



П. В. Іванчов

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

© Іванчов П. В.

## АСПЕКТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВОГО РАКУ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА

**Резюме.** Проведено аналіз результатів лікування 319 пацієнтів з гострокровоточивим раком проксимального відділу шлунка. 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 68,2 % хворих з гострокровоточивим раком проксимального відділу шлунка радикальних операцій з лімфодисекцією в об'ємі D2, частота виконання якої є у 2,5 разу вищою при проведенні оперативних втручань у ранньому відстроченому періоді. Досягнуто зниження загальної та післяопераційної летальності до 8,8 та 7,9 % відповідно, а серед неоперованих хворих — до 9,5 %. Кращі результати оперативного лікування отримано після проведення гастректомії по Савіних. Це визначається у збільшенні 10-річного виживання, що у 1,7 разу більше в порівнянні з гастректомією по Гіляровичу.

**Ключові слова:** рак проксимального відділу 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 пухлинного процесу та його локалізації з урахуванням уточнених інтраопераційних даних дозволяють більшій частині цих пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції [2, 10, 12]. Прогрес в цьому напрямку полягає у ранній діагностиці, успішному ендоскопічному гемостазі, уточненні стадії пухлинного процесу та його локалізації, виконанні у значної 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]. У хірургії ГЗПШ, з локалізацією у проксимальному відділі, увага хірургів зосереджена на можливості радикального видалення пухлини, застосуванні нових способів гастректомії та субтотальної проксимальної 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, 8, 11]. Вважають доцільним застосовувати розширені та комбіновані операції великого об'єму з лімфодисекцією при поширених та синхронних раках [9, 11, 14].

### Мета роботи

Покращення результатів хірургічного лікування гострокровоточивого раку проксимального відділу шлунка.

### Матеріали та методи досліджень

У клініці за період з 1995 по 2012 рік лікувалося 1125 хворих із гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, що склало 2,2 % від усіх хворих, які ліковані з приводу шлунково-кишкових кровотеч, за час роботи центру. Рак кардіального відділу шлунка мав місце у 319 (28,3 %) пацієнтів, у тому числі з переходом на стравохід у 36 (11,3 %). Вік 225 (70,5 %) чоловіків та 94 (29,5 %) жінок даної групи був від 21 до 91 років, а найбільша кількість пацієнтів відмічена у віці від 61 до 70 років і склала 98 (30,7 %) випадків. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2:1.

Згідно Міжнародної класифікації TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.) I стадія за-



хворювання встановлена у 13 (4,1 %) хворих, II – у 54 (16,9 %), III – у 114 (53,7 %), IV – у 138 (43,3 %).

Діагноз раку шлунка був встановлений до госпіталізації в нашу клініку у 46 (14,4 %) хворих, серед яких у 39 (84,8 %) констатована IV, а у 7 (15,2 %) – II клінічна група.

При визначенні частоти морфологічних варіантів раку кардіального відділу шлунка (С) було встановлено, що найбільша кількість випадків відводиться інфільтративно-виразковому типу ураження – 166 (52,0 %), блюдцеподібний тип ураження відмічено у 103 (32,3 %) хворих, дифузно-інфільтративний – у 36 (11,3 %), поліподібний – у 14 (4,4 %). При цьому, ураження малої кривизни шлунка відмічено у 224 (70,2 %) хворих, циркулярне ураження – у 17 (5,3 %), задньої стінки – у 48 (15,0 %), великої кривизни – у 14 (4,4 %), передньої стінки – у 16 (5,0 %). Розповсюдження ракової інфільтрації на стравохід мало місце у 36 (11,3 %) випадках.

