

UDC: 616.33-006.6-005.1-06:616.33-007.43]-072.1-08

[https://doi.org/10.32345/USMYJ.4\(142\).2023.94-98](https://doi.org/10.32345/USMYJ.4(142).2023.94-98)

Received: June 01, 2023

Accepted: October 10, 2023

Гостро кровоточивий рак шлунка, ускладнений перфорацією

Плюта Ірина^{1,2}, Скиба Володимир^{1,2}, Стець Микола^{1,2}, Трепет Сергій²,
Іванько Олександр^{1,2}

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна.

²КНП «Київська міська клінічна лікарня №1», Київ, Україна

Adress for correspondence:

Pliuta Iryna

E-mail: mdplyuta@gmail.com

Анотація: покращення та оптимізація діагностики та лікування ускладнень раку шлунка. Було проліковано 56 пацієнтів із ускладненим раком шлунка. Середній вік хворих становив 56 років. З них жінок було 13 (або 23,21%), а чоловіків – 43 (або 76,79%). Під час всебічного діагностично-лікувального моніторингу було виявлено, що 15 пацієнтів (або 26,79%) страждали від шлунково-кишкової кровотечі, 12 пацієнтів (або 21,43%) мали стеноз шлунка різного ступеня важкості, а у решти 29 пацієнтів (або 51,79%) рак шлунка ускладнився перфорацією шлунка, при цьому у 21 пацієнта перфорація виливалася в кровотечу. Досліджували також вік, стать, передопераційну діагностику, місцезнаходження перфорації, глибину інвазії стінки шлунка, наявність метастазів у лімфатичних вузлах, вид операції, рівень лімфатичної диссекції, стадію та інші ускладнення. Відсоток ускладнення у вигляді перфорації серед раку шлунка становив 51,79%. Захворювання частіше зустрічалось на III/IV стадії (70%). Проведені операції: гастректомія у 16 хворих та атипова резекція зони ураження шлунка з відновленням дефекту 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 (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 оперативного втручання проводився індивідуально, залежно від стану хворого, ступеня стенозу і характеру патоморфологічних змін, стану секреторної та моторної функції шлунка, наявності супупровідної патології та стадії раку шлунка. Перевагу надавали субтотальній резекції шлунка. У цій групі пацієнтів наявний 1 випадок летальності, який був обумовлений IV стадією раку шлунка та декомпенсованим стенозом з вираженими розладами водно-електролітного балансу і кислотно-лужної рівноваги.

Ключові слова: кровотеча, рак, стеноз, гастректомія, ендоскопія

Вступ

В Україні, як і в інших країнах світу, рак шлунка залишається однією з найбільш серйозних і смертельних онкологічних захворювань (Matei, D., 2017; Carney, B. W., & Shenoy-Bhangle, A. S. 2019; Lau, L.H.S. and Sung, J.J.Y. 2021).

Незважаючи на зниження захворюваності та смертності за останні десятиліття, рак шлунка є однією з основних проблем охорони здоров'я у всьому світі (Cho, S. B. & Lee, S., 2018). 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 (Erhunmwunsee, L., & Lago-Deenadayalan, S. A., 2009) Ці дані стосуються, в основному, неускладненого раку шлунка, при виникненні ж ускладнень проблема набуває більш гострого і драматичного характеру, оскільки у хірурга залишається мінімум часу на вибір адекватної тактики, обстеження і передопераційну підготовку хворих.

Рак шлунка, який є однією з найбільш складних та агресивних онкологічних патологій, продовжує залишатися серйозною загрозою для здоров'я людей у всьому світі, включаючи Україну (Burch, J., & Collins, B., 2021). Однак проблема ускладнень, зокрема кровотечі, стенози та перфорації при раку шлунка мають ряд особливих аспектів, які вимагають спеціалізованої наукової та клінічної уваги, бо вони загалом поступають у загальні ургентні хірургічні відділення (Pietrabissa, A., Ferrari, M., et al., 2009; Wells, M. L., Hansel, S. L., et al., 2018). При цьому ця категорія хворих виснажена основним захворюванням та ускладненнями, що створює труднощі в передопераційній підготовці, особливо у пацієнтів зі перфораціями пухлини та кровотечі (Crisan, D., Tantau, M., & Tantau, A., 2014; Kim, Y.-I., & Choi, I. J. 2015).

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

Мета

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 ускладнився перфорацією шлунка, з них в 21 пацієнта перфорація супроводжувалась кровотечею. Для визначення ступенів ускладнень використовувались 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 та обговорення

Відсоток ускладнення у вигляді перфорації серед раку шлунка становив 51,79%, з них в 21 пацієнта перфорація супроводжувалась кровотечею. 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 атипична резекція зони ураження шлунка у 10 пацієнтів. Смерть, пов'язана з хірургічним втручанням, спостерігалась у 4 пацієнтів: 3 з них було проведено атипична резекція зони ураження шлунка і 1 – субтотальну гастректомію. Усі пухлини, які лікували ушиванням перфорації, перебували на IV клінічній стадії захворюван-

