

В. В. Бойко, І. А. Тарабан,  
В. Г. Грома, А. Ю. Фролов,  
Л. І. Фролова

ГУ «Інститут загальної та  
невідкладної хірургії НАМН  
України», м. Харків

© Колектив авторів

## ПРОБЛЕМА ПЕРФОРАТИВНОГО РАКУ ШЛУНКА В УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ

**Резюме.** У статті наведено сучасні дані світової статистики щодо поширеності такого гострого ускладнення раку шлунка, як перфорація. Узагальнено основні морфологічні і патофізіологічні особливості перфоративного раку шлунка, наведено клінічну картину типової і атипичної форм його перебігу, комплекс необхідних діагностичних заходів для правильної постановки діагнозу, хірургічну тактику лікування хворих із перфоративним раком шлунка залежно від операбельності пухлини, загального стану хворого. Показано переорієнтацію поглядів сучасних хірургів у бік первинного радикального лікування хворих з операбельною пухлиною шлунка. Наведені показники ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень, виживання хворих після паліативних і радикальних оперативних втручань.

**Ключові слова:** перфоративний рак шлунка, операбельна пухлина, ускладнення, виживання, паліативні оперативні втручання, радикальні операції.

### Вступ

За даними сучасної літератури, перфорація злоякісної пухлини шлунка спостерігається в 1—17% випадків і супроводжується високою летальністю [5, 20, 24, 28].

Патофізіологічно перфорації сприяє тромбоз судин, які живлять пухлину, що призводить до порушення кровопостачання пухлини, її розпаду та інфікування ішемізованих тканин мікробною флорою з просвіту шлунка, вельми активної в умовах пониження кислотності шлункового соку. Важливою є роль у розвитку деструкції шлункової стінки і аутолітичних процесів, що розвиваються в самій пухлині. Безпосереднє настання перфорації спричиняє переповнювання патологічно зміненого шлунка вмістом і розтягування його газами, особливо при звуженні вихідного відділу, а також різке підвищення внутрішньочеревного тиску в результаті кашлю, блювання і т.д. [5, 8].

Патоморфологічно перфоративний отвір звичайно неправильної форми, з нерівними стоншеними краями брудно-сірого кольору. Трапляються отвори з щільними, потовщеними краями білястого кольору, що мають вигляд звивистого норицеподібного ходу або невеликого дефекту тканини пухлини. Частіше спостерігаються великі проривні отвори (до 1 см у діаметрі). У давнених стадіях раку можлива мікроперфорація, яка може перебігати як з вираженою картиною перфорації порожнистого органа, так і у формі прихованого перебігу. Зазвичай перфорація буває поодинокую, але може бути подвійною і множинною [8, 9, 10].

Частіше перфорація відбувається у вільну черевну порожнину, частота якої становить від 0,4 до 7,6% від загального числа хворих на рак шлунка [4, 5, 8].

Перфорація можлива при будь-якій локалізації злоякісного процесу, але частіше трапляється на

задній стінці при пухлинах малої кривизни і пілоричного відділу шлунка [4, 12].

Нерідко ракова пухлина розвивається з виразки, яка макроскопічно має вигляд кальозної [1]. У разі прориву такої пухлини перфоративний отвір зазвичай знаходиться на дні виразки. При інфільтративних або грибоподібних формах раку і при пенетруючих пухлинах перфорація зазвичай настає в периферичній частині пухлини [5]. Як правило, перфорація ракової пухлини настає на тлі запальних змін, пов'язаних із гнійно-некротичною деструкцією пухлини. У таких випадках стінка шлунка і прилеглі до місця перфорації органи набряклі, гіперемовані, покриті фібрином, з явищами регіонарного лімфангоїту і лімфаденіту, останні призводять до неправильної інтерпретації під час оперативного втручання об'єму ураження метастазами лімфатичних вузлів [8].

Нерідко спостерігаються прикриті і двомоментні перфорації, а поєднання їх з такими ускладненнями, як пенетрація і кровотеча, значно змінює клінічну картину прориву пухлини [11, 12]. Поєднання перфорації пухлини шлунка з її кровотечею утруднює діагностику і погіршує прогноз ускладнень, що виникли. Часто кровотеча і розвинута внаслідок цього анемія виступають на перший план в клінічній картині перебігу пухлинного процесу і затушовують симптоми прориву [3]. Профузні кровотечі частіше виникають одночасно з проривом [4]. Кровотеча може відбуватися як в просвіт шлунка, так і у вільну черевну порожнину.

