

захворювання — декомпенсований цукровий діабет другого типу мали 2 хворих, в одне з них була волога гангрена стопи. При госпіталізації у хворих були тяжкі гемодинамічні розлади та блювання застійним шлунковим вмістом типу "жовтої гуші", у 5 пацієнтів діагнозом при госпіталізації була кроветеча з верхніх відділів травного каналу. У лабораторних дослідженнях були відсутні ознаки анемії, проте у 5 хворих (50%) були підвищені рівні креатиніну і сечовини, ацидоз, гіпокоагуляція, які нормалізувалися після інтенсивної терапії в пацієнтів, які вижили.

Ендоскопічна картина була типовою для захворювання: чорно-сірі суцільні нашарування без проміжків незміненої слизової та парез шлунка з великою кількістю темного застійного вмісту. У 6 (60%) хворих була аксіальна хітальна грижа, що сприяла рефлюксу шлункового вмісту у стравохід. Ерозивні зміни слизової шлунка виявлено у 2 пацієнтів, у жодному випадку не було механічної перешкоди (стенозу) для пасажу вмісту з верхніх відділів травного каналу.

ОСОБЛИВОСТІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ТРАВНОГО КАНАЛУ У ДІТЕЙ

Матвійчук Б.О., Нянковський С.Л., Квіт Д.І., Іванців В.А., Ющик Л.В., Томків Я.В., Шевчук В.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького. Комунальна міська дитяча клінічна лікарня, м. Львів

Захворювання гастроуденальної зони у дітей останніми роками характеризуються нетиповою клінічною симптоматикою і "омолодженням" ерозивно-виразкових змін слизової травного каналу. Зазначають зростання частоти рефлюксних уражень стравоходу.

Метою даної роботи є проаналізувати особливості динаміки частоти ерозивно-виразкових ураження стравоходу та гастроуденальної зони у дітей за останні 10 років.

Матеріали та методи. За період 2005–2014 рр. у гастроцентрі КМДКЛ м. Львова обстежено і проліковано 11740 дітей, серед яких у 2691 (22,9%) виявлено ерозивно-виразкові зміни слизової. Вивчали частоту, особливості семіотики ерозивно-виразкових уражень стравоходу та гастроуденальної зони у дітей.

Результати. У 225 дітей (1,91% від усіх пролікованих) були ерозивно-виразкові ураження стравоходу. Ерозивно-виразкові ураження шлунка (965 випадків, 8,14%) діагностували істотно рідше ($p < 0,01$), ніж ураження дванадцятипалої кишки (ДПК) (1510 випадків, 12,86%).

Більшість дітей (1587, 59%, $p < 0,01$), в яких було виявлено ерозивно-виразкові ураження стравоходу та гастроуденальної зони, були підліткового віку (12–18 років), серед них переважали хлопчики (1453, 54%). За період з 2005 до 2012 року збільшилась кількість ерозивно-виразкових уражень у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку (21 у 2005 р. проти 48 у 2012 р.).

За період з 2005 р. до 2013 р. відзначено стабільне зниження кількості пролікованих широку дітей (тау Кендалла $-0,78$, $p < 0,01$). Істотно зменшилася абсолютна кількість і частота виявлення виразок ДПК ($-0,75$, $p < 0,01$). Абсолютна кількість і відносна частота виразково-ерозивних уражень шлунка і ерозій ДПК не мали явного тренду. Відповідно, істотно зменшилося відношення виразково-ерозивних уражень ДПК до уражень шлунка ($-0,78$, $p < 0,01$). Серед обстежених зростає частка пацієнтів з рефлюкс-езофагітом ($0,42$, $p = 0,09$), відповідно, зросло відношення езофагітів до уражень ДПК ($0,50$, $p = 0,12$).

На нашу думку, це пов'язано з впровадженням сучасних методів діагностики і лікування інфекції *Helicobacter pylori*. Відсутність рецидивів хвороби мала місце у 2642 (98,2%) хворих.

