

Современные принципы хирургического лечения рака желудка

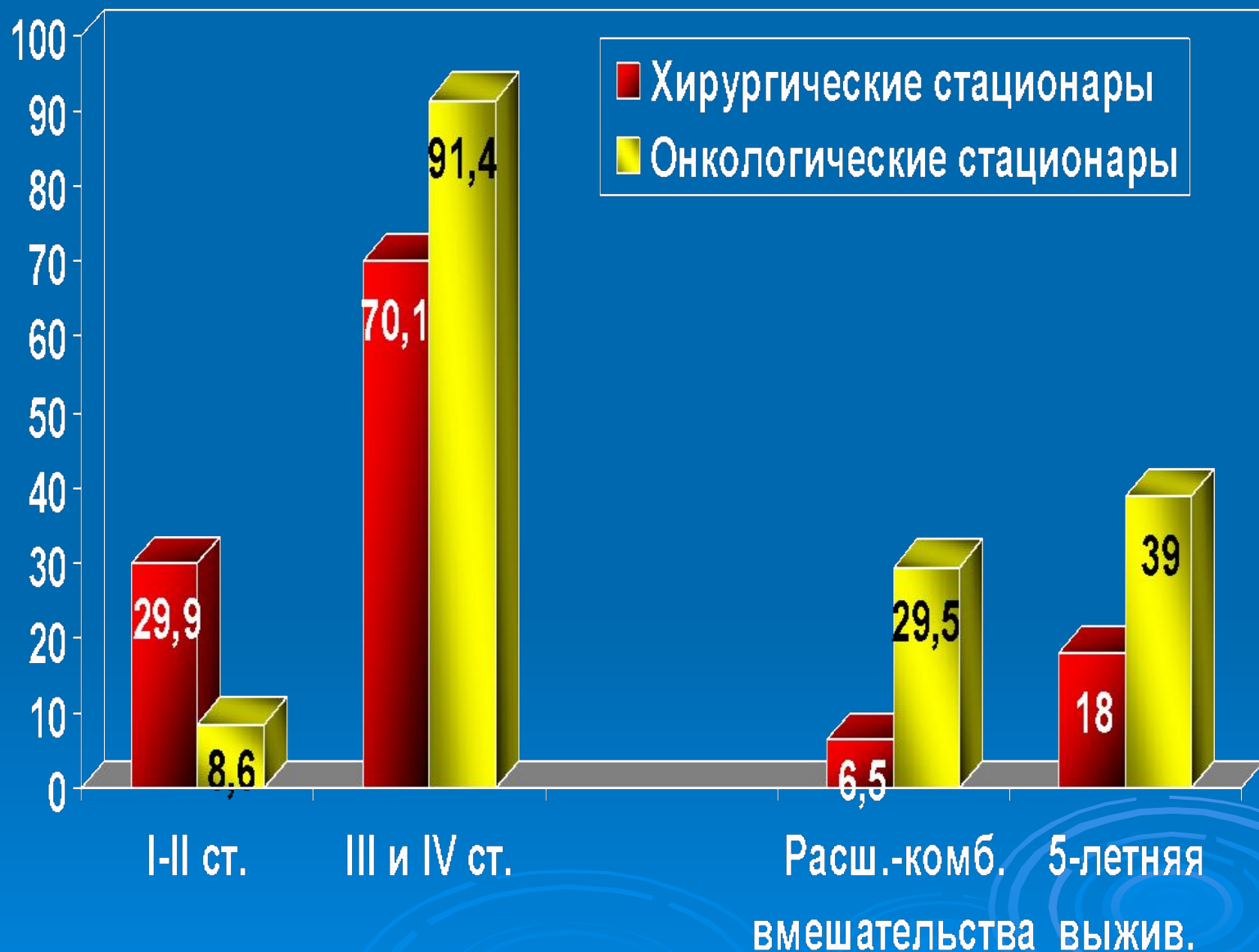
А.Р.Алиев, Р.С.Зейналов

Национальный Центр Онкологии



□ По данным ВОЗ за последнее десятилетие в среднем ежегодно регистрировалось свыше 800 тысяч новых случаев (10,8% от всех онкологических заболеваний) и 628 тысяч смертей (12,6%) от рака желудка. Одногодичная летальность достигает 60%.

□ Среди всех злокачественных новообразований желудка РЖ встречается в 95% случаев; 5% составляют лимфомы, стромальные и другие редкие опухоли. Чаще всего РЖ представлен аденокарциномами, которые составляют 93-98% всех злокачественных опухолей желудка.



