

Б.А. Болюх  
С.М. Прутуляк  
С.П. Шевня  
О.В. Стрижалковський  
С.А. Лисенко

Вінницький національний  
медичний університет  
ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний  
онкологічний диспансер,  
Вінниця, Україна

**Ключові слова:** рак проксимального відділу шлунка, лікування, післяопераційні ускладнення, віддалені результати.

## ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА

**Резюме.** Проаналізовано діагностичні дані і результати лікування 179 хворих на рак проксимального відділу шлунка. Проксимальну резекцію шлунка проведено в 117 (65,4%), гастректомію — в 62 (34,6%) випадках. Комбінована операція виконана 44 хворим (24,6%), розширена — 64 (35,8%). У післяопераційному періоді загрозливі ускладнення розвинулись у 38 хворих (21,2%), загальна післяопераційна смертність становила 7,8%. Відмічено тенденцію до поступового зменшення післяопераційних ускладнень та летальності від них. Віддалені результати простежено у 138 пацієнтів: до 1 року померли 54 (39,1%), від 1 до 3 років — 38 (27,5%), 5-річний період прожили 35 (25,4%) хворих.

### ВСТУП

Рак проксимального відділу шлунка (РПВШ) належить до найбільш важких локалізацій пухлини в цьому органі і становить близько 14–18% від загального числа злоякісних новоутворень шлунка. Клінічно РПВШ проходить надто агресивно, рано метастазує та інтенсивно проростає в сусідні органи, відносно пізно проявляється клінічними симптомами, пізно і з труднощами діагностується. Невеликий відсоток пацієнтів отримує спеціальне лікування, до того ж РПВШ гірше за інші локалізації підлягає консервативним методам лікування. Тому результати незадовільні: рак шлунка залишається 2-ю причиною в структурі смертності від онкологічних захворювань; навіть після радикального хірургічного лікування медіана виживаності становить 20–24 міс, багато хворих помирають до року після встановлення діагнозу (при стадії захворювання IIIA–B — більше половини, при IV стадії — ¼ пацієнтів) [1–4].

Мета дослідження — аналіз особливостей діагностики, розповсюдженості, хірургічного лікування та результатів оперативних втручань у пролікованих нами хворих на РПВШ.

### ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведено клінічний та статистичний аналіз результатів діагностики та комбінованого лікування 179 хворих на РПВШ, які проходили лікування у торакальній клініці Вінницького обласного диспансера протягом 1994–2007 рр.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих було 141 (78,8%) чоловік і 38 (21,2%) жінок. Пацієнтів до 40 років — 8 (4,5 ± 1,6%), 40–50 років — 24 (13,4 ± 2,5%), 50–69 років — 135 (75,4 ± 3,2%,  $p < 0,05$  порівняно з іншими віковими підгрупами), 70 років і старше — 12 (6,7 ± 1,8%). У період до 2001 р. ми проводили радикальне хірургічне лікування хворих віком до 65 років, старших

за 65 років на операцію не брали. В подальшому (з 2001 р.) орієнтувались не на вік, а на загальний стан пацієнта. Особам похилого та старечого віку проводили більш глибоке обстеження та більш ретельну підготовку до оперативного втручання, звертаючи особливу увагу на стан дихальної та серцево-судинної систем та стан згортання крові. Радикально прооперовано 26 (14,5 ± 2,6%) хворих віком 65–80 років.

За макроскопічною формою росту пухлини серед радикально прооперованих хворих переважав ендофітний ріст — у 102 осіб (57,0 ± 3,7%). Мезофітний рак виявлено в 46 (25,7 ± 3,3%) випадках, екзофітний — у 31 (17,3 ± 2,8%). Таким чином, у нашому спостереженні за кількістю переважали форми з найбільш агресивним злоякісним перебігом, що мало прогностичне значення і впливало на вибір метода хірургічного лікування.

