

І.Б. Щепотін
Г.Г. Бардаков
І.П. Єрко

Національний
медичний університет
ім. О.О. Богомольця, Київ

Чернігівський обласний
онкологічний диспансер,
Чернігів, Україна

Ключові слова: рак шлунка,
рецидив, реконструктивна
екстирпація кукси шлунка,
променева терапія,
хіміотерапія.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РЕЦИДИВ РАКУ ШЛУНКА

Резюме. З 1980 по 2004 р. прооперовано 171 хворого з місцевим рецидивом раку шлунка. Реконструктивна екстирпація кукси шлунка (РЕКШ) виконана 100 хворим. Резектабельність становила 58,5%. Симптоматичні операції виконано у 36 (21,0%), експлоративні лапаротомії — у 35 (20,5%) пацієнтів. 25 пацієнтам провели передопераційний курс променевої терапії (ПТ), 28 — ад'ювантну хіміотерапію (ХТ), 47 — тільки оперативне втручання. Дворічна виживаність у хворих без віддалених метастазів після хірургічного лікування становила $19,4 \pm 6,0$, після ПТ та хірургічного втручання — $37,5 \pm 9,9$, хірургічного втручання з ад'ювантною ХТ — $56,0 \pm 9,5\%$. П'ятирічна виживаність становила відповідно $4,9 \pm 3,3$; $20,8 \pm 8,3$ та $22,4 \pm 8,0\%$. Медіана виживаності — $11,8 \pm 1,7$; $20,3 \pm 0,8$ і $32,6 \pm 2,6$ міс відповідно. Відзначено покращання віддалених результатів при застосуванні комбінованих методів лікування (неoad'ювантної ПТ, ад'ювантної ХТ).

За даними Національного канцер-реєстру України захворюваність на рак шлунка у 2002 р. становила 28,1 на 100 тис. населення. Частка раку шлунка у структурі захворюваності на злоякісні пухлини серед чоловіків — 10% (2-ге місце), а серед жінок — 6,9% (4-ге місце). У структурі смертності як серед чоловіків, так і жінок рак шлунка посідає 2-ге місце. Спеціалізоване лікування отримують 60,9% первинних хворих. Із них тільки хірургічне лікування — 73,4%, комбіноване або комплексне — 21,4% [2].

Незважаючи на високий рівень хірургічної техніки, частота розвитку рецидиву раку шлунка (РРШ) коливається у межах 10–83,5% [3, 14, 29]. У широкому розумінні рецидив — це повторний розвиток хвороби після періоду ремісії. Рецидивом М.М. Блохін вважає злоякісний ріст залишеної після першої операції частини пухлини та її нових осередків [1]. Рецидиви, які виникли у перші 3 роки після оперативного втручання, є ранніми, після 3 років — пізніми [9, 11, 15]. Ранні рецидиви виникають у 69,4%, пізні — у 30,6% хворих. При ранньому рецидиві частіше вражається зона анастомозу (60,7%), при пізньому — мала кривизна та стінки (38,7%) і кардіальний відділ (31,1%) [10]. Резидуальний рак прогресує з осередків, що були залишені в підслизовому та м'язовому шарі. Спочатку він не поширюється на слизову оболонку, тим самим погіршуючи ендоскопічну діагностику раннього РРШ [11]. Рецидив у стінці кукси шлунка локалізується частіше (70,4–89,9%), в ектогастрії рідше — 7,6–11,6% [5, 11].

Після резекції шлунка як із приводу раку, так і з приводу виразкової хвороби у 60–92% пацієнтів виявляють гастрит кукси шлунка, а у 75% — інфікування *Helicobacter pylori*, що зумовлює розвиток атрофічних процесів у слизовій оболонці [6, 13]. РРШ може виникати в результаті прогресування дисплазії у куксі шлунка. Чим більше виражена дис-

