

Ю.А.Салиев, Ю.В.Остапенко

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

Реферат. Представлен анализ литературы и наши наблюдения, дающие основание считать, что главными причинами запущенного рака дистального отдела желудка являются низкая медицинская грамотность населения, поздняя обращаемость, недостаточная онконастороженность врачей общей лечебной сети, отсутствие скрининговых программ по выявлению рака желудка на ранних стадиях. Изучены причины нерезектабельности 146 больных раком дистального отдела желудка. Разработаны способы симптоматических операций и регионарной химиотерапии у больных с данной патологией, что позволило повысить среднюю продолжительность жизни до 15,4 мес.

Ключевые слова: запущенный рак дистального отдела желудка, диагностика, осложнения, лечение.

Рак желудка является одним из самых распространенных онкологических заболеваний в мире. Ежегодно диагностируется около 800000 новых случаев. Самая высокая выживаемость больных раком желудка зарегистрирована в Японии – 53%, в других странах она не превышает 20%. В первую очередь, это связано с выявляемостью рака желудка на ранних стадиях, благодаря массовому скринингу населения и принятым национальным программам по борьбе с раком. [14, 27].

В Украине среди онкологических заболеваний рак желудка занимает третье место у мужчин и четвертое у женщин. Заболеваемость составляет 28,0 на 100000 населения. Показатель смертности от рака желудка составляет 22,5 на 100000 населения и занимает второе место как у мужчин, так и у женщин, при этом в первый год умирает более половины больных – 65% [17]. Такой высокий показатель смертности объясняется тем, что около 80% больных на момент начала лечения имеют запущенную форму, что соответствует III – IVст., что является результатом поздней диагностики данного заболевания. Локализация опухоли в дистальном отделе желудка отмечена в 40 - 65% случаев [3,8,12].

На сегодняшний день единственным способом полного излечения от рака желудка остается радикальная хирургическая операция. Несмотря на улучшающуюся оперативную технику и расширение объема оперативных вмешательств, процент радикально оперированных больных раком дистального отдела желудка составляет около 40%, а пятилетняя выживаемость, даже у радикально оперированных, колеблется в пределах от 9 до 35% [3]. Пациенты, которым не удается выполнить радикальную операцию, оказываются в крайне затруднительном положении, так как, с одной стороны, у них имеется злокачественная опухоль, которая оказывает разрушающее действие на весь организм, а с другой стороны, эта опухоль является препятствием на пути прохождения пищи по желудочно – кишечному тракту.

Бессимптомное начало, агрессивное течение, быстрая диссеминация и поздняя обращаемость, а также низкая эффективность используемых стандартных методов терапии делают актуальным разработку новых способов лечения больных с нерезектабельным раком дистального отдела желудка.

Возраст пациентов довольно ощутимо отражается на запущенности и операбельности процесса. Пик заболеваемости раком желудка приходится на 50 - 70 лет [24, 28]. По данным А.М.Акимова и А.Н.Лисицкого, IV стадия рака желудка диагностирована у 42,5% больных в возрасте 60 лет и старше и у 36,6% пациентов моложе 50 лет [1]. По некоторым данным, операбельность в возрасте старше 70 лет составила всего лишь 48,3% [23]. По данным нашей клиники, 96,8% больных пожилого и старческого возраста оперированы в III - IV стадии заболевания, резектабельность составила 59,7%, в то время, как в общей группе оперированных больных (2638) этот показатель не достиг и 52% [4].

Форма роста опухоли имеет немаловажное значение в развитии заболевания. Работами многих авторов доказана связь между макроскопическим строением опухоли и ее резектабельностью, а также, средней продолжительностью жизни. Экзофитная форма роста опухоли отмечена у 26,5 - 51,4%, инфильтративная и смешанная - у 48,6 - 88,5% радикально оперированных, у неоперабельных - 7,1 - 23,2%, и 76,8 - 98,7%, соответственно [21, 25].

