

© Коллектив авторов, 2018
 УДК 616.33-006.6-08-053.9
 DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-1-78-80

М. Д. Ханевич^{1, 2}, Н. А. Карасева², М. А. Гипарович^{1, 2}, И. В. Егорова²,
 И. Ю. Басария², Е. Ю. Юрьев^{1, 2}

УСПЕШНОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОЙ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С РАСПРОСТРАНЁННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

¹ Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства (дир. – проф. А. В. Чечёткин), Санкт-Петербург

² Городской клинический онкологический диспансер (глав. врач – проф. Г. М. Манихас), Санкт-Петербург

Ключевые слова: рак желудка, комплексное лечение

M. D. Khanovich^{1, 2}, N. A. Karaseva², M. A. Giparovich^{1, 2}, I. V. Egorova², I. Yu. Basariya², E. Yu. Yuriev^{1, 2}

Successful comprehensive treatment of a sick senior age with disseminated IV stage of stomach cancer

¹ Russian Research Institute of Hematology and Transfusiology of the Federal Medical and Biological Agency, St. Petersburg; ² St. Petersburg State Clinical Hospital «City Clinical Oncology Center», St. Petersburg

Key words: stomach cancer, complex treatment

Показатели выживаемости больных раком желудка зависят от стадии злокачественного процесса: при поражении только слизистой оболочки 5-летняя выживаемость составляет 85–92 %, при распространении опухоли на подслизистый слой – 68–78 %. При наличии метастатического поражения регионарных лимфатических узлов 5-летняя выживаемость становится ниже 25 % [1, 2, 8]. Проведение химио- и лучевой терапии в ряде случаев может дать положительный эффект даже при запущенных формах рака желудка [3–5]. В том числе это касается и лиц старческого возраста с наличием конкурирующей сопутствующей патологии со стороны жизненно важных органов и систем организма [6, 7]. Приводим наблюдение успешного комплексного лечения больной старческого возраста с IV стадией рака желудка.

Больная П., 82 лет, обратилась в поликлинику СПбГБУЗ «Городской клинический онкологический диспансер» в апреле 2015 г. с жалобами на умеренную слабость, быструю утомляемость, боли в левом подреберье, затруднение прохождения твердой пищи с октября 2014 г. В результате обследования установлен диагноз: рак кардиального отдела желудка сT3NxM0. Кроме того, у больной имела место выраженная сопутствующая патология – ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II стадии, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, сердечная недостаточность II степени по NYHA, риск сердечно-сосудистых осложнений IV степени; варикозная болезнь нижних конечностей, рецидив узлового нетоксического зоба

(хирургическое лечение в 1983 г.), эутиреоз, частичный парез гортани.

Данные обследования. ФГДС (08.04.2015 г.): на расстоянии 37 см от верхних резцов определяется верхний край опухолевой ткани, исходящий из желудка. Z-линия не визуализируется. Эндоскоп с усилием проведен в желудок, где опухолевая инфильтрация распространяется по малой кривизне на протяжении ~6–7 см. Заключение ФЭГДС: кардиоэзофагальный рак (рис. 1, а). Гистология: аденокарцинома GII–III. Иммуногистохимическое исследование: опухолевые клетки негативны по гиперэкспрессии Her2/neu, индекс пролиферации (Ki-67) – 50 %. Рентгенокопия желудка (09.04.2015 г.): рак кардиального отдела желудка с переходом на пищевод (рис. 1, б). КТ-исследование живота (07.04.2015 г.): объемное патологическое образование кардиального отдела желудка с бугристыми контурами протяженностью 6 см и толщиной 3,3 см. Выявлено 8 увеличенных лимфатических узлов в парагастральной клетчатке диаметром от 0,6 до 1,8 см. Кистозное образование правого надпочечника и кисты правой и левой почек.

Операция (20.04.2015 г.): при диагностической лапароскопии признаков неоперабельности процесса выявлено не было. Произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии установлено, что опухолевая инфильтрация распространяется на забрюшинную клетчатку, а также хвост и тело поджелудочной железы. Определяются плотные, увеличенные до 2 см, явно метастатически измененные лимфатические узлы: левые и правые паракардиальные (N1, N2), узлы по ходу левой желудочной артерии (N7), в области чревного ствола (N9). Кроме того, выявлены плотные лимфатические узлы, расположенные парааортально (N16).

Наличие метастатического поражения лимфатических узлов подтверждено при экстренном гистологическом исследовании.

