

# ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Тойгонбеков А.К.<sup>1</sup>, Харитонов М.Ю.<sup>2</sup>, Борбашев Т.Т.<sup>3</sup>, Уметов М.З.<sup>4</sup>  
Email: Toigonbekov1795@scientifictext.ru

<sup>1</sup>Тойгонбеков Айвар Кенешбекович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник,  
отдел клинической онкологии,  
заведующий отделением,  
отделение абдоминальной и общей онкологии;

<sup>2</sup>Харитонов Максим Юрьевич – младший научный сотрудник;

<sup>3</sup>Борбашев Тилек Тынчибекович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник,  
отдел клинической онкологии;

<sup>4</sup>Уметов Максат Замирбекович – врач-хирург,  
отделение абдоминальной и общей онкологии,  
Национальный центр онкологии МЗ КР,  
г. Бишкек, Республика Кыргызстан

**Аннотация:** проанализированы отдаленные результаты хирургического лечения 205 из 208 больных местнораспространенным раком дистального отдела желудка, разделенных на 3 группы в зависимости от объема хирургического вмешательства. Также анализ проведен в зависимости от макроскопического типа роста и гистологической дифференцировки опухоли. Общая 5-летняя выживаемость составила  $43,8 \pm 0,41\%$ , медиана выживаемости – 36 месяцев. Отмечено достоверное улучшение выживаемости больных после комбинированных вмешательств по сравнению с симптоматическими операциями, вследствие чего требуется выработка дифференцированной хирургической тактики у этой категории больных.

**Ключевые слова:** местнораспространенный рак дистального отдела желудка, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

## THE LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED CANCER OF THE DISTAL STOMACH

Toigonbekov A.K.<sup>1</sup>, Kharitonov M.Yu.<sup>2</sup>, Borbashev T.T.<sup>3</sup>, Umetov M.Z.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Toigonbekov Aivar Keneshbekovich - doctor of medical Sciences, leading researcher,  
DEPARTMENT OF CLINICAL ONCOLOGY,  
HEAD OF THE DEPARTMENT OF ABDOMINAL AND GENERAL ONCOLOGY;

<sup>2</sup>Kharitonov Maksim Yurievich - Junior researcher;

<sup>3</sup>Borbashev Tilek Tynchibekovich - the candidate of medical Sciences, senior researcher,  
OF THE DEPARTMENT OF CLINICAL ONCOLOGY;

<sup>4</sup>Umetov Maksat Zamirbekovich – surgeon,  
DEPARTMENT OF ABDOMINAL AND GENERAL ONCOLOGY,  
NATIONAL CENTER OF ONCOLOGY THE MINISTRY OF HEALTH,  
BISHKEK, REPUBLIC OF KYRGYZSTAN

**Abstract:** long-term results of surgical treatment of 205 of 208 patients with locally advanced cancer of the distal stomach divided into 3 groups depending on the volume of surgical intervention were analyzed. The analysis was also performed depending on the macroscopic type of growth and histological differentiation of the tumor. The overall 5-year survival was  $43.8 \pm 0.41\%$ , the median survival was 36 months. There was a significant improvement in the survival of patients after combined interventions compared with symptomatic operations, which necessitates the development of differentiated surgical tactics in this category of patients.

**Keywords:** locally advanced cancer of the distal stomach, surgical treatment, long-term results.

УДК: 616.33-006.6-089

**Введение.** Рак желудка в Кыргызской Республике занимает 3 место в структуре онкологической заболеваемости, составляя 11,8‰, и первое место в структуре смертности (10,0‰). Неудовлетворительными остаются показатели 5-летней выживаемости – 25,2% (по данным отчета отдела эпидемиологии и профилактики злокачественных новообразований Национального Центра Онкологии о состоянии онкологической службы в Кыргызской Республике за 2015 год).

В настоящее время в литературе окончательно еще не сформировалось единое понятие «местнораспространенный рак желудка». Мы поддерживаем тех авторов, которые данным термином обозначают, что это «опухоль с большей распространенностью, чем ранний рак», при этом под ранним

раком понимаются случаи с распространенностью T1N1-2M0, а к местнораспространенному относят T2-4N0-3M0 стадии [1].

В настоящее время только хирургическая операция признается потенциально радикальным методом лечения рака желудка. Радио- и полихимиотерапия не играют решающей роли в удлинении сроков безрецидивного периода и заметно не сказываются на продолжительности жизни пациентов [2].

