

УДК 616.33-006.04-005.1-036.11-089-072.1

ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ТА КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНИЙ МОНІТОРИНГ У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА

П.Д. Фомін, П.В. Іванчов

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

Реферат. В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 1125 хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, виділяючи 2 періоди: I період (817 хворих) – 1992-2004 р.р.; II період (308 хворих) – 2005-2009 р.р. Розроблена активно-очікувальна індивідуальна лікувальна тактика, що базується на науково обґрунтованому комплексному лікуванні з використанням ефективних мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу з метою зупинки активних пухлинних кровотеч та проведення заходів, направлених на профілактику розвитку рецидиву кровотечі, у разі спонтанної зупинки кровотечі і наявності стигмат, та наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу з чіткими критеріями інтервалів ендоскопічних оглядів, згідно визначених груп ризику розвитку рецидиву кровотечі. Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих дозволило, у порівнянні з I періодом, знизити кількість екстрених операцій з 10,5% до 6,2%, збільшити кількість операцій у ранньому відстроченому періоді з 89,5% до 93,8%, і тим самим досягти зменшення загальної летальності з 10,0% до 5,8%, серед неоперованих хворих – з 8,8% до 7,5%, та післяопераційної летальності у 2,7 рази (з 11,6% до 4,3%), у тому числі після екстрених операцій у 3,2 рази (з 31,6% до 10,0%) і ранньо-відстрочених – у 2,4 рази (з 9,3% до 3,9%).

Ключові слова: лікувальна тактика, клініко-ендоскопічний моніторинг, злоякісні пухлини шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз, хірургічне лікування.

Гострі гастродуоденальні кровотечі представляють серйозну проблему в невідкладній хірургії органів черевної порожнини. У 10-12% пацієнтів джерелом шлунково-кишкової кровотечі є злоякісні пухлинні ураження, серед яких вагоме місце належить злоякісним пухлинним ураженням шлунка, які у 4,6-15,9% випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [1, 4, 6, 10, 14].

На сьогоднішній день, аналіз несприятливих наслідків лікування хворих зводиться до критики необґрунтовано пізніх операцій, або занадто догматичної позиції, що полягає у необхідності проведення екстреного хірургічного лікування при виникненні перших ознак пухлинної кровотечі.

Актуальність проблеми гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка (ГЗПШ) полягає у відсутності чітко визначених алгоритмів хірургічної тактики, що визначається неба-

жано високим рівнем летальності у межах від 20% до 50%, а кількість ускладнень злоякісних пухлин гострою кровотечею не має тенденції до зниження і в останні 10 років прогресивно зростає [2, 3, 5, 7-9, 11-13, 15].

Активна, активно-очікувальна та очікувальна тактики при гострих гастродуоденальних кровотечах пухлинного походження існують давно, тільки число прихильників та противників кожної з них періодично змінюється. Предметом палких дискусій при обговоренні хірургічних аспектів лікування ГЗПШ являються: визначення показань, термінів проведення та вибір методу оперативного втручання.

Мета роботи – розробка та впровадження у клінічну практику лікувальної тактики та програми клініко-ендоскопічного моніторингу у хворих з ГЗПШ.

Матеріал та методи

У клініці за період 1992- 2009 р.р. лікувалося 1125 хворих із ГЗПШ, що склало 2,2% від усіх хворих, лікованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи Київського міського центру по наданню допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами. Рак шлунка мав місце у 1108 (98,5%) пацієнтів, та у 17 (1,5%) – саркома. Вік 794 (70,6%) чоловіків і 331 (29,4%) жінок був від 19 до 94 років, а найбільша кількість хворих відмічена у вікових групах 61-70 років – 347 (30,8%) пацієнтів, та 71- 80 років – 277 (24,6%). Співвідношення чоловіків до жінок склало 2:1.

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

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 год. – у 301 (26,8%), від 2 до 4 год. – у 108 (9,6%), від 4 до 12 год. – у 82 (7,3%), від 12 до

24 – 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.

