

УДК 616.33-006.04-005.1-036.1-07

ДІАГНОСТИКА ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА

П.В. Іванчов

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

Реферат. Узагальнений досвід лікування 1125 хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка. Асимптомний перебіг захворювання відмічено у 25,3% хворих та у 74,7% пацієнтів клінічні прояви злоякісного пухлинного ураження шлунка до розвитку гострої геморагії носили невиражений або стертий характер. Основним методом діагностики гострокровоточивих злоякісних пухлинних уражень шлунка є езофагогастродуоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%. У зв'язку з цим, з метою своєчасного виявлення злоякісних пухлин шлунка, всім хворим з наявністю шлункового анамнезу рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження.

Ключові слова: діагностика, клінічний перебіг, злоякісна пухлина шлунка, кровотеча.

Найчастіше причиною шлунково-кишкової кровотечі серед пухлинних уражень шлунково-кишкового тракту є злоякісні новоутворення шлунка, які у 4,6-15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [1, 4, 6, 7, 9, 11].

Незважаючи на успіхи в діагностиці злоякісних пухлин, кількість хворих на рак шлунка III-IV стадії виявляється в 75% випадків [2, 8, 10], при цьому летальність протягом першого року з моменту встановлення діагнозу сягає 55-65% [3, 5, 9].

По мірі накопичення 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 злоякісними пухлинними ураженнями шлунка. Як показали наші спостереження, своєчасне виявлення та діагностика злоякісних пухлинних уражень шлунка ускладнені за рахунок того, що дана патологія має невиражену клінічну картину, а у багатьох випадках клінічні прояви зовсім відсутні і першим проявом злоякісного ураження шлунка є шлунково-кишкова кровотеча, частота якої, на жаль, не має тенденції до зменшення, що й визначає актуальність даної проблеми.

Мета роботи

Визначити особливості клінічного перебігу гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка.

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 1125 пацієнтів з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка (ГЗПШ): рак шлунка – 1108 (98,5%), саркоми – 17 (1,5%). Вік 794 (70,6%) чоловіків та 331 (29,4%) жінок даної групи був від 19 до 94 років, а найбільша кількість хворих відмічена у вікових групах 61-70 років – 347 (30,8%), та 71-80 років – 277 (24,6%) пацієнтів. Співвідношення чоловіків до жінок склало 2,4:1.

З моменту виникнення ознак шлунково-кишкової кровотечі хворі із злоякісними пухлинами шлунка госпіталізовані у клініку в строк до 6 годин – 123 (10,9%), від 6 до 12 годин – 116 (10,3%), від 12 до 18 годин – 46 (4,1%), від 18 до 24 годин – 190 (16,9%), більше 24 годин – 650 (57,8%).

Згідно Міжнародної класифікації TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.) I стадія захворювання встановлена у 46 (4,1%) хворих, II стадія – у 210 (18,7%), III стадія – у 402 (35,7%), IV стадія. – у 467 (41,5%).

Гістологічний варіант гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка був встановлений у 981 (87,2%) хворого. Матеріалом дослідження були біоптати пухлин (435), операційний (524) та секційний (87) матеріали. Найбільш поширеним гістологічним варіантом злоякісного пухлинного ураження шлунка була недиференційована аденокарцинома (G4) – 683 (69,6%). Високодиференційована аденокарцинома (G1) зустрічалася у 146 (14,9%), помірнодиференційована (G2) – у 43 (4,4%), низькодиференційована (G3) – у 92 (9,4%), та саркома – у 17 (1,7%) хворих.

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом 1 години з моменту госпіталізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, був встановлений у 590 (52,4%) хворих, від 1 до 2 годин – у 301 (26,8%), від 2 до 4 годин – у 108 (9,6%), від 4 до 12 годин – у 82 (7,3%), від 12 до 24 годин – у 34 (3,0%). Ендоскопічне

дослідження не проводилося 10 (0,9%) хворим, які були доставлені у клініку в агональному стані і померли протягом кількох годин, а діагноз було верифіковано на аутопсії.

