

УДК 616.33+616.342]-006.5-005.1-072.1

**ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ПОЛІПІВ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ****Іванчов П.В.***Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, кафедра хірургії №3, м. Київ*

**РЕЗЮМЕ:** проведено аналіз ендоскопічних даних 116 пацієнтів з гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК. Визначені основні ендоскопічні ознаки та особливості локалізації поліпозних уражень гастродуоденальної зони. Також проведена оцінка стану гемостазу з визначенням частоти виявлення та структури ендоскопічних стигмат при різних локалізаціях гострокровоточивих поліпів. Порівняльна оцінка ендоскопічних характеристик гострокровоточивих поліпів гастродуоденальної зони та даних, отриманих при дослідженні операційного матеріалу, встановила наявність відповідності топографічних та морфологічних характеристик у 100% випадках.

**Ключові слова:** ендоскопія, шлунково-кишкова кровотеча, доброякісна пухлина шлунка

**Вступ.** По мірі нагромадження 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 пухлинними шлунка. В структурі шлунково-кишкових кровотеч близько 11 – 12% складають кровотечі пухлинного походження, серед яких частка кровотеч із доброякісних пухлин шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) складає 0,3 – 1,5% [3,5,6,8].

Серед усіх кровотеч пухлинного походження із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, доброякісні епітеліальні пухлини, що представлені аденоматозними та залозистими поліпами, є відносно рідкісною причиною розвитку кровотечі, складаючи в структурі гастродуоденальних кровотеч близько 1 – 1,5% [4,5].

Зважаючи на велику кількість хворих, у яких перебіг поліпозних уражень шлунка та ДПК носить асимптомний характер, ендоскопічний метод обстеження, за своїми можливостями діагностики змін верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, на сьогоднішній день практично не має собі рівних [1, 2].

В теперішній час метод ендоскопічного дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту отримав бурхливий розвиток, завдяки вдосконаленню сучасних технологій і використовується більшістю вчених та клініцистів як ведучий критерій діагностики гострокровоточивих поліпів шлунка та ДПК, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих з даною патологією до 100% [2, 7].

**Мета дослідження.** Визначити ендоскопічні особливості гострокровоточивих поліпів шлунка та ДПК.

**Матеріали та методи.** В основу роботи покладено аналіз ендоскопічних даних 116 пацієнтів з гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК, що знаходилися на лікуванні у Київському міському центрі по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами за період з 1991 по 2008 роки. Чоловіків було 46(39,7%), жінок –

70(60,3%), у віці від 23 до 86 років. Співвідношення чоловіків до жінок склало 1:1,5. Найбільша кількість пацієнтів відмічена у віці від 61 до 70 років і склала 31,0% (36 хворих).

Екстренна діагностика забезпечувалась проведенням ендоскопічного дослідження. Протягом 1 години з моменту госпіталізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, був встановлений у 80(68,9%) хворих, від 1 до 2 год. – у 24(20,7%), від 2 до 4 – у 11(9,5%), від 4 до 6 год. – у 1(0,9%).

При визначенні стану гемостазу користувалися модифікованою нами (Нікішаєв В.І., 1997) класифікацією 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; ПБ – фіксований згусток крові; ПС – мілкі тромбовані судини; III група – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Ендоскопічне дослідження в екстремному порядку проведено всім хворим з гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК. Наявність поліпозного ураження було ендоскопічно верифіковано у всіх випадках, при цьому у 104(89,7%) хворих діагноз було встановлено протягом 2 години з моменту їх госпіталізації.

При ендоскопічному дослідженні, поліпи це виступаючі над поверхнею слизової оболонки утворення, які не зникають при роздуванні шлунка повітрям. За формою ми виділяли кулькові або округлі (44), стеблиноподібні (33), сосочкові (20) та грибовидні (19) поліпи. Тонка ніжка відмічена у 89(76,7%) випадках. Поліпи на широкій основі були у 27(23,3%) хворих. Діаметр основи виявлених поліпів варіював від 0,3 до 3,0 см.

Поверхня поліпів була гладкою у 74(63,8%), горбиста – у 26(22,4%), зерниста – у 16(13,8%). Слизова оболонка над поверхнею поліпа ерозована, з наявністю крововиливів, які визначають інтенсивність темно-червоного забарвлення по-

ліпів, інколи з цианотичним відтінком. За кон-систенцією поліпи були м'якими (77) та еластичними (39). Діаметр поліпів від 0,5 до 1,0 см. відмічено у 54(46,6%) хворих, від 1,0 до 2,0 см. – у 39(33,6%), від 2,0 до 3,0 см. – у 18(15,5%), > 3,0 см. – у 5(4,3%).

