

Результаты хирургического лечения рака желудка с применением расширенной лимфодиссекции

Ю.В.Истомин

Results of surgical treatment of gastric cancer with extended lymph node dissection

J.V. Istomin

Резюме

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты радикального хирургического лечения рака желудка у 1171 больного. 645 пациентов прооперированы без расширенной лимфодиссекции, 526 – с применением последней в минимальном объеме D2. Несмотря на увеличившийся объем операции число послеоперационных осложнений снижено с 20,6% до 7,7%, послеоперационная летальность с 7,9% до 1,7%, благодаря применению модифицированной методики пищевода – тонкокишечного анастомоза. Общая пятилетняя выживаемость больных раком желудка, перенесших хирургическое лечение с РЛД D2-4 составила 73%, без РЛД – 58% ($p = 0,0002$), статистически значимые различия получены для пациентов 3А, 3Б и 4 (M0) стадий.

Ключевые слова: рак желудка, расширенная лимфодиссекция, выживаемость.

Summary

The direct and remote results of radical surgical treatment of a cancer of a stomach at 1171 patients are analysed. 645 patients - without extended lymph node dissection (LND), 526 - with LND in minimal volume D2. Despite of the increased volume of operation the number of postoperative complications is reduced from 20.6 % to 7.7 %, postoperative death from 7.9 % up to 1.7 %, due to application of the modified technique esophagojejunostomosis. The general five years' survival rate of patients with a cancer of the stomach, transferred surgical treatment with LND D2-4 has made 73 %, without LND - 58 % ($p = 0,0002$), statistically significant distinctions are received for patients 3A, 3B and 4 (M0) stages.

Key words: a cancer of the stomach, extended lymph node dissection, survival rate.

Несмотря на некоторое снижение заболеваемости раком желудка (РЖ) в последнее время, ежегодно в мире регистрируется 798 тысяч новых случаев, что составляет 9,9% от всех впервые выявленных злокачественных новообразований, и каждый год 628 тысяч пациентов умирают от этого заболевания. В Российской Федерации РЖ является второй по частоте локализацией среди всех злокачественных новообразований, уступая лишь раку легкого у мужчин и раку молочной железы и кожи у женщин(1).

В последние три десятилетия хирургический способ лечения РЖ претерпел значительные изменения. Благодаря разработке и внедрению технологии расширенной лимфодиссекции (РЛД), подразумевающей удаление единым блоком вместе с пораженным органом зон регионарного метастазирования, удалось улучшить 5-летнюю выживаемость на 10-20%.(2, 3, 4).

В то же время, в представленном в 2004г мета – анализе Кохрейновского сообщества(5) в который включено 2 рандомизированных, 2 нерандомизированных, 11 когортных исследований, авторы показали, что эффективность расширенной лимфодиссекции (D2-4) по сравнению с ограниченной(D 0-1) не доказана, к тому же она приводит к увеличению числа осложнений и периперационной летальности.

Цель исследования – изучение эффективности расширенной лимфодиссекции (РЛД D2-4) в хирургическом лечении рака желудка.

Материал и методы исследования

Материалами для исследования являлась медицинская документация в общей сложности на 1171 больного из жителей города Екатеринбурга и Свердловской области, которым в период с 1978г. по 1988г. и с 2000г. по 2004 г. проводилось хирургическое лечение в отделении абдоминальной онкологии Свердловского областного онкологического диспансера по поводу рака желудка. Пациенты были разделены на две группы, соответственно срокам лечения - с 1978 по 1988 гг. (645 пациентов) и 2000-2004 годы (526 пациентов) по признаку объема и характера выполненного оперативного вмешательства. Все больные первой группы были прооперированы по принятой в тот период единой методике, без расширенной лимфодиссекции (D 0-1), с формированием двухрядного конце-петлевого эзофагоjejunostomosis. Всем пациентам второй группы выполнялась расширенная лимфодиссекция объема D2-4, с модифицированным инвагинационным трехрядным пищевода – тонкокишечным анастомозом. Стадирование заболевания осуществлялось в соответствии с действующей классификацией TNM (UICC). Отдаленная выживаемость анализировалась по методу Каплана – Майера с оценкой достоверности log-rank test.