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишкових кровотеч (Братусь В.Д., 1988), помірна ступінь тяжкості геморагії була у 270 (24,0%), середня – у 460 (40,9%), важка – у 395 (35,1%) пацієнтів.

Результати та обговорення

Діагноз раку шлунка був встановлений до госпіталізації в нашу клініку у 221 (19,6%) хворого, серед яких у 185 (83,7%) констатована ІV, а у 36 (16,3%) – ІІ клінічна група. У 20 (9,0%) пацієнтів із 221, мали місце епізоди шлунково-кишкових кровотеч різного ступеня тяжкості, з приводу чого ці хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні у хірургічних відділеннях за місцем проживання, а 12 з них – у нашій клініці. У решти 904 (80,4%) пацієнтів діагноз раку шлунка був вперше встановлений в нашій клініці у зв'язку з ускладненням пухлинного процесу розвитком гострої кровотечі.

Ми провели детальний аналіз анамнестичних даних та скарг хворих до розвитку гострої шлунково-кишкової кровотечі і встановили, що у 229 (25,3%) хворих були відсутні будь-які анамнестичні клінічні ознаки, на підставі яких можна було би запідозрити шлункову патологію до початку геморагії. У цих хворих розвиток гострої шлунково-кишкової кровотечі був першою ознакою злоякісного пухлинного ураження шлунка та

спонукав до первинної його діагностики.

У решти, 675 (74,7%) хворих, визначено різноманітні скарги, що часто носили невиражений або стертий характер, але вказували на наявність шлункового анамнезу до розвитку гострої геморагії (табл. 1). Найчастіше хворі відмічали дискомфорт в епігастральній ділянці – 464 (68,7%), наявність помірного болю у верхній половині черева та епігастральній ділянці – 235 (34,8%), нудоту – 112 (16,6%).

На фоні вказаних скарг 180 (26,7%) хворих відмічали відсутність апетиту, відразу від їжі – 147 (21,8%), зниження маси тіла – 314 (46,5%). У 56 (8,3%) пацієнтів мали місце відрижка повітрям та дисфагія при прийомі грубої їжі, що було характерно для раку кардіального відділу шлунка.

Симптомокомплекс стенозу виходу із шлунку спостерігався у 170 (25,2%) хворих: компенсований – у 14 (8,2%), субкомпенсований – у 115 (67,7%), декомпенсований – у 41 (24,1%).

У 237 (35,1%) хворих до госпіталізації в нашу клініку мала місце анемія. Діагноз анемії був встановлений після проведення лабораторних досліджень в різних лікувальних закладах, куди зверталися хворі у зв'язку з наявністю у них характерних для анемії симптомів. Всі ці хворі лікувалися у терапевтів, однак у жодному випадку не були проведені спеціальні методи дослідження з метою виявлення злоякісного пухлинного ураження шлунка.

Наявність в анамнезі виразки шлунка та хронічного гастриту було нами встановлено у

Таблиця 1

Варіанти клінічних ознак у хворих з ГЗПШ до розвитку гострої геморагії

Клінічні ознаки	Абс.	%
1. Дискомфорт в епігастральній ділянці	464	68,7
2. Помірні болі в епігастральній ділянці	235	34,8
3. Нудота	112	16,6
4. Відсутність апетиту	180	26,7
5. Відразу від їжі	147	21,8
6. Зниження маси тіла	314	46,5
7. Дисфагія, відрижка повітрям	56	8,3
8. Симптомокомплекс стенозу	170	25,2
- компенсований	14	8,2%
- субкомпенсований	115	67,7%
- декомпенсований	41	24,1%
9. Анемія	237	35,1

245 (36,3%) пацієнтів, серед яких 29 (11,8%) були оперовані з приводу перфоративної виразки шлунка. У всіх випадках виконано ушивання перфоративної виразки. Всі хворі цієї групи спостерігалися у гастроентерологів від 1,5 до 10 років, а 73 (29,4%) – неодноразово проходили стаціонарне лікування.

Проаналізувавши терміни тривалості шлункового анамнезу до початку розвитку гострої шлунково-кишкової кровотечі у хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, ми встановили, що вказані симптоми передували розвитку геморагії протягом 1-3 місяців у 250 (37,0%), 3-6 місяців – у 210 (31,1%), 6-12 місяців у 135 (20,0%), та протягом 12-18 місяців – у 80 (11,9%) хворих.