Характеристики рака желудка

- Мультицентрический рост
- Раннее лимфогенное метастазирование
- Наличие «прыжковых» метастазов
- Низкая чувствительность к химиотерапевтическому и лучевому лечению

□ На сегодняшний день именно хирургическое лечение остается "золотым" стандартом при радикальном лечении злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), позволяющем надеяться на полное выздоровление.

□ Общепринято, что радикальные операции по поводу рака различной локализации включают обязательное моноблочное удаление регионарных лимфатических узлов. Впервые такой подход был предложен более 100 лет назад Holsted при хирургическом лечении рака молочной железы. С тех пор этот стандарт применялся и при хирургическом лечении рака ЖКТ различных локализаций.

- Понятие лимфодиссекции (ЛД) было впервые введено при хирургическом лечении РЖ для обозначения операций, сопровождавшихся плановым удалением пораженного органа и зон регионарного метастазирования.
- Следует акцентировать внимание, что в онкохирургии термин "лимфодиссекция", являясь более емким, чем термин "лимфаденэктомия", включает моноблочное удаление с пораженным органом не только лимфатических узлов, но и всего лимфатического аппарата в пределах фасциальных футляров.

□ С целью оптимизации результатов хирургического лечения РЖ стали проводиться исследования для установления минимального объема ЛД, который можно было бы принять за стандарт. Впервые эффективность D2-D3 ЛД продемонстрировали ее разработчики К. Maruyama и К. Kodama, добившись 5-летней выживаемости 58% после D2 операций по сравнению с 33% после операций в объеме D0-D1.

- На IV Международном Конгрессе по раку желудка в Нью–Йорке (США, 2001 год) и на XVIII Всемирном Конгрессе по Хирургии Желудочно-Кишечного Тракта (Hong Kong, 2002) ЛД D2 определена как стандартный объем радикального хирургического вмешательства, так как достоверно улучшает отдаленные результаты и снижает частоту местных рецидивов.
- В соответствии с этим считается, что больные, которым при оперативном вмешательстве не произведена ЛД D2, подверглись нерадикальному хирургическому лечению и, следовательно, должны считаться пациентами с неустановленной стадией.

Цель исследования

- Изучение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака желудка в зависимости от объема операции.
- Установление показаний к проведению расширенных гастрэктомий

Материалы и методы исследования

- В исследование включены 130 больных раком желудка.
- 48 из них проведена лимфодиссекция D3.
- 35 больных подверглись комбинированным операциям.

Зависимость метастатического поражения третьего уровня лимфооттока при РЖ (по JRS GC) от различных факторов прогноза

Факторы прогноза		Количество больных без метастазов в N3 уровень	Количество больных с метастазами в N3 уровень	
Глубина опухолевой инвазии	«SS» (T2)	11 (100%)	0	
	«SE» (T3)	14 (60,9%)	9 (39,1%)	
	«SI» (T4)	8 (57,1%)	6 (42,9%)	
Состояние N2 уровня	N2-	13 (92,9%)	1 (7,1%)	
	N2+	20 (58,8%)	14 (41,2%)	
Размер опухоли	до 5 см	27 (77,1%)	8 (22,9%)	
	свыше 5 см	6 (46,2%)	7 (53,8%)	
Гистологическая структура опухоли	Аденокарцинома	высоко дифференц.	5 (83,3%)	1 (16,7%)
		умеренно дифференц.	7 (87,5%)	1 (12,5%)
		низко дифференц.	9 (64,3%)	5 (35,7%)
	недифференцируемый рак		6 (54,5%)	5 (45,5%)
	перстневидно-клеточный рак		6 (66,7%)	3 (33,3%)
Тип роста опухоли	узловой	21 (77,8%)	6 (22,2%)	
	диффузно-инфильтративный	12 (57,1%)	9 (42,9%)	
Локализация опухоли	кардиальный отдел	7 (58,3%)	5 (41,7%)	
	малая кривизна	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
	большая кривизна	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
	передняя стенка	3 (100%)	0	
	задняя стенка	4 (57,1%)	3 (42,9%)	
	антральный отдел	6 (85,7%)	1 (14,3%)	
Возраст пациента	до 50 лет	14 (66,7%)	7 (33,3%)	
	свыше 50 лет	19 (70,4)	8 (29,6%)	
Длит-ть анамнеза заболевания	до 1 года	17 (68,0%)	8 (32,0%)	
	свыше 1 года	16 (69,6%)	7 (30,4%)	
ВСЕГО		33 (68,8%)	15 (31,2%)	

