МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

На правах рукописи

УДК-616.33-006.6-005.1-087

ХАЛИКОВА ФЕРУЗА ШАРОФОВНА

Сравнительная оценка хирургического лечения рака желудка осложненного кровотечением.

5А510110 – Онкологияя

ДИССЕРТАЦИЯ

Для получения академической степени
магистра

Научный руководитель: доц., Абдуллаев Х.Н.

БУХАРА – 2021

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГЭ	Гастрэктомия
КТ	Компьютерная томография
ЛД	Лимфодессекция
МРРЖ	местнораспространенный рак желудка
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ПКА	Пищеводно-кишечный анастомоз
РЖ	Рак желудка
РКГ	Расширенно – комбинированная гастрэктомия
РОНЦ	Республиканский онкологический научный центр
СПЖ	Средная продолжительност жизни
СПЗ	Свежая замороженная плазма
ПХТ	Полихимиотерапия
ТЭЛА	Тромбоэмболия легочной артерии
УЗИ	Ультразвуковое исследование
“D”	(от англ. dissection) - степень лимфодиссекции)
“R”	(от англ. Residual tumor) - степень радикальности)
JGCA	Японская Ассоциация по изучению рака желудка

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение ……. 4

Глава I ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА ……..... 9

Глава II ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА…..... 32

2.1. Частота и характер желудочного кровотечения у больных раком желудка…… 32

2.2. Методы исследования больных раком желудка, осложненного кровотечением ……... 34

2.3. Методы лечения больных раком желудка, осложненного кровотечением…….. 38

2.4. Критерии оценки состояния больных раком желудка, осложненного кровотечением и статистическая обработка полученных результатов…….. 41

Глава III РЕЗУЛТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ…….……. 43

3.1. Результаты обследования больных раком желудка, осложненного кровотечением……...…… 43

3.2. Результаты лечения больных раком желудка, осложненного кровотечением …….…… 55

ЗАКЛЮЧЕНИЕ …… 65

ВЫВОДЫ…….. 71

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ……. 72

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ…….. 73

ВВЕДЕНИЕ (аннатация магистрский диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Рак желудка остается одним из наиболее распространенных заболеваний в мире. Ежегодно регистрируется почти 1 млн. новых случаев и более 700 тысяч смертей от этого заболевания. Максимально высокая заболеваемость РЖ отмечена у мужчин в Японии (114,7 на 100 тыс.населения), а минимальная – у белых женщин в США (3,1 на 100 тыс.); высокий показатель заболеваемоти зарегистрирован в Китае, Белорусии, России, Эстонии, Латвии, Новой Зеландии[1].

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)[2]. 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.

Из числа впервые выявленных больных, III-IV стадии диагностируется в 75% случаев. 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%.

По данным РОНЦ МЗРУз в 2016 год, в структуре онкопатологии в Республике Узбекистан рак желудка составлял 9,5 %, более 85% больных поступали в специализированные учреждения в III-IV стадиях заболевания.

Многолетний опыт узбекских и зарубежных онкологов[3] показывает, что от 60 до 80% больных раком желудка поступают в специализированные

---

[1]Давидов М. И., Ганцев Ш. Х. / Онкология: учбник – М.: ГЭОТАР-Медиа,2019.- С.- 482-486

[2]Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А. Ранний рак и предопухолевыезаболевания желудка // -М: ИздАТ, 2004 -256

[3]Абдухакимов А. Н., Тер-Ованесов М. Д., Давыдов М. И. Непосредственные резултаты хирургического лечения местнораспространненного рака желудка (рТ4) с метастазами в лимфоузлы второго этапа метастазирования(рN2)/ // Матер. I конгресса онкологовУзбекистана. –Ташкент, 2005. С.311-312.

клиники в распространенных формах заболевания, а также низкая резектабельность объясняет крайне неудовлетворительные отдаленные результаты лечения.

Учитывая малую эффективность (не более 30-40%) химиотерапии, хирургическое лечение рака желудка является «золотым стандартом», позволяющим добиться полного излечения[4]. 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[5].

Соответствие исследования с приоритетными направлениями развития науки и технологии республики. Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI «Медицина и фармакология».

Степен изученности проблемы.

В настоящее время рак желудка является одной из главных проблем онкохирургии во всем мире. Рак желудка – вторая по частоте причина смерти от злокачественных опухолей. К сожалению, в России большинство больных на момент установления диагноза имеют распространенную стадию. Ранний рак составляет лишь 10% всех новых случаев, а у 64,2 % больных диагностируется III – IV стадии болезни. В итоге 83% больных к моменту выявления заболевания имеют метастазы в регионарных лимфатических узлах, 53,8% погибают в течение 1 года после установления диагноза[6]. Доля умерших от рака желудка составляет около 40% в структуре смертности от злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта.

[4]Гулакин М.Ф. Исходы, лечение осложненных форм рака желудка.//Воен.мед.журнал-2013. №2.-С.64-67.
[5]Абдухакимов А. Н. Хирургическое лечение местнораспространенного и диссеминированного рака желудка:Дис. ...д-ра мед. Наук. –Москва, 2003.-307с.
[6]Аксель Е.М., Горбачева И.А. Злокачественные новообразования в Москве и Санкт-[2]Петербург // Вестник РОНЦ им. Н.Н. БлохинаРАМН. -2008. –т.19.-№2(прил.1).- С. 120-134

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 кровотечение из опухоли и стенозы опухолевой природы[7].

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, что и объясняет наш интерес к данной теме для проведения научного исследования.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательского или научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация.

Диссертационное исследование выполнено в рамках научно-исследовательской работ Бухарского государственного института и II хирургическом отделении (абдоминальной онкологии) Бухарский филиал

[7]Хакимов Г.А. Хирургия местнораспространенных и осложненных форм онкологических заболеваний органов брюшной полости.// Монография. Ташкент: Изд. Ибн Сино, Ташкент. 2010.-232.

РСНПМЦО и Р г. Бухара по теме «Сравнительная оценка хирургического лечения рака желудка осложненного кровотечением».

Цель исследования: выбор оптимальной и адекватной тактики лечения больных раком желудка осложненного кровотечением.

Задачи исследования:

изучить частоту и характер желудочного кровотечения у больных раком желудка в зависимости от локализации опухолевого процесса;

определить показания и противопоказания для различных видов хирургического лечения у больных раком желудка осложненного кровотечением;

изучить ближайшие и отдаленные результаты после различных видов оперативных вмешательств у больных раком желудка осложненного кровотечением.

Основные положения, выносимые на защиту:

осложнение клинического течения рака желудка не является признаком запущенности опухолевого процесса;

кровотечение при осложненном раке желудка является угрозой жизни, и только активное, своевременное хирургическое вмешательство может способствовать и гарантировать удовлетворительные результаты радикального и паллиативного лечения;

единственный путь излечение больного от раковой опухоли, с улучшением качество жизни является расширенно-комбинированные операции при раке желудка осложненного кровотечением;

полученные непосредственные и отдаленные результаты, свидетельствуют об высокой эффективности и полезности паллиативных резекций при раке желудка осложненного кровотечением, как фактора, повышающего качество и продолжительность жизни больных.

Научная новизна исследования:

на клиническом материале дана комплексная оценка результатов обследования больных раком желудка осложненного кровотечением;

проведен сравнительный анализ результатов хирургических методов лечения больных раком желудка, осложненного кровотечением;

установлены критерии целесообразности проведения одномоментных радикальных хирургических вмешательств у этой категории больных.

Практическая значимость результатов исследования:

проведенное исследование позволит расширить контингент больных раком желудка осложненных кровотечением подлежащих оперативному лечению и улучшить качество их жизни;

за счет проведения анализа полученных данных и обоснования адекватной и оптимальной тактики, предусматривающей наиболее эффективное лечение этой сложной группы пациентов позволит улучшить результаты лечения рака желудка осложненного кровотечением.

Реализация результатов. Результаты проведенных исследований применяются в II хирургическом отделении (абдоминальной онкологии) Бухарский филиал РСНПМЦО и Р г. Бухара.

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 8 научных работ, из них 4 журнальных статей и 4 тезисов.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 81 страницах компьютерного текста шрифт «Times New Roman» № 14, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 16 рисунками. Список использованной литературы включает 78 источников, из них на русском 52 и 26 на иностранных языках.

ГЛАВА 1.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

(Обзор литературы)

Рак желудка остаётся одной из самых распространенных форм злокачественных опухолей человека: ежегодно в мире рак желудка заболевают более 1млн человек.

Доля рак желудка в структуре онкологической заболеваемости в 2016г. составыла 7,8 % у мужчин и 4,8 % у женщин. Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РЖ в 2007г. в РФ составыло 41 941 человек: 23 810 мужчин и 18 131 женщина. Заболеваемость РЖ в 2007 г. была 29,5 на 100 тыс. населения [14. С.246]. В 2016 г. зарегистрировано 37 135 человек, больных РЖ. Заболеваемость составыло 25,32 на 100 тыс. Максимальной она оказалась в 2016 г.

Большинство больных РЖ приходится на возраст от 50 до 60 лет и до 25 % - на возраст от 40 до 50 лет. Мужчины болеют в 1,3 раза чаще, чем женщины. В Узбекистане до 2005г. рак желудка занимал первое место в структуре онкологической заболеваемости, с 2006 года занимает второе место. Факторы, определяющие заболеваемость РЖ, связаны с социально экономическим уровнем жизни. РЖ намного чаще встречается среди бедных слоев населения и реже – среди обеспеченных. Дляразвития РЖ особое значение имеет характер питания и образ жизни в первые 2 десилетия жизни [19. С1455-1456].

К экзогенным факторам риска развытия РЖ относится прежде всего диета с избытком поваренной соли (соленая рыба, мясо,овощи меропродукты), вызывающая осмотическое повреждение эпителия и способствующая засилению слизистой оболочки желудка бактериями Н *pilori*.Риск развития РЖ увеличиваются при преобладании в пище углеводов, недостатке витаминов, микроэлементов.

Большое значение в возникновении РЖ имеет химический состав почвы и воды в районе обитания человека, что прежде всего связано с содержанием нитритов и нитратов, которые в желудке с участием микроорганизмов превращаются в нитрозамины, являющиеся сильными канцерогенами. К существенному возрастанию риска развития РЖ ведет и курение. Определенную роль также может играть употребление алкоголя, особенно суррогатных спиртоводочных изделий [16.С.484-485.].

К эндогенным факторам, способствующим развитию РЖ, относят: дуоденогастральный рефлюкс, внутрижелудочное формирование эндогенных субстанций типа нитрозосоединений, нарушение всасываемости и повышенная утилизация витаминов и микроэлементов, генетические и иммунологические факторы, которые при условии сохраненного защитного барьера в желудке не проявляютканцерогенных свойств.

Инициирующими факторами канцерогенеза в желудке являются продукты реакций свободнорадикального окисления, которые образуются при воспалении: радикалы кислорода, соединения азота. Антиоксиданты (витамины А, С, Е, В6, β-каротины, фолиевая кислота, микроэлементы: селен, цинк) предотвращают образование свободных радикалов, ингибируют нитрозирование и потому обладают защитными свойствами (предотвращают развитие рака). Употребление большого количества свежих фруктов, овощей, витамина Е, зеленого чая снижает риск развития РЖ [16.С.484-485].

В настоящее время доказана роль наследственной восприимчивости к канцерогенным влияниям в развитии РЖ. На генетическую составляющую приходится до 1 /3случаев заболеваемости РЖ. Наследственные факторы ассоциируются преимущественно с диффузным типом данной патологии: у прямых родственников таких больных риск заболеть возрастает в 6 раз. Диффузный тип РЖ чаще ассоциируется с группой крови А(II), в некоторых регионах - с группой 0(I).

Особую роль в желудочном канцерогенезе играет H. pylori. Эпидемиологические исследования указывают на закономерную связь между 325 инфицированием H. pylori и РЖ. Так, в странах с высокой заболеваемостью РЖ инфицированность H. pylori намного выше, чем в регионах с низкой заболеваемостью. В 1994 г. Международное агентство по исследованию рака при ВОЗ отнесло H. pylori к канцерогенам первого класса и определило ее как причину развития РЖ у человека. В отличие от этиологических факторов, участвующих в канцерогенезе тела желудка и антрального его отдела, при кардиоэзофагеальном раке желудка какой-либо связи с избытком употребления поваренной соли с пищей и дефицитом витаминов не выявлено. Заболеваемость раком проксимального отдела желудка увеличивается синхронно с нарастанием частоты пищеводно-желудочного рефлюкса, который вызывает хроническую воспалительную реакцию, приводящую к предраковым поражениям. В отличие от «некардиального» РЖ, инфицирование H. pylori не играет прямой роли в патогенезе рака данной локализации и даже в какой-то мере способствует защите пищевода и кардиоэзофагеального соединения от развития рака, предотвращая возникновения рефлюкс-эзофагита и пищевода Барретта[16.С.484-485].

Международная гистологическая классификация рака желудка (ВОЗ 2010).

- Папиллярная аденокарцинома;
- Тубулярная аденокарцинома;
  - -высокодифференцированная,
  - -умеренно дифференцированная.
- Низкодифференцированная аденокарцинома.
- Муцинозная аденокарцинома.
- Перстневидно-клеточная аденокарцинома.
- Аденоплоскоклеточный рак.

- Плоскоклеточный рак.
- Карциноидная опухоль.
- Недифференцированный рак.
- Другие формы рака.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ПО СТАДИЯМ

I стадия - небольшая четко очерченная опухоль, локализующаяся в толще слизистой оболочки и подслизистого слоя желудка; регионарных метастазов нет.

II стадия - опухоль, врастающая в мышечный слой стенки, но не прорастающая серозного покрова и не спаянная с соседними органами, желудок сохраняет подвижность; в ближайших регионарных зонах одиночные подвижные метастазы.

III стадия - опухоль значительных размеров, выходящая за пределы стенки желудка, врастающая в соседние органы и резко ограничивающая подвижность желудка, либо такая же опухоль или меньших размеров с множественными регионарными метастазами.

IV стадия - опухоль любых размеров и любого характера при наличии отдаленных метастазов.

Классификация TNM Международного противоракового союза – МПС(2018)

В классификации МПС стадирование выполняется на всех этапах лечебного процесса, что отражается в индексе, распологающемся перед установлением стадии болезни: клиническое – cTNM, хирургическое – sTNM, патоморфологическое –pTNM, окончательное – fTNM и не меняется после первычного определения.

<u>Клиническая классификация cTNM:</u>

T - первичная опухоль

T_X - недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

Tis – Carcinoma in situ: интраэпителиальная опухоль без инвазии в собственную пластинку слизистой оболочки, тяжелая дисплазия.

T_0 - первичная опухоль не определяется.

T_1 – опухол прорастает в собственную пластинку слизистой оболочки, мышечную пластинку слизистой оболочки или подслизистую основу.

T1a - опухоль порастает в собственную пластинку слизистой оболочки, мышечную пластинку слизистой оболочки.

T1b - опухоль порастает в подслизистую основу.

T_2 - опухоль прорастает в мышечную оболочку.

T_3 - опухоль прорастает в подсерозную основу.

T_4 - опухоль прорастает в серозную оболочку и распространяется на соседние структуры.

T4a - опухоль прорастает в серозную оболочку.

T4b - опухоль врастает в соседние структуры.

N - регионарные лимфатические узлы

N_0 - Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах.

N_X - Оценить состояние регионарных лимфатических узлов не представляется возможным.

N_1 - Лимфогенные метастазы в 1-2 регионарных лимфоузлов.

N_2 - Лимфогенные метастазы в 3-6 регионарных лимфоузлов.

N_3 - Лимфогенные метастазы в 7 и более регионарных лимфоузлов.

N3aЛимфогенные метастазы в 7-15 регионарных лимфоузлов.

N3bЛимфогенные метастазы в 16 и более регионарных лимфоузлов.

M - отдаленные метастазы

M0 - Нет отдаленных метастазов.

M1 – Есть отдаленные метастазы.

Дополнительно в классификации TNM отмечается степень злокачественности опухоли.

Степень злокачественности (G-grade)

GX – оценка степени дифференцировки невозможна.

G1 Высокодифференцированная.

G2 Умеренно дифференцированная.

G3 Низкодифференцированная.

G4 Недифференцированная [61.С.237-238].

Диагностика рака желудка на современном уровне заключается в выявлении опухоли (первичная, устанавливающая диагностика) и установлении характера опухолевого процесса (уточняющая диагностика). Все исследования проводят в определенной последовательности [16.С.484-486.].

При первичной диагностике изучают анамнез заболевания, проводят рентгенологическое и эндоскопическое исследования с морфологическим, гистологическим и цитологическим исследованием биоптата. Эндоскопическое исследование позволяет определить характер роста опухоли, ее анатомическую форму, локализацию и границы распространения по органу. На основании полученных данных можно считать (с определенной долей уверенности) диагноз рака желудка отвергнутым или обоснованным. В сомнительных случаях необходимо провести повторное исследование через 2-4 нед [18.С.18-24.].

