

Некуративные гастрэктомии в хирургии рака желудка

А.М. Саакян, А.Р. Акунц, А.П. Петросян, Э.Дж. Байрамян
Кафедра онкологии ЕрГМУ, отделение хирургии МЦ *Канакер-Зейтун*

Ключевые слова: гастрэктомия, рак желудка

Ամոքիչ գաստրէկտոմիաները ստամոքսի քաղցկեղի վիրաբուժությունում

Ա.Մ. Սահակյան, Ա.Ր. Ակունց, Հ.Պ. Պետրոսյան, Է.Ջ. Բայրամյան

Ներկայումս միանշանակ չէ ամոքիչ մասնահատումների կիրառման հանդեպ մոտեցումը ստամոքսի քաղցկեղով հիվանդների մոտ՝ կապված հետվիրահատական բարդությունների և մահացության բարձր մակարդակի հետ: Իրականացվել է 1993-2007 թթ. 290 արմատական և 126 ամոքիչ (R1 – 86,5%-ի և R2 – 13,5%-ի մոտ) գաստրէկտոմիաներ տարած հիվանդների համեմատական վերլուծությունը: Հիվանդների ճիշտ ընտրությունը, վիրաբուժության և ցավազրկման հնարավորությունները ներկա պայմաններում թույլ են տալիս ամոքիչ մասնահատումները իրականացնել հետվիրահատական բարդությունների (12,4%) և հոսպիտալային մահացության բավարար ցուցանիշներով (7,9%): Նմանատիպ վիրահատությունների կատարումը արդարացված է՝ ինչպես ուռուցքի հետ կապված բարդությունների կանխարգելման, այնպես էլ հետագա քիմիաթերապիայի արդյունավետության բարձրացման համար նախադրյալների ստեղծման տեսակետից:

Несмотря на определенные успехи в диагностике рака желудка, реальный рост показателя его ранней выявляемости отмечается лишь в Японии, Корее (до 55%) и развитых странах запада (до 36%). В большинстве стран 60-70% больных поступают на лечение с распространенным опухолевым процессом, что негативно влияет на эффективность хирургического лечения, когда даже обширные резекции не позволяют достичь должной абластики [2,3]. Поэтому гастрэктомии нередко носят некуративный характер, когда в операционном поле остаются резидуальные микроскопические (R1) или макроскопические (R2, циторедуктивная резекция) очаги опухоли [1,4]. Отношение к аналогичным вмешательствам в специальной литературе

Non-curative gastrectomies in the surgery of stomach cancer

A.M. Sahakyan, A.R. Akunts, H.P. Petrosyan, E.J. Bayramyan

Nowadays the attitude to the non-curative intervention at stomach cancer is ambiguous, in connection with the possible increase of the post-operational complications and lethal outcomes. There was conducted a comparative analysis of the results of 290 curative and 126 non-curative gastrectomies (R1 at 86.5%, R2 at 13.5%) performed during 1993-2007. Correct choice of the patients, the possibilities of surgery and anesthetization allow to perform non-curative resections, without increasing the frequency of post-operational complications (12.4% and 15.8% correspondingly) and the level of hospital lethality (7.9% and 3.8% correspondingly, $P>0.05$). The conduction of such operations is justified both from the point of conditional tumor increase complications prophylaxis and preconditioning for the increase of successive chemotherapy effectiveness.

неоднозначное. Их сторонники указывают на возможность коррекции осложнений, вызванных растущей опухолью, и улучшение условий для последующей химиотерапии [1,5], особо подчеркивается повышение качества жизни больных и продление выживаемости. По мнению противников, некуративные гастрэктомии повышают уровень послеоперационных осложнений и госпитальной летальности, ухудшая непосредственные результаты лечения, и значимо не влияют на продолжительность жизни больных [2].

