

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАСШИРЕННОЙ ЛИМФОДИСЕКЦИИ

Ю.В. Истомин

Отделение абдоминальной онкологии

Свердловского областного онкологического диспансера, г. Екатеринбург

Истомин Юрий Владимирович, канд. мед. наук,
заведующий хирургическим отделением Свердловского
областного онкологического диспансера,
620905, г. Екатеринбург, пгт. Широкая Речка, ул. Соболева, дом 29,
тел. (373) 376-95-30,
e-mail: adm@uralonco.ru

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты радикального хирургического лечения рака желудка у 1171 больного. 645 пациентов прооперированы без расширенной лимфодиссекции, 526 – с применением последней в минимальном объеме D2. Несмотря на увеличившийся объем операции, число послеоперационных осложнений снижено с 20,6% до 7,7%, послеоперационная летальность – с 7,9% до 1,7% благодаря применению модифицированной методики пищевода – онкокишечного анастомоза. Общая пятилетняя выживаемость больных раком желудка, перенесших хирургическое лечение с РЛД D2-4, составила 73%, без РЛД – 58% ($p = 0,0002$), статистически значимые различия получены для пациентов 3А, 3Б и 4 (M0) стадий.

Ключевые слова: рак желудка, расширенная лимфодиссекция, выживаемость.

THE RESULTS OF STOMACH CANCER SURGERY WITH THE LYMPHATIC DISSECTION APPLICATION

Yu. V. Istomin

Abdominal Oncology Department of Oncologic Dispensary of Sverdlovsky District, Ekaterinburg

The direct and remote results of radical surgical treatment of a cancer of a stomach at 1171 patients are analysed. 645 patients - without extended lymphnodissection (LND), 526 - with LND in minimal volume D2. Despite of the increased volume of operation the number of postoperative complications is reduced from 20,6 % to 7,7 %, postoperative death from 7,9 % up to 1,7 %, due to application of the modified technique esofagojeunoanastomosis. The general five years' survival rate of patients with a cancer of the stomach, transferred surgical treatment with LND D2-4 has made 73 %, without LND - 58 % ($p = 0,0002$), statistically significant distinctions are received for patients 3A, 3B and 4 (M0) stages.

The key words: a cancer of the stomach, extended lymph nodedissection, survival rate.

Несмотря на некоторое снижение заболеваемости раком желудка (РЖ) в последнее время, ежегодно в мире регистрируется 798 тысяч новых случаев, что составляет 9,9% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований, и каждый год 628 тысяч пациентов умирают от этого заболевания. В Российской Федерации РЖ является второй по частоте локализаций среди всех злокачественных новообразований, уступая лишь раку легкого у мужчин и раку молочной железы и кожи у женщин [1].

В последние три десятилетия хирургический способ лечения РЖ претерпел значительные изменения. Благодаря разработке и внедрению технологии расширенной лимфодиссекции (РЛД), подразумевающей удаление единым блоком вместе с пораженным

органом зон регионарного метастазирования, удалось улучшить 5-летнюю выживаемость на 10-20% [2,3,4].

В то же время, в представленном в 2004г мета-анализе Кохрейновского сообщества [5], в который включено 2 рандомизированных, 2 нерандомизированных, 11 когортных исследований, авторы показали, что эффективность расширенной лимфодиссекции (D2-4) по сравнению с ограниченной (D0-1) не доказана, к тому же она приводит к увеличению числа осложнений и периоперационной летальности.

Цель исследования

Изучение эффективности расширенной лимфодиссекции (РЛД D2-4) в хирургическом лечении рака желудка.

Материалы и методы

Материалами для исследования являлась медицинская документация в общей сложности на 1171 больного из жителей города Екатеринбурга и Свердловской области, которым в период с 1978г. по 1988г. и с 2000г. по 2004 г. проводилось хирургическое лечение в отделении абдоминальной онкологии Свердловского областного онкологического диспансера по поводу рака желудка. Пациенты были разделены на две группы соответственно срокам лечения: с 1978 по 1988 гг. (645 пациентов) и 2000-2004 годы (526 пациентов) по признаку объема и характера выполненного оперативного вмешательства. Все больные первой группы были прооперированы по принятой в тот период единой методике, без расширенной лимфодиссекции (D0-1) с формированием двухрядного концептлевого эзофагоэнтоанастомоза. Всем пациентам второй группы выполнялась расширенная лимфодиссекция объема D2-4 с модифицированным инвагинационным трехярусным пищеводно-тонкокишечным анастомозом. Стадирование заболевания осуществлялось в соответствии с действующей классификацией TNM (UICC). Отдаленная выживаемость анализировалась по методу Каплана-Майера с оценкой достоверности log-rank test.

