

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОБОДНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА

*Е. П. СВЕДЕНЦОВ*

Из Кировского областного онкологического диспансера  
(главврач — Н. В. Дернов)

Рак желудка, являясь наиболее частым онкологическим заболеванием у людей, нередко осложняется прободением опухоли, требующим неотложной медицинской помощи. По клиническим данным, прободение рака желудка наблюдается в 4% всех случаев рака (А. А. Бочаров — 4,3%), по патологоанатомическим данным — от 7 до 17% (Ф. И. Пожарский — 7%, А. В. Мельников — 17%); прободение раковоперерожденных язв составляет 16% (Кеннеди — 16,7%; Текстор и Барборк — 16%) среди всех прободных язв желудка.

Нами в данной статье сообщается о 25 наблюдениях прободного рака желудка, из которых за десятилетний период (1947—1956) 8 имели место в Кировском областном онкологическом диспансере, 9 — в Кировской областной больнице и 8 в районных больницах Кировской области.

Из 25 больных с прободным раком желудка мужчин было 11, женщин — 14. По возрасту они распределялись следующим образом: от 26 до 30 — 1, от 31 до 40 — 3, от 41 до 50 — 11, от 51 до 60 — 8, от 61 до 70 — 2.

Нужно отметить, что женщины до 50 лет чаще страдают прободным раком желудка, чем мужчины. Мужчины, наоборот, чаще болеют прободным раком желудка после 50 лет. Таким образом, прободение раковой опухоли желудка наиболее часто встречается в возрасте от 40 до 60 лет, что, несомненно, связано с общей частотой заболеваемости раком желудка в эти годы.

По стадиям ракового процесса имеется следующее распределение больных: I — 12, II — 2, III — 5, IV — 6. Отсюда видно, что перфорация рака желудка может наступить в любой стадии, и особенно существенным, на наш взгляд, является то обстоятельство, что перфорации рака желудка в ранних стадиях происходят не реже, а, по нашему материалу, даже чаще, чем в поздние.

С точки зрения характера опухоли [А. В. Мельников (1954)] прободной рак желудка классифицирован на рак из язвы и „первичный“ рак.

По нашему материалу прободной рак желудка язвенного происхождения встретился у 16 больных, прободной рак желудка неязвенного происхождения — у 8 больных, происхождение не установлено — у одного.

Стеноз привратника вследствие развития опухоли явился благоприятствующим моментом у 4 больных из 14 с прободным раком желудка язвенного происхождения и у одного из 8 больных с прободным раком желудка неязвенного происхождения.

У 2 больных прободению рака желудка предшествовало кровотечение из опухоли с летальным исходом.

При изучении локализации прободного рака оказалось, что наиболее частыми местами, где происходит прободение раковой опухоли, являются: антральный отдел — у 10 больных, пилорический отдел — у 7, кардиальный отдел — у 4 из 24 больных.

На передней стенке желудка прободной рак локализовался у наших больных 3 раза, на малой кривизне — 11 раз, на задней стенке — 1 раз, на большой кривизне — 2 раза; в отношении 8 больных локализация перфорации не указана.

Макроскопически преобладали язвенно-инфильтративные формы рака желудка. Гистологическое исследование было произведено, в основном, лишь при макроскопически неясной картине, при этом обнаружена аденокарцинома.

По клиническому течению прободной рак желудка разделен на 3 группы. Почти в половине случаев картина прободения классическая, реактивная, у четверти больных — субреактивная, и у такого же количества больных — ареактивная. У 10 больных не удалось точно установить клиническую картину прободения рака желудка.

Диагностика прободного рака трудна. По данным Бисгарда (1944), правильно диагностирован прободной рак желудка до операции или аутопсии был в 7 наблюдениях из 217. Лучшие цифры установления правильного дооперационного диагноза прободного рака желудка принадлежат клинике А. В. Мельникова. По данным П. А. Павленко, в этой клинике дооперационный диагноз перфоративного рака желудка и кишок полностью совпал с послеоперационным 10 раз на 40 случаев. В нашем материале правильно диагностирован прободной рак желудка при жизни у 9 больных, не диагностирован у 16, причем прободной рак желудка с реактивной клинической картиной диагностирован у 6 больных из 7, с субреактивной клинической картиной — у 2 больных из 4, а с ареактивной клинической картиной — ни у одного из 4 больных.

