

Глава XVI

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Общие сведения. Рак желудка занимает первое место среди злокачественных опухолей всех локализаций. Наиболее часто он встречается в возрасте 40-60 лет, причем мужчины болеют почти в 3 раза чаще, чем женщины. Самая высокая заболеваемость раком желудка отмечена в Японии, Чили, СССР, самая низкая – в странах Ближнего Востока, Индии, Северной Америке и США.

Довольно резкие колебания в частоте заболеваемости и смертности от рака желудка в различных странах можно объяснить разными условиями питания и, вероятно, генетическими особенностями. Нерегулярность питания, преобладание в пище злаковых продуктов, слишком горячая пища, авитаминоз, вредное влияние никотина и алкоголя приводят к развитию хронического гастрита, на фоне которого развиваются очаговые пролиферативные процессы, а затем и рак. Во многих странах, в том числе в СССР, заболеваемость раком желудка в последние годы значительно уменьшается, что в основном объясняется улучшением гигиены питания.

Анализ динамики обычных и стандартизованных показателей заболеваемости с 1966-1967 по 1972-1973 гг. позволяет отметить тенденцию к снижению заболеваемости раком желудка как среди мужчин, так и среди женщин. Распределение по годам следующее: в 1962 г. – 41,6; в 1967 г. – 44,9; в 1972 г. – 41,9; в 1973 г. – 41,6 на 100 000 населения (Г. Ф. Церковный, Н. А. Напалков, Д. П. Березкин, М. Н. Преображенская, Н. А. Шабошова, К. С. Миротворцева, 1975).

Анатомически желудок условно делят на три основных отдела: дистальный (пилоро-антральный), тело и проксимальный, который в свою очередь включает в себя кардию, субкардию и свод. Кардия – это область желудка, прилежащая к месту перехода пищевода в желудок и ограниченная мышечными пучками, участвующими в раскрытии жома для прохождения пищевого комка. Длина кардии 2-3 см. Ниже этого отдела на протяжении 2-3 см расположен субкардиальный отдел и свод желудка.

Наиболее часто злокачественные опухоли располагаются в пилоро-антральном отделе желудка (60-70%), далее следуют малая кривизна и проксимальный отдел (10-15%), передняя и задняя стенки (2-5%); тотальное поражение наблюдается в 5% случаев. Для хирурга, оперирующего на желудке, очень важно четкое знание особенностей регионарного лимфообращения и лимфооттока из этого органа. Наиболее удобной для практики является схема лимфооттока, предложенная А. В. Мельниковым, которую мы приводим с некоторыми изменениями.

Механизм метастазирования и частота вовлечения определенных регионарных барьеров зависят от анатомического строения лимфатической системы желудка и иммунобиологических особенностей больного. Различают три основных типа строения: магистральный, рассыпной и смешанный. При магистральном типе метастазирование идет по более ограниченному руслу к строго определенным лимфатическим узлам. При ветвистом и смешанном типе пути метастазирования менее определены и более разнообразны. В связи с блокадой ближайших лимфатических узлов наблюдается ретроградное метастазирование. Вследствие воспалительного перипроцесса возникают спайки между желудком и соседними органами, способствующие образованию новых путей лимфооттока, а следовательно, и метастазированию. В разных отделах желудка лимфоотток имеет свои особенности. Поэтому раковые опухоли, развивающиеся в разных отделах желудка, также имеют особенности метастазирования.

Согласно схеме А. В. Мельникова, в желудке можно определить четыре основных бассейна лимфооттока (рис. 44).

I бассейн лимфооттока собирает лимфу от пилороантрального отдела желудка, прилежащего к большой кривизне. Первым этапом метастазирования являются лимфатические узлы, расположенные в толще желудочно-ободочной связки по большой кривизне, вблизи привратника, вторым этапом – лимфатические узлы по нижнему краю

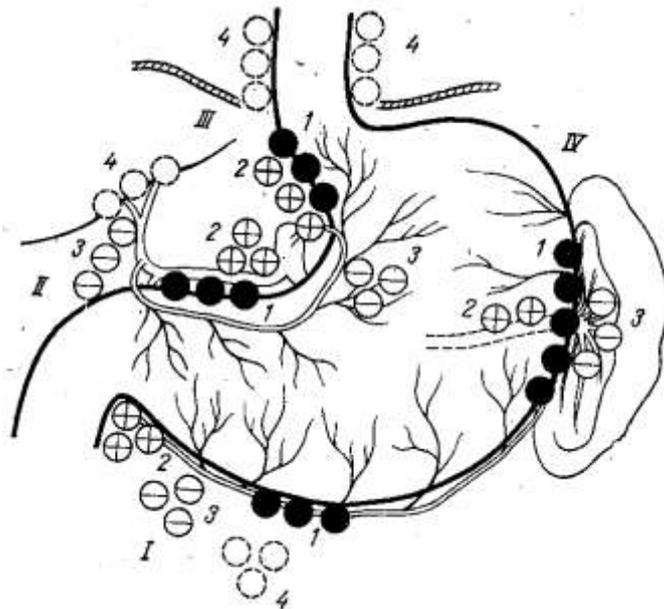


Рис. 44. Схема метастазирования при раке желудка.

I – лимфатические барьеры первого бассейна лимфообращения: 1 – лимфатические узлы большого сальника по большой кривизне желудка; 2 – подпривратниковые и запривратниковые лимфатические узлы; 3 – лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки; 4 – парааортальные лимфатические узлы. II – Лимфатические барьеры второго бассейна лимфообращения: 1 – лимфатические узлы в малом сальнике по малой кривизне желудка; 2 – лимфатические узлы в толще малого сальника; 3 – лимфатические узлы в толще печеночно-двенадцатиперстной связке; 4 – лимфатические узлы в воротах печени.

III – лимфатические барьеры третьего бассейна лимфообращения: 1 – паракардиальные лимфатические узлы; 2 – лимфатические узлы в толще желудочно-поджелудочной связки; 3 – лимфатические узлы по верхнему краю поджелудочной железы; 4 – околопищеводные лимфатические узлы.

IV – лимфатические барьеры четвертого лимфатического бассейна: 1 – лимфатические узлы в большом сальнике по большой кривизне желудка; 2 – лимфатические узлы по верхнему краю поджелудочной железы; 3 – лимфатические узлы в воротах селезенки.

головки поджелудочной железы и за привратником, третьим этапом метастазирования следует считать лимфатические узлы, расположенные в толще брыжейки тонкой кишки и четвертым – забрюшинные парааортальные лимфатические узлы. Во время радикальной операции возможно удаление лимфатических узлов только первого и второго этапов, в то время как лимфатические узлы третьего и четвертого этапов практически удалить невозможно. В таких случаях радикальная операция невыполнима.

II бассейн лимфооттока. В этот бассейн оттекает лимфа от части пилоро-антрального отдела, прилежащей к малой кривизне, и отчасти от тела желудка. Первым этапом метастазирования являются ретропилорические лимфатические узлы, вторым – лимфатические узлы в малом сальнике в дистальной части малой кривизны, в области привратника и двенадцатиперстной кишки, сразу же за привратником, третьим этапом – лимфатические узлы, расположенные в толще печеночно-желудочной связки. Удалить эти лимфатические узлы во время операции чрезвычайно трудно, а чаще всего невозможно. Четвертым этапом метастазирования следует считать лимфатические узлы в воротах печени. Во время радикальной операции можно удалить лимфатические узлы, относящиеся к первому и второму этапам метастазирования, что и выполняется при дистальной субтотальной резекции желудка.

III бассейн является самым большим и основным бассейном лимфооттока. Он наиболее богато снабжен крупными лимфатическими сосудами и лимфатическими узлами. Самый мощный отводящий лимфатический сосуд располагается на малой кривизне, в толще желудочно-поджелудочной связки, по ходу левых желудочных сосудов – артерии и вены. Этот бассейн собирает лимфу от тела желудка и малой кривизны, прилегающих отделов передней и задней стенок, кардии, медиальной части свода и абдоминального отдела пищевода. Первый этап метастазирования – лимфатические узлы, расположенные в виде

цепочки по ходу малой кривизны в клетчатке малого сальника. Верхние узлы этой цепочки называются паракардиальными; при раке кардии они поражаются метастазами в первую очередь. Лимфатические узлы по ходу левых желудочных сосудов, в толще желудочно-поджелудочной связки, являются вторым этапом метастазирования. Третий этап – лимфатические узлы по верхнему краю поджелудочной железы и в области ее хвоста. Четвертый этап – лимфатические узлы в параэзофагеальной клетчатке, выше и ниже диафрагмы. Необходимо отметить, что при проксимальной резекции или гастрэктомии трансторакальным доступом можно удалить параэзофагеальные лимфатические узлы.

IV бассейн. В этот бассейн оттекает лимфа от вертикальной части большой кривизны желудка, прилегающих передней и задней стенок и значительной части свода желудка. Лимфатические узлы, расположенные в верхне-левом отделе желудочно-ободочной связки, являются первым этапом метастазирования. Второй этап – лимфатические узлы по ходу коротких артерий желудка, третий этап – лимфатические узлы в воротах селезенки. Четвертым этапом метастазирования А. В. Мельников считал поражение селезенки. Как справедливо заметил С. А. Холдин, для высоких опухолей большой кривизны и свода желудка первый и второй этапы целесообразно объединить в один – первый. Не следует считать поражение селезенки четвертым этапом метастазирования, так как при этом происходит поражение паренхимы, а не лимфатических узлов. Нужно обратить внимание на особенности метастазирования рака проксимального отдела желудка с локализацией по большой кривизне и в своде желудка, которые заключаются в следующем: лимфоотток от дна желудка и селезенки осуществляется через лимфатические узлы у ворот селезенки и хвоста поджелудочной железы. Эти узлы следует считать вторым этапом метастазирования. Третьим этапом будут лимфатические узлы, расположенные в ортоградном направлении по ходу селезеночной артерии. Четвертым этапом следует признать параэзофагеальные и парааортальные лимфатические узлы. Изложенная выше схема лимфооттока не исключает метастазов в самые различные регионарные лимфатические узлы. Поэтому во время операции хирург обязан обследовать все возможные пути метастазирования и только после этого решать вопрос об окончательном объеме вмешательства. Наглядной иллюстрацией этого является схема Пека (рис. 45). Распределение метастазов при всех локализациях рака желудка указывает на необходимость удаления малой кривизны, так как наибольшее число метастазов встречается в лимфатических узлах, расположенных по ходу ее и в толще желудочно-поджелудочной связки. Независимо от стадии опухолевого процесса обязательным является удаление желудочно-поджелудочной связки с расположенными в ней лимфатическими узлами. Таким образом, онкологическая операция на желудке по поводу рака в отличие от хирургической операции по поводу язвы желудка характеризуется не только различным объемом оперативного вмешательства на самом органе – желудке, но главным образом широтой удаления регионарных лимфатических узлов единым блоком

Рис. 45. Схема метастазирования в зависимости от локализации поражения (по Пеку)

с желудком. При любом виде операции радикального вмешательства по поводу рака желудка обязательно удаление не только регионарных лимфатических узлов ближайшего бассейна, но и регионарных лимфатических узлов III бассейна, содержащего наиболее мощные узлы и магистральные лимфатические сосуды.

