

# РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

УДК 616.33—006—089

Поступила 10.09.2010 г.



**А.Р. Алиев**, к.м.н., старший научный сотрудник отделения абдоминальной онкологии;  
**Р.С. Зейналов**, к.м.н., младший научный сотрудник отделения абдоминальной онкологии;  
**И.Ш. Агаларов**, клинический ординатор отделения абдоминальной онкологии

Национальный центр онкологии, Баку, Азербайджанская Республика

В исследование включены 56 больных проксимальным раком желудка, подвергнувшихся радикальному хирургическому лечению. Установлено, что проведение расширенных операций у данной категории больных сопровождается повышением частоты послеоперационных осложнений (35,71%). Послеоперационная летальность составила 8,93%. Однако показатели годового и трехлетнего безрецидивного периодов, а также общей трехлетней выживаемости (соответственно 89,28; 46,43 и 53,57%) свидетельствуют о целесообразности применения агрессивной хирургической тактики при проксимальном раке желудка.

**Ключевые слова:** проксимальный рак желудка, гастрэктомия, лимфодиссекция.

## English

## The results of surgical treatment of proximal gastric cancer

**A.R. Aliev**, MD, Senior Research Worker of the Abdominal Oncology Department;  
**R.S. Zeinalov**, MD, Junior Research Worker of the Abdominal Oncology Department;  
**I.Sh. Agalarov**, Postgraduate of the Abdominal Oncology Department

National Oncology Center, Baku, Azerbaijan Republic

56 patients with proximal gastric cancer who underwent radical surgery have been included into the investigation. Extended operations in this group of patients are found to be accompanied by the postoperative complication rate increase (35.71%). A postoperative lethality is 8.93%. However, one- and three-year disease-free periods rate as well as three-year overall survival rate (89.28; 46.43 and 53.57%, respectively) give evidence of the expediency of aggressive surgical treatment in proximal gastric cancer.

**Key words:** proximal gastric cancer, gastrectomy, lymphodissection.

В последние годы отмечается стойкая тенденция к увеличению удельного веса проксимального рака желудка и пищеводно-желудочного перехода [1—3]. Исследования убедительно показывают данную передислокацию рака желудка, причем мужчины по отношению к женщинам заболевают в соотношении 5:1 [9—11].

Рак указанной локализации характеризуется высоким ростом, довольно высоким индексом лимфогенного метастазирования и низкой степенью дифференциации [6, 7]. Наиболее часто при проксимальном раке желудка регистрируется диффузная (эндемическая) форма (согласно гистологической классификации по Р. Lauren, 1965), при которой опухоль морфологически менее дифференцирована [8].

Раннее наступление явлений дисфагии, связанной с нарушением механической проходимости пищевых

масс, с последующим нарастанием алиментарного истощения организма, соответствующий объем хирургического вмешательства в связи с анатомо-физиологическими особенностями данной зоны увеличивают риск возникновения различного рода осложнений в послеоперационном периоде. Показатели опербельности (40—72%) и резектабельности (38—69%) при проксимальном раке желудка значительно уступают таковым при прочих локализациях процесса, а послеоперационная летальность составляет 15—23% [9—11].

Все эти факторы ухудшают прогноз у данной категории больных и отрицательно сказываются на отдаленных результатах лечения.

**Цель исследования** — изучение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака проксимальных отделов желудка в зависимости от объема и вида оперативного вмешательства.

Для контактов: Зейналов Рашад Салех оглы, тел. моб. +99450-615-26-87, +99455-680-06-90; e-mail: 2000rashad@rambler.ru.

**Материалы и методы.** В исследование включены 56 больных проксимальным раком желудка, находившихся на стационарном лечении в абдоминальном отделении Национального центра онкологии Минздрава Азербайджанской Республики, из них 39 мужчин и 17 женщин. Возраст пациентов — 36—75 лет.

Всем больным выполнены оперативные вмешательства в радикальном объеме. Лимфодиссекция на уровне D<sub>2</sub> выполнена 33 больным, на уровне D<sub>3</sub> — 23. Показаниями для расширения объема диссекции служили результаты дооперационного обследования и интраоперационной ревизии, в частности — сочетание таких факторов, как низкая степень дифференциации, максимальный размер первичной опухоли свыше 7 см, метастатическое поражение второго уровня лимфооттока. Во всех случаях наряду с абдоминальной проводилась диссекция нижнегрудных параэзофагеальных и диафрагмальных групп лимфоузлов. В связи с очень высокой частотой поражения 10-й и 11-й групп лимфоузлов при проксимальном раке желудка удаление селезенки являлось составной частью объема радикальной операции.

В абсолютном большинстве случаев (n=41) операции выполнялись чресбрюшинным доступом, дополненным сагиттальной диафрагмотомией по А.Г. Савиных, с резекцией нижнегрудного отдела пищевода. У остальных 15 больных вмешательства проводились посредством комбинированного торакоабдоминального доступа в шестом или седьмом межреберье слева по Osawa—Garlock в зависимости от конституционального типа больного и сопровождались резекцией среднего и нижнего грудного сегментов пищевода. Выбор хирургического доступа зависел от проксимальной границы поражения пищевода опухолевым процессом, что устанавливалось в результате рентгенологического и контрастного эндоскопического исследований. В 18 случаях операция носила комбинированный характер и включала дополнительную резекцию от 1 до 3 смежных органов, причем спленэктомия и резекция пищевода не входили в их число. 49 больным выполнены гастрэктомии, 7 — проксимальные резекции желудка. На реконструктивном этапе методом выбора было наложение арефлюксного анастомоза по М.И. Давыдову. Следует отметить, что в 6 случаях после гастрэктомии ввиду высокого уровня резекции пищевода и короткой брыжейки тонкой кишки на реконструктивном этапе выполнена колопластика.

