

Ю.А. Винник<sup>1</sup>  
В.В. Олексенко<sup>2</sup>  
С.В. Ефетов<sup>3</sup>  
К.А. Алиев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

<sup>2</sup>ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

<sup>3</sup>КРУ «Онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова», Симферополь, АР Крым

**Ключевые слова:** местно-распространенный рак проксимального отдела желудка, мультивисцеральные резекции, отдаленные результаты.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

**Цель:** анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных местно-распространенным раком проксимального отдела желудка (РПОЖ). **Объект и методы:** в исследование включены 180 больных с локализацией опухоли в проксимальном отделе желудка II и III типа по классификации J.R. Siewert, из которых 73 пациентам (основная группа) произведены мультивисцеральные резекции, 107 (контрольная группа) — стандартные по объему хирургические вмешательства. Средний возраст больных основной группы составлял  $60,5 \pm 7,9$  года (44–76 лет), контрольной —  $61,9 \pm 7,3$  года (34–76 лет). **Результаты:** при выполнении комбинированных хирургических вмешательств у 32 (43,9 $\pm$ 5,8%) больных проведено en bloc удаление или резекция одного смежного с желудком органа, у 20 (27,4 $\pm$ 5,2%) — двух, 6 (8,2 $\pm$ 3,2%) — трех, 13 (17,8 $\pm$ 4,5%) — четырех и у 2 (2,7 $\pm$ 1,9%) больных — пяти органов. Установлено, что комбинированные операции при местно-распространенном РПОЖ сопровождаются увеличением количества послеоперационных осложнений и летальных исходов. Резекция поджелудочной железы статистически значимо ассоциируется с большим количеством послеоперационных осложнений. Регионарное лимфогенное метастазирование ухудшает отдаленные результаты оперативного лечения. **Вывод:** ввиду отсутствия ранней диагностики хирургическое лечение больных местно-распространенным РПОЖ (стадии pT4) остается единственным шансом продления жизни, в связи с чем являются актуальными разработки, направленные на улучшение результатов лечения данной категории пациентов.

### ВВЕДЕНИЕ

Рак желудка (РЖ) в структуре онкологической смертности от злокачественных новообразований остается во многих странах мира одной из ведущих причин смерти, занимая 2-е место после рака легкого [11], в Украине — 3-е место после опухолей легкого и колоректального рака (смертность составляет 10,7%) [5].

За последнее десятилетие отмечено некоторое снижение заболеваемости РЖ за счет опухолей дистальной локализации. В то же время частота рака проксимального отдела желудка (РПОЖ) имеет устойчивую тенденцию к росту. РПОЖ составляет 10–37% среди всех локализаций РЖ; по данным большинства международных канцер-регистров, ни одна опухоль иной локализации не демонстрирует такого интенсивного повышения заболеваемости, что и определяет сохраняющуюся высокую смертность от РЖ [2]. Результаты лечения РПОЖ нельзя признать удовлетворительными. Показатели операбельности этого злокачественного новообразования колеблются от 40 до 70%, резектабельности — от 38 до 69%, что отражается на отдаленных результатах лечения [8].

Причинами фатального течения РПОЖ являются трудности диагностики доклинических стадий — Tis и T1. Ранняя диагностика является одним из приоритетных и эффективных путей снижения смертности. В отличие от Японии, где более половины вновь зарегистрированных случаев относятся к раннему раку, в Украине большинство больных на момент установления диагноза имеют распространенную стадию: III — 24,9%, IV — 30,8% [5]. РПОЖ с вовлечением зоны пищеводно-желудочного перехода в стадии pTis и pT1 не превышает 8–9% всех новых случаев, у 65% больных диагностируют III–IV стадии [4].

Хирургическое лечение РЖ по-прежнему остается в центре внимания. Несмотря на определенный прогресс в анестезиологическом и реанимационном обеспечении, прогноз при обширном местном распространении РЖ с инвазией опухоли в смежные анатомические структуры остается сложной проблемой хирургии и в ряде случаев является причиной необоснованного отказа от выполнения радикальных операций, особенно в неспециализированных лечебных учреждениях [3].

