

Summary

PRACTICAL ASPECTS OF NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF PERINEAL TRAUMAS AFTER VAGINAL DELIVERY
Bugavskij K.A.

Key words: non-pharmacological treatment, recovery care, post partum perineal traumas, childbirth, exercise therapy, special physical exercises.

The article presents the materials devoted to non-pharmacological treatment and recovery care of patients with post partum perineal traumas of various severities. The integrated approach of the treatment and rehabilitation described in this article includes special exercises, physiotherapy procedures. Particular attention is paid to the benefits of light therapy, magneto therapy, ultrasound and laser therapy, aromatherapy, relaxation techniques. The article also describes the peculiarities associated with applying these techniques in targeted patients, aimed at restoring the integrity of perineal tissues depending on the severity of their damage. Practical recommendations on the introducing this integrated approach, which includes non-pharmacological treatment and rehabilitation in both out-patient and sanatorium-resort stages are summed up.

616.351-006.04-085.849-07

Васько Л.М.

ЗНАЧЕННЯ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ МІСЦЕВОПОШИРЕНОГО РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вивчені можливості застосування променевих методів діагностики, зокрема спіральної комп'ютерної томографії, для діагностики та стадіювання місцевопоширеного раку прямої кишки. Матеріали та методи: 85 хворих з місцевопоширеним раком прямої кишки до та після проведення неoad'ювантної хіміопроменевої терапії було обстежено за допомогою ендоскопічних та променевих методів дослідження, в тому числі спіральної комп'ютерної томографії. Зміни, отримані при обстеженні в динаміці, вивчені якісно та кількісно. Результати: В результаті проведеного дослідження встановлено, що при комплексному обстеженні хворих на МПРПК тільки спіральна комп'ютерна томографія, незалежно від ступеню стенозування просвіту кишки, дозволила правильно оцінити протяжність поширення пухлини по окружності та довжині кишки, проростання пухлин у параректальну клітковину та суміжні органи, наявність збільшених лімфовузлів. Висновок: Спіральна комп'ютерна томографія є високоінформативним, ефективним і достовірним методом обстеження хворих на МПРПК на доопераційному етапі.

Ключові слова: місцевопоширений рак прямої кишки, спіральна комп'ютерна томографія.

Стаття є фрагментом ініціативної академічної науково-дослідної роботи ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Вивчення патогенетичних механізмів розвитку захворювань органів травлення у поєднанні із іншими захворюваннями внутрішніх органів та розробка методів діагностики і лікування» (№ державної реєстрації 0111 У 004887)

В останнє десятиріччя спостерігається тенденція до збільшення числа онкологічних уражень прямої кишки. В структурі онкологічної захворюваності в Україні РПК посідає 5-6 місце і складає 19,7 випадків на 100 000 населення на рік, смертність – 12,1 випадків і посідає 3-4 місце. За даними Українського національного канцер-реєстру, у 32% пацієнтів при первинному зверненні діагностують занедбані випадки захворювання. Щодо Полтавської області, то у 29,7% хворих пухлинний процес діагностується в III-IV стадіях [1,4].

Відомо, що від 20% до 55% уперше зареєстрованих хворих на РПК мають віддалене метастатичне або місцеве інфільтративне поширення на сусідні органи й тканини, що не дозволяє використовувати хірургічне втручання на першому етапі лікування [1, 3].

З метою підвищення резектабельності пухлини у хворих на МП РПК застосовують неoad'ювантну хіміопроменеву терапію, що дозволяє, за рахунок зменшення розмірів пухлини і зв'язку з навколишніми органами, полегшити подальше виконання хірургічних втручань [3,6].

В такому разі особливу роль в онкопроктології відіграє визначення ступеня поширеності пухлинного процесу при плануванні неoad'ювантного лікування місцевопоширеного раку прямої кишки за допомогою променевих методів [3,5,6,7].

Мета дослідження

Вивчення ролі та можливостей променевих методів дослідження, зокрема спіральної комп'ютерної томографії в діагностиці та стадіюванні місцевопоширеного РПК.