Лечение рака желудка относится к наиболее сложным проблемам онкологии. В мировой литературе в последние годы появилось много работ, касающихся показаний и противопоказаний к хирургическому лечению рака желудка [27.С.27-30.].

По мнению большинства хирургов хирургический метод до сих пор остается наиболее эффективным. На современном этапе при лечение рака желудка роль хирургического метода как «золотого стандарта» не подлежит сомнению, но вопрос о стандартном и расширенном объеме операций с системной лимфодиссекцией, а также целесообразность выполнения расширенной и расширенно -

комбинированной гастрэктомии до сих пор остается дискутабельным [17.С.41-46.].

Хирургическое лечение рака желудка предполагает не только адекватный объем оперативного вмешательства на самом органе, но и широкое удаление окружающей клетчатки с регионарными лимфатическими узлами единым блоком с желудком [16.С.487].

Японское Общество по изучению рака желудка (Japanese Research Society for Gastric Cancer) предложило номенклатуру лимфоузлов, которая легла в основу терминологии по лимфодиссекции, проводимой при операциях на желудке [29. С.32-34.]. Гастрэктомия D_1 (от слова dissection) предусматривает удаление перигастральныхлимфоколлекторов, расположенных в связочном аппарате желудка (N_{1-6}), гастрэктомия D_2 означает удаление кроме N_{1-6}, удаление лимфоузлов вдоль чревного ствола (N_9) и его ветвей - левой желудочной (N_7), общей печеночной артерии (N_8), селезеночной (N_{11}), лимфоузлов ворот селезенки (N_{10}). Лимфодиссекция D_3 предполагает в дополнение к выше перечисленным лимфоузлы гепатодуоденальной связки (N_{12}), ретропанкреатодуоденальные (N_{13}), лимфоузлы корня брыжейки (N_{14}). При D_4 удаляются лимфоузлы брыжейки поперечноободочной кишки (N_{15}), парааортальные лимфоузлы, расположенные на уровне брюшной аорты (N_{16}) [49. С.4-7].

Расширенная лимфодиссекция незначительно увеличивает продолжительность операции, при этом не влиет на частоту послеоперационных осложнений, послеоперационную летальность по сравнению со стандартными операциями при раке желудка [8.С.55-58].

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения 1289 больных раком желудка, перенесших комбинированные, расширенные и стандартные операции приводится в работе В.И. Чиссова с соавт (2010). Выполнение расширенных операций приводит к улучшению отдаленных результатов лечения на 15-30% при всех стадиях

заболевания. При этом количество локорегионарных рецидивов сокращается с 59,3% до 15,9% по сравнению со стандартными операциями [48. С.264-265.].

В настоящее время при раке желудка в онкологической практике утвердились три типа радикальных операций, которые выполняют независимо от того, каким методом - хирургическим или комбинированным - лечат больного: 1) дистальная субтотальная резекция желудка; 2) проксимальная субтотальная резекция желудка, выполняемая в редких случаях чрезбрюшиннои в основном комбинированным доступом; 3) гастрэктомияабдоминальным или комбинированным доступом.

Дистальную субтотальную резекцию производят при экзофитной опухоли и, в виде исключения, при небольшой эндофитной опухоли дистальной трети желудка. Проксимальную субтотальную резекцию желудка выполняют комбинированным (торакоабдоминальным) доступом при экзофитной опухоли верхней трети желудка, распространяющейся на розетку кардии или пищевод.

Гастрэктомия абдоминальным доступом показана при инфильтративной или смешанной формах роста опухоли средней либо двух дистальных третей желудка. Она может быть осуществлена при расположении экзофитной опухоли в средней или верхней трети желудка без поражения розетки кардии. Гастрэктомию с резекцией пищевода комбинированным (торакоабдоминальным) доступом следует выполнять при локализации инфильтративной или смешанной опухоли в верхней и средней трети желудка и при экзофитных опухолях той же локализации, но с поражением розетки кардии или пищевода.В последние годы значительно расширены показания к применению этого типа оперативных вмешательств. Ранее ряд авторов отстаивали идею принципиальной гастрэктомии. По их мнению, субтотальная резекция не обеспечивает достаточный радикализм [77.С.454-455].

В настоящее время широко обсуждается вопрос о расширении показаний к комбинированным оперативным вмешательствам у больных пожилого возраста, которым ранее отказывали в лечении, считая, что операционный риск неоправданно велик.

Комбинированные операции показаны в тех случаях, когда вследствие значительной распространенности процесса приходится удалять или резецировать несколько соседних органов. Само понятие «комбинированные вмешательства» воспринимается неоднозначно. Одни авторы относят к ним резекцию желудка с резекцией пищевода при проксимальных локализациях опухоли, а также иссечение части mesocolon в бессосудистом ее участке. Другие, к комбинированным операциям относят только те, при которых производят спленэктомию и резекцию поджелудочной железы, долю печени, поперечно ободочную кишку. Резекцию поджелудочной железы выполняют примерно в 40—50% всех комбинированных операций. Изучение выживаемости больных после комбинированных операций с резекцией поджелудочной железы показало, что при гистологически доказанном распространении опухоли на железу 5 лет прожили только 10% больных [50.С.4-9].

Поражение лимфатических узлов ворот селезёнки при раке дистальной трети желудка встречают в 1% наблюдений, при локализации опухоли в верхней трети частота возрастает до 13%, а при тотальном поражении желудка достигает 40% [14.С.246-247.]. В этих случаях проводят спленэктомию, в том числе с резекцией хвоста поджелудочной железы, либо выполняют диссекцию лимфатических узлов и клетчатки по ходу сосудов в области ворот (спленосберегающая техника) [7. С.200-201.].

Как известно, спленэктомия считается обязательным элементом классической D_2диссекции при гастрэктомии. Однако в литературе есть данные, что спленэктомия может отрицательно влиять на прогноз лечения вследствие угнетения некоторых звеньев клеточного иммунитета, показано

увеличение частоты послеоперационных осложнений при выполнении спленэктомии у больных с желудочным кровотечением.

По данным Ф.Ш. Ахметзиянова (2005) лечение при разных стадиях рака желудка выяснилось, что у больных со спленэктомией при I стадии отдаленные результаты лечения рака ухудшаются с 58,2% до 50%, а при II стадии - улучшаются с 42,5% до 62,5%. При III и IV стадии статистическая разница недостоверна - 24,2% и 25% соответственно.

По данным В.И. Чиссова (2000) частота развития местных рецидивов, после стандартных операций составила - 59,3%, после комбинированных - 50,3%. По данным автора, выполнение комбинированных операций с расширенной лимфодиссекцией позволяет достоверно ($p<0,001$) снизить количество местных рецидивов до 15,9% и он утверждает, что хирургическое лечение при МРРЖ оправдано, поскольку позволяет в сочетании с химиотерапией добиться 5-летней выживаемости у 18% больных.

Для улучшения отдаленных результатов хирургического лечения рака желудка ряд авторов предлагают производить расширенные лимфаденэктомии при субтотальных резекциях желудка и гастрэктомиях [78.С.1331-1332], удаляли различные группы лимфатических узлов. В настоящее время опубликованы результаты работ, проведенных под руководством М.З. Сигала(1987), в которых выполняли расширенные лимфаденэктомии, включавшие чревные, предаортальные лимфатические узлы, а также расположенные у основания верхней брыжеечной артерии, общей печеночной артерии и по ходу воротной вены. Автор настоятельно рекомендуют пересмотреть общепринятую методику лимфаденэктомии при резекциях желудка и гастрэктомиях и использовать расширенные лимфаденэктомии. Однако этот вопрос требует дальнейшей разработки и изучения.

В литературе продолжаются дискуссий относительно целесообразности расширения объема лимфодиссекции. По данным ряда

исследователей, выполнение операции в объеме D_2-D_4 не увеличивает послеоперационную летальность и существенно с различной долей достоверности улучшает отдаленные результаты [1.С. 311-312].

В исследованиях H.Babaи соавт. (1995) показано, что расширенная лимфодиссекция в объеме D_2-D_3 при отсутствии метастазов в печени и обширной диссеминации по брюшине достоверно увеличивает продолжительность жизни больных в среднем до 23,6 мес. по сравнению с 11,0 мес после D_1.

По данным М.И Давыдова (2001), использование параортальнойлимфодиссекции позволило добиться 20% 5-летней выживаемости при метастатическом поражении лимфатических узлов этой группы.

Роль расширенной лимфодиссекции немногими авторами оценивается отрицательно. Причиной такого подхода являются результаты некоторых проспективных рандомизированных исследований, в первую очередь Немецкой и Голландской Группы по изучению рака желудка и Британского хирургического общества. Авторы пришли к заключению, что не оправдано выполнение лимфодиссекции в объеме D_2 в качестве стандартного метода у больных раком желудка так как имеется рост послеоперационной летальности (10% при расширенных, 4% при стандартных) и частоты развития послеоперационных осложнений (43% против 25%) [56.С.152-159].

Более того, имеются данные, свидетельствующие о том, что паллиативные гастрэктомии правомерны и позволяют части больных прожить 3 и даже 5 лет. По данным В. П. Звездина, после таких операций 3-х летняя выживаемость составила 26,5%, 5-ти летняя - 16%. Паллиативная резекция или гастрэктомия позволяют продлить жизнь в среднем до 13,9%, а некоторые больные живут более 5 лет [13. С.32-34].

K. Welnaart установил, что продолжительность жизни после паллиативной гастрэктомии равна в среднем 24 мес. Наиболее остро стоит

вопрос о проведении после паллиативных операций комбинированного лечения. Самой распространенной является комбинация хирургического лечения с моно- или полихимиотерапией. Из химиопрепаратов наиболее эффективны фтористые пиримидины. Такое комбинированное лечение позволяет увеличить 1,5-летнюю выживаемость больных в среднем в 16,5%, при этом отмечена тенденция к увеличению средней продолжительности жизни больных на 3,7 мес. по сравнению с больными, которым было проведено только паллиативное удаление первичной опухоли/ Положительные результаты химиотерапии, проведенной после паллиативных операций, получены и другими: авторами, отметившими увеличение числа больных, проживших год до 43,8%. Произвести паллиативные операции можно далеко не во всех случаях, особенно при опухолях, локализующихся в проксимальном отделе желудка, инфильтрирующих пищевод. Средняя продолжительность жизни этих больных без лечения не превышает 4-8 мес[78. С.1331-1333.].

Таким образом, хирургический метод не обеспечивает удовлетворительных отдаленных результатов местно-распространенного (III-IV стадии) рака желудка. Необходимость применения комбинированных комплексных методов лечения в такой ситуации не вызывает сомнения, но взгляды разных авторов на эффективность конкретных вариантов комбинированного лечения неодинаковы. Очевидна необходимость дальнейшего поиска наиболее адекватных вариантов комбинированной и комплексной терапии. Целесообразна разработка схем, включающих, кроме применения противоопухолевых средств, также иммунотерапию.

Несомненно, факторами, способствующими продлению жизни больных, перенесших радикальное лечение, и повышающим качество их жизни, являются повторные курсы восстановительного лечения.

По мнению К.М.Мышкина и соавт., к осложненным формам рака желудочно-кишечного тракта относят такие формы, при которых

возникает либо острый абдоминальный синдром, требующий неотложного оперативного вмешательства, либо патологическое состояние, требующее проведение интенсивной терапии[12.С.277-282.].

Больные с осложненными формами рака желудка (стенозами проксимального и дистального отделов, кровотечением из распадающейся опухоли, пенетрацией опухоли в соседние органы и структуры, явлениями кишечной непроходимости, анемией, кахексией с обезвоживанием) зачастую попадают в общехирургические стационары или больницы терапевтического профиля. К сожалению, даже сами по себе вышеперечисленные осложнения, особенно у пациентов старшей возрастной группы, в сознании многих врачей и хирургов ассоциируются с крайней запущенностью процесса и неоперабельностью [19.С1456-1458].

Наряду с вышеизложенным, в современной онкологии при вовлечении в опухолевой процесс соседних органов, все чаще применяются операции с резекцией вовлеченных структур (печень, толстая кишка, почки, надпочечник, поджелудочная железа), вплоть до выполнения таких обширных операций как гастропанкреатодуоденальная резекция, вплоть до мультивисцеральной резекции [22.С.96-98.].

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 кровотечение из опухоли, 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 дискутабельным [7.С.201-203.].

Большинство хирургов считают осложненное течение опухолевого процесса признаком запущенности и радикальное хирургическое лечение у таких больных не только не выполнимым, но и не целесообразным. Вместе тем, в немногочисленных работах, посвященных лечению больных осложненным раком желудка, рассматривается также возможность радикального хирургического лечения. Плохо изучены прогностические факторы после радикальных операций по поводу осложненного рака желудка, а также влияние возникновения самого осложнения на прогноз больного[62.С.237-238.].

Результаты хирургического лечения рака желудка на высоте кровотечения неудовлетворительны [29.С.32-34].

Наиболее частые осложнения рака желудка - кровотечение, перфорация и стеноз. Кровотечения чаще возникают при раковой опухоли: расположенной на малой кривизне желудка. Они могут возникнуть в любой стадии процесса, но чаще наблюдаются в III-IVстадии. Кровотечение возникает в результате распада или изъязвления опухоли или разрыва кровеносного сосуда, пораженного опухолью. В других случаях деструкция опухоли и развитие гнойного и воспалительного процессов ведут к тромбированию и аррозии питающих ее сосудов, что в свою очередь является причиной гангрены значительных участков опухоли и ее распада, сопровождающегося кровотечением. Чаще всего осложняются кровотечением язвенные формы рака. В основном кровоточат опухоли желудка, расположенные в теле и антральном отделе, значительно реже кровотечение возникает при опухолях кардии. Это необходимо учитывать при определении локализации источника кровотечения, особенно при его профузном характере. Наиболее

интенсивные кровотечения характерны для рака малой кривизны желудка, где проходят ветви левой желудочной артерии [66.С.293-306.].

Кровотечение может быть скрытым и диагностироваться лишь при исследовании кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена). В других случаях клиническая картина довольно типична. Главным и нередко единственным симптомом кровотечения является кровавая рвота (рвота "кофейной гущей"), часто повторная, несколько реже - дегтеобразный стул, или, наконец, и то. и другое вместе. Оценка степени тяжести кровопотери. Принято выделять три периода изменений объемных компонентов крови после кровопотери: 1период: первые двое суток, гиповолемия обусловлена уменьшением глобулярного объема и объема плазмы. 2 период: 3-5-ые сутки, гиповолемия носит олигоцитемический характер (объем плазмы к этому времени обычно восстанавливается, а клеточный объем нет). И только в этот период мы можем судить о степени кровопотери по общему анализу крови. 3 период: с 6-суток, характеризуется медленным восстановлением глобулярного (клеточного) объема [28.С.17-19.].

Принято выделят три степени кровопотери:

- 1 степени. Легкая кровопотеря (объем кровопотери до 1000мл): дефицит ОЦК до 20%, состояние больного удовлетворительное.
- 2 степени. Средняя кровопотеря (объем кровопотери до 2000мл): дефицит ОЦК от 20 до 30%, состояние больного средней степени тяжести, компенсированный метаболический ацидоз.
- 3 степени. Тяжелая кровопотеря (объем кровопотери свыше 2000мл): дефицит ОЦК более 30%, состояние больного тяжелое, метаболический и дыхательный ацидоз.

Оценка степени тяжести кровопотери: В первые 12 часов от начала кровотечения степень кровопотери можно определить по индексу Альтговера (ЧСС/САД), который в норме равен 0,5 -0,7. Если индекс Альтговера от 0,7 до 1,0 то кровопотеря до 20% ОЦК (10% ОЦК =500мл

крови). Если индекс Альтговера равен 1, то кровопотеря около 20% ОЦК (20% ОЦК = 1000мл крови и т.д.). Если индекс Альтговера от 1,0 до 1,5 то кровопотеря около 20-30% ОЦК. Если индекс Альтговера более 1,5 то кровопотеря более 30 -40% ОЦК. Если от начала кровотечения прошло более 12 часов, то объем кровопотери можно еще определить по формуле Мура: V= P*q((Эг1-Эг2)/Эг1). Где: V- объем кровопотери в мл.; P- вес больного в кг.; *- знак умножения; q – коэффициент для мужчин = 70, а для женщин=65; Эг1 – эритроциты в норме; Эг2 – эритроциты у больного. Эг в норме для мужчин = 4,1, а для женщин = 3,8. Если от остановки кровотечения прошло более 48часов, то объем кровопотери можно определить по Hb, Yt, Эг из таблиц:

№	Показатели кровопотери	Степень кровопотери		
		Легкая	средняя	тяжелая
1.	Количество эритроцитов в крови больного, 12*10/л	не менее 3,5	2,5-3,5	менее 2,5
2.	Уровень гемоглобина, г/л	более 100	80-100	менее 80
3.	Частота пульса в 1 минуту	до 80	80-100	выше 100
4.	Систолическое АД мм.рт.ст.	более 110	90-100	менее 90
5.	Гемотокрит, %	более 30	25-30	менее 25

Определение источника и интенсивности кровотечения (J. Forrest, 1989г.):

- ForrestI (A) - Струйное артериальное кровотечение;
- ForrestI (B) - Активное венозное кровотечение;
- ForrestII (A) - Активного кровотечения нет. Видимы тромбированный сосуд в дне язвы;
- ForrestII (B) - Активного кровотечения нет. Сгусток крови на дне язвы;
- ForrestII (C) - Активного кровотечения нет. Солянокислый гематин на дне язвы.