При проведенні ендоскопічного дослідження окрім визначення локалізації пухлинного ураження шлунка, його розповсюдженості та морфологічних характеристик, визначали стан гемостазу, використовуючи модифіковану нами (Нікішаєв В.І., 1997) класифікацію активності кровотечі Forrest J.A.H.: I група (125 – 11,1%) – кровотеча, що продовжується: IA (36 – 3,2%) – струминна; IB (78 – 6,9%) – просочування; Ix (11 – 1,0%) – з-під щільного фіксованого згустку крові; II група (654 – 58,1%) – кровотеча, що зупинилася: ПА (255 – 22,7%) – тромбована судина; ПБ (301 – 26,7%) – фіксований згусток крові; ПС (98 – 8,7%) – дрібні тромбовані судини; III група (346 – 30,8%) – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Аналіз результатів лікування хворих з ГЗПШ проведений у двох групах, що знаходилися на лікуванні протягом двох періодів, які відповідають етапам вдосконалення і впровадження у клінічну практику мініінвазивних методів ендохірургічних втручань, направлених на зупинку активної кровотечі та профілактику її рецидиву, а також перегляду принципів підходу і критеріїв вибору хірургічної тактики.

I період (817) – хворі, що знаходилися на лікуванні в нашій клініці за період з 1992 по 2004 р.р.

Даний період характеризувався активною хірургічною тактикою з обов'язковим використанням мініінвазивних ендоскопічних втручань, що були ефективними при ерозивно-виразкових гастродуоденальних кровотечах. Вибір методу ендохірургічного впливу на джерело пухлинної кровотечі здійснювався без урахування стану гемостазу, локалізації та морфологічного типу пухлинного ураження. У зв'язку з низькою ефективністю ендоскопічної зупинки активних пухлинних кровотеч та високою частотою рецидивів кровотеч, досягнутий ендоскопічний гемостаз вважали тимчасовим і нестійким, що спонукало до широкого проведення екстрених та невідкладних операцій при відсутності протипоказань.

Отже, цей період відповідав проведенню активної хірургічної тактики, але поряд з цим продовжувався пошук та розробка нових способів ендоскопічного гемостазу, а також проводився аналіз лікування хворих з ГЗПШ.

II період (308) – хворі, що знаходилися на

лікуванні в нашій клініці за період з 2005 по 2009 р.р.

Цей період характеризувався впровадженням у клінічну практику розробленої активної ендоскопічної тактики з обов'язковим проведенням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу у хворих не тільки з активними пухлинними кровотечами, а і наявністю стигмат недавньої кровотечі – тромбована судина (FPA), фіксований згусток крові (FIB), з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу.

Результати та обговорення

За численними спостереженнями пухлинна кровотеча у 70-80% хворих зупиняється спонтанно, у 20-30% – після її зупинки настає рецидив і у 1-3% – кровотеча залишається неспинною, незважаючи на здійснювані заходи ендоскопічного гемостазу, що потребує екстреного хірургічного втручання. Біля 90% ранніх рецидивів кровотеч виникає в перші 2-3 доби після первинної кровотечі. Небезпека розвитку ранніх рецидивів пухлинних кровотеч полягає у тому, що кожна наступна рецидивна крововтрата в умовах порушень гомеостазу спричинених первинною крововтратою та пухлинним процесом, призводить до його поглиблення, зламу механізмів регуляції та компенсації гіповолемії, критично погіршує стан пацієнта, збільшує необхідний для відновлення ОЦК обсяг інфузійно-трансфузійної терапії. Виконання екстреного оперативного втручання в таких умовах являється єдиною і вимушеною мірою, однак ці операції супроводжуються високими показниками післяопераційних ускладнень та летальності. Як показали наші спостереження, операції, що виконані на висоті першого рецидиву пухлинної кровотечі збільшують післяопераційну летальність у 2 рази, а виконання операцій на висоті 2-3 рецидиву кровотечі в стаціонарі приводить до збільшення летальності у 4-8 разів.

