

Г.В. Бондарь¹, Ю.В. Думанский¹, Н.Г. Семикоз¹, А.Ю. Попович¹, А.В. Сидюк²,
В.Г. Бондарь¹, А.Н. Заика¹, А.В. Бондарь²

РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

¹ - Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

² - Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Реферат. В статье отображены результаты лечения больных раком желудка за 40-летний период. Показано, что применение функционально активных анастомозов значительно улучшает функциональные результаты и качество жизни больных раком желудка, а применение муфтообразного пищеводно-кишечного анастомоза позволяет максимально снизить частоту несостоятельности пищеводно-кишечного анастомоза после выполнения гастрэктомий. Выполнение пластических гастрэктомий с формированием резервуаров и включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки позволяет значительно улучшить функциональные результаты гастрэктомий и улучшить качество жизни пациентов. Применение рентгенкинематографии, эндоскопии подтверждает надежность и функциональность применяемых методик. Разработанные в Донецком областном противоопухолевом центре методы реконструкции при операциях на желудке по поводу рака применяют при выполнении паллиативных и комбинированных гастрэктомий. Использование этих методов, в сочетании с эндолимфатической химиотерапией, улучшает результаты выживаемости этих больных.

Ключевые слова: рак желудка, результаты лечения, функциональные результаты

Ежегодно в мире раком желудка (РЖ) заболевают более 900 тысяч человек. На долю РЖ приходится около 10 % летальных исходов, обусловленных опухолевой патологией [3, 4, 13]. Наиболее высокие показатели заболеваемости регистрируются в Японии и ряде стран Юго-Восточной Азии. Украина входит в десятку стран мира с наиболее высокой заболеваемостью. РЖ занимает 2 место в структуре онкозаболеваемости мужчин (29,9 на 100 тыс. населения) и 5 место у женщин (17,2 на 100 тыс. населения). В структуре онкосмертности РЖ находится на 2 месте в обеих группах - соответственно, 24,2 и 12,9 на 100 тыс. населения [3, 10]. В Украине с 2001 г. по 2011 г. уровень заболеваемости РЖ снизился с 28,8 до 23,0 на 100 тыс. населения. Серьезной проблемой остается то, что, несмотря на постоянное снижение уровня заболеваемости РЖ, уровень диагностики заболевания в I-II стадиях за 10 лет снизился с 39,3 % до 35,3 %. Например, из 10 502 выявленных в 2011 г. больных РЖ 58,7 % выявлены в III-IV стадиях, поэтому 61,7 % из них умерли в течение года. Это следствие того, что в Украине преобладает диагностика РЖ "по принципу обращаемости", вследствие чего в большинстве случаев диагностируется распространенный опухолевый процесс, а 5-летняя выживаемость больных РЖ в Украине не превышает 13,8 % (в Японии более 50 %) [10]. Все это требует принятия неотложных мер, направленных на решение

проблем профилактики и ранней диагностики РЖ в Украине.

Клиника онкологии Донецкого областного противоопухолевого центра (ДОПЦ) занимается вопросами хирургического лечения РЖ более 40 лет. За эти годы накоплен огромный опыт в этой области, разработаны доступные, надежные и функциональные методики комбинированной терапии РЖ, резекции желудка и гастрэктомии [3, 10, 11]. На сегодняшний день по оригинальным методикам выполнено 4369 гастрэктомий и 2911 резекций желудка.

С 1971 г. в клинике применяется методика гастрэктомии с антирефлюксным пищеводно-тонкокишечным анастомозом [1] и несколько основных модификаций этой методики [3]. Многочисленными исследованиями с применением эндоскопии, контрастной рентгенографии и рентген-кинематографии показано, что активно перистальтирующая тонкокишечная муфта сохраняет функциональную активность на протяжении всей последующей жизни пациентов, обеспечивая порционное поступление пищи в тонкую кишку и предотвращая развитие пищеводного рефлюкса [8]. Поэтому эта надежная, простая и эффективная методика применяется при радикальных и паллиативных гастрэктомиях, в том числе и при операциях из абдомино-торакального доступа. При этом несостоятельность анастомоза развивается крайне редко, и ее частота никогда не превышала 1 %. [8, 10].