Точных единых данных о частоте кровотечения из раковой опухоли желудка нет, что обусловлено рядом субъективных и объективных факторов, таких как профиль лечебных учреждений, характеристики популяции наблюдаемых больных, качество и критерии диагностики и пр. Так, В.Е. Волков(1983) выявил его у 11,7%, В.В. Алипов(2003) и А.К. Мышкина(1981) - у 8%, М.И. Давыдов(1980) - у 28,4%, А.Ф. Черноусов и соавт.(2004) - у 21%, А.М. Гарин и И.С. Базин - у 10-15% больных. По наблюдениям П.Г. Нерубаева и Г.А. Сокомоновой (2003), рак желудка является причиной 9,8% всех неязвенных кровотечений. По патологоанатомическим данным, среди всех умерших от желудочно-кишечных кровотечений рак желудка как его причина выявлен у 15%.

Клинически острое кровотечение из опухоли желудка может проявляться рвотой кровью или «кофейной гущей», меленой и анемическим синдромом. Для диагностики данного осложнения ведущим исследованием является гастроскопия, которая должна быть выполнена в экстренном порядке даже при подозрении на развитие кровотечения. При осмотре желудка и поражающей его опухоли важно оценить ее макроскопическую форму, наличие и размеры изъязвления, наличие и интенсивность поступления свежей крови из патологического очага, а также количество крови, уже излившейся в просвет органа.

В связи с кровопотерей у больных развивается выраженная в той или иной степени картина острого малокровия. При незначительных кровотечениях симптомы острой анемии выражены в большинстве случаев нечетко или могут отсутствовать. При выраженных кровотечениях, сопровождающихся рвотой, дегтеобразным стулом, падением гемоглобина до 6 ммоль/л, больные жалуются на общую слабость, головокружение, наблюдаются бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тахикардия и снижение уровня артериального давления. При тяжелых профузных кровотечениях,. Сопровождающихся быстрым падением гемоглобина до 5-4 ммоль/л и ниже. развивается тяжелый

сердечнососудистый коллапс с падением уровня артериального давления до 60-40 мм. рт.ст. и ниже. Пульс учащается до I20-140 уд/мин. Некоторые больные теряют сознание, кожные покровы их принимают восковидный оттенок и покрывается холодным потом, лицо делается мертвенно бледным, отмечается цианоз губ, расширение зрачков. Количество эритроцитов снижается до 2 млн. в 1мм^3 (2 г/л) и менее. В терминальной стадии пульс становится нитевидным, часто не сосчитывается, у больных появляется непроизвольное мочеиспускание, дефекация.

Лечение больных с желудочным кровотечением ракового происхождения в большинстве случаев должно начинаться с консервативных мероприятий: холод на живот, голод, хлористый кальции, викасол, аминокапроновая кислота, гемотрансфузии, переливание кровезаменителей. Однако при проведении указанных мероприятий не всегда удается добиться успеха. Консервативная терапия при кровотечении у больных раком желудка позволяет в большинстве случаев лишь временно остановить кровотечение и подготовить больного к операции. Определенную роль в лечении больных с кровоточащей опухолью желудка играют местные средства, способствующие остановке кровотечения. Сюда следует отнести все виды гипотермии желудка, начиная с наложения пузыря со льдом на эпигастральную область. Широко используют гемостатическое действие ледяной воды при промывании желудка. Большие возможности для местной остановки желудочного кровотечения дает использование эндоскопа. У тяжелобольных эндоскопию можно проводить только в тех случаях, когда обеспечены срочное оказание анестезиологического пособия и реанимационная помощь. При гастроскопии можно добиться гемостаза путем охлаждения места кровотечения хлорэтилом или углекислым газом, прицельного орошения источника кровотечения гемостатическими средствами. В отдельных случаях, кровотечение останавливается путем электрокоагуляции/ Нередко весьма трудно выбрать метод хирургического лечения при кровотечении

из раковой опухоли желудка непосредственно во время операции. Следует учитывать состояние больного, локализацию и стадию развития раковой опухоли и часто чрезвычайно сложные топографо-анатомические взаимоотношения, возникшие в результате распространения опухоли за пределы желудка. Методом выбора является выполнение радикальной или паллиативной резекции желудка. Особенно сложно оперативное вмешательство при клинической картине неоперабельного рака желудка на фоне продолжающегося желудочного кровотечения. В этих случаях хирург должен ограничиться только остановкой кровотечения, не предпринимая других более сложных оперативных вмешательств. Кроме паллиативной резекции возможны также прошивание и перевязка магистральных сосудов желудка, чаще всего левой желудочной артерии, прошивание сосудов вокруг опухоли или в самой опухоли. Прошивание сосудов вокруг опухоли может быть выполнено как со стороны серозной оболочки, так и со стороны слизистой после гастротомии. Обшитый таким образом участок, стенки желудка прикрывают сальником, который фиксируют ксерозе. Кровотечение из обширных распадающихся опухолей с зияющими сосудами нередко удается остановить только путем перевязки всех основные желудочных артерий и, прежде всего, левой. При кровоточащих опухолях кардиального отдела и дна желудка приходится перевязывать и короткие желудочные сосуды.

Кровотечение из опухоли, особенно если оно профузное, является основным фактором, определяющим активную хирургическую тактику, независимо от клинической стадии рака желудка. Надо отметить, что активная хирургическая тактика не только предотвращает смертельный исход от желудочного кровотечения, но и является залогом для полного выздоровления больного от основной болезни, при радикальности операции.

Выбор оптимальной лечебной тактики при кровотечении, обусловленном распадающейся опухолью желудка, зависит прежде всего

от объема потерянной крови, и от того, остановилось кровотечение или нет. Большую помощь при этом может оказать срочная эндоскопия. Она позволяет не только определить локализацию источника кровотечения, но также установить факт его прекращения или продолжения.

Представлены данные о частоте осложнения рака желудка профузным кровотечением. В связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза при кровотечениях раковой этиологии оправданной является радикальная операция в экстренном либо срочном порядке. Приводится опыт лечения 10 пациентов, у которых клиническое течение болезни осложнилось острым кровотечением. Отмечено, что местно-распространенный процесс не является абсолютным противопоказанием к радикальному удалению опухоли. В такой ситуации должна быть выполнена адекватная комбинированная операция. Принципиально важен вопрос о выборе тактики лечения больного раком желудка, осложненным острым кровотечением из опухоли. Эндоскопический гемостаз, используемый при язвенных гастродуоденальных геморрагиях, мы считаем неэффективным при раке. Только радикальная операция позволяет надежно ликвидировать источник кровотечения и избавить больного от раковой опухоли желудка.

Таким образом, при раке желудка, осложненном острым кровотечением, оправдана радикальная операция в экстренном либо срочном порядке. Только такая тактика позволяет надежно устранить источник кровотечения и радикально избавить больного от основного заболевания. Врастание опухоли в соседние структуры не является абсолютным противопоказанием к радикальному удалению опухоли, осложненной кровотечением. В такой ситуации может быть выполнена адекватная комбинированная операция.

Общепризнанно, что хирургическое лечение рака желудка остается «золотым стандартом», и «радикальные операции» выполняются даже у больных IV стадией заболевания. Однако в течение многих лет при

осложненных формах рака желудка паллиативные операции были наиболее часто выполняемым вариантом хирургического лечения и имели целью ликвидацию осложнений, вызванных опухолью (высокая непроходимость, кровотечение, перфорация) [36. С. 88-92.].В последние десятилетия возрастает хирургическая активность при осложненных формах рака желудка, и цель оперативного вмешательства уже не только ликвидация осложнений, а удаление опухоли. Учитывая, что термин «радикальная» операция не совсем правомочен даже при выполнении суперрасширенных радикальных операциях (нельзя утверждать, что удалены все опухолевые ткани) [67.С. 149-157.].

Отвечая на вопрос о решении основных задач оперативного лечения у больных с осложненным раком желудка, мы считаем, что к "минимальным" операциям, выполняемым по экстренным и срочным показаниям, следует относиться как к операции "отчаяния". При распространенном раке отдаем предпочтение паллиативной резекции или паллиативной гастрэктомии, тем самым решая несколько проблем: ликвидация непосредственной угрозы для жизни больного и рецидива осложнения. На основании проведенного анализа результатов хирургического лечения у больных с осложненным раком желудка, в зависимости от объема операции, можно сказать, что разница в частоте непосредственных послеоперационных осложнений между паллиативными циторедуктивными операциями и паллиативными нециторедуктивными операциями незначима. Помимо этого, продолжительность жизни при паллиативных резекциях в среднем выше в 2 раза, что еще раз подтверждает целесообразность выполнения паллиативных резекций или паллиативной гастрэктомии [.

Активное хирургическое вмешательство при осложненных формах рака желудка, на фоне адекватной предоперационной подготовки позволяет получить удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты. Осложненное клиническое течение рака желудка не является

абсолютным признаком неоперабельности, нерезектабельности опухоли, при рациональной терапевтической подготовке значительное количество больных может быть радикально оперировано. Критерием резектабельности считается распространенность опухоли и функциональное состояние пациента. Активная хирургическая тактика у больных раком желудка, осложненным декомпенсированным стенозом выходного отдела или кровотечением, оправдана.

Таким образом, в настоящее время взгляды на проблему хирургического лечения осложненного рака желудка неоднозначны, вплоть до диаметрально противоположных. Четко сформулированной хирургической 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.

РЕЗЮМЕ

Таким образом, обзор литературы показывает, что лечению осложненного рака желудка уделяется недостаточное внимание. Большинство исследователей до настоящего времени, считают, что местная распространенность процесса и осложненное течение, даже при условии отсутствия отдаленных метастазов является признаком крайней запущенности опухолевого процесса и оценивается как неоперабельный. Такой взгляд на ситуацию особенно распространен среди врачей общей лечебной сети. Поэтому стремление к симптоматическим операциям, при осложненном течении рака с оценкой эффективности лечения, низкой частотой послеоперационных осложнений и летальности является оправданием их действий. Необходимым является тот факт, что оперативные вмешательства выполненные в обшей лечебной сети выглядят более удручающими, так как в них резекция желудка и гастрэктомия выполняются эпизодически без использования современных достижений онкохирургии.

Из проведенного обзора литературы показывает, можно сделать вывод что, несмотря на достижения имеющееся в онкохирургии рака

желудка проблема лечения его осложненных форм остается актуальной и нерешенной.

ГЛАВА 2
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика клинического материала

Наше исследование основано на клиническом наблюдении 46 больных раком желудка, с различной степенью желудочного кровотечения, поступивших в хирургическое отделение торакоабдоминальной онкологии Бухарского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии за период с 2019 по 2021год.

Основная группа, в которой выполнено радикальное хирургическое вмешательство, включала 31 (67,4%) больного (из них мужчин 21 и женщин 10), в контрольной группе – 15 (32,6%) больных (из них мужчин 9 и женщин 6). Больным контрольной группы проведены паллиативные и симптоматические операции. Средний возраст больных составил 63±3,3 лет.

Распределение больных в зависимости от группы исследования и возраста представлено в рис. 2.1.

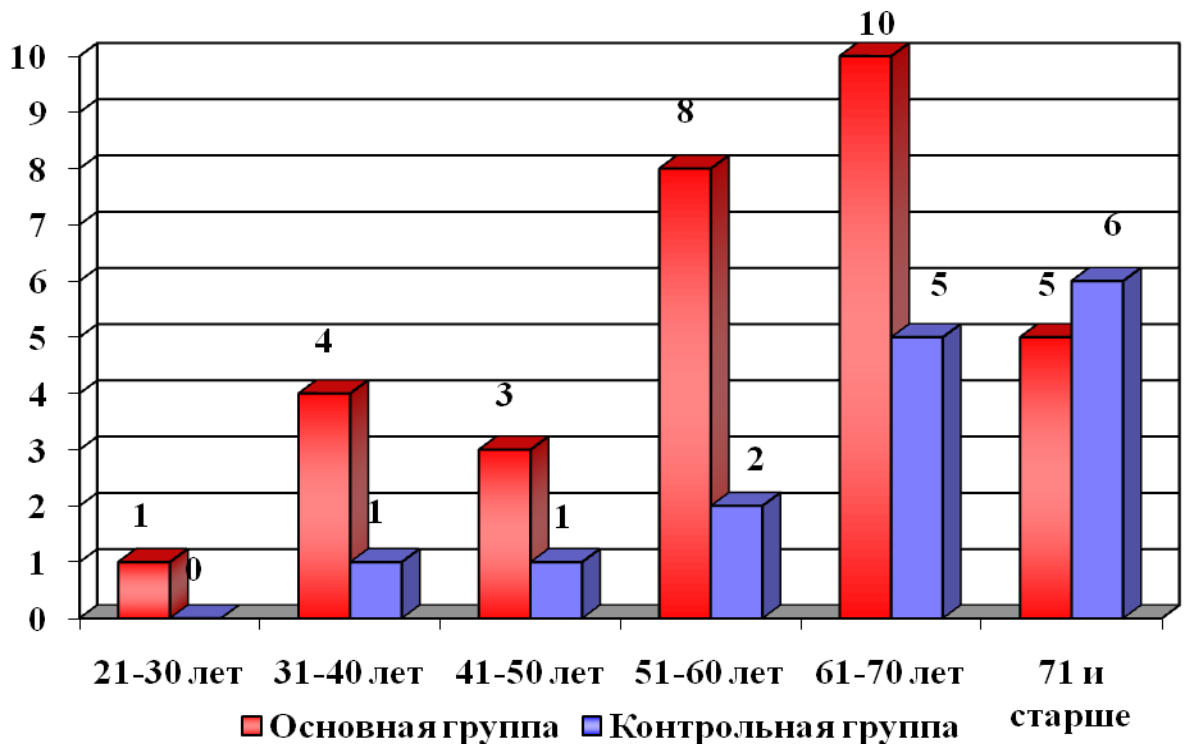


Рис. 2.1. Распределение больных по возрасту

Из приведенной в рис. 2.1 данных видно, что основную массу больных составили люди старше 50 лет.

Все больные до поступления в клинику чувствовали недомогание продолжительностью от 1 месяца и до более года. Длительность анамнеза заболевания составила от одного месяца (у 2 больных) до одного года (у 34 больных), а у 10 больных более 1 года. Из 46 больных, 22(47,8%) безуспешно лечились в различных лечебных учреждениях, до возникновения кровотечения. До поступления в лечебные учреждения больные в основном получали лечение с неверно установленными диагнозами, такими как гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки, хронический холецистит. У 10 больных причиной поздней диагностики явилось неполное обследование, 12 больным была произведена ЭГДФС или рентгеноскопия желудка. Это говорит об отсутствии онконастороженности узких специалистов лечебных учреждений общего профиля.

Все больные в основном предъявляли следующие жалобы: боль различной интенсивности, но чаще всего тупого и ноющего характера 36 (78,26%) больных из 46; беспричинное похудание - 35 (76,08%) больных

из 46; отсутствие аппетита - 25 (54,35%) больных; для 36 (78,26%) больных внезапно наступившее кровотечение на фоне мнимого здоровья, оказалось первым признаком заболевания. Малые признаки Савицкого отмечались без исключения у всех больных, поступивших к намсо злокачественными опухолями желудка осложненных кровотечением. Все эти признаки отмечались у больных за несколько месяцев до развития осложнения, позднее к этим симптомам присоединялись тошнота и кровавая рвота.

