

О.Є. Каніковський,  
С.П. Одарченко, І.В. Павлик

Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М.І. Пирогова

© Колектив авторів

## ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ УСКЛАДНЕНИЙ ШЛУНКОВО–КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

**Резюме:** В хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова та хірургічному відділенні Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру протягом 2005–2011 рр. проходило лікування 114 хворих на рак шлунку ускладнений шлунково–кишковою кровотечею. У 105 хворих проводили ендоскопічну гемостатичну терапію, ефективність якої складала 61,9 %. Оперативне лікування на висоті профузної або рецидивної кровотечі виконано у 37 хворих, а у 68 оперативне втручання виконали в ранньому відстроченому періоді. Післяопераційна летальність складала 6,1 %.

**Ключові слова:** рак шлунку ускладнений шлунково–кишковою кровотечею, летальність

В останні десятиріччя, як у світі, так і в Україні, відмічається зниження захворюваності на рак шлунку. Однак виникнення профузної кровотечі у таких хворих супроводжується високим рівнем летальності і складає за даними різних авторів до 15,9 % [1, 2, 6, 8, 11–14].

Підходи до лікування раку шлунку ускладненого шлунково-кишковою кровотечею в останній час суттєво змінилися. Більшість клінік для зупинки кровотечі використовують ендоскопічний гемостаз. Проте не має єдиної чіткої думки, що робити у випадку рецидиву кровотечі після проведення первинної ендоскопічної гемостатичної терапії (ЕГТ). Вибір методу оперативного лікування у хворих на ускладнений рак шлунку залишається дискусійним. Деякі автори віддають перевагу органозберігаючим методам лікування на висоті кровотечі [3, 5], інші – розширеним та комбінованим оперативним втручанням з лімфодисекцією [1, 7, 9].

### Мета роботи

Покращення результатів лікування хворих з гострими ускладненнями раку шлунку.

### Матеріали і методи дослідження

В хірургічній клініці медичного факультету № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова та хірургічному відділенні Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансеру протягом 2005–2011 рр. проходило лікування 114 хворих на рак шлунку ускладнений шлунково–кишковою кровотечею. Гендерно–віковий розподіл свідчив: чоловіків – 70 (61,6 %), жінок – 44 (38,4 %). Від 32 до 45 років – 7, від 45 до 60 років – 33, від 60 до 75 років – 52, від 75 до 90 років – 22 хворих. Середній вік 64,7±19,2 років. Старше 60 років було 74 (64,9 %) хворих (відповідно до

класифікації ВООЗ похилого та старечого віку [4]), що обумовлювало наявність у 95 (83,8 %) супутньої патології.

Враження пухлинним процесом кардіально-го (С) відділу шлунку відмічалось у 14 (11,9 %), тіла (М) шлунку – 47 (41,1 %), антрального (А) відділу у 32 (28,6 %) хворих. Субтотальне враження (АМ, СМ) знайдено у 13 (11,4 %), тотальне (СМА) у 8 (7,0 %) хворих.

Відповідно до стадій ракового процесу [9, 10] 2 ст (T<sub>1-3</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub>) діагностовано у 11 (9,2 %) хворих, 3 ст (T<sub>2a-3</sub>N<sub>0-2</sub>M<sub>0</sub>) – у 67 (58,9 %), 4 ст (T<sub>1-4</sub>N<sub>1-3</sub>M<sub>0-1</sub>) – у 36 (31,9 %). При цьому інфільтративно-виразкова форма раку визначена у 59 (51,9 %), блюдцеподібна – у 35 (30,4%), дифузно–інфільтративна – у 13(11,5 %), поліповидна – у 7(6,2 %) випадках.

У всіх хворих проводилося гістологічне дослідження, шляхом вивчення біоптату пухлин (8), операційного (98) та секційного (8) матеріалів. високодиференційовані аденокарциноми (G1) знайдено у 17(14,59%), помірнодиференційовані (G2) – у 28(24,32 %), низько-диференційовані (G3) – у 22 (19,46 %), недиференційовані (G4) – у 45 (40,01%), та саркоми – у 2(1,62 %) хворих.

Хворі з кровотечею госпіталізовані протягом першої доби від початку захворювання у 46,45 % (59); від другої до сімнадцятої доби у 53,55 % (68).

Всім пацієнтам обов'язковим було виконання ФГДС з біопсією та констатацією кровотечі за Forrest (1987): Forrest 1 – 62 (54,4 %) (1a – 7 (11,59 %); 1b – 46 (73,91 %); 1x – 9 (14,5 %)); Forrest 2 – 43 (37,7 %)(2a – 3 (6,9 %); 2b – 39 (90,8 %); 2c – 1 (2,3 %)); Forrest 3 – 9 (7,9 %).

Ступінь крововтрата визначали за P.L. Marino (American College of Surgeons 1982). 1 клас – 5 (4,4 %), 2 клас – 41 (35,9 %), 3 клас – 60 (52,7 %), 4 клас – 8 (7,0 %) пацієнтів.



