

На правах рукописи

СЕРГЕЕНКО АНДРЕЙ ЕВГЕНЬЕВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ
ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА,
ОСЛОЖНЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Москва-2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **Шаповальянц Сергей Георгиевич**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Шулешова Алла Григорьевна**
Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, эндоскопическое отделение, заведующая отделением

доктор медицинских наук **Ярцев Петр Андреевич**
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», отделение неотложной хирургической гастроэнтерологии, руководитель отделения

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России

Защита диссертации состоится «___» _____ 2018 года в 14.00 часов на заседании Диссертационного совета Д 208.072.15 на базе ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России по адресу: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д.1 и на сайте www.rsmu.ru

Автореферат разослан «___» _____ 2018 года

Ученый секретарь Диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор **Хашукоева Асият Зульчифовна**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Неэпителиальные образования (НЭПО) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) составляют около 2,6% опухолей, которые локализуются в пищеварительном тракте (Галкин В.Н., Майстренко Н.А., 2003). К неэпителиальным опухолям мезенхимальной природы, локализующимся в ЖКТ, относятся: лейомиома, опухолеподобные образования (полипы); гастроинтестинальная стромальная опухоль и др. НЭПО нередко являются причиной кровотечений различной степени тяжести (Старков Ю.Г. и соавт., 2010; Pennazio M. et al., 2005).

Анемия на фоне желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) у 50% больных является причиной для первичного обращения к врачу и основой выявления НЭПО. В этих случаях время, необходимое для поиска новообразования, определения хирургической тактики и выполнения комплекса лечебных мероприятий, лимитировано активностью и степенью тяжести кровопотери (Машкин А.А. и соавт., 2007; Крылов А.П. и соавт., 2011; Gluszek S. et al., 2004). Средняя продолжительность выявления скрытых интестинальных кровотечений занимает от 1 мес. до 8 лет. За это время пациенты переносят от 2 до 20 госпитализаций и от 6 до 200 сеансов переливания крови (Пиксин И.Н. и соавт., 2011; Балалыкин А.С. и соавт., 2016; Liangpunsakul S. et al., 2004; Raju G.S. et al., 2007). Летальность при этой патологии остается высокой, достигая 7-11%. В связи со сложностью топической диагностики кровотечений в этих отделах, больные длительно наблюдаются по поводу железодефицитной анемии неясного генеза.

Отсутствие четкого диагностического алгоритма и тактических установок до настоящего времени является препятствием для успешного лечения больных с НЭПО ЖКТ с ЖКК. Относительно информативности диагностических методов, использующихся в период клинического обследования, в литературе приводятся разноречивые данные (Галкин В.Н. и соавт., 2003; Домарев Л.В., 2007; Старков Ю.Г. и соавт., 2009; Скрыков А.П., 2010; Шулешова А.Г. и соавт., 2016; Nista E.C. et al., 2007; Kawamura T. et al., 2008). Вопрос об объеме

и характере вмешательств при ЖКК, связанном с неэпителиальными опухолями органов пищеварительной системы, находится в стадии изучения. Тактика ведения больных с НЭПО пищеварительной системы, осложненных кровотечением, сегодня определяется в большей степени интенсивностью кровотечения и степенью кровопотери.

В настоящее время, благодаря активному применению эндоскопической и лапароскопической техники, стала возможной визуализация НЭПО ЖКТ с ЖКК, оценка структуры, размеров и расположения кровоточащей опухоли. Появились реальные перспективы инструментальной остановки кровотечения, подготовки пациента к плановой операции и ее выполнения в благоприятных условиях на основе выбора оптимального метода вмешательства (Домарев Л.В, 2007; Федоров Е.Д. и соавт., 2010, 2012; Цымжитова Н.И., 2014; Шишков С.Г. и соавт., 2016; Ярцев П.А. и соавт., 2016; Nishimura J. et al., 2007). Новые лечебно-диагностические возможности открывают эндоваскулярные методы. Широкое внедрение иммуногистохимических методов исследования позволяет определить тип НЭПО и верифицировать лечебную тактику.

Тем не менее, подходы к диагностике и лечению пациентов с неэпителиальными опухолями, осложненными кровотечением, полностью не определены, что диктует необходимость совершенствования лечебно-диагностической тактики.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением.

Задачи исследования

1. На основе современных методов диагностики разработать рациональную схему обследования больных с неэпителиальными образованиями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением.

2. Обосновать выбор малоинвазивного и хирургического метода лечения в зависимости от морфологического строения, размеров, структуры и

локализации НЭпО с учетом характеристики желудочно-кишечного кровотечения и сопутствующих заболеваний.

3. Изучить непосредственные результаты применения разработанной лечебно-диагностической схемы ведения больных с неэпителиальными образованиями желудочно-кишечного тракта, осложненными желудочно-кишечным кровотечением.

Научная новизна

На основе использования современных методов диагностики усовершенствована схема выявления и мониторинга больных с неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, осложненными кровотечением.

Установлены возможности малоинвазивных методов лечения больных с неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, осложненными кровотечением, и определены показания к эндоскопическому гемостазу с целью последующего проведения оперативного вмешательства в отсроченном порядке.