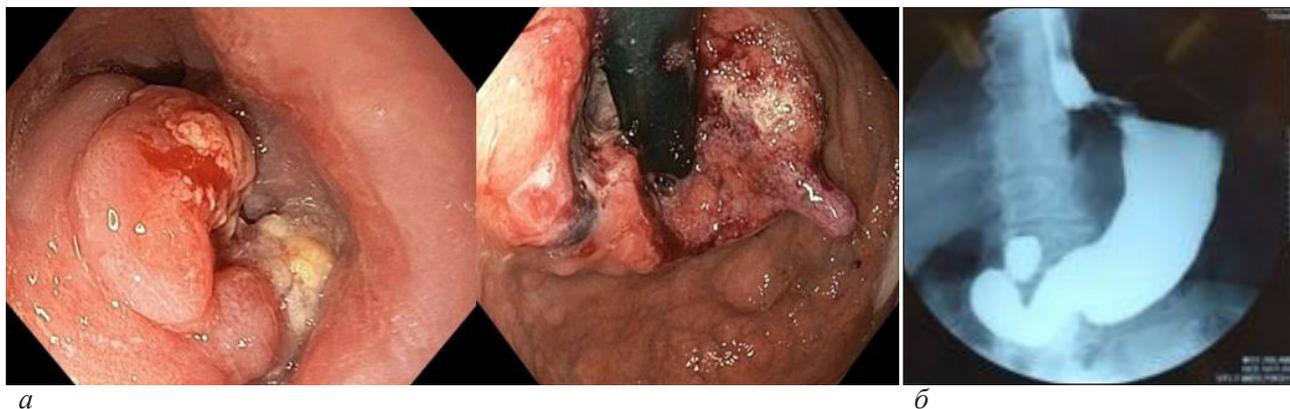


Рис. 1. Данные обследования больной П., 82 лет, перед началом лечения: а – ФГДС; б – рентгеноскопия желудка (объяснения в тексте)

Учитывая распространённость опухолевого процесса, выраженную сопутствующую патологию, низкие функциональные резервы, проведение расширенного, комбинированного хирургического вмешательства признано нецелесообразным. Случай признан неоперабельным. Консилиумом проведено рестадирование заболевания: сT4N2M1 (IV стадия). В дальнейшем принято решение о проведении лечебной полихимиотерапии.

С 13.05.2015 г. по 12.04.2016 г. проведено 11 циклов первой линии химиотерапии по схеме FLO (Оксалиплатин 85 мг/м², 1 день; Лейковорин 200 мг/м², 1 день; 5-фторурацил 2400 мг/м² внутривенно 48 ч 21-дневного цикла). Переносимость полихимиотерапии – удовлетворительная, без осложнений. Оценка эффективности лечения – частичный регресс опухоли.

КТ груди и живота (16.04.2015 г.): установлена положительная динамика течения заболевания – объём поражения желудка опухолью значительно уменьшился. Размеры парагастральных лимфатических узлов уменьшились до 9 мм. Однако их количество осталось прежним. ФГДС (17.04.2016 г.): слизистая кардиального отдела желудка и кардиоэзофагеального перехода эластичная, без видимой опухолевой инфильтрации. Опухоль значительно уменьшилась в размерах (4×4 см) и локализуется по малой кривизне в 2 см от кардиоэзофагеального перехода (рис. 2).

Больная повторно обсуждена на консилиуме. Учитывая частичный регресс заболевания, принято решение о попытке повторного хирургического вмешательства.

Операция (23.05.2016 г.): верхнесрединная лапаротомия, сагиттальная диафрагмотомия, гастрэктомия с резекцией абдоминального отдела пищевода с лимфодиссекцией в объёме D2.

Гистология: аденокарцинома G3 кардиоэзофагеального перехода, инфильтрирующая в субсерозу, положительный терапевтический эффект после химиотерапии, метастазы рака в 5 из 9 лимфатических узлах малого сальника, большой сальник, края резекции (проксимальный, дистальный, по краю поджелудочной железы), кольца с аппарата – без опухоли, наддиафрагмальные лимфатические узлы (2) – без метастазов.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 17-й день после операции. Больной проведено 2 цикла полихимиотерапии в адьювантном режиме по схеме FLO. Переносимость полихимиотерапии – удовлетворительная, без осложнений.

После выписки из стационара пациентка находится на диспансерном наблюдении, проходит регулярные обследования каждые 3 мес. Рентгеноскопия анастомоза (10.04.2017 г.): состояние после гастрэктомии. Пищеводно-тонкокишечный анастомоз свободно проходим, расположен на 2,0 см выше



Рис. 2. Контрольная ФГДС перед хирургическим лечением (объяснения в тексте)

уровня диафрагмы. Пассаж контрастного вещества по тонкой кишке не нарушен. КТ брюшной полости (11.04.2017 г.): состояние после экстирпации желудка. Данных за рецидив опухоли и метастазирование, в том числе и в парааортальные узлы, нет.

