

Медицинская академия
последипломного
образования,
Санкт-Петербург

ЛЕЧЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ И ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

В.А.Тарасов, Е.С.Побегалов, В.В.Ставровицкий, М.В.Виноградова,
А.Ю.Литвинов

*Кровотечения из
опухолей легких и органов
желудочно-кишечного
тракта являются
грозным осложнением
опухолевого процесса,
требующим экстренной
специализированной
помощи.
Современные достижения
в разработке
хирургической,
эндоскопической,
интервенционно-
рентгенологической и
радиологической техники
и тактики предоставляют
нам широкие возможности
комбинации новых
диагностических и
лечебных подходов в
лечении такой нечастой,
но драматичной
патологии, как
кровотечения из
злокачественных опухолей.*

Кровотечения при злокачественных опухолях органов грудной и брюшной полостей сравнительно нечасты. Противоречивость и неоднозначность, характерные для многих вопросов диагностической и лечебной тактики, в этих случаях обусловлены отчасти их сравнительно редкой встречаемостью, отчасти – вызывающим удивление недостатком проспективных контролируемых исследований в этой сфере: публикации о кровотечениях из опухолей в мировой литературе большей частью представлены описанием единичных или немногочисленных клинических наблюдений. К тому же, в силу организации систем здравоохранения, больные с кровотечениями из опухолей госпитализируются, как правило, не в специализированные центры, а в больницы скорой медицинской помощи. Вследствие этого выбор диагностических средств и методов лечения для этой непростой категории больных определяется в основном личным опытом специалистов, а также доступностью этих средств и методов в том или ином лечебном учреждении.

Кровотечения из опухолей легких

Этиология и частота

Наиболее частыми причинами легочных кровотечений (ЛК) являются эндо-бронхиальные опухоли. Второе место занимают первичные и метастатические опухоли паренхимы легких, третье – микотические инвазии и инфекционные заболевания легких [21].

80% ЛК относятся к I степени тяжести, когда темп потери крови не превышает 5–10 мл/ч. Массивные ЛК с потерей крови свыше 600 мл в день, а также их разновидности – «молниеносные» ЛК, приводящие больного к гибели в ближайшие минуты, составляют до 5% всех случаев ЛК [21].

ЛК встречаются в процессе диагностики и лечения у 20% больных раком легкого. У 7 – 10% больных ЛК становится первым симптомом рака легкого [18]. 3% больных раком легкого гибнут от массивных ЛК [18], которые в этих случаях сопровождаются летальностью в 59 – 100%, – существенно выше, чем при массивных ЛК доброкачественной этиологии [2].

Методы лечения

Радикальное хирургическое лечение. Общеизвестно, логично и естественно, что наиболее эффективный способ борьбы с кровотечением из злокачественной опухоли бронха или легкого – неотложное удаление этой опухоли в радикальном объеме расширенной или комбинированной лоб- или пневмонэктомии [18]. Условиями этого активного, гемостатически высокоэффективного хирургического подхода, создающего к тому же перспективу сравнительно более длительного выживания больных, считают: определенный источник кровотечения; достаточные функциональные резервы пациента; отсутствие экстраторакального распространения заболевания; резектабельность опухоли в радикальном объеме [18, 21]. При отсутствии этих условий послеоперационная летальность достигает 50% [21]. Исходя из этих условий, большинство больных раком легкого на момент начала ЛК уже не считаются кандидатами для хирургического лечения, в основном по признаку распространенности процесса [21].

Интервенционная эндоскопия. Первой задачей в ведении больного с массивным легочным кровотечением, в соответствии с принципами реанимации, является обеспечение проходимости дыхательных путей. Эта задача обычно решается путем интубации трахеи. При этом, вопреки распространенному мнению, широкая однопросветная эндотрахеальная трубка предпочтительнее двухпросветной, так как дает возможность более эффективного контроля и санации дыхательных путей, а разобщения бронхиального дерева правого и левого легких при необходимости легко добиться путем интубации соответствующего главного бронха [18].

Когда проходимость дыхательных путей обеспечена или, если необходимости в этом нет, наступает очередь лечебно-диагностической бронхоскопии, которая в первую очередь должна локализовать и, в идеале, визуализировать источник кровотечения [18].

Если установлена локализация, но сам источник не визуализируется, возможны следующие гемостатические приемы:

- Интенсивная аспирация с целью коллабировать кровоточащий сегмент (вариант биологической тампонады).

