

©Б. О. МАТВІЙЧУК¹, Я. А. КОРОЛЬ¹, Я. З. ПАТЕР¹, Д. В. АНДРЮЩЕНКО¹, О. Б. МАТВІЙЧУК¹,
А. В. ГОЦУЛЕНКО², С. О. ШЕРЕМЕТА²

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹
КНП Перше територіальне медичне об'єднання м. Львова²

Ускладнений рак шлунка як проблема ургентної хірургії

Мета роботи: вивчення безпосередніх результатів надання ургентної хірургічної допомоги пацієнтам з ускладненим раком шлунка.

Матеріали і методи. Проаналізовано 47 карт стаціонарних хворих, яких проліковано в клініці хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького (база – відділення № 2 центру хірургії КНП 1 ТМО м. Львова) за період з квітня 2020 до вересня 2022 р. Серед пацієнтів переважали чоловіки – 31 хворий (66 %), старші 60 років (35 хворих – 75 %).

Результати досліджень та їх обговорення. Основною причиною госпіталізації в ургентному порядку була шлункова кровотеча (20 пацієнтів – 43 %). Медикаментну терапію успішно проведено у 12 (60 %) пацієнтів. У решти (8 хворих – 40 %) довелося використати методи ендоскопічної зупинки кровотечі, зокрема, аргонплазмову коагуляцію. У 9 пацієнтів онкопроцес проявлявся ознаками стенозу виходу зі шлунка. Після тривалої передопераційної підготовки у 4 хворих застосовано операційне лікування – субтотальну резекцію шлунка. Решті пацієнтів (5), яким встановлено IV стадію онкологічного процесу, для ліквідації стенозу виконано ендоскопічне стентування. Двом пацієнтам, яких госпіталізовано з ознаками дифузного перитоніту внаслідок перфорації раку шлунка, виконано зашивання перфораційного отвору із тампонадою пасмом великого сальника. Загалом, із 31 пацієнта, госпіталізованого у стаціонар з ускладненим раком шлунка, прооперовано 7 (хірургічна активність – 22,6 %). Виконано наступні операційні втручання: гастректомія з D2-лімфодисекцією – 1 (з приводу кровотечі); радикальна субтотальна резекція – 3 (з приводу стенозу); паліативна субтотальна резекція – 1 (з приводу стенозу); зашивання перфорації – 2. Після зашивання перфорації раку шлунка помер один пацієнт, внаслідок неспроможності швів та формування шлункової нориці. Післяопераційна летальність склала 14,3 %.

Ускладнення раку шлунка розподілено на специфічні (стосуються власне наявного онкопроцесу – кровотеча, стеноз, перфорація) та неспецифічні, які виникають виключно при дисемінації процесу незалежно від його первинної локалізації.

Ключові слова: рак шлунка; ускладнення; кровотеча; стеноз; перфорація.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Рак шлунка є 7-м за частотою виникнення і 3-м за кількістю смертельних випадків після раку легень та колоректального раку. Згідно з Global Burden of Diseases, Injury and Risk Factors Study (GBD), в 2017 році зареєстровано понад 1,22 млн випадків та 865 тис. хворих померли від раку шлунка. Рак шлунка є мультифакторним захворюванням, на розвиток якого можуть впливати багато чинників як екологічних, так і генетичних [1, 2, 4]. Сучасні статистичні дані відображають це захворювання як провідну причину смерті від раку в усьому світі, де медіана виживаності становить менше 12 місяців для поширеної стадії [5, 6]. Рак шлунка як злоякісна пухлина високої агресивності з її гетерогенною природою, досі становить глобальну проблему охорони здоров'я. Тому альтернативна профілактика, яка розглядається як адекватне харчування, рання діагностика та подальше належне лікування, приводить до зменшення зареєстрованих випадків [3, 4].

Однією з основних проблем при діагностиці раку шлунка є те, що до 10 % випадків не верифікують під час ендоскопічного обстеження [3]. Відтак зростає захворюваність поширеною формою цього онкопроцесу і, відповідно, появу ускладне-

них його варіантів.

Мета роботи: вивчити безпосередні результати надання ургентної хірургічної допомоги пацієнтам з ускладненим раком шлунка.

