



В. В. Бойко,
І. В. Криворотько,
В. О. Лазирський

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

Харківський національний медичний університет

© Колектив авторів

ОСОБЛИВОСТІ НЕВІДКЛАДНИХ ХІРУРГІЧНИХ УТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНИЙ РАК ШЛУНКА

Резюме. *Мета дослідження* — покращення результатів лікування хворих з ускладненим місцево-поширеним раком шлунка.

Матеріали і методи. Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 418 хворих на ускладнений місцево-поширений рак шлунка. Хворих рандомізовано на дві групи: порівняння — 212, та основну — 206 хворих, що знаходились на лікуванні з 2006 по 2010 р. та з 2011 по 2015 р. відповідно. Перебіг основного захворювання було ускладнено кровотечею у 252 (60,3 %) хворих, стенозом — у 89 (21,3 %), перфорацією — у 15 (3,5 %), та їх поєднанням — у 62 (14,8 %).

Результати та їх обговорення. Радикальні операції виконані у 212 (50,7 %) хворих, у 145 (34,6 %) — паліативні та симптоматичні. Післяопераційні ускладнення виникли у 82 хворих (19,6 %), післяопераційна летальність склала 7,2 % (30 хворих). Розроблено двохетапну хірургічну тактику, що передбачає застосування малоінвазивних ендоскопічних і рентгенендоваскулярних методів лікування на першому етапі з подальшим проведенням відстроченого або планового радикального оперативного втручання (другий етап).

Висновки. Виконання ургентних паліативних операцій зменшилося з 21,7 % до 6,3 %, що дозволило знизити кількість паліативних і симптоматичних операцій з 50,4 до 18,4 %.

Ключові слова: ускладнений місцево-поширений рак шлунка, хірургічне лікування.

Вступ

Незважаючи на тенденцію зниження захворюваності на рак шлунка проблема лікування ускладнених форм захворювання залишається однією з найбільш складних і актуальних [1, 2, 5]. До 60-80 % хворих надходить на лікування з запущеними формами захворювання при наявності важких ускладнень [2, 6]. Частота розвитку післяопераційних ускладнень варіює від 16,3 до 48,0 % а летальності від 8,3 до 37,2 % [5, 6].

Мета досліджень

Покращення результатів лікування хворих із ускладненим місцево-поширеним раком шлунка.

Матеріали та методи досліджень

Дослідження засноване на аналізі результатів лікування 418 хворих з місцево-поширеним раком шлунка, які перебували на лікуванні у «ДУ Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева» НАМНУ з 2006 по 2015 р., у віці від 18 до 85 років. Середній вік 61,9 років. Чоловіків — 261 (62,4 %), жінок — 157 (37,6 %).

Усі хворі рандомізовані на дві групи: порівняння — 212 хворих (перебували на лікуванні з 2006 по 2010 р.), основну — 206 хворих (період лікування з 2011 по 2015 р.). У групі порівняння

застосовувалися загальноприйняті хірургічна тактика і операції. В основній групі використовувалася активно-індивідуалізована двоетапна хірургічна тактика і розроблені комбіновані і реконструктивно-відновлювальні операції.

Ураження кардіального відділу шлунка виявлено у 41 (11,4 %) хворих, тіла шлунка — у 158 (41,1 %), вихідного відділу — у 112 (29,0 %), субтотальне ураження шлунка — у 48 (11,2 %), тотальне — у 29 (7,3 %) хворих.

Кровотечу виявлено у 252 (60,3 %) хворих, стеноз — у 89 (21,3 %), перфорацію — у 15 (3,5 %), і їх поєднання — у 62 (14,8 %) хворих. Крововтрата легкого ступеня, відповідно до класифікації О. О. Шалімова і В. Ф. Саєнко (1987) [9], виявлена у 67 (16,0 %) хворих; середньої тяжкості — у 136 (32,5 %); тяжкого ступеня — у 49 (11,7 %) хворих.

Морфологічно пухлини шлунка були представлені аденокарциномами різного ступеня диференційовки: G1 (високодиференційована) — у 42 (10,0 %), G2 (помірнодиференційована) — у 92 (22,0 %), G3 (низькодиференційована) — у 186 (44,6 %), G4 (недиференційований рак) — у 98 (23,4 %) хворих. У відповідності до класифікації TNM хворі розподілилися: T4N0M0 — 41 (9,8 %), T4N1M0 — 125 (29,9 %), T4N2M0 — 191 (45,7 %), T4N3M0 — 61 (14,6 %).



