

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

Ш.Х. Ганцев¹, Д.Т. Арыбжанов², О.К. Кулакеев², И.Р. Юнусметов²

*Баширский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия¹,
Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан²
450000, Россия, г. Уфа, ул. Ленина, 3¹*

160021, Казахстан, г. Шымкент, Областной онкологический диспансер, e-mail: davran_a@mail.ru²

Представлены результаты лечения больных раком желудка IV стадии, по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера, в период с 2003 по 2007 г. Паллиативные операции выполнены 100 больным, из них в 49 (49 %) случаях произведена циторедуктивная субтотальная дистальная резекция желудка, в 31 (31 %) – циторедуктивная гастрэктомия, в 20 (20 %) – циторедуктивная проксимальная резекция желудка. Послеоперационная летальность составила 13 %. После операции системную полихимиотерапию получил 61 (61 %) больной. Трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии, в 3,3 раза, и проксимальной резекции – в 3,8 раза. После циторедуктивной дистальной субтотальной резекции желудка 6,1 % больных прожили пятилетний срок, они получали до 4 курсов системной химиотерапии.

Ключевые слова: рак желудка IV стадии, циторедуктивные операции, паллиативное лечение.

TREATMENT RESULTS FOR STAGE IV GASTRIC CANCER PATIENTS

Sh.H. Gantsev¹, D.T. Arybzhonov², O.K. Kulakeev², I.R. Yunusmetov²

Bashkiria State Medical University, Ufa, Russia¹

Southern-Kazakhstan State Medical Academy, Shymkent, Kazakhstan²

3, Lenina Street, 450000-Ufa, Russia¹

Regional Oncological Clinic, 160021-Shymkent, Kazakhstan, e-mail: davran_a@mail.ru²

Treatment results for stage IV gastric cancer patients treated at the Southern-Kazakhstan Regional Oncological Clinic during the period from 2003 to 2007 have been presented. One hundred patients underwent palliative surgery, 49 (49 %) of them underwent cytoreductive subtotal distal gastric resection, 31 (31 %) cytoreductive gastrectomy and 20 (20 %) cytoreductive proximal gastric resection. Postoperative lethality was 13 %. Sixty-one patients (61 %) received systemic polychemotherapy following surgery. The 3-year survival rate was 3,3 and 3,8 times higher after distal subtotal resection than after gastrectomy and proximal resection, respectively. The 5-year survival rate was 6,1 % after cytoreductive distal subtotal gastric resection. Patients who underwent cytoreductive distal subtotal gastric resection received up to 4 cycles of systemic chemotherapy.

Key words: stage IV gastric cancer, cytoreductive surgery, palliative treatment.

Несмотря на устойчивое снижение заболеваемости, рак желудка (РЖ) сохраняет одно из ведущих мест в структуре онкологической патологии. В России на него приходится 12,7 % всех злокачественных новообразований, а по показателю смертности РЖ занимает второе место (16,7%). В Республике Казахстан заболеваемость раком желудка составляет 20 на 100000 населения, в структуре онкопатологии он занимает третье место, составляя 10,3 % от общего количества злокачественных новообразований. Несмотря на улучшение состояния онкологической помощи в Республике Казахстан отмечается рост числа больных с IV стадией РЖ (свыше 40 %) и летальности на 1-м году с момента установления диагноза (до 52,5 %). Известно,

что наибольшее число больных к началу лечения имеет местнорегионарное распространение процесса. Основным и, как правило, единственным вариантом лечения рака желудка является хирургический метод. Однако радикальность большинства операций носит условный характер, что находит свое отражение в неудовлетворительных отдаленных результатах. Так, в течение 5 лет после радикальных операций 20–50 % больных с локализованными ($T_{1-2}N_0$) и 40–90 % больных с местно-распространенными опухолями ($T_{3-4}N_{1-2}$) умирают от прогрессирования заболевания. Перспективы улучшения результатов лечения рака желудка многие авторы связывают с разработкой комбинированных методов лечения [1, 3].