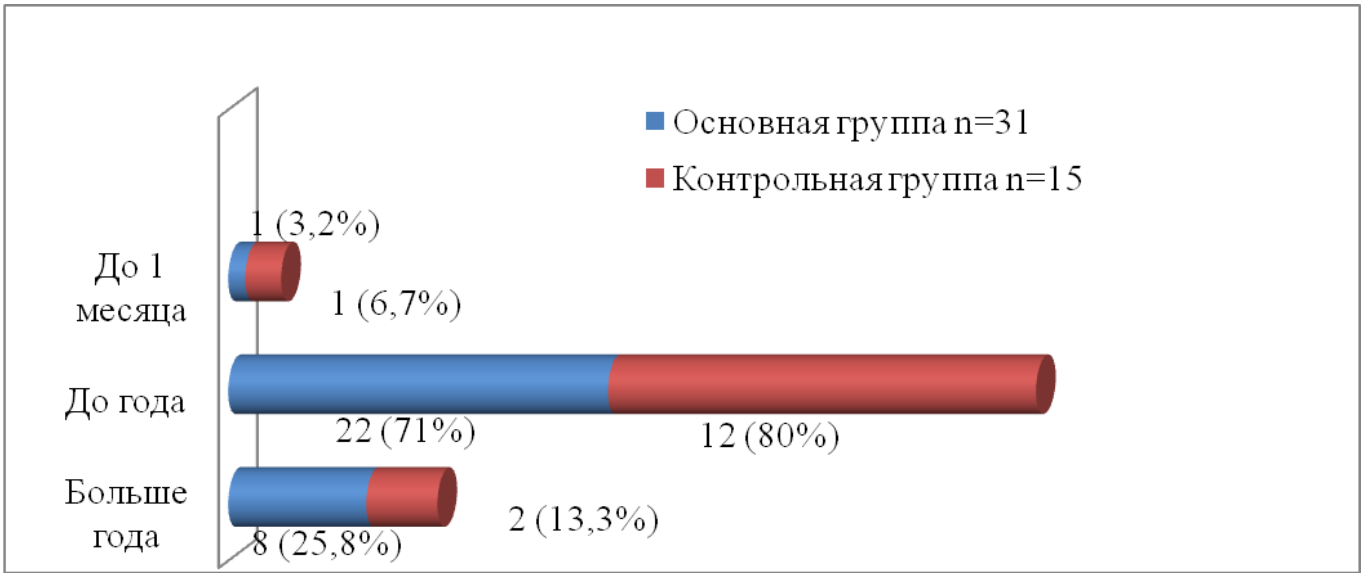


Рис. 2.2. Длительность анамнеза до обращения в специализированное учреждение.

Все поступившие больные подвергались тщательному обследованию. Кроме констатации факта наличия опухоли желудка, на основании комплекса диагностических мероприятий, уточняли анатомическую локализацию опухолевого процесса, степень поражения, форму роста опухоли, локализацию основного массива опухоли по стенкам желудка.

Также максимально выясняли степень вовлечения соседних органов и тканей в патологический процесс, наличие отдаленных метастазов, сопутствующих заболеванию.

2.2. Методы обследования больных с осложненным раком желудка

Часто больные с осложненными формами рака желудка кровотечением поступают в клинику в тяжелом состоянии. Этому контингенту больных для начала лечебных мероприятий, которые бывают, направлены на спасение жизни, обследование необходимо проводить в сжатые сроки. Иногда весь комплекс обследования проводился в течение 6–8 часов, но чаще всего после обследования в течение 2-3 часов решалась тактика дальнейшего ведения больных. В связи с этим, нами были использованы несколько схем обследования больных, поступивших в экстренном порядке. При составлении плана алгоритма обследования учитывалась тяжесть состояния, в зависимости от этого выбирались максимально необходимые диагностические процедуры. В повседневной практике данный подход показал свою высокую эффективность.

Обследование начиналось с классического осмотра и опроса больных. При этом учитывалось общее состояние больного, степень истощения, выраженность обезвоживания, интенсивность кровотечения и т.д. Обязательным являлось измерение артериального давления, частоты пульса, его напряжения и наполнения. После тщательного осмотра и сбора анамнеза, больные разделялись на три группы. В 1-ой группе - больным проводилось стандартное эндоскопическое исследование, ЭКГ и УЗИ органов брюшной полости. Экстренно проводилось клинико-биохимическое исследование. Процесс обследования сопровождался срочной подготовкой больных к операции. При необходимости больные, впервые часы после поступления подвергались хирургическому вмешательству. Учитывая высокий риск развития различных непредвиденных осложнений во время и после операции, к данной тактике мы прибегали при массивных желудочных кровотечениях. Эти мероприятия проводились на фоне противошоковой терапии, которая продолжается и во время операции.

Больным, у которых была, отмечена остановка кровотечения проводилось обследование по второй программе, которое включало в себе стандартную ЭГДФС, полипозиционную рентгеноскопию пищевода и желудка, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭКГ, клинико–биохимические анализы крови и мочи, консультации смежных специалистов. Эти больные находились под постоянным наблюдением до операции.

Третья группа больных, поступивших в плановом порядке, готовились к операции. Проводились уточняющие диагностические исследования по стандарту.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, почек, селезенки, лимфатических коллекторов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза и органов средостения проводилось в хирургическое отделение торакоабдоминальной онкологии Бухарского филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии. При обследовании оценивали локализацию, размер образования, а также наличие прорастание в соседние органи и ткани.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГДС) производилась с помощью фиброгастроскопаи фиброгастродуоденоскопа фирмы «Olimpus» (Япония) с боковой оптикой. Перед эндоскопическим исследованием за 30 мин всем больным производилась премедикация 1,0 мл 0,1% раствором сернокислого атропина, 1,0 мл 1% раствором димедрола для местной анестезии использованы 1-2% растворы дикаина. Тщательно осматривали пищевод, кардиальное кольцо, слизистые желудка и двенадцатиперстной кишки. С подозрительных участков брали биопсию в количестве 7 - 12, для морфологического исследования.

Проводили рентгеноскопию пищевода и желудка с контрастированием раствором сульфата бария в прямых и боковых

проекциях. Использовали как методику тугого заполнения, так и двойного контрастирования.

Компьютерная томография (КТ) проводилась при шаге томографирования 3 мм по общепринятой методике на высокоскоростном двуспиральном аппарате General Electric CTSytek с возможностью трехмерной реконструкции. Во время проведения КТ соблюдались все технические условия. Исследование проводилось в положении пациента лежа на спине. Перед исследованием выполнялась топограмма – обзорное изображение заданной зоны тела человека, выполненное узко коллимированным пучком рентгеновского излучения при постоянном продольном перемещении стола, на котором лежит пациент. Исследование включало в себя сканирование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, лимфатических узлов в зависимости от зон поражения. Особо обращали внимание на степень поражения желудка, отношение опухоли к окружающим органам и тканям.

Эндоскопические исследование с биопсией и КТ исследование производились больным в плановом порядке после остановки кровотечения.

Гистологическое исследование. Большинству (44) больныхдо начала лечения проведено гистологическое исследование серийных парафиновых срезов (от 15 до 20 для каждого наблюдения), окрашенных гематоксилин-эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, Конго красным. Материал для гистологического исследования получали с помощью эндоскопических щипцов, во время ЭГДФС. Процесс приготовления гистологического препарата для световой микроскопии проводили по стандартной схеме:

1. Взятие материала и фиксация в 10% нейтральном формалине;
2. Обезвоживание в спиртах восходящей концентрации;
3. Уплотнение ткани, пропитка и заливка парафином;

4. Приготовление срезов 4-5мкм;

5. Окрашивание срезов гематоксилином и эозином и заключение в бальзам.

После проведения комплексного обследования с изучением гистологии операционного материала, по вышеуказанной методике устанавливался окончательный диагноз и стадия процесса с морфологической верификацией.

На основании анализа клинических наблюдений в процессе выполнения научного исследования с учётом особенности анализируемого контингента больных, т.е. наличие грозного заболевания и еще осложненное течение болезни диктовало создания алгоритма обследования, которое включало все аспекты наблюдения по максимуму, необходимые для выбора оптимальной тактики, введения и лечения тяжелого контингента больных, тем самым максимально сократив время обследования до начало специализированного лечения, что играет немаловажную роль в повышение качества оказуемой помощи.

Рис.2.3. Алгоритм обследования.

2.3. Методы лечения больных раком желудка, осложненного кровотечением.

Патологический процесс, поражающий желудок влияет на общее состояние организма, нарушая большинство физиологических процессов, происходящих в органах пищеварения. Это в свою очередь приводит к нарушению гомеостаза в целом. Потому и лечение рака желудка кроме хирургического удаления пораженного органа должно быть направлено на коррекцию биохимических процессов.

В плане предоперационной подготовки, всем больным сначала проводили лечение, направленное на нормализацию водно-солевого баланса организма - инфузия солевых растворов, раствора глюкозы с сердечными глюкозидами (по показаниям), препараты калия и др.

В случае больших кровопотерь (более 1л.), больным до проведения операции произведена катетеризация двух и более венозных систем, с целью быстрого и адекватного восполнения дефицита ОЦК и введена препаратов крови, кровезаменителей в течение 2-3часов. С целью получения надежного гемостаза проводили инфузионную, общеукрепляющую, детоксикационную, дезинтоксикационную терапию включающие в себя в/в ведение аминокапроновую кислоту, контрикала до 400 000 ЕД, децинона, протамина сульфата, а также переливание кровезаменителей (рефортан, стабизол) и препаратов крови (эритроцитарная масса, СЗП). При обеспечении полноценного гемостаза проводилась операция в плановом порядке, а при продолжении кровотечения проводилась экстренная операция. Операции были выполнены под комбинированным эндотрахеальным наркозом, операционный доступ - срединная лапаротомия. Объем хирургических

вмешательств определяли в зависимости от интраоперационной находки, после ревизии органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, в зависимости от распространенности процесса и с учетом тяжести сопутствующей патологии.

При прорастании опухоли в поджелудочную железу, поперечно ободочную кишку, в брюшную стенку производились расширенные комбинированные операции, при наличии метастазов в печени, канцероматоза брюшины выполнялись паллиативные операции (табл.2.1).

Таблица 2.1.Характер произведенных оперативных вмешательств.

№	**Объем вмешательства**	**Основная группа n=31**	**Контрольная группа n=15**
1	Стандартная радикальная гастроэктомия с диссекц.Д2	6 (19,35%)	-
2	Комбинированная гастроэктомия с диссекц. Д2	6 (19,35%)	-
3	Расширенная радикальная гастроэктомия с диссекц. Д3	3 (9,7%)	-
4	Расширенно комбинированныйгастроэктомия с диссекц. Д3	16 (51,6%)	-
5	Паллиативная резекция желудка	-	3 (20%)
6	ГЭА – ЭЭА	-	1 (6,7%)
7	Еюностомия	-	1 (6,7%)
8	Паллиативная гастроэктомия	-	3 (20%)
9	Паллиативная гастроэктомия с резекцией поперечно ободочной кишки	-	2 (13,3%)

10	ГЭА – ЭЭА с перевязкой левой жел.арт.	-	5 (33,3%)

Как видно из представленных в табл. 2.1 данных, всем больным основной группы проводились радикальные или условно радикальные хирургические вмешательства. В контрольной группе больных, выполнялись паллиативные хирургические операции, направленные на остановку кровотечения. В послеоперационном периоде, некоторые больные получали II–IV курса адювантнойполихимиотерапии по унифицированным схемам, включающим 5 фторурацил, цисплатин, гемзар и этопозид.

В процессе оказания специализированной помощи больным с осложненными формами рака желудка в виде кровотечения был создан алгоритм лечения таковых больных, который является простым, легко доступным, охватывающим все аспекты нарушения гомеостаза, позволяющие выполнения адекватных хирургических вмешательств с позиции онкохирургии в каждом конкретном случае с наименьшим риском интра и послеоперационных осложнений и летальности.

Рис.2.4.Алгоритм лечение больных раком желудка осложненного кровотечением.

2.4. Критерии оценки состояния больных раком желудка, осложненного кровотечением и статистическая обработка полученных результатов.

Непосредственные результаты лечения оценивали по объективным и субъективным критериям:

1. Совпадение предоперационного диагноза с интраоперационной находкой
2. Частоте ранних послеоперационных осложнений;
3. Непосредственный эффект лечения больных;
4. Оценка качества жизни по шкале Карновского и системе ECOG-ВОЗ.

Для оценки качества жизни и учета динамики, заболевания в процессе лечения мы использовали шкалу Карновского, определяющую общий статус достояния в процентах - от 100% при полной (нормальной) активности до 0% (смертельный исход) с градациями в 10% и систему ECOG-ВОЗ в баллах от 0 (нормальная активность) до 4 (больной не в состоянии обслуживать себя, прикован к постели).

Для оценки общего состояния больных, с помощью специального опросника изучали: характер, питания, наличие и степень желудочного дискомфорта и оценку степени здоровья самого больного.

Базу данных на больных составляли на программе «MSACCESS». Все критерии, важные с точки зрения поставленных целей и задач были обработаны статистически.

Математико-статистический анализ полученных результатов выполнен методами описательной, параметрической и непараметрической статистики, с использованием стандартного пакета программ Statistica 6.0 (StatSoft, Inc. (2001). STATISTICA (data analysis soft ware system), version 6. www.statsoft.com). Для анализа достоверностей применяли критерий Стьюдента. При этом достоверность различий между сравниваемыми выборками считали статистически существенным при $t>2,0$ и $p<0,05$. Отдаленные результаты лечения оценивали путем построения таблиц дожития и моментным методом Каплан – Майер. Метод статистического анализа выбирали соответственно рекомендациям С.Гланц (1999).

ГЛАВА 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.

3.1. Результаты обследования больных раком желудка, осложненного кровотечением

Все больные, при поступлении в диспансер, проходили срочное обследование. Порядок проведения обследования подробно приведен во второй главе. В данной главе, мы хотели бы обратить внимание, на некоторые характерные особенности, проведенных нами обследований.

При определении гематокрита чаще определялось сгущение крови вследствие гиповолемии, за счет потери жидкости, что в свою очередь

повышало концентрацию гемоглобина. У данной категории больных, при объективном обследовании отмечались холодные конечности, бледность кожных покровов, которые являлись лучшим ориентиром для правильной оценки состояния.

Эндоскопическое исследование желудка в момент интенсивного кровотечения является тяжелым, иногда не осуществимым мероприятием. Потому мы старались проводить это исследование после проведения кратковременных мероприятий, направленных на остановку кровотечения. При ЭГДФС (рис.3.1.) определяли не только очаг кровотечения, но и объем поражения желудка, локализацию опухоли и т.д.

Чаще всего поверхность очага кровотечения являлась большой зоной изъязвлений, реже кровотечение шло точечно из аррозированных сосудов.

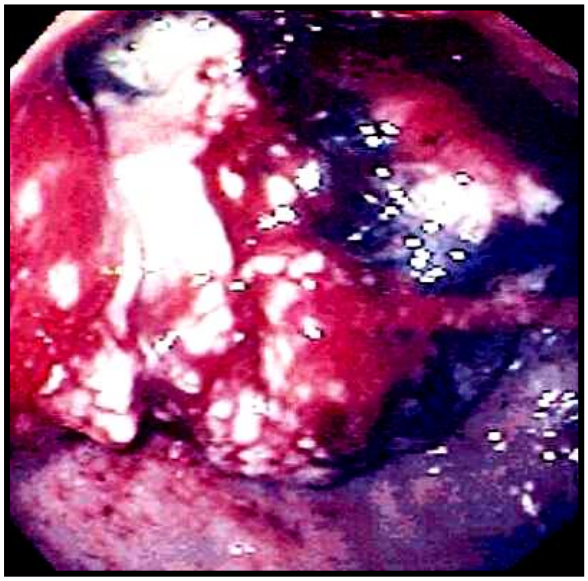


Рис.3.1. ЭГДФС. Рак тела желудка осложненный кровотечением.

Следует указать, что эндоскопическое исследование всегда завершали взятием биопсии из опухоли. Биопсию брали из зоны опухоли, не подвергавшейся распаду и изъязвлению, в основном на границе опухоли со здоровой тканью желудка. Биопсия из зоны изъязвления не только опасна из-за возможного рецидива кровотечения, но и частого некроза опухоли в этой зоне.

Проведение рентгенологического исследования, даёт возможность объективно оценить степень поражения желудка, определить форму, анатомическую локализацию и размеры опухоли (рис.3.2.).

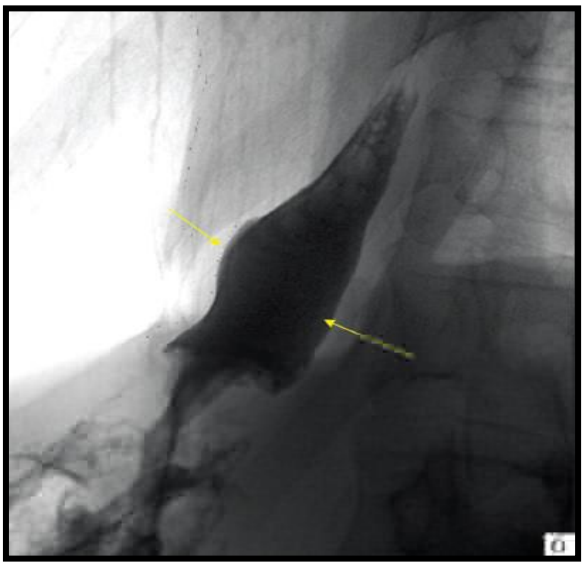


Рис. 3.2. Рентгенография желудка. Тотальное поражение желудка с переходом на нижнюю треть пищевода.

Поэтому для полноценного планирования предстоящей операции у больных РЖ осложненного кровотечением всегда необходимо проведение эндоскопического, рентгенологического, эхографического исследования больных данной категории.

Для оценки связи опухоли желудка с поджелудочной железой и диафрагмой проведено УЗИ желудка. При расположении опухоли в передней стенке желудка или при содержании в полости желудка жидкости, УЗИ исследование визуализировало наличие самой опухоли (рис 3.3.), давая возможность определить степень поражения стенок желудка.