Що стосується прикритих перфорацій, в більшості випадків прикриті перфораційні отвори виявляються неміцними, що зумовлює двомоментний характер перфорації. Останній веде до виникнення обмеженого перитоніту або осумкованого гнійника в місці перфорації. При подальшому розвитку запалення гнійний процес розповсю-



джується у вільну черевну порожнину: розвивається поширений перитоніт або прорив гнійника в сусідні органи з утворенням внутрішніх норниць. Клінічно більш виражений може бути як перший, так і другий момент перфорації [3, 8, 12].

Симптоматика прориву залежить від локалізації і величини перфораційного отвору, змін місцевого характеру, стадії розвитку пухлинного процесу, часу, що пройшов з моменту перфорації, поєднання перфорації з іншими ускладненнями [4, 8].

Для гострої форми прориву характерна раптова поява різких болів, а надалі розвиток клінічної картини прориву порожнистого органу і симптомів перитоніту. У цих випадках зазвичай виразно виражені ознаки прориву: різка напруга передньої черевної стінки, позитивні симптоми подразнення очеревини, розлита болючість по всьому животу, симптом зникнення печінкової тупості. При гострій формі, як правило, легко діагностують перфорацію, але не розпізнають раковий характер процесу. Нерідко перед проривом виникають продромальні симптоми. Вельми характерними клінічними передвісниками перфорації є посилення болю в епігастральній ділянці з іррадіацією в підребер'я і надпліччя, нудота, блювота, підвищення температури тіла, озноб. Поява передвісників прориву пов'язана з розвитком запально-деструктивних змін в стінці шлунка і прилеглих до нього органів. У цей момент можуть визначатися помірна напруга м'язів передньої черевної стінки і навіть симптоми подразнення очеревини при збереженні печінкової тупості і відсутності ознак вільного газу в черевній порожнині [2, 8, 10].

У за давних випадках злоякісного процесу типова картина перфорації порожнистого органу може бути відсутня, бути слабо вираженою, або нагадувати таку прикритою перфорацією. При цьому зазвичай спостерігається атипова клінічна картина перитоніту (приховані, стерті симптоми, особливо спочатку), що зумовлене тяжкістю загального стану, виснаженням, раковою інтоксикацією, похилим віком хворого, супровідними захворюваннями. Прихована клінічна картина прориву може мати місце при перфорації задньої стінки шлунка або мікроперфорації. У цих випадках прорив характеризується помірними болями або незначним посиленням тих, що спостерігалися раніше, відсутністю напруги передньої черевної стінки і симптомів подразнення очеревини. Відсутність або незначна реакція очеревини пов'язані з тим, що при раку шлунковий вміст не є кислим. У пізніх стадіях перитоніту превалює здуття живота, притуплення у відлогих місцях черевної порожнини [8].

Діагностика проривного раку шлунка утруднена. Тільки 30% хворих на доопераційному етапі встановлювався діагноз «Рак шлунка» [5, 15]. При діагностиці істотне значення має ретельно зібраний анамнез. Клінічно підтвердженням зло-

якісного характеру процесу можуть служити такі ознаки, як похилий вік пацієнта, виражене схуднення, сіро-землисті колір шкірних покривів, наявність пальпованої пухлини, крові в калі. Розпад пухлини сприяє її інфікуванню, виникненню флегмон і абсцесів, що може виявитися підвищенням температури тіла і місцевими симптомами з боку черевної порожнини та інших органів, в яких розвинувся гнійний процес [5, 8, 16].

Характерним симптомом проривного раку шлунка служить наявність вільного газу в черевній порожнині, який клінічно виражається в зникненні печінкової тупості, особливо при перкусії по правій середній пахвинній лінії в положенні хворого лежачи на лівому боці. Об'єктивним методом виявлення вільного газу в черевній порожнині є рентгенологічне дослідження [2]. Особливо важливий цей метод дослідження при невираженій клінічній картині перфорації раковою пухлиною шлунка. Більш інформативне рентгенологічне дослідження в положенні хворого на лівому боці (латероскопія) і у вертикальному положенні, при цьому вдається знайти навіть невелике скупчення вільного газу [2, 5, 8]. Для підвищення інформативності перед проведенням рентгенологічного дослідження хворому нагнітають 1500—2000 мл повітря через зонд, встановлений в шлунку або дають випити 1—2 ковтки водорозчинної рентгенконтрастної речовини. Таким чином вдається виявити навіть прикритою перфорацію пухлини. Наявність газу під куполом діафрагми або виходження контрасту за межі контурів шлунка є абсолютною ознакою прориву його стінки [2].

