

группой получавших плацебо и бондронат в дозе 6 мг в разные периоды не отмечено.

Очевидно, что при дозе бондроната 6 мг максимальное снижение уровня маркеров костного метаболизма достигалось уже через 6 мес терапии, а в группе больных, получавших плацебо, эти значения практически не изменялись с течением времени.

Вывод. Таким образом, нами было установлено, что бондронат является эффективным препаратом для уменьшения остеолита при метастазах рака молочной железы в кости. Рациональная лечебная доза бондроната при ежемесячном внутривенном введении составляет 6 мг. В таком режиме бондронат эффективно подавляет остеолит при костных метастазах рака молочной железы и при прогрессировании снижает уровни экскреции пиридинолина, дезоксипиридинолина и кальция в моче, в то время как в группе больных, получавших плацебо, отмечен рост маркеров остеолита. Снижение уровня дезоксипиридинолина обнаружено в периоды без прогрессирования при лечении бондронатом в дозе 2 мг и 6 мг. Бондронат не вызывает существенных побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ в 1997 г. — М., 1998.
2. Body J.-J. et al. // Br. J. Cancer. — 1997. — Vol. 75, N 3. — P. 408—412.
3. Body J.-J., Delmas P. D. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 1992. — Vol. 74. — P. 471—475.
4. Body J.-J., Dumon J. C., Delmas P. D. // Bon. Minerals. — 1997. — Vol. 25. — Suppl. 1. — P. 15 (abstract).
5. Costa R. et al. Proc. ASCO. — New Orleans, 2000.

and 24 months ($p < 0.05$). Patients from the bondronate 6 mg group presented with a significant decrease from baseline at 6 ($p < 0.01$) and 24 ($p < 0.01$) months (fig.3).

Comparison of calcium levels in placebo versus bondronate 2 mg groups at different time points discovered significant differences at 12 months ($p < 0.01$). There were no significant differences between the placebo and bondronate 6 mg groups.

It seems that in the bondronate 6 mg group concentrations of bone turnover markers achieved nadir already at 6 months on therapy, while in the placebo group these parameters remained practically unchanged with time course.

Conclusions. We found bondronate to be an effective therapy for osteolysis reduction in patients with bone metastases of breast cancer. Bondronate rational therapeutic dosage for monthly intravenous administration is 6 mg. At this dosage bondronate effectively inhibited osteolysis in patients with bone metastases of breast cancer and reduced Pyr, Dpyr and calcium urinary excretion in cases with progressive disease. In contrast, patients receiving placebo demonstrated continuous rise in osteolysis markers. A Dpyr decrease was detected in progression-free periods in patients on bondronate 2 mg and 6 mg therapy. Bondronate induced no considerable adverse events.

6. Fleisch H. Biphosphonates in bone disease. From laboratory to the patient. — 4th Ed., Academic Press. London, 2000.
7. Pecherstorfer M., Herrmann Z., Body J.-J. et al. // J. Clin. Oncol. — 1996. — Vol. 14. — P. 268—276.

Поступила 26.02.02 / Submitted 26.02.02

© Коллектив авторов, 2002
УДК 616.33-006.6-089.197.5-036.8

М. И. Давыдов, Б. К. Поддубный, А. Н. Абдикhakимов,
А. Н. Губин, М. Д. Тер-Ованесов, В. А. Марчук, В. В. Берая

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА ЖЕЛУДКА

НИИ клинической онкологии

Рак желудка является одной из наиболее часто встречающихся форм злокачественных новообразований [4—6, 11]. Несмотря на некоторое снижение показателей заболеваемости за последние десятилетия, данная патология по-прежнему продолжает привлекать внимание клиницистов-онкологов. В настоящее время общепризнано, что хирургическое лечение рака желудка является «золотым стандартом» в комплексе лечебных мероприятий, даже у больных с распространенными и диссеминированными формами заболевания [2, 8, 9]. Следует особо подчеркнуть, что как в России, так и в большинстве стран Запада более чем в 80% случаев первично диагностируются

