

când în anul 2004, acest indice a atins cifra de 202,1 cazuri la 100 000 populație. Incidența mortalității în anul 1980 constituia 95,0 cazuri la 100 000 populație, iar în anul 2004 – 148,6 cazuri la 100 000 populație.

Din anul 1998, funcționează Programul național de combatere a cancerului, ale cărui direcții principale de activitate sunt profilaxia primară și cea secundară ale cancerului.

Analizând structura morbidității prin tumori maligne la bărbați, determinăm o prevalență absolută a cancerului pulmonar (19,5%), urmat de cancerul stomacal, al pielii, al mucoasei cavității bucale, hemoblastoze. La femei, primul loc îl ocupă cancerul glandei mamare (23,8%), apoi cancerul pielii, colului uterin, hemoblastoze, cancerul gastric. În structura morbidității, la copii primul loc îl dețin hemoblastozele (44,5%), urmate de tumori ale țesuturilor moi și ale oaselor, tumori ale creierului.

Analiza mortalității prin tumori maligne determină o întâetate a cancerului pulmonar (13,6%), urmat de cancerul gastric, al glandei mamare, cancerul rectal și hemoblastoze. Analiza pe stadii a diagnosticului tumorilor maligne denotă un nivel înalt de depistare în stadiile III și IV (26,6% și, respectiv, 27,8%), comparativ cu nivel mic în st. I-II (20,3%).

Analiza prevalenței și a supraviețuirii la 5 ani a bolnavilor de cancer a demonstrat că indicii sunt într-o ușoară creștere, drept rezultat al îndeplinirii Programului național de combatere a cancerului; în unele localizări, de exemplu, prevalența în cancerul glandei mamare a crescut de la 313,8%, în 1999, la 392,7%, în 2004, în hemoblastoze, de la 61,4% la 76,1%, în cancerul de colon, de la 38% la 47,2%, în cancerul glandei tiroide, de la 21% la 33,9%.

Pornind de la indicii morbidității și ai mortalității în urma maladiilor oncologice în Republica Moldova, este necesar să fie luate unele măsuri în vederea profilaxiei primare și secundare a cancerului și finanțării adecvate a Programului național de combatere a cancerului, conform necesităților.

Summary

In the Republic of Moldova as in most European states the incidence of cancer has a moderate increase. Thus, in 1980 the morbidity by malign tumors was 149.0 new cases registered per 100 000 of people, while in 2004 that index reached the number of 202.1 new cases per 100 000 of people. The mortality index in 1980 was 95.0 cases per 100 000 of people, but in 2004 – 148.6 cases per 100 000 of people.

The National Program Against Cancer was founded in 1999, the main tasks of which are the primary and secondary prophylaxis of cancer.

The analysis of morbidity structure malign tumors among men, shows an absolute prevalence of lung cancer (19.5%), followed by stomach cancer, skin, oral cavity mucous, hemoblastosis. In women the most frequent malign tumor is breast cancer (23.8%), followed by skin cancer, uterine cervix, hemoblastosis and gastric cancer. Among children first position is held by hemoblastosis (44.5%), followed by the tumors of soft and bones tissue, brain tumors.

The analysis of mortality due to malign shows that lung cancer (13.6%) is the most frequent, followed by gastric cancer, breast cancer, rectum cancer and hemoblastosis. The stage analysis of diagnosis of malign tumors shows a high level of tracing out in stage III and IV (26.6% and 27.8% respective) in comparison with the low level of tracing out in stage I and II (20.3%).

The analysis of prevalence and survival during 5 years of patients with cancer showed, that the index is in a little increase as the result of the National Program Against Cancer application in some regions like: the prevalence in breast cancer increased from (313.8% in 1999 to 392.7% in 2004, in hemoblastosis from 61.4% to 76.1% cancer of colon from 38% to 47.2%, cancer of thyroid gland from 21% to 33.9%).

Because of morbidity and mortality resulting from oncological diseases in the Republic of Moldova, it is necessary to improve the measures in the direction of primary and secondary prophylaxis of cancer and to proper finance the National Program according to its necessities.

РАННИЙ РАК ЖЕЛУДКА: ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ, ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА, ВЫБОР ОБЪЕМА ЛИМФОДИСЕКЦИИ

¹Давыдов Михаил Иванович (академик РАН и РАМН, д.м.н., профессор, директор ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН), ¹Туркин Игорь Николаевич (к.м.н., ведущий научный сотрудник),

²Левицкий Александр Васильевич (к.м.н., хирург-онколог), ³Мочальникова Валерия Васильевна, (врач - патологоанатом)

¹ Хирургическое торакальное отделение торако-абдоминального отдела НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва ² Отделение торако-абдоминальной онкохирургии ФГУ «Клиническая больница» Управления делами Президента Российской Федерации, ³ Патологоанатомическое отделение НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

Введение. В отличие от местно-распространенного рака желудка, лечение больных ранним раком весьма эффективно: 5-летняя выживаемость достигает 80-90%, рецидивы встречаются с частотой

1-14% [1-6]. Различия во взглядах на рациональный объем оперативного вмешательства при раннем раке желудка обуславливают актуальность изучаемой проблемы.

