

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, И.И. Губков, Е.А. Захаров, И.П. Мавиди, Г.А. Михайлов, Д.С. Сахно*

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова,  
Санкт-Петербург, Россия

Представлен анализ отечественной и зарубежной литературы по вопросу диагностики и лечению рака желудка, осложненного кровотечением. Установлено отсутствие единогласия в выборе лечебной тактики, сроков и объема оперативного вмешательства, целесообразности и объема лимфодиссекции.

**Ключевые слова:** рак желудка, осложненный кровотечением, диагностика, лечение.

Рак желудка является одним из самых частых злокачественных новообразований, на который приходится почти половина всех случаев опухолей желудочно-кишечного тракта [1]. Ежегодно в мире регистрируется около 800 тысяч новых случаев рака желудка и более 600 тысяч смертей от этого заболевания [2]. В России рак желудка занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости, составляя 12,3-12,7% и уступая только раку легкого. При этом операбельность в момент установки диагноза не превышает 20,0-35,0% и сохраняется на таком уровне с середины 60-х гг. XX века. Смертность от рака желудка в России также остается высокой, достигая 16,7% [3].

Следует отметить, что в большей части специализированных хирургических отделений на долю раннего рака желудка приходится не более 25%. Около 75% больных поступают в специализированные учреждения в III-IV стадиях онкологического процесса, а в 40% случаев наблюдается осложненное течение рака желудка [4]. О поздней диагностике свидетельствует и то обстоятельство, что ежегодно в России 13,0-28,0% больным выполняются эксплоративные лапаротомии или вынужденные паллиативные операции [5], что в первую очередь свидетельствует о нерешенности проблемы ранней диагностики рака желудка.

В структуре осложнений рака желудка кровотечение встречается в 41,5% случаев, стеноз в 26,1%, а перфорация в 14,0% [6]. Следует отметить, что практически все виды осложненного рака желудка сопровождаются высоким уровнем послеоперационных осложнений, плохим прогнозом выживаемости и летальности [2]. Такие больные, как правило, госпитализируются в общехирургические стационары, реже онкодиспансеры (при известном анамнезе заболевания) и, как правило, оперируются экстренно дежурны-

ми хирургами. Выбор лечебной тактики нередко затруднителен и хирургу приходится принимать решение непосредственно во время операции, учитывая как состояние больного, так и анатомо-морфологические особенности онкологического процесса. На сегодняшний день нет четких рекомендаций по хирургическому лечению осложненных форм РЖ. Методом выбора является как выполнение радикальной, так и паллиативной резекции желудка либо гастрэктомии [5].

**Клинические проявления рака желудка, осложненного кровотечением:** острые желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) опухолевой этиологии наблюдаются относительно нечасто и составляют от 9,0% до 11,5% в структуре кровотечений пищеварительного тракта [7]. Кровотечения чаще возникают при локализации злокачественной опухоли ближе к малой кривизне тела или антральному отделу желудка [8]. Являясь следствием распада или изъязвления опухоли, ЖКК могут возникать при любой стадии заболевания, но всё же чаще отмечаются в III-IV стадии онкологического процесса [9]. Наиболее интенсивные кровотечения характерны при локализации злокачественной опухоли по малой кривизне желудка, где проходят ветви левой желудочной артерии [10].

Как правило, клиническая картина кровотечения довольно типична и главным, а нередко единственным, симптомом является рвота "кофейной гущей", часто многократная. Несколько реже у данной категории больных наблюдается «мелена». На этом фоне отмечается значительное снижение уровня гемоглобина. Больные жалуются на общую слабость, головокружение, наблюдаются бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, тахикардия и снижение уровня артериального давления. При тяжелых профузных кровотечениях, сопровождающихся быстрым снижением уровня

гемоглобина (ниже 50 г/л), развивается тяжелый сердечно-сосудистый коллапс со снижением уровня артериального давления до 60-40 мм рт.ст. и ниже. Пульс учащается до 120-140 уд в мин.

