

УДК 616.33-006.6-089.197.6

## ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

*С.М. Доолотбеков, М.С. Айтиалиев, Н.В. Зеленко, В.Р. Решетин*

Национальный центр онкологии Республики Кыргызстан (720064 г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92)

*Ключевые слова: проксимальный рак желудка, инвазия, комбинированная операция.*

На материале 201 наблюдения местнораспространенного рака проксимального отдела желудка истинное опухолевое прорастание установлено только в 49 случаях, из них в 7 зарегистрировано органное метастазирование опухоли. Только в 1/3 случаев распространенность онкологического процесса в клинике была расценена адекватно и хирургические вмешательства, выполненные в объеме комбинированных резекций, были целесообразными. У 22 больных (17,9%) комбинированные операции были расценены как абсолютно необоснованные, так как у этих пациентов имелось прорастание опухоли лишь мышечного слоя стенки желудка. Наиболее часто по поводу подозрения на врастание или истинное вовлечение в опухолевый процесс соседних органов резецировались или удалялись селезенка, поджелудочная железа, печень, несколько реже – диафрагма и брыжейка обочной кишки. Важное практическое значение имели гистологическое строение и степень дифференцировки опухоли, что определяло вероятность ее инвазии в соседние анатомические структуры.

Быстрый рост рака проксимального отдела желудка не только по длиннику органа, но и вглубь его стенки в сочетании с высокой частотой лимфогенного метастазирования приводит к тому, что не менее одной трети пациентов поступают на лечение с опухолью, прорастающей в соседние органы или интимно связанной с ними вследствие сопутствующего воспалительного процесса. В результате этого частота комбинированных операций при проксимальном раке желудка довольно высока и колеблется от 30 до 50% [2, 5, 7, 9].

Клинически дифференцировать врастание рака от спаяния стенки желудка с окружающими органами вследствие перигастрита – сложная задача, при гистологическом исследовании краев резецированного препарата истинное врастание опухоли выявляется только у 30–40% оперированных. Соответственно более чем у половины больных резекция соседних органов проводится необоснованно, а высокая хирургическая агрессивность является одной из причин, существенно ухудшающих непосредственные результаты вмешательства. На результаты лечения существенно влияет и то, какой орган удаляют вместе с желудком. Необоснованные резекции здесь приводят к дисфункции органов, ухудшают прогноз и качество жизни больных в послеоперационном периоде [3, 4]. В то же время необоснованный отказ от комбинированной операции при раке желудка может быть ошибочным из-за большой частоты обнаружения опухолевых клеток при резекции в зоне инвазии опухоли в соседний орган. Именно недостаточную радикальность

признают основной причиной неудовлетворительных отдаленных результатов первичного хирургического вмешательства при раке желудка [1]. Соответственно актуальными являются дальнейшее изучение причин, влияющих на частоту оставления опухолевых клеток в зоне резекции, и разработка методов объективной оценки топографии опухолевого поля во время операции. Решение этих проблем позволит осуществлять рациональное планирование тактики хирургического вмешательства и в конечном итоге приведет к улучшению отдаленных результатов лечения [6, 8, 11].

Не менее важным биологическим критерием, отражающим особенности течения рака проксимального отдела желудка, является его гистологическое строение. По мнению ряда авторов, от гистологической структуры и степени дифференцировки первичной опухоли зависят темпы ее роста, степень инвазивности и склонность к метастазированию [10, 12].

Несмотря на то, что работами многих хирургов и патологоанатомов была доказана невозможность достоверной интраоперационной оценки факта врастания первичной опухоли в соседние органы при выполнении комбинированных резекций, этот вопрос остается актуальным и продолжает обсуждаться в медицинской литературе и по сей день.

Цель настоящего исследования: установление факторов, влияющих на частоту распространения первичной опухоли проксимального отдела желудка на соседние анатомические структуры.

