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

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРФОРАЦІЄЮ

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 19 хворих на рак шлунку, що ускладнений перфорацією, які перебували на лікуванні у «ДУ Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України» з 2011 по 2020 рік у віці від 18 до 85. Усі хворі поділені на дві групи: порівняння — 9 (47,3 %) хворих (перебували на лікуванні з 2011 по 2015 рік), основну — 10 (52,7 %) хворих (період лікування з 2016 по 2020 рік).

Результати та обговорення. У групі порівняння застосовувалися загальноприйняті хірургічна тактика і операції. В основній групі використовувалася активно-індивідуалізована двоетапна хірургічна тактика, що припускає ушивання перфоративного отвору на першому етапі та комбіновані й реконструктивно-відновлювальні операції на другому. Радикальні операції виконано у 10 (52,6 %) хворих; у 9 (47,4 %) — паліативні та симптоматичні. Післяопераційні ускладнення виникли у 5 хворих (26,3 %), післяопераційна летальність склала 26,3 % (5 хворих).

Висновки. У хворих на рак шлунку, що ускладнений перфорацією вважаємо за доцільне застосування двоетапної хірургічної тактики з виконанням двоетапних оперативних утручань. Впровадження запропонованої хірургічної тактики й нових оперативних утручань сприяло збільшенню числа радикальних операцій з 4 (21,0 %) в групі порівняння до 6 (31,6 %) в основній групі і зниженню післяопераційної летальності з 15,8 до 10,5 % відповідно.

Ключові слова: рак шлунку, перфорація, 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]. Рак шлунку займає одну з лідируючих позицій в структурі злоякісних новоутворень, складаючи 8,6 % всіх виявлених в світі пухлин. В Україні показник захворюваності в 2017 році склав 23,9 на 100 тисяч дорослого населення (30,9 серед чоловіків і 17,9 серед жінок), серед причин смерті онкологічних хворих, рак шлунку займає третє місце у чоловіків (9,0 %) та шосте місце (5,6 %) у жінок. До 60-80 % хворих надходить на лікування із занедбаними формами захворювання при наявності тяжких ускладнень [2, 4]. В літературі в останні роки наводяться суперечливі дані стосовно частоти наявності перфорації при раку шлунку (від 0,39 до 9,6 %) та летальності (від 11,4 до 46,0 %) [2, 4, 5, 6].

Мета дослідження

Покращення результатів лікування хворих на ускладнений рак шлунку.

Матеріали та методи

Дослідження засноване на аналізі результатів лікування 19 хворих на рак шлунку, що ускладнений перфорацією, які перебували на лікуванні у «ДУ Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України» з 2011 по 2020 рр. у віці від 18 до 85. Це склало 4,5 % від всіх хворих на ускладнений рак шлунку за вказаний період. Чоловіків було 13 (68,4 %), жінок — 6 (31,6 %). Усі хворі рандомізовані на дві групи: порівняння — 9 (47,3 %) хворих (перебували на лікуванні з 2011 по 2015 рік), основну — 10 (52,7 %) хворих (період лікування з 2016 по 2020 рік).

У 15 хворих (78,9 %) перфорація була ізольованим ускладненням, у решти 4 (21,1 %) — спо-

стерігалось поєднання перфорації із гострою шлунковою кровотечею.

Між групами не було значних відмінностей між віком, статтю пацієнтів, супутньою патологією та стадією раку шлунку. У групі порівняння застосовувалися загальноприйняті хірургічна тактика й операції. В основній групі використовувалася двоетапна хірургічна тактика та розроблені комбіновані й реконструктивно-відновлювальні операції.

Ураження кардіального відділу шлунку відзначено у 3 (15,8 %) хворих, тіла шлунку — у 6 (31,6 %), вихідного відділу — у 9 (43,3 %), субтотальне ураження шлунку — у 1 (5,3 %) хворого.

З 4 хворих, що мали гостру шлункову кровотечу крововтрата легкого ступеня, відповідно до класифікації О. О. Шалімова і В. Ф. Саєнко (1987) [4], встановлена у 2 (10,5 %) хворих; середньої тяжкості — у 2 (10,5 %) хворих.

