

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Бевз Н. Н., Будапова Е. В., Паиков Е. П. и др. //Журн. микробиол. — 1994. — № 4. — С. 22—24.
2. Каишкин П. Н., Лисин В. В. Практическое руководство по медицинской микологии. — Л.; М., 1983.
3. Каишкин П. Н., Шеклаков Н. Д. Руководство по медицинской микологии. — М., 1978.
4. Красноголовец В. Н. Дисбактериоз кишечника. — 2-е изд., перераб. и доп. — М., 1989.
5. Приказ МЗ СССР № 535 от 24.04.85 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».
6. Anaissie E., Bodey G., Kantarjian H. et al. //Rev. infect. Dis. — 1989. — Vol. 11, N 3. — P. 369—378.
7. Bergmann O. J., Kilian M., Ellegaard J. //Scand. J. infect. Dis. — 1989. — Vol. 21, N 1. — P. 43—51.
8. Blazquez R., Berenguer J., Sanchez-Carrila C. et al. //Clin. infect. Dis. — 1994. — Vol. 20, N 2. — P. 479—480.
9. Bodey G., Bueltman B., Duguid W. et al. //Eur. J. clin. Microbiol. infect. Dis. — 1992. — Vol. 11. — P. 99—109.
10. Bodey G. P. Fungal infections in cancer patients an overview. — Houston, 1990. — P. 43.
11. Emmons Ch. W. Medical mycology. — Philadelphia, 1977.
12. Garaventa A., Gastagnola E., Manfredini L. et al. //Intern. Sympos. of infections in the immunocompromised host, 9-th. 23—26 June. — Assisi, 1996.

© Коллектив авторов, 1997
УДК 616.33-006.6-089-036.87

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

**СОРОКАЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА РАКА ЖЕЛУДКА**

НИИ клинической онкологии

Период сомнений в целесообразности хирургического лечения рецидива рака желудка миновал достаточно давно, однако необходимость в совершенствовании методик и тактики применяемых при этом повторных вмешательств сохраняется.

Онкологический научный центр РАМН в числе первых начал разрабатывать эту сложную проблему, целенаправленно концентрируя больных рецидивным раком желудка из различных учреждений страны. В результате в ОНЦ и некоторых других учреждениях к началу 80-х годов был накоплен значительный опыт, который позволил выдвинуть ряд положений, имевших принципиально важные последствия для всей желудочной хирургии [1, 2]. Речь идет о рекомендациях формировать при первичной резекции желудка гастроянональный анастомоз не на короткой позадиободочной кишечной петле, как это было принято в большинстве клиник в то время, а на длинной петле, размещенной впередиободочно. Предполагалось, что в этом случае при возникновении рецидива рака снижается риск прорастания опухоли в неудаляемые анатомические структуры и уменьшаются технические трудности в процессе оперативного вмешательства. В соответствии с этой

13. Guiot H. F. L., Fibbe W. E., Van't Wout J. W. //Clin. infect. Dis. — 1994. — Vol. 18. — P. 525—532.
14. Koll B. S., Brown A. E. //Hematol. Oncol. clin. North. Am. — 1993. — N 7 (4). — P. 753—769.
15. Martino P. //Clinical Congress News, Cambridge Medical Publications LTD UK. — 1994. — Vol. 6, N 1. — P. 8.
16. Martino P., Girmenia C. //Support Care Cancer. — 1993. — N 1 (5). — P. 240—244.
17. Meunier F. //Am. J. Med. — 1995. — Vol. 99, Suppl. 6A. — P. 60S—67S.
18. Michele Deniau, Ecoho Same, Bessala Marie-Madeleine, Kani E. //Bull. Soc. frans. Mycol. Med. — 1988. — Vol. 17, N 2. — P. 305—308.
19. Mills W., Chopra R., Linch D. C., Goldstone A. H. //Brit. J. Haematol. — 1994. — Vol. 86. — P. 754—760.
20. Sergeti J., Levin S. //Am. J. Med. — 1996. — Vol. 1001, Suppl. 6A. — P. 45S—51S.
21. Sevgi G., Zermine B., Emel U. //Meeting of the Intern. Soc. of Haematology, 13-th. 3—8 September. — Istambyl, 1995. — Vol. 14, Suppl. 1, abstract N 934.
22. Uzun O., Anaissie E. J. //Blood. — 1995. — Vol. 86, N 6. — P. 2063—2072.

