

О. М. Левик<sup>1</sup>, К. В. Баранніков<sup>2</sup>

## Аналіз залежності виживаності хворих на рак шлунка від локалізації та характеристик пухлини

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет,<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика**Ключові слова:** рак шлунка, локалізація первинної пухлини, ступінь диференціації, виживаність.

Вивчення та аналіз даних про 293 хворих на рак шлунка I–IV стадій продемонстрували недостовірність залежності виживаності від локалізації та ступеня диференціації первинної пухлини на відміну від спостережень, що раніше здійснили інші дослідники (Н.А. Шаназаров та Д.Т. Арибжанов, 2009). Найкращі показники виживаності встановили у хворих на рак шлунка з розташуванням пухлини у пілоричному відділі порівнюючи з локалізацією у проксимальному відділі або тілі шлунка (медіани виживаності становили 60,4, 55,1 і 47,1 міс. відповідно).

### Анализ зависимости выживаемости больных раком желудка от локализации и характеристик опухоли

Е. Н. Левик, К. В. Баранников

Изучение и анализ данных 293 больных раком желудка I–IV стадий продемонстрировали отсутствие зависимости показателя выживаемости от локализации и степени дифференциации первичной опухоли в отличие от наблюдений, проведенных ранее другими исследователями (Н.А. Шаназаров и Д.Т. Арибжанов, 2009). Лучшие показатели выживаемости обнаружили у больных раком желудка с расположением опухоли в пилорическом отделе по сравнению с локализацией в проксимальном отделе или теле желудка (медианы выживаемости составили 60,4, 55,1 и 47,1 мес. соответственно).

**Ключевые слова:** рак желудка, локализация первичной опухоли, степень дифференциации, выживаемость.**Патология.** – 2013. – №3 (29). – С. 30–32

### Analysis of the dependence of survival in patients with gastric cancer on the location and characteristics of the tumor

O. M. Levyk, K. V. Barannikov

Research and analysis of data on 293 patients with gastric cancer stage I–IV showed no dependence of overall survival from the localization and grade of differentiation of the primary tumor in contrast to observations carried out earlier by other researchers (N.A. Shanazarov and D.T. Arybzhyanov, 2009). The best survival rates were found in patients with stomach cancer with tumor localization in pyloric part compared with the localization in the proximal part or in the body of the stomach (median survival rates were 60.4 months, 55.1 months, and 47.1 months respectively).

**Key words:** gastric cancer, localization of primary tumor, grade of differentiation, overall survival.**Pathologia.** 2013; №3 (29): 30–32

В Україні захворюваність на рак шлунка становить 23 випадки на 100 000 населення. Незважаючи на стабільне зниження захворюваності та смертності, ця патологія залишається у п'ятірці найпоширеніших злоякісних захворювань серед чоловіків та у шестірці – серед жінок. Рак шлунка посідає друге місце у структурі смертності від злоякісних новоутворень в Україні незалежно від статі хворих [1].

Поширеність цього захворювання зумовила необхідність пошуку факторів прогнозування виживаності хворих на рак шлунка. Останнім часом для прогнозу найчастіше використовують ступінь диференціювання та глибину інвазії первинної пухлини [2]. Також є відомості, що пухлини дифузного типу схильні до глибшої інвазії стінки шлунка і характеризуються низькими показниками загальної виживаності [3,4]. Окремі дослідники виявили зв'язок між глибиною інвазії пухлинних клітин і частотою лімфогенного метастазування при кишковому типові раку шлунка [5].

Важливим фактором прогнозу у хворих на рак шлунка є рівень лімфогенного поширення. У зв'язку з цим радикальне хірургічне втручання з D2-лімфодисекцією з

2000 р. є стандартом лікування раку шлунка в Японії, а з 2001 р. – у США [6].