**Результаты и обсуждение.** Распределение больных в зависимости от морфологической структуры опухоли показало значительное преобладание случаев с низ-

кими степенями дифференциации рака (76,8%). Так, в 22 случаях (39,3%) установлена низкодифференцированная аденокарцинома, в 13 (23,2%) — недифференцируемый рак, в 8 (14,3%) — перстневидно-клеточный рак. Среди остальных пациентов у 11 (19,6%) выявлена аденокарцинома высокой или средней дифференциации, у 2 (3,6%) — плоскоклеточный рак.

Распределение больных по стадиям в зависимости от результатов постоперационного морфологического исследования представлено в таблице.

Наблюдаемые в послеоперационном периоде осложнения носили как хирургический, так и общесоматический характер и были отмечены у 20 больных (35,71%). Следует указать, что у ряда больных встречалось сочетание нескольких осложнений одновременно.

Наиболее часто констатировали длительную (свыше 5 сут) лимфорею более 500 мл — у 9 (16,07%), экссудативный плеврит — у 7 (12,5%) и внутрибрюшные абсцессы — у 6 больных (10,71%). Необходимо отметить, что у всех больных с наличием внутрибрюшных абсцессов была выполнена дистальная резекция поджелудочной железы; двум пациентам выполнены релапаротомия, дренирование гнойных полостей.

У 3 пациентов (5,36%) в раннем послеоперационном периоде наблюдалось внутрибрюшное кровотечение. Двум из них выполнена релапаротомия, установлено диффузное капиллярное кровотечение с раневой поверхности, проведен тщательный гемостаз, у третьего больного кровотечение остановлено посредством консервативной терапии.

В двух случаях (3,57%) отмечена спаечная болезнь. Оба пациента подверглись повторным вмешательствам — разъединение межкишечных спаек через соответственно 1,5 и 2 мес после первой операции.

Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Послеоперационная летальность в нашем исследовании составила 8,93% (5 больных). У двух пациентов развилась несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза, у одного — тромбоз мезентериальных сосудов. В первом случае обоим пациентам проведены релапаротомия, наложение еюностомы, санация и дренирование брюшной полости, а во втором — релапаротомия с резекцией некротически измененных петель тонкой кишки. Несмотря на это, больные скончались вследствие нарастающей интоксикации и истощения. В четвертом случае у пациента на третьи сутки после операции установлен тромбоз церебральных сосудов. У пятого больного после проксимальной резекции желудка также на третьи сутки развилась двусторонняя крупозная пневмония. Проведение консервативной терапии не дало результата.

Все больные находились под динамическим наблюдением. Контрольные исследования проводились в первый год после операции раз в три месяца, в последующие годы — дважды в год. На стадиях послеоперационного обследования применялись клинико-лабораторные (общий и биохимический анализ крови, определение уровней онкомаркеров) и инструменталь-

**Распределение больных по стадиям по результатам морфологического исследования удаленного препарата**

Показатели	N <sub>0</sub>	N <sub>1</sub>	N <sub>2</sub>	N <sub>3</sub>	Итого
T <sub>2</sub>	7	4	3	0	14
T <sub>3</sub>	6	9	8	3	26
T <sub>4</sub>	5	5	4	2	16
Всего	18	18	15	5	56

ные (рентгенологический, эндоскопический, КТ, УЗИ, МРТ) методы.

Анализ полученных результатов показал, что годовой безрецидивный период отмечен у 89,28% (50 больных), а трехлетний — у 46,43% (26 больных). Общая трехлетняя выживаемость составила 53,57% (30 больных).

**Заключение.** Результаты радикального хирургического лечения 56 больных проксимальным раком желудка показали, что проведение расширенных операций по поводу проксимального рака желудка сопровождается повышением частоты послеоперационных осложнений, приводящих, как правило, к увеличению сроков пребывания больных в стационаре. Послеоперационная летальность составила 8,93%. При этом полученные показатели годового и трехлетнего безрецидивного периодов, а также общей трехлетней выживаемости свидетельствуют о целесообразности агрессивной хирургической тактики при проксимальном раке желудка.

### Литература

1. Engel L.S., Vaughan Th.L., Gammon MD et al. Occupation and risk of esophageal and gastric cardia adenocarcinoma. *American Journal of Industrial Medicine* 2002; 42: 11—22.
2. Lochhead P., El Omar E.M. Gastric cancer. *Brit Med Bull* 2008; 85: 87—100.
3. Jemal A., Siegel R., Ward E. et al. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2006; 56(2): 106—130.
4. Goto H., Ohmiya N., Kamiya K. et al. Did gastric cancer vary over 30 years in Japan? *Gastroenterology* 2001; 120 (Suppl 1): 255.
5. Kurita A., Nozaki I., Kubo Y. et al. Strategy of the treatment of the carcinoma of the gastric cardia. In: *The proceedings of the 6th International gastric cancer congress, Tokyo, Japan; 2005, p. 147.*
6. Имянитов Е.Н. Эпидемиология и биология рака желудка. *Практическая онкология* 2009; 10(1): 1—7.
7. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Стилиди И.С. и др. Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза. *Вестник Российского онкологического научного центра имени Н.Н. Блохина РАМН* 2003; 1: 82—89.
8. Lauren P. The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma: an attempt at a histo-clinical classification. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1965; 64(1): 31—49.
9. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза. *Русский медицинский журнал* 2008; 13: 914—920.
10. Азимов Р.Х., Кубышкин В.А. Рак кардии. Выбор хирургической тактики. *Хирургия* 2004; 8: 66—71.
11. Гафтон Г.И., Волков О.Н. Послеоперационные осложнения у больных раком верхней трети желудка. *Биомедицинский журнал* 2003; 4: 291.