

## Хірургічна тактика лікування ускладнень раку шлунка в умовах війни

**Мета роботи:** покращення та оптимізація діагностики та лікування ускладнень раку шлунка.

**Матеріали і методи.** Проліковано 56 хворих з ускладненнями раку шлунка. Середній вік хворих складав 56 років, з них жінок – 13 (23,21 %), чоловіків – 43 (76,79 %). Під час всебічного діагностично-лікувального моніторингу встановили, що у 15 хворих (26,79 %) було виявлено шлунково-кишкову кровотечу, у 12 хворих (21,43 %) стеноз шлунка різних ступенів, в решти 29 хворих (51,79 %) рак шлунка ускладнився перфорацією шлунка. Вивчали вік і стать, передопераційну діагностику, локалізацію перфорації, глибину інвазії стінки шлунка, відсутність або наявність метастазів у лімфатичних вузлах, тип операції, ступінь лімфатичної дисекції, стадію UICC та ускладнення.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Відсоток ускладнення у вигляді перфорації серед раку шлунка становив 51,79 %. Захворювання частіше зустрічалося на III/IV стадії (70 %). Проведені операції: гастректомія у 16 хворих та ушивання перфорації у 10 пацієнтів. Смерть, пов'язана з хірургічним втручанням, спостерігалася у 4 пацієнтів. Було виконано 10 субтотальних гастректомій і 6 тотальних гастректомій. У 15 пацієнтів спостерігалася клінічно виражена шлунково-кишкова кровотеча, яка проявлялася у вигляді мелени, гематемезису або у вигляді мелени та гематемезису одночасно (2,5 %). Середній вік становив (68 ± 12) року (діапазон 47–87).

Ускладнення у вигляді стенозу шлунка було виявлено у 12 пацієнтів (21,43 %). Під час дослідження у 5 пацієнтів було виявлено субкомпенсований стеноз пілоричного відділу шлунка, у решти пацієнтів – декомпенсований стеноз. Вибір методу операційного втручання проводився індивідуально, залежно від стану хворого, ступеня стенозу і характеру патоморфологічних змін, стану секреторної та моторної функції шлунка, наявності супровідної патології та стадії раку шлунка. У цій групі пацієнтів наявний один випадок летальності, який був зумовлений IV стадією раку шлунка та декомпенсованим стенозом із вираженими розладами водно-електролітного балансу і кислотно-лужної рівноваги.

**Ключові слова:** кровотеча; рак; стеноз; гастректомія; ендоскопія.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** В Україні, як і в інших країнах світу, рак шлунка залишається однією з найбільш серйозних і смертельних онкологічних захворювань [16]. Однак у контексті військового конфлікту, який триває в Україні, лікування цієї хвороби набуває ще більшої актуальності і важливості. Умови війни, поширення вірусів, обмежений доступ до медичних ресурсів та збройний конфлікт створюють серйозні виклики для діагностики та лікування раку шлунка.

Незважаючи на зниження захворюваності та смертності за останні десятиліття, рак шлунка є однією з основних проблем охорони здоров'я у всьому світі [4]. За оцінками GLOBOCAN 2020, рак шлунка став причиною приблизно 800 000 смертей і займає четверте місце за смертністю від раку серед представників обох статей разом узятих [6].

Рак шлунка, який є однією з найбільш складних та агресивних онкологічних патологій, продовжує залишатися серйозною загрозою для здоров'я людей у всьому світі, включно в Україні [1]. Однак проблема ускладнень, зокрема кровотечі, стенозу та перфорації при раку шлунка мають ряд особливих аспектів, які потребують спеціалізова-

ної наукової та клінічної уваги, бо вони загалом надходять у загальні ургентні хірургічні відділення [18]. При цьому ця категорія хворих виснажена основним захворюванням та ускладненнями, що створює труднощі в переопераційній підготовці, особливо у пацієнтів зі перфораціями пухлини та кровотечі.