По макроскопической форме роста раковые опухоли желудка делятся на три основные группы: опухоли с преимущественно экзофитным ростом, среди которых выделяют бляшковидный, полипообразный, блюдцеобразный рак, рак из язвы и т. д.; опухоли с преимущественно эндофитным ростом; такие, как инфильтративно-язвенный и диффузный или фиброзный рак; смешанные опухоли, в которых можно отметить черты экзофитного и эндофитного роста. Последние две группы более злокачественны и склонны чаще давать метастазы. Среди оперированных больных раком желудка метастазы встречаются у 60%. Рост раковой опухоли происходит вдоль стенки желудка, но преимущественно в проксимальном направлении и к желудочно-поджелудочной связке, что обусловлено особенностями лимфооттока. Местное распространение раковой опухоли

происходит по типу инфильтрации, главным образом в подслизистом слое. Возможно также образование отдельных раковых эмболов. Макро- и микроскопические границы опухоли почти никогда не совпадают. При экзофитной опухоли раковые клетки микроскопически определяются на расстоянии 2-3 см от макроскопически определяемой границы опухоли (Ю. В. Балтайтис, 1967; Е. М. Масюкова, 1969). При инфильтративной и смешанной – на 5-7 см и более в проксимальном направлении (Б. В. Петровский, 1950; Б. Е. Петерсон, 1972).

При инфильтративной опухоли, когда очень трудно определить границы опухолевого распространения, приходится расширять границы резекции.

Переход раковой опухоли за привратник является прогностически неблагоприятным признаком, говорящем о ретроградном распространении раковых клеток и блокаде лимфатических путей выше опухоли. Эти особенности всегда должен учитывать хирург, выполняющий операцию у онкологического больного. Нередко внутривентрикулярные метастазы обнаруживаются в стенке желудка или пищевода на значительном расстоянии от первичной опухоли. При прорастании серозной оболочки желудка опухоль может врастать в соседние органы: печень, поджелудочную железу, селезенку, поперечную ободочную кишку и т. д. Сопутствующий воспалительный процесс приводит к деформации и укорочению связочного аппарата желудка, образованию спаек и сближению соседних органов, создавая тем самым благоприятные условия для врастания раковой опухоли желудка в эти органы. Следует иметь в виду, что сопутствующий раку желудка вторичный воспалительный процесс может создавать ложное впечатление о иноперабельности больного и привести к необоснованному отказу от операции. В связи с этим в сомнительных случаях необходимо пользоваться срочным гистологическим исследованием тканей во время операции.

Гистологические типы рака желудка чрезвычайно разнообразны. Они отражают темпы роста злокачественной опухоли, влияют на показания, выбор объема операции и определяют прогноз. Наиболее часто встречается аденокарцинома, которая является высокодифференцированной опухолью и чаще всего имеет экзофитную, реже – инфильтративную или смешанную форму роста. Солидный рак, фиброзный рак (скирр) имеют чаще инфильтративную форму роста. К редким гистологическим типам следует отнести плоскоклеточный и недифференцированный рак, а также смешанные формы.

Рак желудка преимущественно метастазирует лимфогенно, однако возможны гематогенные и имплантационные пути (В. В. Серов, 1970). Среди отдаленных метастазов наиболее типичны: вирховский метастаз – поражение лимфатического узла в месте впадения грудного лимфатического протока в левый венозный угол. Клинически он определяется на шее между ножками левой кивательной мышцы. Крукенберговские метастазы в яичники, возникающие в результате блокады отводящих лимфатических путей; карциноматоз брюшины, шницлеровский метастаз и метастаз в пупок (узелок медсестры Джозеф) – следствие имплантационного метастазирования по брюшине дугласова кармана или пузырно-прямокишечного пространства. Гематогенные метастазы чаще всего определяются в печени. Значительно реже встречаются гематогенные метастазы в легкие и плевру, надпочечники, кости и почки. В результате роста и распространения раковой опухоли возможна ее перфорация с развитием перитонита, что наблюдается у 5-8% больных (В. В. Серов, 1970), возможно также кровотечение из опухоли при распаде – 13,5% (В. Н. Сагайдак, 1968, данные вскрытия). По данным Б. Е. Петерсона, А. М. Липатова и В. Н. Плотникова (1973), которые представили материал Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР, подобное осложнение отмечено у 1,3% больных раком желудка, среди леченых в отделении института. Вращание опухоли в область ворот печени или сдавление желчных протоков, воротной вены метастатическими узлами приводит к развитию желтухи, портальной гипертензии и асцита. В крайне редких случаях у больных возникает флегмона желудка.

Клиническая симптоматика при раке желудка зависит от локализации опухоли, формы роста, наличия метастазов и осложнений. К сожалению, практически не существует клинических симптомов, характерных для начального рака желудка. Этим обстоятельством в значительной мере определяется отсутствие реальной перспективы в ранней диагностике,

основанной на клинических и даже рентгенологических данных. Самый реальный путь ранней диагностики рака желудка в его начальной стадии лежит на путях массовых эндоскопических обследований с использованием современных фиброгастроскопов. Они позволяют увидеть патологические изменения на слизистой оболочке размером менее 0,5 см и взять материал для биопсии. Оперативное же лечение больных по поводу раковой опухоли желудка, расположенной в пределах слизистой оболочки, дает 100% выживание. Приводим клиническую классификацию рака желудка по стадиям, принятую в СССР.

I стадия – четко ограниченная опухоль на слизистой оболочке. Опухоль не выходит за пределы подслизистого слоя. Регионарных метастазов нет.

II стадия – опухоль больших размеров, прорастает мышечный слой, но не прорастает серозного покрова и не спаяна с соседними органами. Желудок подвижен. В ближайших регионарных лимфатических узлах – единичные подвижные метастазы.

III стадия – значительных размеров опухоль, прорастающая всю толщу стенки желудка, врастающая в соседние органы и резко ограничивающая подвижность желудка. Такая же опухоль или опухоль меньших размеров с множественными регионарными метастазами.

IV стадия – опухоли любого размера при наличии отдаленных метастазов,

По международной классификации рака желудка по TNM желудок разделяется на три отдела; 1) проксимальный (верхняя треть); 2) тело желудка (средняя треть); и 3) антральный дистальный отдел или нижняя треть).

T – первичная опухоль

T1 – опухоль независимо от размеров поражает слизистую оболочку или слизистую оболочку вместе с подслизистым слоем,

T2 – опухоль с глубокой инвазией, захватывающая более половины одного анатомического отдела,

T3 – опухоль с глубокой инвазией, захватывающая более половины, но не более одного анатомического отдела,

T4 – опухоль занимает более одного анатомического отдела или распространяется на соседние органы,

N – регионарные лимфатические узлы

Под N подразумеваются все лимфатические узлы, расположенные под диафрагмой. Он проставляется только после гистологического исследования удаленного препарата,

N X – метастазов нет,

N Xa – вовлечены только перигастральные лимфатические узлы;

N Xb – вовлечены лимфатические узлы по ходу левой желудочной, чревной, общей печеночной, селезеночной артерий, по ходу печеночно-двенадцатиперстной связки, т, е, те узлы, которые могут быть удалены оперативно,

N Xc – все лимфатические узлы по ходу аорты, брыжеечных и подвздошных артерий, которые невозможно удалить оперативно,

M – отдаленные метастазы

M0 – нет отдаленных метастазов.

M1 – есть отдаленные метастазы.

P – гистопатологические критерии (характер распространения опухолевого процесса, определяемого при исследовании удаленного препарата).

P1 – рак, инфильтрирующий только слизистую оболочку,

P2 – рак, инфильтрирующий подслизистый слой, но не проникающий в мышечный,

P3 – рак, инфильтрирующий мышечный слой, но не проникающий серозу.

P4 – рак, прорастающий серозу или выходящий за пределы органа,

Показания к операции. Для решения вопроса о показаниях к операции у больного раком желудка необходимо провести весь комплекс диагностических мероприятий, включающих в себя общеклинический, рентгенологический и эндоскопический методы. Общеклиническая оценка больного составляет основу для правильного и целенаправленного применения многочисленных специальных методов, уточняющих диагностику. Одним из

ведущих является рентгенологический метод. Он позволяет выяснить не только локализацию опухолевого процесса и его протяженность по желудку, но и заинтересованность в опухолевом поражении привратника или пищевода, определить анатомический тип опухоли и состояние соседних с желудком органов.

Этот метод дает возможность определить степень инфильтрации стенки желудка и состояние перистальтики, что особенно важно в диагностике инфильтративного рака.

Быстрое развитие фиброгастроскопической техники сделало доступным тщательный визуальный осмотр всего желудка, поэтому диагноз рака должен обязательно базироваться на данных гастроскопии с биопсией. Эта методика позволяет «на глаз» осмотреть опухоль, дополнить данные рентгенологического исследования и в ряде случаев избежать ошибок. Она более точно определяет границы распространения раковой опухоли, ее форму роста, оценить состояние слизистой оболочки желудка вокруг и главным образом в той части, которую хирург собирается оставить. Но иногда и общеклиническое обследование, без дополнительных методов, позволяет высказаться довольно точно о распространенности опухолевого процесса.

Появление болей в спине за несколько месяцев до госпитализации должно настораживать врача, так как может быть признаком поражения забрюшинных лимфатических узлов или свидетельствовать о прорастании опухоли желудка в поджелудочную железу и другие забрюшинные органы. Резкое истощение больного не всегда является признаком безнадежного состояния. Оно может быть связано с небольшой опухолью в кардиальном отделе желудка или пищеводе, что приводит в течение короткого периода голодания к состоянию кахексии. Для решения вопроса о возможности выполнения радикальной операции в онкологического больного с сопутствующими заболеваниями необходимо прибегать к помощи смежных специалистов, гинекологов, терапевтов, фтизиатров, анестезиологов и т. д.

Противопоказаниями к радикальному оперативному лечению рака желудка являются: асцит, определяемый при клиническом обследовании больного; желтуха, обусловленная метастазами в печень; отдаленные метастазы Вирхова, Шницлера, Крукенберга, в пупок, средостение, легкие и т. д. В таких случаях целесообразно обсудить показания к паллиативной операции. Наличие пальпируемой малоподвижной опухоли не всегда является основанием для отказа от операции, так как во время ревизии и мобилизации в ряде случаев удается выделить желудок вместе с опухолью и выполнить радикальное вмешательство. Кровоточащая опухоль желудка и отсутствие эффекта от консервативного лечения служат показанием к оперативному лечению, окончательный, объем которого выясняется после лапаротомии и ревизии.

В случае сомнительной операбельности необходимо оперировать, ибо только такая мера позволит правильно оценить состояние больного и избежать ненужной ошибки. При наличии признаков иноперабельности рекомендуется консервативная терапия и только по жизненным показаниям – лапаротомия с выполнением минимального по объему паллиативного хирургического вмешательства.

