

УДК 616.33-006.6-089

**МЕСТО ЦИТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ**

Клиническая статья, опыт лечения

Л.А. Вашакмадзе, д.м.н., профессор А.В. Бутенко, д.м.н., профессор

МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва

Адрес для переписки: Леван Арчилович Вашакмадзе, procto@rambler.ru

Введение

Несмотря на стойкое снижение заболеваемости, рак желудка в структуре онкологических заболеваний прочно занимает второе место. Анализ данных о смертности в 24 экономически развитых странах мира показал, что на долю рака желудка приходится 50% опухолей желудочно-кишечного тракта. По данным ВОЗ и американских статистиков, в мире ежегодно диагностируют 900 тысяч новых случаев рака желудка, чаще регистрируется только рак легкого. У 60-90% больных диагностируют III—IV стадии заболевания, при этом удельный вес IV стадии не имеет тенденции к снижению и составляет 50-60%. Прогноз в отношении распространенного рака желудка до сих пор остается неудовлетворительным. Средняя продолжительность жизни после пробной лапаротомии по данным различных авторов, составляет от 4 до 7,6 мес, а после гастро- и еюностомии не превышает 9-11 мес. Паллиативная резекция или гастрэктомия позволяет продлить жизнь в среднем до 13,9 мес., а некоторые больные живут более 5 лет. Вопрос о целесообразности хирургического лечения больных раком желудка IV стадии остается открытым.

Описание результатов

В основу нашего исследования положены результаты опыта лечения 200 больных резектабельным раком желудка IV стадии, находившихся в клинике абдоминальной онкологии МНИОИ им. П. А. Герцена с 1982 по 2000 г.

Согласно «Главным правилам по изучению рака желудка...» все операции были классифицированы как относительно (у 99 чел.) или абсолютно

нерадикальные - паллиативные (у 101 чел.). Паллиативными считали операции, после выполнения которых определялась макро- или микроскопическая резидуальная опухоль. Возраст больных колебался от 20 до 78 лет (средний возраст - 56,2 года). Для стадирования опухолевого процесса использовано 6-е издание классификации TNM (1996). Перестадирование согласно новой классификации 1997 г. не производили из-за объективной трудности определения индекса N, поскольку расширенная лимфаденэктомия систематически выполняется лишь с 1991 г.

Местно-распространенный рак желудка (T4N2M0) диагностирован у 62 больных, отдаленные метастазы (M1) выявлены у 138, причем отдаленные лимфогенные - у 57 (28,5%), гематогенные в печень - у 21 (10,5%) и перитонеальная диссеминация - у 50 (25%) больных. У 10 больных имелось сочетание различных отдаленных метастазов. Следует отметить, что при диссеминированном раке желудка подавляющее большинство составили больные с низкодифференцированной и перстневидно-клеточной формами рака либо с теми и другими формами, в то время как при раке желудка с метастазами в печень преобладали высоко и умеренно дифференцированные формы аденокарциномы. Полное удаление опухоли, регионарных и отдаленных метастазов удалось осуществить у 99 больных (R0 резекция), микроскопически резидуальная опухоль (установленная при плановом морфологическом исследовании) обнаружена у 14 пациентов (R1 резекция), макроскопическая опухолевая ткань оставлена у 87 больных (R2 резекция).

Дистальная субтотальная резекция желудка выполнена 78 (39%) больным, гастрэктомия (ГЭ) - 109 (54,5%), проксимальная субтотальная резекция желудка (ПСРЖ) - 13 (6,5%). Операции носили комбинированный характер у 32% больных. Чаще выполняли спленэктомию, резекцию поджелудочной железы, печени, брыжейки поперечной ободочной кишки, диафрагмы. При выявлении отдаленных метастазов в брюшной полости стремились к максимально полному их удалению за счет расширения вмешательства на путях лимфооттока, резекции смежных органов и иссечения перитонеальных диссеminatов. Из 21 больного с

метастазами в печень у 11 произведено удаление метастазов.

