

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010
УДК 616.33 + 616.342] — 006.03 — 005.1

Особливості гастродуоденальних кровотеч при доброякісних пухлинах шлунка та дванадцятипалої кишки

П.В.Іванчов

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, кафедра хірургії №3
(завідувач — професор П.Д.Фомін)
Київ, Україна

Проведено аналіз визначення ступеня тяжкості шлунково-кишкових кровотеч у 167 хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та дванадцятипалої кишки. Ступінь тяжкості крововтрати визначали за даними гемодинамічних та гематологічних показників з урахуванням клінічних проявів геморагії, виділяючи три ступені тяжкості крововтрати. За результатами проведеного аналізу визначено залежність ступеня тяжкості пухлинних кровотеч від локалізації, розповсюдженості, морфологічних особливостей та гістологічного типу доброякісних пухлинних уражень шлунка та дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча, доброякісна пухлина шлунка та дванадцятипалої кишки.

Вступ

По мірі нагромадження досвіду і вивчення результатів лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами в умовах концентрації цієї категорії хворих у спеціалізованому центрі спостерігається тенденція до зростання числа хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинними ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). На сьогоднішній день частота пухлинних кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту не має тенденції до зменшення [5-8].

Гастродуоденальні кровотечі доброякісного пухлинного походження складають близько 0,3-1,5% у структурі шлунково-кишкових кровотеч, при цьому у 70-85% хворих доброякісні пухлинні ураження гастродуоденальної зони клінічно та ендоскопічно верифікуються у зв'язку з розвитком ускладнення пухлинного процесу гострою кровотечею [1, 3, 5]. Цей фактор сприяє високій частоті розвитку кровотеч тяжкого ступеня, особливо у хворих з доброякісними пухлинами неепітеліального походження, що є причиною розвитку ускладнень після проведення екстрених оперативних втручань [2, 4].

Зважаючи на вагому актуальність проблеми гастродуоденальних кровотеч пухлинного походження, ми визначили необхідність проведення дослідження особливостей кровотеч при доброякісних пухлинних ураженнях гастродуоденальної зони.

Метою роботи є визначення факторів залежності ступеня тяжкості кровотеч при доб-

роякісних пухлинах шлунка та дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи дослідження

Робота ґрунтується на аналізі визначення ступеня тяжкості шлунково-кишкових кровотеч у 167 хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинами гастродуоденальної локалізації, які знаходилися на лікуванні в Київському міському центрі з надання допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами за період з 1991 до 2008 р.

Ступінь тяжкості крововтрати визначали за даними гемодинамічних та гематологічних показників з урахуванням клінічних проявів (загальний вигляд шкірних покривів, наявність ортостатичних колапсів, анамнестичні дані про частоту мелени та кровавого блювання), виділяючи три ступеня тяжкості крововтрати. Дана класифікація розроблена професором В.Д.Братусем у 1988 р. і підтверджена В.М.Сидоренком на основі паралельних досліджень рівня об'єму циркулюючої крові (ОЦК). Ці дані зведені в орієнтовну табл. 1, яка наводиться нижче.

Вік 68 (40,7%) чоловіків та 99 (59,3%) жінок був від 21 до 87 років, а найбільша кількість хворих відмічена у віковій групі 61-70 років — 53 (31,7%) випадки. Співвідношення чоловіків до жінок склало 1:1,5.

Екстренна діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом години з моменту госпі-

Ступінь тяжкості шлунково-кишкової кровотечі (В.Д.Братусь, 1988)

Показники	Помірна кровотврата	Середня кровотврата	Тяжка кровотврата
Гемодинамічні показники	ЧСС < 100 за хв. АТсист. > 100 мм рт.ст. ЦВТ > 40 мм вод.ст.	ЧСС — 100-120 за хв. АТсист. — 80-100 мм рт.ст. ЦВТ — 30-40 мм вод.ст.	ЧСС > 120 за хв. АТсист. < 80 мм рт.ст. ЦВТ < 30 мм вод.ст.
Лабораторні показники	НЬ > 100 г/л Нт > 0,35 ШІ < 0,8	НЬ — 80-100 г/л Нт — 0,25-0,35 ШІ — 0,8-1,2	НЬ < 80 г/л Нт < 0,25 ШІ > 1,2
Дані коагулограми	Концентрація фібриногену, тромбоцитів, тромбіновий час, фібринолітична активність у нормі	Концентрація фібриногену, тромбоцитів, тромбіновий час знижені, фібринолітична активність підвищена	Концентрація фібриногену, тромбоцитів, тромбіновий час значно знижені, фібринолітична активність підвищена
Обсяг кровотврати	15-20% ОЦК (до 1000 мл)	25-35% ОЦК (до 1500 мл)	> 35% ОЦК (більше 2000 мл)

талізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостазу, був встановлений у 112 (67,0%) хворих, від 1 до 2 год. — у 33 (19,8%), від 2 до 4 год. — у 17 (10,2%), від 4 до 6 год. — у 5 (3,0%) хворих.