**Материал и методы.** В клиниках абдоминальной и торакальной онкологии НЦО с 2000 по 2010 г. были выполнены 128 комбинированных вмешательств по поводу рака проксимального отдела желудка (средний возраст больных – 56,4 г.). Проведены 113 гастрэктомий и 15 комбинированных проксимальных субтотальных резекций желудка. Преобладание удельного веса гастрэктомий было связано с преимущественным распространением опухоли проксимального отдела желудка на его тело и соседние органы, а также сдержанным отношением хирургов к комбинированным проксимальным резекциям ввиду их сомнительной радикальности при такой распространенности онкологического процесса. Один орган был резецирован или удален у 69, два органа – у 46, три и более органа – у 13 больных (на 128 комбинированных вмешательств пришлось удаление или резекция 201 органа).

По данным гистологического исследования операционного материала рак желудка с прорастанием

мышечного слоя (pT<sub>2</sub>) установлен у 22 пациентов (17,9%), у 64 больных (50%) опухоль прорастала серозный слой желудка (pT<sub>3</sub>). Прорастание опухолью соседних органов и структур (pT<sub>4</sub>) обнаружено у 42 человек (32,8%), среди них органное метастазирование рака зарегистрировано в 7 наблюдениях. В результате патоморфологического исследования были диагностированы аденокарциномы различной степени дифференцировки (78,2%) и другие формы рака (21,8%). Среди последних опухоль, имевшая строение carcinoma simplex, выявлена в 9 и недифференцированный рак – в 10 случаях.

**Результаты исследования.** На 201 удаленный или резецированный вместе с желудком орган истинное опухолевое прорастание установлено только в 49 случаях, из них в 7 зарегистрировано органное метастазирование рака. Наиболее часто по поводу подозрения на врастание или истинное вовлечение в опухолевый процесс соседних органов резецировались или удалялись селезенка, поджелудочная железа, печень, несколько реже – диафрагма и брыжейка оболочной кишки (мезоколон). Оперативные вмешательства, сопровождавшиеся удалением яичника и желчного пузыря, расценены нами как симультантные. Патоморфологическое исследование показало высокую частоту истинного врастания опухоли в печень (при резекции ее левой доли), поджелудочную железу, диафрагму, мезоколон и селезенку. Врастание опухоли в тонкий кишечник обнаружено только у 1 больного (табл. 1). По данным интраоперационной ревизии, ни в одном случае не подтверждено врастание опухоли в перикард, стенку аорты и легкие.

При патоморфологическом исследовании операционного материала в половине случаев зарегистрировано прорастание опухолью серозного слоя желудка (pT<sub>3</sub>), а данные интраоперационной ревизии в большинстве случаев не позволили хирургу дифференцировать истинное опухолевое прорастание от паратуморозного воспаления со спаянием с окружающими органами, либо часть резекций или экстирпаций соседних с желудком органов были выполнены «по необходимости»

Таблица 1

Частота инвазии рака проксимального отдела желудка в соседние анатомические структуры по данным гистологического исследования

Резецированный или удаленный орган	Кол-во операций		Частота инвазии	
	абс.	%	абс.	%, M±m
Селезенка	93	46,2	6	6,4±2,5
Поджелудочная железа	54	26,8	19	35,1±6,5
Диафрагма	13	6,4	5	38,4±14,0
Печень	24	12,0	14	58,3±10,2
Мезоколон	9	4,4	3	33,3±16,6
Кишечник	2	0,9	1	50,0±50,0
Желчный пузырь	2	0,9	0	0
Яичник	2	0,9	1	50,0±50,0
Надпочечник	2	0,9	0	0
<i>Всего:</i>	201	100,0	49	24,3±3,0

из-за наличия явно метастатических узлов в соответствующих анатомических регионах. Только в 1/3 случаев местная распространенность опухолевого процесса была расценена хирургом адекватно (pT<sub>4</sub>) и хирургические вмешательства, выполненные в объеме комбинированных резекций, были целесообразными. У 22 больных (17,9%) комбинированные операции были расценены как абсолютно необоснованные, так как у этих пациентов имелось прорастание опухолью лишь мышечного слоя стенки желудка – pT<sub>2</sub> (табл. 2).

