

а також вибором методу реконструкції шлунково-кишкового тракту (Roux-en-Y або Більрот II). Відомо також, що рівень летальності у пацієнтів, які перенесли холецистектомію (ХЕ) після резекції шлунка, досягає 20,0–57,0%. Водночас не у всіх пацієнтів з діагностованою ЖКХ після резекції шлунка вона є симптоматичною. Проте при розвитку холедохолітіазу ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) стає неможливою через метод реконструкції після ГЕ (Roux-en-Y). Отже, залишаються відкритими питання щодо вибору найкращої стратегії для лікування ЖКХ після ГЕ, а також доцільності профілактичної ХЕ.

Мета дослідження. Це дослідження спрямоване на оцінку необхідності профілактичної ХЕ під час ГЕ. Проаналізовано частоту та фактори ризику розвитку ЖКХ, холециститу та холангіту у хворих, яким виконано ГЕ через рак шлунка.

Матеріали та методи дослідження. Із січня 2019 до січня 2024 р. в ДНП «Національний інститут раку» проведено ГЕ з лімфатичною дисекцією D2 та реконструкцією Roux-en-Y у 763 пацієнтів з раком шлунка. У 696 хворих не діагностовано ЖКХ до операції, і ХЕ не виконано. 657 пацієнтів спостерігали більше 12 міс. Комп'ютерну томографію (КТ) проводили згідно з клінічними рекомендаціями. У разі підозри на ЖКХ виконували додаткову ультразвукову діагностику (УЗД).

Результати. Серед 657 пацієнтів, яким виконано ГЕ, у 103 (15,6%) діагностовано безсимптомну ЖКХ. За допомогою однофакторного аналізу зафіксовано значущий зв'язок між ГЕ та виникненням холециститу і холангіту ($p=0,002$). Чоловіки та пацієнти віком понад 60 років мали значно вищий ризик розвитку ЖКХ. У 9 пацієнтів (1,4%) було діагностовано холедохолітіаз, при лікуванні якого використана відкрита холедохоскопія через неможливість проведення ЕРХПГ. У ранній післяопераційний період у 17 пацієнтів (1,6%) розвинувся гострий некалькульозний холецистит на тлі гострого післяопераційного панкреатиту, що потребувало повторних хірургічних втручань із зовнішнім дренуванням жовчних шляхів.

Під час порівняння ускладнень після симультанної ХЕ не виявлено суттєвої різниці між групами (7,6 проти 8,1%). Показники летальності також не відрізнялися між комбінованою операцією (1,2%) і лише ГЕ (1,5%).

Висновки. Комбіновані хірургічні втручання з ХЕ при безсимптомній ЖКХ є доцільними, оскільки не підвищують ризик післяопераційних ускладнень та летальності. Розвиток ЖКХ після ГЕ пов'язаний із низкою факторів, таких як метод реконструкції, вік, стать, рівень лімфатичної дисекції та пересічення блукаючого нерва. Враховуючи підвищений ризик розвитку ЖКХ у популяції пацієнтів, що перенесли ГЕ, питання щодо рутинної профілактичної ХЕ залишається відкритим та потребує подальшого дослідження. Як нова стратегія лікування, профілактична ХЕ має переваги і, можливо, увійде в стандарт хірургічного лікування раку шлунка в майбутньому. Індивідуалізована стратегія профілактичних ХЕ для профілактики ЖКХ після раку шлунка є основним напрямком майбутніх досліджень.

Санація та дренування за допомогою торакальних дренажів при неспроможності езофагоентероанастомози

Ю.М. Кондрацький, Л.І. Мельник

Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

Актуальність. Рак стравоходу є злоякісною пухлиною з високою захворюваністю та смертністю. За прогнозами на 2040 р., порівняно з 2020 р. захворюваність зростає на 31,4% та смертність на 33,0%. Основним напрямком лікування є хірургічне втручання, проте при езофагоектомії ризик виникнення неспроможності анастомозів досягає 5–20%. Основними ускладненнями є медіастиніт (МТ), плеврит (ПТ), емпієма плеври (ЕП). Одним з видів терапії є дренування плевральної порожнини та середостіння.

Мета дослідження. Оцінити летальність при неспроможності анастомозу, а також роль дренування середостіння та плевральної порожнини.

