

УДК 616.33-006.6-089

**РАСШИРЕННЫЕ И РАСШИРЕННО-КОМБИНИРОВАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Т.Т. Борбашев, М.Ю. Харитонов

Рассмотрены вопросы необходимости оперативного лечения осложненных форм рака желудка при наличии осложнений.

Ключевые слова: рак желудка; перигастральная лимфодиссекция; непосредственные и отдаленные результаты лечения; рандомизированные исследования.

**ADVANCED COMBINED OPERATIONS IN COMPLICATED
GASTRIC CANCER (REVIEW)**

T.T. Borbashev, M.Yu. Kharitonov

The paper considers the issues of need for expeditious treatment of the complicated forms stomach cancer in the presence of complications.

Keywords: stomach cancer; gastric cancer; lymph node dissection; lymph node dissection; postoperative and long-term results; randomized trials.

Актуальность. Несмотря на стабильное снижение заболеваемости и летальности рак желудка по-прежнему остается крайне актуальной проблемой. Длительное время это грозное заболевание оставалось ведущей причиной смертности от онкологической патологии во всем мире. В последнее время, благодаря изменениям пищевого рациона, методик приготовления и хранения пищи, частота этого заболевания в экономически развитых странах постепенно снижается [1].

Однако, несмотря на это, проблема выявления и лечения рака желудка на сегодняшний день остается высокоактуальной.

Лечение рака желудка – одна из наиболее сложных проблем онкологии. Ограниченные возможности хирургического лечения, в особенности при III стадии заболевания, делают понятным стремление отечественных и зарубежных онкологов разрабатывать схемы комбинированного и комплексного лечения с включением в качестве дополнения к операции лучевого или химиотерапевтического воздействия, а также неспецифических иммуномодулирующих препаратов.

Для рака желудка одним из наиболее важных прогностических критериев является поражение метастазами регионарных лимфатических узлов. Больше половины больных после радикальных

операций погибают в ближайшие годы в основном в результате локо-регионарных рецидивов, частота которых достигает 30–50 % случаев.

В последнее время сколько-нибудь оптимистические прогнозы связываются с внедрением в практику принципиальной лимфодиссекции, сопровождающейся удалением пораженного органа и зон регионарного метастазирования [2]. Представлены результаты мировых рандомизированных клинических исследований, посвященных безопасности и эффективности различных объемов лимфодиссекции при раке желудка. Показано, что расширение объема лимфодиссекции приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений и летальности при отсутствии ее влияния на отдаленные результаты лечения. Проанализированы возможные причины противоречивости данных, полученных разными исследователями, определены пути дальнейшего изучения проблемы хирургического лечения рака желудка.

Вместе с тем отдаленные результаты лечения РЖ нельзя признать удовлетворительными. Так, 5-летняя выживаемость больных в III и IV стадиях заболевания, чей удельный вес в Российской Федерации является преобладающим, не превышает 30 %. Те же показатели 5-летней выживаемости достигают 55 % в случаях, когда заболевание

ограничивается стенкой желудка. Локо-регионарное метастазирование при РЖ происходит уже на ранних стадиях заболевания. Так, если опухоль ограничивается слизистой оболочкой желудка, регионарные лимфатические узлы (ЛУ) поражаются в 3–5 % случаев, при поражении подслизистой основы – у 11–25 % больных, а при поражении серозной оболочки – у 83 % пациентов [3].

Несмотря на кажущуюся логичность и обоснованность выполнения расширенных операций для достижения их радикальности, целесообразность ЛД в объеме, превышающем D1, признается далеко не всеми хирургами и является предметом непрекращающихся дискуссий. Противники расширенной ЛД указывают на увеличение частоты послеоперационных осложнений и летальности, которые нивелируют ее потенциальный эффект. Кроме того, очевиден и тот факт, что ЛД не предупреждает ни гематогенную, ни перитонеальную диссеминацию опухоли, тогда как местные рецидивы, на профилактику которых направлены расширенные операции, составляют не более четверти среди всех причин прогрессирования РЖ. В настоящем обзоре литературы мы попытались систематизировать и проанализировать публикации последних лет, посвященные различным аспектам расширенной ЛД при раке желудка.