Лечение больных раком желудка IV стадии представляет собой труднейшую проблему в онкологии. Выбор клинической стратегии в терапии запущенного рака желудка зависит от общего состояния больного и его иммунной системы, от биологических особенностей самой опухоли и степени ее инвазии, от имеющихся в наличии активных противоопухолевых препаратов и иммуномодуляторов [2, 5].

Цель исследования – анализ лечебной эффективности различных видов циторедуктивных операций при раке желудка IV стадии, по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера.

Материал и методы

В период с 2003 по 2007 г. в отделении торако-абдоминальной хирургии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера оперированы 100 больных по поводу рака желудка IV стадии. У всех больных на момент операции была получена морфологическая верификация процесса и диагностированы единичные метастазы в печени.

Из 100 больных 49 (49 %) была произведена циторедуктивная субтотальная дистальная резекция желудка, 31 (31 %) – циторедуктивная гастрэктомия и 20 (20 %) пациентам – циторедуктивная проксимальная резекция желудка, уровень циторедукции по первичному очагу соответствовал R_0 . Общая послеоперационная летальность составила 13 %, при этом после дистальной резекции летальные исходы возникли в 6,1 %, после гастрэктомии – в 19,3 %, после проксимальной субтотальной резекции – в 20 % случаев. Послеоперационная летальность после гастрэктомии и проксимальной резекции оказалась в 3 раза выше, чем при дистальной субтотальной резекции желудка. Это объясняется различием объема операции при дистальных резекциях желудка и гастрэктомии, а также сложностью хирургической тактики при местно-распространенном проксимальном раке желудка с поражением смежных органов.

В наших наблюдениях из 100 оперированных больных у 38 (38 %) была экзофитная форма опухоли, у 36 (36 %) – эндофитная форма и у 26 (26 %) – смешанная форма роста опухоли. При этом в 18 (18 %) случаях отмечено прорастание

опухоли в тело и хвост поджелудочной железы, в 11 (11 %) – в поперечно-ободочную кишку, в 4 (4 %) – в левую долю печени, в 7 (7 %) – в ножки диафрагмы, в 13 (13 %) – в ворота селезенки. Летальность в целом при экзофитных опухолях составила 8 %, при эндофитных формах – 16,4 %, при смешанной – 17,6 %. Эндофитная и смешанная формы рака в прогностическом отношении оказались неблагоприятными факторами. Более высокую летальность при этих макроскопических вариантах можно связать с тем, что чаще происходит инвазия опухоли в смежные органы, а также процесс носит более распространенный характер, чем при экзофитном росте опухоли. Анализ послеоперационной летальности показал, что основной причиной смерти в послеоперационном периоде явились сердечно-легочная недостаточность (у 38,5 % больных из 13) и послеоперационный панкреатит с исходом в панкреонекроз (у 38,5 % из 13 больных), следующим по частоте летальным осложнением является послеоперационное кровотечение с развитием ДВС-синдрома (15,3 % больных из 13), 1 больной умер от недостаточности швов анастомоза с последующим развитием разлитого гнойного перитонита.

Результаты и обсуждение

Для изучения отдаленных результатов циторедуктивных операций проанализированы истории болезни и амбулаторные карты всех 100 больных, которые наблюдались нами в течение всей их жизни после операции. Установлено, что летальность больных в течение 1 года (включая и послеоперационные летальные исходы) составила 17 % (умерло 17 больных). Наибольшая летальность отмечалась на втором году наблюдения – 26 % (умерло 26 больных, из них 7 – после дистальной субтотальной резекции, 10 – после гастрэктомии и 9 – после проксимальной резекции). Летальность через 3 года после операции составила 15 % (умерло 15 больных). Соответственно, после циторедуктивной резекции 3-летняя выживаемость составила 48,3 %, после гастрэктомии – 14,3 %, после проксимальной резекции – 12,5 % ($p < 0,05$). Более 3 лет после циторедуктивной дистальной субтотальной резекции прожили 48,3 % пациентов, тогда как после гастрэктомии

Таблица

Отдаленные результаты лечения больных РЖ IV стадии в зависимости от числа курсов послеоперационной химиотерапии

Объем циторедуктивных операций	3-летняя выживаемость, %				
	1 курс	2 курса	3 курса	4 курса	Всего
Дистальная субтотальная резекция (n=29)	-	7,4	14,8	25,9	48,3
Гастрэктомия (n=21)	-	-	4,8	9,5	14,3
Проксимальная резекция (n=16)	-	-	6,2	6,2	12,5

и проксимальной резекции ни один больной не пережил этот период. Пятилетняя выживаемость после паллиативной дистальной субтотальной резекции составила 13,8 %.

