

© П. В. ІВАНЧОВ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

## Принципи лікувальної тактики при гострокровоточивих злоякісних пухлинах шлунка

P. V. IVANCHOV

National Medical University by O. O. Bohomolets

### PRINCIPLES OF TREATMENT TACTIC IN THE PRESENCE OF ACUTELY BLEEDING MALIGNANT TUMORS OF THE STOMACH

В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 1125 хворих із гострокровоточивими злоякісними пухлинами шлунка, виділяючи 2 періоди: I період (817 хворих) – 1995–2007 рр.; II період (308 хворих) – 2008–2012 рр. Впровадження розробленого алгоритму лікувальної тактики, що ґрунтується на використанні мініінвазивних методів ендоскопічного гемостазу з метою зупинки активних пухлинних кровотеч та профілактики розвитку рецидивів кровотеч при наявності стигмат з наступним клініко-ендоскопічним моніторингом, дозволило у II періоді лікування хворих знизити кількість екстрених операцій з 10,5 до 6,2 %, збільшити кількість операцій у ранньому відстроченому періоді з 89,5 до 93,8 % і тим самим досягти зменшення загальної летальності з 10,0 до 5,8 % та післяопераційної летальності – у 2,7 раза (з 11,6 до 4,3 %), у тому числі після екстрених операцій – у 3,2 раза (з 31,6 до 10,0 %) і ранніх відстрочених – у 2,4 раза (з 9,3 до 3,9 %).

At the basis of work there is the analysis of treatment of 1125 patients with acutely bleeding malignant tumors of the stomach, marking out 2 periods: I period (817 patients) – 1995 – 2007; II period (308 patients) – 2008 – 2012. Introduction of the developed algorithm of treatment tactic, which is based on the use of miniinvasive methods of endoscopic hemostasis for the purpose of stopping active tumorous bleedings and prevention of the development of the relapse of bleeding in the presence of stigmata with the next clinic-endoscopic monitoring, which allowed to decrease the number of urgent operations from 10.5 to 6.2 % in the II period of treatment, to increase the number of operations in the earlier delayed period from 89.5 to 93.8 %, and ipso facto to reach the decrease of general lethality from 10.0 to 5.8 % and post-operational lethality in 2.7 times (from 11.6 to 4.3 %), including the decrease of lethality after urgent operations in 3.2 times (from 31.6 to 10.0 %) and earlier delayed – in 2.4 times (from 9.3 to 3.9 %).

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Незважаючи на стрімкий розвиток хірургічних технологій та успіхи сучасної абдомінальної хірургії, гострі гастроуденальні кровотечі становлять серйозну проблему в невідкладній хірургії органів черевної порожнини. У 10–12 % пацієнтів джерелом шлунково-кишкової кровотечі є злоякісні пухлинні ураження, серед яких вагоме місце належить злоякісним пухлинам шлунка, які у 4,6–15,9 % випадків є причиною смерті від гострих шлунково-кишкових кровотеч [2, 5, 7].

Актуальність проблеми гострокровоточивих злоякісних пухлин шлунка (ГЗПШ) полягає у відсутності чітко визначених алгоритмів лікувальної тактики, а кількість ускладнень злоякісних пухлин гострою кровотечею не має тенденції до зниження і в останні 10 років прогресивно зростає [1, 3, 4, 6].

**Мета роботи:** розробка та впровадження у клінічну практику алгоритму лікувальної тактики у хворих із ГЗПШ.

**Матеріали і методи.** У клініці за період 1995–2012 рр. лікувалися 1125 хворих із ГЗПШ, серед яких рак шлунка мав місце у 1108 (98,5 %) пацієнтів, та у 17 (1,5 %) – саркома. Вік 794 (70,6 %) чоловіків та 331 (29,4 %) жінок перебував у межах від 19 до 94 років.

Згідно з Міжнародною класифікацією TNM п'ятого перегляду (травень 1997 р.) I стадію захворювання встановлено у 46 (4,1 %) хворих, II – у 210 (18,7 %) пацієнтів, III – у 402 (35,7 %) хворих, IV – у 467 (41,5 %) пацієнтів.

Аналіз результатів лікування хворих із ГЗПШ проведений у двох групах, що перебували на лікуванні протягом двох періодів, які відповідають про-

цесу перегляду принципів підходу і критеріїв вибору лікувальної тактики.

I період (817) – хворі, які перебували на лікуванні в нашій клініці за період з 1995 до 2007 року. Цей період відповідав проведенню активної хірургічної тактики, але поряд з цим ми продовжували пошук та розробку нових способів ендоскопічного гемостазу, а також проводили аналіз лікування хворих з ГЗПШ.

II період (308) – хворі, які перебували на лікуванні в нашій клініці за період з 2008 до 2012 року. Цей період характеризувався впровадженням у клінічну практику розробленої активної ендоскопічної тактики з обов'язковим проведенням міні-інвазивних методів ендохірургічного гемостазу у хворих не тільки з активними пухлинними кровотечами, а й наявністю стигмат недавньої кровотечі – тромбованої судини (FIIA), фіксованого згустка (FPIB), з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу.

#### Результати досліджень та їх обговорення.

На нашу думку, оптимізація лікувальної тактики при пухлинних кровотечах полягає в активній ендоскопічній тактиці з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу та індивідуалізованим підходом щодо визначення показань і термінів проведення операційних втручань та інфузійно-трансфузійної корекції гіповолемії.

