

**ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА:
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ**

А.З. ГУСЕЙНОВ, Д.А. ИСТОМИН, Т.А. ГУСЕЙНОВ

*Медицинский институт, Тульский государственный университет,
300012, Россия, г. Тула, ул. Болдина, д. 128*

Аннотация. В статье подчеркивается актуальность проблемы диагностики лечения такой распространенной патологии как рак желудка. Рассматривая вопрос выбора объема оперативных вмешательств при раке желудка, констатируется выполнение на практике трех типов операций, утвердившихся при раке желудка: гастрэктомии, субтотальной проксимальной и дистальной резекции желудка. С учетом того, что гастрэктомия является более травматичным и недостаточно физиологичным вмешательством, в клинической практике отмечается увеличение частоты выполняемых субтотальных резекций при ряде форм рака желудка с локализацией в средней трети, разумеется не в ущерб радикальности выполняемых операций. Выявлено снижение осложнений, повышение качества жизни при органосохранных операциях, практически одинаковые показатели выживаемости больных после субтотальной резекции желудка и гастрэктомии. Рекомендуется выполнение субтотальной резекции желудка при экзофитном и смешанном раке средней трети желудка только после тщательной оценки формы, типа роста опухоли, распространения ее по стенке желудка. В то же время при сомнениях в радикальности субтотальной резекции рекомендуется проводить срочное гистологическое исследование линии резекции желудка для исключения опухолевого поражения. При диффузном инфильтративном типе рака однозначно рекомендуется выполнить гастрэктомию. Гастрэктомия показана также с целью выполнения адекватной лимфаденэктомии, когда во время мобилизации желудка выявляются пораженные и выраженные лимфатические узлы по ходу магистральных сосудов желудка и забрюшинные лимфоузлы. При наличии анатомической возможности рекомендуется выполнение высокой субтотальной резекции – «квазигастрэктомии». Высказывается мысль о расширении процента выполняемых субтотальных резекций без ухудшения отдаленных результатов.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, субтотальная резекция, осложнения, отдаленные результаты.

**VOLUME OF OPERATIVE INTERVENTIONS AT THE GASTRIC CANCER:
MODERN TENDENCIES**

A.Z.GUSE'NOV, D.A. ISTOMIN, T.A. GUSEINOV

The Institute of Medicine, Tula State University, 300012, Russia, Tula, st. Boldin, 128

Abstract. The paper presents the importance of the problem diagnosis and treatment of common diseases such as cancer of the stomach. According to choice of operative interventions in practice there are three types of operations used for treatment of gastric cancer: gastrectomy, subtotal proximal stomach resection and distal subtotal gastrectomy. Gastrectomy is more traumatic and under physiological intervention in clinical practice, there is an increase of frequency cases of performed subtotal resection with several forms of gastric cancer localized in the middle third, of course not at the expense of radicalism operations. Reduction in complications, improving the quality of life in organ-saving operations is showed. Recommended to perform a subtotal gastrectomy with exophytic and mixed middle third gastric cancer only after careful evaluation forms, such as tumor growth, spread it on the wall of the stomach. At the same time, with doubts about the radical subtotal resection is recommended urgent histology line resection of the tumor to avoid defeat. In diffuse infiltrative type cancer unequivocally recommend the gastrectomy. Gastrectomy is also shown to comply with an adequate lymphadenectomy, when, during the mobilization of gastric lesions to be detected and marked lymph nodes along the main vessels of the stomach and retroperitoneal lymph nodes. In the presence of anatomical features are recommended high subtotal resection "quasigastrectomy". It is thought to extend percent performed subtotal resection without compromising long-term results.

Key words: gastric cancer, gastrectomy, subtotal resection, complications, long-term results.

Вопросы диагностики и лечения рака желудка по-прежнему остаются актуальными. Единственным радикальным методом лечения является хирургический, который включает удаление части или всего желудка вместе с клетчаткой и регионарными лимфатическими узлами [1, 4, 6].

В настоящее время в клинической практике утвердились 3 основных типа операций в лечении рака желудка – гастрэктомия, субтотальная проксимальная и субтотальная дистальная резекции желудка. По сегодняшним установкам, субтотальная резекция желудка должна выполняться при экзофитных опухолях, расположенных в дистальных отделах желудка и не распространяющихся далее его угла. Про-

ксимальная субтотальная резекция должна выполняться при экзофитных опухолях, расположенных в кардии желудка. При расположении экзофитной опухоли в теле желудка, тотальном поражении, а также при инфильтративных опухолях любой локализации однозначно следует выполнять гастрэктомию [2, 3, 7].

В последние десятилетия тактика стандартной радикальной резекции желудка и гастрэктомии с D2-лимфодиссекцией, предложенная японскими исследователями, считается общепринятым в онкологии золотым стандартом лечения.