Поступила 13.10.97 / Submitted 13.10.97

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

**THE 40-YEAR EXPERIENCE OF SURGERY
FOR RECURRENT GASTRIC CANCER**

Research Institute of Clinical Oncology

Reasonability of surgery for recurrent gastric cancer is not doubted at present thought there is still a great need in improvement of methods and procedures of second interventions for this pathology.

The Cancer Research Center RAMS to which patients with recurrent gastric cancer were referred from other centers of the country was one of the first institutions to address this problem. As a result the CRC and some other institutions gained a considerable experience by the early eighties. Basing on this experience some principal developments were made that had very important consequences for gastric surgery [1, 2]. It was recommended to form long-loop gastrojejunal anastomosis in primary gastric resection in front of the colon rather than a short-loop retrocolonic one as was adopted in most clinics at that time. The methodology was expected to reduce the risk of tumor invasion in unresectable anatomic sites and to facilitate further surgical procedures in case of recurrence. In accordance with this concept gastric resections with precolonic long-loop anastomosis were performed since the eighties at the CRC and many other cancer centers. Cases of gastric cancer recurrence occurring after such surgery added

концепцией в ОНЦ и многих онкологических учреждениях с 1980 г. резекции желудка выполняются только с переднебодочным анастомозом на длинной петле. Рецидивы рака, развившиеся в ряде случаев после этих операций, пополняли хирургический опыт ОНЦ на протяжении последующих 15 лет. Наряду с этим в ОНЦ продолжали поступать больные из других лечебных учреждений после резекции желудка, выполненных по самым различным методикам.

Цель нашего исследования — оценка правильности высказанных рекомендаций в отношении первичного рака желудка и изучение динамики результатов хирургического лечения рецидива рака желудка на протяжении более чем 40 лет.]

Материалы и методы. В 1954—1996 гг. в отделении абдоминальной онкологии ОНЦ РАМН по поводу рецидива рака желудка выполнено 375 операций (случаи первичного рака желудка, резецированного ранее по поводу язвенной болезни или доброкачественных полипов, в исследовании не включены), из них 168 радикальных (140 экстирпаций оставшейся части желудка, 12 повторных резекций желудка, 16 экстирпаций пищеводно-кишечного анастомоза) и 207 пробных и паллиативных (136 пробных лапаротомий, 24 еюно-, гастро- и колостомии, 23 гастростомии, из них 168 радикальных (140 экстирпаций оставшейся части желудка), 12 повторных резекций желудка, 16 экстирпаций пищеводно-кишечного анастомоза), 6 обходных эзофаго-еюноанастомозов, 4 паллиативные экстирпации оставшейся части желудка). В период 1954—1979 гг. радикально оперированы 96 из 254 больных, в 1980—1996 гг. — 72 из 121. Необходимость в комбинированных операциях возникала в 58,3% (56 из 96) и 34,7% (25 из 72) случаев соответственно. В первом периоде непрерывность пищеварительного тракта после экстирпации оставшейся части желудка или пищеводного анастомоза восстанавливалась пищеводно-кишечным анастомозом по Орру—Ханту—Накаяме или с помощью аппарата ПКС-25, во втором — погружным анастомозом по Бондарю и его модификацией.

Влияние типа первичной реконструкции на результаты хирургического лечения рецидива рака изучено у 193 больных. 20 из них ранее перенесли резекцию желудка по Бильрот-I, 107 — по Бильрот-II с позадибодочным анастомозом на короткой петле, 20 — по Бильрот-II с позадибодочным анастомозом на длинной петле, 25 — по Бильрот-II с переднебодочным анастомозом на длинной петле, 21 — гастрэктомии.

При гистологическом исследовании рецидивной опухоли аденокарцинома выявлена в 45,6%, перстневидноклеточный рак — в 31,1%, низкодифференцированный рак — в 21,1%, рак без уточнения структуры — в 2,2% случаев.

Отдаленные результаты среди радикально оперированных до 1991 г. прослежены у 69 больных.

Результаты и обсуждение. На протяжении обоих периодов основной радикальной операцией при рецидиве рака являлась экстирпация оставшейся части желудка (81 и 59 операций соответственно). Показания к повторным резекциям оставшейся части желудка во втором периоде были ограничены. Предшествующий опыт показал их явную недостаточную радикальность, у 4 из 10 больных, перенесших экономную резекцию оставшейся части желудка, наблюдался продолженный рост опухоли.

