

Левосторонняя верхняя эвисцерация брюшной полости (left upper abdominal evisceration - LUAE) в лечении рака желудка

Ю.В.Истомин, к.м.н., заведующий отделением абдоминальной онкологии ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер г. Екатеринбург

Left upper abdominal evisceration for treatment gastric cancer

J.V. Istomin

Резюме

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты лечения больных инфильтративным раком желудка с тотальным или субтотальным поражением органа с применением операции LUAE (left upper abdominal evisceration). Послеоперационные осложнения составили 21,1%, послеоперационная летальность – 3,3%. Пятилетняя выживаемость в группе LUAE – 33%, в группе стандартных вмешательств – 0%.

Ключевые слова: рак желудка, расширенная лимфодиссекция, эвисцерация, выживаемость

Resume

The direct and remote results of treatment of the patients with cancer of a stomach with total or subtotal defeat of body with operation LUAE (left upper abdominal evisceration) are analysed. Postoperative complications have made 21,1 %, postoperative mortality - 3,3 %. Five years' survival rate in group LUAE - 33 %, in group of standard interventions - 0 % ($p=0,02$).

Key words: a cancer of the stomach, extended lymph nod dissection, evisceration, survival rate

В 80-х годах прошлого века японскими хирургами (1,2,3,4) была применена левосторонняя верхняя эвисцерация брюшной полости (left upper abdominal evisceration - LUAE) при лечении распространенного рака желудка. Основой послужила операция Arplaby (гастропленгемипанкреатэктомия с резекцией поперечно-ободочной кишки и левосторонней адреналэктомией), применяющаяся автором в 50-х годах для лечения рака желудка 3б и 4 стадии. Используя опыт и идеологию расширенной лимфодиссекции, авторы LUAE дополнили операцию Arplaby лимфодиссекцией D4, что подразумевает удаление всех 16-и групп регионарных лимфоузлов в соответствии с Основными правилами по изучению рака желудка (General Rules for Gastric Cancer Study), разработанными Японским исследовательским обществом по изучению рака желудка (JRS GC).

Несмотря на значительный объем операции непосредственные результаты были не хуже, а отдаленные — значительно лучше стандартных вмешательств (5,6).

Цель исследования

Оценка эффективности операции LUAE в лечении инфильтративного рака желудка с тотальным или субтотальным поражением органа.

Материалы и методы исследования

В основную анализируемую группу включены пациенты (33 человека), которым выполнена операция LUAE с РЛД D 4 с гистологически -, клинически - и инструментально подтвержденным диагнозом рака желудка с тотальным (субтотальным) поражением органа на до- и интраоперационном этапе. Контролем послужили пациенты (26 больных) с тем же диагнозом, которым выполнен тот или иной стандартный объем операции с расширенной лимфодиссекцией D2. Статистическая обработка данных производилась с использованием программных пакетов для статистических расчетов NCSS 2001, Microsoft Excel, 2005 и Statistica for Windows" (Stat. Soft. Inc., версия 6.0). Достоверными считались различия при $p < 0,05$. Построение кривых выживаемости проводилось по методу Каплана-Майера с оценкой достоверности $\log - \text{rank test}$.

Результаты исследования

Как представлено в таблице 1 группы оказались достаточно сопоставимы по основным критериям. Для оценки непосредственных результатов важным компонентом на наш взгляд является процент комбинированных вмешательств, который составил в группе LUAE – 100%, а в группе РЛД – 50%.

Перечень и число послеоперационных осложнений и летальности представлен в таблице 2.

Как видно из таблицы, число осложнений в группе LUAE составило 21,1%, в группе стандартных операций с РЛД D2 – 7,6%. В одном случае после опера-

Ответственный за ведение переписки

Истомин Ю.В., e-mail: istomin_uv@mail.ru

620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 29,

МЦ "Онкология"

Таблица 1. Характеристика групп пациентов.

Показатель	Группа LUAЕ	Группа РЛД
Число больных (абс.)	33	26
Мужчины (абс.)	20	11
Женщины(абс.)	13	15
Средний возраст	49лет	55лет
% комбинированных операций	100%	50%

Таблица 2. Характер послеоперационных осложнений и летальность (абс.)

Осложнение	Группа LUAЕ	Группа РЛД D2	Всего
Панкреатит	2	1	3
Абсцесс брюшной полости	3	1	4
Несостоятельность толстокишечного анастомоза	1/1		1/1
Некроз отводящей кишки	1		1
Итого	7/1(21,1%/3,3%)	2(7,6%)	9/1(15,3%/1,7%)

Таблица 3. Сравнительная характеристика технических сторон расширенных и комбинированных операций при раке желудка.