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом першої години з моменту госпіталізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, був встановлений у 168 (52,7 %) хворих, від 1 до 2 годин – у 85 (26,6 %), від 2 до 4 годин – у 31 (9,7 %), від 4 до 12 годин – у 23 (7,2 %), від 12 до 24 – у 9 (2,8 %). Ендоскопічне дослідження не проводилося 3 (1,0 %) 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 розповсюженості та морфологічних характеристик, визначали стан гемостазу, використовуючи модифіковану нами (Нікішаєв В. І., 1997) класифікацію активності кровотечі Forrest J. A. H.: I група (46 (14,4 %)) – кровотеча, що продовжується: IA (16 (5,0 %)) – цівкова; IB (25 (7,8 %)) – просочування; Ix (5 (1,6 %)) – з-під щільного фіксованого згустка крові; II група (172 (53,9 %)) – кровотеча, що зупинилася: ПА (54 (16,9 %)) – тромбована судина; ПВ (89 (27,9 %)) – фіксований згусток крові; ПС (29 (9,1 %)) – мілкі тромбовані судини; III група (101 (31,7 %)) – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Ступінь важкості анемії не відповідає важкості кровотечі у цих пацієнтів. Анемія носить змішаний характер: постгеморагічна та ракова (токсична). Кровотрату помірного ступеня виявлено у 124 (38,9 %) хворих, середнього – у 135 (42,3 %), важкого – у 60 (18,8 %).

#### Результати досліджень та їх обговорення

Лікувальна тактика визначалася в залежності від розповсюженості пухлинного ураження

і стадії процесу, наявності супутньої патології, ступеня важкості крововтрати, стану гемостазу. Так, при наявності активної пухлинної кровотечі хворим проводилися мініінвазивні ендохірургічні втручання, які 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 126 (39,5 %) хворим з ознаками активної, у тому числі рецидивної, кровотечі та нестабільного гемостазу після спонтанної зупинки пухлинної кровотечі, з існуючим високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі.

Завдяки ефективності проведених ендоскопічних гемостатичних процедур необхідність виконання екстрених операцій при продовженні або рецидиві кровотечі виникла лише у 10 (6,6 %) хворих: радикально – 5 (50,0 %), нерадикально – 5 (50,0 %). 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, що пов'язані із розповсюженістю та запушеністю пухлинного процесу або важкою супутньою патологією.

Загалом, із 319 хворих оперовано 151 (47,3 %), а у групі із вперше виявленим раком оперативна активність склала 49,8 % (136 із 273). Радикальні операції виконані у 103 (68,2 %) пацієнтів: гастректомія (ГЕ) – 56 (54,4 %): за Гіляровичем – 14 (25,0 %), в модифікації Савіних із сагітальною діафрагмокуротомією – 42 (75,0 %); субтотальна проксимальна резекція шлунка (СПРШ) – 47 (45,6 %). У 24 (23,3 %) радикально оперованих хворих проведено комбіновані операції в поєднанні із спленектомією – 23 (95,8 %), геміпанкреатектомією – 1 (4,2 %). Радикальні операції були виконані в наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія – 6 (5,8 %), II – 14 (13,6 %), III – 74 (71,8 %), IV – 9 (8,7 %).

Лімфодисекція в об'ємі D1 виконана при проведенні 53 (51,5 %) радикальних операцій: гастректомія за Гіляровичем – 6 (11,3 %), СПРШ – 47 (88,7 %), та в об'ємі D2 – 50 (48,5 %): ГЕ в модифікації Савіних – 42 (84,0 %), ГЕ за Гіляровичем – 8 (16,0 %). Порівнявши частоту виконання лімфодисекції в об'ємі D2, встановлено, що при проведенні екстрених радикальних операцій вона виконана в 1 (20,0 %) випадку із 5, а при проведенні радикальних операцій у ранньому відстроченому періоді частота її виконання є більшою у 2,5 рази і становить 49 (50,0 %) випадків із 98.

Паліативні та симптоматичні операції проведено у 48 (31,8 %) пацієнтів: паліативна ре-



зекція шлунка (Пал.РШ) — 34 (70,8 %): за Гофмейстером—Фінстерером — 19 (55,9 %), Бельфуром — 14 (41,2 %), Ру — 1 (2,9 %); перев'язка судин шлунка (ПСШ) — 14 (29,2 %): лівої шлункової артерії — 8 (57,1 %), лівої і правої шлункових артерій — 6 (42,9 %). Паліативні операції доповнені проведенням алкоголізації метастазів печінки у 3 (6,25 %) хворих та фенестрацією очеревини — у 1 (2,1 %).

В екстреному порядку, на висоті триваючої та рецидивної кровотечі оперовано 10 (6,6 %) хворих з летальністю 30,0 % (3 хворих). У ранньому відстроченому періоді оперативне лікування проведено у 141 (93,4 %) пацієнтів з летальністю 6,4 % (9 пацієнтів).