Многие исследователи приводят данные о взаимосвязи макро- и микроскопического роста опухоли с ее резектабельностью. В большинстве случаев в желудке выявляется аденокарцинома (66,8 - 82,8%) различной степени дифференцировки, реже - недифференцированный рак. Замечено, что при нерезектабельном процессе резко возрастает процент недифференцированных раков и низкодифференцированных аденокарцином, как правило, в сочетании с инфильтративно растущей опухолью [16, 25].

Как правило, течение запущенного рака желудка, особенно выходного отдела, в большинстве случаев сопровождается развитием осложнений опухолевого процесса. Сюда относятся такие со-

стояния как интоксикация, кахексия, различные нарушения гомеостаза и т.д., но самыми грозными и опасными для жизни являются стеноз, кровотечение, перфорация опухоли. Частота их зависит от разных факторов, но общим, наиболее постоянным, условием их возникновения является поздняя диагностика. При I - II стадиях частота осложнений не превышает 4,5 - 5%, при III стадии достигает 28 - 36%, при IV - превышает 50 - 60% [13]. Обращает на себя внимание и возрастной состав пациентов с осложненным течением рака желудка. В этой категории преобладают больные пожилого и старческого возраста (56 - 88%) [10, 13].

Наиболее частое осложнение рака выходного отдела желудка - стеноз. У больных с опухолью антрального отдела это осложнение встречается в 40 - 60% случаев и в 15 - 20% от общего количества больных раком желудка. Наиболее часто отмечен стеноз в стадии субкомпенсации - до 70% [2]. Степень декомпенсации стеноза напрямую связана со стадией заболевания. При IV стадии субкомпенсированный и декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка встречается у 85 - 90% больных. В возрастной структуре значительно преобладают лица старше 60 лет - 80 - 90% [6, 13]. Причиной такой запущенности процесса многие авторы считают позднюю обращаемость, в ряде случаев - неоправданно длительное наблюдение и консервативное лечение по поводу «язвенного» стеноза [4, 11, 16], хотя диагностика заболевания и развившегося осложнения в данном случае не представляет никаких затруднений. Резектабельность опухоли, сопровождающейся данным осложнением, не превышает 30 - 40 % [10, 15]. Довольно часто стеноз антрального отдела желудка сочетается с анемией [5, 6, 7], что значительно ухудшает состояние больного и требует проведения более интенсивной предоперационной подготовки, включающей гемотранфузии. Для пациентов с компенсированным и субкомпенсированным стенозом пролонгирование предоперационного периода на один - два дня не отягощает их состояния, в то время как пациенты, страдающие декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка, не имеют времени на длительный срок подготовки к оперативному лечению.

При раке желудка кровотечение из опухоли достигает 14 - 55% из числа наблюдаемых больных с осложнениями [13]. Постгеморрагическая анемия отмечена у 30 - 52% больных. [2, 13, 22, 26]. Диагностика острого желудочного кровотечения не представляет больших трудностей, поэтому пациенты в подавляющем большинстве случаев получают адекватную терапию вовремя и в полном объеме. Несколько различаются взгляды хирургов на срочность оперативного вмешательства. Если при профузном кровотечении всегда выбирается агрессивная тактика, то в отношении кровотечений средней и особенно легкой степени многие предпочитают использовать вначале консервативные методы и только при повторном кровотечении предпринимают хирургическое вмешательство [21]. Интересны данные о резектабельности кровоточащей опухоли желудка. В хирургических отделениях общего профиля этот показатель не превышает 20%, в то время как в онкологических клиниках на высоте кровотечения радикальные операции удается выполнить в 30 - 40% случаев [5].

Оперативные вмешательства, выполненные на фоне осложнений опухолевого процесса, сопровождаются высокой летальностью. Операции, выполненные по поводу стеноза выходного отдела желудка или на его фоне, сопровождаются наиболее низкой послеоперационной летальностью. Частота послеоперационных осложнений не превышает 20%, летальность колеблется от 4,4 до 11% [2, 6]. Летальность после оперативных вмешательств, выполненных на фоне кровотечения, составляет 8 - 60%, что связано с большим количеством пробных лапаротомий и смертью, наступившей от продолжающегося кровотечения, повторными кровотечениями, развившимися после перевязки магистральных сосудов. Высока смертность и после радикальных операций и достигает 10 - 25% [1, 22].