Матеріал та методи

Для вирішення поставленої мети було піддано всебічному та комплексному обстеженню 85 хворих на місцевопоширений РПК, що знаходились на лікуванні в проктологічному відділенні та у відділенні променевої терапії Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру.

Серед обстежуваних пацієнтів кількість чоловіків складала 57,1%, жінок – 42,9%. Аналіз звітів та джерел літератури свідчить, що не існує єдиної думки щодо переважного ураження РПК чоловіків чи жінок. Разом з тим, за даними нашого

дослідження, кількість хворих чоловіків у 1,3 рази вища, ніж жінок [1,4,6].

Вік обстежуваних пацієнтів складав від 34 до 85 років, середній вік складав $64,9 \pm 1,1$ років, медіана – 65,0. Більшу частину хворих було зареєстровано у вікових категоріях 60-69 років – (39,7%) та 70-79 років – (30,1%), що повністю корелює з даними більшості дослідників [2,3,4,7].

Щодо окремих локалізацій РПК, то серед них переважну більшість складали хворі з ураженнями середньоампулярного (52,9%) та нижньоампулярного (41,2%) відділів прямої кишки.

Всі досліджувані пацієнти на етапі обстеження мали верифікацію РПК гістологічно. В основному (62,5%), це були аденокарциноми різного ступеню диференціювання. Щодо стадій пухлинного процесу, то згідно міжнародної класифікаційної системи хвороб 7-ого перегляду, це були $T_{3-4}N_0M_0$, $T_{3-4}N_1M_0$ та $T_{3-4}N_2M_0$ стадії.

Пацієнтів досліджували за допомогою методів променевої діагностики під час виконання комплексу первинного клініко-лабораторного, інструментального та променевого обстеження. Традиційне рентгенологічне дослідження було проведено усім хворим. Іригоскопію з одномоментним подвійним контрастуванням виконували на апаратах РУМ–20М-СГ312-5ПФ (Росія) та цифровому рентген-діагностичному комплексі (РДК). Спіральну комп'ютерну томографію проводили на апараті CT/e Dual фірми GE (США) у звичайному режимі за стандартними методиками.

Результати та їх обговорення

В результаті проведеного аналізу встановлено, що при проведенні фіброколоноскопії 57 хворих на МПРПК з поширеністю процесу T_3 пухлина в просвіті прямої кишки візуалізувалася у всіх випадках, але при цьому у 28,1% осіб вдалося оцінити тільки дистальну частину процесу, що було пов'язане з вираженим стенозом просвіту кишки. Разом з тим при іригоскопії тільки у 3,5% хворих контраст далі стенозу не пройшов, що не дозволило візуалізувати всю протяжність ураження.

До того ж при фіброколоноскопії протяжність пухлини по довжині кишки визначили у 73,6% осіб, при іригоскопії цей критерій вдалося визначити у 96,5% хворих, проти 100% - при спіральній комп'ютерній томографії.

Отже, не всі методи дослідження дозволили оцінити протяжність ураження прямої кишки по довжині. Як правило, це було пов'язано зі значним ступенем стенозу просвіту кишки. І лише спіральна комп'ютерна томографія дозволила оцінити протяжність ураження стінки пухлинним процесом та ступінь стенозу практично у всіх пацієнтів. До того ж, за даними СКТ було вірно встановлено тип росту пухлини: у 19,4% - ендоефітний, у 21,0% - екзофітний, в інших випадках – змішаний тип росту.

Далі оцінювали стан стінки кишки в зоні ураження та проростання параректальної кліткови-

ни пухлинним процесом, що має велике значення в плані вибору тактики подальшого лікування та вибору об'єму оперативного втручання. Візуалізувати вказані променеві ознаки дозволяє лише СКТ.

Так, потовщення стінки прямої кишки до 15-20мм визначалося у 54,4% хворих, більше 2см товщина стінки кишки була виявлена у 45,6%. Стан параректальної клітковини оцінювали лише за даними спіральної комп'ютерної томографії, як симптом тяжистості по зовнішньому контуру кишки в зоні пухлинного ураження у всіх хворих. Дана променева ознака являється патогномічною у визначенні поширеності процесу T_3 . На СКТ збільшені регіонарні лімфовузли виявлено у 42,1% випадках. Проростання в суміжні органи не визначали.

