Федеральное государственное учреждение
Московский научно-исследовательский онкологический институт
имени П. А. Герцена
Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи

125284, Москва, 2-й Боткинский пр-д, 3

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

(медицинская технология)

Москва 2009

УДК 616.33-006.6-089
ББК 55,6
Х 49

Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Сидоров Д.В., Ложкин М.В.
Хирургическое лечение больных раком желудка IV стадии.
М.: ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий».-2009.-16 с.
ISBN 5-85502-025-8

Технология включает хирургическое лечение больных раком желудка IV стадии при местно-распространенном процессе, наличии отдаленных лимфогенных метастазов, метастатическом поражении печени, перитонеальной диссеминации. Данная медицинская технология позволяет оптимизировать использование хирургического метода в лечении больных раком желудка IV стадии в зависимости от распространенности опухолевого процесса с учетом основных факторов прогноза, повысить 5-летнюю выживаемость.

Медицинская технология предназначена для врачей онкологов, хирургов и может применяться в специализированных онкологических учреждениях.

Регистрационное удостоверение ФС №2009/205 от 23.07.2009

Учреждение-разработчик: ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»

Авторы: проф. Л.А. Вашакмадзе, докт.мед.наук. А.В. Бутенко, канд. мед.наук. Д.В. Сидоров, канд.мед.наук. М.В. Ложкин.

Рецензенты: руководитель отделения хирургии пищевода и желудка ГУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН» докт.мед.наук Ф.А. Черноусов; заместитель директора ФГУ «РНЦРР Росмедтехнологий» по хирургии докт.мед.наук, профессор В.Д. Чхиквадзе.

Ответственный за издание: профессор В.В. Старинский

ISBN 5-85502-025-8

© Коллектив авторов, 2009 г.
© ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий», Москва, 2009 г.

Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на стойкое снижение заболеваемости раком желудка, для многих стран, включая Россию, эта патология остается одной из наиболее важных медицинских и социально-экономических проблем [3]. Анализ данных о смертности в 24 экономически развитых странах мира показал, что на долю рака желудка приходится 50% опухолей желудочно-кишечного тракта [3]. По данным ВОЗ и американских статистиков, в мире ежегодно диагностируют 900 тыс. новых случаев рака желудка, чаще регистрируют только рак легкого [5]. В России по частоте выявляемости рак желудка устойчиво занимает второе ранговое место – каждый год регистрируют 48,8 тыс. новых случаев, что составляет немногим более 11% всех злокачественных опухолей [3]. У 60 – 90% больных диагностируют III – IY стадию заболевания, при этом удельный вес IY стадии не имеет тенденции к снижению и составляет 40-50% [3].

Проблема лечения распространенного и диссеминированного рака желудка приобретает в сложившейся ситуации особую актуальность. К сожалению, несмотря на достигнутые успехи в диагностике, хирургическом лечении, адъювантной химиоиммунотерапии, прогноз в отношении распространенного рака желудка до сих пор остается неудовлетворительным [7,28,52]. Средняя продолжительность жизни после пробной лапаротомии составляет, по данным разных авторов, от 4 до 7,6 мес [6,7], а после гастро- и еюностомии не превышает 9 – 11 мес [7]. Паллиативная резекция или гастрэктомия позволяет продлить жизнь в среднем до 13,9 мес, а некоторые больные живут более 5 лет [1]. В связи с этим вопрос о целесообразности хирургического лечения больных раком желудка IY стадии остается открытым. Если при местно-распространенном процессе (T4N2M0) все же большинство хирургов придерживаются активной тактики, то выявление метастатического поражения печени, перитонеальной диссеминации или метастазов в парааортальных лимфатических узлах нередко заставляет отказаться от попытки выполнения резекции или гастрэктомии. Действительно, отдаленные результаты лечения больных раком желудка IY стадии малоутешительны: 5-летний рубеж переживают не более 4% больных, а большинство – с перитонеальной диссеминацией и метастазами в печени, погибают в течение первого года после операции [6].