- Определенный гемостатический эффект может дать эндобронхиальная инстиляция вазоконстрикторов (0,001% раствор адреналина и др.), хотя этот метод более эффективен при видимом источнике кровотечения.

- Баллонная тампонада бронха на срок 24–48 часов не только обеспечивает гемостаз, но и предупреждает рецидивы кровотечения в течение ряда месяцев у 50–60% больных. Недостатками метода считают риск ишемического некроза бронха и обструктивного пневмонита.

В случае эндоскопической визуализации источника кровотечения предпочтительны физические методы эндоскопического гемостаза:

- Эндобронхиальная лазерная фотокоагуляция (эффективность составляет 60%). Считается, что этот метод эффективен при условии диаметра кровоточащего сосуда, не превышающего 1,5 мм.

- Эндобронхиальная электрокоагуляция – теоретически эффективность должна быть не ниже, чем при лазерной фотокоагуляции [18], но в литературе имеются лишь единичные клинические наблюдения.

- Аргон-плазменная коагуляция – эффективность достигает 100% без рецидива при 3-месячном наблюдении.

- В стадии клинического изучения находятся возможности эндоскопической радиочастотной абляции первичных и метастатических опухолей легких с целью гемостаза.

Перспективным представляется мультимодальный подход к паллиативному эндоскопическому лечению неоперабельных больных. Так, R. S.Santos с соавторами сравнили отдаленные результаты эндоскопической паллиации больных с осложненным раком легкого с

использованием лазерной фотокоагуляции, эндотрипирования, фотодинамической терапии и брахитерапии, применявшихся в качестве единственного метода и в комплексе. 12-месячная выживаемость больных при унимодальном и мультимодальном подходе не различалась, однако 3-летняя выживаемость составила 2,3 и 22% соответственно [29].

Интервенционная радиология. В затруднительных случаях локализовать источник кровотечения (при условии, что он находится в бронхиальном дереве, а не в паренхиме легкого) помогает бронхиальная ангиография. Одновременная селективная эмболизация бронхиальных артерий показана: 1) при неэффективности других методов; 2) в случае множественных источников кровотечения; 3) у больных с низкими респираторными резервами. Немедленный гемостаз достигается с ее помощью у 84–100% пациентов, отсутствие рецидива в течение 1–6 месяцев – в 70–80% наблюдений. Известными осложнениями этого метода являются ишемическое повреждение спинного мозга и эмболизация артерий других органов [21].

Лучевая терапия. В случае кровотечения легкой и средней степени тяжести из эндоскопически видимого и нерезектабельного рака бронха показана лучевая терапия: дистанционная гамма-терапия, брахитерапия или их комбинация [10]. Гемостатическая эффективность дистанционной лучевой терапии с обычным фракционированием при раке легкого, осложненным легочным кровотечением, составляет 60–80%. Ряд авторов считает, что быстрейшему достижению эффекта способствует высокая начальная доза облучения [18]. Однако, по данным С.К. Cross и соавторов, эффективность гиподифракционированной (8,5 Грей x 2 фракции) дистанционной гамма-терапии при ЛК, вызванном неоперабельным НМРЛ, составила 100% без рецидивов при последующем 4-месячном наблюдении [3]. Лучевую терапию считают показанной и в тех случаях, когда временный гемостаз достигнут иными способами [18]. Противопоказанием к лучевой терапии в любом виде служит массивное ЛК.

Системная химиотерапия. Сообщения о химиотерапии НМРЛ, осложненного ЛК, крайне немногочисленны. Однако, по данным J.Jassem и соавторов, лечение больных РЛ 3б-4 стадий, осложненных ЛК, комбинацией гемцитабина и цисплатина оказалось гемостатически эффективным в 75%. Медиана выживаемости больных этой группы составила 11 месяцев, актуаральная вероятность 1-летней выживаемости – 45% [14].

Научная доказательность. Оценка вышеперечисленных методов гемостаза с позиций научно-доказательной медицины показывает, что наиболее обоснованными являются тампонада бронха, аргон-плазменная коагуляция, эндобронхиальная лазерная фотокоагуляция и лучевая терапия. Доказательное обоснование эндобронхиальной электрокоагуляции, эмболизации бронхиальных артерий, системной химиотерапии в настоящее время недостаточно [18].

Кровотечения из опухолей пищевода

Этиология и частота

Для первичных заболеваний пищевода, имеющего довольно эфемерное артериальное кровоснабжение диссеминированного типа, кровотечения малохарактерны. В основном они принимают форму «скрытых» кровотечений, клинически проявляющихся лишь анемизацией.