М.И.Давыдов, Б.К.Поддубный, А.Н.Абдикhakимов, А.Н.Губин,
М.Д.Тер-Ованесов, В.А.Марчук, В.В.Берая

THE ROLE OF LAPAROSCOPY IN COMPLEX EXAMINATION OF PATIENTS WITH ADVANCED GASTRIC CANCER

Institute of Clinical Oncology

Gastric cancer is one of the commonest malignancies [4-6,11]. In spite of a decrease in the morbidity over the last decades this lesion is still in the focus of clinical oncologists' attention. Surgical treatment for gastric cancer is a recognized gold standard even in advanced and disseminated disease [2,8,9]. It should be mentioned that more than 80% of cases with gastric cancer have advanced disease at diagnosis both in Russia and most western countries [1,7,9]. Many patients present with massive tumors often with peritoneal dissemination. We use the term "local peritoneal dissemination" for solitary metastatic peritoneal lesions located within a single anatomical

распространенные формы заболевания [1, 7, 9]. К моменту обращения у многих больных выявляются массивные опухоли, зачастую с наличием диссеминатов по брюшине. В нашей работе мы позволили себе использовать термин «локальная диссеминация по брюшине», учитывая при этом наличие только единичных и солитарных метастатических отсевов по брюшине, расположенных в пределах одной анатомической области брюшной полости. Анализ литературы последних лет свидетельствует о возросшем числе публикаций, посвященных этому вопросу [2, 7—9, 12]. В связи с этим выбор лечебной тактики у таких пациентов остается высокоактуальным.

В последние два десятилетия хирургия распространенных форм рака желудка сделала качественный скачок от симптоматических вмешательств (различные виды стом и обходных шунтов) в сторону паллиативных резекций с максимальной циторедукцией. Как известно, основной целью симптоматических операций является устранение таких осложнений заболевания, как дисфагия, стеноз выходного отдела желудка и кишечная непроходимость. При этом хирургическая тактика не направлена на удаление первичной опухоли, в связи с чем прогноз у данной категории пациентов остается крайне неблагоприятным. Кроме того, важно отметить, что качество жизни при выполнении симптоматических вмешательств не улучшается. С другой стороны, при выполнении паллиативных резекций наряду с профилактикой осложнений удаляется основной опухолевый массив, что само по себе не только открывает перспективы для дальнейшего лечения, но и зачастую приводит к улучшению качества жизни и социальной адаптации больных [1, 8, 9]. Необходимо отметить, что в этих случаях одной из наиболее важных проблем, с которыми сталкивается оперирующий хирург, является решение вопроса о резектабельности.

Могут ли современные клиничко-инструментальные методы, в частности лапароскопия, ответить на вопрос о резектабельности при распространенных и локально диссеминированных формах рака желудка? На поставленный именно в таком контексте вопрос постараемся ответить в данной публикации.

В настоящее время, несмотря на высокий технический уровень развития диагностических методов, адекватное «стадирование» при раке желудка в определенных случаях является сложной задачей. Вопрос об определении стадии процесса важен не только с точки зрения определения операбельности, но также для выбора дальнейшей лечебной тактики, так как у пациентов с распространенным раком желудка, возможно, необходимо решать вопрос о применении комбинированных методов лечения [3]. К сожалению, в некоторых случаях корректное «стадирование» возможно только на операционном столе.

Как известно, предоперационное обследование больного раком желудка состоит из клиничко-инструментального исследования местной и отдаленной распространенности опухолевого процесса. В настоящее время не подлежит сомнению роль рентгенологического и эндоскопического методов при любых клиничко-анатомических формах рака желудка. На основании этих исследований клиничист получает информацию об особенностях локализации опухоли, внутрижелудочной распространенности, протяженности поражения, анатомической форме роста и т. д. Кроме того, важной задачей является определение интраабдоминальной распространенности опухоли: наличие асцита, метастазов в печень и лимфоузлы. С этой целью

region of the abdomen. There is an increasing literature on this subject over the last years [2, 7–9, 12]. Choice of treatment policy in the cases in question is an urgent problem.

