

УДК 616.33 – 006.6 – 07:616 – 08

<sup>1</sup>В.І. СТАРІКОВ, <sup>2</sup>Ю.О. ВІННИК, <sup>1</sup>Г.В. ТРУНОВ, <sup>2</sup>К.Ю. МАЙБОРОДА, <sup>2</sup>Д.В. ШАПОВАЛОВ<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет, кафедра онкології, Харків;<sup>2</sup>Харківський обласний клінічний онкологічний центр, Харків**ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА**

Проаналізовано результати лікування 167 хворих на рак проксимальних відділів шлунка за період з 1990 по 2008 рік. Всім обстеженим виконано радикальні операції. Оптимальним доступом при раку нижньогрудного відділу стравоходу й проксимальних відділів шлунка є косий абдоміноторакальний доступ. У структурі післяопераційних ускладнень переважають серцево-судинні й легеневі ускладнення. Дотримання умов надійного кровопостачання куки шлунка, її достатня мобілізація та відсутність натягу органів, що зшивають, мінімальна кількість швів при формуванні анастомозу дозволило знизити частоту неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу з 15,3 до 3,2 %.

**Ключові слова:** рак шлунка, хірургічне лікування, анастомоз

**Вступ.** За останні роки відзначається стійка тенденція до збільшення захворюваності на рак проксимальних відділів шлунка та ділянки стравохідно-шлункового переходу [2, 4]. За даним більшості авторів, на рак проксимальних відділів шлунка (ПВШ) доводиться кожний четвертий випадок раку шлунка [4]. Рак зазначеної локалізації характеризується високою злоякісністю, агресивним інфільтративним ростом та досить високим індексом лімфогенного метастазування [2, 6]. Локалізація пухлини в ПВШ шлунка впливає на симптоматику захворювання. Одним із частих симптомів є дисфагія, більше характерна для раку стравоходу. Особливо слід зазначити появу болю в ділянці серця, що часто розцінюють як прояв ішемічної хвороби та довгостроково проводять лікування коронаролітиками. Є також і діагностичні труднощі при раку (ПВШ). Зокрема, при ураженні дна шлунка потрібні певні навички для виконання щипцевої біопсії із цієї ділянки. Часто рак дна шлунка виявляються як рентгенологами, так і ендоскопістами [2, 5].

Найчастіше при раку ПВШ виявляється дифузна форма, при якій пухлина морфологічно менш диференційована. Рання проява дисфагії, пов'язаної з порушенням механічної прохідності їжі, наступне наростання аліментарного виснаження організму, відповідний обсяг хірургічного втручання у зв'язку з анатомо-фізіологічними особливостями даної ділянки збільшують ризик виникнення різного роду ускладнень у післяопераційному періоді [3].

Передовим у комбінованому та комплексному лікуванні раку ПВШ залишається хірургічний метод лікування [5]. За останні десятиліття спостерігається безсумнівний прогрес у лікуванні раку цієї локалізації. Насамперед, це стосується поліпшення безпосередніх результатів лікування – істотному зниженню показників частоти розвитку післяопераційних ускладнень і летальності, що дозволило сміливо виконувати все більше й більше розширений обсяг оперативних втручань [1]. Однак динаміка віддалених результатів лікування оцінюється більшістю авторів незадовільно [2]. Дотепер є дискутабельним питання про можливість лікування

хворих раку ПВШ у хірургічних стаціонарах загальнолікувальної мережі [6]. Наявність стандартів лікування онкологічних хворих говорить про необхідність проведення комбінованого або комплексного лікування хворим на рак ПВШ, що включає операцію, променеву терапію та хіміотерапію. Лікування хворих на РПВШ у торакальних відділеннях обумовлено топографо-анатомічними особливостями розташування стравоходу та кардіального відділу шлунка та високою травматичністю виконаної операції, наслідком яких може бути розвиток шоків реакцій у вигляді порушення основних фізіологічних процесів [7].

**Мета дослідження.** Вивчити особливості різних етапів діагностики і хірургічного лікування хворих на рак ПВШ та узагальнити отримані дані.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 167 хворих на рак ПВШ за період з 1990 по 2009 рік, що перебували на лікуванні в торакальному відділенні Харківського обласного клінічного онкологічного центру. Чоловіків було 137 (82 %), жінок – 30 (18 %). Середній вік хворих становив 62,4 року. Всім обстеженим виконані радикальні операції: 19 хворим – проксимальна субтотальна резекція шлунка, 15 – гастректомія з резекцією черевної частини стравоходу та 133 – проксимальна резекція шлунка з нижньої ділянки грудної частини стравоходу (операція Осава – Герлока). За стадіями захворювання хворих розподіляли в такій послідовності: T2-3 N0 M0 – 21 %, T2-3 N1-2M0 – 67,6 %, T4 N1-2M0 – 11,4 %. У більшості хворих (87,5 %) була аденокарцинома. Плоскоклітинний рак виявлено в 12,5 % випадків. У всіх хворих діагноз раку був верифікований морфологічно до операції. При цьому в 36 % хворих фіброезофагогастроскопія виконувалася два й більше разів для верифікації діагнозу, тому що при первинному дослідженні була отримана хибнонегативна відповідь. Лімфодисекція на рівні D 2 виконана 108 хворим, на рівні D 3 – 59. Показаннями для розширення обсягу дисекції було сполучення таких факторів, як низький ступінь диференціації пухлини, максимальний розмір первинної пухлини понад 7 см, метастатичне ураження другого рівня