В настоящее время пациентка полностью социально адаптирована, ведет активный образ жизни. Проживает в сельской местности, занимается домашним хозяйством.

В нашем клиническом случае проведение лечебной полихимиотерапии привело к частичному регрессу опухолевого процесса, что позволило в последующем выполнить хирургическое вмешательство в объёме гастрэктомии с резекцией абдоминального отдела пищевода. Данное наблюдение ещё раз подтверждает возможность успешного комплексного лечения больных раком с III–IV стадиями заболевания, даже если они имеют старческий возраст.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Каприн А. Д., Старинский В. В., Петрова Г. В. (ред.). Состояние онкологической помощи населению России в 2012 г. М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2013. 232 с. [Kaprin A. D., Starinskij V. V., Petrova G. V. (red.). Sostojanie onkologicheskoy pomoshhi naseleniyu Rossii v 2012 g. M.: MNIIOI im. P. A. Gercena, 2013. 232 p.]

2. Мерабишвили В. М. Динамика наблюдаемой и относительной выживаемости больных раком желудка (популяционное исследование) // *Вопр. онкол.* 2013. № 6. С. 701–707. [Merabishvili V. M. Dinamika nabljudaeмой i otnositel'noj vyzhivaemosti bol'nyh rakom zheludka (populjacionnoe issledovanie) // *Voprosy onkologii.* 2013. № 6. P. 701–707].
3. Нариманов М. Н., Заркуа В. Т., Антонов А. К., Тюляндин С. А. Обзор возможностей химиотерапии резистентного диссеминированного рака желудка // *Вестн. службы крови России.* 2013. № 3. С. 45–51. [Narimanov M. N., Zarkua V. T., Antonov A. K., Tuliandin S. A. Obzor vozmozhnostei himiotrapii rezistentnogo disseminirovannogo raka zheludka // *Vestnik sluzhby krovi Rossii.* 2013. № 3. P. 45–51].
4. Janunger K. G., Hafstrom L., Glimelius B. Chemotherapy in gastric cancer: a review and updated metaanalysis // *Europ. J. Surg.* 2002. Vol. 168. P. 597.
5. Hu J. K., Chen Z. X., Zhou Z. G. et al. Intravenous chemotherapy for resected gastric cancer : metaanalysis of randomized controlled trials // *World J. Gastroenterol.* 2002. Vol. 8. P. 1023.
6. Liu J. F., Wang Q. Z., Hou J. Surgical treatment for cancer of the oesophagus and gastric cardia in Hebei, China // *Br. J. Surg.* 2004. Vol. 91. P. 90–98.
7. Sasako M., Yamaguchi T., Kinoshita T. et al. Randomized phase III trial comparing S1 monotherapy versus surgery alone for stage II/III gastric cancer patients (pts) after curative D2 gastrectomy (ACTSGC study) // *ASCO 2007 Gastrointestinal Cancers Symposium.* 2007. Vol. 8. P. 199.
8. Wenner J., Zilling T., Bladstrom A., Alvegard T. A. The influence of surgical volume on hospital mortality and 5-year survival for carcinoma of the oesophagus and gastric cardia // *Anticancer Res.* 2005. Vol. 25. P. 419–424.

Поступила в редакцию 15.07.2017 г.

Сведения об авторах:

*Ханевич Михаил Дмитриевич** (e-mail: khanevich.m@gmail.com), д-р мед. наук, проф., зам. главного врача по хирургии; *Карасева Нина Алексеевна** (e-mail: nkaraseva06@mail.ru), канд. мед. наук, доцент, зав. б-м онкоторакальным отделением; *Егорова Инна Валерьевна** (e-mail: surgerytransfus@mail.ru), врач химиотерапевт б-го онкоторакального отделения; *Басария Иза Юзеевна** (e-mail: ibasariya@yandex.ru), врач хирург б-го онкоторакального отделения; *Гипарович Михаил Алексеевич*** (e-mail: surgerytransfus@mail.ru), канд. мед. наук, научный сотрудник отдела клинической трансфузиологии и хирургии; *Юрьев Евгений Юрьевич*** (e-mail: volum08@mail.ru), аспирант; * Городской клинический онкологический диспансер, 198255, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 56; **Российский научно-исследовательский институт гематологии и трансфузиологии Федерального медико-биологического агентства, 191024, Санкт-Петербург, ул. 2-Советская, д. 16.