

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

М. И. Давыдов¹, Д. В. Комов¹, А. М. Лотоков¹, И. Г. Комаров¹, А. П. Лескин²

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

¹ НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

² Егорьевская центральная районная больница, Егорьевск, Московская обл.

Проанализирована медицинская помощь, оказанная 1022 больным осложненным раком желудка, экстренно госпитализированным в городские клинические больницы г. Москвы, течение болезни у которых осложнилось кровотечением, декомпенсированным стенозом или перфорацией. Оперировано 47,6% госпитализированных больных, только 22,7% — экстренно. Приведены данные о характере проведенного лечения, об осложнениях, его непосредственных и отдаленных результатах.

Ключевые слова: рак желудка, осложнения, экстренная хирургия.

Рак желудка продолжает занимать одно из ведущих мест в структуре заболеваемости злокачественными опухолями. Ежегодно в мире регистрируется почти 800 000 новых случаев заболевания и 628 000 смертей от него. В Москве ежегодно выявляют 3000—3200 первичных больных, а в структуре заболеваемости и смертности злокачественные опухоли желудка остаются на 2-м месте [1]. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости, смертность от рака желудка остается очень высокой и не позволяет считать проблему решенной. В 2000 г. из числа впервые выявленных больных III—IV стадии диагностированы у 74%, а 56,9% погибли в течение 1-го года наблюдения [4].

Течение рака желудка у ряда больных усугубляется развитием острых осложнений: стеноза, перфорации или кровотечения из опухоли, что в 40—60% случаев требует экстренной госпитализации в хирургические стационары лечебно-профилактических учреждений [2]. Перфорация встречается у 1,8% больных раком желудка и составляет 14% всех перфораций этого органа [7]. Кровотечение — самое частое осложнение рака желудка [3]. Сочетание обоих осложнений значительно ухудшает прогноз [5]. Лечение этих больных представляет собой одну из наиболее сложных задач современной онкохирургии [6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа основана на изучении результатов лечения 1022 больных осложненным раком желудка, экстренно

госпитализированных и получавших лечение в городских клинических больницах г. Москвы в 1997—1999 гг. Результаты обрабатывали с помощью специально разработанного кодификатора, содержащего более 500 признаков и использующего язык программирования «Delfi» для аналитической компьютерной программы «Seagate Crystal Reports 7». Всемирно известная программа «Cr-7» позволяет провести количественный и качественный анализ и сопоставить разные группы признаков, а также составить таблицы и построить графики. Отдаленные результаты лечения получены из архивов городских онкологических диспансеров (85,5%) или рассчитывались по таблицам дожития по методу Каплана—Мейера.

Основными критериями оценки являлись хирургическая активность, сроки и объем вмешательств, непосредственные и отдаленные результаты лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Частота различных осложнений рака желудка представлена в табл. 1.

Среди экстренно госпитализированных больных преобладали мужчины — 549 (53,8%). Женщин было 473 (46,2%). Медиана возраста больных составила 69,3 года (27—89 лет). Старше 60 лет было 646 (63,2%) больных.

Рак проксимального отдела диагностирован у 101 (9,9%), тела желудка — у 185 (18,1%), антрального отдела — у 297 (29,0%), субтотальное поражение — у 281 (27,5%), тотальное поражение — у 154 (15,1%), рак резецированного желудка — у 4 (0,4%) больных. Анализ локализации первичной опухоли проведен только для экстренно госпитализированных больных с осложненным раком желудка.

Таблица 1
Осложнения рака желудка

Осложнения	Абс.	%
Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	431	42,1
Кровотечение	551	53,9
Перфорация	40	4,0
Всего	1022	100,0%

Стадию заболевания определяли в основном по 4-стадийной классификации и редко по Международной классификации TNM. Это требовало дополнительного анализа интраоперационного материала, гистологических заключений, данных эндоскопического и рентгенологических исследований. В целом дооперационная диагностика стадии заболевания находилась на довольно низком уровне, что накладывало отпечаток на выбор тактики лечения. Понятно, что стадии диагностировали на основании клинической картины и интраоперационных находок. Данные о запущенности опухолевого процесса не подтверждались результатами морфологического исследования, поэтому за достоверность этих результатов поручиться трудно.

Анализ показал, что 531 (52,0%) больной госпитализирован в курабельной стадии, когда возможно выполнение радикальной операции. У 491 (48,0%) больного была IV стадия заболевания, которая предполагает возможность как проведения радикальных комбинированных операций с резекцией печени (10,3%) или поджелудочной железы (7,6%), так и комплексного лечения с выполнением паллиативных или симптоматических операций при диссеминации опухолевого процесса. Таким образом, 674 (66,0%) пациентам было можно провести комбинированное или комплексное лечение с хирургическим вмешательством в объеме радикальной или паллиативной резекции.

Сроки госпитализации с момента возникновения осложнения определяли со слов больных, т. е. субъективно. В течение суток за медицинской помощью обратились 170 (16,6%) пациентов, на 2-е сутки — 118 (11,6%), на 3-и — 312 (30,5%). Оставшиеся 41,3% пациентов госпитализированы начиная с 4-х суток развития осложнения.