Матеріали і методи. За ходом дослідження проаналізовано 47 карт стаціонарних хворих, яких проліковано в клініці хірургії, пластичної хірургії та ендоскопії ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького (база – відділення № 2 центру хірургії КНП 1 ТМО м. Львова) за період з квітня 2020 до вересня 2022 р. Загалом за вказаний час проходило лікування 94 пацієнти з раком шлунка. Це третя за частотою госпіталізації у стаціонар злоякісна патологія органів черевної порожнини після колоректального раку (282 хворих) та раку підшлункової залози (151 хворий). З усієї вибірки половину (47 пацієнтів) госпіталізовано в ургентному порядку. Серед пацієнтів переважали чоловіки (31 хворий – 66 %) старші 60 років (35 хворих – 75 %). Основною причиною госпіталізації в ургентному порядку була шлункова кровотеча (табл. 1).

Усім пацієнтам проведено клінічні, лабораторні (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, група крові та резус-фактор, коагулограма), променеві (ультрасонографія, ендоско-

Таблиця 1. Причини госпіталізації хворих у стаціонар з ускладненим раком шлунка

Причина	Число пацієнтів	%
Шлункова кровотеча	20	43
Біль у животі	11	23
Стеноз виходу зі шлунка	9	19
Порушена кишкова прохідність	5	11
Перфорація, перитоніт	2	4
Всього	47	100

пічна ультрасонографія, комп'ютерна томографія, ангиографія), ендоскопічні (езофагогастроуденоскопія) та морфологічні методи дослідження. Онкопроцес здебільшого виявлено в тілі (24 випадки) та антральному відділі (10 випадків) шлунка. Більшість хворих (31 пацієнт) з ускладненим раком шлунка госпіталізовано з IV стадією онкопроцесу (8-е видання TNM, 2017). За даними патогістологічного дослідження, серед цієї вибірки переважала помірно- (21) та низькодиференційована (25) аденокарцинома.

Результати досліджень та їх обговорення.

Більшість пацієнтів з ускладненим раком шлунка госпіталізовано з явищами шлункової кровотечі (20 хворих). Лікування при кривавлячому раку починали із застосування медикаментної терапії в комбінації з методиками ендоскопічного гемостазу (рис. 1).

Вибір методу лікування встановлювали під час ендоскопічного дослідження. Медикаментну терапію використано за відсутності триваючої кровотечі чи високого ризику її рецидиву, із застосуванням:

- пригнічення шлункової секреції (інгібітори



Рис. 1. Лікувальна тактика при раку шлунка, ускладненому кровотечею.

- протонної помпи, антацидні засоби);
- інфузійної терапії (стабілізація гемодинамічних показників);
- гемотрансфузій, інфузій плазми;
- корекції супровідної патології.

Вказане лікування здійснено успішно у 12 (60 %) пацієнтів. У решти (8 хворих – 40 %) довелося використати методи ендоскопічної зупинки кровотечі, зокрема, аргонеплазмову коагуляцію (рис. 2).

Загалом, ендоскопічну методику успішно за-

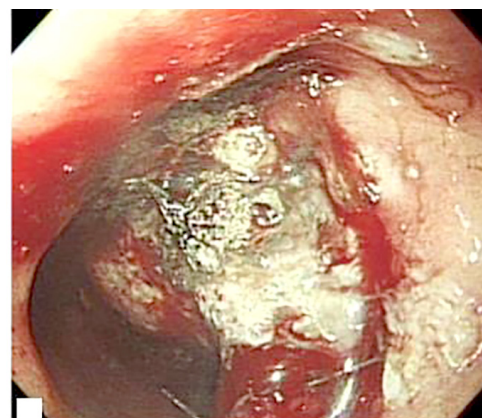
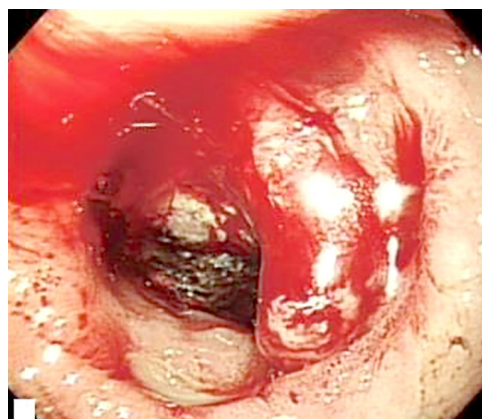


Рис. 2. Застосування аргонеплазмової коагуляції при раку шлунка, ускладненому кровотечею.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

стосовано у 5 пацієнтів, з них у 4 – одноразово і в 1 – двічі. При неефективності ендоскопічного гемостазу з медикаментною терапією геморагію з раку шлунка у 3 хворих зупиняли за допомогою методик рентгенендоваскулярної хірургії.

Використано емболізацію лівої шлункової артерії до допомогою PVA-емболів (2) та емболізаційної спіралі (1) (рис. 3).