При перфорации раковой язвы с соответствующей клинической симптоматикой и при общем удовлетворительном состоянии целесообразно произвести резекцию желудка. При общем тяжелом состоянии, наличии противопоказаний и несвоевременно распознанной перфорации следует ограничиться ушиванием перфоративного отверстия и дренированием. После выведения больного из тяжелого состояния и проведения соответствующей подготовки нужно оперировать в возможно короткие сроки. К неонкологическим противопоказаниям относятся: сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, преклонный возраст, низкие функциональные показатели, некомпенсированные эндокринные расстройства, кахексия с грубыми нарушениями белкового и электролитного обмена и тяжелые некорректируемые анемии. Совокупность всех этих факторов требует оценки, основанной на тщательном функциональном обследовании, чтобы с предельной достоверностью определить степень операционного риска и выработать систему предоперационной подготовки.

В последние годы отмечается определенная тенденция к расширению показаний к оперативному лечению у группы больных преклонного возраста и у лиц с сопутствующими заболеваниями, которые, по общему убеждению, составляют значительный резерв расширения возможностей хирургии рака желудка. В связи с общей тенденцией к увеличению средней продолжительности жизни населения онкологу и хирургу, оперирующему по поводу рака, все чаще придется иметь дело с подобной категорией больных.

Основным методом лечения больных раком желудка является хирургический метод. Объем вмешательства намечается строго индивидуально, с учетом всех особенностей больного. Так, при большой опухоли с поражением всех регионарных лимфатических барьеров, но без отдаленных метастазов, необходимо выполнять операцию максимального объема. При малой опухоли в пределах слизистой оболочки можно выполнить небольшую резекцию (например, двух третей желудка), но при этом максимально убрать весь регионарный лимфатический аппарат, так как в этих случаях никогда нельзя гарантировать отсутствие метастазов.

Форма роста опухоли играет существенную роль при выборе показаний к оперативному вмешательству. При экзофитных опухолях допустимо максимальное расширение показаний, так как эти опухоли склонны в течение длительного времени расти местно и долго не давать метастазов. В случае сомнительной операбельности при экзофитном раке желудка после тщательного комплексного обследования необходимо прибегнуть к операции как к последнему этапу диагностики. При отсутствии признаков иноперабельности выполняется радикальное оперативное вмешательство, которое при подобных опухолях дает хорошие отдаленные результаты.

При инфильтративном росте опухоли и сомнительной операбельности, выявленной при обследовании, лучше отказаться от операции, так как в этой ситуации отмечены самые плохие отдаленные результаты (М. Ш. Ахметов, 1971). У таких больных лечение 5-фторурацилом может значительно продлить их жизнь.

Если экзофитная опухоль прорастает соседние органы и нет отдаленных метастазов, показана комбинированная резекция желудка. При таких же обстоятельствах, но инфильтративном росте следует отказаться от комбинированной операции. В случае инфильтративного рака резекция желудка или гастрэктомия наиболее оправданы при отсутствии регионарных метастазов или наличии их в первом лимфатическом барьере. Высокодифференцированные раковые опухоли желудка (аденокарцинома) позволяют расширять показания к операции даже в сомнительных в смысле операбельности случаях. Эти опухоли развиваются медленно, реже метастазируют и плохо поддаются лекарственной терапии. При недифференцированных опухолях, более агрессивных, и сомнительной операбельности лучше отказаться от выполнения резекции желудка или гастрэктомии. Для хирурга, полностью выявившего все особенности раковой опухоли до или во время лапаротомии, решить вопрос о показаниях к операции и объеме ее бывает легко, когда у больного оказывается, например, распространенный инфильтративный и недифференцированный рак или большой экзофитный высокодифференцированный рак без метастазов, но с прорастанием в левую долю печени. В первом случае хирург должен отказаться от операции, а во втором – выполнить радикальную комбинированную операцию. Но бывают сложные ситуации, когда имеется больших размеров инфильтративный рак желудка, но высокодифференцированного гистологического строения (аденокарцинома) и с регионарными лимфатическими метастазами в первом лимфатическом барьере. В таких случаях целесообразно поступать индивидуально, но всё же хирург должен склоняться в сторону активных действий, помня о том, что выполненная без осложнений операция помогает больному в дальнейшем собственными силами бороться с диссеминацией процесса.

Лучевые методы лечения рака желудка малоэффективны и в настоящее время находятся в стадии научной разработки. Наиболее известным паллиативным методом является лучевое лечение рака проксимального отдела желудка с переходом на пищевод. Эта

локализация рака желудка позволяет более безопасно подвести излучение, не повреждая при этом органов брюшной полости. Вероятно, биологические особенности проксимального рака отличаются от таковых при пилороантральном, который менее чувствителен к лучевому воздействию. К этим методам лечения рака проксимального отдела можно прибегнуть при наличии соответствующих показаний у неоперабельных больных с безусловной доказательностью невозможности выполнения радикальной операции. В качестве паллиативного лечения применяется лекарственная терапия. Но ее не следует применять у каждого неоперабельного больного. Химиотерапия имеет ряд противопоказаний, к которым относятся: тяжелое общее состояние, обусловленное запущенностью опухолевого процесса; кровотечение из распадающейся раковой опухоли и тяжелые хронические дегенеративные заболевания паренхиматозных органов (гепатит, нефрит, миокардит и т. д.). Наиболее эффективным препаратом для этих целей следует считать 5-фторурацил, который у 50% больных дает объективно регистрируемый положительный результат (Н. Г. Блохина, 1965).

В настоящее время в онкологической практике прочно утвердились три основных типа радикальных оперативных вмешательств: 1) дистальная субтотальная резекция желудка (выполняемая чрезбрюшинно), 2) проксимальная субтотальная резекция желудка (выполняемая чрезбрюшинным и чресплевральным доступом), 3) гастрэктомия (выполняемая чрезбрюшинным или чресплевральным доступом).

Резекции меньшего объема (2/3 или 3/4 желудка) применяют только при наличии небольших экзофитных опухолей пилоро-антрального отдела желудка или как паллиативное оперативное вмешательство.

Субтотальная резекция желудка выполняется при наличии экзофитных опухолей пилоро-антрального отдела, не распространяющихся далее угла желудка. В виде исключения она допустима при небольших инфильтративных опухолях пилоро-антрального отдела желудка. Субтотальная резекция имеет ряд особенностей: широкая мобилизация желудка вместе с обоими сальниками; низкая перевязка левой желудочной артерии в желудочно-поджелудочной связке – у места отхождения ее от чревной, полное удаление всей малой кривизны вместе с сальником и той его части, в которой расположены паракардиальные лимфатические узлы. Линия пересечения малой кривизны должна находиться на уровне пищевода, а большой кривизны – на разных уровнях в зависимости от онкологической ситуации. Операция заканчивается формированием желудочно-кишечного соустья по любому из известных методов. Наиболее распространены способы Бильрот II и Бильрот I. В результате этой операции удается удалить не только пораженную опухолью часть желудка, но и лимфатические узлы первого и второго этапов, метастазирования I, II и III бассейнов.

Проксимальная субтотальная резекция, как правило, выполняется при экзофитных опухолях проксимального отдела желудка. При расположении экзофитной опухоли в теле желудка, тотальном поражении, а также инфильтративной опухоли любой локализации необходимо выполнять гастрэктомию. При врастании опухоли в поперечную ободочную кишку, поджелудочную железу, селезенку, правую долю печени и при отсутствии отдаленных метастазов показана комбинированная операция – субтотальная резекция или гастрэктомия с резекцией или удалением пораженного органа единым блоком. Резекция брыжейки поперечной ободочной кишки и листка париетальной брюшины над поджелудочной железой не усложняет операцию, и такое вмешательство не следует относить к комбинированным. Комбинированные операции составляют 30-50% среди всех радикальных операций (Б. А. Королев, А. Н. Симонович, 1962; Б. Е. Петерсон, 1971; А. И. Саенко, 1973). Несмотря на то, что они сопровождаются более высокой послеоперационной летальностью (А. И. Саенко, 1973), отдаленные результаты лечения в некоторых случаях можно признать удовлетворительными.

Паллиативные операции выполняются тогда, когда риск их невелик. В связи с этим оптимальными являются паллиативные резекции 2/3 или 3/4 желудка, направленные на удаление стенозирующей опухоли выходного отдела желудка, распадающейся и кровоточащей опухоли как источника кровотечения, угрожающего жизни больного и т. д.

При невозможности выполнения паллиативной резекции применяют операции меньшего объема: гастроэнтероанастомоз при стенозирующем раке выходного отдела желудка или еюностому (предпочтительнее в модификации Майдля), при проксимальном раке – гастростому или еюностому; когда дисфагия выражена незначительно, еюностому по Майдлю можно наложить «про запас», т. е. вывести слепой конец кишки под кожу грудной стенки выше реберной дуги, вскрыв ее в случае полной непроходимости пищи. Эзофагоеюноанастомоз или интубация кардии как тяжелые вмешательства не должны применяться при раке проксимального отдела желудка.

Паллиативные операции значительно не удлиняют жизни больных, но избавляют их от страданий и тягостных симптомов. В ряде случаев эти операции в последующем могут быть дополнены химиотерапией.

Для окончательного определения операбельности больного на операционном столе необходимо стремиться к оптимальному и широкому оперативному доступу. Для дистальных резекций желудка и гастрэктомии при локализации рака в теле, субкардии без перехода на пищевод наибольшее распространение получил чрезбрюшинный доступ, выполняемый из верхне-срединного разреза и, в ряде случаев, дополняемый окаймляющим пупок слева разрезом. Подобный разрез при необходимости может быть продлен кверху с обходом мечевидного отростка слева, рассечением или резекцией его. Иногда срединный разрез может быть дополнен поперечным разрезом прямой мышцы живота.

При раке тела, субкардии и проксимального отдела желудка с переходом на пищевод оптимальным является левосторонний чресплевральный доступ, позволяющий провести достаточно полную ревизию органов брюшной и грудной полости. При этом доступе пораженные отделы желудка, пищевода, а также окружающие и прилегающие к ним органы (левая доля печени, селезенка, тело и хвост поджелудочной железы, диафрагма) находятся в чрезвычайно выгодном положении. Этот доступ отвечает всем принципам абластики и позволяет выполнить операцию самого большого объема, а также пересечь пищевод на достаточном расстоянии от макроскопической границы опухоли. Формирование анастомоза с пищеводом осуществляется в условиях достаточной видимости при минимальных технических сложностях и достаточно надежно. При современном совершенном наркозе и интенсивной терапии после операции торакотомия неопасна и не тяжела для больного. При торакальном доступе проксимальная резекция желудка или гастрэктомия производится более широко и, следовательно, более радикально. При наличии противопоказаний или невозможности выполнения торакотомии, можно выполнить проксимальную резекцию желудка или гастрэктомию по А. Г. Савиных. Сущность этого метода заключается в выделении пищевода из средостения путем сагиттальной диафрагмотомии и круротомии.

