

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 злужисний карциноїд тонкої кишки. Цим терміном він назвав епітеліальні пухлини, які виникають

переважно у кишковому каналі з ентерохрафінних ЕС-клітин, але можуть також розвиватись в інших органах, які містять ЕС-клітини (синоніми: клітини Кульчицького, онкоцити, М-клітини), та із ентерохрафінноподібних 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).

Карциноїд – це гістологічний варіант апудом. Клітини APUD-системи називаються апудоцитами, які в більшості зосереджені в шлунково-кишковому каналі. Вважають, що карциноїд є своєрідним ендокринним органом [3, 6].

Мета дослідження. Проаналізувати клінічний перебіг захворювання, методи діагностики, гормональну, морфологічну характеристики та особливості хірургічного лікування хворих на карциноїди шлунка.

Матеріал і методи дослідження

Проаналізовані результати діагностики і лікування 7 хворих на карциноїди шлунка, які лікувалися в хірургічних клініках м. Львова. Вік хворих склав 34-69 р., в середньому 45,1 р. Жінок було 4. Для діагностики застосовували загально-клінічні, біохімічні методи дослідження, рентгеноскопію органів шлунково-кишкового каналу, ультрасонографію (УСГ), гастродуоденоскопію, ендосонаграфію, магнітно-резонансну томографію (МРТ). Визначали рівень гормонів серотоніну, гістаміну в плазмі крові.

Результати дослідження та їх обговорення

Враховуючи, що карциноїд шлунка – досить рідкісна патологія (0,3% усіх пухлин шлунка), ми вирішили коротко описати історію хвороби усіх хворих. У 5 пацієнтів карциноїди шлунка виявлено випадково під час ендоскопічного дослідження. Вони мали вигляд поліпа розмірами 12-16мм, розміщувались вздовж малої кривизни шлунка. У двох хворих карциноїд розвинувся на тлі хронічного атрофічного гастриту.

Злоякісний карциноїд шлунка діагностовано у двох (28,5%) хворих. Вони госпіталізовані в клініку з діагнозом рак кардіального відділу шлунка. У одного хворого три роки тому видалено поліп шлунка, який проростав у м'язовий шар. Патологогістологічне заключення: доброякісний карциноїд. Повторно, через 6 років хворий поступив з діагнозом рак шлунка. Ймовірно, карциноїд був неповністю видалений із м'язового шару. Під час операції встановлено, що пухлина розмірами 6x8 см розміщена у кардіальному відділі шлунка і циркулярно його охоплює. Йому виконано гастректомію. Патологогістологічне заключення: злоякісний карциноїд. У другого хворого спочатку прове-

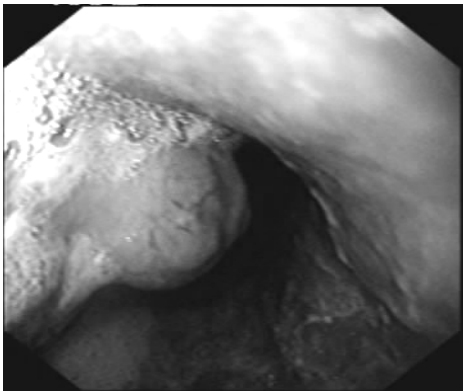


Рис. 1. Гастродуоденоскопія до операції

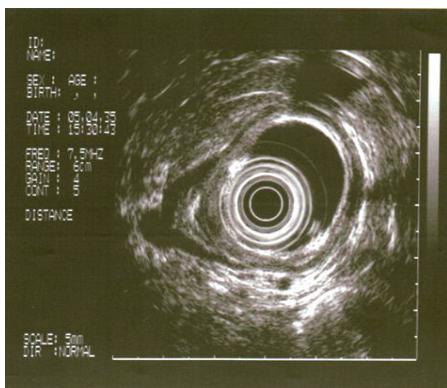


Рис. 2. Ендосонаграфія

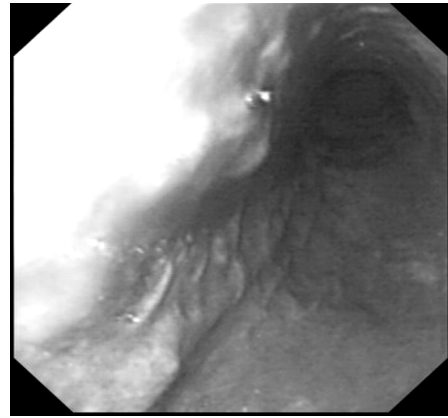


Рис. 3. Гастродуоденоскопія шлунка через рік після операції. Рецидиву карциноїда не діагностовано

дено гастроскопію і зроблено біопсію пухлини. Патологогістологічне заключення: карциноїд шлунка. Хворого прооперовано. Пухлина розміщувалась також у кардіальному відділі шлунка і проростала у стравохід. Хворому виконано резекцію стравоходу, гастректомію і накладено езофагоєюностомію. Патологогістологічне заключення: злоякісний карциноїд.

