



П. Д. Фомін, П. В. Іванчов

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

© П. Д. Фомін, П. В. Іванчов

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИНАХ ШЛУНКА

Резюме. В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 1125 хворих із гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка. Виділено два періоди: I (1992—2004 рр.) — 817 хворих; II (2005—2009 рр.) — 308 хворих. Розроблено активно-очікувальну індивідуальну лікувальну тактику, 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 з визначеними групами ризику розвитку рецидиву кровотечі. Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики в II періоді лікування хворих дозволило, у порівнянні з I періодом, знизити кількість екстрених операцій від 10,5 до 6,2%, збільшити кількість операцій у ранньому відстроченому періоді від 89,5 до 93,8% і тим самим досягти зменшення загальної летальності від 10,0 до 5,8% та післяопераційної летальності — у 2,7 разу (від 11,6 до 4,3%), у тому числі після екстрених операцій у 3,2 разу (від 31,6 до 10,0%) і раніше відстрочених — у 2,4 разу (від 9,3 до 3,9%).

Ключові слова: злоякісні пухлини шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз, хірургічна тактика.

Вступ

Гострі гастродуоденальні кровотечі є серйозною проблемою в невідкладній хірургії органів черевної порожнини. У 10—12% пацієнтів джерелом шлунково-кишкової кровотечі є злоякісні пухлинні ураження, серед яких значне місце належить злоякісним пухлинним ураженням шлунка, які у 4,6—15,9% випадків стають причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [1, 5, 8, 11, 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 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, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15].

Активна, активно-очікувальна та очікувальна тактики при гострих гастродуоденальних кровотечениях пухлинного походження існують давно, проте число прихильників та противників кожної з них періодично змінюється. Предметом палких дискусій при обговоренні хірургічних аспектів лікування ГЗПШ виступають: визначення показань

і термінів проведення операцій та вибір методів втручання.

Мета роботи — розробка та впровадження у клінічну практику алгоритму вибору хірургічної тактики у хворих із ГЗПШ.

Матеріали та методи

У клініці за період 1992—2009 рр. перебували 1125 хворих із ГЗПШ, що становило 2,2% від усіх пацієнтів, які лікувалися з приводу шлунково-кишкових кровотеч за час роботи Київського міського центру з надання допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечениями. Рак шлунка мав місце у 1108 (98,5%) пацієнтів, та у 17 (1,5%) з них це була саркома. Вік 794 (70,6%) чоловіків та 331 (29,4%) жінок варіював від 19 до 94 років, а найбільша кількість хворих відзначена у вікових групах 61—70 років — 347 (30,8%) пацієнтів та 71—80 років — 277 (24,6%). Співвідношення чоловіків до жінок — 2:1.

Згідно з Міжнародною класифікацією TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.) I стадію захворювання встановлено у 46 (4,1%) хворих, II — у 210 (18,7%), III — у 402 (35,7%), IV — у 467 (41,5%) пацієнтів.

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювалися 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.

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

Аналіз результатів лікування хворих із ГЗПШ, проведений у двох групах, що перебували на лікуванні протягом двох періодів, які відповідають етапам удосконалення 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 (1992—2004 рр.) — 817 хворих, що перебували на лікуванні в нашій клініці

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 активній хірургічній тактиці, але поряд із цим продовжувався пошук та розробка нових способів ендоскопічного гемостазу, а також проводився аналіз лікування хворих із ГЗПШ.

II період (2005—2009 рр.) — 308 хворих, що перебували на лікуванні в нашій клініці

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

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження та їх обговорення

На нашу думку, хірургічна тактика при ГЗПШ є глибоко індивідуалізованою і має активно-очікувальний характер. Труднощі вибору і визначення раціональних термінів проведення оперативних втручань при ракових шлункових кровотечах довгий час пояснювали відсутністю об'єктивних критеріїв прогнозування ефективності спонтанної, або в разі проведення консервативної терапії зупинки кровотечі, надійності гемостазу у кровотоковій пухлині, та ризику розвитку рецидиву кровотечі.

У вирішенні цих питань нові можливості відкриває широке застосування екстреної діагностичної та лікувальної фіброгастродуоденоскопії, яка дає змогу верифікувати джерело зляканої пухлинної кровотечі, характеризувати його морфологічно, проводити ендоскопічний гемостаз при наявності активної кровотечі та заходи ендоскопічної профілактики розвитку рецидиву кровотечі в разі наявності стигмат недавньої кровотечі, судити про надійність гемостазу, що значно збільшує практичну цінність прогнозу ризику розвитку рецидиву пухлинної кровотечі і визначає характер подальшої хірургічної тактики.