Появление новых эндоскопических технологий позволило внедрить в клиническую практику, наряду с традиционными операциями при раннем раке желудка, малоинвазивные вмешательства: эндоскопическую резекцию слизистой оболочки и эндоскопическую резекцию с диссекцией подслизистого слоя. Достоинством эндоскопических операций является минимизация операционной травмы, однако они эти вмешательства требуют строгого отбора больных, опухоль у которых обладает минимальным риском лимфогенного метастазирования и, как правило, не выходит за пределы слизистого слоя [7-9].

Японскими учеными, на основании крупных ретроспективных исследований, были сформулированы показания к эндоскопическим операциям, однако анализ литературы свидетельствует, что даже при их соблюдении высокой остается частота местных рецидивов после казалось бы R0 выполненных эндоскопических резекций. Например, по данным многоцентрового исследования, проведенного в Японии [10], частота нерадикальных эндоскопических вмешательств составила 19,5%. В исследовании, проведенном в Корее, эндоскопическая резекция слизистой оказалась радикально выполненной лишь у 60% пациентов, эндоскопическая резекция с диссекцией подслизистого слоя у 79,9% [11]. Частота местных рецидивов в исследовании авторов составила 18% после эндоскопической резекции слизистой и 3,7% после резекции с диссекцией подслизистого слоя. Т. Gotoda [12], на основании результатов исследований 85 японских клиник по эндоскопическому лечению раннего рака желудка, приводит частоту рецидивов после ЭРС до 35%, что явно превышает частоту микроскопически резидуальной опухоли после стандартных резекций при раннем раке – не более 2% [13-14], и частоту интралюминарных рецидивов – не более 3% [6, 15].

В хирургии раннего рака желудка, одним из наиболее актуальных вопросов является рациональный объем вмешательства на путях лимфооттока. Учитывая редкость метастазирования раннего рака желудка в лимфоколлекторы второго этапа (N2), практически идентичные показатели после D1 и после D2 лимфодиссекции, представленные в целом ряде работ [15-18] сформировалась точка зрения, что D1 лимфодиссекция достаточна с позиций онкологического радикализма при раннем раке желудка. Однако, результаты исследований других авторов демонстрируют преимущества D2 лимфодиссекции при наличии лимфогенных метастазов [5, 19-20]. На сегодняшний день, большинство авторов являются сторонниками избирательного подхода к выбору объема лимфодиссекции: при наличии факторов риска лимфогенного метастазирования, главным из которых является инвазия в подслизистый слой предпочтение отдается лимфодиссекции D2, при низком риске лимфогенного метастазирования (инвазия опухоли в пределах слизистой оболочки) достаточной является лимфодиссекция D1 [1-2, 17, 21-24].

Несмотря на многочисленные работы, посвященные хирургическому лечению больных ранним раком желудка, большинство из них базируется на изучении стандартно принятых в онкологии 5-летних результатов. Между тем пятилетние результаты не могут рассматриваться при раннем раке желудка как аргумент эффективности лечения. Во-первых, более 50% больных ранним раком желудка переживают 5 летний срок и без лечения [25-26], во-вторых, от 30 до 60% рецидивов раннего рака желудка возникают в сроки более 5 лет после хирургического вмешательства [27].

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось оптимизация объема хирургического вмешательства при раннем раке желудка.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном (338) и проспективном (56) анализе 394 больных, оперированных по поводу раннего рака желудка в НИИ КО РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, в период с 1990 по 2006 гг. Среди 394 больных было 210 (53,3%) мужчин и 184 (46,7%) женщин, в возрасте от 24 до 84 лет. Средний возраст пациентов составил 57,4±11,3 лет.

Наиболее часто опухоль локализовалась в нижней трети желудка – 47,7% (188 больных). У 152 больных (38,6%) отмечалось поражение средней трети желудка, у 50 (12,7%) – верхней трети. У 4 больных (1,0%) опухоль занимала более одного отдела желудка и была представлена мультицентричным раком. Всего мультицентричный рак был выявлен у 23 больных (5,8%).

Макроскопические типы раннего рака (Тип 0) нами оценивались согласно классификации Японского общества гастроинтестинальной эндоскопии 1962 г. Удельный вес типа 0 II в исследовании оказался наибольшим – 42,6% (168 наблюдений). Ранний рак возвышающегося, 0 I типа, выявлен у 66 больных (16,8%), изъязвленного, 0 III типа – у 118 (29,9%) пациентов. У 42 пациентов (10,7%) макроскопический тип опухоли не уточнен.

