

УДК 528.31

Сравнительная оценка хирургического лечения рака желудка у больных 71 год и старше

А.М. Саакян, А.П. Петросян, А.Р. Акунц, А.М. Габриелян
Кафедра онкологии ЕГМУ, МЦ Канакер-Зейтун

Ключевые слова: рак желудка, хирургическое лечение

Ստամոքսի քաղցկեղի վիրահատական բուժման համեմատական գնահատականը 71 տարեկան ու ավելի բարձր տարիքի հիվանդների մոտ

Ա.Մ.Սահակյան, Ա.Պ. Պետրոսյան, Ա.Ռ.Ակունց, Ա.Մ. Գաբրիելյան

Ստամոքսի քաղցկեղի վիրահատական բուժման շատ հարցեր տարեց ու ծերունական տարիքի հիվանդների մոտ մնում են վիճարկելի: Հաղորդման մեջ բերված են 71 տարեկան ու ավելի բարձր տարիքի 99 հիվանդների տվյալները՝ կապված նրանց կլինիկական և բուժական առանձնահատկությունների հետ, որոնք հոսպիտալացվել են 1993-2007 թթ: Հիվանդների ուսումնասիրությունը կատարվել է երկու խմբերում՝ հոսպիտալացվածներ մինչև 2003 (47 դիտարկում) և դրանից հետո (52): Գտնում ենք, որ վիրահատության ցուցումների ընդլայնումը ի հաշիվ ուղեկցող հիվանդությունների, ինչպես նաև հարաբերական ոչ բարենպաստ կլինիկական ցուցանիշներ ունեցող հիվանդների և նրանց մոտ լայնածավալ միջամտությունների իրականացումը հնարավորություն է տալիս բարելավել հիվանդների վիրահատելիության ու ուռուցքի մասնահատելիության ցուցանիշները, առանց բարձրացնելու հետվիրահատական բարդությունների և մահացության մակարդակը:

Comparative evaluation of stomach cancer surgical treatment in 71-year-old and older patients

A.M.Sahakyan, H.P. Petrossyan, A.R. Akunc, A.M. Gabrielyan

In the surgical treatment of stomach cancer in elderly and senile patients, a lot of items are still debatable. The statistics of more than 99 patients hospitalized between the years 1993-2007, aged over 71, regarding their clinical and therapeutical characteristics, are shown in this report. The investigation was done in two groups, those who were hospitalized before 2003 (including 47 observations) and those after 2003 (52 observations).

We find that the distention of surgical indications according to concomitant diseases, as well as the application of spacious surgical interference in patients with relatively unfavourable clinical findings, give us the opportunity to improve the results of surgery and tumor resectability without increasing the rate of postoperative complications and mortality.

Хирургия рака желудка у больных пожилого и старческого возраста остается сложной проблемой, и отношение хирургов к выбору характера операции, объема резекции органа и диссекции регионарного лимфатического аппарата неоднозначно [2,3]. Считается, что высокий уровень сопутствующих заболеваний и особенности хирургии рака желудка (травматичность, длительность, кровопотеря) повышают у них вероятность развития послеоперационных осложнений и увеличивают показатель госпитальной летальности [1,5], ухудшая тем самым непосредственные результаты лечения. В этой связи ряд авторов рекомендуют, даже в ущерб радикализму вмешательства, у

возрастных больных проводить менее обширные резекции [4,7]. В то же время в некоторых сообщениях приводятся приемлемые показатели непосредственных результатов лечения рака желудка у больных пожилого и старческого возраста после обширных резекций [1,6]. В данном сообщении обобщен наш опыт хирургии рака желудка у больных в возрасте 71 год и старше.

Ретроспективно изучены данные 99 больных раком желудка пожилого и старческого возраста (средний возраст 74 года), прошедших обследование и лечение в 1993-2007 годах. Сопоставительный анализ проводился в двух группах, в зависимости от периода

лечения: основная группа (52 наблюдения) госпитализированы в 2003-2007 гг. и контрольная (47) – в 1993-2002 гг. Такое разделение обусловлено принципиальным пересмотром наших подходов к хирургии рака желудка с 2003 года, когда были расширены показания к операциям, увеличены объемы резекции желудка и диссекции регионарных лимфоузлов. Сопоставление проводилось по основным клиничко-патологическим характеристикам и параметрам хирургического лечения, а критериями оценки результатов являлись частота послеоперационных осложнений и уровень госпитальной летальности. Статистическая обработка проводилась статистической программой SPSS.

