

УДК 616.33+616.342)-006.5-005.1-036.11-089.168

ІВАНЧОВ П.В.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

## РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ПОЛІПІВ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

**Резюме.** В основу роботи покладено аналіз результатів лікування 116 хворих з гострокровоточивими поліпами шлунка та дванадцятипалої кишки протягом 2 періодів: I період (83 хворих) — 1995–2007 рр.; II період (33 хворих) — 2008–2012 рр. Розроблена індивідуальна лікувальна тактика відповідає активній ендоскопічній тактиці, що базується на виконанні первинно-невідкладних ендоскопічних поліпектомій незалежно від стану гемостазу з наступним проведенням клініко-ендоскопічного моніторингу й визначенням показань до проведення операцій у ранньому відстроченому періоді при поліпозі шлунка та малігнізації поліпів. Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих дозволило порівняно з I періодом збільшити хірургічну активність з 95,2 до 100 % та кількість первинно-невідкладних ендоскопічних поліпектомій з 62,0 до 87,8 %, що остаточно виключило необхідність проведення операцій на висоті рецидиву кровотечі та зменшило кількість ендоскопічних поліпектомій у ранньому відстроченому періоді у 9,7 разів.

**Ключові слова:** поліпи, шлунково-кишкові кровотечі, ендоскопічний гемостаз, хірургічне лікування.

### Вступ

Серед усіх кровотеч пухлинного походження з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту доброякісні епітеліальні пухлини, що представлені аденоматозними та залозистими поліпами, є відносно рідкісною причиною розвитку кровотечі, становлячи в структурі гастродуоденальних кровотеч близько 1–1,5 % [2–4, 9, 11].

Близько 85 % поліпозних уражень гастродуоденальної зони клінічно та ендоскопічно верифікуються у зв'язку з розвитком гострої кровотечі як першого прояву захворювання [1, 5, 7, 8]. Розвиток поліпозних кровотеч середнього та важкого ступеня є причиною проведення екстрених оперативних втручань, що супроводжуються розвитком низки післяопераційних ускладнень [3, 6].

Актуальність проблеми гострокровоточивих поліпів (ГП) шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) полягає у відсутності чітко визначених алгоритмів хірургічної тактики, а кількість ускладнень гастродуоденальних поліпів кровотечею не має тенденції до зниження і в останні 10 років прогресивно зростає [6, 8, 10, 12].

На нашу думку, вирішення цих питань полягає в розробці, науковому обґрунтуванні та втіленні у клі-

нічну практику нових лікувально-тактичних підходів з визначенням показань, строків проведення та вибору способів оперативних втручань у хворих з ГП шлунка та ДПК.

Мета роботи — покращення результатів хірургічного лікування хворих з ГП шлунка та ДПК.

### Матеріал та методи

У Київському міському центрі з надання допомоги хворим із гострими шлунково-кишковими кровотечами за період з 1995 по 2012 рік лікувалося 116 хворих із ГП шлунка та ДПК. Вік 46 (39,7 %) чоловіків та 70 (60,3 %) жінок був від 23 до 86 років. Співвідношення чоловіків до жінок становило 1 : 1,5. Найбільша кількість пацієнтів відмічена у віці від 61 до 70 років і становила 31,0 % (36 хворих).

Екстрена діагностика забезпечувалась ендоскопічними дослідженнями, які доповнювались рентгенологічними, ультразвуковими, лабораторними методами. Протягом 1 години з моменту госпіталізації діагноз, що обіймав локалізацію пухлини і ступінь

© Іванчов П.В., 2013

© «Український журнал хірургії», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

гемостазу, був встановлений у 80 (68,9 %) хворих, від 1 до 2 год — у 24 (20,7 %), від 2 до 4 год — в 11 (9,5 %), від 4 до 6 год — в 1 (0,9 %).

При проведенні ендоскопічного дослідження, окрім визначення локалізації пухлинного ураження шлунка, його поширеності та морфологічних характеристик, визначали стан гемостазу, використовуючи модифіковану нами (В.І. Нікішаєв, 1997) класифікацію активності кровотечі J.A.H. Forrest: I група — кровотеча, що продовжується: IA — цівкова; IB — просочування; Ix — з-під щільного фіксованого згустка крові; II група — кровотеча, що зупинилася: ПА — тромбована судина; ПВ — фіксований згусток крові; ПС — дрібні тромбовані судини; III група — відсутні ознаки кровотечі (дефект під фібрином).

Розподіл по групах відбувся таким чином: I група — 6 (5,2 %): IA — 3 (2,6 %); IB — 2 (1,7 %); Ix — 1 (0,9 %); II група — 69 (59,5 %): ПА — 12 (10,3 %); ПВ — 40 (34,5 %); ПС — 17 (14,7 %); III група — 41 (35,3 %).

Проведення аналізу стану гемостазу, ендоскопічних гемостатичних процедур та розвиток рецидивів шлунково-кишкових кровотеч у хворих із ГП шлунка та ДПК проводили, виділивши два періоди лікування.

