

7. Vares E. Ya., Knot'ko G. P. Substitutionary maxillary dentures. Kiev: Zdorov'ya; 1981 (in Russian).
8. Markin P.Yu. Clinical and laboratory validation of application of the new material "StomAkril repair" in prosthetic dentistry. Diss. Moscow; 2006 (in Russian).
9. Gozhaya L.D. Allergic diseases in prosthetic dentistry. Moscow; 1988 (in Russian).
10. Ushakov R.V. Tsarev V.N. Oral microflora and its value in the development of dental diseases. Dentistry for all. 1998; 3: 22—6 (in Russian).
11. Kochurova E.V., Kozlov S.V., Nikolenko V.N., Gujter O.S. Influence of the type of dental prosthesis on the level of biomarkers of the salivary fluid of patients with acquired defects of the maxilla-facial area. Rossijskij stomatologicheskij zhurnal. 2013; 5: 21—8 (in Russian).
12. Arutyunov S.D., Kozlov S.V., Guyter O.S. Dental flask. Patent RF, № 124554; 2013 (in Russian).
13. Kozlov S.V., Gujter O.S., Kochurova E.V. Improvement of flask in production of non-standart size hollow obturator in patients with acquired defects of maxilla. Klinicheskaya stomatologiya. 2013; 3(67): 66—71.

Поступила 04.10.14

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.33-006.04-089-053.9-07

Г.А. Рохоев, С.Н. Неред, И.С. Стилиди

### ДЛИТЕЛЬНЫЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 80 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина» РАМН, 115478, г. Москва

*Проблема хирургического лечения больных старше 80 лет представляет большой интерес в связи с глобальным старением населения, однако многие ее аспекты недостаточно изучены. Представлено описание трех случаев успешного хирургического лечения рака желудка у больных старше 80 лет с удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами. Сроки наблюдения составили 82, 77 и 41 мес.*

Ключевые слова: рак желудка; хирургическое лечение; отдаленные результаты, старческий возраст.

LONG-TERM MONITORING PATIENTS OVER 80 YEARS OPERATED FOR GASTRIC CANCER

G.A. Rokhoev, S.N. Nered, I.S. Stilidi

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center under the Russian Academy of Medical Sciences, 115478, Moscow, Russian Federation

*Surgical treatment of patients older than 80 years remains an actual problem and represents a great interest, due to the aging of the population. Many of its aspects, to day, are not sufficiently understood. We describe 3 cases of successful surgical treatment of patients with gastric cancer; older than 80 years. Follow-up was 82.77, and 41 months.*

Key words: gastric cancer; surgical treatment; long-term results; elderly patients.

К проблеме хирургического лечения больных раком желудка старческого возраста периодически приходится возвращаться, поскольку по мере улучшения хирургической техники, анестезиолого-реанимационного пособия предельный возраст оперируемых больных постоянно увеличивается. Данные литературы прошлых лет (1970—1980) свидетельствуют о значительном количестве отказов в хирургическом лечении, обоснованных возрастным пределом операбельности 60—70 лет [1—3]. Однако на современном этапе операбельность пациентов преклонного возраста увеличилась до 70—89% [4—8]. Если целесообразность применения хирургического метода лечения в возрастной группе до 75 лет не вызывает сомнения, то возможности хирургического лечения больных старше 80 лет значительно менее изучены. Имеющиеся в мировой литературе единичные публикации, посвященные хирургическому

лечению пациентов старше 80 лет, основаны на небольшом количестве наблюдений и не дают полного представления об особенностях этой категории больных [9—13]. В нашем сообщении приведены примеры успешных хирургических вмешательств, выполненных в хирургическом отделении абдоминальной онкологии им. Н.Н. Блохина РАМН у 3 пациентов с раком желудка старше 80 лет с длительным послеоперационным сроком наблюдения.