Аналіз гістологічних форм РПВШ показав, що переважно виявляли аденокарциноми — 156 (87,2 ± 2,4%,  $p < 0,05$ ). У цій підгрупі хворих було найбільше осіб із низькодиференційованими (G3) новоутвореннями — 89 (49,7%). Найбільш рідко виявляли аденокарциноми високого ступеня (G1) зрілості — 16 (8,9%). У решти хворих відмічали пухлини середнього ступеня (G2) диференціювання — 51 (28,5%). Плоскоклітинний рак виявляли рідко, цю форму відмічено лише у 8 (4,5 ± 2,4%) хворих; пухлин G3 і G2 було по 2 випадки, G1 — 4. Недиференційований РПВШ діагностовано у 15 (8,3 ± 2,1%) хворих. Доцільно підкреслити, що всі гістологічні форми РПВШ, незважаючи на різний ступень зрілості, були високо агресивними.

Стадії розвитку процесу визначені у всіх 179 хворих. Ступінь розповсюдженості пухлини оцінювали за міжнародною класифікацією TNM. Пухлини, що уражали слизову та підслизову оболонку (T1), відмічені лише у 5 хворих (2,8 ± 1,2%). Новоутворення з ураженням м'язової та серозної оболонок (T2–3) виявлені у переважній більшості хворих — 144 (81,5 ±

2,9%). Пухлинну інфільтрацію в сусідні органи (T4) виявлено в 30 випадках (16,8 ± 2,9%). У тому числі проростання в ніжки діафрагми діагностовано у 15 (8,4 ± 2,1%) хворих, у селезінку та її ворота — у 13 (7,2 ± 1,9%), у хвіст підшлункової залози — у 10 (5,6 ± 1,7%), у край печінки — у 8 (4,5 ± 1,5%), інфільтрацію в селезінковий відділ ободової кишки відмічено у 7 (3,9 ± 1,4%) випадках. Проростання пухлини одночасно в декілька структур та органів виявлено у 9 (5,0 ± 1,6%) хворих. Інфільтрацію новоутворення в сусідні органи та структури було підтверджено в усіх випадках патоморфологічним дослідженням. Хворим з інфільтрацією пухлини шлунка в суміжні органи проведені комбіновані операції з резекцією або екстирпацією уражених органів. Інфільтративний ріст пухлини на стравохід змушував нас проводити високу резекцію стравоходу, яка виконана у 76 хворих (42,5 ± 3,5%).

Розповсюдження новоутворення метастазуванням у регіонарні лімфатичні вузли (РЛВ) відмічали у 125 хворих (69,8 ± 3,4%), не було метастазів у РЛВ в 54 (30,2 ± 3,4%) випадках. Поодинокі метастази (N1) були виявлені у 36 хворих (20,1 ± 3,0%), у більшості при пухлинах T1–2. Множинні метастази (N2–3) виявлені у 89 осіб (49,7 ± 3,7%), в основному при великих первинних пухлинах T3–4. Метастазування в РЛВ робило необхідним проведення регіонарної лімфоаденектомії за принципом D + N, за яким обсяг лімфодисекції повинен бути більшим від можливого обсягу лімфогенного метастазування, і особливо необхідний він для видалення можливих «стрибаючих» метастазів.

Основним методом лікування хворих на РПВШ був хірургічний, що обумовлено низькою результативністю спеціальної медикаментозної та променевої терапії [4]. Тип операції вибирали в залежності від макроскопічної форми новоутворення та стадії процесу [5–7]. При хірургічному втручанні використовували торако-абдомінальний доступ, і ми вважаємо, що саме він у класичному варіанті є найбільш зручним і повніше забезпечує можливість проведення операції на шлунку та стравоході та дозволяє ретельніше виконати лімфоаденектомію. Один лапаротомічний або сам торакотомічний доступи не забезпечують ефективну обробку стравоходу та одночасну повноцінну регіонарну лімфодисекцію. Проводили субтотальну проксимальну резекцію шлунка або гастректомію. Показанням до резекції були екзофітна або виразкова пухлина за умови, що під час резекції можна було відступити по шлунку від нижнього краю пухлини в межах здорових тканин. Видаляли великий та малий сальники з РЛВ і всю малу кривину. Проводили низьку перев'язку a.gastrica sin. По стравоходу границю відсічення проводили на 5–7 см вище новоутворення. Езофагогастроанастомоз накладали по типу «кінець в бік» на передню стінку шлунка. Перший ряд швів на слизовій оболонці за останні 5 років ми накладали безперервною ниткою на атравматичній гол-

ці і вважаємо, що такий шов добре забезпечує герметичність. Другий ряд швів накладали стандартно атравматичними голками з вертикально-косим напрямком шва по відношенню до довжини стравоходу. Проксимальну резекцію шлунка виконали 117 (65,4 ± 3,6%) хворим.