За результатами проведеного аналізу у I періоді для зупинки пухлинних кровотеч та проведення профілактики їх рецидиву використовували методи, що були ефективними при ерозивно-виразкових ураженнях шлунка та дванадцятипалої кишки. Здебільшого вживалися різні види електрокоагуляції, ендоскопічна ін'єкційна терапія з використанням адреналіну 1:10000, фізіологічного розчину, 0,25-0,5% розчину новокаїну, спирту, аплікаційні методи впливу на джерело кровотечі гемостатичними та плівкоутворюючими полімерами. Рецидиви шлунково-кишкових кровотеч відмічено у 179 (21,9%) хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка.

Провівши аналіз ефективності методів ендоскопічного гемостазу у I періоді, ми систематизували вибір мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для зупинки активних пухлинних кровотеч та проведення профілактики розвитку рецидиву кровотечі в залежності від стану гемостазу, локалізації злякисного пухлинного ураження шлунка та його морфологічних характеристик.

Як показали наші спостереження, найбільш ефективними методами ендоскопічного гемостазу виявилися ендоскопічне кліпсування (ЕКл), електрокоагуляція (ЕК), аргоноплазмова коагуляція (АПК), ендоскопічна ін'єкційна терапія (ЕІТ) та комбіноване використання цих методів. Методи ендоскопічної аплікаційної терапії (ЕАТ) виявилися неефективними як для зупинки активних пухлинних кровотеч, так і для проведення профілактики розвитку рецидиву шлунково-кишкових кровотеч, тому на сьогодні нами не використовуються.

Розроблена нами лікувальна тактика базується на проведенні ендоскопічного гемостазу при активних пухлинних кровотечах та заходів, направлених на профілактику розвитку рецидиву кровотечі при ознаках спонтанної зупинки кровотечі і наявності стигмат, шляхом використання мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу згідно визначених критеріїв їх ефективності.

Після проведення ендоскопічного дослідження, проводимо поділ хворих на групи з визначенням критеріїв показів та термінів проведення оперативних втручань, з урахуванням обтяжуючих факторів прогнозу ризику розвитку рецидиву пухлинної кровотечі.

I група (FIA, FIx) – хворі з активною кровотечею, яка не зупинена ендоскопічними методами.

II група (FIA, FIx) – хворі з активною кровотечею, яка зупинена ендоскопічними методами. Ризик розвитку рецидиву кровотечі – високий.

III група (FIB, FIIA, FIIB) – хворі з ознаками спонтанно зупиненої кровотечі, яким проведені заходи, направлені на профілактику розвитку рецидиву кровотечі. Ризик розвитку рецидиву кровотечі – середній.

IV група (FIC, FIIC) – хворі з ознаками спонтанно зупиненої кровотечі, які не потребують проведення заходів, направлених на профілактику розвитку рецидиву кровотечі. Необхідність проведення профілактичних ендоскопічних гемостатичних процедур визначається індивідуально. Ризик розвитку рецидиву кровотечі – низький.

Кожна основна група хворих поділена на 3 підгрупи:

а) відсутні протипоказання до проведення оперативного лікування;

б) визначено протипоказання до проведення оперативного лікування;

— рак IV клінічної групи з ознаками ракової інтоксикації та поліорганної недостатності;
— виражена поліморбідна патологія, що декомпенсує вітальні ресурси;

в) хворі, що відмовилися від операції.

Хворі Ia групи, з ознаками активної кровотечі, яка не зупинена ендоскопічними заходами, підлягають оперативному лікуванню в екстреному порядку за життєвими показами протягом наступних 1-2 годин.

Хворі IIa групи, з зупиненою активною кровотечею ендоскопічними заходами і високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі, підлягають оперативному лікуванню в невідкладному, протягом 6-24 годин, чи ранньо-відстроченому порядку, протягом 2-7 днів, після проведення передопераційної підготовки, в залежності від сукупності обтяжуючих факторів у плані прогнозу ризику розвитку рецидиву кровотечі.

Хворі IIIa та IVa груп, з ознаками спонтанно зупиненої кровотечі, яким проведені заходи, направлені на профілактику розвитку рецидиву кровотечі з середнім, та відповідно низьким ризиком розвитку рецидиву кровотечі, підлягають оперативному лікуванню у ранньо-відстроченому порядку, протягом 2-7 днів, після проведення необхідної передопераційної підготовки.

