

УДК 616.33–006.6–089.197.6–085.849.1–085.277.3

І.Б. Щепотін, Ю.В. Думанський, В.Г. Бондар*, Г.Г. Бардаков**, І.П. Єрко***

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З РЕЦИДИВОМ РАКУ ШЛУНКА

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
*Донецький державний медичний університет ім. М. Горького,
**Чернігівський обласний онкологічний диспансер. Україна*

Реферат. З 1980 по 2004 рік прооперовано 171 хворого з місцевим рецидивом раку шлунка. Метою дослідження була оцінка віддалених результатів комбінованого лікування хворих з рецидивом раку шлунка. Реконструктивна екстирпація кукси шлунка виконана 100 хворим. Резектабельність становила 58,5%. Симптоматичні операції виконано у 36 (21%), експлоративні лапаротомії – у 35 (20,5%) хворих. Неоад'ювантну променевоу терапію отримали 25, ад'ювантну хіміотерапію – 28, оперативне лікування в обсязі реконструктивної екстирпації кукси шлунка – 47 хворих. Дворічне виживання у хворих без віддалено метастазів після хірургічного лікування становила $19,4 \pm 6,0\%$, після променевої терапії та оперативного лікування – $37,5 \pm 9,9\%$, оперативного лікування з ад'ювантною хіміотерапією – $56,0 \pm 9,5\%$. П'ятирічне виживання становило відповідно: $4,9 \pm 3,3\%$; $20,8 \pm 8,3\%$; $22,4 \pm 8,0\%$. Медіана виживання – $11,8 \pm 1,7$; $20,3 \pm 0,8$; $32,6 \pm 2,6$ місяці, відповідно. Відзначено покращання віддалених результатів при застосуванні комбінованих методів лікування (неоад'ювантної променевої терапії, ад'ювантної хіміотерапії).

Ключові слова: рак шлунка, рецидив, реконструктивна екстирпація кукси шлунка, променевоу терапія, хіміотерапія.

За даними Національного канцер-реєстру України, у структурі смертності як серед чоловіків, так і жінок рак шлунка стійко посідає друге місце. Серед первинних хворих спеціалізоване лікування отримує 60,9%. Із них тільки хірургічне лікування – 73,4%, комбіноване або комплексне – 21,4% [2].

Незважаючи на високий рівень хірургічної техніки, частота розвитку рецидиву раку шлунка (РРШ) коливається у межах 10–83,5% [3, 14, 29]. У широкому значенні рецидив – це повторне виникнення хвороби після періоду ремісії. При РРШ злоякісний ріст може виникати із залишеної після першої операції частини пухлини та з нових осередків пухлинного росту [1]. Рецидиви, які виникли у перші 3 роки після оперативного лікування раку шлунка, є ранніми, після 3 років – пізніми [9, 11, 15]. Ранні рецидиви виникають у 69,4% хворих, пізні – у 30,6%. При ранньому РРШ частіше вражається зона анастомозу – 60,7%, при пізньому – мала кривина, стінки – 38,7% та кардіальний відділ – 31,1% [10]. Резидуальний рак прогресує з осередків, що були залишені в підслизовому та м'язовому шарі. Спочатку він не розповсюджується на слизову, тим самим погіршує ендоскопічну діагностику раннього рецидиву [11]. Локалізація рецидиву у стінці кукси шлунка виникає частіше – 70,4–89,9%, екзогастральна локалізація становить 7,6–11,6% [5, 11].

