

## ДИНАМІКА ВИЯВЛЕННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ І ПОЛІПІВ ПІД ЧАС КОЛОНОСКОПІЇ УПРОДОВЖ 2000-2013рр

Савицький Я.М., Тумак І.М., Пляцко М.Г., Коляда І.О., Дяк Л.І., Заболотський Л.О., Бородюх А.П.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львівський обласний клінічний діагностичний центр, м. Львів, Україна

**Вступ.** Колоректальний рак (КРР) є соціально важливою проблемою розвинутих країн унаслідок високої захворюваності та тенденції до її зростання. Ключем до вирішення проблеми є виявлення поверхневих неоплазій, насамперед поліпів у рамках скринінгових програм та їх видалення під час колоноскопії (КС). Епідеміологія КРР суттєво відрізняється залежно від країни і регіону, недостатньо з'ясовано темпи малигнізації поверхневих доброякісних неоплазій, тому локальні епідеміологічні дослідження мають суттєве значення для планування скринінгових програм.

**Мета роботи.** Оцінити динаміку виявлення КРР та поліпів товстої кишки під час КС.

**Матеріали та методи.** Проаналізовано висновки всіх КС, виконаних в ендоскопічному відділенні ЛОКДЦ за 2000-2013 рр., усього — 56562 КС — більше половини всіх обстежень, виконаних в області. Було виявлено 2843 випадки раку ободової кишки та 1281 — раку прямої кишки і ректосигмоїдного вигину. Водночас поліпи ободової кишки виявлено у 10387 пацієнтів, прямої кишки і ректосигмоїдного вигину — у 1605 (рис. 1).

**Результати.** Упродовж періоду дослідження частота виявлення КРР в цілому коливалася від 6,16% до 8,47% (медіана 7,28%) для КРР і від 3,88% до 5,95% (медіана 5,21) для раку ободової кишки. Колоректальні поліпи в цілому виявляли з частотою від 16,5% до 26,43% (медіана 21,58%), зокрема поліпи ободової кишки — від 14,06% до 22,83% (медіана 18,67%). Найчастіше траплялися карциноми сигмоподібної кишки — медіана 2,81%. Серед виявлених поліпів теж переважали утвори сигмоподібної кишки: медіана 16,23%. За період дослідження значуще зменшилося співвідношення раків правої і лівої половини ободової кишки: медіана 0,46 у 2007-13 рр. проти 0,67 у 2000-06 рр. ( $p < 0,01$ ) унаслідок зменшення виявлення саме раків правої половини ободової кишки (медіана 0,61% на противагу 0,92%,  $p < 0,05$ ), необхідно відзначити, що частка виявлених поліпів правої половини дещо зросла (медіана 2,17% на противагу 1,87%,  $p < 0,05$ ). Загалом слід звернути увагу

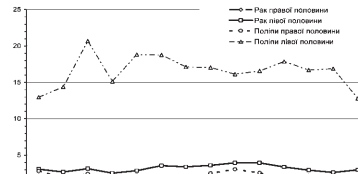


Рис. 1. Частота виявлення поліпів і раку ободової кишки (на 100 колоноскопій).

на значущу відмінність співвідношення виявлених карцином правої половини ободової кишки до лівої половини порівняно з поліпами: медіана 0,54 на противагу 0,12 ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** За матеріалами дослідження значуще переважали як карциноми, так і доброякісні поліпи лівої половини ободової кишки. Тому для України, враховуючи кадрово-технічні особливості, базовим етапом скринінгу КРР має бути широке впровадження гнучкої сигмокопії (крім установ, де ендоскопісти добре володіють повною КС) з видаленням виявлених поліпів при першому огляді або зі скеруванням пацієнтів у спеціалізовані установи. Частота діагностування поліпів відповідає стандартам якості виконання КС, однак низька частота виявлення поліпів правої половини ободової кишки (дослідження виконувалися переважно фіброскопами) свідчить про вірогідний розвиток раку цих відділів з плоских поверхневих уражень, діагностика яких можлива за умови оснащення відділень сучасними відеоскопами та виконання хромоскопії.

## СТАН ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ І ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ, АСОЦІЙОВАНИХ З ВІРУСОМ «С»

Сімонова О.В., Діденко В.І., Мельниченко Л.Я., Ягмур В.Б.

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ, Україна

**Вступ.** Хронічні вірусні гепатити становлять серйозну медико-соціальну проблему у зв'язку з широким розповсюдженням і можливим розвитком ускладнень. У 10-40% хворих з гепатитом, асоційованим з вірусом «С», розвивається цироз печінки (ЦП). В літературі описано зв'язок між ЦП і розвитком патології гастроудоденальної зони, що, за даними дослідників, обумовлено прогресуванням портальної гіпертензії. До характерних змін верхніх відділів шлунково-кишкового тракту при портальній гіпертензії відносяться: портальна гастропатія, GAVE-синдром, варикозне розширення вен (ВРВ) стравоходу і шлунка та ін.

**Мета роботи.** Вивчити макроскопічний стан слизової оболонки (СО) стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) у хворих на хронічний гепатит (ХГ) і ЦП, асоційованих з вірусом «С».

**Матеріали і методи.** Езофагогастроудоденоскопію проводили 38 пацієнтам з ХГ і 20 — з ЦП, асоційованих з вірусом «С». Серед обстежених: 26 чоловіків, 32 жінки, у віці 20-62 роки (середній вік  $44,6 \pm 0,06$  років). Ступінь варикозно розширених вен стравоходу визначали за класифікацією OMEД, тип ПП — за класифікацією NIEK.