Современные концепции в медицине, в частности в онкологии предусматривают переход от традиционных стандартных операций к органосохранным и менее травматичным вмешательствам не в ущерб радикальности с обеспечением более высокого качества жизни» [4, 7]. Обязательными условиями считаются локализация опухоли строго в средней трети желудка и отдаление линии резекции от опухоли не менее 3,0 см [5]. При данном типе операции сохраняется верхняя и часть средней трети желудка, выполняется ограниченная лимфодиссекция, ибо удаляются лимфоузлы по краям резецируемого сегмента. Сравнительная оценка сегментарных и дистальных резекций желудка проведенная в исследованиях ряда японских авторов, показала лучшие функциональные результаты в группе больных, оперированных в объеме сегментарной резекции. За средний срок наблюдения 54,7 мес (интервал 19-101 мес) авторы не отмечают рецидивов [4, 5, 7].

Однако, несмотря на функциональные преимущества сегментарных резекций, данные вмешательства не входят в стандарт лечения больных раком желудка и представляют собой по сути оригинальные клинические исследования.

В практической онкологии в РФ гастрэктомия является одной из основных операций в арсенале хирургического лечения рака желудка ина ее долю приходится не менее 65% всех радикальных операций.

В то же время, по данным зарубежных авторов, в большинстве хирургических центров стран Запада гастрэктомия выполняется в 15-20% случаев и основная доля (80-85%) операций приходится на субтотальную резекцию желудка. Авторы обосновывают свою тактику, ссылаясь на 3- и 5-пятилетнюю выживаемость после субтотальной резекции, которые не хуже отдаленных результатов после гастрэктомии [4, 5].

Несмотря на то, что в последние годы уменьшились частота осложнений и летальность после гастрэктомии, эти показатели остаются более высокими, чем после субтотальной резекции желудка.

Цель исследования – уточнить показания к выполнению различных вариантов радикальных операций при раке желудка, обосновать возможность выполнения субтотальной резекции желудка при раке не только нижней, но и средней трети желудка.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы результаты лечения 26 больных раком желудка с локализацией опухоли в средней трети желудка на клинических базах кафедры хирургических болезней №1 Тульского государственного университета с 2006 по 2012 гг. Мужчин было 11 (43,3%), женщин – 15 (57,7%). Средний возраст больных составил 54,1±9,0 года.

У большинства (73%) больных отмечалась экзофитная, у остальных (27%) смешанная форма рака. В 21 (80%) случаях была выполнена стандартная гастрэктомия по методике Бондаря, в 5 (20%) – субтотальная резекция желудка по Бальфуру. Больные с инфильтративной формой рака в группы сравнения не включались.

Прослежена одно- и трехлетняя выживаемость пациентов после оперативного лечения. Больным регулярно (1-2 раза в год) проводилось лабораторное, эндоскопическое, ультразвуковое исследование, рентгенокомпьютерная (РКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для оценки общего статуса, состояния культи желудка и пищеводно-тонкокишечного анастомоза.

Результаты и их обсуждение. Однолетняя выживаемость составила 100%, через три года наблюдения умерло 3 (11,6%) больных после гастрэктомии. По данным лабораторного исследования, анемия через 1 год зарегистрирована у 10 (47,6%), через 3 года – у 6 (28,6%) больных после гастрэктомии. В группе больных после субтотальной резекции анемия не выявлена.

По данным эндоскопического исследования, явления анастомозита в группе больных после гастрэктомии выявлены через 1 год у 8 (38,1%), через 3 года – у 5 (23,8%) больных. После субтотальной резекции анастомозит отмечался через год после операции только у 1 (20%) больного, через 3 года – ни у одного.

Исходя из осложнений (анемия, анастомозит), отдаленному результату при таком раскладе локализации опухоли в клинической практике должна преобладать субтотальная резекция желудка.

Однако при выборе объема и характера вмешательства операции интраоперационно приходится учитывать и другие факторы.

Важна оценка макроскопической картины. Так, внешний вид опухоли желудка зависит от давности заболевания, степени морфологических изменений и гистологической структуры. Кроме локализации опухоли при выборе метода операции учитывается форма роста опухоли, распространение по желудоч-

ной стенке, переход на соседние органы и наличие метастазов.

Склоняясь к выбору субтотальной резекции желудка нельзя не учитывать такой фактор, как форма рака. Так, по данным некоторых исследователей, наиболее часто встречаются опухоли эндофитной формой роста (у 70% больных), реже наблюдаются опухоли с экзофитной формой роста (15% больных) и опухоли, имеющие смешанный характер роста регистрируются у 15% больных.

Следует учитывать и фактор роста опухоли по стенке желудка. Раковый процесс обычно начинает развиваться с небольшого участка слизистой оболочки и затем прорастает всю толщу стенки желудка. Помимо этого, наблюдается рост опухоли вдоль стенки по всем направлениям, но преимущественно в сторону кардии, что определяется особенностями лимфооттока. Распространение опухоли по типу ползущей инфильтрации является важным аргументом в пользу выполнения гастрэктомии.

