

УДК 616.33+616.342]-006.3.03-005.1-036.11-089.168

*П.Д. Фомін, П.В. Іванчов***РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ДОБРОЯКІСНИХ НЕЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИНАХ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ***Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ*

В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 51 хворого з гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та дванадцятипалої кишки, виділяючи 2 періоди: I період (35 хворих) – 1992-2004 р.р.; II період (16 хворих) – 2005-2009 рр. 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 у 2,5 рази (з 17,9% до 7,1%) і тим самим досягти зменшення летальності після екстрених операцій, післяопераційної та загальної з 20,0%, 3,6%, 2,9% відповідно до 0. Поряд з цим досягнуто збільшення хірургічної активності з 80,0% до 87,5% та виконання у 14,3% хворих при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження первинно-невідкладного ендохірургічного субмукозного видалення пухлин.

Ключові слова: доброякісні неепітеліальні пухлини, шлунково-кишкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз, хірургічне лікування.

Гастроуденальні кровотечі доброякісного пухлинного походження складають близько 0,3-1,5% у структурі шлунково-кишкових кровотеч, при цьому 70-85% доброякісних пухлинних уражень гастроуденальної зони клінічно та ендоскопічно верифікуються у зв'язку з розвитком ускладнення пухлинного процесу гострою кровотечею [1, 2, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 15]. Цей фактор сприяє високій частоті розвитку кровотеч важкого ступеня, особливо у хворих з доброякісними пухлинами неепітеліального походження, що є причиною розвитку ускладнень після проведення екстрених оперативних втручань [2, 5, 9, 11].

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 доброякісних неепітеліальних пухлин (ГДНП) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) полягає у відсутності чітко визначених алгоритмів хірургічної тактики, а кількість ускладнень доброякісних пухлин гострою кровотечею не має тенденції до зниження і в

останні 10 років прогресивно зростає [3, 6, 8, 12, 14].

На нашу думку, вирішення цих питань полягає в розробці, науковому обґрунтуванні та втіленні у клінічну практику нових лікувально-тактичних підходів, в основі яких лежить забезпечення надійного гемостазу проведенням ендоскопічних методів зупинки активних пухлинних кровотеч та заходів, направлених на профілактику розвитку рецидиву кровотеч, з наступним визначенням показань, термінів проведення та вибору способів оперативних втручань у хворих з ГДНП шлунка та ДПК.

Мета роботи – покращення результатів хірургічного лікування хворих з ГДНП шлунка та ДПК.

Матеріал та методи

У клініці за період 1992-2009 рр. лікувався 51 хворий з ГДНП шлунка та ДПК, що склало 0,1% від усіх хворих, лікованих з приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи Київського міського центру по наданню допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами.

Вік 22 (43,1%) чоловіків та 29 (56,9%) жінок був від 21 до 87 років. Співвідношення чоловіків до жінок склало 1:1,3. Найбільша кіль-

кість пацієнтів відмічена у віці від 61 до 70 років і склала 53 (31,7%) випадки.

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 32 (62,7%) хворих, від 1 до 2 год – у 9 (17,6%), від 2 до 4 – у 6 (11,8%), від 4 до 6 год. – у 4 (7,8%).

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 – кровотеча, що продовжується: IA – цівкова; IB – просочування; Ix – з-під щільного фіксованого згустку крові; II група – кровотеча, що зупинилася: ПА – тромбована судина; ПВ – фіксований згусток крові; ПС – мілкі тромбовані судини; III група – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Розподіл по групах відбувся наступним чином: I група – 7 (13,7%): IA – 2 (3,9%); IB – 1 (2,0%); Ix – 4 (7,8%); II група – 25 (49,0%): ПА – 2 (3,9%); ПВ – 20 (39,2%); ПС – 3 (5,9%); III група – 19 (37,3%).

Проведення аналізу стану гемостазу, ендоскопічних гемостатичних процедур та розвиток рецидивів шлунково-кишкових кровотеч у хворих з ГДНП шлунка та ДПК проводили виділивши два періоди лікування.

I період (35) – хворі, що знаходилися на лікуванні в нашій клініці за період з 1992 по 2004 рр.

Даний період характеризувався активною хірургічною тактикою з обов'язковим використанням мініінвазивних ендоскопічних втручань, що були ефективними при ерозивно-виразкових гастроуденальних 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 широго

кого 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 ГДНП шлунка та ДПК.