Таким чином, спіральна комп'ютерна томографія має переваги перед іншими методами обстеження хворих на рак прямої кишки з поширеністю процесу T_3 на доопераційному етапі, пов'язані з її можливістю визначити протяжність поширення пухлини по окружності та довжині кишки, проростання пухлини у параректальну клітковину, візуалізувати збільшені лімфатичні вузли.

При вивченні та аналізі комплексного дослідження 26 хворих з поширеністю процесу T_4 встановлено, що переважна кількість хворих на МПРПК (82,1%), за даними СКТ, мали змішану та ендоефітну форму пухлини.

При цьому як і при стадії T_3 протяжність ураження по довжині кишки не завжди вдавалося оцінити загальноприйнятими методиками, значною частиною через виражений стеноз просвіту кишки. При фіброколоноскопії відсоток позитивного результату склав 46,4%, при іригоскопії - 89,4%. За даними СКТ вдалося оцінити протяжність пухлинного ураження у 100% випадків, незалежно від вираженості стенозу просвіту кишки.

При визначенні симптому ураження пухлинним процесом стінки кишки по окружності при іригоскопії встановлено циркулярний ріст у 82,1% випадках. За даними ж СКТ виявлено циркулярний ріст у 75,0% хворих, а у 25,0% випадках це було асиметричне ураження по окружності стінки кишки. Практично всі хворі мали стенозування просвіту, його ступінь і протяжність також оцінювалася вищеописаними методами. З тих же причин не вдалося візуалізувати проксимальний край пухлини у 53,6% хворих при фіброколоноскопії та у 10,7% – при іригоскопії. При чому тим пацієнтам, у яких протяжність стенозу і пухлинного ураження загальноприйнятими методиками оцінити не вдалося, спіральна комп'ютерна томографія дозволила визначити дану ознаку.

Далі проводилася оцінка стінки кишки в зоні ураження, стан параректальної клітковини і суміжних органів, що дозволяла візуалізувати лише спіральна комп'ютерна томографія. Так, потовщення стінки в зоні ураження до 15 – 20мм за

даними СКТ виявлено у 35,8% хворих, потовщення більше 20мм констатовано у 64,2%.

У всіх пацієнтів було встановлено проростання пухлини в параректальну клітковину, що в значалось за наявністю тяжистості по зовнішньому контуру стінки кишки. До того ж, у 28,6% хворих діагностовано збільшені регіонарні лімфовузли більше 1,5см в діаметрі. Патогномічною променевою ознакою поширеності РПК Т₄ являється проростання пухлинним процесом суміжних органів, що було виявлено у всіх хворих. Так, проростання пухлини в матку виявлено у 21,4% хворих, у сечовий міхур - у 35,8% хворих, у передміхурову залозу – у 32,1% і в кістки тазу — у 10,7% випадках.

Отже, при комплексному обстеженні пацієнтів тільки спіральна комп'ютерна томографія, незалежно від ступеню стенозування просвіту кишки, дозволила візуалізувати поширеність пухлини в параректальну клітковину та проростання в суміжні органи, що відповідає поширеності процесу Т₄.

Слід відмітити, що залучення до патологічного процесу навколишніх органів і, як результат, формування пухлинного конгломерату, який включає в себе саму пухлину і сусідні органи, ускладнює проведення радикальних хірургічних втручань.

Висновки

Таким чином, аналізуючи можливості комплексного променевого обстеження пацієнтів з МПРПК для діагностики та стадіювання процесу, встановлено, що візуалізувати пухлини локалізовані у всіх відділах прямої кишки, разом з можливістю проведення біопсій, дозволяє застосування ректороманоскопії. Разом з тим при значному стенозуванні просвіту прямої кишки проведення такого дослідження неможливе.

Застосування іригоскопії в обстеженні наших пацієнтів дозволило оцінити локалізацію, тип росту пухлини та протяжність ураження по довжині кишки. Але дана методика не дала можливості

визначити розповсюдження процесу за межі стінки кишки та діагностувати метастази в регіонарні лімфатичні вузли.

