



В. В. Бойко, С. А. Савви,
И. В. Белозеров,
В. А. Лазирский

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
НАМН Украины», г. Харьков

© Коллектив авторов

Резюме. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 156 больных с осложненным местнораспространенным раком желудка за период с 1998 по 2009 г. Течение основного заболевания осложнилось кровотечением у 102 (65,4%) больных, стенозом — у 30 (19,2%), перфорацией — у 8 (5,1%) и их сочетанием — у 16 (10,3%). Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 49 (31,4%) больных, у 107 (68,6%) — паллиативные и симптоматические операции. Послеоперационные осложнения возникли у 77 (49,3%) больных, послеоперационная летальность составила 17,3% (27 больных) и общая летальность — 21,1% (33 больных).

Ключевые слова: *осложненный местнораспространенный рак желудка, оперативное лечение, хирургическая тактика.*

Введение

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости раком желудка, проблема лечения осложненных форм заболевания остается одной из наиболее сложных и актуальных [1, 5]. Значительное число больных (60—80% от всех госпитализированных) поступает на лечение с запущенными формами заболевания [2, 4]. Острое желудочное кровотечение развивается у 2,7—41,7% больных раком желудка [1, 4]. Точных данных о частоте стеноза и перфорации опухоли желудка нет. Частота развития послеоперационных осложнений варьирует от 16,3 до 38,0% [2, 4].

В связи с совершенствованием методик неоадьювантной и адьювантной химиотерапии при раке желудка, улучшением качества и эффективности химиопрепаратов некоторые исследователи пропагандируют органосохраняющий подход к лечению подобных больных [3, 5]. Другие авторы считают целесообразным применение расширенных и комбинированных оперативных вмешательств с лимфодиссекцией при запущенных формах заболевания [1, 2]. Проблема же оказания онкохирургической помощи больным с раком желудка остается по-прежнему далекой от разрешения.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с осложненным местнораспространенным раком желудка.

Материалы и методы

Исследование основано на анализе результатов лечения 156 больных с местнораспространенным раком желудка, находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» с августа 1998 г. по октябрь 2009 г., в возрасте от 29 до 86 лет. Средний возраст — $62,9 \pm 7,0$ года. Мужчин было 99 (63,5%), женщин — 57 (36,5%).

Поражение кардиального отдела желудка отмечено у 16 (10,8%) больных, тела желудка —

у 56 (35,9%), выходного отдела — у 65 (41,6%), субтотальное поражение желудка — у 12 (7,6%), тотальное — у 7 (4,1%). Течение основного заболевания осложнилось кровотечением у 102 (65,4%) больных, стенозом — у 30 (19,2%), перфорацией — у 8 (5,1%), сочетанием кровотечения и перфорации — у 6 (3,8%), кровотечения и стеноза — у 10 (6,4%). По классификации стадий опухолевого процесса TNM у всех больных распространение опухоли соответствовало стадии T₄.

Низкодифференцированная аденокарцинома обнаружена у 75 (48,1%) больных, с разной степенью дифференцировки аденокарциномы — у 61 (39,1%) и перстневидно-клеточный рак — у 20 (12,8%) пациентов. У всех больных выявлено распространение опухоли на близлежащие органы: поджелудочную железу — у 51 (32,7%), мезocolon и ободочную кишку — у 31 (19,8%), пищевод — у 24 (15,4%), селезенку — у 22 (14,1%), левую долю печени — у 11 (7,1%), двенадцатиперстную кишку (ДПК) — у 5 (3,2%), и инвазия в несколько органов — у 12 (7,6%).

Кровоточивость легкой степени, в соответствии с классификацией А.А. Шалимова и В.Ф. Саенко (1987), установлена у 37 (23,7%) больных; средняя — у 64 (41,0%); тяжелой степени — у 18 (11,5%).

Результаты исследования и их обсуждение

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» на протяжении многих лет оказывается лечебная помощь больным со злокачественными новообразованиями желудка, преимущественно с развитием острых жизнеугрожающих осложнений, таких, как кровотечение, стеноз и перфорация. При анализе характера и объема выполненных оперативных вмешательств нами выделено два периода развития хирургии осложненного местнораспространенного рака желудка. В I период преобладали экстренные оперативные

вмешательства чаще паллиативного характера (прошивание кровоточащей опухоли, перевязка кровоснабжающих желудок сосудов, ушивание перфоративной опухоли, паллиативные резекции и др.). Начиная с 2005 года в клинике принята двухэтапная тактика лечения на основе широкого использования малоинвазивных вмешательств, что позволило увеличить число радикальных оперативных вмешательств (II период).

У 36 (23,0%) пациентов операции выполнены по жизненным показаниям в связи с развитием рецидива кровотечения в клинике, по поводу продолжающегося кровотечения при неэффективности консервативных методов гемостаза. Из них у 14 (8,9%) больных экстренные оперативные вмешательства выполнены по поводу перфорации опухоли.