По данным А.И. Горбашко описанные симптомы встречаются со следующей частотой: наиболее частой жалобой больных с кровоточащим раком желудка является боль в животе (55,2%), которая локализуется, как правило, в эпигастриальной области и носит ноющий характер; рвота кровью или «кофейной гущей» отмечалась у 46,6% больных; дегтеобразный или черный стул выявлен у 40,7%, резкая слабость беспокоит 67,0% больных, головокружение имеет место в 40,72% случаев и у 10,4% больных отмечается обморок. Стоит отметить, что болевой синдром у больных кровоточащим раком желудка наблюдается значительно реже, чем у пациентов с кровоточащей язвой желудка – 88,7%. Кроме того, 41,2% больных осложненным раком желудка отмечали снижение массы тела. Необходимо иметь в виду, что скрытое кровотечение из злокачественной опухоли не распознается на фоне существующей хронической анемии и кахексии [10].

**Инструментальная диагностика рака желудка, осложненного кровотечением.** Кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта является абсолютным показанием к экстренной диагностической эндоскопии, которая обладает и возможностью лечебного воздействия на источник кровотечения. Единственным противопоказанием к проведению фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) является только агональное состояние больного, когда результаты исследования не могут повлиять на дальнейшую судьбу пациента. Диагностическая эндоскопия при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта требует хорошей подготовки врача-эндоскописта. Хотя, даже при идеальной подготовке эндоскопист в состоянии визуализировать источник кровотечения не более чем в 95,0% случаев [11].

Ряд авторов полагает, что ранняя эндоскопия должна быть выполнена всем пациентам с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в течении первых 3 ч. госпитализации. После выполнения эндоскопии пациентов целесообразно разделять на две группы — с низким и высоким риском неблагоприятного исхода. К группе больных с низким риском относят пациентов моложе 60 лет, без признаков шока, при отсутствии данных за тяжелую кровопотерю, у которых при эндоскопии выявлялись язвы желудка либо двенадцатиперстной кишки

с чистым дном, либо с пятнами гематина, без признаков продолжающегося кровотечения. В остальных случаях пациентов относят к группе с высоким риском рецидива кровотечения [11].

Несомненными достоинствами эндоскопического метода являются возможность визуальной оценки локализации, формы и размеров опухоли, а также получение материала для гистологического исследования. В то же время при всех достоинствах ее возможности зависят от характера роста и анатомического расположения выявленного образования. При обследовании пациентов с диффузно-инfiltrативным характером роста опухоли желудка чувствительность эндоскопического исследования в выявлении данной патологии составляет лишь 33,0-73,0%, а количество положительных ответов при биопсии не превышает 70,0% [12]. При оценке эффективности дифференциальной эндоскопической диагностики доброкачественных и злокачественных изъязвлений желудка возможность правильной визуальной оценки характера язвы не превышает 70%, а частота ложноотрицательных результатов предоперационной биопсии при изъязвлениях желудка может превышать 25,0% [13].

Несмотря на то, что эндоскопический метод диагностики имеет свои ограничения в дифференциальной диагностике новообразований желудка, его можно в полной мере считать «золотым» стандартом в диагностике желудочных кровотечений, в том числе опухолевого генеза.

Безусловно, что при технической возможности, пациентам с осложненным раком желудка в диагностический алгоритм необходимо включать УЗИ, а также такие лучевые методы диагностики, как рентгенологическое исследование груди или спиральная компьютерная томография (СКТ). Это позволяет правильно стадировать заболевание и выбрать адекватную схему лечения. Так, в частности трансабдоминальное УЗИ используется для выявления отдаленных метастазов. Однако точность определения глубины инвазии при РЖ не превышает 66,0% [14]. Чувствительность и специфичность обнаружения метастатического поражения лимфоузлов составляет 12,0-80,0% и 56,0-100% соответственно [15].