Наукові дослідження та клінічні дослідження в галузі лікування ускладнень шлунка при раку шлунка є надзвичайно важливими для покращення результатів лікування, розробки нових терапевтичних стратегій та підвищення якості догляду за пацієнтами.

**Мета роботи:** покращення та оптимізація діагностики та лікування ускладнень раку шлунка.

**Матеріали і методи.** На базі КНП "Київська міська клінічна лікарня № 1" за останні 5 років було проліковано 56 хворих з ускладненнями раку шлунка. Середній вік хворих складав 56 років. З них жінок – 13 (23,21 %), чоловіків – 43 (76,79 %). Під час всебічного діагностично-лікувального моніторингу виявилось, що у 15 хворих (26,79 %) було виявлено шлунково-кишкову кровотечу, у 12 хворих (21,43 %) стеноз шлунка різних ступенів, в решти 29 хворих (51,79 %) рак шлунка ускладни-

ся перфорацією шлунка. Для визначення ступенів ускладнень використовували лабораторні, ультразвукові дослідження, МРХПГ, ЕРХПГ, КТ, МРТ.

Клініко-патологічні особливості всіх пацієнтів були проаналізовані на підставі їх медичної документації. Вивчали вік і стать, передопераційну діагностику, локалізацію перфорації, глибину інвазії стінки шлунка, відсутність або наявність метастазів у лімфатичних вузлах, тип операції, ступінь лімфатичної дисекції, стадію UICC та ускладнення.

#### **Результати досліджень та їх обговорення.**

Відсоток ускладнення у вигляді перфорації серед раку шлунка становив 51,79 %. Більшість випадків були пухлинами, що вражали серозну оболонку (66,67 %) та сторожові лімфатичні вузли (33,33 %). Захворювання частіше зустрічалось на III/IV стадії (70 %), але спостерігався також один випадок раку шлунка на I стадії. Усім пацієнтам проведено термінову операцію. Лише у 3 пацієнтів з 26 був встановлений доопераційний діагноз рак шлунка. Проведені операції: гастректомія у 16 хворих та ушивання перфорації у 10 пацієнтів. Смерть, пов'язана з хірургічним втручанням, спостерігалася у 4 пацієнтів: 3 з них було проведено ушивання перфорації і 1 – субтотальну гастректомію. Усі пухлини, які лікували ушиванням перфорації, перебували на IV клінічній стадії захворювання, і екстрену гастректомію не проводили через пізню стадію з інвазією у сусідні органи. Було виконано 10 субтотальних гастректомій і 6 тотальних гастректомій. Спостерігалось три хірургічних і два нехірургічних ускладнення. Один пацієнт помер, який переніс резекцію шлунка та смерть якого була пов'язана з основним захворюванням, було 80 років і він мав кардіологічну супутню патологію. Інших пацієнтів виписали зі стаціонару у задовільному стані для подальшого лікування у спеціалізованому стаціонарі.

У п'ятнадцяти пацієнтів спостерігалася клінічно виражена шлунково-кишкова кровотеча, яка проявлялася у вигляді мелени, гематемезису або у вигляді мелени та гематемезису одночасно (2,5 %). Середній вік становив (68±12) року (діапазон 47–87). 11 пацієнтів – чоловіки. Геморагічні явища були представлені у вигляді мелени у 11 пацієнтів, у вигляді гематемезису у двох пацієнтів, як мелена та гематемезис – у 2 пацієнтів. В одного пацієнта з II стадією раку шлунка кишково-шлункова кровотеча була легкого ступеня тяжкості, у пацієнтів з III–IV стадією раку шлунка було виявлено: у 12 пацієнтів середнього ступеню тяжкості та у 2 па-

цієнтів виявлено тяжкий ступінь кишково-шлункової кровотечі. При традиційному раку шлунка з кровотечею терапевтичне втручання зазвичай визначається в такому порядку: перше – ендоскопічне лікування, друге – транскатетерна артеріальна емболізація і третє – невідкладна гастректомія. Летальності у даній групі пацієнтів не було.

