

© Г.В. Бондар, І.Є. Сєдаков, О.Ю. Попович, А.В. Сидюк, В.Г. Бондар, О.М. Заїка, Ан.В. Бондар, 2013

УДК 616.33-006.6-07-08:001.12(477)

<sup>1</sup>Г.В. БОНДАР, <sup>2</sup>І.Є. СЕДАКОВ, <sup>2</sup>О.Ю. ПОПОВИЧ, <sup>1</sup>А.В. СИДЮК, <sup>2</sup>В.Г. БОНДАР, <sup>1</sup>О.М. ЗАЙКА, <sup>2</sup>АН.В. БОНДАР

<sup>1</sup>Донецький обласний протипухлинний центр, Донецьк;

<sup>2</sup>Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, кафедра онкології з радіаційною медициною, Донецьк

## ЗАВДАННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ РАКУ ШЛУНКА В УКРАЇНІ

В статті проаналізовано перспективи та завдання діагностики та лікування раку шлунка в Україні. Визначено, що однією з невирішених проблем національного масштабу залишається проблема ранньої діагностики раку шлунка (РШ), яка прямо впливає на результати лікування – 5-річне виживання хворих на РШ в Україні – близько 13 %, у той час як виявлений на ранніх стадіях РШ повністю вилікований хірургічним шляхом. Незважаючи на достатнє технічне оснащення вітчизняної охорони здоров'я, близько 70 % хворих виявляються у III–IV стадіях. Кардинальне вирішення проблеми РШ можливе тільки при покращанні виявлення хворих у ранніх стадіях і потребує, насамперед, створення ефективної системи раннього виявлення РШ, у тому числі і на основі інформованої зацікавленості пацієнтів. Постійна досконалість національних стандартів діагностики і лікування РШ, які відповідають рівню сучасних світових вимог і базуються на кращих вітчизняних розробках. За умови відкритості результатів діяльності онкоклінік і цілеспрямованої державної політики – це буде гарантією доступності сучасної онкологічної допомоги усім верствам населення і потужним стимулом постійного підвищення якості життя.

**Ключові слова:** рак шлунка, завдання, перспективи, діагностика, лікування

**Вступ.** Щорічно у світі на рак шлунка (РШ) хворіють понад 900 тисяч чоловік, на його частку припадає близько 10 % летальних випадків, зумовлених пухлинною патологією [2, 3, 4, 11]. Найвищі показники захворюваності реєструються в Японії і ряді країн Південно-Східної Азії. На жаль, Україна входить в десятку країн світу з найбільш високою захворюваністю на РШ. В нашій країні це захворювання посідає 2 місце у структурі онкозахворюваності чоловіків (29,9 на 100 тис. населення) і 5 місце у жінок (17,2), а в структурі онкосмертності він знаходиться на 2 місці в обох групах – 24,2 і 12,9, відповідно [3, 8]. Незважаючи на те, що протягом останніх років захворюваність на РШ в Україні знизилась з 28,8 (2001 р.) до 23,0 (2011 р.), рівень діагностики захворювання у I–II стадіях за 10 років знизився з 39,3 % до 35,3 %. З урахуванням цього, із 10502 вперше виявлених у 2011 році хворих 58,7 % виявлено в III–IV стадіях, а 61,7 % (більше 6 тисяч) – померли протягом року. Це результат того, що в Україні й досі переважає неефективний метод діагностики РШ «за принципом звернення», внаслідок чого у більшості випадків діагностується розповсюджений пухлинний процес і 5-річне виживання хворих на РШ в Україні не перевищує 13,8 % [8]. При цьому реальні дії, спрямовані на покращення ранньої діагностики РШ в країні досі не реалізовані.

За приклад рішення проблеми національного масштабу можна навести досвід Японії, де протягом 40 років застосовується обов'язковий загальнодержавний скринінг РШ, тому захворювання діагностується на I–II стадіях у 65 % хворих, а показник 5-річного популяційного виживання досягає 50 % і більше, що свідчить про ефективність

методів діагностики і лікування РШ, що застосовуються у Японії [15].

Зрозуміло, що при плануванні програми дій, спрямованих на вирішення проблеми РШ, ми повинні виходити з реальної ситуації, яка склалася в країні.

