

ПРОТОКОЛ № 435 ЗАСЕДАНИЯ МОСКОВСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА (27 февраля 1997 г.)

Председатель — проф. А. И. Пирогов
Секретари — канд. мед. наук С. М. Волков,
И. В. Решетов, С. Б. Петерсон

ПОВЕСТКА ДНЯ

Демонстрация

*Е. А. Войновский, Б. В. Щетинин, В. Г. Коровушкин,
А. И. Морев, Е. А. Климов, В. М. Егоров*

СЛУЧАЙ УСПЕШНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ГАСТРЭКТОМИИ ЧЕРЕЗ 11 МЕС ПОСЛЕ ЭКСПЛОРАТИВНОЙ ЛАПАРОТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

Главный клинический госпиталь МВД России

Больной 53 лет был направлен в ГКГ для симптоматического лечения в связи с дисфагией, кахексией, выраженными болями в эпигастрии, обусловленными местно-распространенным раком тела желудка. В марте 1996 г. выполнена эксплоративная лапаротомия из-за распространения опухоли на поджелудочную железу. В последующем отмечено поражение проксимального отдела желудка, нижнегрудного отдела пищевода. Отдаленных метастазов не выявлено.

Проведены парентеральное питание, лечение сопутствующих заболеваний, предоперационная подготовка.

Оперирован 04.02.97 (Е. А. Войновский). При ревизии: тотальное поражение желудка с распространением на тело поджелудочной железы, вращением в левую долю печени, ворота селезенки, брыжюку поперечной ободочной кишки в области средних кишечных сосудов. Опухоль также распространялась на левую ножку диафрагмы и пищевод на протяжении 5 см.

Выполнена комбинированная гастрэктомия с резекцией нижнегрудного отдела пищевода, диафрагмы, левой доли печени, тела и хвоста поджелудочной железы со спленэктомией, забрюшинной лимфаденэктомией. Пищеводно-кишечный позадиободочный анастомоз — конец с формированием межкишечного анастомоза по способу Roux (конец — бок).

Гистологическое исследование: умеренно дифференцированная аденокарцинома без элементов опухоли по линиям разрезов, с метастазами в перигастральных лимфоузлах.

Послеоперационный период — без осложнений. Больной вернулся к привычному образу жизни.

Демонстрация представляет интерес в связи со сравнительно продолжительным (11 мес) сроком наблюдения между эксплоративной и радикальной операцией, удовлетворительным непосредственным результатом хирургического лечения.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Учитывая полное удаление клетчатки и лимфоузлов малого и большого сальников, а также в зоне чревного ствола и его ветвей, операция соответствует уровню радикальности R2.

Доклад

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

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

Торакальное отделение ОНЦ им. Н. Н. Блохина, РАМН

С 1952 по 1994 г. в ОНЦ произведено 121 повторное хирургическое вмешательство у больных раком желудка после выполненных ранее в иных стационарах эксплоративных операций. При этом в 55 (55,4%) случаях произведены (условно) радикальные операции, названные автором «полноценные оперативные пособия», в 10 (8,3%) — паллиативные резекции и гастрэктомии, также в 10 (8,3%) — «дренирующие» операции, то есть обходные анастомозы либо гастростомии, у остальных 46 (38%) операция повторно ограничена эксплоративной лапаротомией.

Из 55 оперированных (в объеме «полноценного оперативного пособия») у 26 (47,3%) распространенность опухоли соответствовала IV стадии T4N2M0, у 10 IIIB стадии, в том числе у 7 (12,8%) T4N2M0 и у 3 (5,5%) T3N2M0; у 4 диагностирована IIIA стадия T4N0M0. Всего же распространенность соответственно T4 выявлена у 44 (67,7%), а N2 — у 42 (64,6%) больных. Наиболее часто (56,5%) выполнялись комбинированные гастрэктомии.

