

УДК: 616.3+616-089+617.5+616-006

РЕЦИДИВ РАКА ЖЕЛУДКА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

М.Д. Джураев, М.Ш. Худайбердиева, Д.М. Эгамбердиев

*Республиканский онкологический научный центр РУз, г. Ташкент
100174, Республика Узбекистан, г. Ташкент, пр. Фароби, 383, e-mail: mirsabohat@mail.ru*

Проанализированы результаты лечения 75 больных с рецидивами рака желудка, находившихся в отделении абдоминальной онкологии МЗ РУз РОНЦ в период с 2000 по 2008 г. В анамнезе – всем больным была произведена дистальная субтотальная резекция желудка по поводу рака антрального отдела. После резекции желудка по типу Бильрот-I рецидив рака в культе желудка развивался через 5 мес, медиана – 10 мес, после резекции желудка по типу Бильрот-II – через 11 мес, медиана – 18,5 мес. Из 43 повторно оперированных больных у 28 (65,1 %) выполнена радикальная экстирпация культи желудка. Резектабельность при рецидивах после резекции по Бильрот-I составила 13 %, после операции в модификации Бильрот-II – 56,8 %. При радикальных операциях по поводу рецидивного рака однолетняя выживаемость составила 61 %, двухлетняя – 38,5 %, трехлетняя – 19,2 %.

Ключевые слова: рак желудка, рецидивы, повторная операция.

GASTRIC CANCER RECURRENCE: RECENT PROBLEMS

M.D. Dzuraev, M.Sh. Khudaiberdieva, D.M. Egamberdiev

Republic Cancer Research Center, Tashkent

383, Farobi Street, 100174-Tashkent, e-mail: mirsabohat@mail.ru

Treatment results of 75 patients with recurrent gastric cancer were analyzed. The patients were treated at the Abdominal Department of the Cancer Research Institute during 2000-2008 period. All patients were underwent distal subtotal gastric resection for antral cancer. Cancer recurrence in gastric stump occurred 5 months after gastric resection according to Billroth-I (medium 10 months) and 11 months after gastric resection according to Billroth-II (medium 18,5 months). Out of 43 re-operated on patients, there were 28 (65,1 %) patients who underwent radical gastric stump extirpation. Resectability rates were 13 % and 56,8 % for patients after gastric resections according to Billroth-I and Billroth-II, respectively. One- two- and three -year survival rates were 61 %, 38,5 % and 19,2 %, respectively after radical surgery for recurrent gastric cancer.

Key words: gastric cancer, recurrence, re-surgery.

Несмотря на неуклонное снижение заболеваемости и несомненные достижения в лечении рак желудка остается одной из ведущих причин смерти. В структуре заболеваемости и смертности среди всех злокачественных новообразований в большинстве стран рак желудка занимает лидирующую позицию, уступая лишь в некоторых странах раку легкого. Ежегодно в мире регистрируется 875 000 новых случаев и 628 000 смертей от этого заболевания [6, 7].

Особую роль в борьбе с раком желудка играет разработка вопросов лечения и профилактики рецидивов заболевания, являющихся зачастую причиной смерти больных. По данным ряда авторов [3, 9], рак дистального отдела желудка составляет от 25 до 40 % среди всех оперируемых больных с данной патологией. При этом в

ближайшие годы после радикальных операций частота локорегионарных рецидивов достигает 30–53 %, а 5-летняя выживаемость остается низкой – 18–30 % [1, 8, 10].

Основной радикальной операцией по поводу рецидива рака желудка является экстирпация оставшейся части желудка. Показания к экстирпации оставшейся части желудка должны быть ограничены в связи с их недостаточной радикальностью. При раннем рецидиве (в сроки до 3 лет после операции) наиболее частой локализацией опухоли является зона анастомоза. При позднем рецидиве (через 3 года после операции) чаще всего поражаются остаток малой кривизны и стенки или кардиальный отдел оставшейся части желудка. Наиболее часто локорегионарный рецидив проявлялся в

виде поражения культи желудка или зоны анастомоза – 15–22 % больных [12, 14].