Методи. Для цього дослідження проведено ретроспективне дослідження пацієнтів, які в післяопераційний період після езофагоектомії мали неспроможність анастомозу та подальше дренування середостіння або плевральної порожнини. У період з 2019 до 2023 р. пацієнтам з раком стравоходу проведено езофагоектомію відкритим та лапароскопічним доступом у відділенні пухлин стравоходу та шлунка ДНП «Національний інститут раку» з подальшою неспроможністю анастомозу. З 13 пацієнтів 4 померли від подальшого розвитку ускладнень. Після цього особам, що вижили, операційно встановлювалися дренажі до ділянки анастомозу та додаткові для подальшого контролю. У разі виникнення таких ускладнень, як ЕП, МТ і ПТ, встановлювали додатково до 3 дренажів по правому або лівому фланку (залежно від локалізації запального процесу) для проведення санації порожнини.

Результати. Серед усієї групи пацієнтів з неспроможністю анастомозу 69,3% були віком старше 60 років. З них 30,8% отримали летальний результат, також 75% хворих в анамнезі мали хронічні серцево-судинні захворювання (ССЗ), 25% — легень, 25% — підшлункової залози. Серед пацієнтів з позитивним результатом лікування у 55,5% осіб зафіксовано ССЗ, у 11,1% — захворювання підшлункової залози.

Висновок. Серед хворих з неспроможністю анастомозу та подальшими ускладненнями у вигляді МТ, ПТ і ЕП 69,3% мали позитивний результат лікування, що також дозволило обрати органозберігальну тактику та ефективну малотравматичну терапію. Серед пацієнтів з летальним завершенням хвороби 30,7% мали більший відсоток наявності хронічних захворювань та вся група належала до осіб віком старше 60 років.

Індоціанін зелений (ICG): розчарування у сучасній хірургії раку шлунка. Метааналіз

Ю.М. Кондрацький, С.А. Шудрак, А.В. Городецький, М.О. Пепенін, О.Ю. Добржанський, В.О. Турчак, Н.О. Коваль, А.О. Омелянчук, Я.О. Саїчак

Державне некомерційне підприємство «Національний інститут раку», Київ, Україна

Вступ. Рак шлунка є 5-м за поширеністю злоякісним новоутворенням у світі та 4-ю провідною причиною летальності від онкопатології. Лімфатичні вузли (ЛВ) є основними шляхами метастазування, і адекватна дисекція є критично важливою для зниження ризику рецидиву. Складна анатомія та багате кровопостачання роблять цю процедуру технічно складною під час радикальної гастректомії. Індоціанін зелений (indocyanin green — ICG) є флуоресцентним барвником, який дозволяє хірургу в режимі реального часу бачити ЛВ, забезпечуючи точніше їх видалення. Метою метааналізу було визначити ефективність, безпеку та доцільність використання технології ICG у хірургічному лікуванні раку шлунка. Основними кінцевими точками були загальна кількість видалених ЛВ, кількість метастатичних ЛВ, тривалість операції, обсяг крововтрати та частота післяопераційних ускладнень.

Методи. Пошук медичної літератури проводився в базах даних Web of Science, PubMed та Cochrane Library станом на березень 2023 р. У метааналіз залучено 8 досліджень із загальною кількістю 1227 пацієнтів (541 у групі ICG та 686 у контрольній групі). Зведений аналіз виконано з дотриманням вимог PRISMA. Показники аналізувалися за допомогою SPSS IBM версії 28.0.0. Зведена оцінка проводилася за допомогою моделі випадкових ефектів.

Результати. Загальна кількість видалених ЛВ: у групі ICG середня кількість видалених ЛВ становила 28,3 ($\pm 7,4$) проти 23,3 ($\pm 6,1$) у контрольній групі, що вказує на значну різницю на рівні (WMD=4,99; 95% ДІ 0,19–1,42; $p=0,01$) з високою гетерогенністю ($\text{Tau}^2=0,75$; $\text{H}^2=25,92$; $\text{I}^2=96\%$). Кількість метастатичних ЛВ: у 4 дослідженнях (645 пацієнтів) не виявлено достовірної різниці між групами (WMD=0,84, 95% ДІ