При анализе опубликованных данных современной литературы относительно непосредственных

и отдаленных результатов хирургического лечения распространенных форм РЖ становится очевидной их несогласованность. Так, частота осложнений после комбинированных радикальных операций колеблется от 5 до 59,4%, послеоперационная летальность — от 3,3 до 24,2% [9, 10, 13]. Столь широкий диапазон показателей не позволяет сделать однозначный вывод. Отдаленные результаты, демонстрирующие 5-летнюю выживаемость радикально прооперированных пациентов, в ряде исследований вовсе отсутствуют, в остальных не превышают 49,3% [1, 3, 7, 10, 12, 13]. Локализация опухоли в проксимальном отделе определяет наиболее пессимистические результаты лечения по сравнению с другими локализациями РЖ. Наиболее низкие показатели выживаемости отмечают при местно-распространенном РПОЖ в стадии рТ4. Средняя продолжительность жизни (СПЖ) составляет  $22,5 \pm 5,3$  мес, медиана выживаемости (МВ) — 9 мес, то есть более половины пациентов умирают в течение первого года наблюдения. При инвазии опухоли в окружающие органы частота лимфогенного метастазирования возрастает: с 16,2% при рN0 до 33,8% при рN1–3, при этом поражение отдаленных лимфоколлекторов, к которым относятся медиастинальные и парааортальные лимфатические узлы (ЛУ), достигает 32,5% [8], что поднимает вопрос оптимального объема лимфодиссекции или целесообразности ее расширения до объема D3.

Отсутствие единой хирургической тактики, разноречивость непосредственных и отдаленных результатов лечения определили актуальность настоящего исследования.

Целью исследования является анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных местно-распространенным РПОЖ.

## ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

РПОЖ, согласно классификации J.R. Siewert [14], разделяют на 3 типа: I — опухоль в дистальном отделе пищевода (Barrett's adenocarcinomas of the distal esophagus); II — опухоль в гастроэзофагеальном переходе; III — субкардиальная опухоль. В данной работе представлены результаты лечения больных с опухолями II и III типа. Стратификация имеющихся данных основана на классификации А.А. Русанова [6], получившей наибольшее распространение в странах СНГ: а) кардиальный рак — опухоль кардиального отдела желудка; б) гастрокардиальный рак — опухоль кардиального и нижерасположенных отделов желудка; в) кардиоэзофагеальный рак — опухоль кардиального отдела желудка с распространением на пищевод; г) гастроэзофагеальный рак — самое обширное поражение желудка, включающее нижерасположенные отделы желудка и пищевод.

Основой нашей работы, носившей ретроспективный характер, стал анализ результатов хирургического лечения 180 больных РПОЖ, прошедших

лечение на базе клиники онкологии КРУ «Онкологический клинический диспансер имени В.М. Ефетова» за период с 1999 по 2008 г.

С учетом объема оперативного вмешательства пациенты были разделены на 2 сопоставимые группы: основная — 73 больных, которым в связи с местным распространением опухоли желудка была произведена комбинированная операция, и контрольная — 107 больных, которым выполнены стандартные по объему хирургические вмешательства.

Средний возраст пациентов основной группы составил  $60,5 \pm 7,9$  года, контрольной —  $61,9 \pm 7,3$  года ( $p = 0,42$ ). Соотношение мужчин и женщин в основной группе составило 49 (67,1%) к 24 (32,9%), в контрольной — 73 (68,2%) к 34 (31,8%).