Ускладнення у вигляді стенозу шлунка було виявлено у 12 пацієнтів (21,43 %). Пацієнти скаржилися на відчуття тяжкості і переповнення в епігастрії, переважно після споживання великої кількості їжі, печію, відрижку кислим і епізодичне блювання шлунковим вмістом з кислим присмаком, виражений колікоподібний біль у верхніх відділах живота, схуднення. Під час дослідження у 5 пацієнтів було виявлено субкомпенсований стеноз пілоричного відділу шлунка, у решти пацієнтів – декомпенсований стеноз. Усім пацієнтам було рекомендовано операційне лікування. Вибір методу операційного втручання проводився індивідуально, залежно від стану хворого, ступеня стенозу і характеру патоморфологічних змін, стану секреторної та моторної функції шлунка, наявності супутньої патології та стадії раку шлунка. У цій групі пацієнтів наявний один випадок летальності, який був зумовлений IV стадією раку шлунка та декомпенсованим стенозом з вираженими розладами водно-електролітного балансу і кислотно-лужної рівноваги.

**Висновки.** 1. У хворих з перфораціями ракового процесу шлунка 56 % клінічні прояви не виражені у всіх пацієнтів та супроводжується синдромом взаємообтяження.

2. У пацієнтів з кровоточивими раками шлунка ступінь геморагії здебільшого був тяжким (93,33 %).

3. Водно-електролітні порушення при ракових стенозах вимагають більшого терміну корекції з ендоскопічною реканалізацією та ентеральною терапією, що створює умови для радикального вилучення процесу.

4. Вищезазначена популяція захворювання вимагає індивідуального підходу та оптимізованого хірургічного лікування для забезпечення якості життя в безпосередньому та віддаленому післяопераційному періоді.

