

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ МІСЦЕВОРОЗПОВСЮДЖЕНИЙ РАК ШЛУНКА

Робота базується на аналізі результатів оперативного лікування 418 хворих на ускладнений місцево-розповсюджений 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 місцево-розповсюджений рак шлунка, хірургічне лікування.

Вступ. Рак шлунка, зокрема ускладнені його форми, займає третє місце серед чинників летальних наслідків у онкологічних хворих. Дотепер не існує єдиного погляду на тактику лікування цих хворих. Тому розробка лікувального алгоритму і нових методів лікування хворих на ускладнений рак шлунка є важливим науковим і практичним завданням.

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% [2-4; 6]. Таким чином, результати лікування хворих з ускладненнями раку шлунка залишаються незадовільними.

Мета дослідження – покращення результатів лікування хворих з ускладненим місцево-розповсюдженим раком шлунка.

Матеріали та методи. 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 $61,9 \pm 8,9$ років. Чоловіків – 261 (62,4%), жінок – 157 (37,6%).

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 двоетапна хірургічна тактика і розроблені комбіновані і реконструктивно-відновлювальні оперативні втручання.

Ураження кардіального відділу шлунку 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%)

Результати та обговорення. У клініці протягом багатьох років надається лікувальна допомога хворим на злоякісні новоутворення шлунка з розвитком гострих життєзагрожуючих ускладнень. 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. [7]. Досягнення тимчасового ендоскопічного гемостазу у 49 (11,7%) хворих з

кровотечею з пухлини шлунка, що триває, дозволило провести передопераційну підготовку і відстрочене оперативне втручання протягом 2-6 діб після госпіталізації.

Виконання, на першому етапі, рентгенендоваскулярного гемостазу проведено у 31 (7,4%) хворого. 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 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 лімфодіссекцією і резекцією уражених сусідніх органів). У якості паліативних операцій, що дозволяють зупинити кровотечу з пухлини 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 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. 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 езофагоєюноанастомозам 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. 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 [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. 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.

Перфоративний рак шлунка. Перфорація раку шлунка зустрічається у 2,1-11,5% спостережень, причому розвиток цього ускладнення нерідко є першим проявом захворювання [2-3]. Перфорація раку шлунка відзначена нами в 19 (4,5%) спостереженнях. При перфорації пухлин шлунка загальноприйнятою 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 [1-3]. При симптоматичних оперативних втручаннях перевагу віддаємо обхідний гастроентеростомії (попередубодовий ізоперистальтичний гастроентероанастомоз на довгій петлі з браунівським співвустям по

Вельфлеру). При короткій брижі тонкої кишки формували задній позадуободовий анастомоз по Гакеру; при короткій брижі тонкої кишки і ураженні задньої стінки шлунка – передній позадуободовий гастроентероанастомоз по Більроту; при ураженні передньої стінки шлунка і брижі ободової кишки метастазами виконували задній попередуюбодовий анастомоз по Монастирському. В окремих випадках при запущеному захворюванні для забезпечення харчування хворого формували еюно- або гастростоми. 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 атипові резекції шлунка. При стенозуючих пухлинах пілороантрального відділу шлунка операцією вибору є субтотальна гастректомія. 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 Лінденбрата компенсований стеноз виявлено у 42 (10,0%) хворих, субкомпенсований – у 46 (11,0%), декомпенсований – 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 мультівісцеральні 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 ускладнення виникли у 82 (19,6%) хворих. Післяопераційна летальність склала 7,2% (30 хворих).

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

Література

1. Бондарь В. Г. Комбинированное вмешательство по поводу местнораспространенного рака дистального отдела желудка / В. Г. Бондарь // Клінічна хірургія. – 2004. – № 1. – С. 24-26.

2. Гешелин С. А. Неотложная онкохирургия / С. А. Гешелин. – К. : «Здоров'я», 1988. – 200 с.

3. Громов М. С. Диагностика и лечение распространенного рака желудка / М. С. Громов, Д. А. Александров, А. А. Кулаков [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 4. – С. 20-23.

4. Михайлов А. П. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А. П. Михайлов, А. М. Данилов, А. Н. Напалков [и др.] // Вестник хирургии. – 2006. – № 4. – С. 79-81.

5. Поликарпов С. А. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С. А. Поликарпов, А. Н. Лисицкий, Н. Н. Иров [и др.] // Хирургия/ – 2008. – № 7. – С. 24-26.

6. Давыдов М. И. Рак желудка: что определяет стандарты хирургического лечения / М. И. Давыдов, М. Д. Тер-Ованесов, А. Н. Абдихакимов, А. Н. Марчук // Практ. онкол. – 2001. – № 3(7). – С. 18-24.

7. Фомін П. Д. Хірургічні аспекти кардіоезофагеального раку, що гостро кровоточить / П. Д. Фомін, П. В. Іванчов, О. В. Заплавський // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 4.1.(36). – С. 303-305.

8. 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.

Вячеслав Лазирский. Оперативное лечение больных с осложнениями местно-распространенного рака желудка.

Приведен анализ результатов оперативного лечения 418 больных с осложненным местно-распространенным 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.

Збірник наукових статей

Послеоперационные осложнения возникли у 82 больных (19,6%), послеоперационная летальность составила 7,2% (30 больных).

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

Vjacheslav Lazirskiy. Surgical treatment of patients with complications of locally advanced stomach cancer.

The analysis of the results of operative treatment of 418 patients with complicated locally expanded gastric cancer. 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%). Radical surgery was performed in 168 (40,2%), in 250 (59,8%) – palliative and symptomatic. Postoperative complications arose to 82 patients (19,6%) and postoperative mortality to 7,2% (30 patients).

Keywords: *complicated locally expanded gastric cancer, surgical treatment.*

Стаття надійшла до редакційної колегії 04.05.2018

Прийнято до друку 07.05.2018

Інформація про автора:

Лазирський Вячеслав Олексійович – кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії № 1, Харківський національний медичний університет.