



В. А. Лазирский

Харьковский национальный
медицинский университет

© Лазирский В. А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

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 %). Приведен анализ лечения больных с острым желудочным кровотечением. В данной группе ургентно оперированы 82 (32,5 %) пациента. Из них радикальные операции выполнены у 9 (3,5 %) больных. В отсроченном порядке оперировано 170 (67,5 %) больных. Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 131 (51,9 %) больного, у 39 (15,4 %) – паллиативные и симптоматические. Послеоперационные осложнения возникли у 30,9 % (78 больных), послеоперационная и общая летальность составили 14,2 % и 17,4 % (36 и 44 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, 6]. До 60–80 % больных поступает на лечение с III–IV стадией заболевания при наличии тяжелых осложнений [2, 4, 5]. Некоторыми исследователями пропагандируется органосберегающий подход к лечению подобных больных [3]. Другие авторы считают целесообразным применение расширенных и комбинированных оперативных вмешательств с лимфодиссекцией [1, 2, 5, 8]. Окончательно не решены вопросы выбора хирургической тактики и объема операции в ургентных условиях [2, 4, 7].

Цель исследования

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

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 АМН Украины с 1998 по 2013 г., 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. Низкодифференцированная аденокарцинома выявлена у 156 (37,3 %) пациентов, с разной степенью дифференцировки аденокарциномы – у 201 (48,1 %) и перстневидно-клеточный рак – у 61 (14,6 %) пациента.

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

Кровотечение выявлено в 252 (60,3 %) случаях, стеноз – у 89 (21,3 %), перфорация – у 15 (3,5 %), и их сочетание – у 62 (14,8 %) больных. В работе приводится анализ результатов лечения пациентов с острым желудочным кровотечением на фоне рака желудка. Кровопотеря 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 таблице.

Больные распределены на группу сравнения – находились на лечении с 2000 по 2008 г. и основную группу – оперированы с 2008 по 2014 г. У больных основной группы применена двухэтапная хирургическая тактика с выполнением

ем на первом этапе малоинвазивных оперативных вмешательств для достижения временного гемостаза.

Таблиця

Распределение больных раком желудка по стадиям TNM

Показатель	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	относ.,%	абс.	относ.,%
T4	132	52,4	120	47,6
N0	10	3,9	11	4,3
N1	78	30,9	74	29,3
N2	34	13,4	29	11,5
N3	10	3,9	6	2,4
M-	132	52,4	120	47,6
P4	132	52,4	120	47,6

Результаты исследований и их обсуждение

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им В. Т. Зайцева АМН Украины» на протяжении многих лет оказывается лечебная помощь больным со злокачественными новообразованиями желудка, преимущественно с развитием острых жизнеугрожающих осложнений, в первую очередь острого желудочного кровотечения. 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. 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 Никишаева В. И. (1997) [7]. Эндоскопический гемостаз включал проведение клипирования кровоточащих сосудов, коагуляции и криодействия, орошения кровоточащей опухоли гемостатиками и пленкообразующими веществами. Данные вмешательства осуществлялись последовательно от простого к сложному. У 12 больных осуществлен эндоскопический инъекционный гемостаз. Достижение временного эндоскопического гемостаза у 53 (21,0 %) больных с продолжающимся кровотечением из опухоли желудка позволило провести интенсивную предоперационную подготовку с отсроченной операцией через 2–4 суток после госпитализации.

Выполнение рентгенэндоваскулярного гемостаза проведено у 36 (14,3 %) больных как первый этап хирургического лечения и еще у 13 (5,1 %) больных было 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 клинике принята тактика, направленная, прежде всего, на достижение надежного гемостаза. При переносимости радикальной операции выполняли одноэтапные радикальные операции, при высоком операционном риске применяем двухэтапную тактику (I этап – паллиативная резекция желудка с опухолью; II этап – радикальная ререзекция 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 Опелю-Поликарпову; а также, разработанную в клинике тампонаду изъязвленной опухоли передней стенкой желудка. Паллиативные и симптоматические операции выполнены у 116 (46,0 %) больных.

Из 82 (32,5 %) больных оперированных на высоте кровотечения (из них 58 больных – группа сравнения) из изъязвленной местнораспространенной опухоли желудка радикальные операции выполнены у 9, послеоперационные осложнения возникли у 39 (15,4 %), умер – 31 (12,3 %) больной.