5. На основі аналізу лікування ускладнень раку шлунка (56 пацієнтів) на базі КНП КМКЛ № 1 можемо зробити висновок, що радикалізм під час операційного лікування ускладнень є запорукою якості життя пацієнтів та сприятливих прогнозів.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Burch J. Gastrointestinal emergencies [Electronic resource] / J. Burch, B. Collins // Oxford Handbook of Gastrointestinal Nursing. – 2021. – P. 429–444. – Mode of access: <https://doi.org/10.1093/med/9780198833178.003.0018>.
2. The role of imaging in gastrointestinal bleed [Electronic resource] / Benjamin W. Carney, Garvit Khatri, Anuradha S. Shenoy-Bhangle // Cardiovascular Diagnosis and Therapy. – 2019. – Vol. 9, S1. – P. S88–S96. – Mode of access: <https://doi.org/10.21037/cdt.2018.12.07>
3. Chadha M. Visceral Artery Aneurysms: Diagnosis and Percutaneous Management [Electronic resource] / Meghna Chadha, Chaitanya Ahuja // Seminars in Interventional Radiology. – 2009. – Vol. 26, No. 03. – P. 196–206. – Mode of access: <https://doi.org/10.1055/s-0029-1225670>
4. Soo Buem Cho. Splenic artery pseudoaneurysm with splenic infarction induced by a benign gastric ulcer [Electronic resource] / Soo Buem Cho // Medicine. – 2018. – Vol. 97, No. 29. – P. e11589. – Mode of access: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011589>
5. Crisan D. Endoscopic Management of Bleeding Gastric Varices—an Updated Overview [Electronic resource] / Dana Crisan, Marcel Tantau, Alina Tantau // Current Gastroenterology Reports. – 2014. – Vol. 16, No. 10. – Mode of access: <https://doi.org/10.1007/s11894-014-0413-1>
6. Erhunmwunsee, L. Urgent workup for upper gastrointestinal bleeding [Electronic resource] / L. Erhunmwunsee, S. A. Lago-Deenadayalan // Gastrointestinal Bleeding. – 2009. – P. 13–22. – Mode of access: [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1693-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1693-8_2)
7. Grippi F. J. Acute upper gastrointestinal hemorrhage from a pseudoaneurysm of an unusual superior polar artery of the spleen [Electronic resource] / Francisco Javier Grippi, Hyeon Yu // Radiology Case Reports. – 2018. – Vol. 13, No. 4. – P. 797–800. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2018.05.006>
8. Holster I. L. Peptic ulcer bleeding: Endoscopic diagnosis, endoscopic therapy and pharmacotherapy [Electronic resource] / I. L. Holster, C. M. den Hoed, E. J. Kuipers // Gastrointestinal Bleeding. – 2011. – P. 41–77. – Mode of access: <https://doi.org/10.1002/9781444398892.ch4>
9. Jesinger R. A. Abdominal and Pelvic Aneurysms and Pseudoaneurysms: Imaging Review with Clinical, Radiologic, and Treatment Correlation [Electronic resource] / Robert A. Jesinger, Andrew A. Thoreson, Ramit Lamba // RadioGraphics. – 2013. – Vol. 33, No. 3. – P. E71–E96. – Mode of access: <https://doi.org/10.1148/rg.333115036>
10. Kawabata H. Management of Bleeding from Unresectable Gastric Cancer [Electronic resource] / Hideaki Kawabata, Misuzu Hitomi, Shigehiro Motoi // Biomedicines. – 2019. – Vol. 7, No. 3. – P. 54. – Mode of access: <https://doi.org/10.3390/biomedicines7030054>
11. Kim Y.-I. Endoscopic Management of Tumor Bleeding from Inoperable Gastric Cancer [Electronic resource] / Young-Il Kim, Il Ju Choi // Clinical Endoscopy. – 2015. – Vol. 48, No. 2. – P. 121. – Mode of access: <https://doi.org/10.5946/ce.2015.48.2.121>
12. Laine L. Upper Gastrointestinal Bleeding Due to a Peptic Ulcer [Electronic resource] / Loren Laine // New England Journal of Medicine. – 2016. – Vol. 374, No. 24. – P. 2367–2376. – Mode of access: <https://doi.org/10.1056/nejmcp1514257>