There was a progress in surgery for advanced gastric cancer from symptomatic interventions (a variety of stomas and bypasses) to palliative resection with maximal cytoreduction. The symptomatic operations are mainly aimed to counter complications such as dysphagia, stenosis of the gastric exit and ileus rather than to remove the primary thus making the prognosis very poor. Besides, the symptomatic interventions fail to improve quality of life. While the palliative operations involve removal of a large portion of the primary thus opening prospects for further treatment and often result in a better quality of life and easier social adaptation of the patients [1, 8, 9]. The problem of resectability is the main issue for the surgeon to decide.

Can current clinical and imaging procedures in particular laparoscopy to answer the question of resectability in advanced and locally disseminated gastric cancer? This paper attempts to address this problem.

Adequate staging of gastric cancer is sometimes difficult notwithstanding the advance in diagnostic techniques. Correct disease staging is important for both decision on operability and choice of further treatment policy because cases with advanced gastric cancer may need multimodality treatment [3]. Unfortunately the correct staging may only be made on the operative table.

As known, preoperative examination of patients with gastric cancer includes clinical and instrumental assessments of local and distant advance of the neoplastic disease. The role of x-ray and endoscopy in any clinical and anatomical types of gastric cancer currently arouses no doubt. These investigations provide information about tumor location, extragastric disease advance, tumor size, anatomical type of growth, etc., as well as information about intra-abdominal tumor advance: the presence of ascites, liver and lymph node metastasis. Computerized tomography and ultrasound scan of the abdomen are the main diagnostic techniques to elucidate these issues.

However, there are considerable limitations for the use of these methods in cases with invasion of gastric serosa, adjacent organs and structures as well as for determining peritoneal advance and location of the dissemination. Laparoscopy has been increasingly used over the last years to make a more accurate diagnosis in advanced gastric cancer. This procedure is justified due to high incidence of intraperitoneal dissemination and the possibility to determine its character, location and advance. It should be emphasized that owing to the improvement in resolution of laparoscopes this method provides additional information that can hardly be given by other diagnostic means while being very useful in choice of correct treatment for advanced gastric cancer.

Over the last years laparoscopy was made in next to all patients with gastric cancer managed at the Thoracoabdominal Department of the N.N.Blokhin CRC. We analyzed 153 cases with locally advanced and disseminated cancer (stage IV: T4N2M0 and T×N×M1) of the upper and mid third of the stomach undergoing laparoscopy during the last decade to assess informative value of the method.

важнейшими мероприятиями в диагностическом поиске являются компьютерно-томографическое и ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Однако при прорастании опухоли серозной оболочки желудка, врастании в окружающие органы и структуры, а также при определении обширности и локализации диссеминации по брюшине, что само по себе является немаловажной задачей, возможности указанных методов исследования весьма ограничены. В настоящее время при уточняющей диагностике распространенных форм рака желудка все большее клиническое применение во всем мире находит лапароскопия. Обоснованием для проведения указанного исследования следует считать как высокую частоту интраперитонеальной диссеминации, так и возможность определения ее характера, локализации и распространенности. Следует отдельно подчеркнуть, что в последние годы в связи с существенным увеличением разрешающей способности лапароскопов проявляется интерес к больным с диссеминированными формами рака желудка. Этот метод позволяет получить дополнительную информацию, которую невозможно получить при использовании других диагностических средств и которая может существенно повлиять на выбор метода лечения больного раком желудка.

В последние годы в отделении торакоабдоминальной онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН практически всем больным раком желудка в обязательном порядке проводилась лапароскопия. С целью изучения информативности метода нами проведен анализ 153 случаев лапароскопического исследования больных с местнораспространенным и диссеминированным раком (IV стадия: T4N2M0 и T×N×M1) верхней и средней третей желудка, оперированных на протяжении последнего десятилетия.

Кроме того, в исследование включен анализ диагностических возможностей УЗИ, КТ и лапароскопии. В исследование также включены 63 пациента, которым предоперационно проводились УЗИ и КТ брюшной полости, но по разным причинам не прошедших лапароскопическое исследование. В данном случае группой сравнения послужили 48 пациентов, которым проводился полный комплекс диагностических мероприятий, включающий лапароскопию.