Після резекції шлунка як з приводу раку, так і з приводу виразкової хвороби, у 60–92% виявляється гастрит кукси шлунка, у 75% – інфікування *Helicobacter pylori*, що сприяє розвитку атрофічних процесів у слизовій оболонці [6, 13]. РРШ може виникати в результаті прогресування дисплазії у куксі шлунка. Чим більше виражена дисплазія епітелію, що оточує пухлину, тим коротший термін розвитку рецидиву [18]. Виникнення РРШ у 33,3–54,6% хворих не супроводжується віддаленими метастазами на момент встановлення діагнозу [11, 29]. Золотим стандартом хірургічного лікування РРШ є реконструктивна екстирпація кукси шлунка (РЕКШ) з резекцією анастомозованої кишки та її брижі [4, 12]. Доведено, що у $52,1 \pm 4,2\%$ хворих рак поширюється на стінку анастомозованої кишки. Метастази у мезентеріальних лімфатичних вузлах виявляються у $39,2 \pm 4,7\%$ хворих [4]. При рецидивах у зоні гастроентероанастомозу, за даними китайських вчених, метастатичне ураження лімфатичних вузлів анастомозованої кишки відзначається у 40% хворих [24]. Низький процент виконання радикальних операцій при рецидивах пов'язаний з їх пізньою діагностикою [3]. При пізніх РРШ резектабельність у 1,6 рази вища, ніж при ранніх [10]. При ранніх РРШ в зоні гастроентероанастомозу віддалені результати гірші ніж при пізніх рецидивах поза зоною анастомозу. Показники п'ятирічного виживання після хірургічного лікування раку оперованого шлунка за останні 40 років суттєво не змінилися та лишаються на рівні від 0 до 26% залежно від поширеності процесу [5, 9, 27]. Попередні дослідження довели виправданість застосування комбінованих методів лікування РРШ [17, 19–21, 29].

Задача дослідження: провести аналіз ефективності комбінованого лікування хворих на РРШ з використанням неоад'ювантної променевої терапії (ПТ) або ад'ювантної хіміотерапії (ХТ) у поєднанні з РЕКШ.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 171 хворого на РРШ з 1980 по 2004 рік. У цих хворих РРШ виник у проксимальній куксі після дистальної субтотальної резекції шлунка (ДСРШ). Лікування проводили на базі Інституту онкології АМН України, Донецького обласного протипухлинного центру та Чернігівського обласного онкологічного диспансеру. Більшість обстежених хворих склали чоловіки – 128 (74,9%), жінок було 43 (25,1%). Вік хворих коливався у межах 29–81 років: у віці до 30 років – 4 (2,3%), 31–40 – 17 (10%), 41–50 – 48 (28,1%), 51–60 – 60 (35,1%), 61–70 – 37 (21,6%), 71–80 – 4 (2,3%), понад 80 – 1 (0,6%). Середній вік хворих становив $52,7 \pm 1,5$ роки. Більшість хворих (35,1%) знаходилась у віці 51–60 років. За гістологічною класифікацією переважав залозистий рак – у 145 (84,8%); недиференційований рак виявлено у 26 (15,2%) хворих. За ступенем диференціації превалював низькодиференційований рак: G1 – 10 (5,9%), G2 – 22 (12,9%), G3 – 99 (57,9%), G4 – 40 (23,3%). Екзофітна форма росту виявлена – у 13 (7,6%), ендофітна – у 130 (76%), змішана – у 28 (16,4%) пацієнтів. Глибина інвазії рецидивом раку стінки кукси шлунка RT2 спостерігалась у 5 ($2,9 \pm 1,3$ %), RT3 – у 74 ($43,3 \pm 3,8$ %), RT4 – у 92 ($53,8 \pm 3,8$ %) хворих. Відсутність регіонарних метастазів RN0 – у 23 (13,5%); наявність лімфатичних вузлів, що були вражені метастазами, була виявлена у переважній більшості хворих RN1 – 148 (86,5%). Наявність віддалених метастазів була RM1 – у 63 (36,8%), їх відсутність RM0 була виявлена у 108 (63,2%) хворих.

Серед 171 пацієнта РЕКШ виконана 100 (58,5%), симптоматичні операції (гастроентеростомії та єюностомії) – 36 (21%), експлоративна лапаротомія – 35 (20,5%). Радикальна операція виконана 93%, паліативна – 7% хворих. Комбіновані РЕКШ виконано 42 ($42 \pm 4,9$ %) хворим, серед них з резекцією поперечно-ободової кишки – 17 ($40,5 \pm 7,6$ %), дистальною панкреатспленектомією – 13 ($30,9 \pm 7,1$ %), атиповою резекцією лівої частки печінки – 8 ($19,1 \pm 6,1$ %), спленектомією – 6 ($14,3 \pm 5,4$ %), резекцією черевного відділу стравоходу – 7 ($16,7 \pm 5,8$ %), резекцією черевної стінки – 1 ($2,4 \pm 2,4$ %), резекцією тонкої кишки – 1 ($2,4 \pm 2,4$ %).