Программа исследования была одинакова для пациентов обеих групп, включала применение клинических, инструментальных и лабораторных методов обследования. Для оценки распространенности опухолевого процесса использовали фиброэзофагогастроскопию, ультразвуковое исследование брюшной полости, рентгеноскопию, компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика групп наблюдений

Показатель	Основная группа (n = 73), n (%)	Контрольная группа (n = 107), n (%)	Всего больных (n = 180), n (%)
Опухоль в стадии рТ1*	-	1 (0,9)	1 (0,5)
Опухоль в стадии рТ2	-	12 (11,2)	12 (6,7)
Опухоль в стадии рТ3	17 (23,3)	94 (87,9)	111 (61,7)
Опухоль в стадии рТ4	56 (76,7)	-	56 (31,1)
Регионарные ЛУ рN0	23 (31,5)	47 (43,9)	70 (38,9)
Регионарные ЛУ рN1	30 (41,1)	45 (42,1)	75 (41,7)
Регионарные ЛУ рN2	20 (27,4)	15 (14,0)	35 (19,4)

Примечание: \* в соответствии с международной классификацией TNM (редакция 2006 г.).

Аденокарцинома различной степени дифференцировки диагностирована у 58 (79,4%) больных основной и 78 (72,9%) пациентов контрольной группы: перстневидно-клеточный рак — у 12 (16,4%) и 21 (19,7%) соответственно; выявлено по 1 случаю плоскоклеточного рака, лимфомы, саркомы в каждой группе (1,4 и 0,9% соответственно); в контрольной группе у 4 (3,8%) больных диагностирован диморфный рак и у 1 (0,9%) — карциноид.

Радикальные операции в объеме R0 выполнены у 66 (90,4 ± 3,4%) больных основной и 102 (95,3 ± 2,0%) — контрольной группы. Операции в объеме R1, R2, относящиеся к паллиативным, произведены у 7 (9,6 ± 3,4%) больных основной и у 5 (4,7 ± 2,0%) — контрольной группы.

Из 73 пациентов основной группы, которым были выполнены мультивисцеральные резекции, истинная инвазия опухоли в смежные с желудком органы (по данным послеоперационного морфологического исследования) диагностирована у 56 больных, что составило 76,7%. У 17 (23,3%) больных визуально определенная инвазия опухоли

в окружающие органы не имела морфологического подтверждения и была расценена как воспалительная перигастральная инфильтрация.

При выполнении комбинированных хирургических вмешательств у 32 ( $43,9 \pm 5,8\%$ ) больных проведено *en bloc* удаление или резекция одного смежного с желудком органа, у 20 ( $27,4 \pm 5,2\%$ ) больных — двух, у 6 ( $8,2 \pm 3,2\%$ ) — трех, у 13 ( $17,8 \pm 4,5\%$ ) — четырех и у 2 ( $2,7 \pm 1,9\%$ ) больных — пяти органов. Объем мультивисцеральных резекций включал дистальную резекцию поджелудочной железы (22), спленопанкреатогастрэктомию (15), резекцию ножек или купола диафрагмы (21), спленэктомию (16), резекцию левого надпочечника (16), резекцию левой доли печени (10), резекцию брыжейки поперечно-ободочной кишки (6), плоскостную резекцию поджелудочной железы (7), резекцию ободочной кишки (2), нефрэктомия (2).

Придерживаясь стандартов выполнения гастрэктомии (проксимальной резекции), вне зависимости от макроскопических характеристик лимфатических узлов (ЛУ), размеров и формы роста опухоли, производили удаление перигастральных ЛУ, клетчатки с ЛУ вдоль печеночно-двенадцатиперстной связки, общей печеночной, левой желудочной, селезеночной артерии, что соответствовало лимфодиссекции в объеме D2, выполненной у 175 ( $97,2 \pm 1,2\%$ ) больных. Макроскопические признаки метастазирования в ЛУ, расположенные вдоль абдоминального отдела аорты, предусматривали удаление последних, начиная от ретропанкреатической части аорты до зоны пищеводно-диафрагмального перехода, что соответствовало лимфодиссекции в объеме D3, выполненной у 5 ( $2,8 \pm 1,2\%$ ) больных. При проведении гастрэктомии с резекцией пищевода транстрахеальным доступом дополнительно удаляли клетчатку средостения с нижними параэзофагеальными ЛУ; такое вмешательство выполнено у 30 ( $16,7 \pm 2,8\%$ ) больных. Гастрэктомия