Морфологическая характеристика опухоли включала следующие параметры: глубина инвазии (M, SM), размер, степень дифференцировки, тип по Lauren, лимфатическая инвазия, венозная инвазия. Ранний рак с инвазией слизистого и подслизистого слоя встречался примерно с одинаковой частотой – 49,7% (196 пациентов) и 50,3% (198 пациентов) соответственно. Средний размер опухоли составил $2,7 \pm 1,5$ см. Аденокарцинома высокой степени дифференцировки выявлена у 100 больных (25,4%), умеренной – у 62 (15,7%), низкой – у 232 (58,9%). Распределение больных по классификации Lauren (1965) выявило преобладание опухолей кишечного типа – 192 больных (48,7%). Диффузный тип отмечен у 138 пациентов (35%), смешанный – у 43 (10,9%). У 21 пациента (5,3%) морфологический тип по Lauren не уточнен.

Частота лимфатической инвазии и венозной инвазии (при анализе в группе из 314 наблюдений) составила 22,9% и 10,8% соответственно.

Всем больным было проведено только хирургическое лечение. Субтотальная дистальная резекция желудка выполнена 188 пациентам (47,7%), гастрэктомия – 184 (46,7%), субтотальная проксимальная резекция – 19 (4,8%). Двум пациентам (0,5%) выполнена клиновидная резекция желудка при раке средней трети с локализацией опухоли в области большой кривизны, и одному (0,3%) – экстирпация оставшейся части желудка (в анамнезе дистальная резекция желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки).

Хирургические вмешательства с лимфодиссекцией D1 выполнены 230 (58,4%) пациентам, с лимфодиссекцией D2 – 162 (41,1%) больным. У двух больных, оперированных в объеме клиновидной резекции, лимфодиссекция не выполнялась – (D0-0,5%). Степень радикальности операции, согласно критериям UICC, соответствовала R0 в 388 (98,5%) наблюдениях, R1 – в 6 (1,5%).

Статистическая обработка данных произведена с использованием разработанной базы данных в программе Microsoft Access 2000 и программы Statistica 6. Достоверность различий определялась по критерию χ^2 , точному критерию Фишера и t-критерию Стьюдента. Критерий «выживаемость» оценивался по методу моментов Kaplan-Meier. Для сравнения кривых кумулятивной выживаемости использовался log-rank test. Многофакторный анализ проведен по методике кластерного регрессионного анализа.

Результаты:

Частота лимфогенного метастазирования

Анализ особенностей лимфогенного метастазирования раннего рака выявил следующие закономерности. Общая частота лимфогенного метастазирования составила 12,2% (48 из 394 пациентов). Преимущественно поражение ограничивалось лимфоузлами I этапа метастазирования согласно классификации JGCA 1998, выявленное у 44 из 48 больных (91,7%). У оставшихся 4 пациентов помимо N1 наблюдались метастазы в лимфоузлах уровня N2 (8,3%): по ходу левой желудочной артерии и чревного ствола. Число пораженных лимфоузлов варьировало от 1 (23 пациента) до 8 (1 пациент) и в среднем составило $2,2 \pm 1,6$ на одного больного.

Было изучено влияние на частоту лимфогенного метастазирования следующих 9 морфологических факторов: глубины инвазии, локализации опухоли, мультицентричности, размеров, макроскопических типов, гистологического варианта опухоли и степени дифференцировки, типа по классификации Lauren, лимфатической инвазии, венозной инвазии. Из них, значимое влияние на частоту метастазирования оказали 7, распределенные посредством многофакторного анализа по степени информативности в таблице 1.

Риск метастазирования оказался ничтожным при размерах опухоли менее 1,0 см - 0 из 65, а также при высокодифференцированном внутрислизистом раке - 0 из 64. Низкая частота метастазирования отмечена также при внутрислизистом раке типа 0 II – 1,1% (1 из 88). Частота метастазирования при размере опухоли 1,1-4,0 см составила 11,1% (6,1% при внутрислизистом и 15,7% при подслизистом раке), но при этом локализация метастазов ограничивалась только лимфоузлами уровня N1.

Анализ метастазирования в лимфоузлы уровня N2 выявил следующие закономерности. У всех 4 больных с поражением лимфоколлекторов N2 наблюдалось сочетание 4 факторов: инвазия в подслизистый слой, размер опухоли более 4,0 см, низкая степень дифференцировки, наличие лимфатической и венозной инвазии. Факторами риска метастазирования в лимфоузлы уровня N2 оказались: размер опухоли более 4,0 см – 6,9% ($p < 0,01$), наличие лимфатической инвазии – 5,6% ($p < 0,001$), наличие венозной инвазии – 11,8% ($p < 0,001$), локализация в верхней трети желудка – 4,0% ($p < 0,05$).