У наших умовах найдоступнішим та найефективнішим методом ранньої діагностики РШ могла б стати обов'язкова регулярна фіброгастроскопія, насамперед, у групах пацієнтів з передраковою патологією і високим ризиком розвитку РШ. Це цілком реально з урахуванням наявності в країні 1035 ендоскопічних відділень, оснащених 1710 фіброгастроскопами [6]. Обов'язкова умова, якої необхідно дотримуватись, – регулярні діагностичні дослідження слід виконувати не тільки пацієнтам із «шлунковими» скаргами, але й усім пацієнтам груп ризику, які не скаржаться. А контроль за повнотою, регулярністю та ефективністю профілактичних досліджень слід покласти на кураторів-онкологів відповідних онкозакладів.

Що стосується хірургічного лікування РШ, в Україні накопичений величезний досвід у цій галузі, розроблені технічно доступні, надійні і функціональні методики резекції шлунка і гастректомії [3, 8, 9]. Слід враховувати те, що 70–80 % хворих в стаціонарах – це пацієнти з місцево-розповсюдженим РШ (T2-4N1-3M0-1), при якому необхідна комбінована або паліативна гастректомія з лімфодиссекцією в обсязі D2 і, в світі сучасних уявлень, з подальшою ад'ювантною внутрішньоартеріальною або внутрішньолімфатичною хімотерапією [7]. Враховуючи високу частоту розвитку постгастректомічних ускладнень, багатьом пацієнтам показані пластичні операції на

прикладі розроблених у Донецькому протипухлинному центрі (ДОПЦ) [4, 12], які дозволяють значно покращити функціональні результати лікування, зменшити кількість різних порушень травлення і забезпечити добру якість життя в оперованих хворих (рис. 1). У ДОПЦ на сьогоднішній день за оригінальними методиками виконано 7205 радикальних і паліативних операцій при захворю-

ванні на рак шлунка, з яких 4369 гастректомій і 2836 резекцій шлунка. Частота неспроможності стравохідного анастомозу – 0,69 %, а після радикальної гастректомії – 0,21 %. В клініці традиційно застосовується методика гастректомії з антирефлюксним стравохідно-тонкокишковим анастомозом [1] і декілька основних модифікацій цієї методики [3].

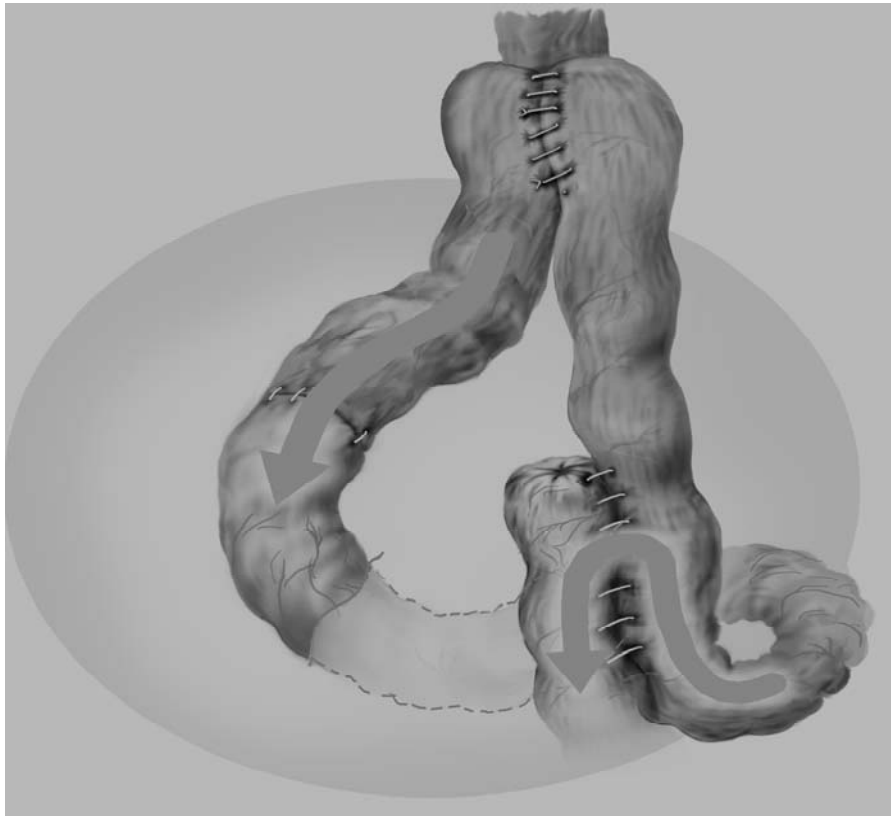


Рис. 1. Спосіб єюногастропластики при гастректомії А61В17/00; Заявка № 4683256/SU; опуб. 30.04.92; Бюл. № 3.