ня, 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. 1 пацієнт помер, який переніс резекцію шлунка та смерть якого була пов'язана з основним захворюванням, було 80 років і він мав кардіологічну супутню патологію. Інші пацієнти були виписані 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 (діапазон 47–87). Одинадцять пацієнтів були чоловіками. Геморагічні явища були представлені у вигляді мелени у одинадцяти пацієнтів, у вигляді гематемезису у двох пацієнтів, як мелена та гематемезис у двох пацієнтів. У 1 пацієнта з II стадією раку шлунка кишково-шлункова кровотеча була легкого ступеня важкості, у пацієнтів з III-IV стадією раку шлунка було виявлено: у 12 пацієнтів середнього ступеню важкості та у 2 пацієнтів виявлено важку 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 пред'являли скарги на відчуття важкості і повноти в епігастрії, переважно після вживання 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 оперативне лікування і перевагу надавали субтотальній резекції шлунка.

Вибір методу оперативного 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 1 випадок летальності, який був обумовлений IV стадією раку шлунка та декомпенсованим стенозом з вираженими розладами водно-електролітного балансу і кислотно-лужної рівноваги.

Висновки

У хворих з гостро кровоточивим раком, які ускладнилися перфораціями ракового процесу шлунка, складає важку категорію хворих та супроводжується синдромом взаємообтяження.

Дана категорія хворих вимагає ретельного передопераційного полікомпонентного трансфузійного режиму, що дає змогу виконати оперативне втручання.

Вибір хірургічного лікування в даній категорії хворих залежить від локалізації бластоматозного ураження шлунка, його площі, стадійності та важкості геморагічного синдрому на тлі стадії перитоніту та його обсягу розповсюдженості.

Перевагу треба надавати резекційним методам, які надають змогу повноцінно видалити зону ураження з метою зниження ризику рецидивних кровотеч та ранньої післяопераційної неспроможності стінок бластоматозного ураження шлука.

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

Фінансування

Дане дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

Конфлікт інтересів

Дана публікація не викликає будь-якого конфлікту між авторами, не була і не буде предметом комерційної зацікавленості чи винагороди в жодній формі

Згода на публікацію

Дотримано усіх правил та положень комітету з етики наукових публікацій (COPE).

ORCID ID та внесок авторів[0000-0002-6471-6150](https://orcid.org/0000-0002-6471-6150) (A, B, C, D, E, F) Ivanko

Iryna Pliuta

[0000-0003-3496-9605](https://orcid.org/0000-0003-3496-9605) (B, C, D, E, F)

Volodymyr Skuba

[0000-0002-4697-8982](https://orcid.org/0000-0002-4697-8982) (B, C, D, E, F) Mykola

Stets

(A, E, F) Sergey Trepet

[0000-0003-0036-4675](https://orcid.org/0000-0003-0036-4675) (A, E, F) Oleksandr

A – Research concept and design, B – Collection and/or assembly of data, C – Data analysis and interpretation, D – Writing the article, E – Critical revision of the article, F – Final approval of article

ЛІТЕРАТУРА:

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>

Cho, S. B., Park, S. E., Lee, C. M., Park, J.-H., Baek, H. J., Ryu, K. H., Moon, J. I., Choi, B. H., Ha, J. Y., & Lee, S. (2018). Splenic artery pseudoaneurysm with splenic infarction induced by a benign gastric ulcer. *Medicine*, 97(29). <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011589>

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>

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

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>

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>

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>

Kawabata, H., Hitomi, M., & Motoi, S. (2019). Management of bleeding from unresectable gastric cancer. *Biomedicines*, 7(3), 54. <https://doi.org/10.3390/biomedicines7030054>

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>

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>

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>

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)

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>

Matei, D. (2017). Peptic Ulcer Bleeding in the Elderly: Clinical Outcomes and in-Hospital Mortality. <https://doi.org/10.26226/morressier.59a6b34cd462b80290b55c68>

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>

Pietrabissa, A., Ferrari, M., Berchiolli, 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>

Wells, M. L., Hansel, S. L., Bruining, D. H., Fletcher, J. G., Froemming, 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>

Stomach cancer complicated by perforation and acute bleeding

Pliuta Iryna^{1,2}, Skuba Volodymyr^{1,2}, Stets Mykola^{1,2}, Trepet Sergey², Ivanko Oleksandr^{1,2}

¹Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine.

²Kyiv City Clinical Hospital No. 1, Kyiv, Ukraine.

Adress for correspondence:

Pliuta Iryna

E-mail: mdplyuta@gmail.com

Abstract: *improvement and optimization of diagnosis and treatment of gastric cancer complications. 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, of them, in 21 patients, perforation was accompanied by bleeding. 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, stage and complications were studied. 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 gastrectomies and 6 total gastrectomies 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 IV stage of gastric cancer and decompensated stenosis with pronounced disorders of water-electrolyte balance and acid-base balance.*

Key words: [Hemorrhage](#), [Cancer](#), [Constriction](#), [Gastrectomy](#), [Endoscopy](#)



Copyright: © 2022 by the authors; licensee USMYJ, Kyiv, Ukraine.

This article is an **open access** article distributed under the terms

and conditions of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)