

УДК 616.33-006.6-89
ББК Р569.433.2

В.Е. ВОЛКОВ, С.В. ВОЛКОВ

К ВОПРОСУ О ПОКАЗАНИЯХ И ВЫБОРЕ МЕТОДА ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Ключевые слова: рак желудка IV стадии, паллиативные операции, показания к гастрэктомии, масса тела, качество жизни пациентов.

Приведены результаты выполненных различных по объему паллиативных операций у 65 больных раком желудка IV стадии. Показаниями для выполнения паллиативной операции являлись массивные желудочные кровотечения или обтурация различных отделов желудка. Сроки жизни этой категории больных в большинстве случаев ограничиваются несколькими месяцами, реже – 1-2 годами. Выполнение гастростомии должно быть предельно ограничено и одновременно расширены показания к тотальной гастрэктомии, позволяющей устранить причину обтурации и кровотечения из опухоли желудка. При выполнении гастрэктомии формирование пищеводно-кишечного анастомоза может выполняться с помощью сшивающего аппарата (СПТУ, ЕЕА). Больные, перенесшие различные по объему оперативные вмешательства, нуждаются в улучшении качества их жизни, что достигается благодаря избавлению больного от боли, созданию возможности принимать пищу, улучшению обменных процессов, предупреждению быстрой потери массы тела за счет периодических внутривенных инфузий коллоидных и кристаллоидных растворов (в том числе свежзамороженной плазмы), сохранению психического статуса. Улучшение качества жизни большого контингента обреченных больных, перенесших различные по объему паллиативные оперативные вмешательства, следует считать важнейшей задачей практического здравоохранения.

Хирургическое лечение рака желудка неизбежно сталкивается с проблемой лечебной помощи тем больным, у которых опухоль оказывается нерезектабельной, позволяющей выполнять лишь паллиативное оперативное вмешательство. Вопрос о целесообразности выполнения различных по объему паллиативных операций является до настоящего времени нерешенным, а порой даже спорным, что подтверждается отсутствием конкретных показаний к выполнению того или иного вмешательства в конкретной ситуации [3, 4, 6]. По данным Е. Kotan с соавт. [5], частота паллиативных операций при раке желудка стадий IIIA, IIIB, IV стадии составляет среднем 42,6%, а непосредственно IV стадии – 14,4%. Эти данные подтверждают весьма высокий процент выполненных паллиативных операций при раке желудка.

Цель работы – уточнить показания к выполнению паллиативных операций у больных раком желудка IV стадии и дать клиническое обоснование выбора того или иного метода оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 65 больных раком желудка, которым были проведены паллиативные операции. Больные были в возрасте от 35 до 78 лет. Мужчин было 47, женщин – 18. Выполнялись различные по объему операции: гастростомия, гастроэнтеростомия, резекция желудка и др. Наряду с общеклиническими, клиническими и лабораторными исследованиями у больных до и после операции определяли массу тела с учетом изменения индекса Брока. Оценку качества жизни больных проводили по методике SF-36 Health Status Survey.

Результаты исследования и их обсуждение. Из 65 анализируемых нами больных объем оперативных вмешательств был следующий: гастростомия, еюностомия, формирование гастроэнтероанастомоза, резекция желудка по Бильрот-II, гастрэктомия, эзофагогастрэктомия, формирование эзофаго-еюноанастомоза (таблица).

Характер паллиативных операций у больных раком желудка

Операция	Количество	
	операций	умерших
Гастростомия	9	1
Еюностомия	9	-
Гастроэнтеростомия	21	1
Эзофагоеюноанастомоз	2	-
Резекция желудка	10	2
Гастрэктомия	14	2
Всего	65	6

Как видно из таблицы, из 65 паллиативных операций гастростомия была выполнена у 9 больных, из которых в раннем послеоперационном периоде умер 1 пациент. Все гастростомии были выполнены по способу Витцеля, как наиболее простому в техническом исполнении. Гастростомия позволяет лишь в некоторой степени поднять моральное состояние больного. Отрицательные стороны гастростомии в той или иной степени присущи еюностомии. Каждую из этих операций можно назвать «операцией отчаяния», или операцией «милосердия». Еюностомия была выполнена по методу Майдля у всех 9 больных с неоперабельным раком кардиального отдела желудка.