Как известно, возникновение рецидивной опухоли в сроки до 3 лет после операции и локализация ее в области желудочно-кишечного анастомоза указывают скорее на недостаточную радикальность первой операции, чем на мультицентричный характер роста опухоли [3]. В этом отношении ситуация в последние 15 лет существенно не улучшилась. Ранний рецидив рака развился в 69,4% (176 из 254) и 64,4% (71 из 112) случаев соответственно. В области анастомоза рецидив отмечен в 53,8% случаев по сравнению с 47,8% в предыдущий

к RC surgical experience during the following 15 years. At the same time the CRC admitted patients from other medical centers after gastric resection performed according to different methods.

The purpose of this investigation was to study whether the recommendations concerning primary gastric cancer were correct and to analyze results of surgery for recurrent gastric cancer for more than 40 years.

Materials and Methods. There were 375 surgical operations performed at the RC RAMS during 1954-1996 for recurrent gastric cancer (cases with primary gastric cancer previously resected for ulcer or benign polyps were not analyzed) including 168 radical operations (140 extirpations of the remaining part of the stomach, 12 second gastric resections, 16 extirpations of esophagoenteric anastomosis) and 207 exploratory and palliative procedures (136 exploratory laparotomies, 24 jejuno-, gastro- and colonostomies, 23 gastroenterostomies, 14 enteroenteric by-passes, 4 palliative extirpations of the remaining part of the stomach). During 1954-1979 96 of 254 and in 1980-1996 72 of 121 patients underwent radical surgery. Combination procedures were indicated in 58.3% (56/96) and 34.7% (25/72) cases, respectively. During the first period the continuity of the gastrointestinal tract after extirpation of the stomach residual or esophageal anastomosis was restored by Orr-Hunt-Nakayama esophagoenteric anastomosis or using a PCS-25 apparatus, during the second period by Bondar anastomosis or its modification.

Effects of primary reconstruction types on results of surgical interventions were studied in 193 patients, of whom 20 had previously undergone Billroth-I stomach resection, 107 Billroth-II stomach resection with retrocolonic short-loop anastomosis, 20 Billroth-II stomach resection with retrocolonic long-loop anastomosis, 25 Billroth-II stomach resection with precolonic long-loop anastomosis, 21 gastrectomy.

Distribution of residual tumors by histology was as follows: adenocarcinoma 45.6%, signet-cell carcinoma 31.1%, poorly differentiated carcinoma 21.1%, carcinoma of unknown histology 2.2%.

Follow-up results in cases undergoing radical surgery before 1991 were evaluable for 69 patients.

Results and Discussion. Extirpation of the residual stomach was the main radical procedure in recurrent cancer during the two periods mentioned (81 and 59 operations, respectively). Indications to repeated resections of the stomach residual were limited in the second period. The previous experience demonstrated these procedures to be insufficiently radical because 4 of 10 patients undergoing narrow resection of the stomach residual presented with continuing tumor growth.

As known, disease recurrence in the gastrointestinal anastomosis region within 3 years following surgery is evidence of insufficient radicality of the surgery rather than of tumor multicentric growth [3]. The situation did not change much over the last 15 years in this respect. Early cancer recurrence was observed in 69.4% (176/254) and 64.4% (71/112) of cases, respectively. Recurrence in anastomosis region was detected in 53.8% versus 47.8% in the previous period. There was no reduction in frequency of total affection of the stomach residual either (11.6 vs 16.9%, respectively) which necessitated improvement of patient care after stomach resection. Nevertheless, the rate of cancer resectability in surgery for recurrent gastric cancer increased by more than 20% (37.8 vs 59.5%, respectively). Exploratory and palliative procedures were predominating in the first period while radical operations made a majority during the second period.

период. Тотальное поражение оставшейся части желудка также не стало наблюдаться реже (11,6 и 16,9% соответственно), что указывает на необходимость улучшить качество наблюдения за больными после резекции желудка. Тем не менее показатель резектабельности при операциях по поводу рецидива рака желудка возрос более чем на 20% (37,8 и 59,5% соответственно). Если в первом периоде преобладали пробные и паллиативные операции, то во втором — радикальные.