с резекцией нижней трети пищевода абдоминально-торакальным доступом, предусматривающая выполнение двухзональной лимфодиссекции (по классификации ISDE, 1994) — абдоминальной лимфодиссекции в объеме D2 и удаления жировой клетчатки средостения с медиастинальными ЛУ до аортального сегмента пищевода или уровня бифуркации трахеи, выполнена у 65 ( $36,1 \pm 3,6\%$ ) больных. Характер выполненных операций при РПОЖ в зависимости от локализации опухоли в основной (I) и контрольной (II) группах представлен в табл. 2.

Статистический анализ проведен с помощью программ статистических расчетов Excel 2007, Statistica for Windows v.6.0. Исследование непосредственных результатов лечения проводили, используя U-критерий Манна — Уитни,  $\chi^2$  с поправкой Йетса на непрерывность (Yates corrected Chi-square), точный критерий Фишера (two-tailed). Для оценки связи между качественными признаками использовали коэффициент ассоциации ф. Статистическим методом исследования отдаленных результатов лечения явился анализ выживаемости по Каплану — Мейеру. При сравнении выживаемости в нескольких выборках использовали многовыборочный критерий Гехана, при попарном сравнении выборок — двухвыборочный критерий Гехана — Уилкоксона. За критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (при отсутствии значимых межгрупповых различий) принимали 0,05. Статистически значимым для всех показателей считали критерий достоверности  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализируя показатели, отражающие ход хирургического вмешательства (табл. 3), установлено, что мультивисцеральные резекции при выполнении гастрэктомии, гастрэктомии с резекцией нижней трети пищевода и проксимальной резекции

Таблица 2

Хирургические вмешательства при РПОЖ

Вид операции	Гастрэктомия (n = 88)		Гастрэктомия + резекция пищевода (n = 79)		Проксимальная резекция желудка (n = 13)		
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа	
<b>Локализация опухоли</b>							
Кардиальный рак	n	4	5	-	2	-	2
	%	$4,5 \pm 2,2$	$5,7 \pm 2,5$	-	$2,5 \pm 3,1$	-	$15,4 \pm 10,0$
Гастрокардиальный рак	n	37	42	7	7	1	1
	%	$42,0 \pm 5,3$	$47,7 \pm 5,3$	$8,9 \pm 3,2$	$8,9 \pm 3,2$	$7,7 \pm 7,4$	$7,7 \pm 7,4$
Кардиоэзофагеальный рак	n	-	-	7	24	-	7
	%	-	-	$8,9 \pm 3,2$	$30,4 \pm 5,2$	-	$53,8 \pm 13,8$
Гастроэзофагеальный рак	n	-	-	17	15	-	2
	%	-	-	$21,5 \pm 4,6$	$19,0 \pm 4,4$	-	$15,4 \pm 10,0$
Всего	n	41	47	31	48	1	12
	%	$46,6 \pm 5,3$	$53,4 \pm 5,3$	$39,2 \pm 5,5$	$60,8 \pm 5,5$	$7,7 \pm 7,4$	$92,3 \pm 7,4$

Таблица 3

Интраоперационные показатели исследуемых групп

Объем операции	Гастрэктомия		Гастрэктомия с резекцией пищевода		Проксимальная резекция желудка	
	I группа	II группа	I группа	II группа	I группа	II группа
Кровопотеря, мл	$384,1 \pm 52,2$	$326,6 \pm 29,4$	$450,0 \pm 61,3$	$389,6 \pm 32,2$	$380,0 \pm 64,0$	$343,7 \pm 43,7$
p	0,0000		0,0002		0,02	
Продолжительность операции, мин	$200,0 \pm 30,2$	$183,9 \pm 25,1$	$253,7 \pm 45,0$	$237,4 \pm 35,9$	$219,5 \pm 43,8$	$194,0 \pm 42,8$
p	0,03		0,25		0,40	

желудка сопровождаются достоверно большим объемом кровопотери ( $p = 0,0000$ ;  $p = 0,0002$ ;  $p = 0,02$ ) по сравнению со стандартными операциями. Увеличивается и продолжительность операций, однако статистически значимая разница по этому показателю отмечена только при гастрэктомии ( $p = 0,03$ ).

