

УДК: 616.31-001.45-092:611.345

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН КАРДІАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ, ПЕРФОРАЦІЄЮ ТА СТЕНОЗОМ

Іванчов П.В., Пруднікова О.Б.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Метою роботи було покращення результатів хірургічного лікування злоякісних пухлин з локалізацією у кардіальному відділі шлунка, ускладнених кровотечею, перфорацією та стенозом. Проведено лікування 766 хворих зі злоякісними пухлинами шлунка, які ускладнилися кровотечею, перфорацією чи стенозом. Серед них 292 пацієнти мали пухлину з локалізацією у кардіальному відділі шлунка, у тому числі з переходом на стравохід – у 30 (10,3 %); у 10 (33,3 %) із них були явища стенозу. Пухлина ускладнилася кровотечею у 285 (97,6 %) хворих, у 10 (3,5 %) – кровотечею та стенозом, у 7 (2,4 %) – перфорацією, у 2-х – перфорацією та кровотечею. Оперативне лікування проведено у 138 (47,3 %) хворих із 292. При цьому радикальні операції були проведені у 94 (68,1 %) пацієнтів, з них з приводу перфорації пухлини – у 1 (1,1 %). Паліативні та симптоматичні операції були проведені у 44 (31,9 %) пацієнтів. Серед них з приводу перфорації оперовано 2 (4,5 %) пацієнти, при поєднанні перфорації та кровотечі – 2 (4,5 %). В екстреному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву прооперовано 8 (5,6 %) пацієнтів, серед яких радикально – 4 (50,0 %), нерадикально – 4 (50,0 %). З них також 5 (62,5 %) мали перфорацію пухлини. У ранньовідтермінованому періоді (РВП) прооперовано 130 (94,2 %) пацієнтів, у т.ч. радикально – 92 (70,7 %), нерадикально – 38 (29,2 %). Загальна післяопераційна летальність склала 6,5 % (12 хворих). Частота виконання лімфодисекції в об'ємі D2 була вищою у 2,8 рази після радикальних операцій, що проводилися у РВП, і становили 71,8 %.

Ключові слова: радикальні операції, гастректомія, лімфодисекція.



Цитуйте українською: Іванчов П.В., Пруднікова О.Б. Хірургічне лікування злоякісних пухлин кардіального відділу шлунка, ускладнених кровотечею, перфорацією та стенозом. Медицина сьогодні і завтра. 2022;91(2):67-75. <https://doi.org/10.35339/msz.2022.91.2.ivp>

Cite in English: Ivanchov P.V., Prudnikova O.B. Surgical treatment of malignant tumors of the cardiac part of the stomach, complicated by bleeding, perforation and stenosis. Medicine Today and Tomorrow. 2022;91(2):67-75. <https://doi.org/10.35339/msz.2022.91.2.ivp> [in Ukrainian].

Відповідальний автор: Пруднікова О.Б.,
Україна, 01601, м. Київ,
бульвар Т. Шевченка, 13.
E-mail: serikkl@ukr.net

Corresponding author: Prudnikova O.B.,
Ukraine, 01601, Kyiv,
T. Shevchenko Boulevard, 13.
E-mail: serikkl@ukr.net

© Іванчов П.В., Пруднікова О.Б., 2022 CC BY-NC-SA © Ivanchov P.V., Prudnikova O.B., 2022

Вступ

Дослідження останніх років у хворих на злоякісні пухлини верхнього відділу шлунку встановили, що кровотеча з пухлини, як і її перфорація, може виникнути на будь-якій стадії онкологічного процесу як результат пухлинної арозії судини чи стоншення та некрозу стінки шлунка [1; 2]. Більш того, пацієнти, що мають кровотечу з пухлини на менш запущених стадіях онкологічного процесу, мають кращий прогноз для лікування, ніж пацієнти з пухлинами без кровотечі [3]. Враховуючи, що часто кровотеча, перфорація чи стеноз буває першим і єдиним проявом наявності пухлини у шлунку – це теж значно збільшує шанси хворого на подальше вчасне та радикальне хірургічне лікування [4]. Рання вчасна діагностика, успішний мінінвазивний ендолюмбальний ендоскопічний гемостаз, передопераційна діагностика стадії онкологічного процесу, його локалізації та поширення, повноцінна передопераційна підготовка хворого – фактори, які забезпечують виконання у значної кількості хворих радикальних оперативних втручань та операцій, які забезпечують хорошу подальшу якість життя [6].