Таблица 1

Факторы риска лимфогенного метастазирования раннего рака желудка

Ранговое место фактора		Коэффициент информативности	Частота лимфогенного метастазирования	P
1	Лимфатическая инвазия	0,1726	47,2%	<0,001
2	Субмукозная инвазия	0,0499	18,7%	<0,001
3	Размер опухоли более 4,0 см	0,0432	31%	=0,021
4	Венозная инвазия	0,0429	44,1%	<0,001
5	Переход опухоли на пищевод	0,0244	38,5%	=0,007
6	Макроскопический тип 0 I 0 III	0,0241	21,2% 16,9%	=0,041
7	Низкая степень дифференцировки	0,0055	15,1%	=0,007

Идентификация факторов риска лимфогенного метастазирования на дооперационном этапе может служить обоснованием к расширению объема лимфодиссекции до D2. Глубину инвазии опухоли позволяет уточнить эндосонография. Выявление наиболее информативных факторов – лимфатической и венозной инвазии – возможно после эндоскопической резекции пораженной слизистой оболочки.

Отдаленные результаты лечения

Показатели 5- и 10-летней общей выживаемости во всей исследуемой группе больных ранним раком желудка составили 84,8% и 70,1%, безрецидивной - 84,4% и 70% соответственно. Практически идентичные показатели выживаемости обусловлены низкой частотой прогрессирования опухоли – всего 5,6% (22 из 394). В течение 178 месяцев после операции умерло 90 больных (22,8%), из них от послеоперационных осложнений 8 (2%). Анализ структуры летальности продемонстрировал, что большая часть больных ранним раком желудка 56,1% (46 наблюдений) погибло от причин, не связанных с прогрессированием. От прогрессирования опухолевого процесса удельный вес умерших составил 25,6% (21 пациент). Один больной жив в течении 72 месяцев с момента операции (6 месяцев с момента выявления прогрессирования), получает химиотерапевтическое лечение. От метастатической злокачественной опухоли умерло 8 больных (9,8%), и у 7 больных – причина смерти неизвестна. Показатели летальности в общей группе оперированных больных, таким образом, составили: от причин не связанных с прогрессированием – 11,7%, от прогрессирования – 5,3%, от метастатической злокачественной опухоли – 2,0%.

В таблице 2 представлены факторы прогноза, при которых отдаленные результаты лечения больных ранним раком желудка существенно ухудшались: наличие лимфогенных метастазов ($p < 0,001$ log-rank test), размер опухоли более 4,0 см ($p < 0,01$ log-rank test), локализация опухоли в верхней трети желудка ($p < 0,05$ log-rank test), нерадикальные (R1) операции ($p < 0,01$). Во всех случаях снижение показателей выживаемости в прогностических группах было обусловлено большей частотой прогрессирования опухоли.

Таблица 2

Факторы прогноза при раннем раке желудка

Фактор	Число больных	Выживаемость		P
		5-летняя	10-летняя	
Лимфогенное метастазирование pN0 pN+	319 48	88,7% 55,4%	76% 50,4%	<0,001
Размер опухоли <4,0 >4,0	310 57	86,8% 73,8%	74,4% 63,8%	<0,01
Локализация опухоли н/треть с/треть в/треть >1 отдела	175 143 46 3	88,9% 83% 73,9% -	80,7% 69,3% 48,3% -	<0,05
Радикальность операции R0 R1	361 6	85,9% 33,3%	73,6% 0	<0,01

Прим. Из анализа исключены 27 пациентов с первично-множественной злокачественной опухолью.

Наличие лимфогенных метастазов оказалось наиболее весомым прогностическим фактором. Из 48 больных, у которых при исследовании удаленного препарата было выявлено метастатическое поражение регионарных лимфоузлов, прогрессирование в различные сроки было зарегистрировано у 15 (31,3%). В группе больных без метастазов прогрессирование было выявлено всего у 6 пациентов (1,9%). При метастатическом поражении трех и более лимфатических узлов прогноз ухудшался значительно. Безрецидивная 5-летняя выживаемость в группе с 3 и более лимфогенными метастазами (n=18) составила 46,6%, 10-летняя – 0. В группе больных с одним или двумя пораженными лимфоузлами 5- и 10-летняя безрецидивная выживаемость составила 65,3% ($p < 0,05$ log-rank test) (рисунок 1).