13. Lau L. H. S. Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes [Electronic resource] / Louis H. S. Lau, Joseph J. Y. Sung // Digestive Endoscopy. – 2020. – Vol. 33, No. 1. – P. 83–94. – Mode of access: <https://doi.org/10.1111/den.13674>
14. Hwai-Jeng Lin. Endoscopic injection for the arrest of peptic ulcer hemorrhage: final results of a prospective, randomized comparative trial [Electronic resource] / Hwai-Jeng Lin // Gastrointestinal Endoscopy. – 1993. – Vol. 39, No. 1. – P. 15–19. – Mode of access: [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(93\)70003-6](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(93)70003-6)
15. Derek Little H. W. Management of antithrombotic therapy after gastrointestinal bleeding: A mixed methods study of health-care providers [Electronic resource] / Derek H. W. Little // Journal of Thrombosis and Haemostasis. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 153–160. – Mode of access: <https://doi.org/10.1111/jth.15111>
16. Matei D. Peptic Ulcer Bleeding in the Elderly [Electronic resource] / Matei D // Clinical Outcomes and in-Hospital Mortality. – 2017. – Mode of access: <https://doi.org/10.26226/morressier.59a6b34cd462b80290b55c68>
17. Pichaichanlert A. Abdominal Pregnancy in the Small Intestine Presenting as Acute Massive Lower Gastrointestinal Hemorrhage [Electronic resource] / Apiradee Pichaichanlert, Vor Luvira, Nakhon Tipsunthonsak // Case Reports in Surgery. – 2017. – Vol. 2017. – P. 1–4. – Mode of access: <https://doi.org/10.1155/2017/8017937>
18. Andrea Pietrabissa. Laparoscopic treatment of splenic artery aneurysms [Electronic resource] / Andrea Pietrabissa // Journal of Vascular Surgery. – 2009. – Vol. 50, No. 2. – P. 275–279. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2009.03.015>
19. Surgical treatment of visceral artery aneurysms: A 25-year experience [Electronic resource] / Raffaele Pulli [et al.] // Journal of Vascular Surgery. – 2008. – Vol. 48, No. 2. – P. 334–342. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2008.03.043>
20. EUS imaging of splenic artery pseudoaneurysm [Electronic resource] / Malay Sharma [et al.] // VideoGIE. – 2017. – Vol. 2, No. 9. – P. 219–220. – Mode of access: <https://doi.org/10.1016/j.vgie.2017.03.008>
21. Sugawa C. Endoscopic interventional management of bleeding duodenal and gastric ulcers [Electronic resource] / Choichi Sugawa, A. Louis Joseph // Surgical Clinics of North America. – 1992. – Vol. 72, no. 2. – P. 317–334. – Mode of access: [https://doi.org/10.1016/s0039-6109\(16\)45681-1](https://doi.org/10.1016/s0039-6109(16)45681-1)
22. Tarasenko S. O. Anticoagulant and antiplatelet therapy over perioperative period [Electronic resource] / S. O. Tarasenko // Pain, Anaesthesia & Intensive care. – 2021. – No. 1 (94). – P. 65–77. – Mode of access: [https://doi.org/10.25284/2519-2078.1\(94\).2021.230618](https://doi.org/10.25284/2519-2078.1(94).2021.230618)
23. Verdugo M. A. C. Diagnosis and Treatment of Upper Gastrointestinal Bleeding for the Primary Care Physician [Electronic resource] / Melissa Anahí Chan Verdugo // International Journal Of Medical Science And Clinical Research Studies. – 2022. – Vol. 02, No. 11. – Mode of access: <https://doi.org/10.47191/ijmscrs/v2-i11-31>
24. Michael Wells L. CT for Evaluation of Acute Gastrointestinal Bleeding [Electronic resource] / Michael L. Wells [et al.] // RadioGraphics. – 2018. – Vol. 38, no. 4. – P. 1089–1107. – Mode of access: <https://doi.org/10.1148/rg.2018170138>

