

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА



Кулиев Азиз Абдумажидович, Джураев Миржалол Дехканович
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН ОШҚОЗОН САРАТОНИДА ПАЛЛИАТИВ ГАСТРЭКТОМИЯНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Кулиев Азиз Абдумажидович, Джураев Миржалол Дехканович
Самарканд Давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

RESULTS OF PALLIATIVE GASTRECTOMY FOR LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER

Kuliev Aziz Abdumazhidovich, Juraev Mirzhalol Dehkanovich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: aziz.kuliev1930@mail.ru

Резюме. Мақсад: Маҳаллий тарқалган ошқозон саратонида паллиатив гастрэктомия самарадорлигини баҳолаш. Материаллар ва тадқиқот усуллари: Биз ретроспектив таҳлил асосида МТОС билан касалланган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини (125 та ҳолатда) операция протоколлари, касаллик тарихидан олинган кўчирмалар, Ихтисослашган онкология ва радиология илмий-амалий тиббиёт маркази Самарканд филиалидан 2014 йилдан 2018 йилгача олинган маълумотларига кўра таҳлил қилдик. Амалга оширилган жарроҳлик аралашувларнинг ҳажми ва ёндашувига қараб, барча беморлар уч гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳга 94 (75,1%) бемор кирган. Ушбу гуруҳда комбинирлашган радикал жарроҳлик аралашуви (R0) амалга оширилди. Иккинчи гуруҳ 18 (14,4%) беморларда комбинирлашган паллиатив гастрэктомия (R1-2) бажарилган. Учинчи гуруҳга келсак, унга 13 нафар бемор (10,4%) эксплоратив ва симптоматик операциялар билан кирган. Тадқиқот натижалари: Комбинирлашган радикал операциялар ўтказилган гуруҳда 5 йиллик ҳаёт даражаси 14,4% ва ўртача 16 ойни ташиқил этди. Паллиатив гастрэктомия қилинган гуруҳда 3 йиллик яшовчанлик даражаси $3,25 \pm 1,8\%$, ўртача яшовчанлик даражаси 12 ойни ташиқил этди. Ушбу гуруҳда беморларни 4 йиллик яшовчанлик қузатилмади. Симптоматик операциядан кейинги яшовчанлик даражаси $1,3 \pm 1,1\%$ ни ташиқил этди; 2 йилдан ортиқ беморлар яшовчанлиги қузатилмади; ўртача яшовчанлик кўрсаткичи 3 ойни ташиқил этди. Хулоса. Уч ёки ундан ортиқ кўшни аъзоларга ўсма тарқалиши жараёни бўлган беморларда, бу узоқ муддатли даволаниш натижаларининг прогностини ёмонлаштиради, аммо комбинирлашган жарроҳлик амалиётидан фойдаланган ҳолда ушбу ёндашув симптоматик жарроҳликдан кўра қулайроқ ва яшовчанлик кўрсаткичи узоқроқдир. Паллиатив гастрэктомиядан фойдаланиш нафақат ҳаёт учун хавфли бўлган беморларда ҳаёт учун хавфли бўлган асоратлар билан курашишига қаратилган.

Калим сўзлар: маҳаллий тарқалган ошқозон саратони, паллиатив гастрэктомия, ошқозон ости беши капсуласини ясси резекцияси, ўн икки бармоқли ичак чўлтоғига қўлда қайта ишлов бериши.

Abstract: Objective: To evaluate the effectiveness of palliative gastrectomy in locally advanced gastric cancer. Material and research methods: Based on a retrospective analysis, we analyzed the results of surgical treatment of patients with MRC (125 cases) of operation protocols, extracts from medical records, according to the data of the Samarkand branch, the Specialized Scientific and Practical Medical Center of Oncology and Radiology for the period 2014 to 2018. Depending on the volume and approach to the performed surgical interventions, all patients were divided into three groups. The first group included 94 (75.1%) patients. In this group, a radical combination of surgical intervention (R0) was performed. The patients of the second group had combined palliative gastrectomy (R1-2), 18 patients (14.4%). As for the third group, it included 13 patients (10.4%) with explorative and symptomatic operations. Research results: In the group where combined radical operations were performed, the overall 5-year survival rate was 14.4%, and the median was 16 months. In the group with palliative gastrectomy, the 3-year survival rate was $3.25 \pm 1.8\%$, the median survival rate was 12 months. In this group, more than one patient has not lived for more than 4 years. The single survival rate after symptomatic surgery was $1.3 \pm 1.1\%$; no patient survived more than 2 years; the median survival rate was 3 months. Conclusions. When three or more neighboring structures are involved in the tumor process, it worsens

the prognosis of long-term treatment results, but even this approach with the use of combined surgical interventions is more favorable than the use of symptomatic surgery. The use of palliative gastrectomy is aimed not only at combating life-threatening complications of life-threatening patients.