Морфологічно пухлини шлунку були представлені аденокарциномами різного ступеня диференціації: G1 (високодиференційована) — у 5 (26,3 %), G2 (помірно диференційована) — у 5 (26,3 %), G3 (низькодиференційована) — у 7 (36,9 %), G4 (недиференційований рак) — у 2 (10,5 %) хворих.

У досліджуваних групах за даними КТ мало місце проростання пухлини шлунку в сусідні органи: товсту поперечно-ободову кишку і її брижу — у 11 (57,9 %), підшлункову залозу — у 4 (21,1 %), печінку — у 2 (10,5 %), а інвазія в декілька органів — у 2 (10,5 %) хворих.

Розподіл хворих за стадіями TNM представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на рак шлунку за класифікацією TNM

Показник	Група порівняння (n = 9)		Основна група (n = 10)	
	Абс.	Відн., %	Абс.	Відн., %
T4N0M0	2	10,5	3	15,8
T4N1M0	5	26,3	4	21,1
T4N2M0	2	10,5	3	15,8

Результати досліджень та обговорення

У клініці протягом багатьох років надається лікувальна допомога хворим на злоякісні новоутворення шлунку з розвитком гострих ускладнень, таких як кровотеча, стеноз і перфорація.

Перфоративний рак шлунку. Перфорація раку шлунку зустрічається у 0,39 % — 9,6 % серед ускладнень раку шлунку, причому розвиток цього ускладнення нерідко є першим проявом захворювання [2, 3]. Природно, що до операції неможливо встановити поширеність ракової пухлини, стадію захворювання, ураження лімфовузлів і проростання в суміжні органи.

Для виключення прикритої та атипової перфорації пухлини ми використовуємо такий, виключно важливий у практичному відношенні, алгоритм:

1) оглядовий знімок черевної порожнини;

2) проба Хенельта (пневмогастрографія);

3) ендоскопічне дослідження шлунка з інсуфляцією повітря безпосередньо в кратер ракової виразки з наступною оглядовою рентгенографією органів черевної порожнини;

4) лапароскопічне дослідження;

5) лапаротомія.

Дотримання даного протоколу обстеження дозволяє встановити правильний діагноз та виконати своєчасне оперативне втручання.

При перфорації пухлин шлунку загальноприйнятою операцією є первинна резекція шлунку. Протипоказаннями до неї вважали важкий загальний стан пацієнта, літній і старечий вік, перитоніт, високе розташування пухлини, проростання в сусідні органи. В останні часи з'являється багато робіт, що присвячені двоетапній хірургічній тактиці із відстроєною гастректомією або резекцією шлунку на другому етапі, виконаних в тому числі й лапароскопічно.

При загальному тяжкому стані хворого (розлитому перитоніті, нерухливій пухлині) ми виконували ушивання перфоративного отвору з дренажуванням черевної порожнини. Ушивання перфорації ракової пухлини шлунку має значні складнощі. Края перфоративного отвору зазвичай інфільтровані, ригідні, ламкі, кровоточиві. Накладення швів на такі тканини, особливо при пухлині, що розпадається, не ефективно — шви прорізаються, що не забезпечує надійну герметизацію перфорації. В таких випадках виконували пластику пробідного отвору чепцем на ніжці за Опелем-Полікарповим. Деякі автори вважають, що після ушивання пробідного раку послідовно радикальна операція стає в більшості випадків нездійсненною у зв'язку з прогресуванням процесу. В окремих випадках при неможливості виконати ушивання перфорації дефект стінки шлунка використовується в якості нориці — в перфоративний отвір вводять катетер типа Фолея.

Двоетапні оперативні втручання виконані у 9 хворих (основна група — 6) з перфорацією пухлини шлунку. У 4 випадках при виконанні відстроєних операцій вдалося виконати радикальну комбіновану гастректомію, у 2 хворих — паліативні резекції шлунку. У 2 випадках після ушивання перфорації пухлини виникли профузні кровотечі, у 1 хворого виникла неспроможність швів з летальним наслідком. У решти 10 хворих виконано первинну резекцію шлунку (група порівняння — 6 хворих, із них у 4 — паліативну). Померло 2 хворих внаслідок перитоніту. Дані представлено в табл. 2.

На теперішній час немає стандартного операційного методу через різноманітність тяжкості та локації хвороби, тому застосовується

індивідуальний підхід до вибору методу операції. 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.

