

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА

М.Н. Шенетько, А.Э. Колобухов, А.В. Прохоров, В.В. Барьяш

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Рак желудка — актуальная проблема для промышленно развитых стран. В Республике Беларусь он занимает третью позицию в структуре онкологической заболеваемости. Стандартизированный показатель по этой нозологической единице в 2011г. составил 33,4 заболевших на 100 000, а показатель смертности 22,1 на 100 000 жителей Республики [1]. Стандартными операциями при этой патологии могут быть резекция желудка (проксимальная и дистальная) и гастрэктомия с лимфодиссекцией в объеме D2. Из приведенных данных следует вывод о том, что 1/3 пациентам удастся вылечиться от рака желудка. Эти пациенты в течение всей жизни имеют риск развития рецидива в оставшейся культе.

Различные авторы приводят данные, относящиеся к выживаемости при раке желудка. Одну из репрезентативных групп пациентов приводит Wang W. с соавт., анализируя результаты лечения 980 пациентов с раком желудка с учетом клинико-патологических характеристик. Для этой группы общая 1-, 3-, 5-летняя выживаемость составили 82,5%, 58,7% и 52,6%. 5-летняя выживаемость для стадий I, II, III и IV (TNM/pTNM) в соответствии с 7-м Изданием Классификации были 93,2%, 72,4%, 39,1%, и 5,2%, соответственно [8]. Оставшаяся культя желудка может быть источником рецидива новообразования после лечения язвенной болезни или рака. Локализация карциномы в анастомозе позволяет рассматривать процесс как самостоятельную нозологическую единицу — рак культы желудка [5].

Цель исследования: анализ результатов лечения пациентов со злокачественным новообразованием культы желудка.

Материалы и методы исследования. Наблюдения за 21 пациентом, получившими радикальное лечение по поводу злокачественного новообразования культы желудка, вошли в материал для исследования. В соответствии с мониторингом за пациентами, перенесшими ранее операцию на желудке, диагноз был установлен при фиброгастродуоденоскопии, дополнен рентгенологическим исследованием (рис. 1.) и верифицирован цитоморфологически.

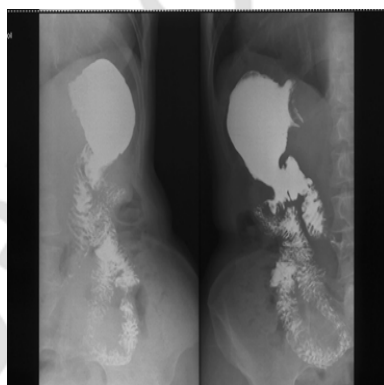


Рис. 1. На рисунке показана деформация зоны анастомоза аденокарциномой после операции Бильрот 2 по поводу язвенной болезни желудка 10 лет назад

Средний возраст больных новообразованием культы желудка составил $57,3 \pm 2,1$ лет. Мужчин 14, женщин 7. Из них 6 пациентам была выполнена операция дистальная резекция желудка по поводу язвенной болезни в срок от 12 до 5 лет назад. 13 пациентам произведена операция по поводу аденокарциномы и у 2 имела место карциноидная опухоль желудка.

После исследования макро- и микропрепаратов резецированной культы, анализа данных амбулаторных карт пациентов в соответствии с клинической группой 3 все случаи были распределены согласно классификации TNM/pTNM (табл. 1).

Распределение пациентов TNM/pTNM

| | T1 | T2(2b) | T3 | *Tx | N0 | N1 | N2 | **Nx |
|--|----|--------|----|-----|----|----|----|------|
| Рак культи после операций по поводу рака | 6 | 6 | 3 | - | 11 | 2 | 2 | - |
| Рак культи после операций по поводу язвенной болезни | 1 | 3 | 1 | 1 | 4 | - | 2 | 1 |
| Всего | 7 | 9 | 4 | 1 | 14 | 2 | 4 | 1 |

*Tx – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

**Nx – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

Результаты. После радикального хирургического лечения по поводу рака культи желудка на время окончания наблюдения (04. 2013 г.). 13 пациентов были живы, 8 умерли в различные сроки после операции. 15 пациентам выполнена экстирпация культи желудка из лапаротомного доступа, 6 — из доступа по Гарлоку, из них у 1 резецировалась н/3 пищевода.