Більш ніж у 57 % хворих на РШ в Україні діагностується місцево-розповсюджений і метастатичний РШ в III–IV стадії, часто із загрозою розвитку ускладнень або вже ускладнений стенозом, кровотечею або перфорацією стінки шлунка. У подібних ситуаціях тільки паліативна гастректомія або резекція шлунка можуть врятувати хворих і попередити розвиток фатальних ускладнень. Багаторічний (з 1978 р.) досвід виконання подібних операцій в ДОПЦ свідчить, що після паліативних гастректомій або резекцій шлунка ендолімфатична, внутрішньоартеріальна або будь-яка сучасна хіміотерапія дозволяють продовжити життя хворих і, в певній мірі, контролювати розвиток пухлинного процесу [7].

Крім того, майже у 20 % хворих на РШ III–IV стадії, а це близько 1300 хворих на рік, може бути виявлений канцероматоз очеревини, при якому циторедуктивна операція у поєднанні з гіпертермохіміотерапією і подальшою ПХТ дозволяють значно збільшити виживання хворих [14]. Існують

дані, які свідчать про більш високу ефективність ендолімфатичної поліхіміотерапії, порівняно з внутрішньою, при лікуванні хворих саме з канцероматозом. Очевидна необхідність впровадження циторедуктивних операцій з подальшою хіміопроменевою терапією [14] у повсякденну практику закладів онкослужби, можливо і створення спеціалізованих центрів, на прикладі Львівського онкоцентру, який займається цією проблемою.

Не можна не погодитись з думкою багатьох дослідників про необхідність комбінованої терапії при розповсюдженному РШ. Мета-аналіз 9 рандомізованих досліджень минулих років (1970–2006 рр.), котрий включає понад 1700 хворих, показав, що перед- та післяопераційна хіміопроменева терапія дозволяють достовірно збільшити 5-річне виживання оперованих в радикальному обсязі хворих) [4]. Необхідно активно впроваджувати розроблені вітчизняними онкологами методи комбінованої терапії місцево-розповсюдженого РШ.

Основним методом лікування неоперабельного і метастатичного РШ є поліхіміотерапія (ПХТ). В рандомізованих дослідженнях показано, що ПХТ – це єдиний спосіб покращити якість життя хворих на РШ і збільшити його тривалість з 4–5 до 10–12 місяців, у порівнянні із симптоматичним лікуванням [7].

За останні роки проведено декілька рандомізованих досліджень із вивчення ефективності сучасних схем ПХТ. Порівняно зі «стандартною» схемою (цисплатин+5ФУ), тільки схеми, які включають кселоду, дозволяють отримати медіану виживання понад 10 місяців при меншій токсичності і деякому покращенні якості життя пацієнтів. Успіхом можна вважати результати застосування герцептину у хворих на HER2-позитивний РШ, який складає 20–30 % від загального числа хворих – виживання у цій групі досягло 16,0 місяців.

У той же час, показано, що порівняно невеликий ефект, досягнутий при застосуванні сучасних схем ПХТ при РШ, призводить до значного (у декілька разів) подорожчання лікування, що може бути серйозною перешкодою для широкого впровадження нових схем у клінічну практику. У зв'язку з цим, слід звернути увагу на результати застосування при нерезектабельному РШ ендолімфатичної і внутрішньоартеріальної ПХТ. Проведені в ДОПЦ дослідження показали, що згадані методики ПХТ дозволяють домогтися медіани виживання 8–10,8 місяця, при значно меншій токсичності (30–50 %) і, що дуже суттєво, вартості лікування. Таким чином, завданням ПХТ неоперабельного РШ на нинішньому етапі є розробка методик ПХТ, які поєднують ефективність, низьку токсичність і доступність на основі принципу індивідуалізації лікування [7].

**Висновки.** Однією з невирішених проблем національного масштабу залишається проблема ранньої діагностики РШ, яка безпосередньо впливає на результати лікування – 5-річне виживання хворих на РШ в Україні – близько 13 %, у той час як виявлений на ранніх стадіях РШ повністю вилікований хірургічним шляхом. Незважаючи на достатнє технічне оснащення вітчизняної охорони здоров'я, близько 70 % хворих виявляються на III–IV стадіях. Кардинальне вирішення проблеми РШ можливе тільки при покращенні виявлення хворих на ранніх стадіях і потребує, насамперед, створення ефективної системи раннього виявлення РШ, у тому числі і на основі інформованої зацікавленості пацієнтів.

