

УДК 616.33-006.6-089.12; 615.277.3

КОМБИНИРОВАННАЯ ГАСТРЭКТОМИЯ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ

© 2012 г. О.И. Кит, В.Ф. Касаткин, А.Ю. Максимов, Х.Г. Мамулян

Кит Олег Иванович – доктор медицинских наук, профессор, директор, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, ул. 14 линия, 63, г. Ростов н/Д, 344037, e-mail: rnioi@list.ru.

Kit Oleg Ivanovich – Doctor of Medical Science, Professor, Director, Rostov Research Oncological Institute, 14 Line, 63, Rostov-on-Don, 344037, e-mail: rnioi@list.ru.

Касаткин Вадим Федорович – доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, заведующий торакоабдоминальным отделением, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, ул. 14 линия, 63, г. Ростов н/Д, 344037, e-mail: rnioi@list.ru.

Kasatkin Vadim Fedorovich – Doctor of Medical Science, Professor, Corresponding Member of Russian Academy of Medical Sciences, Head of Thoracoabdominal Department, Rostov Research Oncological Institute, 14 Line, 63, Rostov-on-Don, 344037, e-mail: rnioi@list.ru.

Максимов Алексей Юрьевич – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, ул. 14 линия, 63, г. Ростов н/Д, 344037, e-mail: rnioi@list.ru.

Maximov Alexey Yurievich – Doctor of Medical Science, Professor, Leading Scientific Researcher, Rostov Research Oncological Institute, 14 Line, 63, Rostov-on-Don, 344037, e-mail: rnioi@list.ru.

Мамулян Хорен Георгиевич – аспирант, Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, ул. 14 линия, 63, г. Ростов н/Д, 344037, e-mail: xorik666@rambler.ru.

Mamulyan Khoren Georgievitch – Post-Graduate Student, Rostov Research Oncological Institute, 14 Line, 63, Rostov-on-Don, 344037, e-mail: xorik666@rambler.ru.

Представлено клиническое наблюдение пациентки с распространенной опухолью желудка, которой с положительным клинико-морфологическим эффектом проведено 2 курса неоадьювантной химиоиммунотерапии препаратами таксотер, кселода, ронколейкин с последующим комбинированным хирургическим вмешательством в объеме: гастрэктомия, панкреатодуоденальная резекция, резекция абдоминального отдела пищевода, спленэктомия, резекция левого надпочечника, диафрагмы.

Ключевые слова: рак желудка, неоадьювантная химиотерапия, комбинированная гастрэктомия.

We present a clinical case of a patient with advanced gastric tumour who received two courses of neoadjuvant chemoimmunotherapy (Taxotere, Xeloda, Roncoleukinum) with positive clinical and morphologic effect with subsequent combined operation in the extent of gastrectomy, pancreaticoduodenal resection, resection of abdominal part of esophagus, splenectomy, resection of left adrenal gland, diaphragm.

Keywords: gastric cancer, neoadjuvant chemoimmunotherapy, combined gastrectomy.

Рак желудка занимает 2-е место у мужчин (10,5 %) и 3-е место у женщин (6,1 %) в структуре злокачественных новообразований в России [1]. Несмотря на существенный прогресс в диагностике, около 75 % больных поступают в специализированные учреждения в запущенных III–IV стадиях процесса [2], что и определяет высокий показатель одногодичной летальности – более 50 % [3]. Прогноз в отношении распространённого рака желудка по-прежнему остаётся неудовлетворительным. Если при I–II стадиях 5-летняя и 10-летняя выживаемость составляет 80–95 %, то при III стадии она снижается до 15–50 %, а при IV – 5-летняя выживаемость не превышает 4 % [4].

Основным методом лечения рака желудка остается хирургический, целью которого является осуществление радикальной резекции R0. Высокий уровень оперативной техники, использование комбинированных и расширенных операций с максимальным соблюдением

онкологических принципов позволяют достоверно улучшить выживаемость больных. Чаще всего прибегают к удалению вместе с желудком одного органа (71 %), реже двух (22), трех и более (7 %) [5, 6].

В Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте в период с 1987 по 2010 г. по поводу рака желудка было выполнено 63 гастрэктомии с панкреатодуоденальной резекцией, при этом спленэктомия произведена 11 пациентам. Показаниями к выполнению таких операций явились переход опухоли на 12-перстную кишку (30 пациентов), на головку поджелудочной железы (11 пациентов), поражение регионарных лимфатических узлов, имеющих лимфоотток в направлении поджелудочной железы (21 пациент).

Панкреатодуоденальная резекция в современной панкреатологии рассматривается вмешательством выбора при лечении рака головки поджелудочной

железы, периапулярной зоны и опухолей, прорастающих в поджелудочную железу. Использование панкреатодуоденальной резекции при раке желудка при относительно удовлетворительных непосредственных результатах является одним из путей повышения радикализма и резектабельности, а также приводит к улучшению показателей 3- и 5-летней выживаемости больных. Однако даже после радикальных операций большинство пациентов погибают от прогрессирования и рецидива опухоли.

Опухолевые очаги могут оставаться вне зоны резекции, в стенках органа, лимфатических щелях и микрососудах, периневральных пространствах, распространяться по серозной оболочке в виде так называемых «пылевых» микрометастазов и быть источником возобновления опухолевого роста [7, 8]. Изучение распространения раковых клеток от опухолевого очага в стенке желудка показало, что оно может распространяться на значительное расстояние от основного очага [7, 8]. Наиболее обширное внутривисцеральное распространение отмечено при инфильтративном росте и низкой степени дифференцировки [9].

В ряде случаев реализация субклинических микрометастазов в регионарных лимфатических узлах, оставшихся вследствие нерадикально выполненной лимфодиссекции, или рост оставшихся после нерадикальной резекции опухолевых элементов в окружающих органах становятся источником экстрагастриальных рецидивов, располагающихся в зоне регионарного лимфогенного метастазирования рака желудка.

В этой связи очевидна актуальность разработки эффективных методов воздействия, которые могли бы привести к уменьшению размеров опухоли и способствовали бы повышению радикальности последующей операции, а также воздействовали бы на микрометастазы [10]. В последнее время использование методик неоадьювантной химиотерапии в лечении опухолей желудочно-кишечного тракта, по данным разных авторов, становится вновь актуальным в связи с неудовлетворительными результатами традиционных методов лечения. Основными целями предоперационной химиотерапии являются достижение регрессии как первичной опухоли, а также метастатических регионарных лимфоузлов и соответственно увеличение числа радикальных операций; элиминация органических микрометастазов, снижение биологического потенциала опухолевых клеток [10, 11].

Таким образом, обосновано использование неоадьювантной химиотерапии с последующей радикальной операцией. С нашей точки зрения интерес представляет следующее наблюдение.

Пациентка П. 55 лет обратилась в ТАО РНИОИ 15.05.2010 г. с диагнозом тотальный рак желудка с переходом на нижнюю треть пищевода и на двенадцатиперстную кишку. Болеет около 4 месяцев. Первым проявлением заболевания была периодическая боль в эпигастрии, слабость. Состояние пациентки ухудшилось 01.05.2010 г., когда появилась однократная рвота «кофейной гущей». При ФГДС по месту жительства установлен диагноз рак желудка. Направлена в РНИОИ. Жалобы при поступлении на периодические боли в эпигастрии, не связанные с приемом

пищи, общую слабость, утомляемость, плохой аппетит, похудение на 12 кг. Выполнено комплексное обследование. При ФГДС диагноз подтвержден: выявлена опухоль инфильтративно-язвенной формы, тотально поражающая желудок с переходом на двенадцатиперстную кишку и нижнюю треть пищевода. При УЗИ и СРКТ органов брюшной полости выявлено прорастание опухоли в головку поджелудочной железы, увеличенные лимфатические узлы в проекции малого сальника. Гистологическое заключение – перстневидно-клеточный рак. Данных за отдаленное метастазирование не выявлено. Ситуация расценена как рак желудка T4N1M0. Больная госпитализирована в ТАО РНИОИ для проведения неоадьювантной полихимиотерапии.

