

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Доц. В. А. ЛАЗИРСКИЙ

Харьковский национальный медицинский университет

Проанализированы результаты оперативного лечения 418 больных местнораспространенным раком желудка, осложнившимся кровотечением, стенозом, перфорацией и их сочетанием. Обоснована целесообразность применения двухэтапной хирургической тактики с использованием малоинвазивных методов гемостаза.

Ключевые слова: местнораспространенный рак желудка, осложнения, хирургическая тактика.

Несмотря на тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка (РЖ), проблема лечения осложненных форм заболевания остается одной из актуальных и наиболее сложных [1, 2]. До 60–80 % больных поступают на лечение с III–IV стадией заболевания при наличии тяжелых осложнений [3–5]. Некоторые исследователи пропагандируют органосберегающий подход к лечению подобных пациентов [6], другие авторы считают целесообразным применение расширенных и комбинированных оперативных вмешательств с лимфодиссекцией [1, 3, 5, 7]. До настоящего времени окончательно не решены вопросы выбора хирургической тактики и объема операции в ургентных условиях [3, 4, 8].

Цель исследования — улучшение результатов лечения больных с **осложненным местнораспространенным РЖ**.

Исследование основано на анализе результатов лечения 418 больных с местнораспространенным РЖ, находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева» НАМН Украины (г. Харьков) с 1998 по 2013 г. Возраст пациентов варьировал от 29 до 86 лет, средний — $62,9 \pm 7,0$ года. Мужчин было 261 (62,4%), женщин — 157 (37,5%).

Больные были распределены на две группы: основную ($n = 206$), в которую вошли лица, находившиеся на лечении в 2008–2013 гг., и группу сравнения ($n = 212$), которую составили пациенты, оперированные в 1998–2007 гг. У больных основной группы применялась двухэтапная хирургическая тактика с выполнением на первом этапе малоинвазивных вмешательств, что позволило увеличить количество радикальных комбинированных операций. Пациентам группы сравнения выполнялись одноэтапные оперативные вмешательства.

Поражение кардиального отдела желудка отмечено у 41 (11,4%) больного, тела желудка — у 158 (41,1%), выходного отдела — у 112 (29,0%), субтотальное поражение желудка — у 48 (11,2%), тотальное — у 29 (7,3%). Низкодифференцированная аденокарцинома выявлена у 156 (37,3%) больных, с разной степенью

дифференцировки — у 201 (48,1%), перстневидноклеточный рак — у 61 (14,6%) больных.

У всех больных наблюдалось прорастание опухоли в соседние органы: поджелудочную железу — у 89 (21,3%), толстую кишку и ее брыжейку — у 83 (19,8%), печень — у 51 (12,2%), пищевод — у 43 (10,2%), желчный пузырь и внепеченочные желчные протоки — у 17 (4,0%), воротную вену — у 8 (1,9%), селезенку — у 21 (5,0%), диафрагму — у 18 (4,3%), двенадцатиперстную кишку — у 12 (2,8%), инвазия в несколько органов отмечена у 76 (18,2%) пациентов.

Кровотечение выявлено у 252 (60,3%), стеноз — у 89 (21,3%), перфорация — у 15 (3,5%) и их сочетание — у 62 (14,8%) больных. Кровопотеря легкой степени в соответствии с классификацией А. А. Шалимова и В. Ф. Саенко [8] установлена у 67 (16,0%) больных, средней степени — у 136 (32,5%), тяжелой степени — у 49 (11,7%).

С учетом клинических проявлений опухолей желудка распределение больных, находившихся на лечении в клинике, представлено в таблице.

Распределение больных раком желудка с учетом клинических проявлений

Клинические проявления	Основная группа		Группа сравнения	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Кровотечение	123	29,4	129	30,8
Стеноз	42	10,0	47	11,2
Перфорация	9	2,1	6	1,4
Сочетание осложнений	32	7,6	30	7,2
Всего	206	49,3	212	50,7

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева» НАМН Украины (ИОНХ) на протяжении многих лет оказывается лечебная помощь больным со злокачественными новообразованиями желудка, преимущественно с развитием острых жизнеугрожающих осложнений — кровотечения, стеноза и перфорации. В клинике

принята двухэтапная тактика лечения на основе широкого использования малоинвазивных операций, что позволило увеличить число радикальных вмешательств.

