ACADEMIC RESEARCH IN EDUCATIONAL SCIENCES VOLUME 2 | ISSUE 7 | 2021
ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

РОЛЬ И МЕСТО ПАЛЛИАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.А. Кулиев, М.Д. Джураев, А.Х. Меликулов, Б.С.Эсанкулова
Самаркандский Государственный медицинский институт

АННОТАЦИЯ

В исследовании, поражение поджелудочной железы наблюдалось в 91,2 % случаев при раке желудка Т4. Причем с одинаковой частотой (34,5 %) врастание в поджелудочную железу сочеталось с поражением поперечной ободочной кишки и крупных сосудов. Прогностические факторы, определяющие выживаемость пациентов с раком желудка Т4, остаются неясными. Данные о непосредственных результатах комбинированных операций, выполняемых при местно-распространенном раке желудка, в литературе значительно разнятся. Частота послеоперационных осложнений колеблется от 5 до 59,4 %, послеоперационная летальность – от 3,3 до 24,2 %. Оптимальная хирургическая тактика лечения больных местно-распространенным раком желудка не определена. Разноречивыми остаются не только показания к комбинированным резекциям, паллиативным вмешательствам, но и непосредственные и отдаленные результаты лечения, что определяет актуальность продолжения исследований.

Ключевые слова: рак желудка; местно-распространенный; комбинированные операции; паллиативные гастрэктомии.

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на снижение в последние годы уровня заболеваемости раком желудка, сохраняются на высоком уровне показатели запущенности данного заболевания. В настоящее время у 60–90 % вновь выявленных больных регистрируются III и IV стадии рака желудка, причем удельный вес IV стадии не имеет тенденции к снижению и составляет 50– 60 %. В этой связи особую актуальность приобретает проблема хирургического лечения местно-распространенного рака желудка, частота которого среди всех вновь выявленных больных данной нозологической формой колеблется, по данным разных авторов, от 20 до 60 %. [27, 34].

ЛИТЕРАТУРНЫЙ АНАЛИЗ И МЕТОДОЛОГИЯ

Одни авторы [64] указывают частоту местно-распространенного рака желудка среди всех вновь выявленных больных этой патологией в 20 %, а по мнению других [8], в Европе она составляет 50– 60 %.

В настоящее время потенциально радикальным методом лечения рака желудка признается только хирургическая операция, поскольку эта опухоль обладает

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

выраженной химио- и радиорезистентностью. Если при локализованных стадиях заболевания абсолютное большинство авторов склоняется к хирургическому лечению в различных вариантах, то при распространенных формах (к которым относят местно-распространенный и метастатический рак желудка) вопрос остается открытым.

При определении понятия “местно-распространенный рак желудка” могут рассматриваться два варианта. С учетом принятых в англоязычной литературе терминов: “early gastric cancer – ранний рак” и “advanced gastric cancer – распространенный рак” первый вариант предполагает, что местно-распространенный рак – это опухоль с большей распространенностью, чем ранний рак. При втором варианте – это рак, распространившийся за пределы желудка за счет первичной опухоли или регионарных метастазов. По системе TNM к первому варианту относятся T2-4N0-3M0 стадии, ко второму – стадии T3-4N0M0, T1-3N1-3M0. Поскольку при втором варианте понятие местно-распространенный рак может включать случаи раннего рака с распространенностью T1N1-2M0, мы придерживаемся первого варианта, чтобы избежать терминологической путаницы [27].

Ряд исследователей считает, что местнораспространенный рак – это «опухоль с большей распространённостью, чем ранний рак». При этом под ранним раком авторы понимают случаи с распространенностью T1N0-2M0, к местнораспространенному же относят T2-4bN0-3M0 стадии.

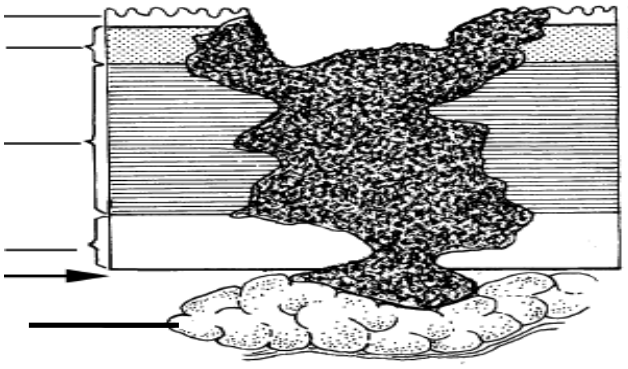


Рис. 1. Врастание опухоли желудка в соседние структуры (T4) (TNM, 2011 г.)

Помимо указанных выше вариантов, большое количество авторов [38] понимают под термином «местно-распространенный рак» поражение опухолью всех слоев стенки желудка с гистологически верифицированным врастанием в соседние структуры (символ pT4b) при отсутствии отдаленных метастазов (рисунок 1). [29]

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

Вовлечение лимфатических коллекторов третьего этапа (N3), на основании японской классификации и с учетом исследований по результатам выживаемости, рассматривается как отдаленное метастазирование (M1 Lym). По мнению разных авторов [46, 50], истинное врастание опухоли в резецированные органы подтверждается гистологически у 39–80 % больных. Выживаемость больных с гистологически подтвержденным прорастанием опухоли хуже, чем при спаянии с окружающими тканями [46, 51].

Рядом исследователей [38] высказано мнение о том, что поражение опухолью желудка различных органов по-разному влияет на непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения. При этом данные о частоте распространения опухоли на окружающие органы довольно сильно разнятся.

