



П. В. Іванчов

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

© І. В. Іванчов

## НОВІ ПІДХОДИ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШЛУНКУ

**Резюме.** В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 1125 хворих з гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, виділяючи 2 періоди: I період (817 хворих) – 1995 – 2007 рр.; II період (308 хворих) – 2008-2012 рр. Впровадження розробленого алгоритму лікувальної тактики, що ґрунтується на використанні мініінвазивних методів ендоскопічного гемостазу з метою зупинки активних пухлинних кровотеч та профілактики розвитку рецидивів кровотеч при наявності стигмат з наступним клініко-ендоскопічним моніторингом, дозволило у II періоді лікування хворих 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 % 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:** злоякісні пухлини шлунка, шлунково-кишкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз, лікувальна тактика.

### Вступ

Не зважаючи на стрімкий розвиток хірургічних технологій та успіхи, що досягнуті сьогодні у сучасній абдомінальній хірургії, гострігастроуденальні 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 пухлинам шлунка, які у 4,6-15,9 % випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [1, 5, 11, 14].

Актуальність проблеми гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка (ГЗПШ) полягає у відсутності чітко визначених алгоритмів хірургічної тактики, що визначається небажано 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 [2-4, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 15].

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 небажано 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 [2-4, 6, 8-10, 12, 13, 15].

### Мета роботи

Розробка та впровадження у клінічну практику алгоритму лікувальної тактики у хворих з ГЗПШ.

### Матеріали та методи дослідження

У клініці за період 1995–2012 рр. 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 був у 1108 (98,5 %) пацієнтів, та у 17 (1,5 %) – саркома. Вік 794 (70,6 %) чоловіків та 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 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 – 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 розповсюженості 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 %)) – цівкова; IB (78 (6,9 %)) – просочування; Ix (11 (1,0 %)) – з-під щільного фіксованого згустку крові; II група (654 (58,1 %)) – кровотеча, що зупинилася: IIA (255 (22,7 %)) – тромбована судина; IIB (301 (26,7 %)) – фіксований згусток крові; IIC (98 (8,7 %)) – мілкі 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 ендоскопічних втручань, які направлені на зупинку активної кровотечі та профілактику її рецидиву, а також перегляду принципів підходу і критеріїв вибору лікувальної тактики.

I період (817) – хворі, що знаходилися на лікуванні в нашій клініці за період з 1995 по 2007 рр. 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 2008 по 2012 рр. Цей період характеризувався впровадженням у клінічну практику розробленої активної ендоскопічної тактики з обов'язковим проведенням мініінвазивних методів ендоскопічного гемостазу у хворих не тільки з активними пухлинними кровотечами, а і наявністю стигмат недавньої кровотечі – тромбована судина (FIIA), фіксований згусток (FIIB), з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу.

#### Результати дослідження та їх обговорення

На нашу думку, оптимізація лікувальної тактики при пухлинних кровотечах полягає в активній ендоскопічній тактиці з наступним проведенням пролонгованого клініко-ендоскопічного моніторингу та індивідуалізованим підходом щодо визначення показань і термінів

проведення оперативних втручань та інфузійно-трансфузійної корекції гіповолемії.

Отже, при госпіталізації всім хворим з ГЗПШ проводиться екстрена ФЕГДС, основними завданнями якої є: верифікація морфологічного субстрату кровотечі у шлунку; визначення його локалізації, морфологічного типу та розповсюженості пухлинного ураження шлунку; взяття біопсії для визначення гістологічного типу бластоми; оцінка стану гемостазу за класифікацією Forrest; здійснення ендоскопічного гемостазу.

Основним ключовим моментом активної ендоскопічної тактики є проведення ендоскопічного гемостазу шляхом застосування мініінвазивних методів ендоскопічного гемостазу у групі хворих з активними пухлинними кровотечами (FIA, FIB, FIx) з метою їх остаточної зупинки та у групі хворих зі спонтанно зупиненою кровотечею при наявності ендоскопічних стигмат недавньої кровотечі (FIIA, FIIB) з метою профілактики розвитку рецидиву кровотечі (PK), оскільки при наявності вищеназваних стигмат гемостаз вважається нестійким і тому існує висока ймовірність розвитку раннього PK, а саме при FIIA – 40-60 % та при FIIB – 20-30 %. Проведення ендоскопічного гемостазу у групі хворих з наявністю стигмат FIIIC, FIIB вважаємо недоцільним, оскільки це суттєво не впливає на зменшення частоти PK.

Після проведення екстреного ендоскопічного дослідження і здійснення ендоскопічного гемостазу хворі підлягають пролонгованому клініко-ендоскопічному моніторингу з інтервалами повторних ендоскопічних оглядів в залежності від груп хворих, що розподілені за ступенем ризику розвитку PK: I група (FIA; FIB; FIx) – високий ризик розвитку PK – інтервал оглядів 2-4 години; II група (FIIA; FIIB) – середній ризик PK – інтервал оглядів 4-6 годин; III група (FIIIC; FIIB) – низький ризик PK – інтервал оглядів 12-24 години.