В сообщении представлен сопоставительный анализ между 126 больными после некуративных (основная группа) и 290 – после радикальных гастрэктомий (контрольная группа), выполненных в 1993-2007гг. В основной

группе 86,5% операций соответствовали R1 резекциям, а 13,5% - R2. Распределение больных по полу и возрасту в группах было однотипным, почти две трети больных составляли мужчины, а средний возраст составил 62,6 и 63,5 лет соответственно. Ретроспективный анализ показывает, что оценка радикальности выполненных операций в 90-ых годах и в последние годы значительно отличается. В частности, проводимые тогда так называемые **стандартные резекции** желудка в объеме субтотальной или тотальной гастрэктомии с удалением большого сальника и перигастральных лимфатических узлов по сегодняшним меркам лишь условно могут считаться радикальными. Внедрение в клинику методики расширенных диссекций регионарного лимфатического аппарата (резекции D2-3) и исследование смывов из брюшной полости позволяют в последние годы более корректно оценивать как стадию опухолевого процесса, так и радикальность выполненных гастрэктомий. Возможно, в этой связи соотношение некура-

тивных гастрэктомий к радикальным в 1993-2002гг. достоверно ниже (45,2 и 63,1% соответственно, $P<0,05$), а у оперированных в 2003-2007гг. эти показатели соответственно составили 54,8% против 36,9% ($P<0,05$).

В группах у большинства больных (79,4 и 79,0% соответственно) опухоль выходила на серозную оболочку желудка (T3, табл. 1). Куративные гастрэктомии преобладали при стадии болезни T1 и T2 (20,3 и 2,4% соответственно, $P<0,01$), а при переходе процесса на соседние с желудком органы и структуры (T4) доминировали некуративные гастрэктомии (18,3 и 0,7% соответственно, $P<0,01$). Неблагоприятным фактором для выполнения радикальных операций являлось лимфогенное распространение процесса. Если при его отсутствии или поражении только перигастральных узлов превалировали радикальные резекции (соответственно 46,6 и 39,7%), то с вовлечением в процесс узлов II и III порядка частота некуративных гастрэктомий достигала 67,5% ($P<0,01$).

Таблица 1

Распространенность опухолевого процесса в группах

Показатель распространенности	Группа	
	основная, n=126	контрольная, n=290
Стадия по T:		
- T1-2	3 (2,4±1,4%)	59 (20,3±2,4%)
- T3	100 (79,4±3,6%)	229 (79,0±2,4%)
- T4	23 (18,3±3,4%)	2 (0,7±0,5%)
Стадия по N:		
- N0	9 (7,1±2,3%)	135 (46,6±2,9%)
- N1	32 (25,4±3,9%)	115 (39,7±2,9%)
- N2-3	85 (67,5±2,0%)	40 (13,7±2,0%)
Стадия по M:		
- M0	100 (79,4±3,6%)	290 (100,0%)
- M1	26 (20,6±3,6%)	- -

Характерно, что как куративные, так и некуративные гастрэктомии в основном выполнялись у больных без отдаленных метастазов. В то же время для коррекции осложнений, связанных с опухолевым процессом (наиболее часто кровотечения), у 20,6% больных они производились при наличии отдаленных метастазов.

Клинико-лабораторные показатели у больных в группах были идентичными. Только количество больных с тахикардиями и/или аритмиями в основной группе было достоверно выше по сравнению с контрольной (34,1 и 18,0% соответственно, $P<0,05$).

Таблица 2

Особенности поражения желудка в группах

Распространенность опухоли в желудке	Группа	
	основная, n=126	контрольная, n=290
Размеры опухоли:		
- до 2 см	--	34 (11,7±1,9%)
- 3-5 см	42 (33,3±4,2%)	161 (55,9±2,9%)
- 6 и более	84 (66,7±4,2%)	95 (32,4±2,8%)
Локализация опухоли:		
- на малой кривизне	57 (45,2±4,4%)	198 (68,3±2,7%)
- на большой кривизне	6 (4,8±1,9%)	32 (11,0±1,8%)
- по задней стенке	8 (6,3±2,2%)	17 (5,9±1,4%)
- по передней стенке	4 (3,2±1,6%)	17 (5,9±1,4%)
- на обеих кривизнах и более	51 (40,5±4,4%)	26 (9,0±1,7%)
Площадь поражения серозы:		
- без поражения	4 (3,2±1,6%)	108 (37,2±2,8%)
- до 3 см	91 (72,2±4,0%)	161 (55,5±2,9%)
- 3 см и более	30 (23,8±3,8%)	14 (4,8±1,3%)