Современная активная хирургическая стратегия включает выполнение радикального вмешательства без оставления резидуальной опухоли, что выражается в широком применении комбинированных резекций и адекватной лимфодиссекции [3, 4, 5, 6]. Однако вопрос о целесообразности хирургического лечения больных раком желудка остается открытым. Если при местнораспространенном процессе большинство хирургов придерживается активной тактики, то выявление прорастания рака желудка в смежные структуры нередко заставляет отказаться от попытки выполнения комбинированной операции. Учитывая особенности распространенности опухолевого процесса у большинства больных местнораспространенным раком желудка, можно ожидать существенного влияния хирургического метода на отдаленные результаты лечения [7].

5-летняя выживаемость радикально оперированных больных местнораспространенным раком желудка в отдельных исследованиях отсутствует [8], в других невысока – 12,7% [9], в третьих - достигает 49,3% [10].

Противоречивыми остаются результаты хирургического лечения, что определяет актуальность исследования.

**Материал исследования.** Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 208 пациентов, страдающих местно-распространенным раком дистального отдела желудка. Все больные были оперированы в хирургических отделениях Национального Центра Онкологии Кыргызской Республики с 2010 по 2014 год.

С целью решения поставленных перед исследованием задач все больные местнораспространенным раком дистального отдела желудка были разделены на три группы в зависимости от вида выполненного вмешательства.

В первую группу вошли 139 (66,8%) больных, которым были выполнены стандартные операции (гастрэктомия и субтотальная дистальная резекция желудка). Вторую группу составили 34 (16,4%) больных, которым были выполнены комбинированные и расширенно-комбинированные оперативные вмешательства. Третья группа представлена 35 (16,8%) больными, оперативное лечение в отношении которых было ограничено паллиативными – 7 (20%) и симптоматическими (нерезекционными) – 28 (80%) вмешательствами.

Также больные во всех трех группах были разделены в зависимости от макроскопического роста и гистологической дифференцировки опухоли.

**Результаты и обсуждение.** На 1 января 2016 года отдаленную выживаемость удалось проследить у 205 больных местно-распространенным раком дистального отдела желудка из 208 оперированных (98,55%). Общая 5-летняя выживаемость, составила 43,8±0,41%, медиана выживаемости – 36 месяцев (рис. № 1).

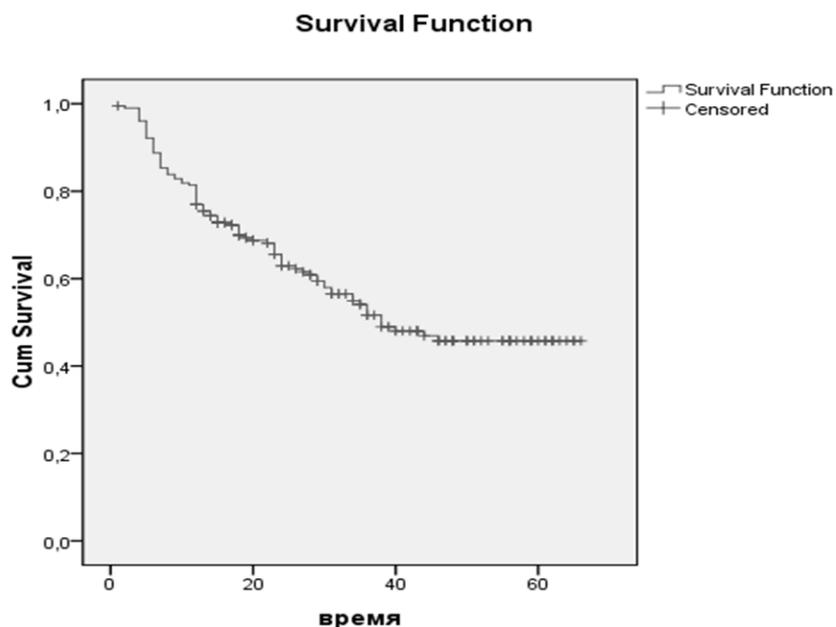


Рис. 1. Общая выживаемость больных местнораспространенным раком дистального отдела желудка после хирургического лечения

Проанализированы отдаленные результаты хирургических вмешательств больных после хирургического лечения в зависимости от группы (рис.№2).

В I группе после стандартных операций 5-летняя выживаемость составила  $55,5 \pm 0,51\%$ , медиана выживаемости – 41,7 месяцев.

