

DOI: 10.26693/jmbs02.05.082

УДК 616.33–006.6–06–089

Лазирський В. О.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ МІСЦЕВOROЗПОВСЮДЖЕНИЙ РАК ШЛУНКУ

Харківський національний медичний університет

vlazirskiy@gmail.com

Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 418 хворих на ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка. 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%). Радикальні операції виконані у 168 (40,2%) хворих, у 250 (59,8%) – паліативні та симптоматичні. Післяопераційні ускладнення виникли у 82 хворих (19,6%), післяопераційна летальність склала 7,2% (30 хворих).

Ключові слова: ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунка, хірургічне лікування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є фрагментом комплексної НДР ХНМУ «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики захворювань і травм органів очеревини та грудної клітини у хворих з високим операційним ризиком», № державної реєстрації 0113U002537.

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, 4]. Частота розвитку післяопераційних ускладнень варіює від 16,3 до 48,0% а летальності від 8,3 до 37,2% [2, 3, 4, 6].

Мета дослідження: покращення результатів лікування хворих з ускладненим місцеворозповсюдженим раком шлунка.

Матеріали та методи дослідження. 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» НАМН України з 1996 р. по 2015 р., у віці від 18 до 85 років. Середній вік 61,9±8,9 років. Чоловіків – 261 (62,4%), жінок – 157 (37,6%).

Усі досліді проводили у відповідності до Конвенції Ради Європи «Про захист прав людини і людської гідності в зв'язку з застосуванням досяг-

нень біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину (ETS № 164)» від 04.04.1997 р., і Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації (2008 р.). Кожен пацієнт підписував інформовану згоду на участь у дослідженні.

Всі хворі рандомізовані на дві групи: порівняння – 212 хворих (перебували на лікуванні з 2006 по 2010 рр.), основну – 206 хворих (період лікування з 2011 по 2015 рр.). У групі порівняння застосовувалися загальноприйняті хірургічна тактика і операції. В основній групі використовувалася активно-індивідуалізована двохетапна хірургічна тактика і розроблені комбіновані і реконструктивно-відновлювальні операції.

Ураження кардіального відділу шлунка відзначено 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 (1987р.) [6], виявлена у 67 (16,0%) хворих; середньої тяжкості – у 136 (32,5%); тяжкого ступеня – у 49 (11,7%) хворих.

Низькодиференційована аденокарцинома виявлена у 156 (37,3%) хворих, з різним ступенем диференціювання аденокарциноми – у 201 (48,1%) і перстневидно-клітинний рак – у 61 (14,6%) хворих. Розподіл хворих за стадіями TNM представлено в таблиці 1.

Таблиця 1 – Розподіл хворих на рак шлунка за стадіями TNM

Показник	Основна група	Група порівняння
T4	206 (49,3%)	212 (50,7%)
N0	15 (3,5%)	29 (6,9%)
N1	112 (26,8%)	122 (29,2%)
N2	64 (15,3%)	48 (11,5%)
N3	15 (3,5%)	13 (3,1%)
M-	206 (49,3%)	212 (50,7%)
P3	–	12 (2,8%)
P4	206 (49,3%)	200 (47,8%)

З урахуванням клінічних проявів пухлин шлунка розподіл хворих, які перебували на лікуванні в клініці, представлено в **таблиці 2**.

Таблиця 2 – Розподіл хворих на рак шлунка з урахуванням ускладнень

Клінічні прояви	Основна група	Група порівняння
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 дослідження 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, 4, 5, 7]. Для оцінки стану гемостазу використовували класифікацію активності кровотечі Forrest J.A.H. в модифікації Нікішаєва В. І. (1997) [7]. Метод ендоскопічного гемостазу включав первинну оцінку джерела кровотечі, проведення ендоскопічного кліпсування судин, що кровоточать, коагуляції і кровопливу, зрошення пухлини, що кровоточить гемостатиками. Досягнення тимчасового ендоскопічного гемостазу у 49 (11,7%) хворих з кровотечею з пухлини шлунка, що триває, дозволило провести інтенсивну передопераційну підготовку з відстроченим оперативним втручанням протягом 2-6 діб після госпіталізації.

