

Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАКА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ

В данной статье обобщен опыт лечения 73 больных раком культи желудка, раскрыты особенности диагностики данной патологии, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Показано, что наиболее радикальным методом лечения является экстирпация культи желудка.

Ключевые слова: рак культи желудка, диагностика, пред- и послеоперационный период

OUR EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF A CANCER STUMP A STOMACH

G.F. Zhigaev, E.V. Krivigina

Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude

In given article the analysis of results of stomach stump extirpation in 73 patients with a cancer of a stomach is resulted, features of diagnostics of the given pathology, preoperative preparation and conducting the post-operative period are opened. A radical method of extirpation of stomach stump treatment.

Key words: carcinoma of gastric stump, diagnostics, preoperational and postoperative period

Несмотря на общепринятую онкологическую настороженность широких врачебных кругов, до настоящего времени рак резецированного желудка диагностируется достаточно поздно. Большинство больных с данной патологией длительное время обследуются и лечатся в амбулаторных условиях по поводу различных постгастрорезекционных синдромов, и тем самым упускается единственная для многих пациентов возможность своевременно получить реальную помощь в виде повторной радикальной операции [2, 5].

Увеличение продолжительности жизни и связанное с этим возрастание числа больных, перенесших различные оперативные вмешательства на желудке, с одной стороны, и технологический прогресс последних десятилетий в методах диагностики, анестезиологии, реаниматологии и хирургии в целом, как и убедительные результаты операций, предпринятых по поводу рака культи желудка, с другой стороны, подтверждают их необходимость и целесообразность.

Рак культи желудка не имеет патогномоничных клинических признаков. Первое проявление заболевания часто маскируется сопутствующими воспалительными, рубцовыми и моторно-эвакуаторными нарушениями резецированного желудка. В целом клиническая картина рака культи желудка зависит в основном лишь от стадии развития опухолевого процесса и места его расположения.

Многочисленные жалобы наблюдавшихся больных могут быть объединены в три основные группы: 1) жалобы, характеризующие ухудшение общего физического состояния; 2) различные диспепсические расстройства; 3) нарушения проходимости желудочно-кишечного тракта. Особую важность представляет динамика жалоб больного с выявлением тенденции к их нарастанию.

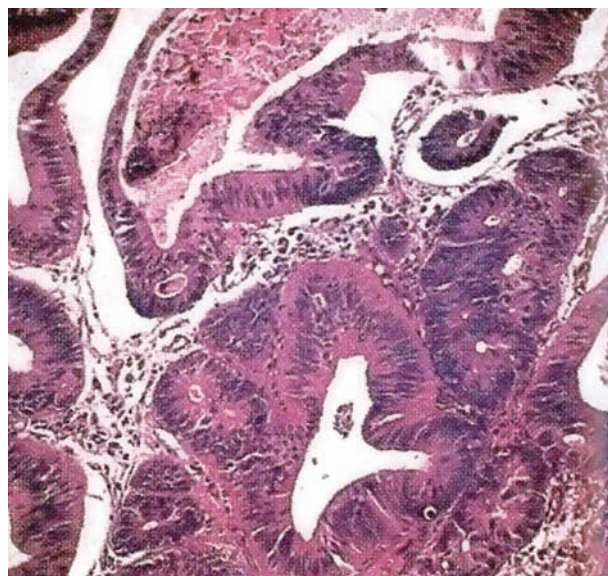
В настоящее время самым распространенным и наиболее доступным методом диагностики рака культи желудка является рентгенологическое исследование. Его качество существенно зависит от соблюдения врачом следующих требований: 1) знание объема и характера предшествующей операции; 2) знакомство с протоколом и рентгеновским снимком, выполненном пациенту перед выпиской его из стационара после резекции желудка; 3) правильная последовательность применения рентгенологических методик, таких как изучение рельефа слизистой оболочки в условиях искусственной гипотонии, двойное контрастирование и т. д.; 4) понимание того факта, что рентгенологическая картина неизменной слизистой оболочки культи желудка не исключает возможности развития в нем ракового процесса. Только следуя этим правилам можно свести к минимуму ошибки в недооценке или гипердиагностике рентгенологических признаков.