Таблиця 2

Розподіл хворих на рак шлунку за характером операції

	Група порівняння (n = 9)		Основна група (n = 10)	
	Абс.	Відн., %	Абс.	Відн., %
Радикальні операції	4	21,0	6	31,6
Паліативні операції	5	26,3	4	21,0
Первинна резекція шлунку	6	31,6	4	21,0
Двоетапна резекція	3	15,8	6	31,6

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; формуванні антирефлюксного анастомозу за рахунок інвагінації його цими швами у відповідну петлю тонкої кишки. Перевагами цієї модифікації є: простота запропонованої операції, скорочення часу втручання до мінімуму, що дозволяє застосовувати її також 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 ургентних операціях виконання тотальної гастректомії, в порівнянні з проксимальною, 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, при пухлинах з диференціацією G3 та G4, при пухлинах 3 та 4 типу за Bormann, виконували тотальну гастректомію з лімфодисекцією, при пухлинах з диференціацією G1 та G2, при пухлинах 1 та 2 типу за Bormann 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 на довгій петлі з міжкишечним анастомозом.

Висновки

1. У хворих на рак шлунку, що ускладнений перфорацією вважаємо за доцільне застосування двоетапної хірургічної тактики.
2. Впровадження запропонованої хірургічної тактики й нових оперативних утручань сприяло збільшенню числа радикальних операцій з 4 (21,0 %) – в групі порівняння до 6 (31,6 %) – в основній групі і зниженню післяопераційної летальності з 15,8 % (3 хворих) до 10,5 % (2 хворих) 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, 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., Саєнко 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 S. I., Dubinina V. H., Lukianchuk O. V., Mashukov, 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. Donetsk, I. A. Taraban. (In Ukr.)

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРФОРАЦИЕЙ

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

Реферат. *Цель.* Улучшение результатов лечения больных раком желудка, осложненным перфорацией.

Материалы и методы. Приведен анализ результатов оперативного лечения 19 больных раком желудка, осложненным перфорацией, которые проходили стационарное лечение в «ГУ ИЗНХ им. В.Т. Зайцева НАМН Украины» с 2011 по 2020 г. 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 10 (52,6 %) больных; у 9 (47,4 %) – паллиативные и симптоматические. Послеоперационные осложнения возникли у 5 больных (26,3 %), послеоперационная летальность составила 26,3 % (5 больных).

Выводы. У больных раком желудка, осложненным перфорацией, целесообразно применение двухэтапной хирургической тактики. Данная тактика способствовала увеличению числа радикальных операций с 4 (21,0 %) в группе сравнения до 6 (31,6 %) в основной группе и снижению послеоперационной летальности с 15,8 % до 10,5 % соответственно.

Ключевые слова: *рак желудка, перфорация, хирургическое лечение.*

SURGICAL STRATEGY OF TREATMENT OF PATIENTS WITH STOMACH CANCER COMPLICATED WITH PERFORATION

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

Summary. *Objective.* Improvement of results of treatment of patients with stomach cancer complicated with perforation.

Materials and methods. It was shown the analysis of results of surgical treatment of 19 patients with stomach cancer complicated with perforation, which got the hospital treatment at GI «V. T. Zaycev Institute of General and Urgent Surgery of NAMS of Ukraine» from 2011 till 2020, aged 18 till 85. All patients randomly divided on 2 groups: the group of control – 9 patients (got the hospital treatment from 2011 till 2015), and the basic group – 10 patients (from 2016 till 2020).

Results. The common surgical tactics and operations were used at the group of control. The two-staged active-individualized surgical tactic, that consist of closure by interrupted sutures at first stage and reconstructive operation at second, was used at the basic group. Radical surgery was performed in 10 (52,6 %) cases; in 9 (47,4 %) cases – palliative and symptomatic. Postoperative complications occurred in 5 patients (26.3 %) and postoperative mortality in 26.3 % (5 patients) cases.

Conclusion. There is the rational of using the two-staged surgical tactic. Using of this tactic leads to increasing of quantity of radical operations from 4(21,0 %) at the group of control till 6(31,6 %) at the basic group and leads to decreasing post-operative deaths from 15,8 % till 10,5 % respectively.

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