I період (83) — хворі, які знаходилися на лікуванні в нашій клініці за період з 1995 по 2007 рік.

II період (33) — хворі, які знаходилися на лікуванні в нашій клініці за період з 2008 по 2012 рік.

## Результати та обговорення

У хворих з ГП шлунка та ДПК провідну роль у лікувальній тактиці відводимо активній ендоскопічній тактиці, що базується на виконанні при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження первинно-невідкладної ендоскопічної поліпектомії (ЕПЕ) за абсолютними показаннями при ознаках активної кровотечі та за відносними — при наявності стигмат недавньої кровотечі, з наступним клініко-ендоскопічним моніторингом і визначенням показань до проведення оперативного лікування у

ранньому відстроченому періоді при поліпозі шлунка та малігнізації поліпів.

Згідно з розробленим нами алгоритмом лікувальної тактики і визначеними критеріями показань до проведення оперативних втручань із 116 хворих з ГП шлунка і ДПК хірургічне лікування проведено у 112 (96,6 %): ендоскопічна поліпектомія — у 109 (97,3 %), резекція шлунка — у 3 (2,7 %): за Більрот I — в 1 (33,3 %), Більрот II — у 2 (66,7 %).

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

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

Летальних випадків після проведення оперативного лікування не відмічено.

Згідно з аналізом лікування 116 хворих із ГП шлунка та ДПК у 112 (96,5 %) проводилися міні-інвазивні методи ендохірургічного гемостазу, в тому числі ендоскопічна поліпектомія у 109 (94,0 %) хворих як метод ендохірургічної зупинки кровотечі та водночас радикального лікування захворювання.

У I періоді міні-інвазивні методи ендохірургічного гемостазу були вжиті у 80 (96,4 %) із 83 пацієнтів із ГП шлунка і ДПК. Рецидив кровотечі виник в 1 (1,2 %) хворого з наявністю клінічних ознак рецидивної кровотечі.

Оперативне лікування проведено у 79 (95,2 %) хворих (табл. 1). В екстреному порядку оперовано 5 (6,3 %) пацієнтів, у ранньому відстроченому періоді — 25 (31,7 %), первинно-невідкладні ендоскопічні операції — у 49 (62,0 %). Симптоматична терапія проведена у 4 (4,8 %) пацієнтів. Летальних випадків не відмічено.

**Таблиця 1. Результати лікування хворих із гострокровоточивими поліпами шлунка та ДПК у двох періодах**

	N	Оперовані	ЕО	На висоті ШКК	На висоті рецидиву ШКК	ПНЕП	РВО	Не оперовані
I період (1995–2007 рр.)								
Пацієнти, n (%)	83	79 (95,2)	5 (6,3)	4 (5,0)	1 (1,3)	49 (62,0)	25 (31,7)	4 (4,8)
Померло, n (%)	–	–	–	–	–	–	–	–
II період (2008–2012 рр.)								
Пацієнти, n (%)	33	33 (100)	2 (6,1)	2 (6,1)	–	29 (87,8)	2 (6,1)	–
Померло, n (%)	–	–	–	–	–	–	–	–
Всі хворі (1995–2012 рр.)								
Пацієнти, n (%)	116	112 (96,6)	7 (6,3)	6 (5,4)	1 (0,9)	78 (69,6)	27 (24,1)	4 (3,4)
Померло, n (%)	–	–	–	–	–	–	–	–

Примітки: N — загальна кількість хворих; ЕО — екстрені операції; РВО — ранні відстрочені операції; ПНЕП — первинно-невідкладні ендоскопічні поліпектомії.

У II періоді міні-інвазивні методи ендоскопічного гемостазу були проведені у всіх 33 (100 %) пацієнтів з ГП шлунка і ДПК. Рецидиву кровотечі у цій групі хворих не відмічено.

Хірургічна активність (табл. 1) становила 100 % (33 пацієнти). В екстреному порядку оперативне лікування проведено у 2 (6,1 %) хворих, у ранньому відстроченому — у 2 (6,1 %), первинно-невідкладні ендоскопічні поліпектомії — у 29 (87,8 %). Летальних випадків не було.

За результатами проведеного аналізу загальна кількість оперованих хворих у II періоді збільшилася на 4,8 % (з 95,2 до 100 %) порівняно з I періодом, при цьому кількість екстрених операцій залишилася майже незмінною, становлячи 6,3 % у I періоді та 6,1 % — у II, а кількість первинно-невідкладних ендоскопічних поліпектомій, що виконувалися при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження, незалежно від стану гемостазу, збільшено з 62,0 % у I періоді до 87,8 % — у II.

Широке проведення первинно-невідкладних ендоскопічних операцій звело до нуля необхідність виконання операцій на висоті рецидиву кровотечі у II періоді та привело до зменшення кількості поліпектомій, що виконуються в ранньому відстроченому періоді з 29,1 % у I періоді до 3,0 % — у II.

