



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 6 (123) 2023

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою

ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 12 від 04.12.2023 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова

Підписано до друку 08.12.2023 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 11.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2023

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Сипітій, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)



П. В. Іванчов, Р. І. Верещако,
В. В. Скиба

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

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНИХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Резюме. *Мета.* Основною метою даного дослідження є оптимізація хірургічного лікування хворих на злоякісні пухлини шлунка, ускладнені шлунково-кишковою кровотечею, розробка та впровадження в клінічну практику нової тактики лікування.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі Київського міського центру екстреної медичної допомоги хворим із шлунково-кишковими кровотечами та Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (Україна) у період з 2010 по 2020 рр. Проведено комплексне обстеження та аналіз результатів лікування 140 пацієнтів зі злоякісними пухлинами шлунка, ускладненими гострою шлунково-кишковою кровотечею, що склало 2,2 % від усіх перелікованих хворих із шлунково-кишковою кровотечею за цей період.

Результати. Радикальні операції виконано у 97 (69,3 %) хворих, паліативні та симптоматичні – у 43 (30,7 %). Радикальні операції виконано при I стадії та *Cr in situ* – 19 (13,6 %), II – 48 (34,3 %), III – 45 (32,1 %), IV – 28 (20,0 %). В екстреному порядку 19 (13,6 %) хворих прооперовано на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву з летальністю 5,3 % (1 хворий): 17 радикально (89,5 %), 2 (10,5 %) – нерадикально. В ранньому відтермінованому періоді, після адекватної передопераційної підготовки та комплексного обстеження оперовано 121 (86,4 %) хворого, з них у 80 пацієнтів виконано радикальне оперативне втручання. Загальна післяопераційна летальність становила 7,1 % (10 хворих), після радикальних операцій померло 6 (4,3 %) хворих, після паліативних та симптоматичних операцій – 4 (2,9 %).

П'ятирічна виживаність після радикальних операцій становила 44,5 %, а 10-річна виживаність – 8,9 %, середня тривалість життя – 29 місяців.

Висновки. Операції на висоті триваючої кровотечі у хворих на злоякісні пухлини шлунка дуже небезпечні через високу післяопераційну летальність. Оптимальним стандартом є використання комплексу малоінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для зупинки активної кровотечі і попередження її рецидиву та оперування хворих у ранньому відтермінованому періоді. Дотримання такої тактики доцільне з точки зору зниження ризику для життя хворого та можливості проведення радикальних операцій.

Ключові слова: злоякісні пухлини шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, хірургічне лікування, ендоскопічний гемостаз, радикальні операції, нерадикальні операції, післяопераційні ускладнення.

Вступ

Злоякісні пухлини шлунка протягом багатьох останніх років є найпоширенішою формою онкологічних захворювань у багатьох країнах світу. Найвища захворюваність спостерігається в Японії – 91,4 на 100 тис. населення за рік, а найнижча – у США – 6,9 за 100 тис. населення на рік [1]. Україна належить до країн із середнім показником захворюваності на

рак шлунка – 30,8 на 100 тис. населення на рік [9,10]. Незважаючи на успіхи в діагностиці злоякісних пухлин, у ряді хворих рак шлунка III–IV стадій виявляється в 75 % випадків [3,4,5]. Серед числа хворих на вперше виявлений рак шлунка 62,6 % не прожили 1 року [2,7,9]. Хірургічним лікуванням охоплено близько 45,0–50,0 % хворих з летальністю 15–20 %, при низьких показниках операбель-



ності та резектабельності – 40,5 % і 62,1 % відповідно, що і пояснює незадоволеність результатами хірургічного лікування хворих цієї групи пацієнтів та актуальність даної проблеми [6, 8, 10].

Шлунково-кишкові кровотечі є одними з найсерйозніших і найпоширеніших гострих ускладнень злоякісних пухлин шлунка, що несе пряму загрозу для життя даної категорії пацієнтів, а кількість і тяжкість кровотеч, спричинених пухлиною шлунку з кожним роком прогресивно зростає [2,3,4,6,7].

Мета роботи

Основною метою даного дослідження є оптимізація хірургічного лікування хворих на злоякісні пухлини шлунка, ускладнені шлунково-кишковою кровотечею, розробка та впровадження в клінічну практику нової тактики лікування.

Матеріали та методи досліджень

Дослідження проводилось на базі Київського міського центру екстреної медичної допомоги хворим із шлунково-кишковими кровотечами та в Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги за період з 2010 по 2020 рік.