Значительное внимание в настоящее время уделяют эндоскопической ультрасонографии (ЭУС), которая соединяет в себе возможности эндоскопии и УЗИ. Преимуществом метода является возможность дифференцировать 5 слоев стенки желудка, что позволяет в случае опухолевого поражения определить слой, из которого

исходит опухоль, а также оценить протяженность поражения стенки желудка и глубину ее инвазии [16]. Современные эндосонографические аппараты позволяют получать трехмерное изображение (3D-эндосонография, 3D-EUS). Точность определения глубины инвазии опухоли у данного метода может достигать 100% [17]. В случае РЖ осложненного кровотечением, методика ЭУС конечно способна установить и источник кровотечения, что вероятно является не основной ее технической возможностью.

**Принципы хирургического лечения рака желудка, осложненного кровотечением.** Нередко первым проявлением рака желудка являются осложнения, требующие хирургического вмешательства. Больные с осложненным течением рака желудка нередко поступают в стационар в крайней тяжелой состоянии, что значительно ухудшает прогноз при выполнении радикального хирургического вмешательства, либо полностью исключает возможность его выполнения. Стандарты лечения в хирургических стационарах общего профиля разработаны для пациентов с экстренной хирургической патологией, при этом в них не всегда учитываются особенности ведения больных с онкологическим заболеванием. При кровоточащем раке желудка до сих пор не обоснованы сроки операции, объем операции, целесообразность выполнения лимфодиссекции [18].

Выбор клинической стратегии в лечении местно-распространенного рака желудка, осложненного кровотечением (МРРЖОК), зависит от многочисленных факторов. В настоящее время в литературе в отношении подходов к лечению МРРЖОК существуют три основные точки зрения [4]:

1. выполнение радикальных расширенных хирургических вмешательств;
2. проведение паллиативных операций;
3. консервативная тактика, основанная на проведении гемостатической и кровозамещающей терапии.

Следует уточнить, что по современным представлениям к радикальным операциям относят субтотальную резекцию желудка или гастрэктомию с лимфодиссекцией. При выборе объема операции, независимо от того, проводят гастрэктомию или субтотальную резекцию, хирург ориентирован на размеры и распространенность опухоли, ее локализацию в желудке, возможность резекции в пределах здоровых тканей. Показано отступать от края опухоли на расстояние 5,0 см при кишечном типе и 10,0 см при ин-

фильтративном типе опухоли [19]. В последние десятилетия в основном дискутируется объем лимфодиссекции, а также значение проведения лечения в специализированных центрах.

При местно-распространенных формах рака желудка радикальными принято считать комбинированные и расширенно-комбинированные оперативные вмешательства. Следует отметить, что в течение длительного времени многие хирурги сдержанно относились к выполнению подобных вмешательств. Однако благодаря совершенствованию предоперационной подготовки и методов послеоперационного ведения больных летальность после оперативных вмешательств по поводу местно-распространенного рака желудка (МРРЖ) заметно снизилась и не превышает 10,0% [20]. Однако в целом анализ литературы показывает, что, несмотря на достигнутые успехи в хирургии рака желудка, до сих пор однозначно не решен вопрос о выборе тактики лечения при МРРЖОК.

Отмечены также трудности эндоскопической остановки кровотечения из распадающихся опухолей желудка [21]. Низкая эффективность клипирования сосудов обусловлена выраженной инфильтрацией тканей и клипсы не удерживаются, а при использовании коагуляции часто наблюдается усиление кровотечения. Зафиксирован хороший гемостатический эффект при местном обкалывании зоны кровотечения спиртом и в последующем – через некоторое время – дициноном. В литературе есть сообщения о достаточной эффективности эндоскопической аргоноплазменной коагуляции.

