

П. Д. Фомін, П. В. Іванчов

Національний медичний
університет імені

О.О. Богомольця, м. Київ

© П. Д. Фомін, П. В. Іванчов

РАДИКАЛЬНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА

Резюме. У клініці за період 1992—2009 рр. лікувалися 1125 хворих із гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка. Хірургічне лікування проведено у 524 (46,6%) пацієнтів, серед яких радикальні операції виконано у 362 (69,1%). В екстреному порядку оперовано 40 (11,0%) хворих, у ранньому відстроченому періоді — 322 (89,0%). Кращі результати оперативного лікування отримано після проведення гастректомії за Савіних, що визначається у збільшенні 10-річного виживання у 1,7 разу в порівнянні з гастректомією за Гіляровичу—Юдіну. Загальна післяопераційна летальність становила 5,2% (19 хворих), при цьому летальність після екстрених радикальних операцій у 5,9 разу вища, ніж після оперативних втручань, проведених у ранньому відстроченому періоді. Вважаємо радикальні операції на висоті кровотечі у хворих із гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю. 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: злоякісні пухлини шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, радикальні операції.

Вступ

Твердження, що ускладнення пухлини кровотоку є ознакою за давності і неоперабельності, зазнало в останні часи перегляду [1, 7, 9, 14]. Засоби комплексної діагностики стадії процесу та його локалізації з урахуванням уточнених інтраопераційних даних дозволяють більшій частині цих пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції [1, 3, 6]. 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 [4, 7, 9].

Гострокровоточиві злоякісні пухлини шлунка (ГЗПШ) у 4,6—15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [3, 4, 5, 9, 12, 15]. Операції на висоті кровотечі виконуються рідко, бо супроводжуються високою післяопераційною летальністю [3, 4, 14]. У хірургії ГЗПШ 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 [2, 5, 6, 7, 9, 11, 15]. Вважають доцільним застосовувати розширені та комбіновані операції великого обсягу з лімфодисекцією при поширених та синхронних раках [6, 8, 9, 10, 13].

Мета роботи — покращення результатів радикального хірургічного лікування ГЗПШ.

Матеріали та методи

У клініці за період 1992—2009 рр. лікувалися 1125 хворих із ГЗПШ, що становило 2,2% від усіх хворих, лікованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи центру. Рак шлунка мав місце у 110 (98,5%) пацієнтів, у 17 (1,5%) — саркома. Вік 794 (70,6%) чоловіків та 331 (29,4%) жінки був від 19 до 94 років, а найбільша кількість хворих відзначена у вікових групах 61—70 років — 347 (30,8%), та 71—80 років — 277 (24,6%) пацієнтів. Співвідношення чоловіків і жінок — 2:1.

Згідно з Міжнародною класифікацією TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.) I стадія захворювання встановлена у 46 (4,1%) хворих, II — у 210 (18,7%), III — у 402 (35,7%), IV — у 467 (41,5%).

Діагноз раку шлунка був встановлений до госпіталізації в нашу клініку у 221 (19,6%) хворого, серед яких у 185 (83,7%) констатована IV, а у 36 (16,3%) — II клінічна група.

На підставі даних ендоскопічного дослідження, ураження кардіального відділу шлунка (С) мало місце у 319 (28,3%), тіла шлунка (М) — у 288 (25,6%), антрального відділу шлунка (А) — у 372 (33,1%) хворих. Поєднані ураження відзначені у 104 (9,2%) пацієнтів: кардіального відділу та тіла шлунка (СМ) — у 48 (4,3%), антрального відділу та тіла шлунка (АМ) — у 56 (5,0%), тотальне ураження шлунка (СМА) — у 42 (3,7%).



