

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абакумов М.М., Тверитнев Л.Ф., Титова Т.И., Ильницкая Т.И.* Хирургическая тактика при повреждениях селезенки // *Вестн. хирургии.* — 1989. — № 10. — С.134–138.
2. *Алексеев В.С.* Клинико-экспериментальное обоснование органосохраняющих операций при повреждении селезенки: Автореф. дисс.... канд. мед. наук. — Чебоксары, 1997. — С.159.
3. *Алиев Д.Х.* О некоторых вариантах органосохраняющих операций при травматических повреждениях (ранах) селезенки (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. — Тбилиси, 1988. — 23 с.
4. *Бордуновский В.Н.* Пластическая хирургия селезенки и печени (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Пермь, 1992. — С. 52.
5. *Булгаков Г.А.* Резекция селезенки с применением сшивающего аппарата // *Хирургия.* —1990.— № 35. — С. 147–148.
6. *Литвин А.А., Цыбуляк Г.И.* Местный гемостаз в хирургии повреждений печени и селезенки. // *Хирургия.* — 2000. — № 4. — С.74–76.
7. *Одишелашвили Г.Д.* Гемостаз при повреждениях печени, селезенки, почек, поджелудочной железы (экспериментально- клиническое исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — М., 1996. — 33 с.
8. *Сафронов Э.П.* Органосохраняющие операции

при травмах селезенки: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1997. — 17 с.

9. *Усольцев Ю.К.* Атипическая резекция селезенки: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук.. —Иркутск, 1998. — С. 24.

10. *Уткин В.В., Юдин М.Я., Лиепиньш М.А., Рубене М.Я.* Диагностика и лечение закрытых повреждений селезенки // *Хирургия.*—1988.— № 5. — С.84– 87.

11. *Чалык Ю.В.* Высоко-, низкоинтенсивные лазеры в хирургии паренхиматозных органов живота: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Саратов, 1993. — С. 24.

13. *Criado F. G., Wilson P. H.* Conservative surgery for splenic injury // *Injury.* —1981.— Vol. 13, No. 1. — P.57–60.

12. *Mooney D.P.* Multiple trauma: liver and spleen injury // *Curr Opin Pediat.* — 2002. — Vol. 14. — P. 482–485.

Поступила 25.02.09.

CHOICE OF SURGICAL TACTICS IN DAMAGED SPLEEN

G.S. Ragimov

Summary

Proposed is a surgical treatment of lesions of the spleen, developed in the experimental conditions and used in the urgent surgery clinic. Tactics are based on a differentiated approach to surgical intervention in wounds, fractures, and subcapsular injuries of the spleen. Autotransplantation of spleen tissue used as an alternative to splenectomy in the impossibility of maintaining it.

Key words: spleen, trauma, surgical tactic.

УДК 616.33 – 006.6 – 089.8

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

*Шамиль Ханафиевич Ганцев¹, Давран Турсункулович Арыбжанов²,
Онласбек Кудайбергенович Кулакеев², Илья Ризаметович Юнусметов²*

¹Кафедра онкологии с курсом ИПО (зав. — проф. Ш.Х. Ганцев) Башкирского государственного медицинского университета, ² кафедра онкологии и маммологии (зав. — проф. О.К. Кулакеев) Южно-Казахстанской государственной медицинской академии, г. Шымкент, e-mail: davran_a@mail.ru

Реферат

Обобщены результаты лечения 100 больных раком желудка IV стадии. Трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции выше, чем после гастрэктомии в 3,3 раза и проксимальной резекции в 3,8 раза. После циторедуктивной дистальной субтотальной резекции желудка 6,1% больных прожили пятилетний срок, пройдя за этот период до 4 курсов системной химиотерапии.

Ключевые слова: рак желудка, резекция, гастрэктомия, химиотерапия.

Несмотря на устойчивое снижение заболеваемости, рак желудка сохраняет одну из ведущих позиций. В структуре онкологической патологии населения России на него приходится 12,7% всех злокачествен-

ных новообразований, а по показателю смертности рак желудка занимает второе место (16,7%). В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 20 на 100 тысяч населения, в структуре онкопатологии раку желудка принадлежит третье место (10,3%). Несмотря на динамическое улучшение состояния онкологической помощи в Республике Казахстан отмечается увеличение числа лиц с IV стадией заболевания (свыше 40%) и летальности в первый год с момента установления диагноза (до 52,5%).