**Обсуждение полученных данных.** Резюмируя вышеизложенное, отметим, что наиболее важной и ответственной задачей для хирурга является установление возможности радикального хирургического вмешательства. Не менее важной задачей является выбор оптимального объема операции в соответствии с распространенностью опухолевого процесса. Дедуктивная оценка местной распространенности опухолевого процесса и практический опыт хирурга в совокупности позволяют во многом избежать необоснованных резекций соседних органов, а при

Таблица 2

Гистологическое строение, степень и частота инвазии опухолей у больных, перенесших комбинированные резекции по поводу рака проксимального отдела желудка

Гистологическое строение опухоли	Кол-во наблюдений		Уровень инвазии					
			pT <sub>2</sub>		pT <sub>3</sub>		pT <sub>4</sub>	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%, M±m
Аденокарцинома G <sub>1</sub>	1	0,8	–	–	1	100,0	–	–
Аденокарцинома G <sub>2</sub>	20	15,6	6	30,0	10	50,0	4	20,0±9,1
Аденокарцинома G <sub>3</sub>	75	58,5	12	16,0	37	49,3	26	34,6±5,5
Аденокарцинома G <sub>3</sub> -G <sub>4</sub>	4	3,2	2	50,0	–	–	2	50,0±28,8
Недифференцированный рак G <sub>4</sub>	10	7,9	–	–	4	40,0	6	60,0±16,3
Перстневидно-клеточный рак	7	5,4	1	14,2	4	57,1	2	28,5±18,4
Слизистый рак	9	7,0	1	11,1	7	77,7	1	11,1±11,1
Плоскоклеточный рак	1	0,8	–	–	1	100,0	–	–
Железисто-плоскоклеточный рак	1	0,8	–	–	–	–	1	100,0
<i>Всего:</i>	128	100,0	22	17,9	64	50,0	42	32,8±4,1

запущенных формах рака – бесперспективных оперативных вмешательств.

Истинное врастание в наиболее часто удаляемые или резецируемые органы при комбинированных операциях регистрировалось в каждом четвертом случае, а при резекции печени, поджелудочной железы и диафрагмы его частота была еще выше, что свидетельствует о достаточной информативности интраоперационной ревизии для принятия решения о необходимости выполнения комбинированной операции. Для корректного заключения об истинном врастании рака проксимального отдела желудка в резецированные органы последние должны быть тщательно маркированы хирургом.

К сожалению, приходится констатировать, что до сих пор не выработаны критерии определения границ инвазии опухолевого процесса, как в самом органе, так и за его пределами, в случаях прорастания или спаяния опухоли желудка с соседними анатомическими структурами. Между тем именно решение этого важнейшего вопроса в гастроонкологии гарантирует радикальность операции и вероятность благоприятного прогноза.

В связи с этим при выполнении комбинированных хирургических вмешательств по поводу рака желудка важное практическое значение имеет знание гистологического строения и степени дифференцировки первичной опухоли, что определяет вероятность ее инвазии в соседние анатомические структуры. На нашем материале наиболее часто в соседние с желудком органы прорастали низкодифференцированные и недифференцированные аденокарциномы, а также перстневидно-клеточные раки (табл. 2). Следовательно, инвазивная способность у этих видов карцином является потенциально высокой в сравнении с другими видами рака желудка. Не вызывает сомнения и то, что диффузно-инфильтративные раки желудка значительно чаще прорастают в соседние анатомические структуры, чем экзофитные и смешанные формы опухолей.

Таким образом, нами установлено, что гистологическая структура, степень дифференцировки и форма роста опухоли являются важными критериями при выборе тактики хирургического вмешательства, в частности для решения вопроса выполнять комбинированную резекцию или ограничиться удалением только пораженного органа в случаях, когда имеется спаечный процесс между желудком и его соседними органами.

#### Выводы

1. Истинное прорастание рака проксимального отдела желудка в соседние органы встречается в 1/3 наблюдений, т.е. более чем в 2/3 случаев интраоперационно не представляется возможным дифференцировать истинное опухолевое прорастание от паратуморального воспаления со спаянием стенки желудка с окружающими органами.