Для оценки состояния гемостаза использовали классификацию активности кровотечения J.A.H. Forrest в модификации В.И. Никишаева (1997). Достижение временного эндоскопического гемостаза у 29 (18,5%) больных с продолжающимся кровотечением из опухоли желудка позволило провести интенсивную предоперационную подготовку с отсроченным оперативным вмешательством в течение 2—6 суток после госпитализации.

С 1998 г. широко применяются рентгенэндоваскулярные технологии достижения гемостаза. Эмболизация кровоточащих сосудов выполнялась в суперселективных режимах в бассейнах левой и правой желудочных артерий, желудочно-сальниковых и коротких артерий желудка, а в ряде случаев после катетеризации сосудов, кровоснабжающих другие органы, в которые вращалась опухоль. Выполнение рентгенэндоваскулярного гемостаза проведено у 18 (11,5%) больных как первый этап хирургического лечения и еще у 13 (8,3%) больных было самостоятельным методом лечения (у 11 отмечено отсутствие рецидива кровотечения).

В качестве паллиативных операций, позволяющих остановить кровотечение из неудаляемых «вколоченных» опухолей желудка, применяли гастротомию с прошиванием кровоточащих сосудов, тампонаду кратера опухолевой язвы прядью сальника на питающей сосудистой ножке по Опелю—Поликарпову; а также разработанную в клинике тампонаду изъязвленной опухоли передней стенкой желудка.

В нашей клинике принята тактика, направленная, прежде всего, на достижение надежного гемостаза. Паллиативные резекции желудка преследуют цель выведения кратера кровоточащей опухоли вне просвета желудка. Как правило, эти операции не предусматривают соблюдение принципа абластичности объема резекции (поэтому выполняем паллиативные резекции 1/2, 2/3, 3/4 желудка, а также паллиативную гастрэктомию). При переносимости радикального оперативного вмешательства выполняем одноэтап-

ные радикальные операции, при высоком операционном риске применяем двухэтапную тактику (I этап — паллиативная резекция желудка с опухолью; II этап — радикальная резекция желудка (гастрэктомия) с адекватной лимфодиссекцией и резекцией пораженных соседних органов. Особенностью паллиативных резекций является то, что при исключении повторных вмешательств предпочтение отдаем методикам в модификациях Бильрот-II. При планируемом повторном вмешательстве предпочтение отдаем методикам Бильрот-I. Паллиативные и симптоматические операции выполнены у 107 (68,6%) больных.

Из 22 (14,1%) больных, оперированных на высоте кровотечения из изъязвленной местнораспространенной опухоли желудка, радикальные оперативные вмешательства выполнены у 4 пациентов, послеоперационные осложнения возникли у 12 (7,6%), умерли 11 (7,1%) больных.

Паллиативные резекции желудка проведены у 24 (15,4%) больных с кровотечением из опухоли в качестве основного оперативного вмешательства при запущенных формах заболевания. Еще в 18 (11,5%) наблюдениях ввиду высокого операционного риска и тяжелого состояния больных применяли паллиативные кровоостанавливающие операции резекционного типа, радикальное же оперативное лечение выполняли в отсроченном и раннем плановом периодах.

При гастрэктомиях в наших наблюдениях мы отдаем предпочтение эзофагоеюноанастомозу, наряду с общеизвестными, применяли собственную методику эзофагоеюноанастомоза, представляющую собой сочетание инвагинационных анастомозов и анастомозов, наложенных двух- и трехрядными швами по типу «конец в бок», согласно классификации пищеводно-кишечных анастомозов по К.Н. Цациниди и А.В. Богданову (1969).

Наличие кровотечения из аррозированных сосудов смежных органов считали дополнительным аргументом в пользу применения комбинированных операций. У 49 (31,4%) больных нами выполнены комбинированные гастрэктомии с лимфодиссекцией в объеме D2—D3. Комбинированная гастрэктомию с резекцией поджелудочной железы в сочетании со спленэктомией и без нее проведена у 19 больных, с резекцией пищевода — у 11, поперечной ободочной кишки и ее брыжейки — у 9, печени — у 5 больных, еще у 5 пациентов — резекция нескольких органов. Ранее 8 больных были оперированы с жизнеугрожающими острыми осложнениями («на высоте кровотечения» — паллиативные резекции желудка (у 2 больных); по поводу перфорации опухоли желудка и перитонита — ушивание перфоративного отверстия (1 больной) и паллиативные резекции желудка (2 случая); по поводу декомпенсированного стеноза — обходные гастроэнтероанастомозы (2 наблюдения), и у одного больного — стентирование зоны су-



жения в области опухоли). Двухэтапные операции вполне себя оправдали.

При гастрэктомии в сочетании с резекцией поперечной ободочной кишки, в хороших интраоперационных условиях применяли эзофагогастропластику илеоцекальным сегментом кишечника (5 больных).