Гострокровоточиві злоякісні пухлини шлунка (ГЗПШ) у 4,6 (15,9 %) випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [7; 8]. Доведено, що операції на висоті кровотечі мають значно гірші результати: високі показники ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, 30-денної та загальної смертності, низьку якість життя, порівняно з пацієнтами, які перенесли планові оперативні втручання [7–9]. В хірургії ГЗПШ, з локалізацією у кардіальному відділі, увага хірургів зосереджена на можливості радикального видалення пухлини, застосуванні модернізованих способів гастректомії та субтотальної проксимальної резекції шлунка з виконанням реконструктивних езофа-

гоєюнопластик, що покращують функціональні результати оперативних втручань, а також операцій, які спрямовані на створення тонкокишкових резервуарів, що відновлюють функцію втраченого шлунка [7; 8; 11]. Вважають доцільним застосовувати розширені та комбіновані операції великого об'єму з лімфодисекцією при поширених та синхронних раках [8; 9].

Мета роботи – покращення результатів хірургічного лікування злоякісних пухлин з локалізацією у кардіальному відділі шлунка, ускладнених кровотечею, перфорацією та стенозом.

Матеріали і методи

У Київському міському Центрі надання допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами на базі КНП «Київська міська клінічна лікарня № 12» за період 2006–2020 рр. лікувалося 766 хворих зі злоякісними пухлинами шлунку, які ускладнилися кровотечею, перфорацією чи стенозом. Серед них, 292 пацієнти мали пухлину, з локалізацією у кардіальному відділі шлунка, у тому числі з переходом на стравохід – у 30 (10,3 %), у 10 (33,3 %) із них були явища стенозу. Пухлина ускладнилася кровотечею у 285 (97,6 %) хворих (у 10 (3,5 %) – кровотечею та стенозом) та у 7 (2,4 %) – перфорацією пухлини, у 2 із них – перфорацією та кровотечею. Вік пацієнтів коливався від 21 до 78 років, найбільша кількість пацієнтів (98, або 30,7 %) була віком від 58 до 70 років. Співвідношення чоловіків до жінок було 2,4:1 (205 (70,2 %) до 87 (29,8 %)).

Згідно Міжнародної класифікації TNM восьмої редакції (International Union Against Cancer – UICC, 2016 р.), I стадія захворювання встановлена у 12 (4,1 %) хворих, II – у 49 (16,8 %), III – у 127 (43,5 %), IV – у 104 (35,6 %).

Діагноз злоякісної пухлини шлунку був встановлений вперше у нашій клініці (у зв'язку із розвитком усклад-

нення) 51 (17,5 %) пацієнту, серед яких у 19 (37,2 %) констатована IV, а у 25 (49,0 %) – III стадія.

Серед 292 пацієнтів було 5 (1,7 %) хворих із лімфосаркомою та 2 (0,7 %) із злоякісною нейроендокринною пухлиною (карциноїдом), решта пацієнтів (285 (97,6 %)) мали аденокарциному. При визначенні частоти морфологічних варіантів раку кардіального відділу шлунку було встановлено, що найбільша кількість випадків відводиться інфільтративно-виразковому типу ураження – 148 (51,9 %), блюдцеподібний тип ураження відмічено у 103 (36,1 %) хворих, дифузно-інфільтративний – у 36 (12,6 %), поліповидний – у 14 (4,9 %). Розповсюдження ракової інфільтрації на стравохід мало місце у 30 (10,3 %) випадках.

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими та лабораторними методами обстежень. Протягом першої години з моменту госпіталізації діагноз, що включав локалізацію пухлини та ступінь гемостазу, був встановлений у 152 (52,1 %) хворих, від 1 до 2 год. – у 76 (26,0 %), від 2 до 4 год. – у 29 (9,9 %), від 4 до 12 год. – у 21 (7,2 %), від 12 до 24 – у 14 (4,8 %). Ендоскопічне дослідження не проводилося 2 (0,7 %) хворим, які були доставлені у клініку в агональному стані з приводу перфорації пухлини, генералізованого перитоніту, і померли протягом кількох годин після госпіталізації, а діагноз було встановлено на аутопсії.