Пациентке с удовлетворительной переносимостью проведено 2 курса неоадьювантной химиотерапии по схеме: в 1-й день внутривенно капельно введен таксотер 75 мг/м² на растворе 5 % глюкозы и ронколейкин 1 млн Ед. на физиологическом растворе. С 1 по 14-й день пациентка получала капецитабин в дозе 1250 мг/м² в сутки. На 3-й и 5-й дни внутривенно капельно произведено повторное введение ронколейкина по 1 млн Ед.

Интервал между курсами составил 21 день. Через 3 недели после 2-го курса пациентка госпитализирована в ТАО РНИОИ для проведения оперативного лечения.

При контрольном обследовании (УЗИ, СРКТ) данных о метастатическом поражении лимфатических узлов не выявлено. Взята в операционную 30.06.2010. Под внутривенной анестезией выполнена срединная лапаротомия. При ревизии выявлена опухоль, тотально поражающая желудок, с переходом на нижнюю треть пищевода, верхнюю горизонтальную и нисходящую часть двенадцатиперстной кишки, прорастающая в левый надпочечник. Отдаленных метастазов в брюшной полости не обнаружено. Мобилизованы и удалены единым блоком желудок и абдоминальный отдел пищевода с большим и малым сальниками, селезенка, панкреатодуоденальный комплекс, резецирован левый надпочечник, диафрагма. Выполнена лимфодиссекция в объеме D2. Сформирован впередиободочный инвагинационный эзофагоэнтероанастомоз по Березову–Цацаниди. Культия поджелудочной железы ушита наглухо. Вирсунгов проток дренирован силиконовой трубкой и оформлен панкреатикостомой. Холедох дренирован полихлорвиниловой трубкой (рис. 1). В брюшную полость установлено два дренажа. Произведено дренирование плевральной полости через брюшную. Операционная рана послойно ушита наглухо.

Гистологическое заключение: перстневидно-клеточный рак в сочетании с недифференцированным, инвазия всей толщи стенки желудка (рис. 2). Опухоль распространяется на пищевод (рис. 3), прорастает капсулу поджелудочной железы (рис. 4).

Послеоперационный период протекал без осложнений, дренажи удалены на 12-е, швы сняты на 14-е сутки после операции, рана зажила первичным натяжением. Выписана на амбулаторное лечение через 15 суток после операции.

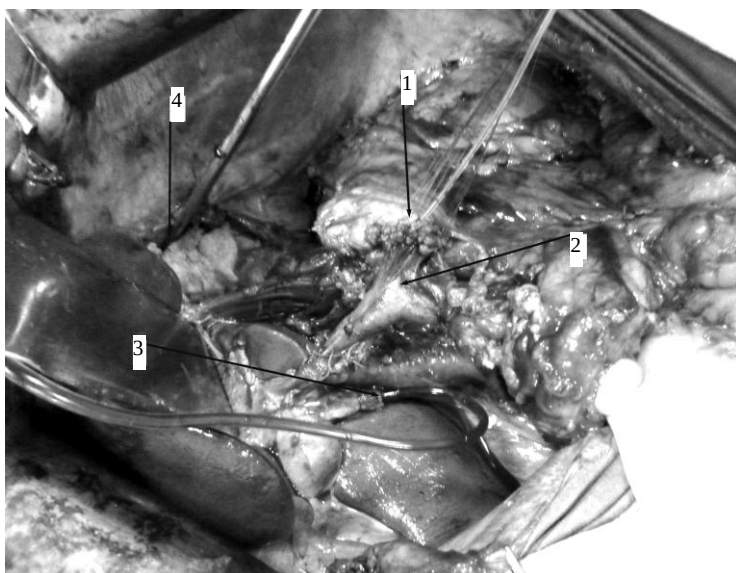


Рис. 1. Ложе удаленной опухоли: 1 – культи поджелудочной железы; 2 – воротная вена; 3 – холедох; 4 – пищевод на зажиме