Алгоритм обследования и сроки подготовки к операции в целом отвечали сегодняшним требованиям. В плане обследования наряду с общеклиническими и обязательными инструментальными (рентгенография, эндоскопическое исследование, УЗИ) исследованиями встречалась диагностическая лапароскопия. Однако обращает на себя внимание чрезвычайно низкая частота дооперационной верификации диагноза. Это относится в первую очередь к самой тяжелой категории больных с

кровотечением и перфорацией. Отсутствие морфологической верификации диагноза не влияло на выбор метода лечения.

При анализе тактики лечения получены неожиданные результаты. Консервативное лечение проведено 535 (52,4%) больным, прооперированы 487 (47,6%), т. е. первичная хирургическая активность оказалась значительно ниже расчетной (табл. 2). Как следует из таблицы, наименьшая хирургическая активность наблюдалась при кровотечении (менее 40% экстренно госпитализированных больных) и наибольшая (97,5%) при перфорации опухоли желудка.

Одной из важнейших характеристик экстренной хирургической активности является зависимость объема вмешательства от сроков его проведения с момента госпитализации. Очевидно, что эта характеристика зависит от трактовки понятия «экстренность операции». Большинство операций, выполненных в 1-е сутки, были симптоматическими. Из 78 (33,6%) больных, экстренно оперированных в сроки до 24 ч с момента поступления, только 9 (11,8%) пациентам выполнены радикальные вмешательства, из 57 (24,6%) больных, экстренно оперированных на 2-е сутки, — 14 (24,0%), из 97 (41,8%) больных, экстренно оперированных на 3-и сутки, — 36 (37,2%). Суждения о радикальности экстренных операций были несколько условными и основывались в основном на анализе протоколов операций. Это связано в первую очередь со скудостью гистологических заключений, далеко не всегда позволяющих судить о глубине инвазии и степени дифференцировки опухоли, состоянии краев резекции и регионарных лимфатических узлов.

Плановые хирургические вмешательства проведены 255 пациентам. Все они были госпитализированы в экстренном порядке, но лечебные мероприятия позволили отсрочить вмешательство и выполнить его после подготовки. В результате 194 (75,9%) больным проведены радикальные и 61 (24,1%) — нерадикальные вмешательства ($p < 0,05$).

Таблица 2
Методы лечения экстренно госпитализированных больных^a

Осложнения	n	Консервативное лечение	Хирургическое лечение	
			плановое	экстренное
Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка	431	198 (45,9)	151 (35,1)	82 (19,0)
Кровотечение	551	336 (60,0)	104 (18,9)	111 (20,1)
Перфорация	40	1 (2,5)	0 (0)	39 (97,5)
Всего	1022	535 (52,4)	255 (25,0)	232 (22,6)

^aВ скобках указаны проценты.

Анализ историй болезни 232 (43,4%) экстренно оперированных больных показал, что радикальное лечение получили 64 (27,4%), а нерадикальное — 168 (72,6%) пациентов ($p < 0,05$). При кровотечении радикальное хирургическое лечение проведено 31 (28,2%) из 111 больных, при перфорации опухоли — 5 (12,8%) из 39.

При радикальном хирургическом вмешательстве чаще всего выполняли субтотальную резекцию желудка (54,3% больных), при симптоматическом — накладывали гастроэнтероанастомозы (62,0%).

Средняя продолжительность госпитализации больных составила 23,6 дня. Однако если при консервативном лечении этот показатель составлял 8,4 дня, то при хирургическом — 21,5 дня, а при плановых операциях — 30,9 дня.

Хирургические осложнения наблюдались у 56 (23,8%) оперированных пациентов. После плановых операций чаще всего возникало нагноение послеоперационной раны (18 больных, 32,1%), после экстренных — несостоятельность швов анастомоза (13 больных, 23,2%). Повторные операции при первичной госпитализации были связаны чаще всего со вскрытием и с дренированием внутрибрюшных абсцессов и эвентрацией.

Нами проанализирована также внутрибольничная летальность. Выявлено, что умерли 226 (22,1%) экстренно госпитализированных пациентов. Среди неоперированных больных летальность наступила у 129 (24,1%). Она была максимальной у больных с кровотечением из распадающейся опухоли (72,0% умерших неоперированных больных). Интересно, что случаев интраоперационной летальности не отмечено. Понятно, что наиболее тяжелых больных либо не оперируют вовсе, либо им проводят минимальные вмешательства. Однако при кровотечении или перфорации опухоли такая тактика себя не оправдывает. Повторное кровотечение или дальнейший распад опухоли неизбежно ведут к гибели больного (табл. 3).

При плановых вмешательствах послеоперационная летальность несколько выше общестатистической. У экстренно оперированных больных было наибольшее число симптоматических операций (51,3%). При этом наблю-

далась наиболее высокая смертность (38,1%). После экзplorативных операций послеоперационная летальность составляла 30,5%, после радикальных — 20,3%.

