

**ЛИТЕРАТУРА.**

1. Эндovasкулярный гемостаз в комплексном лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии / Ю.В. Авдосьев, В.В. Бойко // Диагностическая и интервенционная радиология.– 2007.– №1.– С.39–56
2. Бойко В.В. Портальна гіпертензія та її ускладнення: Моногр./, В.В.Бойко В.І.Нікішаєв, В.І.Русин [та ін.]; За заг. ред.. В.В.Бойка. – Х.: ФОП Мартиняк, 2008. – 335 с.: іл.. – Текст: рос.
3. Алгоритм лечебной тактики при портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Часть 1. / П.Д.Фомин, В.И.Никишаев, А.Л. Никишин, С.Н.Козлов и др. // «Здоров'я України», 2015–№1 (19). – С.26–29.
4. Алгоритм лечебной тактики при портальной гипертензии, осложненной кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Часть 2. / П.Д.Фомин, В.И. Никишаев, Д.В. Щеглов, С.Н.Козлов и др. // «Здоров'я України», 2015–№4 (22). – С.21–23.
5. Козлов С.М. Спосіб аналізу віддалених результатів рентгенендоваскулярної корекції портальної гіпертензії / С.М.Козлов // Галицький лікарський вісник. –2012. – Т.19. –№3.– С.57–58.

УДК 616.33-006.6-089-06

# РАННІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ В ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОГО РАКУ ШЛУНКА

П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, П.В. Іванчов, О.Б. Пруднікова,  
В.М. Сидоренко, Д.О. Гармаш

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця*

Проведено ретроспективний аналіз ургентного оперативного лікування 101 хворого із пухлинним ураженням різних відділів шлунка, яке ускладнилося шлунково-кишковою кровотечею, перфорацією чи стенозом. У групі хворих із вперше виявленим раком шлунку оперативна активність склала 50,5%. Радикальні операції виконані 70,3% пацієнтів, паліативні та симптоматичні у 29,7%. Загальна післяопераційна летальність склала 5,9%. Порівнюючи частоту ускладнень, що спричинили летальний наслідок, в залежності від їх виду встановлено, що питома вага ранніх ускладнень хірургічного характеру склала 72,7% та нехірургічних ускладнень – 27,3%.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** рак шлунку, ранні післяопераційні ускладнення, післяопераційна летальність.

Шлунково-кишкові кровотечі є серйозною проблемою невідкладної хірургії органів черевної порожнини і з кожним роком їх кількість та важкість прогресивно зростає. У 10,8% пацієнтів джерелом таких кровотеч є ракове ураження шлунку, який у 4,6 – 15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [2,3,4,6,7].

Думка, що ускладнення пухлини кровотечею є ознакою запущеності і неоперабельності процесу, зазнало в останні часи кардинального перегляду [6,7,8]. Прогрес у цьому напрямку полягає у ранній діагностиці, успішному мініінвазивному ендолумінальному ендоскопічному гемостазі, уточненні стадії пухлинного процесу, виконанні у значної кількості хворих як радикальних, так і паліативних оперативних втручань після комплексної повноцінної підготовки та обстеження [1,5,6,7,8].

Операції на висоті кровотечі виконуються рідко, лише за життєвими показаннями, бо супроводжуються високою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю [1,5]. У хірургії раку шлунка, ускладненого кровотечею увага хірургів зосереджена не тільки на можливості радикального видалення пухлини, а і на застосуванні нових способів гастректомії та субтотальної резекції шлунка, реконструктивних езофагоєнопластик з формуванням тонкокишкових резервуарів, що відновлюють функцію втраченого шлунка, значно покращують функціональні результати оперативних втручань та якість життя таких хворих [5].

## МЕТА РОБОТИ

Встановити частоту виникнення ранніх післяопераційних ускладнень в хірургії ускладненого раку шлунка та їх основні причини.

## МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідження включено 101 хворий з раком (78) та саркомами (23) шлунка, ускладнених кровотечею (84), перфорацією (6) чи стенозом (19), які перебували на стаціонарному лікуванні у Київському міському Центрі шлунково-кишкових кровотеч та у Київській міській клінічній лікарні Швидкої медичної допомоги за період з 2011 по 2015 роки.