Помимо эндоскопических методов для остановки кровотечения при опухолях желудка возможно применение ангиографии с фармакологическим воздействием путем введения вазоконстрикторных препаратов или эмболизации [21]. Однако эффективность подобной процедуры оценить не удастся в связи, с малочисленностью подобных публикаций.

Некоторые авторы утверждают, что результаты лечения РЖ можно улучшить за счет использования более агрессивных комбинированных хирургических вмешательств, при которых помимо желудка удаляют органы или анатомические структуры, вовлеченные в онкологический процесс [22, 23].

Комбинированные операции в лечении РЖ в настоящее время получили большое распространение [22]. Так, в Японии в 90-е годы XX-го века они составляли 40% от всех оперативных вмешательств по поводу РЖ. Количество ком-

бинированных вмешательств в Европе и США составляет около 20% [23].

Наиболее частой (22,5-92,4%) операцией при РЖ является комбинация гастрэктомии со спленэктомией [22, 23]. При этом следует отметить, что послеоперационные осложнения при комбинированных операциях со спленэктомией без резекции других органов развиваются в 40,7% случаев, приводя к послеоперационной летальности в 2,1%, 5-летняя выживаемость составляет от 16,7 до 31,0%, что объяснимо наличием более распространенного опухолевого процесса [23, 24].

Операции с резекцией поджелудочной железы при РЖ характеризуются повышенным операционным риском: процент послеоперационных осложнений доходит до 42,9% [23]. Частота таких вмешательств может составлять 32,6-55,0% от числа всех комбинированных операций при раке желудка [22]. Однако показатели 5-летней выживаемости больных после подобных вмешательств находятся в пределах 0-28,0% [24]. Отдельное место в хирургии рака желудка занимает гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). Необходимость выполнения данного вмешательства возникает при прорастании опухоли в головку поджелудочной железы или низком переходе ее на двенадцатиперстную кишку. Операции такого объема по поводу осложненного рака желудка крайне редки [24]. При этом послеоперационные осложнения развиваются у 38,4% больных, а в ранний послеоперационный период погибает 7,1% больных. Пятилетняя выживаемость после комбинированных гастрэктомий с ПДР при раке желудка составляет 17,0-28,6% [23].

К более редким видам комбинированных оперативных вмешательств при местно-распространенном раке желудка, осложненном кровотечением относят резекции желудка или гастрэктомии с резекцией ободочной кишки. Интересно, что интраоперационный диагноз прорастания опухоли совпадает с гистологическим лишь в 42,0% наблюдений. Частота послеоперационных осложнений при комбинированных операциях с резекцией ободочной кишки находится в пределах 20,0-38,0%, послеоперационная летальность составляет 5,0-8,0%, пятилетняя выживаемость не превышает 10,0-22,0% [23].

Актуальность проблемы хирургического лечения распространенного рака желудка нашла свое отражение в том, что на 4-ом Международном конгрессе по раку желудка, прошедшем в Нью-Йорке в 2001 году. Практически все авто-

ры, представившие свой материал, сошлись во мнении, что выполнение резекционного вмешательства, в том числе и у больных диссеминированным раком желудка, может достоверно улучшить качество жизни пациентов и отдаленные результаты лечения [25].

Препятствием к выполнению комбинированных Ro-резекций у больных местнораспространенным раком желудка является прорастание опухоли в «неудаляемые» анатомические структуры, обширное регионарное метастазирование, неверная оценка границ интрамурального распространения процесса с оставлением микроскопической резидуальной опухоли по линии резекции, а также сознательный отказ от расширения объема операции из-за наличия субили декомпенсированной сопутствующей патологии. Так, К. Окаjима и соавт. (цитируется по [26]) сформулировали следующие основные задачи паллиативных оперативных вмешательств: 1) не допустить смерти на операционном столе; 2) избежать ускорения роста опухоли после операции; 3) улучшить питание больного; 4) уменьшить боли; 5) продлить жизнь больному.