Отже, при госпіталізації всім хворим із ГЗПШ проводиться екстрена ФЕГДС, основними завданнями якої є: верифікація джерела кровотечі у шлунку; визначення його локалізації, морфологічного типу та розповсюженості; взяття біопсії для визначення гістологічного типу; оцінка стану гемостазу за класифікацією Forrest.

Основним ключовим моментом активної ендоскопічної тактики є проведення ендоскопічного гемостазу шляхом застосування міні-інвазивних методів ендохірургічного гемостазу в групі хворих з активними пухлинними кровотечами (FIA, FIB, FIx) з метою їх остаточної зупинки та у групі хворих зі спонтанно зупиненою кровотечею при наявності ендоскопічних стигмат недавньої кровотечі (FIIA, FPIB) з метою профілактики розвитку рецидиву кровотечі (РК), оскільки при наявності вищеназваних стигмат гемостаз вважається нестійким і тому існує висока ймовірність розвитку раннього РК, а саме при FIIA – 40–60 % та при FPIB – 20–30 %. Проведення ендоскопічного гемостазу в групі хворих із наявністю стигмат FIIС, FPII вважаємо недоцільним, оскільки це суттєво не впливає на зменшення частоти РК.

Після проведення екстреної ФЕГДС і здійснення ендохірургічного гемостазу хворі підлягають

продовженому клініко-ендоскопічному моніторингу з інтервалами повторних ендоскопічних оглядів залежно від розподілу за ступенем ризику розвитку РК: I група (FIA; FIB; FIx) – високий ризик розвитку РК – інтервал оглядів 2–4 год; II група (FIIA; FPIB) – середній ризик РК – інтервал оглядів 4–6 год; III група (FIIС; FPII) – низький ризик РК – інтервал оглядів 12–24 год.

Таким чином, дотримання розробленого нами лікувально-тактичного підходу забезпечує проведення операційних втручань, за наявності показань, у невідкладному порядку протягом 6–24 год чи ранньому відстроченому періоді, протягом наступних 2–7 діб із моменту госпіталізації в умовах максимальної корекції гіповолемії та дефіциту ОЦК. Операційне лікування в екстреному порядку проводиться виключно хворим з активною струминною кровотечею (FIA) та РК в стаціонарі, у яких здійснення ендоскопічного гемостазу є неефективним, за умови операбельності злоякісного пухлинного процесу та відсутності протипоказань, що підвищують операційно-анестезіологічні ризики.

Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих із ГЗПШ дозволило, порівняно з I періодом, знизити кількість екстрених операцій з 10,5 до 6,2 %, у тому числі на висоті кровотечі – з 2,2 до 1,2 % та на висоті РК – з 8,3 до 4,9 %, летальність після екстрених операцій – з 31,6 до 10,0 %, у тому числі на висоті кровотечі – з 37,5 % до 0 та на висоті РК – з 30,0 до 12,5 %, летальність після ранніх відстрочених операцій – з 9,3 до 3,9 %, післяопераційну летальність – з 11,6 до 4,3 %, загальну летальність – з 10,0 до 5,8 %. Поряд з цим досягнуто збільшення хірургічної активності з 44,3 до 52,6 %, кількості операцій у ранньому відстроченому періоді з 89,5 до 93,8 %, радикальних операцій – з 66,0 до 75,9 %.

**Висновки.** Ефективний ендоскопічний гемостаз та ендоскопічна профілактика розвитку РК з наступним клініко-ендоскопічним моніторингом забезпечують стабільний перебіг постгеморагічного періоду, що суттєво впливає на зменшення частоти екстрених операцій, які проводяться з невиправданим ризиком і супроводжуються високою частотою післяопераційних ускладнень та летальності. Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих дозволило, порівняно з I періодом, знизити кількість екстрених операцій з 10,5 до 6,2 % і тим самим досягти зменшення післяопераційної летальності у 2,7 раза, у тому числі після екстрених операцій у 3,2 раза і ранніх відстрочених – у 2,4 раза.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кондратенко П. Г. Хирургическая тактика у больных с острыми кровотечениями из злокачественных опухолей пищеварительного канала / П. Г. Кондратенко, Н. Л. Смирнов // *Хірургія України*. – 2005. – № 3. – С. 23–25.
2. 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.
3. Результаты оперативного лечения больных с осложнённым местнораспространённым раком желудка / В. В. Бойко, С. А. Савви, В. А. Лазирский, В. Н. Лыхман // *Харківська хірургічна школа*. – 2009. – № 3 (34). С. 48–51.
4. Радикальное хирургическое лечение рака желудка, осложнённого профузным кровотечением / С. А. Поликарпов, А. Н. Лисицкий, Н. Н. Иров [и др.] // *Хирургия*. – 2008. – № 7. – С. 24–26.
5. Хирургическое лечение острокровотокающего рака желудка / П. Д. Фомин, Е. Н. Шепетько, А. Б. Бельский [и др.] // *Матеріали 21 з'їзду хірургів України, 5–7 жовт. 2005 р. – Запоріжжя, 2005*. – Т. 2. – С. 540–541.
6. Iwasa Y. Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy / Y. Iwasa // *J. Insur. Med.* – 2004. – Vol. 36, N 2. – P. 111–114.
7. 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.

Отримано 27.11.13