Key words: *locally advanced gastric cancer, palliative gastrectomy, planar resection of the pancreatic capsule, manual processing of the duodenal stump.*

Актуальность. Наиболее распространенным в структуре онкологической заболеваемости и смертности на сегодняшний день является рак желудка, от которого ежегодно погибает около полумиллиона человек. За последние годы наблюдается неуклонный рост данного заболевания [6, 11]. У первично выявленных пациентов с диагнозом рак желудка, диагностируют его на III и IV стадии заболевания в 60–90 % случаев, однако у 50–60% больных регистрируется IV стадия, которая не имеет тенденции к снижению [4, 8, 12]. На сегодняшний день по данным современной литературы не существует конкретного единого понятия местнораспространенный рак, и многие авторы по-разному трактуют данный термин. Одни авторы [5] считают, что термин местнораспространенный РЖ следует относить для IV стадии при условии отсутствия отдаленных метастазов (T1–3 N3 M0; T4 N1–3 M0).

Также, существует мнения, что местнораспространенный рак желудка — это опухоль с большей распространенностью, чем ранний рак, при этом к раннему раку относят случаи с распространенностью T1 N1–2 M0, а к местнораспространенному T2–4 N0–M0 стадии [8, 9].

Данным термином используют при поражении всех слоев стенки желудка с гистологической верификацией и врастанием в соседние структуры с отсутствием отдаленных метастазов (T4 N0–3 M0) [1]. Золотым стандартом лечения РЖ остается оперативное вмешательство. Что касается отдаленных результатов хирургического лечения местнораспространенного РЖ (МРРЖ), по литературным данным достаточно спорны, что связано как с разной трактовкой термина, так и отсутствия единого хирургического подхода и тактики к данной проблеме.

Современные отечественные и зарубежные клинические рекомендации не предлагают единого стандартизованного подхода при таких осложнениях как кровотечение из опухоли и прогрессирующий опухолевый стеноз [2, 14]. Эти угрожающие жизни состояния затрагивают очень разнородную группу больных, которые имеют как местнораспространенную (врастание опухоли в соседние структуры), так и генерализованную (наличие отдаленных метастазов) форму РЖ. Хирургическое лечение золотым стандартом и остается единственным методом, позволяющим на практике улучшить качество жизни этих пациентов [13].

Остаются кроме того спорными не только показания к сочетанным резекциям также паллиативным вмешательствам, однако также итоги хирургического лечения, что обуславливает значительность исследования. Так, по мнению одних авторов [5, 15, 16], при расширении объема комбинированных операций до мультиорганных резекций отмечается существенное увеличение частоты послеоперационных осложнений — до 59,6 %. Другие исследователи [4, 12] утверждают, что это увеличение незначительно и составляет 20,8–21,6 %. Кроме того, в литературе имеются данные о том, что расширение объема вмешательства на частоту осложнений не влияет, последние при этом развиваются не более чем в 6,1 % случаев [7]. Не лучше обстоит дело и в отношении оценки отдаленной эффективности лечения МРРЖ. В ряде публикаций о 5-летней выживаемости этой группы больных после радикальных комбинированных вмешательств не сообщается [3, 10] либо она невысока и не превышает 12,7–24,2 % [9, 15, 17]. Другие авторы [1, 16, 18, 19] сообщают о 5-летней выживаемости после расширенных комбинированных операций на уровне 35,1–58,3 %.

Цель исследования: Оценить эффективность паллиативной гастрэктомии при местнораспространенном раке желудка.

Материал и методы исследования. На основании ретроспективного анализа изучены проанализированы результаты хирургического лечения больных с МРРЖ (125 случаев) протоколов операций выписок из историй болезни медицинских карт по данным Самаркандского филиала, Специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии за период 2014 по 2018 год.

Диагноз МРРЖ был подтвержден гистологический, степень прорастания стенки желудка соответствовала T4, регионарное метастазирование N0–3 или Nx, отдаленные метастазы отсутствовали M0. Основную группу составили пациенты мужского пола 61,6 % (77), а женщины 38,4% (48 больных), в соотношении 1,7:1 соответственно распределения по росту больных с МРРЖ средний показатель составил $64,0 \pm 0,6$; минимальный возраст 33 года, а максимальный 82. В зависимости от объема и подхода к выполненным оперативным вмешательствам все больных были распределены на три группы. В первую группу вошли 94 (75,1%) больных. В данной группе было выполнено радикальное комбиниро-

вание оперативное вмешательство (R0). Пациентам второй группы комбинированная паллиативная гастрэктомия (R1-2), 18 пациентам (14,4 %).

