

ДІАГНОСТИКА ПОЛІПІВ І РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ ПІД ЧАС КОЛОНОСКОПІЇ: ДОСВІД ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОТОКОЛУ *QUACOL*

Матвійчук Б.О., Тумак І.М., Артюшенко М.Є., Когут Л.М., Ярмолюк А.О.

Кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна
Міська клінічна лікарня швидкої допомоги, м. Львів, Україна

Вступ. Захворюваність на колоректальний рак КРР повсюдно зростає, за винятком країн, де вже давно впроваджено ефективні програми скринінгу та превенції КРР, у яких центральне місце посідає колоноскопія (КС). Успіх програм залежить від якості виконання КС. З вересня 2014 р. відділення ендоскопії ЛШМД м. Львова було включено у міжнародну програму *QuaCol*, в якій систематично обліковували і оцінювали низку критеріїв якості КС.

Мета роботи: оцінити відповідність виконання КС критеріям якості, частоту виявлення ПТК під час колоноскопії у неперервній серії пацієнтів, особливості їх частоти, локалізації і морфології від віку і статі пацієнтів.

Матеріал роботи. Проаналізовано усі протоколи КС (701 пацієнт), виконаних в ЛШМД за період від жовтня 2014 р. до березня 2016 р. Обстежено 288 чоловіків (41,1%), 413 жінок, вік пацієнтів 18–87 років, медіана 61 рік.

Результати. Показаннями до КС були переважно тривожна симптоматика (порушення прохідності, анемія, кишкова кровотеча, тощо) — 33% і скарги пацієнтів (біль, закрепи, проноси) — 47,9%. Наглядний характер КС мала у 30 (4,3%) пацієнтів з поліпами в анамнезі і в 37 (5,3%) після операції з приводу КРР. Лише у 3,7% пацієнтів КС була скринінговою. Про обтяжений сімейний анамнез повідомили 20 (2,9%) пацієнтів.

Доброї і дуже доброї підготовки досягнуто у 80,9% пацієнтів. Стандартно застосовували препарати на основі ПЕГ, ліпші результати досягнуто при їх розділеному прийомі. Сліпу кишку оглянуто у 603 (86%) пацієнтів. Зниження частоти повної КС зумовлене специфікою роботи клініки (ургентна хірургія) — у 55 (7,8%) пацієнтів причиною неповної КС було пухлинне звуження, ще у 6 (0,86%) — гострий дивертикуліт. Лише у 31 (4,4%) причиною неповної КС були недостатня підготовка, біль та технічні труднощі.

Медіана тривалості огляду на виході становила 7 хвилин. КРР виявлено у 71 (10,1%) пацієнта, ПТК — у 192 (27,4%) пацієнтів (у т.ч. у 18 одночасно з КРР). Рак правої половини ободової кишки було виявлено у 26 (3,7%) пацієнтів, лівої половини — у 28 (4%), прямої кишки — у 17 (2,4%). Поліпи у правій половині ободової кишки виявлено у 93 (13,3%) усіх пацієнтів і 48,4% пацієнтів з ПТК пацієнтів, у лівій половині — у 106 (15,1%), у прямій кишці — у 26 (3,7%). ПТК істотно частіше виявляли у чоловіків: 95 пацієнтів (33%) проти 97 (23,5%) ($p < 0,01$). Локалізація ПТК і вік пацієнтів з ПТК не залежали від статі. Пацієнти з ПТК лише правих відділів мали істотно більший вік, ніж особи з ПТК лише дистальніше селезінкового вигину — медіана 69 р. на противагу 61 р. ($p < 0,001$).

Поліпи високого ризику (Європейські настанови, 2010 р.), виявлено у 21 випадку (12,1% пацієнтів з ПТК без КРР), проміжного — у 46 (26,47%). Частота виявлення ПТК високого ризику зростає з віком (медіана віку групи високого ризику 73 р. проти 62 р. у групі низького ризику, $p < 0,05$), але не залежала від статі; частота їх виявлення у правих і лівих відділах товстої кишки була співмірною.

Порогом шосто істотного зростання частоти виявлення ПТК є вік 50 р.: 92,2% ПТК виявлено пізніше цього віку — ВШ 5,7% (95% ДІ 3,4–9,2%, $p < 0,001$). Для істотного зростання частоти КРР порогом був вік 60 р. (ВШ 3,9 (95% ДІ 2,1–6,8)).

Висновки. Як і на Заході, вік 50 років має бути порогом для включення осіб у скринінгові програми КС. Фактично половина ПТК локалізувалися у правих відділах товстої кишки, частіше в осіб похилого віку. Формалізація протоколу з фіксацією критеріїв якості КС сприяє їх обліку і повсякденному дотриманню, зростанню частоти виявлення поліпів, особливо правої половини ободової кишки.

ЗМІНИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ І ПАТОМОРФОЗ ПЕПТИЧНИХ ВИРАЗОК, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ: 2013р. НА ПРОТИВАГУ 1995р.

Матвійчук Б.О., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Артюшенко М.Є., Король Я.А.,

Патер Я.З., Когут Л.М., Склярів П.О., Погорельський Р.М.

Кафедра хірургії та ендоскопії ФПДО, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна
Міська клінічна лікарня швидкої допомоги, м. Львів, Україна

У 90-х роках ХХ століття лікування пептичних гастродуоденальних виразок знало революційних змін: впровадження спочатку інгібіторів протонної помпи, а пізніше — ерадикаційної терапії *Н.рідолі* кардинально змінили як безпосередні результати лікування (у т.ч. кривавячих виразок), так і віддалений прогноз, зменшивши частоту рецидивів захворювання.