Таким образом, распространенный рак желудка представляет собой чрезвычайно важную проблему для здравоохранения.

В МНИОИ им. П.А. Герцена разработана и научно обоснована активная тактика лечения больных раком желудка IV стадии и опреде-

лено место хирургического метода как в плане самостоятельного, так и компонента комбинированного лечения [1,2]. Обоснован дифференцированный подход к использованию хирургического метода у больных раком желудка IV стадии в зависимости от распространенности опухолевого процесса с учетом основных факторов прогноза.

ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

– резектабельный рак желудка IV стадии,
–осложнения опухолевого процесса (стеноз, кровотечение, перфорация),
–единичные метастазы в печени,
–метастазы в забрюшинных лимфатических узлах, яичниках,
–диссеминация по брюшине категории P1 – P2.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

– острый инфаркт миокарда, недостаточность кровообращения III стадии, острое нарушение мозгового кровообращения, тяжелые формы сахарного диабета, печеночная и почечная недостаточность в стадии декомпенсации,
– высокая степень анестезиологического риска,
– перитонеальная диссеминация категории p3,
– множественное метастатическое поражение печени при неосложненном раке желудка.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

1. Стандартное аппаратное и инструментальное оснащение операционной.
2. Томограф рентгеновский компьютерный, например, «Корпорация Тошиба Медикал Системз Компани» (Япония), рег. № 2002/723.
3. Аппарат медицинский рентгеновский, например, Дуодиагност «Филипс Медицинские Системы» (ФРГ), рег. 2003/340.
4. Система ультразвуковая диагностическая, например, «Voluson 730», «GE Medical Systems Kretztechnik GmbH» (Австрия), рег. № 2002/374.

5. Иглы биопсийные, «William Cook Europe Aps» (Дания), рег. № 2003/1011.
6. Эндоскопическое оборудование, например «Karl Storz GmbH & Co KG» (Германия), рег. № 2002/188.
7. Стандартное оборудование патоморфологической и клинико-диагностической лабораторий.

ОПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Для определения объема оперативного вмешательства следует получить объективные данные о локализации, размере, форме роста и морфологическом строении опухоли. С этой целью всем больным раком желудка необходимо проводить комплексную диагностику, включающую рентгенографию желудка, эзофагогастродуоденоскопию с обязательным морфологическим исследованием всех подозрительных участков слизистой оболочки желудка. Для выявления отдаленных метастазов в брюшной полости и забрюшинном пространстве показано ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ). В настоящее время все большее применение при неосложненном опухолевом процессе находит диагностическая лапароскопия. При осложненном течении заболевания выполнение лапароскопии нецелесообразно, поскольку в этой ситуации имеются абсолютные показания к оперативному вмешательству. Перед лапароскопическим исследованием ставятся следующие задачи: 1) визуальная и инструментальная ревизия с возможностью осмотра забрюшинного пространства, 2) лапароскопическое УЗИ с пункционной биопсией непосредственно через УЗ датчик, 3) различные виды биопсии со срочным морфологическим исследованием подозрительных участков.

Выбор объема оперативного вмешательства (дистальная субтотальная резекция желудка, проксимальная субтотальная резекция желудка или гастрэктомия) определяется локализацией опухоли, ее гистологической структурой, степенью дифференцировки, формой роста. Только у ослабленных больных, лиц пожилого возраста возможно расширение показаний к дистальной субтотальной резекции желудка.

Проведение интраоперационной ревизии является заключительным этапом уточняющей диагностики, позволяющим окончательно установить степень распространения опухолевого процесса и оценить резектабельность. Обязательным компонентом интраоперационной ревизии является срочное морфологическое исследование всех подозрительных и патологических изменений в брюшной полости и забрю-

шинном пространстве. Рекомендуется проводить цитологическое исследование смывов с париетальной брюшины малого таза.