Сравнение показало достоверное увеличение количества возрастных больных, леченных после 2003 года, $-27,7 \pm 3,3\%$ (52 из 188) по сравнению с предыдущим периодом $16,4 \pm 2,2\%$ (47 из 287, $P > 0,01$). Показатели распространенности опухолевого процесса по критериям TNM в обеих группах были идентичными (табл. 1). Единственное различие отмечено в показателях вовлеченности в процесс регионарных лимфатических узлов второго и третьего порядка (N2-3). Достоверное увеличение их поражения среди оперированных после 2003 года ($38,4 \pm 6,7\%$ и $21,3 \pm 6,0\%$ соответственно, $P < 0,05$), возможно, связано с более обширными лимфодиссекциями у них и более точным стадированием процесса.

Таблица 1

Распространенность опухолевого процесса в группах

Показатели распространенности опухоли	Годы	
	1993-2002 (n=47)	2003-2007 (n=52)
Стадия по T:		
- T ₁ - T ₂	4 ($8,5 \pm 4,1\%$)	8 ($15,4 \pm 5,0\%$)
- T ₃	35 ($74,5 \pm 6,4\%$)	31 ($59,6 \pm 6,8\%$)
- T ₄	8 ($17,0 \pm 5,5\%$)	13 ($25,0 \pm 6,0\%$)
Стадия по N:		
- N ₀	12 ($25,5 \pm 6,4\%$)	10 ($19,2 \pm 5,5\%$)
- N ₁	17 ($36,2 \pm 7,0\%$)	12 ($23,1 \pm 5,8\%$)
- N ₂₋₃	10 ($21,3 \pm 6,0\%$)	20 ($38,4 \pm 6,7\%$)
- N _x	8 ($17,0 \pm 5,5\%$)	10 ($19,2 \pm 5,5\%$)
Стадия по M:		
- M ₀	37 ($78,7 \pm 6,0\%$)	40 ($76,9 \pm 5,8\%$)
- M ₁	10 ($21,3 \pm 6,0\%$)	12 ($23,1 \pm 5,8\%$)

Сопоставление клинических характеристик в группах выявило ряд особенностей, отражающих наши подходы к отбору возрастных больных на хирургическое лечение в сравниваемые периоды (табл. 2). Повышение удельного веса больных в возрасте 71 год и старше среди оперированных в 2003-2007 годах во многом было обусловлено расширением показаний к госпитализации соматически относительно тяжелого контингента. Так, в основной группе достоверно увеличилось количество

больных с сопутствующими заболеваниями ($75,0 \pm 6,0\%$ и $42,6 \pm 7,2\%$ соответственно, $P < 0,01$), хотя перечень наиболее часто встречающихся патологий в группах был однотипен: сердечно-сосудистые нарушения ($42,8\%$ и $14,9\%$), диабет ($3,8\%$ и $2,1\%$) и варикоз нижних конечностей ($5,8\%$ и $4,3\%$). В основной группе более активной была тактика в отношении больных с состоявшимся или продолжающимся кровотечением ($23,1 \pm 5,8\%$, $P < 0,05$), высоким – 401 и более уровнем фиб-

риногена ($23,1 \pm 5,8\%$, $P < 0,05$), опухолями размером 6 см и более ($69,2 \pm 6,4\%$, $P < 0,001$) и соответственно с опухолями, прорастающими в соседние органы и структуры ($26,9 \pm 6,2\%$, $P < 0,001$). Анализ данных указывает на изменение нашего подхода к хирургии рака желуд-

ка у возрастных больных от осторожного к более реалистичному, позволяющему повысить эффективность онкологической помощи за счет увеличения количества оперированных больных.

Таблица 2

Значимые клинические характеристики в сопоставляемых группах

Факторы	Годы	
	1993-2002 (n=47)	2003-2007 (n=52)
Сопутствующие заболевания:		
- нет	27 ($57,4 \pm 7,2\%$)	13 ($25,0 \pm 6,0\%$)
- есть	20 ($42,6 \pm 7,2\%$)	39 ($75,0 \pm 6,0\%$)
Кровотечение:		
- нет	43 ($91,5 \pm 4,1\%$)	40 ($76,9 \pm 5,8\%$)
- имелось или имеется	4 ($8,5 \pm 4,1\%$)	12 ($23,1 \pm 5,8\%$)
Уровень фибриногена (мг/100мл):		
- до 400	24 ($51,1 \pm 7,3\%$)	15 ($28,9 \pm 6,3\%$)
- 401 и более	23 ($48,9 \pm 7,3\%$)	37 ($71,2 \pm 6,3\%$)
Размеры опухоли:		
- нет данных	21 ($44,7 \pm 7,3\%$)	2 ($3,8 \pm 2,7\%$)
- до 5 см	18 ($38,3 \pm 7,1\%$)	14 ($26,9 \pm 6,2\%$)
- 6 см и более	8 ($17,0 \pm 5,5\%$)	36 ($69,2 \pm 6,4\%$)
Прорастание в соседние структуры и органы:		
- отсутствует	45 ($95,7 \pm 2,9\%$)	38 ($73,1 \pm 6,2\%$)
- имеется	2 ($4,3 \pm 2,9\%$)	14 ($26,9 \pm 6,2\%$)