З урахуванням клінічних проявів пухлин шлунка розподіл хворих, які перебували на лікуванні в клініці, представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рак шлунка з урахуванням клінічних проявів

Клінічні прояви	Основна група		Група порівняння	
	абс.	відн., %	абс.	відн., %
Кровотеча	123	29,4	129	30,8
Стеноз	42	10,0	47	11,2
Перфорація	9	2,1	6	1,4
Поєднання ускладнень	32	7,6	30	7,2
Всього	206	49,3	212	50,7

Результати досліджень та їх обговорення

У клініці протягом багатьох років надається лікувальна допомога хворим на злоякісні новоутворення шлунка з розвитком гострих життєзагрожуючих ускладнень, таких як кровотеча, стеноз і перфорація. У клініці прийнята двоетапна тактика лікування на основі широкого використання малоінвазивних втручань.

Кровотеча ускладнює перебіг раку шлунка в 2,7–41 % спостережень і займає 2-3 місце серед інших [2, 3, 8]. Для оцінки стану гемостазу використовували класифікацію активності кровотечі Forrest J. A. H. в модифікації Нікішаєва В. І. (1997) [8]. Кровотеча ускладнила перебіг раку шлунка у 134 (32,0 %) хворих групи порівняння і 118 (28,2 %) основної групи. Метод ендоскопічного гемостазу у хворих основної групи включав первинну оцінку джерела кровотечі, зрошення пухлини, що кровоточить гемостатиками, проведення кліпсування судин, коагуляції та кріовпливу, здійснення ін'єкційного гемостазу. Досягнення тимчасового ендоскопічного гемостазу у 47 (11,2 %) хворих з кровотечею з пухлини шлунка, що триває, дозволило провести інтенсивну передопераційну підготовку з відстроченим оперативним втручанням протягом 2-5 діб після госпіталізації.

Виконання, на першому етапі, рентгенендоваскулярного гемостазу проведено у 31 (7,4 %) хворого, з них у 11 (2,6 %) хворих основної групи (у 9 відзначено відсутність рецидиву кровотечі).

Застосування на першому етапі малоінвазивних методів гемостазу дозволило знизити кількість ургентних операцій з 46 (11,0 %) в групі порівняння до 13 (3,1 %) в основній групі. Операції у відстроченому порядку виконані у 80 (19,1 %) хворих, з них у 59 (14,1 %) хворих основної групи. Це дозволило підвищити радикалізм оперативних втручань в 2,4 рази з 62 (29,2 %) в групі порівняння до 150 (72,8 %) в основній групі. Результати статистично значущі на рівні $p < 0,01$.

У нашій клініці прийнята тактика, спрямована, перш за все, на досягнення надійного

гемостазу. При можливості виконання радикального оперативного втручання виконуємо одноетапні радикальні операції, при високому операційному ризику застосовуємо двоетапну тактику (I етап — паліативна резекція шлунка з пухлиною; II етап — радикальна ререзекція шлунка (гастректомія) з адекватною лімфодиссекцією і резекцією уражених сусідніх органів). Особливістю паліативних резекцій є те, що при виключенні повторних втручань перевагу віддаємо методикам в модифікаціях Більрот-II. При планованому повторному втручання — методикам Більрот-I. У якості паліативних операцій, що дозволяють зупинити кровотечу при пухлинах шлунка, що неможливо видалити, застосовували гастротомію з прошиванням кровотокових судин, тампонаду кратера пухлинної виразки пасмом сальника на живильній судинній ніжці по Опелю–Полікарпову; а також розроблену в клініці тампонаду виразок пухлини передньою стінкою шлунка.

На висоті кровотечі оперовані 40 (9,5 %) хворих з них 8 (1,9 %) хворі основної групи. Радикальні операції виконані у 5 (12,5 %) з них у 4 комбіновані резекції шлунка. Паліативні резекції шлунка виконані у 19 (47,5 %) хворих з кровотечею з пухлини. Післяопераційні ускладнення виникли у 15 (37,5 %), померли — 5 (12,5 %) хворих.

З 80 (19,1 %) хворих, які оперовані у відстроченому порядку, паліативні резекції шлунка виконано у 29 (9,3 %) хворих із кровотечею з пухлини в ролі основної операції при запущених формах захворювання. У 27 (11,2 %) хворих з огляду на високий операційний ризик на першому етапі з метою зупинки кровотечі виконані паліативні операції резекційного типу, радикальна операція виконана наступним етапом. У 20 (19,1 %) хворих виконано одномоментні радикальні операції. Ще в 4 випадках виконано перев'язку лівих шлункових судин.