Выявленное увеличение резектабельности нельзя объяснить более агрессивной хирургической тактикой, поскольку частота комбинированных операций при рецидиве рака желудка в последние годы была значительно меньше, чем в предыдущие (34,7 и 58,3% соответственно).

Безусловно, улучшению результатов хирургического лечения способствовало совершенствование предоперационной диагностики распространенности опухолевого процесса. Вместе с тем анализ причин, не позволивших выполнить радикальную операцию, показал, что их соотношение на протяжении обоих периодов существенно не изменилось. Прорастание опухоли в соседние органы в сочетании с отдаленными метастазами наблюдалось в 58,9 и 43,6%, отдаленные метастазы при ограниченной первичной опухоли — в 27,2 и 30,8%, прорастание опухоли в соседние органы без отдаленных метастазов — в 13,9 и 25,6% случаев соответственно.

Изучение причин, повлиявших на резектабельность, показало, что она существенно зависит от типа реконструкции, выполненной при первичной резекции желудка (рис. 1). Наиболее редко экстирпация оставшейся части желудка удавалась при рецидиве рака после операции по Бильроту-I (25,0%), что подтверждает выводы ранее проведенных исследований [2]. Резектабельность после резекции по Бильроту-II с позадиободочным анастомозом на короткой петле составляет 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%).

Зависимость показателя резектабельности от типа первичной резекции желудка объясняется особенностями расположения оставшейся части желудка и, что особенно важно, желудочно-кишечного анастомоза после каждого вида операции, поскольку, как известно, рецидивная опухоль наиболее часто возникает в анастомозе. После резекции по Бильроту-I она легко прорастает в печень, 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 брыжеечные сосуды. Подобная ситуация возникает и после операции с позадиободочным анастомозом на длинной петле. После резекции по Бильроту-II с впередиободочным анасто-

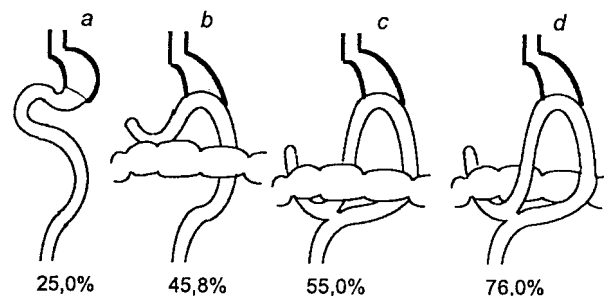


Рис. 1. Резектабельность при операциях по поводу рецидива рака желудка после резекции желудка по Бильрот-I (а), Бильроту-II с позадиободочным анастомозом на короткой петле (б), Бильроту-II с позадиободочным анастомозом на длинной петле (с), Бильроту-II с впередиободочным анастомозом на длинной петле (д).

Fig. 1. Resectability in surgery for recurrent gastric cancer after stomach resection by Billroth-I (a), Billroth-II with short-loop retrocolonic anastomosis (b), Billroth-II with long-loop retrocolonic anastomosis (c) and Billroth-II with long-loop precolonic anastomosis (d).

The increase in the resectability was not due to more aggressive surgical tactics since the rate of combination procedures in recurrent gastric cancer over the last years was much less than previously (34.7 vs 58.3%, respectively).

No doubt that more careful preoperative assessment of disease advance contributed to the improvement of surgery results. Although analysis of reasons preventing radical surgery showed that their relationships did not change considerably. Tumor invasion of adjacent organs in combination with distant metastasis was detected in 58.9 vs 43.6%, distant metastasis with limited primary 27.2 vs 30.8%, tumor invasion of adjacent organs without distant metastasis 13.9 vs 25.6% of cases, respectively.

Factors determining the resectability depended to a large degree on reconstruction type in the stomach primary resection (fig. 1). Extirpation of the stomach residual in recurrent cancer was performed in lesser cases after Billroth-I procedures (25.0%) which was in agreement with previous study [2]. Resectability after Billroth-II resection with retrocolonic short-loop anastomosis was 45.8% against 55.0% after Billroth-II resection with retrocolonic long-loop anastomosis. The highest resectability rate was found in Billroth-II resection with precolonic long-loop anastomosis (76.0%).