При визначенні частоти морфологічних варіантів злоякісних пухлин шлунка було встановлено, що найбільша кількість випадків відводиться інфільтративно-виразковому типу ураження — 585 (52,0%), блюдцеподібний тип ураження відзначено у 342 (30,4%) хворих, дифузно-інфільтративний — у 129 (11,5%), поліпоподібний — у 69 (6,1%). При цьому ураження малої кривизни шлунка було у 597(53,1%) хворих, циркулярне ураження — у 266 (23,6%), задньої стінки — у 165 (14,7%), великої кривизни — у 53 (4,7%), передньої стінки — у 44 (3,9%). Розповсюдження ракової інфільтрації на стравохід мало місце у 36 (11,3%) випадках.

Екстрена 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 590 (52,4%) хворих, від 1 до 2 год — у 301 (26,8%), від 2 до 4 год — у 108 (9,6%), від 4 до 12 год — у 82(7,3%), від 12 до 24 — у 34 (3,0%). Ендоскопічне дослідження не проводилося 10 (0,9%) 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 (В.І. Нікішаєв, 1997) класифікацію активності кровотечі Forrest J.A.H.: I група (125 (11,1%)) — кровотеча, що продовжується: ІА (36 (3,2%)) — струменева; ІВ (78 (6,9%)) — просочування; Іх (11(1,0%)) — з-під щільного фіксованого згортка крові; II група (654 (58,1%)) — кровотеча, що зупинилася: ІІА (255 (22,7%)) — тромбована судина; ІІВ (301 (26,7%)) — фіксований згортки крові; ІІС (98(8,7%)) — дрібні тромбовані судини; III група (346 (30,8%)) — відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Ступінь тяжкості анемії не відповідає тяжкості кровотечі у цих пацієнтів. Анемія носить змішаний характер: постгеморагічна та ракова (токсична). Згідно з прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишкових кровотеч (В.Д. Братусь, 1988), крововтрату помірного ступеня виявлено у 270 (24,0%) хворих, середнього — у 460 (40,9%), тяжкого — у 395 (35,1%).

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з розробленим нами алгоритмом лікувальної тактики і визначених критеріїв показань до проведення оперативних втручань, із 1125 хворих з ГЗПШ хірургічне лікування проведено у 524 (46,6%) пацієнтів. У групі хворих із вперше виявленим раком шлунка оперативна активність становила 49,4% (447 із 904 хворих). Радикальні

операції виконані у 362 (69,1%) пацієнтів у наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія — 21 (5,8%), II — 50 (13,8%), III — 258 (71,3%), IV — 33 (9,1%).

У табл. 1 наведено види радикальних оперативних втручань залежно від умов їх проведення.

Таблиця 1

Види радикальних оперативних втручань залежно від умов їх проведення

Види операцій	ЕО	Померло, %	РВО	Померло, %	Всього %	Померло, %
ГЕ	10 (8,4%)	1 (10,0%)	109 (91,6%)	4 (3,7%)	119 (32,9%)	5 (4,2%)
СПРШ	—	—	47 (100%)	3 (6,4%)	47 (13,0%)	3 (6,4%)
СДРШ	30 (15,3%)	7 (23,3%)	166 (84,7%)	4 (2,4%)	196 (54,1%)	11 (5,6%)
Всього, %	40 11,0%	8 20,0%	322 89,0%	11 3,4%	362 100%	19 5,2%

Із наведених даних видно, що у 362 радикально оперованих хворих виконано: гастректомію (ГЕ) — 119 (32,9%): за Гіляровичем—Юдіним — 40 (33,6%), у модифікації Савіних із сагітальною діафрагмокуротомією — у 79 (66,4%); субтотальна проксимальна резекція шлунка (СПРШ) — у 47 (13,0%); субтотальна дистальна резекція шлунка (СДРШ) — у 196 (54,1%): за Гофмейстером—Фінстерером — у 137 (69,9%), за Бельфуром — у 32 (16,3%), за Вітебським — 16(8,2%), за Ру — у 11 (5,6%).

У 39 (10,8%) радикально оперованих хворих проведено комбіновані операції в поєднанні із спленектомією — 30 (76,9%) випадків, геміпанкреатектомією — 6 (15,4%), резекцією попереково-ободової кишки — 3 (7,7%).