Отношение к выбору вида паллиативного вмешательства за последние десятилетия значительно изменилось. Так, если 30 лет назад абсолютное большинство авторов рекомендовало формировать обходные анастомозы и «питательные» стомы, то в данный момент большинство авторов высказывается за ограничение показаний к формированию питательных стом и считает, что необходимо стремиться к формированию обходного анастомоза или выполнять паллиативные резекционные вмешательства. Однако показания к ним окончательно не определены [26]. По данным литературы, доля эксплоративных лапаротомий и симптоматических вмешательств при местно-распространенном раке желудка составляет от 6,2 до 46,4% [27]. Средняя продолжительность жизни после эксплоративной лапаротомии не превышает 4-8 месяцев, а после гастро- и еюностомии – 7-11 месяцев [26, 27].

Частота выполнения паллиативных резекций при раке желудка, по данным литературы, составляет от 2,5 до 47,0%. Послеоперационные осложнения паллиативных резекционных вмешательств наблюдаются в 5,0-40,0% случаев, а послеоперационная летальность колеблется от 4,0 до 32,0% [27]. Несмотря на такие различия в оценках, большинство исследователей едины во мнении о том, что частота послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных

вмешательств не превышает таковые у больных, перенесших радикальные операции. Такой разброс показателей указывает на отсутствие единого мнения в отношении показаний и противопоказаний к различным видам паллиативных вмешательств.

Изучение литературы показало отсутствие единодушия в лечебной тактике при раке желудка, осложненным кровотечением. В подавляющем большинстве случаев такие пациенты попадают в общехирургические стационары и именно поэтому слепое тиражирование принятых онкологических стандартов не приемлемо. Также остаются нерешенными вопросы сроков и объема оперативного вмешательства, целесообразность и объем лимфодиссекции.

### Литература

1. Чиссов В.И. Онкология; под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 560 с.
2. Ferlay J. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide / J. Ferlay, F. Bray, P. Pisani, D. M. Parkin [Электронный ресурс].— Lyon: IARC Press, 2004.
3. Моисеенко В.М. Современные возможности лекарственного лечения больных раком желудка // Вопр. онкол. — 2001. — Т. 47, № 2. — С. 244-245.
4. Джураев М.Д. Лечение рака желудка III-IV стадии. Ташкент: Изд-во им. Ибн Сина, 1997. С. 52-55.
5. Давыдов М.И., Тер Ованесов М.Д. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка // Современная онкология. 2000. Т. 2. №1. С. 4-12.
6. Shyh-Chuan Jwo. Clinicopathological features, surgical management, and disease outcome of perforated gastric cancer. // J. Surg. Oncol.— 2005.— Vol. 91.— P. 219-225.
7. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Рыбакова Е.В., Губков И.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии // Вестник хирургии, 2006.
8. Nomura A et al. A prospective study of gastric cancer and its relation to diet, cigarettes and alcohol consumption // Cancer. Res. 1990. Vol. 50. P. 627-631.
9. Iveson T. et. al. In "Textbook of Medical Oncology" // 1997. P. 159-182.
10. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения // М.: Медицина. 1987. 58 с.
11. Борисов А.Е. Тактические подходы при острых хирургических заболеваниях живота и груди / под ред. А.Е. Борисова, В.П. Акимова. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. — 388 с.
12. Lee H. et al. When do we miss synchronous gastric neoplasms with endoscopy? // Gastrointest. Endosc. — 2010; 71 (7): 1159-65.
13. Черноусов А.Ф. и др. Язвенная болезнь желудка и рак (мифы и реальность) // Вестн. хир. гастроэнтерол. — 2006; 1: 4-10.
14. Ishigami S. et al. Preoperative assessment of the depth of early gastric cancer invasion by transabdominal ultrasound sonography (TUS): a comparison with endoscopic ultrasound sonography (EUS) // Hepatogastroenterology. — 2004. — Vol. 51, №58. — P. 1202-1205.
15. Kwee R.M., Kwee T.C. Imaging in assessing lymph node status in gastric cancer // Gastric Cancer. — 2009. — Vol. 12, №1. — P. 6-22.
16. Puli S. et al. How good is endoscopic ultrasound for TNM staging of gastric cancers? A meta-analysis and systematic review // World J. Gastroenterol. — 2008; 14 (25): 4011-9.
17. Tsutsui A. et al. Three-dimensional reconstruction of endosonographic images of gastric lesions: preliminary experience // J Clin Ultrasound. — 2005. — Vol. 33, №3. — P. 112-118.
18. Марусова Е.О. Особенности хирургической тактики при неметастатическом раке желудка, осложненном кровотечением // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Том XIX №1 2012.
19. Dicken B.J. Gastric adenocarcinoma: review and considerations for future directions / B.J. Dicken et al. // Ann. Surg. — 2005. — Vol. 241. — P. 27-39.
20. De Mazoni G. et al. Para-aortic lymph node involvement in gastric adenocarcinoma // Ann. Chir. 2001. Vol. 126 (4). P. 302-306; discussion 306-307.
21. Хрупкин В.И., Ханевич М.Д. и др. Неотложная эндоваскулярная хирургия гастродуоденальных кровотечений. — М. — Петрозаводск: ИнтелТек, 2002.
22. Жерлов Г.К. Комбинированные операции при раке желудка / Г.К. Жерлов [и др.] // Российский онкологический журнал. — 1999. — №1 — С. 7-10.
23. Щепотин И.Б. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению / И.Б. Щепотин, С.Р. Эванс. — Киев: Книга плюс. — 2000; 228 с.
24. Хвастунов Р.А. Комбинированные операции при раке желудка / Р.А. Хвастунов, С.П. Мишарев // Избранные вопросы онкологии. — 1999. — С. 351-352.
25. Давыдов М.И. К вопросу о роли хирургии в лечении местно-распространенного и диссеминированного рака желудка // Анналы хирургии. — 2002. — №2. — С. 33-41.