Интраоперационное УЗИ обладает большими разрешающими возможностями по сравнению с трансабдоминальной ультрасонографией, и является необходимым этапом уточняющей диагностики для больных инвазивным раком желудка и с солитарными метастазами в печени в случае планирования проведения у них комбинированной операции. Совокупность полученных данных о характере распространения рака желудка по органу и прилегающим структурам дает возможность принять окончательное решение об объеме оперативного вмешательства.

При местно-распространенном и диссеминированном раке желудка, как правило, производят **гастрэктомию**. После тщательной ревизии брюшной полости пересекают и лигируют круглую связку печени, электрокоагулятором рассекают серповидную связку печени, обеспечивая лучшую ее подвижность в ходе мобилизации желудка и выполнения лимфаденэктомии. Желудок выводят в рану, а поперечную ободочную кишку отводят в противоположную сторону, желудочно-ободочная связка растягивается и ее рассекают в бессосудистой зоне. При этом большой сальник отходит к препарату. Проводят ревизию сальниковой сумки и забрюшинного пространства, выполнив «обратимую» мобилизацию. В случае прорастания опухоли во все слои желудка, особенно по задней стенке, необходимо к препарату вместе с большим сальником отслоить передний листок мезоколон. Вслед за листком мезоколон единым блоком отслаивают париетальную брюшину, покрывающую поджелудочную железу. Затем выделяют среднюю ободочную артерию до места ее отхождения от верхней брыжеечной артерии. Лимфатические узлы и клетчатку, сопровождающие артерию, смещают к препарату.

Мобилизацию желудка по большой кривизне продолжают по направлению к печеночному углу ободочной кишки. После рассечения связки Фраучи всю группу подпривратниковых лимфатических узлов и клетчатку смещают к препарату. Скелетированную правую желудочно-сальниковую артерию пересекают в месте отхождения от гастродуоденальной артерии и лигируют. После лигирования или коагуляции коротких артерий головки поджелудочной железы острым путем мобилизуют начальный отдел верхней горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки для обеспечения более надежного закрытия последней. При этом к препарату смещают парадуоденальную и позадипривратниковую клетчатку с лимфатическими узлами. Далее рассекают желудочно-обо-

дочную связку по направлению к селезеночному углу ободочной кишки, пересекают селезеночно-ободочную, селезеночно-диафрагмальную связки и париетальную брюшину в проекции селезенки по контуру последней. Селезенку вывихивают в рану, острым путем к ней смещают забрюшинную клетчатку, при этом оголяется передняя поверхность левой почки и левый надпочечник. Рассекают желудочно-поджелудочную связку и париетальную брюшину по верхнему краю поджелудочной железы. Лимфатические узлы и клетчатку по ходу левой желудочной артерии смещают к препарату по направлению к чревному стволу. Узлы и клетчатку по ходу селезеночной артерии смещают к воротам селезенки. Селезеночные сосуды выделяют в области хвоста поджелудочной железы, раздельно лигируют и пересекают, при этом селезеночную артерию лучше пересекать дважды. Рассекают левую треугольную связку печени, при этом следует помнить о возможности повреждения печеночных и нижней полой вены, а также дополнительных печеночных протоков. Рассекают париетальную брюшину, покрывающую абдоминальный сегмент пищевода, после чего пищевод берут на резиновый турникет. Желудок с пищеводом отводят влево, при этом натягивается верхняя порция малого сальника, которую пересекают и лигируют. Мобилизуют правую и левую ножки диафрагмы, пересекают и перевязывают их. После пересечения и лигирования нижней диафрагмальной вены выполняют широкую сагиттальную диафрагмотомию по Савиных. Пересекают оба блуждающих нерва, тупо отделяют пищевод от перикарда, тракцией за резиновый турникет пищевод с параэзофагеальной клетчаткой и лимфатическими узлами выводят в рану.