Серед радикально оперованих хворих ГЕ виконана у 119 (32,9%) пацієнтів, складаючи 32,9% від усіх радикальних оперативних втручань з приводу ГЗПШ. У 79 (66,4%) хворих ГЕ виконана в модифікації Савіних із сагітальною діафрагмокуротомією та у 40 (33,6%) — за Гіляровичем—Юдіним. На висоті кровотечі проведено 10 (8,4%) операцій, а у РВП — 109 (91,6%). Померло 5 (4,2%) хворих: після екстрених операцій — 1 (10,0%), ранньовідстрочених — 4 (3,7%).

Радикальна СДРШ виконана у 196 (54,1%) хворих. Екстрено оперовано 30 (15,3%) пацієнтів з летальністю 23,3% (7 хворих). У РВП оперовано 166(84,7%) пацієнтів з летальністю 2,4% (4 хворих). Загальна летальність становила 5,6% (11 із 196).

Радикальна СПРШ виконана у 47 (13,0%) хворих. Усі операції проведені у РВП. Померло 3 (6,4%) пацієнти.

Об'єм виконання лімфодисекції та його залежність від умов проведення операцій представлено в табл. 2. З наведених даних видно, що лімфодисекція в об'ємі D1 виконана при проведенні 220 (60,8%) радикальних операцій: ГЕ за Гіляровичем—Юдіним — 22 (10,0%), СПРШ — 47 (21,4%), СДРШ — 151 (68,6%). В об'є-

мі D2 лімфодисекція виконана при проведенні 142 (39,2%) радикальних операцій: GE в модифікації Савіних — 79 (55,6%), GE за Гіляровичем—Юдіним — 18 (12,7%), СДРШ — 45 (31,7%).

Таблиця 2

Залежність об'єму виконання лімфодисекції від умов проведення операцій

Об'єм лімфодисекції	Умови проведення операцій		Всього, %
	ЕО	РВО	
D1	35 (87,5%)	185 (57,5%)	220 (60,8%)
D2	5 (12,5%)	137 (42,5%)	142 (39,2%)
Всього, %	40 (100%)	322 (100%)	362 (100%)

Порівнявши частоту виконання лімфодисекції в об'ємі D2 залежно від умов проведення операцій, встановлено, що при екстрених радикальних операціях вона виконана у 5(12,5%) випадках із 40, а при проведенні радикальних операцій у ранньому відстроченому періоді частота її є більшою у 3,4 разу і становить 137 (42,5%) випадків із 322.

П'ятирічне виживання після радикальних операцій становило 44,5%, а 10-річне — 8,9%, при цьому медіана життя становило 29 місяців. Три- та п'ятирічне виживання практично не відрізнялося у хворих після гастректомії за Гіляровичем—Юдіним та Савіних, а 10-річне у 1,7 разу більше після гастректомії за Савіних (p<0,05). При низькодиференційованих та недиференційованих (G3 — G4) формах раку шлунка 5-річну межу виживання досягли 20% пацієнтів після гастректомії за Савіних, у той час коли жоден з пацієнтів не досяг цієї відмітки після гастректомії за Гіляровичем—Юдіним.

Високе 5-річне виживання після гастректомії за 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.

Загалом, у структурі радикальних операцій у хворих з ГЗПШ співвідношення гастректомій до резекцій шлунка є 1:2, при цьому найменший показник післяопераційної летальності є після гастректомій, складаючи 4,2%, а після субтотальної дистальної та проксимальної резекцій шлунка — 5,6 та 6,4% відповідно.

Отже, в ЕП на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву оперовано 40 (11,0%) пацієнтів.

У РВП, після проведення адекватної підготовки та комплексного дообстеження, оперативне лікування проведено у 322 (89,0%) хворих.

Летальність після ЕО становить 20,0% (8 хворих), після РВО — 3,4% (11 хворих), при цьому показник летальності після екстрених радикальних операцій у 5,9 разу вищий, ніж після оперативних втручань, проведених у РВП. Загальна післяопераційна летальність становила 5,2% (19 хворих), що у 3,6 разу менше показника летальності після нерадикальних оперативних втручань.

