

А. А. Ольшанецкий,
Г. Ю. Бука, В. К. Глазунов,
В. Н. Гаркавенко

Луганский государственный
медицинский университет

© Коллектив авторов

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ ФОРМОЙ РАКА ЖЕЛУДКА

Резюме. Изучены 52 больных раком желудка, осложненным острым желудочным кровотечением. Приведены особенности диагностики и хирургической тактики при язвенных формах рака желудка, их удельный вес среди желудочных кровотечений неязвенной этиологии. Даны рекомендации по улучшению диагностики и результатов лечения желудочных кровотечений у больных раком желудка.

Ключевые слова: рак желудка, желудочно-кишечные кровотечения.

Введение

Кровотечения, осложняющие рак желудка, по частоте занимают третье место среди острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) неязвенной этиологии. В литературе недостаточно освещены вопросы особенностей клиники диагностики и лечения ОЖКК, осложняющих различные формы рака желудка. Это, в свою очередь, приводит к поздней диагностике, высокому удельному весу ошибок в диагностике и выборе тактики хирургического лечения.

Удельный вес и частота кровотечений из раковых опухолей желудка по данным различных авторов, варьирует от 4—15 до 32% [1, 2, 9].

Летальность от кровотечений из злокачественных опухолей желудка составляет от 15 до 50% [4, 5, 9, 10]. Кровотечения возникают при распаде, изъязвлении опухоли, аррозии крупного сосуда [5, 9, 10].

Язвы при раке желудка могут быть следующей природы: рак из язвы, распад опухоли, язвенная форма рака [9, 10].

Материалы и методы

Мы наблюдали 52 больных раком желудка, осложненным кровотечением, что составляет 51,4% от всех пациентов с раком желудка, поступившим за это же время в клинику, и 1,92% — от всех больных с желудочными кровотечениями неязвенной этиологии.

Удельный вес кровотечений опухолевого генеза за последние пять лет возрос до 3%. Кровотечения при язвенной форме рака составили 43,2%. Из них малигнизированные язвы, подтвержденные гистологически, выявлены у 10,8% больных. Возрос удельный вес рака, осложненного кровотечением по отношению к общему количеству новообразований желудка с 20 до 39%. Увеличение удельного веса опухолей желудка, осложненных кровотечением, отмечают и другие авторы [2, 3, 4, 9].

Преобладание именно язвенных форм рака подтверждается еще и тем, что у большинства больных (89%) имело место значительное распростра-

нение опухоли за пределы язвенного дефекта: от поражения одного из отделов желудка до субтотального и тотального его поражения.

У больных в возрастной группе до 60 лет язвенная форма наблюдалась у 40% больных, а в группе старше 60 лет — у 50%. Неязвенная форма рака у больных до 60 лет была в 30,4%, у больных старше 60 лет — 69,6%.

Желудочный анамнез различной давности (от 6 мес. до 3 лет), существенно не отличался при язвенных и неязвенных формах рака. По данным литературы, удельный вес кровотечений из малигнизированных язв достигает 18,7% [2, 9].

Настораживает низкий уровень информативности эндоскопических исследований, проведенных до поступления больных в клинику. Рак желудка был диагностирован только у половины из них. Аналогичная картина наблюдалась и у больных, которым было проведено рентгенисследование желудка.

Анализ данных эндоскопического исследования показывает, что основной причиной столь низкой эффективности диагностики явились два обстоятельства. Во-первых, не проводилась эндоскопическая биопсия из краев и дна язвы. Во-вторых, эндоскописты неонкологических учреждений не знают макроскопических признаков язвенных форм рака. При анализе эндоскопических заключений ни в одном случае не указывалось на наличие морфологических признаков, позволяющих предположить наличие опухоли.

В силу указанных причин мы считаем необходимым привести макроскопические признаки, которые позволяют предположить наличие опухоли и могут быть оценены как факторы онкологического риска раковой природы язвы [3, 4, 6, 9].

В литературе приводятся макроскопически определявшиеся признаки раковой природы язвы, наличие которых является факторами риска рака желудка [3, 6, 8, 9].

Размеры язвы более 2,5 см в диаметре, глубокие, кратерообразные язвы, детрит в дне язвы, деформация стенки желудка в области язвы, наличие по краям и в дне язвы папилломатозных раз-



растаний, отсутствие по краям язвенного дефекта подслизистого слоя, неровные, подрывтые валикообразные края язвы, наличие периаульцерозного инфильтрата, множественные, располагающиеся близко друг к другу язвы, бугристость слизистой, перестройка рельефа вокруг язвенного дефекта, контактная кровоточивость слизистой, наличие мелких тромбированных сосудов в краях и дне язвы.

Особую настороженность должны вызывать так называемые «атипичные язвы» (гигантские, множественные, субкардиальные), частота малигнизации которых достигает 44,4% [7, 9].

В основе хирургической тактики при кровотечении из злокачественных новообразований желудка должно быть положение, согласно которому при отсутствии данных патоморфологического исследования, при наличии признаков возможной опухоли или озлокачествлений язвы следует считать процесс онкологическим и оперировать в онковарианте [2, 9].

Результаты исследования и их обсуждение

Язвенная форма рака у большей части наших больных локализовалась по малой кривизне и в антральном отделе. При неопухолевых формах преимущественной локализации не отмечено.

При патоморфологическом исследовании установлена аденокарцинома различной степени дифференцировки, у одного больного кровоточила карциноидная опухоль.