Согласно полученным данным регрессии Каплан–Мейера для всей группы пациентов с раком культи желудка после радикальной операции 1-годичная выживаемость составила 94%, 3-летняя — 67% и 5-летняя — 35%. Приведенные данные сопоставимы с литературными, но сделать однозначный вывод о результатах лечения не представляется возможным в силу малочисленности группы наблюдения ($p > 0,05$).

Возрастной контингент пациентов, оперированных по поводу рака культи желудка после резекции 2/3 по поводу язвенной болезни, был почти на 10 лет старше, чем контингент пациентов, оперированных по поводу рецидива самой желудочной карциномы ($56,5 \pm 2,0$ против $68,3 \pm 0,8$ лет). Не наблюдалось никаких принципиальных отличий в степени распространений опухолевого процесса при рецидиве опухоли в культе желудка и возникновении опухоли после резекции по поводу язвенной болезни. Постоянный эндоскопический динамический контроль позволил выявить патологический процесс, когда карцинома не выходила за пределы серозной оболочки и локализовалась только в анастомозе. У пациентов, оперированных по поводу язвенной болезни, степень распространения опухоли в пределах T1-2 отмечена в 5 случаях и только в двух случаях опухоль инвазировала серозную оболочку (T3). В связи с тем, что всем пациентам удалось выполнить радикальную хирургическую операцию, распространения на соседние органы (T4) установлено не было. В большинстве случаев это обстоятельство оказывает влияние на возможность проведения радикального хирургического лечения. Не выявлено достоверных различий в выживаемости оперированных лиц по поводу язвы желудка и рака в анамнезе. Рассмотрение кумулятивного пропорционального риска после экстирпации культи показывает, что у всех пациентов имеется практически одинаковый шанс развития прогрессирования рака на протяжении всего периода наблюдения (рис. 2).

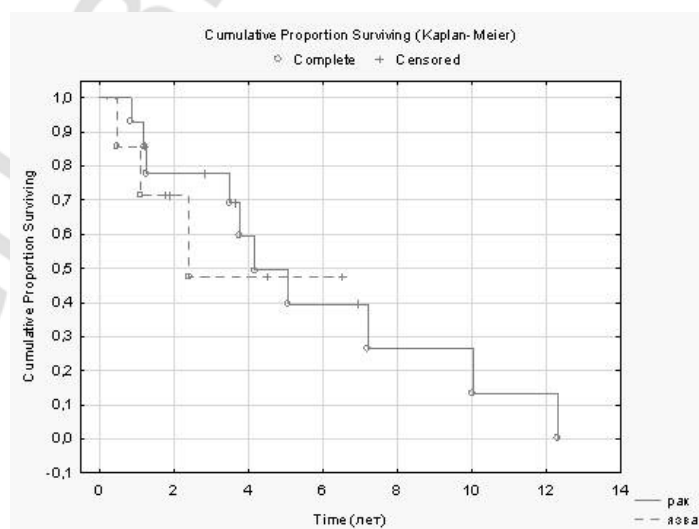


Рис. 2. Кумулятивная пропорциональная выживаемость для пациентов после экстирпации культи желудка

Обсуждение. Анализируя литературные данные PubMed Medline можно сделать недвусмысленный вывод о том, что без радикального хирургического лечения пациенты с раком культи желудка имеют плохой прогноз [6]. Только динамический эндоскопический и рентгенологический контроль после операции на желудке позволяет своевременно диагностировать рак культи и провести своевременную хирургическую операцию [7]. Chen с соавт. в случае рака культи желудка настоятельно рекомендует агрессивную хирургическую тактику и считает оптимальной выполнение её экстирпации с лимфодиссекцией в объеме D2, указав на то, что в 16% случаев ещё необходима резекция н/3 пищевода [2, 3, 4]. Такой же вывод сделали Zhou с соавт., приводя сведения о выживаемости пациентов после операций по поводу рака культи желудка. В соответствие с их результатами 1-, 3- и 5-летняя выживаемость в группе пациентов, перенесших радикальную операцию, была значительно выше, чем в группе, где её выполнить не удалось (93,6% против 35,3%, 42,0% против 5,9% и 20,8% против 0%) [9].