Определенная зависимость выявлена между частотой некуративных гастрэктомий с некоторыми показателями опухолевого процесса. В первую очередь это касается размеров опухоли, когда у больных с опухолями размером 6 см и более радикальные гастрэктомии выполнялись значительно реже - 22,4% против 55,6% ($P < 0,01$, табл. 2), тогда как при опухолях до 2 см гастрэктомии у всех больных носили куративный характер. Если локализация опухоли в желудке не влияла на радикальность гастрэктомий, то с увеличением распространенности процесса в органе количество некуративных резекций увеличивалось. В частности, когда были поражены обе кривизны желудка, их показатель увеличивался почти в четыре раза (31,1% против 8,9%). Они также превалировали при поражении серозного слоя желудка, особенно если площадь поражения составляла 3 см² и более - 23,8% против 4,8% ($P < 0,01$).

Хотя, как уже отмечалось, по сегодняшним меркам **стандартные резекции** желудка чаще считаются некуративными, все же 56 наблю-

дений аналогичных операций нами рассмотрены в контрольной группе, так как к моменту их выполнения они считались радикальными (табл. 3). Характерны почти одинаковые показатели расширенных резекций в сравниваемых группах (62,7 и 77,9%). Если обширные лимфодиссекции при куративных гастрэктомиях необходимы для обеспечения должного радикализма вмешательства, то иссечение лимфатического аппарата при некуративных резекциях, позволяет добиться максимальной циторедукции, а в ряде случаев облегчает обработку основных сосудов желудка, в частности, левой желудочной артерии. Она позволяет проводить мобилизацию вне зоны опухолевой инфильтрации, снижая кровопотерю и травматичность вмешательства. В свою очередь комбинированные резекции преобладали в основной группе (17,5% против 2,8%), так как при удалении обширного местно-распространенного опухолевого процесса вероятность остаточных микроскопических очагов в операционном поле очень высокая.

Таблица 3

Особенности хирургических вмешательств в группах

Особенности хирургического вмешательства	Группа	
	основная, n=126	контрольная, n=290
Характер гастрэктомии:		
- типичная	25 (19,8±3,6%)	56 (19,3±2,3%)
- расширенная	79 (62,7±4,3%)	226 (77,9±2,4%)
- комбинированная	22 (17,5±3,4%)	8 (2,8±1,0%)
Объем гастрэктомии:		
- субтотальная	70 (55,6±4,4%)	204 (70,3±2,7%)
- тотальная	56 (44,4±4,4%)	86 (29,7±2,7%)
Объем лимфодиссекции по D:		
- без лимфодиссекции D0	19 (15,1±3,2%)	46 (15,9±2,1%)
- D1	32 (25,4±3,9%)	127 (43,8±2,9%)
- D2-3	75 (59,5±4,4%)	117 (40,3±2,9%)

Наиболее часто больным выполнялись субтотальные гастрэктомии – 274 случая, из которых только у 14 они производились по поводу кардиального рака (13 куративные). При проксимальных локализациях опухоли предпочтение отдавалось тотальным гастрэктомиям. Показатель последних в основной группе оказался достоверно выше по сравнению с больными после радикальных вмешательств (43,7 и 27,2% соответственно), что, возможно, связано с обширным местным распространением процесса. Для пересечения пищевода на относительно безопасном уровне у 8 больных с проксимальным раком желудка и переходом на пищевод производились операции типа Герлока, с дополнительным левосторонним торакальным доступом. Характерно, что 7 из них расценивались как некура-

тивные, из-за возможного метастатического поражения медиастинальных лимфатических узлов.

