

DOI: 10.24060/2076-3093-2017-7-1-34-37

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ****Ш.Х. Ганцев ¹, Д.Т. Арыбжанов ², А.Р. Сабуров ²****¹Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования
«Башкирский государственный медицинский университет»****Министерства здравоохранения Российской Федерации, Уфа, Башкортостан, Россия****²Южно-Казахстанский областной онкологический диспансер г. Шымкент, Казахстан**

Ганцев Шамиль Ханафиевич - д.м.н., проф., заведующий
кафедрой онкологии с курсами онкологии и патологической
анатомии ИПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Уфа, Россия,
e-mail: kafonso@mail.ru, тел.: +7 (347) 248-32-07

Арыбжанов Дауранбек Турсункулович - к.м.н.,
зав. отделением химиотерапии и эндоваскулярной онкологии
Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера,
Шымкент, Казахстан,

e-mail: davran_a@mail.ru, раб. тел./факс: +7 (7252) 36-11-13

Сабуров Алишер Раджапбаевич - аспирант кафедры онкологии
с курсом ИПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, Шымкент,
Казахстан,

e-mail: aliser-sab@mail.ru, раб. тел./факс: +7 (7252) 36-11-13

В статье обобщены результаты лечения больных раком желудка IV стадии по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера в период 2003-2007гг. За указанный период оперировано 100 больных, из них 49 (49%) больным была произведена циторедуктивная субтотальная дистальная резекция желудка, 31 (31,8%) циторедуктивная гастрэктомия и 20 (20%) больным произведена циторедуктивная проксимальная резекция желудка. Послеоперационная летальность составила 13%. Системную полихимиотерапию получил 61 (61%) больной. Рецидивы возникли у 15,6% больных, из них у 9,3% после циторедуктивной дистальной резекции, у 6,2% после проксимальной резекции желудка. Трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии, в 3,3 раза и после 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, гастрэктомия, химиотерапия.

**RESULTS OF TREATMENT SICK OF THE STOMACH
CANCER OF IV STAGE****Shamil Kh. Gantsev ¹, Dauranbek T. Arybzhhanov ², Alisher R. Saburov ²****¹Bashkir State Medical University, Ufa, Bashkortostan, Russia****²The South Kazakhstan Regional Oncology Clinic, Shymkent, Kazakhstan**

Gantsev Shamil Khanafievich – Doctor of Medical Sciences,
Professor, Chair of the Oncology Department with course of Oncology
and Pathological Anatomy of Additional Professional Education
Institution of Federal State Budgetary Educational Institution
“Bashkir State Medical University” the Ministry of Health, the Russian
Federation, Ufa, Russian Federation

Arybzhhanov Dauranbek Tursunkulovich – Candidate of Medical
Sciences, Head of Chemotherapy and Endovascular Oncology
Department of Southern-Kazakhstan Regional Oncological Clinic,
Shymkent, Kazakhstan,
tel./fax: +7 (7252)- 36-11-13, e-mail:davran_a@mail.ru

Saburov Alisher Radzhapbaevich – Postgraduate at the Oncology
Department with course of Oncology and Pathological Anatomy
of Additional Professional Education Institution of Federal State
Budgetary Educational Institution “Bashkir State Medical University”
the Ministry of Health, the Russian Federation, Shymkent, Kazakhstan,
tel/fax: +7(7252)36-11-13, e-mail:aliser-sab@mail.ru

The article generalizes the results of treating patients with IV stage stomach cancer according to the South-Kazakhstan regional oncological clinic data during 2003-2007yy. During this period 100 patients were operated, 49 (49 %) patients had a citoreductive subtotal resection of stomach, 31 (31%) patient had citoreductive gastrectomy and 20 (20%) patients had citoreductive proximal resection of stomach. The percentage of postoperative death is 13%. Sixty-one (61%) patients received system polychemotherapy. After a citoreductive resection relapses have arisen at 15,6 % of patients, among them 9,3% of patients after citoreductive distal resections, and 6,2 % of patients after proximal resections of stomach. Three-year survival rate after distal subtotal resection is authentically 3,3 times higher than after gastrectomy and 3,8 times higher than proximal resections. After distal subtotal resection of stomach 6,1% of patients lived during five years, they received about 4 rates of system chemotherapy.

Keywords: stomach cancer, gastrectomy, chemotherapy.