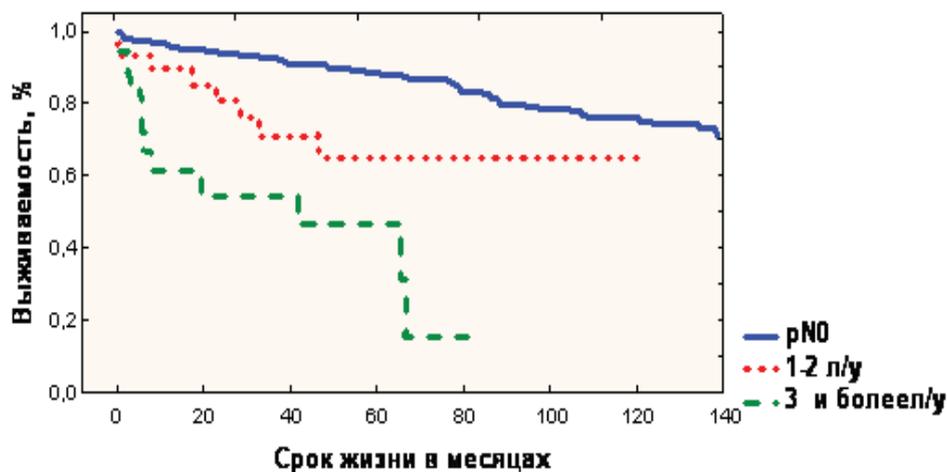


Рисунок 1. Безрецидивная выживаемость в группах pN0, 1-2, 3 и более пораженных лимфатических узлов

Инвазия опухоли в подслизистый слой, являясь одним из факторов риска лимфогенного метастазирования, не оказалась фактором, ухудшающим выживаемость больных ранним раком желудка, что подтверждает целесообразность стадирования внутрислизистого и подслизистого рака в одной категории pT1. Показатели 5- и 10-летней выживаемости составили для внутрислизистого и подслизистого рака соответственно 88,9%, 73,8% и 80,4%, 72,6%.

Анализ влияния на отдаленные результаты лечения степени дифференцировки опухоли, макроскопических типов, мультицентричного роста, типа по классификации Lauren также не выявил статистических различий.

Стратегия хирургического лечения больных ранним раком желудка до сих пор остается предметом острой дискуссии. Главным аспектом проблемы является рациональный объем вмешательства на лимфатических коллекторах, а именно - улучшает ли D2 лимфодиссекция результаты хирургического лечения? Проблема локорегионарных рецидивов находится в пределах досягаемости хирургического метода, поэтому можно ожидать снижение их частоты за счет расширения объема лимфодиссекции.

В нашей работе в группе радикально оперированных больных при исключении ПМЗО прогрессирование в различные сроки было зарегистрировано у 17 из 361 пациента (4,7%). Из них только рецидив только в анастомозе и регионарных лимфатических узлах отмечен у одного больного (5,9%), оперированного в объеме чрезбрюшинной проксимальной субтотальной резекции желудка с лимфодиссекцией D1 по поводу кардиоэзофагеального рака T1N1M0. Только отдаленное метастазирование выявлено у 5 больных (29,4%). Из них, у двух отмечались множественные метастазы в печени и метастазы в забрюшинных (парааортальных) лимфоузлах, у одного – только метастазы в парааортальных лимфоузлах, у одного – только множественные метастазы в печени и у одного – метастазы в легких.

Локорегионарный рецидив в сочетании с отдаленным метастазированием выявлен у 9 больных (52,9%). У всех без исключения отмечались метастазы в регионарных лимфатических узлах. У двух больных также выявлен рецидив в оставшейся части желудка (в одном наблюдении после клиновидной резекции, в другом – после дистальной субтотальной резекции по поводу раннего рака средней трети желудка). В забрюшинных лимфатических узлах метастазы отмечены у 6 больных, канцероматоз брюшины – у 4, единичные или множественные метастазы в печени – у 4, метастазы во внутригрудных лимфоузлах – у одного, метастазы Крукенберга – у 2.

У 2 больных структура прогрессирования осталась не уточненной.

Зависимость показателей общей выживаемости от объема лимфодиссекции в проведенном нами исследовании получено не было: 5- и 10-летняя выживаемость составила соответственно 86,5% и 75,3% после D2 лимфодиссекции против 85,9% и 73,5% после D1 ($p=0,93$ log-rank test). Однако, частота прогрессирования опухоли в группе больных, перенесших D2 диссекцию, встречалась достоверно реже, чем в группе D1: 1,3% против 6,7% ($p<0,05$). Ни в одном из двух случаев прогрессирования после D2 лимфодиссекции мы не наблюдали наличие в структуре локорегионарного рецидива. После D1 лимфодиссекции частота локорегионарного рецидива составила 4,3%. Различия в частоте локорегионарных рецидивов, в зависимости от объема лимфодиссекции, статистически достоверны ($p<0,05$).

Эффективность D2 лимфодиссекции оказалась наиболее демонстративной в группе пациентов с метастатическим поражением регионарных лимфатических узлов. Так у больных без лимфогенных метастазов (pN0) 5- и 10 летняя общая выживаемость составила 89,8% и 76,7% в группе D1 и, соответственно, 87,5% и 75,8% в группе D2 ($p=0,46$ Log-rank test). Частота прогрессирования и локорегионарных рецидивов составила 2,7% и 2,1% после лимфодиссекции D1 и 0 после D2 (различия недостоверны). Продолжительность жизни в группе больных с наличием лимфогенных метастазов (pN+) после D2 лимфодиссекции оказалась несколько выше, чем после D1: 5-летняя выживаемость составила соответственно 78,1% и 51,6%, а 10-летняя - 78,1% и 45,9% ($p=0,08$, log-rank test, различия недостоверны). В то же время частота прогрессирования после D2 диссекции составила 9,5%, после D1 - 39,1% ($p<0,05$), а частота локорегионарных рецидивов - 0% и 26% соответственно ($p<0,05$). Различия оказались статистически достоверными.