1. Пациент Г., 81 год, госпитализирован в отделение абдоминальной онкологии 6.11.06 г. с диагнозом рака тела желудка. По данным обследования (ФГДС, лапароскопия) установлено, что в области тела и антрального отдела желудка имеется язвенно-инфильтративная опухоль размерами 7×5 см, циркулярно суживающая просвет желудка, прорастающая серозную оболочку. Гистологическое исследование биопсийного материала: аденокарцинома умеренной и низкой степени дифференцировки. При УЗИ отдаленные метастазы не выявлены. Сопутствующие заболевания: ИБС — атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Сердечная недостаточность — 0 ст. Артериальная гипертензия 2 ст., умеренного риска. Эмфизема легких, пневмосклероз. Аденома пред-

Для корреспонденции: Рохоев Гаджи Ахмадулаевич — аспирант отделения абдоминальной онкологии НИИ клинической онкологии; 115478, г. Москва, , Каширское шоссе, д. 24; e-mail: rokhoev@mail.ru.

стательной железы. Функциональное состояние — III класс ASA. Операционно-анестезиологический риск повышен значительно.

28.11.06 выполнена операция в объеме гастрэктомии со спленосохранной D2-лимфодиссекцией. Объем кровопотери составил 200 мл. Время операции 180 мин, время наркоза 205 мин. Гистологическое исследование операционного материала: на расстоянии 5 см от проксимального, 2 см от дистального края резекции по малой кривизне определяется язвенно-инфильтративная опухоль размерами 7×5 см, представленная аденокарциномой умеренной и низкой степени дифференцировки с прорастанием всех слоев стенки желудка и врастанием в малый и большой сальники. В лимфатических сосудах стенки желудка и малого сальника опухолевые эмболы. Встречаются участки с периневральным ростом опухоли. В одном из 33 удаленных лимфатических узлов метастаз рака желудка. Стадия опухолевого процесса соответствует T3N1M0, IIIa.

Течение интра- и послеоперационного периода без осложнений, выписан из стационара на 14-е сутки после операции. Последующее наблюдение в поликлинике РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН не выявило признаков рецидива заболевания при контрольном обследовании (25.10.13). Общее состояние удовлетворительное, больной активен, не нуждается в постороннем уходе. Период жизни после операции составил 82 мес.

2. Пациентка Л., 82 года, 09.04 07 госпитализирована с диагнозом рака дистального отдела желудка. При обследовании установлено, что, начиная с препилорического отдела желудка, преимущественно по передней стенке определяется опухолевая инфильтрация, распространяющаяся до границы с нижней третью тела желудка. В области угла желудка язвенный дефект, 1,5 см в диаметре. При эндосонографии опухоль распространяется на мышечный слой стенки желудка. Гистологическое исследование биопсийного материала: высокодифференцированная аденокарцинома. При УЗИ — без признаков отдаленного метастазирования. Сопутствующие заболевания: ИБС — атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Суправентрикулярная экстрасистолия. Недостаточность аортального и трикуспидального клапанов II ст. Дисциркуляторная энцефалопатия. Мочекаменная болезнь. Дистрофические изменения печени и поджелудочной железы. Эмфизема легких, пневмосклероз. Функциональное состояние — III класс ASA. Операционно-анестезиологический риск повышен значительно.

17.04.07 выполнена дистальная субтотальная резекция желудка, D2-лимфодиссекция. Объем кровопотери составил 450 мл. Время операции 210 мин, время наркоза 250 мин. Гистологическое исследование операционного материала: на расстоянии 8 см от проксимального, 4,5 см от дистального края резекции по малой кривизне определяется плоский опухолевый узел размером 1,5×1,0 см, неправильной формы, с нечеткими границами. Опухоль представлена высокодифференцированной тубулярной аденокарциномой, инфильтрирующей слизистую и подслизистую оболочку желудка. В 20 удаленных лимфатических узлах гиперплазия реактивного характера. Установлена T1bN0M0, Ia стадия заболевания.

Интра- и послеоперационное течение без особенностей, выписана из стационара на 10-е сутки после операции. На протяжении 77 мес после операции пери-

одически получала лечение по поводу атеросклероза сосудов головного мозга в условиях стационара госпиталя ветеранов г. Москвы. При контрольном обследовании в поликлинике РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН 10.10.13 признаков прогрессирования опухолевого заболевания не выявлено.

