

Непосредственные и отдаленные результаты лечения метастатического рака желудка

Киселев Е.А., врач-онколог 3 хирургического отделения, ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург; **Истомин Ю.В.**, к.м.н., заведующий 3 хирургическим отделением ГБУЗ Свердловский областной онкологический диспансер, г. Екатеринбург; **Берзин С.А.**, д.м.н., профессор кафедры онкологии Уральской государственной медицинской академии, г. Екатеринбург

Immediate and long-term results of treatment of metastatic gastric cancer

Kiselev E.A., Istomin J.V., Berzin S.A

Резюме

Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты паллиативного хирургического лечения диссеминированного рака желудка у 79 пациентов. Послеоперационные осложнения составили 14%, а послеоперационная летальность 3,8%. Пятилетняя выживаемость больных с метастазами по брюшине P1, перенесших паллиативное хирургическое лечение составила 19%. После паллиативных операций у пациентов с метастазами в забрюшинные лимфоузлы и печень пятилетней выживаемости нет. **Ключевые слова:** рак желудка, паллиативная операция, выживаемость

Summary

Analyzed the immediate and long-term results of palliative surgical treatment of disseminated gastric cancer in 79 patients. Postoperative morbidity and mortality- 14%, 3,8%. Five-year survival rate of patients with metastases in the peritoneum P1, underwent palliative surgical treatment was 19%. After palliative surgery in patients with metastases in the retroperitoneal lymph nodes and liver, five-year survival is not. **Key words:** gastric cancer, palliative surgery, survival

Введение

Рак желудка в Российской Федерации является второй по частоте локализации среди всех злокачественных новообразований. Несмотря на широкое внедрение современных методов диагностики, доля пациентов с 4 стадией рака желудка занимает первое место, среди общего количества пациентов с данной патологией, и достигает в России 43%. 1. Единственным методом лечения, позволяющим больным надеяться на полное выздоровление, является операция. Но при метастатическом раке желудка, как правило, подавляющая часть пациентов направляется на паллиативную химиотерапию и симптоматическое лечение. 2. В то же время при выполнении паллиативных операций до сих пор сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений и высокой летальностью. непосредственные результаты не безупречны. Так по данным ряда авторов количество послеоперационных осложнений достигает 39%.3. Послеоперационная летальность от 10% до 18,5%.3,4.

Цель исследования.- улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения метастатического рака желудка.

Материалы и методы

В анализируемую группу включены пациенты (79 человек) с гистологически- и инструментально подтвержденным диагнозом метастатического рака желудка. По классификации TNM от 2002 г. в группу с диссеминированным раком желудка были отнесены пациенты со следующими характеристиками опухолевого процесса: pT1-4 N0-3 M1. Метастазы у них были по брюшине, в печени или забрюшинных лимфоузлах. В исследуемой группе мужчин 32 (40,5%), женщин 45 (59,5%).

Критерии включения:

1. Морфологически подтвержденный рак желудка.
2. Морфологически подтвержденная диссеминация рака желудка.

Критерии исключения:

1. Отсутствие гистологической верификации диагноза.
2. Незпителлиальные злокачественные опухоли-карциномид, лимфома.
3. Отсутствие гистологической верификации метастазов.

Стандартное предоперационное исследование включает ФГДС с биопсией, рентгенография желудка и органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости, лапароскопия. Статистическая обработка данных производилась использованием программных пакетов для статистических расчетов NCSS 2001, Microsoft Excel, и Statistica for Windows. Построение кривых выживаемости проводилось по методу Каплана- Майера с оценкой достоверности log- rank test.

Ответственный за ведение переписки -
Киселев Евгений Александрович
620036, г. Екатеринбург, ул. Соболева, 29,
Тел.: +7 (343) 356 15 11
E-mail: evgkiseliov@yandex.ru

Таблица 1. Локализация метастазов опухоли в органы брюшной полости.

Орган диссеминации	Абсолютное количество	%
Брюшина	54	68,5%
Парааортальные лимфоузлы	12	15%
Печень	8	10%
Яичники	2	2,5%
Сочетание метастазов	3	4%
Всего	79	100%

Таблица 2. Характеристика диссеминации рака желудка по брюшине по индексу Р.

Индекс	Абсолютное количество	%
P1	29	53,5%
P2	17	31,5%
P3	8	15%
Всего	54	100%

Таблица 3. Виды выполненных паллиативных операций при диссеминированном раке желудка.

