

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРОКРОВОТОЧИВИЙ РАК ШЛУНКУ В УМОВАХ СПЕЦІАЛІЗОВАНОГО ЦЕНТРУ

Фомін П.Д., Біляков-Бельський О.Б., Сидоренко В.М., Переш Є.Є.

Національний медичний університет, Україна, Київ

Проблема надання допомоги хворим на рак шлунку є вельми актуальною у наш час в зв'язку із значним розповсюдженням цієї патології серед населення і незадовільними результатами лікування її [3]. Незважаючи на деяке зниження захворюваності, рак шлунку знаходиться на другому місці у структурі онкопатології як у чоловіків, так і у жінок. Найчастіше захворювання виявляється у віковій групі 70 років і старших (40 - 50%), що значно ускладнює надання повноцінної хірургічної допомоги, яка є найбільш ефективним методом лікування хворих на рак шлунку [2, 3]. Кількість радикальних операцій

навіть у спеціалізованих онкологічних закладах невелика - від 24 до 38%, що зумовлене досить пізньою діагностикою раку шлунку, коли більшість хворих потрапляє у стаціонар у III-IV стадії процесу [2, 3]. Летальність після радикальних операцій продовжує залишатися високою, складаючи від 6,5% до 20% [2].

Ці дані стосуються, в основному, неускладненого раку шлунку, при виникненні ж ускладнень проблема набуває більш гострого і драматичного характеру, оскільки у хірурга залишається мінімум часу на вибір адекватної тактики, обстеження і перед-

операційну підготовку хворих [1]. Одним з найбільш грізних та небезпечних ускладнень є гостра кровотеча, спричинена раковою пухлиною шлунку, яка складає біля 10% у структурі гострих шлункових кровотеч на тлі загального збільшення питомої ваги геморагій невиразкового генезу на протязі останніх десятиріч [1, 4].

З 1982 по 1997 рр. у клініці лікувалось 1806 хворих із гострокровоточивими пухлинами шлунково-кишкового тракту, у 1073 з них джерелом кровотечі була ракова пухлина шлунку. При цьому, діагноз раку був відомим (установленим у інших лікувальних закладах) тільки у 176 хворих (16,4%), більшості ж (897) вперше виставлений у нашій клініці. Звергаємо увагу на те, що для майже чверті хворих з вперше установленим діагнозом (223), кровотеча виявилася єдиною клінічною ознакою раку, себто, хворобу було виявлено "завдяки" гострій геморагії. До II клінічної групи віднесено 457 (42,6%) пацієнтів, до IV - 616 (57,4%).

Діагностика базується, в основному, на використанні екстреної ФГДС, яка дозволяє не тільки верифікувати джерело кровотечі, але й визначити локалізацію пухлини, розповсюдженість ракової інфільтрації, ступінь гемостазу - усе це значною мірою визначає пріоритети лікувальної тактики стосовно кожного хворого. Крім того, діагностична програма обіймає рентгенографію, УЗД, основні лабораторні та функціональні дослідження, за показаннями - комп'ютерну томографію та лапароскопію.

Серед 897 пацієнтів з уперше виявленим раком шлунку розповсюдженість пухлинного процесу була такою: T1Nx-M0 - у 7; T2Nx+-aM0 - у 91; T3Nx+-авM0 - у 182; T2-3Nx+vM0 - у 177; різні варіанта занедбаного ракового процесу розподілились таким чином: T4Nx-M0 - у 129; T3Nx+cM0 - у 80; T3-4Nx+-сM1- у 407 хворих. Таким чином, розповсюдженість ракового процесу принципово дозволяє виконання радикальних втручань приблизно половиці хворих. На заваді такому високому показнику стає, звичайно, вік хворих і пов'язана з ним супутня патологія, яка робить неможливою операцію великого обсягу, що необхідна при раку шлунку, особливо, при локалізації пухлини у верхній третині шлунку.

Кількість пацієнтів у віці 70 років і старших складала 385 (35,8%) з усіх 1073 хворих. За локалізацією пухлини розподілились таким чином: рак верхньої третини шлунку виявлено у 264 хворих; середньої - у 257; нижньої - у 362; ще 170 мали тотальне чи субтотальне ураження шлунку або його кукси.

Ще одним важливим фактором, що визначає лікувальну тактику є ступінь крововтрати при поступленні хворого, яка була визначена як помірні у 24% пацієнтів; середньої важкості - у 47%; важка - у 29%. Стан геморагічного шоку при поступленні зафіксований у 168 хворих.

