



Хирургическое лечение кровоточащего рака желудка

И.И. Хайдаров, К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 72 больных с кровоточащим раком желудка (КРЖ). Результаты исследования показали, что эффективным методом диагностики этого заболевания, наряду с фиброгастродуоденоскопией, является эндоскопическая ультрасонография. В клинике для лечения КРЖ разработаны и усовершенствованы методы формирования гастроэнтероанастомоза, которые в значительной степени уменьшают риск развития несостоятельности швов анастомоза.

По разработанной методике прооперировано 18 больных с КРЖ. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 4 больных. Летальный исход отмечен в 3 случаях, вследствие послеоперационного перитонита, обусловленного несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки.

Выполнение гастрэктомии и субтотальной резекции желудка позволяет улучшить непосредственные результаты лечения больных с КРЖ.

Ключевые слова: кровоточащий рак желудка, эндоскопическая ультрасонография, гастрэктомия, субтотальная резекция желудка

Актуальность. Последние годы (начиная с 2000г.) наблюдается тенденция к увеличению распространённости больных раком желудка. Среди осложнений рака желудка наиболее тяжёлым и опасным является желудочное кровотечение, которое усугубляет течение заболевания. При раке желудка, осложнившимся кровотечением (РЖОК), до настоящего времени однозначной хирургической тактики ещё не выработано [1-3]. Применение консервативных методов остановки кровотечения не всегда даёт должный эффект, и больные оперируются в тяжёлом состоянии, с неудовлетворительными результатами. Выполнение оперативных вмешательств на высоте профузного желудочного кровотечения слишком рискованно из-за развития тяжёлых послеоперационных осложнений, обусловленных анемией. В связи с этим разработана дифференцированная хирургическая тактика при РЖОК позволяет выбрать наиболее эффективные методы лечения, улучшающие непосредственные результаты лечения этих больных.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных раком желудка, осложнившегося кровотечением.

Материал и методы. В клинике за последние 15 лет прооперировано 72 пациента с РЖОК, из них мужчин – 51 (70,8%), женщин – 21 (29,2%). Возраст больных составлял 29 - 84 года.

Больные поступали в клинику в различные сроки от начала желудочного кровотечения. 47,2% (n=34) па-

циентов были госпитализированы в первые 12 часов от момента заболевания, 40,2% (n=29) – в сроки от 12 до 24 часов и 12,6% (n=9) пациентов – позднее 24 часов от начала желудочного кровотечения. Из 72 пациентов – у 31 (43%) в различные периоды жизни наблюдались эпизоды желудочного кровотечения, а у 27 больных – в анамнезе отмечалась язвенная болезнь желудка.

Для диагностики РЖОК, наряду с клинико-лабораторными исследованиями, проводили ЭГДС, УЗИ и эндоскопическую ультрасонографию.

Результаты и их обсуждение. Исследование показателей красной крови свидетельствовало о том, что в 98% случаев у больных с кровоточащим раком желудка (КРЖ) имеются тяжёлая и средней тяжести степени анемии. Во время выполнения ФГДС, в 62% случаев наблюдали желудочное кровотечение из опухолей, расположенных в антральном отделе желудка (n=38), кардиальном (n=14) и теле желудка (n=10). В 10 наблюдениях во время ФГДС кровотечений не отмечали. Причиной развития желудочного кровотечения в 47 наблюдениях явилось прорастание опухоли в крупные сосуды желудка, а в 25 (34,7%) – распад опухоли.

Для выявления метастазов РЖОК в 42 наблюдениях выполнено УЗИ. При этом в 14 случаях выявлено наличие метастазов в печени и в лёгком. Ещё в 17 наблюдениях для выявления степени прорастания опухоли и определения отношения опухоли к со-

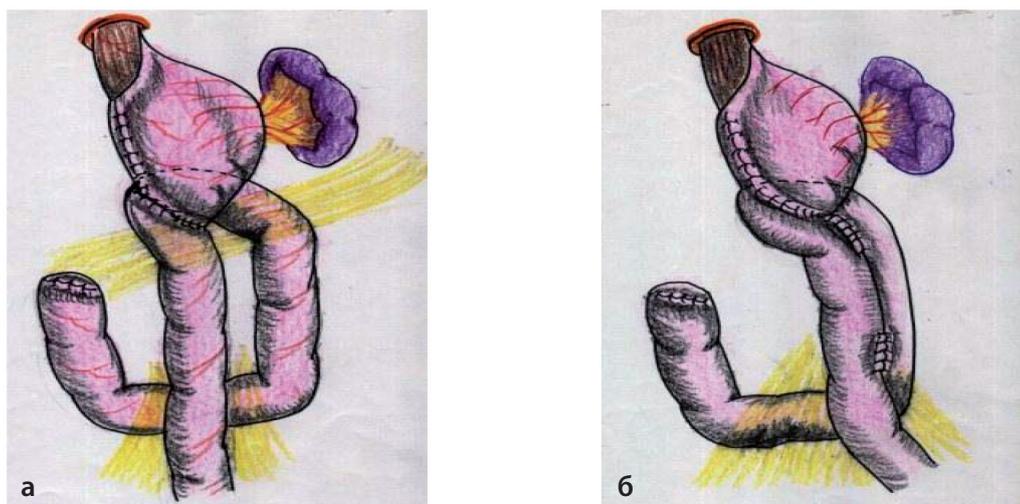


РИС. СУБТОТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА: А) НАЧАЛО ФОРМИРОВАНИЯ ЭНТЕРО-ЭНТЕРОАНАСТОМОЗА; Б) ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ВИД АНАСТОМОЗА

судам желудка эффективно применяли методику эндоскопической ультрасонографии (ЭУС).