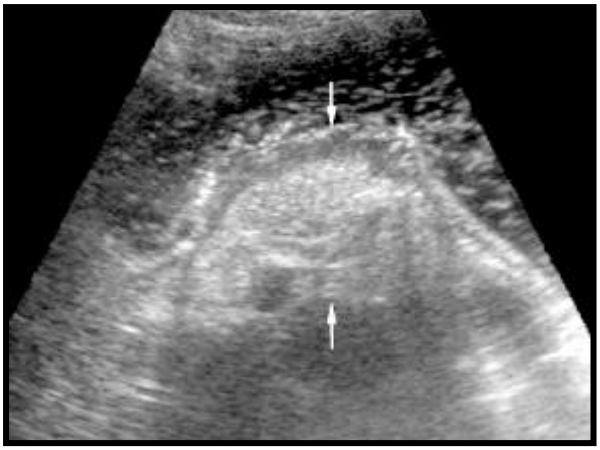


Рис.3.3. УЗИ желудка. Видно поражение опухолью всей передней стенки желудка.

План предстоящей операции зависел от степени выраженности осложнения опухолевого процесса и наличия или отсутствия отдаленных метастазов (рис.3.4.).

Задачу облегчало проведение КТ и МРТ исследований органов брюшной полости. Учитывая тяжесть состояния не всегда больным данной категории проводили КТ исследование. У 15 больных во включенную нами группу исследования, имелись заключения КТ или МРТ исследований произведенные до поступления в наш стационар. КТ и МРТ органов брюшной полости давало более полное представление о размерах поражения, о локализации опухоли и ее взаимосвязи с другими органами и тканями, состояние печени, почек, селезенки, забрюшинных лимфатических узлов и т.д. (рис.3.5., 3.6.).

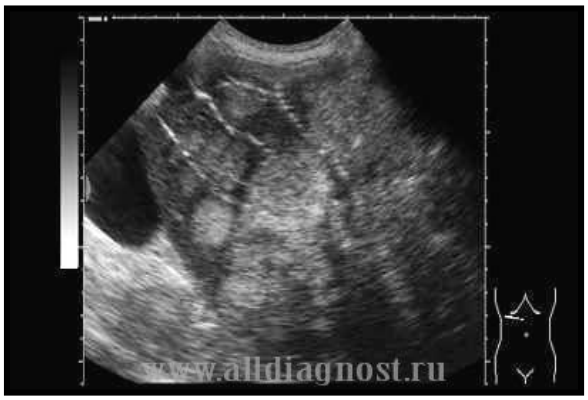


Рис. 3.4. УЗИ печени.множественное метастатическое поражение печени.

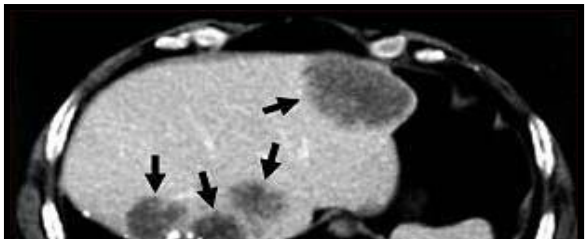


Рис.3.5. КТ печени. множественные метастатические поражения печени.

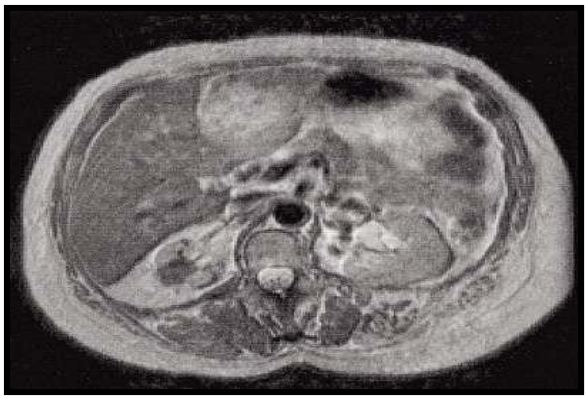


Рис.3.6. МРТ органов брюшной полости. Рак желудка с прорастанием в поджелудочную железу.

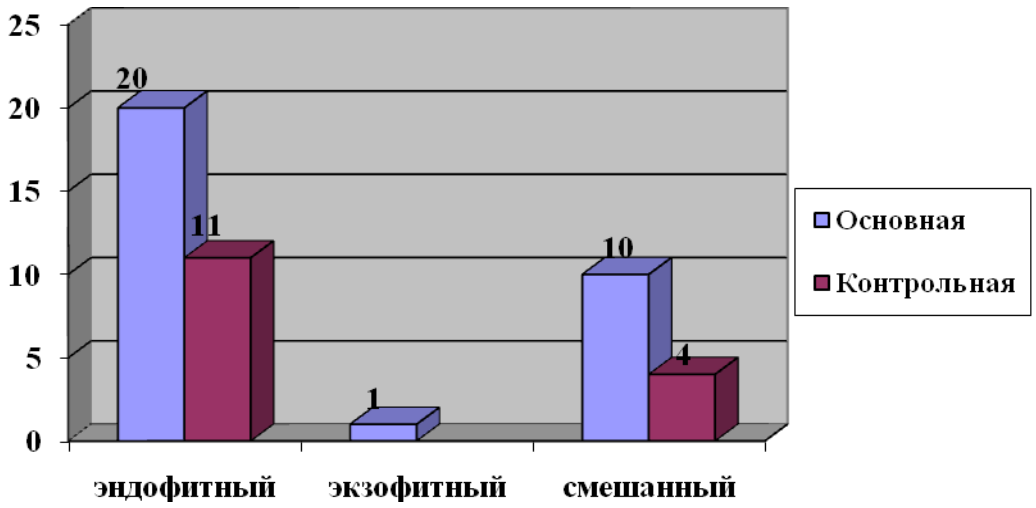
Таким образом, на основании комплексных методов исследования всем больным удалось уточнить диагноз заболевания, анатомическую локализацию опухоли и тип роста опухоли (таб. 3.1,рис. 3.7.)

Таблица 3.1.Локализация опухоли.

Локализация опухоли	**Основная группа**	**Контрольная группа**
Передняя	1 (3,2%)	1 (6,7%)
Задняя	3 (9,7%)	2 (13,3%)
Тотальное поражение	10 (32,25%)	6 (40%)

Антральное – циркулярное	7 (22,6%)	1(6,7%)
Малая кривизна	6 (19,35%)	3 (20%)
Большая кривизна	2 (6,45%)	1 (6,7%)
Проксимальное – циркулярное	2 (6,45%)	1 (6,7%)

Рис. 3.7.Форма роста опухоли



Как видно из данных представленных таблиц, основная масса больных имели тотальное поражение желудка с эндофитным ростом опухоли, что является один из неблагоприятных прогностических факторов.

Гистологическая форма опухоли желудка представлена в табл. 3.2. Наиболее часто опухоли желудка имели низкодифференцированные формы, лишь в 2 случаях у больных, подвергшихся паллиативной операции выявлен перстневидный рак желудка.

Таблица 3.2.Морфологическая структура опухоли и виды лечения

№	Гистологический тип	Основная группа n=31			Контрольная группа n=15		
			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95%ДИ

1.	Высокодифференцированная аденокарцинома	2 (6,45%)	0,07	-2,20÷15,10	2 (13,3%)	0,15	-3,87÷30,54
2.	Умеренно дифференцированная аденокарцинома	4 (12,9%)	0,15	1,10÷24,70	1 (6,7%)	0,07	-5,96÷19,29
3.	Низкодифференцированная аденокарцинома	6 (19,35%)	0,24	5,45÷33,26	6 (40%)	0,67	15,21÷64,79
4.	Недифференцированный рак	19 (61,3%)	1,58	44,14÷78,44	4 (26,7%)	0,36	4,29÷49,05
5.	Перстневиднклеточный рак	-	-		2 (13,3%)	0,15	3,87÷30,54

Основным критерием прогноза онкологического заболевания, влияющего не только на исход заболевания, но и на выбор метода лечения, является распространенность, инвазия в окружающие ткани и органы, отдаленные метастазы. Нами была изучена степень распространенности опухолевого процесса на основании проведенной до и интраоперационнной диагностики (табл. 3.3.). Кроме представленных в табл. 3.3. данных, у 19 больных первой группы и 13 второй отмечался различной степени выраженный стеноз привратника. Таким образом, у 32 больных раком желудка, осложненного кровотечением наблюдались явления связанные с плохим усвоением пищи, т.е. истощение компенсаторных сил организма. Все больные имели дефицит массы тела от 5 до 25 кг, от нормы.

В группе больных подвергнувшихся паллиативному вмешательству, у 4 имело место наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, бронхиальная астма с недостаточностью кровообращения, постинсультное состояние.

Таблица 3.3.Частота и характер прорастания.

№	Органы и ткани	Основная группа n=31	Контрольная группа n=15

			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
1.	Прорастание в печеночно 12-перстную связку	2 (6,5%)	0,07	-2,20÷15,10	3 (20%)	0,25	-0,24÷40,24
2.	В поджелудочную железу	4 (12,9%)	0,15	1,10÷24,70	3 (20%)	0,25	-0,24÷40,24
3.	В забрюшинную клетчатку	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-	-	-
4.	В поперечно-ободочную кишку	3 (9,68%)	0,11	-0,73÷20,09	2 (13,3%)	0,15	-3,87÷30,54
5.	В брюшную стенку	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	1 (6,67%)	0,07	-5,96÷19,29
6.	Метастазы в печени	-	-	-	5 (33,3%)	0,50	9,48÷57,19
7.	Метастазы в брыжейку тонкой кишки	-	-	-	2 (13,3%)	0,15	-3,87÷30,54
8.	Канцераматоз брюшины	-	-	-	5 (33,3%)	0,50	9,48÷57,19

При ЭФГДС из 46 больных у 15 (32,6±0,98%) наблюдалось кровотечения по ForrestI (A), у 11 (23,9 ±0,60%) выявлено кровотечение поForrestI (B), у 8 (17,4±0,44%) по ForrestII (A) (табл. 3.4.).

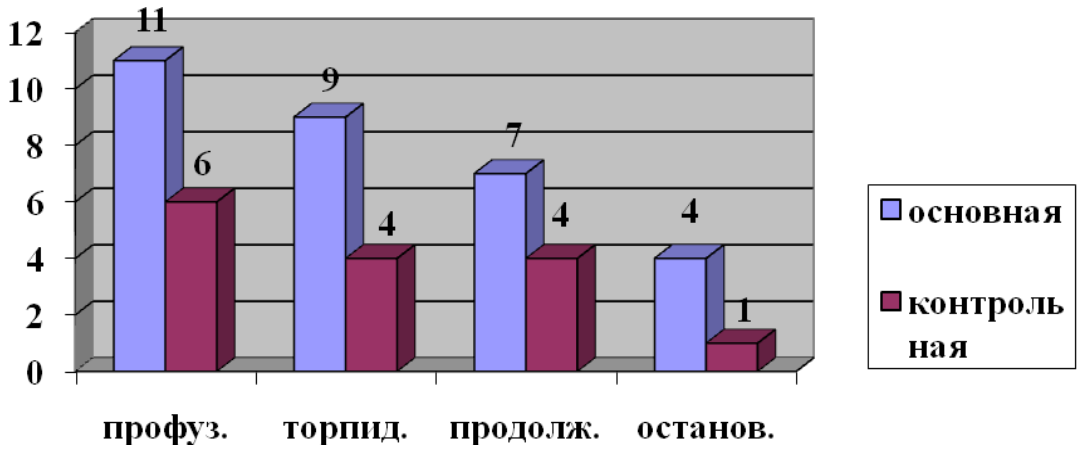
Таблица 3.4.Распределение больных по интенсивности кровотечения во время ЭФГДС.

№	Интенсивность кровотечение	Основная группа n=31			Контрольная группа n=15		
			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
1.	ForrestI (A)	10 (32,3%)	0,48	15,80÷48,71	5 (33,3%)	0,50	9.48÷57.19
2.	ForrestI (B)	8	0,35	10,40÷41,21	3 (20%)	0,25	-

		(25,8%)					0.24÷40.24
3.	ForrestII (A)	5 (16,1%)	0,19	3,18÷29,08	3 (20%)	0,25	- 0.24÷40.24
4.	ForrestII (B)	4 (12,9%)	0,15	1,10÷24,70	3 (20%)	0,25	- 0.24÷40.24
5.	ForrestII (C)	4 (12,9%)	0,15	1,10÷24,70	1 (6,67%)	0,07	- 5.96÷19.29

По клиническому течению кровотечения, все больные были распределены на: профузное, торпидное, продолжающееся, остановившееся (Рис.3.8.).

Рис. 3.8.Виды кровотечения.



По степени тяжести кровотечения (по величине кровопотери): тяжелая кровопотеря (обильное, профузное) - 2 л и более; средняя (умеренное – 0,7-1,3 л;); легкая (незначительное - до 0,5 л;) (табл.3.5).

Таблица 3.5.Распределение больных по степени тяжести кровотечения.

№	Степень тяжести	Основная группа n=31			Контрольная группа n=15		
			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
1.	Тяжелая	17	1,21	37,32÷72,36	3 (20%)	0,25	-0,24÷40,24

		(54,8%)					
2.	Средняя	12 (38,7%)	0,63	21,56÷55,86	8 (53,3%)	1,14	28,09÷78,58
3.	Легкая	2 (6,45%)	0,07	-2,20÷15,10	4 (26,7%)	0,36	4,29÷49,05

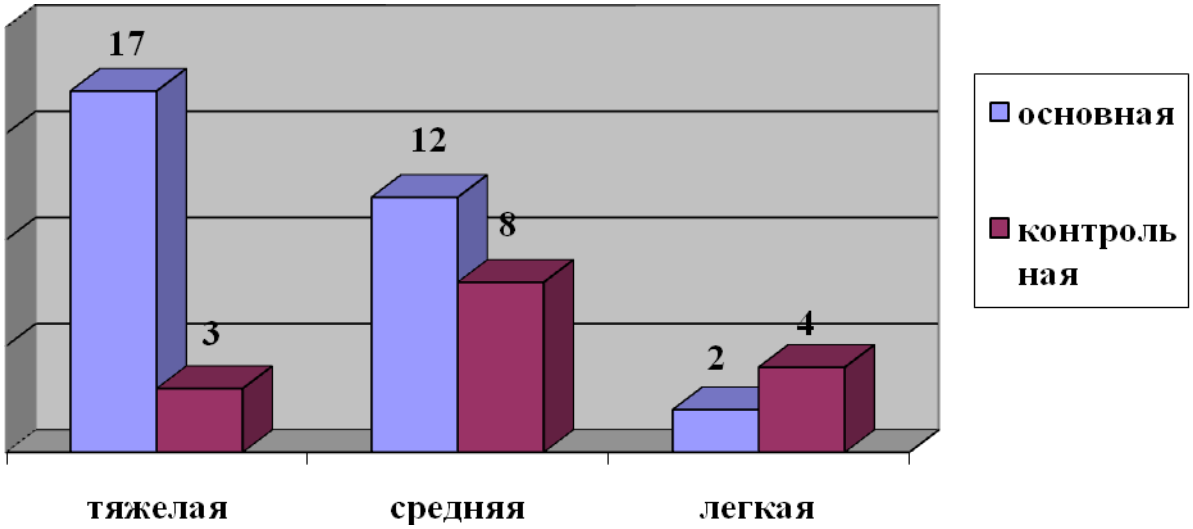


Рис.3.9. Распределение больных по степени тяжести кровотечения.

При анализе показателей крови у больных раком желудка осложненного кровотечением при госпитализации в основной и контрольной группе, уровень гемоглобина составил 76,09 г/л;87,8 г/л; количество эритроцитов 2,82; 3,1; лейкоцитов 7,14; 6,0; цветовой показатель 0,8; 0,8; СОЭ - 22,5, 25,3 соответственно (таблица 3.6.).

Таблица 3.6.Средние показатели крови у больных раком желудка осложненногокровотечением при поступлении и при выписке.

Показатели крови	**Основная группа n=31**		**Контрольная группа n=15**	
	при поступлении	**при выписке**	**при поступлении**	**при выписке**
Уровень гемоглобина, г/л	76,09±3,8	95,3±2,4	87,8±5,7	89,7
Количество эритроцитов	2,82±0,1	3,3±0,1	3,1±0,2	3,22

в крови, 12х10/л				
Лейкоциты	7,14±0,9	7,4±0,6	6,0±0,4	8,27
ЦП	0,8±0,0	0,8±0,0	0,8±0,0	0,81
СОЭ	22,5±2,2	39,4±3,6	25,3±3,9	33
Общий белок	65,5±0,4	65,0±0,5	64,4±0,8	67,03
Общий билирубин	19,7±1,1	19,6±0,8	26,1±3,6	20,1
Мочевина	7,5±0,2	8,4±0,5	9,9±2,2	8,8

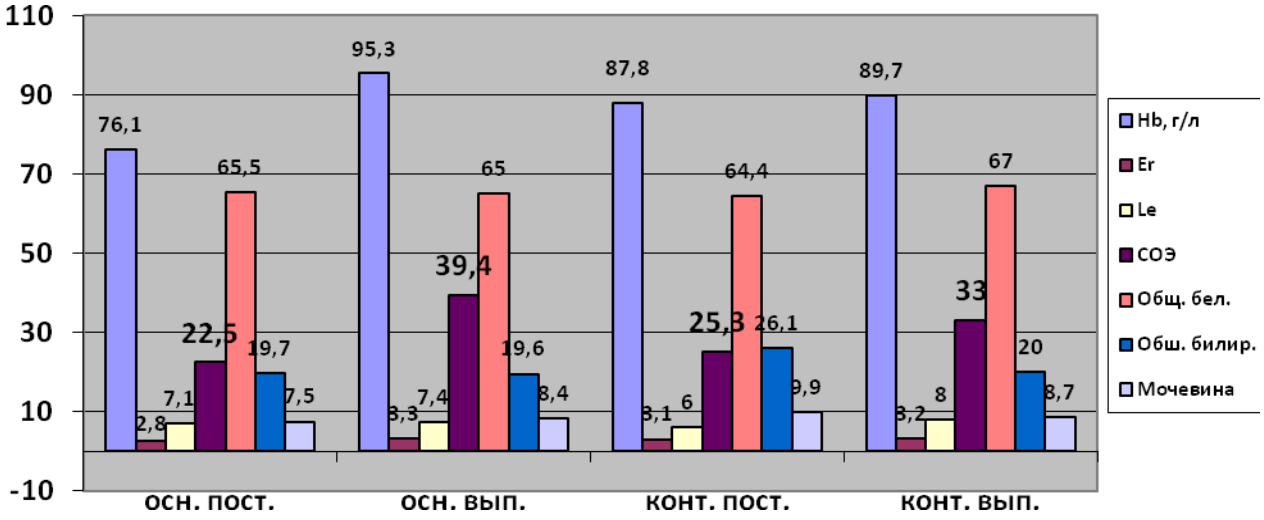


Рис. 3.10. Средние показатели крови у больных РЖ, осложненного кровотечением.

Выше перечисленные некоторые показатели крови свидетельствует о необходимости проведения укороченной многокомпонентной предоперационной подготовки с целью полноценного восполнения ОЦК, тем самым проводя коррекцию имеющихся нарушений гомеостаза.

При изучении этих же показателей крови видно, что проведенная комплексная пред, интра- и послеоперационная терапия была подобрана грамотно, и обеспечила проведение дальнейших хирургических вмешательств с наименьшим риском осложнений (таблица 3.7.).

Учитывая влияние сопутствующих заболеваний на исход основного, а также на ближайшие послеоперационные результаты лечения, нами были выявлены все сопутствующие заболевания (табл. 3.7.). Из данных, представленных в таблице, видно, что в основной и

контрольной группах у больных РЖ, осложненного кровотечением ведущее место занимали патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. У 25 (80,6±6,2%) из 31 больных основной группы и у 15 (100±7,6%) контрольной проведена корригирующая комплексная терапия, включая кардиотропную.

Многие больные имели одновременно несколько сопутствующих заболеваний, что усугубляло тяжесть их состояния.

Таблица 3.7.Распределение сопутствующих заболеваний у больных РЖ, осложненным кровотечением.

№	Сопутствующие заболевания	Основная группа n=31			Контрольная группа n=15		
			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
1.	Сахарный диабет	-	-	-	1(6,67%)	0,07	5,96÷19,29
2.	Гипертоническая болезнь	7 (22,6%)	0,29	7,86÷37,30	5 (33,3%)	0,50	9,48÷57,19
3.	Аритмии сердца	3 (9,68%)	0,11	-0,73÷20,09	3 (20,0%)	0,25	-0,24÷40,24
4.	Коронаро-кардиосклероз	11 (35,5%)	0,55	18,64÷52,33	7 (46,7%)	0,88	21,42÷71,91
5.	ИБС	4 (12,9%)	0,15	1,10÷24,70	6 (40,0%)	0,67	15,21÷64,79
6.	Нарушения функции почек	4 (12,9%)	0,15	1,10÷24,70	3 (20,0%)	0,25	-0,24÷40,24
7.	Нарушение функции печени	6 (19,4%)	0,24	5,45÷33,26	6 (40,0%)	0,67	15,21÷64,79
8.	Бронхиальная астма	-	-	-	1 (6,67%)	0,07	5,96÷19,29

Характеристика опухолевого процесса по системе TNM приведена в таб.3.8.

Таблица 3.8.Характеристика опухолевого процесса по системе TNM

Стадия	TNM	Основная группа n=31	CI 95% ДИ			OR	Контрольная групп	CI 95% ДИ			OR	RR	ARR
				Нг	Вг				Нг	вг			

							a n=15						
IA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
IB	T2N0M0	1 (3,2%)	3,23	-2,99	9,45	0,03	-	-	-	-	-	-	-
II	T1N2M0	1 (3,2%)	3,23	-2,99	9,45	0,03	-	-	-	-	-	-	-
	T2N1M0	1 (3,2%)	3,23	-2,99	9,45	0,03	-	-	-	-	-	-	-
	T3N0M0	2 (6,5%)	6,45	-2,20	15,10	0,07	3 (20%)	20,0	-0,24	40,24	0,25	0,32	-0,14
IIIA	T3N1M0	2 (6,5%)	6,45	-2,20	15,10	0,07	1(6,7%)	6,67	-5,96	19,29	0,07	0,97	0,00
	T4N0M0	-	-	-	-	-	1(6,7%)	6,67	-5,96	19,29	0,07	0,00	-0,07
IIIB	T3N2M0	6 (19,4%)	19,35	5,45	33,26	0,24	-	-	-	-	-	-	-
IV	T3N3M0	1(3,2%)	3,23	-2,99	9,45	0,03	-		-	-	-	-	-
	T3N2M1	-	-	-	-		1(6,7%)	6,67	-5,96	19,29	0,07	0,00	-0,07
	T3N3M1	-	-	-	-	-	1(6,7%)	6,67	-5,96	19,29	0,07	0,00	-0,07
	T4N1M0	2 (6,5%)	6,45	-2,20	15,10	-	1(6,7%)	6,67	-5,96	19,29	0,07	0,97	0,00
	T4N2M0	7 (22,6%)	22,58	7,86	37,30	0,07	2 (13,3%)	13,33	-3,87	30,54	0,15	1,69	0,09
	T4N3M0	8 (25,8%)	25,81	10,40	41,21	0,29	-	-	-	-	-	-	0,26
	T4N1M1	-	-	-	-	0,35	2 (13,3%)	13,33	-3,87	30,54	0,15	-	-0,13
	T4N2M1	-	-	-	-	-	1(6,7%)	6,67	-5,96	19,29	0,07	-	-0,07
	T4N3M1	-	-	-	-		2 (13,3%)	13,33	-3,87	30,54	0,15	-	-0,13

3.2. Результаты лечения больных раком желудка, осложненного кровотечением.

Несмотря на возникшие осложнения, хирургические вмешательства у онкологических больных остается незыблемыми. Главным условием операции является соблюдение принципов онкохирургии. Хирургическое вмешательство у данной категории больных проходит на высоте стрессовой ситуации организма, когда

компенсаторные возможности истощены или на исходе, потому предъявляются повышенные требования не только к анестезии и проведению реанимационных мероприятий интенсивной терапии в момент операции, но и к скорости решения вопросов операции и хирургическому вмешательству, слаженности работы бригады хирургов которое влияет на исход всех мероприятий.

Так, экстренные операции выполнены 12 больных (10 (21,7%) из основной группы, 2 (4,35%) из контрольной), у 19 больных (10(21,7%) из основной группы, 9 (19,6%) из контрольной группы) операции выполнены в течении 3 суток, и у 15 больных (11 (23,9%) из основной и 4 (8,7%) из контрольной группы) хирургические вмешательства произведены в плановом порядке после остановки кровотечения.

Для лечения данной категории больных, нами были использованы три основных метода хирургического вмешательства с некоторыми общепринятыми модификациями: проксимальная субтотальная резекция желудка при поражении проксимальных отделов желудка, дистальная субтотальная резекция при поражении дистальных отделов желудка.

Гастрэктомия была произведена при поражении малой кривизны желудка, тотальном и субтотальном поражении, а также при эндофитном и смешанном росте опухоли.

При невозможности проведения радикальной операции из-за распространенности опухолевого процесса или наличия метастазов в отдаленных органах и тканях, проводились паллиативные резекции желудка. Шести больным раком желудка, осложненного декомпенсированным пилоростенозом и кровотечением, дополнительно производилась операция по дренированию желудка типа гастроэнтероанастомоза.

В большинстве случаев была выполнена комбинированная резекция желудка. При этом чаще всего дополнительно была произведена

спленэктомия и резекция поджелудочной железы, надпочечников (табл. 3.8.).

Иногда одному и тому же больному выполнялись и удаление желудка всочетанию со спленэктомией и адреналэктомией, или резекцией поперечно – ободочной кишки.

Из приведенной таблицы видно, что многим больным, которым было произведено радикальное хирургическое вмешательство, для достижения радикальности выполнялось комбинированное вмешательство. Только двум больным второй группы была произведена вынужденная комбинированная резекция. Также у 12 (38,7%) больных первой группы была произведена лимфодиссекция на уровне $Д_2$; у 19 (61,3%)- на уровне $Д_3$ по вынужденным соображением. При резекции желудка независимо от метода лечения (паллиативный или радикальный) линия разреза в среднем находилась в проксимальном направлении на 9 – 11 см от края опухоли (от 7 см до 15 см) и 5 – 6 см (от 3 см до 15 см) в дистальном направлении.

Таблица 3.9.Характер и типы комбинированных операций.

№	Дополнительно резецированные органы	Основная группа n=31			Контрольная группа n=15		
			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
1.	Спленэктомия	20(64,5%)	1,82	47,67÷81,36	1(6,67%)	0,07	-5,99÷19,29
2.	Резекция печени	2 (6,45%)	0,07	-2,20÷15,10	-		
3.	Резекция п.ж. Железы	15 (48,4%)	0,94	30,79÷65,98	-		
4.	Резекция Диафрагмы	2 (6,45%)	0,07	-2,20÷15,10	-		
5.	Резекция поперечно ободочной кишки	5 (16,1%)	0,19	3,18÷29,08	-		
6.	Ампутация матки с придатками	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-		
7.	Резекция брыжейки поперечно-обод. Кишки	3 (9,68%)	0,11	-0,73÷20,09	1(6,67%)	0,07	-5,99÷19,29
8.	Иссечение брюшной стенки	1(3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-		
9.	Удаление надпочечника	6 (19,4%)	0,24	5,45÷33,26	-		
10.	Резекция нижней трети пищевода	4 (12,9%)	0,15	1,10÷24,70	-		

Таблица 3.10.Распределение больных в зависимости от степени инфильтрации стенок желудка при раке желудка осложненным кровотечением.

№	Степень инвазии	Основная группа n=31			Контрольная группа n=15		
			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
1.	Слизистый слой T_1	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-	-	-
2.	Под слизистый слой T_1	-		-	-	-	-
3.	Мышечный слой T_2	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-	-	-
4.	Серозный слой T_3	6 (19,4%)	0,24	5,45÷33,26	5 (33,3%)	0,50	9,48÷57,19
5.	Окружающая клетчатка T_4	7 (22,6%)	0,29	7,86÷37,30	4 (26,7%)	0,36	4,29÷49,05
6.	Соседние органы и ткани T_4	16 (51,6%)	1,07	34,02÷69,21	6 (40%)	0,67	15,21÷64,79

Степень поражения стенок желудка изучалась на удаленном макропрепарате. Поражение только слизистого слоя было выявлено исключительно в одном случае. В 33 случаях была выраженная инфильтрация окружающей клетчатки (табл.3.10.).

В ближайшем послеоперационном периоде у 10 (7 (22,58±1,73%) больных основной группы и 3 (20±1,53%) контрольной) отмечались осложнения хирургического плана. Воспалительные заболевания со стороны бронхо-легочной системы отмечены у 2 больных, несостоятельность анастомоза у 1 больной, нагноение послеоперационной раны у 1, под диафрагмальный абсцесс у 1; несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки у 1, гемо-гидропневмоторакс у 1 больного подвергнувшегося радикальному вмешательству в основной группе. Эти же осложнения наблюдались у больных подвергшихся паллиативным вмешательствам в контрольной группе у 1; 0; 1; 1; 0; 0; соответственно. Всем больным в срочном

порядке в послеоперационном периоде производились различные варианты операций. Релапаротомия с дренированием брюшной полости была выполнена у 2-х больных, 3 больным произведен торакоцентез, дренирование поддиафрагмального абсцесса 2 больным, релапаротомия с колостомией у 1 больного. Все реоперации были выполнены в течение 1-2 суток после первой операции.

При изучении послеоперационной летальности ранняя - составила 6,45±0,49% (2 больных) в основной и 20±1,53% (3 больных) в контрольной группе. Основной причиной летальности была: основная группа - острая сердечно-сосудистая - 1 (3,23±0,24%), перитонит, полиорганная недостаточность - 1 (3,23±0,24%). В контрольной группе острая сердечно-сосудистая у 1 (6,67±0,30%), полиорганная недостаточность у 2 (13,33±1,02%) больных соответственно.

У 29 (93,55±7,19%) больных основной, и 12 (80±6,15%) в контрольной группе прослежены отдаленные результаты. Наиболее частым осложнением, связанным с хирургическим вмешательством являлся демпинг синдром различной степени выраженности (7 (22,6±1,73%) больных основной группы) и анастомозит (у 9 (29,03±2,23%) больных основной и 2 (13,33±1,02%) больных контрольной группы).

После реабилитации больных, подвергнутых хирургическому вмешательству проводили адювантные курсы полихимиотерапии препаратами фторурацил, гемзар, цисплатин. Химиотерапию проводили по унифицированным методикам. Дозы цитостатиков выбирали в зависимости от площади тела больных. У 25,8% больных радикально прооперированных и получивших адекватные курсы адювантного лечения, в период наблюдения ни в одном случае рецидивов процесса не выявлено. В группе больных,подвергнутых паллиативным методам лечения в 100% случаях возникли рецидивы, не зависимо от проведения адъювантных курсов лечения. Надо отметить тот факт, что у больных во

второй группе, получивших адекватные курсы адъювантной терапии рецидив наблюдался через 6-9 месяцев, у больных без адювантного лечения рецидивы возникли в первые 3-6 месяцев.

Таким образом, проведение адъювантных курсов полихимиотерапии после паллиативных операций в наших исследованиях не препятствует продолжению роста образования и рецидивирования, а только увеличивает период ремиссии, замедляя рост и развитие остаточной опухоли.

Несмотря на то, что хирургические вмешательства были проведены больным с запущенными стадиями опухолевого процесса и осложненного кровотечением, в послеоперационном периоде отмечалось значительное улучшение качества жизни этих больных. Больные избавились от тяжких симптомов заболевания, у многих больных восстанавливались, так у большинства восстановился аппетит, вследствие чего они прибавляли в весе (табл. 3.11).

По шкале Карновского у 26 (83,87) больных основной группы отмечалось повышение качества жизни более 80 %, тогда как в контрольной группе больных только у 8 (53,3%) больных качество жизни составило 60-70%. У больных, которым была проведена паллиативная операция, качество жизни было хуже чем, у больных которым были выполнены радикальные вмешательства. Это можно объясняется по всей видимости тем, что при паллиативных операциях оставшаяся опухоль, оказывает влияние на гомеостаз организма, высвобождая в кровоток продукты своей жизнедеятельности, оказывая негативное влияние, что ухудшает качество жизни.

Таблица 3.11.Качество жизни больных по ECOG в зависимости от проведенного лечения.

№	Качество жизни в баллах	Радикальная			Паллиативная		
			OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
1.	0 балл	2 (6,45%)	0,07	-2,20÷15,10	-	-	-
2.	1 балл	24 (77,4%)	3,43	62,70÷92,14	-	-	-
3.	2 балла	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	8 (53,3%)	0,14	28,09÷78,58
4.	3 балла	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	2 (13,3%)	0,15	-3,87÷30,54
5.	4 балла	1 (3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	3 (20%)	0,25	-0,24÷40,24

Основным показателем эффективности любого метода лечения являются отдаленные результаты, т.е. продолжительность жизни больных. В нашей работе проведено изучение отдаленных результатов лечения у 41 больных (рис. 3.11; 3.12.)

