

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ РАКУ ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ, ЗА СУБТОТАЛЬНОГО Й ТОТАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ ОРГАНА

П. В. Іванчов, П. Д. Фомін

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, м. Київ

SURGICAL TREATMENT OF GASTRIC CANCER, COMPLICATED BY AN ACUTE HEMORRHAGE, IN SUBTOTAL AND TOTAL AFFECTION OF THE ORGAN

P. V. Ivanchov, P. D. Fomin

Bogomolets National Medical University, Kyiv

Твердження, що ускладнення пухлини кровотечею є ознакою занедбаного процесу та неоперабельності, в останні часи переглянуте [1, 2]. Способи комплексної діагностики стадії процесу та його локалізації, з огляду на уточнені інтраопераційні дані, дозволяють у більшості таких пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції [3, 4]. Прогрес в цьому напрямку полягає у ранній діагностиці, успішному здійсненні ендоскопічного гемостазу, уточненні стадії пухлинного процесу та його локалізації, виконанні у значній кількості хворих радикальних операцій після комплексної повноцінної підготовки та обстеження [4, 5].

РШ, ускладнений ГК, у 4,6 — 15,9% хворих є причиною смерті від гострої шлунково — кишкової кровотечі [4, 6, 7]. Операції на висоті кровотечі виконують рідко, бо вони супроводжуються високою післяопераційною летальністю [8,9]. В хірургії РШ, ускладненого ГК, за субтотального й тотального ураження органа увага фахівців зосереджена на можливості радикального видалення пухлини, застосуванні нових способів гастректомії та субтотальної резекції шлунка, реконструктивної езофагоєюнопластики, що сприяє покращанню функціональних результатів оперативних втручань, а також операцій, спрямованих на створення тонкокишкових резервуарів, що дозволяють відновити функцію втраченого шлунка [3,

Реферат

У клініці за період 1998 — 2015 рр. лікували 146 хворих з приводу раку шлунка (РШ), ускладненого гострою кровотечею (ГК), за субтотального й тотального ураження органа. Розроблена лікувальна тактика, основана на комплексному застосуванні мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для припинення активної кровотечі з пухлини чи її рецидиву та профілактики рецидиву кровотечі після її спонтанного припинення за нестабільного гемостазу. За визначеними критеріями оперативне лікування проведено у 65 хворих: радикальні операції виконані у 42 (64,6%), паліативні та симптоматичні — у 23 (35,4%). В екстреному порядку (ЕП) оперовані 5 (7,7%) хворих, у ранньому відстроченому періоді (РВП) — 60 (92,3%), при цьому летальність після екстрених операцій удвічі вища, ніж після операцій, виконаних у РВП. Вважаємо операції, виконані на висоті кровотечі, у хворих при РШ, ускладненому ГК, за субтотального й тотального ураження органа надто небезпечними, що пов'язане з високою післяопераційною летальністю, доцільне здійснення ендохірургічного гемостазу з подальшим виконанням оперативного втручання у РВП, що забезпечить збільшення частоти здійснення радикальних операцій з лімфодисекцією в об'ємі D2.

Ключові слова: рак шлунка; шлунково—кишкова кровотеча; ендоскопічний гемостаз; хірургічне лікування.

Abstract

In the clinic in 1998 — 2015 yrs 146 patients were treated for gastric cancer (GC), complicated by an acute hemorrhage (AH) while subtotal and total organ affection. The treatment tactics elaborated is based on complex application of miniinvasive methods of endosurgical hemostasis for arrest of an active hemorrhage from primary tumor or its recurrence and prophylaxis of recurrent hemorrhage after its spontaneous arrest in conditions of unstable hemostasis. Operative treatment was performed in accordance to the criteria determined in 65 patients: radical operations were performed in 42 (64.6%), palliative and symptomatic — in 23 (35.4%). In emergency 5 (7.7%) patients were operated on, in early deferred period (EDP) — 60 (92.3%), while lethality after urgent operations was two times bigger than after operations, performed in EDP. The operations, performed on high of hemorrhage in patients with GC, complicated by an AH, while the organ subtotal and total affection, are too unsafe, because of high postoperative lethality present, that's why it is expedient to perform endosurgical hemostasis initially with further operative treatment in EDP, what would guarantee the enhancement of rate of radical operations with D2 lymphadenectomy conduction.

