

УДК 616.33+616.342]-006.5-005.1-036.11-089

© П.Д. ФОМІН, П.В. ІВАНЧОВ, С.М. СТОЛЯРЧУК, С.М. ЛОБАНОВ, Ю.І. ШВЕДЕНКО

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Хірургічне лікування гострокровоточивих поліпів шлунка та дванадцятипалої кишки

P.D. FOMIN, P.V. IVANCHOV, S.M. STOLIARCHUK, S.M. LOBANOV, YU.I. SHVEDENKO

National Medical University by O.O. Bohomolets

SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING POLYPPES OF THE STOMACH AND DUODENUM

Узагальнено досвід хірургічного лікування 116 хворих із гострокровоточивими поліпами гастродуоденальної локалізації. Оперативне лікування проведено у 112 (96,6 %) пацієнтів. В екстреному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву оперовано 7 (6,3 %) хворих, у ранньому відстроченому періоді – 27 (24,1 %) пацієнтів, первинно-невідкладне ендоскопічне видалення поліпів без ознак активної кровотечі проведено у 78 (69,6 %) хворих. Ендоскопічна поліпектомія виконана у 85 (75,9 %) хворих, резекція шлунка – у 3 (2,7 %) пацієнтів. Летальних випадків після проведення оперативного лікування не відмічено. Операцією вибору у хворих із гострокровоточивими поліпами шлунка та дванадцятипалої кишки вважаємо ендоскопічну поліпектомію, яку слід широко застосовувати в екстреному порядку на висоті активної кровотечі та у первинно-невідкладному порядку, при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження у разі відсутності ознак активної кровотечі і наявності стигмат недавньої кровотечі. Виконання резекції шлунка показано виключно при поліпозних ураженнях гастродуоденальної зони.

There has been summarized the experience of surgical treatment of 116 patients with acutely bleeding polypes of gastrointestinal localization. Operative treatment has been held in 112 (96,6 %) patients. In urgent order, at the height of active bleeding and at the height of its relapse, there have been operated 7 (6,3 %) patients, at the early delayed period – 27 (24,1 %), primary-urgent endoscopic ablation of polypes, without signs of active bleeding – 78 (69,6 %). Endoscopic polypectomy has been made in 85 (75,9 %) patients, resection of stomach – in 3 (2,7 %) patients. No lethal situations after holding the operative treatment have been noticed. Operation of the choice in the patients with acutely bleeding polypes of stomach and duodenum is endoscopic polypectomy, which we should widely use in urgent order at the level of active bleeding and in primary-urgent order, if holding emergency endoscopic research in case of absence of indications of active bleeding and presence of stigmata of recent bleeding. Making the resection of stomach is shown only at polypous affections of gastrointestinal zone.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. У міру нагромадження досвіду і вивчення результатів лікування хворих із шлунково-кишковими кровотечами в умовах концентрації цієї категорії хворих у спеціалізованому центрі спостерігається тенденція до зростання числа хворих із гострокровоточивими доброякісними пухлинними ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК), і на сьогодні частота пухлинних кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту не має тенденції до зменшення [1, 2, 3, 7, 10].

Гастродуоденальні кровотечі доброякісного пухлинного походження складають близько 0,3–1,5 % у структурі шлунково-кишкових кровотеч, при цьому в 70–85 % хворих доброякісні пухлинні ураження гастродуоденальної зони клінічно та ендоскопічно верифікуються у зв'язку з розвитком ускладнення пухлинного процесу гострою кровотечею [2,

3, 4, 5, 7, 8, 9]. Цей фактор сприяє виникненню кровотеч тяжкого ступеня, особливо при тотальному поліпозі шлунка, що є причиною післяопераційних ускладнень після проведення екстрених оперативних втручань у хворих із даною патологією [4, 6, 8].

Зважаючи на актуальність проблеми гастродуоденальних кровотеч пухлинного походження, ми визначили необхідність проведення аналізу хірургічного лікування при поліпозних ураженнях гастродуоденальної зони.

Мета роботи: поліпшення результатів хірургічного лікування гострокровоточивих поліпів шлунка та ДПК.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено аналіз результатів хірургічного лікування 116 пацієнтів із гострокровоточивими поліпами шлун-

ка та ДПК, які перебували на лікуванні у Київському міському центрі по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами за період з 1991 до 2008 року. 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).

Екстрена діагностика забезпечувалась проведенням ендоскопічного дослідження. Протягом 1 год 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 – в 11 (9,5%) пацієнтів, від 4 до 6 год – у 1 (0,9%) хворого.