Проведено комплексне обстеження та ретроспективний аналіз результатів лікування 140 хворих, у яких злоякісні пухлини шлунка ускладнилися шлунково-кишковою кровотечею, що склало 2,2 % від усіх хворих, пролікованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч за цей період. Пацієнтів чоловічої статі було 92 (65,7 %) і 48 (34,3 %) жіночої. Вік хворих складав від 19 до 90 років. Найбільша кількість хворих спостерігалась у вікових групах 61 – 70 років – 43 (30,7 %) та 71 – 80 років – 34 (24,3 %) хворих, середній вік хворих (61,5±13,1) року. Співвідношення чоловіків і жінок становило 2:1.

Відповідно до класифікації, прийнятої в нашій клініки (Братусь В. 1988), у 68 (48,6 %) хворих шлунково-кишкова кровотеча була середньої тяжкості, у 41 (29,3 %) – середньої тяжкості та у 31 (22,1 %) хворого була сильна кровотеча, з них 9 (29,0 %) пацієнтів були доставлені в стані важкого геморагічного шоку.

Наявність шлунково-кишкової кровотечі встановлювали на підставі клінічних симптомів, а також за даними ендоскопічного дослідження з перевіркою відповідних стигмат активності кровотечі за Forrest JAN.: (1974). Так, 27 (19,3 %) пацієнтів госпіталізовано з ендоскопічними ознаками триваючої кровотечі (FIA, FIB), 82 (58,6 %) хворих з нестабільним гемостазом (28 (34,1 %) пацієнтів з FIB та 54 (65,9 %) пацієнтів з FIC) госпіталізовано 31 (22,1 %) пацієнта з ендоскопічними ознаками стабільного гемостазу (FIII, дефект під фібрином).

Відповідно до Міжнародної класифікації TNM восьмого перегляду (2016 р.), усі пацієнти були госпіталізовані на різних стадіях раку, серед них найбільшу групу склали пацієнти з III стадією (47 хворих) та IV (43 пацієнти), з II стадією – 32, а найменшу групу становили хворі з початковою I та Cr in situ стадіями онкологічного процесу (9 пацієнтів відповідно). Серед хворих на вперше виявлений рак шлунка (51) оперативна активність склала 50,7 % (71 із 140 пацієнтів).

Вивчення результатів лікування проводили у двох групах хворих, які лікувалися протягом двох періодів, що відповідають етапам удосконалення та впровадження в клінічну практику малоінвазивних методів ендохірургічних втручань, спрямованих на зупинку активної кровотечі та попередження її рецидивів, а також перегляду принципи підходу та критеріальна тактика. I період – пацієнти, які проходили лікування в нашій клініці з 2010 по 2016 рік та II період – пацієнти, які проходили лікування в нашій клініці з 2017 по 2020 рік.

Структура злоякісних новоутворень шлунка за два періоди лікування хворих представлена в табл. 1.

Таблиця 1

Структура злоякісних новоутворень шлунка в два періоди лікування хворих

Вид злоякісної пухлини, ускладнений кровотечею	I період 2010 – 2016 р.	II період 2017 – 2020 р.	Усього
Злоякісні пухлини шлунка	76	64	140
Рак шлунка	60	53	113
Саркома шлунка	16	11	27

Тактику лікування визначали залежно від поширеності пухлинного ураження та стадії процесу, наявності супутньої патології, тяжкості крововтрати та стану гемостазу.

Результати досліджень та їх обговорення

Радикальні операції виконано у 97 (69,3 %) хворих, паліативні та симптоматичні – у 43 (30,7 %). Радикальні операції виконано при наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія та Cr in situ – 19 (13,6 %), II – 48 (34,3 %), III – 45 (32,1 %), IV – 28 (20,0 %).

В екстреному порядку 19 (13,6 %) хворих прооперовано на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву з летальністю 5,3 % (1 хворий): 17 радикально (89,5 %), у тому числі гастректомію виконано 17 (89,5 %) хворим, нерадикальну операцію – 2 (10,5 %) хворим, яким виконано прошивання кровоточивих судин шлунка. В ранньому відтермінованому періоді, після адекватної передопераційної підготовки та комплексного обстеження оперо-



вано 121 (86,4 %) хворого, з них у 80 пацієнтів виконано радикальне оперативне втручання. Серед них — 55 (68,8 %) стандартних радикальних резекцій шлунка, 25 (68,8 %) — радикальних гастректомій, серед яких 5 (20 %) — розширених радикальних резекцій шлунка зі спленектомією та резекцією хвоста підшлункової залози (як наслідок проростання пухлини в сусідні органи і тканини) та 12 (48 %) пацієнтам виконано оперативне втручання, спрямоване на покращення якості життя хворих у післяопераційному періоді — гастректомія у поєднанні з гастроентеропластиком.