Н.Н. Симоновым и соавт. (1997) приводится следующая частота опухолевой инвазии в соседние органы при местно-распространенном процессе: в поджелудочную железу – 49,5%, пищевод – 22,9%, ободочную кишку – 13,5%, стенки двенадцатиперстной кишки – 12,6%, печень – 11,3%, при этом распространение опухоли на два и более органа одновременно отмечено в 16,2% случаев. Следует, однако, заметить, что, согласно последним 6 ому и 7 ому изданиям классификации UICC, внутристеночное распространение опухоли желудка на пищевод или двенадцатиперстную кишку не относится к местно-распространенному процессу и классифицируется по наибольшей глубине инвазии при всех локализациях, включая желудок (рис 2).

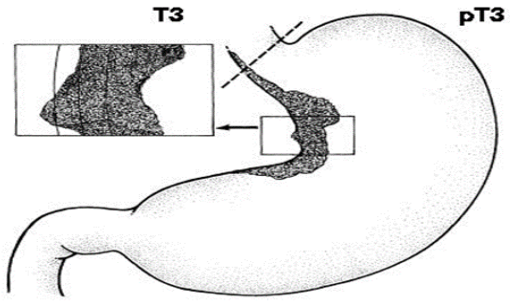


Рис. 2. Распространение опухоли желудка на пищевод, не относящееся, согласно классификации UICC 2009 года, к местнораспространенному процессу

В исследовании, выполненном в Санкт Петербургской медицинской академии последипломного образования, поражение поджелудочной железы наблюдалось в 91,2 % случаев при раке желудка T4. Причем с одинаковой частотой (34,5 %) врастание в поджелудочную железу сочеталось с поражением поперечной ободочной кишки и крупных сосудов. Таким образом, в настоящее время в литературе не сложилось единого представления об особенностях опухолевого роста при местно-

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

распространенном раке желудка, а именно: о частоте инвазии в другие органы и ткани, а также преобладающих макроскопических и гистологических вариантах опухоли. [22].

Один из основных путей снижения частоты нерезектабельности местно-распространенного рака желудка – увеличение объема операции за счет моноблочной резекции смежных с желудком органов, вовлеченных в опухолевый процесс, т. е. выполнение комбинированных вмешательств [1]. Комбинированная операция в случае местно-распространенного процесса позволяет надеяться на выполнение радикального вмешательства. К тому же вопрос об истинной опухолевой инвазии или перифокальном воспалительном процессе может быть окончательно решен только морфологическим исследованием удаленного в ходе комбинированного вмешательства препарата. В последние два десятилетия возросшая хирургическая активность ставит целью оперативного вмешательства уже не ликвидацию осложнений опухолевого процесса, а максимально полное удаление опухоли в ходе расширенных и комбинированных операций. Отношение к комбинированным операциям изменилось, показания к ним расширены, вплоть до мультивисцеральных резекций. По данным одного из авторов [16], широкое применение комбинированных вмешательств (до 63,2 % от всех операций) при раке желудка в 4 раза уменьшило частоту местных рецидивов (с 18,2 до 4,7 %). Современная агрессивная хирургическая тактика предполагает расширение объема комбинированных вмешательств до максимально возможного. По мнению большинства авторов [11, 16, 27, 50], прогноз в отношении местно-распространенного рака желудка остается весьма пессимистичным, а результаты хирургического лечения нельзя назвать удовлетворительными. Имеет место довольно частый (37– 61 %) отказ от оперативного лечения, обусловленный распространенностью опухолевого процесса, хотя в некоторых исследованиях резектабельность при врастании рака желудка в соседние органы достигает 72–74 %. Даже после потенциально радикальных операций большинство больных местно-распространенным раком желудка погибают от прогрессирования и рецидива опухоли.

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Данные о непосредственных результатах комбинированных операций, выполняемых при местно-распространенном раке желудка, в литературе значительно разнятся. Частота послеоперационных осложнений колеблется от 5 до 59,4 %, послеоперационная летальность – от 3,3 до 24,2 % [16]. Среди наиболее частых осложнений называют сердечно-легочные, а также несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза [16, 38]. По мнению одних авторов [64], при расширении объема комбинированных операций отмечается существенное

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

увеличение частоты послеоперационных осложнений (до 59,4 %), а ведущая роль в их развитии отдается травматичности вмешательства, под которым понимают совокупность объема резекции и продолжительности операции.

По мнению М.И. Давыдова и соавт. [17], одним из наиболее значимых факторов риска развития осложнений в послеоперационном периоде является необходимость выполнения резекции поджелудочной железы. Авторы считают, что при выполнении подобной резекции с высокой вероятностью хирург может столкнуться со специфическими осложнениями, связанным с высокими протеолитическими свойствами сока поджелудочной железы (послеоперационный панкреатит, панкреонекроз, формирование наружной панкреатической фистулы). Другим фактором, осложняющим послеоперационный период и ухудшающим качество жизни пациентов, является нарушение толерантности к глюкозе вплоть до развития инсулин зависимого сахарного диабета.

Прогностические факторы, определяющие выживаемость пациентов с раком желудка Т4, остаются неясными. По данным одних авторов [46, 51], не выявлено зависимости отдаленных результатов хирургического лечения от количества резецированных соседних органов и того, какой орган резецирован. С этим согласны не все исследователи.

Что касается объема вмешательства на желудке, мнения авторов также расходятся. Одни исследователи полагают, что отдаленные результаты после различных по объему комбинированных при правильном установлении показаний практически идентичны, другие утверждают, что более благоприятны результаты при дистальной резекции, менее – при гастрэктомии. Некоторые авторы [8, 38] вообще считают недопустимым выполнение резекции желудка при местно-распространенном раке.