Термін операції визначався, в першу чергу, станом гемостазу. При продовженні кровотечі намагалися виконати заходи місцевого ендоскопічного гемостазу (діатермокоагуляція, нанесення плівкоутворюючих речовин, препарату "Капрофер"). 64 хворим, для яких ці засоби гемостазу виявились неефективними, при відсутності абсолютних протипоказань до операції (як онкологічних, так і загальних), виконано операції на висоті кровотечі. При цьому радикальні втручання виконано лише 18 з них.

Хворим, у яких кровотеча не продовжувалась при поступленні, або вщухла під впливом місцевої гемостатичної терапії, проводилась загальна гемостатична, поповнююча та коригуюча терапія, максимально швидко дообстеження. За відсутності абсолютних протипоказань, операцію намагалися виконувати у ранньому відстроченому періоді - на 3 - 5 день після поступлення. Більш довгий час підготовки хворого до операції вважаємо недоцільним з-за великого ризику рецидиву кровотечі.

У відстроченому періоді оперовано 452 пацієнти. Таким чином, загальна оперативна активність складала 48,08% (516 хворих). Радикальні операції виконано 332 хворим (30,9%), паліативні - 24 (2,2%), симптоматичні та пробні втручання - 160 (14,8%). Слід відзначити, що 8 хворим паліативні операції були виконані вимушено, внаслідок важкої супутньої патології, або значного знекровлювання, що не дозволяло виконати повнообсяжну радикальну операцію.

Радикальні операції розподілились таким чином: гастректомії - 64; проксимальні резекції - 19; дистальні субтотальні резекції - 249. Летальність після радикальних втручань складала 7,98% (29 хворих). Після паліативних операцій померли 7 хворих із 24, після симптоматичних та пробних - 36 із 160 (22,5%). Таким чином, загальна післяопераційна летальність складала 13,95%.

Внаслідок явних ознак занедбаності пухлинного процесу та важкої супутньої патології не могли бути оперовані 532 пацієнти, ще 35 категорично відмовилися від запропонованого оперативного лікування. Усім 557 хворим проводилось консервативне лікування. Померло 149 хворих цієї групи (26,75%), причому, тільки 35 на тлі продовження або рецидиву кровотечі, інші - при явищах зростання ракової інтоксикації. 408 пацієнтів після зупинки кровотечі та стабілізації стану виписані під нагляд онкологів.

Наш досвід лікування хворих з гострокровоточивим раком шлунку дозволяє стверджувати пріоритет активної хірургічної тактики, яка дозволяє більш як 30-35% пацієнтів видалити кровоточиву пухлину, чим не тільки надійно зупинити кровотечу, але й поліпшити віддалені результати лікування. Консервативна терапія, у т.ч. засоби ендоскопічного гемостазу, дозволяють безпосередньо врятувати життя 70-75% неоперабельних хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д., Шерман Д.М. Геморрагический шок// Киев. Наукова думка.- 1989.-304с.
2. Бондарь В.Г. Результаты хирургического лечения рак желудка// Клінічна хірургія. -1997.-№9-10.-С.62-64.
3. Денисов Л.Е., Виноградова КН., Ушакова Т.И., Николаев А.П. Современное состояние заболеваемости раком желудка// Хирургия.-1997.- № 3.- С. 21-24.
4. Friedman L.S., Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding//Gastroenterol. Clin.N.Amer.- 1993.- Vol. 22.N4.- P.717-721.

РЕЗЮМЕ

Опыт лечения больных острокровоточивым раком желудка в условиях специализированного центра

Фомин П.Д., Биляков-Бельский О.Б., Сидоренко В.М., Переш Е.Е.

Наш опыт лечения 1806 больных с острокровоточивым раком желудка с1982 по 1997гг. позволяет утверждать приоритет активной хирургической тактики, которая позволяет удалить кровотокающую опухоль более 30% пациентам. Что улучшает отдаленные результаты лечения.

SUMMARY

The experience of management of patients with acute bleeding stomach cancer in conditions of a specialised centre

P.D.Fomin, O.Biliakov-Bielsky, V.M.Sydorenko, Ye.Ye.Peresh

Our experience of management of 1806 patients with acute bleeding stomach cancer from 1982 to 1997 allowed us to state the priority of active surgical tactics which allows to remove in more than 35% of patients the bleeding tumour, which improves the late results of treatment.