Послеоперационные осложнения констатированы у 78 (39%) больных. Наиболее грозными из них явились: несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза - у 9 (7,4%) из 122 больных, перенесших ГЭ и ПСРЖ, панкреатит - у 16 (8%), формирование внутрибрюшных абсцессов - у 15 (7,5%), острая кишечная непроходимость - у 8 (4%). Существенных различий в частоте послеоперационных осложнений после стандартных, расширенных и комбинированных вмешательств не отмечено.

В послеоперационном периоде умерло 20 больных. Таким образом, летальность составила 10%.

Хирургическое лечение в самостоятельном виде проведено 68 (34%) больным, различные варианты химиотерапии использованы у 132 (66%).

Отдаленные результаты лечения прослежены у 165 (91,7%) из 180 больных, выписанных из клиники.

В целом по группе показатели 1-, 3- и 5-летней выживаемости составили 52, 14,6 и 11,1% соответственно. При сравнении результатов лечения больных раком желудка IV стадии выявились определенные закономерности. Так, в группе больных, которым была проведена химиотерапия как этап комбинированного лечения показатели 1-, 3- и 5-летней выживаемости составили 58,4, 24,6 и 18,1% соответственно, в то время как после хирургического лечения лишь 42,3, 9,2 и 3%.

Поскольку больные с IV стадией заболевания представляют собой разнородную группу, то мы проанализировали результаты лечения при местно-распространенном процессе, а также при наличии отдаленных метастазов.

Как и ожидалось, наиболее благоприятные результаты получены в группе больных с местно-распространенным раком желудка. 5-летняя выживаемость составила 18,3%. Значительно ухудшается прогноз при отдаленных лимфогенных метастазах (в парааортальных лимфоузлах, лимфоузлах гепатодуоденальной связки, корня брыжейки). 5-летний срок наблюдения пережили лишь 6,6% больных. Крайне неблагоприятными оказались результаты лечения больных с метастатическим поражением печени и перитонеальной диссеминацией.

Большинство больных с метастазами в печень погибло в течение одного года после операции (60%). Из 9 больных, выписанных из стационара после резекции печени, прослежены 7: 1 потерян, 6 умерли в сроки от 2 до 16 мес., 1 жив 85 мес. без признаков прогрессирования. Средняя продолжительность жизни 9,6 мес. Из 10 больных, выписанных из стационара без резекции печени, прослежены 9: 1 потерян, 7 умерли в сроки от 1 до 26 мес. 1 умер через 54 мес. с момента операции. Средняя продолжительность жизни - 11,4 мес.

Интересные результаты получены при анализе отдаленных результатов лечения больных с перитонеальной диссеминацией.

Сведения получены о 41 из 47 выписанных из стационара пациентов. В течение 1-го года после операции от прогрессирования заболевания умерли 15 больных: в сроки от 1 года до 2 лет - 11, от 2 до 3 лет - 4 больных. 5-летний срок наблюдения пережили 4 пациента, причем у всех была ограниченная диссеминация P1. 6 больных живы в сроки до 1 года и 1 больной наблюдается в течение 32 мес. без признаков генерализации опухолевого процесса. Следует отметить, что из 4 больных с диссеминацией P1, переживших 5-летний срок наблюдения, у 3 циторедуктивная операция была дополнена внутрибрюшинной химиотерапией. При диссеминации P2 и P3 результаты лечения оказались малоутешительными. Лишь 1 больная с диссеминацией P2 прожила 37 мес. после операции.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что выявление у больного IV стадии заболевания далеко не всегда предопределяет печальный исход. Если, по данным комплексного обследования, отсутствуют данные о нерезектабельности первичной опухоли, нет абсолютных противопоказаний к оперативному вмешательству, то следует ставить вопрос о выполнении паллиативной резекции или гастрэктомии. В случае обнаружения отдаленных метастазов в брюшной полости необходимо стремиться к максимально полному их удалению за счет расширения вмешательства на путях лимфооттока, резекции соседних органов и иссечения перитонеальных диссеминатов.

Использование техники агрессивной хирургии с последующей современной химиотерапией позволило добиться 5-летней выживаемости у 18% больных резектабельным раком желудка IV стадии.