Отже, після проведення екстреного ендоскопічного обстеження отримуємо можливість розподілу хворих за ступенем ризику розвитку рецидиву кровотечі на три групи: I група (FIA, FIx) — з високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі після її ендоскопічної зупинки — 47 (4,2%) хворих; II група (FIB, FIIA, FIIB) — із середнім ризиком — 634 (56,3%) хворих; III група (FIIC, FIPI) — з низьким ризиком — 444 (39,5%) хворих.

При наявності кровотечі, що продовжується, I групи та наявності ознак недавньої кровотечі (стигмат) II групи обов'язково проводимо мініінвазивні ендохірургічні втручання, спрямовані не тільки на зупинку кровотечі, а й на профілактику її рецидиву. Після проведення ендоскопії визначаємо подальшу тактику лікування хворих, алгоритм якої подано на рис.

Найбільшої уваги заслуговує I група пацієнтів, яка розподілена на дві підгрупи: Ia — досягти ендоскопічного гемостазу не вдалося; Ib — кровотеча зупинена після проведення ендоскопічного гемостазу.

У разі неефективності ендоскопічних заходів гемостазу (Ia підгрупа) хворі подаються в операційну і після проведення короткочасної передопераційної підготовки, направленої на стабілізацію гемодинамічних показників, підлягають екстре-

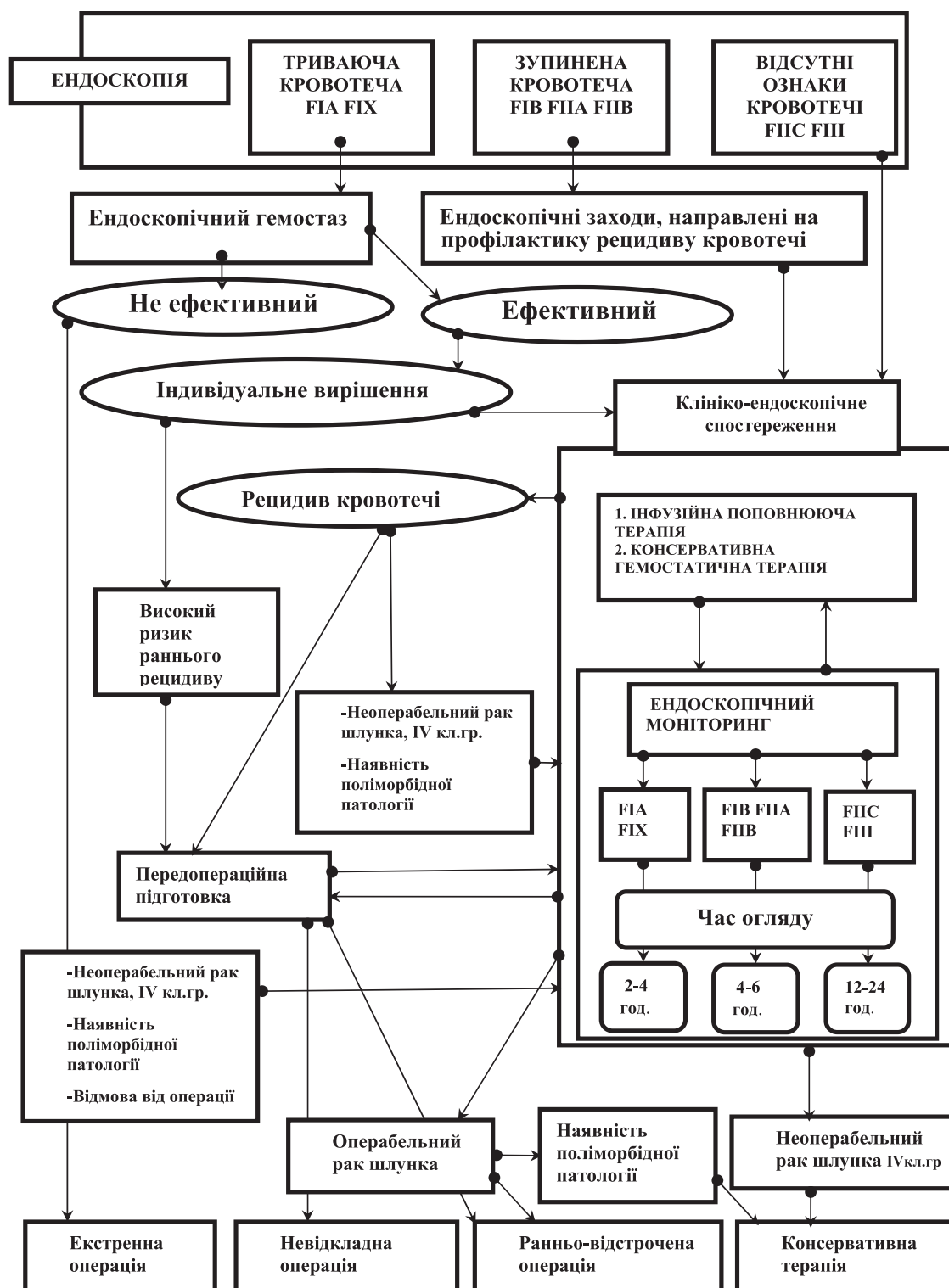


Рис. Алгоритм хірургічної тактики при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка

ному оперативному лікуванню за життєвими показами протягом наступних 1—2 годин. Після досягнення хірургічного гемостазу, при наявності показань, хворим проводилися гемотрансфузія та адекватна інфузійна поповнююча терапія.

