

УДК 616.33+616.342]-006.3.03-005.1-036.11-089

© П.Д. Фомін, П.В. Іванчов, С.М. Столярчук, С.М. Лобанов, Ю.І. Шведенко
 Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ДОБРОЯКІСНИХ НЕЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ДОБРОЯКІСНИХ НЕЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛО КИШКИ – Узагальнено досвід хірургічного лікування 51 хворого з гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами гастродуоденально локалізації. Оперативне лікування проведено у 42 (82,4 %) пацієнтів. В екстремому порядку, на висоті триваючої кровотечі та на висоті рецидиву оперовано 6 (14,3 %) хворих, у ранньому відстроченому періоді – 34 (80,9 %), первинноневідкладне ендохірургічне видалення доброякісних неепітеліальних пухлин, без ознак активно кровотечі – 2 (4,8 %). Летальність після екстрених операцій становить 16,7 %, загальна післяопераційна летальність – 2,4 %. Вважаємо операції на висоті кровотечі у хворих із гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка і дванадцятипало кишки (ДПК) надто небезпечними і доцільним є застосування комплексу міні-інвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активно кровотечі та профілактики розвитку рецидиву і оперувати хворих у ранньому відстроченому періоді. Дотримання такої тактики є доцільним із точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості виконання оптимальних оперативних втручань залежно від локалізації, морфологічного типу та розповсюдженості доброякісного пухлинного процесу.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКРОВОТОЧИВЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ – Обобщенно опыт хирургического лечения 51 больного с острокровоточивыми доброкачественными неэпителиальными опухолями гастродуоденальной локализации. Оперативное лечение проведено в 42 (82,4 %) пациентов. В экстремном порядке, на высоте длительного кровотечения и на высоте его рецидива оперировано 6 (14,3 %) больных, в раннем отсроченном периоде – 34 (80,9 %), первичнонеотложимое эндохирургическое удаление доброкачественных неэпителиальных опухолей, без признаков активного кровотечения – 2 (4,8 %). Летальность после экстренных операций составляет 16,7 %, общая послеоперационная летальность – 2,4 %. Считаем операции на высоте кровотечения в больных из острокровоточивыми доброкачественными неэпителиальными опухолями желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) весьма опасными и целесообразным есть применение комплекса мини-инвазивных методов эндохирургического гемостаза для осуществления остановки активного кровотечения и профилактики развития его рецидива и оперировать больных в раннем отсроченном периоде. Соблюдение такой тактики есть целесообразным из точки зрения уменьшения риска для жизни больного и возможности выполнения оптимальных оперативных вмешательств в зависимости от локализации, морфологического типа и распространения доброкачественного опухолевого процесса.

SURGICAL TREATMENT OF ACUTELY BLEEDING NON-EPITHELIAL BENIGN TUMORS OF STOMACH AND DUODENUM – There was summarized the experience of surgical treatment in 51 patient with acutely bleeding non-epithelial benign tumors of gastrointestinal localization. Operative treatment was held in 42 (82,4 %) patients. In urgent order, at the level of active bleeding and at the level of its relapse, there were operated 6 (14,3 %) patients, at the early delayed period – 34 (80,9 %), primary-urgent endosurgical ablation of non-epithelial benign tumors, without indications of active bleeding – 2 (4,8 %). Lethality after urgent operations was – 16,7 %, general postoperative lethality – 2,4 %. We consider the

operations at the level of bleeding in patients with acutely bleeding non-epithelial benign tumors of stomach and duodenum are extremely dangerous and realization of endosurgical hemostasis with further holding of operative treatment at the early delayed period is reasonable. Observance of this tactic is reasonable from the point of view of the decrease of risk for the life of patient and ability of making optimal operative intervention, depending on localization, morphological type and prevalence of benign tumorous process.

Ключові слова: шлунково-кишкова кровотеча, доброякісні неепітеліальні пухлини шлунка та дванадцятипало кишки, методи операцій.

Ключевые слова: желудочно-кишечное кровотечение, доброкачественные неэпителиальные опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки, методы операций.

Key words: gastrointestinal bleeding, non-epithelial benign tumors of stomach and duodenum, methods of operations.

