

УДК 616.33+616.342]-006.03-005.1-036.11-07

ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

П.Д. Фомін, П.В. Іванчов, О.В. Заплавський, А.К. Курбанов

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Реферат. Узагальнений досвід лікування 167 хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та ДПК: Асимптомний перебіг захворювання відмічено у 81,2% хворих. Основним методом діагностики гострокровоточивих доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК є езофагогастродуоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%. У зв'язку з цим, з метою своєчасного виявлення доброякісних пухлин гастродуоденальної локалізації, всім хворим з наявністю шлункового анамнезу рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження.

Ключові слова: діагностика, доброякісна пухлина, кровотеча.

На сьогоднішній день проблема гострокровоточивих доброякісних пухлин шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) не отримала достатнього висвітлення. В доступних літературних джерелах є поодинокі повідомлення про випадки кровотеч із доброякісних епітеліальних та неепітеліальних новоутворень гастродуоденальної локалізації. Доброякісні новоутворення шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), представлені поліпами і доброякісними неепітеліальними пухлинами, є відносно рідкісною причиною розвитку кровотечі, що в структурі гострих шлунково-кишкових кровотеч складає 0,3 – 1,5% [1, 3, 5, 8, 9, 12, 13, 15].

За узагальненими літературними даними перебіг доброякісного пухлинного ураження шлунка та ДПК ускладнюється розвитком геморагії у 1,0 – 1,5% хворих [3, 6, 8, 11]. Серед усіх гастродуоденальних кровотеч пухлинного походження на частку доброякісних новоутворень припадає близько 6,5 – 7,0% [4, 7, 10, 14, 15].

По мірі нагромадження досвіду і вивчення результатів лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами в умовах концентрації цієї категорії хворих в спеціалізованому центрі, спостерігається тенденція до зростання числа хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинними ураженнями шлунка та ДПК. Як показали наші спостереження, своєчасне виявлення та діагностика доброякісних гастро-дуоденальних пухлин ускладнені за рахунок того, що дана патологія протікає здебільшого асимп-

томно, або має стерту клінічну картину [2], а у більшості випадків першими її проявами є шлунково-кишкова кровотеча, частота якої, на жаль, не має тенденції до зменшення, що й визначає актуальність даної проблеми.

Мета роботи

Визначити клініко-ендоскопічні особливості гострокровоточивих доброякісних пухлин шлунка та ДПК.

Матеріал та методи

За період з 1991 по 2008 роки у Київському міському центрі по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами знаходилося на лікуванні 167 пацієнтів з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка: поліпи – 116 (69,5%), лейоміоми – 51 (30,5%). Вік 68 (40,7%) чоловіків та 99 (59,3%) жінок даної групи був від 21 до 87 років, а найбільша кількість пацієнтів відмічена у віці від 61 до 70 років і склала 53 (31,7%) випадки.

Екстренне ендоскопічне дослідження було проведено 167 хворим з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та ДПК. Протягом 1 години з моменту поступлення хворих, ендоскопічне обстеження було проведено у 145 (86,8%), від 1 до 2 год. – у 14 (8,4%), від 2 до 4 – у 8 (4,8%).

Ендоскопічне дослідження в екстреному порядку проведено всім хворим з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та ДПК. Наявність доброякісного пухлинного ураження було ендоскопічно верифіковано у всіх випадках, при цьому у 145 (86,8%) хворих діагноз було встановлено протягом 1 години з моменту їх госпіталізації, від 1 до 2 год. – у 14 (8,4%), від 2 до 4 – у 8 (4,8%).

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишкових кровотеч (Братусь В.Д., 1988), помірна ступінь тяжкості геморагії була у 69 (41,3%), середня – у 62 (37,1%), важка – у 36 (21,6%) пацієнтів.