Отже, у 74,7% хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка на основі аналізу анамнестичних даних встановлено наявність хронічної шлункової патології, а у 25,3% хворих кровотеча є першим симптомом захворювання. Очевидним є і той факт, що основна частина кровотеч, як ускладнення злоякісних пухлин шлунка, а саме 68,1% випадків, припадає на перші 6 місяців клінічних проявів захворювання.

Клінічна картина у хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами ракового генезу визначалася багатьма факторами, найважливішими з яких є особливості геморагії (інтенсивність, об'єм), пухлинного процесу (локалізація, стадія, наявність розпаду, характер метастазування), наявність супутньої патології.

Клініка кровотечі мала місце у всіх 1125 хворих із злоякісними новоутвореннями шлунка і визначалася зовнішніми проявами геморагії (блювання кров'ю чи рідиною кольору "кавової гущі" і меленою) та загальними симптомами крововтрати (головокружіння, загальна слабкість, запаморочення, втрата свідомості). Ці дані представлені у таблиці 2.

Першим проявом кровотечі було крова-

ве блювання – у 365 (32,4%), мелена – у 544 (48,4%) та поєднання кровавого блювання і мелени – у 216 (19,2%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати при госпіталізації визначено у 711 (63,2%) хворих.

При локалізації злоякісних пухлин у дистальних відділах шлунка кроваве блювання спостерігалось у 131 (35,2%) хворого, мелена – у 159 (42,8%), поєднання кровавого блювання та мелени – у 82 (22,0%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати відмічені у 252 (67,7%) пацієнтів.

Близькими по значенню показники виявилися при медіогастральних злоякісних пухлинах: кроваве блювання – у 118 (41,0%), мелена – у 121 (42,0%), кроваве блювання та мелена – у 49 (17,0%) хворих. Загальні симптоми крововтрати виявлені у 188 (65,3%) пацієнтів.

При злоякісних пухлинних ураженнях проксимальних відділів шлунка найменшим по частоті виявився симптом кровавого блювання – 72 (22,6%). Найбільшим по частоті був симптом наявності мелени – 204 (63,9%). Поєднання кровавого блювання та мелени визначено у 43 (13,5%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати були у 187 (58,6%) випадках.

Симптоми кровотечі при субтотальних та тотальних ураженнях шлунка були наступними: кроваве блювання – у 44 (30,1%), мелена – у 204 (63,9%) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати спостерігались у 84 (57,5%) хворих.

Наші спостереження показують, що зовнішні прояви кровотечі при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка не мають суттєвих відмінностей при основних локалізаціях пухлин, так як характер блювотних мас та випорожнень кишківника залежить не тільки від локалізації, а й від об'єму та інтенсивності кровотечі.

Отже, поряд з загальними та місцевими симптомами шлункової кровотечі у 675 (74,7%) хворих, можна виявити симптоми злоякісного

Таблиця 2

Клінічні прояви ШКК в залежності від локалізації злоякісних пухлин

Клінічні прояви ШКК	Локалізація				Всього %
	С	М	А	СМ; МА; СМА	
Haematemesis	72 22,6%	118 41,0%	131 35,2%	44 30,1%	365 32,4%
Melaena	204 63,9%	121 42,0%	159 42,8%	60 41,1%	544 48,4%
Hematemesis + melaena	43 13,5%	49 17,0%	82 22,0%	42 28,8%	216 19,2%
Всього %	319 100%	288 100%	372 100%	146 100%	1125 100%

пухлинного ураження шлунка. Тому детальний збір анамнестичних даних та деталізація скарг хворих можуть надати велику допомогу в діагностиці причин шлунково-кишкової кровотечі.

В таблиці 3 наведені патологічні зміни, виявлені при фізикальному дослідженні хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка.

З наведених даних видно, що виражена блідість шкіри та видимих слизових оболонок при поступленні відмічена у 436 (38,8%) хворих. Холодний липкий піт, що свідчив про наявність інтенсивної кровотечі був виявлений у 153 (13,6%) пацієнтів.