Основними завданнями клініко-ендоскопічному моніторингу є:

1) контроль за станом гемостазу та ефективністю первинних ендоскопічних гемостатичних процедур;

2) проведення повторних ендоскопічних гемостатичних процедур з метою фіксації гемостатичного ефекту і профілактики розвитку PK;

3) верифікація PK на доклінічному етапі з наступним проведенням ендоскопічного гемостазу;

4) доповнення даних морфологічних характеристик пухлинного ураження шлунка;

5) проведення біопсії пухлинної тканини з метою встановлення гістологічного типу ураження;



6) остаточно інфузійно-трансфузійна корекція гіповолемії;

7) проведення комплексу клініко-лабораторних та інструментальних досліджень з метою визначення розповсюженості пухлинного процесу згідно визначених норм онкологічних стандартів;

8) визначення показань та термінів проведення оперативних втручань з урахуванням прогностичних факторів ризику розвитку РК та операбельності і резектабельності злоякісного пухлинного ураження.

Таким чином, дотримання розробленого нами лікувально-тактичного підходу забезпечує проведення оперативних втручань, за наявності показань, у невідкладному порядку протягом 6-24 годин чи ранньому відстроченому періоді, протягом наступних 2-7 днів з моменту госпіталізації в умовах максимальної корекції гіповолемії та дефіциту ОЦК.

Оперативне лікування в екстреному порядку проводиться виключно хворим з активною струменевою кровотечею (FIA) та РК в стаціонарі, у яких проведення ендоскопічного гемостазу є неефективним, за умови операбельності злоякісного пухлинного процесу та відсутності протипоказань, що підвищують операційно-анестезіологічні ризики.

Застосування розробленого алгоритму лікувальної тактики у II періоді лікування хворих з ГЗПШ дозволило, у порівнянні з I періодом, знизити кількість екстрених операцій з 10,5 до 6,2 %, у тому числі на висоті кровотечі з 2,2 до 1,2 % та на висоті РК з 8,3 до 4,9 %, летальність після екстрених операцій з 31,6 до 10,0 %, у тому числі на висоті кровотечі з 37,5 до 0 % та на висоті РК з 30,0 до 12,5 %, летальність після ранньо-відстрочених операцій з 9,3 до 3,9 %, післяопераційну летальність з 11,6 до 4,3 %, за-

гальну летальність з 10,0 до 5,8 %. Поряд з цим досягнуто збільшення хірургічної активності з 44,3 до 52,6 %, кількості операцій у ранньому відстроченому періоді з 89,5 до 93,8 %, радикальних операцій з 66,0 до 75,9 %.

### Висновки

Ефективний ендоскопічний гемостаз та ендоскопічна профілактика розвитку РК 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. 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 % і тим самим досягти зменшення післяопераційної летальності у 2,7 разу, у тому числі після екстрених операцій у 3,2 разу і ранньо-відстрочених – у 2,4 разу.

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 при наявності стигмат недавньої кровотечі 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 втручань, як показали наші дослідження, у 75,9 % хворих з 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.

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.

7. 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.

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 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.

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 острокровотокающего 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 patient 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.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОКАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА

*П.В. Иванчов*

**Резюме.** В основу работы положен анализ результатов лечения 1125 больных с острокровотокающими злокачественными опухолями желудка, выделяя 2 периода: I период (817 больных) – 1995-2007 гг.; II период (308 больных) – 2008-2012 гг. Внедрение разработанного алгоритма лечебной тактики, базирующегося на использовании миниинвазивных методов эндохирургического гемостаза с целью остановки активных опухолевых кровотечений и профилактики рецидивов кровотечений при наличии стигмат с последующим клинико-эндоскопическим мониторингом, позволило во II периоде лечения больных 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 ранне-отсроченных – в 2,4 раза (с 9,3 до 3,9 %).

**Ключевые слова:** злокачественные опухоли желудка, желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, лечебная тактика.

## NEW APPROACHES TO THE TREATMENT TACTIC OF ACUTELY BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

*P.V. Ivanchov*

**Summary.** At the basis of work there is the analysis of treatment of 1125 patients with acutely bleeding malignant tumors of the stomach, marking out 2 periods: I period (817 patients) – 1995-2007; II period (308 patients) – 2008-2012. Introduction of the developed algorithm of treatment tactic, which is based on the use of miniinvasive methods of endosurgical hemostasis for the purpose of stopping active tumorous bleedings and prevention of the development of the relapse of bleeding in the presence of stigmata with the next clinic-endoscopic monitoring, which allowed to decrease the number of urgent operations from 10,5 to 6,2 % in the II period of treatment, to increase the number of operations in the earlier delayed period from 89,5 to 93,8 %, and ipso facto to reach the decrease of general lethality from 10,0 to 5,8 % and post-operational lethality in 2,7 times (from 11,6 to 4,3 %), including the decrease of lethality after urgent operations in 3,2 times (from 31,6 to 10,0 %) and earlier delayed – in 2,4 times (from 9,3 to 3,9 %).

**Key words:** malignant tumors of the stomach, gastrointestinal bleedings, endoscopic hemostasis, treatment tactic.