Гастректомію з резекцією нижньої частини стравоходу проведено в 62 (34,6 ± 3,6%) випадках. Показанням до її виконання була наявність дифузно-інфільтративної форми новоутворення. Екстирпацію шлунка виконували за загально визнаними канонами абластики. Езофагоєюноанастомоз накладали по типу «кінець в бік» за Мікулічем. Слизові оболонки стравоходу та кишки зшивали безперервним швом суцільною ниткою на атравматичній голці. Другий рядок серозно-м'язових швів накладали окремими швами. В останні роки з метою профілактики рефлюксного езофагіта та збільшення резервуарних можливостей петлі тонкої кишки ми із привідної та відвідної кишок нижче анастомоза формували резервуар, який значною мірою компенсує окремі властивості втраченого шлунка. Тонко-кишковий резервуар після гастректомії було сформовано у 9 хворих.

У зв'язку з розповсюдженням пухлини інфільтративним способом на сусідні органи та структури у 44 хворих (24,6 ± 3,2%) виконали комбіновані оперативні втручання. У тому числі резекція нижок діафрагми проведена в 15 (8,4 ± 2,1%) випадках, спленектомія з метою абластики виконана 13 хворим (7,2 ± 1,9%), резекція хвоста підшлункової залози — 10 (5,6%), лівої частини печінки — 8 (4,5 ± 1,5%), геміколектомія — 7 (3,9 ± 1,4%). Розширена операція проведена 64 (35,8 ± 3,6%) пацієнтам.

Спеціальну консервативну терапію проводили в 122 (68,2 ± 3,5%) випадках. У тому числі передопераційна променева терапія (ПТ) за інтенсивно-концентрованою програмою [8] виконана в 77 (43,0 ± 3,7%) випадках. Разова доза опромінення становила 5–6 Гр, тривалість ПТ 5–6 днів, СВД 25–30 Гр. Оперативне втручання виконували через 24–48 год після підведення останньої дози опромінення.

Хіміотерапевтичне лікування в ад'ютованому режимі надане 45 (25,1 ± 3,2%) хворим. Застосовували одну із стандартних схем, що включали флуороурацил, адриабластин, мітоміцин, цисплатин або інші. Починали цикл лікування через 12–15 днів після операції і проводили від 2 до 6 циклів в залежності від обставин.

У післяопераційному періоді загрозливі ускладнення розвинулись у 38 (21,2 ± 3,1%) пацієнтів. У тому числі неспроможність швів виникла у 13 (7,3 ± 1,8%) осіб, померли від цього ускладнення 8 (4,5 ± 1,5%). У 8 (4,5 ± 1,5%) випадках розвинулась тромбоемболія легеневої артерії, померло 4 таких хворих (2,2%). Гостру серцево-судинну недостатність відмічено у 6 осіб (3,4 ± 1,4%), вона спричинила смерть в 1 випадку. Гостра пневмонія виникла у 4 пацієнтів, летальний випадок — 1. Гнійне ускладнення рани розвинулось у 7 (3,9 ± 1,4%) хво-

рих. Доцільно підкреслити, що відмічається позитивна динаміка зменшення числа післяопераційних ускладнень та смерті хворих після радикальних операцій з приводу РПВШ. Так, у перший 7-річний період (1994–2000 рр.) нами прооперовано 81 хворий. У них ми виявили 21 (25,9 ± 4,8%) загрозове ускладнення, було 8 (9,9 ± 3,3%) летальних випадків. У другому 7-річному періоді (2001–2007 рр.) було прооперовано 98 хворих, відмічено 17 (17,3 ± 3,8%) аналогічних ускладнень, летальний кінець відмічено у 6 (6,1 ± 2,4%) хворих.