Традиционно радикальные операции по поводу рака любой локализации включают обязательное моноблочное футлярно-фасциальное удаление региональной клетчатки вместе с ЛУ и лимфатическими сосудами. Не проводя исторического экскурса, отметим, что К.П. Сапожков еще в 1945 г. выдвинул идею принципиальной гастрэктомии с расширенной лимфаденэктомией при раке желудка, называя ее “предельно-радикальной операцией”. Вместе с тем лишь после работ, показавших значимое улучшение результатов выживаемости при увеличении объема удаляемых ЛУ, ЛД получила “второе дыхание”, а в Японии была возведена в ранг общенационального стандарта [4].

На Консенсусной конференции, посвященной проблеме расширенной лимфодиссекции при хирургическом лечении рака желудка (IV Международный конгресс по раку желудка – New York, USA, 2001), лимфодиссекция D2 признана безопасной процедурой и обязательным минимальным элементом хирургического лечения рака желудка.

В этих условиях нам представляются не полностью реализованными перспективы улучшения результатов хирургического лечения осложненного рака желудка.

Хирургическое лечение больных с осложненным раком желудка представляет собой сложную клиническую задачу с медицинскими и организационными проблемами. Одним из наиболее тяжелых осложнений в клиническом течении рака желудка

являются кровотечения из опухоли и стенозирование выходного отдела. Частота желудочных кровотечений при раке желудка варьирует от 4 до 30 %. Радикальные операции удается выполнить, по данным различных авторов, у небольшого количества больных – от 8 до 54 %. В настоящее время стеноз пилорического отдела желудка в преобладающем большинстве случаев обусловлен раком желудка. Если клинические проявления, тяжесть и характер изменений в гомеостазе при раке желудка, осложненном стенозом, изучены в достаточной степени, то тактика хирургического лечения в зависимости от распространенности опухолевого процесса и выраженности стенозирования остается дискуссионной [5, 6].

Большинство хирургов считают осложненное течение опухолевого процесса признаком запущенности и радикальное хирургическое лечение у таких больных не только не выполнимым, но и нецелесообразным. Вместе с тем, в немногочисленных работах, посвященных лечению больных осложненным раком желудка, рассматривается также возможность радикального хирургического лечения [6]. Плохо изучены прогностические факторы после радикальных операций по поводу осложненного рака желудка, а также влияние возникновения самого осложнения на прогноз больного.

Несмотря на совершенствование онкологической помощи и успехи в ранней диагностике, рак желудка распознается у большинства больных в поздних стадиях (III стадия – в 31 %, и IV – в 43 % наблюдений) [7].

Основная масса больных (60–80 % всех госпитализированных) поступает на лечение с запущенными формами заболевания: у них нередко наблюдаются осложнения в виде кровотечения или перфорации опухоли. Одним из наиболее тяжелых осложнений в клиническом течении рака желудка является острое кровотечение, развивающееся у 2,7–41,7 % больных [8, 9].

В 40 % случаев рака желудка имеет осложненное течение в виде стеноза, перфорации или кровотечения. Кровотечение встречается в 41,5 % случаев, стеноз – в 26,1 %, перфорация – в 14 %.

Возможность и целесообразность выполнения радикальных хирургических вмешательств у больных раком желудка III–IV стадии, когда в опухолевый процесс оказываются вовлеченными внежелудочные анатомические образования брюшной, а зачастую и грудной полостей, а также осложненных форм, все еще не получили однозначного решения.

Достижения современной анестезиологии и реанимации расширили показания к хирургическому лечению больных раком желудка. Однако мало внимания уделяется вопросам хирургического лечения осложненного рака желудка, к наиболее частым из которых относят кровотечения из опухоли и стенозы опухолевой природы [10].

Как правило, расширенные хирургические вмешательства у больных с осложненными формами рака желудка всегда сопряжены с высокой степенью риска и высоким процентом летальности. До настоящего времени недостаточно сформулированы показания к выполнению расширенно-комбинированных оперативных вмешательств при осложненных формах рака желудка; не нашли должного отражения непосредственные результаты применения расширенно-комбинированных операций при этой патологии. Однако даже среди этих больных есть категория пациентов, у которых можно ожидать существенного влияния хирургического метода лечения на непосредственные и отдаленные результаты. Следует также отметить, что ряд позиций в установлении зависимости увеличения объема операции у этой категории больных, не установлен окончательно. В этой связи, научные исследования, направленные на решение проблемы повышения эффективности хирургического лечения осложненного рака желудка, являются актуальными.

Среди причин, приводящих к летальному исходу, выделяются осложненные формы рака желудка, составляющие до 36,2–50,1 % больных этого профиля в медицинских учреждениях.