Хирургическая тактика у больных основной группы также имела ряд существенных отличий. В частности, после 2003 года резко снизились отказы от операции ($17,0 \pm 5,5\%$ и $1,9 \pm 1,9\%$ соответственно, $P < 0,05$), паллиативные вмешательства выполнялись почти с одинаковой частотой, а в отношении резектабельности отмечается клиническая тенденция к ее повышению с 70,2 до 80,8% ($P > 0,05$).

В табл. 3 приведены особенности выполненных резекций в сравниваемых группах. **Типичная резекция**, при которой производится субтотальная или тотальная гастрэктомия с удалением перигастральных лимфатических узлов и большого сальника, по сегодняшним понятиям соответствует гастрэктомии с лим-

фодиссекцией в объеме D1, что во многих случаях может расцениваться как паллиативная резекция. Неслучайно после 2003 года их частота резко снизилась, составив в основной группе лишь $4,8 \pm 3,3\%$ против $39,4 \pm 8,5\%$ в контроле ($P < 0,05$). В то же время в основной группе отмечена тенденция к увеличению расширенных гастрэктомий ($73,1 \pm 6,2\%$ против $57,6 \pm 8,6\%$), при довольно редком выполнении в обеих группах комбинированных вмешательств. Показатели объема удаления желудка в основной группе указывают на увеличение частоты тотальных гастрэктомий ($42,9 \pm 7,6\%$ против $27,3 \pm 7,8\%$), хотя разница статистически недостоверна и носит лишь характер клинической тенденции ($P > 0,05$).

Таблица 3

Особенности хирургического лечения

Факторы	Годы	
	1993-2002 (n=33)	2003-2007 (n=42)
Характер резекции:		
- типичная	13 (39,4±8,5%)	2 (4,8±3,3%)
- расширенная	19 (57,6±8,6%)	38 (73,1±6,2)
- комбинированная	1 (3,0±3,0%)	2 (4,8±3,3%)
Объем резекции:		
- субтотальная гастрэктомия	24 (72,7±7,8%)	24 (57,1±7,6%)
- тотальная гастрэктомия	9 (27,3±7,8%)	18 (42,9±7,6%)
Тип резекции:		
- R ₀	12 (36,4±8,4%)	25 (59,5±7,6%)
- R ₁	21 (63,6±8,4%)	13 (31,0±7,1%)
- R ₂	-	4 (9,5±4,5%)
Количество удаленных лимфоузлов:		
- до 10	18 (54,5±8,7%)	-
- 11-14	14 (42,4±8,6%)	19 (45,2±7,7%)
- 15 и более	1 (3,0±3,0%)	23 (54,8±7,7%)
Метастазы в лимфатических узлах:		
- отсутствуют	14 (42,4±8,6%)	9 (21,4±6,3%)
- имеются в 1-3	14 (42,4±8,6%)	8 (19,0±6,1%)
- в 4 и более	5 (15,2±6,2%)	25 (59,5±7,6%)
Объем лимфодиссекции:		
- D ₀	6 (18,2±6,7%)	-
- D ₁	26 (78,8±7,1%)	7 (16,7±5,8%)
- D ₂₋₃	1 (3,0±3,0%)	35 (83,3±5,8%)

Анализ куративности (радикальности) произведенных гастрэктомий показал, что больше половины вмешательств в контрольной группе (63,6±8,4%, P<0,05) носили паллиативной характер типа R1 (в операционном поле оставались микрометастазы). В то же время, в основной группе имеется выраженная клиническая тенденция к большему количеству куративных гастрэктомий (59,5±7,6% и 36,4±8,4% соответственно, P<0,05) и только здесь выполнялись циторедуктивные резекции (R2), у больных с осложненным раком желудка, наиболее часто кровотечением.