Гістологічний варіант поліпозних уражень визначено у 113 (71,5%) хворих: аденоматозні поліпи — у 78, залозисті — у 35; доброякісні неепітеліальні пухлини — у 45 (28,5%) пацієнтів: лейоміоми — у 34, гемангіоми — у 7, невриноми — у 3, нейрофіброма — в одного. Матеріалом дослідження були біоптати пухлин (47) та операційний (154) матеріал.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишкових кровотеч (Братусь В.Д., 1988), помірний ступінь тяжкості геморагії був у 69 (41,3%), середній — у 62 (37,1%), тяжкий — у 36 (21,6%) пацієнтів, при цьому 78,4% складають пацієнти з кровотечами помірного та середнього ступеня тяжкості. Зокрема, при поліпозних ураженнях у переважної частини хворих відмічені кровотечі помірного (у 65 — 56,0%) та середнього (у 43 — 36,2%) ступеня тяжкості, на відміну від хворих з доброякісними неепітеліальними пухлинами, де частіше мали місце кровотечі середнього (у 19 — 37,2%) та тяжкого (у 29 — 56,9%) ступеня.

Провівши аналіз залежності ступеня тяжкості кровотечі від локалізації доброякісних неепітеліальних пухлин шлунка та ДПК, було встановлено, що із 16 хворих з локалізацією пухлин у тілі шлунка (М) кровотеча помірного ступеня тяжкості була в одного (6,3%) хворого, середнього — у 5 (31,2%) та тяжка — у 10 (62,5%) пацієнтів.

Із 24 хворих з ураженням антрального відділу шлунка (А) помірна кровотеча відмічена в одного (4,3%) пацієнта, середнього ступеня тяжкості — у 8 (34,8%), тяжка — у 15 (62,5%) хворих.

При ураженнях на межі тіла і кардіального відділу (СМ) шлунка помірна кровотеча мала місце в одного (33,3%) хворого, середньої тяжкості — у 2 (66,7%), кровотеч тяжкого ступеня не було. При ураженнях на межі тіла та антрального відділу (МА) шлунка помірних геморагій не було, се-

реднього ступеня тяжкості геморагії визначено у 3 (50,0%) та тяжкого ступеня — у 3 (50,0%) хворих.

У ДПК локалізувалися дві доброякісні неепітеліальні пухлини, із яких в одного (50,0%) хворого відмічена кровотеча середнього ступеня та в одного (50,0%) — тяжка.

З наведених даних видно, що доброякісні неепітеліальні пухлини, ускладнені кровотечами середнього ступеня та тяжкими, локалізувалися в антральному відділі, тілі шлунка, на межі цих відділів та в ДПК.

За результатами проведеного аналізу залежності ступеня важкості геморагії при гострокровоточивих поліпах шлунка та ДПК від їх локалізації статистичної достовірності не виявлено ($p > 0,05$).

Ми провели детальний аналіз залежності ступеня тяжкості кровотечі від гістологічного типу доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК.

Аналіз залежності ступеня тяжкості кровотечі, згідно з визначеним гістологічним типом, проведений у 113 хворих з поліпами та 45 пацієнтів з доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК.

У хворих з аденоматозними поліпами кровотеча помірного ступеня мала місце у 30 (38,5%), середнього — у 39 (50,0%) та тяжкого — у 9 (11,5%) пацієнтів. У хворих із залозистими поліпами кровотеч тяжкого ступеня не відмічено взагалі, кровотечі середнього ступеня визначені у 2 (5,7%) пацієнтів, а основну частку склали кровотечі помірного ступеня — 33 (94,3%) випадки.

При лейоміомах у більшості хворих визначено кровотечі тяжкого ступеня, які склали 64,7% (22 випадки), в 11 (32,3%) пацієнтів були кровотечі середнього ступеня тяжкості та в одного (3,0%) хворого — помірна кровотеча.