Після проведення екстреного ендоскопічного дослідження всі групи хворих, за виключенням Ia, яким показано проведення екстреної операції, підлягають пролонгованому клініко-ендоскопічному моніторингу.

Клінічний моніторинг здійснювався хірургами та реаніматологами, в ході якого встановлювався адекватний об'єм лікувальних заходів, направлених на компенсацію гіповолемії, дефіциту ОЦК і корекцію гемодинамічних розладів. У ході клінічного моніторингу визначалися покази і терміни проведення оперативних втручань з урахуванням прогностичних факторів ризику розвитку рецидиву кровотечі.

Завданнями ендоскопічного моніторингу є:

1. Здійснення контролю за станом ефективності первинного ендоскопічного гемостазу з використанням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу, направлених на забезпечення надійного гемостазу та профілактику розвитку рецидиву кровотечі.

2. Виявлення раннього рецидиву кровотечі на доклінічному етапі його прояву з проведенням активного ендоскопічного гемостазу.

3. Неодноразове проведення мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу у хворих з активними та рецидивними пухлинними кровотечами із запущеними формами раку шлунка та наявністю важкої супутньої патології, яким оперативне лікування не показано.

4. Доповнення первинних даних про розповсюдженість та морфологічні характеристики пухлинного ураження шлунка, його операбельність, що має важливе значення для визначення показів та вибору способу і об'єму оперативного втручання.

Згідно визначених груп у плані прогнозу ризику розвитку рецидиву кровотечі, хворі підлягають проведенню пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу з інтервалами оглядів у Іб, Ів, ІІа, ІІб, ІІв групах через кожні 2-4 год., у ІІІа, ІІІб, ІІІв – 4-6 год., у ІVа, ІVб, ІVв – 12-24 год.

У випадку виникнення рецидиву кровотечі у хворих, які знаходяться на етапі пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу, показано проведення екстреного оперативного лікування по життєвим показам, за виключенням хворих з наявністю вираженої супутньої патології, неоперабельного раку шлунка ІV клінічної групи та тих, що відмовилися від операції. Ці хворі підлягають подальшому клініко-ендоскопічному моніторингу з інтервалами оглядів через кожні 2-4 години і повторним проведенням методів ендохірургічного гемостазу.

При гладкому перебігу постгеморагічного періоду та відсутності ознак розвитку рецидиву кровотечі, хворим проводилося повноцінне

клініко-лабораторне та інструментальне дообстеження, патогістологічне дослідження біопсійного матеріалу, доповнювалися дані про морфологічний тип і розповсюдженість пухлинного процесу з визначенням наявності регіонарних та віддалених метастазів. Здійснювалася остаточна корекція гіповолемії та дефіциту ОЦК на фоні консервативної гемостатичної терапії.

При відсутності протипоказань до проведення операції, хворі підлягають оперативному лікуванню у ранньому відстроченому періоді протягом наступних 2-7 діб в умовах максимальної компенсації дефіциту ОЦК та гіповолемічних розладів, що зумовлює виконання, з урахуванням індивідуального підходу та всіх онкологічних критеріїв, найбільш виправданої операції з позицій її радикальності.

У разі наявності ознак запущеності та неоперабельності раку шлунка, а також вираженої поліморбідної патології, що визначають вкрай високий анестезіологічний та операційний ризику, хворі, після проведення консервативного лікування, підлягають симптоматичному лікуванню у онколога за місцем проживання.

За результатами проведеного аналізу лікування 1125 хворих з ГЗПШ у 442 (39,3%) було проведено мініінвазивні методи ендохірургічного гемостазу з метою зупинки активних пухлинних кровотеч і їх рецидивів, та заходи, направлені на профілактику розвитку рецидиву кровотеч.

