

УДК 616.33-006.6-089

Смирнов А.С.,

Студент

6 курс, отделение «Лечебное дело»

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Россия, г. Великий Новгород

Дерибас К.В.,

Студент

6 курс, отделение «Лечебное дело»

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Россия, г. Великий Новгород

Митюнова А.А.,

Студент

6 курс, отделение «Лечебное дело»

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого

Россия, г. Великий Новгород

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Аннотация: В данной статье представлены современные аспекты оперативного лечения рака желудка, конклюдированные на основе данных мировой литературы и ретроспективного анализа клинических случаев.

Ключевые слова: Онкология, гастроэнтерология, оперативное лечение, рак желудка, абластика, лимфодиссекция.

Annotation: This article presents the modern aspects of surgical treatment of gastric cancer, based on data from world literature and a retrospective analysis of clinical cases.

Keywords: Oncology, gastroenterology, surgical treatment, stomach cancer, ablastics, lymphodissection.

Актуальность вопроса. В настоящее время в России рак желудка занимает второе место в структуре онкологических заболеваний мужчин (14,7%) и третье - женщин (10,8%). Российская Федерация, наравне с такими странами, как Корея, Япония, Белоруссия, Китай, входит в число мировых лидеров по распространенности рака желудка. [2, с. 315] Тревожное первенство дополняет отставание в своевременной диагностике и адекватном лечении.

Противоречивы современные показания к парциальным резекциям желудка и тотальным экстирпациям органа. Еще острее споры вокруг расширенной лимфодиссекции, слабее уверенность в ее безопасности и онкологической целесообразности. Авторитетному мнению представителей японской и российской школ о приоритете принципиальных расширенных гастрэктомий при инвазивном раке желудка противостоят консервативные европейская и американская позиции, отстаивающие широкое применение органосохраняющих резекций с селективной лимфаденэктомией.

Цель исследования: Определить современные аспекты оперативного лечения рака желудка и пути его совершенствования.

Материалы и методы: Проведено изучение, анализ и систематизация данных из литературных источников по теме исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Основным критерием выбора объема оперативного вмешательства по поводу рака желудка является степень распространенности процесса по критериям TNM. В зависимости от объема удаления желудка операции подразделяются на резекции желудка (дистальные, проксимальные, сегментарные — пилорусохраняющие) и гастрэктомии. Все виды операций должны включать в себя лимфодиссекцию в показанном объеме. Объем лимфодиссекции определяется на основании критериев T и N и включает в себя удаление определенных групп лимфатических узлов.

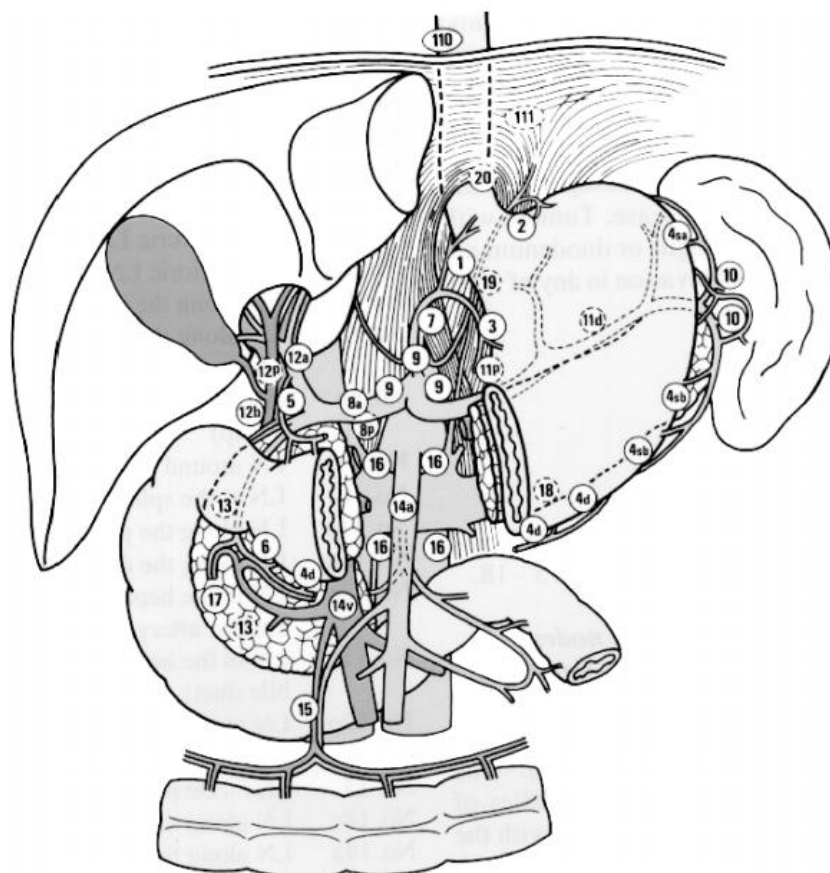


Рисунок 1. Схема регионарных лимфатических узлов желудка (Japanese Gastric Cancer Association, 1998)

