

Хірургічні аспекти лікування раку дистального відділу шлунка, ускладненого перфорацією, стенозом та гострою кровотечею

Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування раку дистального відділу шлунка, ускладненого перфорацією, стенозом та гострою кровотечею.

Матеріали і методи. У клініці за період від 2006 до 2020 р. проходили лікування 766 хворих із злоякісними пухлинами шлунка, які ускладнилися гострими кровотечами, стенозами чи перфорацією пухлин, що склало 2,5 % від усіх хворих, лікованих із приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи центру. Рак дистального відділу шлунка мав місце у 247 (32,2 %) пацієнтів, серед яких перебіг захворювання ускладнився розвитком гострої кровотечі у 193 (78,1 %); кровотечі та стенозу – у 103 (41,7 %); перфорації – у 54 (21,9 %); перфорації та стенозу – у 35 (14,2 %); кровотечі, перфорації та стенозу – у 28 (11,3 %). Вік 173 (70,0 %) чоловіків та 74 (30,0 %) жінок був від 19 до 90 років, а найбільше хворих було у вікових групах 61–70 років – 76 (30,7 %), та 71–80 років – 62 (25,1 %) пацієнтів. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2,4:1.

Результати досліджень та їх обговорення. Загалом із 247 хворих оперовано 115 (46,6 %): на тлі кровотечі – 61 (53,0 %); кровотечі та стенозу 52 (45,2 %); перфорації – 54 (46,9 %); перфорації та стенозу – 35 (30,4 %); кровотечі, стенозу та перфорації – 28 (24,3 %). У групі хворих із вперше виявленим раком оперативна активність склала 49,2 % (63 із 128). Радикальні операції виконані у 81 (70,4 %) пацієнта, паліативні та симптоматичні операції проведено у 34 (29,6 %) пацієнтів. Лімфодисекція в об'ємі D1 виконана при проведенні 7 (8,6 %) радикальних СДРШ, в об'ємі D2 – 74 (91,4 %). Загальна післяопераційна летальність склала 6,9 % (8 хворих). Після радикальних операційних втручань померло 4 (3,5 %) пацієнтів, а після паліативних і симптоматичних операцій – 5 (14,7 %). П'ятирічне виживання після радикальних операцій склало 44,5 %, а 10-річне – 8,9 %, при цьому медіана життя склала 29 місяців.

Ключові слова: рак дистального відділу шлунка; хірургічне лікування; стеноз; перфорація; гостра кровотеча.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Дослідження та результати лікування останніх років встановили, що ускладнення раку шлунка перфорацією, стенозом та гострою кровотечею не є ознакою запущеності чи неоперабельності онкологічного процесу [1, 4, 6]. Засоби комплексної діагностики стадії процесу та його локалізації з урахуванням уточнених інтраопераційних даних дають змогу більшій частині цих пацієнтів з успіхом виконувати радикальні операції [2, 10]. 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 [6, 7, 8].

Гострокровоточиві злоякісні пухлини шлунка (ГЗПШ) у 4,6 – 15,9 % випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [3, 5]. Операції на висоті кровотечі виконуються рідко, бо супроводжуються високою післяопераційною летальністю [3, 8, 9]. В хірургії ускладненого раку шлунка з локалізацією в дистальному відділі увага хірургів зосереджена на можливості радикального видалення пухлини, застосуванні нових способів субтотальної дистальної резекції шлунка, що покращують функціональні результати операційних втручань [7, 8, 10].

Мета роботи: покращення результатів хірургічного лікування раку дистального відділу шлунка, ускладненого перфорацією, стенозом та гострою кровотечею.

Матеріали і методи. У клініці впродовж 2006–2020 рр. проходили лікування 766 хворих із злоякісними пухлинами шлунка, які ускладнилися гострими кровотечами, стенозами чи перфорацією пухлин, що склало 2,5 % від усіх хворих, лікованих із приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи центру. Рак дистального відділу шлунка діагностували в 247 (32,2 %) пацієнтів, серед яких перебіг захворювання ускладнився розвитком гострої кровотечі у 193 (78,1 %); кровотечі та стенозу – у 103 (41,7 %); перфорації – у 54 (21,9 %); перфорації та стенозу – у 35 (14,2 %); кровотечі, перфорації та стенозу – у 28 (11,3 %).

Вік 173 (70,0 %) чоловіків та 74 (30,0 %) жінок був від 19 до 90 років, а найбільше хворих було у вікових групах 61–70 років – 76 (30,7 %) та 71–80 років – 62 (25,1 %) пацієнтів. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2,4:1.