Исследование возможности лапароскопического метода при диагностике распространенных и диссеминированных форм рака верхних отделов желудка

Изучение протоколов лапароскопического исследования у 153 оперированных пациентов показало значительную вариативность картины при лапароскопии, начиная от практически полного отсутствия признаков местной распространенности и диссеминации до лапароскопической картины прорастания серозной оболочки с врастанием в окружающие органы и структуры, наличия отдаленных метастазов и канцероматоза брюшины с асцитом. Информативность лапароскопического метода иллюстрирует табл. 1.

Анализ представленных в табл. 1 данных показывает, что в 22 (14,4%) случаях из 153 интраоперационно установленные данные, по представленным в табл. 1 грациям, не находили подтверждения в протоколах лапароскопического описания или же были неверно интерпретированы.

Детальный анализ исходно неподтвержденных случаев показал:

Besides, we analyzed diagnostic potential of ultrasound, CT scans in combination with laparoscopy. For this purpose another 63 cases undergoing preoperative ultrasound and CT scans of the abdomen without laparoscopy were included in the analysis. A group of 48 patients receiving a complete set of diagnostic procedures including laparoscopy was used as a control.

Study of the role of laparoscopy in the diagnosis of advanced and disseminated cancer of the upper stomach

Study of laparoscopy reports for 153 patients operated on for gastric cancer demonstrated a large variability of the findings from practically full absence of signs of local advance or dissemination to discovery of invasion of gastric serosa and adjacent organs and structures, distant metastases and peritoneal carcinomatosis. Informative value of laparoscopy is demonstrated in table 1.

Analysis of table 1 shows that intraoperative findings were not confirmed or were erroneously interpreted by laparoscopy reports in 22 (14.4%) of 153 cases.

Detailed analysis of the discrepancies demonstrated the following:

- 3 of 50 cases with false-negative diagnosis had peritoneal dissemination in the small intestinal region covered by the epiploon, and another patient had the dissemination deep in the right lateral canal region;
- all 3 cases described as local dissemination in the region of the primary were actually manifestations of atypical neoplastic invasion of the gastric serosa;
- a case with "metastatic involvement of epiploon lymph nodes" had a rather small lesion (up to 1.5 cm) located on the back wall of the epiploon;
- 2 patients with liver metastases failing to be detected by laparoscopy presented with intraparenchymal metastases;
- in 9 of 46 cases laparoscopy failed to discover invasion of serosa in the upper third of the stomach with diaphragm involvement (2), invasion of the back wall of the stomach (7) with or without involvement of the retroperitoneum;
- in one case invasion of gastric serosa in combination with peritoneal metastases was not detected because of a massive commissure in the upper abdomen.

In summary, laparoscopy is a useful, low invasive procedure with a high resolution in examination of patients with advanced gastric cancer. Note, that the diagnosis of intraperitoneal dissemination in the 14.4% of cases demonstrating deviation between laparoscopy and intraoperative findings was objectively problematic taking into account location of the metastatic lesions difficult for revision.

Comparison of diagnostic capacities of complex examination of patients with advanced gastric cancer using laparoscopy

The above-described laparoscopy potential in visual assessment of local advance and dissemination of gastric cancer compelled us to analyze laparoscopy findings in comparison with other objective diagnostic methods. We performed retrospective comparison of diagnostic methods for their informative value after division of the patient population into two groups. Group 1 (63 patients) consisted of patients undergoing standard x-ray endoscopy in combination with ultrasound and CT scans of the abdomen and no laparoscopy. Group 2 (48 patients) was

Т а б л и ц а 1

T a b l e 1

Информативность лапароскопии при диагностике локально диссеминированных форм рака желудка
Informative value of laparoscopy in the diagnosis of locally disseminated gastric cancer