Распределение показателя Т и N по результату морфологического исследования удаленного препарата

	N0	N1	N2	N3
T1-2	15	8	3	-
T3	21	16	11	6
T4	5	24	15	9

Распределение больных в зависимости от объема операции и послеоперационного течения

Постоперационный период	ЛД D ₂	ЛД D ₃
Постоперационные осложнения	12 (15,79%)	16 (34,78%)
Ре-операции	2 (2,63%)	2 (4,35%)
Постоперационная летальность	3 (3,95%)	2 (4,35%)

Характер постоперационных осложнений в зависимости от объема лимфодиссекции

Осложнения	ЛД D₂	ЛД D₃
Пневмония	3 (3,95%)	3 (6,52%)
Экссудативный плеврит	2 (2,63%)	2 (4,35%)
Сердечные осложнения	3 (3,95%)	3 (6,52%)
Панкреатит	3 (3,95%)	3 (6,52%)
Поддиафрагмальный абсцесс	2 (2,63%)	2 (4,35%)
Межпетельный абсцесс	-	-
Анастомозит	-	-
Недостаточность швов анастомоза	1 (1,32%)	1 (2,17%)
Тромбоз мезентериальных сосудов	1 (1,32%)	-
Лимфоррея свыше 500 мл и 5 суток	5 (6,58%)	6 (13,04%)
Диарея	2 (2,63%)	8 (17,39%)
Парез	1 (1,32%)	1 (2,17%)
Внутрибрюшное кровотечение	1 (1,32%)	1 (2,17%)
Ранняя спаечная болезнь	1 (1,32%)	-
Нагноение лапаротомной раны	1 (1,32%)	1 (2,17%)