2. При комбинированных операциях по поводу рака проксимального отдела желудка по подозрению

на врастание или истинного вовлечения в опухолевый процесс наиболее часто резецируются или удаляются селезенка, поджелудочная железа и печень, несколько реже – диафрагма и мезоколон.

3. Патоморфологическое исследование удаленных препаратов показало высокую частоту истинного врастания опухоли в печень (при резекции левой доли), поджелудочную железу, диафрагму, мезоколон и ворота селезенки.

#### Литература

1. Давыдов М.И., Лагошный А.Т., Стилиди И.С., Тер-Ованесов М.Д. Пути улучшения результатов хирургического лечения рака проксимального отдела желудка // *Рос. онкологический журнал*. 1996. № 1. С. 17–19.
2. Жарков В.В., Михайлов И.В. Комбинированные операции с резекцией поджелудочной железы при раке желудка // *Торакальная онкология: мат. Второй ежегодн. науч.-практ. конф. Краснодар, 2004*. С. 42–43.
3. Лалетин В.Г. О резекции поджелудочной железы как элементе комбинированной операции при раке желудка // *Акт. пробл. современной онкологии. Томск, 1988*. С. 87–90.
4. Магдиев Т.Ш., Северенко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // *Хирургия*. 1999. № 6. С. 54–56.
5. Мазурин В.С. Хирургическое и комбинированное лечение кардиоэзофагеального рака: дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993. 245 с.
6. Симонов Н.Н., Чарторижский В.Д. О целесообразности спленэктомии по принципиальным показаниям при операциях по поводу рака желудка // *Вопросы онкологии*. 1997. Т. 43, № 2. С. 213–215.
7. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. Киев: Книга Плюс, 2000. 228 с.
8. Cuschieri A. Gastrectomy for gastric cancer: Definitions objectives. // *Br. J. Surg*. 1986. Vol. 73, No. 7. P. 513–514.
9. Kocherling F., Rech T., Gall F.P., Nishi M. / Extended gastrectomy: Who benefits? // *World J. Surg*. 1995. Vol. 19, No. 4. P. 541–545.
10. Okusa T., Nakane Y., Boku T. et al. Quantitative analysis of nodal involvement with respect to survival rate curative gastrectomy for carcinoma // *Surg. Gynecol. Obstet*. 1990. Vol. 170, No. 6. P. 488–494.
11. Shchepotin I.B., Chorny V.A., Hanfelt J., et al. Palliative superselective intra-arterial chemotherapy for advanced nonresectable gastric cancer // *J. Gastrointest. Surg*. 1999. Vol. 3. P. 426–431.
12. Tahara E. Molecular biology of gastric cancer // *World J. Surgery*. 1995. Vol. 19. P. 484–490.

Поступила в редакцию 31.03.2011.

#### TACTIC ASPECTS OF SURGICAL INTERVENTIONS IN CASE OF LOCALLY ADVANCED CANCER OF PROXIMAL STOMACH

S.M. Doolotbekov, M.S. Aytaliev, N.V. Zelenko, V.R. Reshetin  
National Oncological Centre of the Kyrgyz Republic (92 Akhunbaeva St. Bishkek 720064 Kyrgyz Republic)

**Summary** – The results of 201 follow-ups of locally advanced cancer of proximal stomach allowed identifying dissemination of true tumours in 49 cases, 7 of which were organ-related ones. In 1/3 of cases the dissemination of oncological process in clinic was estimated adequately, and the surgical interventions performed as combined resections, were expedient. The combined operations performed on 22 patients (17.9%) were estimated as absolutely unfounded because those patients had had tumour dissemination of the muscular layer of the stomach wall, only. The spleen, pancreas, liver and a bit rare diaphragm and mesocolon were most often operated for because of suspicions about ingrowth or true involvement of neighbouring organs in the tumour process. The histological structure and extent of tumour differentiation were of practical importance to determine probability of its invading into the neighbouring anatomical structures.

**Key words:** proximal stomach cancer, invasion, combined operation.

*Pacific Medical Journal*, 2011, No. 3. p. 27–29.