Лікування проводили відповідно до «Клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим із гострою шлунково-кишковою кровотечею» і розпочинали з консервативних заходів, що полягали у проведенні гемостатичної й кровозамісної терапії. У 105 (92,1 %) застосували ендоскопічні методи гемостазу (коагуляція судини, аплікації капроферу, периульцерозна ін'єкційна інфільтрація).

За ургентними показами оперовано 37 хворих. У відстроченому порядку – 68. Обмежилися консервативним лікуванням у 9 хворих.

#### Результати дослідження та їх обговорення

Всім хворим після госпіталізації лікування розпочинали із проведення комплексної консервативної терапії, відповідно до клінічного протоколу і рекомендацій провідних клінічних закладів. Консервативна терапія включала постановку назогастрального зонда, призначення гемостатичної терапії, яка складалася з призначення синтетичних октапептидів (сандостатин, октреотид), інгібіторів протеолізу (транексамова кислота, амінокапронова кислота), етамзилат натрію, вікасол, кальція глюконат; блокаторів секреції (пантопразол, квамател); інфузійно–трансфузійної терапії по гіпотонічному типу.

Під час проведення екстреної ФЕГДС у 105 (92,1 %) використовували ендоскопічну гемостатичну терапію. В випадку наявності гемостазу F1 (62 пацієнти) використовували кліпування судини в дні виразки (7), ін'єкцію спирт–новокаїнової суміші (14) або 0,001 % розчину адреналіну (41) з чотирьох точок навкруги судини. Для виконання адекватного гемостазу під час виконання ін'єкційної терапії в середньому було використано  $70 \pm 36$  мл розчину. Після зупинки кровотечі місце кровотечі додатково зрешували розчином капроферу. Рецидив кровотечі виник у 25 (40,3 %) хворих.

У випадку наявності гемостазу F2 (43) кліпування судини виконано у трьох хворих з гемостазом F2a, всім іншим (40) використовували аплікацію капрофера на джерело кровотечі. Рецидив кровотечі виник у 15 (34,8 %) хворих.

Загальна ефективність ендоскопічної терапії склала 61,9 %. Оперативне лікування на висоті профузної або рецидивної кровотечі виконано у 37 хворих. Вибір способу оперативного лікування залежав від важкості геморагічного шоку, ступеня ризику згідно класифікації ASA, а також ступеня розповсюженості пухлинного процесу. У 7 хворих виконано радикальні оперативні втручання – гастректомія за Гіларевичом (2), субтотальна дистальна РШ

(5) в модифікації Гофмейстера–Фінстерера (4), Болфура (2), Ру (1) з лімфодисекцією D2. У 16 хворих виконано паліативні операції, що направлені на надійну зупинку кровотечі – субтотальна РШ (12) в модифікації Гофмейстера–Фінстерера (7), Болфура (3), Вітебського (1), Ру (1) з лімфодисекцією D1. У 14 хворих виконано симптоматичні операції, що направлені на зупинку кровотечі – деваскуляризація шлунку з прошиванням кровоточивої судини в дні пухлини. У 9 хворих дану операцію доповнювали накладанням переднього попередубодового ізоперистальтичного гастроентероанастомозу по Вельфлеру. Післяопераційна летальність на висоті кровотечі склала 12,1 % (4 хворих), причому після радикальних операцій – 14,3 % (1 хворий), після паліативних та симптоматичних операцій – 10 % (3 хворих).

Гемостаз Forrest 2 не може гарантувати безпеки щодо можливого розвитку рецидиву кровотечі і тому у 68 хворих оперативне втручання виконали в ранньому відстроченому періоді протягом 3–6 діб з моменту госпіталізації після стабілізації пацієнта та проведення додаткових методів обстеження, що направлені на діагностику поширення пухлини та важкість супутньої патології. У 26 пацієнтів виконано радикальні, а у 38 паліативні та симптоматичні оперативні втручання. Всі радикальні оперативні втручання супроводжувалися D2 типом лімфодисекції. Серед радикальних оперативних втручань гастректомію виконано у 13, дистальну субтотальну РШ – також у 13 хворих, в т.ч. в модифікації Гофмейстера–Фінстерера (9), Болфура (4). Симптоматичні оперативні втручання включали санітарну гастректомію (9) та субтотальну санітарну РШ (33) в модифікації Гофмейстера–Фінстерера (20), Болфура (7), Вітебського (4), Ру (2). Післяопераційна летальність після операцій виконаних в відстроченому періоді склала 4,4 % (3 хворих), причому після радикальних операцій – 3,8 % (1 хворий), після паліативних та симптоматичних операцій – 4,7 % (2 хворих).