У всіх пацієнтів мали місце супутні захворювання різних органів та систем, що характерно для цієї вікової категорії хворих (поліморбідність 100 %). Індекс поліморбідності склав 4,6 у чоловіків та 5,2 у жінок.

Відповідно до Міжнародної класифікації TNM восьмої редакції (International Union Against Cancer – UICC, 2016 р.), хворі були госпіталізовані на різних стадіях раку шлунка: I – 17 (6,9 %), II – 35 (14,2 %), III – 50 (20,2 %), IV – 145 (58,7 %).

Найбільше гострих кровотеч та перфорацій спостерігали при раку дистального відділу шлунка III–IV стадії, і склали 189 (76,5 %) випадків. Однак кровотечі при злоякісних ураженнях шлунка I (ранній рак) та II стадії зустрічалися у 58 (23,5 %) хворих. Цей факт свідчить, що при раку шлунка кровотеча зі стенозом чи перфорація не являється абсолютною ознакою запущеності чи неоперабельності пухлинного процесу, а хворі потребують своєчасних лікувально-діагностичних заходів, спрямованих на зупинку кровотечі і наступне проведення спеціального лікування.

Діагноз раку шлунка був встановлений вперше при госпіталізації у нашій клініці у 128 (52,0 %) хворих, серед яких у 52 (40,6 %) констатована IV стадія ракового процесу.

При визначенні частоти морфологічних варіантів раку дистального відділу шлунка було встановлено, що найбільше випадків відводиться інфільтративно-виразковому типу ураження – 141 (57,1 %), блюдцеподібний тип ураження відмічено у 67 (27,1 %) хворих, дифузно-інфільтративний – у 22 (8,9 %), поліпоподібний – у 17 (6,9 %), при цьому циркулярне ураження встановлено – у 99 (40,1 %) пацієнтів.

Екстрена діагностика забезпечувалася ендоскопічними дослідженнями, які доповнювалися рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Впродовж 1 години з моменту госпіталізації діагноз, що включав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, встановлено у 129 (52,2 %) хворих, від 1 до 2 год – у 66 (26,7 %), від 2 до 4 год – у 23 (9,3 %), від 4 до 12 год – у 18 (7,3 %), від 12 до 24 год – у 11 (4,5 %). Ендоскопічне дослідження не проводилося 3 (1,2 %) хворим, які були доставлені у клініку в агональному стані і померли протягом кількох годин, а діагноз було верифіковано на автопсії.

При проведенні ендоскопічного дослідження, окрім визначення локалізації пухлинного ураження шлунка, його поширення та морфологічних характеристик, визначали стан гемостазу, використовуючи модифіковану нами (В. І. Нікішаєв, 1997) класифікацію активності кровотечі J. A. N. Forrest: I група (9 (3,6 %)) – кровотеча, що продовжується: IA (4 (1,6 %)) – струменева; IB (3 (1,2 %)) – просякання; Ix 2 (0,8 %) – з-під щільного фіксованого згустка крові; II група (159 (64,4 %))

– кровотеча, що зупинилася: IIA (70 (28,3 %)) – тромбована судина; IIB (60 (24,3 %)) – фіксований згусток крові; IIC (29 (11,7 %)) – дрібні тромбовані судини; III група (79 (32,0 %)) – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Ступінь тяжкості анемії не відповідає тяжкості кровотечі у цих пацієнтів. Анемія має 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 49 (19,8 %) хворих, середнього – у 104 (42,1 %), тяжкого – у 94 (38,1 %).

Результати досліджень та їх обговорення.

Лікувальну тактику визначали залежно від поширення пухлинного ураження і стадії процесу, наявності супутньої патології, ступеня тяжкості крововтрати, стану гемостазу, виразності водно-електролітних розладів та розповсюдження перитоніту й ступеня інтоксикації у разі перфорації пухлин. Так, при наявності активної пухлинної кровотечі хворим проводили мініінвазивні ендоскопічні втручання, спрямовані на її зупинку, а у разі наявності стигмат недавньої кровотечі показано проведення заходів ендоскопічного гемостазу, з метою профілактики розвитку рецидиву пухлинної кровотечі. Загалом, ендоскопічний гемостаз проведено 97 (39,3 %) хворим з ознаками активної, у тому числі рецидивної, кровотечі та нестабільного гемостазу після спонтанної зупинки пухлинної кровотечі, з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі.