У ранньому відтермінованому періоді паліативні та симптоматичні операції виконано 41 (29,3 %) хворому: паліативна гастректомія — 32 (78,0 %); накладення гастроентероанастомозу — 5 (12,2 %): заднього передньобокового на короткій петлі — 2 (4,9 %), переднього передньобокового на довгій петлі з броунівською кон'юнктивою — 2 (4,9 %). Паліативне оперативне втручання доповнювалось алкоголізацією метастазів у печінці у 9 (22 %) хворих та перитонеальною фенестрацією — у 2 (4,9 %).

Загальна післяопераційна летальність становила 7,1 % (10 хворих), після радикальних операцій померло 6 (4,3 %) хворих, після паліативних та симптоматичних операцій — 4 (2,9 %).

П'ятирічна виживаність після радикальних операцій становила 44,5 %, а 10-річна виживаність — 8,9 %, середня тривалість життя — 29 місяців.

Після 97 радикальних оперативних втручань відзначено розвиток 57 ускладнень у 20 (20,6 %) хворих. Хірургічні ускладнення (42) виникли у 16 (64,5 %) пацієнтів, нехірургічні ускладнення (15) відзначені у 4 (4,1 %) пацієнтів.

У 43 пацієнтів, які перенесли нерадикальні операції, відзначено 17 ускладнень, які розвинулись у 12 (27,9 %) хворих. Хірургічну групу ускладнень (11) виявлено у 5 (11,6 %) випадках, нехірургічну групу (6) у 7 (16,3 %) випадках.

Під час порівняння частоти ускладнень виявлено, що після радикальних операцій хірургічні ускладнення зустрічаються в 4 рази частіше, ніж нехірургічні ускладнення ($p < 0,05$).

У групі хворих, які перенесли нерадикальні операції, у переважній більшості спостерігалися ускладнення, не пов'язані з оперативним втручанням — 7 (16,3 %), а ускладнення, розвиток яких пов'язаний з оперативним лікуванням, відзначено у 5 (11,6 %) випадках, ($p < 0,05$).

Ускладнення після радикальних операцій спричинили 6 (4,3 %) летальних випадків, після нерадикальних операцій ускладнення призвели до 4 (2,9 %) летальних випадків.

Порівнюючи частоту ускладнень у двох періодах лікування, спостерігається зниження частоти ускладнень з 27,2 % до 11,4 % у другому періоді, порівняно з першим періодом.

Смертність після ускладнень, що розвинулися після невідкладних операцій, була стабільно високою у двох періодах лікування, що зумовлено проведенням хворим IV клінічної групи «операцій відчаю» з метою зупинки профузної пухлинної кровотечі на тлі генералізації злоякісної пухлини та поліорганної недостатності внаслідок онкологічної інтоксикації.

Смертність після ускладнень, що розвинулися після ранніх відтермінованих операцій, знизилася з 53,8 % у першому періоді до 40,0 % у другому періоді ($p < 0,05$).

Висновки

Летальність після ургентних оперативних втручань на висоті триваючої та рецидивної кровотечі в 4,6 рази вища, ніж після операцій, виконаних у ранньому відтермінованому періоді, виконаних після адекватної підготовки та комплексного спостереження за хворими.

Частка смертей після радикальних операцій становить у 2,1 разу менше у порівнянні з паліативними і симптоматичними операціями. Тому ми вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих на гострий рак шлунка надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю.

Оптимальним стандартом є використання комплексу малоінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для зупинки активної кровотечі та попередження її рецидиву та оперування хворих у ранньому відтермінованому періоді.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Японська асоціація раку шлунка. Японські рекомендації щодо лікування раку шлунка 2014 (версія 4). Рак шлунка. 2017; 20 (1):1–19.
2. Skierucha M, Milne AN, Offerhaus GJ, Polkowski WP, Maciejewski R, Sitarz R. Molecular alterations in gastric cancer with a special focus on the early onset subtype. *World J Gastroenterol*. 2016; 22(8):2460–2474
3. Лінхуа Яо, Фей Юй, Іннн Мао, Тяньпей Ван, Ці Ці, Хуей Дін, Цзіньчен Ван, Хунся Ма, Цзюньчен Дай, Гуосін Чжан і Гуанфу Цзінь. Рак шлунка може мати спільну генетичну схильність до плоскоклітинного раку стравоходу в китайських популяціях. *Том журналу генетики людини*. 2018 (63):1159–1168.
4. Yoshio Yamaoka. How to prevent gastric cancer deaths worldwide? *Nature Reviews Clinical Oncology*. 2018 (15): 407–408.
5. Лазирський В. Результати хірургічного лікування хворих на ускладнений місцевопоширений рак шлунка. *Клінічна хірургія*. 2017 (9):24–27.
6. Torre L. *Global Cancer Statistics 2012* / L. Torre, F. Bray [et al.] // *CA Cancer J. Clin.* — 2015. — Vol. 65. — С. 87–108.



