

УДК 616.33-006.6-06-089-616.341/.345-089

*В.В. Бойко, С.А. Савви, В.А. Лазирский, В.Н. Лыхман***ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТА КИШЕЧНИКА В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОГО МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА***ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков*

Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 246 больных с осложненным местно-распространенным раком желудка, за период с 1998 г. по 2010 г. Течение основного заболевания осложнилось кровотечением у 162 (65,8%) больных, стенозом – у 49 (19,9%), перфорацией – у 12 (4,0%), и их сочетанием – у 23 (9,3%). Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 109 (44,3%) больных, у 137 (68,6%) – паллиативные и симптоматические операции. Послеоперационные осложнения возникли у 41,5% (102 больных), послеоперационная летальность составила 18,6% и общая летальность – 23,5% (46 и 58 больных).

Ключевые слова: осложненный местно-распространенный рак желудка, гастропластика илеоцекальным сегментом кишечника.

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 при наличии тяжелых осложнений [2, 4]. Острое желудочное кровотечение развивается у 2,7-41,7% больных раком желудка [1, 4]. Некоторыми исследователями пропагандируется органосохраняющий подход к лечению подобных больных [3, 5]. Другие авторы считают целесообразным применение расширенных и комбинированных оперативных вмешательств с лимфодиссекцией [1, 2].

Проблема же оказания онкохирургической помощи больным с раком желудка остается по-прежнему далекой от разрешения. Частота развития послеоперационных осложнений варьирует от 16,3 до 38,0% а летальности от 12,0 до 37,2% [2, 4].

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с осложненным местно-распространенным раком желудка.

Материал и методы

Исследование основано на анализе результатов лечения 156 больных с местно-распространенным раком желудка, находившихся на лечении в ГУ Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины с 1998 г. по 2010 г., в возрасте от 29 до 86 лет. Средний возраст $62,9 \pm 7,0$ лет. Мужчин 152 (61,8%), женщин – 94 (38,2%).

Поражение кардиального отдела желудка отмечено у 26 (10,5%) больных, тела желудка – у 97 (39,4%), выходного отдела – у 75 (30,5%), субтотальное поражение желудка – у 29 (11,8%), тотальное – у 19 (7,7%) больных. Течение основного заболевания осложнилось: кровотечением у 162 (65,8%) больных, стенозом – у 60 (24,4%), перфорацией – у 8 (3,2%), и их сочетанием – у 16 (6,5%) больных. По классификации стадий опухолевого процесса TNM у всех больных распространение опухоли соответствовало стадии T4.

Низкодифференцированная аденокарцинома выявлена у 116 (47,2%) больных, с разной степенью дифференцировки аденокарциномы – у 87 (35,4%) и перстневидноклеточный рак – у 43 (17,4%) больных. У всех больных выявлено распространение опухоли на близлежащие органы: поджелудочную железу – у 81 (32,9%), мезоколон и ободочную кишку – у 62 (25,2%), пищевод – у 26 (10,6%), левую долю печени – у 22 (8,9%), селезенку – у 14 (5,7%), двенадцатиперстную кишку (ДПК) – у 9 (3,6%), и инвазия в несколько органов – у 32 (13,0%) больных.

Кровопотеря легкой степени, в соответствии с классификацией А.А. Шалимова и В.Ф. Саенко (1987), выявлена у 79 (32,1%) больных; среднетяжелая – у 142 (57,7%); тяжелой степени – у 25 (10,1%) больных.

Результаты и обсуждение

В ГУ «Институт общей и неотложной хирургии» АМН Украины на протяжении мно-

гих 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 местно-распространенного 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).

Для оценки состояния гемостаза использовали классификацию активности кровотечения Forrest J.A.H. в модификации Никишаева В.И. (1997). Достижение временного эндоскопического гемостаза у 49 (19,9%) больных с продолжающимся кровотечением из опухоли желудка позволило провести интенсивную предоперационную подготовку с отсроченным оперативным вмешательством в течение 2-6 суток после госпитализации. У 36 (14,6%) больных операции выполнены на высоте кровотечения.

Выполнение рентгенэндоваскулярного гемостаза проведено у 32 (13,0%) больных как первый этап хирургического лечения и еще у 13 (5,3%) больных явилось 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.

При переносимости радикального оперативного вмешательства выполняем одноэтапные радикальные операции, при высоком операционном риске применяем двухэтапную

тактику (I этап – паллиативная резекция $1/2$, $2/3$, $3/4$ желудка с опухолью а также паллиативную гастрэктомию; II этап – радикальная ререзекция желудка (гастрэктомия) с адекватной лимфодиссекцией и резекцией пораженных соседних органов. Паллиативные и симптоматические операции выполнены у 137 (68,6%) больных.