Виконання, на першому етапі, рентгенендоваскулярного гемостазу проведено у 31 (7,4%) хворого, з них у 13 (3,1%) хворих стало самостійним методом лікування (у 9 відзначено відсутність рецидиву кровотечі). Слід зазначити, що даний метод був особливо цінний для досягнення гемостазу у пацієнтів старечого віку з вираженою супутньою патологією при високому ступені операційного ризику виконання "відкритих" оперативних втручань.

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.

У нашій клініці прийнята тактика, спрямована, перш за все, на досягнення надійного гемостазу. При можливості виконання радикального операти-

вного 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 втручанні – методикам Більрот – I. У якості паліативних операцій, що дозволяють зупинити кровотечу при пухлинах шлунка, що неможливо видалити, застосовували гастротомію з прошиванням кровоточивих судин, тампонаду кратера пухлинної виразки пасмом сальника на живильній судинній ніжці по Опелю-Полікарпову; а також розроблену в клініці тампонаду виразок пухлини передньої 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. Післяопераційні ускладнення виникли у 15 (37,5%), померли – 5 (12,5%) хворих. Паліативні резекції шлунка виконані у 47 (11,2%) хворих з кровотечею з пухлини.

При резекції шлунка в наших спостереженнях, ми віддаємо перевагу езофагоєноанастомозам в нашій модифікації і модифікації Ру (при реконструктивних операціях). З 1989 р в клініці поряд з загальновідомими застосовували власну методику езофагоєноанастомоза. 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. Простота запропонованої операції, скорочення часу втручання до мінімуму, дозволили застосовувати її для виконання гастректомії на висоті кровотечі з хорошими результатами [8].

Наявність кровотечі з аррозованих судин суміжних органів вважали додатковим аргументом на користь застосування комбінованих операцій. При кардіальному раку можливе застосування проксимальної резекції шлунка або гастректомії. Ми поділяємо думку С. А. Гешеліна (1988) [2], що збігається з іншими авторитетними фахівцями, що при операціях на висоті кровотечі виконання гастректомії, в порівнянні з проксимальної 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, включаючи атипіві. На відновному етапу перевагу віддаємо модифікаціям резекції по Більрот-II.

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. При кровотечах з нерезектабельних пухлин кукси шлунка єдино можливими заходами залишаються ендоскопічні та рентгеноваскулярні гемостатичні методи, виконані у 4 спостереженнях. У 2 хворих відзначений рецидив кровотечі з летальним наслідком.

Перфоративний рак шлунка. Перфорація раку шлунка зустрічається у 2,1% – 11,5% спостережень, 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.

Перфорація раку шлунка відзначена нами в 15 (3,5%) спостереженнях. 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 перфоративного отвору (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 при виконанні відстрочених операцій вдалося виконати радикальну комбіновану гастректомію, у 5 хворих – паліативні резекції шлунка. У 2 випадках після ушивання перфорації пухлини виникли профузні кровотечі, у 1 хворого виникла неспроможність швів з летальним наслідком. У решти 10 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 [1, 2, 3]. З урахуванням вираженого зневоднення, білкового дефіциту, анемії, порушень згортання, хворі потребують передопераційної підготовки, спрямованої на корекцію показників гомеостазу. Поряд з інфузійною терапією ми активно використовуємо трансдуоденальне введення поживних речовин і рідини через ендоскопічно введений для годування зонд або через ендоскопічно встановлений стент. В процесі подальшого оперативного втручання стент видаляється разом з пухлиною. Наявність даного ускладнення в разі виконання радикальної операції суттєво не впливає на обсяг оперативного втручання за умови компенсації основних життєвих функцій.

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 єюно- 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 єюностому по Майдлю. Операцією вибору при стенозуючих пухлинах тіла шлунка є гастректомія, рідше субтотальна дистальна резекція шлунка, ще рідше – різні атипіві 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 єюностомія 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.