В соответствии с полученными результатами сформирована единая лечебно-диагностическая и хирургическая тактика у больных с неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, осложненными кровотечением.

Достоверность и обоснованность научных результатов

Степень достоверности и обоснованности научных результатов определяется достаточным количеством пациентов (239 пациентов с НЭпО, из них 61 больной с НЭпО, осложненными кровотечением), современными методами диагностики и лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением, корректными методами статистической обработки.

Практическая значимость работы

На основании проведенного исследования разработан лечебно-диагностический алгоритм выявления и хирургического лечения больных с

неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, осложненными кровотечением, позволяющий снизить количество диагностических ошибок и улучшить результаты лечения.

Предложена схема диагностики и лечения пациентов с НЭПО, осложненными кровотечением, с применением эндоскопического гемостаза, что позволяет у всех пациентов избежать экстренного вмешательства и выполнить его в отсроченном порядке, у четвертой части пациентов осуществить малоинвазивные внутрипросветные операции как окончательный метод лечения.

Положения, выносимые на защиту

1. Современные методы комплексной диагностики позволяют выявить кровоточащую неэпителиальную опухоль желудочно-кишечного тракта у 100% больных.

2. Неэпителиальная опухоль желудочно-кишечного тракта, осложненная кровотечением, является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, вид и объем которого зависит от характеристики новообразования и тяжести состояния больных.

3. Применение малоинвазивной хирургии позволяет у 30,3% больных удалить неэпителиальную опухоль желудочно-кишечного тракта, осложненную кровотечением, на основе использования внутрипросветного или лапароскопического доступа, а также путем их сочетания как окончательных методов лечения, что, в свою очередь, улучшает непосредственные результаты лечения.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования используются в клинической практике хирургических отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения города Москвы» и ГБУЗ «Городская клиническая больница № 17 Департамента здравоохранения города Москвы»; применяются в образовательном процессе у студентов, ординаторов и аспирантов кафедры госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической

гастроэнтерологии и эндоскопии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.

Апробация работы

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на: научно-практической конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургических заболеваний» (Москва, апрель 2011); XII съезде Научного общества гастроэнтерологов России (Москва, март 2011); научно-практической конференции «Школа гибкой эндоскопии от А до Я» (Хабаровск, май 2011); XI съезде хирургов Российской Федерации (Волгоград, май 2011); III Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии» (Санкт-Петербург, март 2012); V Конгрессе московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь» (Москва, май 2013); V Всероссийской научно-практической конференции «Современные достижения эндоскопии» (Санкт-Петербург, март 2014); VI научно-практической конференции «Избранные вопросы гастроэнтерологии» (Подольск, апрель 2014); научно-практической конференции ГБУЗ Сахалинской области (Южно-Сахалинск, май 2015); VI Всероссийской научно-практической конференции «Современные возможности эндоскопии в диагностике и лечении взрослых и детей» (Санкт-Петербург, март 2015).

Апробация диссертации состоялась на совместной научно-практической конференции кафедры госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ и сотрудников хирургических и эндоскопического отделений ГБУЗ «Городская клиническая больница № 31 Департамента здравоохранения города Москвы» 21 марта 2017 года, протокол № 6.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 11 печатных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых научных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации.

Личный вклад автора

На основе анализа данных обследования и лечения 61 пациента разработан лечебно-диагностический алгоритм по выявлению и хирургическому лечению больных с неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, осложненными кровотечением. Диагностика, эндоскопические и хирургические вмешательства проводились при непосредственном участии автора.

Анализ результатов исследования, систематизация и статистическая обработка полученных данных, оформление и иллюстрация диссертационной работы, подготовка публикаций результатов исследования по теме диссертации проводились лично автором.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 150 листах печатного текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 166 работ, из них 76 отечественных и 90 иностранных источников. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 22 рисунками.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 01.1999 г. по 01.2013 г. в ГБУЗ «Городская клиническая больница №31 Департамента здравоохранения Москвы» на кафедре госпитальной хирургии №2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ФГБОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава РФ (зав. кафедрой – д.м.н., профессор С.Г.Шаповальянц) проведено комплексное обследование и лечение 61 больного с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта (НЭПО ЖКТ), осложненными кровотечением (ЖКК), число которых составило 25,5% от 239 пациентов, обратившихся в ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ» с НЭПО ЖКТ. В исследуемой группе было 29 (47,5%) мужчин и 32 (52,5%) женщины. Возраст пациентов колебался от 16 до 89 лет и, в среднем, составил $55,2 \pm 5,4$ лет.

На момент поступления в клинику у 54 (88,5%) больных наблюдалась картина манифестирующего кровотечения; анамнестический характер геморрагии отмечен у 7 (11,5%) пациентов. У 29 (47,5%) больных диагностировано кровотечение легкой степени тяжести, у 21 (34,5%) пациента – средней степени тяжести, 11(18,0%) больных имели тяжелую кровопотерю.

Пациенты с манифестирующим характером кровотечения (n=54) предъявляли ряд жалоб, среди которых преобладали: ощущение слабости - у 54 (100%), тошнота и рвота – у 39 (71,2%) и сердцебиение – у 19 (35,1%) пациентов.