плазія епітелію, що оточує пухлину, тим коротший термін розвитку рецидиву [18]. Розвиток рецидиву раку в куксі шлунка у 33,3–54,6% пацієнтів не супроводжується виникненням віддалених метастазів на момент встановлення діагнозу [11, 29]. Золотим стандартом хірургічного лікування при РРШ є реконструктивна екстирпація кукси шлунка (РЕКШ) з петлею анастомозованої кишки [4, 12]. Доведено, що у $52,1 \pm 4,2\%$ пацієнтів відбувається поширення пухлини на стінку кишки, а у $39,2 \pm 4,7\%$ — метастазування у лімфовузли її брижі [4]. При рецидивах в зоні гастроентероанастомозу за даними китайських вчених метастатичне ураження лімфовузлів відзначають у 40% пацієнтів [24]. Низька частота виконання радикальних операцій при рецидивах пов'язана з їх пізньою діагностикою [3]. При пізніх рецидивах резектабельність у 1,6 разу вища, ніж при ранніх [10]. При ранніх рецидивах у зоні гастроентероанастомозу віддалені результати гірші, ніж при пізніх рецидивах поза зоною анастомозу. Показники п'ятирічної виживаності після хірургічного лікування з приводу раку оперованого шлунка за останні 40 років істотно не змінилися і становлять від 0 до 26% залежно від стадії [5, 9, 27]. Попередні дослідження довели виправданість застосування комбінованих методів лікування РРШ [17, 19–21, 29].

Завдання дослідження — провести аналіз ефективності комбінованого лікування хворих із РРШ, що включає променево-хіміотерапію (ПТ) або хіміотерапію (ХТ) у поєднанні з оперативним втручанням.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовано результати лікування 171 хворого з РРШ у проксимальній куксі після дистальної субтотальної резекції шлунка (ДСРШ) з приводу раку вихідного відділу шлунка. Лікування з 1980 по 2004 р. проводили на базі Інституту онкології АМН

України, Донецького обласного протипухлинного центру та Чернігівського обласного онкологічного диспансеру. Кількість чоловіків — учасників дослідження становила 128 (74,9%), жінок — 43 (25,1%). Вік хворих коливався у межах 29–81 років (в середньому — $52,7 \pm 1,5$ року): у 4 (2,3%) пацієнтів становив 29 років, у 17 (10,0%) — 31–40, у 48 (28,1%) — 41–50, у 60 (35,1%) — 51–60, у 37 (21,6%) — 61–70, у 4 (2,3%) — 71–80, в 1 (0,6%) — понад 80. Вік більшості (35,1%) хворих становив 51–60 років. За гістологічною класифікацією переважав залозистий рак — у 145 (84,8%), недиференційований рак виявлено у 26 (15,2%) пацієнтів. За ступенем диференціації превалював низькодиференційований рак: G1 — у 10 (5,9%), G2 — у 22 (12,9%), G3 — у 99 (57,9%), G4 — у 40 (23,3%) пацієнтів. Екзофітна форма росту виявлена у 13 (7,6%), ендофітна — у 130 (76,0%), змішана — у 28 (16,4%) хворих. Глибина інвазії рецидивом раку стінки кукси шлунка r_T2 відзначена у 5 ($2,9 \pm 1,3\%$), r_T3 — у 74 ($43,3 \pm 3,8\%$), r_T4 — у 92 ($53,8 \pm 3,8\%$) хворих. Регіонарні метастази відсутні (r_N0) у 23 (13,5%) пацієнтів. У більшості хворих — 148 (86,5%) — виявлені лімфатичні вузли, вражені метастазами (r_N1). Віддалені метастази (r_M1) зафіксовано у 63 (36,8%), їх відсутність (r_M0) — у 108 (63,2%) хворих.

Зі 171 пацієнта РЕКШ виконали 100 (58,5%), симптоматичні операції (гастроентеростомія та єюностомія) — 36 (21%), експлоративна лапаротомія — 35 (20,5%). Радикальну операцію виконали у 93,0%, паліативну — у 7,0% хворих. Комбіновані РЕКШ виконано 42 ($42 \pm 4,9\%$) пацієнтам, серед них з резекцією поперечно-ободової кишки — 17 ($40,5 \pm 7,6\%$), дистальною панкреатоспленектомією — 13 ($30,9 \pm 7,1\%$), атиповою резекцією лівої частки печінки — 8 ($19,1 \pm 6,1\%$), спленектомією — 6 ($14,3 \pm 5,4\%$), резекцією черевного відділу стравоходу — 7 ($16,7 \pm 5,8\%$), резекцією черевної стінки — 1 ($2,4 \pm 2,4\%$), резекцією тонкого кишечнику — 1 ($2,4 \pm 2,4\%$). При виконанні РЕКШ видаляли тонку кишку, яку включали в анастомоз разом із брижею.

З використанням абдомінального доступу виконано 93 операції, торакоабдомінального — 7. Реконструктивний етап операції виконували за методикою Ру. Хворих розподілили на 3 групи: пацієнтам 1-ї групи проводили хірургічне лікування (РЕКШ) з ад'ювантною ХТ, 2-ї — неoad'ювантну ПТ з РЕКШ, 3-ї (контрольної) — РЕКШ. В кожній групі хворих розподіляли залежно від наявності регіонарних та віддалених метастазів при розвитку рецидиву (класифікацію pTNM первинної пухлини шлунка не враховували).

До 1-ї групи увійшли 28 хворих; pN0-1pM0 встановлено у 28 (100,0%), з них pN0pM0 — у 8 (28,6%); pN1pM0 — у 20 (71,4%). Застосовували різні схеми ад'ювантної ХТ: FAM, FAP, EAP, PF, флуороурацил (в дозі 425 мг/м^2 площі тіла) з кальцієм фолінатом (в дозі 200 мг/м^2 в 1–5-й день), а також моноклімате-

рапію флуороурацилом (в дозі $500\text{--}600 \text{ мг/м}^2$ до 5 г). Базовим препаратом був флуороурацил.

До 2-ї групи включили 25 хворих; pN0-1pM0 встановлено у 24 (96,0%), з них pN0pM0 — у 3 (12,5%), pN1pM0 — у 21 (87,5%); pN1pM1 — в 1 (4,0%) пацієнта. Передопераційний курс гамма-терапії проводили на апараті «Рокус» методом ротації крупним фракціонуванням з разовою вогнищевою дозою 5 Гр протягом 4 днів до досягнення сумарної вогнищевої дози 20 Гр. Операцію виконували через 24–48 год після ПТ.

У 3-тю групу включили 47 хворих; pN0-1pM0 встановлено у 45 (95,7%), з них pN0pM0 — у 12 (26,7%), pN1pM0 — у 33 (73,3%); pN1pM1 — у 2 (4,3%).

Групи були ідентичні за ступенем інвазії рецидивом стінки кукси шлунка (T), ступенем диференціації (G), віком та статтю хворих, що дозволяє порівнювати їх між собою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клінічні прояви рецидиву не патогномічні (табл. 1), вони виникають після деякого «світлого проміжку» після першої операції. При пальпаторному обстеженні пухлина диференціювалася у 58 ($33,9 \pm 3,7\%$), диференціювалася нечітко у 31 ($18,1 \pm 2,9\%$), не диференціювалася у 82 ($48,0 \pm 3,8\%$) пацієнтів. При пухлині, що диференціюється при пальпації, у 55 ($94,8 \pm 2,9\%$) виконання РЕКШ було неможливе. Тому можна вважати, що РРШ, який виявляється при пальпації, у більшості випадків є нерезектабельним. Середній показник гемоглобіну становив $112 \pm 2,7$ г/л, загального білка — $62,2 \pm 0,7$ г/л, дефіциту маси тіла — $9,1 \pm 0,5$ кг.

Таблиця 1

Симптоми РРШ		
Симптом	Кількість хворих	%
Печія	147	$86,0 \pm 2,7$
Слабкість	92	$53,8 \pm 3,8$
Відрижка	89	$52,0 \pm 3,8$
Біль	82	$47,9 \pm 3,8$
Блювання	76	$44,4 \pm 3,8$
Нудота	73	$42,7 \pm 3,8$
Схуднення	61	$35,6 \pm 3,7$
Метеоризм	44	$25,7 \pm 3,3$

Ранній РРШ (до 3 років) було виявлено у 127 (74,3%), пізні — у 44 (25,7%). У 13 пацієнтів ранній РРШ виник через 1–5 міс після ДСРШ та був зумовлений нерадикальною операцією. 78 ($45,6 \pm 3,8\%$) хворих були прооперовані з приводу раку вихідного відділу шлунка у спеціалізованих онкологічних лікувальних закладах, 93 ($54,4 \pm 3,8\%$) — у лікарнях загальної лікувальної мережі. Безрецидивний період після лікування в спеціалізованих лікувальних закладах ($38,5 \pm 5,7$ міс) був достовірною у 2 рази більшим, ніж такий після лікування у закладах загальної лікувальної мережі ($17,1 \pm 2,9$ міс; $p < 0,001$). Ці дані підтверджують результати наших попередніх досліджень [17, 19, 20, 23, 29].