Ендоскопічне забезпечення стабільного гемостазу і, відповідно, гладкого перебігу постгеморагічного періоду дає змогу на етапі клініко-ендоскопічного моніторингу здійснити інфузійно-трансфузійну компенсацію крововтрати та паралельно провести адекватну корекцію водно-електролітних розладів, що особливо важливо при наявності у хворих стенозуючих пухлин виходу із шлунка. За наявності показань, оперативне лікування проводиться у ранньо-відтермінованому періоді в умовах максимальної корекції крововтрати та водно-електролітних розладів, що передумовлює виконання радикальних операційних втручань, відповідно до визначених світових онкологічних стандартів.

У пацієнтів із перфораціями пухлин дистального відділу шлунка та ознаками перитоніту виконуємо операційне лікування в екстреному порядку за життєвими показаннями за винятком тих хворих, у яких тяжкий стан пацієнта на тлі розли-

того перитоніту та ракової інтоксикації визначає вкрай високі операційно-анестезіологічні ризики. У таких випадках проводимо короткострокову передопераційну ресусцитацію, спрямовану на зменшення інтоксикаційного впливу та корекцію показників гомеостазу і після досягнення стабілізації гемодинамічних показників проводимо операційне лікування.

Завдяки ефективності ендоскопічного гемостазу необхідність проведення операції при продовженні або рецидиві кровотечі виникла лише у 13 (5,3 %) хворих: радикально – 12 (92,3 %), нерадикально – 1 (7,7 %). Так званий стабільний гемостаз не може гарантувати безпеки щодо можливого розвитку рецидиву кровотечі і тому ми вважаємо за необхідне проведення операційного втручання впродовж наступних 3–6 діб після госпіталізації, у разі відсутності протипоказань, пов'язаних із поширенням та запусненістю пухлинного процесу або наявністю тяжкої супутньої патології.

Загалом із 247 хворих оперовано 115 (46,6 %): на тлі кровотечі – 61 (53,0 %); кровотечі та стенозу – 52 (45,2 %); перфорації – 54 (46,9 %); перфорації та стенозу – 35 (30,4 %); кровотечі, стенозу та перфорації – 28 (24,3 %). У групі хворих із вперше виявленим раком операційна активність склала 49,2 % (63 із 128).

Радикальні операції виконано у 81 (70,4 %) пацієнта: субтотальна дистальна резекція шлунка (СДРШ): за Гофмейстером – Фінстерером – 68 (83,9 %), Бельфуrom – 9 (11,1 %), Ру – 4 (4,9 %). Радикальні операції виконали на таких стадіях пухлинного процесу: I ст. – 4 (4,9 %), II ст. – 12 (14,8 %), III ст. – 58 (71,6 %), IV ст. – 7 (8,6 %).

Лімфодисекція в об'ємі D1 виконана при проведенні 7 (8,6 %) радикальних СДРШ, в об'ємі D2 – 74 (91,4 %).

Паліативні та симптоматичні операції проведено у 34 (29,6 %) пацієнтів: паліативна резекція шлунка – 28 (82,4 %): за Гофмейстером – Фінстерером – 15 (53,6 %), Бельфуrom – 13 (46,4 %); накладання гастроентероанастомозу – 6 (17,6 %): заднього позадуободового на короткій петлі – 4 (66,6 %), переднього попередободового на довгій петлі з браунівським співустьям – 2 (33,4 %). Паліативні операції доповнені проведенням алкохолізації метастазів печінки у 11 (32,3 %) хворих та фенестрацією очеревини – у 3 (8,8 %).

В екстреному порядку, на висоті триваючої та рецидивної кровотечі оперовано 13 (11,3 %) хворих із летальністю 23,1 % (3 хворі). У ранньому відстроченому періоді оперативне лікування проведено у 102 (88,7 %) пацієнтів із летальністю 4,9 % (5 пацієнтів).

Загальна післяопераційна летальність склала 6,9 % (8 хворих). Після радикальних операційних втручань померло 4 (3,5 %) пацієнтів, а після паліативних і симптоматичних операцій – 5 (14,7 %).

П'ятирічне виживання після радикальних операцій склало 44,5 %, а 10-річне – 8,9 %, при цьому медіана життя склала 29 місяців.

Не оперовано 132 (53,4 %) хворих: внаслідок запусненості процесу – 80 (60,6 %), тяжкої супутньої патології – 42 (31,8 %), відмовились від операції – 10 (7,6 %). Летальність у цій групі склала 8,3 % (11 хворих), при чому 3 померли при явищах продовження кровотечі, а 8 – внаслідок прогресування пухлинного процесу.