Ю.В.Истомин - отделение абдоминальной онкологии ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер г. Екатеринбург.

Таблица 1. Общие сведения по сравниваемым группам пациентов

Показатель	РЛД D0-1	РЛД D2-4
Число пациентов	645	526
Средний возраст, лет	58	59
Мужчины, %	59	60
Женщины, %	41	40
Стадия опухолевого процесса (%%)		
I – II	I – II	I – II
III-IV	III-IV	III-IV
Характер выполненных операций (абс. число)		
Субтотальная дистальная резекция	435	285
Гастрэктомия	118	72
Гастрэктомия комб.	92	169

Таблица 2. Сравнительные данные послеоперационных осложнений и летальности в %/‰.

Операция	РЛД D0-1			РЛД D2-4		
	Число больных	Ослож-Нения	Леталь-Ность	Число больных	Ослож-нения	Леталь-ность
Резекции	435	14.2	4.8	285	5.2	1.4
Гастрэктомии	118	29.8	14.4	72	6.9	0
Гастрэктомии комб	92	40.2	14.5	169	12.4	2.9
Итого	645	20.6	7.9	526	7.7	1.7

Результаты и их обсуждение

Основные общие сведения, характеризующие группы пациентов представлены в таблице 1. Средний возраст пациентов в первой группе составил 58 лет, во второй — 59 лет, соотношение мужчин и женщин то же примерно равно – 1,5 / 1 в обеих группах. Равным числом представлены и стадии рака желудка у прооперированных больных, в группе РЛД D0 1 и 2 стадии составили 62%, в группе с РЛД D2-4 – 61%, 3 и 4 стадии соответственно – 38% и 39%.

Общий процент послеоперационных осложнений в группе РЛД D2-4 составил 7,7% (таблица 2). Как и следовало ожидать, послеоперационные осложнения оказались выше в группе пациентов, перенесших операции с резекцией пищевода – 21,4%. После стандартных гастрэктомий с РЛД D2 осложнения составили 6,9%, после комбинированных гастрэктомий с РЛД D2 – 5,7%, после гастрэктомий с РЛД D4, где комбинированный характер носили все операции – 13,7%. На 7 случаев несостоятельности анастомозов – 1 – гастроэнтероанастомоза после резекции желудка, 1 — толстокишечного анастомоза, то есть несостоятельности пищевода – тонкокишечного анастомоза составили 5 случаев (1,9%). На втором месте по частоте встречаемости – послеоперационные панкре-

атиты и панкреонекрозы, развившиеся в 6 случаях, что составило 1,1%. Такое же число анастомозитов пищевода – тонкокишечного или пищевода – желудочного анастомозов. Внутривнутрибрюшные послеоперационные кровотечения имели место в 5 случаях (0,9%), так же часто случались послеоперационные пневмонии. Абсцессы брюшной полости развились в 4 случаях (0,7%).

Общее число послеоперационных осложнений в группе РЛД D0-1 составило 20,6%, при этом они превышают соответствующие показатели операций с РЛД D2-4. Так, несостоятельности швов анастомозов составили 6%, послеоперационные панкреатиты и панкреонекрозы – 5,7%, пневмонии – 2,4%, абсцессы брюшной полости – 2%. Значительно отличается и показатели послеоперационной летальности.

Применение методики инвагинационного концевое пищевода-тонкокишечного анастомоза в группе больных с РЛД D2-4 позволило снизить послеоперационные осложнения с 20,6% до 7,7%, а летальность с 7,9% до 1,7%.

Отдаленные результаты оценены нами у 285 пациентов, прооперированных без применения расширенной лимфодиссекции РЛД D0-1 и у 335 пациентов с применением последней (РЛД D2-4). Соотношение по стадиям представлено в таблице 3.