При виконанні РЕКШ після попередньої резекції шлунка за методиками Billroth-II та Balfour видаляли тонку кишку, що брала участь у гастроентероанастомозі разом із її брижею. З використанням абдомінального доступу виконано 93 операції, торакоабдомінального – 7. Реконструктивний етап операції виконували за методикою Ру. Хворі були розподілені на три групи: група 1 – РЕКШ з ад'ювантною ХТ, група 2 – неоад'ювантна ПТ з РЕКШ, група 3 – контрольна група: хірургічне лікування в обсязі РЕКШ. У кожній групі хворі були розподілені за критеріями залежно від наявності регіонарних та віддалених метастазів при розвитку рецидиву (класифікація pTNM первинної пухлини шлунка не враховувалась).

До 1-ї групи (РЕКШ+ХТ) увійшли 28 хворих; pN0-1pM0 встановлено у 28 (100%), з них pN0pM0 – у 8 (28,6%), pN1pM0 – у 20 (71,4%). Для ад'ювантної ХТ застосовували різні схеми: FAM, FAP, EAP, PF, 5-фторурацил по 425 мг/м² з лейковорином 20 мг/м² 1-5-й день, монокіміотерапія 5-фторурацилом 500–600 мг/м² до 5 г. Базовим препаратом був 5-фторурацил.

До 2-ї групи (ПТ+РЕКШ) увійшло – 25 хворих. Віддалені метастази pN1pM1 були в 1 (4%) хворого. У переважній більшості хворих не виявлено віддалених метастазів: pN0-1pM0 – у 24 (96%), серед них pN0pM0 – у 3 (12,5%), pN1pM0 – у 21 (87,5%), Передопераційний курс гамма-терапії проводили на апаратах АГАТ-Р1 та РОКУС-М крупними фракціями з двох зустрічних полів при разовій осередковій дозі 5 Гр, чотири дні поспіль до сумарної осередкової дози 20 Гр. Операцію виконували через 24–48 годин після завершення ПТ.

У 3-тю групу (контрольну) включили – 47 хворих. Віддалені метастази pN1pM1 були виявлені у 2 (4,3%) хворих, у переважній більшості пацієнтів не виявлено віддалених метастазів: pN0-1pM0 – у 45 (95,7%), серед них pN0pM0 – у 12 (26,7%), pN1pM0 – у 33 (73,3%).

Показники виживання у групах основних методів лікування (РЕКШ+ХТ, ПТ+РЕКШ, РЕКШ) порівнювали тільки серед хворих без віддалених метастазів за такими критеріями:

N0-1M0 – пацієнти без віддалених метастазів, NOM0 – пацієнти без регіонарних метастазів, N1M0 – пацієнти з метастазами у регіонарних лімфатичних вузлах. За цими критеріями групи були однорідними щодо ступеня інвазії рецидивом стінки кукси шлунка (RT), ступеня диференціації рецидиву (G), віку та статі хворих.

Результати та обговорення

Клінічні прояви рецидиву не патогномонічні, вони виникають після деякого „світлого проміжку“ після першої операції (Таб. 1). При клінічному обстеженні пухлина пальпувалася у 58 ($33,9 \pm 3,7$ %), пальпувалася нечітко у 31 ($18,1 \pm 2,9$ %), не пальпувалася у 82 ($48 \pm 3,8$ %). При пухлині, що пальпується у 55 ($94,8 \pm 2,9$ %) було неможливе виконання РЕКШ. Середній показник гемоглобіну становив $112 \pm 2,7$ г/л, загального білка – $62,2 \pm 0,7$ г/л та дефіциту маси тіла – $9,1 \pm 0,5$ кг. (Таблиця 1)

Симптоми хворих з рецидивом раку шлунка

Симптоми	Кількість хворих	%
печія	147	86±2,7
слабкість	92	53,8±3,8
відрижка	89	52,0±3,8
біль	82	47,9±3,8
блювота	76	44,4±3,8
нудота	73	42,7±3,8
схуднення	61	35,6±3,7
метеоризм	44	25,7±3,3