На основании анализа данных, отражающих непосредственные результаты выполнения различных хирургических вмешательств при РПОЖ (табл. 4), можно сделать вывод, что частота послеоперационных осложнений и летальность при выполнении мультивисцеральных резекций несколько выше, чем при стандартных операциях, однако статистически значимых различий не выявлено ( $p = 0,18$  и  $p = 0,15$  соответственно).

Несмотря на достоверный факт увеличения кровопотери при дополнительной резекции или эктомии органа, в ходе стратификации данных по числу резецируемых органов и послеоперационным осложнениям установлено, что рост уровня послеоперационных осложнений и летальности при увеличении количества удаленных или резецируемых органов не является статистически значимым. Так, послеоперационные осложнения и летальность при дополнительной резекции одного смежного с желудком органа составили 12,5 ( $p = 1,0$ ) и 9,4% ( $p = 0,56$ ) соответственно, двух органов — 35 ( $p = 0,069$ ) и 10% ( $p = 1,0$ ), трех — 33,3 ( $p = 0,24$ ) и 16,7% ( $p = 0,5$ ) четырех — 30,8 ( $p = 0,23$ ) и 15,4% ( $p = 0,29$ ), пяти — 50,0 ( $p = 0,29$ ) и 50,0% ( $p = 0,29$ ).

Большинство послеоперационных осложнений в основной группе ассоциировано с резекцией поджелудочной железы (плоскостная, дистальная, спленопанкреатогастрэктомия). Произведенная у 44 больных резекция поджелудочной железы сопровождалась развитием осложнений в послеоперационный период у 15 (34,1%) пациентов; при иных мультивисцеральных резекциях — в 3 (10,3%) из 29 случаев. Коэффициент ассоциа-

ции (связанности)  $\phi$  составил 0,269 ( $\text{Phi-square} = 0,07268$ ). Полученное значение  $\phi$  указывает на достаточно слабую связь (при  $0,20 < \phi < 0,29$ ) между резекцией поджелудочной железы и развитием послеоперационных осложнений, хотя показатели данной категории больных основной группы статистически значимо ( $p = 0,027$ ) отличаются от таковых при остальных операциях.

В ходе анализа отдаленных результатов хирургического лечения больных РПОЖ получены сведения о 161 больном: 63 — из основной и 98 — из контрольной группы. В основной группе в отдаленные сроки погибли 46 пациентов, под динамическим наблюдением находятся 17 больных, сроки жизни составили от 1 до 140 мес, МВ и СПЖ —  $15,0$  и  $33,6 \pm 41,6$  мес соответственно. В контрольной группе в отдаленные сроки погиб 71 пациент, под динамическим наблюдением находятся 27; продолжительность жизни составила от 1 до 141 мес, МВ и СПЖ —  $27,5$  и  $41,5 \pm 39,2$  мес соответственно.

Нами рассмотрена выживаемость пациентов исследуемых групп по временным интервалам (1 год, 3 года и 5 лет) (рис. 1). 1-летняя выживаемость в основной группе составила  $59,3 \pm 6,3\%$ , в контрольной —  $70,4 \pm 4,6\%$ ; 3-летняя —  $33,0 \pm 6,1$  и  $43,5 \pm 5,0\%$ ; 5-летняя —  $28,8 \pm 6,0$  и  $35,8 \pm 5,0\%$  соответственно. Не выявлено статистически значимых различий между группами по показателям 1- и 5-летней выживаемости ( $p = 0,13$  и  $p = 0,10$  соответственно); по показателю 3-летней выживаемости отмечается незначительная тенденция ( $p = 0,078$ ) к повышению выживаемости после стандартных операций.

