

УДК 616.33-006.6-005.1-036.11-031.81-089

П.Д. Фомін, П.В. Іванчов

## АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО РАКУ З СУБТОТАЛЬНИМ ТА ТОТАЛЬНИМ УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Проведено аналіз результатів лікування 146 пацієнтів з гострокровоточивим раком шлунка при його субтотальному та тотальному ураженні. Розроблена лікувальна тактика базується на комплексному проведенні мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активної пухлинної кровотечі чи її рецидиву, та профілактики розвитку рецидиву кровотечі після її спонтанної зупинки при нестабільному гемостазі. Використання у клінічній практиці науково обґрунтованого лікувально-тактичного підходу забезпечило можливість проведення у 64,6% хворих з гострокровоточивим раком шлунка при його субтотальному та тотальному ураженні радикальних операцій з лімфодисекцією в об'ємі D2, частота якої при проведенні оперативних втручань у ранньому відстроеному періоді склала 67,6%. Досягнуто зниження загальної та післяопераційної летальності до 15,7% та 21,5% відповідно, а серед неоперованих хворих – до 11,1%. Кращі результати оперативного лікування отримано після проведення гастректомії по Савіних, що визначається у збільшенні 10-тирічного виживання у 1,7 рази в порівнянні з гастректомією по Гіляровичу.

**Ключові слова:** рак шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз, методи операцій.

Твердження, що ускладнення пухлини кровотечею є ознакою запущеності і неоперабельності, зазнало в останні часи перегляду [1, 4, 6, 14]. Засоби комплексної діагностики стадії процесу та його локалізації з урахуванням уточнених інтраопераційних даних дозволяють більшій частині цих пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції [2, 7, 9, 13]. Прогрес в цьому напрямку полягає у ранній діагностиці, успішному ендоскопічному гемостазі, уточненні стадії пухлинного процесу та його локалізації, виконанні у значній кількості хворих радикальних операцій після комплексної повноцінної підготовки та обстеження [4, 5, 15].

Гострокровоточиві злоякісні пухлини шлунка (ГЗПШ) у 4,6-15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково – кишкових кровотеч [4, 6]. Операції на висоті кровотечі виконуються рідко, бо супроводжуються високою післяопераційною летальністю [3, 11, 12]. В хірургії ГЗПШ, з субтотальним та тотальним його ураженням, увага хірургів зосереджена на можливості радикального видалення пухлини, застосуванні нових способів гастректомії та субтотальної резекції шлунка, реконструктивних езофагоєюнопластик, що покращують функціональні результати оперативних втручань, а також операцій, які спрямовані на створення тонкокишкових резервуарів, що відновлюють функцію втраченого шлунка [7, 9, 10]. Вважають доцільним засто-

совувати розширені та комбіновані операції великого об'єму з лімфодисекцією при поширених та синхронних раках [8, 11, 13, 14].

**Мета роботи** – покращення результатів хірургічного лікування гострокровоточивого раку з субтотальним та тотальним ураженням шлунка.

### Матеріал та методи

У клініці за період 1992-2009 р.р. лікувалося 1125 хворих із гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, що склало 2,2% від усіх хворих, лікованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи центру. Субтотальне та тотальне злоякісне ураження шлунка мало місце у 146 (13,0%) пацієнтів: кардіального відділу та тіла шлунка (СМ) – 48 (4,3%), антрального відділу та тіла шлунка (АМ) – у 56 (5,0%), тотальне ураження шлунка (СМА) – у 42 (3,7%).

Вік 103 (70,5%) чоловіків та 43 (29,5%) жінок був від 19 до 92 років, а найбільша кількість хворих відмічена у вікових групах 61-70 років – 45 (30,8%), та 71-80 років – 36 (24,6%) пацієнтів. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2:1.

Згідно Міжнародної класифікації TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.) І стадія захворювання встановлена у 4 (2,7%) хворих, II – у 26 (17,8%), III – у 52 (35,6%), IV – у 64 (43,8%).

Діагноз раку шлунка був встановлений до

госпіталізації в нашу клініку у 35 (24,0%) хворих, серед яких у 30 (85,7%) констатована ІV, а у 5 (14,3%) – ІІ клінічна група.

При визначенні частоти морфологічних варіантів раку шлунка з субтотальним (СМ, МА) та тотальним (СМА) його ураженням було встановлено, що найбільша кількість випадків відводиться інфільтративно-виразковому типу ураження – 66 (45,2%), блюдцеподібний тип ураження відмічено у 28 (19,2%) хворих, дифузно-інфільтративний – у 48 (32,9%), поліповидний – у 4 (2,7%). При цьому, ураження малої кривизни шлунка відмічено у 64 (43,8%) хворих, циркулярне ураження – у 59 (40,4%), задньої стінки – у 23 (15,8%).