Операция	Количество	%
Субтотальная дистальная резекция желудка	25	31,75%
Комбинированная субтотальная дистальная резекция желудка	6	7,5%
Субтотальная проксимальная резекция желудка	2	2,5%
Комбинированная субтотальная проксимальная резекция желудка	2	2,5%
Гастрэктомия	13	16,5%
Комбинированная гастрэктомия	31	39,25%
Всего	79	100%

Таблица 4. Объем лимфодиссекции, при паллиативных операциях, выполненных при диссеминированном раке желудка.

Объем операции	Абсолютное количество	%
Лимфодиссекция D1	13	16,5%
Лимфодиссекция D2	56	71%
Лимфодиссекция D4	10	12,5%
Всего	79	100%

Результаты и обсуждение

Непосредственные результаты операций.

Минимальное время операции у больных в группе паллиативных вмешательств составило 01:30, максимальное - 07:35. Среднее время операции 03:34. Минимальная кровопотеря составила 50 мл., максимальная - 2000 мл.

Из таблицы 1 видно, что в подавляющем большинстве случаев диссеминация рака желудка обнаруживалась на брюшине - 68,5% пациентов. Другие локализации отмечались в 3,5 - 7 и более раз реже. Так парааортальные лимфоузлы были поражены у 15%, печень - у 10%, яичники - у 2,5. В 4% случаев найдено сочетание диссеминации по брюшине и в яичники.

Для определения степени метастатического распространения рака желудка по брюшине (индекс Р) использовалась классификация японского общества по изучению рака желудка, согласно которому Р1- ограниченная диссеминация выше брыжейки поперечноободочной кишки, Р2- разрозненные диссеминаты в различных отделах брюшной полости, Р3- обширная диссеминация по брюшине.

Из выше приведенной таблицы 2 видно, что пациенты с канцероматозом р1 встречались более, чем в половине всех случаев.

Как видно из таблицы 3, комбинированные паллиативные операции были выполнены у 39 пациентов, что составило 49%. Операции с индексом радикальности R0 (отсутствие макро и микроскопически остаточной опухоли) удалось выполнить у 71 пациента. Операции R2 выполнены у 8 пациентов с канцероматозом Р3.

Из таблицы 4 видно, что большую часть составляют лимфодиссекции D2- 71%. У пациентов после радикальных операций этот показатель 76%. Лимфодиссекции D4 выполнены 12,5% больных. Таким образом, количество операций с лимфодиссекцией в объеме D2 и D4 составило 66 (83,5%). Операции с лимфодиссекцией в объеме D1 выполнены в 13 случаях (16,5%).

Послеоперационные осложнения у пациентов с диссеминированным раком желудка 4 стадии после паллиативных операций возникли в 11 случаях (14%).

Как видно из вышеприведенного перечня, на первое место занимают осложнения терапевтического плана- 6 случаев (54,5%), хирургические осложнения были в 5 случаях (45,5%). Релапаротомии потребовались в 3 случаях. Умерли в послеоперационном периоде 3 пациента (3,8%).

Причины послеоперационной летальности были следующими:

Таблица 5. Послеоперационные осложнения у пациентов, перенесших паллиативные операции при раке желудка.

Осложнение	Количество	%
Несостоятельность эзофагогастроанастомоза	1	9,1 ^о
Абсцесс брюшной полости	1	9,1 ^о
Послеоперационный панкреатит	1	9,1 ^о
Гематома брюшной полости	1	9,1 ^о
Полноорганная недостаточность	1	9,1 ^о
Пневмоторакс	1	9,1 ^о
Послеоперационная шевמוия	3	27,2 ^о
ТЭЛА	2	18,2 ^о
Всего	11	100 ^о

Таблица 6. Отдаленные результаты операций при диссеминации рака желудка по брюшине.

Индекс Р	Отдаленная выживаемость			Медиана (месяцы)
	1 год	3 года	5 лет	
Р ₁	70 ^о	19 ^о	19 ^о	16
Р ₂	70 ^о	15 ^о	0 ^о	15
Р ₃	66 ^о	34 ^о	0 ^о	

Таблица 7. Отдаленная выживаемость пациентов с диссеминированным раком желудка после паллиативных операций.