Рецидивы рака желудка, в отличие от первичной опухоли, характеризуются большей биологической активностью, выражающейся в склонности к инфильтративному росту, высокой степенью инвазивности, частым прорастанием в окружающие органы. Такое же значение имеет и гистологическая форма опухоли – чем меньше дифференцирована опухоль, тем чаще рецидив. Частота развития локорегионарного рецидива после хирургического лечения рака желудка находится в прямой зависимости от стадии опухоли: 45 % при T₃₋₄ и 19 % при T₁₋₂. Многочисленные рецидивы в ложе опухоли, в регионарных лимфатических узлах, культе желудка и зоне анастомоза связывают с наличием субклинических микродиссеминатов, которые остаются неудаленными несмотря на «радикальный» характер операции. Показано существенное влияние строения опухоли желудка на клинико-морфологическую характеристику, пути прогрессирования и прогноз [1, 5]. Наиболее существенными прогностическими факторами являются глубина инвазии стенки желудка, наличие лимфогенных метастазов, дифференцировка опухоли, размер опухоли, количество пораженных лимфатических узлов, прохождение линии резекции в зоне опухоли. Наличие опухолевых клеток по линии резекции не влечет за собой обязательного развития рецидива, но его частота в этой группе больных в 1,6 раза выше, чем после радикальных операций, а 5-летняя выживаемость ухудшается в 2,7 раза [1, 2, 13].

Целью исследования является повышение эффективности диагностики и улучшение результатов хирургического лечения рецидивного рака в культе желудка.

Материал и методы

В исследовании проанализированы результаты диагностики и лечения 75 больных с рецидивным раком культи желудка, находившихся на стационарном лечении в абдоминальном отделении РОНЦ МЗ РУз в период с 2000 по 2008 г. Преобладали мужчины – 60 больных, женщин – 15. Возраст больных составил от 34 до 74 лет, средний – 54 года.

Ранее всем больным была произведена дистальная субтотальная резекция желудка

по поводу рака антрального отдела. Из них 49 (65,3 %) больным была произведена операция в стационарах общехирургического профиля и 26 (34,7 %) – в онкологических диспансерах. Анализ объема и вида резекции, роста образования и гистологической структуры показал, что из 49 больных, которые оперировались в условиях общей хирургии, у 31 (63,2 %) предшествующая операция была выполнена в объеме дистальной субтотальной резекции желудка по Бильрот-I. По морфологическому строению в 62 % случаев опухоли были представлены низкодифференцированной аденокарциномой и перстневидно-клеточным раком, в 38 % – аденокарциномой высокой и умеренной степени дифференцировки. Из них в 15 случаях был инфильтративный рост, в 8 – экзофитный, в 7 – эндофитный. У остальных форма роста опухоли в протоколах не фиксирована.

Результаты и обсуждение

У большинства больных после хирургического лечения рака желудка локорегионарный рецидив развивался в первые годы после операции. Причем у пациентов, оперированных в объеме дистальной резекции желудка по типу Бильрот-I, рецидив рака в культе желудка развивался значительно раньше – через 5 мес, медиана составила 10 мес, тогда как после резекции желудка по типу Бильрот II – через 11 мес, медиана – 18,5 мес.

Повторной операции подвергались 43 (57,3 %) из 75 больных. Остальные 32 (42,7 %) признаны неоперабельными из-за распространения процесса к моменту поступления. В целом в 28 (65,1 %) случаях были выполнены радикальные операции в объеме экстирпации культи желудка. Методом реконструкции после экстирпации культи желудка во всех случаях был пищеводно-кишечный анастомоз с межкишечным соустьем по Ру. В 13 случаях операция имела комбинированный характер. По данным ряда авторов, большинство оперативных вмешательств по поводу рака культи желудка имеет комбинированный характер, а среди дополнительно удаляемых органов преобладают селезенка, тонкая и поперечная ободочная кишка, а также печень [4, 11]. Ввиду распространенности процесса 15 (34,9 %) больных признаны нерезектабельными, 9 из них произведена паллиативная дрени-

рующая операция, поскольку исходно имелись явления стеноза гастроэнтероанастомоза.

По нашим данным, послеоперационные осложнения развились у 9 (20 %) больных, из них несостоятельность швов анастомоза была в 1 случае, экссудативный плеврит – в 4, пневмония – в 3, острое нарушение сердечной деятельности – в 1 наблюдении. Из 43 повторно оперированных больных в послеоперационном периоде умерли 4 (9,3 %). Причинами летальности явились двусторонняя пневмония с выраженной интоксикацией, острая сердечно-сосудистая недостаточность, несостоятельность швов анастомоза, тромбоэмболия легочной артерии.