Таблица 3. Распределение пациентов по стадиям опухолевого процесса

Стадия	РЛД D0-1		РЛД D2-4.		Всего	
	Число больных		Число больных		Абс.	%%
	Абс.	%%	Абс.	%%		
1А	24	8,0	28	8,0	52	8,0
1Б	15	5,0	54	16,0	69	11,0
2	119	42,0	123	36,0	24	39,0
3А	79	28,0	66	20,0	145	24,0
3Б	38	13,0	29	9,0	67	11,0
4	10	4,0	35	11,0	45	7,0
Итого	285	100	335	100	620	100

Таблица 4. Сравнение отдаленной выживаемости больных раком желудка в группах расширенной и ограниченной лимфодиссекции по стадиям заболевания.

Стадия	РЛД D0-1		РЛД D2-4		P
	Выживаемость		Выживаемость		
	Медиана(мес).	5-лет.(%)	Медиана(мес).	5-лет.(%)	
1А	48	85,0	51,6	93,0	<0,05*
1Б	48	84,0	44,4	80,0	0,46
2	36	73,0	45	73,0	0,14
3А	28	38,0	43	57,0	0,03*
3Б	18	23,0	38	51,0	0,01*
4	18	11,0	32	46,0	0,05*
Итого	31,6	58,0	44,2	73,0	0,00002*

* Статистическая достоверность различий $p < 0,05$

Распределение больных по стадиям заболевания в анализируемой группе совпадает с распределением пациентов, прооперированных вообще, что говорит о репрезентативности выборки.

Показатель 5-летней выживаемости пациентов с РЛД D2-4 составил 73%, тогда как с РЛД D0-1 только 58%, ($p=0,00002$). При 1 и 2 стадиях различия отдаленной выживаемости пациентов с РЛД D2 и РЛД D0 статистически недостоверны. Однако медиана выживаемости и анализ подгрупп (1А , 1Б стадий), показывает преимущества расширенной лимфодиссекции в стадировании заболевания и, следовательно, прогнозе.

Статистически значимые различия получены нами при анализе выживаемости больных с 3А , 3Б и 4 (M0) ст. рака желудка (таблица 4).

Пятилетняя выживаемость при 3А стадии в группе расширенной лимфодиссекции составила 57,0%, против 38,0% ($p=0,03$) в группе ограниченной лимфодиссекции, при 3Б соответственно – 51,0% и 23,0% ($p=0,01$), при 4 ст. – 46,0% и 11,0% ($p=0,05$).

Выводы

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что применение расширенной лимфодиссекции в хирургическом лечении рака желудка не сопровождается увеличением послеоперационных осложнений и летальности при наличии надежных методов формирования пищеводных анастомозов. Расширенная лимфодиссекция достоверно улучшает показатели 5-летней выживаемости больных местно – распространенным раком желудка (в 3 и 4 ст. без отдаленных метастазов).

Литература:

1. Чиссов В.И. Злокачественные новообразования в России в 2004 г. // под ред. В.И. Чиссова.- М.: 2005.- 473с.
2. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов // Современная онкология.- 2000.-Т.2, №1.- С.4-12.
3. Maruyama K. Surgical treatment and end results of gastric cancer / K.Maruyama, S. Matsumoto, A. Ohtsu, T. Sato // Prev.Treatm.Gastrointest.Malign. Cologne.- 2001. № 6(2) – P. 67-72.
4. Siewert J.R. Benefits of gastric cancer and pN0 pN1 lymph node metastases / J.R. Siewert, R. Kestlmeier, R. Busch Br. J. Surg.- 1996.- Vol. 83.- P. 1144-1147.
5. McCulloch P, Nita ME, Kazi H, Gama-Rodrigues J Extended versus limited lymph nodes dissection technique for adenocarcinoma of the stomach.// Cochrane Database Syst Rev.2004 Oct.