Інше важливе завдання – постійна досконалість національних стандартів діагностики і лікування РШ, які відповідають рівню сучасних світових вимог і базуються на кращих вітчизняних розробках. За умови відкритості результатів діяльності онкоклінік і цілеспрямованої державної політики – це буде гарантією доступності сучасної онкологічної допомоги усім верствам населення і потужним стимулом постійного підвищення якості життя.

Інше важливе завдання – постійна досконалість національних стандартів діагностики і лікування РШ, які відповідають рівню сучасних світових вимог і базуються на кращих вітчизняних розробках. За умови відкритості результатів діяльності онкоклінік і цілеспрямованої державної політики – це буде гарантією доступності сучасної онкологічної допомоги усім верствам населення і потужним стимулом постійного підвищення якості життя.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарь Г.В., Попович А.Ю., Сидюк А.В. Сравнение различных методов химиотерапии при метастатическом нерезектабельном раке желудка / Г.В. Бондарь, А.Ю. Попович, А.В. Сидюк [и др.] // Новоутворення. — 2013. — № 1 (11). — С. 61–64.
2. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Попович А.Ю. Проблемы в диагностике и хирургическом лечении рака желудка / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович [и др.] // Журнал академії медичних наук України. — 2010. — Т. 16, № 2. — С. 262–270.
3. Бондарь Г.В., Байдалин Ю.Д. Пути снижения послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью пищевода-кишечного анастомоза / Г.В. Бондарь, Ю.Д. Байдалин // Клиническая хирургия. — 1971. — № 5. — С. 1–5.
4. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Сидюк А.В. Еюногастропластика в хирургическом лечении рака желудка / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.В. Сидюк [и др.] // Новоутворення. — 2012. — № 1–2 (9–10). — С. 65–69.
5. Бондарь Г.В., Антипова С.В. Вибрані лекції з клінічної онкології / Під загальною редакцією акад. АМНУ Бондаря Г.В. і проф. Антипової С.В. — Луганськ, 2008. — 580 с.
6. Волков Н.М. Лекарственная терапия метастатического рака желудка / Н.М. Волков // Практическая онкология. — Т. 10, № 1. — 2009. — С. 41–48.
7. Рак в Україні 2010–2011. Бюлетень національного канцер-реєстру України. — Київ, 2012. — № 13. — С. 75–77.
8. Стилиди И.С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местнораспространенного рака желудка / И.С. Стилиди, С.Н. Неред // Практическая онкология. — Т. 10, № 1. — 2009. — С. 20–27.
9. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта / А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко. — Здоров'я, 1987. — 568 с.
10. A. Tashiro, M. Sano, K. Kinameri Comparing mass screening techniques for gastric cancer in Japan / A. Tashiro, M. Sano, K. Kinameri [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12 (30). — P. 4873–4874.
11. Crew K.D. Epidemiology of gastric cancer / K.D. Crew, A.I. Neugut // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12. — P. 354–362.
12. Lochhead P. Gastric cancer / P. Lochhead, E.M. El-Omar // Brit. Med. Bull. — 2008. — Vol. 85. — P. 87–100.
13. The impact of radiotherapy on survival in resectable gastric carcinoma: a metaanalysis of literature data / F. Fiorica, F. Carlei, M. Enea [et al.] // Cancer Treat Rev. — 2007. — Vol. 33. — P. 729–740.

G.V. BONDAR I. SYEDAKOV, O. POPOVICH, A.V. SYDYUK, V.G. BONDAR, A. ZAIKA, AN.V. BONDAR

*Donetsk Regional Antitumor Center, Donetsk, Donetsk National Medical University. Gorky,  
Department of Oncology, Radiation Medicine, Donetsk*

#### CHALLENGES AND PROSPECTS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTRIC CANCER IN UKRAINE

The article analyzes the prospects and challenges for diagnosis and treatment of gastric cancer in Ukraine. Determined that one of the unsolved problems of national importance is the problem of early diagnosis of gastric cancer (GC), which directly affects the outcome – to 5-year survival of patients with GC in Ukraine – about 13 %, while detected at an early stage GC fully curable by surgery. Despite adequate technical equipment of the national health care, about 70 % of cases occur in stages III–IV. A fundamental problem is possible only with PU improve identification of patients in the early stages and requires, above all, an effective system of early detection of GC, including interest on the basis of informed patients. Continuous perfection of national standards for diagnosis and treatment of GC, which correspond to the level of modern international requirements and are based on best national development. If opening performance of oncology and targeted policy – it will guarantee access to modern cancer care to all segments of the population and a powerful incentive for continuous improvement of quality of life.

**Key words:** gastric cancer, objectives, prospects, diagnosis and treatment

**Стаття надійшла до редакції: 19.12.2012 р.**