Загальна післяопераційна летальність складала 7,9 % (12 хворих). Після радикальних оперативних втручань померло 4 (3,9 %) пацієнти, а після паліативних і симптоматичних операцій — 8 (16,7 %).

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

Високе 5-річне виживання після гастректомії по Савіних пояснюється більшою радикальністю цього варіанта операції, завдяки проведенню сагітальної діафрагмокуротомії 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 168 (52,7 %) хворих: внаслідок запущеності процесу — 101 (60,1 %), важкої супутньої патології — 53 (31,5 %), відмовились від операції — 14 (8,3 %). Летальність у цій групі складала 9,5 % (16 хворих), при чому 2 померли

при явищах продовження кровотечі, а 14 — внаслідок прогресування пухлинного процесу.

Загальна летальність складала 8,8 % (28 із 319). Після зупинки кровотечі консервативними заходами та після проведеного хірургічного лікування, направлені для подальшого лікування до онкологічних закладів 291 пацієнти.

### Висновки

Летальність після екстрених операцій на висоті триваючої та рецидивної кровотечі у 4,7 разу вища, ніж після операцій, що проведені 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 4,3 разу меншою у порівнянні із паліативними та симптоматичними операціями. Тому вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих з гострокровоточивим раком проксимального відділу шлунка надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю.

Оптимальним стандартом є застосування комплексу мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву і оперування 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 є у 2,5 разу вищою при проведенні оперативних втручань у ранньому відстроченому періоді, в умовах максимальної корекції гіповолемії та компенсації гемодинамічних розладів.

Кращі результати оперативного лікування отримано після проведення гастректомії по Савіних, що є свідченням високої радикальності цього методу гастректомії, завдяки проведенню сагітальної діафрагмокуротомії з більш обширною мобілізацією стравохода та більш високим його пересіченням, а також низьким пересіченням лівої шлункової артерії та проведенням лімфодисекції в об'ємі D2.

### ЛІТЕРАТУРА

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 острокровоточащего 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.

## АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩЕГО РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

*П. В. Иванчов*

**Резюме.** Проведен анализ результатов лечения 319 пациентов с острокровоточащим раком проксимального отдела желудка. Разработанная лечебная тактика базируется на комплексном проведении миниинвазивных методов эндохирurgical 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 68,2 % больных с острокровоточащим раком проксимального отдела желудка радикальных операций с лимфодиссекцией в объёме D2, частота выполнения которой в 2,5 раза выше при проведении оперативных вмешательств в ранее отсроченном периоде. Достигнуто снижение общей и послеоперационной летальности до 8,8 и 7,9 % соответственно, а среди неоперированных больных — до 9,5 %. Лучшие результаты оперативного лечения получены после гастректомии по Савиных, что определяется увеличением 10-летней выживаемости в 1,7 раза по сравнению с гастректомией по Гиляровичу.

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

## ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING CANCER OF THE PROXIMAL DEPARTMENT OF THE STOMACH

*P. V. Ivanchov*

**Summary.** There was carried out the analysis of results of treatment of 319 patients with acutely bleeding cancer of the proximal department of the stomach. The worked out treatment tactic is based on complex carrying out of miniinvasive methods of endosurgical haemostasis to accomplish the stopping of an active tumorous bleeding or its relapse, and for prevention of development of relapse of bleeding after its spontaneous stop if there is unstable haemostasis. Using scientifically grounded medically-tactical approach in the clinical practice provided the ability for holding radical operations with lymphdissection at the level of D2 in 68,2 % of patients with acutely bleeding cancer of the proximal department of the stomach, frequency of making it is in 2,5 times higher if holding operative intervention at the early delayed period. The decrease of general and postoperative lethality to 8,8 and 7,9 % accordingly was reached, and among patients, who weren't operated — to 9,5 %. The best results of operative treatment were got after gastrectomy by Savinykh, which is determined by increasing of the 10year survivability in 1,7 times, comparing to gastrectomy by Gilyarovitch.

**Key words:** cancer of the proximal department of the stomach, gastrointestinal bleedings, endoscopic haemostasis, methods of operations.