

© П.В. Іванчов, 2013

УДК 616.33-006.6-005.1-036.11-031.21-089

П.В. ІВАНЧОВ

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра хірургії №3, Київ***ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО РАКУ З ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ У ПЕЧЕРІ ВОРОТАРНОЇ ЧАСТИНИ ШЛУНКА**

У клініці за період 1995 – 2012 рр. лікувалося 372 хворих із гострокровоточивим раком печери воротарної частини шлунка. I стадія захворювання встановлена у 17 (4,6%) хворих, II – у 74 (19,9%), III – у 133 (35,7%), IV – у 148 (39,8%).

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. Згідно з визначеними критеріями показань, оперативне лікування проведено у 174 (46,8%) хворих: радикальні операції – у 123 (70,7%), паліативні та симптоматичні – у 51 (29,3%). В екстремому порядку оперовано 21 (12,1%) хворого, у ранньому відстроченому періоді – 153 (87,9%), при цьому летальність після екстрених операцій є вищою у 7,2 разу після радикальних операцій та у 4,9 разу після паліативних і симптоматичних операцій, у порівнянні з операціями, що виконані у ранньому відстроченому періоді. Вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих з гострокровоточивим раком печери воротарної частини шлунка надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю, і доцільним є здійснення ендохірургічного гемостазу та наступне проведення оперативного лікування у ранньому відстроченому періоді, що забезпечить зростання питомої ваги радикальних операцій з лімфодисекцією в об'ємі D2.

**Ключові слова:** рак печери воротарної частини шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз, методи операцій

**Вступ.** Твердження, що ускладнення пухлини кровотечею є ознакою запущеності і неоперабельності, зазнало в останні часи перегляду [1, 4, 12]. Засоби комплексної діагностики стадії процесу та його локалізації з урахуванням уточнених інтраопераційних даних дозволяють більшій частині цих пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції [2, 10, 12]. Прогрес у 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 [6, 7].

Гострокровоточиві злоякісні пухлини шлунка (ГЗПШ) у 4,6 – 15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [3, 5, 13]. Операції на висоті кровотечі виконуються рідко, бо супроводжуються високою післяопераційною летальністю [3, 8]. В хірургії ГЗПШ, з локалізацією у печері воротарної частини шлунка, увага хірургів зосереджена на можливості радикального видалення пухлини, застосуванні нових способів субтотальної дистальної резекції шлунка, що покращують функціональні результати оперативних втручань [7, 8, 11].

**Мета дослідження.** Покращити результати хірургічного лікування гострокровоточивого раку з локалізацією у печері воротарної частини шлунка.

**Матеріали та методи.** У клініці за період 1995 – 2012 рр. лікувалося 1125 хворих із гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, що склало 2,2% від усіх хворих,

пролікованих із приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи центру. Рак печери воротарної частини шлунка мав місце у 372 (33,1%) пацієнтів. Вік 265 (71,2%) чоловіків та 107 (28,8%) жінок був від 19 до 90 років, а найбільша кількість хворих відзначена у вікових групах 61 – 70 років – 114 (30,6%), та 71 – 80 років – 92 (24,7%) пацієнтів. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2:1.

Згідно з Міжнародною класифікацією TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.), I ст. захворювання встановлена у 17(4,6%) хворих, II ст. – у 74 (19,9%), III ст. – у 133 (35,7%), IV ст. – у 148 (39,8%).

Діагноз раку шлунка був встановлений до госпіталізації в нашу клініку у 82 (22,0%) хворих, серед яких у 68 (82,9%) констатована IV, а у 14 (17,1%) – II клінічна група.

При визначенні частоти морфологічних варіантів раку печери воротарної частини шлунка (А) було встановлено, що найбільша кількість випадків відводиться інфільтративно-виразковому типу ураження – 212 (57,0%), блюдецеподібний тип ураження відзначено у 100 (26,9%) хворих, дифузно-інфільтративний – у 34 (9,1%), поліповидний – у 26 (7,0%). При цьому, ураження малої кривини шлунка відзначено у 129 (34,7%) хворих, циркулярне ураження – у 149 (40,0%), задньої стінки – у 53 (14,2%), великої кривини – у 21 (5,6%), передньої стінки – у 20 (5,4%).