Следующим этапом был анализ выживаемости пациентов основной группы в зависимости от поражения ЛУ pN0 (19 пациентов), pN1 (31), pN2–3 (13) (рис. 2). Наиболее оптимистичные результаты лечения получены при отсутствии лимфогенных метастазов (pN0): МВ — 32,0 мес, СПЖ —  $54,9 \pm 52,4$  мес, 1-летняя выживаемость —  $69,4 \pm$

Таблица 4

Послеоперационные осложнения и летальность среди пациентов исследуемых групп

Вид осложнений	Основная группа (n = 73)				Контрольная группа (n = 107)			
	Число осложнений		Умерли		Число осложнений		Умерли	
	n	% (M ± m)	n	% (M ± m);	n	% (M ± m)	n	% (M ± m)
<b>Хирургические</b>	13	$17,8 \pm 4,5$ ; $p = 0,30$	6	$8,2 \pm 3,2$ ; $p = 0,55$	12	$11,2 \pm 3,0$	3	$2,8 \pm 1,6$
Панкреонекроз	3	$4,1 \pm 2,3$	1	$1,3 \pm 1,3$	2	$1,9 \pm 1,3$	2	$1,9 \pm 1,3$
Абсцесс брюшной полости	4	$5,5 \pm 2,7$	2	$2,7 \pm 1,9$	1	$0,9 \pm 0,9$	-	-
Несостоятельность ПКА*	2	$2,7 \pm 1,9$	1	$1,3 \pm 1,3$	-	-	-	-
Панкреатит	1	$1,3 \pm 1,3$	1	$1,3 \pm 1,3$	4	$3,7 \pm 1,8$	-	-
Кишечная непроходимость	-	-	-	-	2	$1,9 \pm 1,3$	-	-
Нагноение раны	1	$1,3 \pm 1,3$	-	-	1	$0,9 \pm 0,9$	-	-
Мезентериальный тромбоз	1	$1,3 \pm 1,3$	1	$1,3 \pm 1,3$	1	$0,9 \pm 0,9$	1	$0,9 \pm 0,9$
Лимфорея	1	$1,3 \pm 1,3$	-	-	-	-	-	-
Эвентрация	-	-	-	-	1	$0,9 \pm 0,9$	-	-
<b>Терапевтические</b>	5	$6,8 \pm 2,9$ ; $p = 0,19$	3	$4,1 \pm 2,3$ ; $p = 0,95$	4	$3,7 \pm 1,8$	3	$2,8 \pm 1,6$
Тромбозомболия легочной артерии	2	$2,7 \pm 1,9$	2	$2,7 \pm 1,9$	-	-	-	-
Пневмония	1	$1,3 \pm 1,3$	-	-	2	$1,9 \pm 1,3$	1	$0,9 \pm 0,9$
Плеврит	1	$1,3 \pm 1,3$	-	-	-	-	-	-
Инфаркт миокарда	1	$1,3 \pm 1,3$	1	$1,3 \pm 1,3$	2	$1,9 \pm 1,3$	2	$1,9 \pm 1,3$
<b>Всего</b>	18	$24,6 \pm 5,0$	9	$12,3 \pm 3,8$	16	$15,0 \pm 3,5$	6	$5,6 \pm 2,2$

Примечание: \*ПКА — пищеводно-кишечный анастомоз.

10,8%; 3-летняя —  $50,0 \pm 11,8\%$ ; 5-летняя —  $44,4 \pm 11,7\%$ . Лимфогенное метастазирование ухудшает прогностические шансы. Так, для больных с поражением регионарных ЛУ категории pN1 МВ составила 12 мес, СПЖ —  $20,8 \pm 29,8$  мес, 1-летняя выживаемость —  $47,1 \pm 12,1\%$  ( $p = 0,17$ ), 3-летняя —  $19,0 \pm 7,7\%$  ( $p = 0,038$ ), 5-летняя —  $15,8 \pm 8,4\%$  ( $p = 0,041$ ). Для больных категории pN2–3: МВ — 22 мес, СПЖ —  $33,2 \pm 38,3$  мес, 1-летняя выживаемость —  $57,9 \pm 13,7\%$  ( $p = 0,39$ ), 3-летняя  $30,8 \pm 12,8\%$  ( $p = 0,32$ ), 5-летняя  $15,4 \pm 10,0\%$  ( $p = 0,13$ ). Несколько лучшие показатели выживаемости больных категории N2–3 (отсутствие статистически значимых отличий от данных подгруппы N0) мы связываем с небольшой выборкой этой категории.