Изучение отдаленных результатов показало, что 3-летняя общая выживаемость экстренно оперированных больных осложненным раком желудка не превышает 8%, а оперированных в плановом порядке — 20%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты лечения больных раком желудка, осложненного стенозом, кровотечением, дисфагией и перфорацией, экстренно госпитализированных в лечебно-профилактические учреждения общего профиля, с онкологических позиций остаются малоудовлетворительными. Высокая частота отказов от хирургического лечения в пользу консервативного, обусловленных возрастом, состоянием больного или субъективными факторами, приводит к высокой смертности в течение 1-го года.

Непосредственные результаты планового хирургического лечения экстренно госпитализированных больных, проводимого в условиях хирургических стационаров лечебно-профилактических учреждений, являются удовлетворительными, но отдаленные — оставляют желать лучшего.

Экстренная хирургия — самый тяжелый компонент лечения больных осложненным раком желудка. Отказ от выполнения радикальной операции и ограничение объема вмешательства позволяет снизить послеоперационную летальность, но малоперспективен с позиции отдаленных результатов лечения.

При осложненном раке желудка экстренная операция должна проводиться в 1-е сутки, и желательно, чтобы она была радикальной. Неизбежный риск радикальных вмешательств оправдан тем, что устраняется источник осложнения и это дает шанс и больному, и врачу. Оперировавший хирург должен в полном объеме владеть необходимым арсеналом операций, а хирургическая тактика должна определяться состоянием больного, а не субъективными факторами.

Необходима специальная подготовка специалистов по экстренной хирургии в онкологии, поскольку она имеет свои особенности и сильно отличается как от экстренной хирургии, так и от плановых онкологических вмешательств.

Для улучшения результатов лечения больных осложненными опухолями органов желудочно-кишечного тракта наряду с разработкой новых методик лечения необходимы некоторые организационные мероприятия.

1. В хирургических отделениях скоромощных больниц онкологических больных следует оперировать только в 1-е сутки. В дальнейшем их необходимо переводить в специализированные онкологические отделения или онкологические стационары. Если состояние больного не позволяет осуществить перевод, дальнейшее пребывание и лечение в общехирургическом стационаре

Таблица 3

Исход разных методов лечения^а

Исход	n	Лечение		
		консервативное	хирургическое	
			плановое	экстренное
Летальный исход	226	129 (24,1)	23 (9,0)	74 (31,9)
Выписано	796	406 (75,9)	232 (91,0)	158 (68,1)
Всего	1022	535 (52,4)	255 (25,0)	232 (22,6)

^а В скобках указаны проценты.

должны быть строго обоснованными. Это не только разгрузит хирургические койки, но и позволит онкологическим больным с самого начала получать надлежащую медицинскую помощь.

2. В специализированных онкологических стационарах необходимо организовать urgentную хирургическую службу для больных, переводимых из общелечебных стационаров. Возможность выполнения неотложных операций позволит онкологам как можно раньше начинать комбинированное и комплексное лечение и значительно повысит хирургическую активность отделений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2000 г. — М.: МИА, 2002. — С. 95—97, 223—224.

2. Савельев В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М.: Медицина, 1986.

3. Тверитиева Л. Ф., Утешев Н. С., Пахомова Г. В. Кровотокающий рак желудка — проблема неотложной хирургии // Матер. Междунар. хир. конгр. «Актуальные проблемы современной хирургии», Москва, 22—25 февраля 2003 г. — С. 154.

4. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. и др. Основные показатели онкологической помощи населению России в 2000 г. // Рос. онкол. журн. — 2002. — №1. — С. 35—39.

5. Kasakura Y., Ajani J. A., Mochizuki F. et al. Outcomes after emergency surgery for gastric perforation or severe bleeding in patients with gastric cancer // J. Surg. Oncol. — 2002. — Vol. 80, N 4. — P. 181—185.

6. Kumagai K. Oncologic emergencies in gastric cancer patients // Nippon Geka Gakkai Zasshi. — 2004. — Vol. 105, N 4. — P. 281—285.

7. Lehnert T., Buhl K., Dueck M. et al. Two-stage radical gastrectomy for perforated gastric cancer // Eur. J. Surg. Oncol. — 2000. — Vol. 26, N 8. — P. 780—784.

Поступила 01.08.2006

M. I. Davydov¹, D. V. Komov¹, A. M. Lotokov¹, I. G. Komarov¹, A. P. Leskin²
EMERGENCY CARE IN PATIENTS WITH COMPLICATED GASTRIC CANCER

¹ *Clinical Oncology Research Institute,*

N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS, Moscow

² *Egorievsk Central Regional Hospital, Egorievsk, Moscow Region*

Medical care was analyzed in 1022 cases with gastric cancer complicated by bleeding, decompensated stenosis and perforation following emergency hospitalization to Moscow clinics. Surgery was performed in 47.6% of the patients, emergency surgery was given to 22.7% only. The paper presents data about the treatment, complications, immediate and follow-up outcomes.

Key words: gastric cancer, complications, emergency surgery.