The dependence of resectability on type of the stomach primary resection is due to specificity of location of the stomach residual and, what is more important, of the gastroenteric anastomosis after each type of surgery, since the recurrent cancer is known to develop in the anastomosis. After Billroth-I resection the tumor easily invades the liver, the head of the pancreas and elements of the hepatoduodenal ligament because the stomach residual and the gastroduodenal anastomosis are close to these anatomic structures. After Billroth-II resection with retrocolonic short-loop anastomosis the anastomosis is fixed in the transverse colonic mesentery,

мозом 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 их.

Показатели же частоты комбинированных экстирпаций оставшейся части желудка после различных вариантов первичной резекции существенно не различаются. Только после резекции желудка по Бильрот-I отчетливо прослеживается больший объем повторной операции (100%). Комбинированные операции после резекций по Бильроту-II с анастомозом на короткой петле выполнены в 49,0% случаев, с позадиободочным анастомозом на длинной петле — в 54,5%, с передиободочным анастомозом на длинной петле — в 44,0%.

При различных гистологических формах резектабельность составляла: 72,2% при аденокарциноме, 68,4% при низкодифференцированном раке, 42,9% при перстневидноклеточном раке.

К значительному достижению в сложной проблеме хирургического лечения рецидива рака желудка можно отнести тот факт, что наряду с возрастанием показателя резектабельности в ОНЦ РАМН удалось существенно уменьшить послеоперационную летальность. В 1954—1979 гг. при радикальных операциях она составляла 32,3% (умерли 31 из 96), в 1980—1996 гг. — 16,7% (12 из 72).

Мы не выявили заметного влияния типа первичной реконструкции на послеоперационную летальность, хотя наиболее низкая летальность среди больных, перенесших экстирпацию оставшейся части желудка в период 1954—1996 гг., отмечена все-таки при гастроэнтероанастомозе на длинной петле — 15,8% (умерли 3 из 19). Летальность при экстирпации части желудка, оставшейся после резекции по Бильроту-II с позадиободочным анастомозом на короткой петле, составила 20,4% (умерли 10 из 49), с позадиободочным анастомозом на длинной петле — 27,3% (3 из 11). Из 5 радикально оперированных больных с операцией по Бильроту-I в анамнезе один умер от послеоперационных осложнений.

Основную же роль в снижении послеоперационной летальности сыграло повышение надежности пищеводно-кишечного анастомоза, который выполняется с 1980 г. в абдоминальной клинике ОНЦ по методике Г. В. Бондаря [4] и ее модификации. Летальность от несостоятельности швов анастомоза снизилась в сравниваемые периоды с 20,9% (умерли 18 из 86) до 5,7% (4 из 70).

Тип первичной реконструкции во многом определяет объем резекции тонкой кишки в процессе экстирпации оставшейся части желудка и возможные варианты новой реконструкции (рис. 2). После операции с гастроэнтероанастомозом на короткой петле возможен только один вариант — формирование пищеводного анастомоза с отводящим отделом кишки и включение приводящей кишки по Ру. После операции с анастомозом на длинной петле не всегда возникает необходимость в резекции брауновского соустья, в ряде случаев его можно сохранить, отводящая кишка при этом анастомозируется с пищеводом. Разумеется, при близком подрастании опухоли к межкишечному анастомозу, а чаще при наличии метастазов в брыжейке тонкой кишки брауновское соустье входит в блок удаляемых тканей, реконструкция в этом случае также выполняется по Ру.

and the recurrent tumor infiltrates easily the root of the mesentery and mesenteric vessels. A similar situation is observed in procedures involving retrocolonic long-loop anastomosis. After Billroth-II resection with precolonic long-loop anastomosis the transverse colon is a sort of a streak between a potential recurrent tumor and retroperitoneal structures, that is why the tumor which rather often infiltrates the transverse colon fails to reach these structures.

Frequency of combined extirpations of the stomach residual did not demonstrate much difference with respect to type of primary surgery. There was a marked increase in second surgery only after Billroth-I resections (100%). Combined resections after Billroth-II resection with retrocolonic short-loop anastomosis were performed in 49.0%, Billroth-II resection with retrocolonic long-loop anastomosis in 54.5%, Billroth-II resection with precolonic long-loop anastomosis in 44.0%.

Resectability with respect to disease histology was 72.2% in adenocarcinoma, 68.4% in poorly differentiated carcinoma, 42.9% in signet-cell carcinoma.