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом 1 години з моменту госпіталізації діагноз, що мав локалізацію пухлини і

ступінь гемостазу, був встановлений у 194 (52,1%) хворих, від 1 до 2 год – у 100 (26,9%), від 2 до 4 год – у 35 (9,4%), від 4 до 12 год – у 27 (7,3%), від 12 до 24 – у 12 (3,2%). Ендоскопічне дослідження не проводилося 4 (1,1%) хворим, які були доставлені у клініку в агональному стані і померли 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.: I група (14(3,8%)) – кровотеча, що продовжується: IA (5(1,3%)) – струменева; IB (7(1,9%)) – просочування; Ix 2(0,5%) – з-під щільного фіксованого згустка крові; II група (240(64,5%)) – кровотеча, що зупинилася: IIA (109(29,3%)) – тромбована судина; IIB (101(27,2%)) – фіксований згусток крові; IIC (30(8,1%)) – мілкі тромбовані судини; III група (118(31,7%)) – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Ступінь важкості анемії не відповідає важкості кровотечі у цих пацієнтів. Анемія має 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 74 (19,9%) хворих, середнього – у 156 (41,9%), важкого – у 142 (38,2%).

**Результати досліджень та їх 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 ендоскопічні втручання, направлені на її зупинку, а у разі наявності стигмат недавньої кровотечі показано проведення заходів ендоскопічного гемостазу, з метою профілактики розвитку рецидиву пухлинної кровотечі. Загалом, ендоскопічний гемостаз проведений 146 (39,2%) хворим з ознаками активної, у тому числі рецидивної, кровотечі та нестабільного гемостазу після спонтанної зупинки пухлинної кровотечі, з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі.

Згідно з розробленим нами алгоритмом лікувальної тактики і визначеними критеріями показань до проведення оперативних втручань, із 372 хворих із гострокровоточивим раком печери воротарної частини шлунка хірургічне лікування проведено у 174 (46,8%) пацієнтів. У групі хворих із вперше виявленим раком печери воротарної частини шлунка хірургічна активність склала 49,7% (144 із 290). Радикальні операції виконані у 123 (70,7%) пацієнтів, паліативні та симптоматичні – у 51 (29,3%). Радикальні операції були виконані в таких стадіях пухлинного процесу: I ст. – 7 (5,7%), II ст. – 18 (14,6%), III ст. – 88 (71,5%), IV ст. – 10 (8,1%).

В таблиці 1 наведено показники хірургічної активності та післяопераційної летальності в залежності від умов проведення операцій.

Таблиця 1

Показники хірургічної активності та післяопераційної летальності в залежності від умов проведення операцій

Умови проведення операцій	Радикальні,%	Нерадикальні,%	Всього,%
ЕО	19(90,5%)	2(9,5%)	21(12,1%)
Померло,%	4(21,0%)	1(50,0%)	5(23,8%)
РВО	104(68,0%)	49(32,0%)	153(87,9%)
Померло,%	3(2,9%)	5(10,2%)	8(5,2%)
Всього операцій,%	123(70,7%)	51(29,3%)	174(100%)
Померло,%	7(5,7%)	6(11,8%)	13(7,5%)

Примітка: ЕО – екстрені операції; РВО – ранньо відстрочені операції.

З наведених даних встановлено, що в екстремному порядку (ЕП) на висоті кровотечі, що триває, та на висоті її рецидиву прооперовано 21 (12,1%) пацієнта, серед яких радикально – 19 (90,5%), нерадикально – 2(9,5%). Померло 5 (23,8%) хворих: після радикальних операцій – 4 (21,0%), нерадикальних – 1 (50,0%).