Усі хворі отримували інфузійну терапію, інгібітори протонної помпи, прокінетики та лікування, спрямоване на корекцію фонової патології. Померли 2 пацієнти внаслідок отруєння сурогатами алкоголю. Стан інших хворих поліпшився, місцеві ускладненні некротизуючого езофагіту не було. При контрольній ЕГДС через 2–3 тижні виявлено повну регенерацію слизової оболонки стравоходу.

Висновки. На підставі проведених досліджень вважаємо, що найчастішою причиною розвитку "чорного стравоходу" є алкогольна інтоксикація, яка зумовлює поєднання гемодинамічних розладів, парезу шлунка з блюванням та гастроєзофагіальним рефлюксом. Сприяючим чинником є порушення функції нижнього стравохідного сфінктера. Прогноз визначається своєчасністю діагностики та комплексом заходів інтенсивної терапії.

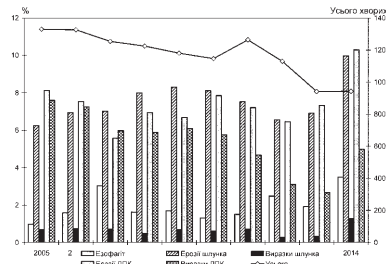


Рис. 1. Частота виразково-ерозивних уражень (2005–2014 рр.)

За останні роки зменшилася чисельність хворих з вираженими больовим і диспепсичним синдромом. Зростає кількість «німих» ерозивно-виразкових захворювань, які діагностовано випадково під час обстеження. У 2/3 хворих ерозивно-виразкова патологія поєднувалася з порушенням моторики травного каналу, особливо стравоходу, що також передбачає перегляд терапевтичних та профілактичних заходів.

Висновки.

1. За останні роки змінилася клініка і нозологічна структура хронічної гастроуденальної патології у дітей з переважанням нетипового перебігу захворювань.
2. За весь період дослідження спостерігається стійка тенденція зростання частоти гастроєзофагіального рефлюксного хвороби.
3. Своєчасна діагностика гелікобактерної інфекції та ерадикаційна терапія у т.ч. сімейний підхід до ерадикації сприяють значному зниженню частоти дуоденальних виразок у дітей.

ЗАСТОСУВАННЯ "МЕСАЛАЗИНУ" В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ ПРИ НЕОПЛАЗІЯХ

Нікішаєв В.І., Болотських М.О., Садовий В.Ю.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Вступ. З моменту, коли в 1970 році К. Tsunooka і Т. Uchida вперше в світі виконали видалення поліпа з шлунку шляхом механічного відсікання пухлини на ніжці за допомогою металевих петлі, ендоскопічні втручання безперервно та стрімко розвивалися та удосконалювалися. Але швидкий розвиток ендоскопічної хірургії при неоплазіях шлунково-кишкового тракту ставить перед ендоскопістами багато задач по усуненню ускладнень, а також їх попередженню, тому у нашій клініці було проведено дослідження по впливу «месалазину» на загоєння післяопераційних дефектів слизової товстої кишки після ендоскопічних операцій.

У світовій практиці існує багато досліджень по усуненню ускладнень після ендоскопічних операцій, таких як: перфорація, кровотеча та постполіпектомійний синдром. Але існує вкрай мало досліджень, що вивчають вплив на загоєння післяопераційних *EMR*-індукованих або *ESD*-індукованих виразок шлунково-кишкового тракту. Існує невелика кількість дослідження по вивченню впливу ІПП на загоєння післяопераційних дефектів слизової у шлунку.

Зокрема одне дослідження показало, що всі *ESD*-індуковані виразки шлунка заживають в межах 8 тижнів, незалежно від розміру та розташування з використанням стандартних доз ІПП протягом 8 тижнів [1]. В іншому дослідженні було показано використання омега-3 протягом 1 тижня та позитивний ефект на загоєння *EMR*-індукованих виразок шлунка [2].