Лапароскопическое заключение	Число оперированных больных	Интраоперационная находка	
		подтверждено заключение лапароскопии	не подтверждено заключение лапароскопии*
Диссеминации не выявлено No dissemination	50	47	3
Локальная диссеминация по висцеральной брюшине в области первичного очага / Local dissemination on the visceral peritoneum in the primary tumor region	11	8	3
Диссеминация в верхнем этаже брюшной полости (включая метастатическое поражение лимфоузлов большого сальника) Dissemination in the upper abdomen (including metastatic involvement of epiploon lymph nodes)	5	4	1
Канцероматоз брюшины, асцит Peritoneal carcinomatosis, ascites	12	9	3
Метастатическое поражение: / Metastases: печени / liver яичников / ovary	12	10	2
	4	4	—
Прорастание серозной оболочки Serosa membrane invasion	46	37	9
Прорастание серозной оболочки и диссеминация по брюшине Serosa membrane invasion and peritoneal dissemination	13	12	1
Всего ... / Total...	153	131 (85,6%)	22 (14,4%)
Laparoscopy report	No. of patients undergoing surgery	confirming the laparoscopy report	not confirming the laparoscopy report*
		Intraoperative findings	

П р и м е ч а н и е. Здесь и в табл. 2: цифры в скобках — процент от общего числа больных; * — детальный анализ всех неподтвержденных случаев представлен в тексте.

N o t e. Here and in table 2 numbers in parentheses are percentages of the total numbers of patients; * detailed analysis of non-confirmed cases is made in the text.

- в 3 случаях из 50 при ложноотрицательной диагностике диссеминации по брюшине отсева располагались в области тонкого кишечника и прикрывались большим сальником, а в одном случае диссеминат располагался глубоко в области правого латерального канала;
- все 3 случая, описанные как локальная диссеминация в области первичного очага, оказались проявлением нестандартного прорастания опухолью серозной оболочки желудка;
- в 1 случае при «метастатическом поражении лимфоузлов большого сальника» узел имел достаточно малые размеры (до 1,5 см) и располагался по задней стенке большого сальника;

composed of cases undergoing the above-mentioned diagnostic procedures with laparoscopy.

Comparison of informative value of the methods in question was made taking into account type of surgery with a focus on disease resectability. Note, that cases having resectable tumors with maximal cytoreduction were defined as patients undergoing resection of the primary with standard lymph node dissection and en-bloc dissection of the entire lymph node system of the stomach. It should be taken into consideration that even palliation surgery in locally advanced (T4N2M0) and disseminated (TxNxM1) gastric cancer should aim to remove the entire tumor mass, i.e. be an oncologically justified

Т а б л и ц а 2

T a b l e 2

Информативность различных предоперационных методов исследования больных раком желудка и их корреляция с показателями резектабельности

Informative value of preoperative investigations in gastric cancer and their correlation with resectability rates

Группа	Метод исследования	Всего больных	Гастрэктомии и субтотальные резекции — «резектабельная опухоль»	Пробные и шунтирующие операции — «нерезектабельная опухоль»
1-я	Рентгеноэндоскопическое исследование в сочетании с ультразвуковым сканированием и компьютерно-томографическим исследованием органов брюшной полости X-ray endoscopy in combination with ultrasound and computered tomography scans of the abdomen	63	41 (65,1%)	22 (34,9%)
2-я	Рентгеноэндоскопическое исследование в сочетании с ультразвуковым сканированием и компьютерно-томографическим исследованием органов брюшной полости + лапароскопия X-ray endoscopy in combination with ultrasound and computered tomography scans of the abdomen + laparoscopy	48	39 (81,3%)	9 (18,7%)
Всего оперированных ... Total No. of patients undergoing surgery		111 (100%)	80 (72,1%)	31 (27,9%)
Group	Investigation	Total No. of patients	Gastrectomy and subtotal resection - resectable tumors	Explorative and by-pass procedures - nonresectable tumors

- у 2 больных с метастазами в печень, не диагностированными при лапароскопическом исследовании, метастазы располагались интрапаренхиматозно;
- в 9 случаях из 46 не было установлено прорастание серозной оболочки в области верхней трети желудка с врастанием в диафрагму (2), прорастание задней стенки желудка (7) с врастанием или без него в забрюшинное пространство;
- в 1 случае прорастание серозной оболочки желудка в сочетании с метастатическими отсевами по брюшине не установлено ввиду массивного спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости.

