



В.В. Бойко, В.А. Лазирский

ГУ «Институт общей  
и неотложной хирургии  
НАМН Украины»

Харьковский Национальный  
медицинский университет

© В. В. Бойко, В.А. Лазирский

## ДВУХЭТАПНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

**Резюме.** Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 418 больных с осложненным местно-распространенным раком желудка. Течение основного заболевания осложнилось кровотечением у 252 (60,3 %) больных, стенозом — у 89 (21,3 %), перфорацией — у 15 (3,5 %), и их сочетанием — у 62 (14,8 %). Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 168 (40,2 %) больного, у 250 (59,8 %) — паллиативные и симптоматические. Послеоперационные осложнения возникли у 36,3 % (152 больных), послеоперационная и общая летальность составили 17,5 % и 21,3 % (73 и 89 больных) соответственно.

**Ключевые слова:** *осложненный местно-распространенный рак желудка, хирургическое лечение.*

### Введение

Несмотря на тенденцию снижения заболеваемости раком желудка проблема лечения осложненных форм заболевания остается одной из наиболее сложных и актуальных [1, 2, 5]. До 60-80 % больных поступает на лечение с запущенными формами заболевания при наличии тяжелых осложнений [2, 4, 6]. Некоторыми исследователями пропагандируется органосберегающий подход к лечению подобных больных [3, 5]. Другие авторы считают целесообразным применение расширенных и комбинированных оперативных вмешательств с лимфодиссекцией [1, 2, 8].

Проблема же оказания онкохирургической помощи больным с раком желудка остается по-прежнему далекой от разрешения. Частота развития послеоперационных осложнений варьирует от 16,3 до 48,0 %, а летальности от 12,0 до 37,2 % [2, 4, 7].

### Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с осложненным местно-распространенным раком желудка.

### Материалы и методы исследований

Исследование основано на анализе результатов лечения 418 больных с местно-распространенным раком желудка, находившихся на лечении в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» с 1998 по 2012 гг., в возрасте от 29 до 86 лет. Средний возраст  $62,9 \pm 7,0$  лет. Мужчин — 261 (62,4 %), женщин — 157 (37,5 %).

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 %) больных. Кровотечение выявлено у 252 (60,3 %) больных, стеноз — у 89 (21,3 %), перфорация — у 15 (3,5 %), и их сочетание — у 62 (14,8 %) больных.

Низкодифференцированная аденокарцинома выявлена у 156 (37,3 %) больных, с разной степенью дифференцировки аденокарциномы — у 201 (48,1 %) и перстневидно-клеточный рак — у 61 (14,6 %) больных.

Кровотеря легкой степени, в соответствии с классификацией А.А. Шалимова и В.Ф. Саенко (1987) [8], выявлена у 67 (16,0 %) больных; среднетяжелая — у 136 (32,5 %); тяжелой степени — у 49 (11,7 %) больных.

Распределение больных по стадиям TNM представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных раком желудка по стадиям TNM

Показатель	Основная группа	Группа сравнения
T4	206 (49,3 %)	212 (50,7 %)
N0	15 (3,5 %)	29 (6,9 %)
N1	112 (26,8 %)	122 (29,2 %)
N2	64 (15,3 %)	48 (11,5 %)
N3	15 (3,5 %)	13 (3,1 %)
M-	206 (49,3 %)	212 (50,7 %)
P3	—	12 (2,8 %)
P4	206 (49,3 %)	200 (47,8 %)

С учетом клинических проявлений опухолей желудка распределение больных, находившихся на лечении в клинике, представлено в табл. 2

Таблица 2

Распределение больных раком желудка с учетом клинических проявлений

Клинические проявления	Основная группа	Группа сравнения
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 %)

**Результаты исследований 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. В клинике принята двухэтапная тактика лечения на основе широкого использования малоинвазивных вмешательств, что позволило увеличить число радикальных оперативных вмешательств.

*Кровотечение* осложняет течение рака желудка в 2,7-41 % наблюдений, причем часто сопровождается массивной кровопотерей на фоне хронической анемии. В структуре причин кровотечений рак желудка составляет 11-13% и занимает 2-3 место среди прочих [1, 4, 5].

