

13. Orjollet-Lecoanet C., Menard Y., Martins A. et al. // *J. Radiol.* – 2000. – Vol. 81, No. 6. – P. 618–627.
14. Rioux M., Langis P., Naud F. et al. // *Abdom. Imaging.* – 1995. – Vol. 20, No. 1. – P. 37–43.
15. Zollei I., Balogh A. // *Acta Chir. Hung.* – 1997. – Vol. 36, No. 1–4. – P. 406–408.

Поступила в редакцию 15.11.05.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE SMALL BOWEL TUMORS

V.P. Sazhin, D.E. Klimov, V.A. Yurishchev, I.A. Naumov, I.V. Sazhin

Ryazan State Medical University, Novomoskovsk City Hospital
 Summary – The review of the literature and 10 own cases of malignant tumors of the small bowel. Complexities of diagnostics are emphasized. The description of two clinical examples is given.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 67–69.

УДК 616.33-006.6-005.1-072.1(571.63)

С.В. Глушак, В.В. Фролов, Е.С. Кочергина

КРОВОТЕЧЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ РАКОМ ЖЕЛУДКА (ПО МАТЕРИАЛАМ ПРИМОРСКОЙ КРАЕВОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)

Приморская крайвая клиническая больница № 1
 (г. Владивосток)

Ключевые слова: рак желудка, кровотечение, тактика.

В Российской Федерации удельный вес рака желудка в структуре онкологической патологии составляет 9,9% (у обоих полов) [7]. В Приморском крае в 2004 г. этот показатель среди мужчин равнялся 11% и среди женщин – 7,3%. Опухоли желудка стали причиной смерти у 13,6% мужчин и 12,2% женщин, страдавших онкологическими заболеваниями. Одним из осложнений рака желудка является желудочное кровотечение. Эта опухоль, по данным различных источников, на протяжении ряда лет обуславливает от 5,1 до 22,4% всех желудочных кровотечений [1, 2, 5]. Летальность при желудочно-кишечных кровотечениях, осложняющих эту онкопатологию, доходит до 30% [4, 5].

О трудностях остановки кровотечения при распадающихся опухолях желудка свидетельствовали многие отечественные авторы [1, 3, 4, 6]. Они отмечали, что при клипировании сосудов из-за выраженной инфильтрации тканей клипсы не удерживались, а при использовании коагуляции часто наблюдалось усиление кровотечения. Зафиксирован хороший гемостатический эффект при местном обкалывании зоны кровотечения спиртом и в последующем – через некоторое время – дициноном.

Помимо эндоскопических методов для остановки кровотечения при опухолях желудка возможно применение ангиографии. Во время этой процедуры показано и фармакологическое воздействие: введение вазоконстрикторных препаратов или эмболизация [6].

Больные с острыми желудочно-кишечными кровотечениями, проявляющимися рвотой кровью, «кофейной гущей» или меленой, подлежат экстренному эндоскопическому исследованию. Экстренная эндоскопия выполняется в первые 12 часов от начала кровотечения. Эндоскопическое исследование необходимо проводить в зависимости от состояния больного и переносимости данного метода как под

местной анестезией, так и с применением инфузионной терапии в присутствии анестезиолога, а иногда и под наркозом. Мы считаем, что эндоскопическое исследование верхнего отдела пищеварительного тракта показано даже при выраженном кровотечении вне зависимости от времени последнего приема пищи. Сама процедура при этом не является причиной ухудшения состояния больного и может проводиться параллельно с реанимационными мероприятиями.

Следует согласиться с теми авторами, которые не рекомендуют промывать желудок, так как полностью отмыть кровь при этом не удастся, а введение зонда может вызвать рвоту и рецидив кровотечения [2, 3]. При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта необходима панэндоскопия торцовым аппаратом. Осмотр проводится в обратном порядке: двенадцатиперстная кишка – желудок. Достоверными признаками кровотечения являются подтекание венозной или артериальной крови, фиксированный сгусток на поверхности субстрата, тромбированный сосуд, имбиция слизистой оболочки и внутрисстеночная гематома вокруг источника кровотечения [2].

Большинство больных, поступающих с кровотечением, во время эндоскопии уже имеют признаки его остановки. Об эпизоде недавнего кровотечения свидетельствует наличие солянокислого гематина черного цвета или тромбированных сосудов. Это можно объяснить тем, что во время транспортировки больного в лечебное учреждение в результате кровопотери происходит снижение артериального давления и при оказании первой помощи на этом этапе выполняется гемостатическая терапия.

При кровотечениях, обусловленных раком желудка, помимо гемостаза необходима оценка состояния больного в плане дальнейшего ведения. Для этого применяется комплекс различных инструментальных методов. Эндоскопически оценивается распространенность процесса, и в зависимости от этого планируется либо оперативное пособие, либо симптоматическое лечение с гемостатической терапией.

При распространенном или тотальном поражении желудка раковой опухолью кровотечение может носить рецидивирующий характер, и при этом эндоскопический гемостаз не всегда эффективен. Оперативное лечение здесь обычно не показано по общесоматическому статусу больного. В подобных ситуациях для исключения рецидива кровотечения возможна эмболизация сосудов, кровоснабжающих опухоль.