–0,11–0,31, $p=0,36$) з помірною гетерогенністю ($\text{Tau}^2=0,02$; $\text{H}^2=1,67$; $\text{I}^2=36\%$). Тривалість операції: за допомогою метааналізу 12 досліджень не встановлено суттєвої різниці у тривалості операції між групами ($\text{WMD}=-8,79$ хв; 95% ДІ –2,69–0,7, $p=0,25$) з високою гетерогенністю ($\text{Tau}^2=5,17$; $\text{H}^2=129,66$; $\text{I}^2=99\%$). Обсяг крововтрати: пацієнти у групі ICG мали середню втрату крові на 10,28 мл менше ($\text{WMD}=-16,53$ мл, 95% ДІ –1,79–0,37; $p=0,2$) порівняно з контрольною групою, але ця різниця не є статистично значущою. Частота післяопераційних ускладнень: вона не відрізнялася між групами, у групі ICG — 6,48% (29/447 пацієнтів), у контрольній групі — 7,6% (45/592 хворих), відношення шансів (Odds ratio — OR) = 0,84; 95% ДІ 0,52–1,36; $p=0,49$.

Висновок. Флюоресцентна візуалізація з ICG є ефективною та безпечною технологією для підвищення якості лімфодисекції у пацієнтів з раком шлунка, збільшуючи кількість видалених ЛВ (28,3 проти 23,3) однак без значущого впливу на кількість видалених метастатичних ЛВ, тривалість операції, крововтрату та частоту післяопераційних ускладнень.

Тотальна неоад'ювантна хіміотерапія з подальшою радикальною хірургією та HIPEC при лікуванні місцево-поширеного раку шлунка

Ю.М. Кондрацький, О.Ю. Добржанський, М.О. Пененін,
А.В. Городецький, Є.А. Шудрак, А.В. Колесник,
В.О. Турчак, Н.О. Коваль, А.О. Омелячак

Державне некомерційне підприємство
«Національний інститут раку», Київ, Україна

Вступ. Внутрішньочеревна гіпертермічна хіміотерапія (hyperthermic intraperitoneal chemotherapy — HIPEC) демонструє багатообіцяючі результати в лікуванні пацієнтів з раком яєчників і колоректальним раком. Застосування цієї методики сприяло значному підвищенню загальної виживаності (ЗВ) і виживаності без прогресування (ВБП) у окремих пацієнтів. Ми оцінили безпеку та ефективність HIPEC у хворих на місцево-поширений рак шлунка.

Матеріали і методи дослідження. У дослідження залучено 26 пацієнтів, хворих на рак шлунка. Усі пацієнти мали місцево-поширені (T4a–T4b) пухлини. 15 пацієнтів мали цитологічно позитивний перитонеальний лаваж (cyt+). Кожен пацієнт отримав 8 курсів неоад'ювантної хіміотерапії (FLOT) з подальшою гастректомією з лімфаденектомією D2 та HIPEC. Препарати, що використовують для HIPEC: мітоміцин 15 мг/м² і цисплатин 75 мг/м². Первинною кінцевою точкою була оцінка профілю безпеки. Вторинною кінцевою точкою була ефективність комбінації методів лікування.

Результати. Усі залучені пацієнти завершили повний курс лікування. Побічні ефекти під час хіміотерапії включали гематологічну токсичність: лейкопенію та нейтропенію III–IV ступеня у 17 (65,4%) пацієнтів та токсичність слизової оболонки: діарея II ступеня у 13 (50%) пацієнтів, оральний мукозит I–II ступеня у 10 (38,5%) та 7 (26,9%) хворих відповідно. Частота переходу до негативної перитонеальної цитології становила 76,9% (20 пацієнтів). Тяжкі післяопераційні ускладнення включали післяопераційний панкреатит у 4 хворих (15,4%) та неспроможність анастомозу у 3 (11,5%) пацієнтів, які не були пов'язані з HIPEC. Середня тривалість перебування в лікарні становила 9,7 (5–49) днів.

Висновки. Комплексне лікування, що включає тотальну неоад'ювантну хіміотерапію, хірургічне втручання та HIPEC, виявилось безпечним для хворих на місцево-поширений рак шлунка. Тотальна неоад'ювантна хіміотерапія та HIPEC не зумовили підвищення частоти ускладнень, пов'язаних з хіміотерапією. Необхідні подальші дослідження, щоб оцінити переваги ЗВ та ВБП.