лімфовідтоку. У всіх випадках одночасно з абдомінальною проводилася дисекція нижньогрудних, білястравохідних та діафрагмових лімфовузлів. У 28,6 % хворих операції були комбінованими і супроводжувалися видаленням сусідніх органів або анатомічних утворень: селезінки, хвоста підшлункової залози, резекцією діафрагми або її ніжок, резекцією лівої частки печінки точно. Видалення селезінки проводилося вкрай рідко, усього в 7 (4,2 %) випадках із 167 оперативних втручань, що становить.

#### Результати досліджень та їх обговорення.

Центральною ланкою операцій при раку ПВШ варто вважати формування стравохідно-шлункового анастомозу. На наш погляд, надійність останнього залежить не від використання того або іншого способу, а від дотримання принципів формування, що забезпечує оптимальні умови загоєння. Одним з цих принципів є надійне кровопостачання стравоходу та шлунка. Для цього ми не прагнемо високо мобілізувати стравохід, щоб не порушувати його кровопостачання. Для забезпечення надійного кровопостачання кукси шлунка у ділянці правої шлунково-чепцевої артерії при можливості потрібно зберегти праву шлункову артерію.

Другим обов'язковим моментом є відсутність натягу органів що зшивають: стравоходу і шлунка. При наявності натягу ніяке зміцнення анастомозу або фіксація кукси шлунка не мають успіху. На 5–7 добу органи займають своє природне положення.

Важливим фактором при накладенні анастомозу є неприпустимість травмування грубими затискачами слизової оболонки стравоходу. В останні роки вважається припустимим, в окремих випадках, захоплювання затискачами слизової оболонки стравоходу з наступним її відсіканням. Ділянка слизової оболонки, що видалена, направляється на гістологічне дослідження на предмет визначення ракових клітин по лінії відсікання дистальної частини стравоходу.

Кількість швів, що накладають, повинна бути мінімальною – не більше 8 – 10 швів по окружності, тому що збільшення кількості веде до погір-

шення мікроциркуляції в зоні анастомозу. Після накладання швів на задню губу анастомозу ми проводимо товстий зонд через стравохід у куксу шлунка. Після цього накладаємо шви на передню губу анастомозу. Наявність товстого зонда полегшує накладання швів і запобігає захоплюванню задньої стінки анастомозу. Надалі товстий зонд витягаємо і проводимо тонкий назогастральний зонд до рівня воротаря. При гастректомії зонд заводимо за Браунівський анастомоз.

Необхідно відзначити, що за весь період роботи накладання стравохідно-шлункових анастомозів нами виконувалося вручну, без використання апаратів, що зшивають. Після накладання анастомозу, останній ніколи не фіксували до ніжок діафрагми або до самої діафрагми при резекції ніжок.

При виявленні надриву капсули селезінки проведення гемостазу шляхом електрокоагуляції, як правило, не дає ефекту й часто закінчується спленектомією. Операції з торакоабдомінальним доступом завершувалися зшиванням розсіченої діафрагми та дренажуванням лівої плевральної порожнини в другому і сьомому просторах міжребер, при непевності в повному гемостазі ставився дренаж у черевну порожнину в лівому підреб'ї.

Як ми вже відзначали, при торакоабдомінальному доступі значний етап операції – виділення стравоходу та накладення анастомозу – виконується в плевральній порожнині. У зв'язку із цим відбувається механічне травмування легені, серця й діафрагми. Все це створює передумову для розвитку легеневих, серцево-судинних і тромбоемболічних ускладнень.

Структура післяопераційних ускладнень наведена в таблиці 1. Ускладнення проаналізовано за 18 років. Цей термін умовно розділений на два періоди: з 1980 по 2000 р. і з 2001 по 2009 р. Періоди відрізняються не тільки кількістю ускладнень, але і їхньою якістю. З таблиці 1 видно, що відбулося істотне зниження кількості випадків неспроможності швів стравохідно-шлункового анастомозу з 15,3 до 3,2 % ( $p < 0,05$ ). Причому на останні 48 операцій не доводиться жодного випадку неспроможності анастомозу.