Описаны группы регионарных лимфатических узлов, формирующих 3 последовательных этапа метастазирования (N1-N3) из различных отделов желудка [1, с. 19]:

- 1-й этап - перигастральные лимфатические узлы, расположенные в связочном аппарате желудка (1-6);
- 2-й этап - забрюшинные лимфатические узлы, расположенные по ходу ветвей чревного ствола (лимфатические узлы по ходу левой желудочной артерии (7), общей печеночной артерии (8), чревного ствола (9), в воротах селезенки (10), по ходу селезеночной артерии (11));
- 3-й этап - лимфатические узлы гепатодуоденальной связки (12), ретропанкреатодуоденальные (13), лимфатические узлы по ходу верхней брыжеечной артерии и вены(14), в корне брыжейки поперечной ободочной кишки по ходу средней ободочной артерии (15), парааортальные лимфатические узлы, расположенные на разном уровне брюшной аорты (16), а также хиатальные

и заднемедиастинальные лимфатические коллекторы для рака проксимального отдела желудка с переходом на пищевод.

Исходя из этой градации, были предложены следующие объемы лимфодиссекции [3, с. 22]:

D0 — лимфодиссекция в объеме, меньшем, чем D1

D1 — диссекция лимфатических узлов групп № 1-7

D1+ — диссекция лимфатических узлов групп № 1-7 + 8-9, а так же проксимальных группы № 11 (11p)

D2 — диссекция лимфатических узлов групп № 1-12

D2+ - диссекция лимфатических узлов групп № 1-12 + 13-14

D3 — диссекция коллекторов лимфы от желудка всех трех уровней (группы № 1-16+)

Во всех случаях объем лимфаденэктомии должен составлять не менее шестнадцати лимфатических узлов для достоверного определения критерия N в системе TNM.

Категория лимфодиссекции D0 указана лишь для полноты классификации и может быть применена только при паллиативных вмешательствах, так как не обеспечивает достаточного уровня радикальности операции.

Лимфодиссекция в объеме D3 отсутствует в последних рекомендациях ведущих онкологических школ ввиду, во-первых, неоправданно высокой травматичности, а во-вторых недостаточно обоснованной необходимости парааортальной лимфодиссекции. Лимфодиссекция в объеме D2+ показана при установленном поражении инфрапилорических лимфатических узлов (группа № 6), а также при прорастании опухоли в двенадцатиперстную кишку и поражении ретропанкреатодуоденальных лимфатических узлов (группа № 13), что трактуется как M₁ критерия M в классификации TNM. Показания к различному объему лимфодиссекции складываются в основном в зависимости от показателя критерия T в классификации TNM:

D1 – T_{1a}, любые параметры опухоли; T_{1b}, опухоль менее 1,5 см в диаметре, дифференцированный тип

D1+ - T_{1b} , опухоль более 1,5 см в диаметре и/или недифференцированный тип
D2 — T₁N+; T₂-T₄, любое значение критерия N.

Необходимо отметить, что лимфодиссекция включает в себя удаление лимфатических узлов вместе с окружающей клетчаткой, а лимфаденэктомия подразумевает удаление только лимфатических узлов без окружающей клетчатки. Поскольку метастатическое поражение лимфатического узла может распространяться и на окружающую клетчатку, лимфодиссекция более целесообразна, так как повышает радикальность онкологической операции.

Ранее ряд авторов указывали на необходимость спленэктомии при операциях по поводу рака желудка T₃₋₄, но в настоящее время нет достоверных данных в пользу эффективности и оправданности этого приема. Напротив, современные рекомендации оправдывают спленэктомию лишь в случае достоверно установленного поражения селезенки и, относительно, в случае достоверно установленного поражения лимфатических узлов в воротах селезенки (группа № 10). [4, с. 26-39]

Оперативные вмешательства по поводу рака желудка могут быть выполнены как традиционным (открытым) способом, так и с помощью лапароскопии. Следует отметить, что лапароскопические вмешательства имеют преимущества лишь при ранних стадиях заболевания, а с увеличением стадии растет целесообразность проведения операций открытым способом.

Выводы: Изучение и анализ данных литературы позволяет сделать следующие основные выводы:

- Рак желудка занимает одну из лидирующих позиций в структуре онкологических заболеваний в России и мире.
- Необходимо принятие мер, направленных на улучшение ранней диагностики рака желудка, таких, как плановое проведение ЭГДС.
- Для планирования операции и максимизации ее радикальности необходима наиболее полная диагностика, направленная на точное определение распространенности процесса.

- Любое оперативное вмешательство по поводу рака желудка должно сопровождаться лучевой и химиотерапией по показаниям.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. 2000. – 19 С.
2. М.И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. Онкология. Москва. 2006. – 315 С.
3. Кащенко В.А., Орлова Р.В. Рак желудка: практические рекомендации. Санкт-Петербург. 2014. – 22 С.
4. Суда К., Кащенко В.А., Ишикава К., Ишида Й., Уяма И. Лапароскопическая дистальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2 на основании клинических рекомендаций по лечению рака желудка в Японии: технические аспекты операции. // Клиническая больница. Санкт-Петербург. 2015. №3. – с. 26-39.