Протягом перших двох годин після виникнення перфорації пухлини госпіталізовано 3 (42,9 %) пацієнтів, діагноз перфорації порожнинного органу у цих випадках встановлений за допомогою оглядової рентгенографії органів черевної порожнини та остаточно підтверджений інтраопераційно. Двоє пацієнтів (28,6 %) госпіталізовані у вкрай важкому стані через 6 та 8 годин відпо-

відно з моменту перфорації пухлини. Ускладнення у цих пацієнтів було поєднаним з гострою кровотечею, і діагноз був встановлений за допомогою ендоскопічного дослідження, під час якого були застосовані також мініінвазивні методи зупинки кровотечі.

Під час виконання ендоскопічного дослідження окрім визначення точної локалізації пухлинного ураження шлунку, його розповсюженості та морфологічних характеристик, визначали стан гемостазу, використовуючи модифіковану нами (Нікішаєв В.І., 1997) класифікацію активності кровотечі Forrest J.A.H.: [I група (39 (13,7 %)) – кровотеча, що продовжується: IA (13 (4,5 %)) – струменева; IB (21 (7,4 %)) – просочування; Ix (5 (1,8 %)) – з-під щільного фіксованого згортка крові]; [II група (154 (54,0 %)) – кровотеча, що зупинилася, нестабільний гемостаз: IIА (38 (13,4 %)) – велика тромбована судина; IIВ (76 (26,6 %)) – фіксований згортки крові; IIС (40 (14,0 %)) – дрібні тромбовані судини]; [III група (92 (32,3 %)) – кровотеча, що зупинилася, стабільний гемостаз (дефект під фібрином)].

Ступінь важкості анемії не відповідає важкості кровотечі у цієї категорії пацієнтів, адже носить змішаний характер – внаслідок кровотечі та пухлинної інтоксикації. Кровотеча помірного ступеню важкості встановлена у 108 (37,9 %) хворих, середнього – у 110 (38,6 %), важкого – у 67 (23,5 %) пацієнтів.

Дослідження погоджено та затверджено на засіданні комісії з біоетики Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (експертний висновок № 121 від 24.04.2019). В ході дослідження використані методи статистичного спостереження, метод складання та групування первинного статистичного матеріалу, та визначення узагальнених зведених показників. Статистичні обрахунки проведені

за допомогою пакетів програмного статистичного аналізу MedStat, IBM SPSS Statistics Base v.22. та EZR (R-статистика) за використаним методом рангової кореляції – коефіцієнт Спірмена (r), попарні групові порівняння проводили за непараметричним методом Вілкоксона. Використані методи варіаційної статистики, стандартне відхилення S , середня помилка m , різниця при $p < 0,05$ вважалася статистично значущою.

Результати та їх обговорення

Тактика лікування у даної категорії пацієнтів, за розробленим у клініці алгоритмом, залежала від загального стану хворого на момент госпіталізації, ендоскопічної картини (стадії процесу і розповсюдженості пухлинного ураження, ступеню важкості крововтрати та стану гемостазу, вираженості стенозу) та наявності супутньої патології. Так, при наявності активної пухлинної кровотечі, хворим проводилися мініінвазивні ендохірургічні втручання, спрямовані на її зупинку, а у разі наявності стигмат недавньої кровотечі застосовувались заходи ендохірургічного гемостазу, з метою профілактики розвитку рецидиву пухлинної кровотечі. Загалом, ендоскопічний гемостаз проведений 133 (45,1 %) хворим з ознаками активної, у тому числі рецидивної, кровотечі та нестабільного гемостазу після

спонтанної зупинки пухлинної кровотечі, з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі.

З приводу перфорації пухлини кардіального відділу шлунка ургентно оперовано 5 (71,4 %) хворих. Двоє пацієнтів госпіталізовані у агональному стані, і для них оперативне втручання було непереносимим. Стан двох пацієнтів, у яких перфорація пухлини поєдналася з кровотечею, був вкрай важким, а тому операція була розпочата після короткої підготовки на операційному столі з метою інфузійно-трансфузійної корекції основних гемодинамічних та гомеостатичних порушень.

Оперативне лікування проведено у 138 (47,3 %) хворих із 292: радикальні операції – у 94 (68,1 %), з них з приводу перфорації пухлини – у 1 (1,1 %), паліативні та симптоматичні – у 44 (31,9 %), серед них з приводу перфорації оперовано 2 (4,5 %) пацієнтів, при поєднанні перфорації та кровотечі – 2 (4,5 %). Радикальні операції були виконані в наступних стадіях пухлинного процесу: I ст. – 4 (4,3 %), II ст. – 11 (11,7 %), III ст. – 71 (75,5 %), IV ст. – 8 (8,5 %).