Another achievement in the complicated problem of surgical treatment for recurrent gastric cancer at the CRC RAMS was reduction in the lethality. During 1954-1979 the rate after radical surgery was 32.3% (31/96) versus 16.7% (12/72) in 1980-1996.

There was no clear relationship between postoperative lethality and type of primary reconstruction though the death rate among patients undergoing extirpation of the stomach residual during 1954-1996 was the lowest in cases having undergone long-loop gastroanastomosis (15.8%, 3/19). Lethality in cases undergoing extirpation of the stomach residual after Billroth-II resection with retrocolonic short-loop anastomosis was 20.4% (10/49), with long-loop retrocolonic anastomosis 27.3% (3/11). One of 5 patients undergoing radical Billroth-I surgery died from postoperative complications.

Increased proofness of esophagoenteric anastomosis performed at the CRC Abdominal Clinic since 1980 according to the G.V.Bondar methodology [4] and its modification plaid the principal role in the reduction of postoperative mortality. Lethality due to anastomosis leak reduced during the periods compared from 20.9% (18/86) to 5.7% (4/70).

Type of primary reconstruction determines to a large degree extension of small intestinal resection during extirpation of the stomach residual and options of the new reconstruction (fig. 2). There is only one possibility, i. e. Roux esophageal anastomosis with the intestinal efferent segment and inclusion of the afferent segment after the short-loop gastroenteric anastomosis. Braun anastomosis may sometimes be saved after the long-loop anastomosis procedure, the efferent intestine being anastomosed to the esophagus. Although if the tumor has grown close to the enteroenteric anastomosis or, more often, in the presence of small intestinal mesenteric metastases, the Braun anastomosis is included in the block

Метастазы в регионарных лимфоузлах обнаружены у 15,5% радикально оперированных. Наиболее часто они поражали лимфоузлы брыжейки тонкой кишки (5,5%) и области чревного ствола (4,4%). После операций, включавших спленэктомию, метастазы в воротах селезенки выявлены в 3,8% случаев. Низкий процент поражения метастазами лимфоузлов, возможно, связан с недостаточно тщательным морфологическим исследованием удаленных препаратов.

Особого внимания заслуживает проблема хирургического лечения рецидива рака желудка, развившегося после гастрэктомии в пищеводно-кишечном анастомозе. При этой патологии в ОНЦ предприняты попытки хирургического вмешательства у 21 больного. Удалось выполнить 16 радикальных экстирпаций пищеводно-кишечного анастомоза. Таким образом, резектабельность составила 76,2%. У всех радикально оперированных применялся комбинированный абдоминоторакальный доступ. Умерли от послеоперационных осложнений 3 (18,7%) больных. Хирургическое лечение этой группы больных нам представляется перспективным направлением, а первые результаты обнадеживающими.

Помимо приведенных выше операций при рецидиве рака желудка, ОНЦ располагает опытом 50 операций при первичном раке желудка, резецированного по поводу язвенной болезни, двенадцатиперстной кишки или полипов, 25 из них радикальные. В литературе мы не встретили сравнительной оценки результатов хирургического лечения рецидивного и первичного рака резецированного желудка. Сравнение данных за весь период хирургии резецированного желудка в ОНЦ показывает, что показатель резектабельности при рецидивном и первичном раке резецированного желудка составляет 44,8 и 50,0% соответственно. Необходимость в выполнении комбинированных операций при рецидивном раке возникает чаще, чем при первичном раке резецированного желудка (39,9 и 55,9% соответственно). На большую травматичность операций при рецидивном раке указывает и более высокий показатель послеоперационной летальности (25,5 и 12,1% соответственно).

Отдаленные результаты. Показатель 5-летней выживаемости больных рецидивным раком желудка существенно не изменился на протяжении 40 лет и сохраняется на уровне 26%, что практически соответствует результатам лечения первичного рака неоперированного желудка и обосновывает оправданность сложных повторных вмешательств. Наименьшая продолжительность жизни среди умерших от прогрессирования опухолевого процесса отмечена при перстневидноклеточном раке — 17,8 мес, 25,6 мес — при низкодифференцированном раке, 33,5 мес — при аденокарциноме.