Перфорацію ракової пухлини можна виявити при ендоскопічному дослідженні, під час якого виявляються локалізація, поширеність основної патології (пухлини шлунка) і сам перфораційний отвір [5, 8].

В умовах ургентної хірургії в неясних випадках може допомогти лапароскопія. Застосування високотехнологічних лапароскопічних операцій в екстреній хірургії дозволяє провести повноцінне обстеження, визначити тактику лікування, а у разі запланованої багатоетапності лікування, провести перший етап необхідного хірургічного втручання, таким чином понизити ризик післяопераційних ускладнень, скоротити тривалість післяопераційного періоду і час початку подальшого спеціального лікування онкологічного хворого [5, 23].

Поєднане застосування лапароскопії і гастроскопії дозволяє одночасно оглянути шлунок з боку як слизової оболонки, так і серозного покриття, особливо при заповненні шлунка повітрям. Таке дослідження доцільно проводити під загальним знеболенням [5, 23].

Нерідко злоякісний характер перфорації не розпізнається навіть під час операції на ранніх стадіях ракового процесу, коли перфоративний отвір макроскопічно не відрізняється від перфорації

при виразці шлунка [1, 2, 19]. Тільки при цитологічному, гістологічному дослідженні під час гастроскопії або лімфатичних вузлів і пухлинної маси під час оперативного втручання вдається встановити точний діагноз [5, 16, 24].

Складність постановки правильного діагнозу у випадку неможливості проведення експрес-морфологічного дослідження в ургентних умовах привела до розробки різних алгоритмів уточнюючої діагностики перфоративного раку шлунка [1, 2, 17]. Так, наприклад, Emre Ergul [et al.] (2008) рекомендує враховувати наступні критерії: вік пацієнта (більше 60 років), діаметр виразки разом з набряком (більше 6 см), діаметр перфоративного отвору (більше 0,5 см), тривалість симптоматики (більше 20 годин), зміна числа лейкоцитів ( $15.10^3/\mu\text{L}$ ). Автор указує на високу інформативність даного методу в постановці правильного діагнозу, специфічність якого складає 98,7%, чутливість — 53,7% [17].

Вибір методу оперативного втручання при проривному раку шлунка є важким завданням, вирішувати яке часто оперуючому хірургові доводиться безпосередньо під час екстреного оперативного втручання, яке виконується з приводу передбачуваної проривної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки [13, 15, 16, 26].

Franco Roviello (2006) запропонував узагальнену блок-схему рішень для перфоративного раку шлунка (рис. 1) під час ургентної операції при недоступності патоморфолога, що враховує загальний стан (стан гемодинаміки хворого, супровідна патологія, тяжкість перитоніту (авт.)) і операбельність (курабельність) пухлини [24].



Рис. 1. Блок-схема вибору рішення для перфоративного раку шлунка

У разі підозри на карциному при «задовільному» загальному стані й операбельності пухлини показана D2-D3 гастректомія або двоетапна операція, якщо пухлина некурабельна — проводиться паліативна гастректомія, при незадовільному загальному стані і операбельній пухлині показана двоетапна операція, при неоперабельній пухлині — симптоматична (паліативна) операція.

Багато хірургів вдаються до наступної тактики хірургічного лікування хворих із перфоративним раком шлунка: якщо пухлину розпізнано і вона є операбельною, загальний стан хворого дозволяє виконувати розширену операцію; перитоніт обмежений, немає супровідної патології — необхідно виконувати радикальне оперативне втручання в обсязі одномоментної субтотальної резекції шлунка або гастректомії з лімфаденектомією D2-D3 [3, 4, 13, 15, 24]. За літературними даними, первинну резекцію шлунка вдається виконати в 60% випадків [5, 15], за даними японських хірургів, цей вид операцій сягає 80% [26, 28]. Серед протипоказань до одномоментної операції наводяться такі: тяжкий загальний стан хворого, похилий вік, перитоніт, високе розташування пухлини, проростання пухлини в сусідні органи [8, 12].