Из 25 больных оперативному вмешательству подверглось 18. Из 12 больных, подвергшихся ушиванию, выписано 8, умерло 4. 5 больных, подвергшихся ушиванию с последующей резекцией желудка, выписаны. Больной, подвергшийся лапаротомии, умер.

Резекция является радикальным лечением прободного рака желудка. В нашем материале первичных резекций не было. Это объясняется, главным образом, поздней доставкой (через 12 часов) больных в лечучреждения, а также тем, что часть операций была произведена в райбольницах, где хирурги не всегда решались на производство резекции желудка в таких трудных случаях. П. А. Павленко собрал из литературы 28 первичных резекций на 327 случаев прободного рака; 20 из них были с хорошим ближайшим исходом. К. К. Свиридов, как об этом сообщает А. В. Мельников, до 1941 г. собрал также из мировой литературы 32 наблюдения резекции при перфорации рака желудка.

В нашем материале мы имеем 5 резекций желудка на разных сроках (1,5—7 мес.) после ушивания перфорационного отверстия. Ближайший исход во всех случаях благоприятный.

Из 5 наших больных, перенесших резекцию желудка, отдаленные результаты известны у 4. 1 больной после резекции желудка прожил 7 месяцев, 1 прожил 1 год 1 месяц, 1—2 года. 1 больная находится под наблюдением 5 лет, чувствует себя хорошо, выполняет всю домашнюю работу. Это наблюдение интересно тем, что здесь рак желудка был макроскопически обнаружен и гистологически доказаны метастазы (аденокарциномы) в лимфоузлы.

Среди больных ранним прободным раком после ушивания прободного отверстия (с одновременной тампонадой прободного отверстия сальником на ножке) обращает на себя внимание группа с благоприятным непосредственным исходом — 8 человек; 6 из них могли быть радикально оперированы в дальнейшем. Но вследствие диагностической ошибки на операционном столе, где прободной рак был принят за перфоративную язву желудка, больные впоследствии выпали из поля зрения. Некоторые из них (3) обратились спустя длительное время за лечебной помощью, но уже при запущенных стадиях рака, когда о резекции желудка не могло и быть речи.

П. И. Торгованов рекомендует за больными, перенесшими ушивание прободной язвы желудка, установить диспансерное наблюдение с тем, чтобы в случае незаживления язвы своевременно произвести радикальную операцию. Долл для этой цели требует производить первичную резекцию у больных старше 30 лет при прободении у них язвы желудка; Брокман и др. также призывают к более частому применению резекции желудка у больных с прободными язвами; Кеннеди — сторонник того, чтобы первоначально была ушита прободная язва желудка; больные в послеоперационном периоде тщательно обследуются, и прослеживается рентгенологическая картина. Если не удастся установить доброкачественный характер, производится ранняя резекция, а больным старше 40 лет — ранняя гастрэктомия.

На наш взгляд, основное внимание должно быть уделено осмотру и пальпации прободной язвы и лимфоаппарата во время операции; после ушивания прободной язвы желудка диспансерное наблюдение за такими больными надо считать обязательным.

В случаях, когда диагноз прободного рака ясен, тактика хирурга должна быть определенной: при хорошем состоянии больного и высокой квалификации оператора показана резекция желудка; при удовлетворительном, или ниже этого, состоянии больного, при пожилом возрасте или недостаточной квалификации оператора, — ушивание прободного отверстия с последующим переводом больного в специализированные лечебные учреждения для производства радикальной операции. Мы считаем, что производство первичной резекции при прободном раке желудка, на чем настаивают К. К. Свиридов, А. В. Мельников, П. А. Павленко, А. А. Бочаров, хотя и является операцией выбора, но все же еще для большинства периферийных лечебных учреждений представляется опасной из-за высокой послеоперационной смертности. По данным А. А. Бочарова, из 5 больных, подвергшихся резекции желудка по поводу прободного рака желудка, умерло 3 человека; по наблюдениям А. В. Мельникова, из 2 больных умер 1. Как показывает наш небольшой опыт, ушивание прободного отверстия ни в одном случае не привело в течение месяца к запущенности рака желудка, а отсутствие послеоперационной смертности отсроченных резекций желудка по поводу ушитого прободного рака и отдаленные результаты, почти не отличающиеся от подобных после резекции при обычном раке желудка, свидетельствуют о приемлемости такой хирургической тактики. Надо сказать, что тактика, имеющая целью производство первичной резекции желудка при прободном раке, применима по известным причинам у меньшинства онкобольных. Большинство из них подлежит двухэтапному лечению: ушивание с последующей резекцией желудка. При этом необходимо стремиться к сокращению интервала между этапами, по крайней мере не выходить за пределы одного месяца. Безусловно, что это связано с темпами восстановления сил больного после операции — ушивания прободного отверстия.