Особенности хирургического лечения больных местнораспространенным раком желудка

Особенности хирургического лечения больных местно-распространенным раком желудка традиционно все вмешательства, предпринимаемые в отношении рака желудка, подразделяют на радикальные и паллиативные. В литературе часто используется деление операций, согласно классификации UICC, на три группы, обозначаемые общепринятым символом R (от англ. Residual tumor). К первой группе (R0) относят вмешательства при отсутствии макроскопической и микроскопической резидуальной опухоли. Ко второй (R1) – вмешательства, выполненные визуально в радикальном объеме, однако морфологическое исследование операционного материала которых показало наличие микроскопической резидуальной опухоли, чаще

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

по линии резекции. В третью (R2) – включены операции с оставлением макроскопической резидуальной опухоли.

Классификация JGCA при определении характера выполненного вмешательства учитывает также глубину опухолевой инвазии и степень лимфагенного метастазирования в сочетании с объемом лимфадиссекции. Согласно указанной классификации выделяют: радикальные операции (тип А) – при отсутствии резидуальной опухоли с высокой вероятностью полного излечения; условно-радикальные операции (тип В) – при отсутствии резидуальной опухоли, но при высокой вероятности наличия субклинических опухолевых очагов; паллиативные операции (тип С) – при наличии резидуальной опухоли. В случае местно-распространенного рака желудка Т4 японская классификация относит вмешательства, характеризующиеся отсутствием резидуальной опухоли, лишь к операциям типа В (условно-радикальным). Один из основных путей снижения частоты нерезектабельности местно-распространенного рака желудка – увеличение объема операции за счет моноблочной резекции смежных с желудком органов, вовлеченных в опухолевый процесс, т.е. выполнение комбинированных вмешательств [1, 22, 43, 48].

Долгое время основным вариантом хирургического лечения местно-распространенного рака желудка являлись паллиативные операции. Отношение к комбинированным вмешательствам было настороженным. По мнению авторов того периода [9, 39] расширение объема операции за счет удаления или резекции смежных с желудком органов помимо высокой послеоперационной летальности сопровождалось худшими, по сравнению со стандартными методиками, отдаленными результатами. По данным широкое применение комбинированных вмешательств (до 62,5% от всех операций), в 4 раза уменьшило частоту местных рецидивов (с 19,7% до 4,8%). [14].

Другие авторы все же допускают возможность радикальных резекций с определенными оговорками, иногда ссылаясь при этом на классификацию JGCA, относящую подобные вмешательства при раке желудка Т4 к условно-радикальным (тип В) в связи с высокой вероятностью наличия не удалённых субклинических опухолевых очагов. [1, 16, 38, 48].

Многие авторы утверждают, что при прорастании рака желудка в соседние органы и ткани частота рецидива максимальна. В исследованиях частота локорегионарного рецидива рака желудка у радикально оперированных больных при опухолях Т4b достигала 41% против 19% при Т1-Т2. Возрастает при местно-распространенном раке желудка и частота гематогенных рецидивов (до 54%). Частота развития рецидива в виде перитонеальной диссеминации при прорастании опухолью серозной оболочки (Т4a-Т4b) достигает 53% против 10% при Т1-Т2. [54, 55, 63].

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

На уровне с местным распространением патологического процесса при раке желудка одним из главных факторов, негативно влияющих на результаты хирургического лечения, является массивное лимфогенное метастазирование [1, 5, 7, 28].

В последние десятилетия в основном дискутируется объем лимфадиссекции, а также значение проведения лечения в специализированных центрах. При местно-распространенных формах рака желудка радикальными принято считать комбинированные и расширенно-комбинированные оперативные вмешательства. Следует отметить, что в течение длительного времени многие хирурги сдержанно относились к выполнению подобных вмешательств. Однако благодаря совершенствованию предоперационной подготовки и методов послеоперационного ведения больных летальность после оперативных вмешательств по поводу местно-распространенного рака желудка (МРРЖ) заметно снизилась и не превышает 10,0% [42].

Следует уточнить, что по современным представлениям к радикальным операциям относят субтотальную резекцию желудка или гастрэктомию с лифмодиссекцией. При выборе объема операции, независимо от того, проводят гастрэктомию или субтотальную резекцию, хирург ориентирован на размеры и распространенность опухоли, ее локализацию в желудке, возможность резекции в пределах здоровых тканей. Показано отступать от края опухоли на расстояние 5,0 см при кишечном типе и 10,0 см при инфильтративном типе опухоли [44].

Радикальные вмешательства в отношении таких больных, по мнению разных авторов, выполняются в 19–53,6 % случаев. Даже после потенциально радикальных операций большинство больных местно-распространенным раком желудка погибают от прогрессирования и рецидива опухоли.

Некоторые авторы утверждают, что результаты лечения РЖ можно улучшить за счет использования более агрессивных комбинированных хирургических вмешательств, при которых помимо желудка удаляют органы или анатомические структуры, вовлеченные в онкологический процесс [20, 41].

Комбинированные операции в лечении РЖ в настоящее время получили большое распространение [20]. Так, в Японии в 90-е годы XX-го века они составляли 40% от всех оперативных вмешательств по поводу РЖ. Количество комбинированных вмешательств в Европе и США составляет около 20% [41]. Наиболее частой (22,5-92,4%) операцией при РЖ является комбинация гастрэктомии со спленэктомией [20, 41]. При этом следует отметить, что послеоперационные осложнения при комбинированных операциях со спленэктомией без резекции других органов развиваются в 40,7% случаев, приводя к послеоперационной летальности в 2,1%, 5-

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

летняя выживаемость составляет от 16,7 до 31,0%, что объяснимо наличием более распространенного опухолевого процесса [41, 36].