Двенадцатиперстную кишку мобилизуют по Кохеру и вместе с головкой поджелудочной железы отводят медиально. Удаляют блок ретропанкреатодуоденальной клетчатки с узлами, парааортальную и паракавальную клетчатку, а также клетчатку аортокавального окна и сопровождающую левую почечную артерию. Как можно ближе к воротам печени рассекают брюшину, покрывающую гепатодуоденальную связку. По ходу собственно печеночной артерии лимфатические узлы и клетчатку смещают до места отхождения правой желудочной артерии. При скелетировании печеночной ножки следует удалить встречающиеся лимфатические узлы в области шейки желчного пузыря и винслоу отверстия. Правую желудочную артерию пересекают и лигируют в месте отхождения от собственной печеночной артерии. Клетчатку и узлы по ходу общей печеночной артерии смещают по направлению к чревному стволу, при этом скелетируют чревный ствол и его ветви. Левую желу-

дочную артерию пересекают в месте отхождения от чревного ствола и дважды лигируют.

После завершения мобилизации желудка с расширенной лимфаденэктомией пищевод пересекают между двумя Г-образными зажимами, двенадцатиперстную кишку прошивают аппаратом УО-60 и отсекают. Препарат удаляют единым блоком с селезенкой, окружающей клетчаткой и лимфатическими узлами. Обязательным условием оперативного вмешательства является срочное гистологическое исследование линии проксимального и дистального пересечения стенки пищевода и двенадцатиперстной кишки. Затем формируют пищеводно-кишечный и межкишечный анастомозы.

При **дистальной субтотальной резекции** желудка ревизию и начальную мобилизацию желудка выполняют так же, как при гастрэктомии. Мобилизацию по большой кривизне желудка производят до коротких желудочных сосудов. Таким образом, в ходе данной операции не удаляют левые паракардиальные лимфатические узлы и лимфоузлы по ходу коротких желудочных сосудов. После окончания мобилизации желудка намечают линию резекции. По малой кривизне она должна начинаться тотчас ниже кардии, т.е. в препарат входит практически вся малая кривизна. По большой кривизне граница резекции располагается на уровне коротких сосудов желудка. Реконструкция после дистальной субтотальной резекции возможна различными способами. Наиболее часто на практике используют модификации по Гофмейстеру-Финстереру и по Ру.

При **субтотальной проксимальной резекции** желудка полностью удаляют малую кривизну желудка, малый и большой сальник, по показаниям выполняют спленэктомию. При данной операции не удаляют подпривратниковые лимфатические узлы, лимфатические узлы по ходу правой желудочно-сальниковой артерии. Уровень резекции по большой кривизне желудка проходит дистальнее коротких желудочных сосудов. Большой сальник отсекают вдоль большой кривизны, сохраняя правую желудочно-сальниковую артерию. Дистальная линия резекции проходит тотчас проксимальнее привратника параллельно большой кривизне желудка. После удаления препарата формируют инвагинационный пищеводно-желудочный анастомоз конец в бок или конец в конец.

При прорастании опухоли в соседние органы операция должна быть комбинированной, вплоть до мультивисцеральных резекций. При выявлении лимфогенных метастазов следует расширять вмешательство

на лимфатическом аппарате до уровня D2 – D3 с максимально полным удалением метастатических очагов. Низкая дифференцировка опухоли, перстневидно-клеточный рак, обнаружение нерезектабельных гематогенных метастазов, перитонеальной диссеминации более P1 делает выполнение расширенной лимфодиссекции бесперспективным. В подобных ситуациях показано стандартное оперативное вмешательство с объёмом лимфаденэктомии D1.

При солитарном и единичном метастатическом поражении печени выполняют резекцию. Предпочтение отдают атипичным резекциям. При невозможности выполнения резекции допустимо выполнение радиочастотной термоабляции метастатических очагов.