У всіх хворих карциноїди шлунка були гормонально неактивними.

Одна пацієнтка поступила в ургентному порядку зі шлунковою кровотечею, при ендосонаграфічному обстеженні констатовано: ерозивний бульбіт, поверхневий гастрит. В антральному відділі шлунка гіпоехогенний поліп однорідної структури, овальної форми, 14x4мм, який походить із підслизового шару та дещо деформує м'язовий шар. На верхівці поліпа ерозії, які кровоточать. Поліп видалено. Хвору госпіталізовано у хірургічне відділення. Патологогістологічне заключення: карциноїд шлунка.

Враховуючи, що карциноїд шлунка часто асоціюється із синдромом Золінгера-Еллісона та МЕН 1 синдромом, ми провели усім хворим УЗД підшлункової залози [1].

У зв'язку з тим, що карциноїд повільно росте і пізно метастазує, хворі повинні знаходитись на диспансерному спостереженні. Їм необхідно проводити щороку протягом 5-7 років гастроскопію або ендосонаграфію, визначати рівень гістаміну та гастрину в плазмі крові, тому що основним гормоном-медіатором карциноїду шлунка є гістамін. Гастрин стимулює проліферацію ECL-клітин, які продукують гістамін, тому великий рівень його в крові може приводити до розвитку множинних карциноїдів шлунка.

Наводимо клінічне спостереження хворої, у якої випадково виявлено поліп шлунка, а після проведеної гастроскопії із біопсією поліпа, ендосонаграфії діагностовано карциноїд шлунка (рис.1, 2).

Рівень серотоніну в плазмі крові через рік був у трьох хворих в межах норми – $0,81 \pm 0,32$ мкмоль/л. Рівень гістаміну підвищився тільки в одній пацієнтки до 11,2 нмоль/л (норма – 4,5-9 нмоль/л).

Висновки

1. Злоякісний карциноїд шлунка діагностовано у 2 (28,5%) із 7 хворих.
2. У всіх хворих карциноїди були гормонально неактивними.
3. Якщо карциноїди шлунка проявлялись у вигляді поліпа, особливо який проростає у м'язовий шар, після їх видалення пацієнти повинні знаходитись на диспансерному обліку. Їм необхідно проводити ендосонаграфію і визначати рівень гістаміну в плазмі крові.

Література

1. Бабий Я.С. Новое в диагностике нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы / Я.С. Бабий, Н.В. Момот, О.О. Савченко // Журнал практичного лікаря. – 1999. - №3. – С. 32-34.

2. Боднар П.М., Фомін П.М., Шепетько С.М. Ендокринні пухлини органів травлення // Ендокринологія. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 160–169.
3. Aggarwal G. Carcinoid tumors: what should increase our suspicion? / G. Aggarwal, K. Obideen, M. Wehbi // Cleveland clinic journal of medicine. – 2008. – V. 75, № 12. – P. 849-855.
4. Pinchot S. Carcinoid tumors / S. Pinchot, K. Holen, R. Sippel [et al.] // The oncologist. – 2008. – V. 13, № 12. – P. 1255-1269.
5. Schindl M., Kaserer K., Niederle B. Treatment of gastric neuroendocrine tumors. The necessity of a type-adapted treatment // Arch. Surg. – 2001. – Vol. 136, N 1. – P. 49–54.
6. ToBoczek T. Neuroendokrinne nowotwory przewodu pokarmowego. Podstawy chirurgii, tom 2 (Pod redakcją J. Szmida), Kraków: "Medycyna Praktyczna", 2004. – S. 1207-1224.

Кеминь Р.В.

Апудомы - карциноид желудка

Резюме. В статье описаны клинические случаи семи больных кар-

циноид желудка. Проанализированы клиническое течение заболевания, методы диагностики, гормональную, морфологическую характеристики и особенности хирургического лечения больных.

Ключевые слова: карциноид желудка, гастроудоденоскопия, эндосонография, гистамин.

Kemin R.V.

Apudomas – Carcinoids of Stomach

Summary: Clinical cases of seven patients with carcinoid of stomach are described in the article. Clinical course, diagnostic methods, hormonal, morphological characteristics and features of surgical treatment of patients are analyzed.