Загальна летальність склала 8,5 % (21 із 247). Після зупинки кровотечі консервативними заходами та після проведеного хірургічного лікування направлені для подальшого лікування до онкологічних закладів 226 пацієнтів.

Висновки. Летальність після екстрених операцій на висоті триваючої та рецидивної кровотечі у 4,7 раза вища, ніж після операцій, проведених у ранньому відстроченому періоді, що виконуються після адекватної підготовки та комплексного дообстеження хворих, при цьому питома вага летальних випадків після радикальних операційних втручань у 2,4 раза менша порівняно з паліативними та симптоматичними операціями. Тому вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих із гострокровоточивим раком дистального відділу шлунка надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю.

Оптимальним стандартом є застосування комплексу мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву і оперувати хворих у ранньому відстроченому періоді й екстрено оперувати хворих при перфорації пухлини. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості проведення радикальних операційних втручань із лімфодисекцією в об'ємі D2.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кондратенко П. Г. Гостра кровотеча з новоутворень травного каналу: тактичні підходи / П. Г. Кондратенко, М. Л. Смирнов // Укр. журн. хірургії. – 2011. – № 1. – С. 144–149.
2. Бубняк М. Р. Ендovasкулярна діагностика, лікування і профілактика гострих гастро-дуоденальних кровотеч : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.03 - хірургія / Бубняк Мирослав Романович ; Львів. нац. мед. ун-т ім. Д. Галицького. – Львів, 2019. – 20 с.
3. Братусь В. Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В. Д. Братусь. – Киев : Здоров'я, 1991. – 270 с.
4. 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.
5. Борбашев Т. Т. Морфологическая характеристика осложненного рака желудка (перфорация, распад) / Т. Т. Борбашев // Здравоохр. Кыргызстана. – 2018. – № 3. – С. 29–32.
6. Невожай В. И. Непосредственные результаты хирургического лечения больных раком желудка / В. И. Невожай, Т. А. Федоренко, Е. В. Худченко // Тихоокеан. мед. журнал. – 2014. – № 1. – С. 52–55.
7. Фомін П. Д. Хірургічна тактика при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка / П. Д. Фомін, П. В. Іванчов // Харк. хірург. школа. – 2011. – № 1. – С. 9–14.
8. Surgical outcome evaluation of perforated gastric cancer: from the aspects of both acute care surgery and surgical oncology / S. T. Wang, C. H. Hsu, C. H. Liao [et al.] // Scand J. Gastroenterol. – 2017. – Vol. 52, No. 12. – P. 1371–1376.
9. CT diagnosis of non-traumatic gastrointestinal perforation: an emphasis on the causes / N. K. Lee, S. Kim, S. B. Hong [et al.] // Jpn. J. Radiol. – 2020. – Vol. 38, No. 2. P. 101–111. DOI: 10.1007/s11604-019-00910-7.
10. Gastric cancer: Epidemiology, risk factors and prevention strategies / L. Yang, X. Ying, S. Liu [et al.] // Chin. J. Cancer Res. – 2020. – Vol. 32, No. 6. – P. 695–704. DOI: 10.21147/j.issn.1000-9604.2020.06.03.