Локализация метастазов	1 летняя	3 летняя	5 летняя	Медиана
Брюшина Р1	70 ^о	19 ^о	19 ^о	16
Брюшина Р2	70 ^о	15 ^о	0 ^о	15
Брюшина Р3	66 ^о	34 ^о	0 ^о	
Парааортальные л/узлы	42 ^о	21 ^о	0 ^о	9
Печень	52 ^о	21 ^о	0 ^о	15
Всего	63 ^о	19 ^о	12,5 ^о	15

Таблица 8. Сравнение отдаленной выживаемости после паллиативных операций в зависимости от объема лимфодиссекции.

Объем лимфодиссекции	Отдаленная выживаемость			Медиана(месяцы)
	1 год	3 года	5 лет	
D1	73 ^о	0 ^о	0 ^о	15
D2,D4	65 ^о	25 ^о	20 ^о	16
Всего	63 ^о	19 ^о	12,5 ^о	15

1. Несостоятельность швов эзофагогастроанастомоза после субтотальной проксимальной резекции желудка.

2. ТЭЛА.

3. Полиорганный недостаточность.

Отдаленные результаты оперативного лечения диссеминированного рака желудка.

Отдаленные результаты в группе паллиативных операций были отслежены у 73 пациентов. Выбыли из-под наблюдения 6 человек: 3 умерли от непосредственных послеоперационных осложнений, о 3 пациентах сведений получить не удалось. Таким образом, отдаленные результаты после паллиативных операций отслежены у 96% пациентов, выписанных из стационара.

В этой группе у 29 пациентов выявлен канцероматоз Р1, у 20 пациентов канцероматоз Р2 и у 3 пациентов канцероматоз Р3.

Как видно из таблицы 6, 1-летняя выживаемость у пациентов с диссеминацией по брюшине вне зависимости от распространенности по брюшине практически одинаковая. Но 5-летняя выживаемость получена только у пациентов с диссеминацией Р1 на уровне 19%. У паци-

ентов с диссеминацией по брюшине Р2 и Р3 пятилетней выживаемости нет.

Группу с метастазами в парааортальные лимфоузлы составили 11 пациентов. 1-летняя выживаемость у больных данной группы составила 42%, 3-летняя 21%, 5-летней выживаемости нет.

Выживаемость в группе с метастазами в печень следующая: 1-летняя выживаемость составила 52%, 3-летняя - 21%, 5-летней выживаемости нет.

Из таблицы 7 видно, что наиболее высокая выживаемость у пациентов с метастазами по брюшине Р1. Только у пациентов данной группы достигнута 5-летняя выживаемость.

Всего в группу больных, в зависимости от объема лимфодиссекции включено 73 пациента. Лимфодиссекция D1 выполнена 12 пациентам, 54 больным паллиативная операция выполнена с лимфодиссекцией D2, и у 7 пациентов D4. Лимфодиссекции выполнялись больным со всеми видами диссеминации: канцероматозом брюшины, метастазами в забрюшинные лимфоузлы и метастазами в печень.

Как видно из таблицы 8 у пациентов, проопериро-

ванных паллиативно с лимфодиссекцией D1 отсутствует 3 и 5-летняя выживаемость, а у пациентов с лимфодиссекцией D2- D4 она составляет 25% и 20% соответственно.

Выводы

1. Послеоперационные осложнения возникли в 14% случаев и в основной своей массе были излечены консервативно. Послеоперационная летальность нахо-

дится на уровне 3,8%.

2. При различных вариантах диссеминации опухолевого процесса 1-летняя выживаемость составляет от 42% при метастазах в забрюшинные лимфоузлы, до 70% при метастазах по брюшине.

3. Выполнение лимфодиссекций D2 и D4 позволяет добиться пятилетней выживаемости у пациентов с метастазами по брюшине P1 на уровне 20%. ■

Литература:

1. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 году. Под ред. М.И.Давыдова, Е.М.Аксель.- М.: Медицинское информационное агентство, 2002.- 354с.
2. Минимальные клинические рекомендации ESMO. Под ред. Проф. С.А. Тюляндина. М.:Издательская группа
3. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 2008 г. с 75.
4. Чиссов В.И. с соавт. Пути улучшения результатов лечения больных раком желудка 4 стадии. Сибирский онкологический журнал. 2005 г. №2. с 3- 7.
5. В.А. Тарасов с соавт. Практическая онкология №3 (7) Сентябрь 2001 г. с 52- 58.