

4. Малыгина М.А. Эндопротезирование крестообразных связок коленного сустава: Автореф. дис. докт. мед. наук. – М., 2001.

5. Никитин В.В. Клиника и хирургическая тактика при повреждениях капсульно-связочного аппарата коленного сустава: Автореф. дис. докт. мед. наук. – Уфа, 1985. – С. 48.

6. Dandy D.J., Edwards D. Problems in regaining full extension of the knee after anterior cruciate ligament reconstruction: does arthrofibrosis exist? // Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.- 1994.- vol.2.- № 2.- p. 76-79.

7. Shelbourne K.D., Patel D.V. Treatment of limited motion after anterior cruciate ligament reconstruction // Knee Surg. Sports Traumatol., Arthrosc.- 1999.- vol.7.- № 2.- p.85-92.

*Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.*

УДК 616.33-006.6-005.1-036.11-089.12

## **НЕРАДИКАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА**

**П.Д. Фомін**, доктор медичних наук, професор, Член-кореспондент АМН України, Головний хірург МОЗ України, завідувач кафедри хірургії №3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України

**П.В. Іванчов**, кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії №3 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця МОЗ України

**Резюме.** У клініці за період 1992-2009 рр. лікувалося 1125 хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка. Хірургічне лікування проведено у 524(46,6%) пацієнтів, серед яких паліативні та симптоматичні операції виконано у 162(30,9%). В екстремному порядку оперовано 8(4,9%) хворих, у ранньому відстроченому періоді – 154(95,1%). Загальна післяопераційна летальність склала 18,5% (30 хворих), при цьому летальність після екстремних нерадикальних операцій у 3,9 рази вища ніж після оперативних втручань проведених у ранньому відстроченому періоді. Вважаємо нерадикальні операції на висоті кровотечі у хворих з гострокровоточивим раком 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 паліативних резекцій шлунка при розповсюджених злоякісних пухлинних процесах.

**Ключові слова:** злоякісні пухлини шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, нерадикальні операції.

**Вступ.** Твердження, що ускладнення пухлини кровотечею є ознакою запущеності і неоперабельності, зазнало в останні часи перегляду [1, 5, 12, 13]. Засоби комплексної діагностики стадії процесу та його локалізації з урахуванням уточнених інтраопераційних даних дозволяють більшій частині цих пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції [3, 8, 9].

Питома вага нерадикальних операцій коливається в межах 40 – 60%, а у хірургічному

лікуванні пухлинних кровотеч показаннями до їх виконання є забезпечення надійного хірургічного гемостазу та профілактика розвитку рецидиву пухлинної кровотечі [2, 4, 6, 8, 10, 11, 14].

Гострокровоточиві злоякісні пухлини шлунка (ГЗПШ) у 4,6 – 15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково – кишкових кровотеч, при цьому показники летальності після нерадикальних операцій є вищими у порівнянні з показниками

летальності після радикальних оперативних втручань у 2 – 3 рази [2, 4, 5, 7, 15].

Метою роботи було покращення результатів нерадикального хірургічного лікування ГЗПШ.

**Матеріали та методи дослідження.** У клініці за період 1992 – 2009 рр. лікувалося 1125 хворих із ГЗПШ, що склало 2,2% від усіх хворих, лікованих з приводу шлунково – кишкових кровотеч за час роботи Київського міського центру по наданню допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами. Рак шлунка мав місце у 1108(98,5%) пацієнтів, та у 17(1,5%) – саркома. Вік 794(70,6%) чоловіків та 331(29,4%) жінок був від 19 до 94 років, а найбільша кількість хворих відмічена у вікових групах 61 - 70 років – 347(30,8%), та 70-80 років – 277(24,6%) пацієнтів. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2 : 1.

Згідно Міжнародної класифікації 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 відмічені у 104(9,2%) пацієнтів: кардіального відділу та тіла шлунка (СМ) – 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%), блюдеподібний тип ураження відмічено у 342(30,4%) хворих, дифузно-інфільтративний – у 129(11,5%), поліповидний – у 69(6,1%). При цьому ураження малої кривизни шлунка відмічено 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.

Екстренна 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 (Нікішаєв В.І., 1997) класифікацію активності кровотечі Forrest J.A.H.: I група (125(11,1%)) – кровотеча, що продовжується: IA (36(3,2%)) – струменева; IB (78(6,9%)) – просочування; Ix (11(1,0%)) – з-під щільного фіксованого згустку крові; II група (654(58,1%)) – кровотеча, що зупинилася: ПА (255(22,7%)) – тромбована судина; ПВ (301(26,7%)) – фіксований згусток крові; ПС (98(8,7%)) – мілкі тромбовані судини; III група (346(30,8%)) – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

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

**Результати дослідження та їх обговорення.** Згідно розробленого нами алгоритму лікувальної тактики і визначених критеріїв показів 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 склала 49,4% (447 із 904). Паліативні та симптоматичні операції виконані у 162(30,9%) хворих.