Из 170 (67,4 %) больных, оперированных в отсроченном порядке, паллиативные резекции желудка выполнены у 39 (15,4 %) больных с кровотечением из опухоли в качестве основной операции при запущенных формах заболевания. У 47 (18,6 %) больных, ввиду высокого операционного риска, на первом этапе выполнены симптоматические кровоостанавливающие операции резекционного типа, радикальная операция выполнена вторым этапом. У 84 (33,3 %) больных выполнены одномоментные радикальные операции. При гастрэктомиях в наших наблюдениях, мы отдаем предпочтение эзофагоюноанастомозам в нашей модификации и модификации Ру (при реконструктивных операциях). С 1989 г. в клинике наряду с общеизвестными применяли собственную методику эзофагоюноанастомоза. Особенностью этой модификации является фиксация приводящей петли позади пищевода в заднем средостении, наложении прови-



зорных 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].

Всего у 140 (55,5 %) 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 44 больных, с резекцией поперечной ободочной кишки и ее брыжейки – у 43, пищевода – у 15, печени – у 19 больных, еще у 19 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 (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 (1988) [2], совпадающее с другими авторитетными специалистами [7], что при операциях на высоте кровотечения из опухоли кардиального отдела желудка 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 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 предпочтение отдаем модификациям резекции по Бильрот-II.

Особую категорию пациентов составляют больные с кровоточащими опухолями культи желудка. Комбинированные экстирпации культи желудка выполнены у 10 больных (у 5 – с резекцией толстой кишки, дополнен-

ной у 2 больных спленэктомией; у 3 – с резекцией поджелудочной железы). Умер 1 больной вследствие легочно-сердечной недостаточности. При кровотечениях из нерезектабельной опухоли культи желудка единственно возможными остаются эндоскопический и рентгенэндоваскулярный гемостаз, выполненные в 4 случаях. У 2 больных отмечен рецидив кровотечения с летальным исходом.

Таким образом, из 120 (47,6 %) больных группы сравнения urgently оперировано 58 (48,3 %) пациентов, в основной группе применение малоинвазивных и симптоматических операций позволило у 108 (81,8 %) больных выполнить радикальные оперативные вмешательства в отсроченном порядке. Всего послеоперационные осложнения возникли у 78 (30,1 %) больных. Послеоперационная летальность составила 14,3 % (36 больных) общая летальность – 17,4 % (44 больных). В группе сравнения послеоперационные осложнения возникли у 44 (36,6 %) больных, послеоперационная и общая летальность составили 17,5 % и 22,5 % соответственно. В основной группе применение разработанной хирургической тактики и методов лечения сопровождалось снижением числа послеоперационных осложнений до 34 (25,7 %) случаев, послеоперационной летальности до 11,3 % (15 больных) и общей летальности до 12,8 % (17 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 с 36,6 до 25,7 %, послеоперационной летальности с 17,5 до 11,3 % и общей летальности с 22,5 до 12,8 %.

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. Громов М. С. 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. Поликарпов, 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 // Практик. онкол. – 2001. – №3(7). – С. 18–24.
7. 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.
8. Патент України № 30043 А61В 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.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВОРОЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ШЛУНКА, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ ШЛУНКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

В. О. Лазирський

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 %). Наведено результати лікування хворих з гострою шлунковою кровотечею. У цій групі ургентні операції виконано у 82 (32,5 %) хворих. З них радикальні оперативні втручання було виконано у 9 (3,5 %) хворих. У відстрочені терміни оперовано 170 (67,5 %) хворих. Радикальні операції були виконані у 131 (51,9 %) хворого, у 39 (15,4 %) – паліативні та симптоматичні. Післяопераційні ускладнення виникли у 30,9 % (78 хворих), післяопераційна летальність склала 14,2 %, загальна – 17,4 % (36 та 44 хворих).

Ключові слова: ускладнений місцево-розповсюджений рак шлунка, хірургічне лікування.

SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER COMPLICATED BY ACUTE GASTRIC BLEEDING

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 %). The analysis of the treatment of patients with acute gastric bleeding. In this group, 82 were operated on emergency basis (32.5 %) patients. Of these radical operations were performed in 9 (3.5 %) patients. The delayed procedure operated 170 (67.5 %) patients. Radical surgery was performed in 131 (51.9 %) patients, 39 (15.4 %) – palliative and symptomatic. Postoperative complications occurred aroseto 30.9 % (78 patients), postoperative and total mortality was 14.2 % and 17.4 % (36 and 44 patients), respectively.

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