Результаты исследования обобщили наблюдения за небольшой группой пациентов, перенесших радикальную операцию по поводу рака культи желудка. Представленный выше материал позволяет сделать следующие выводы:

1. Постоянный эндоскопический и эхоскопический контроль пациентов после операции на желудке по поводу любых патологических процессов приносит несомненную пользу и помогает выявить рак в культе на этапе, когда опухоль ещё не распространяется на соседние органы и не образует конгломераты с лимфатическими узлами анатомической области.

2. Экстирпация культи желудка с лимфодиссекцией является единственно радикальной и возможность её выполнения будет необходимым условием для увеличения продолжительности жизни пациентов с раком культи желудка.

3. Рак культи желудка после радикальной операции – экстирпации культи протекает одинаково как после операции по поводу язвенной болезни, так и по поводу аденокарциномы желудка.

4. Нет различий в выживаемости пациентов с раком культи желудка, перенесших операцию по поводу язвы и аденокарциномы желудка в анамнезе при выполнении экстирпации культи.

THE RESULTS OF TREATMENT OF GASTRIC STUMP CANCER

M.N. Shepetko, A.E. Kolobukhov, A.V. Prokhorov, V.V. Baryash

In article the results of treatment of patients with the gastric stump cancer are presents. Their survival after radical extirpation of the gastric stump was determined. The conclusion was that this surgery procedure increases the life expectancy of patients. Permanent endoscopic investigation of the patients after gastric surgery is beneficial in detecting of the gastric stump cancer

Литература.

1. А.Е. Океанов, П.И. Моисеев, Л.Ф. Левин. Статистика онкологических заболеваний / А.Е. Океанов [и др.] // Статистика онкологических заболеваний под ред. проф. О.Г.Суконко, Минск – 2012. – С.165, 255.
2. Chen, C. N. Clinicopathologic characteristics and prognosis of gastric stump cancer / Chen, C. N. Lee, W. J. Journal of Clinical Gastroenterology – 1996. Volume 23 №4. P. 251-255.
3. Chen, J. Clinical and pathological characteristics of gastric stump cancer and recurrent gastric stump cancer / Chen, J. Wang, S. Chinese Journal of Surgery – 2000. Volume 38 №9. P.674-676.
4. Chen, L. Surgical management of gastric stump cancer: a report of 37 cases / Chen, L. Tian, Hua. Journal of Zhejiang University. Science – 2005. Volume 6 №1. P.38-42.
5. Lagergren, J. Gastric stump cancer after distal gastrectomy for benign gastric ulcer in a population-based study / Lagergren, J. Lindam, A. Mason, R. International Journal of Cancer. Journal International Du Cancer – 2012. Volume 131 №6 P.1048-1052. MEDLINE with Full Text. Web. 12 Sept. 2013.
6. Seglie, E. Diagnosis, treatment and prognosis of gastric stump cancer / Seglie, E. Della Beffa, V. Minerva chirurgica – 1994. Volume 49 №11 P.1071-1075.
7. Tassi, A. Primary cancer of the gastric stump. Apropos of 8 cases / Tassi, A. Goracci, G. Annales de chirurgie – 1995. Volume 49 №2 P.155-159.
8. Wang W. Prognosis of 980 patients with gastric cancer after surgical resection / Wang W., Li Y. Chin J Cancer – 2010. Volume 29 №11. P.923-930.
9. Zhou, L. Surgical treatment and prognosis of gastric stump cancer / Zhou, L. Mao Wei-zheng. Chinese Journal of Cancer – 2009. Volume 28 №5. P.511-514.