Після виконання РЕКШ післяопераційні ускладнення виникли у 31 ($31 \pm 4,6\%$) пацієнта: дуоденальний некроз — в 1, тромбофлебіт — в 1, неспроможність швів товстокишкового анастомозу — в 1, спай-

кова кишкова непрохідність — у 2, плеврит — у 2, панкреатична нориця — у 2, внутрішньочеревна кровотеча — у 3, пневмонія — у 3, неспроможність швів стравохідно-кишкового анастомозу — у 5, панкреатит — у 5, піддіафрагмальний абсцес — у 8, нагноєння рани — у 10, перитоніт — у 13. У післяопераційний період померли 10 (10%) хворих, із них після виконання типових РЕКШ — 3 (5,2%), комбінованих — 7 (16,7%) хворих.

Вживаність обчислювали за Kaplan — Meier від дати початку лікування РРШ (табл. 2, 3). При порівнянні віддалених результатів серед усіх хворих без віддалених метастазів (N0-1M0) однорічна виживаність у 1-й групі ($92,9 \pm 4,9\%$) була достовірно більшою, ніж у контрольній ($48,9 \pm 7,5\%$; $p < 0,001$). Дворічна ($56,0 \pm 9,5$ проти $19,4 \pm 6,0\%$; $p < 0,01$) та п'ятирічна виживаність ($22,4 \pm 8,0$ проти $4,9 \pm 3,3\%$; $p < 0,05$) була також достовірно більшою. Медіана виживаності при N0-1M0 достовірно відрізнялась ($32,6 \pm 2,6$ проти $11,8 \pm 1,7$ міс; $p < 0,001$). Однорічна виживаність у 2-й групі порівняно з контрольною була достовірно більшою ($83,3 \pm 7,6$ проти $48,9 \pm 7,5\%$; $p < 0,01$). Відзначали тенденцію до збільшення дворічної ($37,5 \pm 9,9$ проти $19,4 \pm 6,0\%$; $p > 0,05$) та п'ятирічної ($20,8 \pm 8,3$ проти $4,9 \pm 3,3\%$; $p > 0,05$) виживаності. Медіана виживаності при N0-1M0 у 2-й групі достовірно відрізнялась від такої у контрольній ($20,3 \pm 0,8$ проти $11,8 \pm 1,7$ міс; $p < 0,001$).

Таблиця 2

Вживаність хворих із РРШ (N0-1M0) залежно від методу лікування

Група	Вживаність, (%)				
	одно-річна	дворічна	трирічна	чотири-річна	п'яти-річна
1-ша	$92,9 \pm 4,9$	$56,0 \pm 9,5$	$48,5 \pm 9,6$	$33,6 \pm 9,1$	$22,4 \pm 8,0$
2-га	$83,3 \pm 7,6$	$37,5 \pm 9,9$	$33,3 \pm 9,6$	$29,2 \pm 9,3$	$20,8 \pm 8,3$
Контрольна	$48,9 \pm 7,5$	$19,4 \pm 6,0$	$14,6 \pm 5,4$	$9,7 \pm 4,6$	$4,9 \pm 3,3$

Таблиця 3

Медіана виживаності хворих із РРШ (N0-1M0) залежно від методу лікування

Група	Медіана виживаності (міс)
1-ша	$32,6 \pm 2,6$
2-га	$20,3 \pm 0,8$
Контрольна	$11,8 \pm 1,7$