Если в 50—70-х годах выполнены 59 операций со значительной (38—20%) летальностью вследствие недостаточности швов анастомоза и гнойно-септических осложнений, то в 80—90-х годах оперированы 62 больных с летальностью 3,3%, обусловленной «онкохирургическими» осложнениями — пневмонией, ДВС-синдромом и др.

Улучшение непосредственных результатов обусловлено внедрением в клиническую практику ОНЦ РАМН совершенной методики оперирования, важными элементами которой являются мобилизация органов с предварительным выделением и перевязкой сосудов («от сосудов»), обязательная лимфодиссекция соответствующего уровня радикальности R2 — R3, формирование надежных пищеводно-желудочных и пищеводно-кишечных анастомозов. Кроме того, улучшению результатов операций способствует достигнутое совершенствование реанимационно-анестезиологического обеспечения.

Повторные (условно) радикальные хирургические вмешательства позволяют добиться значительного улучшения условий жизни, а у каждого третьего больного — клинического излечения: 5-летняя актуаральная выживаемость среди 55 оперированных составила (без учета непосредственной летальности) $36,5 \pm 8,2\%$.

Опыт ОНЦ выявляет несомненные преимущества паллиативных резекций и гастрэктомий перед «дренирующими» операциями (т. е. формированием обходного пищеводно-кишечного анастомоза). Внедрение в практику паллиативных вмешательств обосновывается сравнительно низкой ($40,0 \pm 16,3\%$) летальностью после формирования обходных анастомозов и «нулевой» $0,0 \pm 26,6\%$ летальностью после паллиативных резекций и гастрэктомий, а также безусловным улучшением условий жизни больных, прежде всего устранением (часто полной) дисфагии и восстановлением естественной проходимости пищи. Паллиативные повторные операции позволяют в ряде случаев также продлить жизнь больных: медиана выживаемости составила после паллиативных операций 6,01,0 мес, после обходных анастомозов $3,0 \pm 1,2$ мес.

Примечания. Ниже представлены расчеты отмеченных выше статистических показателей.

¹⁾ Расчет 5-летней (актуариальной) выживаемости по таблицам дожития после условно радикальных операций выполнен в группе 8/11/44 больных. Этот формат записи означает, что 8 больных пережили 5-летний срок, 11 выбыли из наблюдения или наблюдались, еще не дожив до 5-летнего срока, а всего в группе было 44 выписанных больных.

Расчет представлен по Cutler—Ederer (1958): L — число наблюдений; d — умерших, $(u + w)$ — выбывшие и наблюдаемые, но не дожившие до конца интервала, L' — расчетное число наблюдений, q — показатель летальности временного интервала, p — показатель выживаемости временного интервала, P — кумулятивный показатель N -летней выживаемости (см. также: «Анналы». — 1995. — N 1. — Издание Московского онкологического общества).

Интервал	L	d	$(u + w)$	$L' = L - (u + w)/2$	$q = d/L'$	$p = 1 - q$	$P = p_1 \cdot p_2 \cdot \dots p_x$
0-1	44	12	0	44,0	0,273	0,727	72,7%
1-2	32	6	3	30,5	0,197	0,803	56,4%
2-3	23	3	2	22,0	0,136	0,864	50,4%
3-4	18	1	2	17,0	0,059	0,941	47,4%
4-5	15	3	4	13,0	0,231	0,769	36,5%
5-6	8						

²⁾ Как и все прочие показатели, 0 и 100% также должны быть представлены с их ошибками репрезентативности для суждения о том, насколько обоснованы полученные результаты. Расчет средней ошибки выполняется по формуле:

$$m(0, 100\%) = t^2 \cdot 100/N + t^2,$$

где N — число наблюдений, t (критерий Стьюдента), обычно принимаемый в медико-статистических исследованиях, соответствует 2,0. Так, например, если «событие» наступило в одном случае из одного, его относительный показатель составляет $100 \pm 80\%$. Соответственно, если «события» не произошло, это будет статистически выражено показателем $0 \pm 80\%$, также рассчитанным по указанной выше формуле. (см. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. — М., 1974).