Метою роботи було оцінити, наскільки ці змін в лікуванні призвели до змін контингенту пацієнтів, яких госпіталізують з виразковими кровотечами, та характеру самих виразок. З цією метою порівняли клініко-епідеміологічні характеристики 283 пацієнтів, госпіталізованих у міський центр шлунково-кишкових кровотеч у 1995 р. і 204 пацієнтів, лікованих у 2013 р. (неперервній серії).

Пацієнти, проліковані у 2013 р., були істотно старші: медіана віку 64 р. у 2013 р. порівняно з 51 у 1995 р. ($p < 0,001$), збільшилася частка жінок: 36,8% на противагу 27,3% ($p < 0,05$). Водночас, як і можна було очікувати, різко знизилася частка осіб з виразковим анамнезом: 23,6% проти 61,3% ($p < 0,001$) та кровотеч в анамнезі: 6,9% проти 23,4% ($p < 0,001$). Зростає частка пацієнтів, в яких виникнення виразок і розвиток кровотечі можна пов'язати з прийомом НСПЗП і ацетилсаліцилової кислоти: 17,1% порівняно з 8,9% ($p < 0,05$), а також кількість осіб з тяжкою супутньою патологією. Істотно частіше виразки локалізувалися у шлунку: 42,2% на противагу 20,6% ($p < 0,001$), виразки шлунка

частіше поєднувалися з виразками дванадцятипалої кишки (4,9% проти 1,6%), дещо частіше локалізувалися в антрумі (52,3% проти 41,4%). Це також може свідчити про їх гострий/медикаментний характер. Співвідношення пацієнтів з виразками різних розмірів і з кровотечею різної тяжкості не змінилося. Істотних змін зазнали результати оцінки стигмат кровотечі на дні виразки під час ЕГДС: більша частка пацієнтів мали триваючу кровотечу (*Forrest I*) на час огляду: 11,3% проти 5,2%, частіше виявляли видимі судини на дні виразки (14,2% проти 3,7%), однак це слід пов'язати із змінами у роботі ендоскопістів (чергування у лікарні, впровадження відеоендоскопії, відмівання згустків з дна виразки перед гемостазом).

Висновки. Таким чином, зміни противиразкової терапії зумовили насамперед зміни контингенту пацієнтів, а не локального виразкового субстрату і характеру кровотечі. У даній часті «стандартний» пацієнт з виразковою кровотечею — це особа похилого віку, переважно з супутньою патологією. У лікуванні таких пацієнтів зростає роль не тільки ендоскопічного гемостазу, але насамперед коректної інтенсивної терапії для уникнення декомпенсації фонових патологій і смерті від неї. Зростає роль профілактики кровотеч: призначення ІПП одночасно з НСПЗП, ендоскопія перед призначенням останніх, більша увага сімейних лікарів до скарг пацієнтів з частішим виконанням скринінгової і наглядової ендоскопії в осіб похилого віку.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Михайлуков Р.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Введение. Увеличившееся количество пострадавших с огнестрельными ранениями мягких тканей с началом проведения АТО стимулировало разработку новых методов исследования и лечения огнестрельных ран. По данным отечественных авторов наибольшее количество (более 60%) огнестрельных ранений приходится на мягкие ткани. При выполнении лечения огнестрельных ран с помощью методик лазерной терапии и фотодинамической терапии были замечены сопутствующие визуальные эффекты, позволяющие в некоторых наблюдениях улучшить качество визуализации и диагностировать инородные тела, тромбозы поверхностных вен, гематомы и другую патологию.

Цель работы: разработать и апробировать методики улучшения визуализации огнестрельных ран и параневных тканей с помощью низкоэнергетического лазерного излучения.

Материалы и методы. Лазерные технологии при исследовании огнестрельных ран были применены у 312 раненых. В 212 (67,95%) наблюдениях — осколочные ранения, в 64 (20,51%) — пулевые ранения, у 36 (11,54%) — минно-взрывная травма. По характеру ранения распределялись следующим образом: у 99 (31,73%) раненых — сквозные, у 201 (64,42%) — слепые, у 12 (3,85%) — касательные. В 181 (58,01%) наблюдениях ранения были множественными, в 131 (41,99%) — единичными, в 81 (25,96%) сочетанными.

Для выполнения лазерной визуализации были разработаны и апробированы методики трансиллюминации мягких тканей (Патент Украины №100830) и визуальной ассистированной ревизии огнестрельных ран (Патент Украины №102139).

Выполнение разработанных методик проводилось с помощью аппарата лазерного терапевтического «Лица-терапевт М», производитель ЧМПП «Фотоника Плюс», г. Черкассы и разработанного «Устройства лазерного мобильного для облечения глубоких раневых каналов и полостей» (Патент Украины №100131). Клиническая апробация методик проводилась на клинической базе кафедры эндоскопии и хирургии ХМАПО в Военно-медицинском клиническом Центре Северного региона МО Украины.

Результаты. Методика трансиллюминации мягких тканей была выполнена у 194 (62,18%) раненых. Были визуализированы инородные тела мягких тканей у 58 раненых, у 36 — гематомы, в 6 случаях — тромбозы поверхностных вен нижних конечностей.

Методика визуальной ассистированной ревизии раневого канала использовалась у 144 (46,15%) раненых. Были выявлены металлические инородные тела у 40 пострадавших, немагнитические — у 6, дополнительные раневые каналы — у 19 раненых, скрытые полости — 15 наблюдений, тромбозы поверхностных вен нижних конечностей — 7 наблюдений, гематомы — 34 случая.

Заключение. Методики трансиллюминации мягких тканей и визуальной ассистированной ревизии огнестрельных ран показали свою эффективность. Применение методик возможно в стационарных, амбулаторных, мобильных, военно-полевых условиях. Целесообразно внедрение разработанных методик на квалифицированный и специализированный этапы оказания хирургической помощи.