Отдаленные результаты лечения больных с осложненным течением рака желудка значительно хуже, чем при не осложненных его формах. Объяснить это можно тем, что значительное число пациентов с перфоративными и кровоточащими опухолями поступают в urgentные хирургические стационары и там же получают неотложную оперативную помощь. Нередко в общехирургических клиниках производят и повторные оперативные вмешательства. Как уже отмечалось выше, в таких ситуациях страдает радикализм выполненных вмешательств, неправильно определяется распространенность процесса, не всегда операционная бригада владеет навыками выполнения расширенных и комбинированных оперативных вмешательств при онкологической патологии [5, 9, 10].

Материалы и методы

В Донецком областном противоопухолевом центре за период с 1995 по 2004г.г. пролечено 3274 больных раком желудка различной локализации, из них оперировано 2664 (81,4%) пациента. III и IV стадии заболевания отмечены у 2569 (78,5%) больных. Радикальные и паллиативные операции выполнены 1224 пациентам, что составило 45,9% от числа оперированных, симптоматические операции - 520 (19,5%), эксплоративные - 774 (29,1%).

В том числе больных раком дистального отдела желудка пролечено 812 (24,8%) больных, III и IV стадии заболевания отмечены у 600 (73,9%). Оперировано 726 (89,4%) пациентов, радикальные и паллиативные операции выполнены 385 (53,0%) больным, симптоматические - 274 (37,7%), а эксплоративные - 46 (6,3%). Остальные 86 (10,6%) больных оказались неоперабельными из - за запу-

ценности опухолевого процесса и тяжести состояния, отсутствия явлений стеноза привратника и кровотечения из опухоли. Из приведенных данных видно, что количество оперированных больных с локализацией опухоли в антральном отделе выше, чем при локализации опухоли в других отделах желудка, что объясняется большим процентом осложнений течения опухолевого процесса (стеноз, кровотечения, перфорация). Изучены причины нерезектабельности опухоли у 146 больных раком антрального отдела желудка IV стадии. У 17 из них выявлено субтотальное поражение, 137 (93,8%) имели осложнение основного заболевания в виде стеноза различной степени тяжести, 28 (19,2%) - анемии, которая почти во всех случаях сочеталась со стенозом. Причинами отказа от выполнения операции в радикальном объеме в 17 (11,6%) случаях явилось прорастание опухоли в соседние структуры и органы, в 29 (19,9%) - наличие отдаленных метастазов, в остальных 100 (68,5%) - сочетание местного распространения и наличия отдаленных метастазов. 86 больным выполнена гастроэнтеростомия по классическим методикам, 43 - по способам, разработанным в клинике, которые заключаются в изоляции опухоли из пищеварительного канала путем неполного пересечения желудка в поперечном направлении проксимальнее опухоли, 10 - фундоэюностомия по оригинальной методике, 7 - еюностомия по Майдлю.

Учитывая данные о том, что выключение опухоли из процесса пищеварения замедляет ее рост и позволяет отдалить сроки метастазирования, а также обеспечивает профилактику таких осложнений как кровотечение и перфорацию, нами, с целью продления и улучшения качества жизни, разработаны принципиально новые способы гастроэнтеростомии, которые позволяют практически полностью исключить контакт опухоли с пищевыми массами, исключить внутривенозный лимфо- и кровоток, повысить надежность линии швов сшиваемых органов. Отличительной особенностью предложенных операций является поперечное пересечение желудка проксимальнее опухоли с сохранением просвета у большой или малой кривизны, укрепление линии механического шва узловыми серозно-мышечными швами, формирование гастроэнтероанастомоза по типу "конец в бок" или "бок в бок" у большой кривизны проксимального отдела желудка, перитонизация линии швов приводящей петель или местными тканями [18, 19].