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Частота комбинированных операций составила 56,5%. Однако истинное прорастание опухоли в прилежащие органы в ряде случаев не установлено при последующем морфологическом исследовании удаленного препарата.

ПРЕНИЯ

Проф. А. А. КЛИМЕНКОВ. Представляет интерес, что по данным статистики среди повторно радикально оперированных большинство (90%) ранее лечились в стационарах общей лечебной сети, лишь 10% поступают из онкологических диспансеров. Это свидетельствует о преимуществах специализации в плане оказания квалифицированной лечебной помощи. Аналогичное соотношение может быть получено и при анализе соотношения среди анализируемых больных тех, кто обратился сам, и тех, кто был направлен оперировавшими их хирургами.

Следует также отметить несприемлемость критерия «истинное» распространение опухоли для расчета показателя частоты комбинированных операций. Так, например, обнаруженная при лапаротомии связь пораженного опухолью желудка с поджелудочной железой является показанием к комбинированной — с резекцией поджелудочной железы — операции независимо от того, будет ли выявлено врастание опухоли в железу при последующем морфологическом исследовании.

Очевидна еще одна особенность: повторные (условно) радикальные операции выполняются больным, «отобранным» естественным течением заболевания. Биологические особенности опухоли в этих случаях обуславливают сравнительно меньшую интенсивность прогрессирования процесса. Именно этим фактором объясняются аналогичные (и даже лучшие) результаты повторных операций по сравнению с результатами обычных гастрэктомий.

Повторно оперированные больные не смогли бы пережить 5-летний срок без повторной операции в случае консервативного лечения. Следует также отметить несомненно лучшие условия жизни больных после повторных операций, устраняющих нарушения желудочной проходимости (в том числе дисфагию) и др. В этой связи следует расширить показания к повторным операциям. Не являются противопоказанием единичные метастазы в печень и высипания по брюшине. При метастазах Вирхова или (и) Шницлера показания к повторной операции определяются качеством жизни больных (например, выраженностью дисфагии).

Доктор мед. наук Л. А. ВАШАКМАДЗЕ. Следует вновь обратиться к обсуждавшейся ранее проблеме диагностических и лечебно-тактических ошибок в стационарах общей лечебной сети, где все еще лечится большинство больных раком желудка. Как известно, резектабельность в стационарах, где выполняется менее 15 операций в год, составляет менее 23%, в то время как этот показатель в МНИОИ им. П. А. Герцена соответствует 59,2%. Представленный доклад показывает существенно большие возможности оказания квалифицированной медицинской помощи в специализированных онкологических стационарах, в которых гастрэктомии были выполнены при повторных операциях, несмотря на значительную распространенность опухоли.

Кроме того, обращает внимание, что в хирургических стационарах онкологические операции выполняются без должной лимфаденэктомии. Зачастую желудок удаляется без связочного аппарата, что даже не соответствует уровню радикальности R1 и лишает смысла данное хирургическое вмешательство.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Частота повторных операций по поводу рака желудка составляет сотни доли процента. Тем не менее анализируемая проблема, безусловно, актуальна. Очевидно, что в некоторых случаях хирург не может выполнить операцию, адекватную распространенности процесса. Это объясняется тем, что в практических учреждениях недостаточно освоены расширенные комбинированные вмешательства. Так, при обнаружении срассний пораженного опухолью желудка с поджелудочной железой необходима комбинированная субтотальная резекция желудка (гастрэктомия) с резекцией тела и хвоста поджелудочной железы. Срассения (спаяния, связь) следует рассценивать как этап опухолевого распространения, в том числе с нарушением лимфообращения (что подтверждается выявлением опухолевых клеток в лимфатических сосудах). Это обуславливает показания к комбинированной операции, которая должна «быть в арсенале» хирургов общей лечебной сети. Административными мерами (запретами) проблему оказания качественной специализированной медицинской помощи не решить. Хотя бы потому, что имеются «общехирургические» стационары, в которых результаты лечения лучше, чем в некоторых онкоучреждениях.