Наличие метастазов в регионарных лимфоузлах значительно ухудшает прогноз выживаемости. Из 10 прослеженных больных, у которых в удаленном препарате обнаружены лимфогенные метастазы, ни один не прожил 5 лет после операции, более 3 лет прожил один больной. Средняя продолжительность жизни среди умерших от прогрессирования опухолевого процесса составила 16,7 мес.

Из 9 больных, прослеженных после экстирпации пищеводно-кишечного анастомоза, 5 лет прожили 2 больных, более 3 лет — 4. Средняя продолжительность

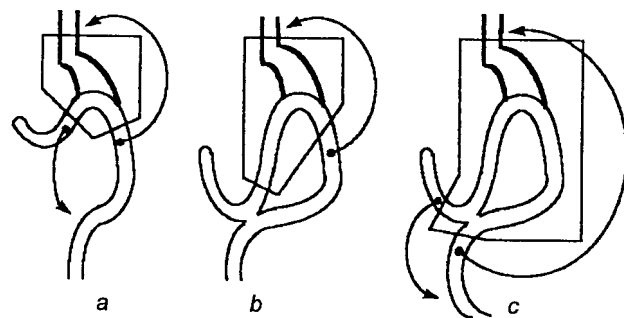


Рис. 2. Варианты операции по поводу рецидива рака при различных типах первичной резекции желудка.

а — после резекции желудка с желудочно-кишечным анастомозом на короткой петле; б, с — после резекции желудка с желудочно-кишечным анастомозом на длинной петле.

Fig. 2. Surgical options in recurrent gastric cancer with respect to types of primary stomach resection.

а, following stomach resection with gastroenteric short-loop anastomosis; б, с, following stomach resection with gastroenteric long-loop anastomosis.

of tissues to be removed, the reconstruction being also performed by Roux.

Regional lymph node metastases were detected in 15.5% of patients with radical surgery. Most common metastasis sites were small intestinal mesentery (5.5%) and celiac trunk region (4.4%). After splenectomy-involving procedures splenic portal metastases were found in 3.8% of the cases. The occurrence of lymph node metastases was probably due to poor morphological study of surgical specimens.

Of especial importance is the problem of surgical treatment for recurrent gastric cancer in the esophagoenteric anastomosis following gastrectomy. Surgical intervention for this pathology was performed in 21 patients managed at the CRC. There were 16 radical extirpations of the esophagoenteric anastomosis, i. e. resectability was 76.2%. All the radical procedures were performed via combined abdominothoracic entry. Three (18.7%) patients died due to postoperative morbidity. Surgery in this category of patients seems promising and the interim results encouraging.

Besides the above-mentioned operations for recurrent gastric cancer the CRC has gained experience of 50 surgeries in primary gastric cancer resected for gastric or duodenal ulcer or polyps, of which 25 were radical. We failed to find published data comparing results of recurrent and primary (after stomach resection) gastric cancers. Comparison of the CRC results demonstrated the resectability in recurrent and primary cancer of the resected stomach to be 44.8 and 50.0%, respectively. The need in combined surgery was greater in the recurrent than in primary cancer of resected stomach (39.9 vs 55.9%, respectively). High postoperative lethality (25.5 vs 12.1%, respectively) is also evidence of greater traumatism of surgery in recurrent cancer.

Follow-up Results. The 5-year survival of patients with recurrent gastric cancer has not changed consid-

жизни в этой группе больных среди умерших от прогрессирования опухолевого процесса — 22 мес.

При анализе отдаленных результатов мы выявили тенденцию, не отмеченную в литературе другими авторами. Среди больных, радикально оперированных по поводу раннего рецидива рака желудка, показатель 5-летней выживаемости составил 23,1%, при позднем рецидиве — 27,3%, более 3 лет прожили 30,8 и 54,5% больных соответственно. Средняя продолжительность жизни среди умерших из числа оперированных по поводу раннего рецидива составила 18 мес, по поводу позднего рецидива — 30,3 мес.

Еще более выраженные различия получены при анализе отдаленных результатов в зависимости от локализации рецидивной опухоли. При локализации рецидивной опухоли в гастроэнтероанастомозе и области вновь сформированной малой кривизны 5 лет после операции прожили 13% больных, в то время как при рецидивных опухолях, развившихся в оставшейся части желудка вне гастроэнтероанастомоза и малой кривизны, показатель 5-летней выживаемости составил 50%. Средняя продолжительность жизни среди умерших в этих группах составила соответственно 19,9 и 31,5 мес.