Также, предложен способ селективной внутриартериальной полихимиотерапии нерезектабельного рака дистального отдела желудка, основанный на приведенных выше методиках гастроэнтеростомий. С этой целью производят катетеризацию правой желудочно-сальниковой артерии. По первому варианту катетер вводят в артерию на уровне мобилизации большой кривизны желудка и проводят до места раздвоения поджелудочно-двенадцатиперстной артерии. По второму варианту катетеризируют правую желудочно-сальниковую артерию на уровне нижнего края гастроэнтероанастомоза и проводят до устья правой желудочной артерии. В этом случае пересечение желудка со стороны большой или малой кривизны прерывает внутривенозный кровоток, позволяя создать максимальную концентрацию химиопрепарата в зоне опухоли и первого уровня метастазирования [20].

Результаты и обсуждение

Давность заболевания до обращения в противоопухолевый центр составляла, в основном, 4,8 мес, до обращения в местную больницу - 1,2 мес. Давность проявлений стеноза до момента поступления в центр достигала 1,6 мес. Почти все пациенты до поступления в противоопухолевый центр проходили обследование в местных лечебных учреждениях от 3 - 4-х дней до 1,5 - 2-х месяцев, лечение по поводу «гастрита» и «язвенной болезни» - от нескольких недель до 2 - 4-х месяцев.

В раннем послеоперационном периоде у 7 (8,1%) больных контрольной группы и у 1 (2,3%) пациента исследуемой отмечен анастомозит, который купирован консервативно. Несостоятельность гастроэнтероанастомоза развилась у 1 (1,2%) больного контрольной группы. В отдаленные сроки после операции стеноз гастроэнтероанастомоза вследствие прорастания опухолью развился у 6 (6,9%) больных контрольной группы, в исследуемой группе данных осложнений не было. Кровотечение из распадающейся опухоли диагностировано у 8 (9,6%) больных контрольной группы и у 1 (2,3%) пациента исследуемой. Перфорация опухоли отмечена у 2 (2,4%) больных контрольной группы. Использование способов гастроэнтеростомий с выключением опухоли из пищеварительного канала позволило провести специальное лечение 83,7% пациентам исследуемой группы, из них 68,2% больных оно начато в раннем послеоперационном периоде. В контрольной группе специальное лечение проведено 52,3% больных и всего 34,0% пациентов лечение удалось начать в раннем послеоперационном периоде. Средняя продолжительность жизни пациентов исследуемой группы составила 15,4 мес, контрольной - 9,6 мес.