Наибольшее число больных к началу лечения имеет местнорегионарное распространение процесса. Основным и,

Таблица 1

Послеоперационная летальность в зависимости от анатомической формы роста опухоли желудка

Анатомические формы рака желудка	Циторедуктивная дистальная субтотальная резекция желудка		Циторедуктивная гастрэктомия		Циторедуктивная проксимальная резекция желудка		Всего n=100	
	п	летальность, %	п	летальность, %	п	летальность, %	п	летальность, %
Экзофитная	21	6,2	9	14,3	8	-	38	8
Эндофитная	11	11,7	13	25	12	14,3	36	16,4
Смешанная	7	—	10	16,6	9	28,6	26	17,6

как правило, единственным, вариантом лечения рака желудка является хирургический метод. Однако радикальность большинства операций носит условный характер, что находит свое отражение в неудовлетворительных результатах лечения. Так, в течение 5 лет после радикальных операций 20–50% больных с локализованными (T1-2 N0), 40–90% больных с местнораспространенными опухолями (T3-4 N1-2) умирают от прогрессирования заболевания. Пути улучшения отдаленных результатов лечения рака желудка многие авторы связывают с разработкой комбинированных методов лечения [1, 3]. Лечение больных раком желудка IV стадии представляет собой труднейшую проблему в онкологии. Выбор клинической стратегии в терапии запущенного рака желудка зависит от общего состояния больного и его иммунной системы, биологических особенностей самой опухоли и степени ее инвазии, имеющихся в наличии активных противоопухолевых препаратов и иммуномодуляторов [2, 5].

Мы провели анализ лечебной эффективности различных видов циторедуктивных операций при раке желудка IV стадии по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

С 2003 по 2007 г. в отделении торакоабдоминальной хирургии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера были прооперированы 100 больных по поводу рака желудка IV стадии. У всех больных (100%) на момент операции отмечались единичные метастазы в печени. 49 (49%) больным была произведена циторедуктивная субтотальная дистальная резекция желудка, 31 (31%) — циторедуктивная гастрэктомия и 20 (20%) — циторедуктивная проксимальная резекция желудка, уровень циторедукции по первичному очагу со-

ответствовал Ro. 53 (53%) из 100 больных проводились комбинированные операции: резекция правой и левой ножки диафрагмы у 7, краевая резекция левой доли печени у 4, резекция тела и хвоста поджелудочной железы у 18, резекция поперечно-ободочной кишки у 11, гастроспленэктомия «N-блоком» у 13. Объем расширенно-комбинированных операций сказался на послеоперационной летальности больных. Общая послеоперационная летальность составила 13%: после дистальной резекции — 6,1%, после гастрэктомии — 19,3% и после проксимальной субтотальной резекции — 20%. Послеоперационная летальность после гастрэктомии и проксимальной резекции оказалась в 3 раза выше, чем при дистальной субтотальной резекции желудка. Это объясняется различием объема операции при дистальных резекциях желудка и гастрэктомии, а также сложностью хирургической тактики при местнораспространенном проксимальном раке желудка с поражением смежных органов.

В наших наблюдениях у 38 (38 %) из 100 оперированных была экзофитная форма опухоли, у 36 (36%) — эндофитная и у 26 (26%) — смешанная (табл. 1). При этом у 18 (18%) отмечалось прорастание опухоли в тело и хвост поджелудочной железы, у 11 (11%) — в поперечно-ободочную кишку, у 4 (4%) — в левую долю печени, у 7 (7%) — в ножки диафрагмы, у 13 (13%) — в ворота селезенки.

Как видно из табл. 1, летальность в целом при экзофитных опухолях составила 8%, эндофитных — 16,4%, смешанной — 17,6%.

Эндофитная и смешанная формы рака в прогностическом отношении оказались неблагоприятными факторами. Высокая летальность при этих формах опухоли объясняется прорастанием опу-

Таблица 2

Летальность больных раком желудка по годам и
объему операции

Объем циторедуктивных операций	n	Летальность, %		
		в 1-й год	во 2-й год	в 3-й год
Дистальная субтотальная резекция	49	10,3	24,1	17,2
Гастрэктомия	31	38,1	47,6	14,3
Проксимальная резекция	20	37,5	37,5	12,5
Итого	100	17	26	15

холи в смежные органы, а также более распространенным характером, чем при экзофитном росте опухоли. Анализ послеоперационной летальности показал, что основными причинами смерти в послеоперационном периоде являлись сердечно-легочная недостаточность (у 38,5% из 13) и послеоперационный панкреатит с переходом в панкреанекроз (у 38,5% из 13), затем послеоперационное кровотечение с развитием ДВС (у 15,3% из 13), и один больной умер от недостаточности швов анастомоза с последующим развитием разлитого гнойного перитонита.

Для изучения отдаленных результатов циторедуктивных операций проанализированы истории болезни и амбулаторные карты. Результаты изучения погодовой летальности представлены в табл. 2.

после проксимальной резекции — 12,5% ($p < 0,05$). Пятилетней выживаемости достигли только 13,8% больных после циторедуктивной резекции.

Успешное развитие методов лекарственной терапии злокачественных опухолей привело к значительному расширению показаний к хирургическим вмешательствам у больных с опухолевым процессом III–IV стадий, которые теперь выполняются в расчете на дополнительное химиотерапевтическое воздействие [4]. Отмечено, что паллиативные операции у больных раком желудка с последующей химиотерапией 5-фторурацилом улучшают непосредственные результаты по сравнению с группой больных, которым выполнялась только паллиативная операция.

