

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.33-006.6-089-039.35-079.6

М.С.Айтиалиев, В.П.Земляной, С.Л.Непомнящая

ПРИЧИНЫ НЕРАДИКАЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. В.П.Земляной) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Ключевые слова: рак желудка, операции, линия резекции.

Введение. Неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка большей частью обусловлены недостаточным радикализмом выполненного оперативного вмешательства. Одной из причин этого является прохождение линии резекции в зоне опухолевой инфильтрации, обусловленное высокой частотой перехода рака желудка на пищевод и трудностью определения истинных границ опухоли [1–3]. Этому также способствует форма роста опухоли, ее гистологическое строение, локализация и др. [6, 7]. По сводным данным 41 отечественных и зарубежных авторов, частота обнаружения раковых клеток по линии резекции составила $(14,5 \pm 0,4)\%$ [3–5].

К сожалению, приходится констатировать тот факт, что до сих пор не выработаны критерии определения границ инвазии опухолевого процесса, как в самом органе, так и за его пределами. Между тем, именно решение этого вопроса определяет, с одной стороны, радикализм выполненной операции и вероятность благоприятного прогноза, а с другой — необоснованное удаление соседних с желудком органов.

Несмотря на многочисленность публикаций, подчеркивающих необходимость максимального отступления от края опухоли в краниокаудальном направлении, в этом вопросе значенные имеют несколько факторов. Ведущими из них являются локализация опухолевого процесса, его распространенность и функциональное состояние больного. Так, при выполнении проксимальной резекции желудка или гастрэктомии из абдоминального доступа, при наличии противопоказаний функционального порядка

для производства чресплевральной резекции, даже максимальное отступление от видимой границы опухоли не позволяет быть уверенным в радикальности выполненной операции.

В настоящем исследовании мы поставили своей целью выявить причины и обстоятельства, влияющие на частоту прохождения линии резекции в зоне опухолевой инфильтрации при хирургическом вмешательстве, производимом по поводу рака проксимального отдела желудка.

Материал и методы. В основу исследования положен опыт хирургического лечения 454 больных с карциномой проксимального отдела желудка в отделениях торакоабдоминальной онкологии НЦО МЗ КР с января 1985 г. по декабрь 2001 г. включительно. Проксимальная субтотальная резекция желудка выполнена у 151 (33,2%) больного, гастрэктомия — у 296 (65,2%) и операция Льюиса — у 7 (1,5%) пациентов.

Исследование удаленных препаратов показало, что у 100 пациентов (22,3%) опухоль ограничивалась телом желудка, у 56 (12,3%) — она переходила на кардию, а у 237 (52,2%) — на абдоминальный сегмент пищевода. У 11 больных (2,4%) опухоль достигала уровня диафрагмы, а у остальных 50 человек (11,0%) она распространялась выше последней, достигая ретроперикардального сегмента пищевода.

У абсолютного большинства оперированных имелась диффузно-инфильтративная форма роста опухоли (79,9%), реже она носила смешанный характер (16,1%). Экзофитный рост опухоли наблюдался лишь у 18 пациентов (3,92%).

При гистологическом исследовании краев резецированного желудка раковые клетки были выявлены в 49 (10,7%) случаях. В дальнейшем углубленном исследовании были подвергнуты именно эти 49 наблюдений.

Результаты и обсуждение. Объем хирургического вмешательства, при котором обнаруживались клетки опухоли по линии резекции, был следующим: гастрэктомия — 30 пациентов, проксимальная резекция желудка — 18, резекция грудного отдела пищевода — 1.

Частота обнаружения элементов опухоли по линии резекции пищевода в зависимости от распространения опухоли на пищевод и оперативного доступа

Оперативный доступ	Распространение опухоли на П и К	Итого резекций	Элементы опухоли по линии резекции	
			Абс. число	%
Абдоминалоракальный	Без распространения	4	0	0
	Распространение на К	13	1	7,6±7,6
	Распространение на П	220	24	10,9±2,1
	<i>Итого</i>	237	25	10,5±2,0
Чрезбрюшинный	Без распространения	96	9	9,3±2,9
	Распространение на К	43	4	9,3±4,4
	Распространение на П	71	10	14,1±4,1
	<i>Итого</i>	210	23	10,9±2,1
Операция Льюиса (лапаротомия± правосторонняя торакотомия)	Без распространения	0	0	0
	Распространение на К	0	0	0
	Распространение на П	7	1	14,2±14,2
	<i>Итого</i>	7	1	14,2±14,2
Всего	Без распространения	100	9	9,0±2,8
	Распространение на К	56	5	8,9±3,8
	Распространение на П	298	25	8,3±1,6
	<i>Итого</i>	454	49	10,7±1,4

Примечание. П — пищевод; К — кардиальный отдел желудка.

Частота обнаружения элементов опухоли проксимального отдела желудка по линии резекции пищевода, в зависимости от оперативного доступа и распространения опухоли на кардиальный отдел желудка и пищевод, по данным патоморфологического исследования удаленных препаратов, представлена в таблице.

Чрезбрюшинное вмешательство в том или ином объеме выполнено у 210 больных, (42,0±2,2)%. В этой группе опухолевые клетки по линии резекции были выявлены у 23 пациентов, (10,9±2,1)%. Наиболее часто такое явление имело место среди больных, у которых, по данным интраоперационной оценки, наблюдалось вовлечение в опухолевый процесс пищевода — у 10 из 71, (14,1±4,1)%. При распространении опухоли тела желудка только на кардию или без такового, в случае применения абдоминального доступа, частота оставления опухолевых клеток по линии резекции была одинакова, у 4 из 43, (9,3±4,4)% и у 9 из 96, (9,3±2,9)% соответственно.