В усіх випадках досягнуто гемостазу. Причому одному пацієнту після зупинки кровотечі ста-

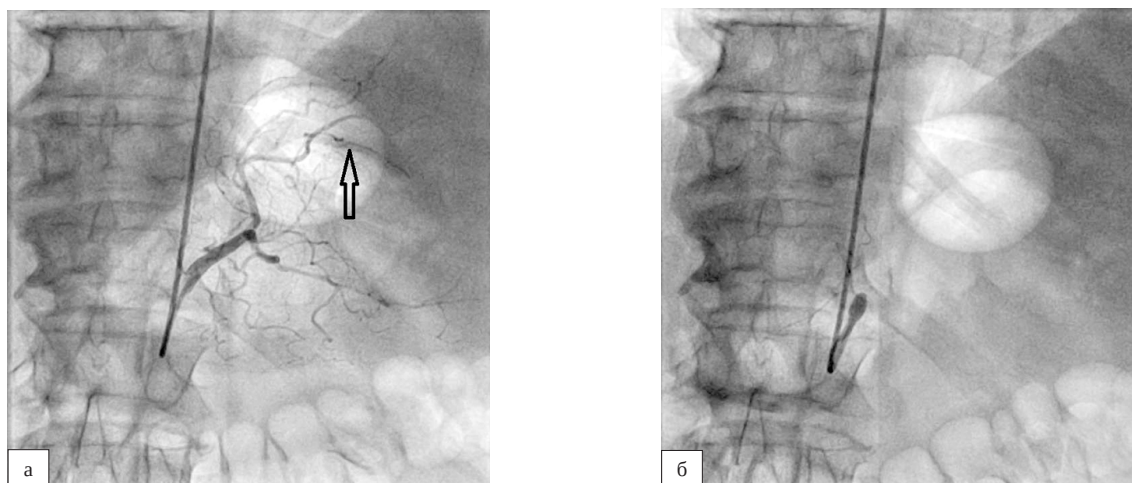


Рис. 3. Емболізація лівої шлункової артерії при раку шлунка, ускладненому кровотечею (а – контрастування лівої шлункової артерії; стрілкою позначено місце екстравазації контрасту; б – повна емболізація кривавлячої артерії).

білізовано показники гомеостазу і виконано радикальне операційне втручання в ранньому періоді.

У 9 пацієнтів онкопроцес проявлявся ознаками стенозу виходу зі шлунка. При цьому після ендоскопічної та патогістологічної верифікації діагнозу застосовували тривалу медикаментну терапію, спрямовану на компенсацію водно-електролітних зсувів, парентеральне харчування та стимуляцію перистальтики шлунка, евакуацію застійного вмісту. Після цього у 4 хворих застосовано операційне лікування – субтотальну резекцію шлунка.

Решті пацієнтів (5), яким встановлено IV стадію онкологічного процесу, для ліквідації стенозу виконано ендоскопічне стентування (рис. 4).

Двоє пацієнтів госпіталізовано з ознаками дифузного перитоніту внаслідок перфорації раку шлунка. Обидвом виконано зашивання перфораційного отвору із тампонадою пасмом великого сальника.

Загалом, із 31 пацієнта, госпіталізованого у стаціонар з ускладненим раком шлунка, прооперовано 7 (хірургічна активність – 22,6 %). Виконано такі операційні втручання: гастректомія з

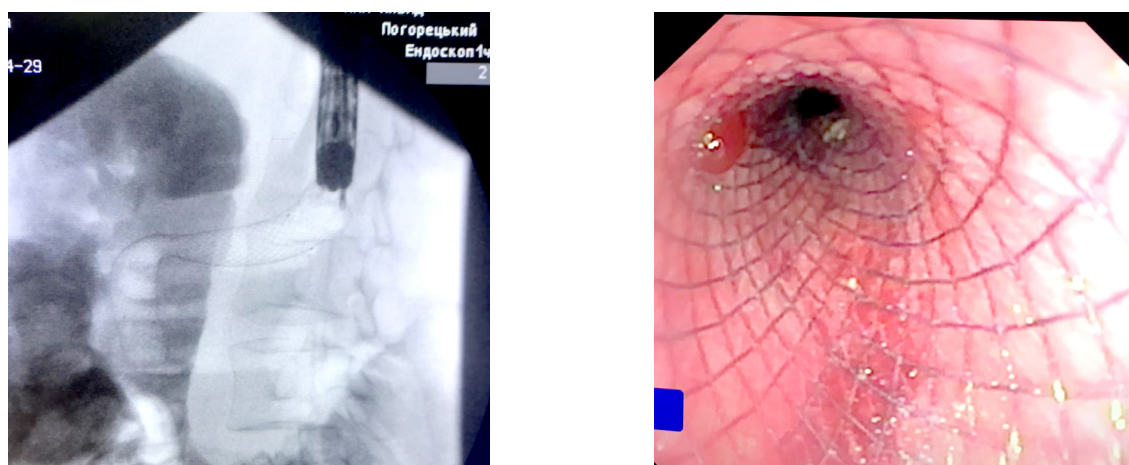


Рис. 4. Ендоскопічне стентування стенозу виходу зі шлунка металічним покритим стентом Microtech.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