3. Пациентка В., 82 года, 07.07.09 госпитализирована по поводу рака тела желудка. В средней трети желудка выявлена инфильтративная опухоль с поверхностным изъязвлением неправильной формы, распространяющаяся на субкардиальный отдел. По данным рентгенографии желудка нельзя исключить опухолевую инфильтрацию абдоминального сегмента пищевода. Гистологическое исследование: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ — признаки отдаленного метастазирования не выявлены. Сопутствующие заболевания: ИБС — атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Сердечная недостаточность — I ст. Артериальная гипертензия I ст., умеренного риска. Дисциркуляторная энцефалопатия атеросклеротического генеза II ст. Эмфизема легких, пневмосклероз. Хронический холецистопанкреатит. Хронический пиелонефрит. Функциональное состояние — III класс ASA. Операционно-анестезиологический риск повышен значительно.

05.08.09 больная оперирована. При ревизии опухоль определялась в проксимальном отделе и теле желудка, пальпаторно без явных признаков инфильтрации пищевода. Выполнена гастрэктомия с сохранением селезенки, D2-лимфодиссекция. Объем кровопотери 500 мл. Время операции 240 мин, время наркоза 265 мин. Гистологическое исследование операционного материала: на расстоянии 6 см от проксимальной линии резекции на задней стенке ближе к малой кривизне определяется изъязвленная опухоль размером 5,5×5,0 см. Опухоль, представленная муцинозной аденокарциномой с выраженным внутри- и внеклеточным слизеобразованием, инфильтрирует всю толщу желудка. По линии резекции через пищевод — в подслизистом слое комплексы перстневидных раковых клеток. В 37 удаленных лимфатических узлах элементов опухоли не выявлено. Таким образом, операция носила нерадикальный R1 характер. Стадия опухолевого заболевания T3N0M0, II.

Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана из стационара на 12-е сутки после операции. Через 20 мес после операции при контрольном обследовании в поликлинике РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН выявлен и гистологически подтвержден рецидив рака в зоне пищеводно-кишечного анастомоза. В период с 06.06.11 по 06.10.11 проведено 4 курса монохимиотерапии кселодой 2 г/м<sup>2</sup>. После завершения химиотерапии отмечена стабилизация опухолевого процесса. В настоящее время (18.10.13) состояние больной удовлетворительное, дисфагии нет. Период наблюдения составил 50 мес.

### Заключение

Приведенные наблюдения свидетельствуют о том, что строгий отбор пациентов, адекватная предоперационная подготовка, современный уровень анестезиологической помощи и хирургической техники способны обеспечить удовлетворительные непосредственные результаты и длительные сроки жизни после операции у пациентов старше 80 лет. Возраст пациента не должен быть поводом для отказа от хирургического пособия, направленного на излечение рака желудка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Желковский М.С. Диагностика и радикальное лечение рака желудка у больных пожилого возраста: Дисс. М.; 1974.
2. Лепорский В.Н. Осложнения у больных пожилого возраста после резекции желудка по поводу рака. Вопросы онкологии. 1976; 9: 14—9.
3. Winslet M.C., Mohsen M.A., Powell J. et al. The influence of age on the surgical management of carcinoma of the stomach. Eur. J. Surg. Oncol. 1996; 22: 220—4.
4. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Итин А.Б., Никулин М.П. Возможности хирургического лечения больных раком желудка старческого возраста. Клиническая геронтология 2005; 6: 31—7.
5. Hanazaki K., Wakabayashi M., Sodeyama H. et al. Surgery for gastric cancer in patients older than 80 years of age. Hepato-gastroenterology. 1998; 45: 268—275.
6. Katai H., Sasako M., Sano M. et al. The outcome of surgical treatment for gastric carcinoma in the elderly. Jpn J. Clin. Oncol. 1998; 28: 112—5.
7. Maehara Y., Emi Y., Tomisaki S. et al. Age-related characteristics of gastric carcinoma in young and elderly patients. Cancer. 1996; 77(9): 1774—80.
8. McKenna R.J. Clinical aspects of cancer in the elderly. Treatment decisions, treatment choices, and follow-up. Cancer. 1994; 74: 2107—17.
9. Hisaharu O., Komatsu Y., Shimizu D., Koike S. et al. Curative surgery for gastric cancer of the elderly in a Japanese regional hospital. Hepato-Gastroenterology. 2013; 60: 27—34.
10. Korenaga D., Moriguchi S., Baba H. et al. Surgery for gastric carcinoma is feasible for patients over 80 years of age. World J. Surg. 1991; 15: 642—8.
11. Rabunal R.R., Pita S.F. et al. Presentation and prognosis of gastric cancer in patients aged 80 years and older. World J. Surg. 2004; 28: 155—9.
12. Takeda J., Tanaka T., Koufujii K., Kodama I., Tsuji Y., Kakegawa T. Gastric cancer surgery in patients aged at least 80 years old. Hepato-gastroenterology. 1994; 41: 516—20.
13. Matsushita I., Hanai H., Kajimura M. et al. Should gastric cancer patients more than 80 years of age undergo surgery? Comparison with patients not treated surgically concerning prognosis and quality of life. J. Clin. Gastroenterol. 2002; 35(1): 29—34.