У І періоді лікування хворих мініінвазивні методи ендохірургічного гемостазу були вжиті у 280 (34,3%) із 817 пацієнтів з ГЗПШ. Із 91 пацієнта з триваючою кровотечею не вдалося ендоскопічно зупинити її у 8 (8,8%). Реци-

Таблиця.
Результати лікування хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка у двох періодах

	Загальна кількість хворих	Опер. хворі	Екстрена операція	На висоті кровотечі	На висоті рецидивної кровотечі	Ранньо-відстрочена операція	Не оперовані хворі
І період (1992-2004 р.р.)							
Хворі	817	362	38	8	30	324	455
%	100%	44,3%	10,5%	2,2%	8,3%	89,5%	55,7%
Померло	82	42	12	3	9	30	40
%	10,0%	11,6%	31,6%	37,5%	30,0%	9,3%	8,8%
ІІ період (2005-2009 р.р.)							
Хворі	308	162	10	2	8	152	146
%	100%	52,6%	6,2%	1,2%	4,9%	93,8%	47,4%
Померло	18	7	1	-	1	6	11
%	5,8%	4,3%	10,0%	-	12,5%	3,9%	7,5%

див кровотечі виник у 179 (21,9%) хворих, із яких у 89 (49,7%) ендоскопічні втручання на субстраті кровотечі не проводилися. Рецидив кровотечі мав клінічні прояви у 137 (76,5%) пацієнтів, а у 42 (23,5%) він був виявлений при проведенні контрольного ендоскопічного дослідження.

Оперовано 362 (44,3%) хворих із 817 (див. табл.). В екстреному порядку оперативне лікування проведено у 38 (10,5%) з летальністю 31,6% (12 хворих), у ранньому відстроченому періоді – 324 (89,5%) з летальністю 9,3% (30 хворих). Симптоматична терапія проведена у 455 (55,7%) пацієнтів, з яких померло 40 (8,8%). Загальна летальність склала – 10,0% (82 хворих), а післяопераційна – 11,6% (42 хворих).

У II періоді лікування хворих мініінвазивні методи ендохірургічного гемостазу були вжиті у 179 (58,1%) із 308 хворих з ГЗПШ. Всього їм було проведено 554 (3,1 на 1 хворого) мініінвазивні методи ендохірургічного гемостазу під час проведення ендоскопічного моніторингу. Із 34 хворих з триваючою кровотечею не вдалося ендоскопічно зупинити її у 2 (5,9%). Рецидив кровотечі виник у 26 (8,4%) хворих, що статистично достовірно менше ніж у I періоді ($p < 0,05$). Рецидив кровотечі мав клінічні прояви у 5 (19,2%) хворих, а у 21 (80,8%) він був діагностований у процесі проведення ендоскопічного моніторингу.

Загалом у II періоді оперовано 162 (52,6%) хворих із 308. В екстреному порядку оперативне лікування проведено у 10 (6,2%) з летальністю 10,0% (1 хворий), у ранньому відстроченому періоді – 152 (93,8%) з летальністю 3,9% (6 хворих). Симптоматична терапія проведена у 146 (47,4%) пацієнтів, з яких померло 11 (7,5%). Загальна летальність склала – 5,8% (18 хворих), а післяопераційна – 4,3% (7 хворих).

За результатами проведеного аналізу, загальна кількість оперованих хворих у II періоді збільшилася на 8,3% (з 44,3% до 52,6%) у порівнянні з I періодом, при цьому кількість екстрених операцій зменшилася з 10,5% до 6,2%, а ранньо-відстрочених – збільшилася з 89,5% до 93,8%. Використання мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу у хворих II періоду, дозволило статистично достовірно ($p < 0,05$) знизити, у порівнянні з I періодом, кількість операцій на висоті активної кровотечі з 2,2% до 1,2%, та на висоті рецидиву кровотечі – з 8,3 до 4,9%, при цьому у II періоді летальних випадків після операцій на висоті незупиненої активної кровотечі не відмічено, а після операцій проведених на висоті рецидиву кровотечі показ-

ник летальності у 2,4 рази менший у порівнянні з показниками летальності у I періоді, де летальність після операцій на висоті кровотечі та на висоті рецидиву кровотечі становить 37,5% і 30,0% відповідно.