Результати та обговорення

У групі хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та ДПК діагноз був встановлений до госпіталізації в нашу клініку у зв'язку з розвитком гострої гастро-дуоденальної кровотечі тільки у 18 (10,8%) хво-

рих із 167. У 149 (89,2%) пацієнтів діагноз доброякісного пухлинного ураження гастроуденальної зони був встановлений нами вперше.

Аналіз анамнестичних даних не виявив будь-яких симптомів шлункової патології у 121 (81,2%) хворого, а гостра гастроуденальна кровотеча, як ускладнення доброякісного пухлинного процесу, спонукала до первинної діагностики захворювання.

У 28 (18,8%) пацієнтів відмічені ознаки шлункового анамнезу. На наявність дискомфорту та незначних болей в епігастральній ділянці скаржилися 13 (46,4%) хворих, печії – 6 (21,4%), нудоту та відрижку – 5 (17,9%), погіршення апетиту – 4 (14,3%).

Тривалість шлункового анамнезу до розвитку гострої кровотечі у хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та ДПК коливалась від 1 до 6 місяців у 3 (10,7%) хворих, 6 - 12 місяців – у 14 (50,0%), 12 – 24 місяці – у 9 (32,1%), більше 24 місяців – у 2 (7,2%). Решта 121 (81,2%) пацієнти вважали себе до розвитку гастроуденальної кровотечі абсолютно здоровими і в повному обсязі виконували свою професійну діяльність.

Клініка кровотечі мала місце у всіх 167 хворих із доброякісними новоутвореннями шлунка та ДПК і визначалася зовнішніми проявами геморагії (блювання кров'ю чи рідиною кольору кавової гуші і меленою) та загальними симптомами крововтрати (головокружіння, загальна слабкість, запаморочення, втрата свідомості).

Аналіз зовнішніх проявів та загальних симптомів гастроуденальної кровотечі у хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та ДПК не виявив будь-яких особливостей. Вираженість клінічних симптомів кровотечі в більшій мірі залежала від тяжкості геморагії.

У хворих з гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК блювання кров'ю і рідиною кольору кави мали місце у 21 (18,1%) випадку, при цьому у всіх цих хворих мали місце кровотечі середнього та важкого ступеня, а мелена відмічена у 73 (62,9%), де більшість склали пацієнти з помірною крововтратою.

Характеристика кровотечі дещо відрізняється у хворих з неепітеліальними доброякісними пухлинами шлунка, де спостерігається більша частота блювання кров'ю зі згортками – 31 (60,8%) випадок, при цьому мелена відмічена у всіх 51 випадках, що, очевидно, пов'язано з більшою частотою у цій групі хворих кровотеч важкого ступеня.

При огляді хворих з гострокровоточивими

доброякісними пухлинами шлунка та ДПК у 58 (34,7%) визначалася блідість шкірних покривів та слизових оболонок, що було пов'язано з наявністю тяжкої кровотечі, серед яких холодний липкий піт відмічено у 32 (19,1%) хворих. У 4 (7,8%) пацієнтів при пальпації живота визначено пухлину в епігастральній ділянці. Інших патологічних симптомів, що давали б змогу запідозрити пухлинне ураження шлунка доброякісного характеру, ми не знайшли.

Отже, поряд з загальними та місцевими симптомами шлункової кровотечі у 28 (18,8%) хворих можна виявити симптоми доброякісного пухлинного ураження гастроуденальної зони, серед яких майже у 60% симптоми шлункової патології виявляються протягом року до виникнення гострої геморагії. Тому дані анамнезу, скарги хворих, клінічні прояви патології можуть надати велику допомогу в діагностиці причин гастроуденальної кровотечі у цієї категорії хворих.