Пациенты (n=7) с анамнестическим характером ЖКК констатировали постоянную усталость и слабость, головокружение при незначительной нагрузке – у 6 (85,7%) пациентов, сердцебиение при физической нагрузке среднего уровня, снижение систолического и диастолического артериального давления– у 5 (71,4%) больных.

Среди осложнений у больных с НЭПО ЖКТ с ЖКК была выявлена постгеморрагическая анемия различной степени выраженности (показатели гемоглобина от 46 г/л до 100 г/л) – 54 (88,5%) больных, стеноз выходного отдела желудка – 2 (3,3%) больных.

Диагностический алгоритм включал выполнение экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) – у 61 пациента, позволившей верифицировать кровоточащую неэпителиальную опухоль у 52 (85,3%) пациентов и у 30 из них провести щипцовую биопсию (табл. 1). У 9 (14,7%) больных во время ЭГДС источник кровотечения в верхних отделах пищеварительного тракта обнаружен не был.

С целью поиска источника кровотечения пациентам в неотложном порядке была проведена колоноскопия (n=8), видеокапсульная энтероскопия (n=6), селективная мезентерикография (n=2), одноконтрастная энтероскопия (n=6): трансоральная (n=2), трансанальная (n=3), у одного пациента была проведена трансоральная и трансанальная энтероскопия. В случаях отсутствия необходимости неотложного оперативного вмешательства, больным выполняли

ультразвуковое исследование брюшной полости (УЗИ) - 59 пациентов, компьютерную томографию брюшной полости (КТ) - 15 больных, эндосонографическое исследование (ЭУС) пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки - 45 пациентов. Диагностическая лапароскопия была выполнена у трех больных.

Таблица 1. Перечень выполненных дооперационных исследований

Методики исследования	Количество больных (n=61)	
	абсолютное число (n)	относительное число (%)
Эзофагогастродуоденоскопия	61	100
УЗИ брюшной полости	59	96,7
Эндоскопическая ультрасонография	45	73,8
КТ брюшной полости	15	24,6
Колоноскопия	8	13,1
Видеокапсульное исследование	6	9,8
Энтероскопия	6	9,8
Мезентерикография	2	3,3
Видеолапароскопия	3	4,9
Гистологическое исследование	53	86,9
Иммуногистохимическое исследование	22	36,1

Эндосонография выполнялась не только у больных с опухолями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, но и у 2 пациентов с неэпителиальными опухолями начальных отделов тонкой кишки, а также у 1 больной с новообразованием поперечной ободочной кишки. Исследование в этих случаях проводилось при помощи ультразвукового минизонда. Важнейшую роль отводили патогистологическому (n=53) и иммуногистохимическому анализу (n=22).

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С НЭПО ЖКТ, ОСЛОЖНЕННЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Нами установлено, что из 61 обследованного пациента кровоточащие неэпителиальные опухоли располагались в нижней трети пищевода у 1 (1,6%) больного, в желудке - у 49 (80,4%) больных, в двенадцатиперстной кишке - у 2 (3,2%) больных, в глубоких отделах тонкой кишки - у 8 (13,2%) пациентов и в поперечной ободочной кишке - у 1 (1,6%) пациента. Размер обнаруженных опухолей находился в диапазоне от 15 мм до 150 мм (средний размер $41,8 \pm 12,1$ мм).

У 5 (9,3%) больных из 54 с признаками манифестирующего кровотечения на момент эндоскопического осмотра кровотечение продолжалось, у 49 (90,7%) пациентов самостоятельно остановилось; у 7 (11,5%) больных констатировано анамнестически перенесенное кровотечение с отсутствием стигм геморрагии (табл. 2).

Таблица 2. Характеристика активности кровотечения из НЭПО ЖКТ

Локализация кровооточащей НЭПО	Активность кровотечения		Всего
	Манифестирующее	Анамнестическое	
Пищевод	-	-	1
Желудок	4	40	49
Двенадцатиперстная Кишка	-	2	2
Тонкая кишка	1	6	8
Ободочная кишка	-	1	1
Всего	5 (8,2%)	49 (80,3%)	61(100%)

По данным ЭУС (n=45), подавляющая часть опухолей желудка, все исследованные опухоли двенадцатиперстной кишки (ДПК), тонкой кишки и поперечной ободочной кишки располагались в мышечном слое стенки органов – 4-й эхослой (32 пациента). У 9 больных (у 8 пациентов с опухолью желудка и 1 пациента с опухолью пищевода) новообразования исходили из мышечной пластинки слизистой оболочки – 2-й эхослой, у 4 больных — из подслизистого слоя желудка – 3-й эхослой. Данная информация принималась в расчет при выборе метода оперативного вмешательства (рис. 1).

