

пічна криодеструкція метастазів печінки може бути методом вибору оперативного лікування з високим ступенем радикальності.

Ключові слова: криодеструкція, колоректальний рак, метастази, печінка.

Zaporozhchenko B.S., Zubkov O.B., Sharapov I.V., Borodaev I.Ye., Kolodii V.V.

The Evaluation of the Complex Treatment Efficiency when Using Cryodestruction for Patients with Colorectal Cancer

Summary: A retrospective analysis of 210 patients with "open"

and laparoscopic cryodestruction of synchronous and methachronous metastatic colorectal cancer in the liver was done. Laparoscopic cryodestruction of metastasis may be the way of choice with a high degree of radicalism.

Key words: cryodestruction, colorectal cancer, metastasis, liver.

Поступила 25.06.2012 года.

УДК: 616-072.7+616-08:616.366-002

Зигало Е.В., Майкова Т.В., Зигало В.М.

Порівняльний аналіз окремих методів діагностики передкам'яної стадії у хворих на хронічний холецистит

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпропетровськ

Резюме. Обстежено 113 хворих на хронічний безкам'яний холецистит. Функцію жовчного міхура, сфінктерів Одді та Люткенса визначали за допомогою фракційного дуоденального зондування та ультразвукового дослідження. В результаті було виявлено 5 видів розладів моторики біліарного тракту, серед яких пріоритет надавався гіпокінетично-гіпертонічному типу.

Ключові слова: жовчний міхур, сфінктерний апарат, фракційне дуоденальне зондування, гіпокінетично-гіпертонічний тип.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Серед захворювань біліарної системи одне з основних місць посідає хронічний холецистит (ХХ). Хворі на хронічний холецистит складають від 17- до 20%, при цьому частота його збільшується [3-6]. Біліарні функціональні розлади широко розповсюджені, так, наприклад, дисфункцію жовчного міхура (ЖМ), мають 7,6 % чоловіків і біля 21,0 % жінок. Дискінезія жовчного міхура і пов'язані з нею порушення обміну жовчі приводять до її застою, нагромадженню запальних елементів, посиленню патологічного процесу. [1,2,7,8]. Відповідно до римських критеріїв ІІІ, дисфункції жовчного міхура (ЖМ) відносяться до категорії Е1 дисфункції СфО, відносяться до категорії Е2 і Е3 (біліарний і панкреатичний) і підрозділяються на первинні і вторинні (після холецистектомії) [5]. На жаль, у повсякденній практичній діяльності, при діагностиці хронічних холециститів лікарі в більшості випадків не враховують особливості окремих типів дисфункцій БТ [9,10].

Мета роботи: підвищити ефективність діагностики дисфункцій БТ при хронічному холециститі.

Матеріал і методи дослідження

Проведене обстеження 113 пацієнтів на хронічний холецистит. З них у 43 пацієнтів функціональний стан ЖМ визначали після холекінетичного сніданку за методикою З.А. Лемешко. Скорочувальну здатність ЖМ оцінювали за зміною його об'єму до і після жовчогінного сніданку (20 % розчин сорбіту або 30,0 г клінутрену). При цьому у І групі 20 % розчин сорбіту застосовували перорально у 42 хворих (95,5 %), крапельно – у 1 хворого (2,4 %), клінутрен – у 1 хворого (2,4%). В ІІ групі 20 % розчин сорбіту застосовували перорально у 39 хворих (95,1 %), клінутрен – у 2 пацієнтів (4,9 %). Вимірювання проводили натще, потім кожну хвилину до п'ятої та кожні 5 хв. до максимального спорожнення ЖМ, після чого об'єм його вимірювали кожні 10 хв. Аналізуючи моторно-евакуаторну функцію жовчовивідної системи враховували: об'єм ЖМ натще, тривалість латентного періоду після жовчогінного сніданку, час максимального скорочення порожнини ЖМ та ефективність жовчовиділення при максимальному його скороченні.

Моторна функція вважалась нормальною, якщо після 20 – 40 хв. після прийому 20 % розчину сорбіту максимальне скорочення об'єму ЖМ складало 40 – 70 %. Тонус сфінктера Одді аналізували за часом латентного періоду.

Враховуючи відсутність даних про референтні значення скорочувальної функції жовчовивідних шляхів у відповідь на клінутрен,

проведений аналіз функціональної активності ЖМ лише у відповідь на пероральне застосування 20 % розчину сорбіту. Крім того, з аналізу виключені хворі, яким до лікування проводилось вивчення функції жовчовивідних шляхів за допомогою сорбіту, а після лікування – клінутреном, оскільки співставлення таких даних не є адекватним.