Екстренна діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом 1 години з моменту госпіталізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, був встановлений у 76 (52,1%) хворих, від 1 до 2 год – у 39 (26,7%), від 2 до 4 – у 14 (9,6%), від 4 до 12 – у 11 (7,5%), від 12 до 24 – у 5 (3,4%). Ендоскопічне дослідження не проводилося 1 (0,7%) хворому, який був доставлений у клініку в агональному стані і помер протягом кількох годин, а діагноз було верифіковано на аутопсії.

При проведенні ендоскопічного дослідження окрім визначення локалізації пухлинного ураження шлунка, його розповсюдженості та морфологічних характеристик, визначали стан гемостазу, використовуючи модифіковану нами (Нікішаєв В.І., 1997) класифікацію активності кровотечі Forrest J.A.H.: І група (26 (17,8%)) – кровотеча, що продовжується: ІА (4 (2,7%)) – струменева; ІВ (20 (13,7%)) – просочування; Іх (2 (1,4%)) – з-під щільного фіксованого згустка крові; ІІ група (76 (52,1%)) – кровотеча, що зупинилася: ІІА (27 (18,5%)) – тромбована судина; ІІВ (36 (24,7%)) – фіксований згусток крові; ІІС (13 (8,9%)) – мілкі тромбовані судини; ІІІ група (44 (30,1%)) – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Ступінь важкості анемії не відповідає важкості кровотечі у цих пацієнтів. Анемія носить змішаний характер: постгеморагічна та ракова (токсична). Згідно з прийнятою в клініці класифікацією важкості шлунково-кишкових кровотеч (Братусь В.Д., 1988), крововтрату

помірного ступеня виявлено у 36 (24,7%) хворих, середнього – у 53 (36,3%), важкого – у 57 (39,0%).

### *Результати та обговорення*

Лікувальна тактика визначалася в залежності від розповсюдженості пухлинного ураження і стадії процесу, наявності супутньої патології, ступеня важкості крововтрати, стану гемостазу. Так, при наявності активної пухлинної кровотечі хворим проводилися мініінвазивні ендохірургічні втручання, направлені на її зупинку, а у разі наявності стигмат недавньої кровотечі показано проведення заходів ендохірургічного гемостазу, з метою профілактики розвитку рецидиву пухлинної кровотечі. Загалом, ендоскопічний гемостаз проведений 57 (39,0%) хворим з ознаками активної, у тому числі рецидивної кровотечі, та нестабільного гемостазу після спонтанної зупинки пухлинної кровотечі, з високим ризиком розвитку її рецидиву.

Завдяки ефективності ендоскопічного гемостазу необхідність проведення операції при продовженні або рецидиві кровотечі виникла лише у 5 (7,7%) хворих. Всім пацієнтам виконано радикальні оперативні втручання. Так званий стабільний гемостаз не може гарантувати безпеки щодо можливого розвитку рецидиву кровотечі і тому ми вважаємо за необхідне проведення оперативного втручання протягом наступних 3-6 діб після госпіталізації, у разі відсутності протипоказань, пов'язаних із розповсюдженістю та запущеністю пухлинного процесу або важкою супутньою патологією.

Загалом із 146 хворих оперовано 65 (44,5%), а у групі із вперше виявленим раком оперативна активність складала 47,7% (53 із 111). Радикальні операції виконані у 42 (64,6%) пацієнтів: гастректомія (ГЕ) – 17 (40,5%): за Гіляровичем – 10 (58,8%), в модифікації Савіних із сагітальною діафрагмокуротомією – 7 (41,2%); субтотальна дистальна резекція шлунка (СДРШ) – 25 (59,5%): за Гофмейстером-Фінстерером – 7 (28,0%), Бельфуром – 14 (56,0%), Вітебським – 2 (8,0%), Ру – 2 (8,0%).

У 11 (26,2%) радикально оперованих хворих проведено комбіновані операції в поєднанні із спленектомією – 4 (36,3%), геміпанкреатектомією – 4 (36,4%), резекцією попереково-ободової кишки – 3 (27,3%).

Радикальні операції були виконані в наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія – 2 (4,8%), II – 5 (11,9%), III – 29 (69,0%), IV – 6 (14,3%).

Лімфодисекція в об'ємі D1 виконана при проведенні 17 (40,5%) радикальних операцій: GE за Гіляровичем – 8 (47,1%), СДРШ – 9 (52,9%), та в об'ємі D2 – 25 (59,5%): GE в модифікації Савіних – 7 (28,0%), GE за Гіляровичем – 2 (8,0%), СДРШ – 16 (64,0%). Порівнявши частоту виконання лімфодисекції в об'ємі D2, встановлено, що у всіх випадках вона була виконана при проведенні оперативних втручань у ранньому відстроченому періоді і становить 67,6% (25 із 37).