У таблиці 1 наведено показники хірургічної активності та післяопераційної летальності в залежності від умов проведення операцій.

Таблиця 1. Показники хірургічної активності та післяопераційної летальності в залежності від умов проведення операцій, пацієнтів (%)

Умови проведення операцій	Радикальні	Нерадикальні	Всього
ЕО	4 (50,0 %)	4 (50,0 %)	8 (5,8 %)
Померло	–	1 (25,0 %)	1 (12,5 %)
РВО	92 (70,7 %)	38 (29,2 %)	130 (94,2 %)
Померло	3 (3,3 %)	5 (13,2 %)	8 (6,2 %)
Всього операцій	96 (69,6 %)	42 (30,4 %)	138 (100,0 %)
Померло	3 (3,1 %)	6 (14,3 %)	9 (6,5 %)

Примітки: ЕО – екстрена операція; РВО – ранньовідтермінована операція.

З наведених даних встановлено, що в екстреному періоді оперовано 8 (5,6 %) пацієнтів: на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву – 3 (37,5 %), з приводу перфорації пухлини – 5 (62,5 %), у тому числі 2 із цих хворих мали поєднання перфорації пухлини та кровотечу. Радикальних оперативних втручань виконано 4 (50,0 %), нерадикальних – 4 (50,0 %). Помер 1 (12,5 %) хворий після нерадикальної операції.

У ранньовідтермінованому періоді, після проведення адекватної підготовки та комплексного дообстеження, оперативне лікування проведено у 130 (94,2 %) пацієнтів, при цьому радикально оперовано 92 (70,7 %), та нерадикально – 38 (29,2 %). Померло 8 (6,2 %) пацієнтів: після радикальних операцій – 3 (3,3 %), нерадикальних – 5 (13,2 %).

Загальна післяопераційна летальність склала 6,5 % (12 хворих), при цьому питома вага летальності після нерадикальних оперативних втручань у 4,6 разів вища у порівнянні з показником летальності після радикальних операцій.

В таблиці 2 наведено види радикальних оперативних втручань в залежності від умов їх проведення.

Отже, у 96 (69,6 %) радикально оперованих хворих виконано: гастректомія (ГЕ) – 54 (56,2 %): за Гіляровичем-

Юдіним – 11 (20,3 %), в модифікації Савіних із сагітальною діафрагмокруротомією – 43 (79,6 %) (у тому числі, 1-му пацієнту з приводу перфорації пухлини); субтотальна проксимальна резекція шлунка (СПРШ) – 42 (43,8 %).

У 17 (17,7 %) радикально оперованих хворих проведено комбіновані операції в поєднанні із спленектомією – 16 (94,1 %), геміпанкреатектомією – 1 (5,9 %). У 13 (13,5 %) проведено симультанні операції: холецистектомія – 11 (84,6 %), герніопластика вентральної грижи – 2 (15,4 %).

Виконуючи радикальні оперативні втручання, ми намагалися провести лімфодисекцію у об'ємі D2. Таким чином, лімфодисекція в об'ємі D1 склала 28,1 % (27 випадків): гастректомія за Гіляровичем-Юдіним була виконана 3-м (11,1 %) пацієнтам, СПРШ – 24 (88,9 %). Лімфодисекція в об'ємі D2 виконана 69 (71,9 %) радикально оперованим пацієнтам: ГЕ в модифікації Савіних – 43 (62,3 %), ГЕ за Гіляровичем-Юдіним – 8 (11,6 %), СПРШ – 18 (26,1 %). Порівнявши частоту виконання лімфодисекції в об'ємі D2, встановлено, що при проведенні екстрених радикальних операцій вона виконана у 1 (25,0 %) випадку із 4-х, а при проведенні радикальних операцій у ранньовідтермінованому періоді частота її виконання є більшою

Таблиця 2. Види радикальних оперативних втручань в залежності від умов їх проведення, пацієнтів (%)

Види операцій	ЕО	Померло	РВО	Померло	Всього	Померло
ГЕ	4 (4,2 %)	–	50 (92,6 %)	1 (2,0 %)	54 (56,2 %)	1 (1,0 %)
СПРШ	–	–	42 (100,0 %)	2 (4,8 %)	42 (43,8 %)	2 (2,1 %)
Всього	4 (4,2 %)	–	92 (95,8 %)	3 (3,3 %)	96 (100,0 %)	3 (3,1 %)

Примітки: ЕО – екстрена операція; РВО – ранньовідтермінована операція;

ГЕ – гастректомія; СПРШ – субтотальна проксимальна резекція шлунка.