Останніми роками виникла зацікавленість у вивченні виживаності хворих залежно від локалізації раку шлунка. Деякі автори, зокрема Н.А. Шаназаров і Д.Т. Арибжанов (2009) констатували, що малосприятливі результати лікування мають хворі на рак кардіальної частини шлунка. При раку нижньої третини шлунка дослідники визначили дворічну виживаність на рівні від 82,9% до 67,5%. Виживаність при раку тіла шлунка (середня третина) становила від 69,1%, до 57,9%. Найнижчу трирічну виживаність дослідники встановили при субтотальному і тотальному раку шлунка [7].

#### Мета роботи

Вивчення й аналіз залежності виживаності хворих на рак шлунка I–IV стадій від локалізації та характеристик пухлини.

#### Матеріали і методи дослідження

Вивчили історії хвороб 293 пацієнтів із раком шлунка I–IV стадій, прооперованих у Запорізькому обласному клінічному онкологічному диспансері за період із серпня 2000 до травня 2012 р. Співвідношення чоловіків і жі-

нок дорівнювало 1,84:1. Зокрема, у дослідженні взяли участь 190 (64,8%) чоловіків і 103 (35,2%) жінки віком від 28 до 80 років.

До дослідження залучено хворих на рак шлунка з локалізацією пухлини у пілоричному відділі – 102 (34,8%) особи, у тілі – 139 (47,4%), у проксимальному відділі – 36 (12,3%), тотальне ураження шлунка пухлиною визначено у 16 (5,5%) пацієнтів (рис. 1).

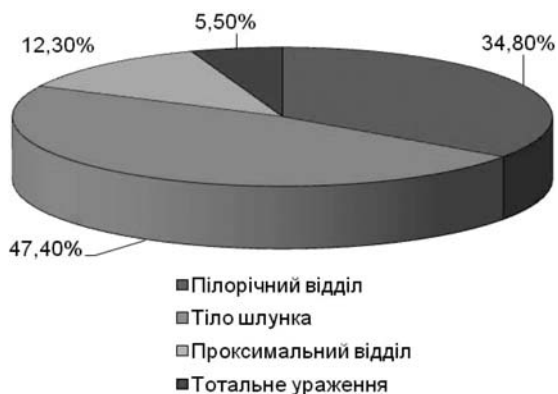


Рис. 1. Розподіл хворих на рак шлунка I–IV стадій залежно від локалізації первинної пухлини.

Крім розташування пухлини у шлунку проаналізували дані щодо таких характеристик злоякісного новоутворення, як ступінь диференціювання та гістологічна будова пухлини. Серед хворих на рак шлунка 14 (4,8%) мали високодиференційовану пухлину (G1), 23 (7,8%) – помірнодиференційовану (G2), 165 (56,7%) – низькодиференційовану (G3), 91 (31,1%) – недиференційований рак (G4) (рис. 2).

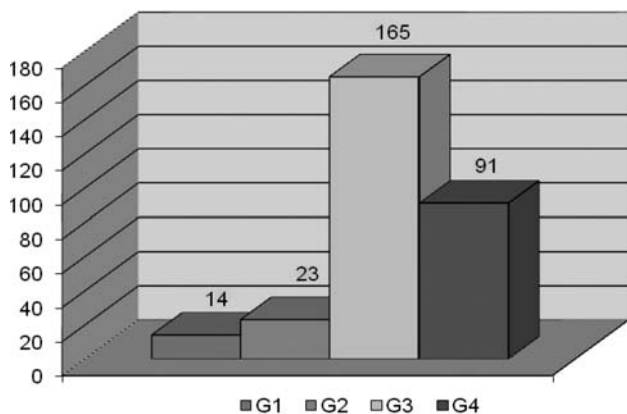


Рис. 2. Поділ хворих на рак шлунка I–IV стадій залежно від ступеня диференціювання.

Згідно з наведеними даними найбільшою за кількістю є група хворих на низькодиференційовані новоутворення (56,7%).

Вивчили гістологічну будову злоякісних пухлин шлунка. Хворі на аденокарциному шлунка – 197 (67,2%) осіб, із недиференційованими новоутвореннями – 96 (32,8%) пацієнтів. Серед хворих на аденокарциному шлунка найбільше було осіб, які мали низькодиференційовану аденокарциному – 54,9% (рис. 3).