Выводы. 1. Формирование впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле в процессе первичной резекции желудка повышает резектабельность при операциях по поводу рецидива рака желудка.

2. Показания к экономным резекциям оставшейся части желудка при рецидиве рака желудка должны быть ограничены в связи с недостаточной радикальностью.

3. Применение пищеводно-кишечного анастомоза по методике Бондаря при операциях по поводу рецидива рака желудка способствует уменьшению летальности от несостоятельности швов пищеводного соустья с 20,9 до 5,7% и общей послеоперационной летальности с 32,3 до 16,7%.

4. При рецидиве рака желудка в пищеводно-кишечном анастомозе возможно радикальное хирургическое лечение с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами.

5. Позднее (более 3 лет) возникновение рецидива и локализация рецидивной опухоли в оставшейся части желудка вне желудочно-кишечного соустья и вновь сформированной малой кривизны являются благоприятными прогностическими факторами в отношении отдаленных результатов хирургического лечения. При этом средняя продолжительность жизни среди умерших от прогрессирования опухоли составляет 30,3 и 31,5 мес, в то время как при раннем рецидиве или его локализации в желудочно-кишечном анастомозе и области малой кривизны — 18,0 и 19,9 мес.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Березов Ю. Е. Хирургия рака желудка. — М., 1976.
2. Блохин Н. Н., Клименков А. А., Плотищев В. И. Рецидивы рака желудка. — М., 1981.
3. Клименков А. А. //Вестн. АМН СССР. — 1962. — № 6. — С. 41—48.
4. Клименков А. А., Бондарь Г. В., Звездин В. П. и др. //Хирургия. — 1989. — № 5. — С. 109—111.

Поступила 24.04.97 / Submitted 24.04.97

erably over the last 40 years to remain about 26%, i. e. equal to the corresponding rate for primary cancer of stomach not operated on, which justifies the performance of complicated repeat surgery. Life time of the patients dying from disease progression was the shortest in signet-cell (17.8 months), poorly differentiated (25.6 months) carcinoma and adenocarcinoma (33.5 months).

Regional lymph node metastasis aggravated significantly the survival prognosis. None of 10 patients having lymphogenous metastases in the operative specimens survived 5 years, with only 1 patient surviving 3 years. Mean life time among the lethal cases was 16.7 months.

Of 9 patients followed up after extirpation of esophagoenteric anastomosis 2 survived 5 years and 4 more than 4 years. Mean life time among patients dying from postoperative complications in this group was 22 months.

The analysis of the follow-up results revealed the following tendency not found in previous literature. The 5-year survival was 23.1% among patients undergoing radical surgery for early recurrence of gastric cancer and 27.3% in late recurrence; 30.8 vs 54.5%, respectively, survived 3 years and more. Mean life time among the lethal cases was 18 months in the early recurrence and 30.3 months in the late recurrence groups.

Still greater differences were found between the results with respect to recurrent cancer site. The 5-year survival was 13% in cases with recurrent tumor site in the gastroenteroanastomosis and in the newly formed lesser curvature versus 50% in patients with recurrent tumors in the stomach residual outside the gastroenteric anastomosis and the lesser curvature. Mean life time in these groups was 19.9 vs 31.5 months, respectively.

Conclusions. 1. Precolonic gastroenteric long-loop anastomosis increases resectability in surgery for recurrent gastric cancer.

2. Indications to narrow resection of the stomach residual in recurrent gastric cancer should be limited due to poor radicality.

3. Bondar esophagoenteric anastomosis in surgery for recurrent gastric cancer reduces lethality due to esophageal anastomosis leak from 20.9 to 5.7% and general lethality from 32.2 to 16.7%.

4. Radical surgery with satisfactory immediate and follow-up results may be performed in recurrent gastric cancer developing in the esophagoenteric anastomosis.

5. Later (more than 3-year) recurrence and location of the recurrent tumor in the stomach residual outside the gastroenteric anastomosis and lesser curvature are favorable prognostic factors in respect of follow-up results of surgery. Mean life time among the patients dying from disease progression is 30.3 and 31.5 months versus 18.0 and 19.9 months among cases with early recurrence and the recurrent tumor occurrence in the gastroenteric anastomosis or lesser curvature.