Исключая кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, обусловленные портальной гипертензией, кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта лишь в 17% случаев имеет своим источником патологию пищевода. Эти пищеводные кровотечения в 65% случаев обусловлены рефлюкс-эзофагитом, в 30% – синдромом Мэллори-Вейса. Частота злокачественных опухолей у этих больных составляет менее 2%, частота злокачественного пищеводно-аортального свища – единственного состояния, сопровождающегося массивным и, как правило, фатальным кровотечением, – менее 0,2% [5]. Своеобразной разновидностью геморрагического осложнения рака пищевода являются единичные наблюдения расщепляющих интрамуральных гематом этого органа [11].

Сравнительно чаще, чем карциномой, пищеводные кровотечения бывают обусловлены доброкачественными и условно-злокачественными опухолями, называемыми ранее лейомиомами, параганглиомами, а в настоящее время получившими в литературе собирательное название GIST (желудочно-кишечные стромальные опухоли) [20]. В литературе имеется также ряд наблюдений кровотечений, вызванных первичной меланомой пищевода, саркомой Капоши у ВИЧ-инфицированных больных, а также метастатическим поражением пищевода опухолями других локализаций: раком легкого, мочевого пузыря.

Фатальные ятрогенные аорто-пищеводные свищи, обусловленные эндопротезированием пищевода с целью палиации, могут наблюдаться у больных, перенесших лучевую или химиотерапию [16].

Методы лечения

В основном методом гемостаза в случае кровотечений из злокачественных опухолей пищевода становится его резекция, а в случае GIST – экономная экстрамукозная энуклеация. Сообщения об эндоскопическом гемостазе, химиолучевой терапии единичны. На фоне общего пессимистического отношения к аорто-пищеводным свищам представляет интерес сообщение об успешном безрецидивном гемостазе в условиях такой катастрофы путем эндоваскулярного стентирования аорты [16]. Обычным методом лечения кровоточащих метастазов других опухолей в пищеводе представляется системная химиотерапия, хотя и такие сообщения крайне немногочисленны.

Кровотечения из опухолей желудка

В целом, летальность при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта стабильно удерживается на уровне 10–14%, практически не меняясь на

протяжении последнего столетия, и обусловлена, главным образом, не кровотечением как таковым, а декомпенсированными сопутствующими заболеваниями; прежде всего это относится к оперированным больным [26].

Этиология и частота

Опухоли – одна из самых редких причин желудочных кровотечений: ими обусловлено лишь 2–5% таких случаев [26]. Наиболее частыми причинами желудочных кровотечений среди опухолей представляются GIST, для которых кровотечение считают самым частым симптомом [32]. Карцинома и лимфома желудка проявляются не столько кровотечениями, сколько железодефицитными анемиями и иными симптомами [26]. Частота кровотечений при раке желудка составляет немногим более 9%, не имея существенных различий при распространенном и «раннем» раке.

Первичная лимфома желудка составляет от 1 до 5% всех злокачественных опухолей этого органа [24] и осложняется кровотечением у 3% больных [9]. Прогноз при таких кровотечениях в высокой степени зависит от предшествующего лечения, будучи значительно хуже у больных, успевших подвергнуться химиолучевой терапии, и намного лучше в случаях, когда кровотечение оказывается первым симптомом лимфомы желудка.

В качестве казуистически редких злокачественных причин желудочных кровотечений в литературе описаны первичная хориокарцинома, метастазы других опухолей (хориокарцином яичка, рака легкого, почки, молочной железы, фиброзной гистиоцитомы), а также прорастание в просвет желудка гепатоцеллюлярной карциномы.

Методы лечения

В целом, эндоскопические методы обеспечивают гемостаз в 95% случаев всех желудочных кровотечений, однако кровотечения из распространенных аденокарцином желудка нередко рефрактерны к эндоскопическому гемостазу. Альтернативами в таких случаях являются неотложное хирургическое лечение, эмболизация артерий, а также чрескожная радиочастотная абляция под контролем УЗИ [31].

К факторам риска летальности после неотложной гастрэктомии на основании статистических исследований относят возраст более 65 лет, гемоглобин менее 100 г/л, артериальную гипотензию при поступлении. Этиология заболевания (доброкачественная или злокачественная) на ближайший прогноз не влияет [30].

Отдаленные результаты у больных, экстренно оперированных по поводу кровоточащего рака желудка, зависят не от кровотечения, а от радикализма операции [15], поэтому статистически не отличаются от результатов оперированных по поводу неосложненного рака желудка такой же стадии и распространенности. Таким образом, кровотечение само по себе не влияет на выживаемость больных в отдаленные сроки.

Еще более устойчивы к эндоскопическим методам лечения кровотечения из лимфом желудка, особенно на

фоне нейтропении и тромбоцитопении, обусловленных химиотерапией: в литературе имеются лишь единичные наблюдения успешного эндоскопического гемостаза у таких пациентов. По мнению многих авторов, единственным средством спасения больного с угрожающими жизни осложнениями лимфомы желудка в условиях гематологической токсичности перенесенной химиотерапии остается экстренная резекция желудка, тоже, впрочем, сопряженная с высоким риском. Возможная безопасная и эффективная альтернатива резекции желудка в подобных случаях – его хирургическая деваскуляризация [17].

Прогноз при метастазах опухолей других локализаций в желудок пессимистичен, поскольку метастатическому поражению кишечной трубки обычно предшествует как распространенное лимфогенное метастазирование, так и гематогенная диссеминация метастазов. Лечение этих больных, как правило, ограничивается химиотерапией в сочетании с лучевой терапией или без таковой [13].

Определенный интерес представляет применение у больных с желудочными кровотечениями злокачественной этиологии эндогастральной хирургии. Такое вмешательство, выполняемое через троакары, введенные в просвет желудка, позволяет радикальное удаление доброкачественных опухолей, раннего рака желудка, гемостаз в зонах, труднодостижимых для фиброгастроскопа [25].

Кровотечения из опухолей ободочной и прямой кишки

Этиология и частота

Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта наблюдаются с частотой 17–20,5 на 100.000 взрослого населения в год и составляют от 20 до 30% всех желудочно-кишечных кровотечений [6]. Летальность при кровотечениях из нижних отделов желудочно-кишечного тракта в целом составляет менее 5%, у большинства больных такие кровотечения останавливаются спонтанно [27].

В целом, источники колоректальных кровотечений в порядке убывания частоты распределяются следующим образом: дивертикулез; воспалительные заболевания; злокачественные опухоли; доброкачественная аноректальная патология; артериовенозные мальформации. Среди причин кровотечений из ободочной кишки первое место занимает дивертикулез (41,6%), за которым следуют злокачественные опухоли (9,4%). При этом существуют определенные географические различия: так, в Великобритании колоректальный рак обнаруживается лишь в 3,4% случаев кишечных кровотечений [8]. Существуют и возрастные различия: так, у больных в возрасте менее 30 лет колоректальные опухоли являются причинами кишечных кровотечений в 3,8% случаев, в возрасте 30–39 лет – в 2,8%, старше 40 лет – в 10,9–15,4% [19]. Массивные кишечные кровотечения наблюдаются лишь в 2% случаев колоректального рака [28].

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к возрастанию относительного числа больных колоректаль-

ным раком и полипозом, дивертикулезом и геморроем при некотором снижении относительного числа случаев язвенного колита. Доля болезни Крона, ангиодисплазий и постлучевого колита не меняется [6].

Клинически выраженные кровотечения характерны в большей степени для рака прямой кишки, тогда как при раке ободочной кишки они чаще принимают скрытый характер и проявляются только анемизацией. В 21,6% от общего числа наблюдений оккультных желудочно-кишечных кровотечений их источник локализуется в ободочной кишке, в 11% от общего числа наблюдений он оказывается карциномой.

Методы лечения

Хирургическое лечение. Как и в отношении других кровоточащих опухолей, наилучшим методом паллиации при кровотечении из опухоли ободочной или прямой кишки, в том числе и при наличии нерезектабельных отдаленных метастазов, представляется резекция кишки. Выбор метода хирургического лечения при осложненном колоректальном раке в значительной степени обусловлен состоянием больного, его возрастом, состоянием питания, а также локализацией опухоли. В случае опухоли правой половины ободочной кишки методом выбора считается правосторонняя гемиколэктомия. Тактика при опухолях левой половины ободочной кишки неоднозначна. Возможными вариантами являются первичная резекция с анастомозом, этапная резекция с анастомозом, обструктивная резекция по Гартману, субтотальная и тотальная колэктомия [4].

Послеоперационная летальность и частота осложнений у больных колоректальным раком, оперированных на высоте кровотечения, достоверно выше, чем у оперированных в плановом порядке [22, 28], что зависит от степени хирургического риска: при первичных резекциях с анастомозом по поводу осложненного рака прямой и левой половины ободочной кишки летальность варьирует от 4,3 до 89%, частота послеоперационных осложнений – от 21,7 до 89% [1]. Наиболее значимыми факторами риска для раннего послеоперационного периода считают хроническую почечную недостаточность, гипоальбуминемию, сопутствующие заболевания сердца, перфорацию кишки. F.Ceriatì и соавторы [1] сформулировали для осложненного колоректального рака следующую шкалу хирургического риска:

Таблица
Факторы хирургического риска

Фактор риска	Оценка в баллах
Хроническая почечная недостаточность	7
Гипоальбуминемия	6
Сопутствующее заболевание сердца	5
Перфорация кишки	4

По мнению авторов, больным с низким риском (сумма баллов менее 4) показана первичная резекция кишки с анастомозом, в случае средней степени риска (сумма баллов от 4 до 12) – первичная резекция с терминальной колостомией, пациентам с высокой степенью риска (сумма баллов более 12) – этапное хирургическое лечение. Гемостаз в последнем случае целесообразнее осуществить эндоскопическими средствами [1].

Большинство пациентов, оперированных экстренно на высоте кровотечения, находятся в III–IV стадиях заболевания. В связи с этим, показатели выживаемости в отдаленные сроки у больных колоректальным раком, оперированных на высоте кровотечения, достоверно ниже, чем у оперированных в плановом порядке: так, по данным С. S.McArdle и соавторов, 5-летняя выживаемость у этих больных составила 60,9% против 74,6% у оперированных в отсутствие осложнений [22].

Паллиативное лечение. К методам, альтернативным хирургическому вмешательству, относятся в основном эндоскопические: лазерная фотокоагуляция, аргонплазменная коагуляция, криодеструкция [4].

Лазерная фотокоагуляция кровоточащего нерезектабельного рака прямой кишки при невысокой частоте осложнений (13%) не только обеспечивает немедленный гемостаз, но и предупреждает рецидивы кровотечений в 83% наблюдений при 12-месячной выживаемости в 44,4%, 24-месячной – в 20,4% [12].

Имеются единичные сообщения о многомесячной эффективности аргон-плазменной коагуляции кровоточащих опухолей прямой кишки не только в отношении гемостаза, но и в отношении роста опухоли – достижения длительной стабилизации.

Криохирurgia рака прямой кишки – метод палиации, высокоэффективный у 62% больных осложненными опухолями и наиболее эффективный именно в отношении кровотечений. Медиана выживаемости у этих больных составляет 33 месяца. Однако в случае циркулярного опухолевого поражения прямой кишки эффект криохирургического вмешательства в плане поддержания проходимости кишки непродолжителен [23].

Эффективной альтернативой эндоскопическим методам лечения больных с кровоточащими нерезектабельными опухолями прямой кишки представляется селективная ангиография с эмболизацией соответствующих артерий [7].

С сентября 1994 по апрель 2006 года в нашей клинике наблюдались 134 больных с кровотечениями, причинами которых были злокачественные опухоли легких и желудочно-кишечного тракта. Исходя из того, что самым надежным методом постоянного гемостаза в случае кровотечения из распадающейся опухоли легкого представляется ее удаление, мы принципиально рассматривали всех таких больных как кандидатов для оперативного лечения. Все операции, выполняемые по поводу кровоточащих опухолей пищеварительной трубки, выполняли по срочным показаниям, в дневное время и только при наличии минимальных запасов донорской

крови. Поскольку в основном у этих больных имели место распространенные формы рака, то, как правило, в опухолевый процесс были вовлечены и соседние органы. Несмотря на это, мы стремились по возможности к полной циторедукции – удалению всех опухолевых масс.

Из 58 больных с кровотечениями из злокачественных опухолей легких первичный рак был обнаружен у 54 пациентов, метастазы различных опухолей – у 4. У 43 пациентов были легочные кровотечения I степени (кровохарканья), у 12 – II степени тяжести. У 3 больных на фоне исходного кровохарканья развились массивные легочные кровотечения, приведшие к смерти в течение нескольких минут. При объеме кровотечения, превышавшем кровохарканье, во всех случаях удалось добиться временного гемостаза с помощью управляемой гипотензии, эндобронхиальной инстилляцией вазоконстрикторов и гемостатиков под контролем фибробронхоскопа или, в случае неэффективности этих методов, посредством эндоскопической окклюзии бронха.

В операции было отказано 8 пациентам в связи с крайне низкими функциональными резервами или с распространенностью опухолевого процесса, не позволявшей рассчитывать на выживание более нескольких недель. 47 больных были оперированы в объеме пневмонэктомии (32), долевых резекций легких (12), атипичных резекций легких (3 больных с кровоточащими метастатическими опухолями). У всех оперированных больных первичным раком легкого были распространенные формы поражения: инвазия верхней полой вены (7), перикарда (6), левого предсердия (2), грудной стенки (3), в 3 наблюдениях источником кровотечения была опухоль Пэнкоста. Бифуркация трахеи была поражена в 2 случаях. Метастазы в лимфатические узлы средостения были обнаружены у 42 оперированных больных, карциноматоз плевры – у 5, гематогенные метастазы в противоположном легком – у 2, в печени – у 3 пациентов.

При поражении верхней полой вены мы выполняли тангенциальную резекцию ее стенки (4 случая) или циркулярную резекцию с аллопротезированием (3 наблюдения). Прорастание опухоли в левое предсердие служило показанием к его частичной резекции, инвазия перикарда – к резекции с закрытием дефекта политетрафторэтиленовой сеткой. Импилатеральную медиастинальную лимфодиссекцию выполняли всем больным. При карциноматозе плевры у 4 больных выполнили плевропневмонэктомию с последующей интраоперационной внутригрудной химиогипертермической перфузией. У 2 больных оказалась возможной только паллиативная резекция легкого (1) или пневмонэктомия (1).

В раннем послеоперационном периоде 10 (21%) больных погибли вследствие острой сердечной недостаточности (3), тромбоэмболии легочной артерии (2), инфаркта миокарда (1), послеоперационной пневмонии единственного легкого (2).

Больные, перенесшие паллиативные операции, прожили после операции 3–4 месяца и погибли в связи с прогрессированием процесса. Из 34 больных, опериро-

ванных с полной циторедукцией, 8 погибли в сроки от 8 до 10 месяцев вследствие рецидива заболевания в виде лимфо- и гематогенного метастазирования. 1 больной после левосторонней лобэктомии с резекцией легочной артерии умер от тромбоэмболии через 10 месяцев после операции, при явлениях рецидива рака в виде гематогенного метастазирования в оба легких. 25 пациентов, у которых удалось выполнить полную циторедукцию, прожили более года, несмотря на возникший рецидив в виде лимфо- или гематогенных метастазов. 9 из них продолжают жить более 2 лет без признаков рецидива.

Кровоточащие карциномы желудка у 15 из 19 больных были местнораспространенными или метастатическими, что позволило выполнить радикальные операции лишь у 11 больных. У 4 из них выполнены радикальные гастрэктомии, у 7 – комбинированные гастрэктомии с резекцией тела и хвоста поджелудочной железы (3), левой доли печени (2), поперечной ободочной и тонкой кишок (2). В 7 наблюдениях были выполнены паллиативные гастрэктомии в связи с обширным метастатическим поражением печени и забрюшинных лимфатических узлов, а у 1 пациента оказалась возможной лишь деваскуляризация желудка.

По поводу кровотечений из распадающихся опухолей толстой и прямой кишок нами наблюдались 57 больных; 52 из них были оперированы по радикальному плану в объеме гемиколэктомии (21), резекции поперечной ободочной кишки (8), ректосигмоидного отдела (2), экстирпации или резекции прямой кишки (16), экзентерации малого таза (5). У 5 больных с распространенными опухолями и низкими функциональными резервами гемостаз достигнут паллиативными вмешательствами: эмболизацией внутренних подвздошных артерий (3), перевязкой внутренних подвздошных артерий с двустольной колостомией (2).

Заключение

Кровотечения из опухолей легких и органов желудочно-кишечного тракта являются грозным осложнением опухолевого процесса, требующим экстренной специализированной помощи. Главной задачей медицинской помощи при кровотечении является его остановка. Все способы остановки кровотечения из опухоли можно

разделить на два вида – временные и постоянные. Постоянным видом остановки кровотечения из опухоли может быть только оперативное удаление органа, несущего опухоль! Несмотря на эффективные и необходимые эндоскопические, ангиографические и другие способы остановки кровотечений из опухолей, каждый пациент с таким осложнением должен рассматриваться как кандидат на хирургическую операцию с целью удаления опухоли, с учетом высокого риска рецидива кровотечения в противном случае. Поэтому успешная временная остановка кровотечения должна быть использована для подготовки к плановой операции с целью удаления опухоли.

Кровотечение из опухоли может быть первым симптомом заболевания у больных с ранними формами. Однако в большинстве случаев кровотечения из опухолей характерны для больных с распространенными формами рака, а потому и операции чаще носят характер комбинированных, а значит, сложных для хирургической бригады, чреватых высокой летальностью и частотой осложнений.

Главным лимитирующим жизнь фактором при любом кровотечении является потеря времени, а в случае распространенной опухоли – еще и низкая хирургическая активность, связанная с отсутствием организации специализированной медицинской помощи больным с осложненными и распространенными формами солидных злокачественных опухолей. Успешная хирургическая операция у больных с кровоточащей опухолью любой локализации, даже в продвинутой стадии, дает шанс больному на увеличение качества и продолжительности жизни, а в отдельных случаях даже на выздоровление.

Современные достижения в разработке хирургической, эндоскопической, интервенционно-рентгенологической и радиологической техники и тактики предоставляют нам широкие возможности комбинации новых диагностических и лечебных подходов в лечении такой нечастой, но драматичной патологии, как кровотечения из злокачественных опухолей. Для разработки оптимальной лечебной тактики с использованием в полном объеме этого современного арсенала средств и методов представляется необходимым комплекс целенаправленных сравнительных клинических исследований.

Литература

1. *Cerati F., Tebala G.D., Ceriati E. et al.* Surgical treatment of left colon malignant emergencies. A new tool for operative risk evaluation // *Hepatogastroenterology*. – 2002. – Vol. 49, № 46. – P. 961-966.
2. *Corey R., Hla K.M.* Major and massive hemoptysis: reassessment of conservative management // *Amer. J. Med. Sci.* – 1987. – Vol. 294, № 5. – P. 301-309.
3. *Cross C.K., Berman S., Buswell L. et al.* Prospective study of palliative hypofractionated radiotherapy (8.5 Gy x 2) for patients with symptomatic non-small-cell lung cancer // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 2004. – Vol. 58, № 4. – P. 1098-1105.
4. *Cuffy M., Abir F., Audisio R.A., Longo W.E.* Colorectal cancer presenting as surgical emergencies // *Surg. Oncol.* – 2004. – Vol. 13, № 2-3. – P. 149-157.
5. *de Manzoni G., Catalano F., Festini M. et al.* [Esophageal non-variceal hemorrhage: a clinical and epidemiological study] // *G. Chir.* – 2002. – Vol. 23, № 5. – P. 199-204.
6. *Doboseru R., Drug V.L., Azoicai D. et al.* [The changing spectrum of lower gastrointestinal haemorrhages] // *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi.* – 2004. – Vol. 108, № 1. – P. 90-93.

7. *Dusbnitsky T, Ziv Y, Peer A, Halevy A.* Embolization an optional treatment for intractable hemorrhage from a malignant rectovaginal fistula: report of a case // *Dis Colon Rectum.* – 1999. – Vol. 42, № 2. – P. 271-273.
8. *Ellis B.G., Thompson M.R.* Factors identifying higher risk rectal bleeding in general practice // *Brit. J. Gen. Pract.* – 2005. – Vol. 55, № 521. – P. 949-955.
9. *Ferreri A.J., Cordio S., Ponzoni M. et al.* Non-surgical treatment with primary chemotherapy, with or without radiation therapy, of stage I-II high-grade gastric lymphoma // *Leuk Lymphoma.* – 1999. – Vol. 33, № 5-6. – P. 531-541.
10. *Gejerman G., Mullokandov E.A., Bagiella E. et al.* Endobronchial brachytherapy and external-beam radiotherapy in patients with endobronchial obstruction and extrabronchial extension // *Brachytherapy.* – 2002. – Vol. 1, № 4. – P. 204-210.
11. *George R., Govindraj R., Das S.K., Backianathan S.* Dissecting intramural hematoma in esophageal carcinoma // *Indian. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 23, № 6. – P. 221-222.
12. *Gevers A.M., Macken E., Hiele M. et al.* Endoscopic laser therapy for palliation of patients with distal colorectal carcinoma: analysis of factors influencing long-term outcome // *Gastrointest. Endosc.* – 2000. – Vol. 51, № 5. – P. 580-585.
13. *Harikumar R., Harish K., Aravindan K.P. et al.* Testicular choriocarcinoma with gastric metastasis presenting as hematemesis // *Indian. J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 23, № 6. – P. 223-224.
14. *Jassem J., Krzakowski M., Roszkowski K. et al.* A phase II study of gemcitabine plus cisplatin in patients with advanced non-small cell lung cancer: clinical outcomes and quality of life // *Lung Cancer.* – 2002. – Vol. 35, № 1. – P. 73-79.
15. *Kasakura Y., Ajani J.A., Mochizuki F. et al.* Outcomes after emergency surgery for gastric perforation or severe bleeding in patients with gastric cancer // *J. Surg. Oncol.* – 2002. – Vol. 80, № 4. – P. 181-185.
16. *Kato N., Tadanori H., Tanaka K. et al.* Aorto-esophageal fistula: relief of massive hematemesis with an endovascular stent-graft // *Europ. J. Radiol.* – 2000. – Vol. 34, № 1. – P. 63-66.
17. *Kelesis N.G., Vassilopoulos P.P., Lambrinakos P.M. et al.* Treatment-related acute gastric bleeding managed successfully with surgical devascularization // *J. Surg. Oncol.* – 2000. – Vol. 74, № 2. – P. 138-140.
18. *Kvale P.A., Simoff M., Prakash U.B.* Lung cancer / Palliative care // *Chest.* – 2003. – Vol. 123, № 1 Suppl. – P. 284S-311S.
19. *Lewis J.D., Shih C.E., Blecker D.* Endoscopy for hematochezia in patients under 50 years of age // *Dig. Dis. Sci.* – 2001. – Vol. 46, № 12. – P. 2660-2665.
20. *Manu N., Richard P., Howard S.* Bleeding esophageal GIST // *Dis. Esophagus.* – 2005. – Vol. 18, № 4. – P. 281-282.
21. *Martinez E., Martinez M., Romero P. et al.* [Respiratory emergencies] // *An. Sist. Sanit. Navar.* – 2004. – Vol. 27 Suppl 3, – P. 87-97.
22. *McArdle C.S., McMillan D.C., Hole D.J.* The impact of blood loss, obstruction and perforation on survival in patients undergoing curative resection for colon cancer // *Brit. J. Surg.* – 2006. – Vol. 93, № 4. – P. 483-488.
23. *Meijer S., Rabusen F.D., van der Plas L.G.* Palliative cryosurgery for rectal carcinoma // *Int. J. Colorectal. Dis.* – 1999. – Vol. 14, № 3. – P. 177-180.
24. *Misra S.P., Misra V., Dwivedi M.* Low grade B cell gastric mucosa associated lymphoma presenting as upper gastrointestinal bleeding from non-healing stomal ulcers // *Postgrad. Med. J.* – 2005. – Vol. 81, № 952. – P. 135-137.
25. *Paksoy M., Boler D.E., Baca B. et al.* Laparoscopic transgastric resection of a gastric lipoma presenting as acute gastrointestinal hemorrhage // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* – 2005. – Vol. 15, № 3. – P. 163-165.
26. *Palmer K.* Management of haematemesis and melaena // *Postgrad. Med. J.* – 2004. – Vol. 80, № 945. – P. 399-404.
27. *Sack J.L., Brock C.D.* Approach to bloody stools in adults // *J. Med. Liban.* – 2001. – Vol. 49, № 5. – P. 288-291.
28. *Saliangas K., Economou A., Nikoloudis N. et al.* Treatment of complicated colorectal cancer. Evaluation of the outcome // *Tech. Coloproctol.* – 2004. – Vol. 8 Suppl 1, – P. s199-201.
29. *Santos R.S., Raftopoulos Y., Keenan R.J. et al.* Bronchoscopic palliation of primary lung cancer: single or multimodality therapy? // *Surg. Endosc.* – 2004. – Vol. 18, № 6. – P. 931-936.
30. *So J.B., Yam A., Cheah W.K. et al.* Risk factors related to operative mortality and morbidity in patients undergoing emergency gastrectomy // *Brit. J. Surg.* – 2000. – Vol. 87, № 12. – P. 1702-1707.
31. *Stang A., von Seydewitz C.U., Celebcioğlu S. et al.* Ultrasound-guided radiofrequency ablation: a new treatment option after failure to stop severe acute upper gastrointestinal tumor bleeding using endoscopic techniques // *Endoscopy.* – 2004. – Vol. 36, № 6. – P. 558-561.
32. *Yoshida H., Mamada Y., Tani N. et al.* Spurt bleeding from a calcified gastro-intestinal stromal tumor in the stomach // *J. Nippon. Med. Sch.* – 2005. – Vol. 72, № 5. – P. 304-307.