Субтотальная дистальная резекция желудка

Положение больного на операционном столе – на спине, с подложенным под спину на уровне мечевидного отростка валиком. Выполняют верхне-срединную лапаротомию. По вскрытии брюшной полости производят ревизию и при отсутствии признаков иноперабельности начинают мобилизацию желудка по большой кривизне

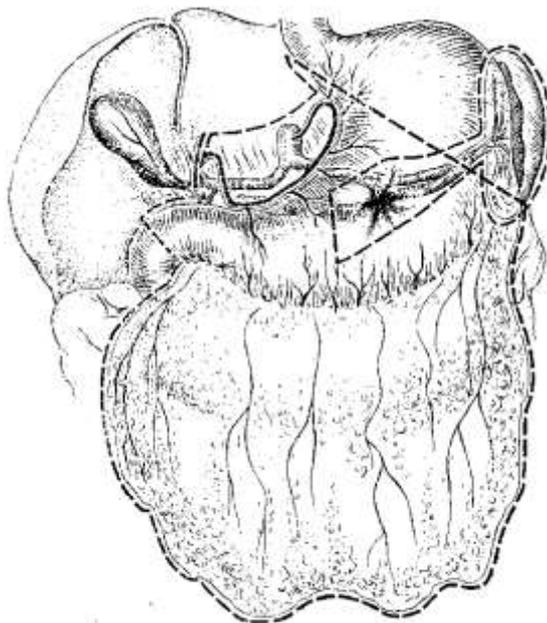


Рис. 46. Схема субтотальной резекции.

путем отделения сальника от поперечной ободочной кишки.

Обнажив заднюю стенку желудка, определяют состояние желудочно-поджелудочной связки: ее длину, наличие метастазов, прорастание опухоли в поджелудочную железу. При отсутствии признаков иноперабельности продолжают мобилизацию большого сальника. Левый край сальника продолжается к воротам селезенки, переходя далее в желудочно-селезеночную связку и широко срастается с толстой кишкой и ее брыжейкой. Здесь пересекают и перевязывают левую желудочно-сальниковую артерию и соответствующие вены. Далее аналогичным образом сальник отсекают справа до печеночного угла поперечной ободочной кишки (рис. 46). Здесь же перевязывают правую желудочно-сальниковую артерию и вену. На уровне привратника листки желудочно-ободочной связки расходятся и задний листок ее срастается с верхним листком брыжейки поперечной ободочной кишки, поэтому при мобилизации необходимо расслоить брыжейку поперечной ободочной кишки и отодвинуть к желудку ретропилорические лимфатические узлы, расположенные у головки поджелудочной железы и по нижнему краю горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. После этого приступают к мобилизации двенадцатиперстной кишки, для чего пересекают и перевязывают ветви желудочно-двенадцатиперстной артерии. Пересекают и перевязывают правую желудочную артерию у верхнего края двенадцатиперстной кишки, отступя 3-4 см от привратника. Мобилизовывать двенадцатиперстную кишку следует на протяжении не менее 4-5 см, что необходимо для надежного укрытия культи двенадцатиперстной кишки, а также удаления не менее 2 см стенки кишки. Далее мобилизуют желудок по малой кривизне. У основания желудочно-поджелудочной связки пересекают листок задней брюшины и отсекают всю клетчатку вместе с лимфатическими узлами в сторону желудка с последующей перевязкой левых желудочных артерий и вен у места отхождения левой желудочной артерии от чревной.

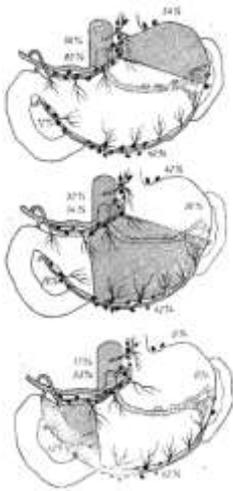


Рис. 45. Схема метастазирования в зависимости от дистанции паравертебральной резекции (по Песку).

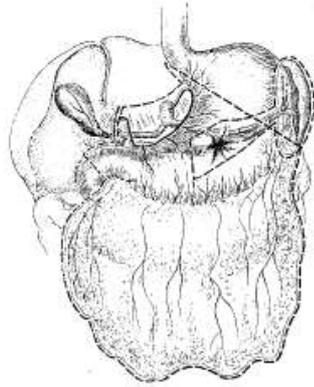


Рис. 46. Схема субтотальной резекции желудка.

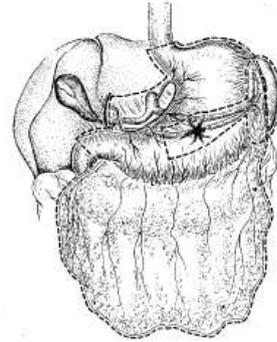


Рис. 47. Схема гастрэктомии.

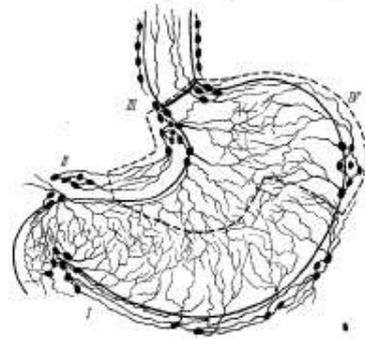


Рис. 48. Схема субтотальной проксимальной резекции желудка.

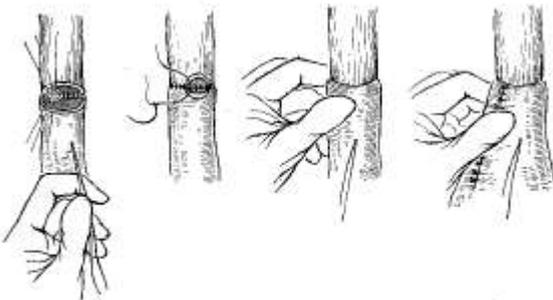


Рис. 48. Анастомоз по Борзженко—Цицианди.

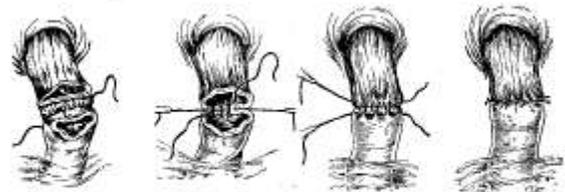


Рис. 49. Анастомоз по Блохину.

После мобилизации и пересечения связок желудка хирург должен уточнить границы резекции желудка и выяснить возможности выполнения резекции по методу Бильрот I без ущерба для принципов абластики. При значительных размерах оставшейся части желудка, которая позволяет без натяжения наложить анастомоз, возможно формирование желудочно-двенадцатиперстного анастомоза по типу «конец в конец». Во всех остальных случаях рекомендуется отказаться от этого вида анастомоза и операцию закончить по второму способу Бильрота. После этого в рану выводят поперечную ободочную кишку. В ее брыжейке продельвают острым путем окно и через него проводят петлю тонкой кишки, взятую на расстоянии 10-20 см от трейцевой связки. Далее приступают к пересечению двенадцатиперстной кишки по намеченной линии, предварительно отграничив операционное поле от свободной брюшной полости марлевыми салфетками. На кишку накладывают два зажима (при анастомозе по Бильрот I на нее целесообразно накладывать не раздавливающий, а мягкий зажим), отступя 1,5-2 см от привратника вниз и пересекают кишку. Край пересеченной кишки обрабатывают настойкой йода, а край желудка изолируют марлевой салфеткой и отводят влево. В ряде случаев, когда невозможно перевязать левую желудочную артерию без пересечения двенадцатиперстной кишки, допустимо применить обратный порядок, при котором сначала пересекают и обрабатывают культю двенадцатиперстной кишки, а затем перевязывают левую желудочную артерию. Существенным недостатком при этом является то, что «грязные» этапы операции предшествуют «чистым», что может быть причиной нарушения асептики. При ручном способе укрытия культи двенадцатиперстной кишки используют двухрядный шов, при котором первый ряд накладывают с помощью обвивного кетгутового или, как это делается в нашей клинике, обвивного шелкового шва.

Отступя от зажима вниз 1,5-2 см, а по передней стенке 2 см, накладывают шелковый кисетный шов. Затем зажим с культи снимают и кишку туго затягивают обвивным швом. После обработки культи йодом ее погружают в кисетный шов. Более надежным способом ушивания культи двенадцатиперстной кишки, особенно при широкой культю, является наложение двух полукисетных швов на кишку, ушитую непрерывным швом. Дополнительно кишку ушивают узловыми швами и укрывают капсулой поджелудочной железы. Наиболее распространенным следует считать ушивание культи двенадцатиперстной кишки аппаратом УКЛ-60 или УКЛ-40. После прошивания кишки линию скрепочного шва погружают с помощью двух полукисетных швов с дополнительной перитонизацией капсулой поджелудочной железы. Этот способ более надежно укрывает культю и сокращает время операции. После этого приступают к резекции желудка, для чего малую кривизну скелетируют от уровня пищевода в сторону желудка на протяжении 4-6 см. Целостность брюшинного покрова у пищевода восстанавливают несколькими серо-серозными швами.

Далее описываем наиболее распространенную и принятую операцию Бильрот II, которая более, чем все другие методики резекции желудка, выдержала испытание временем. На желудок накладывают зажим, начиная от места впадения пищевода в желудок по направлению к нижнему полюсу селезенки. На уходящую часть желудка накладывают общий зажим, после чего желудок отгораживают от брюшной полости марлевыми салфетками. Производят отсечение и удаление препарата. Край обреза обрабатывают йодной настойкой. На оставшуюся часть желудка ближе к пищеводу накладывают либо непрерывный обвивной, либо матрацный гемостатический шов так, чтобы не сузить просвет пищевода. Второй ряд серозно-мышечных швов накладывают, перитонизируя непрерывный. Подготовленную ранее для анастомоза петлю тонкой кишки подшивают отдельными серо-серозными швами к задней стенке желудка по линии предполагаемого анастомоза, отступя от нее на 0,5 см. Вскрывают просвет кишки и на заднюю стенку желудка и тонкой кишки накладывают непрерывный обвивной кетгутовый шов, который затем переходит и на переднюю стенку. В ряде случаев целесообразно начинать этот шов с середины и заканчивать его на передней стенке – также на середине анастомоза. После завершения непрерывного шва накладывают второй ряд узловых серо-серозных швов на переднюю стенку. При проверке анастомоз должен свободно пропускать концы пальца. Операция заканчивается фиксацией оставшейся части желудка в окне брыжейки поперечной ободочной кишки отдельными узловыми швами.

Перед зашиванием брюшную полость следует осушить, особенно тщательно – оба латеральных канала в области селезенки и поддиафрагмального пространства, где довольно часто оказываются сгустки крови. Брюшную полость ушивают наглухо.

В тех случаях, когда приходится оперировать худого и истощенного больного и проводить ему большую комбинированную операцию с удалением или резекцией одного или нескольких органов в верхнем этаже брюшной полости, после операции остается значительная полость, которая в первые послеоперационные дни заполнена воздухом, а в последующем – экссудатом. В этих случаях органы медленно заполняют образованное после операции пространство и могут возникнуть условия для развития абсцесса. Предвидя такую возможность, необходимо через дренаж, введенный в эту полость, осуществлять активную аспирацию остаточного воздуха в первые 2 дня с помощью вакуумного аппарата, что способствует быстрой ликвидации указанного феномена.