Из 36 (14,6%) больных оперированных на высоте кровотечения из изъязвленной местно-распространенной опухоли желудка радикальные оперативные вмешательства выполнены у 5, послеоперационные осложнения возникли у 18 (7,3%), умерло – 15 (6,1%) больных.

Паллиативные резекции желудка выполнены у 38 (15,4%) больных с кровотечением из опухоли в качестве основного оперативного вмешательства при запущенных формах заболевания. Еще в 28 (11,4%) 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 эзофагоюноанастомозам в нашей модификации и модификации Ру (при реконструктивных операциях). С 1989 г. в клинике наряду с общеизвестными применяли собственную методику эзофагоюноанастомоза, 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. Цацаниди и А.В. Богданову (1969).

Наличие кровотечения из аррозированных сосудов смежных органов считали дополнительным аргументом в пользу применения комбинированных операций. У 81 (32,9%) 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 32 больных, с резекцией поперечной ободочной кишки и ее брыжейки – у 19, пищевода – у 12, печени – у 6 больных, еще у 12 больных выполнена резекция нескольких органов.

При гастрэктомии в сочетании с резекци-

ей поперечной ободочной кишки, хороших интраоперационных условиях применяли эзофагогастропластику илеоцекальным сегментом кишечника (9 больных). Наличие изоперистальтической реконструкции и баугиниевой заслонки в трансплантате создавало хорошие условия для функционирования трансплантата, перемещенного в желудочную позицию, предупреждение дуоденоэзофагеального рефлюкса.

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 (5,7%) наблюдениях. Радикальное оперативное вмешательство выполнено только у 4 (1,6%) больных, паллиативные резекции желудка – у 6 (2,4%), симптоматические операции – у 4 (1,6%) больных.

Стеноз желудка при его опухолевом поражении отмечен нами в 70 (28,5%) наблюдениях среди прочих. Согласно рентгенологической классификации Линденбрата компенсированный стеноз выявлен у 32 (13,0%) больных, субкомпенсированный – у 29 (11,8%), декомпенсированный – у 9 (3,6%). Радикальные операции выполнены только у 19 (7,7%) 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 31 (12,6%) больного. При крайне запущенном заболевании у 20 (8,1%) больных для обеспечения питания были выполнены симптоматические операции – сформированы еюно- или гастростомы.

Послеоперационные осложнения возникли у 102 (41,5%) больных. Послеоперационная летальность составила 18,6% (46 больных) общая летальность – 23,5% (58 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. Выполнение гастропластики илеоцекальным сегментом кишечника с включением в процесс пищеварения двенадцатиперстной кишки и созданием антирефлюксного механизма способствует улучшению качества жизни оперированных больных.

3. Внедрение предложенной хирургической тактики и новых оперативных вмешательств способствовало снижению числа послеоперационных осложнений до 41,5%, послеоперационной летальности до 18,6% и общей летальности до 23,5%.

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІЛЕОЦЕКАЛЬНОГО СЕГМЕНТУ КИШЕЧНИКА У ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО МІСЦЕВОРІЗПОВСЮДЖЕНОГО РАКУ ШЛУНКА

В.В. Бойко, С.О. Савві, В.О. Лазирський, В.М. Лихман

Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 246 хворих на ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка, за період з 1998 р. по 2010 р. Перебіг основного захворювання було ускладнено кровотечею у 162 (65,8%) хворих, стенозом – у 49 (19,9%), перфорацією – у 12 (4,0%), та їх поєднанням – у 23 (9,3%). Радикальні оперативні втручання були виконані у 109 (44,3%) хворих, у 137 (68,6%) – паліативні та симптоматичні операції. Післяопераційні ускладнення виникли у 41,5% (102 хворих), післяопераційна летальність складала 18,6% (46 хворих) та загальна летальність – 23,5% (58 хворих).

Ключові слова: ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка, гастропластика ілеоцекальним сегментом кишечника.

POSSIBILITIES OF ILEOCECAL SEGMENT APPLICATION IN SURGERY OF LOCALLY ADVANCED GASTRIC CANCER

V.V. Boyko, S.A. Savvi, B.A. Lasirskiy, V.N. Lychman

The study is based on results of operative treatment of 246 patients with complicated locally expanded gastric cancer treated in the Institute in 1998-2010. The disease was complicated by bleeding in 162 (65.8%) patients, stenosis – in 49 (19.9%), perforation – in 12 (4.0%), their combination – in 23 (9.3%). Radical surgery was performed in 109 (44.3%), in 137 (68.6%) – palliative and symptomatic operations. The applica-

tion of two-stage surgical tactics allowed to decrease the number of postoperative complications to 41.5% (102 patients) and postoperative mortality to 18.6% and mortality to 23.5% (46 and 58 patients).

Key words: complicated locally expanded gastric cancer.

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 же-

лудка / 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. Напалков [и др.] // Вестник хирургии. – 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. Давыдов М.И. 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.

Стаття надійшла 01.03.2011