



В. В. Бойко^{1,2},
В. О. Лазирський²,
Н. Н. Фарзуллаєв¹

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

²Харківський національний медичний університет

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮ ШЛУНКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Реферат. *Вступ.* Незважаючи на тенденцію зниження захворюваності на рак шлунку проблема лікування ускладнених форм захворювання залишається однією з найбільш складних і актуальних.

Мета дослідження — покращення результатів лікування хворих на ускладнений рак шлунку.

Матеріали та методи. Дослідження засноване на аналізі результатів лікування 252 хворих на рак шлунку, що ускладнений кровотечею, які перебували на лікуванні у «ДУ Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України» з 2010 по 2019 рік, у віці від 29 до 76 років. Усі хворі поділені на дві групи: порівняння — 129 хворих (перебували на лікуванні з 2010 по 2014 р.), основну — 123 хворих (період лікування з 2015 по 2019 р.).

Результати та обговорення. У групі порівняння застосовувалися загальноприйняті хірургічна тактика і операції. В основній групі використовувалася активно-індивідуалізована двоетапна хірургічна тактика, що припускає досягнення гемостазу на першому етапі та комбіновані й реконструктивно-відновлювальні операції на другому. Радикальні операції виконано у 120 (47,6 %) хворих; у 132 (52,4 %) — паліативні та симптоматичні (з них у 121 (48,0 %) — порожнинні). Післяопераційні ускладнення виникли у 79 хворих (31,3 %), післяопераційна летальність склала 7,9 % (20 хворих).

Висновки. У хворих на рак шлунку, що ускладнений кровотечею є доцільним застосування двоетапної хірургічної тактики з широким використанням малоінвазивних оперативних утручань. Впровадження запропонованої хірургічної тактики й нових оперативних утручань сприяло збільшенню числа радикальних операцій з 38 (29,2 %) в групі порівняння до 82 (72,8 %) в основній групі і зниженню післяопераційної летальності з 8,5 до 7,2 % відповідно.

Ключові слова: рак шлунку, гостра шлункова кровотеча, хірургічне лікування.

Вступ

Незважаючи на тенденцію зниження захворюваності на рак шлунку проблема лікування ускладнених форм захворювання залишається однією з найбільш складних і актуальних [1, 2, 3]. До 60-80 % хворих надходить на лікування із занедбанними формами захворювання при наявності тяжких ускладнень [2, 4]. Частота розвитку післяопераційних ускладнень коливається від 16,3 до 48,0 %, а летальності від 8,3 до 37,2 % [2, 4, 5, 6].

Мета досліджень

Покращення результатів лікування хворих на ускладнений рак шлунку.

Матеріали та методи досліджень

Дослідження засноване на аналізі результатів лікування 252 хворих на рак шлунку, що

ускладнено кровотечею, які перебували на лікуванні у «ДУ Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» з 2010 по 2019 р. у віці від 29 до 76 років. Середній вік склав 59,6 років. Чоловіків було 147 (58,3 %), жінок — 105 (41,7 %). Усі хворі рандомізовані на дві групи: порівняння — 129 хворих (перебували на лікуванні з 2010 по 2014 р.), основну — 123 хворих (період лікування з 2015 по 2019 р.). У групі порівняння застосовувалися загальноприйняті хірургічна тактика й операції. В основній групі використовувалася активно-індивідуалізована двоетапна хірургічна тактика та розроблені комбіновані й реконструктивно-відновлювальні операції.

Радикальні операції виконано у 120 (47,6 %) хворих; у 132 (52,4 %) — паліативні та симптоматичні (з них у 121 (48,0 %) — порожнинні). Післяопераційні ускладнення виникли у 79



хворого (31,3 %), післяопераційна летальність склала 7,9 % (20 хворих).

Ураження кардіального відділу шлунку відзначено у 31 (12,3 %) хворого, тіла шлунку — у 92 (36,5 %), вихідного відділу — у 85 (33,7 %), субтотальне ураження шлунку — у 28 (11,1 %), тотальне — у 16 (6,3 %) хворих.

Крововтрата легкого ступеня, відповідно до класифікації О. О. Шалімова і В. Ф. Саєнко (1987) [4], виявлена у 67 (16,0 %) хворих; середньої тяжкості — у 136 (32,5 %); тяжкого ступеня — у 49 (11,7 %) хворих.