У ранньому відстроченому порядку (РВП), після проведення адекватної підготовки та комплексного дообстеження, оперативне лікування проведено у 153 (87,9%) хворих, при цьому, радикально прооперовано 104 (68,0%), та нерадикально – 49

(32,0%). Померло 8 (5,2%) пацієнтів: після радикальних операцій – 3 (2,9%), нерадикальних – 5 (10,2%).

Загальна післяопераційна летальність склала 7,5% (13 хворих), при цьому питома вага летальності після нерадикальних оперативних втручань у 2,1 разу вища у порівнянні з показником летальності після радикальних операцій, а летальність після екстрених операцій – у 4,6 разу вища, ніж після оперативних втручань, проведених у РВП.

В таблиці 2 наведено види радикальних оперативних втручань залежно від умов їх проведення.

Таблиця 2

Види радикальних оперативних втручань залежно від умов їх проведення

Види операцій	ЕО	Померло %	РВО	Померло %	Всього %	Померло %
СДРШ	19 (15,4%)	4 (21,0%)	104 (84,6%)	3 (2,9%)	123 (100%)	7 (5,7%)
Всього %	19 (15,4%)	4 (21,0%)	104 (84,6%)	3 (2,9%)	123 100%	7 (5,7%)

Примітка: ЕО – екстрені операції; РВО – ранньовідстрочені операції.

Отже, у 123 радикально оперованих хворих виконана субтотальна дистальна резекція шлунка (СДРШ). Лімфодисекція в об'ємі D1 виконана при проведенні 112 (91,1%) радикальних СДРШ, в об'ємі D2 – 11 (8,9%).

З наведених даних видно, що серед радикально оперованих хворих СДРШ виконана у всіх 123 (100%) випадках. У ЕП на висоті кровотечі проведено 19 (15,4%) операцій, з летальністю - 21,0% (4 випадки), а у РВП – 104 (84,6%) з лета-

льністю – 2,9% (3 випадки). Загальна летальність після радикальних СДРШ склала 5,7% (7 хворих), при цьому летальність після радикальних екстрених операцій перевищує показники летальності після операцій, проведених у РВП у 7,2 разу.

Нерадикальні операції (табл. 3) виконано у 51 хворого: паліативна резекція шлунка (Пал.РШ) – у 42 хворих (83,4%); накладання гастроентероанастомозу (ГЕА) – у 9 хворих (17,6%).

Таблиця 3

Види нерадикальних оперативних втручань залежно від умов їх проведення

Види операцій	ЕО	Померло %	РВО	Померло %	Всього %	Померло %
Пал.РШ	2 (4,8%)	1 (50,0%)	40 (95,2%)	1 (2,5%)	42 (83,4%)	2 (4,8%)
ГЕА	-	-	9 (100%)	4 (44,4%)	9 (17,6%)	4 (44,4%)
Всього %	2 (3,9%)	1 (50,0%)	49 (96,1%)	5 (10,2%)	51 100%	6 (11,8%)

Примітка: ЕО – екстрені операції; РВО – ранньовідстрочені операції.

Паліативні операції доповнені проведенням алкоголізації метастазів печінки у 17 (33,3%) хворих та фенестрацією очеревини – у 4 (7,8%).

З представлених даних видно, що найбільша кількість паліативних операцій належить паліативним резекціям шлунка – 42 (83,4%). В ЕП на висоті кровотечі проведено 2 (4,8%) операції, а у РВП – 40 (95,2%). Померло 2(4,8%) хворих: після екстрених операцій – 1 (50,0%), ранньо відстрочених – 1 (2,5%).

Обхідний ГЕА накладений у 9 (17,6%) пацієнтів у РВП. Померло 4 (44,4%) хворих.

Загалом, серед усіх нерадикальних операцій паліативних резекцій шлунка у 4,7 разу виконано більше, ніж симптоматичних операцій, при цьому, летальність після паліативних оперативних втручань є у 9,3 разу меншою у порівнянні з летальністю після симптоматичних операцій.