REFERENCES

1. Kondratenko, P.H., & Smyrnov, M.L. (2011). Hostra krovotecha z novoutvoren travnoho kanalu: taktychni pidkhody [Acute bleeding from neoplasms of the alimentary canal: tactical approaches]. *Ukrainskyi zhurnal khirurgii – Ukrainian Journal of Surgery*, 1, 144-149 [in Ukrainian].
2. Bubniak, M.R. (2019). Endovaskuliarna diahnostyka, likuvannia i profilaktyka hostrykh hastro-duodenalnykh krovotech [Endovascular diagnosis, treatment and prevention of acute gastro-duodenal bleeding]. *Extended abstract of Candidate's thesis. Universitatis Medicinalis Leopoliensis. Lviv* [in Ukrainian].
3. Bratus, V.D. (1991). *Dyfferentsyalnaya diagnostika i lechenye ostrykh zheludochno-kyshechnykh krovotechenyi* [Differential diagnosis and treatment of acute gastrointestinal bleeding]. Kyiv: Zdorovia [in Russian].
4. Bratus, V.D. (2001). *Novye tendentsii v lechenii bolnykh s ostryimi zheludochno-kyshechnymi krovotechenyamy* [New trends in the treatment of patients with acute gastrointestinal bleeding]. *Ukrainskyi zhurnal maloinvazyvnoi ta endoskopichnoi khirurgii – Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery*, 1, 5-6 [in Russian].
5. Borbashev, T.T. (2018). *Morfologicheskaya harakteristika oslozhnenogo raka zheludka (Perforatsiya, raspad)* [Morphological characteristics of complicated cancer (Perforation, decay)]. *Zdravookhraneniye Kyrgyzstana – Healthcare of Kyrgyzstan*, 3, 29-32 [in Russian].
6. Nevozhay, V.I., Fedorenko, T.A., & Khudchenko, Ye.V. (2014). *Neoposredstvennyye rezultaty khirurgicheskogo lecheniya bolnykh rakom zheludka* [Immediate results of surgical treatment of patients with gastric cancer]. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal – Pacific Medical Journal*, 1, 52-55 [in Russian].
7. Fomin, P.D., & Ivanchov, P.V. (2011). *Khirurgichna taktyka pry hostrokrovotochyvykh zloiakisykh pukhlynakh shlunka* [Surgical tactics in acutely bleeding malignant tumors of the stomach]. *Kharkivska khirurgichna shkola – Kharkiv Surgical School*, 1, 9-14 [in Ukrainian].
8. Wang, S.Y., Hsu, C.H., Liao, C.H., Fu, C.Y., Ouyang, C.H., Cheng, C.T., ... & Yeh, C.N. (2017). Surgical outcome evaluation of perforated gastric cancer: from the aspects of both acute care surgery and surgical oncology. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 52 (12), 1371-1376.
9. Lee, N.K., Kim, S., Hong, S.B., Lee, S.J., Kim, T.U., Ryu, H., ... & Suh, H.B. (2020). CT diagnosis of non-traumatic gastrointestinal perforation: an emphasis on the causes. *Japanese Journal of Radiology*, 38 (2), 101-111 DOI: 10.1007/s11604-019-00910-7.
10. Yang, L., Ying, X., Liu, S., Lyu, G., Xu, Z., Zhang, X., ... & Ji, J. (2020). Gastric cancer: Epidemiology, risk factors and prevention strategies. *Chinese Journal of Cancer Research*, 32 (6), 695.

Отримано 21.04.2022

Електронна адреса для листування: serikkl@ukr.net

O. B. PRUDNIKOVA, P. V. IVANCHOV

O. Bohomolets National Medical University Kyiv,

**SURGICAL ASPECTS OF TREATMENT CANCER OF THE DISTAL PART OF THE STOMACH,
COMPLICATED BY PERFORATION, STENOSIS AND ACUTE BLEEDING**

The aim of the work – to improve the results of surgical treatment of cancer of the distal part of the stomach, complicated by perforation, stenosis and acute bleeding.

Materials and Methods. In the period from 2006 to 2020, 766 patients with malignant stomach tumors were treated at the clinic, which were complicated by acute bleeding, stenosis or perforation of tumors, which was 2.5 % of all patients treated for gastrointestinal bleeding during the work of the center. Cancer of the distal part of the stomach occurred in 247 (32.2 %) patients, among whom the course of the disease was complicated by the development of acute bleeding in 193 (78.1 %); bleeding and stenosis – in 103 (41.7 %); perforation – in 54 (21.9 %); perforations and stenosis – in 35 (14.2 %); bleeding, perforations and stenosis – in 28 (11.3 %). The age of 173 (70.0 %) men and 74 (30.0 %) women was from 19 to 90 years, and the largest number of patients was noted in the age groups of 61–70 years – 76 (30.7 %) and 71–80 years – 62 (25.1 %) patients. The ratio of men to women was 2.4:1.

Results and Discussion. In total, out of 247 patients, 115 (46.6 %) were operated on: on the background of bleeding – 61 (53.0 %); bleeding and stenosis 52 (45.2 %); perforations – 54 (46.9 %); perforations and stenosis – 35 (30.4%); bleeding, stenosis and perforation – 28 (24.3 %). In the group of patients with newly diagnosed cancer, operative activity was 49.2 % (63 out of 128). Radical operations were performed in 81 (70.4 %) patients, palliative and symptomatic operations were performed in 34 (29.6 %) patients. Lymphodissection D1 was performed during 7 (8.6 %) radical operations, D2 – 74 (91.4 %). The total postoperative mortality was 6.9 % (8 patients). 4 (3.5 %) patients died after radical surgical interventions, and 5 (14.7 %) – after palliative and symptomatic operations. Five-year survival after radical surgery was 44.5 %, and 10-year survival was 8.9 %, with a median survival of 29 months.

Key words: cancer of the distal part of the stomach; surgical treatment; stenosis; perforation; acute bleeding.