Операции с резекцией поджелудочной железы при РЖ характеризуются повышенным операционным риском: процент послеоперационных осложнений доходит до 42,9% [41]. Частота таких вмешательств может составлять 32,6-55,0% от числа всех комбинированных операций при раке желудка [20]. Однако показатели 5-летней выживаемости больных после подобных вмешательств находятся в пределах 0-28,0% [35].

Отдельное место в хирургии рака желудка занимает гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). Необходимость выполнения данного вмешательства возникает при прорастании опухоли в головку поджелудочной железы или низком переходе ее на двенадцатиперстную кишку. Операции такого объема по поводу осложненного рака желудка крайне редки [35]. При этом послеоперационные осложнения развиваются у 38,4% больных, а в ранний послеоперационный период погибает 7,1% больных. Пятилетняя выживаемость после комбинированных гастрэктомий с ПДР при раке желудка составляет 17,0-28,6% [41].

В настоящее время все более отчетливой становится тенденция к агрессивной хирургической тактике, сторонники которой пропагандируют максимально полное удаление опухоли желудка при местно-распространенном процессе в ходе расширенных комбинированных операций. Вместе с тем, такой подход разделяют далеко не все хирурги. Данные о результатах комбинированных операций, выполняемых при местно-распространенном раке желудка, в литературе значительно разнятся. Частота послеоперационных осложнений колеблется от 5 до 59,4 %, послеоперационная летальность – от 3,3 до 24,2 %. 5-летняя выживаемость радикально оперированных пациентов в ряде исследований отсутствует, в других – достигает 49,3 %. [10, 40, 46, 56]. Среди наиболее частых осложнений называют сердечно-легочные, а также несостоятельность швов пищеводно-тонкокишечного анастомоза [10, 15]. По мнению одних авторов [57] при расширении объема комбинированных операций отмечается существенное увеличение частоты послеоперационных осложнений (до 59,4%), а ведущая роль в их развитии отдается травматичности вмешательства, под которой понимают совокупность объема резекции и продолжительности операции [4]. Другие исследователи [53] утверждают, что это увеличение незначительно и составляет 20,7-21,5%. Третьи – считают, что расширение объема вмешательства на частоту осложнений не влияет, а осложнения при этом встречаются не более чем в 6,0% случаев. [40, 10].

Полагают, что основные причины несостоятельности швов анастомозов после хирургического лечения больных местнораспространенным раком желудка кроются в: 1) снижении содержания в плазме крови белка, что приводит к замедлению

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

репаративных процессов в области анастомоза; 2) падении артериального давления (не связанном с массивным кровотечением) в ходе операции, что влечет нарушения микроциркуляции в зоне анастомоза; 3) нарушении пассажа пищи на фоне гипопротеинемии и кризиса микроциркуляции при отсутствии селективной профилактической антибактериальной терапии, что способствует развитию инфекции анастомоза и гнойных осложнений. [13].

Основной причиной летальности (до 36% случаев) является перитонит вследствие несостоятельности швов эзофагоеюно и эзофагогастроанастомозов [15, 19].

К наиболее значимым факторам относят макроскопический тип роста опухоли и наличие регионарных метастазов, снижающие показатели 5-летней выживаемости до 13,6%. При этом, по данным все тех же авторов, у больных раком желудка T4b при неинфильтративных типах роста опухоли и отсутствии метастазов в регионарных лимфоузлах 5-летняя выживаемость после комбинированных R0-вмешательств составила 100%. [60]. Не отметили различий в выживаемости после радикальных и паллиативных комбинированных операций при диффузно-инфильтративном типе росте опухоли (IV тип по Borrmann). [52].

Роль и место паллиативных вмешательств в хирургической тактике лечения местно-распространенного рака желудка

Препятствием к выполнению комбинированных R0-операций у больных местнораспространенным раком желудка является врастание опухоли в неудалимые анатомические структуры. Причиной нерадикальности вмешательства могут стать обширное регионарное метастазирование, неверная оценка границ интрамурального распространения процесса с оставлением микроскопической резидуальной опухоли по линии резекции, а также сознательный отказ от расширения объема операции из-за неудовлетворительного функционального состояния, оперируемого (наличие сопутствующей патологии, преклонный возраст). [22].

Ввиду распространенности процесса значительному контингенту пациентов в наше время выполняют паллиативные вмешательства. Это диктуется стремлением к улучшению не только отдаленных результатов лечения, а также и качества жизни пациентов. Кроме того, паллиативное хирургическое лечение рака желудка ряд авторов рассматривает в качестве циторедуктивного, создающего более благоприятные условия для последующей химиотерапии. Паллиативные операции способны предотвратить такие грозные осложнения, как кровотечение из распадающейся опухоли, перфорацию, стеноз. Улучшение качества жизни пациентов достигается устранением дисфагии, уменьшением болевого синдрома. [11].

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

Препятствием к выполнению комбинированных Ro-резекций у больных местнораспространенным раком желудка является прорастание опухоли в «неудалимые» анатомические структуры, обширное регионарное метастазирование, неверная оценка границ интрамурального распространения процесса с оставлением микроскопической резидуальной опухоли по линии резекции, а также сознательный отказ от расширения объема операции из-за наличия субили декомпенсированной сопутствующей патологии. Так, K. Okajima и соавт. (цитируется по [11]) сформулировали следующие основные задачи паллиативных оперативных вмешательств:

1) не допустить смерти на операционном столе;
2) избежать ускорения роста опухоли после операции;
3) улучшить питание больного;
4) уменьшить боли;
5) продлить жизнь больному.