Объем операции	Длительность	Средний объем кровопотери	% случаев гемотрансфуз.	Средне число исследованных л/узлов
РЛД D2	3ч.50мин.	490мл.	8,7	9
РЛД D4	4ч.35мин.	621мл.	12	25
LUAЕ	5ч34мин.	859мл.	45	31

Таблица 4. Стадии опухолевого процесса в группах пациентов, установленные после операций LUAЕ и РЛД (абс./ %)

Стадия	Группа LUAЕ	Группа РЛД	Всего
1А	0	0	0
1Б	0	2/7,7	2/3,4
2	3/9,1	12/46,1	15/25,4
3А	10/30,3	4/15,4	14/23,7

ции LUAE развилась несостоятельность толстокишечного анастомоза с развитием перитонита и летальным исходом, других летальных исходов не было. В одном случае имел место некроз отводящей кишки эзофагоюнонастомоза, что потребовало релапаротомии и реэзофагоюностомии с выздоровлением пациентки. Дважды констатированы послеоперационные панкреатиты и трижды – абсцессы брюшной полости, купированные консервативно. Послеоперационная летальность составила соответственно 3,3% в группе LUAE и 0% в группе стандартных вмешательств.

В таблице 3 представлены данные о некоторых технических моментах операции LUAE в сравнении со стандартными вмешательствами. Как видно из таблицы операция LUAE, более чем на 1 час длится дольше, чем операция с РЛД D4. Интраоперационная кровопотеря при этом виде вмешательства в среднем составила 859мл., что на 360 мл. больше, чем после операции с РЛД D2 и на 240 мл. больше, чем РЛД D4.

Это в свою очередь обусловило более частую необходимость ее возмещения во время операции (в 3,5 раза чаще, чем при операциях с РЛД D4). Число исследованных лимфоузлов при операциях LUAE в 3 раза больше, чем при РЛД D2 и на 25%, чем при РЛД D4. В целом, с учетом тяжести операции LUAE можно говорить об удовлетворительных непосредственных ее исходах

Проанализированы отдаленные результаты лечения всех пациентов, перенесших операцию LUAE. Наибольшее значение для отдаленной выживаемости имеет конечно стадия заболевания. Послеоперационное патогистологическое стадирование показало (таблица 4), что 3Б и 4 стадия в группе LUAE в два раза превышает таковую в группе РЛД, составляя 60,6% против 30,8%. и, напротив, 2 - я стадия была установлена в 5 раз реже (9,1% против 46,1%).

Гистологические варианты опухоли в обеих группах оказались примерно одинаковыми. Так железистый рак составил в группе LUAE 57%, в группе РЛД

– 51%, недифференцированный и перстневидноклеточный рак соответственно – 43% и 49%. Следовательно, у нас есть основания говорить об отсутствии преимуществ в анализируемых группах больных для отдаленной их выживаемости. Анализ динамики отдаленной выживаемости пациентов с тотальным или субтотальным раком желудка после выполнения им операции типа LUAE показывает, что она значительно превосходит таковую после операций меньшего объема с первого года наблюдения.

Ко второму году после операции выживаемость пациентов в группе LUAE составляет 72%, а в группе РЛД – 50%. К 3-му году после операции живы 65% пациентов из группы LUAE и только 30% из группы РЛД. В среднем 5-летняя выживаемость больных в группе LUAE составила 33%, тогда как из группы РЛД ни один пациент не пережил 3,5 летний рубеж. Данные различия статистически достоверны $p=0,02$.

Подсчитанная нами медиана выживаемости подтверждает вышеприведенные данные. Так, из группы РЛД (26 больных) только 13 пережили 6 месяцев после операции, тогда как в группе LUAE 16 человек пережили 15 месячный рубеж.

Таким образом, у пациентов с тотальным или субтотальным инфилтративным раком желудка, 5-летняя выживаемость которых была наименьшей, в случаях выполнения им операции верхней левосторонней эвисцерации брюшной полости, мы получили значительный её прирост подтверждающий статистически (медиана выживаемости в 2,5 раза выше, чем после операций меньшего объема). Такие вмешательства, не смотря на то, что по объему значительно превосходят стандартные, требуют более длительного времени в среднем на 1 час 45 минут, сопровождаются большей кровопотерей (859 мл. против 490мл.), - при отработанной технологии не сопровождаются критическим увеличением послеоперационных осложнений и летальности, которые составляют соответственно 21,1 и 3,3%.■

Литература:

1. Oyama S. Left upper abdominal evisceration for advanced gastric cancer. *Gau To Kagaku Ryoho* - 1994 - Vol21, - N 4. - p. 1781 - 1786
2. Yonemura Y, Sugiyama K, Fujimura T, Kamata T, Sawa T, Takashima T, Ninomiya I, Fonseca L, Tsugawa K, Matsumoto H, et al. A new surgical technique (left upper abdominal evisceration) for advanced carcinoma of the gastric stump. *Hepatogastroenterology*. 1994 Apr; 41(2): 130-3
3. Furukawa H, Iwanaga T, Hiratsuka M. et al. Rational surgical operations for advanced cancers located in the middle of the stomach. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* - 1989 - 90(9) - p.1322-1325.
4. Isozaki H, Tanaka N, Fujii K, Nomura E, Tanigawa N. Surgical treatment for advanced carcinoma of the gastric remnant. *Hepatogastroenterology*. 1998 Sep-Oct; 45(23): 1896-900
5. Isozaki H, Tanaka N. et. al. „Improvement of the prognosis of gastric cancer with extensive serosal invasion using left upper abdominal evisceration.- *Hepatogastroenterology*, 2001, 48(40) p1179-1182.
6. Yonemura Y, Kawamura T., et al., Postoperative results of left upper abdominal evisceration for advanced gastric cancer.- *Hepatogastroenterology*, 2000, 47(32), p 571-574.