При перитонеальной диссеминации объем операции определяется распространенностью поражения. При наличии единичных диссеминатов в пределах одной анатомической области (P1) производят их иссечение в пределах здоровых тканей. При разрозненном поражении нескольких анатомических областей (P2) производят циторедуктивную перитонеумэктомию единым блоком с резекцией органов с наличием диссеминатов. Операцию целесообразно дополнить одним из методов местного противоопухолевого воздействия (внутрибрюшная химиотерапия или фотодинамическая терапия). При метастазах в яичниках выполняют удаление обоих придатков либо надвлагалищную ампутацию матки с придатками.

Вопрос о назначении лекарственной терапии после операции решается индивидуально с учетом факторов прогноза (распространенность опухолевого процесса, характер операции, гистологическое строение опухоли, общее состояние больного и т.п.). Наличие отдаленных лимфогенных метастазов, перитонеальной диссеминации, паллиативный характер операции, низкодифференцированное строение опухоли, перстневидно-клеточный рак являются показанием к проведению дополнительного лечения. При местно-распространенном раке желудка IV стадии, условно-радикальном характере операции, высокодифференцированной аденокарциноме возможно динамическое наблюдение.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Послеоперационный панкреатит. Появление клинической симптоматики, подтвержденной лабораторными данными (амилаземия, амилазурия) служит показанием для назначения специфической терапии. Больным проводят массивную инфузионную, антибактериальную

терапию, назначают ингибиторы протеаз (контрикал), сандостатин, спазмолитики. При парапанкреатическом абсцессе под контролем УЗИ дренируют полость с последующей ее санацией растворами антисептиков на фоне массивной сопутствующей терапии. Из консервативных способов профилактики используют ингибиторы секреции протеолитических ферментов, синтетический аналог соматостатина – сандостатин (октреотид). Из оперативных способов профилактики используют методику сохранения хвоста поджелудочной железы по Maruyama. В случае резекции надежным способом профилактики панкреатических свищей является обработка остающейся части поджелудочной железы скальпелем с обязательным прошиванием и перевязкой панкреатического протока.

2. Несостоятельность швов пищеводного анастомоза. При выявлении субклинической несостоятельности анастомоза (определяемой только при рентгенологическом исследовании и не сопровождающейся какой-либо клинической симптоматикой) возможна консервативная терапия (проведение назоеюнального зонда за зону анастомоза, парентеральное питание, антибактериальная терапия). При появлении симптоматики перитонита или медиастинита выполняют срочное оперативное вмешательство – релапаротомию, реторакотомию, дренирование средостения, брюшной полости, формирование еюностомы по Майдлю. Совершенствование оперативной техники с бережным отношением к анастомозируемым трансплантатам, исключение их натяжения и нарушения кровоснабжения, коррекция диспротеинемических нарушений, анемии являются необходимыми условиями для профилактики данного осложнения.

3. Внутрибрюшные абсцессы. Всем больным с подозрением на внутрибрюшной абсцесс проводят УЗИ для решения вопроса о возможности дренирования под его контролем. Адекватность дренирования контролируют выполнением фистулографии и ультразвуковым методом. Проводят промывание полости абсцесса растворами антисептиков, при необходимости назначают курс антибактериальной терапии.

4. Странгуляционная кишечная непроходимость. Лечебная тактика при развитии острой кишечной непроходимости определяется канонами ургентной хирургии, для чего проводят дифференциальный диагноз между динамической (паралитической) и механической кишечной непроходимостью. Нарастание клинической картины, отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения, отрицательная динамика по данным инструментальных методов (прежде всего рентгенологического) является показанием к срочной операции. Профилактика ранней странгуляционной кишечной непроходимости заключается в ранней активизации больного, проведении мероприятий, направленных на разрешение пареза желудочно-кишечного тракта, раннего энтерального зондового питания. Кроме того, эффективным профилактическим приемом является минимальная травматизация серозных оболочек в процессе выполнения оперативных вмешательств, тщательная перитонизация всех десерозированных участков кишки.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

В клинике абдоминальной онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена с 1982 по 2007г. находились на лечении 1207 больных раком желудка IV стадии. Для оценки эффективности хирургического метода при раке желудка IV стадии проведен анализ результатов лечения 237 больных, которым выполнено оперативное вмешательство в объеме резекции.