Отношение к выбору вида паллиативного вмешательства за последние десятилетия значительно изменилось. Так, если 30 лет назад абсолютное большинство авторов рекомендовало формировать обходные анастомозы и «питательные» стомы, то в данный момент большинство авторов высказывается за ограничение показаний к формированию питательных стом и считает, что необходимо стремиться к формированию обходного анастомоза или выполнять паллиативные резекционные вмешательства. Однако показания к ним окончательно не определены [11, 30]. Летальность после паллиативных операций была значительно выше, чем после пробных лапаротомий: 16,1% и 6,3%, соответственно [33].

Таким образом, паллиативное лечение подразумевает под собой обязательное воздействие на опухоли и (или) ее метастазы и решает следующие задачи:

1. Ликвидация или профилактика угрожающих жизни осложнений рака: кровотечение, распад и перфорация опухоли, развитие стеноза и т. п.
2. Обеспечение стабильного состояния пациента для проведения полихимиотерапии.
3. Уменьшение размеров опухоли и сдерживание ее развития средствами последующей полихимио и лучевой терапии.
4. Улучшение качества и продление жизни пациента. [22].

Отношение к выбору вида паллиативного вмешательства за последние десятилетия значительно изменилось. Исследователи [11] считают, что в случае нерезектабельности первичной опухоли всегда надо стремиться к наложению обходных анастомозов, их выполнение предпочтительнее питательных стом, показания к которым должны быть строго лимитированы. В настоящее время паллиативные гастрэктомия и резекция желудка вошли в практику онкологических

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

учреждений многих стран, что связывают с успехами в разработке техники оперативных вмешательств и их анестезиологического обеспечения. Однако показания к ним окончательно не определены. Одни авторы видят цель паллиативных операций только в улучшении качества жизни пациентов. Другие [27] ставят под сомнение целесообразность паллиативных вмешательств ввиду крайне неблагоприятных отдаленных результатов, оправдывая их выполнение только наличием жизнеугрожающих осложнений опухолевого процесса. Третьи [51] считают выполнение паллиативных резекций желудка и гастрэктомий оправданным увеличением выживаемости пациентов. Ряд исследователей рекомендуют выполнение резекционных вмешательств всем операбельным больным местно-распространенным раком желудка, независимо от их радикальности. [51, 14].

Одним из основных элементов паллиативного лечения больных местно-распространенными формами злокачественных новообразований является хирургический метод, который может применяться самостоятельно, но чаще является компонентом комбинированного лечения. Наряду с тем, что операция является, пожалуй, единственным способом ликвидации осложнений рака, этот метод несет на себе задачу циторедукции. [6, 12, 31]

В исследовании, выполненном в Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, поражение поджелудочной железы наблюдалось в 90,7% случаев при раке желудка T4b. При местнораспространенном раке желудка ряд авторов считают, что оперативное лечение нельзя рассматривать как радикальное по определению, а лишь как циторедуктивное. [33]

Циторедуктивная или паллиативная хирургия у пациентов со злокачественной непроходимостью желудка превосходит эндоскопическое лечение с точки зрения повторных вмешательств и выживаемости, с сопоставимой предоперационной заболеваемостью и смертностью [56].

Среди поступающих в специализированные учреждения у 40% больных наблюдается осложненное течение рака желудка. Выбор клинической стратегии в лечении местно-распространенного рака желудка, осложненного кровотечением (МРРЖОК), зависит от многочисленных факторов. В настоящее время в литературе в отношении подходов к лечению МРРЖОК существуют три основные точки зрения [16]:

1. выполнение радикальных расширенных хирургических вмешательств;
2. проведение паллиативных операций;
3. консервативная тактика, основанная на проведении гемостатической и крововозмещаюшей терапии.

Наиболее часто встречающиеся осложнения это: кровотечение из опухоли, стеноз, а в некоторых случаях и перфорация желудка с развитием перитонита. В

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

условиях развившихся осложнений адекватное хирургическое лечение является чрезвычайно трудной задачей [3]. В структуре осложнений рака желудка кровотечение встречается в 41,5% случаев, стеноз в 36,1%, а перфорация в 14,0% [21].

Однако в целом анализ литературы показывает, что, несмотря на достигнутые успехи в хирургии рака желудка, до сих пор однозначно не решен вопрос о выборе тактики лечения при МРРЖОК. Отмечены также трудности эндоскопической остановки кровотечения из распадающихся опухолей желудка [37].

Принципы хирургического лечения рака желудка, осложненного кровотечением. Нередко первым проявлением рака желудка являются осложнения, требующие хирургического вмешательства. Больные с осложненным течением рака желудка нередко поступают в стационар в крайнем тяжелом состоянии, что значительно ухудшает прогноз при выполнении радикального хирургического вмешательства, либо полностью исключает возможность его выполнения. Стандарты лечения в хирургических стационарах общего профиля разработаны для пациентов с экстренной хирургической патологией, при этом в них не всегда учитываются особенности ведения больных с онкологическим заболеванием. При кровоточащем раке желудка до сих пор не обоснованы сроки операции, объем операции, целесообразность выполнения лимфодиссекции [25].

Вопрос выбора лечебной тактики и метода хирургического лечения больных с кровоточащей опухолью желудка в настоящее время остается дискутабельной. Эндоскопические методы остановки кровотечения из распадающейся опухоли не всегда оказываются окончательными, паллиативные вмешательства в объеме прошивания кровоточащей опухоли и/или перевязки питающей опухоль артерии необоснованны и бесперспективны из-за неэффективности и развития рецидивов кровотечения Рецидивы профузного желудочного кровотечения в последующем требуют выполнения субтотальной резекции желудка или гастрэктомии. [47].