При анализе причин летальных исходов в отдаленные сроки после завершения лечения установлено, что все больные погибли от прогрессирования основного процесса. Причем после паллиативной резекции рецидивы развились у 15,6 % больных, из них в 9,3 % случаев – после паллиативной дистальной резекции, в 6,2 % – после проксимальной резекции желудка. Метастазы в забрюшинной клетчатке возникли у 20,3 % больных после дистальной субтотальной резекции желудка, у 10,9 % – после гастрэктомии, у 9,3 % – после проксимальной резекции.

Успешное развитие методов лекарственной терапии злокачественных опухолей привело к значительному расширению показаний к хирургическим вмешательствам у больных с опухолевым процессом III–IV стадий. Отмечено, что паллиативные операции у больных раком желудка с последующей химиотерапией 5-фторурацилом улучшают непосредственные результаты по сравнению с группой больных, которым выполнялась только паллиативная операция [4].

В наших наблюдениях из 100 больных в послеоперационном периоде в 61 (61 %) случае проведена системная полихимиотерапия препаратами 5-фторурацил 750 мг/м², в суммарной дозе – 3–5 г и цисплатин 80 мг/м², в суммарной дозе 100–120 мг. Причем 1 курс получили 5 (8,2 %) больных, 2 курса – 17 (27,9 %), 3 курса – 20 (32,8 %), 4 курса – 19 (31,2 %) пациентов. Влияние системной полихимиотерапии на исход заболевания представлено в таблице.

Таким образом, трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции до-

стоверно выше, чем после гастрэктомии, – в 3,3 раза и проксимальной резекции – в 3,8 раза. Необходимо отметить, что все больные, пережившие трехлетний срок, получали в послеоперационном периоде 3–4 курса системной полихимиотерапии.

Выводы

1. Наличие единичных метастазов в печени при раке желудка не является противопоказанием к проведению циторедуктивных операций, при этом большинству пациентов удается произвести циторедукцию в объеме R₀.

2. Выживаемость больных достоверно отличается от объема операции. Форма роста опухоли и ее взаимосвязь со смежными органами определяют частоту и характер послеоперационных осложнений, а также являются одним из прогностических факторов.

3. Анализ наших результатов показал, что паллиативное хирургическое вмешательство с послеоперационной химиотерапией при диссеминированном раке дистального отдела желудка позволяют добиться 5-летней выживаемости у 6,1 % больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д., Абдирахимов А.Н., Марчук В.А. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения // Практическая онкология. 2001. № 3 (7). С. 18–24.
2. 8th General Meeting of the WHO; CC for primary prevention, Diagnosis and Treatment of Gastric Cancer. New York, USA, April 29, 2001.
3. Inada T., Ogata Y., Ozawa I. et al. Long-term postoperative survival of a gastric cancer patient with numerous paraaortic lymph node metastases // Gastric Cancer. 1999. Vol. 2. P. 235–239.
4. Macdonald J.S., Smalley S., Benedetti J. et al. Postoperative combined radiation and chemotherapy improves disease free survival and overall survival in resected adenocarcinoma of the stomach and gastro-esophageal junction. Results of intergroup study INT 0116 (SWOG 9008) // The abstr. book IV International Gastric Cancer Congress. 2001. Abstr., S. 43. P. 661.
5. Yonemura Y., Kawamura T., Nojima N. et al. Postoperative results of left upper abdominal evisceration for advanced gastric cancer // Hepatogastroenterology. 2000. Vol. 47, № 32. P. 571–574.

Поступила 4.07.08