У неоперабельній стадії раку шлунка, але за наявності рухомої пухлини, показана паліативна резекція або навіть екстирпація [15, 29]. При малорухливій пухлині в деяких випадках вдається мобілізувати і виділити шлунок разом із пухлиною і провести резекцію. Проте виконання паліативної резекції не завжди можливе через розповсюдження злоякісного процесу на прилеглі органи і тканини. При загальному тяжкому стані хворого — розлитому перитоніті і нерухомій пухлині — показане ушивання проривного отвору із санацією і дренажуванням черевної порожнини [5, 26, 30]. Ушивання проривного отвору ракової пухлини шлунка має значні труднощі. Краї перфоративного отвору, як правило, інфільтровані, ригідні, крихкі, кровоточиві. Накладення швів на такі тканини, особливо при пухлині, що розпадається, неефективне — шви прорізаються, що не забезпечує надійної герметизації проривного отвору. У цих випадках слід застосувати пластику проривного отвору сальником на ніжці за Опелем—Полікарповим [5, 8, 25]. В окремих випадках при неможливості провести ушивання перфоративного отвору використовують дефект стінки шлунка як норицю. З цією метою в перфоративний отвір вводять катетер типу Нелатона або Фолея такого діаметра, щоб він щільно прилягав до стінок отвору. Катетер обгортають сальником, який зшивають зі шлунком і парієтальною очеревиною і виводять через окремий розріз на передню черевну стінку [8].

При неможливості виконання первинної резекції операбельної пухлини унаслідок важкого загального стану хворого, пов'язаного з гострим ускладненням раку шлунка, показано двоетапне лікування [15, 24, 26, 28, 30]. На першому етапі проводиться ліквідація джерела перитоніту і санація черевної порожнини, після якого другим етапом виконується відстрочена резекція шлунка з лімфаденектомією.

Перебіг післяопераційного періоду у хворих із перфоративним раком шлунка ускладнюється майже у 50%, із них хірургічні ускладнення



становлять половину [5, 8, 10, 16, 18]. Хірургічні післяопераційні ускладнення трапляються з однаковою частотою після екстрених радикальних і паліативних операцій [5]. Число повторних екстрених втручань при первинній госпіталізації виявляється вищим після симптоматичних операцій типу «ушивання перфоративного отвору», і вони частіше зумовлені нерадикальністю здійсненого втручання. Найважчими за наслідками є перитоніт (сягає 52% від загального числа померлих), неспроможність швів анастомозу (15%) і абсцес черевної порожнини (9%) [5, 15, 16, 18].

Висока післяопераційна летальність пов'язана з розвитком абдомінального сепсису і поліорганної недостатності [18, 22, 23, 26]. Статистичні показники летальності після виконаних гастректомій варіюють від 23 до 42% [5, 8, 16, 18]. Кращі результати наводять японські автори, у яких післяопераційна летальність становить 7—10% після радикальних операцій [26, 27, 28].

При цьому всі автори указують на високу післяопераційну летальність після простого ушивання і тампонади сальником, яка досягає 40%,

а у пацієнтів похилого віку з вираженою супровідною патологією перевищує 50% [5, 8, 15, 16, 28].

Аналіз віддалених результатів лікування хворих, екстрено госпіталізованих з перфоративним раком шлунка, показав, що протягом року летальний результат настає у 57% хворих [5]. Середня тривалість життя після операції — 5,5 міс. [5, 22, 27].

П'ятирічна виживаність у хворих первинно радикально оперованих, за літературними даними, становить від 40 до 60% [14, 20, 21, 22, 26, 28].