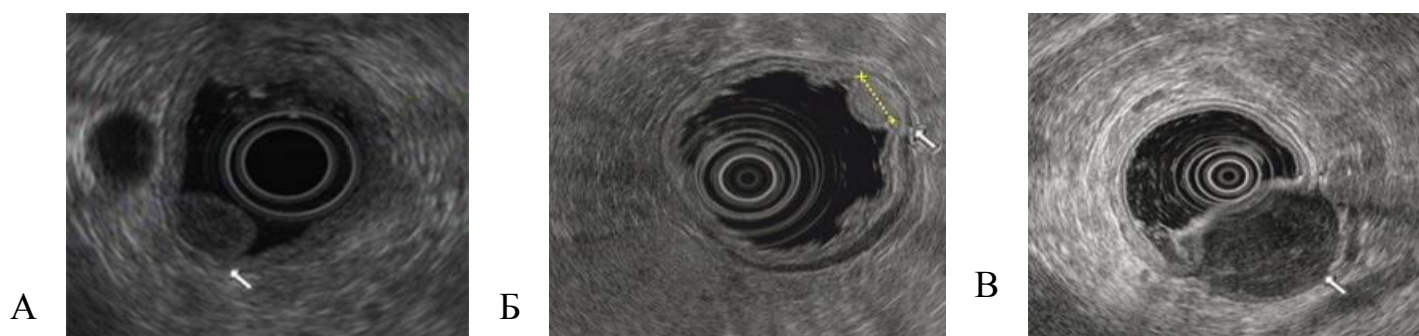


Рис. 1. Эндоскопическая ультрасонография у больных с неэпителиальными опухолями желудка, осложненными кровотечением: **А.** Нейроэндокринная опухоль (2-й эхослой), **Б.** Липома (3-й эхослой), **В.** Гастроинтестинальная стромальная опухоль (4-й эхослой).

Данные дооперационной биопсии были проанализированы у 32 (52,5%; 32/61) пациентов (30 – щипковая биопсия; 2 – тонкоигольная пункция под контролем эхоэндоскопа) и представлены в таблице 3.

Таблица 3. Данные дооперационного гистологического исследования.

Результаты гистологического исследования	Методы забора материала		Всего
	Щипковая биопсия	Тонкоигольная пункция	
Хроническое воспаление	17	-	17 (53,1%)
Гастроинтестинальная стромальная опухоль	4	2	6 (18,8%)
Злокачественная лимфома	3	-	3 (9,4%)
Пролимфоцитарная лимфосаркома	2	-	2 (6,3%)
Карциноид	1	-	1 (3,1%)
Гиперпластический полип	1	-	1 (3,1%)
Лейомиома	1	-	1 (3,1%)
Тяжелая дисплазия эпителия	1	-	1 (3,1%)
Всего	30	2	32 (100%)

Из таблицы 3 следует, что большая часть гистологических заключений после щипковой биопсии соответствовала неспецифическому хроническому воспалению, что доказывает ее низкую эффективность в диагностике природы неэпителиальных образований.

Широкое использование тонкоигольной пункции под контролем эхоэндоскопа, обладающей более высокой информативностью, было ограничено из-за технической сложности и высокой стоимости метода, а применение ступенчатой или расширенной биопсии было чревато рецидивом кровотечения.

Таким образом, у всех больных (n=61) с кровоточащими неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта диагноз был верифицирован на дооперационном этапе путем реализации комплекса неотложных диагностических мероприятий, включавших, прежде всего, эзофагогастродуоденоскопию, а также видеокапсульную и/или однокатетерную энтероскопию. Важнейшей уточняющей методикой, позволявшей оценить точные размеры, экоструктуру и локализацию опухоли, являлась эндоскопическая ультрасонография. Чаще всего опухоли располагались в желудке (80,4% больных) и тонкой кишке (13,2% больных) и исходили из

мышечного слоя стенки пищеварительного тракта (71,1%). У 8,2% больных желудочно-кишечное кровотечение продолжалось на момент первичного эндоскопического осмотра, у 80,3% больных – самостоятельно остановилось, а у 11,5% больных имелись признаки анамнестически перенесенного кровотечения без стигм геморрагии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЭпО, ОСЛОЖНЕННЫМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Дооперационные лечебно-профилактические мероприятия включали два этапа: первичный эндоскопический гемостаз (ЭГ) и последующую медикаментозную терапию. У больных с тяжелым желудочно-кишечным кровотечением интенсивная терапия начиналась до осуществления экстренного эндоскопического осмотра.

Показанием для эндоскопического гемостаза у 4 больных послужило продолжающееся на момент осмотра кровотечение или наличие крупных, диаметром более 1 мм, тромбированных сосудов в дне изъязвления опухоли на фоне остановившегося на момент осмотра кровотечения у 11 пациентов (табл. 4). Выполнение неотложного эндоскопического гемостаза было успешно проведено у 15 (24,6%) больных с НЭпО ЖКТ с ЖКК (аргоноплазменная коагуляция (АПК) – 11; электрокоагуляция – 3; комбинация методов (инъекция спирто-новокаиновой смеси + аргоноплазменная коагуляция - 1).