**Результати та обговорення.** Рефлюкс-езофагіт виявлено в 28,9% випадків при ХГ і в 30% — при ЦП, в т. ч. ерозивний (5,2% і 5%). У 50% хворих на ЦП діагностовано ВРВ

стравоходу різного ступеня, що в 5% супроводжувалося ВРВ шлунка. У всіх пацієнтів виявлено еритематозні зміни СО шлунка, які при ЦП мали дифузний характер і супроводжувалися збільшенням розмірів складок шлунка. Геморагії СО шлунка виявлено в обох групах хворих (10,5 і 40% відповідно). Ерозії СО шлунка виявлено в 28,9% пацієнтів з ХГ і в 50% — при ЦП. При обох патологіях мала місце контактна кровоточивість СО шлунка, частота якої була суттєво вищою при ЦП (7,9 і 30% відповідно). Ознаки портальної гастропатії зафіксовано в 70% при ЦП (частіше спостерігали скарлатиноподібний тип даної патології) і у ряді випадків (15,8%) — при ХГ. При ЦП виявлено виразку ДПК (5%), ерозії і геморагії ДПК — в 10 і 15%, що в 2 рази частіше, ніж при ХГ. Рубцева деформація цибулини ДПК діагностовано майже в третини хворих на ХГ і ЦП.

**Висновки.** Хронічні ураження печінки вірусної етіології супроводжуються змінами, обумовленими портальною гіпертензією (ВРВ стравоходу і шлунка, портальна гастропатія), і поєднаними змінами (РЕ, ерозивні, геморагічні зміни СО шлунка і ДПК, контактна ранність, тощо). Прогресування портальної гіпертензії супроводжується більш вираженими структурними змінами СО і геморагічним компонентом.

## ЛЕЧЕНИЕ ФИТОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВОЙ

Трофимов Н.В., Кузнецов Г.Э., Лихолетов Е.А.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кафедра общей хирургии, г. Днепропетровск, Украина

**Введение.** Безоары желудка вызывают особого рода заболевания, близкие во многих случаях к заболеваниям от присутствия инородных тел. Они образуются при попадании в желудок с пищей или в результате вредных привычек таких веществ, которые не перевариваются в нем, а накапливаются и формируются как бы в инородные тела. Известно много различных безоаров: фито-, трихо-, шеллако-, пиксо-, собо (стибо)-, псевдо-, полибезоары и др. Чаще других встречаются фитобезоары, которые, по данным разных авторов, составляют 70-75% всех безоаров. Формируются они из растительной клетчатки дикой хурмы, диких слив, винограда, инжира, черемухи и др. В зависимости от сроков образования фитобезоары могут иметь консистенцию от мягкой и рыхлой до плотности природного камня. Размеры фитобезоаров колеблются от нескольких миллиметров до 20 см и более.

**Цель работы.** Из осложнений безоаров желудка следует отметить перфорацию желудка, кровотечение и изъязвление слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки. Частота образования язв желудка при фитобезоарах составляет 25%. Нами проведено исследование осложнения фитобезоара кровоточащей язвой.

**Материалы и методы.** Вашему вниманию представляем клинический случай. Пациентка Г. 69 лет обратилась 29.11.2012 г. в эндоскопическое отделение КЗ «Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи Днепропетровского областного совета» с жалобами на тяжесть в животе, боли в животе, ощущение «переполненности» в животе. Накануне употребила около 1 кг хурмы. При проведении эзофагогастроудоденоскопии (ЭГДС) в просвете тела желудка определяется инородное тело с бугристой поверхностью, до 5 см. в диаметре, мягко-эластичной консистенции при контакте. В области угла желудка дефект слизистой до 1,5 см в диаметре, с тромбированным сосудом в центре, в антральном отделе множественные эрозии до 0,5 см. Заключение: Язва угла желудка Forrest IIa. Эрозивная гастропатия антрального отдела, фитобезоар желудка (рис. 1, 2). Произведена эндоскопическая профилактика кровотечения путём введения в область дефекта 10 мл 0,9% р-ра NaCl и 2 мл 10% р-ра терлипессина ацетата. Больная получала всю необходимую инфузионную, гемостатическую, противоязвенную терапию. Для лизиса фитобезоара применяла энзистал по 2 капсулы 3 раза в день в течение 5 дней.

**Результаты.** При контрольной ЭГДС 03.12.2012 фитобезоара в просвете желудка не определяется. В области угла желудка дефект слизистой до 1 см, среднеглубокий, покрыт фибрином (рис. 3).



Рис. 1. Фитобезоар тела желудка.



Рис. 2. Язва угла желудка Forrest IIa.

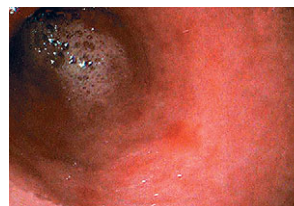


Рис. 3. Отсутствие фитобезоара в просвете желудка. Гастропатия.

**Выводы.** Частота осложнений фитобезоара желудка язвой по данным многих авторов остаётся высокой и составляет до 25% случаев.

При развитии кровотечения из язвы желудка и наличии фитобезоара производим эндоскопическую остановку кровотечения или методы профилактики возникновения её рецидива на фоне проведения инфузионной, гемостатической, противоязвенной терапии.

Для лизиса безоара эффективно применять протеолитические ферменты (энзистал) в стандартной дозировке.