II період (16) – 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 (FIIA), фіксований згусток (FPIB), з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу.

Результати та обговорення

Розроблений нами алгоритм лікувальної тактики 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, з наступним проведенням пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу.

Згідно розробленого нами алгоритму лікувальної тактики і визначених критеріїв показів до проведення оперативних втручань, із 51 хворих з ГДНП шлунка та ДПК хірургічне лікування проведено у 42 (82,4%): висічення пухлини – 23 (54,8%); вилушення пухлини – 7 (16,7%); секторальна резекція шлунка – 9 (21,4%); резекція шлунка – 3 (7,1%): за Більрот-I – 1 (33,3%), Більрот-II – 2 (66,7%).

В екстремному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву оперовані 6 (14,3%) хворих із яких помер 1 (16,7%) пацієнт.

Первинно-невідкладне ендохірургічне видалення (ПНЕВ) доброякісної пухлини виконано у 2 (4,8%) хворих при проведенні екстремного ендоскопічного дослідження. Показаннями до виконання ПНЕВ пухлин є наявність

рухливого субмукозного доброякісного пухлинного утворення розмірами до 3 см в діаметрі, за умови стабільної гемодинаміки.

В ранньому відстроченому періоді, після проведення адекватної підготовки та комплексного дообстеження, оперативне лікування проведено у 34 (80,9%). Летальних наслідків не було.

Загальна післяопераційна летальність складала 2,4% (1 хворий).

За результатами проведеного аналізу лікування 51 хворого з ГДНП шлунка та ДПК у 32 пацієнтів проводилися мініінвазивні методи ендоскопічного гемостазу з метою зупинки активних пухлинних кровотеч і їх рецидивів, та заходи, направлені на профілактику розвитку рецидиву кровотечі.

У I періоді мініінвазивні методи ендоскопічного гемостазу були вжиті у 11 (31,4%) із 35 пацієнтів з ГДНП шлунка та ДПК. Із 5 пацієнтів з ознаками триваючої кровотечі не вдалося ендоскопічно зупинити її у 3 (60,0%). Рецидив кровотечі виник у 3 (8,6%) хворих, із яких у 1 (33,3%) ендоскопічні втручання на субстраті кровотечі не проводилися. Рецидив кровотечі мав клінічні прояви у всіх 3 (100%) випадках.

Оперативне лікування проведено у 28 (80,0%) хворих (див. табл.). В екстреному порядку оперовані 5 (17,9%) пацієнтів з летальністю 20,0% (1 хворий), у ранньому відстроченому періоді – 23 (82,1%), без летальних наслідків. Симптоматична терапія проведена у 7 (20,0%) пацієнтів, без летальних наслідків. Загальна летальність склала – 2,9%, а післяопераційна – 3,6%.

У II періоді мініінвазивні методи ендоскопічного гемостазу були вжиті у 9 (56,3%) із 16 хворих з ГДНП шлунка та ДПК. Всього їм було проведено 26 (2,9 на 1 хворого) мініінвазивних методи ендоскопічного гемостазу під час проведення ендоскопічного моніторингу. У 2 хворих з ознаками триваючої кровотечі гемостаз було досягнуто ендоскопічно. Рецидиву кровотечі у цій групі хворих не було.

Загалом, у II періоді оперовані 14 (87,5%) хворих (див. табл.). В екстреному порядку оперативне лікування проведено у 1 (7,1%) пацієнта, в ранньому відстроченому періоді – у 11 (78,6%), первинно-невідкладні ендоскопічні операції – у 2 (14,3%). Симптоматична терапія проведена у 2 (12,5%) хворих. Летальних випадків у II періоді не відмічено.

За результатами проведеного аналізу, загальна кількість оперованих хворих у II періоді збільшилася на 7,5% (з 80,0% до 87,5%) у порівнянні з I періодом, при цьому кількість екстрених операцій зменшилася у 2,5 рази (з 17,9% до 7,1%). У II періоді впроваджено проведення первинно-невідкладних ендоскопічних операцій, згідно встановлених показань до їх проведення, які виконано у 2 (14,3%) хворих, внаслідок чого дещо зменшилася кількість ранньо-відстрочених операцій у порівнянні з I періодом з 82,1% до 78,6%.