Діагностика біліарних дискінезій базувалася на результатах фракційного дуоденального зондування (ФДЗ), яке дозволило дати оцінку часовим та об'ємним параметрами жовчовиділення та функціональному стану сфінктерів БТ з можливим отриманням жовчі та її наступним мікроскопічним та біохімічним дослідженням. При проведенні ФДЗ виділяли наступні порції жовчі: порція "А" – жовч, що була отримана протягом фаз І, ІІ та ІІІ; порція "В" – міхурова жовч (фаза ІV); порція "С" – печінкова жовч (фаза V)

Для більш детального вивчення евакуаторної функції ЖМ та оцінки функції сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів вивчали показник жовчовиділення - Н (швидкість виділення жовчі із міхура), який відображає ефективність викиду жовчі міхуром і в нормі становить 2,5 мл/хв.

Результати дослідження та їх обговорення

Соноскопічні ознаки хронічного холециститу спостерігалися у всіх хворих, проявлялися потовщенням стінки до (3,1±0,1) мм, підвищенням її ехогенності у 72,7 % випадків. Нерівність контурів виявлена у 18,6 % хворих. Холестероз та поліпи жовчного міхура спостерігалися в поодиноких випадках (4,6% та 13,6%), відповідно. У порожнині жовчного міхура наявність незначного осаду виявлено більше, ніж у половини хворих (51,5%), біліарного сладжу – у 9,8 %. При наявності ознак хронічного холециститу незначний осад виявлений – у 70,8 % хворих, біліарний сладж – у 13,6 %.

Серед функціональних розладів у хворих на ХХ спостерігалася тенденція до переважання гіпотонічно-гіпокінетичної дисфункції ЖМ (p>0,05).

При цьому час евакуації з ЖМ прямо корелював лише з товщиною стінки ЖМ (r=0,41, p<0,007). Дисфункція СфО спостерігалася у 81,4% хворих за методикою УЗД та у 85,0 % хворих за даними ФДЗ з тенденцією до переважання гіпотонусу сфінктера (p>0,05). Аналіз часових та об'ємних характеристик процесу холецинаміки дозволив встановити, що тривалість фази ІІ ФДЗ у частини пацієнтів була достовірно вищою за нормальні показники, що дало можливість верифікувати спастичний стан СфО у пацієнтів з гіпермоторикою ЖМ (9,7±0,6 хв.), гіпомоторикою ЖМ – 4,3±1,1 хв. (p<0,05) та нормомоторикою ЖМ – 6,0±1,4 хв. (p<0,05).

Гіпотонус СфО був діагностований за суттєвим зменшенням тривалості фази ІІ ФДЗ (час варіював від 3 сек до 4-ти хв., середній показник – 1,2±0,1 хв. p<0,0010. Цей показник з високим ступенем вірогідності відрізнявся від аналогічних у групах із наявністю гіпертонусу СфО. У 68,6 % випадків при спазмі СфО був верифікований спастичний стан сфінктера Люткенса.

Збільшення середніх значень часу етапу III ФДЗ, що свідчить про тонічний стан саме сфінктера Люткенса, було зафіксовано в усіх групах із наявністю підвищеного тонуусу СфО, однак достовірно – лише у групі із гіпомоторикою ЖМ та спазмом СфО (час фази III – $12,5 \pm 2,8$ хв. $p < 0,05$).

У частини хворих зі спазмом СфО були зменшені час та об'єм міхурової жовчі (відповідно $6,4 \pm 1,7$ хв. та $15,4 \pm 3,1$ мл), що свідчило про гіпермоторику ЖМ.

У частини хворих об'єм міхурової жовчі, виділення якої реєструвалося протягом фази IV, був істотно вищий за показник групи контролю, що й стало підставою для верифікації у цих хворих гіпомоторики ЖМ. Однак час фази IV не міг бути єдиним діагностичним критерієм щодо гіпомоторики ЖМ. Тому був розрахований показник напруження жовчовиділення (Н).

За значенням цього показника встановлено достовірні розбіжності між групою, де гіпомоторика ЖМ була поєднана із гіпертонусом СфО ($1,22 \pm 0,03$ мл/хв) та гіпотонусом СфО ($1,4 \pm 0,01$ мл/хв) та нормальними показниками (відповідно $p < 0,05$ та $p < 0,01$).

Висновки

1. За результатами ФДЗ хворі на ХХ розподілилися на групи за характером розладів моторики БТ: 1 – з гіпомоторикою ЖМ та спазмом СфО – 68 (60,2 %); 2 – з гіпомоторикою ЖМ та гіпотонусом СфО – 10 (8,8 %); 3 – з гіпомоторикою ЖМ та нормотонусом СфО – 8 (7,1 %); 4 – з нормомоторикою ЖМ та спазмом СфО – 15 (13,3 %); 5 – з гіпермоторикою ЖМ та спазмом СфО – 12 (10,6 %).

2. У більшості пацієнтів із дисфункціями БТ діагностовано гіпомоторику ЖМ. Найчастіше вона поєднувалася зі спастичним станом сфінктера Одді, тому переважно більшість серед функціональних біліарних розладів складала дисфункція БТ за гіпокінетично-гіпертонічним типом. Таким чином, була виділена група пацієнтів з гіпокінетичною ЖМ та спазмом СфО, які знаходяться у стані ризику подальшого розвитку жовчокам'яної хвороби.