Перфорация, кровотечение, пенетрация, флегмона и стеноз – наиболее частые осложнения рака желудка, в лечении которых до сих пор еще нет четких единых рекомендаций и установок, хотя до 10 % больных с осложненным раком желудка нуждаются в операциях по жизненным показаниям [11–14].

Выбор метода хирургического лечения нередко затруднителен и хирургу приходится принимать решение непосредственно во время операции, учитывая как состояние больного, так и анатомо-морфологические особенности процесса. Методом выбора является выполнение как радикальной, так и паллиативной резекции желудка либо гастрэктомии. Однако выполнение последних допустимо лишь в случаях, когда опасность такого вмешательства не превышает опасности радикальной операции [15, 16].

Более половины больных осложненным раком желудка – лица в возрасте 50 лет и старше – нередко имеют тяжелую сопутствующую патологию (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, аритмии, гипертоническая болезнь и др.), подчас, наряду с основным заболеванием, угрожающую жизни больных в послеоперационном периоде и поэтому объединенных нами под названием “конкурирующие заболевания”. В этой связи представлялось целесообразным исследовать влияние конкурирующих заболеваний на течение послеоперационного периода, корреляцию их с риском смерти и послеоперационных осложнений.

Частота развития послеоперационных осложнений при хирургическом лечении осложненного

рака желудка требует выработки новых тактических подходов к выполнению экстренных вмешательств. Необходимо совершенствовать способы профилактики послеоперационных осложнений. В связи с ростом числа пациентов с распространенным и осложненным раком желудка в общей лечебной сети целесообразна выработка стандартизированного комплекса мер, предупреждающих развитие и снижающих число послеоперационных осложнений на основе опыта специализированного онкологического стационара.

По-прежнему продолжает оставаться весьма актуальной проблема лечения рака желудка, осложненного кровотечением. Число больных с таким осложнением достигает уровня 2,7–41,5 % [17, 18].

Несмотря на совершенствование техники хирургических вмешательств и методик интенсивной терапии, послеоперационная летальность у пациентов с кровоточащим раком желудка достигает 50–60 %. В значительной степени это связано с нарушениями гомеостаза, водно-электролитного обмена, что определяет тяжесть состояния этих больных и их операбельность [17, 19].

В настоящее время вопрос о выборе лечебной тактики и методов оперативного лечения у больных кровоточащим раком желудка является, по-прежнему, дискуссионным. При резектабельном кровоточащем раке желудка субтотальная дистальная резекция (СРЖ) желудка выполняется в большинстве случаев. Основными причинами, побуждающими хирургов к выполнению СРЖ является: более низкая послеоперационная летальность – 7,5–25 % против 25–50 % после гастрэктомии (ГЭ), неподготовленность хирурга к выполнению ГЭ [20]. Являясь радикальной операцией в плане гомеостаза, СРЖ, выполненная не по прямым показаниям, может, с онкологических позиций, терять радикализм.

Наличие резидуальной опухоли в краях резекции повышает риск развития несостоятельности анастомозов на 15–30 %, а отдаленные результаты операций, утративших радикализм, малоутешительные – 3-летняя выживаемость составляет всего 3,6–5,6 %.

Несмотря на сдержанное отношение к гастрэктомии (ГЭ) из-за высокой послеоперационной летальности (25–50 %), в последние годы появляются сообщения и об обнадеживающих результатах этих операций, выполненных даже на высоте кровотечения [13, 21, 22]. О комбинированных ГЭ на высоте кровотечения имеются лишь единичные сообщения [13].

В настоящее время взгляды на проблему хирургического лечения осложненного рака желудка неоднозначны, вплоть до диаметрально противоположных. Четко сформулированной хирургиче-

ской тактики при возникновении осложнений нет, недостаточно освещены в литературе результаты хирургического лечения, не изучена эффективность комбинированных и расширенных операций, что не позволяет однозначно судить о возможностях этого метода. В связи с этим изучение частоты осложнений рака желудка и возможностей хирургического метода лечения позволит разработать более достоверные и объективные показания к различным видам хирургических вмешательств.

Таким образом, лечение больных раком желудка, осложненным кровотечением, представляет большие трудности. В настоящее время продолжается дискуссия о тактике лечения этой тяжелой группы больных. Этими обстоятельствами и обусловлена актуальность темы настоящего исследования.