Почти у 60 % больных РЖ в Украине диагностируется местно-распространенный и метастатический РЖ, во многих случаях осложненный стенозом, кровотечением или угрозой перфорации стенки желудка. В подобных ситуациях с 1978 г. в ДОПЦ применяются паллиативная гастрэктомия или резекция желудка, которые предотвращают развитие фатальных осложнений и, при условии применения эндолимфатической, внутриартериальной или любой современной химиолучевой терапии, позволяют продлить жизнь больных, обеспечить ее приемлемое качество и контролировать развитие опухолевого процесса. На сегодняшний день выполнено 875 паллиативных гастрэктомий с послеоперационной летальностью 5 %. При этом медиана выживаемости больных с метастазами в печень после паллиативной гастрэктомии с последующей регионарной внутриартериальной химиотерапией достигает 19,5±0,2 мес. [9].

Мы согласны с мнением многих исследователей о необходимости комбинированной терапии

при распространенном РЖ. Мета-анализ 9 рандомизированных исследований, проведенных в 1970-2006 гг., включивший более 1700 больных, показал, что пред- и послеоперационная химиолучевая терапия позволяет достоверно увеличить 5-летнюю выживаемость оперированных в радикальном объеме больных [13]. Поэтому в клинике активно применяется адьювантная химиотерапия, в том числе и эндолимфатическая, более эффективная по сравнению с внутривенной, при преимущественно инфильтративном распространении РЖ и канцероматозе брюшины [5]. В дальнейших исследованиях мы исходим из того, что на сегодняшний день 70-80 % больных в стационарах - это пациенты с местно-распространенным РЖ (T2-4N1-3M0-1), при котором необходима комбинированная или паллиативная гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D2 и, в свете современных представлений, с неoadьювантной и последующей адьювантной химиолучевой терапией.

Учитывая высокую частоту развития постгастрэктомических осложнений и низкую эффективность консервативных методов их коррекции, в ДОПЦ после радикальных операций всегда применялись различные методы постгастрэктомической реконструкции, позволяющие значительно улучшить функциональные результаты лечения, уменьшить количество различных нарушений пищеварения и обеспечить хорошее качество жизни и восстановление трудоспособности у перенесших гастрэктомию больных [8]. К настоящему времени, в рамках исследования по изучению эффективности различных методов постгастрэктомической реконструкции, выполнены пластические гастрэктомии: с формированием проксимального кондуита - 68, с редуоденизацией - 230. Во всех случаях методика постгастрэктомической реконструкции пищеварительного тракта не приводила к увеличению количества послеоперационных осложнений, но существенно улучшала функциональные результаты [6]. Поэтому наиболее простая методика, включающая применение муфтообразного пищеводно-тонкокишечного и поперечно-продольного межкишечного анастомоза, применяется и при паллиативных и паллиативно-комбинированных гастрэктомиях.

Таким образом, важной и нерешенной проблемой остается проблема ранней диагностики РЖ, прямо влияющая на результаты лечения этого заболевания - 5-летняя выживаемость больных РЖ в Украине едва превышает 13 %, в то же время общеизвестно, что в ранних стадиях РЖ полностью излечим. Несмотря на достаточное техническое оснащение отечественного здравоохранения, только 30-35 % больных выявляются в I-II стадиях заболевания и более 60 % умирают в течение года. Решение этой проблемы возможно только при кардинальном улучшении выявляемости больных РЖ в ранних стадиях и при создании эффективной системы раннего выявления РЖ на основе информированной заинтересованности пациентов.

Вторая важная задача - необходимость совершенствования национальных стандартов комби-

нированного лечения РЖ, соответствующих уровню современных мировых требований и базирующихся на реальных потребностях Украины и лучших отечественных разработках; широкое применение комбинированных методов лечения и доступных и эффективных методов послеоперационной реконструкции пищеварительного тракта. При условии обсуждения перспектив и результатов лечения РЖ и наличия целенаправленной государственной политики это может быть гарантией доступности современной онкологической помощи всем слоям населения и стимулом для постоянного повышения ее качества.