В наших наблюдениях 66 (66%) из 100 больных в послеоперационном периоде проводилась системная полихимиотерапия 5-фторурацилом (750 мг/м², суммарно 3–5 г) и цисплатином (80 мг/м², суммарно 100–120 мг). Один курс получили 5 (8,2 %) больных, 2 — 17 (27,9%), 3 — 20 (32,8%), 4 — 19 (31,2%). Влияние системной полихимиотерапии на исход заболевания приведено в табл. 3. Ни один больной после циторедуктивной гастрэктомии и проксимальной резекции не пережил 3-летний срок. Поэтому мы ограничились приведением результатов трехлетней выживаемости. Пятилетняя выживаемость

Таблица 3

Трехлетняя выживаемость после циторедуктивных резекций и гастрэктомии в зависимости от курсов химиотерапии при раке желудка

Объем циторедуктивных операций на желудке	n	Трехлетняя выживаемость, %				
		1 курс	2 курса	3 курса	4 курса	всего
Дистальная субтотальная резекция	29	—	7,4	14,8	25,9	48,1
Гастрэктомия	21	—	—	4,8	9,5	14,3
Проксимальная резекция	16	—	—	6,2	6,2	12,4

Из табл. 2 видно, что летальность больных в течение первого года (включая послеоперационную летальность) составила 17% (умерли 17), на втором году после операции — 26% (умерли 26 больных, из них 7 после дистальной субтотальной резекции, 10 после гастрэктомии и 9 после проксимальной резекции), на третьем — 15% (умерли 15). После циторедуктивной дистальной субтотальной резекции трехлетняя выживаемость пациентов составила 48,3%, после гастрэктомии — 14,3%,

после паллиативной дистальной субтотальной резекции составила 13,8%.

После паллиативной резекции рецидивы произошли у 15,6% больных, из них у 9,3% после паллиативной дистальной резекции, у 6,2% после проксимальной резекции желудка. Метастазы в забрюшинной клетчатке возникли у 20,3% больных после дистальной субтотальной резекции желудка, у 10,9% после гастрэктомии и у 9,3% после проксимальной резекции.

Таким образом, трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии, в 3,3 раза и проксимальной резекции в 3,8 раза. Все больные, пережившие трехлетний срок, получали в послеоперационном периоде 3–4 курса системной полихимиотерапии. Трехлетнюю выживаемость после паллиативной резекции желудка мы рассматриваем как результат комбинированной терапии. После дистальной субтотальной резекции желудка 13,8% больных прожили пятилетний срок, получив до 4 курсов системной химиотерапии.

ВЫВОДЫ

1. Наличие единичных метастазов в печени при раке желудка не является противопоказанием к проведению циторедуктивных операций, при этом большинству пациентов удастся произвести циторедукцию в объеме R₀.

2. Выживаемость больных зависит от объема операции. Форма роста опухоли и ее взаимосвязь со смежными органами определяет частоту и характер послеоперационных осложнений и летальности, а также является одним из прогностических факторов.

3. Лечение больных раком дистального отдела желудка может протекать более благоприятно. 5-летняя выживаемость при сочетании хирургического лечения с послеоперационной химиотерапией была достигнута в 13,8% случаях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Абдихакимов А.Н., Марчук В.А. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения// *Практ. онкол.* — 2001. — №3(7). — С 18–24.
2. 8th General Meeting of the WHO/CC for primary prevention, Diagnosis and Treatment of Gastric Cancer. — New-York, USA, April 29, 2001.
3. Inada T., Ogata Y., Ozawa I. et al. Long-term postoperative survival of a gastric cancer patient with numerous para-aortic lymph node metastases// *Gastric Cancer.* — 1999. — Vol. 2. — P. 235–239.
4. Macdonald JS., Smalley S., Benedetti J. et al. Postoperative combined radiation and chemotherapy improves disease free survival and overall survival in resected adenocarcinoma of the stomach and gastro-esophageal junction. Results of intergroup study INT 0116 (SWOG 9008). IV th International Gastric Cancer Congress. — 2001. — Abstr. S 43. — P. 661.
5. Yonemura Y., Kawamura T., Nojima N. et al. Postoperative results of left upper abdominal viscerectomy for advanced gastric cancer // *Hepatogastroenterology.* — 2000. — Vol. 47(32). — P. 571–574.

Поступила 10.10.08.

RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH IV STAGE GASTRIC CANCER

*Sh.Kh. Gancev, D.T. Arybzhanov, O.K. Kulakeev,
I.R. Yunusmetov*

Summary

Summarized have been the results of treatment of 100 patients with IV stage gastric cancer. The three-year survival after distal subtotal gastric resection was higher by 3.3 times than after gastrectomy and by 3.8 times than after proximal gastric resection. After cytoreductive distal subtotal gastric resection 6.1% of patients survived a five-year period, having undergone up to 4 courses of systemic chemotherapy during this period.

Key words: gastric cancer, resection, gastrectomy, chemotherapy.