При виконанні гастректомії, ми віддаємо перевагу езофаго-єюноанастомозам в нашій модифікації і модифікації Ру (при реконструктивних операціях). З 1989 р в клініці поряд з загальновідомими застосовували власну методику езофагоєюноанастомоза. Особливістю цієї модифікації є фіксація привідної петлі позаду стравоходу в задньому середостінні, накладенні провізорних стравохідно-діафрагмальних швів на передню стінку стравоходу; формуванні антирефлюксного анастомозу за рахунок інвагінації його цими швами у відвідну петлю тонкої кишки [7].

При кардіальному раку можливе застосування проксимальної резекції шлунка або гастректомії. Ми поділяємо думку С.А. Гешеліна (1988) [3], що збігається з іншими авторитетними фахівцями, що при операціях на висоті кровотечі

виконання гастректомії, в порівнянні з проксимальною резекцією шлунка, більш виправдано, технічно простіше, надійніше і більш радикальне, супроводжується меншим числом післяопераційних ускладнень і меншою летальністю. При раку тіла і дистальних відділів шлунка, що кровоточить, показано виконання гастректомії і субтотальної дистальної резекції шлунка з лімфодиссекцією. Разом з тим при загальному важкому стані пацієнта, поширеному пухлинному процесі мають право на застосування паліативні резекції, зокрема атипів. На відновному етапі перевагу віддаємо модифікаціям по Більрот-ІІ.

Особливу категорію пацієнтів складають хворі з пухлинами кукси шлунка, що кровоточать. Радикалізм щодо пухлини і гемостазу досягається застосуванням екстирпації кукси шлунка з лімфодиссекцією. Нами виконані комбіновані екстирпації кукси шлунка у 15 хворих (9 основної групи і у 6 групи порівняння). У 10 хворих — з резекцією товстої кишки, доповненої у 2 хворих спленектомією; у 5 — з резекцією підшлункової залози і спленектомією. Помер 1 хворий внаслідок легенево-серцевої недостатності.

Перфоративний рак шлунка. Перфорація раку шлунка зустрічається у 2,1–11,5 % спостережень, причому розвиток цього ускладнення нерідко є першим проявом захворювання [3]. Природно, що до операції неможливо встановити поширеність ракової пухлини, стадію захворювання, ураження лімфовузлів і проростання в суміжні органи.

Перфорація раку шлунка відзначена нами в 15 (3,5 %) хворих, з них у 9 (2,1 %) основної групи, та ще у 4 в поєднанні з іншими ускладненнями. При перфорації пухлин шлунка загальноприйнятною операцією є первинна резекція шлунка. Протипоказаннями до неї є важкий загальний стан пацієнта, літній і старечий вік, перитоніт, високе розташування пухлини, проростання в сусідні органи. У цих випадках застосовуємо двоетапну тактику. На першому етапі виконували ушивання перфорації (перевагу віддавали методиці Опеля-Полікарпова з тампонадою перфоративного отвору сальником «на ніжці»). Другим етапом виконували відстрочену резекцію шлунка. Двоетапні втручання виконані у 9 хворих з перфорацією пухлини шлунка. У 4 випадках вдалося виконати радикальну комбіновану гастректомію, у 2 хворих - паліативні резекції шлунка. У 2 хворих після простого ушивання перфорації пухлини виникли шлункові кровотечі, що потребували релапаротомії, у 1 хворого виникла неспроможність швів з летальним наслідком. У решти 6 хворих виконана первинна резекція шлунка

(у 4 — паліативна). Померло 2 хворих внаслідок перитоніту.

Стеноз шлунка при його пухлинному ураженні зустрічається в 7,5–25,4 % спостережень серед інших [4, 6]. Стеноз шлунка відзначений нами у 89 хворих ізольовано (всього в 104 (24,8 %) спостереженнях). Згідно рентгенологічної класифікації Лінденбратен компенсований стеноз виявлено у 42 (10,0 %) хворих, субкомпенсований — у 46 (11,0 %), декомпенсований — у 16 (3,8 %). З урахуванням вираженого зневоднення, білкового дефіциту, анемії, порушень згортання, хворі потребують передопераційної підготовки, спрямованої на корекцію показників гомеостазу.