Наряду с данным исследованием в клинике широко используются и эндоскопические методы. Фиброэзофагогастроскопия (ФЭГС) позволяет с максимальной точностью оценить размеры опухоли, ее распространенность и решить вопрос о степени проходимости анастомоза. Во всех случаях ФЭГС дополняется забором биопсийного материала с последующим гистологическим исследованием (рис. 1).

В ряде случаев, как дополнение к ФЭГС, используется цитологический анализ промывных вод культи желудка. Из общего числа пациентов с подтвержденным диагнозом рака данный вид обследования был положительным в 50 % наблюдений. Таким образом, учитывая безопасность и относительную простоту метода, его можно рекомендовать для клинического применения в качестве скрининга.



А



Б

Рис. 1. Рак культи желудка. **А** – эндоскопическая картина, **Б** – гистологическая картина (аденокарцинома).

Опыт применения эндоскопического исследования более чем у 500 пациентов с постгастрорезекционным синдромом показал, что при внутрижелудочной локализации процесса основное значение имеет ФЭГС.

Особую ценность в последние десятилетия для диагностики рака культи желудка приобретает компьютерная томография, позволяющая получить точную количественную информацию о размерах и плотности отдельных органов и тканей. Кроме того, данный метод с большей долей достоверности позволяет судить о состоянии культи желудка, дает представление о взаимоотношении ракового процесса с окружающими органами и тканями. Располагая опытом компьютерной томографии органов брюшной полости более чем у 23 пациентов с различными онкологическими заболеваниями пищеварительной системы, мы пришли к заключению, что использование методики контрастного «усиления» путем внутривенного введения йодсодержащих препаратов, в значительной мере позволяет решить множество дифференциально-диагностических задач по выявлению как самой злокачественной опухоли, так и ее метастазов. Дальнейшая разработка методов и накопление клинического материала по изучению диагностических возможностей при раке культи желудка, вне сомнений, является перспективным направлением в онкологической практике.

Следует отметить и использование ультразвукового исследования (УЗИ) в диагностике раковых поражений. По нашему мнению, значимость этого метода имеет преимущественный характер не столько при выявлении самой опухоли, сколько при оценке обнаружения внутриорганных метастазов и процессов диссеминации опухоли в забрюшинном пространстве.

Особо следует подчеркнуть, что при клинически обоснованном подозрении на рак культи

желудка, когда диагностические возможности полностью исчерпаны, решающая роль отводится выполнению диагностической лапаротомии.

Определяя показания к хирургическому вмешательству у больных раком культи желудка, мы исходим из тех же принципов, что и при первичной резекции желудка. Выявление ракового поражения при отсутствии признаков генерализованной диссеминации процесса должно служить показанием к повторной операции, лишь в ходе которой определяется возможность выполнения радикального вмешательства.

Повторная операция, а тем более онкологическая, как правило, отличается значительной травматичностью и выполняется у весьма ослабленных больных, что всегда обуславливает большой операционный риск.

Все это необходимо принимать во внимание до операции, учитывая состояние самого больного и компетенцию хирурга, его опыт и технические возможности.

Предоперационное состояние наблюдаемых больных характеризуется крайне неблагоприятным сочетанием ракового поражения организма и серьезных нарушений основных функций желудочно-кишечного тракта вследствие предыдущих операций. Явление интоксикации, анемия, белковый дисбаланс, нарушение водно-электролитного и кислотно-щелочного равновесия наслаиваются на сопутствующие заболевания органов сердечно-сосудистой системы, т. к. наблюдаемые больные, как правило, люди пожилого возраста.

Больные раком культи желудка в большинстве случаев поступают в клинику со значительными нарушениями питания. Общий вид больного, снижение веса, уменьшение работоспособности и другие изменения отражают нарушения основных органов и систем и указывают на существенное

обеднение организма пластическим материалом, что, в свою очередь, снижает его резистентность к хирургическому вмешательству и способствует развитию тяжелых послеоперационных осложнений. Общее состояние большинства больных и необходимость сокращения времени пребывания их в стационаре перед операцией диктует необходимость проведения в предоперационном периоде полноценной интенсивной терапии на уровне всех основных систем организма, ибо исходное состояние больных раком культи желудка без его интенсивной коррекции способно резко ухудшить как непосредственные, так и отдаленные результаты планируемых повторных операций [1, 3, 4].