Из 237 больных в группу с условно-радикальными (тип В) операциями вошло 123 больных, и 114 больным выполнены паллиативные операции (тип С). Полное удаление опухоли, регионарных и отдаленных метастазов удалось осуществить у 123 (51,9%) больных (R0 резекция), микроскопически резидуальная опухоль обнаружена у 31 (13,1%) больного (R1 резекция), макроскопическая опухолевая ткань оставлена у 83 (35%) больных (R2 резекция).

Местно-распространенный рак желудка (T4N2M0) диагностирован у 70 больных, отдаленные метастазы (M1) выявлены у 167, в том числе отдалённые лимфогенные – у 83 (35%), гематогенные в печени – у 22 (9,3%) и перитонеальная диссеминация – у 54 (22,8%). У 8 (3,4%) больных имелось сочетание различных отдалённых метастазов.

Дистальная субтотальная резекция желудка выполнена 89 (37,6%) больным, гастрэктомия – 131 (55,3%)больному, проксимальная субтотальная резекция желудка 17 (7,1%) больным. Гастрэктомия и проксимальная резекция желудка абдоминальным доступом выполнены у 70(47,3%) больных. Левосторонний комбинированный доступ (косая лапаротомия и торакотомия в седьмом-восьмом межреберье слева) применен у 71 (48%) больного, правосторонний комбинированный доступ (срединная лапаротомия и торакотомия в пятом межреберье справа) – у 7(4,7%). Операции в стандартном (D1) объеме выполнены 35 (14,8%) больным, расширенные с лимфаденэктомией D2-D3 28(11,8%) больным. Комбинированные и расширенно-комбинированные операции выполне-

ны у 174 (73,4%) больных. Наиболее часто выполняли резекцию хвоста поджелудочной железы (или гемипанкреатэктомию) и спленэктомию.

Хирургическое лечение проведено 106 (44,7%) больным, комбинированное с различными видами химиотерапии и лучевой терапии – 131(55,3%) больному.

Послеоперационные осложнения развились у 94(39,7%) больных. Среди всей группы с послеоперационными осложнениями наблюдалось 14(14,9%) больных с чисто терапевтическими осложнениями, 74 (78,7%) больных, имевших только хирургические осложнения и у 6(6,4%) больных отмечалось сочетание хирургических и терапевтических осложнений. В структуре хирургических осложнений ведущее место заняли панкреатит – у 18 (22,8%) больных, плеврит – у 18 (22,8%), внутрибрюшные абсцессы – у 12 (15%), нагноение послеоперационной раны – у 10(12,7%), несостоятельность швов пищеводного анастомоза – у 9(11,4%), острая кишечная непроходимость – у 7 (8,9%, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки – у 2 (2,5%) больных. Несостоятельность толстокишечного анастомоза, желудочно-кишечное и внутрибрюшное кровотечение зафиксированы как единичные наблюдения. Статистически значимого различия в частоте послеоперационных осложнений после выполнения стандартных, комбинированных и расширенно-комбинированных операций не выявлено. Стремление к выполнению максимально полной циторедукции (R0-резекции) не приводит к достоверному увеличению частоты послеоперационных осложнений. Различия в частоте послеоперационных осложнений после условно-радикальных и паллиативных операций статистически недостоверны. Для ликвидации осложнений повторные операции выполнены 26 (11%) больным. Ведущими причинами для выполнения повторных вмешательств были острая кишечная непроходимость (7 больных), несостоятельность швов пищеводного анастомоза (7 больных), формирование внутрибрюшных абсцессов (6 больных), панкреонекроз (3 больных).