Результаты и обсуждение

Основные общие сведения, характеризующие группы пациентов, представлены в таблице 1. Средний возраст пациентов в первой группе составил 58 лет, во второй - 59 лет, соотношение мужчин и женщин тоже примерно равно 1,5 : 1 в обеих группах. Равным числом представлены и стадии рака желудка у прооперированных больных в группе РЛД D0 1 и 2 стадии составили 62%, в группе с РЛД D2-4 – 61%, 3 и 4 стадии соответственно 38% и 39%.

Таблица 1

Общие сведения по сравниваемым группам пациентов

Показатель	РЛД D0-1	РЛД D2-4
Число пациентов	645	526
Средний возраст, лет	58	59
Мужчины, %	59	60
Женщины, %	41	40
Стадия опухолевого процесса (%)		
I – II	62	61
III-IV	38	39
Характер выполненных операций (абс. число)		
Субтотальная дистальная резекция	435	285
Гастрэктомия	118	72
Гастрэктомия комб.	92	169

Общий процент послеоперационных осложнений в группе РЛД D2-4 составил 7,7% (таблица 2).

Как и следовало ожидать, послеоперационные осложнения оказались выше в группе пациентов, перенесших операции с резекцией пищевода – 21,4%. После стандартных гастрэктомий с РЛД D2 осложнения составили 6,9%, после комбинированных гастрэктомий с РЛД D2 – 5,7%, после гастрэктомий с РЛД D4, где комбинированный характер носили все операции – 13,7%. На 7 случаев несостоятельности анастомозов – 1 – гастроэнтероанастомоза после резекции желудка, 1- толстокишечного анастомоза, то есть несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза составили 5 случаев (1,9%). На втором месте по частоте встречаемости – послеоперационные панкреатиты и панкреонекрозы, развившиеся в 6 случаях, что составило 1,1%. Такое же число анастомозитов пищеводно-тонкокишечного или пищеводно-желудочного анастомозов. Внутривентрикулярные послеоперационные кровотечения имели место в 5 случаях (0,9%), так же часто случались послеоперационные пневмонии. Абсцессы брюшной полости развились в 4 случаях (0,7%).

Общее число послеоперационных осложнений в группе РЛД D0-1 составило 20,6%, при этом они превышают соответствующие показатели операций с РЛД D2-4. Так, несостоятельности швов анастомозов составили 6%, послеоперационные панкреатиты и панкреонекрозы – 5,7%, пневмонии – 2,4%, абсцессы брюшной полости – 2%. Значительно отличаются и показатели послеоперационной летальности.

Таблица 2

Сравнительные данные послеоперационных осложнений и летальности в %

Операция	РЛД D0-1			РЛД D2-4		
	число больных	осложнения	летальность	число больных	осложнения	летальность
Резекция желудка	435	14.2	4.8	285	5.2	1.4
Гастрэктомия	118	29.8	14.4	72	6.9	0
Гастрэктомия комбинированная	92	40.2	14.5	169	12.4	2.9
Итого	645	20.6	7.9	526	7.7	1.7

Применение методики инвагинационного концев-концевого пищеводно-тонкокишечного анастомоза в группе больных с РЛД D2-4 позволило снизить послеоперационные осложнения с 20,6% до 7,7%, а летальность – с 7,9% до 1,7%.

Отдаленные результаты оценены нами у 285 пациентов, прооперированных без применения расширенной лимфодиссекции РЛД D0-1, и у 335 пациентов с применением последней (РЛД D2-4). Соотношение по стадиям представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение пациентов по стадиям опухолевого процесса

Стадия	РЛД D0-1		РЛД D2-4		Всего	
	число больных		число больных			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1А	24	8,0	28	8,0	52	8,0
1Б	15	5,0	54	16,0	69	11,0
2	119	42,0	123	36,0	24	39,0
3А	79	28,0	66	20,0	145	24,0
3Б	38	13,0	29	9,0	67	11,0
4	10	4,0	35	11,0	45	7,0
Итого	285	100	335	100	620	100

Распределение больных по стадиям заболевания в анализируемой группе совпадает с распределением пациентов, прооперированных вообще, что говорит о репрезентативности выборки.