Таблица 4. Структура эндоскопических гемостатических мероприятий

Характер кровотечения	Метод гемостаза			Гемостаз не проведен	Всего
	АПК	Электро-коагуляция	Комбинированный		
Манифестирующее:					
1. Продолжающееся					
Желудок	3	1	-	-	4
Тонкая кишка	-	-	-	1	1
2. Остановившееся					
Желудок	8	2	1	29	40
ДПК	-	-	-	2	2
Тонкая кишка	-	-	-	6	6
Толстая кишка	-	-	-	1	1
Анамнестическое	-	-	-	7	7
Всего	11(18%)	3(5%)	1(1,6%)	46(75,4%)	61(100%)

Успешному эндоскопическому гемостатическому воздействию подверглись все 4 пациента с продолжающимся на момент осмотра кровотечением из опухоли желудка: у трех из них кровотечение остановлено при помощи аргоноплазменной коагуляции; у одного пациента - путем электрокоагуляции. Еще у одного пациента с продолжающимся диффузным кровотечением из опухоли тощей кишки геморрагия самостоятельно остановилась во время выполнения неотложной интестиноскопии, что позволило отказаться от дальнейших гемостатических манипуляций.

У 11 пациентов с самостоятельно остановившимся к моменту эндоскопического осмотра кровотечением поводом для профилактического гемостаза послужило наличие в дне изъязвления на поверхности опухоли крупных тромбированных сосудов диаметром более 1 мм. По окончании эндоскопических гемостатических манипуляций у всех пациентов дно изъязвления в проекции кровоточащих сосудов покрывалось посткоагуляционным струпом, кровеносные сосуды не визуализировались.

У 46 (75,4%) больных эндоскопический гемостаз не проводился, поскольку было диагностировано анамнестически перенесенное кровотечение, либо ЖКК самостоятельно остановилось во время эндоскопического осмотра (1 пациент с диффузным кровотечением из опухоли проксимального отдела тощей кишки), либо у больных в области НЭПО были обнаружены мелкие (диаметром не более 1 мм) тромбированные сосуды.

Эффективность комплексного консервативного гемостаза отмечена у 93,4% больных с кровоточащими неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, у 6,6% пациентов зафиксирован рецидив кровотечения. Из 61 пациента по окончании эндоскопического осмотра 16 (26,2%) больных имели высокую угрозу рецидива кровотечения. К этой группе относились все пациенты, подвергшиеся первичному эндоскопическому гемостазу, а также пациент с диффузным, самостоятельно остановившимся на момент осмотра кровотечением из опухоли тонкой кишки. Все эти пациенты

готовились к срочному оперативному вмешательству. Оставшиеся 45 (73,8%) больных имели низкий риск рецидива кровотечения, им предполагалось выполнение плановой операции.

После экстренного эндоскопического исследования больным проводилась комплексная консервативная терапия, направленная на профилактику рецидива кровотечения, коррекцию гиповолемии, анемии и сопутствующей патологии. Комплекс консервативных лечебных мероприятий, включавших превентивное назначение антисекреторных препаратов группы блокаторов протонной помпы в совокупности с первичным эндоскопическим гемостазом, обеспечил успешную остановку кровотечения у всех больных ($n=5$) с продолжающейся на момент осмотра геморрагией, что позволило избежать экстренной хирургической операции в день поступления у всех больных данной группы, стабилизировать их состояние, дообследовать и подготовить их к неотложному оперативному вмешательству.

В целом, эффективность комплексных консервативных мероприятий, включавших медикаментозную терапию и эндоскопический гемостаз, отмечена у 57 (93,4%) пациентов с кровоточащими НЭПО ЖКТ. Рецидив кровотечения зафиксирован у 4 (6,6%) больных.

Наличие НЭПО ЖКТ, осложненной ЖКК, служило абсолютным показанием для оперативного лечения. Поводом для оперативного вмешательства являлся массивный рецидив кровотечения на фоне неэффективного комбинированного гемостаза. Срочное оперативное вмешательство выполняли при успешной временной остановке кровотечения и высокой угрозе его рецидива. Показанием для планового оперативного вмешательства считали низкий риск рецидива кровотечения из НЭПО, в том числе после проведенного эндоскопического гемостаза.

Выбор метода операции зависел от локализации, размеров, характера роста новообразования, а также тяжести кровотечения и соматического статуса больного. Показаниями для внутрипросветного эндоскопического удаления кровоточащей неэпителиальной опухоли являлись новообразования пищевода,

желудка или двенадцатиперстной кишки диаметром не более 5 см, исходящие из мышечной пластинки слизистой оболочки или из подслизистого слоя. Кровоточащие неэпителиальные новообразования тонкой и толстой кишки служили показанием для их лапароскопическиассистированного удаления. Экстренные вмешательства при массивном продолжающемся кровотечении или его рецидиве, а также срочные и плановые операции у пациентов, имевших ограничения для миниинвазивного (эндо- и лапароскопического) удаления опухоли, осуществляли традиционным хирургическим способом.

Оперативное лечение осуществлено у 43 (70,5%) из 61 больных с НЭПО с ЖКК (табл. 5). Причинами отказа от операции у 18 (29,5%) пациентов послужили: выраженная сопутствующая патология (n=8), необходимость проведения неоадьювантной терапии (n=5), категорический отказ больных от вмешательства (n=5). Из 43 оперативных вмешательств 3 (7%) были выполнены по экстренным показаниям в связи с рецидивом кровотечения, 11 (25,6%) – в срочном порядке (высокий риск рецидива кровотечения).