По данным литературы, доля пробных лапаротомий и симптоматических вмешательств при местно-распространенном раке желудка составляет от 6,2 до 46,4 % [1, 49]. Средняя продолжительность жизни после эксплоративной лапаротомии не превышает 4-8 месяцев, а после гастро- и еюностомии – 7-11 месяцев [11, 49.]. Столь неутешительные показатели диктуют необходимость изучения результатов паллиативных вмешательств у больных местно-распространенным раком желудка. Частота выполнения паллиативных резекций при раке желудка, по данным литературы, составляет от 2,5 до 47,0%. Послеоперационные осложнения паллиативных резекционных вмешательств наблюдаются в 5,0-40,0% случаев, а послеоперационная летальность колеблется от 4,0 до 32,0% [34, 49, 58].

Дискутабельным остается вопрос о выполнении комбинированных паллиативных резекций и гастрэктомий. Одни авторы [27] не рекомендуют

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

выполнение комбинированных вмешательств, аргументируя это увеличением количества послеоперационных осложнений и летальности, другие [8] утверждают, что различия в структуре послеоперационных осложненийи летальности отсутствуют. В пользу комбинированных паллиативных операций говорит и тот факт, что сторонникам агрессивной хирургической тактики удается достигнуть 5-летней выживаемости у 8,5–17,4 % пациентов. [59]

Особую группу составляют паллиативные R1 вмешательства, когда исследование операционного материала указывает на наличие микроскопической резидуальной опухоли, преимущественно по линии резекции. Известно, что прохождение резекции в зоне опухоли существенно ухудшает прогноз. Частота прохождения линии резекции в зоне опухолевой ткани при местнораспространенном раке желудка колеблется, по сообщениям разных авторов [45], от 5,9 до 18,2% и в 3 раза чаще встречается при «тотальном» раке желудка [23]. Такое количество случаев обнаружения нерадикальных границ резекции обусловлено тем, что макроскопическая оценка протяженности поражения значительно уступает истинному уровню распространения раковых клеток, особенно при инфильтративных опухолях. Существенно уменьшить вероятность подобного осложнения позволяет использование срочного цитологического или гистологического исследования линии резекции [2, 61, 62], что, к сожалению, не всегда выполнимо, а также не всегда достоверно.

По данным литературы [45], при прохождении линии резекции в зоне опухоли послеоперационная летальность достигает 18,5%, основной причиной смерти является перитонит, развившийся на почве несостоятельности швов анастомозов. Средняя продолжительность жизни пациентов составляет от 15 до 24 месяцев, а 5-летняя выживаемость 5-12,2% [32, 45, 61], причем до 72% больных умирают в первые 2 года после операции. Причиной смерти является рецидив опухоли, развивающийся в срок 6-12 месяцев, крайне редко – до 2-3 лет.

Имеются сообщения, что паллиативная резекция и гастрэктомия позволяют продлить жизнь в среднем до 11,3–15 месяцев. [1, 10, 26]. Описаны также случаи выживаемости, превышающей 5- летний рубеж [49]. Другие исследователи не отмечают увеличения выживаемости после подобных операций [24].

Однозначного мнения в отношении лечебной тактики для таких пациентов нет. Чаще в послеоперационном периоде проводится химиотерапия по одной из схем. Распространено мнение [11], что повторные операции сопровождаются большим количеством осложнений и летальностью и вряд ли оправданы. К тому же указывается, что химиотерапия в проведенных исследованиях не оказала существенного влияния на продолжительность жизни таких пациентов

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на такие различия в оценках, большинство исследователей едины во мнении о том, что частота послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных вмешательств не превышает таковые у больных, перенесших радикальные операции. Такой разброс показателей указывает на отсутствие единого мнения в отношении показаний и противопоказаний к различным видам паллиативных вмешательств.

Оптимальная хирургическая тактика лечения больных местно-распространенным раком желудка не определена. Разноречивыми остаются не только показания к комбинированным резекциям, паллиативным вмешательствам, но и непосредственные и отдаленные результаты лечения, что определяет актуальность продолжения исследований.

REFERENCES

1. Абдихакимов А.Н. Результаты хирургического лечения местно-распространенного рака желудка T4N2M0 / А.Н. Абдихакимов // Анналы хирургии. 2003. № 1. С. 23–27.
2. Агамова К.А., Вашакмадзе Л.А., Шабалова И.П. и др. Срочная цитологическая диагностика при операциях по поводу рака проксимального отдела желудка // Сов. мед. – 1989. – № 3. – С. 101–103.
3. Афанасьев С.Г., Августинович А.В., Тузиков С.А. и соавтор. Результаты комбинированных операций при местно-распространенном раке желудка. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2013;2:12-15.
4. Айталиев М.С., Земляной В.П., Непомнящая С.Л. Оценка травматичности стандартных и расширенных оперативных вмешательств при раке проксимального отдела желудка // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 23–26.
5. Ахметзянов, Ф.Ш. Лимфогенное метастазирование рака дистального отдела желудка / Ф.Ш. Ахметзянов, М.Р. Китаев, О.А. Ядыков, Ф.Ф. Ахметзянова // Казан. мед. журн. – 2009. – Т. 90, № 5. – С. 717-721.
6. Барсуков Ю. А., Алиев В. А., Черкес В. Л. и др. // Вестник РОНЦ им. Н. Н.Блохина РАМН. — 2007. —№3. — Т. 18. — С. 15—18.
7. Боровская, Т.Ф. Прогностическое значение выявления лимфогенных микрометастазов при раке желудка / Т.Ф. Боровская [и др.] // Рос. онкол. журн. – 2011. – № 3. – С. 24-28.
8. Бондарь Г.В. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович и др. // Онкология. 2006. Т. 8. № 2. С. 171–175. 4.
9. Блохин Н.Н. Клиническая онкология. – М.: Медицина, 1971. – Т. 1–2. – 880 с.
10. Варенников А.И. Многокомпонентное лечение больных с распространенными формами рака желудка: автореф. дис. канд. мед. наук. – Уфа: УГМАДО, 2003. – 31 с.
11. Вашакмадзе Л.А. Место паллиативных операций в лечении распространенного рака желудка: современное состояние проблемы / Л.А. Вашакмадзе, О.В. Пикин // Рос. онкол. журн. 2000. № 5. С. 47–51.
12. Гринев М. В. Циторедуктивная хирургия. — М.: «Гиппократ», 2003. — 92 с.
13. Громов М.С., Александров Д.А., Кулаков А.А. и др. Диагностика и лечение распространенного рака желудка // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 20–23.