Важливе діагностичне значення при огляді хворих із пухлинними шлунковими кровотечами має пальпація черева. При цьому можливо запідозрити імовірне джерело кровотечі та його локалізацію, визначити наявність асцитів та метастазів у печінці.

Болючість при пальпації в епігастральній ділянці ми виявили у 781 (69,4%) пацієнта, наявність пухлини при пальпації епігастральної ділянки – у 148 (13,2%), серед яких у 87 (7,7%) вона була горбистою і не змішалася.

Збільшена печінка визначена у 167 (14,8%) хворих, при цьому щільною та горбистою вона була у 99 (8,8%), асцит мав місце у 81 (7,2%), кахексія – у 147 (13,1%) пацієнтів.

Наявність метастазів Вірхова визначено у 22 (1,9%), метастазів «сестри Джозеф» – у 12 (1,1%), метастазів Шніцлера (при пальцевому дослідженні прямої кишки) – у 6 (0,5%) хворих.

Збільшена горбиста печінка, асцит, метастази Вірхова, «сестри Джозеф», Шніцлера та наявність пухлини, що палькується в

епігастральній ділянці, являлися абсолютними ознаками злоякісного пухлинного процесу, що визначили IV стадію захворювання.

Отже, на підставі первинного огляду хворого з шлунково-кишковою кровотечею, зумовленою злоякісною пухлиною шлунка, можна виявити клінічні ознаки, що мають важливе діагностичне значення. Більше ніж у половини хворих в анамнезі виявлено симптоми шлункової патології протягом 1-6 місяців до виникнення геморагії. При об'єктивному обстеженні у 69,4% хворих при пальпації живота визначається болючість в епігастральній ділянці, та у 13,2% пацієнтів палькується пухлина, що є абсолютною ознакою злоякісного пухлинного ураження шлунка.

Таким чином, аналізуючи отримані клінічні дані, скарги, які пред'являють хворі в момент діагностики захворювання, носять різнобічний характер, клінічна картина має невиражений або стертий характер, а в 25,3% випадках перебіг злоякісних пухлинних уражень шлунка є асимптомним. Маніфестними клінічними проявами злоякісних новоутворень шлунка є ніщо інше, як симптоми шлунково-кишкової кровотечі, що спонукають до первинної діагностики захворювання у 80,4% пацієнтів. Стертість та невираженість клінічної картини ще раз вказує на необхідність регулярного комплексного обстеження хворих з використанням об'єктивних методів досліджень, ведуча роль серед яких відводиться езофагогастроуденоскопії, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%. У зв'язку з цим, всім хворим з наявністю шлункового анамнезу

Таблиця 3

Патологічні зміни, виявлені при фізикальному огляді хворих з ГЗПШ

Симптоми	Абс.	%
1. Блідість шкіри та слизових оболонок	436	38,8
2. Холодний липкий піт	153	13,6
3. Болючість в епігастральній ділянці	781	69,4
4. Пальпація пухлини в епігастрії	148	13,2
5. Збільшена печінка	167	14,8
6. Асцит	81	7,2
7. Метастаз Вірхова	22	1,9
8. Кахексія	147	13,1
9. Метастаз «сестри Джозеф»	12	1,1
10. Метастаз Шніцлера	6	0,5

показано проведення ендоскопічного дослідження, що буде сприяти збільшенню частоти виявлення злоякісних пухлинних уражень шлунка до розвитку їх ускладнення гострою кровотечею.

Висновки

1. У 25,3% хворих із злоякісними пухлинами шлунка, перебіг захворювання до розвитку шлунково-кишкової кровотечі є асимптомним.

2. У 74,7% пацієнтів із злоякісними пухлинами шлунка, клінічні ознаки шлункової патології до розвитку шлунково-кишкової кровотечі носили невиражений або стертий характер.

3. Симптоми шлункової патології передували розвитку гострої геморагії у 68,1% хворих із злоякісними новоутвореннями шлунка протягом перших 6 місяців клінічних проявів захворювання.

4. Зовнішні прояви кровотечі при гостро-кровоточивих злоякісних пухлинах шлунка не мають суттєвих відмінностей при основних локалізаціях пухлин, а залежать від об'єму та інтенсивності кровотечі.