При неоперабельном раке дистального отдела желудка, осложненного обтурацией пилороантральной зоны, широкое распространение в клинической практике получила операция с формированием обходного анастомоза, в частности, гастроэнтеростомия. Если при лечении язвенной болезни гастроэнтеростомия до известной степени почти полностью утратила свою практическую значимость, то при раке желудка она применяется до настоящего времени.

Гастроэнтероанастомоз при раке желудка приносит в большинстве случаев облегчение больному, устраняя застой в полости желудка при обтурации привратниковой зоны и нормализуя моторно-эвакуаторную функцию этого органа. Следствием этого являются прекращение у больного мучительной рвоты, улучшение общего состояния, возможность приема пищи, некоторая временная стабилизация массы тела и улучшение психологического статуса.

В анализируемой нами группе паллиативных операций гастроэнтеростомия была произведена у 21 больного, из которых в раннем послеоперационном периоде умер один пациент. У всех больных гастроэнтеростомия выполнялась в двух вариантах – передней и задней. Более простым вариантом является формирование заднего гастроэнтероанастомоза, не требующего формирования межкишечного, брауновского, анастомоза. Весьма трудно определить влияние гастроэнтеростомии на состояние больного. Желание выздороветь, вера в абсолютную «радикальность» операции часто заставляют больного и его родственников несколько переоценивать истинный результат операции. Некоторые пациенты оценивают свое состояние как «хорошее» или «нормальное» даже за несколько недель, а иногда и дней до смерти. Побочные явления, как правило, связаны с нормализацией пассажа пищи, нарушение которого до операции больной рассматривал как основной симптом заболевания. Поскольку такая оценка встречается не так уж редко, главный фактор оценки операции – выживаемость – при выполненной паллиативной операции обычно рассматривается как менее значимый, чем общее самочувствие и психологический статус пациента, не испытывающего ежедневные тя-

гостные симптомы обтурационной непроходимости пилороантрального отдела желудка. В связи с этим суждения о целесообразности выполнения паллиативных операций не всегда основываются на каких-то объективных критериях, а поэтому преимущества лечения этой категории больных часто представляются только кажущимися. Отсюда благодарность или неудовлетворенность больных от отношения к операции и всему, что с ней связано, а также от ожидания сугубо индивидуальных результатов [1].

Как показывает клиническая практика, попытки излечить больного раком желудка часто оказываются бесплодными. Удаление самой опухоли желудка во что бы то ни стало обычно связано с риском развития тяжелых и опасных послеоперационных осложнений и, таким образом, уменьшением шансов не только на удовлетворительное существование, но и на жизнь. Положение существенно меняется, когда приходится иметь дело с полной или почти полной непроходимостью пилороантрального отдела вследствие раковой опухоли. В данной ситуации любой риск операции становится оправданным. Хирург должен учитывать перед выполнением и во время операции возможности больного и мысленно представить предполагаемый лечебный эффект оперативного пособия. При этом часто весьма важны врачебный опыт хирурга, его мастерство как оператора, хотя последнее нередко отступает на задний план из-за невозможности выполнения радикального вмешательства.

При раке проксимального отдела желудка хирургу приходится иногда выполнять операцию формирования обходного анастомоза между пищеводом и тощей кишкой (эзофагоэюностомия), несмотря на ее технические трудности. При данной операции используется как внутригрудной (внутриплевральный), так и чрезбрюшинный доступ в сочетании с медиастинотомией по А.Г. Савиных. На подобные операции возлагались большие надежды: доказывались их «несомненные» преимущества перед классической гастростомией как в моральном отношении для больного, так и в смысле непосредственных и отдаленных результатов. Последующие клинические наблюдения подтвердили техническую сложность выполнения такого варианта операции, дающего высокую летальность и небольшое удлинение сроков продолжительности жизни перенесших операцию. И все же эти операции могут выполняться по строгим показаниям, когда у больного имеются тягостные симптомы дисфагии при наличии технически неудалимой опухоли кардиального отдела желудка. Формирование такого обходного анастомоза создает у большинства оперированных больных уверенность «выздоровления».