Для оценки состояния гемостаза использовали классификацию активности кровотечения Forrest J.A.H. в модификации Никишова В.И. (1997) [7]. Метод эндоскопического гемостаза включал первичную оценку источника кровотечения, проведение эндоскопического клипирования кровоточащих сосудов (в случае артериального кровотечения), коагуляции и криодействия, орошения кровоточащей опухоли гемостатиками и пленкообразующими веществами. У 7 больных достигнуто эндоскопический инъекционный гемостаз. Достижение временного эндоскопического гемостаза у 53 (12,7 %) больных с продолжающимся кровотечением из опухоли желудка позволило провести интенсивную предоперационную подготовку с отсроченным оперативным вмешательством в течение 2-6 суток после госпитализации.

Выполнение рентгенэндоваскулярного гемостаза проведено у 36 (8,6 %) больных как первый этап хирургического лечения и еще у 13 (3,1 %) больных явилось самостоятельным методом лечения (у 11 отмечено отсутствие рецидива 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 переносимости.

В нашей клинике принята тактика, направленная, прежде всего, на достижение надежного гемостаза. При переносимости радикального оперативного вмешательства выполняем одноэтапные 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 — методикам Бильрот—I.

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 Оппелю-Поликарпову, а также, разработанную в клинике тампонаду изъязвленной опухоли передней стенкой желудка. Паллиативные и симптоматические операции выполнены у 250 (59,8 %) больных.

Из 82 (19,6 %) больных, оперированных на высоте кровотечения из изъязвленной местно-распространенной опухоли желудка, радикальные оперативные вмешательства выполнены у 9, послеоперационные осложнения возникли у 39 (9,3 %), умер — 31 (7,4 %) больной.

Паллиативные резекции желудка выполнены у 49 (11,7 %) больных с кровотечением из опухоли в качестве основного оперативного вмешательства при запущенных формах заболевания. У 47 (11,2 %) больных ввиду высокого операционного риска и тяжелого состояния больных на первом этапе выполнены паллиативные кровоостанавливающие операции резекционного типа, радикальное же оперативное вмешательство выполнено вторым этапом в отсроченном и раннем плановом периодах.

При гастрэктомиях в наших наблюдениях, мы отдаем предпочтение эзофагоэюноанастомозам в нашей модификации и модификации Ру (при реконструктивных операциях). С 1989 г. в клинике наряду с общеизвестными применяли собственную методику эзофагоэюноанастомоза. Особенностью этой модификации является фиксация приводящей петли позади пищевода в заднем средостении, наложении провизорных пищеводно-диафрагмальных швов на переднюю стенку пищевода; формировании антирефлюксного анастомоза за счет инвагинации его этими швами в отводящую петлю тонкой кишки. Простота предложенной операции, сокращение времени вмешательства до минимума, позволили применять ее для выполнения гастрэктомий на высоте кровотечения с хорошими результатами [8].

Наличие кровотечения и зарозированных сосудов смежных органов считали дополнительным аргументом в пользу применения комбинированных операций. У 418 больных отмечено прорастание опухоли в соседние органы (поджелудочная железа — 89 (21,3 %), толстая поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка — 83 (19,8 %), печень — 51 (12,2 %), пищевод — 43 (10,2 %), желчный пузырь и внепеченочные



желчные протоки – 17 (4,0 %), воротная вена – 8 (1,9 %), селезенка – 21 (5,0 %), диафрагма – 18 (4,3 %), двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 12 (2,8 %) и инвазия в несколько органов – у 76 (18,2 %).

У 168 (40,2 %) больных нами выполнены 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 больных выполнена резекция нескольких органов.

При гастрэктомии в сочетании с резекцией поперечной ободочной кишки а также пищевода, хороших интраоперационных условиях применяли эзофагогастропластику илеоцекальным сегментом кишечника (12 больных). Наличие изоперистальтической реконструкции и баугиниевой заслонки в трансплантате создавало хорошие условия для его функционирования, обеспечивало предупреждение дуоденоэзофагеального рефлюкса.