у 2,8 разів і становить 69 (71,8 %) випадків із 96-ти.

З наведених даних видно, що серед радикально оперованих хворих гастректомія виконана у 54 (56,2 %) пацієнтів, складаючи 39,1 % від усіх оперативних втручань з приводу гострокровоточивого раку кардіального відділу шлунка. У 43 (79,6 %) хворих ГЕ виконана в модифікації Савіних із сагітальною діафрагмокруротомією, та у 11 (20,4 %) – за Гіляровичем-Юдіним. На висоті кровотечі проведено 4 (4,2 %) операцій без летальних наслідків, а у ранньовідтермінованому періоді – 50 (92,6 %) з летальністю 2,0 % (1 пацієнт). Загальна летальність після ГЕ склала 1,0 % (1 хворий).

Радикальна СПРШ виконана у 42 (43,8 %) хворих. Всі операції проведені у ранньовідтермінованому періоді. Померло 2 (2,1 %) пацієнтів.

Загалом, в структурі радикальних операцій у хворих з гострокровоточивим раком кардіального відділу шлунка співвідношення СПРШ до ГЕ було 1:1,3; при цьому найменший показник післяопераційної летальності (1,0 %) був після ГЕ, що у 2,1 рази менше у порівнянні з показником летальності після СПРШ, який становить 2,1 %.

Отже, із 96 радикально оперованих хворих у 4 (4,2 %) пацієнтів операції

проведені на висоті триваючої, ендоскопічно не зупиненої кровотечі, і на висоті рецидиву кровотечі, та у 92 (95,8 %) пацієнтів у ранньовідтермінованому періоді (РВП) після проведення адекватної передопераційної підготовки, направленої на компенсацію гіповолемії і корекцію гемодинаміки, та після повноцінного комплексного дообстеження. Померло 3 (3,1 %) із 96 радикально оперованих хворих. Всі летальні випадки зафіксовано після операцій, проведених у РВП. Показник смертності після радикальних оперативних втручань, отриманий під час нашого дослідження в 1,5 рази нижчий за рівень смертності, отриманий у дослідженні Wang S.Y. (10,4 %), і в 2,4 рази нижчий за показник смертності, висвітлений у дослідженнях Cowling J. et al. (11,7 %) [7; 9].

Нерадикальні операції (табл. 3) виконано у 42 (30,4 %) хворих: паліативна резекція шлунка – 30 (71,4 %): за Гофмейстером-Фінстерером – 17 (56,7 %) (у тому числі, у 2-х пацієнтів з приводу перфорації пухлини), за Бельфуром – 11 (35,5 %), за Ру – 2 (6,4 %); перев'язка судин шлунку (ПСШ) проведена 10 (23,8 %) пацієнтам: лівої шлункової артерії – 6 (60,0 %), лівої і правої шлункових артерій – 4 (36,4 %); ушивання перфорації пухлини за Полікарповим – 2 (4,8 %) пацієнтам.

Таблиця 3. Види нерадикальних оперативних втручань в залежності від умов їх проведення, пацієнтів %

Види операцій	ЕО	Померло	РВО	Померло	Всього	Померло
Пал.РШ	1 (3,3 %)	1 (100,0 %)	29 (96,7 %)	1 (3,5 %)	30 (71,4 %)	2 (6,7 %)
ПСШ	2 (10,0 %)	1 (50,0 %)	8 (72,7 %)	3 (37,5 %)	10 (23,8 %)	4 (40,0 %)
Ушивання перфорації	2 (4,8 %)	1 (50,0 %)	–	–	2 (4,8 %)	1 (50,0 %)
Всього	5 (11,9 %)	3 (60,0 %)	37 (88,1 %)	4 (10,8 %)	42 (100,0 %)	7 (16,7 %)

Примітки: Пал.РШ – паліативна резекція шлунку; ПСШ – перев'язка судин шлунку; ЕО – екстрена операція; РВО – ранньовідтермінована операція.