Техника формирования обходных анастомозов в большинстве случаев является сложной, особенно при больших опухолях проксимального отдела желудка и распространении опухоли на абдоминальный отдел пищевода. При таких обстоятельствах нередко технические возможности хирурга не могут быть реализованы при всем его желании и приходится отступать. Дно желудка в этих условиях занято опухолью, и его использовать для соустья невозможно, а тонкая кишка при перекидывании через массив опухоли, даже при дополнительной мобилизации рассечением сосудистых аркад тощей кишки, натягивается, что заставляет отказаться от формирования эзофагоэюностомии. В данной ситуации слишком велика вероятность возникновения несостоятельности швов соустья с последующим развитием гнойного перитонита и других осложнений. Эзофагоэюностомия формируется по общеизвестным принципам. Взятая для анастомоза петля тощей кишки должна сво-

бодно протягиваться до необходимого уровня на пищеводе, и только после этого формируется анастомоз по типу «бок в бок», а затем формируется межкишечное соустье. Длина приводящей петли должна быть не менее 30 см. Если кишка не подтягивается до нужного уровня, выгоднее сформировать пищеводно-кишечное соустье по способу Ру (Y-анастомоз). При этом дистальный конец пересеченной петли зашивают двухрядным швом наглухо и после этого формируют пищеводно-кишечное соустье по типу «бок в бок».

Следует учитывать, что у многих больных вскоре после формирования обходного эзофагоэнтероанастомоза появляются жалобы на продолжающееся чувство переполнения желудка, периодически появляющаяся отрыжка тухлым. Несмотря на воссоздание проходимости из пищевода в кишечник, явления застоя и брожения в желудке гастроэнтеростомия не всегда устраняет. К сожалению, эти симптомы с течением времени не проходят, часто даже усиливаются, больной начинает беспокоиться, теряя веру в эффективность оперативного вмешательства, и начинает подозревать обман со всеми вытекающими отсюда последствиями, что приводит к нарушению доверительного контакта между больным и врачом.

С учетом этих моментов нами у ряда больных выполнялись тотальные гастрэктомии с использованием для сокращения сроков операции сшивающего аппарата СПТУ, позволяющего быстро сформировать пищеводно-кишечное соустье танталовыми скрепками в виде однорядного циркулярного шва, после чего накладывали ручным способом второй ряд П-образными швами. Операция завершается формированием межкишечного соустья и широким дренированием брюшной полости. Хотя такая операция более длительна по времени, чем обычная гастроэнтеростомия, она избавляет больного от кровотечения, перфорации раковой опухоли, полностью восстанавливает проходимость для пищи через пищеводно-кишечный комплекс и устраняет клинические симптомы застоя и брожения [2]. Нами выполнены гастрэктомии у 14 из 65 больных анализируемой группы паллиативных операций и получены два летальных исхода непосредственно в послеоперационном периоде от перитонита. Таким образом, общая летальность больных после паллиативных операций составила в среднем 6,2%.

У врача, готовящегося к операции каждого больного по поводу рака желудка, возникают большие трудности при выборе объективного критерия оценки степени снижения массы тела. Обычно за основу принимается масса тела больного до операции, исчисляемая с учетом индекса Брока. Безусловно, этот показатель зависит от длительности заболевания до операции, тяжести осложнений (кровопотеря, органический стеноз привратника опухолевой этиологии, непроходимость кардии и др.), степени интоксикации и других факторов, но другого, типичного для данного больного критерия нет. К тому же следует указать, что в процессе операции и ближайшем послеоперационном периоде больные заметно теряют в массе. По нашим данным, средняя потеря массы тела у больных, перенесших паллиативные операции, включая гастрэктомии и эзофагогастрэктомии, уже на сроках 3–6 месяцев составила $23,3 \pm 1,4\%$, что соответствует дефициту массы тела $16,2 \pm 1,1$ кг. Дефицит массы тела после операции от 6 до 10 кг отмечен у 23 больных, от 11 до 20 кг – у 21 больного, более 20 кг – у 13 больных. Эти данные подтверждают значительную частоту и выраженность падения массы тела у больных, перенесших паллиативные операции.