При симптоматичних оперативних втручаннях перевагу віддаємо обхідній гастроентеростомії (попередубодовий ізоперистальтичний гастроентероанастомоз на довгій петлі з браунівським співвустям по Вельфлеру). При короткій брижі тонкої кишки формували задній позадубодовий анастомоз по Гакеру; при короткій брижі тонкої кишки і ураженні задньої стінки шлунка - передній позадубодовий гастроентероанастомоз по Більроту; при ураженні передньої стінки шлунка і брижі ободової кишки метастазами виконували задній попередубодовий анастомоз по Монастирському. В окремих випадках при запущеному захворюванні для забезпечення харчування хворого формували еюно- або гастростоми. При стенозуючому раку кардії може бути застосована проксимальна резекція шлунка або гастректомія в залежності від морфологічних характеристик пухлини. При нерезектабельних пухлинах кардії застосовували реканалізацію пухлини, гастростому або еюностому по Майдлю. Операцією вибору при стенозуючих пухлинах тіла шлунка є гастректомія, рідше субтотальна дистальна резекція шлунка, ще рідше - різні атипів резекції шлунка. Слід тільки підкреслити доцільність виконання резекційних операцій навіть в якості паліативного втручання, тому що при цій локалізації стенозуючої пухлини шлунка виконання гастростоми або обхідного анастомозу неможливе. Єдино можливим методом забезпечення харчування хворого є еюностомія по Майдлю, якість життя, після якої залишає бажати кращого.

При стенозуючих пухлинах пілороантрального відділу шлунка операцією вибору є субтотальна дистальна резекція шлунка. З огляду на злоякісний характер процесу стенозування, ми віддаємо перевагу формуванню гастроентероанастомозу на короткій петлі за Гофмейстером-Фінстерером.

Радикальні операції виконано тільки у 18 (4,3 %) хворих даної групи. У 86 (20,6 %) хворих виконано симптоматичні операції: обхідний



гастроентероанастомоз - у 62 (14,8 %) хворих, у 24 (5,7 %) — сформовані єюно- або гастростоми.

Найчастішим варіантом місцевого поширення раку шлунка виявилася інвазія пухлини в товсту кишку і її брижу, що вимагало виконання комбінованої ГЕ з резекцією товстої кишки у 36 (8,6 %) хворих. У 18 (4,3 %) хворих основної групи в даній ситуації виконано правобічну геміколектомію з гастропластикою ілеоцекальним сегментом (ІЦС) кишечника. Комбіновану ГЕ з резекцією сегментів печінки виконано в 35 (8,3 %) хворих, у комбінації з резекцією підшлункової залози — у 32 (7,6 %). Комбіновану екстирпацію кукси шлунка виконано у 15 (3,5 %) хворих. Так само часто — по 14 (3,3 %) спостережень виконано комбіновані проксимальні гастректомії з резекцією діафрагми (12 хворих), товстої кишки (2 спостереження) і спленектомією. У 3 (0,7 %) хворих основної групи виконано комбіновану ГЕ та панкреато-

дуоденальну резекцію (ПДР). Радикальні операції виконано в 150 пацієнтів основної групи і 62 пацієнтів групи порівняння.

Паліативні і симптоматичні операції виконані у 145 (34,6 %) хворих. В основній групі ускладнення склали 21,3 %, у групі порівняння кількість ускладнень складала 17,9 %.

Висновки

1. У хворих з ускладненим місцево-розповсюдженим раком шлунка вважаємо за доцільне застосування двохетапної хірургічної тактики з широким використанням малоінвазивних оперативних втручань.