ВСТУП По мірі 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 з гострокровоточивими доброякісними пухлинними ураженнями шлунка та дванадцятипало кишки (ДПК) і на сьогодні частота пухлинних кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту не має тенденції до зменшення [1, 5, 8, 9, 12].

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, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11]. Цей фактор сприяє високій частоті розвитку кровотеч тяжкого ступеня, особливо у хворих із доброякісними пухлинами неепітеліального походження, що є причиною розвитку ускладнень після проведення екстрених оперативних втручань [3, 7, 11].

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

Метою дослідження стало покращання результатів хірургічного лікування гострокровоточивих доброякісних неепітеліальних пухлин шлунка та ДПК.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ В основу роботи покладено аналіз результатів хірургічного лікування 51 хворого з гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК, що знаходилися на лікуванні у Ки вському міському центрі із надання допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами за період з 1992 по 2009 роки. Чоловіків було 22 (43,1 %), жінок – 29 (56,9 %), у віці від 21 до 87 років. Співвідношення чоловіків до жінок склало 1:1,3.

Найбільшу кількість пацієнтів відмічено у віці від 61 до 70 років і склала 53 (31,7 %) випадки.

Екстрену діагностику забезпечували проведенням ендоскопічного дослідження. Протягом 1 год з моменту госпіталізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь гемостази, було встановлено у 32 (62,7 %) хворих, від 1 до 2 год – у 9 (17,6 %), від 2 до 4 – у 6 (11,8 %), від 4 до 6 год – у 4 (7,8 %).

При визначенні стану гемостази користувалися модифікованою нами (В.І. Нікішаєв, 1997) класифікацією активності кровотечі Forrest J.A.H.: I група – кровотеча, що продовжується: IA – цівкова; IB – просочування; Іх – 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).

Розподіл по групах відбувся наступним чином: I група – 7 (13,7 %): IA – 2 (3,9 %); IB – 1 (2,0 %); Іх – 4 (7,8 %); II група – 25 (49,0 %): IIA – 2 (3,9 %); IIB – 20 (39,2 %); IIC – 3 (5,9 %); III група – 19 (37,3 %).

Згідно з прийнятою в клініці класифікацією тяжкості шлунково-кишкових кровотеч (В.Д. Братусь, 1988), помірний ступінь геморагі був у 3 (5,9 %), середній – у 19 (37,2 %), тяжкий – у 29 (56,9 %) пацієнтів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з розробленим нами алгоритмом лікувальної тактики і визначених критеріях показань до проведення оперативних втручань, із 51 хворого з гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК хірургічне лікування проведено у 42 (82,4 %).

В екстреному порядку на висоті триваючої кровотечі та на висоті рецидиву оперовано 6 (14,3 %) хворих, із яких помер 1 (16,7 %) пацієнт.

Первинноневідкладне ендохірургічне видалення (ПНЕВ) доброякісно пухлини не залежно від стану гемостази виконано у 2 (4,8 %) хворих при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження.

У ранньому відстроченому періоді, після проведення адекватно підготовки та комплексного дообстеження, оперативне лікування проведено у 34 (80,9 %). Летальних наслідків не було.

Загальна післяопераційна летальність склала 2,4 % (1 хворий).

У таблиці 1 наведено види оперативних втручань у хворих із гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК залежно від умов проведення.

Таблиця 1. Види оперативних втручань залежно від умов проведення у хворих із гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК

Вид операції	ЕО	L, %	ПНЕВ	L, %	РВО	L, %	Всього, %	L, %
Висічення пухлини	3 13,0 %	1 33,3 %	–	–	20 87,0 %	–	23 54,8 %	1 4,3 %
Вилущення пухлин	2 28,6 %	–	2 28,6 %	–	3 42,8 %	–	7 16,7 %	–
СРШ	1 11,1 %	–	–	–	8 88,9 %	–	9 21,4 %	–
РШ	–	–	–	–	3 100 %	–	3 7,1 %	–
Всього, %	6 14,3 %	1 16,7 %	2 4,8 %	–	34 80,9 %	–	42 100 %	1 2,4 %

Примітка. L – хворі, що померли.