Хирургическое вмешательство из абдоминалоракального доступа выполнено у 237 пациентов, (91,8±1,7)%. Среди них оставление опухолевых клеток по линии резекции наблюдалось у 25 пациентов, (10,5±2,0)%. При этом среди больных, у которых опухоль желудка переходила на пищевод, это имело место у 24 из 220 оперированных, (10,9±2,1)%. В противном случае оставление опухолевой ткани констатировано у 1 из 17 (5,88%) больных.

Анализ данных свидетельствует о более высокой частоте оставления опухолевых клеток по линии пересечения пищевода в случае, когда был избран чрезбрюшинный доступ у больных раком желудка с переходом опухоли на пищевод, (14,1±4,1)%. Поэтому в таких случаях следует отдавать предпочтение абдоминалоракальному доступу и срочному гистологическому исследованию ткани пищевода по линии резекции во время операции.

В то же время, при макроскопической интактности кардиального отдела желудка и прохождения верхней границы резекции на уровне абдоминального отрезка пищевода опухолевая ткань по линии пересечения констатирована у 9 из 96 больных, (9,3±2,9)%. Это свидетельствует о распространении опухолевых клеток в подслизистом и мышечном слоях стенки желудка, значительно опережающем возможности пальпаторной и визуальной оценки опухоли. По-видимому, и в таких случаях следует чаще прибегать к интраоперационной гистологической оценке линии резекции, что позволит более адекватно оценивать распространенность поражения и точнее определять границы резекции.

Наиболее частой макроскопической формой роста опухоли, при которой обнаруживались раковые клетки по линии резекции, была эндофитная — у 39 из 49 (79,6%) пациентов. И только у 10 (20,4%) больных рост опухоли носил смешанный характер.

Проведен анализ зависимости оставления опухолевых клеток по линии резекции от степени дифференцировки опухолевой ткани. При этом оказалось, что при низкодифференцированной аденокарциноме это имело место в 73,4% случаев, при умеренно-дифференцированной — в 10,5%, при других формах рака — в 16,1%.

Следовательно, при выборе границ резекции при раке проксимального отдела желудка следует также учитывать форму роста опухоли и ее гистологический тип.

Выводы. 1. При раке проксимального отдела желудка частота прохождения верхней границы резекции препарата в зоне опухолевой ткани определяется вовлеченностью в процесс пищевода, формой и гистологической структурой опухоли, типом хирургического вмешательства. По нашим данным, этот показатель составил 10,7%.

2. Наиболее часто опухолевые клетки по линии резекции обнаруживаются при аденокарциноме низкой степени дифференцировки (73,4%) и эндофитной форме рака опухоли (79,6%).

3. Повышению радикализма операции при раке проксимального отдела желудка способствует более высокий уровень резекции пищевода, достигаемый за счет применения абдоминалоторакального доступа, и срочное гистологическое исследование краев резекции препарата.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. Рецидивы рака желудка.—М.: Медицина, 1981.—С. 10–15.
2. Вашкамадзе Л. А. Рак проксимального отдела желудка (принципы уточняющей диагностики и выбор метода лечения): Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1991.—267 с.

3. Германов А. Б. Расширенные и расширенно-комбинированные операции при раке проксимального отдела желудка: Дис. ... д-ра мед. наук.—М., 1998.—284 с.
4. Жандарова Л.Ф. Субоперационная цитологическая диагностика рака желудка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.—Саратов, 1978.—21 с.
5. Лелягин В.П., Денисов Л.Е. Судьба больных после гастроэктоми и проксимальной резекции желудка с пересечением пищевода в зоне опухоли // Хирургия.—1975.—№ 2.—С. 38–42.
6. Papachristou D. N., Agnanti N., D. Agostino H. et al. Histologically positive esophageal margin in the surgical treatment of gastric cancer // Amer. J. Surg.—1980.—Vol. 139.—P. 711–713.
7. Papachristou D. N., Fortner J. G. Adenocarcinoma of the gastric cardia // Ann. Surg.—1980.—Vol. 192.—P. 58–64.

Поступила в редакцию 16.11.2005 г.

M.S.Ajtaliyev, V.P.Zemlyanoy, S.L.Nepomnyashchaya

CAUSES OF NONRADICAL SURGICAL OPERATIONS FOR CANCER OF THE PROXIMAL PART OF THE STOMACH

An analysis of results of treatment of 454 patients operated for cancer of the proximal part of the stomach included the main parameters of the tumor process and radical operations studied on the basis of morphological investigations of the ablated preparations. The vertical and horizontal lines of the gastric resection were thoroughly investigated, the results being introduced in the protocol of the investigation. In 49 of 454 radically operated patients (10.7 %) the line of resection passed through the zone of tumor infiltration. It was shown that the frequency of the tumor cells left along the resection line was substantially influenced not only by the growth character, the histological structure of the tumor and involvement of the esophagus, but also by the kind of operative access and surgery. We believe that in patients with poorly differentiated carcinomas (G3–G4) and endophytic-infiltrative forms of tumor growth it is necessary to principally widen the resection zones both in the vertical and lateral directions. It will allow avoidance of making the line of resection in the tumor infiltration zone. Not only the gastric resection zones but also all anatomical structures adjacent to the tumor ablated during the combined surgical operations should be thoroughly morphologically examined. The intraoperative urgent histological investigation of the gastric resection line must be made in all radical operations for gastric cancer.