Із 7 хворих з гемангіомами середнього ступеня тяжкості кровотеча була у 4 (57,1%) пацієнтів, тяжка — у 3 (42,9%), та із 4 хворих з доброякісними нейрогенними пухлинами у 2 (50,0%) визначена кровотеча помірного ступеня та у 2 (50,0%) — середнього.

Таким чином, при поліпозних ураженнях шлунка та ДПК кровотечі середнього та тяж-

кого ступеня мали місце у 48 (61,5%) хворих з аденоматозними поліпами, а при залозистих поліпах у 33 пацієнтів (94,3%) кровотечі були помірними і носили невиражений характер. У групі хворих з доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК кровотечі середнього ступеня тяжкості та тяжкі мали місце у 97,0% пацієнтів з лейоміомами та у 100% хворих з гемангіомами, складаючи 91,1% від усіх хворих цієї групи.

Висновки

1. У 78,4% хворих з гострокровоточивими доброякісними пухлинами шлунка та ДПК визначаються кровотечі помірною та середнього ступеня тяжкості.

2. При поліпозних ураженнях шлунка та ДПК у переважній частині хворих (92,2%) відмічаються кровотечі помірною та середнього ступеня тяжкості на відміну від хворих з неепі-

теліальними доброякісними пухлинами, де у більшості пацієнтів (94,1%) мають місце геморагії середнього та тяжкого ступеня.

3. Доброякісні неепітеліальні пухлини, ускладнені кровотечами середнього ступеня та тяжкими, локалізувалися в антральному відділі, тілі шлунка, на межі цих відділів та в ДПК, а при поліпозних ураженнях статистично достовірної залежності ступеня тяжкості геморагії від їх локалізації не встановлено ($p > 0,05$).

4. При поліпозних ураженнях шлунка та ДПК кровотечі середнього та тяжкого ступеня мають місце у хворих з аденоматозними поліпами, а при залозистих поліпах кровотечі є невираженими. У групі хворих з доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК кровотечі середнього ступеня тяжкості та тяжкі мали місце у 97,0% пацієнтів з лейоміомами та у 100% хворих з гемангіомами, складаючи 91,1% від усіх хворих цієї групи.

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. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В.Д.Братусь. — К.: Здоровья, 1991. — 270 с.
3. Вилянський М.П. Опухоли как причина острых желудочно-кишечных кровотечений / М.П.Вилянський, А.А.Чумаков, А.Н.Хорев // Вопросы онкологии. — 1991. — №6. — С. 742-745.
4. Зайцев В.Т. Результаты хирургического лечения кровоточащих опухолей желудка / В.Т.Зайцев, А.И.Дерман, И.А.Тарабан // Клини. хирургия. — 1991. — №5. — С. 26-28.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

П.В.Иванцов. Особенности гастродуоденальных кровотечений при доброкачественных опухолях желудка и двенадцатиперстной кишки. Киев, Украина.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, доброкачественная опухоль желудка и двенадцатиперстной кишки.

Проведен анализ определения степени тяжести желудочно-кишечных кровотечений у 167 больных с острокровоточащими доброкачественными опухолями желудка и двенадцатиперстной кишки. Степень тяжести кровопотери определяли по данным гемодинамических и гематологических показателей с учетом клинических проявлений геморрагии, выделяя три степени тяжести кровопотери. По результатам проведенного анализа определена зависимость степени тяжести опухолевых кровотечений от локализации, распространенности, морфологических особенностей и гистологического типа доброкачественных опухолевых поражений желудка и двенадцатиперстной кишки.

P.V.Ivanchov. The peculiarity of gastroduodenal bleedings of benign tumors of the stomach and duodenum. Kyiv, Ukraine.

Key words: gastrointestinal bleeding, malignant stomach tumor, stomach and duodenal tumor.

There was assayed an analysis to determine the degree of severity of gastrointestinal bleedings of 167 patients with acute bleeding benign tumors of the stomach and duodenum. The degree of severity of blood loss was determined by the data of hemodynamic and hematological factors including clinical demonstrations of hemorrhage, separating three degrees of severity of blood loss. By the results of assayed analysis there was determined the dependence of degree of severity to bleedings to localization, prevalence, morphological features and histological type of benign tumors of the stomach and duodenum.

Надійшла до редакції 16.12.2009 р.