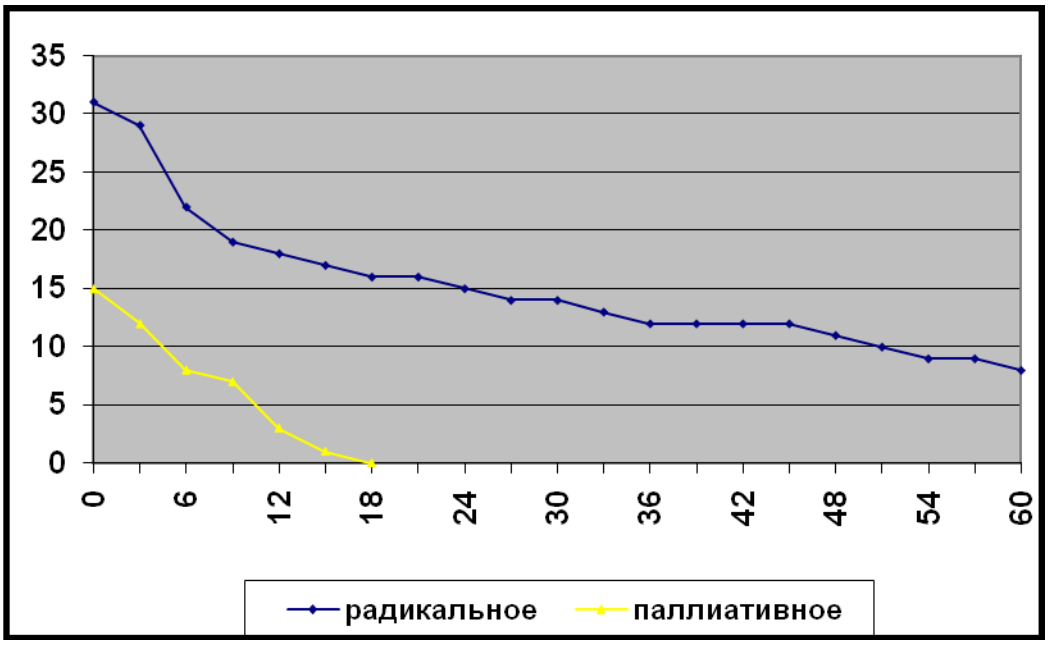


Рисунок 3.11. Кривая выживаемости больных в зависимости от проведенного лечения.

Результат достоверно u=1,416; p<0,05.

Из данных приведенных на рисунке видно, что 8 (25,8±1,98%) больных основной группы, которым производилось радикальное хирургическое вмешательство с последующим адъювантным курсом ПХТ, прожили более 5 лет. В группе больных, где проводилось паллиативное вмешательство, только 3 (20%) больных прожили 1год, остальные погибли от прогрессирования заболевания в течение 6 месяцев.

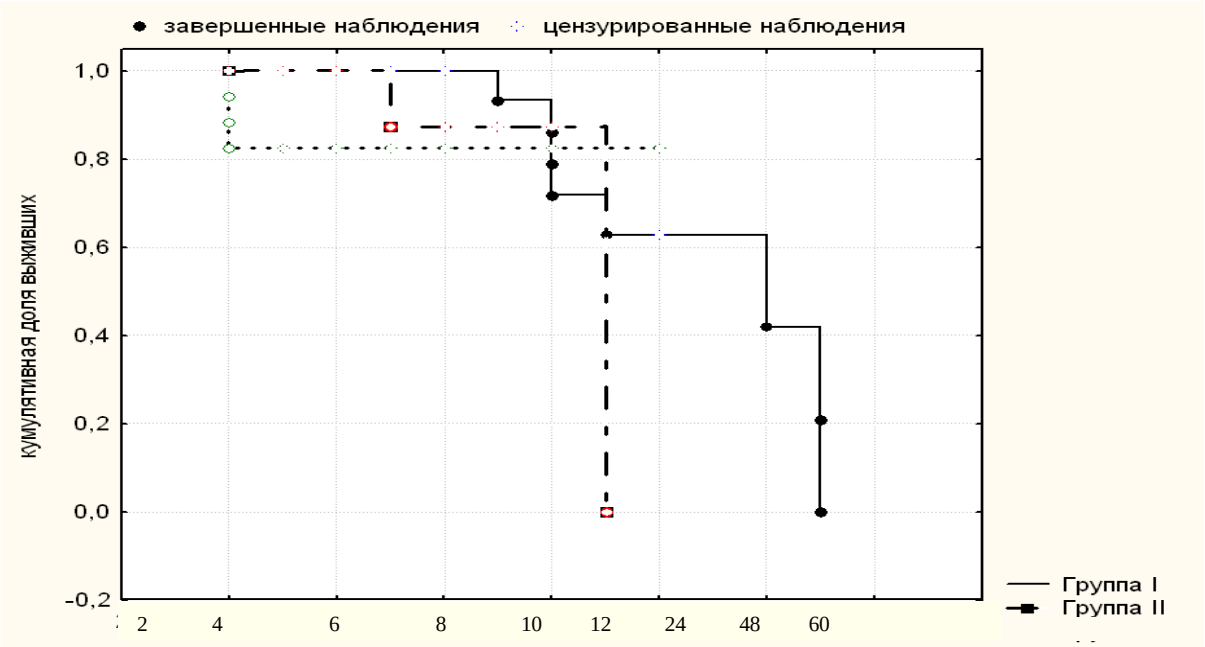


Рис.3.12. Кривая выживаемости больных.

Причины смерти в зависимости от проведенного метода лечения приведены в табл. 3.12.

Таблица 3.12. Причина смерти больных.

Причина смерти	Основная группа n=31			Контрольная группа n=15		
		OR	CI 95% ДИ		OR	CI 95% ДИ
Рецидив заболевания	5 (16,1%)	0,19	3,18÷29,08	7(46,7%)	0,88	21,42÷71,91
Инфаркт миокарда	1(3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-	-	-
ТЭЛА	1(3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-	-	-
ОССН	1(3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	2(13,3%)	0,15	-3,87÷30,54

Полиорганная недостаточность	2 (6,45%)	0,07	-2,20÷15,10	1(6,67%)	0,07	-5,96÷19,29
Перитонит	1(3,2%)	0,03	-2,99÷9,45	-	-	-
Метастазирование	12 (38,7%)	0,63	21,56÷55,86	5(33,3%)	0,50	9,48÷57,19

Из проведенных исследований обнаружено что, у больных с РЖ, осложненного кровотечением, единственно правильным методом лечения, продлевающим жизнь и улучшающим качество жизни, на современном этапе, является радикальное хирургическое лечение.

Достижение современной анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии делает возможным успешное оперативное вмешательство, даже у больных раком желудка на высоте кровотечения.

Применяемые методы адъювантной терапии продлевают безрецидивный период больных после адекватного хирургического лечения.

РЕЗЮМЕ

В данной главе проведено изучение отдаленных результатов лечения больных РЖ, осложненного кровотечением. Проведенные исследования показали, что в основной группе после радикальной операции 5-летняя выживаемость составила 25,8%, а в контрольной, где произведена паллиативная операция, только 3 (20%) больных прожили 1 год, остальные погибли от прогрессирования заболевания в течение 6 месяцев.

Таким образом, успех хирургического вмешательства у больных РЖ осложненным кровотечением зависит от правильной оценки функционального состояние больного и коррекции его нарушений; совершенства оперативной методики и техники оперирования; рационального ведения в послеоперационном периоде.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Злокачественные опухоли желудка являются одними из распространенных заболеваний в мире. Ежегодно в мире регистрируется почти 1 млн. новых случаев этого заболевания. Максимально высокая заболеваемость РЖ отмечина у мужчин в Японии, (114,7 на 100 тыс. населения), а минимальная – у женщин в США (3,1 на 100 тыс.); Доля РЖ в структуре онкологической заболеваемост в 2016 г.сосавыла 7,8 % у мужчин и 4,8 % у женщин.Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом РЖ в 2007 г. в РФ составило 41941человек: 23810 мужчин и 18131женщина. Заболеваемость РЖ в 2007г. было 29,5 на тыс. населения. В 2016г. зарегистрировано 37135 человек, больных РЖ. Заболеваемость составило 25,32 на 100 тыс. Относительно низкая заболеваемость РЖ отмечена в республике Ингушетия (8,4 на 100 тыс.)(16). По данным некоторых авторов, ежегодно на земном шаре заболевает раком желудка более 1 млн. человек (28) и, несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости, рак желудка продолжает занимать одно из ведущих мест среди других локализаций злокачественных новообразований (2).

По данным ряда авторов, показатель одногодичной летальности за последние 10 лет возрос, что связано с увеличением доли больных III-IV стадий, повышением количества осложненных форм заболевания, когда проводимое лечение оказываетсяне эффективным, что можно наблюдать при I-II стадиях заболевания.

Хирургическое лечение рака желудка является «золотым стандартом», позволяющим добиться полного излечения. Возможность и целесообразность выполнения радикальных хирургических вмешательств у больных раком желудка III-IV стадии, осложненных форм, все еще не получили однозначного решения (2). К осложненным формам рака желудочно-кишечного тракта относят такие формы, при

которых возникает либо острый абдоминальный синдром, требующий неотложного оперативного вмешательства, либо патологическое состояние, требующее проведение интенсивной терапии.

Больные с осложненными формами рака желудка зачастую попадают в общехирургические стационары или больницы терапевтического профиля.

Наряду с выше изложенным, в современной онкологии при вовлечении в опухолевый процесс соседних органов, все чаще применяются операции с резекцией вовлеченных структур. Как правило, расширенные хирургические вмешательства у больных с осложненными формами рака желудка всегда сопряжены высокой степенью риска и 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.

На основании изученных литературных данных и с учетом собственного опыта, нами была поставлена цель исследования увеличения продолжительности и улучшения качества жизни больных с раком желудка осложненным кровотечением, с помощью выбора оптимальной и адекватной тактики лечения. Для решения данной цели, нами были поставлены задачи.

Материалом для исследования послужили 46 больных раком желудка, осложненного кровотечением, поступивших в II хирургическое отделение (абдоминальной онкологии) Бурарский филиал РСНПМЦО и Р за 2019 по 2021 годы, которым проведено хирургическое лечение.

Среди обследованных, 30(65,2%) больных мужчины и 16(34,8%) женщины. Средний возраст больных составил 63±3,3 лет. 31больных составили основную группу, которым было проведено радикальное

хирургическое вмешательство, 15контрольную группу - произведены паллиативные и симптоматические операции.

До обращения в нашу клинику по поводу данной патологии 15(32,6%) больных получали лечение. Лечение проводилось в неспециализированных лечебных учреждениях, чаще всего в поликлинических условиях, где больные лечились по поводу неправильно установленного диагноза.

Больные в основном обращались за медицинской помощью с жалобами на болевой синдром и плохой аппетит или отсутствие аппетита.

Все поступившие больные подвергались тщательному обследованию. Кроме констатации факта наличия опухоли желудка, на основании комплекса диагностических мероприятий уточняли анатомическую локализацию опухолевого процесса, степень поражения, форму роста опухоли, локализацию основного массива опухоли в желудке. Также максимально выясняли степень вовлечения соседних органов и тканей в патологический процесс, наличие отдаленных метастазов, сопутствующие заболевания. Распределение больных по полу, возрасту и диагнозу во всех группах были сопоставимы.

Нами были использованы несколько схем обследования больных, поступивших в экстренном порядке. При составлении плана обследования, учитывалась тяжесть состояния, в зависимости от этого выбирались максимально необходимые диагностические процедуры, которые включали клинико-лабораторные анализы, УЗИ, ЭФГДС, рентгенологическое исследование. В повседневной практике данный подход показал свою высокую эффективность.

Обследование начиналось от классического осмотра и опроса больных. После тщательного осмотра и сбора анамнеза больные разделялись на три группы. В 1 группе больным проводилось стандартное эндоскопическое исследование, ЭКГ и УЗИ органов

брюшной полости. Экстренно проводились клинико-биохимические исследования. Процесс обследования сопровождался срочной подготовкой больных к операции. При необходимости эти больные в первые3часа после поступления подвергались хирургическому вмешательству. Эти мероприятия проводились на фоне противошоковой терапии, которая продолжалась и во время операции.

Тем больным у которых отмечена остановка кровотечения, обследование проводилось по второй программе, которое включало в себе клинико-биохимические анализы крови и мочи(общий анализ крови, мочи, биохимические анализы крови, коагулограмма), стандартный ЭГДФС, полипозиционную рентгеноскопию желудка и пищевода, УЗИ , ЭКГ, консультацию смежных специалистов. Эти больные находились под постоянным наблюдением врачей, и с первых часов поступления им проводилась подготовка к хирургическому лечению.

Третья группа больных поступала в плановом порядке, и готовилась к операции. При необходимости проводили уточняющие диагностические исследования по общепринятому стандарту.

Всем больным основной группы проводились радикальные или условно радикальные хирургические вмешательства. В контрольной группе больных выполнялись, паллиативные хирургические операции, направленные на остановку кровотечения.

Нами в 23 (74,2%) случаев была выполнена комбинированная резекция желудка. При этом 17 (54,8%) случаев дополнительно была произведена спленэктомия, резекция поджелудочной железы – 14 (45,2%), удаление левого надпочечника – 6 (19,35%), резекция поперечно-ободочной кишки – 4 (12,9%), резекция брыжейки поперечно-ободочной кишки - 4 (12,9%), резекция нижней трети пищевода – 4 (12,9%), резекция диафрагмы – 2 (6,45%), резекция метастатического очага печени – 1 (3,2%). Иногда одному и тому же

больному выполнялись и удаление желудка в сочетании со спленэктомией и адреналэктомией(в 6случаях(19,35%)), или резекцией поперечно – ободочной кишки (в 7 случаях (22,6%)).

В качестве паллиативных вмешательств была использована паллиативная резекция желудка 4 больным.

В ближайшем послеоперационном периоде, у 10 (7 (22,58%) основной группы и 3 (20%) контрольной) больных отмечались осложнения хирургического плана. У многих этих больных в послеоперационном периоде производились различные варианты реоперации: Релапаротомия с дренированием брюшной полости была выполнена 2 больным, 3 больным произведен торакоцентез, дренирование поддиафрагмального абсцесса у 2 больного, релапаротомия с колостомией у 1 больного. Все реоперации были выполнены в течение 1 – 2 суток после первой операции.

Ранняя послеоперационная летальность составила 6,45% (2больных) в основной и 20% (3больных) в контрольной группе. Основной причиной летальности была: в основной группе острая сердечно – сосудистая у 1(3,2%), перитонит, полиорганная недостаточность у 1(3,2%). В контрольной группе острая сердечно – сосудистая у 1(6,67%), полиоргганная недостаточность у 2(13,3%) больных соответственно.

У 29(93,55%) больных основной у 12(80%) больных контрольной группы прослежены отдаленные результаты. Наиболее частым осложнением, связанным с хирургическим вмешательством являлся демпинг синдром различной степени выраженности (7(22,6%) больных основной группы) и анастомозит (у 9(29,03%) больных основной и 2(13,33%) больных контрольной группы).

Проведение адъювантных курсов полихимиотерапии после паллиативных операций в наших исследованиях не препятствовали продолжению роста образования и рецидивирования, а только

увеличивали период ремиссии, замедляя рост и развитие остаточной опухоли.

Несмотря на то, что хирургические вмешательства были проведены больным с запущенными стадиями опухолевого процесса осложненного кровотечением, в послеоперационном периоде отмечалось значительное улучшение качества жизни этих больных. По шкале Карновского у 26(83,87%) больных основной группы отмечалось повышение качества жизни, более 80 %, тогда как в контрольной группе больных только у 8(53,33%) больных качество жизни составило 60 – 70%.

Нами у 41(89,13%) больных (29 (93,55%) больных основной у 12 (80%) контрольной группы)изучены отдаленные результаты лечения. 8(25,8%) больных основной группы, которым было произведено радикальное хирургическое вмешательство, споследующим адъювантным курсом лечения прожили более 5 лет. В контрольной группе больных, где было произведено паллиативное вмешательство, только 3(20%) больных прожили до 1года, остальные больные погибли от прогрессирования заболевания в течение 6месяцев.

ВЫВОДЫ

1. Желудочное кровотечение при раке желудка чаще наступает при обширном поражении нескольких анатомических участков (52,2%; χ^2= 0,294; $p<0,05$) и эндофитном росте опухоли (67,4%; χ^2= 0,377; $p<0,01$).

2. При раке желудка независимо от осложнений показано радикальное хирургическое лечение. Противопоказанием к проведению радикального хирургического лечения должно быть только крайне тяжелое состояние больного вследствие диссеминации опухолевого процесса.

3. В раннем послеоперационном периоде у больных, которым было произведено радикальное хирургическое лечение, летальность составила 6,45%, ($t=2,202$, $p<0,05$). Больным с паллиативным вмешательством, послеоперационная летальность составила 20% ($t=2,246$, $p<0,05$). Пятилетняя выживаемость больных, подвергнутых радикальному хирургическому лечению составила 25,8% (8 больных), в контрольной группе, где было произведено паллиативное вмешательство, пятилетняя выживаемость ненаблюдалось (20% (3 больные) прожили 1год, остальные больные погибли от прогрессирования заболевания в течение 6 месяцев).

4. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.