Перед тим, як перейти безпосередньо до нашого дослідження необхідно чітко розуміти який вплив здійснює електричний струм на тканини при ендоскопічних операціях.

Електрохірургія заснована на принципі перетворення енергії високопотужного електричного струму в тепло, з результатом ефектом різання і/або коагуляції тканини в точці поточного дотику. По мірі того, як струм проходить через тканини, електрони стикаються з різними компонентами тканини. У ході цих зіткнень, певна кількість енергії розсіюється в залежності від характеру тканини, що призводить до підвищення температури. Електрохірургічні ефекти можуть бути двох типів по здійсненню ефектів на тканини, а саме коагуляція (температура піднімається усередині клітин, які потім зневоднюються і зменшуються) або різання (нагрівання внутрішньоклітинної рідини відбувається так швидко, що клітини "вибухають") [3].

Внаслідок вищевказаних ефектів на стінку порожнистого органу, після застосування електрохірургії, на поверхні слизової утворюється післяопераційний дефект із зоною перифокального пошкодження і розвитком там запального процесу. Вплив на цю зону з метою зменшення запальних змін, і, як наслідок пришвидшення загоєння дефекту і є метою проведення нашого дослідження.

Основний механізм аміносалицилатів включає інгібування циклооксигенази і ліпоксигенази, що в свою чергу зменшує вироблення простагландинів і лейкотриєнів. Аміносалицилати також змінюють антипроліферативну дію *TNF*-альфа, таким чином,

попереджаючи негативну дію цитокінів за рахунок зниження транскрипції запальних медіаторів кишковою клітиною [4].

Інші описані механізми включають в себе інгібування фактора активації тромбоцитів і виробництво кисневих радикалів та інших протизапальних факторів [5, 6].

При зниженні вироблення запальних простагландинів і утворення інших сильніючих хемотаксичних речовин, включаючи лейкотриєн В4 і жирні кислоти [7], аміносалицилати відіграють важливу роль у припиненні запального процесу.

Матеріали та методи. В дослідження були включені 65 пацієнтів, яким проводилось ендоскопічне видалення неоплазії товстої кишки діаметром >3 см, оскільки, як було показано в ретроспективному дослідженні, що проводилося в Кореї, ці неоплазії є найбільш небезпечними з точки зору розвитку післяопераційного електрокоагуляційного синдрому [8]. Характеристика пацієнтів наведена в таблиці 1.

Пацієнти були рандомізовані на 2 групи, які між собою достовірно різні за статтю, віку, локалізацією, типом утворення та розміром не мали.

В першій групі пацієнтам назначено месалазин (салюфалк) в таблетках по 500 мг тричі на добу протягом 1 місяця та зроблена контрольна колоноскопія через 1 місяць після ендоскопічного видалення (32 пацієнта).

В другій групі була проведена тільки контрольна колоноскопія через 1 місяць після ендоскопічного видалення (33 пацієнта).

У пацієнтів, що брали участь у дослідженні, зустрічалися поліпівидні неоплазії на широкій основі, зубчасті аденоми та латерально зростаючі пухлини (*LST*), які були класифіковані відповідно до *Japanese Research Society classification* [9]. Латерально зростаючі

Таблиця 1. Клініко-патологічні характеристики і результати проведеного ендоскопічного лікування 65 пацієнтам

Характеристика	Кількість (n, %)	
	Жінки	Чоловіки
Стать	Жінки	26 (40%)
	Чоловіки	39 (60%)
	Права половина	22 (33,8%)
Локалізація	Ліва половина	15 (23%)
	Пряма кишка	28 (43,2%)
	Зубчасті аденоми	32 (49,2%)
Типи пухлин	Поліпівидні неоплазії	17 (26,2%)
	Не гранулярні	10 (15,4%)
	LST	Гранулярні