Для оцінки стану гемостазу використовували класифікацію активності кровотечі Forrest J.A.H. в модифікації Нікішаєва В.І., (1997) [5], відповідно до якої були виділені три групи хворих: I група — кровотеча, що триває (F1A, F1B, F1X) — 78 хворих (31 %); II група — кровотеча, що зупинилась (F1A, F1B, F1C) — 82 хворих (32,5 %); III група — відсутні ознаки кровотечі (F1I — дефект під фібрином) — 92 хворих (36,5 %).

Морфологічно пухлини шлунку були представлені аденокарциномами різного ступеня диференціації: G1 (високодиференційована) — у 25 (10,0 %), G2 (помірно диференційована) — у 55 (22,0 %), G3 (низькодиференційована) — у 113 (44,6 %), G4 (недиференційований рак) — у 59 (23,4 %) хворих.

У досліджуваних групах за даними КТ мало місце проростання пухлини шлунку в сусідні органи: товсту поперечно-ободову кишку і її брижу — у 100 (39,7 %), підшлункову залозу — у 61 (24,2 %), печінку — у 9 (3,6 %), селезінку — у 23 (9,0 %), діафрагму — у 7 (2,7 %), жовчний міхур і гепатодуоденальну зв'язку — у 2 (0,7 %), дванадцятипалу кишку (ДПК) — у 5 (1,9 %), а інвазія в декілька органів — у 46 (18,2 %) хворих.

Розподіл хворих за стадіями TNM представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рак шлунку за класифікацією TNM

Показник	Група порівняння (n = 129)	Основна група (n = 123)
T4N0M0	16 (6,3 %)	11 (4,3 %)
T4N1M0	86 (34,1 %)	82 (32,5 %)
T4N2M0	27 (10,7 %)	30 (11,9 %)

Результати досліджень та їх обговорення

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

Кровотеча ускладнює перебіг раку шлунку в 2,7–41 % спостережень і займає 2–3 місце

серед інших [2, 4, 5, 6]. Метод ендоскопічного гемостазу включав первинну оцінку джерела кровотечі, проведення ендоскопічного кліпсування судин, що кровоточать, коагуляції й криовпливу, зрошення пухлини, що кровоточить, гемостатиками. Досягнення тимчасового ендоскопічного гемостазу у 36 (14,2 %) хворих із кровотечею з пухлини шлунку, що триває, дозволило провести інтенсивну передопераційну підготовку з відстроченим оперативним втручанням протягом 2-6 діб після госпіталізації.

Виконання на першому етапі рентгендоваскулярного гемостазу проведено у 16 (6,3 %) хворих, з них у 11 (4,3 %) хворих воно стало самостійним методом лікування (у 8 відзначено відсутність рецидиву кровотечі). Слід зазначити, що даний метод був особливо цінним для досягнення гемостазу у пацієнтів старечого віку з вираженою супутньою патологією при високому ступені операційного ризику виконання «відкритих» оперативних утручань.

Застосування на першому етапі малоінвазивних методів гемостазу дозволило знизити кількість ургентних операцій з 22 (8,7 %) в групі порівняння до 4 (1,5 %) в основній групі. Відтерміновані операції виконано у 47 (18,6 %) хворих, з них — у 35 (28,6 %) хворих основної групи.

На теперішній час немає стандартного операційного методу через різноманітність тяжкості та локації хвороби, тому застосовується індивідуальний підхід до вибору методу операції.

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 шлунку з пухлиною; II етап — радикальна ререзекція шлунку (гастректомія) з адекватною лімфодисекцією й резекцією уражених сусідніх органів). Особливістю паліативних резекцій є те, що при виключенні повторних утручань перевагу віддаємо методикам в модифікаціях Більрот-II. При планованому повторному втручанні — методикам Більрот-I. У якості паліативних операцій, що дозволяють зупинити кровотечу, при пухлинах шлунку, які неможливо видалити, застосовували гастротомію з прошиванням судин, що кровоточать, тампонаду кратера пухлинної виразки пасмом сальника на живильній судинній ніжці за Опелем-Полікарповим, а також розроблену в клініці тампонаду виразок пухлини передньою стінкою шлунку.

На висоті кровотечі оперовані 26 (10,3 %) хворих, з них 4 (1,6 %) — хворі основної групи. Радикальні операції виконані у 5 (1,98 %) з них у 2 — комбіновані резекції шлунку.

Основними радикальними операціями є дистальна гастректомія, тотальна гастректомія, проксимальна гастректомія. Дистальну гастректомію виконували при екзофітних пухлинах антрального відділу шлунку, що не розповсюджуються вище кута шлунку.