Ранні РРШ (до 3 років) були виявлені у 127 (74,3%), пізні – 44 (25,7%) хворих. У 13 хворих ранній рецидив виник через 1-5 місяців після ДСРШ та був обумовлений нерадикальною операцією. 78 хворих (45,6±3,8 %) були прооперовані з приводу раку вихідного відділу шлунка у спеціалізованих онкологічних лікувальних установах, 93 (54,4±3,8 %) – у лікарнях загальної лікувальної мережі. Термін безрецидивного перебігу раку шлунка після лікування в спеціалізованих лікувальних установах (38,5±5,7 місяців) був достовірно удвічі більшим, ніж безрецидивний період у хворих, пролікованих у лікарнях загальної лікувальної мережі (17,1±2,9 місяців; $P < 0,001$). Ці дані підтверджують наші попередні результати [17, 19, 20, 23, 29].

Після виконання РЕКШ серед 100 хворих післяопераційні ускладнення виникли у 31 (31±4,6 %): дуоденальний некроз - 1, тромбофлебіт - 1, неспроможність швів товстокишкового анастомозу - 1, спайкова кишкова непрохідність - 2, плеврит - 2, панкреатична норича - 2, внутрішньочеревна кровотеча - 3, пневмонія - 3 неспроможність швів стравохідно-кишкового анастомозу - 5, панкреатит - 5, піддіафрагмальний абсцес - 8, нагноєння рани - 10, перитоніт - 13 випадків. У післяопераційному періоді померло 10 (10%) хворих, із них після виконання типових РЕКШ - 3 (5,2%), комбінованих - 7 хворих (16,7%).

Вживання обчислювали за методом Kaplan – Meier від дати початку лікування рецидиву (Таб. 2, 3). Для порівняння кривих виживання використовували логарифмічний ранговий критерій (logrank – тест Mantel–Haenszel). Достовірним вважався результат, де імовірність помилки різниці показників – $p < 0,05$.

Серед усіх хворих без віддалених метастазів (N0-1M0) при порівнянні віддалених результатів одnorічне виживання у групі 1 (92,9±4,9%) була достовірно більшим, ніж в контрольній групі (48,9±7,5%; $p < 0,001$). Дворічне (56,0±9,5% проти 19,4±6,0%; $p < 0,01$) та п'ятирічне виживання (22,4±8,0% проти 4,9±3,3%; $p < 0,05$) було також достовірно більшим. Медіана виживання при N0-1M0 достовірно відрізнялась (32,6±2,6 місяців проти 11,8±1,7 місяців; $p < 0,001$). Одnorічне виживання у групі 2 при порівнянні з контрольною було достовірно більшим (83,3±7,6% проти 48,9±7,5%; $p < 0,01$). Відмічалась тенденція до збільшення дворічного (37,5±9,9 % проти 19,4±6,0 %; $p > 0,05$) та п'ятирічного (20,8±8,3 % проти 4,9±3,3 %; $p > 0,05$) виживання. Медіана виживання при N0-1M0 в групі 2 достовірно відрізнялась від контрольної (20,3±0,8 місяців проти 11,8±1,7 місяців; $p < 0,001$). (Таблиця 2, Таблиця 3)

Таблиця 2

Вживання хворих з рецидивом раку шлунка (N0-1M0) залежно від методу лікування

Група	виживання (%)				
	1-річне	2-річне	3-річне	4-річне	5-річне
РЕКШ+ХТ	92,9±4,9	56,0±9,5	48,5±9,6	33,6±9,1	22,4±8,0
ПТ+РЕКШ	83,3±7,6	37,5±9,9	33,3±9,6	29,2±9,3	20,8±8,3
РЕКШ	48,9±7,5	19,4±6,0	14,6±5,4	9,7±4,6	4,9±3,3

Медіана виживання хворих з рецидивом раку шлунка (N0-1M0) залежно від методу лікування