Таблица 5. Характер выполненных оперативных вмешательств

Виды операций	Операции по сроку выполнения			Всего
	Экстренная	Срочная	Плановая	
Эндоскопические:				
- петлеваяэлектроэксцизия опухоли	-	-	5	5
- удаление опухоли с предварительной резекцией слизистой оболочки	-	1	1	2
Лапароскопическиассистированные :				
- резекция тонкой кишки	-	1	4	5
- клиновидная резекция ободочной кишки	-	-	1	1
Хирургические:				
- клиновидная резекция желудка	3	4	10	17
- гемигастрэктомия по Гофмейстеру-Финстереру	-	1	2	3
-резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру	-	-	2	2
-резекция 2/3 желудка по Бальфуру	-	1	1	2
-субтотальная резекция желудка	-	1	1	2
-гастрэктомия		1		1
-энтеротомия, удаление опухоли	-	1	-	1

-резекция тонкой кишки	-	-	1	1
- правосторонняя гемиколэктомия	-	-	1	1
Всего	3 (7%)	11(25,6%)	29 (67,4%)	43(100%)

Оставшиеся 29 (67,4%) больных оперированы в плановом порядке после детального обследования и полноценной подготовки (низкий риск рецидива кровотечения).

Успешное эндоскопическое удаление неэпителиальной опухоли осуществлено у 7 (77,8%) из 9 больных. У 2 пациентов попытка удаления опухоли через эндоскоп оказалась неудачной. У первого пациента с крупной неэпителиальной опухолью желудка диаметром 5 см в процессе ее эндоскопического удаления под контролем эндоскопа после резекции слизистой на поверхности опухоли и последующего создания гидростатической подушки удалось лишь частично срезать часть новообразования. Больному выполнена лапаротомия, клиновидная резекция желудка. Причиной неудачи послужило «неудобное» расположение крупной опухоли с интрамуральным ростом на малой кривизне антрального отдела желудка. У второго пациента с 15-ти миллиметровой бруннеромой луковицы двенадцатиперстной кишки многочисленные попытки наложения полипэктомической петли на основание опухоли для формирования псевдоножки оказались безуспешными. Эндоскопическое вмешательство было прекращено, запланирована хирургическая операция, от которой больной отказался. Причиной неудачи в этом случае явилось интрамуральное расположение опухоли и ограниченность пространства для манипуляций в луковице двенадцатиперстной кишки.

Лапароскопическиассистированное удаление НЭПО успешно выполнено у 6 (85,7%) из 7 пациентов, причем у одного из этих пациентов операция выполнена в срочном порядке, у оставшихся больных - в плановом. Поводом для удаления опухоли под контролем видеолапароскопа у 5 больных послужило новообразование тонкой кишки, у 1 пациентки - опухоль поперечной ободочной кишки. Все операции осуществлены под эндотрахеальным наркозом.

Традиционным хирургическим способом оперировано 30 (69,7%) больных. У 3 пациентов с рецидивом желудочно-кишечного кровотечения после ранее выполненного эндоскопического гемостаза вмешательство произведено в экстренном порядке, у 9 больных с высоким риском рецидива геморрагии (в том числе у 1 пациентки с рецидивом кровотечения из опухоли желудка, остановленным при помощи эндогемостаза во время повторной эзофагогастродуоденоскопии), операция осуществлялась по срочным показаниям, у остальных 18 больных оперативное вмешательство имело плановый характер. Все операции проводились под комбинированным эндотрахеальным наркозом.

Клиновидная резекция желудка была выполнена у 17 больных (рис. 2).



Рис. 2. Гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка, удаленная при помощи хирургической клиновидной резекции (вид послеоперационного макропрепарата на разрезе).

Среди них были 3 пациента, оперированных на высоте рецидива желудочно-кишечного кровотечения, 4 пациента с высоким риском рецидива геморрагии, оперированные в срочном порядке, а также 10 больных, подвергнутых плановым оперативным вмешательствам.

Средний диаметр опухолей, удаленных через гибкий эндоскоп, составил $17,1 \pm 5,5$ мм, под контролем лапароскопа - $40,2 \pm 12,7$ мм, традиционным хирургическим способом - $57,2 \pm 32,8$ мм.

Данные послеоперационного гистологического исследования проанализированы у всех 43 оперированных больных: гастроинтестинальная

стромальная опухоль - 18 (41,9%), лейомиома - 13 (30,2%), гемангиома - 3 (7,0%), фиброма - 2 (4,7%), невринома - 2 (4,7%), мезенхимомы - 1 (2,3%), псевдолимфома - 1 (2,3%), липома - 1 (2,3%), воспалительно-фиброзный полип - 1 (2,3%), бруннерома - 1 (2,3%). Чаще всего верифицировалась гастроинтестинальная стромальная опухоль и лейомиома, что соответствует современному взгляду на эпидемиологию неэпителиальных опухолей. При сопоставлении результатов до- и послеоперационного гистологического исследования отмечено, что они значительно отличаются, что свидетельствует о низкой эффективности традиционной биопсии в диагностике неэпителиальных опухолей. У 22 пациентов (в том числе у всех 18 пациентов с гастроинтестинальной стромальной опухолью) диагноз подтвержден иммуногистохимическим исследованием.