Таким чином, у II періоді лікування хворих досягнуто зниження, у порівнянні з I періодом, загальної летальності з 10,0% до 5,8%, післяопераційної летальності у 2,7 рази (з 11,6% до 4,3%); після екстрених операцій у 3,2 рази (з 31,6% до 10,0%), ранньо-відстрочених – у 2,4 рази (з 9,3% до 3,9%), серед неоперованих хворих з 8,8% до 7,5%.

Висновки

Ефективний ендоскопічний гемостаз та ендоскопічна профілактика розвитку рецидиву кровотечі з наступним клініко-ендоскопічним моніторингом, забезпечують стабільний перебіг постгеморагічного періоду, що суттєво впливає на зменшення частоти екстрених операцій, які проводяться з невиправданим ризиком, супроводжуючись високою частотою післяопераційних ускладнень та летальності. Це досягнуто завдяки розробці нових лікувально-тактичних підходів у хворих з ГЗПШ, а саме проведенню активної ендоскопічної тактики з селективним використанням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу в залежності від стану гемостазу, локалізації пухлини та її морфологічних характеристик. Збільшення питомої ваги ранньо-відстрочених операцій, поряд із зменшенням кількості екстрених операцій зумовлює покращення результатів хірургічного лікування хворих з ГЗПШ.

Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих дозволило, у порівнянні з I періодом, знизити кількість екстрених операцій з 10,5% до 6,2%, збільшити кількість операцій у ранньому відстроченому періоді з 89,5% до 93,8%, і тим самим досягти зменшення загальної летальності з 10,0% до 5,8%, серед неоперованих хворих – з 8,8% до 7,5%, та післяопераційної летальності у 2,7 рази (з 11,6% до 4,3%), у тому числі після екстрених операцій у 3,2 рази (з 31,6% до 10,0%) і ранньо-відстрочених – у 2,4 рази (з 9,3% до 3,9%).

Тому, вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих з ГЗПШ надто небезпечними, що пов'язано з високою післяопераційною летальністю, і доцільним є застосування комплексу мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву і оперувати хворих у ранньо-відстроченому періоді. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для жит-

тя хворого і можливості виконання радикальних оперативних втручань, як показали наші дослідження у 75,9% хворих з ГЗПШ.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА И КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

П.Д. Фомин, П.В. Иванчов

Реферат. В основу работы положен анализ результатов лечения 1125 больных с острокровотокащими злокачественными опухолями желудка, выделены 2 периода: I период (817 больных) – 1992-2004 г.г.; II период (308 больных) – 2005- 2009 г.г. Разработана активно-выжидательная индивидуальная лечебная тактика, которая базируется на научно обоснованном комплексном лечении с применением эффективных миниинвазивных методов эндохирургического гемостаза с целью остановки активных опухолевых кровотечений и проведения мероприятий, направленных на профилактику развития рецидива кровотечения, в случае спонтанной остановки кровотечения и наличия стигмат, и последующим проведением клинико-эндоскопического мониторинга с чёткими критериями интервалов эндоскопических осмотров, согласно определённых групп риска развития рецидива кровотечения. Применение разработанного алгоритма хирургической тактики во II периоде лечения больных позволило, по сравнению с I периодом, снизить количество экстренных операций с 10,5% до 6,2%, увеличить количество операций в раннем отсроченном периоде с 89,5% до 93,8%, и тем самым достичь уменьшения общей летальности с 10,0% до 5,8%, среди неоперированных больных – с 8,8% до 7,5% и послеоперационной летальности в 2,7 раза (с 11,6% до 4,3%), в том числе после экстренных операций в 3,2 раза (с 31,6% до 10,0%) и ранее-отсроченных – в 2,4 раза (с 9,3% до 3,9%).

Ключевые слова: лечебная тактика, клинико-эндоскопический мониторинг, злокачественные опухоли желудка, желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение.