Отже, у 42 оперованих хворих виконано: висічення пухлини – 23 (54,8 %); вилущення пухлини – 7 (16,7 %); секторальна резекція шлунка (СРШ) – 9 (21,4 %); резекція шлунка (РШ) – 3 (7,1 %); за Більрот-I – 1 (33,3 %), Більрот-II – 2 (66,7 %).

З наведених даних видно, що найбільшу частку операцій складають висічення пухлин – 23 (54,8 %) випадки. На висоті кровотечі проведено 3 (13,0 %) операції, після яких помер 1 (33,3 %) пацієнт, а у ранньому відстроченому періоді – 20 (87,0 %), без летальних наслідків. Загальна післяопераційна летальність при цьому склала 4,3 % (1 хворий із 23).

У 9 (21,4 %) хворих виконано секторальні резекції шлунка: екстрено на висоті кровотечі – 1 (11,1 %), у ранньому відстроченому періоді – 8 (88,9 %). Летальних випадків не відмічено.

Субмукозне вилущення пухлини виконано у 7 (16,7 %) хворих. Екстрено на висоті активно кровотечі, оперовано 2 (28,6 %) пацієнти, у ранньому відстроченому періоді – 3 (42,8 %), та ендоскопічне субмукозне вилущення пухлини у первинноневідкладному поряд-

ку, без ознак активно кровотечі, при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження – 2 (28,6 %). Летальних випадків не було.

Резекцію шлунка виконано у 3 (7,1 %) хворих. Всі операції проведено у ранньому відстроченому періоді, без летальних наслідків.

Загалом, в структурі операцій у пацієнтів із гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка та ДПК співвідношення між органорушніючими (резекція шлунка) та органощадячими (секторальна резекція шлунка, висічення пухлини) і органозберігаючими операціями (вилущення пухлини) є 1:13.

Таким чином, із 42 оперованих хворих у 6 (14,3 %) пацієнтів операції проведено на висоті триваючої, ендоскопічно не зупиненої кровотечі, і на висоті рецидиву кровотечі, у 34 (80,9 %) пацієнтів у ранньому відстроченому періоді після проведення адекватно передопераційної підготовки, направлено на компенсацію гіповолемії і корекцію гемодинаміки, та повноцінного комплексного дообстеження, та у 2 (4,8 %)

виконано ендоскопічне видалення пухлини у первинноневідкладному порядку, без ознак активно кровотечі, при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження. Помер 1 (16,7 %) із 6 екстрено оперованих хворих, при цьому загальна післяопераційна летальність склала 2,4 % (1 хворий із 42).

ВИСНОВКИ Вважаємо операції на висоті кровотечі у пацієнтів із гострокровоточивими доброякісними неепітеліальними пухлинами шлунка і ДПК надто небезпечними і доцільним є застосування комплексу міні-інвазивних методів ендохірургічного гемостазу для здійснення зупинки активно кровотечі та профілактики розвитку рецидиву і оперувати хворих у ранньому відстроченому періоді. Дотримання такої тактики є доцільним з точки зору зменшення ризику для життя хворого і можливості виконання оптимальних оперативних втручань залежно від локалізації, морфологічного типу та розповсюженості доброякісного пухлинного процесу.

Виправданим є більш широке застосування ендоскопічного субмукозного вилущення доброякісних неепітеліальних пухлин шлунка та ДПК у первинноневідкладному порядку при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження у разі відсутності ознак активно кровотечі і наявності стигмат нещодавно 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. Галкин В.Н. Диагностика и хирургическое лечение неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта / В.Н. Галкин, Н. А. Майстренко // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2003. – № 1. – С. 22–26.
4. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного канала / В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк [и др.]. – Ровно, 1997. – 384 с.
5. Доброкачественные опухоли желудка и кишечника / С.Г. Григорьев, В.П. Афанасенко, О.И. Голубев, И.М. Есмейкин // Клини. хирургия. – 1991. – № 5. – С. 72–74.
6. 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.
7. 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.
8. Неэпителиальные опухоли желудка / В.П. Петров, А.Г. Рожков, Ю.Н. Савин, В.И. Дронов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 1997. – № 3. – С. 25–28.
9. 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.
10. Шлунково-кишкові кровотечі, зумовлені 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.
11. 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.
12. 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 25.10.10