В послеоперационном периоде умер 21 человек. Общая послеоперационная летальность составила 8,9%. От терапевтических осложнений умерло 3 (1,3%) больных. Причинами летальных исходов были острый инфаркт миокарда, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии – по 1 наблюдению в каждой группе. Основными причинами летальных исходов явились хирургические осложнения – несостоятельность пищеводного анастомоза – 5 (2,2%) больных; деструктивный панкреатит, внутрибрюшные абсцессы, острая кишечная непроходимость – по 3 (1,3%) наблюдения в каждой группе; несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и внутрибрюшное кровотечение – по 2 (0,8%) наблюдения. После дистальной субтотальной резекции желудка летальность составила 5,6%, после гастрэктомии – 10,7%, после проксимальной субтотальной резекции желудка – 11,7%. Статистически значимого различия летальности после выполнения стандартных, комбинированных, расширенно-комбинированных, а также условно-радикальных и паллиативных операций не выявлено.

Послеоперационная летальность снизилась с 14,5 (1987-1991гг.) до 6,2%.

Медиана, 3- и 5-летняя выживаемость составили 11мес, 20,2% и 15,2% соответственно. 1,- 3,- и 5-летняя выживаемость и медиана в группе больных, которым проведено только хирургическое лечение, составили 60,7; 19,0; 8% и 8 мес соответственно, что достоверно хуже ($p < 0,05$) результатов комбинированного лечения. Проведение адъювантного лечения позволило добиться 1,- 3,- и 5 летней выживаемости соответственно у 70,1; 21,2 и 17,7% больных. Медиана выживаемости составила 19 мес.

При анализе отдаленных результатов в зависимости от радикальности выполненного оперативного вмешательства и наличия резидуальной опухоли 1,- 3,- и 5 –летняя выживаемость и медиана после R0-резекций составили 70,9, 28,2, 22,6% и 20 мес соответственно. Менее оптимистичные результаты получены при анализе групп после R1 и R2-резекций – медиана, и 1,- 3,- и 5-летняя выживаемость составили 9мес, 60; 6,6; 1,6% и 11мес, 61; 12,2; 3,8% соответственно. Причем группы паллиативных резекций, то есть R1- и R2-, между собой статистически не различаются ($p > 0,05$).

Проведенный анализ показал, что статистически значимыми факторами, определяющими улучшение выживаемости при местно-распространенном раке желудка T4N2M0, наряду с количеством метастатически измененных лимфатических узлов, является выполнение условно-радикального вмешательства без оставления резидуальной опухоли. Для достижения этой цели приходится прибегать к выполнению расширенно-комбинированных вмешательств. При соблюдении этих условий 5-летняя выживаемость достигает 32,5%, а результаты хирургического лечения можно рассматривать как вполне удовлетворительные.

Операции при наличии отдаленных лимфогенных метастазов рака желудка оправданы, поскольку при условии выполнения условно-радикального вмешательства позволяют добиться 5-летней выживаемости у 5,9% больных. Паллиативный характер операции и число метастатичес-

ки измененных лимфатических узлов более 15 являются независимыми факторами плохого прогноза. Применение лекарственного противоопухолевого лечения после выполнения оперативных вмешательств по поводу рака желудка с наличием отдаленных лимфогенных метастазов оправдано, поскольку при самостоятельном хирургическом лечении ни один больной не переживает 3- летний срок наблюдения, а использование хирургического метода как компонента комбинированного лечения позволяет добиться 5-летней выживаемости у 15,7% больных.