#### REFERENCES

1. Burch, J., & Collins, B. (2021). Gastrointestinal emergencies. *Oxford Handbook of Gastrointestinal Nursing*, 429–444. <https://doi.org/10.1093/med/9780198833178.003.0018>
2. Carney, B.W., Khatri, G., & Shenoy-Bhangle, A.S. (2019). The role of Imaging in Gastrointestinal Bleed. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 9(S1). <https://doi.org/10.21037/cdt.2018.12.07>
3. Chadha, M., & Ahuja, C. (2009). Visceral artery aneurysms: Diagnosis and percutaneous management. *Seminars in Interventional Radiology*, 26(03), 196–206. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1225670>
4. Cho, S.B., Park, S.E., Lee, C.M., Park, J.-H., Baek, H.J., Ryu, K.H., Moon, J.I., et al. (2018). Splenic artery pseudoaneurysm with splenic infarction induced by a benign gastric ulcer. *Medicine*, 97(29). <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011589>
5. Crisan, D., Tantau, M., & Tantau, A. (2014). Endoscopic management of bleeding gastric varices—an updated overview. *Current Gastroenterology Reports*, 16(10). <https://doi.org/10.1007/s11894-014-0413-1>
6. Erhunmwunsee, L., & Lagoo-Deenadayalan, S. A. (2009). Urgent workup for upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointestinal Bleeding*, 13–22. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1693-8\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1693-8_2)
7. Grippi, F.J., & Yu, H. (2018). Acute upper gastrointestinal hemorrhage from a pseudoaneurysm of an unusual superior polar artery of the spleen. *Radiology Case Reports*, 13(4), 797–800. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2018.05.006>
8. Holster, I.L., den Hoed, C.M., & Kuipers, E.J. (2011). Peptic ulcer bleeding: Endoscopic diagnosis, endoscopic therapy and pharmacotherapy. *Gastrointestinal Bleeding*, 41-77. <https://doi.org/10.1002/9781444398892.ch4>
9. Jesinger, R.A., Thoreson, A.A., & Lamba, R. (2013). Abdominal and pelvic aneurysms and Pseudoaneurysms: Imaging Review with clinical, radiologic, and treatment correlation. *RadioGraphics*, 33(3). <https://doi.org/10.1148/rg.333115036>
10. Kawabata, H., Hitomi, M., & Motoi, S. (2019). Management of bleeding from unresectable gastric cancer. *Biomedicines*, 7(3), 54. <https://doi.org/10.3390/biomedicines7030054>
11. Kim, Y.-I., & Choi, I.J. (2015). Endoscopic management of tumor bleeding from inoperable gastric cancer. *Clinical Endoscopy*, 48(2), 121. <https://doi.org/10.5946/ce.2015.48.2.121>
12. Laine, L. (2016). Upper gastrointestinal bleeding due to a peptic ulcer. *New England Journal of Medicine*, 374(24), 2367-2376. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1514257>
13. Lau, L.H.S. and Sung, J.J.Y. (2021), Treatment of upper gastrointestinal bleeding in 2020: New techniques and outcomes. *Digestive Endoscopy*, 33, 83-94. <https://doi.org/10.1111/den.13674>
14. Lin, H.-J., Perng, C.-L., Lee, F.-Y., Chan, C.-Y., Huang, Z.-C., Lee, S.-D., & Lee, C.-H. (1993). Endoscopic injection for the arrest of peptic ulcer hemorrhage: Final results of a prospective, randomized comparative trial. *Gastrointestinal Endoscopy*, 39(1), 15-19. [https://doi.org/10.1016/s0016-5107\(93\)70003-6](https://doi.org/10.1016/s0016-5107(93)70003-6)
15. Little, D.H.W., Robertson, T., Douketis, J., Dionne, J. C., Holbrook, A., Xenodemetropoulos, T., & Siegal, D.M. (2021). Management of antithrombotic therapy after gastrointestinal bleeding: A mixed methods study of health-care providers. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 19 (1), 153-160. <https://doi.org/10.1111/jth.15111>
16. Matei, D. (2017). *Peptic Ulcer Bleeding in the Elderly: Clinical Outcomes and in-Hospital Mortality* . <https://doi.org/10.26226/morressier.59a6b34cd462b80290b55c68>
17. Pichaichanlert, A., Luvira, V., & Tipsunthonsak, N. (2017). Abdominal pregnancy in the small intestine presenting as acute massive lower gastrointestinal hemorrhage. *Case Reports in Surgery*, 2017, 1-4. <https://doi.org/10.1155/2017/8017937>
18. Pietrabissa, A., Ferrari, M., Berchioli, R., Morelli, L., Pugliese, L., Ferrari, V., & Mosca, F. (2009). Laparoscopic treatment of splenic artery aneurysms. *Journal of Vascular Surgery*, 50(2), 275-279. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2009.03.015>
19. Pulli, R., Dorigo, W., Troisi, N., Pratesi, G., Innocenti, A.A., & Pratesi, C. (2008). Surgical treatment of visceral artery aneurysms: A 25-Year experience. *Journal of Vascular Surgery*, 48(2), 334-342. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2008.03.043>
20. Sharma, M., Somani, P., Prasad, R., & Jindal, S. (2017). EUS imaging of splenic artery pseudoaneurysm. *VideoGIE*, 2(9), 219-220. <https://doi.org/10.1016/j.vgie.2017.03.008>
21. Sugawa, C., & Joseph, A.L. (1992). Endoscopic interventional management of bleeding duodenal and gastric ulcers. *Surgical Clinics of North America*, 72(2), 317–334. [https://doi.org/10.1016/s0039-6109\(16\)45681-1](https://doi.org/10.1016/s0039-6109(16)45681-1)
22. Tarasenko, S.O., Dubrov, S.O., Suslov, G.G., & Maznichenko, V.A. (2021). Anticoagulant and antiplatelet therapy over perioperative period. *Pain, Anaesthesia & Intensive care*, (1(94)), 65-77. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.1\(94\).2021.230618](https://doi.org/10.25284/2519-2078.1(94).2021.230618)
23. Verdugo, M.A. (2022). Diagnosis and treatment of upper gastrointestinal bleeding for the primary care physician. *International Journal of Medical Science and Clinical Research Studies*, 02(11). <https://doi.org/10.47191/ijmscrs/v2-i11-31>
24. Wells, M.L., Hansel, S.L., Bruining, D.H., Fletcher, J.G., Frommeling, A.T., Barlow, J.M., & Fidler, J.L. (2018). CT for evaluation of acute gastrointestinal bleeding. *Radiographics*, 38 (4), 1089-1107. <https://doi.org/10.1148/rg.2018170138>