2. Впровадження запропонованої хірургічної тактики і нових оперативних втручань сприяло збільшенню числа радикальних операцій з 62 (29,2 %) в групі порівняння до 150 (72,8 %) в основній групі і зниження післяопераційної летальності з 8,0 до 6,3 % відповідно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарь Г. В., Думанский Ю. В., Попович А. Ю., Бондарь В. Г., Сидюк А. В. Современные возможности диагностики и лечения рака желудка. *Онкология*. 2012;14(2):89-92.
2. Бутырский А. Г., Старосек В. Н., Гринческу А. Е., Синецын Д. А., Решитов А. Н., Ульянов А. А., и др. Неязвенные пищеводно-желудочные кровотечения в неотложной хирургии. *Український журнал хірургії*. 2012;(1):44-7.
3. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия //К. — «Здоров'я». — 1988. — 200 с.
4. Давыдов МИ, редактор. *Онкология. Клинические рекомендации*. Москва: Издательская группа ГУ РОНЦ им. Блохина НН. РАМН; 2015. 680 с.
5. Думанський Ю. В., Заїка О. М., Лях Ю. Є., Гур'янов В.Г., Псарас Г. Г. Прогнозування безпосередніх та віддалених результатів гастректомій при раку шлунка. *Львівський медичний часопис. Acta Medica Leopoliensia*. 2014;20(3-4):26-33.
6. Киркилевский СИ, Лурия АГ, Дубинина ВГ, Лукьянчук ОВ, Машуков АА, Биленко АА, и др. Хирургическое лечение рака желудка: возможности прогнозирования выживаемости на современном этапе. *Український журнал хірургії*. 2017;(2):28-35.
7. Патент України № 11127 від 06.05.1999 р. Спосіб гастректомії / В.Т. Зайцев, В.В. Бойко, В.П. Далавурак, М.П. Донець, І.А. Тарабан.
8. Фомін ПД, Іванчов ПВ. Хірургічна тактика при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка. *Харківська хірургічна школа*. 2011;(1):9-13.
9. Шалимов А А, Саенко В Ф. *Хирургия пищеварительного тракта*. Киев: Здоровье; 1987. 563 с.

ОСОБЕННОСТИ
НЕОТЛОЖНЫХ
ХИРУРГИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ
У БОЛЬНЫХ С МЕСТНО-
РАСПРОСТРАНЕННЫМ
РАКОМ ЖЕЛУДКА

*В. В. Бойко,
И. В. Криворотько,
В. А. Лазирский*

Резюме. *Цель исследования* — улучшение результатов лечения больных с осложненным местно-распространенным раком желудка.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 418 больных с осложненным местно-распространенным раком желудка. Больные разделены на две группы: сравнения — 212, и основную — 206 больных, которые находились на лечении с 2006 по 2010гг. и с 2011 по 2015гг. соответственно. Основное заболевание осложнилось кровотечением у 252 (60,3 %) больных, стенозом — у 89 (21,3 %), перфорацией — у 15 (3,5 %), и их сочетанием — у 62 (14,8 %).

Результаты и обсуждение. Радикальные операции выполнены у 212 (50,7 %) больных, у 145 (34,6 %) - паллиативные и симптоматические. Послеоперационные осложнения возникли у 82 больных (19,6 %), послеоперационная летальность составила 7,2 % (30 больных). Разработана двухэтапная хирургическая тактика, которая предусматривает выполнение малоинвазивных эндоскопических и рентгенэндоваскулярных оперативных вмешательств на первом этапе с выполнением отсроченного или планового оперативного вмешательства на втором этапе.

Выводы. Выполнение urgentных операций снизилось с 21,7 до 6,3 %, что позволило снизить количество паллиативных и симптоматических операций с 50,4 до 18,4 %.

Ключевые слова: *осложненный местно-распространенный рак желудка, хирургическое лечение.*

FEATURES OF
EMERGENCY SURGERY
IN PATIENTS WITH
LOCALLY ADVANCED
GASTRIC CANCER

*V. V. Boyko, I. V. Krivorotko,
V. A. Lazirsky*

Summary. *Materials and methods.* The work is based on an analysis of the results of surgical treatment of 418 patients with complicated locally advanced gastric cancer. Patients are divided into two groups: comparisons — 212, and the main — 206 patients who were treated from 2006 to 2010. and from 2011 to 2015 respectively. The complications rating was: bleeding in 252 (60.3 %) patients, stenosis in 89 (21.3 %), perforation in 15 (3.5 %), and their combination in 62 (14.8 %).

Results and discussion. Radical operations were performed in 212 (50.7 %) patients, in 145 (34.6 %) — palliative and symptomatic. Postoperative complications occurred in 82 patients (19.6 %), postoperative mortality was 7.2 % (30 patients). A two-stage surgical tactics has been developed, which involves the implementation of minimally invasive endoscopic and endovascular surgical interventions at the first stage with the implementation of a delayed or planned surgical intervention at the second stage.

Conclusions. Urgent operations decreased from 21.7 to 6.3 %, which reduced the number of palliative and symptomatic operations from 50.4 to 18.4 %.

Key words: *complicated locally advanced gastric cancer, surgical treatment.*