Лечебная стратегия при метастатическом поражении печени основывается на комплексном подходе. Тенденция к улучшению отдаленных результатов свидетельствует о целесообразности максимальной циторедукции с удалением метастатических очагов печени при солитарном поражении. Выполнение резекций печени при двустороннем поражении, даже при единичных метастазах, либо множественном малообоснованно, поскольку не улучшает отдаленные результаты лечения. Операции в таких случаях целесообразны лишь при осложненном опухолевом процессе, для купирования фатальных осложнений. Целесообразность выполнения расширенных лимфаденэктомий при метастазах рака желудка в печени должна определяться лишь возможностью выполнения условно-радикального вмешательства как этапа максимально полной циторедукции.

Наличие или отсутствие перитонеальной диссеминации – наиболее важный фактор при выборе лечебной тактики. Только ограниченный характер диссеминации (P1) возможность выполнения полной циторедукции (R0 резекции) определяют онкологическую целесообразность выполнения резекции при диссеминированном раке желудка. Выявление разрозненной P2 или множественной P3 диссеминации паллиативный характер выполненных операций не продлевает продолжительность жизни больных. В данной ситуации целесообразность выполнения оперативных вмешательств должна определяться наличием или отсутствием осложнений опухолевого процесса.

Таким образом, стратегия лечения больных раком желудка IV стадии должна основываться на дифференцированном подходе к выбору лечебной тактики в зависимости от распространенности опухолевого процесса, комплексной оценке совокупности прогностических факторов. Показания к хирургическому лечению необходимо выбирать с учетом данных комплексного предоперационного обследования больных. Всем больным местно-распространенным раком желудка оправдана попытка выполнения хирургического лечения с максимально полным удалением

опухолевого массива. В случае выявления отдаленных лимфогенных метастазов, диссеминированного рака желудка и метастатического поражения печени необходимость выполнения оперативного вмешательства должна определяться в первую очередь возможностью радикального удаления метастатических очагов. При выполнении таких вмешательств, с учетом проведения послеоперационного специфического лечения, возможно значительное улучшение отдаленных результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Вашакмадзе Л.А., Пикин О.В.* Место паллиативных операций в лечении распространённого рака желудка: современное состояние проблемы (обзор литературы)// Российский онкологический журнал. – 2000. - №5. – С. 47 – 51

2. *Ложкин М.В.* Возможности хирургического лечения больных раком желудка IV стадии. Дисс. канд. мед. наук. – М, 2007, С.144.

3. *Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В.* Злокачественные новообразования в России в 2006г (заболеваемость и смертность). М.-2008.-248с.

4. *Cho S., Lee H., Kim Y. et al.* // 4-th int. Gastr. Congr. – N.Y., 2001. – Abstr. № 289. – P.309.

5. *Lawrence W., Herman R., Menck I., et al.* The national cancer data base report for gastric cancer// Cancer. – 1995. – Vol. 75. – №7. – P. 1734 – 1744.

6. *Lee JH., Noh SH., Lah KH., Choi SH, Min JS.* The prognosis of stage IY gastric carcinoma after curative resection//Hepatogastroenterology. – 2001. – Vol.48. - №42. – P. 1802 – 1805.

7. *Sasako M., Aiko T.* // Gastr. Cancer. – 1999. – Vol. 2. – P. 83-85.

К сведению!

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий» по требованию медицинского учреждения может предоставить ксерокопию Разрешения на применение с описанием технологии при наличии необходимой технической оснащенности учреждения и при условии обучения на рабочем месте специалистов соответствующего профиля и квалификации.

Медицинская технология

Хирургическое лечение больных раком желудка IV стадии

Научный редактор А.В. Блисеева
Л.Р. № 020529 24.04.92 г.
Сдано в набор 26.10.09 г. Подписано в печать 20.11.09 г.
Формат бумаги 60x84/16. Гарнитура PetersburgC. Печать офсетная.
Усл.печ.л. 0.9. П. л. 1.0. Тираж 300 экз. Заказ № 81.
Цена договорная

ФГУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Росмедтехнологий»
125284, Москва, 2-й Боткинский проезд, 3
Отпечатано в РИИС ФИАН, Москва, Ленинский просп., 53, тел. (499) 783 3640