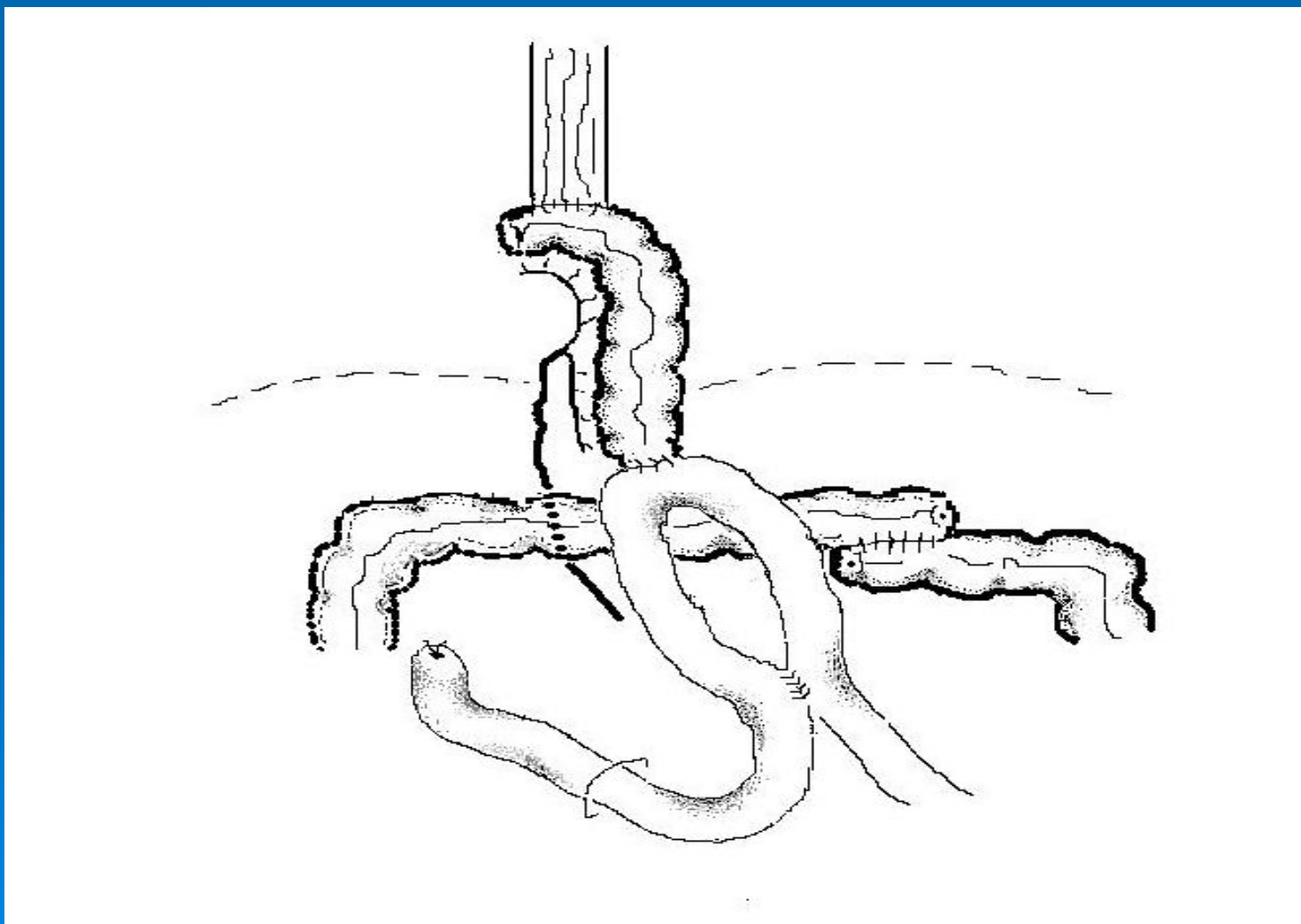
Результаты расширенных операций

	Лимфодиссекция D2	Лимфодиссекция D3
Годовой безрецидивный период	93,42%	95,65%
3-летний безрецидивный период	53,95%	67,39%
Общая 3-летняя выживаемость	65,26%	80,4%

Характер и частота послеоперационных осложнений

Осложнения	Спленосохраняющие операции (30)	Операции со спленэктомией (32)
Экссудативный плеврит	2 (6,67%)	4 (12,5%)
Поддиафрагмальный абсцесс	-	2 (4,35%)
Ранняя спаечная болезнь	1 (3,33%)	2 (6,25%)

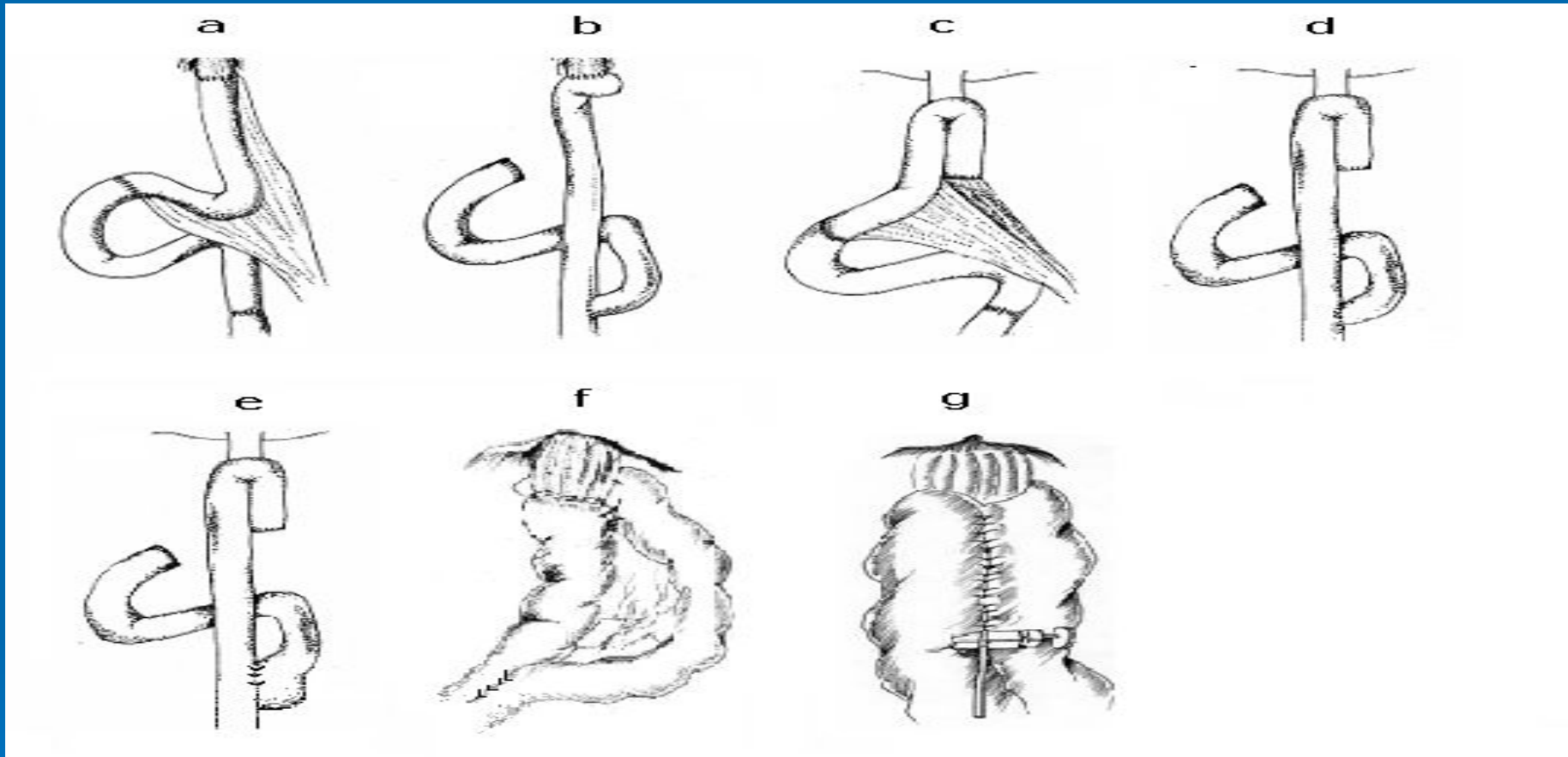
Схема реконструктивного этапа при гастропластике сегментом поперечно-ободочной кишки