Важность оценки регионарного лимфатического аппарата желудка в стадировании процесса, корректном планировании дальнейшего лечения и прогнозировании диктует необходи-

мость проведения тщательной диссекции лимфатических узлов. Внедрение техники расширенной D2 диссекции в практику отделения позволило значительно увеличить количество удаляемых узлов и улучшить выявляемость их метастатического поражения. Расширенные диссекции лимфатических узлов в основной группе значительно превосходили аналогичный показатель в контроле (83,3±5,8% против 3,0±3,0%, P<0,001), что позволяло удалять 15 и более лимфоузлов у 54,8±7,7% против 3,0±3,0% (P<0,001) и выявить 4 и более метастатически пораженных узла у 59,5±7,6% против 15,2±6,2% в контроле (P<0,05). Характерно, что в основной группе, как результат более точной оценки, больных без вовлечения в процесс лимфатического аппарата оказалось

почти в два раза меньше ($21,4 \pm 6,3\%$ и $42,4 \pm 8,6\%$ соответственно, $P < 0,05$). Характерно, что методика D2 резекции облегчала обработку сосудов и удаление препарата также у

больных с обширным местно-распространенным опухолевым процессом, при выполнении паллиативных гастрэктомий.

Таблица 4

Послеоперационные осложнения и госпитальная летальность

Факторы	Годы	
	1993-2002 (n=47)	2003-2007 (n=52)
Осложнения:		
- отсутствуют	42 ($89,4 \pm 4,5\%$)	41 ($78,8 \pm 5,7\%$)
- хирургические	3 ($6,4 \pm 3,6\%$)	6 ($11,5 \pm 4,4\%$)
- терапевтические	2 ($4,3 \pm 2,9\%$)	5 ($9,6 \pm 4,1\%$)
Госпитальная летальность:		
- отсутствовала	44 ($93,6 \pm 3,6\%$)	48 ($92,3 \pm 3,7\%$)
- отмечена	3 ($6,4 \pm 3,6\%$)	4 ($7,7 \pm 3,7\%$)

Как видно из табл. 4 показатели осложнений и госпитальной летальности в группах не отличались и отмечаемое некоторое их повышение во второй группе статистически не достоверно ($P > 0,05$).

Таким образом, наши результаты показывают, что у больных в возрасте 71 год и более можно получить приемлемые непосредственные результаты лечения после проведения обширных радикальных гастрэктомий. Как объем гастрэктомии, так и обширность лимфодиссекции, особенно D2, резекции без спленэктомии и/или резекции хвоста поджелудочной железы могут быть выполнены у них без увеличения послеоперационных осложнений и госпитальной летальности. Более того, улучшение техники хирургического вмешательства и улучшение анестезиологического пособия позволили проводить у них не только радикальные, но и циторедуктивные резекции позволяющие корригировать осложнения связанные с ростом опухоли. Считаем, что пожилой и старческий возраст не являются противопоказанием для планирования у больных радикального хирургического лечения рака желудка.

Литература

1. Coniglio A., Tiberio G.A., Busti M., Gaverini G., Baiocchi L., Piardi T., Ronconi M., Giulini S.M. Surgical treatment for gastric carcinoma in the elderly. J. Surg. Oncol., 2004 Dec 15; 88(4): 201-5. Surgical Clinic, Department of Medical and Surgical Sciences, Brescia University, Brescia, Italy.
2. Dumanskii Iu.V., Basheev V.Kh., Semikoz N.G. Results of surgical treatment of cancer of the large intestine in middle-aged and elderly patients [Article in Russian] Klin. Khir., 1989; (2): 21-4.
3. Katai H., Sasako M., Sano T., Fukagawa T. Gastric cancer surgery in the elderly without operative mortality. Surg Oncol., 2004 Dec; 13(4): 235-8. Department of Surgical Oncology, National Cancer Center Hospital, 5-1-1 Tsukiji, Chuo-ku, Tokyo 104-0045, Japan. hkatai@ncc.go.jp
4. Kubota H., Kotoh T., Dhar D.K., Masunaga R., Tachibana M., Tabara H., Kohno H., Nagasue N. Gastric resection in the aged (≥ 80 years) with gastric carcinoma: a multivariate analysis of prognostic factors. Aust. N. Z. J. Surg., 2000 Apr; 70(4): 254-7.
5. Oliveira F.J., Furtado E., Ferrao H., Conceicao L., Baptista H. Total gastrectomy for gastric cancer in elderly patients. Hepatogastroenterology, 1999 Jan-Feb; 46(25): 616-9.

6. Saidi R.F., Bell J.L., Dudrick P.S. Surgical resection for gastric cancer in elderly patients: is there a difference in outcome? J. Surg. Res., 2004 May 1;118(1):15-20 Department of Surgery, Providence Hospital and Medical Centers, Southfield, MI 48075, USA. rfsaidi@hotmail.com
7. Wu C.W., Lo S.S., Shen K.H., Hsieh M.C., Lui W.Y., P'eng F.K. Surgical mortality, survival, and quality of life after resection for gastric cancer in the elderly. World J. Surg., 2000 Apr;24(4):465-72. Department of Surgery, Veterans General Hospital-Taipei, Shih-Pai, Taipei, Taiwan 11217, Republic of China.