Паліативні та симптоматичні операції проведено у 23 (35,4%) пацієнтів: паліативна резекція шлунка (Пал.РШ) – 8 (34,8%): за Гофмейстером-Фінстерером – 3 (37,5%), Бельфуром – 4 (50,0%), Ру – 1 (12,5%); накладання переднього попередубодового гастроентероанастомозу (ГЕА) на довгій петлі з браунівським співустям – 14 (60,9%); перев'язка судин шлунка + накладання гастроентероанастомозу (ПСШ+ГЕА) – 1 (4,3%). Паліативні операції доповнені проведенням фенестрації очеревини у 9 (39,1%) хворих.

В екстремному порядку, на висоті триваючої та рецидивної кровотечі оперовано 5 (7,7%) хворих з летальністю 40,0% (2 пацієнти). У ранньому відстроченому періоді оперативне лікування проведено у 60 (92,3%) пацієнтів з летальністю 20,0% (12 пацієнтів).

Загальна післяопераційна летальність складала 21,5% (14 хворих). Після радикальних оперативних втручань померло 5 (11,9%) пацієнтів, а після паліативних і симптоматичних операцій – 9 (39,1%).

П'ятирічне виживання після радикальних операцій склало 44,5%, а 10-тирічне – 8,9%, при цьому медіана життя склала 29 місяців. Три- та п'ятирічне виживання практично не відрізнялося у хворих після GE по Гіляровичу та по Савіних, а 10-річне у 1,7 рази більше після GE по Савіних ( $p < 0,05$ ). При анапластичних формах раку шлунка 5-тирічний рубіж виживання досягли 20% пацієнтів після GE по Савіних, у той час коли жоден з пацієнтів не досяг цієї відмітки після GE по Гіляровичу.

Високе 5-тирічне виживання після GE по Савіних пояснюється більшою радикальністю цього варіанта операції, завдяки проведенню

сагітальної діафрагмокруротомії з більш обширною мобілізацією стравохода та більш високим його пересіченням, а також низьким пересіченням лівої шлункової артерії та проведенням лімфодисекції в об'ємі D2.

Не оперовано 81 (55,5%) хворого: внаслідок запущеності процесу – 49 (60,5%), важкої супутньої патології – 26 (32,1%), відмовились від операції – 6 (7,4%). Летальність у цій групі склала 11,1% (9 хворих), при чому 3 померли при явищах продовження кровотечі, а 6 – внаслідок прогресування пухлинного процесу.

Загальна летальність склала 15,7% (23 із 146). Після зупинки кровотечі консервативними заходами та після проведеного хірургічного лікування, направлені для подальшого лікування до онкологічних закладів 123 пацієнти.

### **В и с н о в к и**

Летальність після екстремних операцій на висоті триваючої та рецидивної кровотечі у 2 рази вища, ніж після операцій, проведених у ранньому відстроченому періоді, що виконуються після адекватної підготовки та комплексного дообстеження хворих, при цьому питома вага летальних випадків після радикальних оперативних втручань є у 3,3 рази меншою у порівнянні з паліативними та симптоматичними операціями. Тому вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих з гострокровоточивим раком шлунка при його субтотальному та тотальному ураженні надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю.

Оптимальним стандартом є застосування комплексу мініінвазивних методів ендоскопічного гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву і оперувати хворих у ранньому відстроченому періоді. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості проведення радикальних оперативних втручань з лімфодисекцією в об'ємі D2, частота виконання якої при проведенні оперативних втручань у ранньому відстроченому періоді, в умовах максимальної корекції гіповолемії та компенсації гемодинамічних розладів, становить 67,6%.

Кращі результати оперативного лікування отримано після проведення GE по Савіних, що є свідченням високої радикальності цього

го методу операції, завдяки проведенню сагітальної діафрагмокруротомії з більш обширною мобілізацією стравохода та більш високим його пересіченням, а також низьким пересіченням лівої шлункової артерії та проведенням лімфодисекції в об'ємі D2.

#### АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕГО РАКА ПРИ СУБТОТАЛЬНОМ И ТОТАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ЖЕЛУДКА

*П.Д. Фомин, П.В. Иванчов*

Проведен анализ результатов лечения 146 пациентов с острокровоточащим раком желудка при его субтотальном и тотальном поражении. Разработанная лечебная тактика базируется на комплексном проведении миниинвазивных методов эндохирургического гемостаза для осуществления остановки активного опухолевого кровотечения или его рецидива, а также профилактики развития рецидива кровотечения после его спонтанной остановки при нестабильном гемостазе. Применение в клинической практике научно обоснованного лечебно-тактического подхода обеспечило возможность проведения у 64,6% больных с острокровоточащим раком желудка при его субтотальном и тотальном поражении радикальных операций с лимфодиссекцией в объеме D2, частота которой при проведении оперативных вмешательств в ранее отсроченном периоде составила 67,6%. Достигнуто снижение общей и послеоперационной летальности до 15,7% и 21,5% соответственно, а среди неоперированных больных – до 11,1%. Лучшие результаты оперативного лечения получены после гастрэктомии по Савиных, что определяется увеличением 10-тилетней выживаемости в 1,7 раза по сравнению с гастрэктомией по Гиляровичу-Юдину.

**Ключевые слова:** рак тела желудка, желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, методы операций.

#### ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING CANCER IF SUBTOTAL AND TOTAL AFFECTION OF THE STOMACH

*P.D. Fomin, P.V. Ivanchov*

There was held the analysis of results of treatment of 146 patients with acutely bleeding gastric cancer if its subtotal and total affection. The worked out medical tactic is based on complex holding of miniinvasive methods of endosurgical hemostasis for realization of stopping active tumorous bleeding or its relapse, and for prevention of development of relapse of bleeding after its spontaneous stop if unstable hemostasis. Using scientifically grounded medically-tactical approach in the clinical practice provided the ability for holding radical operations with lymphdissection at the level of D2 with 64,6% of patients with acutely bleeding gastric cancer, and its frequency if holding operative interventions at the early delayed period was 67,6%. There was reached the decrease of general and postoperative lethality to 15,7% and 21,5% accordingly, and among

patients, who weren't operated – to 11,1%. The best results of operative treatment were got after Savinyh's gastrectomy, which is determined by increasing of the 10year survivability in 1,7 times, comparatively to Gilyarovich-Judin's gastrectomy.

**Key words:** cancer of body of stomach, gastrointestinal bleedings, endoscopic hemostasis, methods of operations.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями / В.Д. Братусь // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 2001. – № 1. – С. 5-6.
2. Кондратенко П.Г. Хирургическая тактика у больных с острыми кровотечениями из злокачественных опухолей пищеварительного канала / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов // Хірургія України. – 2005. – № 3. – С. 23-25.
3. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка / Г.А. Арутюнян, А.И. Крыжановский, С.М. Селин [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 55-58.
4. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А. П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2006. – № 1. – С. 79-81.
5. Бондарь В.Г. Поздняя диагностика, осложнения и лечение рака желудка / В.Г. Бондарь, Ю.А. Салиев, Ю.В. Остапенко, Г.В. Бондарь // Клініч. хірургія. – 2006. – № 3. – С. 8-13.
6. Бойко В.В. Результаты оперативного лечения больных с осложнённым местнораспространённым раком желудка / В.В. Бойко, С.А. Савви, В.А. Лазирский, В.Н. Лыхман // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 3 (34). С. 48-51.
7. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложнённого профузным кровотечением / С.А. Поликарпов, А.Н. Лисицкий, Н.Н. Иров [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 24-26.
8. Расширенные операции в хирургии рака желудка / М.И. Давыдов, А. Б. Германов, И.С. Стилиди, В.А. Кузьмичев // Хирургия. – 1995. – № 5. – С. 41-46.
9. Стилиди И.С. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местнораспространённого рака желудка / И. С. Стилиди // Практ. онкология. – 2009. – Т. 10, № 1. – С. 20-27.
10. "Тотальный" рак желудка: клиничко-морфологические особенности и результаты хирургического лечения / С.Н. Неред, А.А. Клименков, И. С. Стилиди [и др.] // Рос. онкол. журнал. – 2007. – № 3. – С. 13-18.
11. Особливості виконання гастректомії на висоті шлункової кровотечі у хворих з раковими пухлинами шлунка, що кровоточать / В.В. Бойко, М.П. Донець, І.А. Тарабан [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 4 (27). – С. 10-12.
12. Iwasa Y. Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy / Y. Iwasa // J. Insur. Med. – 2004. – Vol. 36, № 2. – P. 111-114.
13. Khatri V.P. D2.5 dissection for gastric carcinoma / V.P. Khatri, H. O. Jr. Douglass // Arch. Surg. – 2004. – Vol. 139, № 6. – P. 662-669.
14. Kojima M. Bleeding from the alimentary tract – acute hemorrhage from gastrointestinal tumors: [article in Japanese] / M. Kojima, F. Konishi // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol. 56, № 9. – P. 2360-2364.
15. The management of acute complications in gastric cancer: [article in Romanian] / A. Ionescu, M. Hamburda, S. Sciuca [et al.] // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. – 1993. – Vol. 97, № 2. – P. 265-268.

Стаття надійшла 20.01.2011