При создании анастомоза по типу Бильрот I не следует чрезмерно мобилизовывать двенадцатиперстную кишку, так как; это приводит к нарушению её питания. Анастомоз между оставшейся частью желудка и двенадцатиперстной кишкой осуществляется с помощью двурядного шва по типу конец в конец. В ряде случаев целесообразно использовать растягивающий непрерывный шов по Н. Н. Блохину (см. описание гастрэктомии). Касаясь сравнительной оценки различных типов желудочно-кишечных анастомозов, следует отметить, что первый метод Бильрота более физиологичен. Он сохраняет пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке и, тем самым, не нарушает нормальный процесс пищеварения. Однако этот метод при операциях по поводу рака желудка допустимо применять только в тех случаях, когда не нарушаются правила абластики и остается большая часть желудка по большой кривизне, позволяющая без натяжения соединить ее с двенадцатиперстной кишкой. Какие-либо приемы мобилизации двенадцатиперстной кишки для подтягивания ее к желудку недопустимы. Лишняя травма забрюшинных лимфатических путей при этом способствует диссеминации опухолевого процесса. Опыт показывает, что примерно у 1/4 больных раком желудка субтотальную резекцию можно выполнять по методу Бильрот I. Ставить перед собой цель обязательно выполнить операцию по Бильрот I хирург не должен, так как операция по Бильрот II, выполненная по всем правилам, также приводит к хорошим функциональным результатам и почти не дает осложнений в виде демпинг-синдрома и др.

Гастрэктомия

Гастрэктомия – это полное удаление желудка. Подтверждением полноты проведенной операции служат результаты гистологического исследования: наличие плоскоклеточного эпителия пищевода по линии верхнего разреза и кишечного – по линии нижнего разреза (рис. 47). Гастрэктомия чрезбрюшинным доступом производится при поражении тела, субкардиального отдела желудка, при тотальном поражении желудка без перехода на пищевод. При распространении опухоли на пищевод операция выполняется трансторакальным доступом. Больного укладывают в такое же положение, как и при проксимальной резекции (см. стр. 290). Разрез в седьмом или восьмом межреберье слева продолжают на переднюю брюшную стенку с пересечением реберных хрящей. Этот доступ обеспечивает возможность ревизии органов брюшной полости и манипуляции в ней.

При чрезбрюшинной гастрэктомии больной лежит на операционном столе, на спине, с валиком на уровне мечевидного отростка. Доступ – верхнесрединная лапаротомия, которая продолжается слева, обходя пупок. В ряде случаев показаны рассечение или резекция мечевидного отростка. По вскрытии брюшной полости производят тщательную ревизию органов брюшной полости и при отсутствии признаков иноперабельности выполняют радикальную операцию. Подготовительные этапы к гастрэктомии не отличаются от таковых при субтотальной резекции, описанной выше. Мобилизация желудка производится так же, как и при субтотальной резекции. После этого пересекают короткие желудочные артерии ближе к паренхиме селезенки.

В ряде случаев гастрэктомию целесообразно начинать с мобилизации левой доли печени путем пересечения левой венечной связки и выделения пищевода. Левую желудочную

артерию перевязывают у места отхождения ее от чревной. После окончания мобилизации и пересечения всех связок желудка петлю, тощей кишки проводят через окно брыжейки поперечно-ободочной кишки для анастомоза с пищеводом. Пересекают двенадцатиперстную кишку, ушивают ее по одному из описанных выше способов. В ряде случаев прибегают к обратному порядку: сначала пересекают двенадцатиперстную кишку, отсекая от нее желудок, и после перитонизации культи приступают к перевязке левой желудочной артерии.

Самым сложным и ответственным моментом гастрэктомии является наложение анастомоза с пищеводом. В настоящее время к методу формирования анастомоза предъявляются требования не только надежности швов, но и обеспечения в отдаленные сроки хорошей функции замыкания взамен удаленной кардии. Среди многочисленных методов соединения пищевода с кишкой, предложенных на протяжении столетней истории изучения гастрэктомии, более всего отвечает современным требованиям инвагинационный анастомоз, предложенный Ф. Ф. Березкиным и усовершенствованный К. Н. Цацианиди в клинике, руководимой В. И. Казанским (рис. 48). Занимаясь сравнительной оценкой различных пищеводно-кишечных анастомозов эксперименте и клинике и имея опыт около 1000 таких операций на протяжении 20 лет, наша клиника пока не изменила своего мнения: любой тип пищеводно-кишечного анастомоза не гарантирует от развития недостаточности швов, рефлюкс-эзофагита и рубцового сужения. Однако инвагинационный метод дает минимальное число подобных осложнений. Увлечение сшивающими аппаратами ПКС и НЖКА в настоящее время прошло.

Опыт Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР, основанный на изучении результатов около 200 таких операций, показал, что этот тип анастомоза снижает число осложнений в ближайшие дни после операции, но дает целый ряд серьезных осложнений в отдаленные сроки, вследствие чего нередко требуются повторные операции. Анастомозы (вертикальные и горизонтальные) двухрядным швом в различных модификациях дают максимальный процент недостаточности швов. Меньший процент осложнений при инвагинационном пищеводно-кишечном анастомозе объясняется тем, что при нем первый ряд швов через все слои значительно отдален (на 2-3 см) от второго ряда погружных швов и плоскость соприкосновения мышечной стенки пищевода с серозой кишки очень большая, что предохраняет от развития инфекции в зоне и вокруг анастомоза и обеспечивает максимальную регенерацию. Погруженный в просвет кишки анастомоз по типу конец в конец создает мощную складку, препятствующую забрасыванию кишечного содержимого в пищевод, как в чернильнице-«непроливашке».

Мы не приводим материал нашей клиники из-за недостатка места. Ограничимся лишь общими рекомендациями, основанными на многолетнем коллективном опыте. Желающим ознакомиться подробно с этими вопросами рекомендуем вышедшие из нашей клиники работы Б. Е. Петерсона (1972), Л. Е. Денисова (1967), В. И. Плотникова (1968), В. П. Летягина (1969), Ю. К. Морхова (1973), В. П. Кулаевской (1975). Перед наложением анастомоза необходимо оценить, достаточно ли мобилизован пищевод. Оба блуждающих нерва у стенки пищевода должны быть пересечены как можно выше. Если брюшной отдел пищевода короткий или отмечена высокая опухолевая инфильтрация пищевода, возникает необходимость мобилизации пищевода по Савиных. Для этого мобилизуют левую долю печени путем пересечения печеночно-диафрагмальной связки и перемещают ее вправо. Пересекают ножки диафрагмы и впереди от пищевода производят сагиттальную диафрагмотомию. Диафрагма смещается вверх, и обнажается нижнегрудной отдел пищевода. Для анастомоза с пищеводом петлю тощей кишки освобождают от брыжейки на расстоянии 3-4 см и проводят позади поперечно-ободочной кишки. Эта часть кишки будет участвовать в инвагинации будущего анастомоза. Мобилизовывать брыжейку от кишки необходимо для того, чтобы она своей массой не сдавливала анастомоз. Кишка, лишенная брыжейки на таком протяжении существенно не страдает от нарушения кровообращения. Кишку пересекают между двумя зажимами. Затем накладывают два длинных шелковых шва между кишкой и пищеводом на задней стенке, отступя от края кишки и линии предполагаемого пересечения пищевода на 2-3 см. Эти швы завязывают после анастомозирования пищевода с кишкой конец в конец. С их

помощью осуществляется инвагинация задней стенки анастомоза. После этого послонно пересекают пищевод: сначала мышечную, а затем слизистую оболочку, отступя от наложенных инвагинационных швов на 2-3 см. Накладывать зажим на пищевод нецелесообразно, так как он травмирует рыхлую ткань пищевода. Зонд, введенный до операции в пищевод, гарантирует от затекания содержимого пищевода в рану.

Далее сшивают узловыми шелковыми швами заднюю стенку пищевода и кишки через все слои. Таких швов обычно бывает 5-6. Крайние швы вдевают в длинную режущую иглу, которую проводят в просвет кишки и выкалывают на ее передней стенке, на расстоянии 8-10 см от линии предполагаемого анастомоза. Это так называемые швы-держалки, потягивая за которые в последующем можно будет осуществлять инвагинацию анастомоза в кишку. Для погружения необходимо выделить 2-3 см пищевода. Более высокое выделение стенки пищевода может нарушить кровоснабжение его в области анастомоза. Далее накладывают ряд узловых шелковых швов на переднюю стенку пищевода и кишки через все слои (в количестве 5-6) после чего однорядный пищеводно-кишечный анастомоз должен быть погружен в кишку так, чтобы был укрыт весь выделенный отдел пищевода. Это создает максимальные условия сохранения кровообращения и регенерации.

Рис. 49. Анастомоз по Блохину.

После этого приступают к инвагинации. Потягивая за конец нитей-держалок, кишку надвигают на пищевод и завязывают два первых шва, наложенных ранее на заднюю стенку. Далее накладывают аналогичные швы на боковые и переднюю стенку анастомоза. Швы следует накладывать в косом направлении с захватом продольного и циркулярного мышечных слоев пищевода. Формируют межкишечный анастомоз по Ру и анастомозированную с пищеводом петлю тонкой кишки фиксируют отдельными узловыми швами в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки на уровне межкишечного анастомоза в косом направлении.

В ряде случаев после гастрэктомии возможно формирование прямого эзофагодуоденоанастомоза по способу Н. Н. Блохина (рис. 49). Этот анастомоз показан у больных, у которых имеются анатомические условия, позволяющие без натяжения сшить пищевод с двенадцатиперстной кишкой конец в конец. Для этого после удаления препарата на заднюю стенку пищевода и двенадцатиперстной кишки накладывают непрерывный растягивающий серозно-мышечный шов, который начинается на пищеводе и заканчивается на кишке. Затем накладывают непрерывный кетгутовый обвивной шов на заднюю и переднюю стенки пищевода и кишки. На переднюю стенку кишки и пищевода накладывают второй непрерывный серозно-мышечный растягивающий шов, который начинается теперь на кишке и заканчивается на пищеводе. Потягивая за концы каждого из швов, растягивают анастомоз, а затем связывают правые и левые концы между собой. Анастомоз закончен. При необходимости накладывают несколько подкрепляющих серозно-мышечных узловых швов. Применять при гастрэктомии пластическое замещение желудка тонкой или толстой кишкой по методу Куприянова-Захарова нецелесообразно, так как это значительно усложняет и без того тяжелое оперативное вмешательство у онкологического больного и дает целый ряд осложнений в послеоперационном периоде. При правильно выполненной гастрэктомии с эзофагодуоденоанастомозом симптомы агастральной астении у онкологических больных почти не наблюдаются.

Экстирпация резецированного желудка

При раке резецированного желудка выбор оперативного доступа диктуется теми же соображениями, что и при раке неоперированного желудка. Применяются два основных доступа: чреобрюшинный, который показан при опухолях без перехода на абдоминальный отдел пищевода, и комбинированный, который начинается с лапаротомии, ревизии, мобилизации остатка резецированного желудка с анастомозом и пищевода. Затем выполняют торакотомию, мобилизацию нижнегрудного отдела пищевода, удаляют препарат и формируют пищеводно-кишечный анастомоз. Чисто чреслевральный доступ при этих

операциях применяется редко из-за трудности выяснения операбельности в связи с тяжелым спаечным процессом. В ряде случаев при чрезбрюшинном доступе и переходе опухоли на пищевод операция может быть выполнена по Савиных.