Кровотечение осложняет течение РЖ в 2,7–41,0% наблюдений. В структуре причин кровотечений РЖ составляет 11–13% и занимает 2–3-е место [1, 4, 5].

Для оценки состояния гемостаза мы использовали классификацию активности кровотечения J. A. H. Forrest в модификации В. И. Никишаева (1997) [цит. по 9]. Эндоскопический гемостаз включал проведение клипирования кровоточащих сосудов, коагуляции и криовоздействия, орошения кровоточащей опухоли гемостатиками и пленкообразующими веществами. Данные вмешательства осуществлялись последовательно от простого к сложному. У 12 больных выполнен эндоскопический инъекционный гемостаз. Достижение временного эндоскопического гемостаза у 53 (12,7%) больных с продолжающимся кровотечением из опухоли желудка позволило провести интенсивную предоперационную подготовку с отсроченной операцией через 2–6 сут после госпитализации.

Рентгенэндоваскулярный гемостаз проведен у 36 (8,6%) больных как первый этап хирургического лечения и еще у 13 (3,1%) — как самостоятельный метод лечения (у 11 пациентов отсутствовал рецидив кровотечения). Следует отметить, что данный метод был особенно ценен для достижения гемостаза у пациентов старческого возраста с выраженной сопутствующей патологией при высокой степени операционного риска, когда выполнение «открытых» оперативных вмешательств сомнительно для их переносимости.

В клинике используется тактика, направленная прежде всего на достижение надежного гемостаза. При переносимости радикальной операции выполняются одноэтапные радикальные операции, при высоком операционном риске применяется двухэтапная тактика (первый этап — паллиативная резекция желудка с опухолью; второй этап — радикальная резекция желудка (гастрэктомия) с адекватной лимфодиссекцией и резекцией пораженных соседних органов). Особенностью паллиативных резекций является то, что при исключении повторных вмешательств мы отдаем предпочтение методикам в модификациях Бильрот-II, при планируемом повторном вмешательстве — методикам Бильрот-I.

В качестве паллиативных операций, позволяющих остановить кровотечение из неудаляемых «вколоченных» опухолей желудка, применялась гастротомия с прошиванием кровоточащих сосудов, тампонада кратера опухолевой язвы прядью сальника на питающей сосудистой ножке по Опелю — Поликарпову, а также разработанная в клинике тампонада изъязвленной опухоли передней стенкой желудка. Паллиативные и симптоматические операции были выполнены у 250 (59,8%) больных.

Из 82 (19,6%) пациентов, оперированных на высоте кровотечения (58 больных — группа сравнения) из изъязвленной местнораспространенной опухоли желудка, радикальные операции выполнены у 9, послеоперационные осложнения возникли у 39 (9,3%), умер 31 (7,4%) больной.

Из 170 (40,7%) больных, оперированных в отсроченном порядке, паллиативные резекции желудка выполнены у 39 (9,3%) пациентов с кровотечением из опухоли. У 47 (11,2%) больных ввиду высокого операционного риска на первом этапе проведены паллиативные кровоостанавливающие операции резекционного типа, радикальная операция — вторым этапом. У 80 (19,1%) больных осуществлены одномоментные радикальные операции, еще в 4 случаях — перевязка левых желудочных сосудов. При гастрэктомиях мы отдаем предпочтение эзофагоеюноанастомозам в собственной модификации и модификации Ру (при реконструктивных операциях). С 1989 г. в клинике ИОНХ наряду с общеизвестными методами применяли собственную методику эзофагоеюноанастомоза, особенностями которой являются фиксация приводящей петли позади пищевода в заднем средостении, наложении провизорных пищеводно-диафрагмальных швов на переднюю стенку пищевода, формирование антирефлюксного анастомоза за счет инвагинации его этими швами в отводящую петлю тонкой кишки. Простота предложенной операции, сокращение времени вмешательства до минимума позволили применять ее с хорошими результатами при выполнении гастрэктомий на высоте кровотечения [7].