Використання мініінвазивних методів ендоскопічного гемостазу з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу у хворих II періоду, дозволило звести до 0 операції, що виконуються на висоті рецидиву кро-

Таблиця.

Результати лікування хворих з ГДНП шлунка та ДПК у двох періодах

	Всього хворих	Оперовані	ЕО	На висоті ШКК	На висоті рецидивної, ШКК	ПНЕВ	РВО	Не оперовані
I період (1992 – 2004 р.р.)								
Число, %	35	28, 80,0%	5, 17,9%	3, 10,7%	2, 7,1%	–	23, 82,1%	7, 20,0%
Померло, %	1, 2,9%	1, 3,6%	1, 20,0%	–	1, 50,0%	–	–	–
II період (2005 – 2009 р.р.)								
Число, %	16	14, 87,5%	1, 7,1%	1, 7,1%	–	2, 14,3%	11, 78,6%	2, 12,5%
Померло, %	–	–	–	–	–	–	–	–

ЕО – екстрена операція; РВО – ранньо-відстрочена операція; ПНЕВ – первинно-невідкладне ендоскопічне видалення; ШКК – шлунково-кишкова кровотеча.

вотечі, та зменшити до 7,1% операції на висоті активної кровотечі без летальних наслідків, у порівнянні з I періодом хворих, де на висоті триваючої кровотечі оперовані 3 (10,7%) пацієнти, а на висоті рецидиву кровотечі – 2 (7,1%), з летальністю 50,0%.

Таким чином, у II періоді досягнуто, у порівнянні з I періодом, підвищення хірургічної активності з 80,0% до 87,5%, впровадження проведення первинно-невідкладних ендоскопічних операцій у 14,3% оперованих хворих (2 із 14), зниження загальної, післяопераційної, у тому числі після екстрених операцій, летальності з 2,9%, 3,6%, 20,0% відповідно до 0.

З а к л ю ч е н н я

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 ГДНП шлунка та ДПК, а саме проведенню активної ендоскопічної тактики з селективним використанням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу в залежності від стану гемостазу, локалізації пухлини та її морфологічних характеристик.

Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих з ГДНП шлунка та ДПК дозволило, у порівнянні з I періодом, знизити кількість екстрених операцій у 2,5 рази (з 17,9% до 7,1%), у тому числі на висоті кровотечі з 10,7% до 7,1% та на висоті її рецидиву з 7,1% до 0, летальність після екстрених операцій, післяопераційну і загальну з 20,0%, 3,6%, 2,9% відповідно до 0. Поряд з цим досягнуто збільшення хірургічної активності з 80,0% до 87,5% та виконання у 14,3% хворих при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження первинно-невідкладного ендохірургічного субмукозного видалення пухлин.

Тому, вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих з ГДНП шлунка та ДПК не виправданими і доцільним є застосування комплексу мініінвазивних методів ендохірургічно-

го гемостазу для здійснення зупинки активної кровотечі та профілактики розвитку її рецидиву і оперувати хворих у ранньому відстроченому періоді, а при наявності показів проводити первинно-невідкладне ендохірургічне субмукозне видалення пухлин під час проведення екстреного ендоскопічного дослідження.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

П.Д. Фомин, П.В. Иванчов

В основу работы положен анализ результатов лечения 51 больного с острокровотокающими доброкачественными неэпителиальными опухолями желудка и двенадцатиперстной кишки, выделяя 2 периода: I период (35 больных) – 1992-2004 гг; II период (16 больных) – 2005-2009 гг. 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 клиничко-эндоскопического мониторинга с четкими критериями интервалов эндоскопических осмотров, согласно определенных 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 в 2,5 раза (с 17,9% до 7,1%) и тем самым достичь уменьшения летальности после экстренных операций, послеоперационной и общей летальности с 20,0%, 3,6%, 2,9% соответственно до 0. Наряду с этим, достигнуто увеличение хирургической активности с 80,0% до 87,5% и выполнение у 14,3% больных при проведении экстренного эндоскопического исследования первично-неотложного эндохирургического субмукозного удаления опухолей.