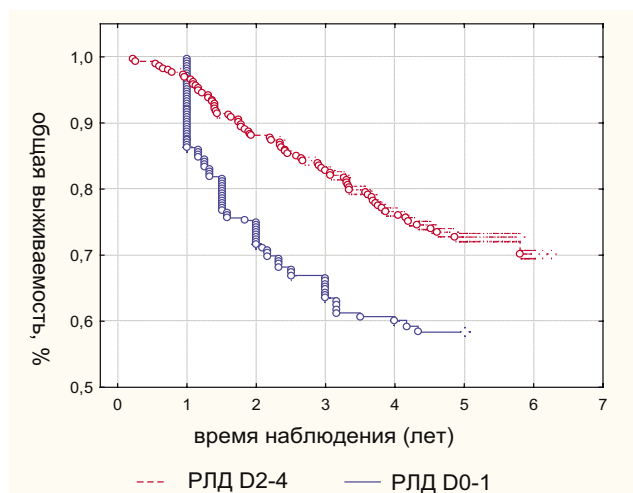


Рис. 1. Пятилетняя выживаемость больных раком желудка в группах расширенной и ограниченной лимфодиссекции (все стадии)

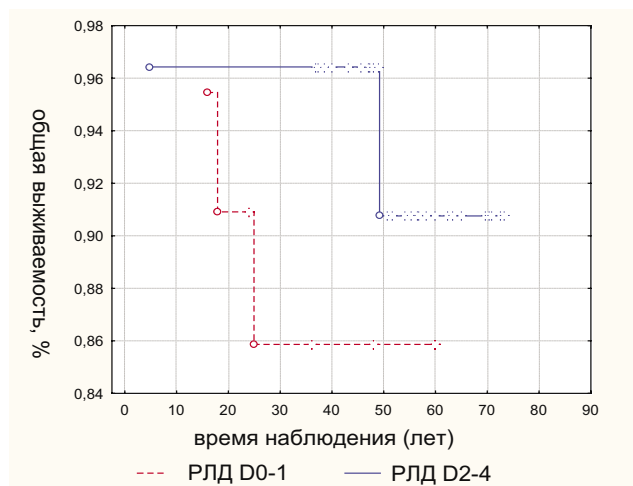


Рис. 2. Пятилетняя выживаемость больных раком желудка 1А стадии в группах расширенной и ограниченной лимфодиссекции

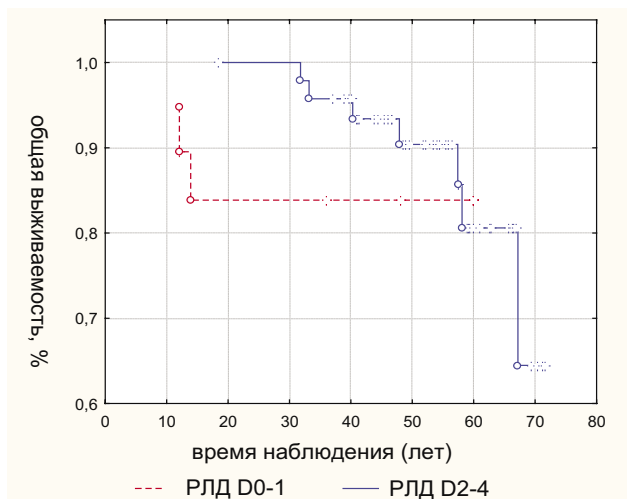


Рис. 3. Пятилетняя выживаемость больных раком желудка 1Б стадии в группах расширенной и ограниченной лимфодиссекции

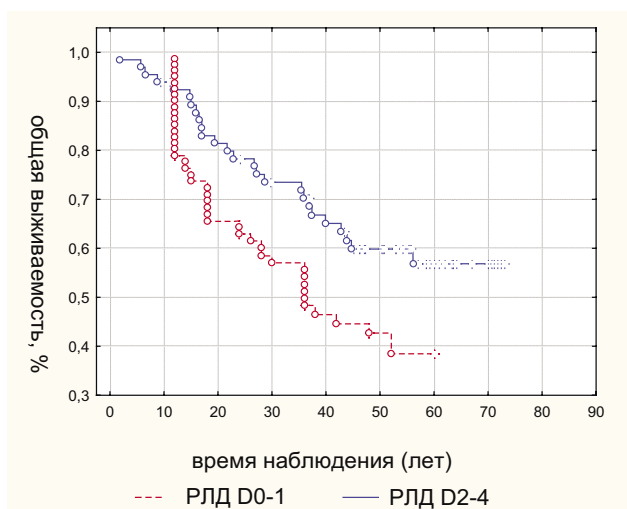


Рис. 4. Пятилетняя выживаемость больных раком желудка 3А стадии в группе расширенной и ограниченной лимфодиссекции