Група	медіана виживання (міс)
РЕКШ+ХТ	32,6±2,6
ПТ+РЕКШ	20,3±0,8
РЕКШ	11,8±1,7

Порівняння результатів лікування хворих без регіонарних метастазів не проводилося через невелику кількість пацієнтів. Окремо проаналізовані віддалені результати серед хворих з наявністю метастазів у регіонарних лімфовузлах (N1M0) залежно від методу лікування. Однорічне виживання у групі 1 (90,0±6,7%) було достовірно більшим, ніж у контрольній групі (42,4±8,6%; p<0,001). Дворічне виживання (50,0±11,2 % проти 14±6,2 %; p<0,01) та п'ятирічне (25,0±9,7 % проти 0 %; p<0,05) достовірно відрізнялись від контрольної групи. Медіана виживання при N1M0 достовірно відрізнялась у групі 1 від контрольної групи (24 місяці проти 8,8±1,4 місяців; p<0,001). Однорічне виживання у групі 2 у порівнянні з контрольною було достовірно більшим (81,0±8,6 % проти 42,4±8,6 %; p<0,01). Відмічалась тенденція до збільшення дворічного виживання (38,1±10,6 % проти 14±6,2 %; p>0,05). П'ятирічне виживання достовірно відрізнялось від контрольної групи (19,1±8,6 % проти 0%; p<0,05). Медіана виживання при N1M0 в групі 2 достовірно відрізнялась від контрольної (19,5±2,3 місяців проти 8,8±1,4 місяців; p<0,001). Ці дані підтверджують результати наших попередніх досліджень [17, 19-21, 29].

За літературними даними при комбінованому лікуванні хворих на рак шлунка достовірно збільшення чотирирічного виживання (на 18,7%) відмічено у хворих без регіонарних метастазів, які отримали до операції опромінювання, у порівнянні з тими, котрим проведено тільки хірургічне лікування (62,5% та 43,8% відповідно) [22]. При операбельному раку використання ад'ювантної хіміотерапії (у багатьох схемах застосовувався 5-фторурацил) за даними рандомізованих досліджень дає можливість покращити безрецидивну та загальну виживаність. Жодна схема поліхіміотерапії не має переваги у порівнянні з іншими. Показники п'ятирічної виживаності при застосуванні різноманітних схем коливаються в межах 10 – 86% [16].

У нашому дослідженні під час повторних операцій були встановлені помилки, які були допущені при первинному хірургічному лікуванні раку шлунка, та згодом сприяли розвитку рецидиву. Більшість помилок припадали на установи загальної лікувальної мережі: так, серед 93 хворих помилки при лікуванні раку шлунка були виявлені у 59 (63,4 %) випадках: 1) часткова резекція великого та малого сальників без видалення шляхів лімфатичного відтоку II та III лімфатичних колекторів – у 53 (89,8 %); 2) неадекватний об'єм оперативного втручання: виконання дистальної субтотальної резекції шлунка замість гастректомії при інфільтративних формах раку шлунка та при будь-яких формах росту пухлини з локалізацією в тілі шлунка – у 51 (86,4 %); 3) відсутність видалення параезофагеальної клітковини з лімфатичними вузлами – у 48 (81,4 %); 4) відсутність видалення ретропілоричної клітковини з лімфатичними вузлами – у 46 (78 %); 5) відсутність перев'язки лівої шлункової артерії на рівні її відгалуження від черевного стовбура – у 43 (72,9 %).

У деяких випадках було неможливо визначити причину, яка сприяла розвитку РРШ через занедбаність процесу за рахунок місцевого поширення рецидиву та наявності вираженого канцероматозу органів черевної порожнини в зоні черевного стовбура та гепатодуоденальної зони.