После вскрытия брюшной полости оперирующий хирург сразу же сталкивается со значительными трудностями, так как обширные рубцовые сращения париетальной брюшины с сальником, поперечной кишкой и печенью создают условия, при которых проникновение в свободную брюшную полость сопряжено с определенными сложностями, а иногда и с опасностью. Чтобы предотвратить повреждение полого органа и возникновение кровотечения, не следует вскрывать брюшину там, где она наиболее рубцово изменена. С этой целью после рассечения кожи ее отсепаровывают в стороны, обнажают передний листок апоневроза прямых мышц живота, рассекают его в продольном направлении и тупо расслаивают мышцу. Манипулируя тугим тупфером, обнажают париетальную брюшину. После того как обнаружен участок брюшины, свободный от сращений, вскрывают брюшную полость. Далее тупым путем частично отделяют припаянные петли кишок до тех пор, пока весь конгломерат не окажется отделенным со всех сторон от париетальной брюшины. Только после этого появляется возможность ревизии органов брюшной полости. При ревизии основное внимание нужно обратить на два момента: на распространенность опухолевого процесса (наличие метастазов и прорастания опухоли в окружающие органы) и на технические детали первой операции.

Повторные операции на желудке, после резекции его, технически очень сложны. Это связано не только с распространенностью опухолевого поражения, вовлечением в опухолевый процесс соседних с желудком органов и тканей, но и с особенностями и типом предшествующего оперативного вмешательства.

Например, при наличии позадиободочного анастомоза на короткой петле после экстирпации остатка резецированного желудка остается небольшой участок приводящей петли, который в дальнейшем используется для формирования межкишечного анастомоза. В ряде случаев в связи с недостаточной длиной его приходится рассекать париетальную брюшину и мобилизовать нижнегоризонтальную часть двенадцатиперстной кишки. При выделении желудочно-кишечного анастомоза, фиксированного в окне мезоколон, могут быть повреждены сосуды брыжейки поперечно-ободочной кишки с нарушением ее питания, вследствие чего хирург вынужден производить резекцию поперечно-ободочной кишки. При впередиободочном анастомозе такая опасность встречается реже. Выделение анастомоза из спаек – ответственный момент, требующий от хирурга предельной осторожности. Лучше всего манипулировать тупфером или пальцем, рассекая рыхлые сращения. Более плотные сращения необходимо пересекать, ни в коем случае не беря их на зажимы, отдельными порциями. Перевязывать нужно только кровоточащие сосуды. Целесообразно сохранить участок брыжейки шириной 2-3 см вдоль брыжеечного края кишки. После выделения анастомоза кишку осматривают и опускают. Вторично осматривают ее в конце операции, решая вопрос о достаточности кровоснабжения.

Следующий этап операции – мобилизация остатка резецированного желудка по большой и малой кривизне. При наличии узлов в области ворот селезенки целесообразно производить спленэктомию единым блоком с желудком. Довольно часто при мобилизации желудка по большой кривизне травмируют селезенку, что требует ее удаления. Мобилизация желудка по малой кривизне осуществляется путем отсечения малого сальника от печени. Последним этапом является мобилизация пищевода. При раке без перехода на пищевод производят мобилизацию левой доли печени, рассекают переходную складку брюшины спереди от пищевода и отодвигают брюшину кверху по пищеводу, после чего становится хорошо видимым левый блуждающий нерв, который пересекают. На задней стенке отыскивают правый блуждающий нерв, который пересекают аналогичным образом. При переходе опухоли на пищевод возможно применение операции по методу Савиных. Можно также выполнить заключительный этап операции из трансторакального доступа. Анатомический тип роста опухоли диктует высоту пересечения пищевода. Конечный этап операции – формирование пищеводно-кишечного соустья – не отличается от такового при

гастрэктомии. Лучшим методом анастомоза следует считать инвагинационный по Березкину-Цацаниди. Межкишечный анастомоз, как правило, накладывается по Ру.

Субтотальная проксимальная резекция желудка

Эта операция производится при раке проксимального отдела желудка с локализацией опухоли в кардии и при отсутствии метастазов в лимфатических узлах желудочной ободочной связки по большой кривизне. Выполнить эту операцию можно при условии достаточно большого желудка, что позволяет отступить от края опухоли не менее чем на 4-5 см вниз и сформировать достаточной длины и ширины трубку из большой кривизны. Операция эта возможна только при условии удаления всей малой кривизны. Трубка из большой кривизны желудка (рис. 50) должна быть шириной 4-6 см и достаточной длины. Пересечение желудка поперек следует считать грубой онкологической ошибкой, так как при этом не удаляются главные лимфатические коллекторы.

Рис. 50. Схема субтотальной проксимальной резекции желудка.

С другой стороны, больших размеров культи желудка, особенно помещенная в плевральную полость, нередко создает стойкий парез, пилороспазм и ухудшает состояние больного, особенно в отдаленные сроки после операции. Узкая трубка, выкроенная из большой кривизны желудка, функционирует хорошо и не дает описанных выше осложнений. При изучении отдаленных результатов у оперированных больных, мы ни разу не обнаружили рецидив рака в культе желудка или пилороспазм.

Положение больного на операционном столе при выполнении операции трансторакальным доступом на правом боку, на валике, который должен быть подложен на уровне пересечения средней подмышечной линии слева с межреберьем, по которому планируется торакотомия. В зависимости от уровня поражения пищевода производят торакотомию в восьмом, седьмом или шестом межреберье слева от реберной дуги до паравертебральной линии. Во время торакотомии следует помнить о возможности повреждения межреберных сосудов, поэтому в заднем углу раны мышцы отслаивают тупо почти до шеек ребер. Это позволяет достаточно широко раскрыть грудную клетку и избежать перелома ребер. После введения ранорасширителя производят ревизию органов грудной полости, расслаивают легочно-диафрагмальную связку, выделяют пищевод из средостения, оставляя сохранными оба листка связки, которые будут необходимы для укрытия анастомоза. Затем пищевод берут на держалку. Производят диафрагмотомию в направлении от пищеводного отверстия до переднего угла операционной раны с пересечением диафрагмального конца. Чресплевральный доступ позволяет достаточно широко произвести осмотр брюшной полости вплоть до ревизии органов малого таза. При отсутствии признаков иноперабельности приступают к мобилизации желудка, начиная с большой кривизны и дна, перевязывая ветви коротких желудочных артерий, левую желудочно-сальниковую артерию. При этом необходимо оставить правую половину сальника с расположенной там правой желудочно-сальниковой артерией, за счет которой в последующем будет осуществляться кровоснабжение культи желудка. Левую желудочную артерию пересекают и перевязывают в желудочно-поджелудочной связке у места отхождения ее от чревной

После мобилизации желудка пересекают оба блуждающих нерва и производят резекцию желудка на 4-5 см ниже макроскопически определяемой границы опухоли. При этом удаляют всю малую кривизну. Из большой кривизны формируют трубку (путем прошивания ее аппаратом УКЛ-60) шириной 4-6 см, имеющую вид конуса, суживающегося в проксимальном направлении. В последующем линию скрепочного шва укрывают узловыми серозными швами. Далее циркулярно и послойно рассекают сначала мышечную оболочку, а затем слизистую оболочку пищевода и накладывают анастомоз между пищеводом и культей желудка конец в конец, аналогично тому, как это выполнялось при формировании пищеводно-кишечного анастомоза. Пищевод следует пересекать на расстоянии не менее 5-6 см от макроскопически определяемой границы опухоли, а где возможно, – на расстоянии 10 см. После формирования анастомоза приступают к ушиванию диафрагмы, заканчивая подшиванием ее к культе желудка ниже анастомоза, чтобы был

запас тканей под анастомозом. В противном случае при восстановлении дыхательных движений диафрагмы произойдет натяжение и прорезывание швов. Анастомоз с пищеводом дополнительно укрывают, сшивая листки легочно-диафрагмальной связки. В плевральной полости оставляют резиновые дренажи, которые выводят через межреберье и фиксируют шелковыми швами к коже. Послойным ушиванием раны грудной стенки заканчивают оперативное вмешательство.

В ряде случаев, когда невозможно сформировать пищеводно-желудочный анастомоз ручным способом (при наложении его под или за дугой аорты) или при необходимости срочно закончить операцию из-за возникших на операционном столе осложнений, целесообразно накладывать анастомоз аппаратом ПКС-25.

При локализации опухоли в области кардии без перехода на пищевод проксимальную резекцию желудка можно выполнять чрезбрюшинным доступом с соблюдением всех принципов и особенностей, описанных выше. Положение больного на операционном столе – на спине, на валике, расположенном на уровне мечевидного отростка. Оптимальный доступ – верхне-срединный разрез мечевидного отростка до пупка, который обходят слева. Важным моментом ревизии, которая производится аналогично предыдущим операциям, является определение уровня поражения пищевода опухолевым процессом. В случае перехода опухоли на пищевод возникает необходимость в сагиттальной диафрагмотомии и крурортомии по Савиных, что позволяет выделить пищевод из средостения на значительном протяжении и произвести резекцию его в пределах здоровых тканей. Последующие этапы оперативного вмешательства при этой операции не отличаются от таковых при чрезплевральном доступе.

Комбинированный доступ, который начинается с лапаротомии, ревизии, мобилизации желудка, а затем торакотомии для формирования анастомоза, дает худшие результаты как более травматичный. Этот доступ менее всего оправдан. При нем мы получили самую высокую летальность после операции. Хирург обязан до операции, используя все диагностические средства, выбрать оптимальный доступ, не прибегая к комбинированному.

В случае более обширного опухолевого поражения проксимального отдела желудка, с переходом на пищевод, что определяется во время торакотомии, а тем более при инфильтративных опухолях показана гастрэктомия. При этом разрез спереди продолжают на переднюю брюшную стенку с пересечением реберной дуги. Такой широкий доступ позволяет свободно манипулировать в брюшной полости, в частности легко мобилизовать тонкую кишку для высокого анастомоза с пищеводом. Дальнейшие этапы операции не отличаются от таковых при чрезбрюшинной гастрэктомии и проксимальной резекции. В отличие от чрезбрюшинной гастрэктомии петлю тонкой кишки для анастомоза берут на значительном расстоянии от трейцевой связки (25-35 см), так как анастомоз располагается достаточно высоко – в плевральной полости. При инфильтративных опухолях, когда очень трудно определить уровень опухолевой инфильтрации пищевода, необходимо отсекают последний достаточно высоко – на 8-10 см от уровня прощупываемой границы опухоли. Пищеводно-кишечный анастомоз целесообразно накладывать по методике Березкина-Цацаниди.

Паллиативные операции

Эти операции разделяются на три основные группы: 1) паллиативные резекции желудка, 2) обходные анастомозы (гастроэнтероанастомоз, эзофагоэюноанастомоз, эзофагофундоанастомоз) и 3) питательные стомы (гастростомия, еюностомия).

Паллиативные резекции желудка позволяют удалить первичную опухоль и избавить больного от самой опухоли и ее осложнений. Дистальная паллиативная резекция применяется нередко. **Паллиативная гастрэктомия и проксимальная резекция применяться не должны** как операции с повышенным риском.

Хирургическая техника паллиативной резекции такая же, как при радикальном оперативном вмешательстве. Как правило, выполняют резекции $\frac{2}{3}$ желудка, а иногда и

меньшего объема. В случае невозможности паллиативной резекции при стенозирующем раке выходного отдела желудка следует произвести гастроэнтероанастомоз. Чаще всего применяются два типа этой операции: впередиободочный гастроэнтероанастомоз на длинной петле с брауновским межкишечным соустьем, который накладывают на переднюю, свободную от опухоли стенку желудка, и позадиободочный – на заднюю, свободную от опухоли стенку желудка, без межкишечного анастомоза. При раке проксимального отдела желудка с дисфагией возможно применение гастростомии. Еюностомия по Майдлю показана в случае тяжелой непроходимости пищевода и кардии и особенно при раке резецированного желудка, когда нет свободной от опухоли стенки желудка для наложения гастростомы. При этой операции производят верхнесрединную лапаротомию. Отступя 25-30 см от трыщевой связки, выбирают петлю тонкой кишки с таким расчетом, чтобы можно было бы провести ее в подкожном туннеле, расположенном на 10-12 см выше реберной дуги слева. Петлю на предполагаемом уровне пересекают и проводят под кожей на 10-12 см выше реберной дуги, а затем через дополнительный разрез выводят и фиксируют к коже узловыми швами. Непрерывность пищеварительного тракта восстанавливается межкишечным анастомозом по Ру. Выведенный на кожу грудной стенки конец **тонкой** кишки можно прижать пелотом, бандажом, что препятствует вытеканию кишечного содержимого и мацерации кожи.

Послеоперационный период. Послеоперационное ведение больных – чрезвычайно важный этап лечения, от которого зависит предупреждение развития целого ряда осложнений. У большинства больных раком желудка имеются нарушения водно-солевого, белкового и других видов обмена. Более половины больных – это лица в возрасте 60 лет и старше с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени (почти у 80% больных). Тяжесть послеоперационного течения определяется совокупностью факторов, которые зависят от характера и объема оперативного вмешательства, стадии опухолевого процесса, возраста и состояния больного, от наличия различного рода сопутствующих заболеваний. В связи с этим задачами послеоперационного периода являются: 1) достаточное обезболивание, особенно в первые послеоперационные сутки, которое предупреждает развитие болевого шока и способствует быстрому восстановлению нормальных функций органов и систем; 2) профилактика и лечение осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем; 3) полноценное парентеральное питание, корригирующее нарушение белкового и минерального обмена и способствующее улучшению регенерационных способностей оперированных тканей; 4) профилактика тромбозов.

Значительное место в комплексе обезболивающих мероприятий занимает перидуральная анестезия, разработанная в Институте экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР.

Достаточно широко в послеоперационном периоде применяют лечебный наркоз по методике Петровского и Ефуни, препараты опия и их синтетические заменители в комбинации с препаратами фенотиазинового ряда. Важным моментом послеоперационного периода, особенно у больных, оперированных трансторакальным доступом, является активная аспирация плеврального содержимого с помощью отсасывающего устройства, что способствует раннему расправлению легкого и устраняет необходимость плевральной пункции. Помимо этого, постоянный дренаж позволяет до некоторой степени контролировать степень и интенсивность геморрагии и служит контролем заживления анастомоза. В случае возникновения недостаточности швов анастомоза с пищеводом образуется свищ, по которому дренируется содержимое из дефекта в анастомозе, в результате чего воспалительный процесс в окружающих тканях становится локализованным.

Отсутствие болевого синдрома позволяет вести больного довольно активно. На следующий день после операции больного рекомендуется посадить в постели, а на 7-8-е сутки – поставить на ноги.

На фоне операционной травмы фактор голодания служит причиной плохой резистентности организма к инфекции, плохой репарации и вообще угнетения всех жизненно важных функций организма. Поэтому очень важно обеспечить рациональное полноценное

парентеральное питание с учетом и коррекцией нарушенного белкового, углеводного, жирового и минерального обмена. Это позволяет повысить активность регенерационных процессов, определяющих в конечном итоге возможность заживления анастомоза.

Для парентерального питания применяют с успехом аминокислоты (10% раствор), который представляет собой смесь жизненно важных аминокислот, в комбинации с глицином, аргинином, аскорбиновой и никотиновой кислотами, сорбитом. Используют также интралипид (10-20% раствор), содержащий в своем составе фракционированное соевое масло, лецитин яичного желтка, глицерол и стерильную воду. Этот препарат обладает чрезвычайно высокой калорийностью: 500 мл его содержат 2000 кал. Оба этих препарата вводят внутривенно 1 раз в сутки со скоростью 30-40 капель в минуту (А. В. Суджян)¹.

Питание через рот назначается больному в зависимости от типа операции, течения послеоперационного периода, наличия или отсутствия различного рода осложнений. Одним из объективных показателей, косвенно указывающих на динамику заживления в анастомозе, является формула крови наряду с клиническими данными. Мы рекомендуем ежедневный контроль за формулой крови. Как правило, к 3-4-му дню после операции отмечается улучшение показателей периферической крови, которое выражается в снижении лейкоцитоза, уменьшении сдвига влево, появлении эозинофилов и снижении СОЭ. После этого больному назначают «пробное питье». После тщательного туалета полости рта дают слабый раствор марганцовокислого калия, обладающего дезинфицирующим свойством, начиная с 2-3 глотков. В течение этих суток больному предлагают выпить 1-2 стакана воды. На следующий день после улучшения картины крови ему разрешают выпить 400-500 мл воды и со следующих суток назначают стол I АХ (1А хирургический) – бульон, кисель, кефир. В последующем диету расширяют. После субтотальной резекции желудка мы назначаем «пробное питье» на 2-е сутки после операции, постепенно расширяя диету. После гастрэктомии и проксимальной резекции желудка «пробное питье» начинают на 3-й сутки, а к 4-5-м суткам переводят на стол I АХ. На 3-й сутки после того как больной начинает пить, из брюшной или плевральной полости удаляют резиновый дренаж. В случае ухудшения общего состояния, появления болей в области операции, ухудшения показателей крови, выражающегося в увеличении лейкоцитоза, нарастании сдвига влево, необходимо воздержаться от расширения диеты. Эти изменения могут свидетельствовать о воспалительном процессе в зоне анастомоза. Поэтому в течение некоторого времени больной должен находиться на парентеральном питании.

Послеоперационная летальность значительно снизилась в последние годы. Так, по данным А. С. Лурье (1974), общая послеоперационная летальность составляет 13,7%, после дистальных резекций по Бильрот II – 7,1 %, по Бильрот I – 1,3%, после резекции кардии пищевода – 20,9%, после чрезбрюшинных гастрэктомий – 12,9% и чрезплевральных – 26,2%. По сводной статистике, на 4657 гастрэктомий летальность составила 15,2%, а на 2645 проксимальных резекций – 14,7% (В. С. Маят, Ю. М. Панцырев, Ю. В. Дульцев, В. П. Белов, 1967). По данным Б. Е. Петерсона (1972), общая послеоперационная летальность после проксимальной резекции желудка и гастрэктомии составила 20,2%. Основной причиной смерти в послеоперационном периоде следует считать недостаточность швов анастомоза

Недостаточность швов пищеводно-кишечного и желудочного анастомозов встречается у 26,8-31,7% больных и является самым частым послеоперационным осложнением после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка, приводящим к развитию перитонита и эмпиемы плевры с летальным исходом (Б. Е. Петерсон, 1972; А. И. Саенко, 1973). Недостаточность швов желудочно-кишечного анастомоза после субтотальной дистальной резекции – явление нечастое. Главной причиной развития недостаточности швов анастомоза следует считать дефекты оперативной техники. Факторы, снижающие регенераторные способности тканей, также способствуют возникновению этого осложнения.

¹ При отсутствии аминокислоты и интралипида для парентерального кормления больных можно применять питательную смесь, содержащую на 1 кг массы больного: глюкозы в виде 14% раствора 2 г, 96° спирта 1,5—2 мл, гидролизата белка 25 мл (25 ккал/кг). Основная часть спирта вводится в гидролизаты белка из расчета 6 мл на 100 мл гидролизата белка, обязательно добавление витаминов С и В.

Поэтому у пожилых и ослабленных больных это осложнение встречается чаще. Недостаточность швов анастомоза развивается обычно в ранние сроки, в первые 4-7 дней после операции и значительно реже в более поздние сроки – на 15-20-й день. Ранняя недостаточность всегда более опасна. В картине крови преобладает лейкоцитоз с резким сдвигом влево, анэозинофилия. По дренажу выделяется кишечное или желудочное содержимое, развивается картина перитонита или медиастинита. Лечебная тактика в таких случаях должна быть последовательной и консервативной. Прежде всего, мы прибегаем к раннему рентгенологическому исследованию анастомоза – на 6-7-е сутки после операции. Это позволяет получить точные сведения о состоянии анастомоза и характере осложнений; локализации дефекта в анастомозе, глубине контрастного вещества за пределами анастомоза. Ранняя диагностика этого осложнения дает возможность в последующем излечить некоторых больных.

Прогноз гораздо лучше, если недостаточность ограничена и нет затеков. При наличии затеков повторная операция показана только тогда, когда необходимо вскрыть затеки с гнойным содержимым. В последние годы в лечении недостаточности швов анастомоза с пищеводом нами применяется фиброзофагоскопия (Б. К. Поддубный) для диагностики локализации дефекта, его размеров, а также для аспирации содержимого из затеков через дефект в анастомозе и систематического промывания полостей различными лекарственными средствами. Эти мероприятия и консервативная терапия дают надежду на излечение от тяжелейшего осложнения. Консервативная терапия в этих случаях состоит из парентерального питания, включающего в себя растворы электролитов и глюкозы до 2000 мл, переливания свежей крови и кровезамещающих жидкостей и, конечно, растворов аминокислот – (10%) и интралипида (10-20%) по 500 мл. Некоторые наши больные находились в течение 30-45 дней только на парентеральном питании. У больных, которые не переносят длительного парентерального питания, можно осуществлять питание обычным способом, с содержанием значительного количества обволакивающих средств, но обязательно в положении лежа, причем дефект в анастомозе должен быть вверху. При этом обязательно через день производить отсасывание содержимого из затеков с помощью фиброзофагоскопа. Применение подобной тактики позволило нам вылечить 20 больных среди 33 наблюдавшихся за последние 4 года (В. П. Кулаевская, 1975).

Причиной перитонита после дистальных резекций желудка может быть недостаточность швов желудочно-кишечного анастомоза (12,3%), культи двенадцатиперстной кишки (17,8%), межкишечного анастомоза (1,7%) и т. д., что связано с техническими погрешностями во время операции, истощением, гипопроотеинемией и т. д. Клиническая симптоматика – это картина перфорации полого органа, причем выраженность ее зависит от размеров дефекта и степени выраженности перитонеальных явлений (Ю. Я. Крюк, 1973).

Среди гнойных осложнений, не связанных с нарушением герметичности швов анастомоза, наиболее тяжелыми следует считать поддиафрагмальные абсцессы и перитонит. Основной причиной развития поддиафрагмального абсцесса следует считать нагноение сгустков крови, скопляющейся под диафрагмой и между кишечными петлями в результате инфицирования во время операции из раны и из вскрытых лимфатических путей при инфицированной опухоли. Для предупреждения этого осложнения необходимо провести тщательную ревизию брюшной полости после операции и удалить все сгустки крови. В связи с тем, что большинство больных в послеоперационном периоде получают массивную антибиотикотерапию, клинические симптомы поддиафрагмального абсцесса неявные, стерты, поэтому от врача требуется особое внимание в отношении этой категории онкологических больных.