G.V. Bondar, Yu.V. Dumanskiy, N.G. Semikoz, A.Yu. Popovich, A.V. Sidyuk, V.G. Bondar, A.N. Zaika, A.V. Bondar

Results and prospects of surgical and combined treatment of stomach cancer

The article deals with results of treatment of patients with stomach cancer for 40-year period. It is demonstrated that use of functionally active anastomoses significantly improves functional results and life quality of patients with stomach cancer, while use of cuff esophageal-intestinal anastomosis makes it possible to minimize frequency of failure of esophageal-intestinal anastomosis after gastrectomies. Plastic gastrectomies with formation of tanks and inclusion into the digestive process of duodenum can significantly improve functional results of gastrectomies and improve life quality of patients. Application of X-ray kymography and endoscopy confirms reliability and functionality of the procedures used. Reconstruction methods in operations on the stomach for cancer developed by the Donetsk Regional Anti-Tumor Center have been applied for palliative and combined gastrectomies. Using these techniques combined with endolymphatic chemotherapy improves survival results of these patients (Arch. Clin. Exp. Med.—2013.—Vol.22, №1.—P. 140-142).

Keywords: stomach cancer, results of treatment, functional results

Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, Н.Г. Семикоз, О.Ю. Попович, А.В. Сидюк, В.Г. Бондар, А.Н. Заика, А.В. Бондар

Результати та перспективи хірургічного та комбінованого лікування раку шлунка

У статті відображено результати лікування хворих на рак шлунка за 40-річний період. Наведено, що використання функціонально активних анастомозів значно покращує функціональні результати та якість життя хворих на рак шлунка, а використання муфтоподібного стравохідно-кишкового анастомозу дозволяє максимально знизити частоту неспроможності швів стравохідно-кишкового анастомозу після виконання гастректомій. Виконання пластичних гастректомій з формуванням резервуарів і включенням у процес травлення дванадцятипалої кишки дозволяє значно покращити функціональні результати і якість життя пацієнтів. Рентгенкінематографічне і ендоскопічне дослідження підтверджує надійність і функціональність використовуваних методик. Розроблені у Донецькому обласному протипухлинному центрі методи реконструкції при опера-

ціях на шлунку з приводу раку застосовують при виконанні паліативних та комбінованих гастректомій. Використання цих методів, у сукупності з ендолімфатичною хіміотерапією, покращує результати виживання цих хворих (Арх. клін. експ. мед. — 2013. — Т.22, №1. — С. 140-142).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Волков Н.М. Лекарственная терапия метастатического рака желудка / Н.М. Волков // Практическая онкология. - 2009. - Т. 10, № 1. - С. 41-48.
2. Гамаюнов С.В. Внутрилимфатическая профилактика воспалительных осложнений и внутрибрюшного рецидива рака желудка в раннем послеоперационном периоде / С.В. Гамаюнов, В.В. Слугарев, И.Г. Терентьев // Вестник лимфологии. - 2008. - № 2. - С. 23-24.
3. Морфологические показатели рака желудка после внутрилимфатической химиотерапии / Л.А. Орловская, В.Х. Анапаян, Т.В. Зубкова [и др.] // Рос. онкол. журн. - 1997. - № 2. - С. 20-23.
4. Рак в Україні 2008-2009 / Бюлетень національного канцер-реєстру України. - Київ, 2010. - № 11.
5. Сидюк А.В. Паллиативное комбинированное лечение больных раком желудка с метастазами в печень / А.В.Сидюк // Украинский журнал хирургии. - 2012. - № 3 (18). - С. 62-65.
6. Сравнение различных методов методов химиотерапии при метастатическом нерезектабельном раке желудка / Г.В. Бондарь, А.Ю. Попович, А.В. Сидюк, Н.Ю. Лисовская // Новоутворення. - 2012. - № 1-2 (9-10). - С. 61-64.
7. Фармакокинетика флуороурацила в опухолевой и нормальной ткани пациентов с аденокарциномой желудка / М.А. Сташкевич, Е.В. Хомутов, О.П. Шатова [и др.] // Онкология. - 2012. - Т. 14, № 1. - С. 19-23.
8. Фторпиримидины в химиотерапии опухолей желудочно-кишечного тракта / И.Б. Щепотин, С.И. Киркилевский, Е.А. Колесник, А.В. Лукашенко. - Х.: ФОП Мартиняк, 2009. - 271 с.

Надійшла до редакції: 10.07.2013 р.