1. Больным раком желудка, осложненного кровотечением необходимо проводить радикальное хирургическое лечение. При этом максимально в предоперационном периоде необходимо достичь остановки кровотечения, восстановления ОЦК, водно-электролитного и белкового обменов. Подготовка больных к операции и методы обследования необходимо проводить параллельно. При безуспешности проводимых мероприятий, направленных на остановку кровотечения в течение 2-3 часов, является показанием для проведения экстренной операции.
2. При раке желудка независимо от осложнений показано радикальное хирургическое лечение. Противопоказанием к проведению радикального хирургического лечения должно быть, только крайне тяжелое состояние больноговследствие диссеминации опухолевого процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдихакимов А. Н., Тер-Ованесов М. Д., Давыдов М. И. Непосредственные результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка (pT4) с метастазами в лимфоузлы второго этапа метастазирования (pN2). //Матер. I конгресса онкологов Узбекистана. - Ташкент, 2005. - С.311-312.

2. Абдихакимов А. Н. Хирургическое лечение местнораспространенного и диссеминированного рака желудка: Дис. ... д-ра мед. Наук. - Москва, 2003. - 307с.

3. Айрапетян Л. Г., Амбарцумян Г. А., Тананян А.О. и др. Роль адъювантной химиотерапии при запущенных формах рака желудка после паллиативных операций // Материалы III конгресса онкологов Закавказских государств 22-24 сен 2004г.Ереван Армения.

4. Айсханов С.К . Остановка кровотечения из раковой опухоли желудка //Клин.хир. 2007, №5 , С.54.

5. Аксель Е. М. Состояние онкологической помощи населению России и стран СНГ в 2005 г. // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, т.18,№2(прил. 1), 2007.

6. Алиев А. Р., Зейналов Р. С. Результаты хирургического лечения больных с осложненным раком желудка. //Матер. V-съезда онкологов и радиологов стран СНГ. - Ташкент, 2008. - С. 269.

7. Арзыкулов Ж.А., Шаназаров Н. А. Сравнительная оценка непосредственных результатов различных объемов лимфодиссекции в хирургическом лечении рака желудка. //Матер. XI Российский онкологический конгресс. - Москва, 2007. - С. 200.

8. Арутюнян Г. А., Крыжановский А. И., Селин С. М. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка. //Хирургия. - 2013. -№7. - С. 55-58.

9. Афанасьева А.Н., Евтушенко В.А., Способ прогнозирования

возможности выполнения радикальной или условно-радикальной операции при раке желудка // Патент № 2237901 от 10.10.2004г.

10. Ахметзянов Ф. Ш. Результаты хирургического лечения рака желудка. // Матер. VI Всероссийского съезда онкологов. - Ростов-на-Дону, 2005. - Том.2. - С. 224-227.

11. Беличенко И.А., Селезнев Г.Ф., Станулис А.И. Хирургическая тактика при осложненном раке желудка.//рак желудка.- Москва. -1977.- с.89-90.

12. Бондаренко В. М., Михайлов И. В., Аль-Яхири А. К. Непосредственные и отдаленные результаты комплексного лечения местнораспространенного рак желудка. //Матер. V-съезда онкологов и радиологов стран СНГ. - Ташкент, 2008. - С. 277.

13. Вашакмадзе Л. А., Бутенко А. В., Пикин О. В. Результаты паллиативных операций при раке желудка. // Российск. Онкол. Журн. - 2010. -№5.-С.32-34.

14. Ганцев Ш. Х. Онкология: пособие для врачей. — М., 2013. -С. 246.

15. Гулакин М.Ф. Исходы, лечение осложненных форм рака желудка. //Воен.мед.журнал -2013. №2. –С. 64-67.

16. Давыдов М. И., Ганцев Ш.Х.Онкология. -2019. –С. 484.

17. Давыдов М. И., Германов А. Б., Стилиди И. С. Расширенные операции в хирургии рака желудка //Хирургия. -2005. -№5. —С. 41-46.

18. Давыдов М. И., Тер-Ованесов М. Д., Абдихакимов А. Н., и др. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения // Практич. Онкология - 2005. -№3. - С. 18-24.

19. Давыдов М.И. Энциклопедия клинической онкологии. - М. -2004. -- С. 1456.

20. Давыдов М.И., Комаров И.Г., Комов Д.В., Экстренные операции при раке желудка // Вестник Московского онкологического общества. – 2008. - №12. - С. 11.

21. Давыдов М.И., Тер–Ованесов. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка.– Современная онкология.–Том2, N1,2006.–с.4–10.
22. Джураев М. Д. Лечение местно-распространенного рака желудка. Монография. Ташкент: Изд. Ибн Сино, Ташкент. - 2007. -96 с.
23. Джураев М. Д. Результаты хирургического, комбинированного и комплексного лечения рака желудка III - стадии по основным факторам прогноза//Рос.онкол. журн. -2000. -№3. -С. 18-21.
24. Джураев М. Д. Хирургическое и комбинированное лечение рака желудка III - IV стадии: Дис. ... д-ра мед. Наук. — Ташкент, 1998. - 214с.
25. Джураев М. Д., Эгамбердиев Д.М., Юсупбеков А. А. Результаты стандартных и расширенно-комбинированных хирургических вмешательств при раке проксимального отдела желудка и кардиоэзофагеальной зоны. //Хирургия Узбекистана. -2007. -№1. -С. 18-21.
26. Истомин Ю. В., Салоутин М. В., Киселева Е. А. и др. Хирургическое лечение распространенного рак желудка. //Матер. VI Всероссийского съезда онкологов. Ростов-на-Дону, 2005. -Том.2. -С.267-268.
27. Комиссаров А. В., Важенин А. В., Привалов А. В. и др. Расширенная лимфодиссекция D2 в комбинированном лечении рака желудка:объединение лечебных подходов. // Вестник хирургии. -2007. -№2. - С. 27-30.
28. Кузнецов Н. А. Егоров Е. И., Слепцов А. А. и др. Современные аспекты хирургического лечения рака желудка. // Российск. Мед. Журн. - 2006.-№1.-С. 17-19.
29. Кухаренко В. М., Кондратьев И. О., Дейкин В. В. и др. Возможности хирургического лечения гастроэзофагеального рака IV - стадии. // Российск.Онкол.Журн. - 2005. - №4, - С. 32-34.
30. Лунева С. В., Самцов Е. Н., Фролова И. Г. и др. Ультразвуковой

метод исследования в определении распространенности рака желудка в определении распространенности рака желудка в послеоперационном периоде. // Матер. VI Всероссийского съезда онкологов. - Ростов-на-Дону, 2005.-Tom.L-C. 279.

31. Муратходжаев Н. К., Джураев М. Д. Рак желудка в Узбекистане Журнал проблемы биологии и медицины. -№3. -2007. - С.54-60.

32. Неред С. Н., Клименков А. А. Хирургическое лечение рака желудка с высоким риском имплантационного метастазирования. // Вопросы онкологии. -2005. -Том 51. - №1. - С. 75-80.

33. Оноприев В. И., Уваров И. В. Гастрэктомия с еюно-петлевой еюногастропластикой при раке желудка. // Хирургия. -2006. -№9. -С. 32-36.

34. Портной Л. М., Сташук Г. А. Денисова Л. Б. Современные возможности лучевой диагностики рака желудка (традиционное рентгенологическое, ультразвуковое, компьютерно-томографическое и магнитно-резонансно-томографическое исследования) //Мед.визуализация. - 2005.-№2.-С. 3-14.

35. Портной Л. М., Казанцева И. А., Сташук Г. А. Современная лучевая диагностика рака желудка (сопоставление лучевых и морфологических методов исследования) //Вестн. рентгенол. -2006. -№6.-С.19-29.

36. Привалов А. В., Важенин А. В. Осложнения комбинированного лечения рака желудка. // Вопросы онкологии. -2008. -Том 49. - №1. - С.88-92.

37. Савельев В. Н., Катюшин А. А., Кокшарова О. Г. Расширенные и расширенно — комбинированные операции при раке желудка с сохранением панкреатолиенального комплекса. //Матер. VI Всероссийского съезда онкологов. - Ростов-на-Дону, 2005. - Том.1. - С.297-298.

38. Синюрин В.З., Ефиков Г.А. Некоторые результаты хирургического

лечения осложненного рака желудка у больных пожилого возраста//Клин.хир.2005. С32-34.
39. Скоропад В. Ю. Адъювантная химиотерапия и химиолучевая терапия операбельного рака желудка: современное состояние проблемы //Вопросы онкологии. -СПб, 2008. -№5. -С. 524-532.
40. Л.Х. Собин, М.К Господарович, К.Виттекинд
TNM классификация злокачественных опухолей Москва Логосфера 2011.
41. Соловьев В. И., Кузнецов В. Л., Аникеев В. М. и др. Интраоперационный контроль границ резекции при гастрэктомии. //Матер. VI Всероссийского съезда онкологов. - Ростов-на-Дону, 2005. -Том.2. -С. 300.
42. Сукач С.Е. Комбинированная гастрэктомия с расширенной лимфаденэктомией в хирургическом лечении рака желудка.// Дисс…канд.мед.наук.- М., 2006.
43. Хайрутдинов Р.В., Кротов Н.Ф., Расулов А.Э. Расширенные и комбинированные операции при местно-распространенном раке пищевода и желудка. //Матер. Ш-съезда онкологов и радиологов стран СНГ. - Минск, 2008.-С. НО.
44. Хакимов Г. А. Хирургия местнораспространенных и осложненных форм онкологических заболеваний органов брюшной полости. // Монография. Ташкент: Изд. Ибн Сино, Ташкент. - 2010. -232 с.
45. Хакимов Г. А., Давыдов Р. А., Ниёзалиев У. Ш., и др. Современные возможности хирургического лечения осложненных форм рака желудка.//Матер. V-съезда онкологов и радиологов стран СНГ. -Ташкент, 2008. - С.327.
46. Халилов Ш.А., Рахимов Т.И., Азизов И.А. Криовоздействие при желудочных кровотечениях раковой этиологии // Мед.журнал Узбекистана 2005. №11 с.6-8.
47. Хвастунов Р. А., Иванов А. И., Бегретов Т. Б. Ближайшие

результаты гастрэктомий и операций большего объема. //Матер. VI Всероссийского съезда онкологов. Ростов-на-Дону, -2005. -Том.2. -С.303-304.
48. Худайкулов Т. К., Муратходжаев Н. К., Джураев М. Д. Учебник по онкологии. - Ташкент: Изд-во Ибн Сино, 2012. - 264 с.
49. Чиссов В. И., Вашакмадзе Л. А., Бутенко А. В. и др. Возможности хирургического лечения резектабельного рака желудка IV стадии. // Российск. Онкол. Журн. -2013. - №6. - С.4-7.
50. Чиссов В. И., Дарьялова С. Л., Вашкамадзе Л. А. Комбинированное лечение рака желудка //Хирургия. -2007. -№6. -С. 4-9.
51. Шипилов И. Г., Самойленко В. М., Кошелев М. Н. Диагностика и лечение рака желудка: непосредственные и отдаленные результаты. //Матер. XI Российский онкологический конгресс. - Москва, 2007. - С. 38-40.
52. Щепотин И. Б., Сидорчук О. И. Результаты 702 комбинированных операций у больных раком желудка. //Матер. V-съезда онкологов и радиологов стран СНГ. - Ташкент, 2008. - С. 330.
53. A.Yusupbekov, M.Djuraev, A. Nosirov. Direct results of surgical treatment of locally advanced gastric cancer complicated by bleeding. // Journal Annals of oncology. Volume-20, Supplement-7ESMO International Symposium. 11 World Congress on Gastroin-testinal Cancer 24-27 June, 2009 Barcelona, Spain. vii-49.
54. Adachi Y., Kitano S., SugimachiK.'Surgery for gastric cancer: 10 year experience worldwide. Gastric cancer 2011. 4: 166-174.
55. Andres Cervantes. Multimodal treatment of resectable gastric cancer: The Europeann view // 10th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Spain, Barcelona.-2008.-P.163-181.
56. Bonenkamp J. J., Hermans J., Sasako M. Quality Control of Lymph Node Dissection in the Dutch Randomized Trial of Dl and D2 Lymph Node Dissection

for Gastric //Cancer. Gastric. Cancer. -2008. -№1. -P. 152-159.
57. Chakrapan E., Panuwat L. Prognostic significance of peritoneal washing cytology in Thai patients with gastric adenocarcinoma undergoing curative D2 gastrectomy // J. Gastric Cancer. - 2007. -Vol.10. -Num.1. -P. 18-23.
58. Cho S. J., Lee H. K., Kim Y. H., et al. Survival analysis of the palliatively resected gastric carcinoma. // 4-th Internayional Gastric Cancer Congress. USA, New York. -2011. AbstrJ 289. -P. 309.
59. Doglietto G. B. Palliative gasterectomy. // 4-th International Gastric Cancer Congress. USA, New York. - 2011. - Abstract. S28. -P. 326.
60. Esteves R., Linhares E., Mauro C. M. Palliative surgery in advanced gastric cancer. // 4-th International Gastric Cancer Congress. USA, New York. - 2011. - Abstract. S585. - P. 633.
61. Japanese Society for Esophageal Diseases. Japanese classification of gastric carcinoma //1st English ed. - Tokyo: Kanehara, 2005. -P. 1236.
62. Kasakura Y., Fujii M., Mochizuki F. et al. Is there a benefit of pancreaticosplenectomy with gastrectomy for advanced gastric cancer? // Am J.Surg. 2010 Mar;179(3):237-42.
63. Kim J. J., Jung H. C. Preoperative evaluation of the curative resectability of gastric cancer by abdominal computed tomography and ultrasonography: a prospective comparison study //Korean-J. Intern-Med. -2012. - Vol.12, №1.-P. 1-6.
64. KobayashiA., NakagohriT., KonishiM. etal. Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer. // J Gastrointest Surg. 2014 May-Jun;8(4):464-70.
65. Maeta M., Saito H., Kondo A. Effect of super - extended paraaortic lymphadenectomy (PAL) on biological responses in totally gastrectomized patients with T3 or T4 gastric cancer // Gastric Cancer. - 2008. - N1. - P. 57-63.
66. Maruyama K.*. Sasako ML, Kinoshita T. Effectiveness of Systemic Lymph Node Dissection in Gastric Cancer Surgery. In Nishi M, Ichikawa H., Nakajima T., Maruyama K., Tahara E. Gastric cancer. -Springer-Verlag, 2013. -

P.293-306.
67. Maruyama K., Sasako M., Kinoshita T. Can sentinel node biopsy indicate rational extent of lymphadenectomy in gastric cancer surgery? Fundamental and new information on lymph-node dissection //Langenbeck's Arch Surg. -2009. -Vol.384. -P. 149-157.
68. Park D. J., Lee H. J., Kim H. H. Predictors of operative morbidity and mor-tality in gastric cancer surgery. Br. J. Surg. 2005 Sep;92(9): 1099-102.
69. Piso P., BellinT., Aselmann H. et al. Results of combined gastrectomy and pancreatic resection in patients with advanced primary gastric carcinoma. // Dig Surg. 2012; 19(4):281-5.
70. Roderich E.S., David D.S. Clinical impact of lymphadenectomy extent in resectable gastric cancer of advanced stage. // J. Annals of Surgical Oncolo-gy. - 2007. -Vol.,1'4. -Num.2. -P. 317-328.
71. Saidi R. F., ReMine S. G., Dudrick P. S., Hanna N. N. Is there a role for palliative gastrectomy in patients with stage IV gastric cancer? // World J Surg. 2006Jan;30(l):21-7.
72. Sasako M. Multimodal treatment of resectable gastric cancer: The Asian view// 10th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Spain, Barcelona. - 2008. -P.153-161.
73. Satoru N., Atsushi N., Hiroshi Y. Role of staging laparoscopy with peritoneal lavage cytology in the treatment of locally advanced gastric cancer. // J. Gastric Cancer. - 2007. -Vol.10. -Num.1. -P. 29-34.
74. ToshimasaT., Mitsuru S., Seiichiro Y. et al. Influence or overweight on surgical complications-for gastric cancer: results from a randomized- control trial comparing D2 and extended para-aortic D3 lymphadenectomy (JCOG9501). // J. Annal of Surgical Oncology. - 2007. -Vol.14. -Num.2. -P. 35#5-361.
75. Una E., Borau M., De La Torre A., Nieto J. et al. Computed tomography in the preopertaive staging of gastric cancer // cancer // 10th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Spain, Barcelona. - 2008. Abstract # p-014.

-P.vi32.
76. Wai-Keung Leung. The biology and pathogenesis of gastric cancer // 10th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Spain, Barcelona. - 2008. - P.123-132.
77. Watanabe H., egami K., Miyamoto M. Assesment and countermeasure in gastric cancer patient relapsed and died after curative operation. // 4-th International gastric Cancer Congress. USA, New York. -2011. -AbstrJ 407. -P.454.
78. Yoshida S., Ishii Y., Suzuki K., Takahashi M. A case of advanced gastric cancer with paraaortic lymph node metastasis reaching long-term survival by TS-1 treatment. // Gan To Kagaku Ryoho. 2005 Sep;32(9):1331-4.