За допомогою спіральної комп'ютерної томографії у хворих на МПРПК була правильно оцінена протяжність поширення пухлини по окружності та довжині кишки, проростання пухлин у параректальну клітковину та суміжні органи, наявність збільшених лімфовузлів.

Разом з тим цей метод дослідження не дозволяє візуалізувати проростання пухлини в окремі шари кишкової стінки, зокрема в м'язовий шар, що є визначним в диференціальній діагностиці локалізованого і місцевопоширеного раку прямої кишки. Це диктує перспективність дослідження можливості доповнення метода спіральної комп'ютерної томографії трансректальним ультразвуковим дослідженням прямої кишки для стадіювання пухлинного процесу та контролю ефективності проведеного лікування.

Література

1. Беляева А. В. Современные представления о прогностических факторах колоректального рака / А. В. Беляева, А. Б. Моисеевко, А. В. Гуляев // Вопросы онкологии. – 2011. – Т. 57, № 3. – С. 279–285.
2. Машкин А. М. Роль эндоскопических методов в ранней диагностике колоректального рака / А. М. Машкин, Н. А. Шаназаров, К. У. Батырбеков // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7. – С. 843–847.
3. Гришина О. Г. Мультиспиральная компьютерная томография в уточняющей диагностике внекишечного распространения рака прямой кишки / О. Г. Гришина, Н. К. Силантьева, А. А. Невольских, Т. А. Агабабян // Сибирский онкологический журнал. – 2011. – Приложение № 2. – С. 24.
4. Рак в Україні, 2013-2014. Бюллетень Національного канцерреєстру України. – 2015. – № 16. – Київ. – 93 с.
5. Яковенко Я. А. Трудности при проведении колоноскопии / Я. А. Яковенко // Therapia. Український медичний вісник. – 2014. – № 10. – С. 32.
6. Zhou X. Applications of computed tomography pelvimetry and clinical-pathological parameters in sphincter preservation of mid-low rectal cancer / X. Zhou, M. Su, K. Hu [et al.] // International journal of clinical and experimental medicine. – 2015. – Vol. 8 (2). – P. 2174–2181.
7. Kobayashi Hirotochi Diagnostic Performance of Multidetector Row Computed Tomography for Assessment of Lymph Node Metastasis in Patients with Distal Rectal Cancer / Hirotochi Kobayashi, Akifumi Kikuchi, Satoshi Okazaki [et al.] // Annals of Surgical Oncology. – 2015. – Vol. 22, № 1. – P. 203–208.

Реферат

ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ
Васько Л.Н.

Ключевые слова: местнораспространенный рак прямой кишки, спиральная компьютерная томография.

Изучены возможности применения лучевых методов диагностики, в частности спиральной компьютерной томографии, для диагностики и стадирования местнораспространенного рака прямой кишки. Материалы и методы: 85 больных с местнораспространенным раком прямой кишки до и после проведения неoadъювантной химиолучевой терапии были обследованы с помощью эндоскопических и лучевых методов исследования, в том числе спиральной компьютерной томографии. Изменения, полученные при обследовании в динамике изучены качественно и количественно. В результате проведенного исследования установлено, что при комплексном обследовании больных МПРПК только спиральная компьютерная томография, независимо от степени стенозирования просвета кишки, позволила правильно оценить протяженность распространения опухоли по окружности и длине кишки, прорастание опухолей в параректальную клетчатку и смежные органы, наличие увеличенных лимфоузлов. Спиральная компьютерная томография является высокоинформативным, эффективным и достоверным методом обследования больных местнораспространенным раком прямой кишки на дооперационном этапе.

Summary

VALUE OF RADIOLOGICAL INVESTIGATION FOR DIAGNOSIS OF LOCALLY ADVANCED RECTAL CANCER

Vasko L.N.