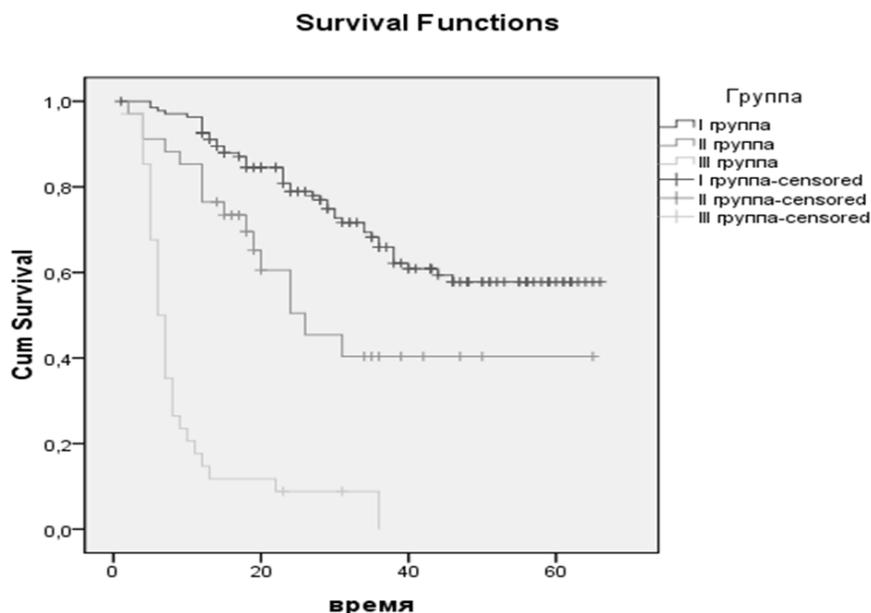


Рис. 2. Выживаемость больных местнораспространенным раком дистального отдела желудка после хирургического лечения по группам

Во II группе после комбинированных вмешательств 5-летняя выживаемость составила  $40,4 \pm 1,03\%$ , медиана выживаемости – 26 месяцев.

В III группе после паллиативных и симптоматических операций достигнута 2-х летняя выживаемость на уровне  $8,8 \pm 0,49\%$ , ни одной больной не прожил 3-х лет. Медиана выживаемости составила 6 месяцев.

Различия в отдаленных результатах лечения между указанными группами статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

С целью выяснения условий, влияющих на отдаленные результаты хирургического лечения больных, изучена зависимость выживаемости пациентов от различных факторов.

Изучены отдаленные результаты у больных с разными макроскопическими типами роста опухоли (рис. №3).

Выживаемость пациентов с экзофитным макроскопическим типом роста опухоли (Bormann I) прослежена у 11 пациентов. 1 год прожили 100% оперированных, 2 года – 81,8%, 3 года – 45,5%, 4 года – 18,2%, 5 лет – 9,1% (рис. №3). Медиана выживаемости достигла 40 месяцев.

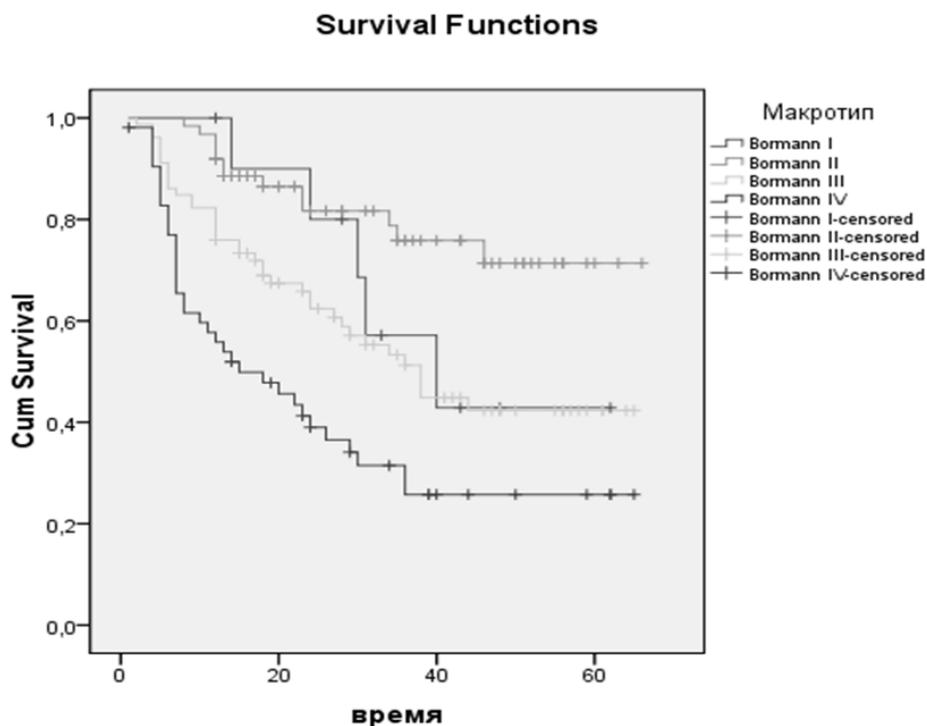


Рис. 3. Выживаемость после хирургических вмешательств у больных с разными макроскопическими типами роста опухоли (по Borrmann)