5. При фізикальному обстеженні хворих можна виявити симптоми злоякісного пухлинного ураження шлунка, у тому числі ознаки його запущеності, що визначають IV стадію захворювання.

6. Основним методом діагностики злоякісних пухлинних уражень шлунка є езофагогастродуоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100%.

7. З метою своєчасного виявлення злоякісних пухлин шлунка, рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження всім хворим з наявністю шлункового анамнезу.

ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

П.В. Иванчов

Реферат. Обобщён опыт лечения 1125 больных с острокровоточащими злокачественными опухолями желудка. Асимптомное течение заболевания отмечено у 25,3% больных и у 74,7% пациентов клинические проявления злокачественного опухолевого поражения желудка до развития острой геморрагии носили невыраженный или стёртый характер. Основным методом диагностики острокровоточащих злокачественных опухолей желудка является эзофагогастродуоденоскопия, что позволяет повысить уровень выявления больных с данной патологией до 100%. В связи с этим, с целью своевременного выявления злокачественных опухолей желудка, всем больным с наличием желудочного анамнеза рекомендовано проводить эндоскопическое исследование.

Ключевые слова: диагностика, клиническое течение, злокачественная опухоль желудка, кровотечение.

DIAGNOSIS AND PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF ACUTELY BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

P.V. Ivanchov

Abstract. The experience of treatment of 1125 patients with acutely bleeding malignant tumors of the stomach is generalized. Asymptomatic course of the disease was observed in 25.3% patients and in 74.7% of patients clinical manifestations of a malignant tumor of the stomach were unexpressed or subclinical before the development of acute hemorrhage. The main method of diagnostics of acutely malignant tumors of the stomach is esophagogastroduodenoscopy, which allows to approve the level of detection the patients with this pathology up to 100%. As a result, with intention to detect malignant tumors of the stomach, endoscopic investigation is recommended to all the patients with stomach anamnesis.

Key words: diagnosis, clinical course, malignant tumor of stomach, bleeding.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вилянсий М.П. Опухоли как причина острых желудочно-кишечных кровотечений / М.П. Вилянсий, А.А. Чумаков, А.Н. Хорев // Вопросы онкологии. – 1991. – № 6. – С. 742-745.
2. Саенко В.Ф. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк [и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с.
3. Зайцев В.Т. Результаты хирургического лечения кровоточащих опухолей желудка / В.Т. Зайцев, А.И. Дерман, И.А. Тарабан // Клини. хирургия. – 1991. – № 5. – С. 26-28.
4. Братусь В.Д. Лечение больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями в специализированном центре / В.Д. Братусь, Н.В. Гудим-Левкович, И.Л. Лисов [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1985. – № 4. – С. 126-129.
5. Братусь В.Д. Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечениями пухлинного походження / В.Д. Братусь, П.Д. Фомін, О.Б. Біляков-Бельський [та ін.] // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 2001. – № 1. – С. 48.
6. Михайлов А.П. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии / А.П. Михайлов, А.М. Данилов, А.Н. Напалков [и др.] // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – № 1. – С. 79-81.
7. Петров В.П. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта / В.П. Петров, И.А. Ерухин, И.С. Шемякин. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
8. Бондарь В.Г. Поздняя диагностика, осложнения и лечение рака желудка / В.Г. Бондарь, Ю.А. Салиев, Ю.В. Остапенко, Г.В. Бондарь // Клинич. хірургія. – 2006. – № 3. – С. 8-13.
9. Бондарь Г.В. Рак желудка: профилактика, диагностика и лечение на современном этапе / Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.Ю. Попович, В.Г. Бондарь // Онкология. – 2006. – № 2. – С. 171-175.
10. Фільц Ю.О. Діагностика раку шлунка, ускладненого кровотечею/Ю.О. Фільц//Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечениями. – Львів, 2000. – С. 95.
11. Kojima M. Bleeding from the alimentary tract – acute hemorrhage from gastrointestinal tumors / M. Kojima, F. Konishi // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol. 56, № 9. – P. 2360-2364.