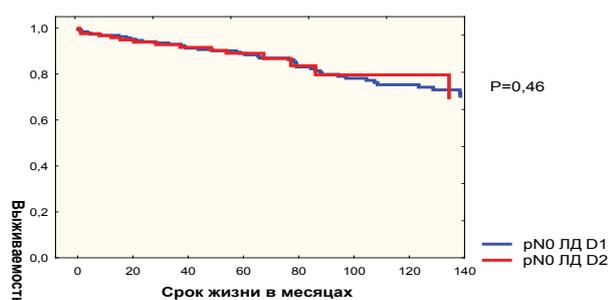


Рисунок 2. Общая выживаемость больных ранним раком желудка в зависимости от объема лимфодиссекции в группе pN0

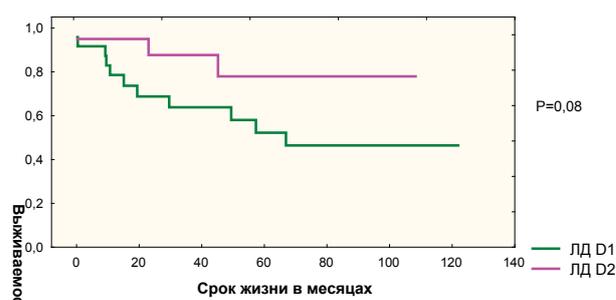


Рисунок 3. Общая выживаемость больных ранним раком желудка в зависимости от объема лимфодиссекции в группе pN+

У больных с подслизистой инвазией опухоли и наличием лимфогенных метастазов 5-летняя продолжительность жизни после D2 диссекции составила 73,6%, после D1 - 35,9% (различия достоверны: $p=0,03$ log-rank test). Частота прогрессирования в этой же подгруппе больных после D2 лимфодиссекции составила 11,1%, после D1 - 43,8% ($p<0,05$), а частота локорегионарных рецидивов - 0% и 25% соответственно ($p<0,05$).

Таким образом, выполнение D2 лимфодиссекции у больных ранним раком желудка при наличии лимфогенных метастазов позволяет достоверно снизить частоту рецидивов и улучшить результаты хирургического лечения. В связи с этим перечисленные выше 7 факторов риска лимфогенного метастазирования у больного с подтвержденным на дооперационном этапе диагнозом ранний рак желудка следует считать показанием к выполнению лимфодиссекции D2. Ограничение объема лимфодиссекции до D1 возможно лишь при опухолях с ничтожно низким риском метастазирования - любой тип раннего рака независимо от степени дифференцировки размерами менее 1,0 см, внутрислизистый рак независимо от типа и степени дифференцировки менее 4,0 см, внутрислизистый рак высокой степени дифференцировки типа 0 II независимо от размеров опухоли.

Выводы:

1. Факторами риска лимфогенного метастазирования раннего рака желудка являются: наличие лимфатической инвазии, инвазия подслизистого слоя, размер опухоли более 4,0 см, наличие венозной инвазии, переход опухоли на пищевод, 0 I и 0 III макроскопические типы, низкая степень дифференцировки.

2. Факторами, оказавшими достоверное негативное влияние на выживаемость больных ранним

раком желудка, являются: наличие лимфогенных метастазов, нерадикальная (R1) операция, локализация опухоли в верхней трети желудка, размер опухоли более 4,0 см.

3. При наличии 3 и более пораженных регионарных лимфатических узлов прогноз ухудшается существенно (безрецидивная 5-летняя выживаемость составляет 46,6%, 10-летняя – 0).

4. Выполнение D2 лимфодиссекции у больных ранним раком желудка при наличии факторов риска лимфогенного метастазирования позволяет достоверно снизить частоту локорегионарных рецидивов и улучшить результаты хирургического лечения.

