

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ РАКУ ШЛУНКУ

Фомін П.Д., Іванчов П.В., Шепетько Є.М., Повч О.А., Пруднікова О.Б., Андрусенко О.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

У Київському міському Центрі невідкладної допомоги хворим із ШКК (КМКЛ №12) та Київській міській лікарні Швидкої медичної допомоги за семирічний період з 2011 по 2017 роки прооперовано 123 хворих із раком шлунку, ускладненого ШКК – 99 хворих, перфорацією – 5 чи стенозом – 37.

КЛЮЧОВІ СЛОВА Ускладнений рак шлунку, шлунково-кишкова кровотеча, перфорація, стеноз, радикальні оперативні втручання.

У загальній структурі причин шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, частка кровотеч, зумовлених раком шлунку, щорічно зростає на 2,8%. Переважна більшість хворих це пацієнти працездатного віку – 97,0%. Із кожним роком значно зростає госпіталізація хворих молодого віку, із тяжкими кровотечами, декомпенсованими стенозами, атиповими перфораціями та інкурабельною супутньою патологією.

МЕТА РОБОТИ

Визначення оптимальної хірургічної тактики у пацієнтів з ускладненим раком шлунку.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У Київському міському Центрі невідкладної допомоги хворим із ШКК (КМКЛ №12) та Київській міській лікарні Швидкої медичної допомоги за семирічний період з 2011 по 2017 роки прооперовано 123 хворих із раком шлунку, ускладненого ШКК – 99 хворих, перфорацією – 5 чи стенозом – 37. Середній вік пацієнтів склав 61,5 ± 13,1 років.

Ступінь ендоскопічного гемостазу оцінювався за класифікацією Forrest'a, а важкість кровотечі за класифікацією В.Д. Братуся. Діагноз перфорації та стенозуючої пухлини встановлювався на основі клінічних даних та на основі рентгенологічного обстеження і пневмогастрографії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Найбільшу групу склали пацієнти із III та IV стадіями раку – 44 (35,8%) та 64 (52%) хворих, відповідно, із II стадією 9 (7,3%) пацієнтів, а найменше було пацієнтів з почат-

ковою I та Cr in situ стадіями по 3 (2,4%) хворих відповідно. Серед пацієнтів у 73 (51%) рак шлунку був встановлений вперше у нашій клініці у зв'язку із розвитком ускладнень.

У всіх пацієнтів, у яких рак шлунку ускладнився ШКК, застосовувались ендоскопічні методи гемостазу (ЕМГ) з метою профілактики рецидиву кровотечі і відтермінування виконання оперативного втручання. На підставі розроблених критеріїв, при неефективності ЕМГ, у екстремному порядку на висоті триваючої кровотечі (2) чи на висоті її рецидиву (6) оперовано 8 (6,5%) пацієнтів, з них радикально – 4 (50,0%), нерадикально – 4 (50,0%), післяопераційна летальність склала 37,5%. Радикальні операції у ранньому відтермінованому періоді виконано 81 (81,8%) хворому із ШКК, серед них 32 (39,5%) гастректомії, 5 (6,2%) комбінованих гастректомій, 40 (49,4%) субтотальних дистальних резекцій шлунка та 4 (4,9%) проксимальних резекцій шлунку.

З приводу перфорації раку екстремно оперовано 8 (6,5%) пацієнтів, 2 (25%) із яких вдалось виконати радикальні оперативні втручання.

Після адекватної передопераційної підготовки 29 (78,4%) хворим зі стенозуючою пухлиною шлунка виконано стандартні радикальні резекції шлунка, а 8 (21,6%) пацієнтам – нерадикальні резекції шлунка у різних модифікаціях.

Загальна частка післяопераційних ускладнень склала 6,1%, а загальна післяопераційна летальність 6,9%.

ВИСНОВКИ

1. Хірургічна тактика при ускладненому раку шлунку спрямована, у першу чергу, на врятування життя пацієнта від його ускладнень та спрямована на можливість виконання радикального оперативного втручання.

2. Радикальність оперативних втручань залежить від загального стану хворого, особливостей ускладнень пухлинного процесу, наявності супутньої патології та стадії захворювання.