#### Висновки

1. Летальність після екстрених операцій на висоті триваючої та рецидивної кровотечі у 2 рази вища, ніж після операцій, проведених у ранньому відстроченому періоді, що виконуються після адекватної підготовки та комплексного дообстеження хворих.

2. Всім хворим на рак шлунку ускладнений кровотечею доцільно проводити ендоскопічну гемостатичну терапію, ефективність якої складає 61,9 %.

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Бойко В.В.* Особенности неотложных хирургических вмешательств у больных с осложнениями местнораспространенного рака желудка / В.В. Бойко, В.А. Лазирский // Международный медицинский журнал. — № 3. — 2011. — С. 85 — 89.
2. *Гемостаз* при острых желудочно—кишечных кровотечениях / В.М. Тимербулатов, Ш.В. Тимербулатов, Р.Б. Сагитов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. — 2010. — № 3. — С. 20—26.
3. *Гостищев В.К.* Проблема выбора тактики лечения при гастродуоденальных кровотечениях / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // Хирургия. — 2007. — № 7. — С. 7 — 17.
4. *Давыдов М.И.* Состояние проблемы и пути оптимизации хирургического лечения больных раком желудка старшего возраста / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, В.В. Маховский // Хирургия. — 2008. — № 10. — С. 73—79.
5. *Кондратенко П.Г.* Гостра кровотеча з новоутворень травного каналу: тактичні підходи / П.Г. Кондратенко, М.Л. Смирнов // Український журнал хірургії. — 2011. — № 1 (10). — С. 144 — 149.
6. *Особливості* виконання гастректомії на висоті шлункової кровотечі у хворих на рак шлунка, що кровоточить / В.В. Бойко, М.П. Донець, І.А. Тарабан [та ін.] // Харківська хірургічна школа. — 2007. — № 4. — С. 10—12.
7. *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.
8. *Радикальное* хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С.А. Поликарпов, А.Н. Лисицкий, Н.Н. Иров [и др.] // Хирургия. — 2008. — № 7. — С. 24—26.
9. *Результаты* лечения больных с осложненным местнораспространенным раком желудка / В. В. Бойко, С. А. Савви, В. А. Лазирский, В. Н. Лыхман // Харківська Хірургічна Школа. — № 3 (34). — 2009. — С. 48 — 53.
10. *Фомін П.Д.* Аспекти хірургічного лікування гостро кровоточивого раку з субтотальним та тотальним ураженням шлунку / П.Д. Фомін, П.В. Іванчов // Український журнал хірургії. — № 5 (14). — 2011. — С. 60 — 63.
11. *Appraisal of compliance with the UICC/AJCC staging system in the staging of gastric cancer.* Union International Contra la Cancrum/American Joint Committee on Cancer / PJ Mullaney, MS Wadley, C Hyde [et al.] // Br JSurg. — 2002. — Vol. 89. — P. 1405—1408.
12. *Japanese classification of gastric carcinoma* / Japanese Research Society for Gastric Cancer // Kanehara. First English edition. — Tokyo. — 1995. — 187p.
13. *Nakayama T.* Gastric cancer treatment guidelines in Japan / T. Nakayama // Gastric cancer. — 2002. — № 5. — P. 1—5.
14. *Tumors of the stomach* / G.B. Davis, D.K. Blanchard, G.F. Hatch 3rd [et al.] // World J. Surg. — 2000. — Vol. 24, № 4. — P. 412—420.

#### ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*О. Е. Каниковский, С.П.  
Одарченко, И.В. Павлик*

#### TACTIC OF TREATMENT OF PATIENT SWITH STOMACH CANCER COMPLICATED BY THE ACUTE GASTROINTESTINAL BLEEDING

*O.E. Kanikovsky,  
S.P. Odarchenko, V. PavlykI.*

**Резюме:** В хирургической клинике медицинского факультета № 2 Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова и хирургическом отделении Винницкого областного клинического онкологического диспансера в течение 2005—2011 гг. проходило лечение 114 больных с раком желудка осложненным кровотечением. У 105 проводили эндоскопическую гемостатическую терапию, эффективность которой составила 61,9 %. Оперативное лечение на высоте профузного или рецидивного кровотечения выполнено у 37, а у 68 — в раннем отсроченном периоде. Послеоперационная летальность составила 6,1 %.

**Ключевые слова:** рак желудка, кровотечение, летальность.

**Summary.** In the surgical clinic of the medical faculty № 2 National M.I. Pirogov memorial Medical University in Vinnitsa and surgical department of Vinnitsa regional clinical oncology dyspancer during 2005–2011 were treated 114 patients with stomach cancer complicated by bleeding. Among patients with stomach cancer complicated by hemorrhage in 105 conducted endoscopic hemostatic therapy, whose effectiveness was 61,9 %. Operative treatment of patient with active spurting or recurrent bleeding performed in 37 patients and in 68 surgery performed in early period. Postoperative mortality was 6,1 %.

**Key words:** gastric cancer, bleeding, mortality.