Для изменения положения следует прежде всего изменить идеологию оперирования, сложившуюся у хирургов общей лечебной сети, побудить их освоить комбинированные операции при тех злокачественных новообразованиях, где нет адекватной альтернативы хирургическому лечению.

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель) отметил впечатляющий опыт ОНЦ им. Н. Н. Блохина, который накапливался в течение всей истории этого научного центра. Полученные результаты, безусловно, оправдывают активную хирургическую тактику.

Доклад

А. А. Клименков, С. Н. Неред, Г. И. Губина,
В. И. Болотский

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВАХ РАКА ЖЕЛУДКА

Абдоминальное отделение ОНЦ им. Н. Н. Блохина, РАМН

В 1954—1996 гг. в отделении абдоминальной онкологии ОНЦ РАМН выполнены 375 операций по поводу рецидива рака желудка, из них 168 (44,5%) радикальных (экстирпации оставшейся части желудка — 140), повторные резекции желудка (12), экстирпации пищеводно-кишечного анастомоза (16), а также 207 паллиативных и эксплоративных операций (4 паллиативных экстирпации оставшейся части желудка, 67 операций формирования стом или обходных анастомозов, 136 лапаротомий). Проанализированы два временных периода: за 1954—1979 гг. радикально оперированы 96 (37,8%) из 254 больных и за 1980—1996 гг. — 72 (59,5%) из 121. В первом периоде анастомозы выполнялись по Орру — Ханту — Накаме или с помощью аппарата ПКС-25, во втором — по Бондарю и по его модификации.

Основной радикальной операцией при рецидиве рака являлась экстирпация оставшейся части желудка (140 операций). Повторные резекции оставшейся части желудка оказались недостаточно радикальными — у 4 из 12 больных наблюдался продолженный рост опухоли.

Показатель резектабельности при операциях по поводу рецидива рака желудка возрос более чем на 20% (37,8 и 59,5% соответственно). Резектабельность существенно зависит от типа реконструкции, выполненной при первой операции. Наиболее редко экстирпация оставшейся части желудка удавалась при рецидиве после операции по Бильроту-I (25%). Резектабельность после резекции по Бильроту-II с позадиободочным анастомозом на короткой петле составила 45,8%, а при использовании длинной кишечной петли, расположенной также позадиободочно, — 55,0%. Наиболее высокий показатель резектабельности отмечен после резекции желудка по Бильроту-II с впередиободочным анастомозом на длинной петле (76,0%). Эта зависимость объясняется расположением оставшейся части желудка. После резекции по Бильроту-I рецидив легко прорастает в головку поджелудочной железы и элементы печеночно-двенадцатиперстной связки, так как именно к этим анатомическим структурам прилежат оставшаяся часть желудка и желудочно-двенадцатиперстный анастомоз.

После резекции по Бильроту-II с позадиободочным анастомозом на короткой петле последний фиксирован в брыжейке поперечной ободочной кишки, и рецидивная опухоль легко инфильтрирует корень брыжейки кишки и брыжеские сосуды. Подобная ситуация возникает и после операции с позадиободочным анастомозом на длинной петле. После резекции по Бильроту-II с впередиободочным анастомозом на длинной петле поперечная ободочная кишка является как бы прослойкой между возможной рецидивной опухолью и структурами забрюшинного пространства. Поэтому опухоль, достаточно часто прорастая в поперечную ободочную кишку, не достигает этих структур.

Наряду с возрастанием показателя резектабельности удалось существенно уменьшить летальность после радикальных операций. В 1954—1979 гг. она составляла 32,3% (умерли 31 из 96), в 1980—1996 гг. — 16,7% (12 из 72). Значительную роль в снижении послеоперационной летальности сыграло повышение надежности пищеводно-желудочного (пищеводно-кишечного) анастомоза.