Отримано 03.07.2023

Електронна адреса для листування: [mdplyuta@gmail.com](mailto:mdplyuta@gmail.com)

M. M. STETS<sup>1,2</sup>, S. O. TREPET<sup>1</sup>, O. V. IVANKO<sup>1,2</sup>, N. V. VOYTYUK<sup>1,2</sup>, I. I. PLIUTA<sup>1,2</sup>

Bohomolets National Medical University, Kyiv<sup>1</sup>  
Kyiv City Clinical Hospital No. 1<sup>2</sup>

### SURGICAL TACTICS OF TREATMENT OF COMPLICATIONS OF STOMACH CANCER IN WAR CONDITIONS

**The aim of the work:** improvement and optimization of diagnosis and treatment of gastric cancer complications.

**Materials and Methods.** 56 patients with gastric cancer complications were treated. The average age of the patients was 56 years. Of them, 13 (23.21 %) were women and 43 (76.79 %) were men. During comprehensive diagnostic and therapeutic monitoring, it was found that 15 patients (26.79 %) had gastrointestinal bleeding, 12 patients (21.43 %) had gastric stenosis of various degrees, and the remaining 29 patients (51.79 %) gastric cancer complicated by gastric perforation. Age and gender, preoperative diagnosis, localization of perforation, depth of gastric wall invasion, absence or presence of metastases in lymph nodes, type of operation, degree of lymphatic dissection, UICC stage and complications were studied.

**Results and Discussion:** The percentage of complications in the form of perforation among gastric cancer was 51.79 %. The disease was more common in stage III/IV (70%). Operations performed: gastrectomy in 16 patients and suturing of perforation in 10 patients. Death related to surgery was observed in 4 patients. 10 subtotal gastrectomy and 6 total gastrectomy were performed. In 15 patients, clinically pronounced gastrointestinal bleeding was observed, which was manifested in the form of melena, hematemesis or in the form of melena and hematemesis simultaneously (2.5 %). The mean age was (68±12) (range 47–87).

A complication in the form of gastric stenosis was detected in 12 patients (21.43 %). During the study, subcompensated stenosis of the pyloric part of the stomach was detected in 5 patients, decompensated stenosis in the remaining patients. The choice of surgical intervention method was carried out individually, depending on the patient's condition, the degree of stenosis and the nature of pathomorphological changes, the state of the secretory and motor function of the stomach, the presence of accompanying pathology and the stage of gastric cancer. In this group of patients, there is 1 case of mortality, which was due to stage IV of gastric cancer and decompensated stenosis with pronounced disorders of water-electrolyte balance and acid-base balance.

**Key words:** haemorrhage; neoplasms; constriction; gastrectomy; endoscopy.