При визначенні стану гемостазу користувалися модифікованою нами (Нікішаєв В.І., 1997) класифікацією активності кровотечі Forrest J.A.H.: I група – кровотеча, що триває (IA – цівкова; IB – просочування; Ix – з-під щільного фіксованого згустка крові); II група – кровотеча, що зупинилася (IIA – тромбована судина; IIB – фіксований згусток крові; IIC – дрібні тромбовані судини); III група – відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишкових кровотеч (Братусь В.Д., 1988), помірний ступінь геморагії був у 65 (56,0%) хворих, середній – у 42 (36,2%), тяжкий – у 9 (7,8%) пацієнтів.

Результати досліджень та їх обговорення.
Відповідно до розробленого нами алгоритму ліку-

вальної тактики і визначених критеріїв показань до проведення оперативних втручань, зі 116 хворих із гострокровоточивими поліпами шлунка і ДПК хірургічне лікування проведено у 112 (96,6%).

В екстреному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті її рецидиву оперовано 7 (6,3%) хворих. Первинно-невідкладне ендохірургічне видалення поліпа без ознак активної кровотечі при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження виконано у 78 (69,6%) пацієнтів.

У ранньому відстроченому періоді після проведення адекватної підготовки та комплексного дообстеження оперативне лікування здійснено у 27 (24,1%) пацієнтів.

Летальних випадків після проведення оперативного лікування не відмічено.

Види оперативних втручань залежно від умов їх проведення у хворих із гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК наведені у таблиці 1.

Із представлених даних видно, що оперативне лікування виконано у 112 хворих: ендоскопічна поліпектомія – 109 (97,3%), резекція шлунка – 3 (2,7%) (за Більрот-I – 1 (33,3%), Більрот-II – 2 (66,7%)).

За результатами проведеного аналізу встановлено, що частота виконання ендоскопічних поліпектомій в екстреному порядку на висоті кровотечі, у тому числі первинно-невідкладних, що виконані при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження у хворих із наявністю стигмат недавньої кровотечі, склала 75,9% (85 хворих), перевищуючи в 3,1 раза кількість ендоскопічних поліпектомій, проведених у ранньому відстроченому періоді.

Таблиця 1. Види оперативних втручань залежно від умов їх проведення у хворих із гострокровоточивими поліпами шлунка і ДПК

Види операцій	ЕО	ПНЕВ	РВО	Всього, %	Померли, %
ЕПЕ	7 (6,4 %)	78 (71,6 %)	24 (22,0 %)	109 (97,3 %)	–
РШ	–	–	3 (100 %)	3 (2,7 %)	–
Всього, %	7 (6,3 %)	78 (69,6 %)	27 (24,1 %)	112 (100 %)	–

Резекція шлунка виконана в 3 (2,7%) випадках у ранньому відстроченому періоді при наявності у хворих поліпозного ураження шлунка.

Загалом, екстрено, на висоті активної кровотечі, оперовано 7 (6,3%) хворих, первинно-невідкладно, при наявності стигмат недавньої кровотечі – 78 (69,6%) та у ранньому відстроченому періоді – 27 (24,1%) пацієнтів, при цьому співвідношення резекцій шлунка до міні-інвазивних ендохірургічних втручань склало 1:36.

Висновки. 1. Операцією вибору у хворих із гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК є ендоскопічна поліпектомія. Виконання резекції шлунка показано виключно при поліпозі гастродуоденальної зони.

2. Виправданим є більш широке застосування ендоскопічної поліпектомії у первинно-невідкладному порядку при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження у разі відсутності ознак активної кровотечі і наявності стигмат недавньої кровотечі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

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. Бабенков Г. Д. Доброкачественные новообразования желудка и кишечника как причина кровотечения / Г. Д. Бабенков, С. Н. Усов, В. К. Глазунов // Клініч. хірургія. – 2000. – № 8. – С. 18–19.
3. Братусь В. Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В. Д. Братусь. – К. : Здоров'я, 1991. – 270 с.
4. Вилянский М. П. Опухоли как причина острых желудочно-кишечных кровотечений / М. П. Вилянский, А. А. Чумаков, А. Н. Хорев // Вопросы онкологии. – 1991. – № 6. – С. 742–745.
5. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала / В. Ф. Саенко, П. Г. Кондратенко, Ю. С. Семенюк и др. – Ровно, 1997. – 384 с.
6. Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечениями 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. Шлунково-кишкові кровотечі, обумовлені доброякісними пухлинами / Г. Д. Бабенков, С. М. Усов, В. К. Глазунов, О. В. Кравченко // Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечениями : матеріали наук.-практ. конф., 10 берез. 2000 р. – Львів, 2000. – С. 43.
9. 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.
10. Tumors of the stomach / G. B. Davis, D. K. Blanchard, G. F. 3rd Hatch [et al.] // World J. Surg. – 2000. – Vol. 24, № 4. – P. 412–420.

Отримано 03.11.10