Нами проведен анализ 62 экстренных наблюдений с желудочным кровотечением, причиной которого был рак желудка (44 мужчины и 18 женщин в возрасте от 20 до 85 лет). На момент осмотра кровотечение продолжалось у 20 человек, признаки состоявшегося кровотечения обнаружены в 24 наблюдениях и не было признаков кровотечения у 18 больных. Тотальное поражение желудка по результатам эндоскопии выявлено в 20 случаях. Изъязвления размерами от 0,7 до 6,5 см с инфильтрацией окружающих тканей найдены у 42 человек. Эти дефекты располагались как в верхней (8 больных), так в средней (21 больной) и нижней (13 больных) третях желудка.

Эндоскопические попытки остановки кровотечения путем коагуляции выполнены в 8 случаях, эффективность процедуры составила 50%. Наряду с коагуляцией применяли эндоскопическое орошение места кровотечения 96% этиловым спиртом. Кроме того, всем больным назначалась гемостатическая терапия. В одном случае при опухоли панкреатодуоденальной области, проявившейся изъязвлением слизистой оболочки антрального отдела желудка, выполнена ангиография с эмболизацией правой желудочной артерии. Кровотечение было остановлено. Эндоскопически после эмболизации отмечено изменение цвета слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (сероватый цвет за счет анемии). Рецидива кровотечения не отмечено.

Больные с установленным диагнозом рака желудка, осложненного кровотечением, при дополнительном обследовании либо планировались на операцию, либо после остановки кровотечения выписывались на симптоматическое лечение по месту жительства. В условиях стационара от рака желудка, осложненного кровотечением, погибло 8 пациентов (13% больных).

Литература

1. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. // *Внутрипросветная эндоскопическая хирургия : сб. тез. докл. Рос. симп.* — М., 1998 — С. 120–121.
2. Королев М.П., Федотов Л.Е., Иванова Н.В. и др. // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова.* — 1999. — Т. 158, № 3. — С. 16–20.
3. Макаров В.И., Сотниченко Б.А., Исаева В.В. и др. // *Русско-японский медицинский симпозиум : тез. докл.* — Хабаровск, 1998 — С. 330–331.
4. Самсонов В.А. *Опухоли и опухолеподобные образования желудка.* — М. : Медицина, 1989.
5. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. *Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия.* — М. : Медицина, 1977.
6. Хрупкин В.И., Ханевич М.Д., Зубрицкий В.Ф., Тиканадзе А.Д. *Неотложная эндоваскулярная хирургия гастроудоденальных кровотечений.* — М. — Петрозаводск : ИнтелТек, 2002.
7. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Состояние онкологической помощи населению России в 2004 году.* — М. : МНИОИ им. П.А. Герцена, 2005.

Поступила в редакцию 25.11.05.

BLEEDING CAUSED BY THE STOMACH CANCER (ON MATERIALS OF PRIMORSKY REGIONAL HOSPITAL)

S.V. Glushak, V.V. Frolov, E.S. Kochergina
Primorsky Regional Hospital No. 1 (Vladivostok)

Summary — Tactics of the emergency care on a material of 62 cases of the stomach cancer complicated with bleeding is described. It is marked, that endoscopic stop of the bleeding by coagulation has efficiency of 50% and should be added with the other procedures, including haemostatic therapy. Authors consider the embolization of the tumor vessels as a method of choice.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 4, p. 69–70.

УДК 616.5-006.81-089

Я.В. Шапкин, М.В. Зинькевич

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Городской клинический онкологический диспансер (г. Санкт-Петербург)

Ключевые слова: меланома кожи, лечение.

В последней четверти XX века отмечено увеличение заболеваемости меланомой. В Европе наибольший прирост этого показателя зарегистрирован в странах северной и центральной части. Это связывают с возросшей миграцией населения, модой на загар, изменениями в costume и образе жизни, произошедшими во второй половине прошлого века. При этом генетически неприспособленное к интенсивной инсоляции северное население оказывается незащищенным перед воздействием ультрафиолета. Свою роль в увеличении заболеваемости меланомой играет и истощение озоно-

вого слоя Земли [11]. В России в структуре онкологической заболеваемости доля меланомы кожи составила 1% у мужчин и 1,6% у женщин, с приростом стандартизованных показателей по сравнению с 1990 г. на 30% [9]. Составляя около 10% в структуре злокачественных опухолей кожи, меланома превалирует в ряду причин смерти среди этой группы опухолей, где ей принадлежит до 80% [6]. В последние годы накоплен достаточный опыт в диагностике, профилактике и лечении этого заболевания.

Обоснование тактики хирургического лечения базируется на современной классификации меланомы (TNM/UICC/AJCC). В первую очередь это относится к выбору границ иссечения первичной опухоли. Согласно рекомендациям ВОЗ [7], для меланомы *in situ* достаточным отступом можно считать 0,5 см неизменной кожи, при T₁- и T₂-стадиях — граница отступа должна составлять 1 см, при T₃ и T₄ — не менее 2 см, при изъязвлении и кровоточивости опухоли в стадии T₃₋₄, а также при десмопластическом и нейротропном вариантах меланомы — не менее 3 см. Такие же требования