Одиничні поліпи діагностовано у 70(60,3%) випадках та множинні – у 46(39,7%), при цьому ураження в межах одного анатомічного відділу шлунка відмічено у 15(32,6%) випадках, двох анатомічних відділів – у 25(54,3%), трьох – у 6(13,0%), серед яких тотальне ураження шлунка було у 2(4,3%). Від 1 до 5 поліпів виявлено у 25(21,5%) пацієнтів, а 6 і більше (поліпоз шлунка) – у 21(18,1%).

На підставі ендоскопічних даних, найбільш частою локалізацією поліпів визначено антральний відділ шлунка – 48(41,4%). У тілі шлунка поліпи були у 26(22,4%) хворих, ДПК – у 7(6,0%), кардіальному відділі – у 4(3,4%). Множинні поліпозні ураження частіше обіймали тіло та антральний відділи шлунка – 24(20,7%) випадки, а ураження всіх відділів шлунка виявлено у 6(5,2%) пацієнтів, серед яких тотальний поліпоз шлунка був у 2(4,3%).

По відношенню до стінок шлунка у більшості випадків гострокровоточиві одиничні поліпи локалізувалися по передній стінці шлунка – 33(47,1%) спостереження. Ураження задньої стінки шлунка відмічено у 26(37,1%) хворих, малої кривизни – у 4(5,7%), великої кривизни – у 2(3,0%), ДПК – у 5(7,1%).

При множинних поліпах ізольовані ураження однієї стінки шлунка відмічено у 8(17,4%) хворих із 46: передньої – у 5(10,8%), задньої – у 3(6,5%); та у 38(82,6%) пацієнтів мали місце поєднані ураження стінок шлунка та ДПК: передньої та задньої стінок шлунка – у 36(78,3%), передньої стінки шлунка і ДПК – у 1(2,2%), передньої та задньої стінок шлунка і ДПК – у 1(2,2%).

Після визначення локалізації, розповсюдженості та морфологічних характеристик поліпозного ураження шлунка та ДПК, проводили оцінку стану гемостазу за модифікованою нами (Нікішаєв В.І., 1997) класифікацією активності кровотечі Forrest J.A.H.

Триваюча кровотеча була виявлена у 9(7,7%) хворих: цівкова кровотеча (FIA) з поверхні поліпа – у 3(2,6%), дифузне просочування крові (FIB) – у 2(1,7%), підтікання крові з-під щільного фіксованого згустка крові (FIx) – у 1(0,9%).

Ознаки зупиненої кровотечі виявлено у 69(59,5%) спостереженнях: тромбована судина (FIIA) – у 12(10,3%), фіксований згусток крові (FIIB) – у 40(34,5%), мілкі тромбовані судини (FIIC) – у 17(14,7%). Відсутні ознаки кровотечі (FIH) були у 41(35,3%) пацієнта.

Проаналізувавши частоту виявлення та структури ендоскопічних стигмат при гострокрово-

точивих поліпах шлунка та ДПК в залежності від їх локалізації з'ясовано, що триваюча кровотеча частіше спостерігається при ураженні антрального відділу шлунка – 4(8,3%) випадки: FIA – 2(4,2%), FIB – 1(2,1%), FIx – 1(2,1%). У 1(3,8%) хворого зафіксована цівкова кровотеча (FIA) із поліпа тіла шлунка і у 1(4,2%) підтікання крові (FIB) при множинних поліпах тіла та антрального відділу шлунка.

При аналізі групи хворих, з ознаками зупиненої кровотечі, встановлено, що найбільша кількість випадків також відмічена при локалізації поліпів у антральному відділі шлунка – 34(70,8%) випадки: FIIA – 7(14,6%), FIIB – 22(45,8%), FIIC – 5(10,4%). Далі за частотою є 14(58,3%) випадків множинних поліпів тіла та антрального відділу шлунка: FIIA – 2(8,3%), FIIB – 9(37,5%), FIIC – 3(12,5%); та 14(53,9%) випадків з поліпами тіла шлунка: FIIA – 2(7,7%), FIIB – 8(30,8%), FIIC – 4(15,4%); та 3(50,0%) випадки тотального поліпозу шлунка: FIIB – 1(16,7%), FIIC – 2(33,3%). Поліпи з локалізацією у ДПК в цій групі визначено у 3(42,9%) хворих: FIIA – 1(14,3%), FIIC – 2(28,6%); та у 1(25,0%) хворого у кардіальному відділі шлунка.