При кардиальном раке возможно применение проксимальной резекции желудка или гастрэктомии. Мы разделяем мнение С.А. Гешелина (1988) [2], совпадающее с другими авторитетными специалистами, что при операциях на высоте кровотечения выполнение гастрэктомии, в сравнении с проксимальной резекцией желудка, более оправдано, технически проще, надежнее и более радикально, сопровождается меньшим числом послеоперационных осложнений и меньшей летальностью.

При кровоточащем раке тела и дистальных отделов желудка показано выполнение гастрэктомии 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 предпочтение отдаем модификациям резекции по Бильрот-II.

Особую категорию пациентов составляют больные с кровоточащими опухолями культи желудка. Радикализм в отношении опухоли и гемостаза достигается применением экстирпации культи желудка с лимфодиссекцией. Нами выполнены комбинированные экстирпации культи желудка у 10 больных (у 5 – с резекцией толстой кишки; дополненной у 2 больных спленэктомией; у 3 – с резекцией поджелудочной железы). Умер один больной вследствие легочно-сердечной недостаточности. При кровотечениях из нерезектабельной опухоли культи желудка единственно возможными мероприятиями остаются эндоскопические

и рентгенэндоваскулярные гемостатические методики, выполненные в 4 наблюдениях. У 2 больных отмечен рецидив кровотечения с летальным исходом.

*Перфоративный рак желудка.* Перфорация рака желудка встречается в 2,1-11,5 % наблюдений, причем развитие этого осложнения нередко является первым проявлением заболевания [2, 3]. Естественно, что до операции невозможно установить распространенность раковой опухоли, стадию заболевания, поражение лимфоузлов и прорастание в смежные органы.

Перфорация рака желудка отмечена нами в 19 (4,5 %) наблюдениях. При перфорациях опухолей желудка общепринятой операцией является первичная резекция желудка. Противопоказаниями к ней является тяжелое общее состояние пациента, пожилой и старческий возраст, перитонит, высокое расположение опухоли, прорастание в соседние органы. В этих случаях применяем двухэтапную тактику. На первом этапе выполняли ушивание перфоративного отверстия (предпочтение отдавали методике Оппеля-Поликарпова с пластической тампонадой перфоративного отверстия сальником «на ножке»). Вторым этапом выполняли отсроченную резекцию желудка. Двухэтапные вмешательства выполнены у 9 больных с перфорацией опухоли желудка. В 4 случаях при отсроченной операции удалось выполнить радикальную гастрэктомию (в 1 случае – комбинированную), у 5 больных – паллиативные резекции желудка. В 2 случаях после ушивания перфорации опухоли возникло профузное кровотечение, у 1 больного возникла несостоятельность швов с летальным исходом. У остальных 7 больных выполнена первичная резекция желудка (у 4 больных паллиативная). Умер 1 больной вследствие перитонита.

*Стеноз желудка при его опухолевом поражении.* Данный вид осложнений встречается в 7,5-25,4 % наблюдений среди прочих [1, 2, 3].

С учетом выраженного обезвоживания, белкового дефицита, анемии, нарушений свертывающей системы, больные нуждаются в специальной предоперационной подготовке, направленной на коррекцию показателей гомеостаза. Наряду с инфузионной терапией мы активно используем трансдуоденальное введение питательных веществ и жидкости через эндоскопически введенный для кормления зонд либо через эндоскопически установленный стент. В процессе последующего оперативного вмешательства стент удаляется вместе с опухолью. Хирургическое вмешательство выполняется в плановом порядке по абсолютным показаниям. Наличие данного осложнения в случае выполнения радикальной операции

существенно не влияет на объем оперативного вмешательства при условии компенсации основных жизненных функций. При паллиативных оперативных вмешательствах предпочтение отдаем обходной гастроэнтеростомии (впереди ободочный изоперистальтический гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским соустьем по Вельфлеру). При короткой брыжейке тонкой кишки формировали 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 выполняли задний впередиободочный анастомоз по Монастырскому. В отдельных случаях при запущенном заболевании для обеспечения питания больного формируется еюно- или гастростома.