Что касается третьей группы, то в нее вошли 13 больных (10,4%). Из этого числа в 7 (53,84%) случаях выполнена оперативное вмешательство с формированием обходного гастроэнтероанастомоза, в 2х (15,38%) случаях – энтеростомия и в 4х (30,76%), эксплоративная лапаротомия. Рассматривая половые и возрастные особенности всех трех групп, особых отличия не наблюдалось, как и со стороны сопутствующих патологий. Резектабельность у больных с диагнозом МРРЖ составило 88,4% (112 наблюдений).

Больным 1й и 2й группы были произведены комбинированные оперативные вмешательства, где в 81,6% (102 наблюдения) случаях выполнена гастрэктомия (ГЭ), а в 16,0% (10 наблюдений) случаев выполнена субтотальная дистальная резекция желудка и в 2,4% (3 наблюдения) субтотальная проксимальная резекция желудка. В 93,6% (88) случаев радикальные операции (R0) выполнялись с внутрибрюшной лимфодиссекцией, объем которых составили. D2 и D3 в 6,38% (6 наблюдений) случаев.

Что касается паллиативных вмешательств, гастрэктомии с плоскостной резекцией в сочетании с термоэлектрокоагуляцией участков прорастания опухоли в структуры поджелудочной железы, внутрибрюшная лимфадиссекция D2 выполнена в 55,5% (80 наблюдений) и D1 в 44,5% (8 наблюдений) при выполнении гастрэктомии с низкой ручной обработкой культи двенадцатиперстной кишки при переходе опухоли в стенку 12 ти перстной кишки.

Результаты исследования и их обсуждение. Оценивая непосредственные результаты лечения, в 30,8% (29 наблюдений) случаев наблюдались осложнения после радикальных операций. В 19,1% случаев для ликвидации послеоперационных осложнений выполнялись релапаротомии. Наиболее частые осложнения проявлялись в виде послеоперационного панкреатита (2,1%), абсцесс брюшной полости различной локализации (2,5%) несостоятельность швов (2,1%), пневмонии (2,1%), что касается послеоперационной летальности, и то ее показатель составил $3,1 \pm 1,0\%$ (7 случаев).

В зависимости от объема и количества резецированных структур, нами были оценены и изучены непосредственные результаты после хирургических вмешательств. При резекции только одного соседнего органа, результаты вмешательств расценены как относительно удовлетворительные, где частота послеоперационных осложнений составила 23,1%, а летальность 5%. При расширенных оперативных вмешательствах

наблюдается рост уровня послеоперационных осложнений и смертности.

Так при хирургических вмешательствах с резекцией двух соседних органов частота послеоперационных осложнений составила 31,3%, а летальность 5%, трех соседних структур 36% а летальность 7,3%, четырех – 50% и 22,7% соответственно.

Таким образом, при выполнении расширенным операций с резекцией двух и более соседних структур при МРРЖ отрицательно влияет на непосредственные результаты лечения. Общая 5 летняя выживаемость у больных с МРРЖ, рассчитанная методом Каплан-Майера составила $10,4 \pm 2,5\%$, а медиана выживаемости – 12 мес.

В группе где проводились комбинированные радикальные операции общая 5-летняя выживаемость составила 14,4%, а медиана 16 мес. В группе с применением паллиативных гастрэктомий 3 летняя выживаемость равнялась $3,25 \pm 1,8\%$, медиана выживаемости 12 мес. В данной группе не один пациент не прожил более 4 лет. Одногодичная выживаемость после выполнения симптоматических операций составила $1,3 \pm 1,1\%$, более 2х лет не прожил ни один больной, медиана выживаемости составила 3 мес.

Выводы. Таким образом, основываясь на выше перечисленных результатах, полученных при нашем анализе у пациентов с МРРЖ относительно удовлетворительные результаты лечения, достигаются при выполнении комбинированных вмешательств с удалением всей опухоли (R0). При вовлечением в опухолевой процесс трех и более соседних структур, ухудшает прогноз отдаленных результатов лечения, но даже такой подход с применением комбинированных хирургических вмешательств является более благоприятным по сравнению с применением симптоматических операций. Применение паллиативных гастрэктомий направлено не только на борьбу с опасными для жизни осложнениями угрожающих жизни пациентов. Полученные данные указывают на необходимость разработки критериев, которые будут определять целесообразность комбинированных вмешательств.