### Висновок

Таким чином, проблема перфоративного раку шлунка залишається актуальною в ургентній хірургії, оскільки оперуючому хірургові загальнохірургічного стаціонару в більшості випадків важко правильно розпізнати рак шлунка, ускладнений перфорацією, а іноді, розпізнавши злоякісний процес, обмежитися виконанням паліативного оперативного втручання, погіршуючи, таким чином, найближчі і віддалені результати лікування, а також прогноз на виживання онкологічного хворого.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьева Н.Ю. Алгоритмизация тактики первичной диагностики при обнаружении дефекта слизистой оболочки желудка / Н.Ю. Воробьева, Н.В. Урлапова // Врач-аспирант. — 2006. — №2(11). — С. 159—164.
2. Гаврилов В.И. Алгоритм диагностики рака желудка / В.И. Гаврилов, А.А. Михайлов // Врач-аспирант. — 2008. — №1(22). — С. 4—10.
3. Лотоков А.М. Неотложная абдоминальная хирургия в онкологии / А.М. Лотоков, М.И. Давыдов, В.Ю. Сельчук // Вестник Московского онкологического общества. — 2004. — №12. — С. 10.
4. Лотоков А.М. Неотложная хирургия в абдоминальной онкологии / А.М. Лотоков, М.И. Давыдов, В.Ю. Сельчук // Вестник Московского онкологического общества. — 2004. — №12. — С. 52—53.
5. Лотоков А.М. Современные аспекты неотложной хирургии в абдоминальной онкологии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.14 «Онкология» / А. М. Лотоков. — М., 2006. — 45 с.
6. Лотоков А.М. Экстренное хирургическое лечение осложненного рака желудка / А. М. Лотоков. — Черкесск: Карачаево-Черкесская государственная технологическая академия, 2006. — 115 с.
7. Неотложные операции при раке желудка в онкологическом стационаре : материалы Всероссийской научно-практической конференции [«Онкология сегодня. Успехи и перспективы»] / А.М. Лотоков, Д.В. Комов, И.Г. Комаров [и др.]. — Казань, 2006. — С. 148—149.
8. Осложненный рак желудка / А.М. Лотоков, М.И. Давыдов, Д.В. Комов [и др.] // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2006. — Т. 17, №3. — С. 21—24.
9. Толпинский А.П. Осложнения рака желудка : методические рекомендации к практическим занятиям по онкологии [для студентов высших мед. учебн. зав.] / А.П. Толпинский, Б.В. Токарев, И.Е. Бахлаев. — Петрозаводск, 1995. — 25 с.
10. Ургентная хирургия в абдоминальной онкологии / А.М. Лотоков, Д.В. Комов, И.Г. Комаров [и др.] // Вестник Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН. — 2006. — Т. 17, №3. — С. 34—38.
11. Экстренные операции при раке желудка / А.М. Лотоков, М.И. Давыдов, И.Г. Комаров [и др.] // Вестник Московского онкологического общества. — 2004. — №12. — С. 11.
12. Экстренное хирургическое лечение осложненного рака желудка / А.М. Лотоков, М.И. Давыдов, И.Г. Комаров, Д.В. Комов // Вестник Московского онкологического общества. — 2005. — №1. — С. 42—44.
13. A case of perforated gastric cancer successfully treated with primary radical gastrectomy after conservative therapy for pancreatitis / Jun'ichi, Hanatani Yuji, Nakatsu Miyu [et al.] // Teikyo Medical Journal. — Vol. 24, No.1. — P. 97—102.
14. American Joint Committee on Cancer : AJCC Cancer Staging Manual. 5th ed. Philadelphia, PA, USA/ I.D. leming, J.S. Cooper, G.P. Murphy [et al.]. — Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997.— 34 p.
15. An analysis of 13 patients with perforated gastric carcinoma: A surgeon's nightmare? / Cetin Kotan, Aziz Sumer, Murat Baser [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. — 2008. — №3. — P. 13—17.
16. Clinicopathological features, surgical management, and disease outcome of perforated gastric cancer / Shyh-Chuan Jwo, Rong-Nan Chien, Tzu-Chien Chao [et al.] // J Surg Oncol. — 2005. — №1. — P. 219—225.
17. Emre Ergul. The diagnosis of perforated gastric cancer / Emre Ergul, Erdal Ozgur Gozetlik // Dig Surg. — 2008. — №7. — P. 13—14.
18. Factor influencing mortality in spontaneous gastric tumour perforations / M.M. Ozmen, B. Zulfikaroglu, C. Kece [et al.] // J Int Med Res. — 2002. — №30. — P. 180—184.
19. Kitakado Y. A case report perforated early gastric cancer. / Y. Kitakado, N. Tanigawa, R. Muraoka // Nippon Geka Hokan. — 1997. — №66. — P. 86—90.
20. Long-term survival after gastrectomy for advanced bleeding or perforated gastric carcinoma/ P. Gertsch, L.W. Chow, S.T. Yuen [et al.] // Eur J Surg. — 1996. — №162. — P. 723—727.
21. Long-term survival after perforation of advanced gastric cancer: case report and review of the literature / Y. Adachi, M. Aramaki, N. Shiraishi [et al.] // Gastric Cancer. — 1998. — №1. — P. 80—83.