Рис. 2. Желудок с большим и малым сальниками и селезенкой

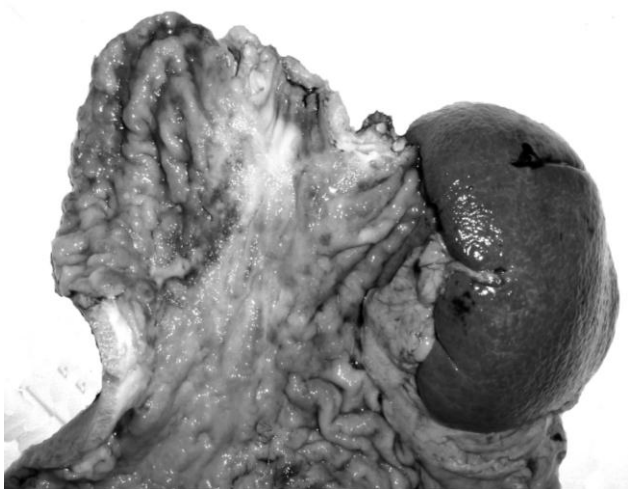


Рис. 3. Распространение опухоли на нижнегрудной отдел пищевода

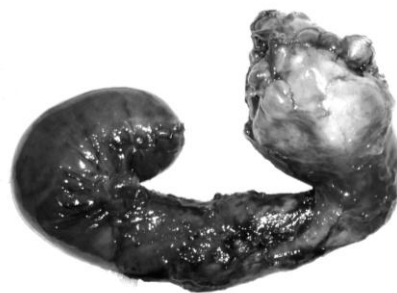


Рис. 4. Панкреатодуоденальный комплекс

Пациентке проведено 6 курсов адъювантной полихимиотерапии по вышеописанной схеме. При контрольном рентгенологическом обследовании спустя 12 мес. после операции пищеводный анастомоз расположен в средостении, проходим (рис. 5).



а



б

Рис. 5. Обзорная рентгенография органов брюшной полости (а) и грудной клетки (б). Прямая проекция. Барием заполнен пищеводно-тонкокишечный анастомоз (расположен в заднем средостении) и отводящая петля тонкой кишки

При компьютерной томографии данных за рецидив и метастазирование не выявлено (рис. 6, 7).

Представленное наблюдение показывает удовлетворительную переносимость комплексного лечения пациентов, включающего неоадьювантную полихимиотерапию с комбинированным хирургическим вмешательством в лечении местнораспространенного рака желудка.

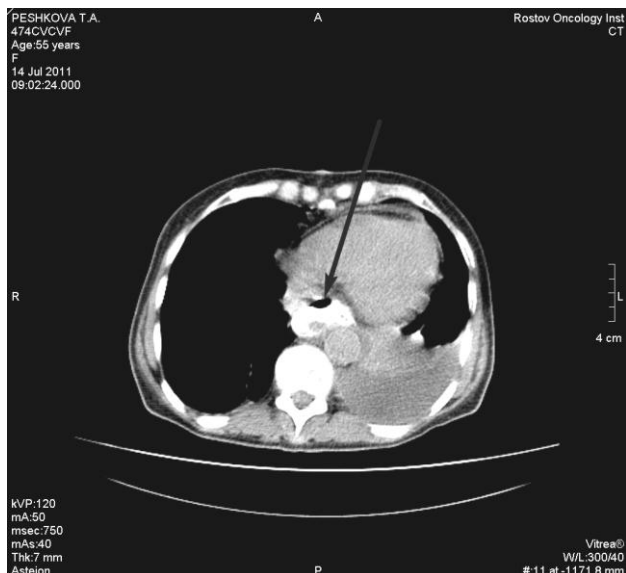


Рис. 6. Компьютерная томография органов брюшной полости. На срезе визуализирован просвет пищеводно-тонкокишечного анастомоза