Виняток становлять хворі з тяжкою супровідною патологією і пацієнти з попередньо діагностованим раком шлунка IV клінічної групи, з вираженими ознаками ракової інтоксикації і по-

ліорганної недостатності, у яких ризик наркозу перевищує ризик операції, а також пацієнти, що відмовилися від операції. За цими хворими встановлювалося спостереження хірургів, ендоскопістів та реаніматологів із застосуванням пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу з інтервалами оглядів через кожні 2—4 години з повторним неодноразовим проведенням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу.

У пацієнтів Іб підгрупи, де вдалося здійснити ендоскопічний гемостаз, вважаємо його нестійким, оскільки існує висока імовірність розвитку раннього рецидиву кровотечі. В даній ситуації хірурги разом з ендоскопістами індивідуально відносно кожного хворого приймають рішення про необхідність виконання невідкладної (протягом 6—24 годин) чи ранньо-відстроченої (протягом 2—7 днів) операцій після проведення передопераційної підготовки залежно від сукупності обтяжуючих факторів у плані прогнозу ризику розвитку рецидиву кровотечі. Впродовж терміну, визначеного на проведення підготовки хворого до операції, проводиться пролонгований клініко-ендоскопічний моніторинг з інтервалами оглядів через кожні 2—4 години.

Пацієнтам II та III груп при виконанні екстреного ендоскопічного обстеження впроваджувалися ендоскопічні заходи, направлені на профілактику розвитку рецидиву кровотечі з наступним пролонгованим клініко-ендоскопічним моніторингом з інтервалами оглядів 4—6 годин у II групі, 12—24 години — у III групі.

Виконання клініко-ендоскопічного моніторингу сприяє виявленню ознак розвитку раннього рецидиву кровотечі на доклінічному етапі його прояву, дозволяє здійснювати контроль ефективності первинного ендоскопічного гемостазу, а в разі необхідності проводити повторні ендоскопічні гемостатичні процедури для забезпечення надійного гемостазу та профілактики розвитку рецидиву пухлинної кровотечі. У деяких випадках повторні ендоскопічні огляди доповнюють первинні дані про поширеність та морфологічні характеристики злоякісного пухлинного ураження шлунка, його операбельність, що має важливе значення для визначення показань та вибору способу і обсягу оперативного втручання.

Отже, ми визначили IV категорії пацієнтів із ГЗПШ, які підлягають проведенню пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу:

I категорія — хворі з кровотечею, що триває (FIA, FIx), у яких досягти ендоскопічного гемостазу не вдалося, з визначеними протипоказаннями до проведення екстреної операції, внаслідок наявності вкрай високих анестезіологічно-операційних ризиків, та хворі, що відмовилися від операції; інтервал оглядів становить 2—4 години;

II категорія — хворі із зупиненою активною кровотечею (FIA, FIx), що становлять групу високого ризику розвитку рецидиву кровотечі після її зупинки; інтервал оглядів — 2—4 години;

III категорія — хворі з просочуванням крові (FIB) і ознаками спонтанно зупиненої кровотечі (FIIA, FIIB), що є групою середнього ризику розвитку рецидиву кровотечі; інтервал оглядів — 4—6 години;

IV категорія — хворі з дрібними тромбованими судинами (FIIC) та відсутністю ознак крово-

течі (FIII), що входять до групи низького ризику розвитку рецидиву кровотечі; інтервал оглядів 12—24 години.

Усім пацієнтам, за якими встановлено клініко-ендоскопічне спостереження, проводилася комплексна консервативна гемостатична терапія в комбінації з препаратами, що зменшують спланхнічний кровотік, віддаючи перевагу внутрішньовенному введенню октреотиду (сандостатину) по 25—50 мкг/год, а також індивідуально визначена, з урахуванням тяжкості геморагії та її темпу, інфузійно-трансфузійна терапія, направлена на компенсацію гіповолемії, поповнення ОЦК, стабілізацію центральної гемодинаміки, нормалізацію мікроциркуляції і транскапілярного обміну, шляхом використання реологічно-активних та полііонних розчинів.