Литература

1. Скоропад В.Ю., Бердов Б.А. Рецидивы после хирургического лечения раннего (pT1) рака желудка: закономерности развития, возможности расширенной лимфаденэктомии в их профилактике // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №1. – С. 43-48.
2. Черноусов Ф.А., Селиванова И.М., Фишкова З.П. Радикальное хирургическое лечение раннего рака желудка // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №7. – С. 61-69.
3. Kunisaki C., Akiyama H., Nomura M. et al. Significance of Long-Term Follow-Up of Early Gastric Cancer // Ann. Surg. Oncol. – 2006. – Vol. 13. – № 3. – P. 363-369.
4. Lee H-J., Kim Y-H., Kim W-H. et al. Clinicopathological Analysis for Recurrence of Early gastric cancer // Jpn. J. Clin. Oncol. – 2003. – Vol. 33. – № 5. – P. 209-214.
5. Sigon R., Canzonieri V., Rossi C. Early gastric cancer: a single institution experience on 60 cases // Supple Tumori. - 2003. - Vol 2. - № 5. - P. 23-26.
6. Wu B., Wu D., Wang M., Wang G. Recurrence in patients following curative resection of early gastric carcinoma // J. Surg. Oncol. – 2008. – Vol. 98. – P. 411- 414.
7. Yanai H., Noguchi T., Mizumachi S. et al. A blind comparison of the effectiveness of endoscopic ultrasonography and endoscopy in staging early gastric cancer // Gut. – 1999. – Vol. 44. – P. 361-365.
8. Ludwig K., Klautke G., Bernard J., Weiner R. Minimally invasive and local treatment for mucosal early gastric cancer // Surg. Endosc. – 2005. – Vol. 19. – P. 1362-1366.
9. Li H., Lu P., Lu Y. et al. Predictive factor of lymph node metastasis in undifferentiated early gastric cancers and application of endoscopic mucosal resection // Surg. Oncol. - 2010. - May 13 [Epub ahead of print].
10. Oda I., Saito D., Tada M. et al. A multicenter retrospective study of endoscopic resection for early gastric cancer // Gastric Cancer. – 2006. – Vol. 9. – P. 262-270.
11. Park JC, Lee SK, Seo JH, et al. Predictive factors for local recurrence after endoscopic resection for early gastric cancer: long-term clinical outcome in a single-center experience// Surg Endosc. -2010- Apr 29. [Epub ahead of print].
12. Gotoda T. Endoscopic resection of early gastric cancer: review article // Gastric Cancer. – 2007. – Vol. 10. – P. 1-11.
13. Sano T., Mudan S. No advantage of reoperation for positive resection margin in node positive gastric cancer patients // Jpn. J. Clin. Oncol. – 1999. – Vol. 29. – P. 283-284.
14. Morgagni P., Garcea D., Marrelli D. et al. for the Italian Research Group for Gastric Cancer Study. Does resection line involvement affect prognosis in early gastric cancer patients? An Italian Multicentric Study // World J. Surg. – 2006. – Vol. 30. – P. 585-589.
15. Degiuli M., Calvo F. Survival of early gastric cancer in a specialized European Center. Which Lymphadenectomy is necessary? // World J. Surg. – 2006. – Vol. 30. – P. 2193-2203.
16. Yoshikawa T., Tsuburaya A., Kobayashi O., et al. Is D2 lymph node dissection necessary for early gastric cancer // Ann. Surg. Oncol. – 2002. – Vol. 4. P. 401-405.
17. Nitti D., Marchet A., Mammano E. et al. Extended lymphadenectomy (D2) in patients with early gastric cancer // EJSO. – 2005. – Vol. 31. – P. 875-881.
18. Rebai W., Fterich F., Makni A. et al. Early gastric adenocarcinoma // Tunis Med. - 2010.- Jan. - Vol. 88 (1). - P. 1-4.
19. Miwa K. Optimal nodal dissection for early gastric cancer // Nippon. Geka. Gakkai Zasshi. – 2001. – Vol. 102. – № 6. – P. 484-489.
20. Onodera H., Tokunaga A., Yoshiyuki T. et al. Surgical outcome of 483 patients with early gastric cancer: prognosis, postoperative morbidity and mortality and gastric remnant cancer // Hepatogastroenterology. – 2004. – Vol. 51. – № 55. – P. 82-85.
21. Abe N., Watanabe T., Suzuki K. et al. Risk factors predictive of lymph node metastasis in depressed early gastric cancer // Am. J. Surg. – 2002. – Vol. 183. – P. 168-172.
22. Shimoyama S., Seto Y., Yasuda H. Concepts, rationale and current outcomes of less invasive surgical strategies for early gastric cancer: data from a quarter-century of experience in a single institution // World. J. Surg. – 2005. – Vol. 29. – P. 58-65.
23. Kunisaki C., Shimada H., Nomura M. et al. Appropriate lymph node dissection for early gastric cancer based on lymph node metastases // Surgery. – 2000. – Vol. 129. – P. 153-157.
24. Hu X., Cao L., Tian D.Y. et al. Clinical study of lymph node dissection for early gastric cancer // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. - 2009. - Vol. 47. - №. 17. - P. 1302-1304.