Keywords: gastric cancer; gastro—intestinal hemorrhage; endoscopic hemostasis; surgical treatment.

8, 10]. Вважають доцільним застосування розширених та комбінованих операцій великого обсягу з лімфодисекцією з приводу поширеного та синхронного РШ [7, 9, 10].

Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування РШ,

ускладненого ГК, за субтотального й тотального ураження органа.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У клініці за період 1998 — 2015 рр. лікували 1125 хворих з приводу

РШ, ускладненого ГК, що становило 2,2% усіх хворих, яких лікували з приводу шлунково—кишкової кровотечі, за час роботи Центру. Субтотальне й тотальне ураження шлунка відзначено у 146 (13,0%) пацієнтів, в тому числі кардіального відділу й тіла шлунка (СМ) — у 48 (4,3%), антрального відділу й тіла шлунка (АМ) — у 56 (5,0%), тотальне ураження шлунка (СМА) — у 42 (3,7%).

Чоловіків було 103 (70,5%), жінок — 43 (29,5%), вік хворих від 19 до 92 років, найбільше хворих були віком від 61 до 70 років — 45 (30,8%), та від 71 до 80 років — 36 (24,6%).

За Міжнародною класифікацією TNM п'ятого перегляду (1997), РШ I стадії встановлений у 4 (2,7%) хворих, II стадії — у 26 (17,8%), III стадії — у 52 (35,6%), IV стадії — у 64 (43,8%).

Діагноз РШ встановлений до госпіталізації в клініку у 35 (24,0%) хворих, в тому числі у 30 (85,7%) — IV, у 5 (14,3%) — II клінічної групи.

При визначенні частоти морфологічних варіантів РШ за субтотального (СМ, МА) та тотального (СМА) ураження органа встановлено, що найбільш часто виявляли інфільтративно—виразкове ураження — у 66 (45,2%) хворих, блюдеподібне — у 28 (19,2%), дифузно—інфільтративне — у 48 (32,9%), поліпоподібне — у 4 (2,7%). Ураження малої кривини шлунка відзначено у 64 (43,8%) хворих, циркулярне — у 59 (40,4%), задньої стінки — у 23 (15,8%).

Екстрена діагностика РШ передбачала проведення ендоскопічного дослідження, яке доповнювали рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом 1 год з моменту госпіталізації діагноз, що включав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, встановлений у 76 (52,1%) хворих, від 1 до 2 год — у 39 (26,7%), від 2 до 4 год — у 14 (9,6%), від 4 до 12 год — в 11 (7,5%), від 12 до 24 год — у 5 (3,4%). Ендоскопічне дослідження не проведено в 1 (0,7%) хворого, доставленого в клініку в агональному стані, який помер через кілька годин, діагноз встановлений за даними патологоанатомічного дослідження.

У цих пацієнтів тяжкість анемії не відповідає тяжкості кровотечі.

Анемія є змішаною — постгеморагічною та раковою (токсичною). За прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково—кишкової кровотечі (В. Д. Братусь, 1988), крововтрата помірного ступеня виявлена у 36 (24,7%) хворих, середнього — у 53 (36,3%), тяжка — у 57 (39,0%).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Лікувальну тактику визначали залежно від поширення пухлинного ураження і стадії процесу, наявності супутніх захворювань, тяжкості крововтрати, стану гемостазу. Так, за наявності активної кровотечі з пухлини хворим здійснювали мініінвазивні ендохірургічні втручання, спрямовані на її припинення; за наявності стигмат недавньої кровотечі — показане проведення заходів ендохірургічного гемостазу з метою попередження рецидиву кровотечі. Загалом, ендоскопічний гемостаз застосований у 57 (39,0%) хворих з ознаками активної, в тому числі рецидивної, кровотечі та нестабільного гемостазу після спонтанного припинення кровотечі з пухлини, за високого ризику виникнення рецидиву кровотечі.

За розробленим нами алгоритмом лікувальної тактики і визначеннями критеріями показань до виконання оперативних втручань, хірургічне лікування проведено 65 (44,5%) пацієнтам. У хворих з вперше виявленим РШ оперативна активність становила 47,7% (53 з 111). Радикальні операції виконані у 42 (64,6%) пацієнтів, паліативні та симптоматичні — у 23 (35,4%). Радикальні операції виконані з приводу РШ I стадії — у 2 (4,8%) хворих, II стадії — у 5 (11,9%), III стадії — у 29 (69,0%), IV стадії — у 6 (14,3%).