Таблиця 1

Структура післяопераційних ускладнень з 1980 по 2000 роки

Ускладнення	Період з 1980 по 2000 роки n=72		Період з 2000 по 2009 роки n=95	
	абс. число	%	абс. число	%
Неспроможність швів анастомозу	11	15,3	3	3,2
Пневмонія	12	16,6	17	18,4
Аритмії	13	18,0	22	23,2
Серцева недостатність	3	5,1	2	2,1
Тромбоемболія легеневої артерії	1	1,7	0	0
Післяопераційна кровотеча	3	4,1	2	2,1
Інші	5	6,9	3	3,3
Усього	48	67,7	49	52,3

Зросла кількість випадків післяопераційних пневмоній. Відзначається значне збільшення частоти порушення серцевого ритму. Це наймовірніше пов'язане з розширенням показань до операції у хворих із супутньою серцевою патологією. На це вказує й середній вік хворих у досліджувані періоди. Так, в першому періоді він склав 57,8 року, а в другому – 63,7 року. Загальна кількість післяопераційних ускладнень в першому і другому періоді склала відповідно 67,7 % і 52,3 %. Зменшення випадків неспроможності швів анастомозу сприяло зниженню післяопераційної летальності з 16,6 до 4,2 % ( $p < 0,05$ ). Аналіз отриманих результатів показав, що річний безрецидивний період склав 89,2 %, а трирічний – 46,4 %. Загальна трирічна виживаність склала 53,5 %.

**Висновки.** Таким чином, оптимальним при раку нижньої ділянки грудної частини стравоходу та проксимального відділу шлунка є косий абдоміноторакальний доступ. Основними критеріями, що забезпечують надійність стравохідно-шлункового анастомозу, є надійне кровопостачання кукси шлунка, її достатня мобілізація та відсутність на-

тягу органів, що зшивають, неприпустимість травмування дистальної частини стравоходу затискачами з метою його фіксації та мінімальна кількість швів при формуванні анастомозу. Дотримання цих вимог дозволило знизити частоту неспроможності стравохідно-шлункового анастомозу з 15,3 до 3,2 %.

У структурі післяопераційних ускладнень переважають серцево-судинні та легеневі ускладнення, що пов'язане зі збільшенням віку хворих, що оперуються. Серцево-судинні ускладнення, в основному, представлені порушенням серцевого ритму (23,2 %). Питання про доцільність спленектомії при раку проксимального відділу шлунка залишається відкритим. Ми вважаємо, що виконання спленектомії показане тільки при вrostанні пухлини в селезінку або при наявності метастазів у її воротах. В інших випадках селезінку треба зберегти. Отримані показники однорічного і трирічного безрецидивного періодів, а також загальної трирічної виживаності свідчать про доцільність агресивної хірургічної тактики при проксимальному раку шлунка.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРА

1. Афанасьев С.Г., Августинович А.В. Результаты расширенных и комбинированных операций по поводу рака желудка и кардиоэзофагеального перехода / С.Г. Афанасьев, А.В. Августинович, С.А. Тузиков [и др.] // Сибирский онкологический журнал. — 2011. — № 6 (48)
2. Бондарь Г.В. Рак желудка. На пути к решению проблемы / Г.В. Бондарь, А.Ю. Попович, В.Г. Бондарь и др. // Хирургия Украины. — 2006. — № 1 (17). — С. 8—12.
3. Давыдов М.И. Рак проксимального отдела желудка: современная классификация, тактика хирургического лечения, факторы прогноза. // М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов // Русский медицинский журнал. — 2008. — № 13. — С. 914—920.
4. Имянитов Е.Н. Эпидемиология и биология рака желудка. / Н.Б. Щепотин // Практическая онкология. — 2009. — № 10(1). — Р. 1—7.
5. Карачун А.М. Непосредственные и отдаленные результаты комбинированных хирургических вмешательств по поводу местнораспространенного рака желудка / А.М. Карачун // Сибирский онкологический журнал. — 2011. — № 1 (43). — С. 51—55.
6. Щепотин Н.Б. Стандарты диагностики и лечения онкологических больных / Н.Б. Щепотин, В.Л. Ганул, Г.В. Бондарь. — Киев, 2007. — С. 195—199.
7. Van de Velde C.J.H. What is optimal surgery for gastric cancer? / C.J.H. Van de Velde // Final Agenda and Presentations of 13 th World Congress on Gastrointestinal Cancer. Barcelona, Spain, 2011. — P. 131—149.

<sup>1</sup>V.I. STARIKOV, <sup>2</sup>Y.O. VINNYK, <sup>1</sup>G.V. TRUNOV, <sup>2</sup>K.Y. MAYBORODA, <sup>2</sup>D.V. SHAPOVALOV

*Kharkiv National<sup>1</sup> Medical University, Department of Oncology, Kharkiv;*

*<sup>2</sup>Kharkiv Regional Clinical Oncology Center, Kharkiv.*

#### DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CANCER OF THE PROXIMAL STOMACH

Results of treatment of 167 patients with cancer of the proximal part of the stomach for the period from 1990 to 2008 was analyzed. All patients performed radical surgery. Optimal of the lower thoracic esophagus and proximal stomach cancer is oblique abdominthoracic approach. The structure of postoperative complications predominate cardiovascular and pulmonary complications. Compliance with good blood supply to the stump of the stomach, it is adequate mobilization, absence of tension crosslinkable tissues, minimum number of seams in the formation of anastomosis reduced the frequency of failure esophago-gastric anastomosis from 15,3 to 3,2 %.

**Key words:** gastric cancer, surgery, anastomosis

Стаття надійшла до редакції: 5.03.2013 р.