При стенозирующем раке кардии может быть применена проксимальная резекция желудка или гастрэктомия в зависимости от морфологических характеристик опухоли. При нерезектабельных опухолях кардии применяли реканализацию опухоли, гастростому либо еюностому по Майдлю. Операцией выбора при стенозирующих опухолях тела желудка является гастрэктомия, реже субтотальная дистальная резекция желудка, еще реже – различные атипичные резекции желудка. Следует только подчеркнуть целесообразность выполнения оргауноносящей операции даже в качестве паллиативного вмешательства, так как при этой локализации стенозирующей опухоли желудка выполнение гастростомы либо обходного анастомоза невозможно. Единственно возможным методом обеспечения питания больного является еюностомия по Майдлю, качество жизни, после которой оставляет желать лучшего.

При стенозирующих опухолях пилороантрального отдела желудка операцией выбора является субтотальная дистальная резекция желудка. Учитывая злокачественный характер процесса стенозирования, мы отдаем предпо-

чтение формированию гастроэнтероанастомоза на короткой петле по Гофмейстеру-Финстереру.

Стеноз желудка при его опухолевом поражении отмечен нами у 89 больных изолированно (всего в 104 (24,8 %) наблюдения). Согласно рентгенологической классификации Линденбрата компенсированный стеноз выявлен у 42 (10,0 %) больных, субкомпенсированный – у 46 (11,0 %), декомпенсированный – у 16 (3,8 %). Радикальные операции 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 %) больных 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 % (73 больных) общая летальность – 21,3 % (89 больных).

### Выводы

1. У больных с осложненным местнораспространенным раком желудка 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 способствовало снижению числа послеоперационных осложнений до 36,3 %, послеоперационной летальности до 17,5 % и общей летальности до 21,3 %.

### 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. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия / С.А. Гешелин // К.: – «Здоров'я». – 1988. – 200 с.
3. Диагностика и лечение распространенного рака желудка / М.С. Громов, Д.А. Александров, А.А. Кулаков [и др.] // Хирургия – 2003. – № 4. – С. 20-23.
4. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков [и др.] // Вестник хирургии. – 2006. – № 4. – С. 79-81.
5. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С.А. Поли-

карпов, А.Н. Лисицкий, Н.Н. Иров [и др.] // Хирургия – 2008. – № 7. – С. 24-26.

6. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, А.Н. Абдихакимов, А.Н. Марчук // Практ. онкол. – 2001. – № 3(7). – С. 18-24.

7. 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.

8. Патент України № 11127 від 06.05.1999 р. Спосіб гастректомії / В.Т. Зайцев, В.В. Бойко, В.П. Далавурак, М.П. Донець, І.А. Тарабан.



ДВУЕТАПНІ ОПЕРАТИВНІ  
ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА  
УСКЛАДНЕНИЙ МІСЦЕВО-  
РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ РАК  
ШЛУНКУ

*V.V. Boyko, V.O. Lazirskiy*

**Резюме.** Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 418 хворих на ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка. Перебіг основного захворювання було ускладнено кровотечею у 252 (60,3 %) хворих, стенозом – у 89 (21,3 %), перфорацією – у 15 (3,5 %), та їх поєднанням – у 62 (14,8 %). Радикальні оперативні втручання були виконані у 168 (40,2 %) хворих, у 250 (59,8 %) – паліативні та симптоматичні операції. Післяопераційні ускладнення виникли у 36,3 % (152 хворих), післяопераційна летальність склала 17,5 %, загальна – 21,3 % (73 та 89 хворих).

**Ключові слова:** *ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка, хірургічне лікування.*

TWO-STAGE SURGICAL  
INTERVENTIONS  
IN PATIENTS WITH  
COMPLICATIONS OF  
LOCALLY EXPANDED  
GASTRIC CANCER

*V.V. Boyko, V.A. Lasirskiy*

**Summary.** The study is based on results of operative treatment of 418 patients with complicated locally expanded gastric cancer. The disease was complicated by bleeding in 252 (60.3 %) patients, stenosis – in 89 (21.3 %), perforation – in 15 (3.5 %), their combination – in 62 (14.8 %). Radical surgery was performed in 168 (40.2 %), in 250 (59.8 %) – palliative and symptomatic operations. Postoperative complications arose to 36.3 % (152 patients) and postoperative mortality to 17.5 % and mortality to 21.3 % (73 and 89 patients).

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