ВВЕДЕНИЕ

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

Наибольшее число больных к началу лечения имеет местно-регионарное распространение процесса. Основным и единственным вариантом лечения рака желудка является хирургический метод. Однако радикальность большинства операций носит условный характер, что находит свое отражение в неудовлетворительных результатах лечения. Так, в течение 5 лет после радикальных операций 20–50% больных с локализованными (T1-2 N0), 40–90% больных с местно-распространенными опухолями (T3-4 N1-2) умирают от прогрессирования заболевания. Пути улучшения отдаленных результатов лечения рака желудка многие авторы связывают с разработкой комбинированных методов лечения [2, 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, биологических особенностей самой опухоли и степени ее инвазии, имеющихся в наличии активных противоопухолевых препаратов и иммуномодуляторов [4, 5].

Цель исследования - улучшение результатов лечения больных раком желудка путем проведения анализа лечебной эффективности различных видов циторедуктивных операций при раке желудка IV стадии по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера [6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В период 2003-2007гг. в отделении торако-абдоминальной хирургии Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера прооперированы 100 больных по поводу рака желудка IV стадии. У

всех больных (100%) на момент операции отмечены единичные метастазы в печени [7].

Из 100 больных 49 (49%) больным была произведена циторедуктивная субтотальная дистальная резекция желудка, 31 (31%) - циторедуктивная гастрэктомия и 20 (20%) больным произведена циторедуктивная проксимальная резекция желудка, уровень циторедукции по первичному очагу соответствовал Ro. Общая послеоперационная летальность составила 13%. Летальность после дистальной резекции составила 6,1%, после гастрэктомии 19,3% и после проксимальной субтотальной резекции 20%. При сравнении 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%) больных смешанная форма роста опухоли (табл. 1). При этом у 18 (18%) больных отмечено прорастание опухоли в тело и хвост поджелудочной железы, у 11 (11%) - в поперечно-ободочную кишку у 4 (4%) - в левую долю печени, у 7 (7%) - в ножки диафрагмы, у 13 (13%) больных прорастание опухоли в ворота селезенки. Летальность в целом при экзофитных опухолях составила 8%, при эндофитных формах 16,4%, при смешанной форме 17,6%. Эндофитная и смешанная формы рака в прогностическом отношении оказались неблагоприятными факторами. Высокая летальность при этих формах опухоли объясняется тем, что происходит прорастание 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) послеоперационный панкреатит с переходом в панкреанекроз (у 38,5% больных из 13), послеоперационное кровотечение с развитием ДВС (15,3% больных из 13). Один больной умер от недостаточности швов анастомоза с последующим развитием разлитого гнойного перитонита [6,7].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ 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. Результаты изучения погодовой летальности представлены в табл. 1, из которой видно, что летальность больных в течение первого года (включая и послеоперационную летальность) составила 17% (умерло 17 больных). Наибольшая летальность отмечалась на втором году после операции - 26% (умерло 26 больных, из них 7 после дистальной субтотальной резекции, 10 после гастрэктомии и 9 после проксимальной резекции). Летальность на третьем году после операции составила 15% (умерло 15 больных) [6,7].

Таблица 1 - Летальность больных раком желудка по годам и объему операции

Объем циторедуктивных операций	Количество больных	Летальность, %		
		1 год	2 года	3 года
Дистальная субтотальная резекция	49	10,3	24,1	17,2
Гастрэктомия	31	38,1	47,6	14,3
Проксимальная резекция	20	37,5	37,5	12,5
Итого...	100	17	26	15

После циторедуктивной дистальной субтотальной резекции более 3-х лет прожили 48,3% больных, а после гастрэктомии и проксимальной резекции ни один больной не прожил более 3-х лет. После циторедуктивной резекции трехлетняя выживаемость составила 48,3%, после гастрэктомии - 14,3%, после проксимальной резекции - 12,5% ($P < 0,05$).

Трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии и 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, которые теперь выполняются в расчете на дополнительное химиотерапевтическое воздействие [8]. Отмечено, что паллиативные операции у больных раком желудка с последующей химиотерапией 5-фторурацилом улучшают непосредственные результаты по сравнению с паллиативными операциями без химиотерапии 5-фторурацилом.

В наших наблюдениях из 100 больных в послеоперационном периоде 61 (61%) больному проведена системная полихимиотерапия препаратами 5-фторурацил 750мг/м², суммарно 3-5 г и цисплатин 80мг/м², суммарно 100-120мг. Причем 1 курс химиотерапии проведен 5 (8,2 %) больным, 2 курса - 17 (27,9%) больным, 3 курса - 20 (32,8%) больным, 4 курса химиотерапии проведены 19 (31,2%)

больным. Влияние системной полихимиотерапии на исход заболевания приведено в табл. 2.