Аналіз ступеня тяжкості кровотечі показав, що в групі хворих з гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК переважають помірного та середнього ступеня тяжкості кровотечі: помірна – у 65 (56,0%), середньої тяжкості – у 42 (36,2%), важка – у 9 (7,8%) хворих, на відміну від хворих з гострокровоточивими лейоміомами шлунка, де помірна кровотеча мала місце у 3 (5,9%) пацієнтів, а в більшій частині відмічена кровотеча середнього – 19 (37,2%) та важкого – 29 (56,9%) ступеня тяжкості. При співставленні ступеня тяжкості виразкових кровотеч та поліпозних геморагій, було статистично встановлено, що у хворих з даною патологією в 3,2 рази переважають помірна та середнього ступеня тяжкості кровотечі, на відміну від хронічних виразок, де здебільшого мають місце геморагії середнього та важкого ступеня тяжкості ($p < 0,05$). Співставлення ступеня тяжкості виразкових кровотеч і геморагій з лейоміом шлунка достовірної різниці не виявило ($p > 0,05$).

На підставі даних ендоскопічного дослідження для поліпозних уражень шлунка та ДПК найбільш частою локалізацією визначено антральний відділ – 61 (52,6%). У тілі шлунка поліпи були у 38 (32,8%) випадках, кардіальному відділі – у 4 (3,4%), поєднані ураження – 6 (5,2%) та в ДПК – у 7 (6,0%).

Лейоміоми частіше локалізувалися у тілі шлунка – 31 (60,8%) випадок. В антральному відділі шлунка вони були у 18 (35,3%) хворих та в кардіальному – у 2 (3,9%).

За даними проведених ендоскопічних досліджень, діаметр поліпів від 0,5 до 1,0 см відмічено у 54 (46,6%) хворих, від 1,0 до 2,0 см – у 39

(33,6%), від 2,0 до 3,0 см – у 18 (15,5%), > 3,0 см – у 5 (4,3%). Діаметр лейоміом шлунка до 3 см відмічено у 7 (13,7%) хворих, від 3 до 6 см – у 25 (49,0%), від 6 до 10 см – у 17 (33,3%), > 10 см – у 2 (4,0%).

Аналіз залежності ступеня тяжкості геморагії при гострокровоточивих поліпах шлунка та ДПК і доброякісних неепітеліальних пухлинах шлунка від їх локалізації, статистичної достовірності не виявив ($p > 0,05$).

Таким чином, аналізуючи отримані клініко-ендоскопічні дані, скарги, які пред'являють хворі в момент діагностики захворювання, носять різнобічний характер, клінічна картина стерта, а в 81,2% перебіг доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК є асимптомним. Маніфестними клінічними проявами доброякісних епітеліальних та неепітеліальних новоутворень шлунка та ДПК є ніщо інше як симптоми шлунково-кишкової кровотечі. Варіабельність та невираженість клінічної картини ще раз вказує на необхідність регулярного комплексного обстеження хворих з використанням об'єктивних методів досліджень, ведуча роль серед яких відводиться езофагогастроудоденоскопії, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%. У зв'язку з цим, всім хворим з наявністю шлункового анамнезу показано проведення ендоскопічного дослідження, що буде сприяти збільшенню частоти виявлення доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК до розвитку їх ускладнення гострою кровотечею.

Висновки

1. Клінічна картина гострокровоточивих доброякісних пухлин шлунка та ДПК носить стертий характер, а в 81,2% їх перебіг є асимптомним.

2. При поліпозних ураженнях шлунка та ДПК у переважній частині хворих відмічаються кровотечі помірного та середнього ступеня тяжкості, на відміну від хворих з лейоміомами шлунка, де частіше мають місце кровотечі середнього та тяжкого ступеня.

3. Основним методом діагностики доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК є езофагогастроудоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%.

4. З метою своєчасного виявлення доброякісних пухлин гастродуоденальної локалізації, рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження всім хворим з наявністю шлункового анамнезу.

ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

П.Д. Фомин, П.В. Иванчов, А.В. Заплавский, А.К. Курбанов

Реферат. Обобщён опыт лечения 167 больных с острокровоточащими доброкачественными опухолями желудка и ДПК. Асимптомное течение заболевания отмечено у 81,2% больных. Основным методом диагностики острокровоточащих доброкачественных опухолей желудка и ДПК является эзофагогастроудоденоскопия, что позволяет повысить уровень выявления больных с данной патологией до 100%. В связи с этим, с целью своевременного выявления доброкачественных опухолей гастродуоденальной локализации, всем больным с наличием желудочного анамнеза рекомендовано проводить эндоскопическое исследование.