В 34 наблюдениях лечение КРЖ начинали с консервативных мероприятий, которые оказались не эффективными в 20 случаях, и больные были прооперированы на высоте продолжающегося ($n=15$) и рецидивного кровотечения ($n=5$). В послеоперационном периоде в 9 наблюдениях отмечали летальный исход.

На высоте профузного желудочного кровотечения прооперировано 40 пациентов. В 12 наблюдениях прибегали к перевязке крупных сосудов, которая в 10 наблюдениях должного гемостатического эффекта не давала, и больные скончались от рецидива кровотечения. Различные варианты субтотальной резекции желудка ($n=18$) и гастрэктомии ($n=10$) были выполнены 28 больным. В послеоперационном периоде осложнения наблюдали у 4 больных, летальный исход – в 3 случаях.

Последние годы в клинике для лечения РЖОК разработаны и усовершенствованы методы формирования гастроэнтероанастомоза, которые в значительной степени уменьшают риск развития несостоятельности швов анастомоза [4]. Способ осуществляется следующим образом: после проведения субтотальной резекции желудка и формирования гастроэнтероанастомоза на уровне культи двенадцатиперстной кишки накладывают межкишечный энтеро-энтероанастомоз, который позволяет эффективно разгрузить культю двенадцатиперстной кишки и тем самым, снизить интродуоденальное давление в послеоперационном периоде, что нивелирует возникновение несостоятельности дуоденальной культи (см. рис.).

По разработанной методике оперировано 18 больных с кровоточащим раком желудка. В послеоперационном периоде осложнения наблюдали у 4 больных. Летальный исход отмечен в 3 случаях, вследствие послеоперационного перитонита, обусловленного несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки.

Предложенный способ профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при проведении субтотальной резекции желудка имеет ряд преимуществ:

1. Снижает риск инфицирования брюшной полости при проведении операций.
2. Уменьшает риск развития перитонита в послеоперационном периоде.
3. Нивелирует развитие нагноения и флегмоны брюшной стенки.
4. Отпадает необходимость в проведении повторной операции для ликвидации стомы.

Таким образом, при кровоточащем раке желудка, консервативные методы лечения малоэффективны, что требует более активной хирургической тактики. Выполнение паллиативной субтотальной резекции желудка и гастрэктомии является оправданным при неэффективности консервативных методов гемостаза и рецидива профузного кровотечения.

При острых желудочных кровотечениях, вследствие рака желудка, оправданной является дифференцированная хирургическая тактика, позволяющая индивидуализировать объём и метод лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Аксель Е.М. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: основные статистические показатели и тенденции /Е.М.Аксель, М.И.Давыдов, Т.И.Ушакова // Современная онкология. - 2001. - Т.3. - №4. - С. 141–145
2. Давыдов М.И. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка /М.И.Давыдов, М.Д.Тер-Ованесов //Современная онкология. -2000. - Т.2. - №1. - С.4-10
3. Седов В.М. Рак желудка/ В.М.Седов, А.В.Межелский, А.Б.Яицкий // СПб.; Изд-во СПбГМУ. -2003. -39с.
4. Патент №ТJ 484 Республики Таджикистан «Способ профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при субтотальной резекции желудка» / К.М. Курбонов, И.И. Хайдаров, М.Г. Хомидов. -ТГМУ. -№1100567; заявл. 25.02.2011; опублик. 28.11.2011г.

Summary

Surgical treatment of bleeding gastric cancer

I.I. Haydarov, K.M. Kurbonov, F. Makhmadov

Chair of surgical diseases №1 Avicenna TSMU

The results of diagnosis and surgical treatment of 72 patients with a bleeding gastric cancer (BGC) were analysed. The researches shows that an effective method of diagnosis of this disease, along with fibrogastroduodenoscopy is endoscopic ultrasonography. For treatment of BGC in our clinic were proposed improving methods of gastrojejunostomy forming, which greatly reduces the risk of anastomosis insufficiency.

By developed technique 18 patients with BGC were operated. Postoperative complications occurred in 4 patients. Lethal outcome occurred in 3 cases due to postoperative peritonitis caused by the failure of sutures in duodenal stump.

Performing gastrectomy and subtotal gastrectomy improves immediate results of treatment of patients with BGC.

Key words: bleeding gastric cancer, endoscopic ultrasonography, gastrectomy, subtotal gastrectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

К.М. Курбонов – заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ;
Республика Таджикистан, г.Душанбе, I пр. Айни, 46;
E-mail: murod-kurbonov@rambler.ru