22. *Outcome* after emergency surgery in gastric cancer patients with free perforation or severe bleeding / Hyuk-Joon Leea, Do Joong Parkc, Han-Kwang Yanga [et al.]//Dig Surg. — 2006. — № 23. — P. 217—223.
23. *Perspectives* of laparoscopy in cardia and gastric surgery / A. Altorjay, J. Garcia, M. Adame [et al.]//Magy Seb. — 2001. — Vol. 54, № 3. — P. 150—154.
24. *Perforated* gastric carcinoma: a report of 10 cases and review of the literature/ F. Roviello, S. Rossi, D. Marrelli [et al.]//World journal of surgical oncology. — 2006. — № 30(4). — P. 19.
25. *Stechenberg L.* The surgical therapy for perforated gastric cancer / L. Stechenberg, R.H. Bunch, M.C. Anderson//Am Surg. — 1981, № 47(5). — P. 208—210.
26. *Sugimoto T.* A case of perforated gastric cancer in which resection for elimination was possible S-1/CDDP combined chemotherapy for peritonitis carcinomatosa / T. Sugimoto, T. Itakura, K. Uesaka//Gan To Kagaku Ryoho. — 2009, № 36(1). — P. 119—121.
27. *Surgical* results of perforated gastric carcinoma: An analysis of 155 japanese patients/ Y. Adachi, M. Mori, Y. Maehara [et al.]//Am J Gastroenterol. — 1997. — № 92. — P. 516—518.
28. *Surgical* treatment of perforated gastric cancer / T. Miura, T. Ishii, T. Shimoyama [et al.]//Dig Surg.— 1985. — № 2. — P. 200—204.
29. *Two-staged* radical gastrectomy for perforated gastric cancer / T. Lehnert, K. Buhl, M. Dueck [et al.]//Eur. J. Surg. Oncol. — 2000. — № 26. — P. 780—784.

ПРОБЛЕМА  
ПЕРФОРАТИВНОГО РАКА  
ЖЕЛУДКА В УРГЕНТНОЇ  
ХІРУРГІЇ

**V. V. Boiko, I. A. Taraban,  
V. G. Groma, A. Yu. Frolov,  
L. I. Frolova**

**Резюме.** В статті приведені сучасні дані світової статистики щодо поширеності такого гострого ускладнення раку шлунка, як перфорація. Обобщені основні морфологічні та патофізіологічні особливості перфоративного раку шлунка, приведена клінічна картина типової та атипичної форм його течія, комплекс необхідних діагностичних заходів для правильного постановки діагнозу, хірургічна тактика лікування хворих з перфоративним раком шлунка в залежності від операбельності пухли, загального стану хворого. Показана переорієнтація поглядів сучасних хірургів в бік первинного радикального лікування хворих з операбельною пухлою шлунка. Приведені показники ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень, показники виживаності хворих після паліативних та радикальних оперативних втручань.

**Ключові слова:** *перфоративний рак шлунка, операбельна пухля, ускладнення, виживаність, паліативні оперативні втручання, радикальні операції.*

THE PROBLEM OF  
PERFORATED GASTRIC  
CANCER IN EMERGENCY  
SURGERY

**V. V. Boiko, I. A. Taraban,  
V. G. Groma, A. Yu. Frolov,  
L. I. Frolova**

**Summary.** In the article modern information of world statistics is resulted in relation to prevalence of such sharp complication of stomach cancer as a perforation. The basic morphological and physiopathological features of perforated stomach cancer are generalized, the clinical picture of typical and atypical forms of his flow, complex of necessary diagnostic measures, is resulted for the correct raising of diagnosis, surgical approach of treatment of patients with the perforative stomach cancer depending on an curability tumour, general conditions of patient. Changing of looks of modern surgeons is rotined toward primary radical treatment of patients with the resectable tumour of stomach. The indexes of early and postoperative complications, indexes of survival, are resulted after palliative and radical operative invasions.

**Key words:** *perforative stomach cancer, resectable tumour, complications, survival, palliative operative invasions, radical operations.*