При перфорациях опухолей желудка операцией выбора является первичная резекция желудка. Противопоказаниями к ней считаем тяжелое общее состояние пациента, пожилой и старческий возраст, перитонит, высокое расположение опухоли. В этих случаях нами применяется двухэтапная тактика. На первом этапе выполняли ушивание перфоративного отверстия. Вторым этапом выполняли отсроченную резекцию желудка. Перфорация рака желудка отмечена нами в 14 (9,0%) наблюдениях. Радикальное оперативное вмешательство проведено только у 4 (2,5%) больных, паллиативные резекции желудка — у 6 (3,8%), симптоматические операции — у 4 (2,5%) больных.

Стеноз желудка при его опухолевом поражении отмечен нами в 40 (25,6%) наблюдениях. Согласно рентгенологической классификации Линденбрата компенсированный стеноз выявлен у 12 (7,6%) больных, субкомпенсированный — у 19 (12,1%), декомпенсированный — у 9 (5,7%). Радикальные операции выполнены только у 3 (1,9%) больных данной группы, что свидетельствовало о запущенности онкопроцесса. При паллиативных оперативных вмешательствах

предпочтение отдаем обходной гастроэнтеростомии (впередободочный изоперистальтический гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем), что выполнено у 21 (13,5%) больного. При крайне запущенном заболевании у 16 (10,2%) больных для обеспечения питания были выполнены симптоматические операции — сформированы еюно- или гастростомы.

Послеоперационные осложнения возникли у 77 (49,3%) больных. Послеоперационная летальность составила 17,3% (27 больных) общая летальность — 21,1% (33 больных).

Выводы

1. У больных с местнораспространенным раком желудка, осложненным кровотечением, считаем целесообразным применение двухэтапной хирургической тактики с широким использованием малоинвазивных методов гемостаза (первый этап) с последующим проведением раннего отсроченного или планового радикального оперативного вмешательства (второй этап).

2. У больных с высоким операционно-анестезиологическим риском целесообразно выполнение паллиативных и симптоматических операций с последующей подготовкой больных к радикальному плановому оперативному лечению.

3. Внедрение предложенной хирургической тактики способствовало снижению числа послеоперационных осложнений до 49,3%, послеоперационной летальности до 17,3% и общей летальности до 21,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарь В.Г. Комбинированное вмешательство по поводу местнораспространенного рака дистального отдела желудка / В.Г. Бондарь // Клінічна хірургія. — 2004. — №1. — С. 24—26.
2. Диагностика и лечение распространенного рака желудка / М.С. Громов, Д.А. Александров, А.А. Кулаков [и др.] // Хирургия — 2003. — №4. — С. 20—23.
3. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напал-

ков [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2006. — №4. — С. 79—81.

4. 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.

5. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, А.Н. Абди-хакимов, А.Н. Марчук // Практик. онкол. — 2001. — №3(7). — С. 18—24.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМ МІСЦЕВОПОШИРЕНИМ РАКОМ ШЛУНКА

**В. В. Бойко, С. О. Савві,
І. В. Белозьоров,
В. О. Лазирський**

Резюме. Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 156 хворих на ускладнений місцевопоширений рак шлунка за період від 1998 до 2009 р. Перебіг основного захворювання було ускладнено кровотечею у 102 (65,4%) хворих, стенозом — у 30 (19,2%), перфорацією — у 8 (5,1%), та їх поєднанням — у 16 (10,3%). Радикальні оперативні втручання були виконані у 49 (31,4%) хворих, у 107 (68,6%) — паліативні та симптоматичні операції. Післяопераційні ускладнення виникли у 49,3% (77 хворих), післяопераційна летальність — у 17,3% (27 хворих) та загальна летальність — у 21,1% (33 хворих).

Ключові слова: ускладнений місцевопоширений рак шлунка, оперативне лікування, хірургічна тактика.



SURGICAL TACTICS IN
TREATMENT OF PATIENTS
WITH COMPLICATED
LOCALLY EXPANDED
GASTRIC CANCER

*V. V. Boyko, S. A. Savvi,
I. V. Belozyorov, V. A. Lasirskiy*

Summary. The study is based on results of operative treatment of 156 patients with complicated locally expanded gastric cancer treated in the Institute in 1998—2009. The disease was complicated by bleeding in 102 (65,4%) patients, stenosis — in 30 (19,2%), perforation — in 8 (5,1%), their combination — in 16 (10,3%). Radical surgery was performed in 49 (31,4%), in 107 (68,6%) — palliative and symptomatic operations. The application of two-stage surgical tactics allowed to decrease the number of postoperative complications to 49,3% (77 patients) and postoperative mortality to 17,3% (27 patients) and mortality to 21,1% (33 patients).

Key words: *complicated locally expanded gastric cancer, surgical treatment, surgical tactics.*