Причинами потери массы тела у больных, перенесших различные по объему паллиативные операции, до сих пор не установлены. В литературе имеются указания на роль расстройств межклеточного обмена в организме вследствие нарушения внутриклеточного синтеза белка, обусловленного дефицитом и дисбалансом аминокислот.

По нашему мнению, стойкое и выраженное снижение массы тела зависит от многих факторов, среди которых можно назвать следующие: 1) недостаточная калорийность пищи, особенно при ее снижении суточного объема; 2) недостаточное усвоение пищи (нарушение процессов пищеварения, пониженное всасывание, нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника; 3) развитие тяжелых патологических синдромов оперированного желудка (эзофагит, демпинг-синдром и др.), ограничивающих прием пищи из-за боли, дисфагии, диареи, метеоризма и др. Это приводит в конечном счете к болезни приема пищи (диетофобии), постоянному недоеданию больных, дальнейшей потере массы тела, вплоть до развития синдрома истощения. Все указанное выше создает у каждого больного сложный клинический симптомокомплекс, который формирует в итоге клинический облик этой категории больных с низким качеством жизни ($87,3 \pm 1,8$ балла по системе «SF-36»).

С учетом приведенных данных основной целью паллиативной помощи оперированных больных является улучшение качества их жизни, что достигается благодаря избавлению больного от боли, созданию возможности принимать пищу и нормализовать сон, устранению изнурительных запоров или диареи, улучшению обменных процессов с целью предупреждения потери массы тела. Эта категория пациентов нуждается периодически в госпитализации в хирургическое или онкологическое отделение с целью внутривенного введения коллоидных и кристаллоидных растворов, компонентов консервированной крови.

Следует отметить, что длительность жизни больных, перенесших такие паллиативные операции, как гастроэнтеростомия и гастрэктомия, зависит от распространенности опухолевого процесса, то есть от стадии заболевания. Поскольку все паллиативные операции выполняются в основном в IV стадии, реже – в IIIB, то длительность жизни больных после операции исчисляется неделями и месяцами, крайне редко – более 1 года.

Так, Ю.Е. Березов при изучении продолжительности жизни больных раком желудка, перенесших гастроэнтеростомию, получил следующие данные [1]: умерли в больнице – 32 (12,1%) человека, жили менее 3 месяцев – 62 (23,5%), от 3 до 6 месяцев – 76 (28,8%), от 6 до 9 месяцев – 25 (9,5%), от 9 до 12 месяцев – 22 (8,3%), от 12 до 15 месяцев – 7 (2,6%), от 15 до 18 месяцев – 5 (1,9%), от 18 до 24 месяцев – 3 (1,1%), 3 года 4 месяцев – 1 (0,4%), судьба не прослежена – у 31 (11,8%) пациента. Эти данные позволяют поставить вопрос: удлиняет ли гастроэнтероанастомоз жизнь больных? Ответ на этот вопрос не поддается статистической обработке, но, по-видимому, на него следует ответить утвердительно, поскольку некоторые больные (1,7% оперированных) живут в течение 1,5–2 лет, кроме того, многим эта операция позволила устранить невероятно тягостные симптомы непроходимости пилоро-антрального отдела желудка, что весьма существенно.