Ранні рецидиви свідчать про хірургічні помилки при визначенні рівня резекції [15, 19, 20], їх причиною більше ніж у 50% є недостатній радикалізм операцій [1, 20]. Недоліки первинного хірургічного лікування приводять: 1) до виникнення рецидиву у куксі шлунка; 2) до прогресування метастазів у залишених лімфовузлах з можливістю розповсюдження на стінку кукси шлунка (далі номери груп регіонарних лімфовузлів наведені за класифікацією Japanese Gastric Cancer Association, 1998) [26]. У першому випадку недоліком лікування є неадекватний об'єм оперативного втручання при інфільтративних формах та виконання при раку тіла шлунка ДСРШ замість гастректомії. Резидуальна пухлина, наявність метастазів у стінці чи ракових емболів у лімфатичних та кровоносних судинах кукси шлунка є осередками розвитку рецидиву. Перев'язування низхідної гілки лівої шлункової артерії замість її основного стовбура сприяє залишенню великої ділянки малої кривини, що не відповідає об'єму ДСРШ. У другому випадку недоліками є часткова резекція великого та малого сальників, яка веде до залишення лімфовузлів (групи №4d, 4sb, 5); відсутність перев'язки лівої шлункової артерії (група №7); та відсутність видалення ретропілоричної (група №6) та параезофагеальної клітковини (група №2).

Японськими вченими серед 340 хворих на ранній рак вихідного відділу шлунка при виконанні

ДСРШ у 4,4% було виявлено ракові клітини вздовж лінії резекції, серед 521 хворого на занедбаних стадіях – у 14% [25].

Проте, встановлено, що наявність ракових клітин вздовж лінії резекції не обов'язково приводить до розвитку рецидиву. Серед 298 хворих рецидиви виникли у 41,4%, віддалені метастази без місцевого рецидиву – у 43,2%, відсутність рецидиву та віддалених метастазів протягом 5 років – у 15,4%. Головним фактором, що впливає на частоту РРШ, є глибина інвазії стінки шлунка в зоні первинної пухлини. Другий фактор – ступінь фібробластичної реакції навколо пухлинних клітин вздовж лінії резекції та первинної пухлини. Її наявність свідчить про поганий прогноз [7]. Аналіз віддалених результатів лікування 350 хворих на рак шлунка з лінією резекції в зоні пухлини довів, що у 58,5% хворих локальний рецидив взагалі не розвивається, у 22,3% спостережень рецидив діагностовано при наявності віддалених метастазів. Таким чином, у 80,8% хворих з раковими клітинами вздовж лінії резекції повторна превентивна операція на думку авторів є не виправданою. Вона не доцільна при IIIB-IV стадії у зв'язку з високою ймовірністю генералізації у найближчі роки. Тільки у 19,2% хворих, у яких виник РРШ без віддалених метастазів можливе проведення хірургічного лікування. Використання комбінованих методів лікування віддаляє терміни розвитку рецидивів, але не попереджує їх виникнення та не впливає на виживаність хворих [8, 10].

В протилежність цьому підкреслюється необхідність у проведенні зрізів з лінії резекції для гістологічного дослідження та контролю радикальності операції. За їх даними серед 40 хворих, у яких після виконання ДСРШ у зрізах було виявлено рак, 30 (75%) померли від рецидиву в куксі шлунка протягом 2 років [28].

