



И. В. Криворотько,
Е. Г. Доценко, Р. С. Рябцев

ГУ «Институт общей
и неотложной хирургии
им. В. Т. Зайцева НАМНУ»,
г. Харьков

© Коллектив авторов

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МАЛИГНИЗИРОВАННЫМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Резюме. В статье представлен опыт оперативного лечения больных с малигнизированными язвами желудка осложненными кровотечениями находившихся на лечении в ДУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ» с 2012 по 2016 г. В работе представлены результаты urgentных вмешательств при рецидиве острого желудочно-кишечного кровотечения и отсроченных операций. Показано, что выполнение минимальных по объему операций, позволяют спасти жизнь пациента, с последующей коррекцией болезни по онкологическим принципам. В некоторых ситуациях иссечения малигнизированных язв оказывалось достаточно для достижения удовлетворительных результатов выживаемости.

Ключевые слова: *малигнизированная язва желудка, острые кровотечения, оперативное лечение.*

Введение

Проблема лечения кровоточащих малигнизированных язв продолжает оставаться актуальной. Число таких больных достигает 2,7–11,5 % от общего числа госпитализированных больных с кровотечением [1, 3, 6].

Основным методом первичной диагностики озлокачествления язв желудка остается фиброгастроскопия с морфологическим исследованием биоптатов. Точность этого исследования составляет около 85 %. При обследовании перед операцией до 30 % всех малигнизированных язв желудка, осложненных кровотечением, расцениваются как доброкачественные, поэтому в хирургической практике встречаются ситуации, когда уже после urgentного вмешательства, выполненного пациенту с предположительно доброкачественной язвой желудка, при гистологическом исследовании операционного препарата выявляется озлокачествление. Несмотря на совершенствование техники хирургических вмешательств и методик интенсивной терапии, послеоперационная летальность у пациентов с кровоточащим раком желудка достигает 50–60 % [1, 4, 6]. В настоящее время вопрос о выборе лечебной тактики и методов оперативного лечения у больных с кровоточащим раком желудка является дискуссионным.

После симптоматических операций, таких как перевязка магистральных сосудов желудка, прошивание малигнизированной язвы со стороны серозной или слизистой оболочки, кровотечения рецидивируют более чем у 50% больных, являясь причиной смерти в стационаре [2, 5]. Поэтому паллиативным резекциям и гастрэктомиям дается положительная оценка [2, 5]. Точная характеристика оставленного

после операции язвенного очага и целенаправленное его лечение, по мнению некоторых авторов, позволяют получить обнадеживающий результат, схожий с результатами радикальной операции [2, 3, 7].

Таким образом, лечение больных с малигнизированными язвами желудка, осложненным кровотечением, представляет большие трудности. В настоящее время продолжается дискуссия о тактике лечения этой тяжелой группы больных. Этим обусловлена актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы исследований

Исследование выполнено по материалам ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМНУ». За период с 2012 по 2016 г. оперировано urgentно 9 пациентов с малигнизированными язвами желудка, осложненными кровотечениями. В 3-х случаях малигнизация язвы установлена до операции, в 6-ти — только после операции по результатам гистологического исследования операционного материала. Таким образом, 3 пациента оперированы по поводу заведомо малигнизированной язвы желудка, осложненным кровотечением, 6 — по поводу предположительно доброкачественной хронической язвы желудка, из которых у 2 пациентов дооперационно подозревалось раковое перерождение. Всем пациентам, оперированным в клинике, кроме физикального обследования, выполнялись лабораторные исследования (общий анализ мочи, клинический и биохимические анализы крови). Всем больным выполнялась фиброгастроскопия с прицельной щипковой биопсией материала из краев и дна язвы. Исключение составил больной, у которого общее состояние

не дозволяло виконати маніпуляцію. Окончателльний діагноз малигнізації встановлювався на основі гистологічного дослідження операційного матеріала. Серед 9 хворих: чоловіків було 7 (77%), жінок — 2 (23%) (табл. 1). Середній вік пацієнтів становив $(60,4 \pm 2,6)$ років.

Таблиця 1

Локалізація малигнізованої язви шлунка у обстежених пацієнтів

Локалізація:	Язва антрального відділу	Язва тіла шлунка	Язва кардіального відділу
Кол-во:	2 (22%)	6 (66%)	1(11%)

У більшості хворих операційних пацієнтів спостерігалася II стадія злоякісного процесу (66%). Значно рідше — I (22%), III (11%) (табл. 2).

Таблиця 2

Стадії злоякісного процесу

Стадія	I	II	III
Кол-во, %	66	11	22

Степінь тяжкості шлункових кровотечень оцінювали за класифікацією А. А. Шалімова, В. Ф. Саєнко. При шлункових кровотечениях середньої ступені тяжкості рецидив виник в 100% випадків у 3 пацієнтів з 3. При важких шлункових кровотечениях рецидив виник в 83% випадків (5 пацієнтів з 6) (табл. 3).

Таблиця 3

Степінь тяжкості і рецидив кровотечень

Степінь тяжкості:	Середня ступінь тяжкості	Тяжка ступінь тяжкості
Кол-во пацієнтів	3	6
Процент рецидива	100	83

Результати досліджень і їх обговорення

При надходженні ендоскопічне дослідження дозволяло оцінити локальну ситуацію і визначити подальшу тактику. В 3-х випадках, вже при первинній ендоскопії характер язвенного дефекту вказував на ракове переродження: великі і гігантські розміри язви з подритими інфільтрованими краями: в 2 випадках по великій кривизні, в 1 — в субкардії по малій. Малигнізовані язви і кровоточиві раки шлунка схильні до розвитку рецидивів кровотечень в стаціонарі, при цьому тяжкість кровопотери, по нашим даним суттєво не впливала на ризик його рецидива.

В зв'язі з цим фактом, пацієнти з встановленою або високим ризиком малигнізації підлягали госпіталізації в палату інтенсивної терапії, при наявності показань і локальних умов превентивному ендоскопічному гемостазу.

Ендоскопічний гемостаз здійснено у 6 хворих. Обкалювання видимого джерела кровотечень гемостатичними препаратами здійснено у 4 пацієнтів. Діатермокоагуляція у 2 хворих.

Ендоскопічний гемостаз за нашими даними, дозволив зупинити кровотік у всіх випадках, однак ця операція при малигнізованих язвах давала тимчасовий ефект: в 4 випадках рецидив кровотечень розвинувся в терміни 6-12 годин. Це обумовлено ригідністю і інфільтрацією тканин, гіперваскуляризацією периаульцерозного простору, локальними порушеннями репарації. Все перераховане обумовлювало необхідність відтермінованого оперативного лікування хворих з кровотечениями з малигнізованих язв (з високим ризиком малигнізації).

Екстрено оперовано 6 пацієнтів в зв'язі з рецидивом кровотечень. Профузне кровотік виявлено у 3 з них. В 2 випадках доопераційно підозрювалося ракове переродження, виконані резекції шлунка в об'ємі 3/4, в одному доповнено лімфодиссекцією D2. У 4 хворих виконано висічення язви в межах здорових тканин.

У 3 хворих оперованих в терміни перших 2 днів від моменту надходження в зв'язі з нестійким гемостазом, після доопераційної підготовки. В 1 випадку — доопераційно встановлено малигнізацію, що змусило виконати дистальну субтотальну резекцію з лімфодиссекцією D2. У 2 пацієнтів виконані висічення язв в межах здорових тканин без втручання на лімфатичних колекторах.