Анализ резектабельности процесса по видам резекции показал, что из 31 больного, которым была произведена резекция желудка по Бильрот-I, 11 (35,4 %) подверглись повторной операции. Из них радикальные операции удалось выполнить только 4 больным, резектабельность составила 13 %. У остальных больных операция закончилась эксплоративной лапаротомией из-за прорастания опухоли в ворота печени, в головку и тело поджелудочной железы, нижнюю полую вену. Среди больных, у которых рецидив возник после операции по Бильрот-II, резектабельность составила 56,8 %.

Ретроспективный анализ причин рецидива в области культи желудка показывает, что из 43 больных, которым произведена повторная операция, у 34 (79,1%) объем резекции желудка не соответствовал стандарту. У 36 (83,7 %) больных не мобилизованы левая желудочная артерия и вена, не произведена лимфодиссекция 7, 8, 9 и 11-й групп лимфатических узлов. По данным многих авторов [1, 3, 6, 7], улучшение результатов лечения больных раком желудка возможно за счет снижения количества местных рецидивов путем расширения объема лимфодиссекции и частоты краев резекции. Одногодичная выживаемость среди радикально оперированных больных по поводу рецидивного рака желудка составила 61 %, двухлетняя – 38,5 %, трехлетняя – 19,2 %.

Таким образом, одной из основных причин ранних рецидивов рака желудка является недостаточный радикализм выполняемых вмешательств. Учитывая, что в большинстве случаев рак желудка диагностируется при III–IV стадии заболевания, операцией выбора должна быть гастрэктомия. Вопрос о резекции

ях меньшего объема может ставиться строго индивидуально, субтотальная резекция может быть выполнена при небольших экзофитных опухолях проксимального или дистального отделов, по морфологическому строению при аденокарциномах высокой или умеренной степени дифференцировки.

Выводы

1. Наиболее частой причиной рецидива рака культи желудка является неадекватность объема резекции, выполненной без учета формы роста, размера и гистологической структуры опухоли.

2. Резекция желудка по Бильрот-I в онкологической практике является неадекватной и противоречащей принципам онкологического радикализма и может применяться по индивидуальным показаниям у больных с распространенностью опухолевого процесса, соответствующей T₁₋₂N₀M₀.

3. Резектабельность рецидивного рака желудка, развившегося после резекции в модификации Бильрот-I, составляет не более 13 %, что обусловлено частым прорастанием опухоли в окружающие жизненно важные структуры. Резектабельность при рецидивах после операции Бильрот-II составляет 56,8 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вашихмадзе Л.А., Пикин О.В. // Российский онкологический журнал. 2000. № 5. С. 47–51.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 году. М., 2003. С. 95–97, 223–224.
3. Исмаилов А.М., Бердов Б.А., Скоропад В.Ю. и др. // Российский онкологический журнал. 2004. № 1. С. 44–47.
4. Моргошия Т.Ш., Гуляев Л.В. // Вопросы онкологии. 2003. № 6. С. 752–755.
5. Скоропад В.Ю., Бердов Б.А. // Российский онкологический журнал. 2005. № 5. С. 8–11.
6. Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А. Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка. М., 2000. 160 с.
7. Щепотин И.Б., Эванс С.Р. Рак желудка. Киев: Книга-плюс, 2000. 227 с.
8. Янкин А.В., Барышев А.Г., Скотарев Н.П. и др. // Приоритетные направления противораковой борьбы в России: Материалы Международного симпозиума. М., 2001. С. 265–266.
9. Borch K., Jonsson B., Tarpila E. et al. // Br. J. Surg. 2000. Vol. 87. P. 618–626.
10. Forner J., Lanwers J., Thaler H. et al. // Cancer. 1994. Vol. 73, № 1. P. 8–14.
11. Furukawa H., Iwanaga T., Hiratsuka M. et al. // Br. J. Surg. 1993. Vol. 80. P. 54–56.
12. Maehara Y., Hasuda S., Koga T. et al. // Br. J. Surg. 2000. Vol. 87. P. 353–357.
13. Sanchez-Bruno F., Garcia-Marcilla J., Peres-Flores D. et al. // Br. J. Surg. 1998. Vol. 85. P. 255–260.
14. Yoo C.Y., Noh S.H., Shin D.W. et al. // Br. J. Surg. 2000. Vol. 87. P. 236–242.

Поступила 31.12.08