D2-лімфодисекцією – 1 (з приводу кровотечі); радикальна субтотальна резекція – 3 (з приводу стенозу); паліативна субтотальна резекція – 1 (з приводу стенозу); зашивання перфорації – 2.

Після зашивання перфорації раку шлунка помер один пацієнт, внаслідок неспроможності швів та формування шлункової нориці. Післяопераційна летальність склала 14,3 %.

З досліджуваної вибірки неоперовано 24 пацієнти внаслідок таких причин:

- дисемінація онкопроцесу – 15;
- продовження діагностично-лікувального процесу (виконання комп'ютерної томографії, відеолапароскопії з цитологічним дослідженням промивних вод, ендоскопічної ультрасонографії, неоад'ювантної хіміотерапії) – 5;
- виписано для лікування в інших стаціонарах – 4.

Загальна летальність при ускладненому раку шлунка склала 3,2 %.

Таким чином, ускладнення раку шлунка можна розподілити на специфічні (стосуються власне наявного онкопроцесу – кровотеча, стеноз, перфорація) та неспецифічні, які виникають виключно при дисемінації процесу незалежно від його первинної локалізації. Останні трапляються доволі часто і в цьому дослідженні виявились у третини (33 %) пацієнтів. Їх лікування полягає лише в усуненні симптоматики захворювання без будь-якої змоги впливу на основний процес. Специфічні ускладнення раку шлунка виявляються здебільшого з виникненням кровотечі. Основою лікувальної тактики при цьому ускладненні, як при

будь-якій геморагії з верхніх відділів травного каналу неварикозної етіології, є поєднання інтенсивної медикаментної терапії з методами ендоскопічного гемостазу, що забезпечило успіх у 85 % випадків. У решти пацієнтів для зупинки геморагії довелося застосувати більш високотехнологічні методи, зокрема, рентгенендоваскулярну хірургію. Вказана тактика звела потребу у використанні ургентних операційних втручань, які є вкрай небажаними до виконання, до мінімуму. Подібно до цього, при виникненні стенозу виходу зі шлунка, який виявлено здебільшого серед занедбаних в онкологічному плані випадків, використання конвенційних операційних методик практично повністю замінено застосуванням сучасних ендоскопічних технологій з постановкою спеціальних металічних стентів, що нівелює усі можливі післяопераційні ускладнення та летальність. Перфорація пухлини надалі залишається рідкісним, проте тяжким за перебігом станом, який на фоні виникнення перитоніту формує основні показники летальності серед усього числа пацієнтів з ускладненим раком шлунка.

Висновки. 1. У двох третин пацієнтів, госпіталізованих з приводу ускладненого раку шлунка, онкопроцес виявлено вперше.

2. Ускладнення раку шлунка виникають здебільшого при занедбаному захворюванні.

3. Найчастіше ускладненням раку шлунка є шлункова кровотеча.

4. Перфорація раку шлунка є найтяжчим ускладненням.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В. В. Особливості невідкладних хірургічних втручань у хворих на ускладнений місцево-поширений рак шлунка / В. В. Бойко, І. В. Криворотько, В. О. Лазирський // Харківська хірургічна школа. – 2020. – № 2 (101). – С. 108–112.
2. Сучасні методи комплексного та персоналізованого лікування раку шлунка (огляд літератури) / О. П. Колеснік, О. М. Левик, А. В. Каджоян [та ін.] // Клінічна онкологія. – 2019. – Т. 9, № 4 (36). – С. 218–221.
3. Лазирський В. О. Хірургічна тактика лікування хворих на ускладнений місцеворозповсюджений рак шлунку / В. О. Лазирський // Український журнал медицини, біології та спорту.

- 2017. – № 5 (7). – С. 82–86.
4. American Cancer Society. Key statistics about stomach cancer. American Cancer Society. Available at <http://www.cancer.org/cancer/stomachcancer/detailedguide/stomach-cancer-key-statistics>. January 22, 2021; Accessed: February 22, 2021.
5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 2.2019. Gastric Cancer. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf
6. Gastric cancer / E. C. Smyth, M. Nilsson, H. I. Grabsch [et al.] // Lancet. – 2020. – Vol. 396 (10251). – P. 635–648. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31288-5.