В табл. 1 наведено види нерадикальних оперативних втручань в залежності від умов їх проведення.

З наведених даних видно, що у 162 хворих виконано: паліативна резекція шлунка (Пал.РШ) – 112(69,2%): за Гофмейстером-Фінстерером - 61(54,5%), Бельфуrom - 48(42,8%), Ру - 3(2,7%); перев'язка судин шлунка (ПСШ) – 14(8,6%): лівої шлункової артерії - 8(57,1%), лівої і правої шлункових артерій - 6(42,9%); накладання

гастроентероанастомозу (ГЕА) – 31(19,1%): заднього позадуободового на короткій петлі – 8(25,8%), переднього попередуюбодового на довгій петлі з браунівським співустьям – 23(74,2%); перев'язка судин шлунка + накладання гастроентероанастомозу (ПСШ+ГЕА) – 5(3,1%).

Паліативні операції доповнені проведенням алкоголізації метастазів печінки у 34(21,0%) хворих та фенестрацією очеревини – у 16(9,9%).

З представлених даних встановлено, що найбільша кількість паліативних операцій належить паліативним резекціям шлунка – 112(69,2%). Екстренні операції (ЕО) на висоті кровотечі виконані у 4(3,6%) хворих, а ранньо відстрочені операції (РВО) – у 108(96,4%). Померло 7(6,3%) хворих: після екстрених операцій – 3(73,0%), ранньо відстрочених – 4(3,7%).

Таблиця 1

**Види нерадикальних оперативних втручань залежно від умов їх проведення**

Види операцій	ЕО	Померло %	РВО	Померло %	Всього %	Померло %
Пал.РШ	4 (3,6%)	3 (75,0%)	108 (96,4%)	4 (3,7%)	112 (69,2%)	7 (6,3%)
ПСШ	4 (28,6%)	2 (50,0%)	10 (71,4%)	4 (40,0%)	14 (8,6%)	6 (42,9%)
ГЕА	-	-	31 (100%)	14 (45,2%)	31 (19,1%)	14 (45,2%)
ПСШ+ГЕА	-	-	5 (100%)	3 (60,0%)	5 (3,1%)	3 (60,0%)
Всього %	8 4,9%	5 62,5%	154 95,1%	25 16,2%	162 100%	30 18,5%

Перев'язка судин шлунка виконана у 14(8,6%) пацієнтів: на висоті кровотечі у 4(28,6%) з летальністю 50,0% (2 хворих), у ранньому відстроченому періоді – у 10(71,4%) з летальністю 40,0% (4 хворих). Загальна летальність склала 42,9% (6 із 14).

Обхідний гастроентероанастомоз накладений у 31(19,1%) пацієнта в ранньому відстроченому періоді. Померло 14(45,2%) хворих.

Перев'язка судин шлунка в поєднанні з накладанням обхідного гастроентероанастомозу виконана у 5(3,1%) хворих. Всі

операції проведені у ранньому відстроченому періоді з летальністю 60,0% (3 випадки із 5).

Загалом, серед усіх нерадикальних операцій паліативних резекцій шлунка у 2,2 рази було виконано більше ніж симптоматичних операцій, при цьому летальність після паліативних резекцій шлунка є у 12,2 рази меншою в порівнянні з летальністю після симптоматичних операцій, яка становить 76,7% (23 випадки із 30).

Отже, в екстремному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву

оперовано 8(4,9%) пацієнтів. В ранньому відстроченому періоді, після проведення адекватної підготовки та комплексного дообстеження, оперативне лікування проведено у 154(95,1%) хворих.

Летальність після екстрених операцій становить 62,5% (5 хворих), після ранньо відстрочених операцій – 16,2% (25 хворих), при цьому показник летальності після екстрених неадекватних операцій у 3,9 рази вищий ніж після оперативних втручань проведених у ранньому відстроченому періоді. Загальна післяопераційна летальність склала 18,5% (30 хворих), що у 3,6 рази перевищує показник летальності після радикальних оперативних втручань.

#### Висновки

1. Летальність після екстрених неадекватних операцій є вищою у 3,9 рази у порівнянні з операціями, що виконані у ранньому відстроченому періоді після проведення адекватної передопераційної підготовки, направленої на компенсацію гіповолемії і корекцію гемодинаміки, та повноцінного комплексного дообстеження.

#### 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. Воронич М. В. Екстренні операції в лікуванні ускладнених форм раку шлунка / М. В. Воронич, П. Ф. Шеремет, Я. С. Шпряха // Наук. вісн. Ужгор. університету. Сер. Медицина. – 2003. – Вип. 19. – С. 10–12.