MEDICAL TACTIC AND CLINICAL-ENDOSCOPIC MONITORING IN SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

P.D. Fomin, P.V. Ivanchov

Abstract. At the basis of work there is the analysis of treatment of 1125 patient with acutely bleeding malignant tumors of the stomach, marking out 2 periods: I period (817 patients) – 1992-2004; II period (308 patients)– 2005- 2009. The worked out actively-waiting individual medical tactic, which is based on scientifically grounded complex treatment with using effective miniinvasive methods of endosurgical hemostasis, which aim is to stop active tumorous bleedings and holding events, directed at the prevention of development of relapse of bleeding, in case of spontaneous stop of bleeding and presence of stigmata, and the further holding of clinical-endoscopic monitoring with clear criterions of intervals of endoscopic examination, according to defined groups of risk of development of relapse of bleeding. Using the worked out algorithm of surgical tactic at the II period of treating the patients allowed, comparatively to the I period, to decrease the number of urgent operations from

10,5% to 6,2%, to increase the number of operations at the early stitched on period from 89,5% to 93,8%, and so to reach the decrease of general lethality from 10,0% to 5,8%, among patients, who weren't operated – from 8,8% to 7,5% and postoperative lethality in 2,7 times (from 11,6% to 4,3%), at the same number after urgent operations in 3,2 times (from 31,6% to 10,0%) and early-stitched on – in 2,4 times (from 9,3% to 3,9%).

Key words: medical tactic, clinical-endoscopic monitoring, malignant tumors of the stomach, gastrointestinal bleedings, endoscopic hemostasis, surgical treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Новые тенденции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями / В.Д. Братусь // Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії. – 2001. – № 1. – С. 5-6.
2. Кондратенко П.Г. Хирургическая тактика у больных с острыми кровотечениями из злокачественных опухолей пищеварительного канала / П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов // Хірургія України. – 2005. – № 3. – С. 23-25.
3. Непосредственные результаты хирургического лечения рака желудка / Г.А. Арутюнян, А.И. Крыжановский, С.М. Селин [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 55-58.
4. 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.
5. Поздняя диагностика, осложнения и лечение рака желудка / В.Г. Бондарь, Ю.А. Салиев, Ю.В. Остапенко, Г.В. Бондарь // Клініч. хірургія. – 2006. – № 3. – С. 8-13.
6. 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.
7. Результаты оперативного лечения больных с осложнённым местнораспространённым раком желудка / В.В. Бойко, С.А. Савви, В.А. Лазирский, В.Н. Лыхман // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 3 (34). С. 48-51.
8. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложнённого профузным кровотечением / С.А. Поликарпов, А.Н. Лисицкий, Н.Н. Иров [и др.] // Хирургия. – 2008. – № 7. – С. 24- 26.
9. Расширенные операции в хирургии рака желудка / М.И. Давыдов, А.Б. Германов, И.С. Стилиди, В.А. Кузьмичев // Хирургия. – 1995. – № 5. – С. 41- 46.
10. Состояние проблемы и пути оптимизации тактики хирургического лечения больных раком желудка старшей возрастной группы / М.И. Давыдов, М.Д. Тер-Ованесов, В.В. Маховский // Хирургия. – 2008. – № 10. – С. 73- 79.
11. Особливості виконання гастректомії на висоті шлункової кровотечі у хворих з раковими пухлинами шлунка, що кровоточать / В.В. Бойко, М.П. Донець, І.А. Тарабан [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 4 (27). С. 10-12.
12. Хирургическое лечение острокровотокащего рака желудка / П.Д. Фомин, Е.Н. Шепетько, А.Б. Бельский [и др.] // Матеріали 21 з'їзду хірургів України, 5-7 жовт. 2005 р. – Запоріжжя, 2005. – Т. 2. – С. 540-541.
13. Iwasa Y. Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy / Y. Iwasa // J. Insur. Med. – 2004. – Vol. 36, № 2. – P. 111-114.
14. Kojima M. [Bleeding from the alimentary tract – acute hemorrhage from gastrointestinal tumors] : [article in Japanese] / M. Kojima, F. Konishi // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol. 56, № 9. – P. 2360-2364.
15. [The management of acute complications in gastric cancer] : [article in Romanian] / A. Ionescu, M. Hamburda, S. Sciuca [et al.] // Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. – 1993. – Vol. 97, № 2. – P. 265-268.