Паліативні операції були доповнені проведенням алкоголізації метастазів печінки у 5 (11,9 %) хворих та фенестрацією очеревини – у 2 (4,8 %).

З представлених даних видно, що найбільша кількість паліативних операцій належить паліативним резекціям шлунка: 30 (71,4 %). На висоті профузної кровотечі оперовано 1 (3,3 %) пацієнта, який помер у ранньому післяопераційному періоді, а у РВП – 29 (96,7 %) з летальністю 3,5 % (1 хворий), при цьому загальна летальність склала 6,7 % (2 хворих).

Перев'язка судин шлунку виконана у 10 (23,8 %) пацієнтів: на висоті кровотечі у 2 (10,0 %) з летальністю 50,0 % (1 хворий), у РВП – у 8 (72,7 %) з летальністю 37,5 % (3 хворих). Загальна летальність склала 40,0 % (4 із 10). Двом пацієнтам (4,8 %) виконано ушивання перфорації пухлини в екстреному порядку, один із яких помер.

Загалом, серед усіх нерадикальних операцій паліативних резекцій шлунка у 2,8 разів виконано більше ніж симптоматичних операцій, при цьому летальність після паліативних оперативних втручань є у 5,6 разів меншою у порівнянні з летальністю після симптоматичних операцій.

В цілому із 42 нерадикально оперованих хворих 5 (11,9 %) оперовано в екстреному порядку на висоті профузної триваючої або рецидивної кровотечі чи з приводу перфорації пухлини та 37 (88,1 %) – у РВП. Летальність після нерадикальних екстрених операцій склала 40,0 % (2 із 5), перевищуючи показники летальності після операцій проведених у РВП у 3,7 разів. Загальна летальність після нерадикальних операцій

цієї становить 16,7 % (7 хворих), що у 2,3 рази перевищує показник летальності після радикальних оперативних втручань.

Висновки

Летальність після екстрених операцій була вищою у 4 рази у порівнянні з операціями, що виконані у ранньовідтермінованому періоді (РВП) після проведення адекватної передопераційної підготовки, компенсації гіповолемії, електролітних порушень, корекції показників гемодинаміки та повноцінного комплексного дообстеження. Питомо вага летальних випадків після радикальних оперативних втручань була у 2,2 рази меншою у порівнянні з паліативними та симптоматичними операціями. Частота виконання лімфодисекції в об'ємі D2 була вищою у 2,8 рази після радикальних операцій, що проводилися у РВП і становили 71,8 %.

Доведено, що операції на висоті кровотечі зі злякисної пухлини кардіального відділу шлунка є надто небезпечними, мають високу післяопераційну летальність, тому доцільним є застосування комплексу мініінвазивних методів ендокхірургічного гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву, і оперувати хворих у РВП.

При перфораціях злякисних пухлин 80,0 % складають нерадикальні оперативні втручання, тому рекомендовано проведення короткої підготовки на операційному столі, що зменшить ризик для життя хворого і дасть можливість виконання радикальних оперативних втручань з лімфодисекцією в об'ємі D2.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Бубняк МР. Ендоваскулярна діагностика, лікування і профілактика гострих гастро-дуоденальних кровотеч [Дис канд мед н, спец. 14.01.03 – хірургія]. Львів: Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького; 2019. 179 с. Доступно на: <http://nauka.meduniv.lviv.ua/wp-content/uploads/2019/05/Бубняк-дисертація.pdf>

2. Marano L, Polom K, Patrìti A, Roviello G, Falco G, Stracqualursi A, et al. Surgical management of advanced gastric cancer: An evolving issue. *Eur J Surg Oncol*. 2016;42(1):18-27. DOI: 10.1016/j.ejso.2015.10.016. PMID: 26632080.

3. Кондратенко ПГ, Смирнов МЛ. Гостра кровотеча з новоутворень травного каналу: тактичні підходи. *Укр. журн. хірургії*. 2011;10(1):144-9. Доступно на: <http://www.mif-ua.com/archive/article/35426>

4. Mintziras I, Miligkos M, Wächter S, Manoharan J, Bartsch DK. Palliative surgical bypass is superior to palliative endoscopic stenting in patients with malignant gastric outlet obstruction: systematic review and meta-analysis. *Surg Endosc*. 2019;33(10):3153-64. DOI: 10.1007/s00464-019-06955-z. PMID: 31332564.