Висновки

1. Причиною розвитку РРШ є хірургічні помилки при первинному лікуванні раку шлунка.
2. Усунення недоліків первинного лікування раку шлунка сприяє покращанню в цілому результатів лікування цієї патології.
3. Первинне хірургічне лікування раку шлунка значно ефективніше здійснюється у спеціалізованих лікувальних установах, ніж у лікарнях загальної лікувальної мережі, що підтверджується удвічі більшим терміном безрецидивного перебігу.
4. Застосування комбінованих методів (неoad'ювантної ПТ, ад'ювантної ХТ) лікування хворих з РРШ покращує віддалені результати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блохин Н.Н., Ефетов В.М., Клименков А.А., Патютко Ю.И. Рак оперированного желудка как проблема современной онкологии // Вопросы онкологии. – 1987. – Том XXXIII. – № 12. – С. 27 – 32.
2. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. Під редакцією Шалімова С.О. – № 5. – Київ. – 2004 р.
3. Гриценко В.В., Лазарев С.М., Гавриленко В.И. Рак оперированного желудка // Вестник хирургии им. Грекова. – 1989. – Том 144. – № 12. – С. 14 – 17.
4. Ефетов В.М., Ефетов С.В. 40-летний опыт хирургического лечения рака резецированного желудка // X з'їзд онкологів України. – Матеріали з'їзду. – Крим 10-12.10.2001. – С. 108 – 109.
5. Ефетов В.М., Ефетов С.В. Повторные вмешательства по поводу рака резецированного желудка // Клінічна хірургія. – 2001. – № 6. – С. 39 – 41.
6. Иншаков Л.Н., Масевич Ц.Г., Асанина Л.М. и др. Эндоскопические и гистологические изменения слизистой оболочки культуры желудка при инфицировании *Helicobacter pylori* // Вестник хирургии им. Грекова. – 1999. – Том 158. – № 2. – С. 13 – 16.
7. Карселадзе А., Клименков А., Юдин А. и др. Основные морфологические факторы, влияющие на рецидивирование рака желудка у больных с линией резекции в зоне опухоли // Онкология 2000. – Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. – Тезис № 607.
8. Клименков А., Юдин А., Губина Г., Неред С., Маркарян А. Лечебная тактика у больных раком желудка при наличии опухолевых клеток по линии резекции // Онкология 2000. – Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. – Тезис № 610.
9. Клименков А.А., Неред С.Н., Губина Г.И. Возможности хирургического лечения рецидивов рака желудка в зависимости от вида предварительной резекции // Вопросы онкологии. – 1998. – Том 44. – № 5. – С. 504 – 508.
10. Клименков А.А., Неред С.Н., Губина Г.И. Современные возможности хирургического лечения рецидива рака желудка // Материалы VIII Российского онкологического конгресса. – Москва – 2004.
11. Лапин М.Д. Опыт лечения больных раком культуры желудка // Советская медицина. – 1977. – № 8. – С. 47 – 50.
12. Моргошья Т.Ш., Гуляев А.В. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака культуры желудка // Вопросы онкологии. – 2003. – Том 49. – № 6. – С. 752 – 754.

13. Патютко Ю.И., Клименков А.А., Кошу Г.Д. Рак резецированного желудка – Кишинев „Штиинца”. – 1989. – 176 с.
14. Саакян А. Хирургия местного рецидива раку желудка // Онкология 2000. – Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. – Украина, Киев. – 23-26 мая 2000 г. – Тезис № 637.
15. Сигал М.З., Абдуллин А.С. Рак оперированного желудка // Клиническая хирургия. – 1978. – № 5. – С. 24 – 27.
16. Тюлядин С.А. Химиотерапия рака желудка // Практическая онкология. – 2001. – № 3. – С. 44 – 51.
17. Черный В.А., Щепотин И.Б. Диагностика и результаты индивидуализированного лечения рецидива рака желудка // Клиническая хирургия. – 1986. – № 5. – С. 28 – 30.
18. Чиссов В.И., Вашакмадзе Л.А., Кириллов В.С., Карселадзе А.И. Значение дисплазии в возникновении рецидивов рака желудка // Советская медицина. – 1987. – № 12. – С. 119 – 124.
19. Щепотин И.Б. Пути повышения эффективности лечения больных раком желудка // Дис. ... д-ра мед. наук. – Киев, 1992. – 276 с.
20. Щепотин И.Б. Хирургическое и комбинированное лечение рецидивов рака желудка // Клиническая онкология. – 1991. – № 11. – С. 44 – 46
21. Щепотин И.Б., Киркилевский С.И., Окулов Л.В., Задорожный А.А. Индивидуализированный подход к лечению рецидивов рака желудка // Клиническая хирургия. – 1989. – № 5. – С. 17 – 19.
22. Щепотин И.Б., Черный В.А., Гриневич Ю.А. и др. Интенсивная предоперационная телегамма-терапия в сочетании с индукцией эндогенного интерферона при лечении раку желудка // Врачебное дело. – 1990. – № 11. – С. 86 – 89.
23. Щепотин И.Б., Эванс С.Р.Т. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению – Киев: Книга Плюс, 2000. – 227 с.
24. Chen J., Wang S., Xing C., et al. Clinical and pathological characteristics of gastric stump cancer and recurrent gastric stump cancer. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2000. Sep. – Vol. – 38. – № 9. – P. – 674 – 676.
25. Fujimoto S., Takahashi M., Mutou T., et al. Clinicopathologic characteristics of gastric cancer patients with cancer infiltration at surgical margin at gastrectomy // Anticancer Res. – 1997. – Jan-Feb. – Vol. 17(1B). – P. 689 – 694.
26. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma – 2nd English edition // Gastric Cancer. – 1998. – Vol. 1. – P.10–25.
27. Kodera Y., Yamamura Y., Torii A. et al. Gastric stump carcinoma after partial gastrectomy for benign gastric lesion: what is feasible as standard surgical treatment? // J. Surg. Oncol. – 1996. October; Vol. 63. – № 2. – P. 119 – 124.
28. Koga S., Kaibara N., Nishidoi H., et al. Clinical and pathological evaluation of patients with positive finding of cancer cells in the oral stump of the resected stomach // Langenbecks Arch. Chir. – 1983. – Vol. – 359. – № 3. – P. 153 – 160.
29. Shchepotin I., Evans S.R.T., Shbahang M., Cherny V. Radical treatment of locally recurrent gastric cancer // The American Surgeon. – 1995. – Vol. 61. – P. 371 – 376.