У разі виникнення рецидиву кровотечі в групі хворих, за якими встановлено клініко-ендоскопічне спостереження, показано проведення екстреного оперативного втручання за життєвими показниками, за виключенням хворих із наявністю вираженої супровідної патології, неоперабельного раку шлунка IV клінічної групи та тих, що відмовилися від операції. Ці хворі підлягають подальшому 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 поширеність 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 оперативного лікування, що можуть бути пов'язані з наявністю у хворого вираженої супровідної патології та за давності ракового процесу з ознаками вираженої ракової інтоксикації та поліорганної недостатності, хворі підлягають оперативному лікуванню у ранньому відстроченому періоді протягом наступних 2—7 діб в умовах максимальної компенсації дефіциту ОЦК та гіповолемічних розладів, що передумовлює виконання, з урахуванням індивідуального підходу та всіх онкологічних критеріїв, найбільш виправданої операції з позицій її радикальності.

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



Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих із ГЗПШ дозволило, у порівнянні з I періодом, знизити кількість екстрених операцій від 10,5 до 6,2%, у тому числі на висоті кровотечі від 2,2 до 1,2% та на висоті рецидиву кровотечі від 8,3 до 4,9%, летальність після екстрених операцій від 31,6 до 10,0%, у тому числі на висоті кровотечі від 37,5% до 0,0 та на висоті рецидиву кровотечі від 30,0 до 12,5%, летальність після ранньо-відстрочених операцій від 9,3 до 3,9%, післяопераційну летальність від 11,6 до 4,3%, загальну летальність від 10,0 до 5,8%. Поряд із цим досягнуто збільшення хірургічної активності від 44,3 до 52,6%, кількості операцій в ранньому відстроченому періоді від 89,5 до 93,8%, радикальних операцій — від 66,0 до 75,9%.

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 із ГЗПШ, а саме: проведенню активної ендоскопічної тактики із селективним викори-

станням мініінвазивних методів ендохірургічного гемостазу залежно від стану гемостазу, локалізації пухлини та її морфологічних характеристик. Збільшення питомої ваги ранньо-відстрочених операцій, поряд із зменшенням кількості екстрених операцій і передумовлює покращення результатів хірургічного лікування хворих із ГЗПШ.

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

Тому вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих від 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 ранньому відстроченому періоді. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості виконання радикальних оперативних утручань, як показали наші дослідження, у 75,9% хворих із ГЗПШ.

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. 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.
5. 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.
6. Поздняя диагностика, осложнения и лечение рака желудка / В.Г. Бондарь, Ю.А. Салиев, Ю.В. Остапенко, Г.В. Бондарь // Клінічна хірургія. — 2006. — № 3. — С. 8—13.
7. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложненного профузным кровотечением / С.А. Поликарпов, А.Н. Лисицкий, Н.Н. Иров [и др.] // Хирургия. — 2008. — № 7. — С. 24—26.
8. 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.
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. Результаты оперативного лечения больных с осложненным местнораспространенным раком желудка / В.В. Бойко, С.А. Савви, В.А. Лазирский, В.Н. Лыхман // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 3 (34). — С. 48—51.
11. 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.
12. Хирургическое лечение острокровоточащего 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, N 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.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДКА

П. Д. Фомин, П. В. Иванчов

Резюме. В основу работы положен анализ результатов лечения 1125 больных с острокровотокающими злокачественными опухолями желудка. Выделены два периода: I (1992—2004 гг.) — 817 больных; II (2005—2009 гг.) — 308 больных. 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 клинично-эндоскопического мониторинга с четкими критериями интервалов эндоскопических осмотров согласно определенным группам 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% 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: злокачественные опухоли желудка, желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, хирургическая тактика.

SURGICAL TACTICS IN ACUTE BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

P. D. Fomin, P. V. Ivanchov

Summary. The study is based on an analysis of the results of treatment in 1125 patients with acute bleeding gastric malignancy. Identified two periods: 1st (1992—2004) — 817 patients, 2nd (2005—2009) — 308 patients. Actively waiting individual approach to treatment is designed. It is based on scientifically substantiated combined treatment with effective minimally invasive endosurgical hemostasis techniques to stop active tumor bleeding and measures aimed to prevent rebleeding. In the case of spontaneous arrest of bleeding and the presence of stigmata, and followed by clinical and endoscopic monitoring, with clear criteria for endoscopic inspection intervals according to specific groups at risk of rebleeding. Application of the algorithm of surgical tactics in the 2nd period of treatment allowed, compared with the 1st period, reduce the number of emergency operations from 10,5 to 6,2%, to increase the number of operations in early delayed period from 89,5 to 93,8%, and thus achieve a reduction of total mortality rate from 10,0 to 5,8% and postoperative mortality in 2,7 times (from 11,6 to 4,3%), including after the emergency operations in 3,2 times (from 31,6 to 10,0%) and previously delayed — in 2,4 times (from 9,3 to 3,9%).

Key words: malignant tumors of the stomach, gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis, surgical approach.