При гастректомії ми віддаємо перевагу езофагоєюноанастомозам в нашій модифікації й 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, накладення провізорних стравохідно-діафрагмальних швів на передню стінку стравоходу; формування антирефлюксного анастомозу за рахунок інвагінації його цими швами у відвідну петлю тонкої кишки. Простота запропонованої операції, скорочення часу втручання до мінімуму, дозволили застосовувати її для виконання гастректомії на висоті кровотечі з гарними результатами [6].

При кардіальному раку можливе застосування проксимальної або тотальної гастректомії. Ми поділяємо думку С.А. Гешеліна (1988) [1], яка збігається з іншими авторитетними фахівцями, що при операціях на висоті кровотечі виконання тотальної гастректомії, в порівнянні з проксимальною гастректомією, більш виправдане, технічно простіше, надійніше й більш радикальне, супроводжується меншим числом післяопераційних ускладнень і меншою летальністю. При раку тіла, значної частини малої кривизни і дистальних відділів шлунку, що кровоточить, при пухлинах з диференціацією G3 та G4, при пухлинах 3 та 4 типу за Vormann, виконували тотальну гастректомію з лімфодисекцією, при пухлинах з диференціацією G1 та G2, при пухлинах 1 та 2 типу за Vormann виконували дистальну гастректомію з лімфодисекцією. Разом з тим при загальному важкому стані пацієнта, поширеному пухлинному процесі можуть застосовуватися паліативні резекції, включно з атиповими. На відновлювальному етапі перевагу віддаємо модифікаціям резекції за Більрот-ІІ.

Особливу категорію пацієнтів складають хворі з пухлинами кукси шлунку, що крово-

точать. Радикалізм щодо пухлини і гемостазу досягається шляхом застосування екстирпації кукси шлунку з лімфодисекцією. Нами виконані комбіновані екстирпації кукси шлунку у 15 хворих (9 — основної групи і у 6 — групи порівняння). У 10 хворих — з резекцією товстої кишки, доповненою у 2 хворих спленектомією; у 5 — з резекцією підшлункової залози й спленектомією. Помер 1 хворий внаслідок легенево-серцевої недостатності. При кровотечах з нерезектабельних пухлин кукси шлунку єдиними можливими заходами залишаються ендоскопічні та рентгенендоваскулярні гемостатичні методики, що виконані у 4 хворих. У 2 хворих відзначено рецидив кровотечі з летальним наслідком.

Усього у 120 (47,6 %) хворих виконані комбіновані резекції шлунку з лімфодисекцією в обсязі D2 (з них у 82 хворих основної групи). Комбінована гастректомія з резекцією поперечної ободової кишки та її брижі виконана у 40 (15,8 %) хворих, з резекцією печінки — у 9 (3,6 %) хворих, резекцією підшлункової залози в поєднанні з спленектомією — у 32 (12,7 %) хворих, ще у 28 (11,1 %) хворого виконаних мультивісцеральні резекції. При резекції шлунку в поєднанні з резекцією поперечної ободової кишки застосовували гастропластику ілеоцекальним сегментом кишечника (18 хворих).

Радикальні операції виконано у 120 (47,6 %) хворих; у 132 (52,4 %) — паліативні та симптоматичні (з них у 121 (48,0 %) — порожнинні). Післяопераційні ускладнення виникли у 79 хворого (31,3 %), післяопераційна летальність склала 7,9 % (20 хворих).

Висновки

1. У хворих на рак шлунку, що ускладнений кровотечею вважаємо за доцільне застосування двоетапної хірургічної тактики з широким використанням малоінвазивних оперативних утручань.

2. Впровадження запропонованої хірургічної тактики й нових оперативних утручань сприяло збільшенню числа радикальних операцій з 38 (29,2 %) — в групі порівняння до 82 (72,8 %) — в основній групі і зниженню післяопераційної летальності з 8,5 % до 7,2 % відповідно.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Гешелін С. А. Невідкладна онкохірургія. Здоров'я. 1988;1:200.
2. Давидов М. І. Онкологія. Клінічні рекомендації. 2015;1: 680.
3. Кіркільєвський С. І., Дубініна В. Г., Лукьянчук О. В., Машуков А. О., Лурін А. Г., Біленко О. А., та ін. /Клінічна хірургія. 2017;12: 20-23. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh_2017_12_7
4. Шалімов О. О., Саенко В. Ф. Хірургія травного тракту Здоров'я. 1987;1:563.
5. Фомін П. Д., Іванчов П. В. Хірургічна тактика при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунку. Харківська хірургічна школа. 2011;1:9-13.
6. 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.