Среди некуративных гастрэктомий преобладали R1 (86,5%). Если микроскопические резидуальные очаги в операционном поле были обусловлены выходом опухолевого процесса на серозную оболочку и вовлечением в процесс регионарного лимфатического аппарата органа, то макроскопические - являлись следствием врастания опухоли в окружающие желудок органы и структуры, что технически затрудняло удаление опухолевого процесса в полном объеме. В последней группе опухоль наиболее часто прорастала в поджелудочную железу, в ножки диафрагмы, забрюшинное пространство, в мезоколон, в поперечно-ободочную кишку и в печень.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения и летальность в группах

Осложнения и летальность	Группа	
	основная, n=126	контрольная, n=290
Послеоперационные осложнения:		
- отсутствуют	106 (84,1±3,3%)	254 (87,6±1,9%)
- хирургические	11 (8,7±2,5%)	26 (9,0±1,7%)
- терапевтические	9 (7,1±2,3%)	10 (3,4±1,1%)
Госпитальная летальность:		
- отсутствует	116 (92,1±2,4%)	279 (96,2±1,9%)
- имеется	10 (7,9±2,4%)	11 (3,8±1,1%)

Количество осложнений в основной группе составило 12,4%, а в контрольной – 15,8% ($P>0,05$). Отдельное рассмотрение количества хирургических (8,7 и 9,0% соответственно, $P>0,05$) и терапевтических осложнений (7,1 и 3,4% соответственно, $P>0,05$) в группах также не выявило статистически достоверной разницы, что указывает на возможность проведения обширных некуративных гастрэктомий, без повышения частоты послеоперационных осложнений. Разница в показателях летальности также была недостоверной, хотя некоторое ее повышение в группе больных с паллиативными резекциями наблюдается (7,9% против 3,8%, $P>0,05$).

Таким образом, полученные результаты показывают, что позднее обращение больных раком желудка за специализированной помощью затрудняет проведение куративных радикальных вмешательств. Будучи сторонниками принципиальных гастрэктомий считаем, что правильный отбор больных на хирургическое лечение, возможности хирургии и анестезиологии позволяют успешно проводить некуративные резекции, без повышения показателя послеоперационных осложнений и госпитальной летальности. Выполнение аналогичных операций оправдано как с точки зрения профилактики осложнений, обусловленных

растущей опухолью, так и создания предпосылок для повышения эффективности адьювантной химиотерапии.

Литература

1. Brown M.R., Bhattacharyya N., McPheeters G.O., McNamara J.J. Surgical resection of gastric cancer in the octogenarian population. *J. Gastrointest. Surg.*, 1999 Sep-Oct;3(5):561-4.
2. Kikuchi S., Arai Y., Kobayashi N., Tsukamoto H., Shimao H., Sakakibara Y., Hiki Y., Kakita A. Is extended lymphadenectomy valuable in palliatively gastrectomized patients with gastric cancer and simultaneous peritoneal metastasis? *Hepatogastroenterology*, 2000 Mar-Apr; 47(32): 563-6.
3. Nakamura K., Ueyama T., Yao T., Xuan Z.X., Ambe K., Adachi Y., Yakeishi Y., Matsukuma A., Enjoji M. Pathology and prognosis of gastric carcinoma. Findings in 10,000 patients who underwent primary gastrectomy. *Cancer*, 1992 Sep 1;70(5):1030-7.
4. Schumacher I.K., Hunsicker A., Youssef P.S., Lorenz D. Current concepts in gastric cancer surgery. *Saudi Med. J.*, 2002 Jan;23(1):62-8.
5. Zhang X.F., Huang C.M., Lu H.S., Wu X.Y., Wang C., Guang G.X., Zhang J.Z., Zheng C.H. Surgical treatment and prognosis of gastric cancer in 2,613 patients. *World J. Gastroenterol.*, 2004 Dec 1;10(23):3405-8.