Перспективи подальших досліджень

Для діагностики дисфункцій біліарного тракту, окрім УЗ-методу дослідження, слід проводити фракційне дуоденальне зондування.

Література

1. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // П.С. Ветшев // Клини. перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2005. – №1. – С. 16–23.
2. Галкин В.А. Современные методы диагностики дискинезий желчного №8.-С.37–3. Ильченко А.А. Дисфункциональные рас-

стройства билиарного тракта /А.А.Ильченко // Consilium–medicum. – 2002. – Вып.1. – С. 20–3.

3. Мехтиев С.Н. Билиарный сладж: нерешенные вопросы / С.Н. Мехтиев, В.Б.Гриневич, Ю.А.Кравчук, Р.Н.Богданов // Лечащий врач, 2005. – №3. –С. Пиманов С.И. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии: Пособие для врачей / С.И.Пиманов, Н.Н. Силивончик.–Витебск, 2006.– 86 с.

4. Хворостинка,В.Н. К.В. Вовк Нарушение желчеобразования и желчевыделения у больных хроническим бескаменным холециститом с сопутствующей гипокинетической дискинезией желчного пузыря / В.Н. Хворостинка, К.В. Вовк // Український терапевтичний журнал, 2004. – № 4. –С. 39-45.

5. Яковенко Э.П. Нарушения механизмов желчеобразования и методы их коррекции /Э.П.Яковенко // Consilium–medicum. Экстра – выпуск. – 2003. – С.3–6.

6. Коу С.В. Желчный осадок / С.В.Коу, Дж.Г.Секжима, С.П.Ли // Междунар. журн. мед. практики. – 2000. № 10. – С. 38-48.

7. Kim D.Y. Novel testing of human gastric motor and sensory functions: rationale, methods, and potential applications in clinical practice / D.Y. Kim, Myung S.J., M. Camilleri// Am J Gastroenterol. – 2000. – V.95, №12. – P. 3365–73.

8. Shaffer E.A. Control of gall – bladder motor function// Aliment. Pharmacol.Theor. – 2000. – Vol.14. Suppl.2. – P. 2–8. Зигало Е.В., Майкова Т.В., Зигало В.М.

Зигало Е.В., Майкова Т.В., Зигало В.М.

Сравнительный анализ отдельных методов диагностики предкаменной стадии у больных с хроническим холециститом

Резюме. Обследовано 113 больных с хроническим бескаменным холециститом. Функцию желчного пузыря, сфинктеров Одди и Люткенса определяли при помощи фракционного дуоденального зондирования и ультразвукового исследования. В результате было обнаружено 5 видов расстройств моторики билиарного тракта, среди которых приоритет представлялся гипокинетично-гипертоническому типу.

Ключевые слова: желчный пузырь, сфинктерный аппарат, фракционное дуоденальное зондирование, гипокинетично-гипертонический тип.

Zigalo E.V., Maykova T.V., Zigalo V.N.

Comparatives Analysis of Some Methods of Diagnostics of Pre-cholelithiasis in Patients with Chronic Cholecystitis

Summary. 113 patients with chronic cholecystitis were investigated. The function of gall-bladder, of Oddy and Lutkens sphincters was determined by fractional duodenal probing and ultrasound investigation. The 5 types of disturbance of bile tract motility were revealed. The hypokinetic and hypertensive type of bile tract motility was determined in 60.2 % patients. This type motility disorders promotes the development of cholelithiasis.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 616.33-006.86

Кемінь Р.В.

Апудоми – карциноїди шлунка

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
Клініка хірургії №1 (зав. – акад. М.П. Павловський)

Резюме. У статті описано клінічні випадки семи хворих на карциноїд шлунка. Проаналізовано клінічний перебіг захворювання, методи діагностики, гормональну, морфологічну характеристики та особливості хірургічного лікування хворих.

Ключові слова: карциноїд шлунка, гастродуоденоскопія, ендоскопія, гістамін.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. У 1907 р. німецький патологоанатом S. Oberndorfer вперше ввів термін “карциноїд” і описав злоякісний карциноїд тонкої кишки. Цим терміном він назвав епітеліальні пухлини, які виникають

переважно у кишковому каналі з ентерохраматинних ЕС-клітин, але можуть також розвиватись в інших органах, які містять ЕС-клітини (синоніми: клітини Кульчицького, онкоцити, М-клітини), та із ентерохраматоїдних ECL-клітин шлунка [2, 4, 5].

У 1969 р. E. Pearse запропонував концепцію про існування в організмі людини спеціалізованої високоорганізованої клітинної системи, основними властивостями якої є здатність її клітин виробляти біогенні аміни і пептидні гормони, і назвав її APUD-системою (Amine Precursor Uptake and Decarboxilation).