REFERENCES

1. Heshelin S. A. Urgent oncosurgery. *Zdorov'ia*. 1988;1:200. (In Russ.)
2. Davydov M. I. Oncology. Clinical guidelines. Publishing group of GA N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology. 2015;1; 680. (In Russ.)
3. Kirkilevskiy C. I., Dubinina V. H., Lukianchuk O. V., Mashukov A. O., Lurin A. H., Bilenko O. A., et al. Clinical surgery. 2017;12: 20-23. (In Russ.) http://nbuv.gov.ua/UJRN/KIKh_2017_12_7
4. Shalimov O. O., Saenko V. F. Surgery of digestive tract. *Zdorov'ia*. 1987;1:563. (In Russ.)
5. Fomin P. D., Ivanchov P. V. Surgical tactics of acute bleeding malignant tumors of stomach. Surgical school of Kharkiv. 2011;1:9-13. (In Russ.)
6. Patent of Ukraine № 11127 vid 06.05.1999 r. The way of gastrectomy V. T. Zaitsev, V. V. Boiko, V. P. Dalavurak, M. P. Donets, I. A. Taraban. (In Ukr.)

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ
ТАКТИКА И
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
РАКОМ ЖЕЛУДКА,
ОСЛОЖНЕННЫМ
ОСТРЫМ ЖЕЛУДОЧНЫМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

***В. В. Бойко, В. О. Лазирский,
Н. Н. Фарзуллаев***

Реферат. *Цель.* Улучшение результатов лечения больных раком желудка, осложненным острым желудочным кровотечением.

Материалы и методы. Приведен анализ результатов оперативного лечения 252 больных раком желудка, осложненным кровотечением, которые проходили стационарное лечение в «ГУ ИЗНХ им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» с 2010 по 2019 гг.. Все больные разделены на две группы. Результаты и обсуждение. В группе сравнения применялась общепринятая хирургическая тактика и операции. В основной группе применялась активно-индивидуализированная двухэтапная хирургическая тактика. Радикальные операции выполнены у 120 (47,6 %) больных; у 132 (52,4 %) — паллиативные и симптоматические (из них у 121 (48,0 %) — полостные). Послеоперационные осложнения возникли у 79 больных (31,3 %), послеоперационная летальность составила 7,9 % (20 больных).

Выводы. У больных раком желудка, осложненным кровотечением, целесообразно применение двухэтапной хирургической тактики с широким применением малоинвазивных оперативных вмешательств. Данная тактика способствовала увеличению числа радикальных операций с 38 (29,2 %) в группе сравнения до 82 (72,8 %) в основной группе и снижению послеоперационной летальности с 8,5 % до 7,2 % соответственно.

Ключевые слова: *рак желудка, острое желудочное кровотечение, хирургическое лечение.*



SURGICAL STRATEGY
OF TREATMENT OF
PATIENTS WITH STOMACH
CANCER COMPLICATED
WITH ACUTE GASTRIC
BLEEDING

*V.V. Boyko, V. A. Lazirskiy,
N. N. Farzullayev*

Summary. *Objective.* Improvement of results of treatment of patients with stomach cancer complicated with acute gastric bleeding.

Materials and methods. It was shown the analysis of results of surgical treatment of 252 patients with stomach cancer complicated with acute gastric bleeding, which got the hospital treatment at GI “V.T. Zaycev Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine “ from 2010 till 2019, aged 29 till 76. All patients randomly divided on 2 groups: the group of control - 129 patients (got the hospital treatment from 2010 till 2014), and the basic group - 123 patients (from 2015 till 2019).

Results. The common surgical tactics and operations were used at the group of control. The two-staged active-individualized surgical tactic was used at the basic group. Radical surgery was performed in 120 (47.6 %) cases; in 132 (52,4 %) cases – palliative and symptomatic (the 121 (48,0 %) cases of it was major abdominal surgery). Postoperative complications occurred in 79 patients (31.1 %) and postoperative mortality in 7.9 % (20 patients) cases.

Conclusion. There is the rational of using the two-staged surgical tactic with wide using of minimally invasive procedure for the treatment of patients with stomach cancer complicated with acute gastric bleeding. Using of this tactic leads to increasing of quantity of radical operations from 38 (29,2 %) at the group of control till 82 (72,8 %) at the basic group and leads to decreasing post-operative deaths from 8,5 % till 7,2 % respectively.

Key words: *gastric cancer, gastric bleeding, surgical treatment.*