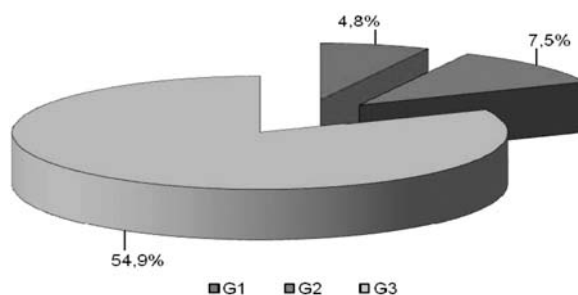


Рис. 3. Співвідношення між гістологічною будовою та ступенем диференціювання у хворих на аденокарциному шлунка.

Для оцінювання виживаності використовували метод Каплана-Майєра. Криві виживаності порівнювали за допомогою логрангового критерію. Статистичну обробку отриманих здійснили з використанням програм Excel (MS Office 2007) та STATISTICA 6,0 (StatSoft Inc., США).

### Результати та їх обговорення

При вивченні виживаності хворих залежно від локалізації пухлини у шлунку виявили найкращі показники виживаності при розташуванні у пілоричному відділі порівнюючи з локалізацією у проксимальному відділі або тілі шлунка (медіани виживаності дорівнювали 60,4, 55,1 і 47,1 міс. відповідно). Найгірший показник виживаності визначено у хворих із тотальним поширенням злоякісної пухлини у шлунку, медіана виживаності становила лише 14,9 міс. (рис. 4).

Кумулятивна виживаність за Капланом-Майєром

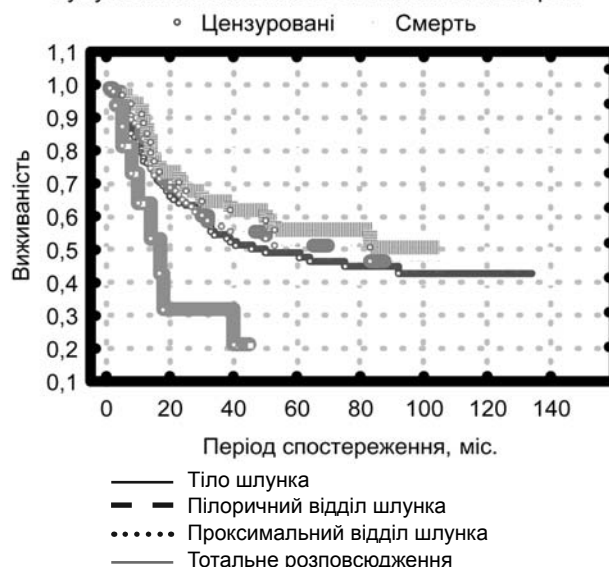


Рис. 4. Виживаність хворих на рак шлунка I–IV стадій залежно від локалізації пухлини.

Отже, протягом аналізу виживаності виявили статистичну недостовірність між показниками виживаності й локалізацією новоутворення у шлунку ( $p=0,12$ ).

Аналіз спостережень за хворими на рак шлунка різного ступеня диференціювання продемонстрував різницю в показниках виживаності. Протягом порівняння групи пацієнтів із помірнодиференційованими пухлинами із групою хворих на низькодиференційовані пухлини визначили, що відмінність у показниках виживаності

незначна і дорівнює всього 7,8 міс. (медіани виживаності становлять 53,2 і 45,4 міс. відповідно). Поряд із тим порівнюючи показники хворих із помірно- й недиференційованими пухлинами, виявили суттєву різницю. Медіана виживаності хворих на недиференційований рак дорівнює лише 33 міс. (рис. 5).

