

© П.В. ІВАНЧОВ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

## Клініко-ендоскопічні особливості гострокровоточивих доброякісних пухлин шлунка та дванадцятипалої кишки

P.V. IVANCHOV

National Medical University by O.O. Bohomolets

### CLINICAL AND ENDOSCOPIC FEATURES OF BLEEDING STOMACH AND DUODENAL TUMOUR

Узагальнено досвід лікування 167 хворих із ГДПШ та ДПК. Асимптомний перебіг захворювання відмічено у 81,2 % хворих. Основним методом діагностики гострокровоточивих доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК є езофагогастродуоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих із даною патологією до 100 %. У зв'язку з цим, з метою своєчасного виявлення доброякісних пухлин гастродуоденальної локалізації, всім хворим із наявністю шлункового анамнезу рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження.

Experience of treatment of 167 patients with bleeding stomach tumour is generalised. Asymptomatic disease running is registered in 81,2 % of patients. The main method of diagnostics of bleeding stomach and duodenal tumour is esophagogastroduodenoscopy, which allows to approve the level of detection of patients with this pathology up to 100 %. In connection with this, with intention to detection of gastroduodenal tumour, to all patients with stomach anamnesis is recommended to prosecute endoscopic investigation.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** На сьогодні проблема гострокровоточивих доброякісних пухлин шлунка (ГДПШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК) не отримала достатнього висвітлення. В доступних літературних джерелах є поодинокі повідомлення про випадки кровотеч із доброякісних епітеліальних та неепітеліальних новоутворень гастродуоденальної локалізації. Доброякісні новоутворення шлунка та дванадцятипалої кишки, представлені поліпами і доброякісними неепітеліальними пухлинами, є відносно рідкісною причиною розвитку кровотечі, що в структурі гострих шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) складає 0,3-1,5 % [2, 4, 6, 8, 10].

За узагальненими літературними даними, перебіг доброякісного пухлинного ураження шлунка та ДПК ускладнюється розвитком геморагії у 1,0-1,5 % хворих [3, 7, 9]. Серед усіх гастродуоденальних кровотеч пухлинного походження на частку доброякісних новоутворень припадає близько 6,5-7,0 % [5, 6, 8].

У міру нагромадження досвіду і вивчення результатів лікування хворих із ШКК в умовах концентрації цієї категорії хворих у спеціалізованому центрі спостерігається тенденція до зростання числа хворих із ГДПШ та ДПК. Як показали наші спостереження, своєчасне виявлення та діагностика

доброякісних гастродуоденальних пухлин ускладнені за рахунок того, що дана патологія перебігає здебільшого асимптомно або має стерту клінічну картину [1], а в більшості випадків першими її проявами є ШКК, частота якої, на жаль, не має тенденції до зменшення, що й визначає актуальність даної проблеми.

**Мета роботи:** визначити клініко-ендоскопічні особливості ГДПШ та ДПК.

**Матеріали і методи.** За період з 1991 до 2008 року у Київському міському центрі з надання допомоги хворим із ШКК перебували на лікуванні 167 пацієнтів із ГДПШ та ДПК: поліпи – 116 (69,5 %), неепітеліальні доброякісні пухлини – 51 (30,5 %). 68 (40,7 %) чоловіків та 99 (59,3 %) жінок даної групи були у віці від 21 до 87 років, а найбільша кількість пацієнтів відмічена у віці від 61 до 70 років і склала 53 (31,7 %) особи. Співвідношення чоловіків до жінок становило 1:1,5.

Екстрена діагностика забезпечувалась проведенням ендоскопічного дослідження. Протягом 1 год з моменту госпіталізації діагноз, що визначав 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 – у 17 (10,2 %), від 4 до 6 год – у 5 (3,0 %).

**Результати досліджень та їх обговорення.**

У групі хворих із ГДПШ та ДПК діагноз був встановлений до госпіталізації в нашу клініку у зв'язку з розвитком гострої гастродуоденальної кровотечі тільки у 18 (10,8 %) хворих із 167. У 149 (89,2 %) пацієнтів діагноз доброякісного пухлинного ураження гастродуоденальної зони був встановлений нами вперше.

Аналіз анамнестичних даних не виявив будь-яких симптомів шлункової патології у 121 (81,2 %) хворого, а гостра гастродуоденальна кровотеча, як ускладнення доброякісного пухлинного процесу, спонукала до первинної діагностики захворювання.

У 28 (18,8 %) пацієнтів відмічені ознаки шлункового анамнезу. На наявність дискомфорту та незначного болю в епігастральній ділянці скаржилися 13 (46,4 %) хворих, печії – 6 (21,4 %), нудоти та відрижки повітрям – 5 (17,9 %), погіршення апетиту – 4 (14,3 %).

Тривалість шлункового анамнезу до розвитку гострої кровотечі у хворих із ГДПШ та ДПК коливалась від 1 до 6 місяців у 3 (10,7 %) хворих, 6-12 місяців – у 14 (50,0 %), 12-24 місяців – у 9 (32,1 %), більше 24 місяців – у 2 (7,2 %). Решта пацієнтів (121 (81,2 %)) вважали себе до розвитку гастродуоденальної кровотечі абсолютно здоровими і в повному обсязі виконували свою професійну діяльність.

Клініка кровотечі мала місце у всіх 167 хворих із доброякісними новоутвореннями шлунка та ДПК і визначалася зовнішніми проявами геморагії (блювання кров'ю чи рідиною кольору “кавової гущі” і меленою) та загальними симптомами крововтрати (головокружіння, загальна слабкість, запаморочення, втрата свідомості).