Литература:

1. Абдихакимов А.Н. Результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка T4 N2 M0 // *Анналы хирургии*. 2003. № 1. С. 23–27.
2. Бесова Н. С., Бяхов М. Ю., Константинова М. М. и соавторы. Практические рекомендации по лекарственному лечению рака желудка // *Злокачественные опухоли: Практические рекомендации RUSSCO #3s2*, 2018 (том 8). С. 273–288.
3. Варенников А.И. Многокомпонентное лечение больных с распространенными формами рака же-

- лудка: Автореф. дис. канд. мед. наук. Уфа, 2003. 32 с.
4. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2006 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008. Т. 19, № 2 (прил. 1). С. 52–90.
 5. Давыдов М.И., Абдихакимов А.Н., Полоцкий Б.Е. и др. К вопросу о роли хирургии в лечении местнораспространенного и диссеминированного рака желудка // Анналы хирургии. 2002. № 2. С. 33–41.
 6. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Абдихакимов А.Н. и др. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения. Практическая онкология. 2011;7(3):18-24.
 7. Петельникова Е.С., Ким Т.В., Ким Е.Г. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка // Вопросы онкологии. 2003. Т. 49, № 3. С. 373–374.
 8. Стилиди И.С., Неред С.Н. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местнораспространенного рака желудка // Практическая онкология. 2009. Т. 10, № 1. С. 20–27.
 9. Скоропад В.Ю. Рациональная тактика лечения местнораспространенного рака желудка: место лучевой терапии // Практическая онкология. 2009. Т. 10, № 1. С. 28–35.
 10. Сукач С.Е. Комбинированная гастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией в хирургическом лечении рака желудка: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1992. 25 с.
 11. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П., Абдулхакимов Н.М. Лапароскопические и робот-ассистированные операции при местнораспространенном и генерализованном раке желудка. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2017.
 12. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. и др. Основные показатели онкологической помощи населению России в 2000 г. // Российский онкологический журнал. 2002. № 1. С. 35–39.
 13. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. Киев «Книга плюс». 2000.
 14. Ajani JA et al. Gastric cancer, version 5.2017, NCCN clinical practice guidelines in oncology. Journal of the National Comprehensive Cancer Network. 2017.
 15. 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.
 16. Kobayashi A., Nakagohri T., Konishi M. et al. Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer // J. Gastrointest. Surg. 2004. Vol. 8 (4). P.464–470.
 17. Ryu S.Y., Joo J.K., Park Y.K. et al. Prognosis of gastric carcinoma invading the mesocolon // Asian J. Surg. 2008. Vol. 31 (4). P. 179–184.
 18. 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.
 19. Wan Y.L., Liu Y.C., Tang J.Q. et al. Clinical analysis of combined resection for T4 gastric cancer: report of 69 cases // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2003. Vol. 41 (8). P. 594–596.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ГАСТРЭКТОМИИ МЕСТНО- РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Кулиев А.А., Джурраев М.Д.

***Резюме.** На основании ретроспективного анализа проанализированы результаты хирургического лечения больных с МРРЖ (125 случаев) протоколов операций, выписок из историй болезни медицинских карт по данным Самаркандского филиала Специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии за период 2014 по 2018 год. В зависимости от объема и подхода к выполненным оперативным вмешательствам все больных были распределены на три группы. В первую группу вошли 94 (75,1%) больных. В данной группе было выполнено радикальное комбинированное оперативное вмешательство (R0). Пациентам второй группы комбинированная паллиативная гастрэктомия (R1-2), 18 пациентам (14,4 %). Что касается третьей группы, то в нее вошли 13 больных (10,4%) с экзplorативными и симптоматическими операциями. В группе где проводились комбинированные радикальные операции общая 5-летняя выживаемость составила 14,4%, а медиана 16 мес. В группе с применением паллиативных гастрэктомий 3 летняя выживаемость равнялось $3,25 \pm 1,8$ %, медиана выживаемости 12 мес. В данной группе не один пациент не прожил более 4 лет. Одногодичная выживаемость после выполнения симптоматических операций составила $1,3 \pm 1,1$ %, более 2х лет не прожил ни один больной, медиана выживаемости составила 3 мес. При вовлечении в опухолевой процесс трех и более соседних структур, ухудшается прогноз отдаленных результатов лечения, но даже такой подход с применением комбинированных хирургических вмешательств является более благоприятным по сравнению с применением симптоматических операций. Применение паллиативных гастрэктомий направлено не только на борьбу с опасными для жизни осложнениями угрожающих жизни пациентов.*

***Ключевые слова:** местно-распространенный рак желудка, паллиативные гастрэктомии, плоскостная резекция капсулы поджелудочной железы, ручная обработка культи двенадцатиперстной кишки.*