Результаты комбинированного оперативного лечения рака желудка

- Анализ полученных результатов показал, что годовой безрецидивный период составил 94,11%, 3-летний – 58,82%. Общая 3-х и 5-летняя выживаемость составили соответственно 70,59% и 37,65%.

Основные типы реконструкции после гастрэктомии



- a - Тощекишечная интерпозиция;
- b - Реконструкция по Roux;
- c - Тощекишечная интерпозиция с резервуаром;
- d - Реконструкция по Roux с резервуаром,
- e - Реконструкция по Roux с двумя резервуарами;
- f – Петлевая реконструкция типа Ω по М.И.Давыдову;
- g - Петлевая реконструкция типа Ω по М.З.Сигалу

Типы реконструкции после гастрэктомии



a – петлевая реконструкция типа Ω по М.И.Давыдову с двумя резервуарами;

b – uncut-Roux реконструкция с двумя резервуарами

Проявления постоперационной болезни в зависимости от реконструктивного этапа

Метод	Пластическая реконструкция				Классическая реконструкция			
Число больных	36				53			
Сроки наблюд. (месяцы)	3	6	12	24	3	6	12	24
Рефлюкс	7 19,44%	6 16,67%	3 8,33%	3 8,33%	26 49,06%	22 41,51%	24 45,28%	20 37,74%
Демпинг	2 5,56%	2 5,56%	-	-	12 22,64%	11 20,75%	8 15,09%	4 7,55%
Потеря Веса	10 27,78%	9 25%	5 13,89%	4 11,11%	23 43,4%	22 41,51%	18 33,96%	9 16,98%
Стабилизация веса	23 63,89%	25 69,44%	29 80,56%	32 88,89%	30 56,6%	31 58,49%	34 64,15%	43 81,13%
Прибавка веса	3 8,33%	2 5,56%	2 5,56%	-	-	-	1 1,89%	1 1,89%

Выводы

- ✓ При проведении расширенных операций по поводу рака желудка в сравнении со стандартным уровнем лимфодиссекции D2 объем лимфодиссекции D3 повышает частоту послеоперационных осложнений, но при этом не приводит к увеличению показателя летальности, а также увеличивает длительность безрецидивного периода и улучшает показатель общей выживаемости.
- ✓ Проведение спленосохраняющих гастрэктомий у больных раком дистальных отделов желудка с дескриптором T1-T3, а также проксимальных отделов желудка с поражением передней стенки с размерами опухоли до 3 см с дескриптором T1-T2 с высокой и умеренной степенью дифференциации опухоли улучшают непосредственные результаты лечения. При этом отдаленные результаты гастрэктомий как при сохранении селезенки, так и после ее удаления у исследуемой категории больных практически одинаковы.

Выводы

- ✓ В зависимости от стадии заболевания и степени дифференцировки злокачественной опухоли у больных РЖ с относительно хорошим отдаленным прогнозом целесообразно проводить расширенные гастрэктомии с формированием тощекишечных резервуаров на реконструктивном этапе оперативного вмешательства.
- ✓ Неблагоприятными факторами прогноза парааортального метастазирования РЖ установлены глубина инвазии опухолью «SE» или «SI», метастатическое поражение лимфоколлекторов уровня N2, низкая степень морфологической дифференциации опухоли. При сочетании указанных факториальных признаков в $86,67 \pm 4,2\%$ случаев отмечается метастатическое поражение N3 уровня лимфооттока.