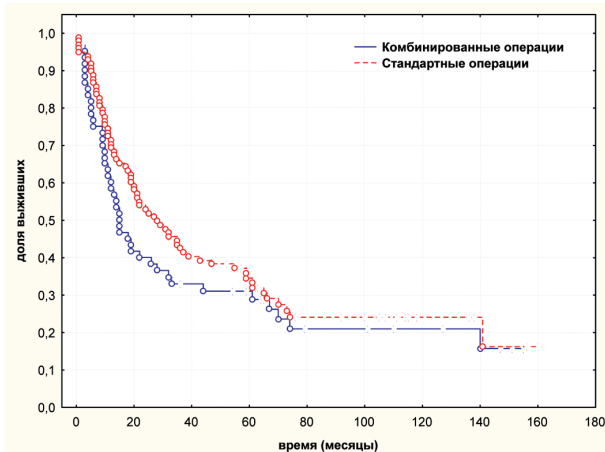


Рис. 1. Функция выживаемости для пациентов основной и контрольной групп

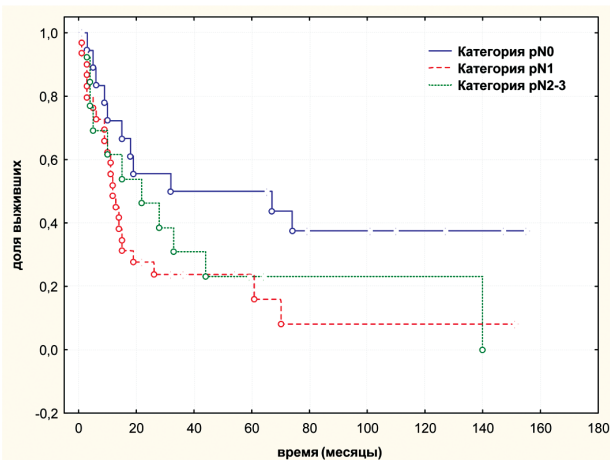


Рис. 2. Функция выживаемости для пациентов основной группы категории pN0, pN1, pN2–3

По-прежнему открытым остается вопрос о целесообразности выполнения паллиативных расширенных операций у пациентов категории N3 и M1. Хотя такие случаи довольно редкие (7 наблюдений), тем не менее проблема требует решения. Мы придерживаемся тех позиций, что, если резектабельность основного опухолевого очага возможна без технических трудностей, необходимо выполнять и хирургическое вмешательство в отношении метастатического поражения. Правильность подобной тактики

подтверждается, во-первых, отсутствием летальных осложнений у данной категории больных, во-вторых, отдаленными результатами лечения: МВ — 15,0 мес, СПЖ —  $45,4 \pm 58,41$  мес. Эти результаты, безусловно, лучше по сравнению с эффективностью симптоматических хирургических вмешательств.

