

УДК 617.55-006-089.191.1

ЕКСТРЕННІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ РАКУ ШЛУНКА**Воронич М.В., Шермет П.Ф., Шпряха Я.С.***Ужгородський національний університет, кафедра факультетської хірургії, м. Ужгород***Ключові слова:** рак шлунка, екстренні операції, кровотеча, перфорація, радикальні операції, паліативні операції

Вступ. На сьогоднішній день рак шлунку займає друге місце серед всіх злоякісних новоутворень. Захворюваність на рак шлунку висока і складає в країнах СНД 31,1 на 10 тис. населення. Смертність від рака шлунку по Україні складає 29,1%. Серед вперше виявлених хворих з такою патологією від 60 до 90% мають III та IV стадії онкопроцесу, де ускладненні форми зустрічаються найбільш часто [1]. Серед ускладнень рака шлунку перфорація та триваюча кровотеча, потребують екстренного оперативного втручання протягом 2-х годин з моменту надходження хворого до хірургічного відділення.

Матеріали та методи. За останні 10 років (1992–2002) у клініці факультетської хірургії Ужгородського національного університету оперовано в ургентному порядку 17 хворих на рак шлунку, який ускладнився

триваючою кровотечею (10) та перфорацією (7). Серед них – 15 чоловіків, 2 жінки, віком від 33 до 74 років, середній вік хворих становив 56 років. Всім хворим виконували загальноклінічні методи обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, цукор крові, визначали білірубін крові, сечовину, гематокрит, коагулограму, електроліти крові, загальний білок, записували ЕКГ. Хворим із шлунково-кишковою кровотечею проводили фіброгастродуоденоскопію з метою виявлення джерела кровотечі. При підозрі на перфорацію шлунку пацієнтів обстежували рентгенологічно для виявлення пневмоперитонеуму. З метою кінцевої верифікації діагнозу в післяопераційному періоді виконувалося гістологічне дослідження як самої пухлини шлунку, так і регіонарних лімфовузлів.

Результати досліджень та їх обговорення. 10 хворих на рак шлунку оперовані з приводу шлунково – кишкової кровотечі (середній вік 62,5 р.), діагноз якої базувався на загальноклінічних даних та результатах фіброгастродуоденоскопії (виявлення джерела кровотечі, тривалість або її рецидив). У 4 хворих при ФГДС до операції діагностовано кровоточиву виразку шлунку, і лише післяопераційне гістологічне дослідження виявило раковий процес. Показанням до екстренного оперативного втручання були: профузна кровотеча (3 хворих), триваюча кровотеча (3 хворих) та рецидив кровотечі на фоні консервативного лікування (4 хворих). Інтраопераційно III ст. (Т3,4 Nx Mo) онкопроцесу мала місце у 8 хворих з локалізацією пухлини по малій кривизні (3), антральному відділі (3), кардії (1), великій кривизні (1). Екзофітний ріст спостерігався у 3 хворих, виразка – рак у 4 хворих, інфільтративна форма у 1 хворого. У всіх пацієнтів при операції виявлено збільшені регіонарні лімфатичні вузли, однак лише у 5 хворих гістологічно виявлено метастатичний процес; у 3 хворих атипичних клітин в лімфовузлах не виявлено. Таким чином, після операції та гістологічного заключення Т3 No Mo було у 3 хворих, а Т3,4 N1,2 Mo у 5 хворих. Радикальні оперативні втручання були виконані з дотриманням принципів онкохірургії, видаленням сальника, регіонарних лімфовузлів у 5 хворих: - гастректомія – 2, резекція шлунку – 3. Гастректомію проводили при локалізації пухлини в кардіальному відділі та при інфільтративному рості. Розширену, субтотальну резекцію шлунку виконували при екзофітному рості пухлини з локалізацією в антральному відділі. У хворих старечого віку з важкою супутньою патологією та у вкрай важких пацієнтів з поліорганною недостатністю на фоні ДВЗ синдрому проводилося паліативне втручання – сегментарна резекція шлунку разом з кровоточивою пухлиною (3 хворих). Незважаючи на мінімальний об'єм операції, в ранньому післяопераційному періоді померло 2 хворих з ДВЗ синдромом (післяопераційна летальність 20%). Причинами незадовільних наслідків були пізні звернення хворого за лікарською допомогою та несвоєчасна діагностика шлунково – кишкової кровотечі. Інтраопераційно IVст (Т4 Nx M1) онкопроцесу мала місце у 2 хворих з локалізацією пухлини по малій кривизні (1) та в антральному відділі (1). У обох хворих на фоні важкого стану, обумовленого онкопроцесом, мала місце кровотеча важкого ступеню з розвитком ДВЗ синдрому. За життєвими показаннями було виконано лапаротомію, виявлено проростання пухлини в суміжні органи, позаочеревинно, в магістральні судини, метастазами в печінку, канцероматозом очеревини. З метою зупинки кровотечі проведено гастротомію, прошивання кровоточивої пухлини та її обшивання, накладено гастроентероанастомоз для ліквідації стенозу. У ранньому післяопераційному періоді помер один хворий на фоні прогресуючого ДВЗ синдрому, поліорганної недостатності. Таким чином, у ранньому

післяопераційному періоді із 10 хворих з кровоточивим раком шлунку померло 3 хворих – післяопераційна летальність 30%. Основними причинами такої високої летальності були: по-перше, важкий стан хворих, обумовлений як основним захворюванням, так і важким ступенем крововтрати; по-друге, пізно виконана операція на фоні розвитку ДВЗ синдрому, обумовлена пізньою діагностикою кровотечі та вичікувальною тактикою.