Висновки

1. Летальність після екстрених радикальних операцій є вищою у 5,9 разу у порівнянні з операціями, що виконані у РВП після проведення адекватної передопераційної підготовки, направленої на компенсацію гіповолемії і корекцію гемодинаміки та повноцінного комплексного дообстеження.

2. У структурі радикальних операцій у хворих з ГЗПШ співвідношення гастректомій до резекцій шлунка є 1:2, при цьому найменший показник післяопераційної летальності є після гастректомій (4,2%), а після субтотальної дистальної та проксимальної резекцій шлунка — 5,6 та 6,4% відповідно.

3. Частота виконання лімфодисекції в об'ємі D2 є вищою у 3,4 разу після радикальних операцій, що проводилися у РВП і становить 42,5%.

4. Вважаємо радикальні операції на висоті кровотечі у хворих з ГЗПШ надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю, і доцільним є застосування комплексу мініінвазивних методів ендокірургічного 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.

5. Крайні результати оперативного лікування отримано після проведення гастректомії за 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. 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. Невожай В. И. Субтотальная дистальная резекция в хирургии рака желудка / В. И. Невожай, Т. А. Федоренко// Рос. онкол. журнал. — 2009. — № 3. — С. 25—28.

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. *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.

6. *Радикальное* хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С. А. Поликарпов, А. Н. Лисицкий, Н. Н. Иров [и др.]//Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2008. — №7. — С. 24—26.

7. *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.

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. *Результаты* оперативного лечения больных с осложненным местнораспространенным раком желудка / В.В. Бойко, С.А. Савви, В.А. Лазирский, В.Н. Лыхман//Харківська хірургічна школа. — 2009. — №3 (34). С. 48 — 51.

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. *Стилиди И. С.* Современные представления об основных принципах хирургического лечения местнораспространенного рака желудка / И. С. Стилиди//Практ. онкология. — 2009. — Т. 10, №1. — С. 20—27.

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.

РАДИКАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

П. Д. Фомин, П. В. Иванчов

Резюме. В клинике за период 1992 — 2009 гг. находились на лечении 1125 больных с острокровотокающими злокачественными опухолями желудка. Хирургическое лечение проведено у 524 (46,6%) пациентов, среди которых радикальные операции выполнены у 362(69,1%). В экстренном порядке оперировано 40 (11,0%) больных, в раннем отсроченном периоде — 322 (89,0%). 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—Юдину. Общая послеоперационная летальность составила 5,2% (19 больных), при этом летальность после экстренных радикальных операций в 5,9 раза выше, чем после оперативных вмешательств, проведенных в раннем отсроченном периоде. Считаем радикальные операции на высоте кровотечения у больных с острокровотокающими злокачественными опухолями желудка крайне опасными, что связано с высокой послеоперационной летальностью. Целесообразно осуществление эндохирургического гемостаза с последующим проведением оперативного лечения в раннем отсроченном периоде, что обеспечит рост удельного веса радикальных операций с лимфодиссекцией в объеме D2.

Ключевые слова: *злокачественные опухоли желудка, желудочечно-кишечные кровотечения, радикальные операции.*

RADICAL SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

P. D. Fomin, P. V. Ivanchov

Summary. In the clinic at the period of 1992—2009 there were 1125 patients with acutely bleeding malignant tumors of the stomach on treatment. Surgical treatment was held with 524(46,6%) patients, and among them radical operations were held with 362(69,1%) patients. There were 40(11,0%) patients operated in urgent order, 322(89,0%) patients — at the early delayed period. 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. General postoperative lethality was 5,2%(19 patients), for all that lethality after urgent radical operations was in 5,9 times higher, than after operative intervention, held at the early delayed period. We consider radical operations at the level of bleeding among the patients with acutely bleeding malignant tumors of 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: *malignant tumors of the stomach, gastrointestinal bleedings, radical operations.*