И.Б. Щепотин, Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, Г.Г. Бардаков, И.П. Ерко

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВОМ РАКА ЖЕЛУДКА

*Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца,
*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького,
**Черниговский областной онкологический диспансер, Украина*

С 1980 по 2004 год прооперировано 171 больного с местным рецидивом рака желудка. Задачей исследования была оценка отдаленных результатов комбинированного лечения больных с рецидивом рака желудка. Реконструктивная экстирпация культи желудка выполнены 100 больным. Резектабельность составила 58,5%. Симптоматические операции выполнено у 36 (21%), эксплоративные лапаротомии – у 35 (20,5%) больных. Неоадьювантную лучевую терапию получили 25, адьювантную химиотерапию – 28, оперативное лечение в объеме реконструктивной экстирпации культи желудка – 47 больных. Двухлетняя выживаемость у больных без отдаленных метастазов после хирургического лечения – 19,4±6,0%, после лучевой терапии с оперативным лечением – 37,5±9,9 %, оперативно-го лечения с адьювантной химиотерапией – 56,0±9,5%. Пятилетняя выживаемость, соответственно: 4,9±3,3%; 20,8±8,3%; 22,4±8,0%. Медиана выживаемости – 11,8±1,7; 20,3±0,8; 32,6±2,6 месяцев, соответственно. Достигнуто улучшение отдаленных результатов применения комбинированных методов лечения (неoadьювантной лучевой терапии, адьювантной химиотерапии).

Ключевые слова: рак желудка, рецидив, реконструктивная экстирпация культи желудка, лучевая терапия, химиотерапия.

I.B. Shchepotin, G.V. Bondar, Y.V. Dumanskiy, G.G. Bardakov, I.P. Erko

REMOTE RESULTS OF COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT GASTRIC CANCER

From 1980 to 2004, 171 patients were operated on because of the locally recurrent gastric cancer. This study assessed the use of methods of combined treatment of the recurrence. Reconstructive gastric stump extirpation was performed in 100 (58,5%), symptomatic bypass was possible in 36 (21%), exploration only - in 35 (20,5%) patients. 25 received preoperative radiotherapy (20Gy), 28 – postoperative systemic chemotherapy, 47 – surgery alone. Two-year survival after radical treatment in patients without distant metastasis was as follows: surgery alone $19,4\pm 6,0\%$; radiotherapy and surgery $37,5\pm 9,9\%$; surgery and chemotherapy $56,0\pm 9,5\%$. Five-year survival was respectively: $4,9\pm 3,3\%$; $20,8\pm 8,3\%$; $22,4\pm 8,0\%$. Median survival was respectively: $11,8\pm 1,7$; $20,3\pm 0,8$; $32,6\pm 2,6$ months. It was noticed the improvement of survival in the use of methods of combined treatment (preoperative radiotherapy and adjuvant chemotherapy).

Key words: gastric cancer, recurrence, reconstructive gastric stump extirpation, radiotherapy, chemotherapy.