У цілому із 51 нерадикально оперованого хворого 2 (3,9%) оперовано в ЕП на висоті профузної триваючої або рецидивної кровотечі, та 49 (96,1%) – у РВП. Летальність після нерадикальних екстрених операцій склала 50,0% (1 із 2), перевищуючи показники летальності після операцій, проведених у РВП, у 4,9 разу. Загальна летальність після нерадикальних операцій становить 11,8% (6

хворих), що у 2,1 разу перевищує показник летальності після радикальних оперативних втручань.

**Висновки.** Летальність після екстрених операцій є вищою у 7,2 разу після радикальних операцій та у 4,9 разу після паліативних і симптоматичних операцій, у порівнянні з операціями, що виконані у РВП після повноцінного комплексного дообстеження та проведення адекватної передопераційної підготовки, направленої на компенсацію гіповолемії і корекцію гемодинаміки. Питома вага летальних випадків після радикальних оперативних втручань є у 2,1 разу меншою у порівнянні з паліативними та симптоматичними операціями.

Тому, вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих із гострокровоточивим раком печери воротарної частини шлунка надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю, і доцільним є застосування комплексу мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву і оперувати хворих у РВП. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості виконання радикальних оперативних втручань з лімфодисекцією в об'ємі D2.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В.Д. Братусь. — К. : Здоровья, 1991. — 270 с.
2. 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.
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. 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. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович, В. Г. Бондарь // Онкология. — 2006. — № 2. — С. 171—175.
7. 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.
8. 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.
9. Расширенные операции в хирургии рака желудка / М.И. Давыдов, А.Б. Германов, И.С. Стилиди, В.А. Кузьмичев // Хирургия. — 1995. — № 5. — С. 41 — 46.
10. Состояние проблемы и пути оптимизации тактики хирургического лечения больных раком желудка старшей возрастной группы / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, В.В. Маховский // Хирургия. — 2008. — № 10. — С. 73 — 79.
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. Хирургическое лечение острокровотоочащего рака желудка / П.Д. Фомин, Е.Н. Шепетько, А.Б. Бельский [и др.] // Матеріали 21 з'їзду хірургів України, 5-7 жовт. 2005 р. — Запоріжжя, 2005. — Т. 2. — С. 540—541.
13. Iwasa Y. Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy / Y. Iwasa // J. Insur. Med. — 2004. — Vol. 36, № 2. — P. 111—114.
14. 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.

P.V. IVANCHOV

*Bogomolets National Medical University, Department of Surgery № 3, Kyiv*

**SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING CANCER WITH LOCALIZATION IN THE ANTRAL DEPARTMENT OF THE STOMACH**

In the clinic at the period of 1995 – 2012 there were 372 patients with acutely bleeding cancer of antral department of the stomach on treatment. I stage of the disease was established at 17(4,6%) patients, II – at 74(19,9%), III – at 133(35,7%), IV – at 148(39,8%).

The worked out medical tactic is based on complex holding of miniinvasive methods of endosurgical hemostasis to realize the stop of active tumorous bleeding or its relapse, and for prevention of development of relapse of bleeding after its spontaneous stop if unstable hemostasis. According to established criterions of indications, operative treatment was held with 174(46,8%) patients: radical operations – with 123(70,7%), palliative and symptomatic – with 51(29,3%). In urgent order there were operated 21(12,1%) patients, at the early delayed period – 153(87,9%), for all that lethality after urgent operations is in 7,2 times higher after radical operations and in 4,9 times after palliative and symptomatic operations, comparatively to operations, which were made at the early delayed period. We consider the operations at the level of bleeding among patients with acutely bleeding cancer of antral department of the stomach extremely dangerous, which is linked with high postoperative lethality, and realization of endosurgical hemostasis with further holding of operative treatment at the early delayed period, which will ensure the decrease of specific weight of radical operations with lymphdissection at the volume of D2, will be reasonable.

**Key words:** cancer of antral department of the stomach, gastrointestinal bleedings, endoscopic hemostasis, methods of operations

**Стаття надійшла до редакції: 25.05.2013**