Подводя промежуточный итог, следует отметить, что лапароскопический метод является ценным малоинвазивным исследованием с высокой разрешающей способностью при обследовании больных с распространенными формами рака желудка. Необходимо учитывать, что в 14,4% случаев расхождения лапароскопического и интраоперационного диагнозов диагностика интраперитонеальной диссеминации представляла объективные трудности, учитывая локализацию отсевов в зонах, затрудненных для осмотра.

Сравнительный анализ диагностических возможностей комплексного обследования больных распространенными формами рака желудка с использованием лапароскопического метода

Описанные выше возможности лапароскопического метода при визуальной оценке местной распространенности и локальной диссеминации при раке желудка побудили нас

operation. This approach helps to prevent neoplastic complications and provides effective antitumor treatment. Therefore, in this study the group of cases with resections included patients with resectable tumors having undergone definite and palliative gastrectomy or resection of the stomach.

Cases in whom resection could not be made were defined as unresectable and included patients having undergone explorative or by-pass procedures. It is important that by-pass rather than stoma formation is a preferable type of palliation surgery over the last decades. The analysis results are presented in table 2.

Before we discuss data from table 2, please, note that resectability rate as reported in the literature over the last years varied from 33% to 72% [1,7,11,12]. As seen in table 2 resectability rate in Group 1 corresponded to the reported figures while that in Group 2 was somewhat superior.

The analysis demonstrated that overall resectability in Group 1 without laparoscopy was 65.1% cf. with 81.3% in Group 2 having undergone preoperative laparoscopy. We believe that the higher resectability in Group 2 with laparoscopy was due to a better selection of patients for surgical treatment basing on laparoscopy findings. These data demonstrate laparoscopy to have a high informative potential in the assessment of intraperitoneal disease dissemination. Percentage of explorative and by-pass operations was significantly lower in the laparoscopy group than in the control ($p < 0.005$). Laparoscopy can help to optimize indications of palliation surgery for patients with locally advanced and locally disseminated gastric cancer. This method

провести изучение лапароскопических данных в сравнении с другими объективными методами обследования. С этой целью был проведен сравнительный ретроспективный анализ информативности изучаемых методов исследования, разделенных на две группы. В 1-ю группу (63 больных) включены пациенты с традиционным рентгеноэндоскопическим исследованием в сочетании с УЗИ и КТ органов брюшной полости. В этой группе лапароскопическое исследование не проводилось. Во 2-ю группу (48 больных) включены пациенты, которым наряду с вышеперечисленными методами выполнялась диагностическая лапароскопия.

Сравнение информативности изучаемых методов в исследуемых группах проводилось с учетом вида хирургического вмешательства, где основной акцент делался на резектабельности. Следует отметить, что к «резектабельным опухолям» с максимальной циторедукцией мы относим те случаи, когда производится резекция первичного очага со стандартной лимфодиссекцией с моноблочным удалением всего лимфатического аппарата желудка. Принимая во внимание современные позиции онкохирургии, к резекционным операциям относятся гастрэктомия, проксимальная или дистальная субтотальная резекция. Необходимо учитывать, что даже в случаях паллиативных вмешательств у пациентов с местнораспространенными (T4N2M0) и диссеминированными (любое T, любое N при M1) формами рака желудка оправдано стремление к удалению всего массива опухоли, т. е. к выполнению онкологически обоснованной операции. Как уже говорилось, именно такой подход в дальнейшем позволяет избежать осложнений опухолевого процесса и делает возможным проведение эффективного противоопухолевого лечения. Таким образом, в нашем исследовании в группу больных, перенесших резекционные операции, включены пациенты с «резектабельной опухолью», после радикальных и паллиативных гастрэктомий и резекций желудка.