При сравнительном изучении степени дифференцировки опухоли и тяжести кровотечения подтвердились данные В.Т. Зайцева и соавт. [5], о зависимости степени кровотечения от степени дифференцировки опухоли. Более тяжелое кровотечение наблюдалось при недифференцированной и низкодифференцированной аденокарциноме как при язвенной, так и при неязвенной форме рака. Мы также смогли отметить некоторую зависимость между характером кровотечения и формой опухоли. Так, при язвенных формах рака чаще возникают рецидивы кровотечений, а при неязвенных — чаще наблюдались продолжающиеся кровотечения.

Радикальные оперативные вмешательства удалось выполнить у 69% с язвенной формой рака и у 73% — с неязвенной. Паллиативные операции проводились в объеме паллиативной резекции, деваскуляризации опухоли.

В определении хирургической тактики у больных с продолжающимся и рецидивным кровотечением, неустойчивым гемостазом мы придерживались той же тактики, которая принята при кровотечениях из язв желудка. Определяющим должно быть положение о том, что больной с кровоточащей опухолью желудка не должен умирать от кровотечения, поскольку оно не является признаком неоперабельности.

Сравнительный анализ интраоперационных данных и данных микроскопии лимфоузлов показал, что их метастатическое поражение определить интраоперационно недостаточно только на том основании, что они увеличены, поскольку их увеличение может быть обусловлено не наличием метастазов, а реакцией на перифокальный воспалительный процесс (особенно это касается лимфоузлов первого и второго порядка).

Необходимо отметить существенный, с нашей точки зрения, недостаток в обеспечении радикализма операций, выполненных в ургентном порядке по поводу осложненных форм рака желудка.

Ургентирующие хирурги недостаточно подготовлены к выполнению операций в радикальном онкологическом варианте. При анализе протоколов операций радикализм операций ограничивался лишь удалением большого сальника и увеличенных лимфоузлов, хотя, как известно, метастазы могут быть и в клетчатке.

Вывод

Следует отметить необходимость дифференцированного подхода к диагностике и лечению язвенных и неязвенных форм рака желудка. При этом основными методами должна быть эндоскопическая биопсия опухоли, а при отсутствии возможностей ее проведения — тщательные поиски факторов риска опухоли. Малейшее сомнение в доброкачественной природе язвы должно решаться в пользу язвенной формы рака.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бова С.М. Профузные желудочные кровотечения / С.М. Бова. — М., 1967. — 214с.
2. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочных кровотечений / В.Д. Братусь. — К.: Здоров'я, 1991. — 268 с.
3. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия 1988 г. / С.А. Гешелин. — К.: Здоров'я, 1989. — 196 с.
4. Желудочные кровотечения и фиброэндоскопия / В.И. Стручков, Э.В. Луцевич, И.Н. Белов, Ю.В. Стручков. — М.: Медицина, 1977. — 267 с.
5. Зайцев В.Т. Неотложная хирургия кровоточащего рака желудка / В.Т. Зайцев, Б.И. Пеев, В.В. Бойко. — Х., 1993. — 86 с.
6. Калиш Ю.И. Атипичные язвы желудка. Материалы XX з'їзду хїрургїв України / Ю.И. Калиш, Р.Ш. Юлдашев. — Тернопіль, 2002. — С. 267—268.
7. Клинические особенности рака желудка, осложненного кровотечением: материалы XXI з'їзду хїрургїв України / Г.Е. Хапатьяк, Н.Г. Безрук, С.Н. Курилек, Н.Ф. Ветвицкий [и др.] — Запорїжжя, 2005. — Т1. — С. 367—369.
8. Кондратенко П.Г. Особенности хирургической тактики при острокровоточащих язвах желудка: материалы XX з'їзду хїрургїв України / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов. — Тернопіль, 2002.
9. Кондратенко П.Г. Острое кровотечение в просвет пищеварительного тракта / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов, Е.Е. Раденко — 2006. — С. 469.
10. Панцырев Ю.М. Кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости; под ред. В.С. Савельева / Ю.М. Панцырев, Е.Д. Федоров, А.И. Мехалев. — М., 2004.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ,
ДІАГНОСТИКИ ТА
ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ
ШЛУНКОВИХ КРОВОТЕЧ
У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ
ФОРМУ РАКУ ШЛУНКА

*А. А. Ольшанецький,
Г. Ю. Бука, В. К. Глазунов,
В. М. Гаркавенко*

FEATURES OF THE CLINIC,
DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF ACUTE GASTRIC
BLEEDING IN PATIENTS
WITH ULCERATIVE FORM OF
GASTRIC CANCER

*A. A. Olshanetsky, G. Yu. Bucka,
V. K. Glazunov, V. N. Garkavenko*

Резюме. Вивчено 52 хворих на рак шлунка, ускладнений гострою шлунковою кровотечею. Наведено особливості діагностики та хірургічної тактики при виразкових формах раку шлунка, їх питома вага серед шлункових кровотеч невиразкової етіології. Дано рекомендації щодо поліпшення діагностики та результатів лікування шлункових кровотеч у хворих на рак шлунка.

Ключові слова: *рак шлунка, шлунково-кишкові кровотечі.*

Summary. We studied 52 patients with gastric cancer complicated by acute gastric bleeding. The features of diagnostic and surgical tactics in ulcerative forms of stomach cancer, their proportion among non-ulcer gastric bleeding etiology. Recommendations for improvement of diagnosis and treatment results of gastric bleeding gastric cancer patients.

Key words: *gastric cancer, gastrointestinal bleeding.*