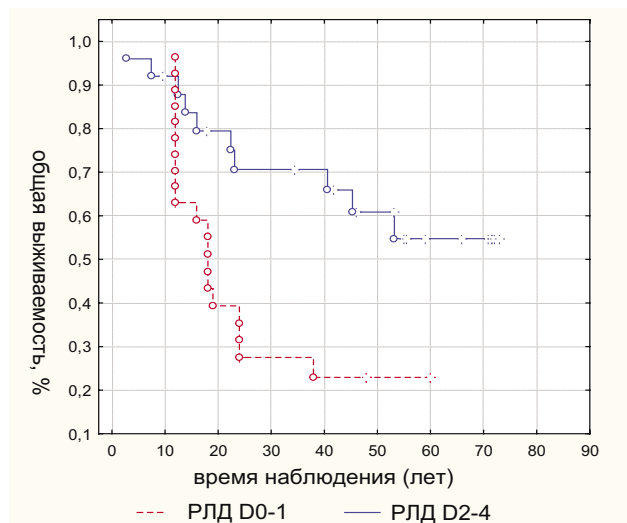


Рис. 5. Пятилетняя выживаемость больных раком желудка 3Б стадии в группах расширенной и ограниченной лимфодиссекции

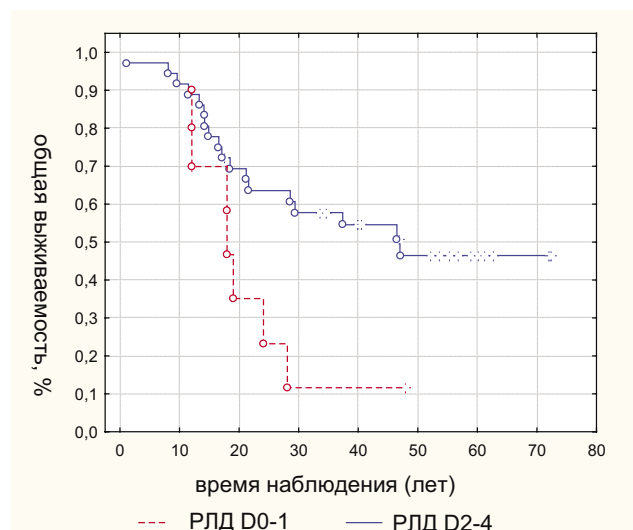


Рис. 6. Пятилетняя выживаемость больных раком желудка 4 (M0) стадии в группе расширенной и ограниченной лимфодиссекции

Показатель 5-летней выживаемости пациентов с РЛД D2-4 составил 73%, тогда как с РЛД D0-1 только 58%, ($p=0,00002$). При 1 и 2 стадиях различия отдаленной выживаемости пациентов с РЛД D2 и РЛД D0 статистически недостоверны. Однако медиана выживаемости и анализ подгрупп (1A, 1Б стадий) показывает преимущества расширенной лимфодиссекции в стадировании заболевания и, следовательно, прогнозе.

Статистически значимые различия получены нами и при анализе выживаемости больных с 3А, 3Б и 4 (M0) ст. рака желудка

В обобщённом виде данные 5-летней выживаемости и ее медианы представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сравнение отдаленной выживаемости больных раком желудка в группах расширенной и ограниченной лимфодиссекции по стадиям заболевания

Стадия	РЛД D0-1		РЛД D2-4		p
	выживаемость		выживаемость		
	медиана (мес).	5-лет. (%)	медиана (мес).	5-лет. (%)	<0,05*
1A	48	85,0	51,6	93,0	0,4
1Б	48	84,0	44,4	80,0	0,46
2	36	73,0	45	73,0	0,14
3А	28	38,0	43	57,0	0,03*
3Б	18	23,0	38	51,0	0,01*
4	18	11,0	32	46,0	0,05*
Итого	31,6	58,0	44,2	73,0	0,00002*

* Статистическая достоверность различий $p < 0,05$

Пятилетняя выживаемость при 3А стадии в группе расширенной лимфодиссекции составила 57,0% против 38,0% ($p=0,03$) в группе ограниченной лимфодиссекции, при 3Б соответственно – 51,0% и 23,0% ($p=0,01$), при 4 ст. – 46,0% и 11,0% ($p=0,05$).

Выводы

1. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что применение расширенной лимфодиссекции в хирургическом лечении рака желудка не сопровождается увеличением послеоперационных осложнений и летальности при наличии надежных методов формирования пищеводных анастомозов.

2. Расширенная лимфодиссекция достоверно улучшает показатели 5-летней выживаемости больных местнораспространенным раком желудка (в 3 и 4 ст. без отдаленных метастазов).

Список литературы

1. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2004 г. // под ред. В.И. Чиссова. – М., 2005. – 473 с.
2. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов // Современная онкология. – 2000. – Т. 2. – №1. – С. 4–12.
3. Maruyama K. Surgical treatment and end results of gastric cancer / K.Maruyama, S. Matsumoto, A. Ohtsu, T. Sato // Prev. Treatm. Gastrointest. Malign. Cologne. – 2001. – Vol. 6. – №2 – P. 67-72.
4. Siewert J.R. Benefits of gastric cancer and pN0 pN1 lymph node metastases / J.R. Siewert, R. Kestlmeier, R. Busch Br. J. Surg. – 1996. – Vol. 83. – P. 1144–1147.