Накопленный опыт позволяет подтвердить ряд положений, имеющих принципиальное значение для хирургии рака желудка. При первичной резекции желудка гастросигмоальный анастомоз рекомендуется формировать не на короткой, а на длинной петле, размещенной впередиободочно. При этом в случае рецидива снижается риск прорастания опухоли в несудлимые анатомические структуры

и уменьшаются технические трудности повторного оперативного вмешательства. Показания к повторным резекциям оставшейся части желудка ограничены из-за их явно недостаточной радикальности. Формирование пищеводно-кишечного анастомоза по Бондарю способствует надежному заживлению соустья, сопряжено с минимальной непосредственной летальностью. Отдаленные результаты хирургического лечения рецидивного рака желудка (5-летняя выживаемость на протяжении 40 лет сохраняется на уровне 26%, средняя продолжительность жизни после ранних (до 3 лет) рецидивов — 18, после поздних — 30 мес), соответствуют результатам хирургического лечения первичного рака желудка и обосновывают оправданность сложных повторных операций.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

Оценка отдаленных результатов операций в зависимости от распространенности рецидива затруднена в связи с отсутствием классификации рецидивного рака желудка по стадиям.

Спленэктомия при экстирпации оставшейся части желудка в 100% случаев не выполнялась.

Определить, является ли поздний рецидив рака желудка, особенно локализованный вне зоны анастомоза и вновь сформированной малой кривизны, действительно рецидивом, или это второй (множественный) рак — невозможно. Морфологических различий первичной и рецидивной опухоли выявить, как правило, не удастся.

ПРЕНИЯ

Доктор мед. наук Л. А. ВАШАКМАДЗЕ. Условное подразделение рецидивов на «ранние» и «поздние» имеет академический интерес.

Опыт МНИОИ им. П. А. Герцена подтверждает ценность представленной статистики, а также правильность высказанных в докладе положений. В частности, частота комбинированных операций при рецидиве рака желудка в МНИОИ составляет 40%.

Проф. А. А. КЛИМЕНКОВ. Цель доклада — не изучение деталей, а демонстрация результатов целенаправленного решения актуальной проблемы хирургического лечения больных с рецидивами рака желудка. Практическое значение имеет 25% показатель 5-летней выживаемости, который соответствует продолжительности жизни больных, оперированных по поводу первичных опухолей.

Проф. М. И. ДАВЫДОВ. Следует отметить, что успешные отдаленные результаты получены прежде всего в группе больных, у которых был неверно резецирован желудок, но была выполнена адекватная лимфаденэктомия. Иначе в последующем было бы диагностировано «прогрессирование процесса», а не «рецидив». Очевидно, что больных по поводу рецидива следует оперировать и преимущественно в объеме экстирпации оставшейся части желудка. Рецидивы следует оценивать по стадиям, аналогично стадиям TNM. Критерий N при этом может определяться следующим образом: если рецидивная опухоль распространяется на прилежащий орган, то его пути лимфооттока становятся путями лимфогенного метастазирования. Следовательно, критерий N при рецидиве рака желудка оценивается аналогично критерию N при первичном раке данного органа.

В последующей дискуссии рассмотрены вопросы, формально выходящие за пределы повестки дня, в частности зависимость прогрессирования от возраста, конституции, а также от формы роста опухоли. (Избыточная масса способствует более интенсивному лимфообращению, следовательно, более частой диссеминации; состояние слизистой оболочки определяет тип распространения опухоли — при атрофическом гастрите имеются меньшие возможности распространения опухолевых клеток.)

Проф. А. И. ПИРОГОВ (председатель). Ценность сообщений подчеркивается тем, что в представленных материалах обобщается опыт нескольких поколений хирургов, искавших решения одной из сложных проблем онкологии. Полученные результаты свидетельствуют об успехах многолетнего научно-практического поиска.