Отдаленные результаты лечения у лиц с блюдцеобразным типом роста опухоли (Borrmann II) удалось проследить у 62 из 64 человек. Из них 1 год прожили 93,7% пациентов. 2-годовалую отметку преодолели 53,1% больных, 3-летнюю – 37,5%, 4-летнюю – 20,3%, 5-летнюю – 4,7%. Медиана выживаемости составила 39 месяцев.

1-годовалая выживаемость больных с инфильтративно-язвенным типом роста опухоли (Borrmann III) составила 81,3% (65 из 80 случаев), 2-летняя – 48,8%, 3-летняя – 32,5%, 4-летняя – 18,8%, 5-летняя – 5%. Медиана выживаемости составила 38 месяцев.

При диффузно-инфильтративном типе роста опухоли (Borrmann IV) из 53 проанализированных случаев 1 год после хирургического лечения прожили 56,6% больных, 2 года – 34%, 3 года – 20,8%, 4 года – 9,4%, 5 лет – 5,7%. Медиана выживаемости составила 15 месяцев.

Полученные данные после проведенного анализа свидетельствуют о достоверно более благоприятных отдаленных результатах хирургического лечения при экзофитном типе роста опухоли (Borrmann I). Различия в выживаемости после хирургических вмешательств у больных с другими (Borrmann II, III и IV) макроскопическими типами роста опухоли в нашем исследовании оказались также достоверными ( $p < 0,05$ ).

Проанализированы отдаленные результаты хирургических вмешательств больных в зависимости от степени гистологической дифференцировки опухоли желудка.

Пациентов с высокой степенью гистологической дифференцировки опухоли (G1) было всего 2. 1-годовалой выживаемости в этой группе нет (рис. № 4).

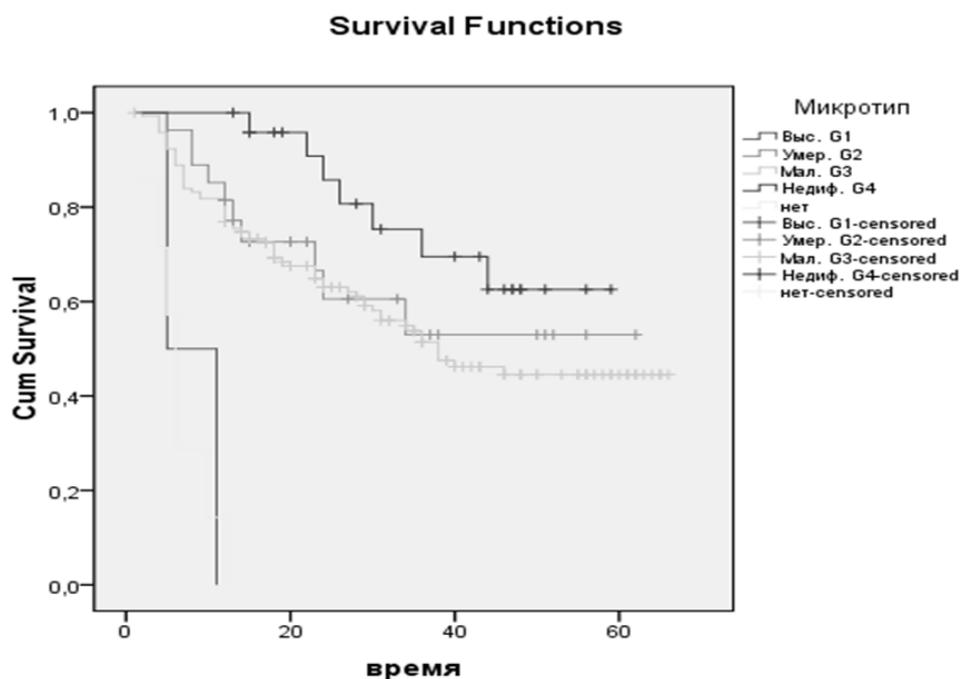


Рис. 4. Выживаемость после хирургических вмешательств больных с разной степенью гистологической дифференцировки опухоли

Среди 27 пациентов со средней степенью гистологической дифференцировки (G2) опухоли, у которых удалось проследить отдаленные результаты лечения, 1-годичная выживаемость составила 85,2%, 2-летняя – 40,7%, 3-летняя – 25,9%, 4-летняя – 18,5%, 5-летняя – 7,4%.