Предоперационная подготовка больных раком культи желудка базируется на коррекции выявленных изменений в белковом спектре крови в виде диспротеинемии и явной гипопроотеинемии на фоне достоверного снижения волевических показателей крови, преимущественно ее плазматического и эритроцитарного компонента. Наряду с этим у пациентов до операции отмечено достоверное снижение натрия и калия суточной мочи (с большой долей вероятности — алиментарного генеза) и увеличение клеточного натрия, что отражает малоспецифичные процессы трансминерализации, значительно снижающие функцию клеток. Кроме того, у больных раком культи желудка отмечено существенное снижение функции почек в таких ее параметрах, как почечный плазмо- и кровоток, клубочковая фильтрация и минутный диурез, что, в свою очередь, указывает на наличие у таких пациентов различной степени обезвоживания. Учитывая изменения общего состояния больных и выявленные в предоперационном периоде нарушения исследованных систем, необходимо целенаправленно, путем парентерального введения, скорректировать белковый обмен, электролитный баланс и восполнить дефицит объемных показателей крови.

Улучшение функции почек достигается назначением сосудорасширяющих препаратов и малых доз анаболических гормонов на фоне полного восполнения баланса жидкости, как путем назначения обильного питья, так и посредством внутривенного введения необходимого объема растворов. Все это осуществляется как с учетом исходного состояния пациентов, так и с расчетом на то, что операционная травма и наркоз в известной степени способствуют гипоксии тканей и накоплению в них кислых продуктов, а массивная заместительная гемотрансфузия цитратной крови и эритроцитарной массы, неизбежная при подобной операции, способствует сдвигу кислотно-щелочного равновесия в сторону метаболического ацидоза.

В зависимости от распространенности онкологического процесса мы пользовались двумя оперативными доступами: абдоминальным (60 % случаев) и левосторонним торакоабдоминальным (40 %). Выбор оперативного доступа определялся техническими возможностями выполнения самой операции с учетом компенсаторных резервов больного. У всех больных, у которых абдоминальный отдел пищевода

не был поражен опухолью, выполняли лапаротомию, и только в тех случаях, когда раковая опухоль переходила на пищевод или прорастала диафрагму, применяли левосторонний торакоабдоминальный доступ. Исключение составили пациенты, у которых имелись выраженные сопутствующие сердечно-сосудистые или легочные заболевания. В этих случаях больных оперировали из лапаротомного доступа, несмотря на то, что само оперативное вмешательство при этом существенно усложнялось технически. Подобный подход к выбору доступа позволил избежать дополнительных осложнений.

После вскрытия брюшной полости и последующей ее ревизии с обязательным разделением спаечного процесса принималось решение о характере и объеме предстоящей операции. Анализ результатов показал, что наиболее частой причиной отказа от выполнения радикальной операции являлось прорастание раковой опухоли культи желудка в головку и тело поджелудочной железы, а также в ворота печени. На втором месте среди причин нерезекционности опухоли стоит метастатическая инвазия забрюшинного пространства. Мы пришли к заключению, что степень радикальности повторного оперативного вмешательства во многом зависит от характера и метода первичной операции на желудке. Мобилизация опухоли, являясь первым этапом операции, убедительно показала, что самым сложным ее моментом следует считать мобилизацию приводящего участка короткой петли тощей кишки, проведенной через брыжейку толстой кишки. Мобилизация культи желудка вместе с опухолью, как правило, происходит атипично, и чаще всего является операцией комбинированной, требуя от оператора принятия решения о выполнении радикальной операции у каждого больного строго индивидуально.