У 41(35,3%) пацієнта, де були відсутні ознаки кровотечі, статистично достовірної залежності частоти виявлення ознаки від локалізації поліпів, не виявлено ( $p > 0,05$ ).

У 8(6,9%) хворих з гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК, при ендоскопічному дослідженні виявлені поєднані ураження гастродуоденальної зони непухлинного генезу. Ерозії шлунка мали місце у 2(25,0%) пацієнтів, ерозії шлунка та ДПК – у 3(37,5%), синдром Меллорі-Вейса – у 1(12,5%), виразка шлунка – у 1(12,5%), виразка ДПК – у 1(12,5%). У 6(5,2%) хворих поєднані ураження шлунка та ДПК також виявилися джерелом кровотечі, що збільшило крововтрату і привело до вираженої анемізації хворого.

Порівняльна оцінка ендоскопічних характеристик гострокровоточивих поліпів шлунка і ДПК та даних, отриманих при дослідженні операційного матеріалу, встановила наявність відповідності топографічних та морфологічних характеристик у 100% випадках.

**Висновки.** 1. Основними ендоскопічними симптомами поліпів є наявність виступаючих над поверхнею слизової оболонки утворень, які не зникають при роздуванні шлунка та ДПК повітрям і мають кулькову або округлу, стеблиноподібну, сосочкову та грибовидну форму.

2. Ураження тіла шлунка, його антрального відділу та поєднані ураження цих відділів мали місце у 84,5% хворих з гострокровоточивими поліпами, при цьому найбільш характерною локалізацією є передня та задня стінки шлунка.

3. Найбільша частота ендоскопічних ознак триваючої кровотечі та стигмат недавньої кро-

вотечі виявлена при локалізації поліпів у дистальних відділах шлунка.

4. У 7(6,0%) хворих з гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК при проведенні ендоскопічного обстеження були виявлені поєднані ураження гастродуоденальної зони непухлинного генезу, які у 6(5,2%) випадках також виявилися джерелом кровотечі, що збільшило

кровотрату і привело до вираженої анемізації хворого.

5. Порівняльна оцінка ендоскопічних характеристик гострокровоточивих поліпів шлунка і ДПК та даних, отриманих при дослідженні операційного матеріалу, встановила наявність відповідності топографічних та морфологічних характеристик у 100% випадках.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. 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.
2. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В. Ф. Саенко, П. Г. Кондратенко, Ю. С. Семенов [и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с.
3. Нераковые опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки как причина острого кровотечения / Е. А. Федоров, И. Л. Лиссов, И. Ф. Губатенко [и др.] // Клиническая хирургия. – 1991. – № 4. – С. 40–42.
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. Пухальски З. Доброкачественные опухоли желудка как причина кровотечений из верхних отделов пищеварительной системы / З. Пухальски, Я. Барчик, З. Петровски // Клиническая хирургия. – 1982. – № 5. – С. 48–49.
6. Смирнов Н. Л. Хирургическая тактика у больных с острокровоточащими опухолями пищеварительного канала : Дис... канд. Мед. Наук : 14.01.03. / Н. Л. Смирнов. – Донецк, 2006. – 215 л.
7. Современные эндоскопические методики диагностики и лечения предопухолевой патологии и раннего рака желудка / Б. К. Поддубный, Ю. П. Кувшинов, С. В. Кашин [и др.] // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – № 3. – С. 52–56.
8. Kojima M. [Bleeding from the alimentary tract – acute hemorrhage from gastrointestinal tumors] : [article in Japanese] / M. Kojima, F. Konishi // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol. 56, N 9. – P. 2360–2364.

#### **SUMMARY**

##### **ENDOSCOPIC FEATURES OF ACUTELY BLEEDING POLYPS OF THE STOMACH AND DUODENUM**

**Ivanchov P.V.**

Analysis of endoscopic data in 116 patients with acutely bleeding polyps of the stomach and duodenum is carried out. The main endoscopic symptoms and features of localization of polypous of gastroduodenal zone are defined. Also assessed the state of hemostasis with definition of frequency of revealing and structure of endoscopic stigma at different localizations of acutely bleeding polyps. The comparative estimation of endoscopic characteristics of acutely bleeding gastroduodenal polyps and the data obtained in the study of surgical material, has found evidence of conformity of topographic and morphological characteristics in 100% of cases.

**Key words:** endoscopy, gastrointestinal bleeding, polyps of the stomach and duodenum