Аналіз зовнішніх проявів та загальних симптомів гастродуоденальної кровотечі у хворих із ГДПШ та ДПК не виявив будь-яких особливостей. Вираження клінічних симптомів кровотечі більшою мірою залежало від тяжкості геморагії (об'єму та інтенсивності).

Першими проявами кровотечі були криваве блювання – у 35 (21,0 %), мелена – у 107 (64,1 %) та поєднання кривавого блювання і мелени – у 25 (14,9 %) пацієнтів. Загальні симптоми крововтрати при госпіталізації визначено у 101 (60,5 %) хворого.

При огляді хворих із ГДПШ та ДПК у 58 (34,7 %) пацієнтів визначалася блідість шкірних покривів та слизових оболонок, що було пов'язано з наявністю тяжкої кровотечі, холодний липкий піт відмічено у 32 (19,1 %) осіб із цих хворих. У 4 (7,8 %) пацієнтів при пальпації живота визначено пухлину в епігастральній ділянці. Інших патологічних симптомів, що давали б змогу запідозрити пухлинне ураження шлунка доброякісного характеру, ми не знайшли.

Отже, поряд із загальними та місцевими симптомами шлункової кровотечі у 28 (18,8 %) хворих можна виявити симптоми доброякісного пухлинного ураження гастродуоденальної зони, серед яких у 60,7 % симптоми шлункової патології виявляються протягом року до виникнення гострої геморагії. Тому дані анамнезу, скарги хворих, клінічні прояви патології можуть надати велику допомогу в діагностиці причин гастродуоденальної кровотечі у цієї категорії хворих.

На підставі даних ендоскопічного дослідження 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 – 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 %) хворого. 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 %), більше 3,0 см – у 5 (4,3 %) пацієнтів.

Найбільш частою локалізацією для поліпозних уражень 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 %) хворих.

Неепітеліальні доброякісні пухлини частіше локалізувалися також в антральному відділі – 24 (47,0 %) спостереження та у тілі шлунка – 16 (31,4 %). У 2 (3,9 %) хворих пухлини локалізувалися в ДПК. На межі антрального відділу та тіла шлунка визначено доброякісні пухлинні ураження у 6 (11,8 %) пацієнтів та на межі тіла і кардіального відділу шлунка – у 3 (5,9 %) хворих. Діаметр пухлин до 3 см відмічено у 7 (13,7 %) хворих, від 3 до 6 см – у 25 (49,0 %), від 6 до 10 см – у 17 (33,3 %), більше 10 см – у 2 (4,0 %) пацієнтів.

Проаналізувавши отримані клініко-ендоскопічні дані, ми відзначили, що скарги, які висувають хворі в момент діагностики захворювання, мають різнобічний характер, клінічна картина стерта, а в 81,2 % пацієнтів перебіг доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК є асимптомним. Маніфестними клінічними проявами доброякісних епітеліальних та неепітеліальних новоутворень шлунка та ДПК є ніщо інше, як симптоми ШКК. Варіабельність та невираженість клінічної картини ще раз вказують на необхідність регулярного комплексного обстеження хворих із використанням об'єктивних методів досліджень, провідна роль серед яких відво-

диться езофагогастродуоденоскопії, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих із даною патологією до 100 %. У зв'язку з цим, всім хворим із наявністю шлункового анамнезу показано проведення ендоскопічного дослідження, що буде сприяти збільшенню частоти виявлення доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК до розвитку їх ускладнення гострою кровотечею.

**Висновки.** 1. Клінічна картина ГДПШ та ДПК має стертий характер, а у 81,2 % хворих перебіг асимптомний.

2. Симптоми шлункової патології передували розвитку гострої геморагії протягом року в 60,7 % хворих із доброякісними пухлинами шлунка та ДПК.

3. Зовнішні прояви кровотечі при ГДПШ та ДПК залежать від об'єму та інтенсивності кровотечі.

4. Ураження тіла шлунка, його антрального відділу та поєднані ураження цих відділів мали місце у 86,2 % хворих із ГДПШ та ДПК.

5. Основним методом діагностики доброякісних пухлинних уражень шлунка та ДПК є езофагогастродуоденоскопія, що дозволяє підвищити рівень виявлення хворих із даною патологією до 100 %.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Братусь В.Д., Фомін П.Д., Біляков-Бельський О.Б., Сидоренко В.М., Заплавський Г.О., Переш Є.Є. Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами пухлинного походження // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Т. 5, № 1. – С. 48.
2. Вилянський М.П., Чумаков А.А., Хорев А.Н. Опухоли как причина острых желудочно-кишечных кровотечений // Вопросы онкологии. – 1991. – № 6. – С. 742-745.
3. Зайцев В.Т., Дерман А.И., Тарабан И.А. Результаты хирургического лечения кровоточащих опухолей желудка // Клиническая хирургия. – 1991. – № 5. – С. 26-28.
4. Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г., Колганова И.П., Будаев К.Д., Дубинин С.А. Клиника, диагностика и лечение доброкачественных неэпителиальных опухолей желудка // Хирургия. – 1999. – № 2. – С. 4-7.
5. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Рыбакова Е.В., Губков И.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения опухолевой этиологии // Вестник хирургии. – 2006. – № 1. – С. 79-81.
6. Федоров Е.А., Лиссов И.Л., Губатенко И.Ф., Шемякин О.С., Пищаленко Н.Т., Сидоренко В.М. Нераковые опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки как причина острого кровотечения // Клиническая хирургия. – 1991. – № 4. – С. 40-42.
7. Kojima M., Konishi F. Bleeding from the alimentary tract-acute hemorrhage from gastrointestinal tumors // Nippon Rinsho. – 1998. – № 9. – P. 2360-2364.

Отримано 01.10.09