Таким чином, відповідно до онкологічних канонів оперовано лише 1 пацієнт, в 2 випадках виконані органозахищаючі втручання, доповнені лімфодиссекцією (що обумовлено тяжкістю стану пацієнтів і високим анестезіологічним ризиком). В інших 6-ти інтраопераційна ситуація і ендоскопічна картина розцінена помилково як доброякісна, об'єм операції мінімізовано і експрес-діагностика не застосовувалася в зв'язі з критичним станом пацієнтів і профузним характером кровотечень.

В післяопераційному періоді всім хворим проводилася комплексна інтенсивна інфузійно-трансфузійна терапія, раннє ентеральне харчування. Локальних ускладнень не було. В 3 випадках в післяопераційному періоді відзначено легочні ускладнення, в 1 — періопераційно діагностовано Q-негативний інфаркт міокарда. Летальних ісходів не було. Середній післяопераційний койко-день становив $(12,3 \pm 2,5)$ днів.



Получение результата гистологического исследования операционного материала в 3 случаях подтвердило малигнизацию, в остальных установило данное осложнение. Однако, определяющим в дальнейшей лечебной тактике служило: глубина инвазии и наличие отсевов в лимфатических узлах. В случаях органосохраняющих операций, дополненных лимфодиссекцией диагностирована аденокарцинома T2 и T3, лимфоузлы не были поражены. Ситуация расценена как условно R0, дополнительная хирургическая коррекция не выполнялась. Обоим пациентам проведены курсы адьювантной химиотерапии. У одного из больных через 1,5 года выявлено метастатическое поражение печени и левого надпочечника, при этом локально опухолевого рецидива не выявлено. Срок наблюдения после операции у второго составил 2,5 года, рецидива неопластического процесса не выявлено (дальнейшее наблюдение невозможно по причине миграции пациента). Единственный больной, оперированный по онкологическим принципам (T3N0M0), наблюдался нами в течение 1,5 лет, умер от кардиальной патологии, данных за продолжение заболевания в эти сроки не выявлено.

Особый интерес представляют 6 пациентов, оперированных, предположительно по поводу язвенных кровотечений. В послеоперационном гистологическом исследовании выявлены T1N1 (перстневидноклеточная форма) — в 1 случае, оперирован повторно через 18 суток после первичного вмешательства — выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией D2. Через 9 месяцев выявлены метастазы в левую долю печени, по поводу чего подвергся левосторонней гемигепатэктомии, продолжительность жизни составила 1 год 4 месяца. В одном случае недифференцированная аденокарцинома T2N1, повторная операция выполнена через 14 дней — субтотальная дистальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2. Через 1 год выявлена диссеминация процесса по брюшине, срок жизни составил 1,5 года. У 4 пациентов уме-

реннодифференцированная аденокарцинома T1N0 (1 случай) и T2N0 (3 случая). Один из них оперирован повторно — произведена субтотальная дистальная резекция желудка с лимфодиссекцией. Трое больных от повторного вмешательства отказались. Срок послеоперационного наблюдения 1,5–3 года, рецидива опухолевого процесса не выявлено.

Таким образом, на выживаемость пациентов определяющее влияние оказывало не локальное распространение неопластического процесса, а его гистологическая форма и наличие/отсутствие поражения лимфатических узлов. Статистическая обработка полученных данных не представлялась возможной, ввиду малого количества наблюдений. Однако, отсутствие продолжения раковой болезни у 3 пациентов с органосохраняющими вмешательствами, при отсутствии лимфаденопатии, обнадеживают в плане возможности даже в экстренной ситуации оказать адекватную хирургическую помощь.

Выводы

1. Больные с язвенной болезнью желудка подлежат диспансеризации и хирургической настороженности.

2. При кровотечениях из малигнизированных язв отмечен высокий риск рецидива ОЖКК, несмотря на консервативное лечение, что заставило нас выполнять превентивный эндоскопический гемостаз с последующим оперативным лечением в минимальные сроки.