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

14. Давыдов М.И., Комов Д.В., Лотоков А.М. и др. Неотложная помощь при осложненном раке желудка // Вест. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2006. – Т. 17, № 3. – С. 21–24.
15. Давыдов М.И., Абдихакимов А.Н., Полоцкий Б.Е. К вопросу о роли хирургии в лечении местно-распространенного и диссеминированного рака желудка. Анналы хирургии. 2012; 2:33-41.
16. Давыдов М.И. Современная стратегия онкохирургии / М.И. Давыдов // Вест. РАМН. 2013. № 9. С. 43–46.
17. Давыдов М.И. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, А.Н. Абдихакимов и др. // Практ. онкология. 2001. Т. 3. № 7. С. 18–24.
18. Джураев М.Д. Лечение рака желудка III-IV стадии. Ташкент: Изд-во им. Ибн Сина, 1997. С. 52-55.
19. Жерлов Г.К., Зыков Д.В., Клоков С.С. и др. Функциональные аспекты хирургии рака желудка // Рос. онкол. журн. – 2003. – № 4. – С. 27– 31.
20. Dicken B.J. Gastric adenocarcinoma: review and considerations for future directions / B.J. Dicken et al. // Ann. Surg. — 2005. — Vol. 241. — P. 27-39.
21. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Губков И.И. и соавтор. Диагностика и лечение рака желудка, осложненного кровотечением. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2017;9(1).
22. Карачун А.М. Дифференцированная хирургическая тактика лечения больных раком желудка. Диссертация. Санкт-Петербург 2014. 42с.
23. Клименков А.А., Стилиди И.С. и др. «Тотальный» рак желудка: клинико-морфологические особенности и результаты хирургического лечения // Рос. онкол. журн. – 2007. – № 3. – С. 13-18.
24. Ложкин М.В. Возможности хирургического лечения больных раком желудка IV стадии: автореф. дис. канд. мед. наук. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2007. – 33 с.
25. Марусова Е.О. Особенности хирургической тактики при неметастатическом раке желудка, осложненном кровотечением // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Том XIX №1 2012.
26. Неред С.Н., Клименков А.А., Стилиди И.С. и др. «Тотальный» рак желудка: клинико-морфологические особенности и результаты хирургического лечения // Рос. онкол. журн. – 2007. – № 3. – С. 13-1.
27. Стилиди И.С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространенного рака желудка / И.С. Стилиди, С.Н. Неред // Практ. онкология. 2009. Т. 10. № 1. С. 20–27.
28. Седов, В.М. Особенности лимфогеного метастазирования при раке желудка В.М. Седов, А.Н. Яицкий, И.Н. Данилов // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2010. – Т. 169, № 1. – С. 113-116.
29. Скоропад В.Ю. Рациональная тактика лечения местно-распространенного рака желудка: место лучевой терапии // Пра кт. онкология. – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 28-35.
30. Стойко Ю.М., Вербицкий В.Г. Рак желудка: учебное пособие. – СПб: ВМедА, 2002. – 26 с.
31. Касаткин В. Ф., Кит О. И., Захарова Н. П. и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2004. — № 1. — С. 15—18.
32. Клименков А.А., Стилиди И.С. и др. «Тотальный» рак желудка: клинико-морфологические особенности и результаты хирургического лечения // Рос. онкол. журн. – 2007. – № 3. – С. 13-18.