Результатів лікування хворих без регіонарних метастазів не порівнювали через невелику кількість пацієнтів. Окремо аналізували віддалені результати у хворих з наявністю метастазів у регіонарних лімфовузлах (N1M0) залежно від методу лікування. Однорічна виживаність у 1-й групі ($90,0 \pm 6,7\%$) була достовірно більшою, ніж у контрольній ($42,4 \pm 8,6\%$; $p < 0,001$). Дворічна ($50,0 \pm 11,2$ проти $14,0 \pm 6,2\%$; $p < 0,01$) та п'ятирічна виживаність ($25,0 \pm 9,7$ проти 0% ; $p < 0,05$) також достовірно відрізнялись від аналогічних показників у контрольній групі. Медіана виживаності при N1M0 у 1-й групі достовірно відрізнялась від такої у контрольній ($24,0 \pm 1,6$ проти $8,8 \pm 1,4$ міс; $p < 0,001$). Однорічна виживаність у 2-й групі порівняно з такою у контрольній була достовірно більшою ($81,0 \pm 8,6$ проти $42,4 \pm 8,6\%$; $p < 0,01$). Відзначали тенденцію до збільшення дворічної виживаності ($38,1 \pm 10,6$ проти $14,0 \pm 6,2\%$; $p > 0,05$). П'ятирічна

виживаність достовірно відрізнялась від такої у контрольній групі ($19,1 \pm 8,6$ проти 0% ; $p < 0,05$). Медіана виживаності при N1M0 в 2-й групі також достовірно відрізнялась від цього показника у контрольній ($19,5 \pm 2,3$ проти $8,8 \pm 1,4$ міс; $p < 0,001$). Ці дані підтверджують результати наших попередніх досліджень [17, 19–21, 29].

За даними літератури достовірно збільшення чотирирічної виживаності (на $18,7\%$) відзначено у хворих на рак шлунка без регіонарних метастазів, яким до операції проводили ПТ, порівняно з тими, котрим проведено тільки хірургічне лікування ($62,5$ та $43,8\%$ відповідно) [22]. За даними рандомізованих досліджень при операбельному раку використовували флуороурацил (у багатьох схемах застосовували флуороурацил) дає можливість покращити безрецидивну та загальну виживаність. Жодна схема поліхіміотерапії не має переваги порівняно з іншими. Показники п'ятирічної виживаності при застосуванні різноманітних схем становлять $10–86\%$ [16].

Ранні РРШ свідчать про хірургічні помилки при визначенні рівня резекції [15, 19, 20], їх причиною більше ніж у 50% є недостатня радикальність операції [1, 20]. Помилки при первинному лікуванні з приводу раку шлунка вивчали на підставі ретроспективного аналізу історій хвороб та протоколів оперативних втручань. Недоліки первинного хірургічного лікування призводять до виникнення рецидиву у куксі шлунка; до прогресування метастатичних процесів у залишених лімфовузлах та можливого поширення на стінку кукси шлунка. У разі виникнення рецидиву у куксі шлунка недовіком лікування є неадекватний об'єм оперативного втручання при інфільтративних формах, при раку тіла шлунка виконання ДСРШ замість гастректомії. Резидуальна пухлина, метастази у стінці чи ракові емболі у лімфатичних та кровоносних судинах кукси шлунка є осередками розвитку рецидиву. Перев'язування замість основного стовбура низхідної гілки лівої шлункової артерії зумовлює залишення великої ділянки малої кривизни, що не відповідає обсягу ДСРШ. У разі прогресування метастатичних процесів у лімфатичних вузлах (далі номери груп регіонарних лімфовузлів наведені за класифікацією Japanese Gastric Cancer Association, 1998) [26] недоліками є часткова резекція великого та малого сальників, внаслідок якої не видаляють лімфовузли груп № 4d, 4sb, 5; відсутність перев'язки лівої шлункової артерії (група № 7) та невилучення ретропілоричної (група № 6) і параезофагеальної клітковини (група № 2).

Японськими вченими при виконанні ДСРШ було виявлено ракові клітини вздовж лінії резекції у $4,4\%$ із 340 хворих з ранніми стадіями раку вихідного відділу шлунка та у 14% із 521 хворого із занедбанними стадіями [25].