## REFERENCES

1. Zhelkovskiy M.S. Diagnosis and radical treatment of gastric cancer in elderly patients: Diss. Moscow, 1974 (in Russian).
2. Leporskiy V.N. Complications in elderly patients after gastrectomy for cancer. Issues on Oncology. 1976; 9: 14—9 (in Russian).
3. Winslet M.C., Mohsen M.A., Powell J. et al. The influence of age on the surgical management of carcinoma of the stomach. Eur. J. Surg. Oncol. 1996; 22: 220—4.
4. Davydov M.I., Stilidi I.S., Itin A.B., Nikulin M.P. Possibilities of surgical treatment of stomach cancer patients senile age. Clinical gerontology. 2005; 6: 31—7 (in Russian).
5. Hanazaki K., Wakabayashi M., Sodeyama H. et al. Surgery for gastric cancer in patients older than 80 years of age. Hepato-Gastroenterology. 1998; 45: 268—75.
6. Katai H., Sasako M., Sano M. et al. The outcome of surgical treatment for gastric carcinoma in the elderly. Jpn. J. Clin. Oncol. 1998; 28: 112—5.
7. Maehara Y., Emi Y., Tomisaki S. et al. Age-related characteristics of gastric carcinoma in young and elderly patients. Cancer. 1996; 77(9): 1774—80.
8. McKenna R.J. Clinical aspects of cancer in the elderly. Treatment decisions, treatment choices, and follow-up. Cancer. 1994; 74: 2107—17.
9. Hisaharu O., Komatsu Y., Shimizu D., Koike S. et al. Curative Surgery for Gastric Cancer of the Elderly in a Japanese Regional Hospital. Hepato-Gastroenterology. 2013; 60: 27—34.
10. Korenaga D., Moriguchi S., Baba H. et al. Surgery for gastric carcinoma is feasible for patients over 80 years of age. World J Surg. 1991; 15: 642—8.
11. Rabunal R.R., Pita S.F. et al. Presentation and prognosis of gastric cancer in patients aged 80 years and older. World J Surg. 2004; 28: 155—9.
12. Takeda J., Tanaka T., Koufujii K., Kodama I., Tsuji Y., Kakegawa T. Gastric cancer surgery in patients aged at least 80 years old. Hepato-Gastroenterology. 1994; 41: 516—20.
13. Matsushita I., Hanai H., Kajimura M. et al. Should gastric cancer patients more than 80 years of age undergo surgery? Comparison with patients not treated surgically concerning prognosis and quality of life. J Clin Gastroenterol. 2002; 35(1): 29—34.

Поступила 31.10.13