У 168 (40,2%) больных нами проведены комбинированные гастрэктомии с лимфодиссекцией в объеме D2. Комбинированная гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы в сочетании со спленэктомией и без нее выполнена у 48 больных, с резекцией поперечной ободочной кишки и ее брыжейки — у 53, пищевода — у 22, печени — у 19 больных, еще у 26 пациентов осуществлена резекция нескольких органов. При гастрэктомии в сочетании с резекцией поперечной ободочной кишки, а также пищевода при соответствующих интраоперационных условиях применяли эзофагогастропластику илеоцекальным сегментом кишки (13 больных). Наличие изоперистальтической реконструкции и баугиниевой заслонки в трансплантате создавало хорошие условия для его функционирования, обеспечивало предупреждение дуоденоэзофагеального рефлюкса.

Мы разделяем мнение С. А. Гешелина [3], совпадающее с мнением других авторитетных специалистов [7], что при операциях на высоте кровотечения из опухоли кардиального отдела желудка выполнение гастрэктомии, по сравнению с проксимальной резекцией желудка, более оправдано, технически проще, надежнее и более радикально, сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений и более низкой летальностью.

При кровоточащем раке тела и дистальных отделов желудка показано выполнение гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка с лимфодиссекцией. Вместе с тем при общем тяжелом состоянии пациента, распространенном опухолевом процессе имеют право на применение паллиативные резекции, включая атипичные. В качестве восстановительного этапа мы отдаем предпочтение модификациям резекции по Бильрот-П.

Особую категорию пациентов составляют больные с кровоточащими опухолями культи желудка. Комбинированные экстирпации культи желудка выполнены у **10 больных (у 5 — с резекцией толстой кишки, дополненной у 2 больных спленэктомией, у 3 — с резекцией поджелудочной железы)**. Вследствие легочно-сердечной недостаточности умер 1 больной. При кровотечениях из нерезектабельной опухоли культи желудка единственно возможным остается эндоскопический и рентгенэндоваскулярный гемостаз, выполненный в 4 наблюдениях. У 2 больных отмечен рецидив кровотечения с летальным исходом.

Перфорация рака желудка встречается от 2,1 до 11,5% наблюдений [3, 6]. Данное осложнение отмечено нами в **19 (4,5%) наблюдениях**. Двухэтапные вмешательства выполнены у 9 больных с перфорацией опухоли желудка: на первом этапе проведено ушивание перфоративного отверстия (предпочтение отдавалось методике Опеля — Поликарпова), на втором — отсроченная резекция желудка. В 4 случаях при отсроченной операции удалось выполнить радикальную гастрэктомию (в 2 случаях комбинированную), у 5 больных — паллиативные резекции желудка. При 10 одноэтапных операциях в 2 случаях после ушивания перфорации опухоли возникло профузное кровотечение, у **1 больного зафиксирована несостоятельность швов с летальным исходом**. У остальных 7 больных выполнена первичная резекция желудка (у 4 больных — паллиативная). От перитонита умер 1 больной.

Стеноз желудка при его опухолевом поражении диагностируется в 7,5–25,4% наблюдений [1, 3, 6]. Данное осложнение отмечено нами в 104 (24,8%) случаях, у 89 больных изолированно. Согласно рентгенологической классификации Линденбрата компенсированный стеноз диагностирован у **42 (10,0%) больных, субкомпенсированный — у 46 (11,0%), декомпенсированный — у 16 (3,8%)**.

При паллиативных оперативных вмешательствах мы используем обходную гастроэнтеростомию

(впередободочный изоперистальтический гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем по Вельфлеру). При короткой брыжейке тонкой кишки формируем задний позадиободочный анастомоз по Гаккеру; при короткой брыжейке тонкой кишки и поражении задней стенки желудка — передний позадиободочный гастроэнтероанастомоз по Бильроту; при поражении передней стенки желудка и **брыжейки ободочной кишки** метастазами выполняем задний впередободочный анастомоз по Монастырскому. При нерезектабельных опухолях кардии мы применяли реканализацию опухоли, гастростому либо еюностому по Майдлю. Операцией выбора при стенозирующих опухолях тела желудка является гастрэктомию.