3. Кондратенко П. Г. Хирургическая тактика у больных с острыми кровотечениями из злокачественных опухолей пищеварительного канала / П. Г. Кондратенко, Н. Л. Смирнов // Хірургія України. – 2005. – № 3. – С. 23–25.

4. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка / Г. А. Арутюнян, А. И. Крыжановский, С. М. Селин [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 55–58.

5. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А. П. Михайлов, А. М. Данилов, А. Н. Напалков [и др.] /

2. Питома вага летальних випадків після радикальних оперативних втручань є у 3,6 рази меншою у порівнянні з паліативними та симптоматичними операціями.

3. У структурі неадекватних операцій у хворих з ГЗПШ паліативних резекцій шлунка у 2,2 рази виконано більше ніж симптоматичних операцій, при цьому летальність після паліативних резекцій шлунка є у 12,2 рази меншою в порівнянні з летальністю після симптоматичних операцій.

4. Вважаємо неадекватні операції на висоті кровотечі у хворих з ГЗПШ надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю, і доцільним є застосування комплексу мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву і оперувати хворих у ранньому відстроченому періоді. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості виконання у більшості хворих, при розповсюджених злоякісних пухлинних процесах, паліативних резекцій шлунка.

/ Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. – 2006. – № 1. – С. 79–81.

6. Паллиативные операции при раке желудка у лиц пожилого и старческого возраста / Е. И. Брехов, С. В. Одинцов, В. В. Калинин [и др.] // Рос. мед. вести. – 2009. – № 2. – С. 10–13.

7. 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.

8. Рак в Україні, 2006-2007. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби [Електронний ресурс] / під ред. І. Б. Щепотіна. – Шлях доступу : URL : <http://www.ucr.gs.com.ua/dovida6/index.htm> . – Назва з екрану.

9. 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.

10. Результаты хирургического лечения местнораспространенного рака желудка / А. М.

Карачун, Г. И. Синенченко, Л. Д. Роман [и др.] // Вопр. онкологии. – 2010. – № 1. – С. 24–28.

11. Скоропад В. Ю. Хирургическое лечение распространенного рака желудка / В. Ю. Скоропад, Б. А. Бердов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2004. – № 11. – С. 30–35.

12. Хирургическое лечение острокровоточающего 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. Bleeding stromal tumor / T. Giesler, S. Muller, K. Schmiedehausen [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2005. – Vol. 61, N 4. – P. 593.

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, N 9. – P. 2360–2364.

15. Iwasa Y. Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy / Y. Iwasa // J. Insur. Med. – 2004. – Vol. 36, N 2. – P. 111–114.

*Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.*

УДК 616.147.17-007.64-089

## РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ

**А.А. Шудрак**, кандидат медичних наук, заступник начальника Головного військово-медичного клінічного центру – Головний хірург МО України

**Є.В. Цема**, кандидат медичних наук, ординатор відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України

**О.І. Уманець**, кандидат медичних наук, начальник відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України

**В.С. Нечай**, лікар-хірург відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України

**О.П. Біба**, лікар-хірург відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України

**Резюме.** В статті представлені безпосередні результати хірургічного лікування 70 пацієнтів на хронічний гемороїд III-IV стадії, яким виконали гемороїдектомію. Середня тривалість стаціонарного лікування хворих склала  $9,9 \pm 0,25$  днів. Середня тривалість тимчасової втрати працездатності складала  $26,5 \pm 0,6$  днів. В ранньому післяопераційному періоді у 11,4% хворих виникли ускладнення та побічні реакції у вигляді післяопераційних кровотеч (2,8%), дизуричних розладів (7,1%), нагноєння післяопераційної рани (1,4%).

**Ключові слова:** гемороїд, гемороїдектомія, результати лікування.

**Вступ.** Незважаючи на значні досягнення останніх років у розробці нових методів лікування геморою, традиційна гемороїдектомія не втратила своєї актуальності й на сьогоднішній день [3, 6]. Патогенетично обґрунтованим є використання гемороїдектомії у хворих на комбінований гемороїд (хронічний гемороїд III-IV стадії), коли в патогенезі гемороїдальної хвороби на перше місце виступає механічний чинник (недостатність зв'язкового апарату гемороїдальних вузлів),

який надійно усувається з допомогою традиційної гемороїдектомії [1, 5]. Найчастіше використовується закрита техніка виконання гемороїдектомії (гемороїдектомія за Міліганом-Морганом в другій модифікації НДІ проктології, гемороїдектомія за Фергюсоном). Чималу роль в обмеженні впровадження новітніх технологій та методів лікування геморою відіграє висока їх вартість, що в кілька разів перевищує вартість лікування хворих з використанням традиційної гемороїдектомії [2, 4]. Таким чином,