Встановлено, що наявність ракових клітин вздовж лінії резекції не обов'язково призводить до розвитку РРШ. Із 298 хворих рецидиви виникли у

41,4%, віддалені метастази без місцевого рецидиву — у 43,2%, відсутність рецидиву та віддалених метастазів протягом 5 років відзначали у 15,4%. Головним фактором, який впливає на частоту рецидивування, є глибина інвазії стінки шлунка в зоні первинної пухлини. Другий фактор — ступінь фібробластичної реакції навколопухлинних клітин вздовж лінії резекції та первинної пухлини. Її наявність свідчить про поганий прогноз [7]. Аналіз віддалених результатів лікування 350 хворих на рак шлунка з лінією резекції в зоні пухлини довів, що у 58,5% хворих локальний рецидив взагалі не розвивається, у 22,3% рецидив діагностовано у разі наявності віддалених метастазів. Таким чином, у 80,8% хворих з раковими клітинами вздовж лінії резекції повторна превентивна операція, на думку авторів, невиправдана. Вона недоцільна при ІІВ—ІV стадії у зв'язку з високою ймовірністю генералізації процесу у найближчі роки. Тільки у 19,2% хворих, у яких РРШ виник без віддалених метастазів, можливе хірургічне лікування. Використання комбінованих методів лікування віддаляє розвиток рецидивів, але не попереджує їх виникнення та не впливає на виживаність хворих [8, 10].

У зв'язку з цим підкреслюється необхідність виконання зрізів з лінії резекції для гістологічного дослідження та контролю радикальності операції. Так, із 40 хворих, у яких після виконання ДСРШ у зрізах було виявлено ракові клітини, 30 (75%) померли від рецидиву в кулці шлунка протягом 2 років [28].

ВИСНОВКИ

1. Причиною розвитку РРШ є хірургічні помилки при первинному лікуванні хворих із раком шлунка.
2. Усунення недоліків первинного лікування хворих із раком шлунка сприяє покращанню результатів лікування цієї патології в цілому.
3. Застосування комбінованих методів (неoad'ювантної ПТ, ад'ювантної ХТ) лікування хворих із РРШ покращує віддалені результати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блохин НН, Ефетов ВМ, Клименков АА, Патютко ЮИ. Рак оперированного желудка как проблема современной онкологии. *Вопр онкол* 1987; XXXIII (12): 27–32.
2. Федоренко ЗП, Гулак ЛЮ, Горох ЄЛ та ін. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. К, 2004; (5): 94 с.
3. Грищенко ВВ, Лазарев СМ, Гавриленко ВИ. Рак оперированного желудка. *Вест хирургии им Грекова* 1989; 144 (12): 14–7.
4. Ефетов ВМ, Ефетов СВ. 40-летний опыт хирургического лечения рака резецированного желудка // Матер Х з'їзду онкологів України. Крим, 10–12 жовтня 2001. К, 2001: 108–9.
5. Ефетов ВМ, Ефетов СВ. Повторные вмешательства по поводу рака резецированного желудка. *Клін хірургія* 2001; (6): 39–41.
6. Иншаков ЛН, Масевич ЦГ, Асанина ЛМ и др. Эндоскопические и гистологические изменения слизистой оболочки культи желудка при инфицировании *Helicobacter pylori*. *Вест хирургии им Грекова*. 1999; 158 (2): 13–6.

7. Карселадзе А, Клименков А, Юдин А и др. Основные морфологические факторы, влияющие на рецидивирование рака желудка у больных с линией резекции в зоне опухоли. *Тез II съезда онкол стран СНГ. Эксперим онкология* 2000; 22 (Suppl): 607.

8. Клименков А, Юдин А, Губина Г и др. Лечебная тактика у больных раком желудка при наличии опухолевых клеточек по линии резекции. *Тез II съезда онкол стран СНГ. Эксперим онкология* 2000; 22 (Suppl): 610.

9. Клименков АА, Неред СН, Губина ГИ. Возможности хирургического лечения рецидивов рака желудка в зависимости от вида предварительной резекции. *Вопр онкол* 1998; 44 (5): 504–8.

10. Клименков АА, Неред СН, Губина ГИ. Современные возможности хирургического лечения рецидива рака желудка. *Матер VIII Рос онкол конгресса*. М, 2004: 543.

11. Лапин МД. Опыт лечения больных раком культи желудка. *Совет мед* 1977; (8): 47–50.

12. Моргошья ТШ, Гуляев АВ. Анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения рака культи желудка. *Вопр онкол* 2003; 49 (6): 752–4.

13. Патютко ЮИ, Клименков АА, Кошу ГД. Рак резецированного желудка. Кишинев: Штиинца. 1989. 176 с.

14. Саакян А. Хирургия местного рецидива рака желудка. *Тез II съезда онкол стран СНГ. Эксперим онкология* 2000; 22 (Suppl): 637.