Найчастішим ускладненням раку шлунку була шлунково-кишкова кровотеча - 61 хворий, серед яких у 8 хворих кровотеча поєднувалася зі стенозам виходу із шлунка. У всіх 23 хворих із саркомою шлунка пухлина ускладнилася шлунково-кишковою кровотечею. У 40 (47,6%) пацієнтів шлунково-кишкова кровотеча була помірного ступеню важкості, у 18 (21,4%) - середнього ступеню важкості та 26 (31%) хворих мали важку кровотечу, з них 7 (27%) пацієнтів були доставлені у стані важкого геморагічного шоку.

Навьяність шлунково-кишкової кровотечі встановлювали не тільки на підставі клінічних симптомів а і за даними ендоскопічного дослідження з верифікацією відповідних стигмат Forrest'a активності кровотечі. Так, 10 хворих госпіталізовані з ендоскопічними ознаками кровотечі, що продовжується (FIA, FIB), 47 хворим із нестабільним гемостазом (13 хворих із FIB та 34 пацієнти із FIC) і 27 хворих госпіталізовані з ендоскопічними ознаками стабільного гемостазу (FIII, дефект під фібрином).

З приводу стенозуючої злякисної пухлин шлунку в ургентному порядку госпіталізовані 19 (18,8%) хворих, серед них 9 (47,4%) осіб мали субкомпенсований та 10 (52,6%) – декомпенсований стеноз виходу зі шлунку, а у 8 (42,1%) хворих стеноз поєднувався із ознаками шлунково-кишкової кровотечі різних ступенів важкості.

Усі хворі госпіталізовані на різних стадіях онкологічного захворювання, серед них найбільшу групу склали хворі із III (34 пацієнта) та IV (32) стадіями, хворих із II стадією було 25, а найменшу групу склали пацієнти із початковою I та Cr in situ стадіями онкологічного процесу (по 5 хворих відповідно). Серед хворих із вперше виявленим раком шлунку (51) оперативна активність складала 50,5% (51 із 101 хворого).

Радикальні операції виконані у 71 (70,3%) пацієнтів, паліативні та симптоматичні – у 30 (29,7%). Радикальні операції були виконані в наступних стадіях пухлинного процесу: I стадія та Cr in situ – 10 (14,1%), II – 20 (28,2%), III – 23 (32,4%), IV – 18 (25,3%).

У ранньому відтермінованому періоді у хворих з пухлиною шлунка, ускладненою кровотечею, оперативне лікування проведено у 79 хворих, при цьому радикально оперовано 58 та нерадикально оперований 21 пацієнт. Померло 5 (6,3%) хворих: після радикальних операцій – 2(2,5%), нерадикальних операцій – 3 (3,8%).

Загальна післяопераційна летальність складала 5,9% (6 хворих), при цьому питома вага летальності після нерадикальних оперативних втручань у 2 рази вища у порівнянні з показником летальності після радикальних операцій.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У екстремному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву оперовано 5 (6%) пацієнтів, серед яких радикально – 2 (40%), нерадикально – 3(60%). Із них померла одна пацієнтка (на 4-ту добу післяопераційного періоду) з тотальним раковим ураженням шлунка, канцероматозом, якій на висоті кровотечі за життєвими показаннями виконано нерадикальне хірургічне втручання – прошивання судин шлунка.

З приводу гострокровоточивої пухлини шлунка у ранньому відтермінованому періоді, після проведення адекватної передопераційної підготовки та комплексного дообстеження, оперовано 58 (57,4%) пацієнтів, яким вдалося виконати радикальні оперативні втручання. Серед них 9 (15,5%) хворим виконані радикальні гастректомії, 5 (8,6%) – розширені радикальні гастректомії із спеленектомією та резекцією хвоста підшлункової залози (як наслідок проростання пухлини у сусідні органи та тканини) та 12 (20,7%) пацієнтам виконане оперативне втручання, спрямоване на покращення якості життя хворих у післяопераційному періоді – гастректомія у поєднанні з гастроєюнопластиком. Після виконаних 26 радикальних гастректомій (включно з єюногастропластиком) у ранньому післяопераційному періоді ускладнення розвинулися у 4(15,4%) хворих. Серед ускладнень, розвиток яких пов'язаний з оперативним лікуванням (4) мали місце: гострий післяопераційний панкреатит (2), післяопераційний панкреонекроз (1) та у одного хворого мав місце лівобічний ексудативний плеврит.