7. Ахметзянов Ф.Ш., Ф. Ф. Ахметзянова Принципи хірургічного лікування м'язового раку шлунка. Поволзький онкологічний вісник. 2015 (2):26-41.
8. Борбашев Т. Т., Харитонов М.Ю. Розширені та розширено-комбіновані оперативні втручання при ускладненому раку шлунка. Вісник К-Р славістичного універ. 2016(11):102–105.

REFERENCES

1. Yaponska asotsiatsiia raku shlunka Yaponski rekomendatsii shchodo likuvannya raku shlunka 2014 (4). Rak shlunka. 2017; 20 (1):1–19 [Ukr.].
2. Skierucha M, Milne AN, Offerhaus GJ, Polkowski WP, Maciejewski R, Sitarz R. Molecular alterations in gastric cancer with a special focus on the early onset subtype. World J Gastroenterol. 2016 рік; 22(8):2460–2474
3. Linkhua Yao, Fei Yui, Inin Mao, Tianpei Van, Tsi Tsi, Khuei Din, Tszinchen Van, Khunsia Ma, Tszunchen Dai, Huosin Chzhan i Huanfu Tszin. Rak shlunka mozhe maty spilnu henetychnu skhylnist do ploskoklitynnoho raku stravokhodu v kytayskykh populiatsiakh. Tom zhurnalua henetyky liudyny. 2018 (63):1159–1168.
4. Yoshio Yamaoka. How to prevent gastric cancer deaths worldwide? Nature Reviews Clinical Oncology. 2018 (15): 407–408.
5. Lazyrskiy V. Rezultaty khirurhichnoho likuvannya khvorykh na uskladneniy mistsevoposhyreniy rak shlunka. Klinichna khirurhiia. 2017 (9):24-27.
6. Torre L., Bray F. [et al.] Global Cancer Statistics 2012. CA Cancer J. Clin. 2015(65):87-108.
7. Akhmetzianov F.Sh., F. F. Akhmetzianova Pryntsypy khirurhichnoho likuvannya miazovoho raku shlunka. Povolzkyi onkolohichniy visnyk. 2015 (2):26-41.
8. Borbashev T. T., Kharytonov M.Iu. Rozshyreni ta rozshyreno-kombinovani operatyvni vtruchannia pry uskladnenomu raku shlunka. Visnyk Kyrhzyko-Rosiiskoho slavistychnoho universytetu. 2016(11):102–105.

SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMOURS OF THE STOMACH, COMPLICATED BY GASTROINTESTINAL BLEEDING

*P. V. Ivanchov,
R. I. Vereshchako,
V. V. Skiba*

Summary. Objective. The main aim of this study is to optimise the surgical treatment of patients with gastric malignancies complicated by gastrointestinal bleeding, to develop and implement new treatment tactics in clinical practice. **Materials and methods.** The study was conducted on the basis of the Kyiv City Centre for Emergency Medical Care for Patients with Gastrointestinal Bleeding and the Kyiv City Clinical Emergency Hospital (Ukraine) in the period from 2010 to 2020. A comprehensive examination and analysis of the results of treatment of 140 patients with gastric malignancies complicated by acute gastrointestinal bleeding was performed, which accounted for 2.2% of all patients with gastrointestinal bleeding during this period.

Results. Radical surgery was performed in 97 (69.3 %) patients, palliative and symptomatic surgery – in 43 (30.7 %). Radical surgeries were performed at stage I and Cr in situ in 19 (13.6 %), stage II – 48 (34.3 %), stage III – 45 (32.1 %), stage IV – 28 (20.0 %). In an emergency procedure, 19 (13.6%) patients were operated on at the height of ongoing bleeding and at the height of its recurrence with a mortality rate of 5.3% (1 patient): 17 radically (89.5 %), 2 (10.5 %) – non-radically. In the early delayed period, after adequate preoperative preparation and comprehensive examination, 121 (86.4%) patients were operated on, of whom 80 patients underwent radical surgery. The overall postoperative mortality rate was 7.1% (10 patients), and 6 (4.3%) patients died after radical surgery 6 (4.3%) patients died after radical surgery, and 4 (2.9%) patients died after palliative and symptomatic surgery. The five-year survival rate after radical surgery was 44.5%, and the 10-year survival rate was 8.9%, with an average life expectancy of 29 months.

Conclusions. Operations at the height of ongoing bleeding in patients with gastric malignancies are very dangerous due to high postoperative mortality. The optimal standard is the use of a complex of minimally invasive methods of endosurgical haemostasis to stop active bleeding and prevent its recurrence and to operate on patients in the early delayed period. Adherence to such tactics is advisable in terms of reducing the risk to the patient's life and the possibility of radical surgery.

Key words: *gastric malignancies, gastrointestinal bleeding, surgical treatment, endoscopic haemostasis, radical surgery, non-radical surgery, postoperative complications.*