Неоперированных с прободным раком желудка среди наших больных было 7. 6 из них были с поздним перфоративным раком желудка (III и IV стадии), 1 больная с перфоративным раком I стадии была доставлена в областную больницу в тяжелом состоянии и умерла с нераспознанным диагнозом. Все больные из этой группы погибли через 3 дня после прободения опухоли желудка, имея ареактивную или субреактивную клиническую картину прободения.

#### ВЫВОДЫ:

1. Прободение рака желудка — относительно частое осложнение основного заболевания: смертность от него составляет 7,7% ко всем умершим от рака желудка, а среди всех прободений желудка (язвенных и раковых) на прободение рака желудка приходится 8%.
2. Наиболее часто прободной рак желудка бывает в возрасте от 40 до 60 лет, при этом у женщин — на 5-й десяток лет, у мужчин — на 6-й десяток лет.
3. Прободной рак желудка в ранних стадиях встречается не реже, чем в поздних.
4. Диагностика прободного рака желудка зависит от степени реактивности его клинического течения.
5. Ранний прободной рак желудка не является фатальным осложнением, может быть излечен путем первичной резекции желудка или при ослабленном состоянии больного путем двухэтапного лечения: ушивания прободного отверстия и последующей, не позднее 1 месяца, радикальной операции на желудке.
6. Прободной рак желудка нередко проходит под ошибочным диагнозом прободной язвы, что ведет хирурга к неверной оперативной тактике, а больных — к неблагоприятным отдаленным исходам. С целью устранения подобных ошибок необходимы более широкое знакомство хирургов с прободным раком желудка и тщательная диспансеризация больных, перенесших ушивание прободной язвы желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Е. Л. Березов. Спорные вопросы хирургии рака желудка. В кн.: „Вопросы хирургии желудка и пищевода“, стр. 7—19, Горький, 1956.
2. А. А. Бочаров. О раке желудка. *Анналы института Склифасовского*, 1942, т. III, книга 1, стр. 147—158, Москва.
3. А. В. Мельников. О раке желудка. Клинический очерк, ВММА, Ленинград, 1945.
4. Он же. Клиника предопухолевых заболеваний желудка. Медгиз, 1954.
5. П. А. Павленко. Перфоративный рак желудка. Труды ВММА, т. 23, работы кафедры общей хирургии, Ленинград, 1950.
6. Ф. И. Пожариский. Вопросы онкологии, т. II, книга 4, стр. 253—267, 1929.
7. К. К. Свиридов. Новый хирургический архив, т. 38, книги 3—4, № 4—5, стр. 70—73, Днепропетровск, 1937.
8. К. К. Свиридов. О перфорациях раковых опухолей желудочно-кишечного тракта. Труды и материалы Харьковского мединститута, вып. 7, стр. 256—274, Киев, 1937.
9. А. С. Федореев. Рак желудка из язвы. Медгиз, 1948.
10. A. Belavia. *Arch. ital. Mal. Appar. diger.*, 1952, 18, p. 391—403.
11. J. Bisgard and L. W. Overmiller. *Am. Surg.*, 1944, 120.
12. H. R. Brockman, D. A. Codey and de U. E. Bakey. *Amer. Surgeon.*, 1953, 19, p. 182—190.
13. R. Doll. *Brit. medic. Journ.*, 1950, 4647, p. 215—218.
14. B. L. Fleming. *Am. Surg.*, 1937, 105, p. 630—633.
15. F. L. Kennedy. *Brit. Med. Journ.*, 1951, Dec. 22, p. 1489—1492.
16. E. C. Fexter and C. I. Barborika. *Surg. Clin. №. Amer.*, 1954, p. 87—94.

Поступила 21 октября 1957 г.