Після 32 стандартних радикальних резекцій шлунка у відтермінованому періоді ранні післяопераційні ускладнення виникли у 9 (28,1%) пацієнтів.

Ускладнення, що пов'язані з виконанням операції були у 5 хворих: гострий післяопераційний панкреатит (2), гострий панкреатит у поєднанні із гастростазом, атонією культі шлунка (1), рання злукова кишкова непрохідність (1), механічна жовтяниця у поєднанні із правобічним ексудативним плевритом (1).

Ускладнення, що не пов'язані з операцією відмічено у 4 пацієнтів: гіпостатична пневмонія (1), ексудативний плеврит (2), тромбоемболія легеневої артерії, СПОН (1).

Загалом, у 13 хворих відмічено 16 ускладнень, із яких 8(50%) були поєднаними, що в середньому становило 1,2 ускладнення на 1 хворого. Відмічено, що при виконанні стандартних радикальних резекцій шлунка як і при виконанні радикальних гастректомій у хворих виникала однакова кількість ускладнень, які залежали від стадії онкологічного захворювання, терміну та об'єму виконаного оперативного втручання.

Після виконання радикальних оперативних втручань у ранньому відтермінованому періоді 3 (2,9%) пацієнтам у зв'язку із розвитком ранніх післяопераційних ускладнень за життєвими показаннями було виконане повторне оперативне втручання: з приводу ранньої злукової кишкової непрохідності – релапаротомія, розсічення злук, назогастральна інтубація кишківника, лапаростомія ( 9-та доба післяопераційного періоду після стандартної радикальної резекції шлунка); релапаротомія, секвестректомія з приводу післяопераційного панкреонекрозу (10-та доба після гастректомії) та

1 хворий був оперований на 8-му добу після гастректомії з приводу гострого панкреатиту, гострого холециститу – секвестректомія, холецистектомія, зовнішнє дренивання холодоха за Піковським.

Причиною 1 (3%) летального випадку було ускладнення, що пов'язане з операцією: гострий післяопераційний панкреонекроз (1), та у 1 (3%) випадку смерть настала у зв'язку з розвитком тромбоемболії легеневої артерії, синдрому поліорганної недостатності.

Після виконання нерадикальних оперативних втручань (30) внаслідок четвертої стадії онкологічного захворювання летальний наслідок мав місце у трьох випадках: 1 пацієнтка померла через 5 годин після лапаротомії, прошивання судин шлунка (на висоті важкої профузної кровотечі з пухлини шлунка), 1 пацієнтка померла на 5-ту добу після діагностичної лапаротомії з четвертою стадією раку шлунка, канцероматозом внаслідок прогресування захворювання. В одному випадку мав місце летальний наслідок після перенесеного повторного оперативного втручання у хворої з паліативною субтотальною резекцією шлунка (на 5-ту добу післяопераційного періоду виникла перфорація гострої виразки культі шлунка і післяопераційний панкреатит).

З приводу перфорації пухлини та ознаками дифузного перитоніту в ургентному порядку було госпіталізовано та екстренно оперовано 6 (5,9%) пацієнтів. Усім хворим вдалося виконати екстренні нерадикальні хірургічні втручання, які не мали ранніх післяопераційних ускладнень, летальних випадків та необхідності проведення релапаротомій.

Після адекватної передопераційної підготовки 11 (57,9%) хворим зі стенозуючою пухлиною шлунка виконано стандартні радикальні резекції шлунка, а 8 (42,1%) пацієнтам вдалося виконати нерадикальні резекції шлунка у різних модифікаціях. Післяопераційних ускладнень та випадків летальності у цій групі хворих не було.

## ВИСНОВКИ

1. У 50,0% випадків ускладнення, які розвинулися у ранньому післяопераційному періоді, були пов'язані з особливостями виконання оперативного втручання а у 50,0% пацієнтів ускладнення не були пов'язані з операцією.
2. Порівнюючи частоту ускладнень, що спричинили летальний наслідок, в залежності від їх виду встановлено, що питома вага ускладнень хірургічного характеру склала 72,7% та нехірургічних ускладнень – 27,3%.
3. Розвиток ранніх післяопераційних ускладнень та післяопераційної летальності залежить від стадії захворювання, терміну та об'єму оперативного втручання.