Таким чином, у II періоді досягнуто порівняно з I періодом підвищення хірургічної активності з 95,2 до 100 %, збільшення кількості виконання первинно-невідкладних ендоскопічних поліпектомій з 62,0 до 87,8 %, зменшення кількості ранніх відстрочених поліпектомій у 9,7 раза, при цьому співвідношення операцій, виконаних в екстреному та первинно-невідкладному порядку до операцій, проведених у ранньому відстроченому періоді, становило 1 : 2 у I періоді та 1 : 15 — у II, що свідчить про вдосконалення техніки і розширення показань до проведення ендоскопічних поліпектомій та перевагу активної ендоскопічної тактики у лікуванні хворих з ГП шлунка та ДПК.

## Висновки

Провідне значення в лікуванні відводимо активній ендоскопічній тактиці, що базується на виконанні при проведенні екстреного ендоскопічного дослідження первинно-невідкладної ендоскопічної поліпектомії за абсолютними показаннями при ознаках активної кровотечі та за відносними — при наявності стигмат недавньої кровотечі з наступним клініко-ендоскопічним моніторингом і визначенням показань до проведення оперативного лікування у ранньому відстроченому періоді при поліпозі шлунка та малігнізації поліпів.

Застосування розробленого алгоритму хірургічної тактики у II періоді лікування хворих із ГП шлунка та ДПК дозволило порівняно з I періодом збільшити хірургічну активність з 95,2 до 100 % та кількість первинно-невідкладних ендоскопічних поліпектомій з 62,0 до 87,8 %, що звело до нуля не-

обхідність виконання операцій на висоті рецидиву кровотечі та привело до зменшення кількості поліпектомій, що виконуються у ранньому відстроченому періоді, з 29,1 до 3,0 %.

## 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 кровотечений / Г.Д. Бабенков, С.Н. Усов, В.К. Глазунов // Клинич. хірургія. — 2000. — № 8. — С. 18-19.
3. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений / В.Д. Братусь. — К. : Здоровья, 1991. — 270 с.
4. 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.
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 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. Нераковые опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки как причина острого кровотечения / Е.А. Федоров, И.Л. Лиссов, И.Ф. Губатенко [и др.] // Клинич. хірургія. — 1991. — № 4. — С. 40-42.
8. 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.
9. Пухальски З. Доброкачественные опухоли желудка как причина кровотечений из верхних отделов пищеварительной системы / З. Пухальски, Я. Барчик, З. Петровски // Клинич. хірургія. — 1982. — № 5. — С. 48-49.
10. 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 кровотечами : 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 20.10.13 □

Иванчов П.В.

Национальный медицинский университет  
им. А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

### РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ПОЛИПОВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Резюме.** В основу работы положен анализ результатов лечения 116 больных с острокровотокащими полипами желудка и двенадцатиперстной кишки на протяжении 2 периодов: I период (83 больных) — 1995–2007 гг.; II период (33 больных) — 2008–2012 гг. Разработана индивидуальная лечебная тактика, соответствующая активной эндоскопической тактике, которая базируется на выполнении первично-неотложных эндоскопических полипэктомий независимо от состояния гемостаза с последующим проведением клинико-эндоскопического мониторинга и определении показаний к проведению операций в раннем отсроченном периоде при полипозе желудка и малигнизации полипов. Применение разработанного алгоритма хирургической тактики во II периоде лечения больных позволило по сравнению с I периодом увеличить хирургическую активность с 95,2 до 100 % и количество первично-неотложных эндоскопических полипэктомий с 62,0 до 87,8 %, что окончательно исключило необходимость проведения операций на высоте рецидива кровотечения и уменьшило количество эндоскопических полипэктомий в раннем отсроченном периоде в 9,7 раза.

**Ключевые слова:** полипы, желудочно-кишечные кровотечения, эндоскопический гемостаз, хирургическое лечение.

Ivanchov P.V.

National Medical University named after O.O. Bogomolets,  
Kyiv, Ukraine

### RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE-BLEEDING POLYPS OF STOMACH AND DUODENUM

**Summary.** The study is based on analysis of the results of treatment of 116 patients with acute-bleeding polyps of stomach and duodenum during 2 periods: I period (83 patients) — 1995–2007; II period (33 patients) — 2008–2012. There has been developed an individual treatment policy corresponding to the active endoscopic tactics, which is based on the performance of primary-urgent endoscopic polypectomy regardless of the state of hemostasis, followed by clinical and endoscopic monitoring and determining the indications for operation in early delayed period in polyposis of the stomach and polyps' malignization. The use of the algorithm of surgical tactics in the II period of treatment has allowed in comparison with II period to increase surgical activity from 95.2 to 100 % and the number of primary-urgent endoscopic polypectomy from 62.0 to 87.8 %, which finally eliminated the need to conduct operations in the height of rebleeding and to reduce the number of endoscopic polypectomy in early delayed period by 9.7 times.

**Key words:** polyps, gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis, surgical treatment.