Віддалені результати лікування після 5 років від оперативного втручання простежені нами у 138 пацієнтів. Серед них до одного року померли (в тому числі після операції) 54 особи, що становило 39,1 ± 4,2%. Летальність від 1 до 3 років відмічали у 38 (27,5 ± 3,8%) випадках. У період від 3 до 5 років померли ще 11 пацієнтів (8,0 ± 2,3%). 5-річний період пережили 35 хворих, що становить 25,4 ± 3,4%; серед останніх на даний проміжок часу ще живі 18 осіб (13,0 ± 2,9%).

### ВИСНОВКИ

У зв'язку із високою резистентністю РПВШ до хіміопроменевого впливу хірургічне лікування з диференційним підходом до вибору виду операції залишається найбільш ефективним.

У зв'язку із важкістю захворювання та великою складністю операцій в післяопераційному періоді виникає велика кількість (21,2%) загрозових ускладнень, у тому числі неспроможність анастомозу (6,7%), тромбоемболія легеневих артерій (4,5%), гостра серцево-судинна недостатність (3,4%), пневмонія, гнійні процеси в післяопераційних ранах (3,9%), які призводять до високої післяопераційної смертності (7,8%).

РПВШ — високо агресивна пухлина, тому в післяопераційному періоді до 1 року з часу виконання операції помирає 39,1% хворих, від 1 до 3 років — 7,5%, що вимагає активного пошуку шляхів зменшення летальності в ці періоди. 5-річна виживаність таких хворих залишається низькою — 25,4%.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Kelley JR, Duggan JM. Gastric cancer epidemiology and risk factors. *J Clin Epidemiol* 2003; **56**: 1–9.
2. Conroy T, Marchal F, Blazeby JM. Quality of life in patients with oesophageal and gastric cancer: an overview. *Oncology* 2006; **70** (6): 391–402.

3. Greenlee RT, Murray T, Bolden S, et al. Cancer statistics 2000. *CA Cancer J Clin* 2000; **50**: 7–33.

4. Лукашенко АВ, Киркилевский СИ. Химиотерапия при распространенном раке желудка и гастроэзофагальном раке. *Онкология* 2008; **10** (1): 12–20.

5. Ганул ВЛ, Окулов ЛВ. Хирургическое и комбинированное лечение больных раком нижнегрудного отдела пищевода и проксимальных отделов желудка с переходом на пищевод. *Вестн Акад МН СССР* 1988; **6**: 19–22.

6. Симонов НН и др. Современные принципы и методы радикального лечения местнораспространенного рака пищевода и кардиоэзофагального рака. *Вопр онкол* 1998; **2**: 155–8.

7. Давыдов МИ, Тер-Ованесов МД, Стилиди ИС и др. Рак проксимального отдела желудка: стандарт хирургического лечения, основанный на 30-летнем опыте. *Вестн Росс АМН* 2002; **1**: 25–9.

8. Волков ОН и др. Концентрированное облучение как этап комбинированного лечения рака проксимального отдела желудка. *Хирургия* 1991; **4**: 25–8.

### EXPERIENCE OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT THE PATIENTS WITH STOMACH CANCER OF PROXIMAL SECTION

B.A. Bolyukh, S.M. Prytulyak, S.P. Shevnya,  
O.V. Strizhalkovsky, S.A. Lysenko

**Summary.** The results in 179 patients with stomach cancer of proximal section have been analyzed. The proximal resection of stomach has been made of 117 (65,4%) patients and operation of gastrectomy — in 62 (34,6%) cases. The combines of operation executed 44 patients (24,6%) and expansion of operation — in 64 (35,8%) cases. In post-surgery period of dangerous complications treaded in 38 patients (21,2%); common post-surgery lethality was 7,8%. Were noted of tendency the gradual decrease post-surgery complications and lethality of there. Distant outcomes of treatment observed in 138 patients. Lethality before 1-year was 54 (39,1%) case's, from 1-year to 3-year — 38 patients (27,5). 5-year survival rate was 35 patients (25,4%).

**Key Words:** stomach cancer of proximal section, treatment, post-surgery complications, distant outcomes.

### Адреса для листування:

Болюх Б.А.

21021, Вінниця, Хмельницьке шосе, 84

Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер