastrectomy in 8 (50.0%) cases including 3 wide surgical interventions. There were a total of 10 (62.5%) combined operations which in our opinion was quite reasonable because marked commisures made difficult intraoperative evaluation.

Indeed, it is often difficult to differentiate true neoplastic involvement of an organ and intimal commissure. As 67.3% of surgical specimens corresponded to T4 disease, i.e. involvement of adjacent structures, the surgeons tried to perform combined and even wide combined operations.

During the period in question there were considerable changes in extent and quality of the combined surgery (table 7).

Splenectomy was the most common procedure. However, there was a significant difference as performance of hemipancreatectomy or subtotal resection of the pancreas instead of resection of the tail of pancreas (more frequent in splenectomy) due to tumor invasion of the gland or in order to remove supra- or retropancreatic lymph node metastases.

The surgery was performed following the 'from vessels' and 'en-block' principles. Let us consider the problem of lymph node dissection in a greater detail. Lymph node dissection within surgery for gastric and esophageal cancer is strongly recommended by the Thoracic Department of the CRC. And we should like to emphasize that this procedure should be mandatory in second surgery.

In our study 36 (65.4%) specimens had evidence of N2 disease.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Берштейн М. П., Симонов И. Н., Фрид И. А. // Анест. и реаниматол. — 1980. — № 2. — С. 23—26.
2. Гологорский В. Л. и др. // Там же. — 1985. — № 4. — С. 3—6.
3. Давыдов М. И. и др. // Хирургия. — 1992. — № 3. — С. 44—47.
4. Лалетин В. Г. // Актуальные проблемы современной онкологии. — 1991. — № 8. — С. 205—213.
5. Belbusti F., Signoretti P., Rocchi M. B. et al. // Chirurgia. — 1996. — Vol. 9, N 6. — P. 474—483.
6. Gunderson L. L. // Cancer Conference 12 Asia Pacific. — 1995. — October 17—20.
7. Mac Donald J. S., Steele G. Jr, Gunderson L. L. // Cancer. — 1989. — Vol. 60, N 7. — P. 765—799.
8. Magnuszewski T., Pardela M., Salick K. // Pol. Przegl. Chir. — 1987. — Vol. 59, N 6. — P. 509—511.
9. Nergi E., La Vecchia C., Franceschi S. et al. // Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. — 1994. — Vol. 3, N 7. — P. 531—536.
10. Onishi K., Miaskowski C. et al. // Cancer Nursing. — 1996. — Vol. 19, N 3. — P. 187—196.

Поступила 09.03.99 / Submitted 09.03.99

© Коллектив авторов, 1999
УДК 616.33-006.6-089

А. Т. Лагошный, М. И. Давыдов, Л. Е. Ротобельская,
М. Ш. Ахметов

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

Основными критериями, оценивающими эффективность проведенных операций, являются непосредственные и отдаленные результаты лечения [2, 3].

В связи с небольшим числом наблюдений, касающихся повторных операций при первичном раке желудка, этот раздел недостаточно полно освещен в литературе [1].

Представленный нами детальный анализ непосредственных и отдаленных результатов повторных операций при первичном раке желудка, основанный на большом собственном материале, является, несомненно, своевременным и актуальным.

Материалы и методы. За период с 1952 по 1994 г. в ОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН повторно оперирован 121 больной с первичным раком после пробных или дренирующих операций. Все эти больные не получали противоопухолевое лечение. Из 121 больного мужчины было 85 (70,2%), женщин — 36 (29,8%), соотношение 2,4 : 1. Средний возраст пациентов составил $45,3 \pm 0,93$ года.

Из этого числа 55 (45,4%) больным были оказаны полноценные оперативные пособия (ПОП)*, умерли 11 и прослежены 44 больных;

We recommend, therefore, that lymph node dissection in full (D2-D3) volume should be absolutely obligatory in second surgery for primary gastric cancer.

As seen in table 7 the wider procedures did not increase lethality. The overall 5-year survival in the entire group receiving the FVOM was 36.5+8.2%.

Conclusions. 1. When undertaking second surgery in patients with primary gastric cancer the surgeon should always be ready to perform combined and wide combined interventions.

2. In case of intraoperative problems due to local disease advance the surgeon should aim at a wider intervention rather than to reduce the operation volume because it is often different to differentiate the involvement of adjacent tissues from commissures.

3. The second surgery should be performed with optimal access, strict adherence to the 'from vessels' and 'en block' principles and should mandatorily include full lymph node dissection D2-D3.

A. T. Lagoshny, M. I. Davydov, L. E. Rotabelskaya,
M. Sh. Akhmetov

IMMEDIATE AND FOLLOW-UP RESULTS OF SECOND SURGERY IN PRIMARY GASTRIC CANCER

Institute of Clinical Oncology

Immediate and follow-up treatment results are principal criteria of operation efficiency [2,3].

The problem of second surgery for primary gastric cancer was not previously analyzed in detail due to the small number of the cases managed by the investigators [1].

Therefore detailed analysis of immediate and follow-up results of second surgery for primary gastric cancer based on a large own experience seems very useful.

Materials and Methods. A total of 121 patients with primary gastric cancer underwent second surgery after exploratory or draining procedures during 1952 to 1994 at the N.N. Blokhin CRC, RAMS. All the patients had not received antitumor therapy. Of the 121 cases 85 (70.2%) were males and 36 (29.8%) were females, ratio 2.4:1. Mean patients' age was 45.3 ± 0.93 years.

Of this number 55 (45.4%) cases had full-value operative management (FVOM)*, 11 died and 44 were followed-up. 10 (8.3%) patients had palliative resection of the stomach and gastrostomy: none died immediately after surgery and all the 10 were followed-up. 10 (8.3%) cases had drain operations including gastroenteric and enteroenteric anastomosis (8) and gastrostomy (2). 4 of them died, the remaining 6 were followed-up.

* Под полноценным оперативным пособием мы понимаем такой объем повторной операции, при котором вместе с первичным очагом удаляются все определяемые на момент операции проявления опухолевого процесса.

* The full-value operative management FVOM is defined as surgical removal of the primary and all other disease detectable at the time of surgery.