26. *Вашакмадзе Л.А., Пикин О.В.* Место паллиативных операций в лечении распространенного рака желудка: современное состояние проблемы // Рос. онкол. журн. – 2000. – № 5. – С. 47-51.

27. *Goel A., Khandelwal C.* Role of palliative gastrectomy in locally advanced gastric cancer: experience of 313 cases // J. Surg. Oncol. – 2006. – Vol. 91, № 3. – P. 41-49.

---

*Б.В. Сигуа*

*Тел.: +7-911-197-93-43*

*E-mail: dr.sigua@gmail.com*

**В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, И.И. Губков, Е.А. Захаров, И.П. Мавиди, Г.А. Михайлов, Д.С. Сахно.** Диагностика и лечение рака желудка, осложненного кровотечением // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 1. – P. 15-20.

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF STOMACH CANCER COMPLICATED BY BLEEDING

*V.P. Zemlyanoy, B.V. Sigua, I.I. Gubkov, E.A. Zakharov, I.P. Mavidi, G.A. Mikhailov, D.S. Sakhno*  
North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St.-Peterburg, Russia

The article presents an analysis of domestic and foreign literature on the diagnosis and treatment of stomach cancer complicated by bleeding. The absence of unanimity in the choice of treatment strategy, timing and extent of surgical intervention, the feasibility and scope of lymphadenectomy.

**Keywords:** stomach cancer, complicated by bleeding, diagnosis, treatment.

### Authors

B.V. Sigua

Tel.: +7-911-197-93-43

E-mail: dr.sigua@gmail.com

**V.P. Zemlyanoy, B.V. Sigua, I.I. Gubkov, E.A. Zakharov, I.P. Mavidi, G.A. Mikhailov, D.S. Sakhno.** Diagnosis and treatment of stomach cancer complicated by bleeding // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 1. – P. 15-20.