Как мы отмечали выше, ни один больной после циторедуктивной гастрэктомии и проксимальной резекции не пережил 3-летний срок. Все больные после этих операций умерли в течение 3 лет. Поэтому мы ограничились приведением результатов трехлетней выживаемости. После операции циторедуктивной дистальной субтотальной резекции, трехлетний срок выжили 48,8% больных. Пятилетняя выживаемость после паллиативной дистальной субтотальной резекции составила 13,8%.

Таблица 2 - Трехлетняя выживаемость после циторедуктивных резекций и гастрэктомии в зависимости от курсов химиотерапии при раке желудка

Объем циторедуктивных операций на желудке	К-во	Трехлетняя выживаемость, %				
		1 курс	2 курса	3 курса	4 курса	Всего
Дистальная субтотальная резекция	29	-	7,4	14,8	25,9	48,3
Гастрэктомия	21	-		4,8	9,5	14,3
Проксимальная резекция	16	-		6,2	6,2	12,5

После паллиативной резекции рецидивы возникли у 15,6 % больных, из них у 9,3% - после паллиативной дистальной резекции, у 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 и у 9,3% - после проксимальной резекции.

Таким образом, трехлетняя выживаемость после дистальной субтотальной резекции достоверно выше, чем после гастрэктомии - в 3,3 раза и проксимальной резекции - в 3,8 раза. Необходимо отметить, что все больные, которые пережили трехлетний срок, получали в послеоперационном периоде 3-4 курса системной полихимиотерапии. Трехлетнюю выживаемость после паллиативной резекции желудка мы рассматриваем как результат комбинированной терапии. После дистальной субтотальной резекции желудка 6,1% больных прожили пятилетний срок. Эти больные получали до 4 курсов системной химиотерапии.

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 Ro.

2. Выживаемость больных достоверно зависит от объема операции. Форма роста опухоли и ее взаимосвязь со смежными органами определяют частоту и характер послеоперационных осложне-

ний, а также являются одними из прогностических факторов.

3. Анализ наших результатов показал, что лечение больных раком дистального отдела желудка протекает более благоприятно, а сочетание хирургического лечения с послеоперационной химиотерапией способствует возможности 5-летней выживаемости 6,1% больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/ REFERENCES

1. Арыбжанов ДТ, Шаназаров НА, Сабуров АР. Эндоартериальная химиоинфузия в чревный ствол в лечении рака желудка. Медицинская наука и образование Урала. 2009;2(10):100-101. [Arybzhonov DT, Shanazarov NA, Saburov AR. Intraarterial chemoinfusion in caeliac artery in treatment of the gastric cancer. Medical Science and Education in the Urals. 2009;10(2):100-101 (in Russ.)].

2. Давыдов МИ, Тер-Ованесов МД, Абдирагимов АН, Марчук ВА. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения. Практическая онкология. 2001;3(7):18-24. [Davydov MI, Ter-Ovanesov MD, Abdiragimov AN, Marchuk VA. Stomach cancer: what determines the surgical treatment standards. Practical Oncology. 2001;3 (7):18-24 (in Russ.)].

3. Inada T, Ogata Y, Ozawa I, Tomikawa M, Yamamoto S, Ando J, et al. Long-term postoperative survival of a gastric cancer patient with numerous para-aortic lymph node metastases. Gastric Cancer. 1999;2(4):235-239. DOI: 10.1007/s101209900042.

4. Diagnosis and treatment of gastric cancer: 8th General Meeting of the WHO CC for primary prevention. New York; 2001.

5. Yonemura Y, Kawamura T, Nojima N, Bandou E, Keizou T, Fujita H, et al. Postoperative results of left upper abdominal evisceration for advanced gastric cancer. Hepatogastroenterology. 2000;47(32):571-574. PMID: 10791241.

6. Арыбжанов ДТ, Кулакеев ОК, Юнусметов ИР, Сабуров АР. Комбинированное лечение больных раком желудка IV стадии. Медицина и экология. 2009;1(50):56-59. [Arybzhonov DT, Kulakeyev OK, Yunusmetov IR, Saburov AR. Combined therapy of patients with cancer of stomach of stage IV. Medicine and ecology. 2009;1(50):56-59 (in Russ.)].

7. Ганцев ШХ, Арыбжанов ДТ, Кулакеев ОК, Юнусметов ИР. Результаты лечения больных раком желудка IV стадии. Казанский медицинский журнал. 2009;6(90):835-838. [Gancev ShKh, Arybzhonov DT, Kulakeyev OK, Yunusmetov IR. Results of treatment of patients with IV stage gastric cancer. Kazanskiy meditsinskiy zhurnal. 2009;6(90):835-838 (in Russ.)].

8. Macdonald JS. 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). IV the International Gastric Cancer Congress. 2001:Abstr.661.