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007 г. // Вестн. РОНЦ РАМН. 2009. Т. 20, № 3. С. 52 – 90.
2. Джуроев М.Д. Лечение рака желудка III–IV стадии. Ташкент, 1997. С. 52 – 55.
3. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2007 г. (заболеваемость и смертность). М., 2009.
4. Кишинец О.М. Лечение больных раком желудка IV стадии // Вопросы онкологии. 1991. Т. 37, № 9–10. С. 907 – 916.
5. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Губина Г.И., Билепко А.А., Бачишвили А.К., Баронин А.А. Комбинированные операции при раке желудка // Хирургия. 1991. № 4. С. 21 – 25.
6. Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Бутенко А.В., Пикин О.В., Ложкин М.В. Возможности хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии // Рос. онкол. журн. 2003. № 6. С. 4 – 7.
7. Блохин Н.Н., Клименков А.А., Плотников В.И. Рецидивы рака желудка. М., 1981.
8. Gunderson L.L., Sosin H. Adenocarcinoma of the stomach: areas of failure in a re-operation series (second or sympto-

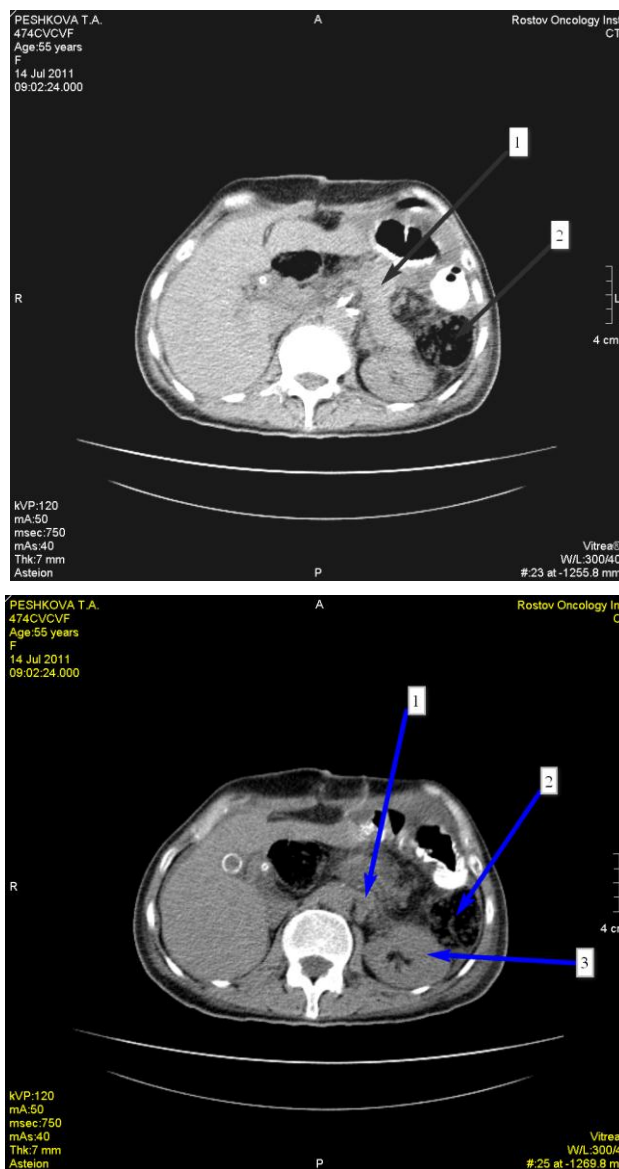


Рис. 7. Компьютерная томография органов брюшной полости. На срезах представлены тело и хвост поджелудочной железы (1), ложе удаленной селезенки (2), левая почка (3)

matic look) clinicopathologic correlation and implications for adjuvant therapy // Int. J. Rad. Oncol. Biol. Phys. 1982. Vol. 8, № 1. P. 1 – 11.

9. Вашакмадзе Л.А. Рак проксимального отдела желудка (принципы уточняющей диагностики и выбор метода лечения): дис. ... д-ра мед. наук. М., 1991.

10. Скоропад В.Ю., Бердов Б.А. Предоперационная химиолучевая терапия рака желудка // Вопросы онкологии. 2010. Т. 56. С. 226.

11. Скоропад В.Ю., Бердов Б.А. Неоадьювантная лучевая, химиолучевая и химиотерапия местнораспространенного рака желудка // Вопросы онкологии. 2006. Т. 52, № 1. С. 15.