Проаналізовані показники хірургічної активності та післяопераційної летальності залежно від умов виконання операції.

В ЕП на висоті триваючої кровотечі та її рецидиву оперовані 5 (7,7%) пацієнтів, в усіх виконані радикальні операції, летальність становила 40,0% (померли 2 хворих).

В РВП, після адекватної підготовки та комплексного обстеження,

оперовані 60 (92,3%) хворих, в тому числі радикально — 37 (61,7%), нерадикально — 23 (38,3%). Померли 12 (20,0%) пацієнтів, зокрема, після радикальних операцій — 3 (8,1%), нерадикальних — 9 (39,1%).

Загальна післяопераційна летальність становила 21,5% (померли 14 хворих), при цьому летальність після нерадикальних оперативних втручань у 3,3 разу вища, ніж після радикальних, а після операцій, виконаних в ЕП, удвічі вища, ніж після втручань, здійснених у РВП.

З 42 радикально оперованих хворих гастректомія (ГЕ) виконана у 17 (40,5%), в тому числі за Гіляровичем — у 10 (58,8%), в модифікації Савіних з сагітальною діафрагмокруротомією — у 7 (41,2%); субтотальна дистальна резекція шлунка (СДРШ) — у 25 (59,5%), в тому числі за Гофмейстером—Фінстерером — у 7 (28,0%), Бальфуром — у 14 (56,0%), Вітебським — у 2 (8,0%), Ру — у 2 (8,0%).

З 11 (26,2%) радикально оперованих хворих комбіновані втручання в поєднанні з спленектомією здійснені у 4 (36,3%), геміпанкреатектомією — у 4 (36,4%), резекцією поперечної ободової кишки — у 3 (27,3%).

Лімфодисекція в обсязі D1 здійснена під час виконання радикальних операцій у 17 (40,5%) хворих, зокрема, ГЕ за Гіляровичем — у 8 (47,1%), СДРШ — у 9 (52,9%); в обсязі D2 — у 25 (59,5%), ГЕ в модифікації Савіних — у 7 (28,0%), ГЕ за Гіляровичем — у 2 (8,0%), СДРШ — у 16 (64,0%). При порівнянні частоти виконання лімфодисекції в обсязі D2 під час здійснення втручання в ЕП та РВП встановлено, що її застосовували під час оперативних втручань у РВП у 25 (67,6%) хворих.

З радикально оперованих хворих ГЕ виконана у 17 (40,5%), тобто, 26,1% усіх оперативних втручань з приводу РШ, ускладненого ГК, за субтотального, й тотального ураження органа, в тому числі у 7 (41,2%) — в модифікації Савіних з сагітальною діафрагмокруротомією, у 10 (58,8%) — за Гіляровичем. На висоті кровотечі втручання здійснене в 1 (5,9%) хворого, у РВП — у 16 (94,1%). Померли 3 (17,6%) хворих, з

них після операції, виконаної в ЕП, 1 (100,0%), у РВП — 2 (12,5%).

Радикальна СДРШ виконана у 25 (59,5%) хворих, в тому числі в ЕП — у 4 (16,0%), летальність 25,0% (помер 1 хворий), у РВП — у 21 (84,0%), летальність 4,8% (помер 1 хворий). Загальна летальність становила 8,0% (померли 2 з 25 хворих).

Загалом, в структурі радикальних операцій, виконаних з приводу РШ, ускладненого ГК, співвідношення ГЕ та СДРШ становило 1:1,5, при цьому летальність після ГЕ у 2,2 разу більша, ніж після СДРШ.

Отже, з 42 радикально оперованих хворих у 5 (11,9%) — операція виконана на висоті триваючої, ендоскопічно не припиненої кровотечі і рецидиву кровотечі, у 37 (88,1%) — у РВП, після адекватної передопераційної підготовки, спрямованої на компенсацію гіповолемії, корекцію порушень гемодинаміки, та повноцінного комплексного обстеження. Померли 5 (11,9%) радикально оперованих хворих, з них 2 (40,0%) — оперованих в ЕП, 3 (8,1%) — у РВП, при цьому летальність після радикальних операцій, здійснених в ЕП, перевищувала таку після операцій, виконаних у РВП, у 2,2 разу.