Ключевые слова: диагностика, доброкачественные опухоли, кровотечение.

DIAGNOSIS AND PECULIARITIES OF CLINICAL RUNNING OF BLEEDING STOMACH AND DUODENAL TUMOUR

P.D. Fomin, P.V. Ivanchov, A.V. Zaplavsky, A.K. Kurbanov

Abstract. Experience of treatment of 167 patients with bleeding stomach tumour is generalised. Asymptomatic disease running is registered in 81,2% of patients. The main method of diagnostics of bleeding stomach and duodenal tumour is esophagogastroduodenoscopy, which allows to approve the level of detection of patients with this pathology up to 100%. In connection with this, with intention to detection of gastroduodenal tumour, to all patients with stomach anamnesis is recommended to prosecute endoscopic investigation.

Key words: diagnosis, tumour, bleeding.

ЛІТЕРАТУРА

- Братусь В.Д., Гудим-Левкович Н.В., Лиссов И.Л., Утратин И.А., Фомин П.Д., Федоров Е.А., Пацкань Б.М., Шепетько Е.Н., Тихоненко В.М. Лечение больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями в специализированном центре // Вестник хирургии. – 1985. – № 4. – С. 126-129
- Братусь В.Д., Фомин П.Д., Біляков-Бельський О.Б., Сидоренко В.М., Заплавський Г.О., Переш Є.Є. Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечениями пухлинного походження // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Том 5, № 1. – С. 48
- Вилианский М.П., Чумаков А.А., Хорев А.Н. Опухоли как причина острых желудочно-кишечных кровотечений // Вопросы онкологии. – 1991. – № 6. – С. 742-745
- Дубровский А.А., Серочкин Г.Г. Неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта // Хирургия. – 1981. – № 11. – С. 19-20
- Зайцев В.Т., Дерман А.И., Тарабан И.А. Результаты хирургического лечения кровоточащих опухолей желудка // Клиническая хирургия. – 1991. – № 5. – С. 26-28
- Зак В.И., Гальцев А.П. Кровоточащие неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта // Клиническая медицина. – 1993. – № 2. – С. 46-47

7. Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Колганова И.П., Будаев К.Д., Дубинин С.А. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка // Хирургия. – 1999. – № 2. – С. 4-7
8. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Рыбакова Е.В., Губков И.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии // Вестник хирургии. – 2006. – № 1. – С. 79-81
9. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина. – 1987. – 256 с.
10. Пинский С.Б., Агеенко В.А., Кельчевская Е.А. Редкие причины острых эзофагогастроуденальных кровотечений // Хирургия. – 1989. – № 4. – С. 49-53
11. Пухальски З., Барчик Я., Петровски З. Доброкачественные опухоли желудка как причина кровотечений из верхних отделов пищеварительной системы // Клиническая хирургия. – 1982. – № 5. – С. 48-49
12. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., Велигоцкий Н.Н., Калита Н.Я. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. – Ровно. – 1997. – 384 с.
13. Усов Д.В., Сазонов С.П., Копысов Г.В., Попков В.П. Доброкачественные неэпителиальные новообразования желудочно-кишечного тракта // Хирургия. – 1980. – № 10. – С. 48-50
14. Федоров Е.А., Лиссов И.Л., Губатенко И.Ф., Шемякин О.С., Пищаленко Н.Т., Сидоренко В.М. Нераковые опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки как причина острого кровотечения // Клиническая хирургия. – 1991. – № 4. – С. 40-42
15. Kojima M, Konishi F Bleeding from the alimentary tract—acute hemorrhage from gastrointestinal tumors // Nippon Rinsho. – 1998. – № 9. – P. 2360-2364