На основании наших наблюдений за 73 пациентами, которым удалось при повторной операции удалить опухоль культи желудка, мы считаем, что наиболее радикальным и онкологически оправданным вмешательством является экстирпация культи желудка. Из 49 операций у 14 пациентов культи желудка была удалена вместе с селезенкой, у 8 — с дистальной половиной поджелудочной железы, у 12 — с резекцией участка брыжейки и фрагмента толстой кишки, у 5 — с резекцией левой доли печени. Множественные резекции различных органов были произведены у 3 больных.

Вторая часть операции представлена этапом восстановления целостности пищеварительного тракта. Из 7 случаев экстирпации культи желудка в 6 — операция была завершена наложением эзофагоэноанастомоза по методу Ру, как наиболее рационального и целесообразного в подобной ситуации.

В тех случаях, когда резецировать опухоль не представлялось технически возможным, а клинически перед операцией или в момент интраоперационной ревизии обнаруживались признаки стенозирования опухоли или ее метастазами просвета желудочно-кишечного тракта, прибегали к выполнению одного из видов паллиативного

вмешательства: обходной эзофагоюноанастомоз у 5 пациентов, еюностомия — у 6, прочие виды обходных анастомозов — у 2 пациентов.

У 11 пациентов оперативное вмешательство завершилось выполнением диагностической лапаротомии, в связи с выявлением раковой диссеминации.

В послеоперационном периоде основную роль, наряду со стабилизацией показателей гемодинамики и внешнего дыхания, играет рациональная обоснованная инфузионная терапия, обязательно включающая в себя парентеральное питание, полностью покрывающее энергетические потребности организма. Больные, оперированные по поводу рака культи желудка, в течение 5–8 дней после операции находятся исключительно на парентеральном питании. В первые три дня после операции больной получает 2–2,5 л жидкости, из которой 700–1000 мл составляют белковые кровезаменители и 1–1,5 л — электролитные растворы, в состав которых входит глюкоза с инсулином. С третьего дня количество вводимых растворов увеличивается за счет дополнительного введения 500–1000 мл 0,9% физиологического раствора. Такая коррекция способствует нормализации водно-электролитного баланса в раннем послеоперационном периоде. Необходимо добавить, что заместительная гемотрансфузия и коррекция кислотно-щелочного состояния, обязательно проводимые в ходе операции и наркоза, как правило, оказываются достаточными для нормального течения ближайшего послеоперационного периода.

Летальность в группе больных, перенесших радикальную операцию составила менее 25 %.

Основной причиной явились гнойно-септические осложнения, преимущественно возникшие в результате недостаточности швов пищеводно-кишечного анастомоза. При паллиативных и пробных операциях летальность соответственно составила 30 % и 16 %. Однако несмотря на большое количество неблагоприятных результатов оперативного лечения этой тяжелой патологии, мы считаем, что 20 % больных, переживших трехлетний срок после операции, вполне оправдывают риск у таких пациентов, обреченных без операции на скорый, мучительный и неблагоприятный исход.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жерлов Г.К. Функциональные результаты операции формирования «искусственного желудка» после гастрэктомии и субтотальной резекции желудка / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель // Вестник хирургии. — 2001. — Т. 160, № 4. — С. 22–26.
2. Щепотин И.Б. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р.Т. Эванс // Киев. — 2000. — 227 с.
3. Eichfeld U. Der postoperative alkalische reflux nach totaler Gastrektomie Wegen Magenkarzinom / U. Eichfeld, U. Rose, A. Glaser // Zentralbl. Chir. — 1994. — Bd. 119, N 1. — S. 23–27.
4. Reconstruction of the food passage after total gastrectomy: randomized trial / K.H. Fuchs, A. Thiede, R. Engemann, E. Deltz // World J. Surg. — 1995. — Sep. — Oct. 19(5). — P. 698–705.
5. Operative Behandlung des Magenkarzinoms / H. Meyer, J. Jahne, H. Wilke, R. Pichlmayr // Langenbecks. Arch. Chir. — Suppl. II., Verh. Dtsch. Ges. Chir. — 1990. — S. 117–124.

Сведения об авторах

Жигаев Геннадий Федорович — д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ. 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24

Кривигина Елена Владимировна — к.м.н., врач-эндоскопист