Ключевые слова: доброкачественные неэпителиальные опухоли, желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING NON-EPITHELIAL BENIGN TUMORS OF THE STOMACH AND DUODENUM

P.D. Fomin, P.V. Ivanchov

The work presents the analysis of results of treatment of 51 patient with acutely bleeding non-epithelial benign tumors of the stomach and duodenum, marking out 2 periods: I period (35 patients) – 1995 - 2004 years; II period (16 patients) – 2005 - 2009 years. An actively-expectant individual medical tactics was worked out, which was based on scientifically substantiated complex treatment with the use of effective miniinvasive

methods of endosurgical hemostasis aimed at stopping active tumorous bleedings and holding events, directed to the prevention of development of relapse of bleeding, in case of spontaneous stopping of bleeding and presence of stigmata, and further holding of clinical-endoscopic monitoring with clear criterion of the intervals of endoscopic examination, according to defined risk groups of the development of the relapse of bleeding. The application of developed algorithm of surgical tactics in the II period of treatment the patients allowed, in comparison with the I period, to reduce the number of urgent operations by 2,5 times (from 17,9% to 7,1%), and so to reach the decrease of lethality after urgent operations, postoperational and general lethality from 20,0%, 3,6%, 2,9% accordingly to 0. At the same time, the increase of surgical activity was reached from 80,0% to 87,5% and execution with 14,3% of patients while carrying out urgent endoscopic research the primary-urgent endosurgical sub-mucosal ablation of tumors.

Key words: non-epithelial benign tumors, gastrointestinal bleedings, endoscopic homeostasis, surgical treatment.

ЛІТЕРАТУРА

- Алипов В.В. Особенности диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений опухолевой этиологии / В. В. Алипов, Е. Ю. Осинцев // Актуальные пробл. соврем. хирургии : тр. междунар. хирург. конгресса, 22-25 февр. 2003 г. – М., 2003. – С. 16.
- Бабенков Г.Д. Доброкачественные новообразования желудка и кишечника как причина кровотечения / Г.Д. Бабенков, С.Н. Усов, В.К. Глазунов // *Клініч. хірургія*. – 2000. – № 8. – С. 18-19.
- 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.
- Галкин В.Н. Диагностика и хирургическое лечение неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта / В.Н. Галкин, Н. А. Майстренко // *Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова*. – 2003. – № 1. – С. 22-26.
- Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк [и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с.
- Доброкачественные опухоли желудка и кишечника / С.Г. Григорьев, В. П. Афанасенко, О.И. Голубев [и др.] И.М. Есмейкин // *Клин. хирургия*. – 1991. – № 5. – С. 72-74.
- Клиника, диагностика и лечение доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка / В.А. Кубышкин, Г.Г. Кармазановский, И.П. Колганова [и др.] // *Хирургия*. – 1999. – № 2. – С. 4-7.
- Кровопотеря. Возможности эндоскопического гемостаза и значение эндоскопии в выборе тактики при лечении гастродуоденальных кровотечений / Л.Я. Тимен, Б.А. Хаит, А.И. Черепанин [и др.] // *Медицинская консультация*. – 1995. – № 3. – С. 8-15.
- Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами пухлинного походження / В.Д. Братусь, П.Д. Фомін, О.Б. Біляков-Бельський [та ін.] // *Укр. журн. малоінваз. та ендоскоп. хірургії*. – 2001. – № 1. – С. 48.
- Неэпителиальные опухоли желудка / В.П. Петров, А.Г. Рожков, Ю.Н. Савин, В.И. Дронов // *Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова*. – 1997. – № 3. – С. 25-28.
- 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.
- Шлунково-кишкові кровотечі, обумовлені доброякісними пухлинами / Г.Д. Бабенков, С.М. Усов, В.К. Глазунов, О.В. Кравченко // *Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами : матеріали наук.-практ. конф., 10 берез. 2000 р.* – Львів. – 2000. – С. 43.
- 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.
- Pisegna J. R. Treating patients with acute gastrointestinal bleeding or rebleeding / J. R. Pisegna // *Pharmacotherapy*. – 2003. – Vol. 23, № 10, pt. 2. – P. 81S-86S.
- Tumors of the stomach / G.B. Davis, D.K. Blanchard, G.F. Hatch 3rd [et al.] // *World J. Surg.* – 2000. – Vol. 24, № 4. – P. 412-420.

Стаття надійшла 19.01.2011