Литература

1. 8th General Meeting of the WHO; CC for primary prevention, Diagnosis and Treatment of Gastric Cancer. New York, USA, April 29, 2001.
2. Черноусов А.Ф. Хирургическое лечение осложненного рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов // Грудная хирургия. 2004. № 9. С. 70–73.
3. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов // Современная онкология. 2000. Т. 2. № 1. С. 160.
4. Maruyama K., Gunven P., Okabayashi K. et al. Lymph node metastasis of gastric cancer. General pattern in 1931 patients // Ann. Surg. 1989. Vol. 210. № 5. P. 596–602.
5. Алипов В.В. Особенности диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений опухолевой этиологии / В.В. Алипов, Е.Ю. Осинцев // Актуальные проблемы современной хирургии: тр. Междунар. хирург. конгр. М., 2003. С. 16.
6. Бейшембаев М.И. Хирургическое лечение осложненных форм рака желудка: дис. ... д-ра мед. наук / М.И. Бейшембаев. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, 1996. 289 с.
7. Ершов В.В. Гастрэктомия в лечении желудочных кровотечений / В.В. Ершов, А.Д. Рыбинский // Нижегородский медицинский журнал. 1998. № 4. С. 63–75.
8. Истомин Ю.В. Отдаленные результаты паллиативных операций при раке желудка, прямой и ободочной кишки / Ю.В. Истомин, А.Г. Башинджанян, Д.В. Белых // Проблемы паллиативной помощи в онкологии. Антология научных публикаций. М., 2002. С. 359.
9. Ахметзянов Ф.Ш. Гастроспленэктомия при раке желудка / Ф.Ш. Ахметзянов, Д.М. Рувинский // Высокие технологии в онкологии: материалы V Всероссийского съезда онкологов. Казань, 2000. Т. 2. С. 96–99.
10. Кит О.И. Современные подходы к паллиативному лечению распространенного рака желудка: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.И. Кит. Ростов н/Д, 2004. 52 с.
11. Ковалев А.И. Паллиативные операции в хирургии рака желудка / А.И. Ковалев, А.А. Соколов // Проблемы паллиативной помощи в онкологии. Антология научных публикаций. М., 2002. С. 370–371.
12. Кондратенко П.Г. Эндоскопический гемостаз при остrokровоточащем раке желудка / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов // Тезисы 7-й Российской гастроэнтерологической недели. М., 2001. С. 65.
13. Ломидзе С.И. Интенсивная терапия в раннем послеоперационном периоде у онкологических больных, перенесших массивную интраоперационную кровопотерю: автореф. дис. ... канд. мед. наук – 14.00.14 / С.В. Ломидзе. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 2007. 23 с.
14. Репин В.Н. Рак желудка, осложненный кровотечением / В.Н. Репин, О.С. Гудков, С.К. Цой // Актуальные проблемы современной хирургии: тр. конгресса. М., 2003. С. 19.
15. Саенко А.И. Комбинированная гастрэктомия при раке желудка / А.И. Саенко // Хирургия. 1989. № 10. С. 49–51.
16. Трифанов В.С. Энтеральная коррекция гомеостаза при стенозирующем раке желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.С. Трифанов. Ростов н/Д, 2002. С. 23.
17. Хвастунов Р.А. Паллиативные резекции желудка и гастрэктомии / Р.А. Хвастунов, Т.В. Девятченко // Проблемы паллиативной помощи в онкологии. Антология научных публикаций. М., 2002. С. 379–380.
18. Черноусов А.Ф. Расширенная лимфаденэктомия в хирургии рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов. М., 2000. С. 4–12.
19. Шалимов С.В. Результаты хирургического лечения распространенных форм рака желудка / С.В. Шалимов // Проблемы паллиативной помощи в онкологии. Антология научных публикаций. М., 2002. С. 423.
20. Chow L. Gastric carcinoma with synchronous liver metastases: palliative gastrectomy or not? / L. Chow, B. Lim, S. Leung et al. // Aust NZJ Surg. 1995. Oct. 65: 10. P. 719–723.
21. Chandra M. Gastric scwannoma presenting as gastric polyp with gastrointestinal bleeding / M. Chandra, P. Mehrotra, M. Mitra // Indian J. Gastroenterol. 2002. Jan-Feb. Vol. 21 (1). P. 31.
22. Jaehne J. Lymphadenectomy in gastric carcinoma. A prospective study / J. Jaehne, H.J. Meyer, H. Maschek, H. Geerlins, E. Bums, R. Pichlmayr // Arch. Surg. 1992. № 127 (3). P. 290–294.