Радикальные операции были выполнены только у 37 (8,8%) больных данной группы, что свидетельствовало о запущенности онкопроцесса. При паллиативных оперативных вмешательствах обходной гастроэнтероанастомоз сформирован у 41 (9,8%) больного. При крайне запущенном заболевании у **26 (6,2%) пациентов для обеспечения** питания были выполнены симптоматические операции — сформированы еюно- или гастростомы.

Всего послеоперационные осложнения возникли у **152 (36,3%) больных**. Послеоперационная летальность составила 17,5%, общая летальность — 21,3%.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы.

1. У **больных с осложненным местнораспространенным РЖ** считаем целесообразным применение двухэтапной хирургической тактики с широким использованием малоинвазивных методов гемостаза; выполнение паллиативных и **симптоматических операций** (на первом этапе) с последующим проведением раннего отсроченного или планового радикального оперативного вмешательства (второй этап).

2. Использование предложенных реконструктивных методик позволяет сократить время оперативных вмешательств, повысить их надежность, а также способствует улучшению качества жизни оперированных больных.

3. Внедрение предложенной хирургической тактики и **новых оперативных вмешательств** позволило снизить показатели послеоперационных осложнений до 36,3%, послеоперационной летальности — до 17,5% и общей летальности — до 21,3%.

Список литературы

1. Бондарь В. Г. Комбинированное вмешательство по поводу местнораспространенного рака дистального отдела желудка / В. Г. Бондарь // Кліні. хірургія.— 2004.— № 1.— С. 24–26.
2. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М. И. Давыдов, М. Д. Тер-Ованесов, А. Н. Абдихакимов, А. Н. Марчук // **Практ. онкология.**— 2001.— № 3 (7).— С. 18–24.
3. *Гешелин С. А.* Неотложная онкохирургия / С. А. Гешелин.— К.: Здоровье, 1988.— 200 с.
4. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А. П. Михайлов, А. М. Данилов,

- А. Н. Напалков [и др.] // Вестн. хирургии.— 2006.— № 4.— С. 79–81.
5. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С. А. Поликарпов, А. Н. Лисицкий, Н. Н. Иров [и др.] // Хирургия.— 2008.— № 7.— С. 24–26.
 6. Диагностика и лечение распространенного рака желудка / М. С. Громов, Д. А. Александров, А. А. Кулаков [и др.] // Хирургия.— 2003.— № 4.— С. 20–23.
 7. Пат. України № 30043 А 61 В 17/3205. Спосіб гастректомії / В. Т. Зайцев, В. В. Бойко, В. П. Далавурак, М. П. Донець, І. А. Тарабан; Харківський державний медичний університет.— Заявл. 09.12.1997; Опубл. 15.11.2000, Бюл. № 6/2000.
 8. Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко.— К.: Здоровья, 1987.— 563 с.
 9. Фомін П. Д. Хірургічні аспекти кардіоезофагеального раку, що гостро кровоточить / П. Д. Фомін, П. В. Іванчов, О. В. Заплавський // Харківська хірургічна школа.— 2009.— № 4.1 (36).— С. 303–305.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ ІЗ УСКЛАДНЕННЯМИ МІСЦЕВОПОШИРЕНОГО РАКУ ШЛУНКА

В. О. ЛАЗИРСЬКИЙ

Проаналізовано результати оперативного лікування 418 хворих на місцевопоширений рак шлунка, ускладнений кровотечею, стенозом, перфорацією та їх поєднанням. Обґрунтовано доцільність використання двоетапної хірургічної тактики із застосуванням малоінвазивних методів гемостазу.

Ключові слова: місцевопоширений рак шлунка, ускладнення, хірургічна тактика.

SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF LOCAL GASTRIC CANCER

V. A. LAZIRSKY

The results of surgical treatment of 418 patients with local gastric cancer complicated by bleeding, stenosis, perforation, and their combination were analyzed. The expediency of application of two-stage surgical approach using minimally invasive methods of hemostasis was substantiated.

Key words: local gastric cancer, complications, surgical tactics.

Поступила 30.10.2013