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, субкомпенсованих – у 46 (11,0%), декомпенсованих – у 16 (3,8%). Радикальні операції виконані тільки у 26 (6,2%) хворих даної групи. Паліативна гастректомія виконана у 7 (1,7%) хворих, резекція шлунка – у 18 (4,3%) хворих. У 53 (12,6%) хворих виконані симптоматичні операції – обхідний гастроентероанастомоз – у 42 (10,0%) хворих, у 11 – сформовані еюно- або гастростоми.

Всього у 168 (40,2%) хворих виконані комбіновані резекції шлунка з лімфодиссекцією в обсязі D2 (з них у 106 хворих основної групи). Комбінована гастректомія з резекцією поперечної ободової кишки і її брижі виконана – у 36 (8,6%) хворих, з резекцією печінки – у 35 (8,3%) хворих, резекцією підшлункової залози в поєднанні з спленектомією і без неї – у 32 (7,6%) хворих, спленектомією – у 14 (3,3%), ще у 51 (12,2%) хворого виконані мультивісцеральні резекції. При резекції шлунка в поєднанні з резекцією поперечної ободової кишки застосовували гастропластику ілеоцекальним сегментом кишечника (18 хворих).

Паліативні і симптоматичні операції виконані у 250 (59,8%) хворих. Всього післяопераційні усклад-

нення виникли у 82 (19,6%) хворих. Післяопераційна летальність склала 7,2% (30 хворих).

Висновки

1. У хворих з ускладненим місцеворозповсюдженим 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 (14,8%) в групі порівняння до 106 (25,3%) в основній групі і зниження післяопераційної летальності з 8,0% до 6,3 % відповідно.

Перспективи подальших досліджень. Таким чином, проблемі хірургічного лікування раку шлунка на сьогодні присвячено багато праць, але дотепер актуальними питаннями є вибір хірургічної тактики і методів лікування хворих на ускладнені місцево-розповсюджені форми. Крім того, відсутні систематизовані дані про алгоритм застосування комбінованих та реконструктивно-відновних операцій з метою попередження органічних та функціональних ускладнень після операції, що визначає перспективу подальшого дослідження.

References

1. Bondar VG. Kombinirovannoe vmeshatelstvo po povodu mestnorasprostranennogo raka distalnogo otdela zheludka. *Klinichna khirurgiya*. 2004; 1: 24-6. [Russian].
2. Geshelin SA. *Neotlozhnaya onkokhirurgiya*. K: «Zdorov'ya», 1988. 200 s. [Russian].
3. Gromov MS, Aleksandrov DA, Kulakov AA, i dr. Diagnostika i lechenie rasprostranennogo raka zheludka. *Khirurgiya*. 2003; 4: 20-3. [Russian].
4. Mikhaylov AP, Danilov AM, Napalkov AN, i dr. Ostrye zheludochno-kishechnye krvotecheniya opukholevoy etiologii. *Vestnik khirurgii*. 2006; 4: 79-81. [Russian].
5. Polikarpov SA, Lisitskiy AN, Irov NN, i dr. Radikalnoe khirurgicheskoe lechenie raka zheludka, oslozhnennogo profuznym krvotecheniem. *Khirurgiya*. 2008; 7: 24-6. [Russian].
6. Davydov MI, Ter-Ovanesov MD, Abdikhakimov AN, Marchuk AN. Rak zheludka: chto opredelyaet standarty khirurgicheskogo lecheniya. *Prakt onkol*. 2001; 3 (7): 18-24. [Russian].
7. Fomin PD, Ivanchov PV, Zaplavskiy OV. Khirurgichni aspekty kardioezofagealnogo raku, shcho hostro krvotochyt. *Kharkivska khirurgichna shkola*. 2009; 4 (36): 303-5. [Ukrainian].
8. *Patent 11127 Ukraine*. Sposib hastrektomiyi / V.T. Zaytsev, V.V. Boyko, V.P. Dalavurak, M.P. Donets, I.A. Taraban. (UA); № 20040503768; zayavl 06.05.1999; opubl 15.11.2000. Byul № 5. [Ukrainian].