Перфорація пухлини шлунку мала місце у 7 хворих, середній вік яких становив 54 роки. Діагностика ускладнення базувалася на характерних клінічних проявах та даних рентгенологічного обстеження (наявність пневмоперитонеуму). До 2 годин після перфорації оперовано 6 хворих. У всіх хворих перфорація пухлини була типова, у вільну черевну порожнину, а сам перфоративний отвір мав величину від 1 см до 2,5 см в діаметрі, по центру ракової виразки. Пухлинна перфорація локалізувалася в кардіальному відділі у 3 хворих, в пілороантральному відділі у 2 хворих, по малій кривизні у 1 хворого. У одного хворого мали місце дві пухлини шлунку: в антральному відділі – екзофітна з ознаками стенозу, в кардіальному відділі – виразка-рак з перфорацією. Серозний випот в черевній порожнині виявлено у 3 хворих, серозно – фібринозний – у 3 хворих, фібринозно-гнійний – у 1 хворого. Регіонарні лімфовузли під час операції були збільшені у всіх хворих. Інтраопераційно III ст (Т3,4 Nx M0) онкопроцесу мала місце у 5 хворих, однак, лише у 2 хворих гістологічно виявлено атипичні клітини в регіонарних лімфовузлах, тобто мало місце Т3,4 N1,2 M0, а 3 у хворих Т3,4 No Mo. Радикальні оперативні втручання було виконано 4 хворим (гастректомія – 2 хворим, резекція шлунку – 2 хворим) віком від 33 до 58 років з локалізацією пухлини по малій кривизні з переходом на кардію, та в кардіальному відділі (гастректомія 2 хворих), а також в пілороантральному відділі (резекція шлунку – 2 хворих). У одного хворого похилого віку з супутньою серцево-судинною патологією та фібринозно-гнійним перитонітом було виконано паліативну операцію – тампонаду перфоративного отвору сальником за Оппелем–Полікарповим. Інтраопераційно IV ст (Т4 Nx M1) діагностована у 2 хворих з локалізацією пухлини в кардіальному (1) та пілороантральному (1) відділі з проростанням її в печінку, підшлункову залозу, позаочеревинно, в магістральні судини, гепатодуоденальну зв'язку, метастазами в печінку, дугласовий простір, очеревину. В обох випадках мав місце розлитий, серозно-фібринозний перитоніт. Враховуючи інтраопераційну ситуацію, було виконано тампонаду перфоративного отвору сальником за Оппелем – Полікарповим. У всіх хворих післяопераційний період протікав без ускладнень. Гістологічно онкопроцес шлунку був представлений аденокарциною різного ступеню диференціації. Подальше комбіноване лікування з використанням хіміотерапії проводилося в умовах онкодиспансеру.

Таким чином, нами в ургентному порядку у 17 хворих на рак шлунку, ускладнений триваючою кровотечею та перфорацією, виконані екстренні оперативні втручання. Радикальні операції – розширена резекція шлунку (5) та гастректомія (4) виконано у 9 хворих з III стадією (T3,4 N1,2 Mo) онкопроцесу. Паліативні операції - сегментарна резекція шлунку (3), обшивання кровоточивої пухлини (2), тампонада перфоративної виразки за Оппелем – Полікарповим (3) – проведено у 8 хворих: 4 хворих з III ст. (T3,4 N1,2 Mo) та важкою супутньою патологією, ДВЗ синдромом, фібринозно-гнійним перитонітом, старечого віку, та 4 хворі з IV стадію (T4 N1,2 M1). В ранньому періоді після радикальних операцій летальних випадків не було; після паліативних втручань померло 3 хворих з раковим процесом, ускладненим кровотечею.

Висновки. Вибір екстренної операції при ускладнених формах раку шлунку залежить від стадії онкопроцесу, локалізації пухлини, важкості загального стану хворого, супутньої патології, величини крововтрати, різновидності перитоніту.

Хворим із III стадією (T3,4 N1,2 Mo) раку шлунку, ускладненого кровотечею (профузна кровотеча, триваюча кровотеча, рецидив кровотечі) та перфорацією, показано невідкладне радикальне оперативне втручання – розширена резекція шлунку та гастректомія.

Ургентні паліативні втручання (сегментарна резекція шлунку, обшивання кровоточивої пухлини, тампонада перфорації сальником) показані при IV стадії (T4 N1,2 M1), та пацієнтам у вкрай важкому стані, з важкою супутньою патологією, людям похилого віку і при розлитому фібринозно – гнійному перитоніті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Денисов Л.Е. Заболеваемость раком желудка // Хирургия .- 1997. - №3. - С.21-24.

SUMMARY

URGENT OPERATIONS IN TREATMENT OF COMPLICATED CANCER OF STOMACH

Voronich M.V., Sheremet P.F., Shprjaha J.S.

We have operated 17 patients with cancer of stomach with different complications. We made 9 radical operations – 5 resections of stomach and 4 gastrectomias for a patients with cancer T3,4N1,2M0. 8 patients had paliative operations: 4 with stage of cancer T3,4N1,2M0 and difficult therapeutical pathology etc., and 4 with stage of cancer T4N1,2M1. In earlier postoperative period noone patient after radical operations died, after paliative operations 3 patients with a cancer which was complicated by bleeding died.

Key words: cancer of stomach, radical operations, paliative operations, bleeding, perforation