В ходе оперативного лечения пациентов с кровоточащими НЭПО (n=43) зафиксировано 2 (4,7%) интраоперационных осложнения. В послеоперационном периоде осложнения развились у 4 (9,3%) больных (табл. 6). Умерло 2 пациента, один из которых, в результате массивной тромбэмболии легочной артерии на 10-е сутки после операции, и второй, неоперированный пациент с лимфосаркомой желудка вследствие острой сердечной недостаточности на фоне общего тяжелого состояния. В ходе выполнения или после завершения эндоскопических операций осложнений не было. Общая летальность составила 3,8%, послеоперационная - 2,3%.

Таблица 6. Структура интраоперационных и послеоперационных осложнений

Виды операций	Осложнения		Всего
	Интраоперационные	Послеоперационные	
Эндоскопические (n=7)	-	-	-
Лапароскопически ассистированные (n=6)	1 (повреждение незаращенной пупочной вены)	1 (острая кишечная непроходимость)	2
Хирургические (n=30)	1 (повреждение сосудов селезенки)	3 (1-ТЭЛА, mors; 2-ЖКК, 3 – тромбоз яремной вены)	4
Всего (n=43)	2	4	6

На основании клинического опыта и проведенного исследования нами предложен следующий лечебно-диагностический алгоритм у больных с неэпителиальными опухолями, осложненными кровотечением (рис. 3).

Рис. 3. Лечебно-диагностический алгоритм у больных с кровоточащими неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта

Этапы	Основные лечебно-диагностические мероприятия		
ЭТАП 1 – первичная Диагностика	Неотложное эндоскопическое исследование – ЭГДС (видеокапсульное исследование, энтероскопия, колоноскопия)		
ЭТАП 2 – комплексный консервативный гемостаз	Проведение эндоскопического гемостаза + медикаментозная терапия		
	Эндогемостаз показан: - продолжающееся кровотечение; - остановившееся кровотечение с диаметром сосудов >1 мм	Эндогемостаз не показан: - остановившееся кровотечение с диаметром сосудов ≤ 1 мм; - анамнестически перенесенное кровотечение	
ЭТАП 3 – определение хирургической тактики	Оценка эффективности консервативных гемостатических мероприятий и определение тактики		
	подготовка к экстренной операции: - безуспешный гемостаз; - неэффективный гемостаз (рецидив кровотечения)	подготовка к срочной операции: - успешный гемостаз; - высокий риск рецидива кровотечения	подготовка к плановой операции: - успешный гемостаз; - низкий риск рецидива кровотечения
ЭТАП 4 – Дообследование	---		ЭУС (КТ, УЗИ, лапароскопия)
ЭТАП 5 – выбор метода операции и реализация хирургической тактики	экстренное вмешательство: • эндоскопическое • лапароскопическое • традиционная хирургия		- опухоль пищевода, желудка и 12 п.к. ≤ 5 см, исходящая из 2-3 эхослоя – эндоскопическая внутрипросветная операция; - опухоль пищевода, желудка и 12 п.к. ≤ 5 см, исходящая из 4 эхослоя – лапароскопическиассистированная операция; - опухоль тонкой или толстой кишки диаметром ≤ 5 см – лапароскопическиассистированная операция;

		- опухоль любой локализации > 5 см (все слои органа) - лапароскопическая или традиционная хирургическая операция При отказе от оперативного вмешательства – выписка для наблюдения хирургом-онкологом
ЭТАП 6 - верификация природы опухоли	Гистологическое и иммуногистохимическое исследования	

Таким образом, у 25,5% (61/239) больных с неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта течение заболевания осложнилось желудочно-кишечным кровотечением, что, наряду с другими факторами (локализация, размер, экзоструктура и др.), явилось показанием к оперативному лечению. Комплексное предоперационное обследование позволило во всех случаях выявить кровоточащую опухоль и, при необходимости, выполнить временный неоперативный гемостаз, что избавило 93% больных от экстренной операции. В результате появилось время для нормализации состояния пациентов и детального обследования с целью выбора оптимального способа вмешательства. Основным способом оперативного лечения данных пациентов остается традиционная хирургия, однако, у 30,3% больных НЭПО, осложненная желудочно-кишечным кровотечением, была успешно удалена с использованием малоинвазивных (внутрипросветных и лапароскопических) технологий. Полученные результаты значительно превосходят аналогичные данные отечественных и зарубежных авторов, что позволяет рекомендовать разработанный алгоритм для использования в повседневной клинической практике. В то же время, совершенствование современных эндоскопических, лапароскопических и хирургических технологий будет способствовать дальнейшему прогрессу в лечении этой сложной категории больных.

ВЫВОДЫ

1. Неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта осложняются желудочно-кишечным кровотечением в 25,5% случаев.
2. Для выявления источника кровотечения в неотложном порядке необходимо комплексное эндоскопическое исследование (эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия, видеокапсульное исследование, энтероскопия) в зависимости от клинической картины.