15. Сигал МЗ, Абдуллин АС. Рак оперированного желудка. *Клін хірургія* 1978; (5): 24–7.

16. Тюлядин СА. Химиотерапия рака желудка. *Практ онкол* 2001; (3): 44–51.

17. Черный ВА, Щепотин ИБ. Диагностика и результаты индивидуализированного лечения рецидива рака желудка. *Клін хірургія* 1986; (5): 28–30.

18. Чиссов ВИ, Вашакмадзе ЛА, Кириллов ВС, Карселадзе АИ. Значение дисплазии в возникновении рецидивов рака желудка. *Совет мед* 1987; (12): 119–24.

19. Щепотин ИБ. Пути повышения эффективности лечения больных раком желудка [Дис ... д-ра мед наук]. К, 1992. 276 с.

20. Щепотин ИБ. Хирургическое и комбинированное лечение рецидивов рака желудка. *Клін онкол* 1991; (11): 44–6.

21. Щепотин ИБ, Киркилевский СИ, Окулов ЛВ, Задорожный АА. Индивидуализированный подход к лечению рецидивов рака желудка. *Клін хірургія* 1989; (5): 17–9.

22. Щепотин ИБ, Черный ВА, Гриневич ЮА и др. Интенсивная предоперационная телегамматерапия в сочетании с индукцией эндогенного интерферона при лечении рака желудка. *Врачеб дело* 1990; (11): 86–9.

23. Щепотин ИБ, Эванс СРТ. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. К: Книга Плюс, 2000. 227 с.

24. Chen J, Wang S, Xing C, et al. Clinical and pathological characteristics of gastric stump cancer and recurrent gastric stump cancer. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 2000; 38 (9): 674–6.

25. Fujimoto S, Takahashi M, Mutou T, et al. Clinicopathologic characteristics of gastric cancer patients with cancer infiltration at surgical margin at gastrectomy. *Anticancer Res* 1997; 17 (1B): 689–94.

26. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma — 2nd English edition. *Gastric Cancer* 1998; 1: 10–25.

27. Kodera Y, Yamamura Y, Torii A, et al. Gastric stump carcinoma after partial gastrectomy for benign gastric lesion: what is feasible as standard surgical treatment? *J Surg Oncol* 1996; 63 (2): 119–24.

28. Koga S, Kaibara N, Nishidoi H, et al. Clinical and pathological evaluation of patients with positive finding of cancer cells in the oral stump of the resected stomach. [Article in German] *Langenbecks Arch Chir* 1983; 359 (3): 153–60.

29. Shchepotin I, Evans SRT, Shbahang M, Cherny V. Radical treatment of locally recurrent gastric cancer. Am Surg 1995; 61: 371–76.

COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH STOMACH CANCER RELAPSE

I.B. Schepotin, G.G. Bardakov, I.P. Yerko

Summary. Over the period between 1980 and 2004, 171 patients with local relapse of stomach cancer were operated. Reconstructive extirpation of gastric stump was applied in 100 patients. The rate of resectability was 58,5%. Symptomatic operations were performed in 36 patients (21,0%), explorative laparotomy in 35 (20,5%) cases. Twenty five patients were subjected to pre-surgery radiotherapy (RT), 28 to adjuvant chemotherapy (CT), 47 to surgery alone. Two-year survival rates in

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
patients without remote metastases were $19,4 \pm 6,0$ after surgery; $37,5 \pm 9,9$ after RT and surgery; and $56,0 \pm 9,5\%$ after surgery with adjuvant CT. Five-year survival rates were $4,9 \pm 3,3$; $20,8 \pm 8,3$; and $22,4 \pm 8,0\%$ respectively. The survival medians were $11,8 \pm 1,7$; $20,3 \pm 0,8$; and $32,6 \pm 2,6$ months respectively. Application of combined methods of treatment (neoadjuvant PT, adjuvant CT) is shown to improve remote results of therapy.

Key Words: stomach cancer, relapse, reconstructive extirpation of gastric stump, radiotherapy, chemotherapy.

Адреса для листування:

Бардаков Г.Г.

14032, Чернігів, вул. Доценко, 17А, кв. 57

E-mail: svetlana@ok.net.ua