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

33. Тарасов В.А., Виноградова М.В., Клечиков В.З. и др. Хирургическое лечение распространенных форм рака желудка // Практ. онкология. – 2001. – Т. 3, № 7. – С. 52–58.
34. Харитонов М.Ю., Борбашев Т.Т., Тойгонбеков А.К. Местно-распространенный рак желудка (обзор литературы). Вестник КРСУ. 2016. Том 16. № 11. 154 с.
35. Хвастунов Р.А. Комбинированные операции при раке желудка / Р.А. Хвастунов, С.П. Мишарев // Избранные вопросы онкологии. – 1999. – С. 351-352.
36. Хвастунов Р.А., Данилов С.П. Рак желудка: стандарты и индивидуальные аспекты тактики хирургического лечения // Совр. онкология. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 58–66.
37. Хрупкин В.И., Ханевич М.Д. и др. Неотложная эндоваскулярная хирургия гастродуоденальных кровотечений. – М. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2002.
38. Чарторижский В.Д., 1996; Абдихакимов А.Н., 2003; Чиссов В.И. и соавт., 2005; Ложкин М.В., 2007; Saito H. et al., 2001; Kim D.Y. et al., 2006.
39. Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В. и др. Пути улучшения результатов лечения больных раком желудка IV стадии // Сиб. онкол. журн. – 2005. – Т. 14, № 2. – С. 3–7.
40. Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В. и др. Возможности хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии // Рос. онкол. журн. – 2003. – № 6. – С. 4–7.
41. Щепотин И.Б. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р. Эванс. – Киев: Книга плюс. – 2000; 228 с.
42. De Mazoni G. et al. Para-aortic lymph node involvement in gastric adenocarcinoma // Ann. Chir. 2001. Vol. 126 (4). P. 302-306; discussion 306-307.
43. Dhar D.K., Kubota H., Tachibana M. et al. Prognosis of T4 gastric carcinoma patients: an appraisal of aggressive surgical treatment // J. Surg. Oncol. – 2001. – Vol. 76, № 4. – P. 278-282.
44. Dicken B.J. Gastric adenocarcinoma: review and considerations for future directions / B.J. Dicken et al. // Ann. Surg. — 2005. — Vol. 241. — P. 27-39.
45. Fujimoto S., Takahashi M., Mutou T. et al. Clinicopathologic characteristics of gastric cancer patients with cancer infiltration at surgical margin at gastrectomy // Anticancer Res. – 1997. – Vol. 17, № 1B. – P. 689-694.
46. Carboni F., Lepiane P., Santoro R. et al. Extended multiorgan resection for T4 gastric carcinoma: 25-year experience // J. Surg. Oncol. 2005. Vol. 90. № 2. P. 95–100.
47. Ge L, Wang HJ, Yin D, Lei C, Zhu JF, Cai XH, Zhang GQ. Effectiveness of 5- furouracil-based neoadjuvant chemotherapy in locallyadvanced gastric/gastroesophageal cancer: A meta-analysis. World J Gastroenterol. 2012;18(48):7384-7393.
48. Giuli R. Extended local resection for gastric cancer // Surgical Oncology net. – 2002. – Vol. 2, № 5. URL: http:// www.surgical-oncology.net (дата обращения 03.09.08).
49. Goel A., Khandelwal C. Role of palliative gastrectomy in locally advanced gastric cancer: experience of 313 cases // J. Surg. Oncol. – 2006. – Vol. 91, № 3. – P. 41-49.
50. Isozaki H., Tanaka N., Fujii K. et al. Improvement of the prognosis of gastric cancer with extensive serosal invasion using left upper abdominal evisceration // Hepatogastroenterol. 2001. Vol. 48. № 40. P. 1179–1182.
51. Kim D.Y., Joo J.K., Seo K.W. et al. T4 gastric carcinoma: the benefit of noncurative resection // Anz J. Surg. 2006. Vol. 76. № 6. P. 453–457.
52. Kodama I., Takamiya H., Mizutani K. et al. Gastrectomy with combined resection of other organs for carcinoma of the stomach with invasion to adjacent organs: clinical efficacy in a retrospective study // J. Am. Coll. Surg. – 1997. – Vol. 184, № 1. – P. 16-22.
53. Lo S.S., Wu C.W. , Shen K.H. et al. Higher morbidity and mortality after combined total gastrectomy and pancreaticosplenectomy for gastric cancer // World J. Surg. – 2002. – Vol. 26, № 6. – P. 678-682.

ISSN: 2181-1385
Scientific Journal Impact Factor (SJIF) 2021: 5.723
Directory Indexing of International Research Journals-CiteFactor 2020-21: 0.89
DOI: 10.24412/2181-1385-2021-7-291-307

54. Lorenz M., Roukos D., Karakostas K. et al. Accurate prediction of sitespecific risk of recurrence after curative surgery for gastric cancer // Gastric Breast Cancer – 2002. – Vol. 1, № 2. – P. 23-32.
55. Landry J., Tepper J., Wood W. et al. Patterns of failure following curative resection of gastric carcinoma // Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys. – 1990. – Vol. 19, № 6. – P. 1357-1362.
56. Martinez-Ramos D., Miralles-Tena J.M., Cuesta M.A. et al. Laparoscopy versus open surgery for advanced and resectable gastric cancer: a metaanalysis // Updates Surg. – 2011. – Vol. 63, № 1. – P. 17-23.
57. Martin R.C., Jaques D.P., Brennan M.F. et al. Achieving R0 resection for locally advanced gastric cancer: is it worth the risk of multiorgan resection? // J. Am. Coll. Surg. – 2002. – Vol. 194, № 5. – P. 568-577.
58. Meyer H.J., Jahne J., Weimann A. Surgical treatment of gastric cancer – total vs. subtotal distal gastrectomy // Eur. Surg. 1995. Vol. 27. № 1. P. 20–22.
59. Maehara Y., Hasuda S., Koga T. et al. Postoperative outcome and sites of recurrence in patients following curative resection of gastric cancer // Br. J. Surg. – 2000. – Vol. 87, № 3. – P. 353-357.
60. Saito H., Tsujitani S., Maeda Y. et al. Combined resection of invaded organs in patients with T4 gastric carcinoma // Gastric Cancer. – 2001. – Vol. 4, № 4. – P. 206-211.
61. Songun I., Bonenkamp J., Hermans J. et al. Prognostic value of resectionline involvement in patients undergoing curative resections for gastric cancer // Eur. J. Cancer. – 1996. – Vol. 32 A, № 3. – P. 433-437.
62. Tsujitani S., Okuyama T., Orita H. et al. Margins of the esophagus or gastric cancer with esophageal invasion // Hepatogastroenterol. – 1995. – Vol. 42, № 6. – P. 873–877.
63. Yoo C.H., Noh S.H., Shin D.W. et al. Recurrence following curative resection for gastric carcinoma // Brit. J. Surg. – 2000. – Vol. 87, № 2. – P. 236– 242.
64. Shchepotin I.B., Chorny V.A., Nauta R.J. Extended surgical resection in T4 gastric cancer // Am. J. Surg. 1998. Vol. 175. № 2. P. 123–126.