Случаи, в которых не удалось произвести резекционные операции, охарактеризованы как «нерезектабельные» и включали пробные и шунтирующие операции. Важным фактом является то, что в последние десятилетия при невозможности выполнения паллиативных резекций по понятным соображениям предпочтение отдается шунтирующим вмешательствам и отказу от формирования различных стом. Полученные данные представлены в табл. 2.

Прежде чем перейти к обсуждению представленных в табл. 2 данных, хотелось бы обратить внимание на то, что, по данным литературы последних лет, общая резектабельность в группе данного контингента варьирует в пределах 33–72% [1, 7, 11, 12]. Как видно из табл. 2, показатели резектабельности у наших больных в 1-й группе соответствуют этим данным, а во 2-й группе даже несколько превосходят их.

Проведенный анализ показал, что в 1-й группе, где в комплекс диагностических мероприятий не включалась лапароскопия, общий показатель резектабельности составил 65,1%. В то же время во 2-й группе, где в предоперационном периоде применялось лапароскопическое исследование, показатель резектабельности был достаточно высок и составлял 81,3%. На наш взгляд, повышение резектабельности в группе с использованием лапароскопического метода связано с улучшением качества отбора пациентов для хирургического лечения, с учетом результатов лапароскопии. Приведенные данные

helps to avoid explorative intervention in cases with total peritoneal carcinomatosis, multiple liver metastases and other signs of non operability and multimodality treatment in cases for whom palliation surgery is not indicated.

The conclusion may therefore be made that laparoscopy is the method of choice in assessment of true intraperitoneal disease advance and should be included into the set of standard diagnostic procedures.

наглядно демонстрируют высокую информативность лапароскопии в оценке интраперитонеальной распространенности процесса. В группе больных, перенесших лапароскопию, количество пробных и шунтирующих операций оказалось достоверно низким по сравнению с контролем ($p < 0,005$). Учитывая данные лапароскопии, открывается возможность для оптимизации выбора показаний к паллиативному хирургическому лечению у пациентов с местнораспространенными и локально диссеминированными опухолями. При этом во многих случаях удастся избежать эксплоративного вмешательства в группе пациентов с тотальным канцероматозом брюшины, множественными метастазами в печень или другими проявлениями неоперабельности и проведения им комбинированных методов лечения при отсутствии показаний к паллиативным операциям.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод, что лапароскопия является методом выбора при определении истинной внутрибрюшинной распространенности процесса и должна включаться в стандартный комплекс предоперационных диагностических исследований.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Арзыкулов Ж. А. Хирургическое лечение некоторых форм осложненного рака проксимального отдела желудка и пищевода. Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1996.
2. Давыдов М. И., Тер-Ованесов М. Д. //Соврем. онкол. — 2000. — Т. 2, № 1. — С. 4–12.
3. Давыдов М. И., Тер-Ованесов М. Д., Абдихакимов А. Н. и др. //Практ. онкол. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 8–12.
4. Двойрин В. В., Аксель Е. М., Трапезников Н. Н. Статистика злокачественных новообразований в России и некоторых других странах СНГ в 1994 г. — М., 1995. — Ч. 1, 2.
5. Злокачественные новообразования в России в 1999. (заболеваемость и смертность) /Под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского. — М., 2000. — С. 263.
6. Мерабишвили В. М. //Практ. онкол. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 3–8.
7. Тарасов В. А., Виноградова М. В., Кличиков В. З. и др. //Практ. онкол. — 2001. — Т. 7, № 3. — С. 3–8.
8. Kwon S. J., Kim G. S. //Br. J. Surg. — 1996. — Vol. 11, N 83. — P. 1600–1603.
9. Roukos D. H. //Ann Surg. Oncol. — 1999. — Vol. 6, N 1. — P. 46–56.
10. Sasaco M. J. //Gastroenterology. — 2000. — Vol. 35. — Suppl. 12. — P. 116–120.
11. Sugimura T., Sasaco M. J. //Gastric cancer. Oxford medical publications. — 1997. — P. 313.
12. Yonemura Y., Kawamura K., Nojima N. et al. //Hepatogastroenterology. — 2000. — Vol. 47. — P. 571–574.