УДК 616.33–006.6–06–089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЖЕЛУДКА

Лазирский В. А.

Резюме. Приведен анализ результатов оперативного лечения 418 больных с осложненным местнораспространенным раком желудка. Течение основного заболевания осложнилось кровотечением у 252 (60,3%) больных, стенозом – у 89 (21,3%), перфорацией – у 15 (3,5%), и их сочетанием – у 62 (14,8%). Радикальные операции выполнены у 168 (40,2%) больных, у 250 (59,8%) – паллиативные и симптоматические. Послеоперационные осложнения возникли у 82 больных (19,6%), послеоперационная летальность составила 7,2% (30 больных).

Ключевые слова: осложненный местнораспространенный рак желудка, хирургическое лечение.

UDC 616.33–006.6–06–089

**Surgical Tactics of Curing Patients with Complications
of Locally Advanced Stomach Cancer**

Lazirskiy V. A.

Abstract. The problem of treating complicated forms of stomach cancer remains relevant. Up to 80% of patients enter treatment in the III and IV stages of the disease. The problem of providing urgent oncosurgical care to patients with complications of stomach cancer remains far from being resolved. The incidence of postoperative complications varies from 16.3 to 48.0% and mortality from 12.0 to 37.2%. The results of surgical treatment depend on the choice of surgical tactics and the scope of the primary operation.

The aim of the study was to improve the results of treatment of patients with complications of locally advanced gastric cancer. A two-stage surgical tactics with wide application of minimally invasive interventions at the first stage of treatment was developed.

The analysis of the results of operative treatment of 418 patients with complicated locally expanded gastric cancer. All patients were randomized into two groups: comparison group – 212 patients (were cured from 2006 to 2010), the main – 206 patients (treatment period was from 2011 to 2015). The disease was complicated by bleeding in 252 (60.3%) patients, stenosis – in 89 (21.3%), perforation – in 15 (3.5%), their combination – in 62 (14.8%). Endoscopic hemostasis was performed in 49 (11.7%) patients with continued bleeding from the stomach tumor, which allowed delayed surgery for 2-6 days after admission. X-ray endovascular hemostasis was performed in 31 (7.4%) patients. The application of the first stage of minimally invasive hemostasis methods allowed to reduce the number of urgent operations from 46 (11.0%) in the comparison group to 13 (3.1%) in the main group. Deferred procedures were performed in 80 (19.1%) patients, of which 59 (14.1%) of the patients were in the main group. Two-stage operative interventions were performed in 9 (2.1%) patients with perforation of the stomach tumor. Radical surgery was performed in 168 (40.2%), in 250 (59.8%) – palliative and symptomatic. In 106 (25,3,2%) patients of the main group of patients, combined gastric resection with lymphodissection D2. Combined gastrectomy with resection of the transverse colon was performed – in 36 (8.6%) patients, with liver resection – in 35 (8.3%) patients, resection of the pancreas in combination with splenectomy and without it – in 32 (7.6 %) of patients, splenectomy – in 14 (3.3%), in 51 (12.2%) patients performed multiversal resections. Postoperative complications arose to 82 patients (19.6%) and postoperative mortality to 7.2% (30 patients).

Conclusions. We consider it expedient to use two-stage surgical tactics with the use of minimally invasive surgical interventions to patients with complicated locally advanced stomach cancer. The introduction of proposed surgical tactics and new operations contributed to the increase in number of radical operations from 62 (14.8%) to 106 (25.3%) in the main group and a decrease in postoperative mortality from 8.0% to 6.3%. The results can be used in the surgical treatment of complicated gastric cancer. Thus, in the treatment of gastric cancer with invasion of neighboring organs, in the presence of life-threatening complications, the two-stage surgical tactics is the most effective.

Keywords: complicated locally expanded gastric cancer, surgical treatment.

Стаття надійшла 27.09.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування