

ності між і передраковими станами епітелія і плоскоклітинним раком, що виникає на ґрунті папілярної гіперплазії або папіломатоза. Зміни параметрів ядер епітеліоцитів після переходу епітелія від одного стану до іншого є однотиповими для гіперпластичного ларингіта папіломатоза і, ймовірно, відображають загальну закономірність змін при злоякісній трансформації плоского епітелія. Одержані кількісні показники можуть бути використані в якості додаткового, об'єктивного диференційно-діагностичного критерія при розмежуванні передракових (диспластичних) і ракових змін у епітелії справжніх голосових зв'язок.

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПОЛІПІВ ТА РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ ЗА ДАНИМИ КОЛОНОСКОПІЇ

Литвин М.М.

Клінічна лікарня "Феофанія", Київ, Україна

Вступ

Колоректальний рак (КРР) — широко розповсюджена в усьому світі патологія, якою кожний рік захворює 1 млн. людей, а щорічна кількість смертей перевищує 500 тис. [1]. За прогнозами експертів, у наступні два десятиріччя абсолютна кількість випадків на КРР у світі збільшиться в результаті росту населення в цілому та його старіння, як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються [1]. Захворюваність на КРР в Україні висока — 34,9 випадків на 100 тис. населення. Це є найбільший показник із усіх країн СНД. В структурі смертності від злоякісних новоутворень в Україні ця патологія займає одну із лідируючих позицій після раку легень, шлунка та молочної залози [2].

В Україні не існує національних програм, направлених на раннє виявлення або профілактику КРР. Частіше всього діагноз встановлюється на пізніх стадіях захворювання. Багато пацієнтів до моменту встановлення діагнозу стають інкурабельними. Встановлення точного діагнозу, проведення диференціальної діагностики між різними захворюваннями товстої кишки та іншою патологією є складною задачею, рішення якої неможливо без застосування допоміжних методів обстеження. Одним з найоптимальніших методів для виявлення КРР є колоноскопія (КС). Ефективність лікування безумовно залежить від своєчасної та якісної діагностики даної патології.

Мета роботи — дослідити вікові особливості розповсюдження поліпів та раку товстої кишки за результатами КС у 2 вікових груп: до 45 років та після 45 років.

Матеріали та методи

З 04/01-2010 по 31/12-2010 була проведена КС 1058 пацієнтам, які заходились на лікування та обстежені у різних відділеннях КЛ "Феофанія". Методами підготовки до КС були препарати полетіленгліколю (3-4 л за день до обстеження). КС проводилися апаратами Olympus, 150 серії. 12 пацієнтам повноцінний огляд провести не вдалося, в зв'яз-

ЕНДОБІЛІАРНА БАЛОННА ДИЛАТАЦІЯ ВЕЛИКОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА В ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ МІКРОХОЛЕДОХОЛІТАЗОМ

Литвиненко О.М., Огородник П.В., Лукеца І.І., Гулько О.М.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова, Київ, Україна

Вступ

Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) давно й успішно застосовується для лікування різної патології жовчовивідних шляхів. Однак відносна технічна складність ЕПСТ, можливість кровотечі й перфорації, а також ризик розвитку пізніх ускладнень пов'язаних із втратою функції сфінктера Одді спричинялися пошук нових технічних підходів. Як альтернатива ПСТ була запропонована балонна дилатація (БД) сфінктера Одді [2,4,8].

На початку 90 років ХХ століття одночасно декілька груп дослідників почали застосовувати балонну дилатацію сфінктера печінково-підшлункової ампули (сфінктера Одді) з лікувальною метою як альтернативу ендоскопічній папілосфінктеротомії. Однак деякі автори відмічають більш високу ймовірність розвитку гострого панкреатиту ніж при ендоскопічній папілосфінктеротомії, що може обмежувати широке впровадження даного методу в клінічну практику [1,3]. Стримане відношення до ендобіліарної балонної дилатації зв'язано також з незначним досвідом втручань, відсутністю метааналізу віддалених результатів. До теперішнього часу не визначені можливості папілодилатації при патології біліарної системи [1,5,7].

Мета дослідження — оцінка можливостей інтра та пост операційної балонної дилатації сфінктера Одді в лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), ускладнену мікрохолодохолітазом.

Матеріал і методи

Нами проведено порівняльний аналіз 3 груп пацієнтів із ЖКХ ускладненою мікрохолодохолітазом. Всі хворі знаходилися на лікуванні в Національному інституті хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова.

В I групу увійшли 30 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену мікрохолодохолітазом I-4 стадії (згідно класифікації мікрохолодохолітаза К. Juniper, E.N. Burson) та патологією сфінктера Одді, яким була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія. До 2 групи увійшли 30 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену мікрохолодохолітазом I-3 стадії, яким була виконана ендоскопічна балонна дилатація сфінктера Одді.

Розподіл за кількісною та якісною характеристикою мікрокристалів протокової жовчі, в хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену мікрохолодохолітазом, проводився за допомогою електронної поляризаційної мікроскопії та класифікацію мікрохолодохолітаза, яку запропонували К. Juniper, E.N. Burson.

Основними причинами госпіталізації в усіх групах пацієнтів були різні форми жовчнокам'яної хвороби. Найчастіше причиною госпіталізації стали хворі з холецистоліта-

Література

1. Шалимов С.А., Гриневич Ю.А., Масюков Д.В. (2008) Рак гортани. Справочник по онкологии. (Київ). "Здоров'я". с. 319-328
2. Reagan J.W., Hamonic M.J. (1956) Dysplasia of the uterine cervix. Ann. N. Y. Acad. Sci. 63: 6: 1236-1244
3. Richart R.M. (1973) Cervical intraepithelial neoplasia. Pathol. Annu. 8: 301-328
4. Ambros R.A., Kurman R.J. (1990) Current concepts in the relationship of human papillomavirus infection to the pathogenesis and classification of precancerous squamous lesions of the uterine cervix. Semin. Diagn. Pathol. 7: 3: 158-172
5. Аничков Н.М. (2004) Новое в учении об инвазии опухолевых клеток. 66: 1: 59-63

ку з неадекватною підготовкою. Всім іншим пацієнтам була виконана тотальна КС (огляд до купола сліпої кишки). За віком пацієнти розподіляються на 2 групи. 1 група: до 45 років — 96 пацієнтів. 2 група: після 45 років — 962 пацієнта.

Результати

У першій групі (96 пацієнтів) у 16 пацієнтів (16,7%) виявлені поліпи товстої кишки: у 9 пацієнтів — гіперпластичні; у 7 пацієнтів — аденоматозні. У одного пацієнта (1,1%) виявлений рак сигмоподібної кишки (помірно диференційована аденокарцинома). У другій групі (962 пацієнти) — поліпи виявлені у 191 пацієнта (19,8%), а у 27 пацієнтів виявлений рак товстої кишки (2,8%). Таким чином, відсоток пацієнтів з поліпами товстої кишки дещо зростає у другій віковій групі, в порівнянні з першою. Проте статистично достовірної різниці між двома групами не виявлено. Рак товстої кишки у пацієнтів другої групи спостерігається у 2,5 разів частіше, ніж у першій групі.

Висновки

Рівень захворюваності на поліпи товстої кишки зростає більше у пацієнтів віком після 45 років. Рівень захворюваності на рак товстої кишки у пацієнтів віком після 45 років різко зростає (у 2,5 рази) в порівнянні із групою віком пацієнтів до 45 років. Вважаємо за доцільне проводити тотальну колоноскопію, починаючи з 45 років, усім пацієнтам в загальній популяції.

Література

1. Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества (WGO) и Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы. Колоректальный рак: современные подходы к диагностике и лечению. (2008) Здоров'я України. 6/1: 78-80
2. Колесник О.А. (2007) Колоректальный рак: современные подходы к диагностике и лечению. Здоров'я України. 11: 12-25

зом — 30 (50%) стенозуючим папілітом 14 (23,3%) та хронічним панкреатитом — 13 (21,6%) випадків, а найменшу частку займали хворі з явищами ізольованого холангіту — 3 (5%) випадків.

За допомогою поляризаційної мікроскопії протокової жовчі були обстежені всі хворі. Результати поляризаційної мікроскопії були позитивні (наявність будь-яких видів кристалів: кристали моногідрату холестерину, гранули білірубінату кальцію, гранули карбонату кальцію) в 90 (100%). Мікрокристали протокової жовчі в ізольованому виді зустрічалися лише в 7 (11,6%) випадках, і були представлені кристалами холестерину. У більшості 53 (88,3%) спостережень зустрічалися комбінації мікрокристалів. Найчастішим було поєднання трьох видів кристалів: кристали моногідрату холестерину (КХ), гранули кальцію білірубінату (ГБ) та гранули кальцію карбонату (ГК). Дана комбінація зустрічалася в 39 (73,5%) випадків, КХ з ГБ зустрічалася в 14 (26,4%) випадків. Комбінацію КХ+ГК та ГБ+ГК під час дослідження не спостерігали.

Всі групи хворих були співставимі по статі, віку й характеру основного захворювання й виразності супутньої патології. Всім пацієнтам виконане перелоопераційне обстеження, що включає клінічні й біохімічні аналізи крові, ультразвукове, рентгенологічне й ендоскопічне дослідження.

Результати

Способи хірургічного лікування залежали від стану жовчного міхура, патології сфінктера Одді (папілоспазм, папілостеноз, дисфункція ВДС), якісного та кількісного стану мікролітів протокової жовчі та наявності ускладнень. Серед хірургічних методів лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену мікрохолодохолітазом, віддавали перевагу мініінвазивним методам — лапароскопічним втручанням та ендоскопічним

Таблиця 1. Результати лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу ускладнену мікрохолодохолітазом з використанням різних методів за даними інтегрального показника якості життя

Методи лікування	ПІЯЖ, вихідний рівень	Інтегральний показник якості життя (ПІЯЖ)		
		Термін післяопераційного спостереження		
		6 міс після оперативного втручання	18 міс після оперативного втручання	36 міс після оперативного втручання
Ендоскопічна папілосфінктеротомія	N=10 111,4±1,5	N=9 74,5±0,8	N=7 67,9±0,9	N=5 59,1±0,6
Ендоскопічна балонна дилатація сфінктера Одді	N=10 112,5±1,8	N=10 62,5±1,7	N=8 55,5±1,6	N=5 51,3±2,7