5. Park H, Ahn JY, Jung HY, Chun JH, Nam K, Lee JH, et al. Can endoscopic bleeding control improve the prognosis of advanced gastric cancer patients?: A retrospective case-control study. *J Clin Gastroenterol*. 2017;51(7):599-606. DOI: 10.1097/MCG.0000000000000717. PMID: 27775963.

6. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer*. 2021;24(1):1-21. DOI: 10.1007/s10120-020-01042-y. PMID: 32060757.

7. Cowling J, Gorman B, Riaz A, Bundred JR, Kamarajah SK, Evans RPT, et al. Perioperative outcomes and survival following palliative gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Cancer*. 2021;52(1):41-56. DOI: 10.1007/s12029-020-00519-4. PMID: 3295911.

8. Shiozaki H, Shimodaira Y, Elimova E, Wadhwa R, Sudo K, Harada K, et al. Evolution of gastric surgery techniques and outcomes. *Chin J Cancer*. 2016;35(1):69. DOI: 10.1186/s40880-016-0134-y. PMID: 27460019.

9. Wang SY, Hsu CH, Liao CH, Fu CY, Ouyang CH, Cheng CT, et al. Surgical outcome evaluation of perforated gastric cancer: from the aspects of both acute care surgery and surgical oncology. *Scand J Gastroenterol*. 2017;52(12):1371-6. DOI: 10.1080/00365521.2017.1369562. PMID: 28838270.

Ivanchov P.V., Prudnikova O.B.

SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT TUMORS OF THE CARDIAC PART OF THE STOMACH, COMPLICATED BY BLEEDING, PERFORATION AND STENOSIS

The aim of the work is improving the results of surgical treatment of malignant tumors localized in the cardiac part of the stomach, complicated by bleeding, perforation and stenosis. In the Kyiv City Center for providing assistance to patients with acute gastrointestinal bleeding on the basis of the "Kyiv City Clinical Hospital No.12" from 2006 to 2020, 766 patients with malignant tumors of the stomach, which were complicated by bleeding, perforation or stenosis, were treated. Including, 292 patients had a tumor localized in the cardiac part of the stomach, including with a transition to the esophagus – in 30 (10.3%), 10 (33.3%) of these patients had stenosis phenomena). The tumor was complicated by bleeding in 285 (97.6%) patients, in 10 (3.5%) by bleeding and stenosis, in 7 (2.4%) by perforation of the tumor, in 2 by perforation and bleeding. Operative treatment was performed in 138 (47.3%) patients out of 292. At the same time, radical operations were performed in 94 (68.1%) patients, 1 (1.1%) of them due to tumor perforation. Palliative and symptomatic operations were performed in 44 (31.9%) patients. Among them, 2 (4.5%) patients were operated on for perforation, 2 (4.5%) for a combination of perforation and bleeding, 8 (5.6%) patients underwent emergency surgery at the height of ongoing bleeding and at the height of its recurrence, including 4 (50.0%) radically, 4 (50.0%)

non-radically. Of them, 5 (62.5%) also had perforation of the tumor. In the early delayed period (ERP), after adequate preparation and comprehensive follow-up examination, operative treatment was performed in 130 (94.2%) patients, 92 (70.7%) underwent radical surgery, 38 (29.2%) underwent non-radical surgery. The total postoperative mortality was 6.5% (12 patients), while the specific weight of mortality after non-radical surgical interventions was 4.6 times higher in comparison with the mortality rate after radical operations. It is established that the specific weight of deaths after radical surgical interventions was 2.2 times lower compared to palliative and symptomatic surgeries. The frequency of performing lymphodissection in volume D2 was higher in 2.8 times after radical operations performed in the RVP and amounted to 71.8%. In the case of perforations of malignant tumors, 80.0% were non-radical surgical interventions.

Keywords: radical operations, gastrectomy, lymphodissection.

Надійшла до редакції 04.04.2022

Відомості про авторів

Іванчов Павло Васильович – доктор медичних наук, доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Адреса: Україна, 01601, Київ, бульвар Т. Шевченка, 13.

E-mail: pavlo.v.ivanchov@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6201-4203.

Пруднікова Оксана Борисівна – асистент кафедри хірургії № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця.

Адреса: Україна, 01601, Київ, бульвар Т. Шевченка, 13.

E-mail: serikk1@ukr.net

ORCID: 0000-0002-0607-2166.