3. В экстренных случаях и неясной пре- и интраоперационной ситуации предпочтение следует отдавать минимальным по объему операциям, позволяющим спасти жизнь пациента, поскольку операции по онкологическим принципам данной категорией пациентов не переносимы, а в некоторых ситуациях иссечение малигнизированных язв оказалось достаточным для достижения удовлетворительных результатов выживаемости даже без повторного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Результаты и проблемные вопросы лечения острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений за последние 15 лет / В. В. Бойко, И. В. Криворотько, В. Г. Грома // Харківська хірургічна школа. – 2016. – №2(77). – С. 141-145.
2. Двухэтапные оперативные вмешательства у больных с осложнениями местно-распространенного рака желудка / В.В. Бойко, В.А. Лазирский, С.А. Савви, В.Н. Лыхман // Харківська хірургічна школа. – 2013. – № 3(60). – С. 7-11.
3. Іванчов П.В. Діагностика та особливості клінічного перебігу гостро кровоточивих злоякісних пухлин шлунка / П. В. Іванчов // Український журнал хірургії. – 2010. – № 1. – С. 77 – 81.
4. Каніковський О.Є. Гострі ускладнення раку шлунку / О.Є. Каніковський, С.П. Одарченко, І.В. Павлик // Український журнал хірургії. – 2012. – № 17(17). – С. 44–48.
5. Лазирский В. А. Хирургическая тактика у больных с осложнениями местно-распространенного рака желудка / В. А. Лазирский // Міжнародний медичний журнал. – 2013. – Том 19, № 4(76). – С. 47–50.
6. Надання допомоги хворим з гостро кровоточивим раком шлунку в умовах спеціалізованого центру / П. Д. Фомін, Є. М. Шепетько, О. Б. Біляков-Бельський [та ін.] // Матеріали ХХІІ з'їзду хірургів України. – Вінниця. – 2010. – Т 2. – С. 202-203.
7. Особенности клиники, диагностики и лечения острых желудочных кровотечений у больных язвенной формой рака желудка / А.А. Ольшанецкий, Г.Ю. Бука, В.К. Глазунов, В.Н. Гаркавенко // Харківська хірургічна школа. – 2011. – №2(47). – С. 28-30.

ДОСВІД ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВИРАЗКАМИ ШЛУНКА, ЩО МАЛІГНІЗУВАЛИСЯ УСКЛАДНЕНИМИ КРОВОТЕЧЕЮ

*І. В. Криворотько,
Е. Г. Доценко, Р. С. Рябцев*

Резюме. У статті представлено досвід оперативного лікування хворих з малігнізованими виразками шлунка, що ускладнені кровотечею, які знаходились на лікуванні в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» з 2012 по 2016 р. У роботі представлено результати ургентних втручань при рецидиві гострої шлунково-кишкової кровотечі і відстрочених операцій. Показано, що виконання мінімальних за обсягом операцій, дозволяє врятувати життя пацієнта, з подальшим коригуванням хвороби по онкологічним принципам. У деяких ситуаціях видалення малігнізованих виразок виявлялося досить для досягнення задовільних результатів виживання.

Ключові слова: *малігнізована виразка шлунка, гострі кровотечі, оперативне лікування.*

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MALIGNANT GASTRIC ULCERS COMPLICATED BY BLEEDING

*I. V. Krivorotko,
E. G. Dotsenko, R. S. Ryabtsev*

Summary. The article describes the experience of surgical treatment of patients with malignant gastric ulcers complicated by bleeding treated at «Institute of General and Urgent Surgery V. T. Zaytsev NAMS Ukraine» from 2012 to 2016. The results of urgent intervention for recurrent acute gastrointestinal bleeding and delayed operations are given. It is shown that the implementation of the minimum by volume operations, allow to save the patient's life, with subsequent correction of the disease on the principles of oncology. In some situations excision malignant ulcers was sufficient to achieve satisfactory survival results.

Key words: *malignant gastric ulcer, severe bleeding, surgery treatment.*