Key words: local rectal cancer, helical computed tomography

This article describes the options in using radiological imaging techniques such as helical computed tomography (CT) for the diagnosis and staging of locally advanced rectal cancer. 85 patients with locally advanced rectal cancer were comprehensively examined, including endoscopic and helical CT investigations, before and after neoadjuvant chemoradiotherapy. The changes obtained during the examination in the dynamics were subjected to qualitative and quantitative processing. It was found that among all the components of comprehensive examination of the patients with locally advanced rectal cancer only helical CT regardless of the degree of stenosis of the intestinal lumen enabled to assess accurately the tumour spread along the circumference and length of the intestine, tumour invasion into adrectal tissue and adjacent organs, presence of enlarged lymph nodes. Conclusion: Helical CT is a highly effective and reliable method for diagnosis locally advanced colon at preoperative stage.

УДК 616.89-008.1-085.854

Герасименко Л.О.

ВІДМІННОСТІ КОГНІТИВНОГО ДЕФІЦИТУ ПРИ ТЕРАПІЇ АТИПОВИМИ НЕЙРОЛЕПТИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою дослідження було оцінити зміни когнітивної функції у стабільних амбулаторних хворих на шизофренію, які приймають стабільну дозу атипичного нейролептика. Були обстежені 144 пацієнти за допомогою клініко-психопатологічного, клініко-катамнестичного та психодіагностичного методів. Когнітивний дефіцит та його вплив на соціальне функціонування визначали за допомогою шкали оцінки когнітивної функції при шизофренії, SCoRS (2001). Результати дослідження показали, що фармакотерапія повинна враховувати вплив атипичного нейролептичного препарату на когнітивну функцію пацієнта (швидкість мови, робочу пам'ять, вербальне та візуальне навчання, пам'ять, увагу), забезпечити мінімальні прояви побічної дії лікарського засобу та міжлікарської взаємодії.

Ключові слова: шизофренія, когнітивний дефіцит, атипичні нейролептики.

Робота є фрагментом НДР «Клініко-психопатологічні та патопсихологічні характеристики пацієнтів з шизофренією та шизофреноподібними психозами, поєднаними з вживанням канабіноїдів», державний реєстраційний номер 0113U001378.

Вступ

Терапія шизофренії протягом багатьох десятиліть спрямована переважно на дефіцит соціальних, професійно-технічних та побутових навичок пацієнта [1]. Відомо, що саме когнітивний дефіцит знаходиться в основі навичок соціального функціонування, його порушення призводять до скорочення термінів лікування та інвалідизації пацієнтів даного профілю [2]. Порушення когнітивних функцій є одночасним проявом шизофренічного процесу та є результатом впливу традиційних нейролептиків при терапії шизофренії [3,4]. Ознаки когнітивного дефіциту відзначаються у 87% пацієнтів вже при першому психотичному епізоді [5]. Доведено, що типові нейролептики (галоперидол, трифтазин, аміназин) негативно впливають на когнітивну функцію при шизофренії, а виникнення екстра пірамідних порушень при прийомі традиційних антипсихотичних препаратів значно погіршують нейрокогнітивну функцію [6,7]. Атипичні антипсихотичні препарати, (кветіапін, оланзапін, рисперидон, сертіндол і зіпрасідон), в невисоких дозах практично не викликають екстрапірамідної симптоматики, але також мають цілий ряд різноманітних клінічних ефектів, які впливають на когнітивні функції

пацієнтів [8,9].

Мета роботи

Оцінити зміни когнітивної функції у стабільних амбулаторних хворих на шизофренію, які приймають стабільну дозу атипичного нейролептика, зокрема, на кветірон (n=48), оланзапін (n=44) або рисперидон (n=52) на відміну від традиційних нейролептиків (недостатня ефективність традиційних нейролептиків, погана їх переносимість). Провести аналіз факторів когнітивних змінних у даної категорії пацієнтів.

Матеріал та методи дослідження

За період з 2013 по 2017 рік обстежено 144 пацієнта, яким встановлено діагноз параноїдної шизофренії за МКХ-10. Усі хворі проходили обстеження і лікування у відділеннях Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева. На момент включення до дослідження всі пацієнти перебували в стадії ремісії не менш як 6 місяців та отримували стабільну дозу антипсихотичної терапії. Всі пацієнти надали та підписали інформовану згоду на участь у дослідженні. До наукового дослідження залучено пацієнтів як жіночої, так і чоловічої статі. Вік пацієнтів був у межах від 24 до 36 років. У 53