REFERENCE

1. Boyko, V.V., Kryvorotko, I.V., Lazyrskiy, V.O. (2020). Osoblyvosti nevidkladnykh khirurhichnykh vtruchan u hvoryh na uskladneniy mistsevo-poshyreniy rak shlunka [Features of emergency surgical interventions in patients with complicated locally advanced gastric cancer]. *Kharkivska khirurhichna shkola – Kharkiv Surgical School*, 2 (101), 108-112 [in Ukrainian].
2. Kolesnik, O.P., Levyk, O.M., Kadgoyan, A.V., Kuzmenko, V.O., Chernjavskiy, D.Je. (2019). Suchasni metody kompleksnoho ta personifikovanoho likuvannia raku shlunka (ohljad literatury) [Modern methods of complex and personalized treatment of stomach cancer (literature review)]. *Klinichna onkologhiia – Clinical Oncology*, 9 (36), 218-221 [in Ukrainian].

З ДОСВІДУ РОБОТИ

3. Lazyrskyj, V.O. (2017). Khirurhichna taktyka likuvannya hvo-ryh na uskladnenyi mistsevo-poshyrenyi rak shlunka [Surgical tactics of treatment of patients with complicated locally disseminated gastric cancer]. *Ukrajinskyi zhurnal medytsyny, biolohiii ta sportu – Ukrainian Journal of Medicine, Biology, and Sport*, 5 (7), 82-86 [in Ukrainian].

4. *American Cancer Society*. Key statistics about stomach cancer. American Cancer Society. Available at <http://www.cancer.org/>

cancer/stomachcancer/detailedguide/stomach-cancer-key-statistics. January 22, 2021; Accessed: February 22, 2021.

5. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 2.2019*. Gastric Cancer. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/gastric.pdf

6. Smyth, E.C., Nilsson, M., Grabsch, H.I., van Grieken, N.C., & Lordick, F. (2020). Gastric cancer. *The Lancet*, 396 (10251), 635-648.

Отримано 24.03.2023

Електронна адреса для листування: ykoro19@yahoo.com

B. O. MATVIJCHUK¹, Y. A. KOROL¹, Y. Z. PATER¹, D. V. ANDRUSHCHENKO¹, O. B. MATVIJCHUK¹, A. V. HOTSULENKO², S. O. SHEREMETA²

Danylo Halytsky Lviv National Medical University¹
First Lviv Medical Union²

COMPLICATED GASTRIC CANCER AS A PROBLEM OF URGENT SURGERY

The aim of the work: to study the immediate results of providing urgent surgical care to patients with complicated gastric cancer.

Material and methods. In the course of the study, 47 cards of inpatients who were treated in the clinic of surgery, plastic surgery and endoscopy of the post-graduated department of Danylo Halytsky Lviv Medical University for the period from April 2020 to September 2022. Men (31 patients – 66 %) over the age of 60 (35 patients – 75 %) predominated.

Results and Discussion. The main reason for emergency hospitalization was gastric bleeding (20 patients – 43 %). Drug therapy was carried out successfully in 12 (60 %) patients. The rest (8 patients – 40 %) had to use endoscopic methods of bleeding control, in particular, argon plasma coagulation. In 9 patients, the tumor process was manifested by signs of stenosis of the stomach exit. After a long preoperative resuscitation, in 4 patients surgical treatment – subtotal gastrectomy – was performed. The rest of the patients (5), who were diagnosed with IV stage of the oncoprocess, underwent endoscopic stenting to eliminate the stenosis. In two patients who were hospitalized with signs of peritonitis due to perforation of gastric cancer the suturing of the perforation with strand of large cap tamponade was performed. In general, out of 31 patients hospitalized with complicated gastric cancer, 7 were performed a surgery (surgical activity – 22.6 %). The following operations were performed: total gastrectomy with D2-lymphodissection – 1 (due to bleeding); radical subtotal gastrectomy – 3 (due to stenosis); palliative subtotal gastrectomy – 1 (due to stenosis); suturing of perforation – 2. One patient died after suturing of perforation of gastric cancer due to the sutures leakage and the formation of a gastric fistula. Postoperative mortality was 14.3%.

Complications of gastric cancer are divided into specific (relating to the existing oncological process itself – bleeding, stenosis, perforation) and non-specific, which occur exclusively during the dissemination of the process, regardless of its primary localization.

Key words: gastric cancer; complications; bleeding; stenosis; perforation.