Отдаленные последствия паллиативных гастрэктомий по поводу рака желудка освещены в современной литературе крайне недостаточно. Эти данные обычно приводятся совместно с результатами радикальных операций. Отда-

ленные последствия паллиативных гастрэктомий и эзофагогастрэктомий у больных раком желудка достаточно убедительно представлены в работе С. Kotan с соавт. [5]. Авторами проведен ретроспективный анализ последствий паллиативных гастрэктомий и эзофагогастрэктомий у 83 пациентов (мужчин – 48 человек и женщин – 35), средний возраст которых составлял $54,6 \pm 11,4$ года (возраст от 28 до 80 лет). В стадии III A было 20 пациентов, в стадии III B – 35 и стадии IV – 28 человек. Частота паллиативных гастрэктомий и эзофагогастрэктомий составила в среднем 42,6% при общем количестве всех анализируемых операций по поводу рака желудка у 195 пациентов. При этом количество больных раком желудка со стадией IV составило 14,4%. Из 83 пациентов в послеоперационном периоде умерли 8 (9,6%); причинами летального исхода являлись несостоятельность швов (3 человека), инфаркт миокарда (1 человек) и сепсис (4 человека). Средняя продолжительность жизни всех выживших пациентов после операции составила $12,8 \pm 0,8$ месяца, в стадии III A – $18,16 \pm 2,04$, в стадии III B – $13,37 \pm 0,73$ и в стадии IV – $7,51 \pm 0,97$ месяца.

Особый раздел составляют обходные анастомозы при раке культи желудка. Тяжесть клинической картины определяется вовлечением в опухолевый инфильтрат не только культи желудка и прилежащих органов, но и тощей и поперечной ободочной кишок, а также желчных путей. Оперативное пособие в этой ситуации является часто минимальным, а иногда – просто невозможным. Опухоль культи желудка в большинстве случаев оказывается нерезектабельной, вызывая различные варианты непроходимости: пищеводную, желудочную, тонкокишечную, желчных путей. Все это вынуждает хирурга прибегать к выполнению паллиативной операции, несмотря на ее предельно малую эффективность. Тем не менее такая вынужденная операция позволяет некоторым больным существенно облегчить их состояние в последние месяцы их жизни, некоторым из них удается удлинить сроки приближения к смерти, кому-то из них временно удается создать иллюзию благополучия и даже «выздоровления». Перед этим отступают на второй план многочасовой напряженный хирургический труд на фоне понимания неизбежности фатального исхода, а также учета возможности развития тяжелых послеоперационных осложнений с большим процентом летальности на ранних сроках после операции.

При резектабельном раке культи желудка с метастазами следует считать целесообразным вместо формирования обходного пищеводно-кишечного анастомоза выполнять паллиативную экстирпацию культи желудка с наложением пищеводно-кишечного анастомоза с помощью сшивающего аппарата СПТУ или ЕЕА.

Среди паллиативных операций большое место занимают также паллиативные резекции желудка. На современном этапе развития онкологии и хирургии резекция желудка (дистальная или проксимальная) как радикальная операция при раке желудка не должна выполняться в общепринятом классическом варианте и должна быть заменена только одним альтернативным оперативным вмешательством – стандартной или комбинированной гастрэктомией в сочетании с лимфодиссекцией в объеме D2 и D3. В связи с этим понятие «резекция желудка по поводу рака» должна означать выполнение операции только в качестве полумеры, т.е. паллиативного вмешательства. Понятие «паллиативная резекция» следует сохранить лишь в тех случаях, когда операция при резектабельной опухоли в связи с наличием неудалимых метастазов или при вынужденных условиях (кровотечение из опухоли, невоз-

возможность технически полностью удалить опухоль, раковый асцит, невозможность ушивания участка раковой перфорации у лиц преклонного возраста) выполняется заведомо нерадикально.

В заключение следует указать, что, несмотря на весь пессимизм приведенных данных, паллиативные операции при раке желудка до настоящего времени находят широкое применение, нередко облегчая последние дни жизни обреченных больных. Это оправдывает дальнейшие поиски решения «нестареющей» мировой проблемы рака в медицинской практике.

Выводы. 1. Выполнение паллиативных оперативных вмешательств у больных раком желудка IV степени следует считать оправданным, это позволяет удлинить срок их жизни на несколько месяцев, реже – на 1-2 года.

2. На современном этапе развития хирургии и онкологии количество выполняемых гастростомий и еюностомий должно быть предельно ограничено за счет расширения показаний к выполнению паллиативных тотальных гастрэктомий.

Литература

1. Березов Ю.Е. Хирургия рака желудка. М.: Медицина, 1976. 356 с.
2. Волков С.В. Гастрэктомия и ее последствия. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2007. 474 с.
3. Claassen Y.H.M., Bastiaannet E., Hartgrink H.H. et al. International comparison of treatment strategy and survival in metastatic gastric cancer. *B.J.S. Open*, 2018, Oct. 9, vol. 3, no. 1, pp. 56–61.
4. Izuishi K., Mori H. Recent Strategies for Treating Stage IV Gastric Cancer: Roles of Palliative Gastrectomy, Chemotherapy, and Radiotherapy. *J. Gastrointest Liver Dis.*, 2016, Mar., vol. 25, no. 1, pp. 87–94.
5. Kotan C., Kislit E., Sihmez R. et al. Nonoperative total gastrectomy and oesophagogastrectomy in the treatment of advanced gastric carcinoma in a country high incidence. *Acta Chir. Belg.*, 2005, vol. 105, pp. 519–522.
6. Thrumurthy S.G., Chaudry M.A., Chau I., Allum W. Does surgery have a role in managing incurable gastric cancer? *Nat. Rev. Clin. Oncol.*, 2015, Nov., vol. 12, no. 11, pp. 676–682.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (volkovserguei@mail.ru).

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (volkovserguei@mail.ru).

V. VOLKOV, S. VOLKOV

REVISITING INDICATIONS AND CHOICE OF PALLIATIVE SURGERY TECHNIQUE IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER

Key words: stage IV gastric cancer, palliative surgery, indications for gastrectomy, body weight, quality of patients' life.

The results of palliative surgeries performed in 65 patients with stage IV gastric cancer are presented. Indications for palliative surgery were massive gastric bleeding or obturation of various gastric parts. Life expectancy in this category of patients in most cases is limited to a few months, less often to 1-2 years. Performing gastrostomy should be extremely limited and at the same time indications for total gastrectomy should be extended, which allows to eliminate the cause of obturation and bleeding from the stomach tumor. When performing gastrectomy, the esophageal-intestinal anastomosis can be formed using a suturing device (STVS, EEA). Patients who have undergone various in terms of volume surgical interventions, need to improve the quality of their life, which is achieved by relieving the patient from pain, creating the ability to eat, improving metabolic processes, preventing rapid weight loss due to periodic intravenous infusions of colloidal and crystalloid solutions (including fresh frozen plasma), preserving mental status. Improving the quality of life in a large contingent of doomed patients who have undergone various palliative surgical interventions should be considered the most important task of practical health care.

References

1. Berezov Yu.E. *Khirurgiya raka zheludka* [Surgery of gastric cancer]. Moscow, Meditsina Publ., 1976, 356 p.
2. Volkov S.V. *Gastrektomiya i ee posledstviya* [Gastrectomy and its consequences]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2007, 474 p.
3. Claassen Y.H.M., Bastiaannet E., Hartgrink H.H. et al. International comparison of treatment strategy and survival in metastatic gastric cancer. *B.J.S. Open*, 2018, Oct. 9, vol. 3, no. 1, pp. 56–61.
4. Izuishi K., Mori H. Recent Strategies for Treating Stage IV Gastric Cancer: Roles of Palliative Gastrectomy, Chemotherapy, and Radiotherapy. *J. Gastrointestin Liver Dis.*, 2016, Mar., vol. 25, no. 1, pp. 87–94.
5. Kotan C., Kislt E., Sihmez R. et al. Nonoperative total gastrectomy and oesophagogastrectomy in the treatment of advanced gastric carcinoma in a contry high incidente. *Acta Chir. Belg.*, 2005, vol. 105, pp. 519–522.
6. Thrumurthy S.G., Chaudry M.A., Chau I., Allum W. Does surgery have a role in managing incurable gastric cancer? *Nat. Rev. Clin. Oncol.*, 2015, Nov., vol. 12, no. 11, pp. 676–682.

VOLKOV VLADIMIR – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Surgical Diseases Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (volkovserguei@mail.ru).

VOLKOV SERGEY – Doctor of Medical Sciences, Professor of Surgical Diseases Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (volkovserguei@mail.ru).