25. Tsukuma H., Mishima T., Oshima A. Prospective study of "early" gastric cancer // Int. J. Cancer. – 1983. – Vol. 31. – P. 421-426.
26. Tsukuma H., Oshima A., Narahara H. et al. Natural history of early gastric cancer: a non-current, long-term, follow-up // Gut. – 2000. – Vol. 47. – P. 618-621.
27. Yamamoto M., Yamanaka T., Baba H. et al. The postoperative recurrence and the occurrence of second primary carcinomas in patients with early gastric carcinoma // J. Surg. Oncol. – 2008. – Vol. 97. – P. 231-235.

Rezumat

Pentru a evalua rolul disecției nodului limfatic D2, în cazul cancerului gastric am analizat caracteristicile care afectează ganglionii limfatici, factori de prognostic pentru supraviețuirea globală, supraviețuirea pe termen lung și rata de recurență, în cazurile de cancer gastric precoce stratificat, în funcție de tipul de disecție al nodului limfatic.

Summary

Purpose. For the purpose of value the role of D2 lymph node dissection in cases of early gastric cancer we analyzed the features of lymph node involvement, prognostic factors for overall survival, the long term survival and recurrence rate in cases of early gastric cancer stratified according to type of lymph node dissection during surgical treatment.

Materials. We analyzed the results of 394 of early gastric cancer surgically treated in RCRC during the period from 1.01.1990 till 31.12.2006. In the majority of cases standard D1 lymph node dissection was done - 58,4% though extended D2 lymph node dissection was done in 41,1% of cases. The extent of dissection was valued both on the lymph node stations, harvested during the dissection and the quantity of harvested lymph nodes - for D2 lymph node dissection not less than 26 nodes.

Results. The 5- and 10-y survival for the whole group was 84,8% and 70,1% correspondingly and the frequency of recurrence was 5,6%. Multivariate analysis of all patients identified the depth of tumor invasion, lymphatic and venous involvement, the main size greater the 4,0 cm, esophageal spreading tumor, 0 I and 0 III macroscopic appearance types, undifferentiated histological type as predictive factors of lymph node metastases. The main factor for overall survival and tumor recurrence was the lymphatic metastasis in the regional lymph nodes ($p < 0,001$ log-rank test). In cases of D2 lymph node dissection the 10-y survival was better than in the D1 group: 75,3% vs. 73,5% (the difference not significant, $p = 0,93$). The recurrence rate was statistically higher in the D1 group: 6,7% vs. 1,3% ($p < 0,05$). The trend towards statistical significant difference in the long term survival was in the group with lymph node metastasis: 10-y. s. was better in the D2 group 78,1% vs. 45,9% ($p = 0,08$). In the cohort the recurrence rate was also statistically significant higher in the D1 group: 39,1% vs. 9,5% in the D2 group ($p < 0,05$). In the group without lymph node metastases there was no significant difference in survival ($p = 0,46$) and the recurrence rate (2,7% vs. 0 ($p = 0,15$)) among groups.

Conclusions. In cases of early gastric cancer with the possibility of lymph node metastases the radical surgical treatment with D2 lymph node dissection is the method of choice.

MANAGEMENTUL CHIRURGICAL ÎN STRICTURILE BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

Vladimir Hotineanu, Alexandru Ferdohleb, Adrian Hotineanu
USMF „Nicolae Testemițanu”, Clinica 1 Catedra 2 Chirurgie,

Actualitatea temei. SBCBE reprezintă o afecțiune importantă și destul de frecventă. Soarta acestor pacienți este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenții chirurgicale repetate, prezența icterului complicat cu angiocolită purulentă, sepsisului biliar, cu evoluția unei insuficiențe hepatice progresive.

Stricturile biliare în 95% din cazuri apar în urma unor leziuni provocate de actul operator, îndeosebi cu ocazia intervențiilor laborioase pe căile biliare [1, 3, 7, 11, 14, 18, 19, 22, 23, 24]. Traumatismul căii biliare principale (CBP) în 80-90% din cazuri este consecința unei colecistectomii [3, 6, 10, 18]. În cazul colecistectomiilor tradiționale, ponderea traumatismelor căilor biliare extrahepatice (CBE) constituie 0,8%-1%. În colecistectomiile celioscopice 0,22%-3% [2, 10, 13, 14, 18, 20]. După A.A.Шалимов, în 1993 ponderea traumatismului în cazul unei colecistectomii acute a fost de 53,6%, iar în cazul unei colecistectomii cronice de 31,5%. În lotul total al pacienților operați în zona hepatopancreato-duodenală, rata traumatismelor este de 1%. [21, 24]. În 0,1-9,1% din cazuri, traumatismul CBEH apare în urma unei rezecții gastrice [20, 24]. Soarta acestor pacienți este determinată de o suferință îndelungată, asociată cu intervenții chirurgicale repetate, prezența icterului complicat cu angiocolită purulentă, sepsis biliar, cu evoluția unei insuficiențe hepatice progresive, cirozei hepatice cu hipertensiune portală [4, 5, 10, 16, 18, 14].