Из 147 больных с низкой степенью гистологической дифференцировки опухоли (G3) 1 год прожили 79,6% пациентов, 2 года – 48,3%, 3 года – 30,6%, 4 года - 17%, 5 лет – 6,8%.

Отдаленные результаты лечения при наличии недифференцированного рака (G4) желудка проанализированы в 25 случаях. 1-годичная выживаемость составила 100%, 2-летняя - 72%, 3-летняя - 52%, 4-летняя - 20%, 5-летняя - 8%.

Отдаленные результаты лечения больных при отсутствии гистологического результата прослежены в 7 случаях. 1-годичной выживаемости в этой подгруппе не наблюдалось.

Таким образом, различия в выживаемости после хирургических вмешательств у больных с разными степенями гистологической дифференцировки опухоли в нашем исследовании оказались недостоверными ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Как показало исследование, достоверно неблагоприятными прогностическими факторами в отношении отдаленных результатов хирургического лечения местнораспространенного рака дистального отдела желудка явились:

- распространение опухоли на несколько жизненно важных соседних структур, что обуславливает необходимость комбинированных вмешательств с резекцией этих структур;
- диффузно-инфильтративный тип роста опухоли (Borrmann IV);
- наличие низкой степени дифференцировки опухоли (G3).

К относительно благоприятным прогностическим факторам на основе проведенного анализа относятся:

- экзофитный тип роста опухоли (Borrmann I);
- наличие умеренной степени дифференцировки опухоли (G2).

Результаты хирургического лечения больных местнораспространенным раком дистального отдела желудка после радикальных операций (I и II группа) можно считать относительно благоприятными, а риск выполнения радикальных комбинированных вмешательств, которые могут сопровождаться увеличением количества послеоперационных осложнений и летальности, оправданным. Неудовлетворительные отдаленные результаты симптоматических операций доказывают, что нужно расширить показания для выполнения паллиативных комбинированных вмешательств при местнораспространенном раке дистального отдела желудка с учетом соматического статуса больных. Такие операции позволят не только ликвидировать потенциально возможные осложнения опухолевого процесса, но и должны улучшить выживаемость пациентов.

Таким образом, современная лечебная тактика в отношении местнораспространенного рака дистального отдела желудка должна базироваться на активной хирургической позиции. Однако необходима разработка критериев, определяющих целесообразность выполнения комбинированных вмешательств у пациентов данной категории и определяющих прогноз.

#### *Список литературы / References*

1. *Стилиди И.С., Неред С.Н.* Современные представления об основных принципах хирургического лечения местнораспространенного рака желудка // Практическая онкология, 2009. Т. 10, № 1. С. 20 – 27.
2. *Чернявский А.А.* Хирургия рака желудка и пищеводно-желудочного перехода / А.А. Чернявский, Н.А. Лавров // Нижний Новгород, Деком., 2008. 359 с.
3. *Ахметзянов Ф.Ш.* О месте перевязки селезеночной артерии при гастроспленэктомии по поводу рака желудка / Ф.Ш. Ахметзянов, Д.М. Рувинский // Российский онкологический журнал, 2004. № 1. С. 41 - 43.
4. *Черноусов А.Ф.* Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов. М.: Изд., 2000. 160 с.
5. *Китаев М.Р.* Оптимизация хирургического лечения больных раком дистального отдела желудка: дис. ... канд. мед. наук. Казань: ФГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», 2010. 121 с.
6. *Самсонов Д.В.* Прогностические факторы и результаты лечения местнораспространенного рака желудка: дис. ... канд. мед. наук. СПб.: ФГОУ ВПО «Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, 2010. 135 с.
7. *Варенников А.И.* Многокомпонентное лечение больных с распространенными формами рака желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Уфа: УГМАДО, 2003. 31 с.
8. *Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д.* Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза // Рус. мед. журн., 2008. Т. 16. № 13. С. 914 - 920.
9. *Абдихакимов А.Н.* Результаты хирургического лечения местно-распространенного рака желудка T4N2M0 // Анналы хирургии, 2003. № 1. С. 23 - 27.
10. *Kobayashi A., Nakagohri T., Konishi M. et al.* Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer // J. Gastrointest. Surg., 2004. Vol. 8. № 4. P. 464 - 470.