При выявлении поддиафрагмального, межкишечного и других абсцессов показано оперативное вмешательство с дренированием и тампонадой полости гнояника. При отсутствии адекватного лечения все гнойные осложнения приводят к развитию ограниченного, а затем и разлитого перитонита. Перитонит является абсолютным показанием к повторной операции, цель которой – отграничить патологический очаг от

свободной брюшной полости с последующим обязательным дренированием., При разлитом перитоните после установления причины его необходимо дренировать латеральные каналы, оставить микроиригаторы для последующего введения антибиотиков с учетом флоры, а в первые 24-48 ч целесообразно проведение перитонеального диализа.

Кроме того, к ранним послеоперационным осложнениям относится анастомозит, который возникает в основном из-за ошибок в технике наложения анастомоза (узкий анастомоз) и значительного отека тканей в послеоперационном периоде. При формировании анастомоза по Бильрот II, когда имеется несоответствие отверстий, образуется грубый гофрирующий шов с избыточным количеством тканей, которые вворачиваются в просвет и нарушают проходимость анастомоза. Применение противовоспалительной терапии с обязательной эвакуацией содержимого из желудка на фоне парентерального питания приводит к стиханию явлений анастомозита. Если в течение 10-14 дней не удастся ликвидировать анастомозит, необходима повторная операция. Это единственный шанс на спасение больного (А. Г. Земляной, 1973). При послеоперационном кровотечении, которое связано с недостаточным гемостазом, с поражением паренхиматозных органов (поджелудочная железа, печень, селезенка) или соскальзыванием лигатуры с сосуда, в зависимости от степени и интенсивности его применяется консервативное лечение или повторная операция, имеющая целью остановку массивного кровотечения.

Прогноз и отдаленные результаты лечения. Все оперированные больные подлежат диспансерному наблюдению, так как у ряда пациентов после оперативного лечения появляется целый ряд расстройств. После гастрэктомии и проксимальной резекции желудка чаще всего наблюдаются рефлюкс-эзофагит, рубцовое сужение и рецидив рака в анастомозе. Клинические проявления этих состояний чрезвычайно схожи, поэтому большое значение в диагностике имеют рентгенологический и эндоскопический методы, которые позволяют не только поставить правильный диагноз, но в ряде случаев получить его морфологическое подтверждение. Анализируя материал нашей клиники, основанный более чем на 600 операциях, мы отметили рефлюкс-эзофагит у 37,7% больных, причем при формировании анастомоза аппаратом это осложнение возникало почти в 3 раза чаще. Рубцовое сужение анастомоза с пищеводом отмечено у 14,3%, рецидив рака в анастомозе с пищеводом – у 20,5%. Дисфагия является основным клиническим симптомом, характеризующим эти состояния. Правда, при рефлюкс-эзофагите она никогда не достигает такой выраженности, как при рецидиве рака или рубцовом сужении анастомоза, и всегда сопровождается симптомами, характеризующими воспалительное состояние слизистой оболочки пищевода: чувством жжения, болями с различной иррадиацией; эти симптомы значительно уменьшаются под влиянием противовоспалительного консервативного лечения и диеты.

Дисфагия при рубцовом сужении наступает через несколько недель после операции (реже через несколько месяцев) и прогрессирует более медленно.

При рецидиве рака в анастомозе с пищеводом дисфагия появляется после различного по длительности «светлого» промежутка, чаще через несколько месяцев (реже лет) после операции и носит упорный, прогрессирующий характер. Наряду с дисфагией появляются симптомы, указывающие на прогрессирование опухолевого процесса.

Незнание врачами широкой лечебной сети поздних осложнений со стороны пищеводных анастомозов (эзофагит и рубцовое сужение) приводит к тяжелым тактическим ошибкам. Часто рубцовый стеноз анастомоза принимается за рецидив рака, из-за чего неправильно и необоснованно отказывают больному в лечении, в то время как больные с рубцовым сужением поддаются консервативным и оперативным методам лечения. При рубцовом сужении крайних степеней показана реконструктивная операция (В. И. Плотников, 1969).

При изолированном рецидиве рака в анастомозе с пищеводом показана повторная операция – резекция пищеводно-кишечного или пищеводно-желудочного анастомоза (В. П. Летягин, 1970). При сочетании местного рецидива рака в анастомозе с метастазами показана комбинированная терапия (химиотерапия + лучевая), а в ряде случаев лекарственная терапия (5-фторурацил), что дает возможность избавить больного от дисфагии и связанных с ней

осложнений. Повторная операция по поводу изолированного рецидива у ряда больных позволяет получить хорошие отдаленные результаты.

У больных, оперированных ранее по поводу язвенной болезни, полипоза и рака, в отдаленные сроки после хирургического лечения может возникнуть рак резецированного желудка. Причиной может явиться предраково измененное состояние слизистой оболочки оставшейся части желудка, в частности наличие оставшихся мелких, впоследствии малигнизирующихся полипов, а также реализация одного из очагов первично-множественного рака. Наряду с этим развитие рецидива рака в резецированном желудке может быть следствием нерадикально проведенной операции. В случае разреза по опухоли рецидив в оставшейся части желудка возникает рано – в первые 2-3 года. Поздний рецидив рака, спустя 3-5 лет и более, может быть обусловлен реализацией одного из оставшихся внутривентрикулярных «пылевых» метастазов, а также врастанием перигастрального метастаза, оставшегося во время операции. Рецидив рака после дистальных резекций, по данным А. А. Клименкова (1963), составляет 17,3%. Основным методом лечения рака резецированного желудка является хирургический метод – экстирпация резецированного желудка (см. стр. 293).

К неонкологическим осложнениям относится, в частности, демпинг-синдром, связанный с быстрой эвакуацией пищи из желудка в тонкую кишку из-за выключения из пищеварения двенадцатиперстной кишки. У онкологических больных это осложнение встречается крайне редко и возникает чаще всего при очень широком анастомозе, приводящем к «молниеносному» опорожнению резецированного желудка в кишку. Правильно сформированное желудочно-кишечное соустье надежно гарантирует от развития этого осложнения.

Синдром приводящей петли, связанный со стенозом, перегибом приводящей петли, – одно из возможных осложнений после резекции желудка и гастрэктомии. Помимо этого, после гастрэктомии встречаются общие расстройства, выражающиеся в плохом общем состоянии, расстройстве стула, астении, похудании. Возможно, также появление железодефицитной или В-дефицитной анемии, что обусловлено удалением желудка.

Прогноз и отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка зависят от многих факторов, таких, как стадия процесса, форма роста и гистологическая структура опухоли, степень прорастания стенки желудка, наличие или отсутствие метастазов, локализация опухоли и объем оперативного вмешательства. Так, по данным А. С. Лурье (1968), пятилетняя выживаемость после субтотальной резекции по поводу дистального рака отмечена в 42,3% случаев, после проксимальной резекции – в 25,5%, после гастрэктомии – в 30,4%; (среди них после чрезбрюшинной – в 34,7%, а после чресплевральной – в 23,5% по отношению ко всем оперированным). По данным В. Г. Рябцова (1972), пятилетняя выживаемость после гастрэктомии наблюдалась в 19%, а после проксимальной резекции – в 26% случаев. По данным Б. Е. Петерсона (1972), пятилетняя выживаемость среди всех оперированных составила 22 %, а среди перенесших проксимальную резекцию – 31%.

По данным М. Ш. Ахметова (1971), у женщин при экзофитном раке пятилетняя выживаемость наблюдалась у 52,9% больных. При инфильтративном раке – 2,6 %. При экзофитном у мужчин – 40,7% и при инфильтративном – 9,7% соответственно. Локализация опухоли играет существенную роль в выживаемости больных. Как при инфильтративном, так и при экзофитном раке прогноз тем хуже, чем проксимальнее расположена опухоль. Однако эта тенденция выражена значительно более при инфильтративном раке. При распространении инфильтративного рака на тело и проксимальный отдел желудка ни один больной не дожил до 5 лет. Наиболее неблагоприятным является тотальный инфильтративный рак, при котором все больные погибали в течение года после операции. Глубина прорастания стенки желудка играет непосредственную роль в выживаемости больных. Пятилетняя выживаемость при инфильтративном раке слизистой оболочки и подслизистого слоя составляет 11,1%, а при экзофитном – 66,7 %, при инфильтративном раке мышечного слоя – 9,5%, при экзофитном – 59,3%, при поражении серозы – 4,6 и 39,6% соответственно. Метастазы значительно снижали выживаемость больных. При отдаленных

метастазах, как при инфильтративном, так и при экзофитном раке не было случаев пятилетнего выздоровления. При регионарных метастазах у больных с инфильтративным раком пятилетняя выживаемость составляла 1,3%, а с экзофитным раком – 42,9%. При аденокарциномах пятилетнее выздоровление отмечено при инфильтративном раке у 8,3%, при экзофитном – у 45,2%, при других гистологических формах – у 5,2 и 45,8 % соответственно.

Пятилетняя выживаемость среди больных инфильтративным раком III стадии была очень низкой – 3,1% при 35,5% среди больных экзофитным раком, среди больных во II стадии – 16,7 и 65%: соответственно, а среди больных в I стадии – 50 и 85,7% соответственно.

У больных инфильтративным раком наименее эффективными были проксимальная резекция и гастрэктомия – пятилетних выздоровлений нет; при экзофитном раке она составила 12,5 и 17,9% соответственно. После субтотальной и частичной резекции по поводу инфильтративного рака пятилетняя выживаемость составила 11,4% и 8,8% соответственно, а у больных с экзофитным раком – 50 и 62,5% соответственно.

При изучении отдаленных результатов лечения у 588 больных, радикально оперированных в Институте экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР, пятилетняя выживаемость составила 35,7%. При наличии метастазов в регионарные лимфатические узлы этот срок пережило 23%, а при отсутствии метастазов – 46,3%. При проращении опухоли серозы 5 лет прожило 24%, а без проращения ее – 48,7%, т. е. вдвое больше. При I и II стадиях пятилетняя выживаемость составила 51,5%, а при III стадии – только 15,6%. После гастрэктомии и проксимальной резекции желудка 5 лет прожило 23,5 %. Пятилетняя выживаемость после комбинированных операций составляет 20%. Наконец, отдаленные результаты повторных операций по поводу рака резецированного желудка и по поводу рецидива рака составили 23,8%. Как видно, по эффективности повторные операции не уступают первичной гастрэктомии (В. Н. Сагайдак, 1968).

Значительные различия в результатах хирургического лечения у различных авторов зависят не столько от методики лечения, принятой в лечебном учреждении, сколько от отбора больных для оперативного лечения. Опыт показывает, что там, где чаще оперируют пожилых людей и по строгим показаниям выполняют комбинированные операции при местно-распространенном раке, имеют относительно высокую послеоперационную летальность. При этом отдаленные результаты лучше.

Это связано с более медленными темпами прогрессирования рака у пожилых. У молодых – наоборот. Поэтому при сравнительно небольшой опухоли у молодого больного риск оперативного вмешательства минимальный, но отдаленные результаты значительно хуже.