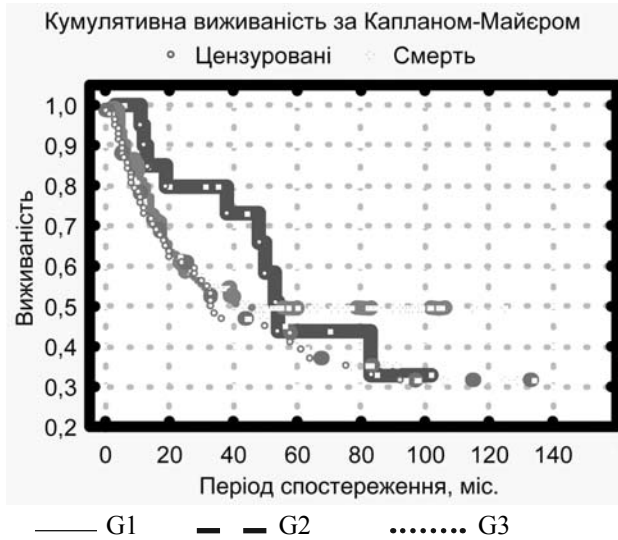


Рис. 5. Виживаність хворих на рак шлунка I–IV стадій залежно від ступеня диференціювання злоякісної пухлини.

Взаємозв'язок між ступенем диференціювання раку та виживаністю хворих також є статистично недостовірним ( $p=0,19$ ). Такий результат може бути пов'язаний із недостатньою кількістю хворих, показники котрих досліджували, а отже, потребує подальшого вивчення.

Аналіз виживаності групи хворих на високодиференційований рак шлунка виконати неможливо, бо протягом дослідження виявили малу кількість таких осіб.

## Висновки

Локалізація пухлини у хворих на рак шлунка I–IV стадій не впливає на показники їхньої виживаності ( $p=0,12$ ). Хворі на рак шлунка з розташуванням первинного новоутворення в пілоричному відділі мають найкращий показник виживаності – 60,4 міс.

Спрощення диференціювання пухлини не призводить до погіршення прогнозу у хворих на рак шлунка I–IV стадій ( $p=0,19$ ).

## Список літератури

1. Рак в Україні, 2009–2010 / З.П. Федоренко, А.В. Гайсеренко, Л.О. Гулак [и др.] // Бюллетень національного канцер-регістра України. – 2010. – № 12. – С. 37.
2. Давыдов М.И. Факторы риска лимфогенного метастазирования раннего рака желудка / М.И. Давыдов, И.Н. Туркин, В.В. Мочальникова // Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ (14–16 мая 2008 г.). – Ташкент, 2008. – С. 286.
3. Джураев М.Д. Рецидив рака желудка: Современное состояние проблемы / М.Д. Джураев, М.Ш. Худайбердиева, Д.М. Эгамбердиев // Сибирский онкологический журнал. – 2009. – № 3. – С. 60–62.
4. Дмитренко А.П. Анализ хирургического лечения перстневидноклеточного рака желудка / А.П. Дмитренко, Л.А. Орловская, Б.А. Чижиков // Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. – Минск, 2004. – С. 141.
5. Завьялова М.В. Роль инвазивных свойств опухоли в развитии лимфогенного метастазирования при кишечном и диффузном типах рака желудка / М.В. Завьялова, В.М. Перельмутер, И.В. Степанов и др. // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – № 1 (43). – С. 16–20.
6. Japanese Gastric Cancer Association (2011) // Japanese gastric cancer treatment guidelines Gastric Cancer. – 2010 (ver. 3). – № 14. – P. 113–123.
7. Шаназаров Н.А. Оценка ближайших результатов хирургического лечения рака желудка в зависимости от объема лимфодиссекции / Н.А. Шаназаров, Д.Т. Арыбжанов // Практическая медицина. – Казань, 2009. – № 4 (36). – С. 90–93.

## Відомості про авторів:

Левик О.М., заочний аспірант, асистент каф. онкології, Запорізький державний медичний університет,

E-mail: olevyk@yandex.ru.

Баранніков К.В., к. мед. н., доцент каф. онкології, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Надійшла в редакцію 09.10.2013 р.