3. Наряду с традиционными эндоскопическими методами исследования решающую роль в 73,8% случаев при диагностике НЭПО с ЖКК и выборе метода лечения, объема и вида хирургического вмешательства играет эндоскопическая ультрасонография, в ходе которой производится забор аспирационного биоптата с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием

4. Эффективное применение комплексного гемостатического лечения (медикаментозная терапия и эндоскопический гемостаз) позволяет у 93% больных избежать экстренного оперативного вмешательства, используя время для дообследования и дифференцированного выбора метода операции. Необходимость в экстренном хирургическом вмешательстве возникает у 7% больных при неэффективном консервативном гемостазе на фоне рецидива кровотечения.

5. Выбор методики оперативного лечения зависит от локализации и размера неэпителиальной опухоли, а также слоя стенки органа, из которого она исходит. В 30,3% наблюдений адекватный объем вмешательства может быть осуществлен при помощи малоинвазивных (эндо-, лапароскопических) методик с низкими показателями осложнений и летальности.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Пациентов с неэпителиальными опухолями пищеварительного тракта, осложненными кровотечением, следует госпитализировать в стационары, оснащенные современными эндоскопическими и лучевыми методами диагностики и имеющими возможности проведения эндоскопического гемостаза.

2. Комплексную диагностику кровоточащих неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта следует начинать с неотложной эзофагогастродуоденоскопии с последующим использованием высокоинформативных эндоскопических и лучевых методик.

3. Эндоскопический гемостаз показан при продолжающемся или остановившемся кровотечении из сосудов диаметром более 1 мм.

4. Неэпителиальные опухоли ЖКТ, осложненные желудочно-кишечным кровотечением, не более 5 см диаметром целесообразнее удалять с использованием эндоскопических или лапароскопических технологий; при диаметре опухоли более 5 см следует применять традиционные хирургические вмешательства.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Сергеевко, А. Е. Непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением/ С. Г. Шаповальянц, А. И. Михалев, Е. Д. Федоров и др.// **Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.**– 2011. – Т. 21. - № 5. - С. 35-40.
2. Сергеевко, А. Е. Непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями, осложненными желудочно-кишечным кровотечением/ С. Г. Шаповальянц, А. И. Михалев, Е. Д. Фёдоров и др.// **Сборник материалов XI съезда хирургов РФ. - Волгоград.- 2011.- С. 711-712.**
3. Сергеевко, А. Е. Возможности применения механорецепторной диагностики в хирургии тонкой и толстой кишки/ Г. Н. Голухов, Б. Г. Завьялов, С. Г. Шаповальянц и др.// **Сборник материалов Международной тематической конференции «Механорецепторная диагностика и тактильная трансляция».** – Москва. - 2011. – С. 38.
4. Сергеевко, А. Е. Возможности определения патологических изменений в удаленных тканях тактильным способом/ Г. Н. Голухов, Б. Г. Завьялов, С. Г. Шаповальянц и др. // **Сборник материалов Международной тематической конференции «Механорецепторная диагностика и тактильная трансляция».** – Москва. – 2011. – С. 34.
5. Сергеевко, А. Е. Лечение больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением/ С. Г. Шаповальянц, А. И. Михалев, Е. Д. Федоров и др. // **Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.**- 2011.- Т. 6.- № 1 (1).- С. 132.

6. Сергееenko, А. Е. Непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением/ С. Г. Шаповальянц, А. И. Михалев, Е.Д. Федоров и др. // **Тихоокеанский медицинский журнал.**- 2012. - №3. - С. 50-53.
7. Сергееenko, А. Е. Результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями желудочно-кишечного тракта, осложненными кровотечением/ С. Г. Шаповальянц, А. И. Михалев, Е. Д. Федоров и др. // Сборник материалов 3-й Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы эндоскопии».- С.-Петербург.- 2012.- С. 151-154.
8. Сергееenko, А. Е. Возможности современной диагностики и малоинвазивного лечения больных с кровоточащей неэпителиальной опухолью пищеварительного тракта/ С. Г. Шаповальянц, Е. Д. Федоров и др.// Сборник материалов V Конгресса молодых хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». - Москва. - 2013. - С. 82-83.
9. Сергееenko, А. Е. Эндоклипирование при внутрипросветных эндоскопических вмешательствах/ Р. В. Плахов, С. Г. Шаповальянц, Е. Д. Федоров и др. // Клиническая эндоскопия.- 2013.- № 1.- С. 12-15.
10. Sergeenko, A. E. Diagnostics and treatment of patients with bleeding gastrointestinal subepithelial tumours/ S. G. Shapovalyantz, R. V. Plakhov, E. D. Fedorov, A.E. Sergeenko et al. // Journal of Gastroenterology and Hepatology. - 2013. - Vol. 2 – P. 123-125.
11. Сергееenko, А. Е. Диагностика и непосредственные результаты лечения больных с неэпителиальными опухолями верхних отделов пищеварительного тракта / С. Г. Шаповальянц, Г. Н. Голухов др.// **Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова: научно-практический журнал.** - 2015. - № 4. - С. 35-42.