Паліативні та симптоматичні операції виконані у 23 хворих, в тому числі паліативна резекція шлунка — у 8 (34,8%), за Гофмейстером—

Фінстерером — у 3 (37,5%), Бальфуром — у 4 (50,0%), Ру — в 1 (12,5%); передній попередободовий гастроентероанастомоз (ГЕА) на довгій петлі з браунівським співустьям сформований у 14 (60,9%) хворих, перев'язування судин шлунка (ПСШ) з накладанням ГЕА здійснене в 1 (4,3%).

Паліативні операції доповнені фенестрацією очеревини у 9 (39,1%) хворих.

Отже, з неадекватних операцій найбільш часто застосовували симптоматичні — у 15 (65,2%) хворих, частота паліативної резекції шлунка з приводу його субтотального й тотального злоякісного ураження в 1,9 разу менша.

На висоті кровотечі оперативні втручання у цих хворих не застосовували. У РВП виконано 8 операцій паліативної резекції шлунка, летальність 12,5% (помер 1 хворий), ГЕА сформований у 14, померли 7 (50,0%), ПСШ і ГЕА здійснені в 1 хворого з летальним наслідком. Летальність після паліативної резекції шлунка у 4,3 разу менша, ніж після симптоматичних операцій.

Загальна летальність після неадекватних операцій становила 39,1% (померли 9 хворих з 23), що у 3,3 разу перевищує таку після радикальних оперативних втручань.

ВИСНОВКИ

1. Летальність після операцій, виконаних в ЕП, удвічі вища, ніж після операцій, виконаних у РВП, після адекватної передопераційної підготовки, спрямованої на компенсацію гіповолемії, корекцію порушень гемодинаміки, та повноцінного комплексного обстеження.

2. Летальність після радикальних оперативних втручань у 3,3 разу менша, ніж після паліативних і симптоматичних.

3. У 67,6% хворих, оперованих у РВП, виконано лімфодисекцію в обсязі D2.

4. Операції, виконані на висоті кровотечі з приводу РШ, ускладненого ГК, за субтотального й тотального ураження органа, вважаємо вкрай небезпечними, що супроводжуються високою післяопераційною летальністю.

5. Доцільним є застосування комплексу мініінвазивних методів ендоскопічного гемостазу для припинення активної кровотечі та попередження її рецидиву з подальшим виконанням втручання у РВП.

6. Дотримання такої тактики доцільне з огляду на зменшення ризику для життя хворого і можливості здійснення радикального оперативного втручання з лімфодисекцією в обсязі D2.

ЛІТЕРАТУРА

1. Оперативное лечение больных с местно распространенным осложненным раком желудка / В. В. Бойко, С. А. Савви, В. А. Лазирский, В. Н. Лыхман // Харк. хірург. школа. — 2009. — № 3.1 (35). — С. 228 — 233.
2. Неязвенные пищеводно — желудочные кровотечения в неотложной хирургии / А. Г. Бутырский, В. Н. Старосек, А. Е. Гринческу [и др.] // Укр. журн. хірургії. — 2012. — № 1 (16). — С. 25.
3. 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.] // Харк. хірург. школа. — 2007. — № 4 (27). — С. 10 — 12.
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. Кондратенко П. Г. Гостра кровотеча з новоутворень травного каналу: тактичні підходи / П. Г. Кондратенко, М. Л. Смирнов // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 1 (10). — С. 144 — 149.
6. Результаты оперативного лечения больных с осложненным местно распространенным раком желудка / В. В. Бойко, С. А. Савви, В. А. Лазирский, В. Н. Лыхман // Харк. хірург. школа. — 2009. — № 3 (34). — С. 48 — 51.
7. Iwasa Y. Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy / Y. Iwasa // J. Insur. Med. — 2004. — Vol. 36, N 2. — P. 111 — 114.
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. Хирургическое лечение острокровотокающего рака желудка / П. Д. Фомин, Е. Н. Шепетько, А. Б. Бельский [и др.] // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. — Запоріжжя, 2005. — Т. 2. — С. 540 — 541.
10. Management of bleeding gastric cancer / V. Kryshen, N. Rofimov, A. Zhelyakov [et al.] // 8th Intern. Gastric Cancer Congr. — Krakow, 2009. — P. 65.