Предложенные способы гастроэнтеростомии позволяют снизить частоту осложнений, вызванных прогрессированием опухолевого процесса, а также частоту ранних послеоперационных осложнений. Это позволило сократить время до начала специального лечения и 68,2% больных начать его в раннем послеоперационном периоде, увеличить среднюю продолжительность жизни и улучшить ее качество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов А.М., Лисицкий А.Н. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка у больных пожилого возраста // Хирургия. - 1977. - № 10. - С.14 - 17.
2. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка. - М.: Медицина. - 1976. - 352 с.
3. Болюх Б. А. Диагностика рака желудка и качество обследования негоспитализированных больных в поликлинике онкологического диспансера// Клини. хир. - 1992. - № 5. - С. 26 - 28.
4. Болюх Б.А. О радикальном оперативном лечении рака желудка в хирургических стационарах // Вопр. онкол. - 1991. - № 7 - 8. - С. 869 - 872.
5. Болюх Б.А., Алексеев В.А. Пробная лапаротомия при раке желудка // Клини.хир. - 1992. - № 9 -10.-С. 54-55.
6. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Звездин В.П., Попович А.Ю. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка у больных пожилого и старческого возраста // Клини. хир. - 1987.- №5.-С. 14-17.
7. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Псарас Г.Г. Непосредственные результаты симптоматических и пробных операций при раке желудка у больных пожилого и старческого возраста // Клини. хир. - 1988.-№5.-С. 5
8. Бондарь Г.В., Думанский Ю.В., Яковец Ю.И. и др. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка, осложненного анемией // Клини. хир. - 1992. - №5. - С. 1-4.
9. Вилянский М.П., Чумаков А.А., Хорев А.Н. Опухоли как причина острых желудочно-кишечных кровотечений // Вопр. онкол. - 1991. — № 6. - С. 742 - 745.
10. Годованец Б.И., Шевчук М.Г., Погрибный И.П. Перфорация раковой опухоли желудка // Клини, хир. - 1983. - № 5. - С. 7 - 10.
11. Гришко А.Б. Выбор способа резекции желудка при раке его дистального отдела: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Саратов, 1999. - 22 с.
12. Денисов Л.Е., Виноградова Н.Н., Ушакова Т.И., Николаев А.П. Современное состояние заболеваемости раком желудка // Хирургия. - 1997. - №3. - С. 21 – 24.
13. Ефимов Г.А., Синюрин В.З., Митин А.А. Лечение осложненного рака желудка у больных пожилого возраста // Хирургия. - 1986. - № 1. - С. 27 - 30.
14. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний в кн. Канцерогенез.– М.: Научный мир, 2000.–с.26–30,34–56.;
15. Логунов В.К., Барановский А.Ю., Гурин Н.Н. и др. О достоверности эндоскопической гастробиопсии в диагностике рака желудка // Вестн. хир. - 1999. - № 1. - С. 13-16.
16. Лукьянов В.М., Денисов Л.Е., Ушакова Т.И., Виноградова Н.Н. Анализ результатов диагностики и лечения рака желудка IV стадии у постоянно наблюдаемой группы больных // Хирургия. - 1999.-№3. С. 22-24.
17. Онкологічні захворювання в Україні 1993 – 2003р
18. Патент 23904А Украина. МПК А61В17/00. Спосіб шлунково-тонкокишкового анастомозу/ Нікулін І.В., Кустрьо В.І., Салієв Ю.О., Бондар В.Г. – Заявлено 08.07.96; опуб. 31.08.98// Бюл.№4.
19. Патент 32796А Украина. МПК А61В17/00. Спосіб шлунково-тонкокишкового анастомозу/ Салієв Ю.А., Сєдаков І.Є., Бондар В.Г., Нікулін І.В. – Заявлено 22.04.1998; Опуб. 15.02.2001// Бюл.№1.
20. Патент 65481А Украина. МПК А61В17/00. Спосіб симптоматичного лікування нерезектабельного раку дистального відділу шлунка та його варіанти / Бондар В.Г., Остапенко Ю.В., Салієв Ю.А., Сєдаков І.Є., Бондар Г.В. – Заявлено 13.11.2003; Опуб. 15.03.2004// Бюл.№3.
21. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. - М.: Медицина, 1987. - 256 с.
22. Топузов Э.Г., Плотников Ю.В., Гоголашвили И.Т. Экспертная система выбора лечебной тактики при кровоточащем раке желудка // Вопр. онкол. - 1994. - № 7 - 12. - С. 341 - 345.
23. Хонелидзе Г.Б., Яковлева И.А., Коцуг Г.Д. и др. Группы повышенного риска заболевания раком желудка и эффективность диспансеризации// Вопр. онкол. - 1982. - № 6. - С. 62 - 68.
24. Черный В.А., Пенья М. Опыт лечения больных раком желудка старше 70 лет // Клини. хир. - 1988.-№5.-С. 35-36.
25. Шевченко И.Т. Особенности течения и лечения рака желудка у больных пожилого и преклонного возраста // Вопр. онкол. -1980.- № 4. - С. 99-101.
26. Borch K., Hammarstrom L.E., Liedberg G. Gastric cancer. Diagnosis, treatment and prognosis in clinical routine // Acta chir. Scand. - 1982. - Vol. 6. - P. 517 - 523.
27. Gotoda Takuji, Akio Yanagisawa, Mitsuru Sasako, Hiroyuki Ono, Yukihiro Nakanishi, Tadakazu Shimoda, and Yo Kato. Incidence in lymph node metastasis]
28. Grubner V.R., Rademacher V., Mentges B et al. Das Magenkarzinom bei Patienten unter 40 Jahren // Zbl.Chir. - 1988. - Bd. 113. H. 3. - S. 174 - 182.

