

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

Савицький Я.М., Тумак І.М., Плячко 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 розвинувтих 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 малигізації 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

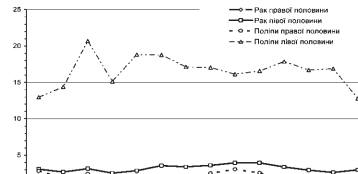


Рис. 1. Частота виявлення поліпів і раку ободової кишки (на 100 колоноскопій).

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.

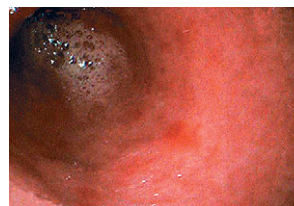


Рис. 3. Отсутствие фитобезоара в просвете желудка. Гастропатия.

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.