Чрезвычайно важным практическим аспектом в выборе вида операции является то, что макро- и микроскопические границы опухоли не совпадают. Известно, что экзофитно растущие в просвет желудка опухоли характеризуются очерченными границами, от видимого края опухоли раковая инфильтрация распространяется на 2-3 см. Эндофитно растущие в толще стенки желудка опухоли распространяются инфильтративно от видимой границы опухоли не менее 8-10 см. Смешанные опухоли имеют видимую инфильтрацию в пределах 3-5 см от края опухоли.

Наличие сомнений в характере инфильтрации надо предполагать выполнение более расширенной операции – гастрэктомии.

При выполнении субтотальной резекции, кроме других известных моментов, линия пересечения по малой кривизне должна находиться на уровне пищевода, а по большой – на уровне нижнего полюса селезенки, что отражается на радикальности выполняемой субтотальной резекции желудка.

При субтотальной резекции желудок необходимо пересекать выше 6 см от опухоли, чтобы отсечь ткань желудка на уровне, где возможна ее раковая инфильтрация. В случаях, когда по гистологическим данным имеется смешанный рак, необходимо пересечь желудок не менее чем на 8 см выше опухоли.

Наконец, последним аргументом в решении вопроса о наличии опухолевых комплексов в оставленной культе желудка является срочное морфологическое исследование краев резекции.

Некоторые авторы, избегая выполнения гастрэктомии, производят расширенную резекцию желудка, оставляя маленькую культуру, и называют эту операцию высокой субтотальной резекцией, или «квази-гастрэктомией». Сформировать анастомоз между такой малой культурой и тощей кишкой легче, чем с пищеводом. При высокой субтотальной резекции следует контролировать кровоснабжение культуры желудка, так как может возникнуть ее ишемия из-за пережатия левой желудочной артерии в месте ее отхождения от чревного ствола.

Оставление культуры желудка после субтотальной резекции желудка позволяет уменьшить количество интра- и послеоперационных осложнений, повышает качество жизни больных, не уменьшая радикальность проведенной операции.

Выводы. При экзофитном и смешанном раке средней трети желудка возможно выполнение субтотальной резекции желудка после тщательной оценки формы, типа роста опухоли, распространения ее по стенке желудка.

При сомнениях в радикальности субтотальной резекции следует обязательно проводить срочное гистологическое исследование линии отсеченного желудка для исключения опухолевого поражения.

При диффузном инфильтративном типе рака однозначно следует выполнить гастрэктомию. Гастрэктомия также показана большим инфильтративным раком, поражающим весь желудок или занимающим среднюю треть желудка, при полиповидных опухолях средней трети, при опухолях, локализующихся в проксимальной трети желудка, при раке желудка, сочетающемся с полипозом, а также при раке желудка на фоне атрофического гастрита.

Гастрэктомия должна проводиться также с целью выполнения адекватной лимфаденэктомии, когда во время мобилизации желудка выявляются пораженные и выраженные лимфатические узлы по ходу магистральных сосудов желудка и забрюшинные лимфоузлы.

При наличии анатомической возможности следует стремиться к выполнению высокой субтотальной резекции – «квазигастрэктомии».

Литература

1. Гусейнов, А.З. Пострезекционная атония желудка в онкологической практике Новые мед. технологии в реализации программы «Здоровье населения России». Мат. IX Дорожной научно-практической конференции врачей ЛПУ МЖД Изд-во «МИА» / А.З. Гусейнов, В.А. Головин, С.С. Солонский, Е.В. Юдин.– М., 2008.– С. 60–63.
2. Гусейнов, А.З. Рубцующая язва и рак желудка: эндоскопические критерии диагностики / А.З. Гусейнов, Н.А. Карасева // Вестник новых медицинских технологий (Электронное издание).– 2012.– № 1. [режим доступа] URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2012-1/4125.pdf>
3. Давыдов, М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.И. Давыдов,

М.Д. Тер-Ованесов // Современная онкология.– 2000.– Том 2.– N1.– С. 4–10.

4. *Давыдов, М.И.* Кардиоэзофагеальный рак: классификация, хирургическая тактика, основные факторы прогноза / М.И. Давыдов, И.Н. Туркин, И.С. Стилиди, Б.Е. Полоцкий, М.Д. Тер-Ованесов // Вестник Российского Онкологического Научного Центра имени Н.Н. Блохина РАМН.– 2003.– N1.– С. 82–89.

5. *Щепотин, И.Б.* Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р. Эванс.– Киев: «КнигаПлюс», 2000.– 227 с.

6. *Gotoda, T.* Evaluation of the necessity for gastrectomy with lymph node dissection for patients with submucosal invasive gastric cancer / T. Gotoda, M. Sasako, H.E.A. Ono // British Journal of Surgery.– 2001. – 88.– P. 444–449.

7. *Johnson, C.D.* Recent Advances in Surgery. Mitsuru Sasako. Surgery for gastric cancer. No.23 / C.D. Johnson, I. Taylor // Surgery for Gastric Cancer.– 2000.– P. 11–21.