## ВЫВОДЫ

1. Комбинированные операции при местно-распространенном РПОЖ сопровождаются увеличением количества послеоперационных осложнений и летальных исходов.
2. Резекция поджелудочной железы статистически значимо ассоциируется с большим количеством послеоперационных осложнений.
3. Регионарное лимфогенное метастазирование при местно-распространенном РПОЖ ухудшает отдаленные результаты хирургического лечения больных.
4. Ввиду отсутствия ранней диагностики, хирургическое лечение больных в стадии pT4 остается единственным шансом продления жизни, в связи с чем являются актуальными разработки, направленные на улучшение результатов лечения данной категории пациентов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдихакимов АН. Результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка T4N2M0. *Анналы хирургии* 2003; 1: 23–7.
2. Давыдов МИ, Тер-Ованесов МД. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза. *Рус мед журн* 2008; 13 (16): 914–20.
3. Давыдов МИ, Тер-Ованесов МД, Абдихакимов АН и др. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения. *Практ онкол* 2001; 7: 18–24.
4. Киркилевский СИ, Кондрацкий ЮН, Притуляк СН. Восстановление пассажа пищи у больных с распространенным кардиозофагеальным раком. *Клин онкол* 2012; 7 (3): 43–7.
5. Рак в Україні, 2009–2010. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. *Бюл Нац канцерреєстру України* 2011; (12): 38, 116.
6. Русанов АА. Рак пищевода и кардиального отдела желудка. *Хирургия* 1978; 6: 96–101.
7. Скоропад ВЮ. Рациональная тактика лечения местно-распространенного рака желудка: место лучевой терапии. *Практ онкол* 2009; 1 (10): 28–35.
8. Тер-Ованесов МД. Факторы прогноза хирургического лечения рака проксимального отдела желудка [Автореф дис... док мед наук]. Москва: ГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН», 2007; 3: 20 с.
9. Чиссов ВИ, Вашакмадзе ЛА, Бугенко АВ и др. Возможности хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии. *Рос онкол журн* 2003; 6: 4–7.
10. Carboni F, Lepiane P, Santoro R, et al. Extended multiorgan resection for T4 gastric carcinoma: 25-year experience. *J Surg Oncol* 2005; 90 (2): 95–100.
11. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61: 69–90.
12. Kobayashi A, Nakagohri T, Konishi M, et al. Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer. *J Gastrointest Surg* 2004; 8 (4): 464–70.

13. Martin RC, Jaques DP, Brennan MF, *et al.* Extended local resection for advanced gastric cancer: increased survival versus increased morbidity. *Ann Surg* 2002; **263** (2): 159–65.

14. Siewert JR, Feith M, Werner M, *et al.* Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1,002 consecutive patients. *Ann Surg* 2000; **232**: 353–61.

## RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED PROXIMAL GASTRIC CANCER

*Yu.A. Vinnik, V.V. Oleksenko,  
S.V. Efetov, K.A. Aliyev*

**Summary. Objective:** to analyze the postoperative and long-term results of surgical treatment in patients with locally advanced proximal gastric cancer.

**Object and methods:** the study included 180 patients with tumor in the proximal part of the stomach type II and III by J.R. Siewert, of whom 73 patients (study group) underwent multivisceral resection, 107 (control group) — the standard surgical intervention. The average age of the study group was  $60,5 \pm 7,9$  years (44–76), control —  $61,9 \pm 7,3$  years (34–76). **Results:** performing multivisceral resection, 32 ( $43,9 \pm 5,8\%$ ) patients underwent *en bloc* resection or ectomy of one adjacent to the stomach organ, in 20 ( $27,4 \pm 5,2\%$ )

patients of two organs, in 6 ( $8,2 \pm 3,2\%$ ) — three, 13 ( $17,8 \pm 4,5\%$ ) — four and five organs ( $2,7 \pm 1,9\%$ ) in two patients. **Conclusions:** it is defined that multivisceral resections in case of locally advanced proximal gastric cancer was accompanied with the increase in postoperative morbidity and mortality. Pancreatectomy was significantly associated with a greater number of postoperative complications. The regional lymph node metastasis in locally advanced proximal gastric cancer impairs long-term outcome. In absence of early diagnosis surgical treatment in patients stage pT4 remains the only chance prolonging life, due to that developing efforts aimed to improve the outcomes of these patients remain relevant.

**Key Words:** locally advanced proximal gastric cancer, multivisceral resections, long-term outcome.

### Адрес для переписки:

Олексенко В.В.

АР Крым, Симферополь, ул. Киевская, 151, кв. 65

E-mail: viktor\_oleksenko@mail.ru

Получено: 20.11.2013