Key words: carcinoid of stomach, gastroduodenoscopy, endosonography, histamine.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.329/33-006.6-089:612.397:616.153.96

Клімова О.М., Калашикова Ю.В., Мережко О.С., Агаркова А.М., Новіков Є.А., Савві С.О.

Характеристики типів порушень ліпідного і білкового обміну у хворих на онкологічні захворювання шлунку та стравоходу

Державна установа «Інститут загальної та невідкладної хірургії Національної академії медичних наук України», Харків

Резюме. У хворих на онкологічні захворювання (ОЗ) шлунку та стравоходу на фоні системного запалення та ендогенної (ракової) інтоксикації виявлено білково-ліпідну недостатність, ступінь якої корелює зі ступенем тяжкості захворювання. Незалежно від методу хірургічного лікування онкологічних захворювань шлунку та стравоходу, маркерами ризику несприятливого результату є зниження концентрації загального холестерину до $(3,09 \pm 0,18 \text{ ммоль/л})$, підвищення вмісту гаптоглобіну до $(1,69 \pm 0,08 \text{ г/л})$, С-реактивного білка до 96 мг/л , зниження вмісту церулоплазміну до $(106,8 \pm 17,74 \text{ мг/л})$.

Ключові слова: онкологічні захворювання шлунку та стравоходу, хірургічне лікування, білковий обмін, ліпідний обмін, маркери ризику.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

ОЗ шлунку займає друге місце серед ОЗ у чоловіків і третє місце у жінок, ОЗ стравоходу займає п'яте місце в структурі онкозахворюваності у чоловіків і шосте - у жінок [1]. Високою також є соціальна значимість (в нашому дослідженні 64% хворих - чоловіки, з них 67% - у працездатному віці), частота та поширеність захворювання. У зв'язку з пізніми зверненнями хворих ОЗ за медичною допомогою хірургічне лікування супроводжується ускладненнями. Актуальним є пошук критеріїв виникнення післяопераційних ускладнень різного характеру.

Мета дослідження: Охарактеризувати особливості білкового та ліпідного обміну у хворих на ОЗ шлунку та стравоходу для визначення факторів ризику негативного результату і розвитку післяопераційних ускладнень оперативного лікування у хворих із ОЗ стравоходу та шлунку.

Матеріал і методи дослідження

Матеріалом дослідження стала сироватка крові хворих із зльоксіними пухлинами шлунку (55) і стравоходу (10), госпіталізованих для хірургічного лікування, обстеження проводилося при госпіталізації. Хірургічне лікування включало резекцію стравоходу з пластиком по Льюїсу, комбіновану гастректомію по Ру, гастректомію з резекцією стравоходу і пластиком по Ру. Концентрацію ліпідних фракцій (загального холестерину, ліпопротеїдів високої щільності ЛПВЩ, ліпопротеїдів низької щільності ЛПНЩ, тригліцеридів) визначали з використанням наборів реактивів фірми HUMAN на аналізаторі Stat Fax 1904 (США) [3]. Концентрацію С-реактивного білка виконували по реакції аглютинації з антитілами до нього, адсорбованими на нейтральних частинках лагексу (лагекс-тест) [3]. Визначення вмісту гаптоглобіну виконували по реакції з риванолом, вмісту церулоплазміну методом Равина на спектрофотометрі СФ-46 [3]. Вміст білкових фракцій

досліджували методом електрофорезу на ацетатцелюлозних мембранах [4].

Результати дослідження та їх обговорення

У хворих із ОЗ шлунку та стравоходу спостерігається достовірне підвищення сумарної фракції глобулінів ($p < 0,05$) до $(55,38 \pm 2,98)\%$, яке відбувається за рахунок підвищення фракцій α_1 ($5,98 \pm 1,10\%$), β ($17,00 \pm 2,24\%$) і γ -глобулінів ($20,84 \pm 2,64\%$), що свідчить про процеси тканинного розпаду і клітинної проліферації. Достовірне зниження альбумінової фракції до $(44,62 \pm 2,98\%)$ сигналізує про зменшення швидко реалізованого резерву білка в організмі, порушення процесів транспортування ендо- та екзогенних речовин, падіння колоїдно-осмотичного тиску в плазмі [4].

Процеси обміну тісно пов'язані з явищами інтоксикації організму. У нашому дослідженні спостерігалось достовірне розходження між величиною концентрації С-реактивного білка в групах із ОЗ шлунку ($24,67 \pm 5,95 \text{ мг/л}$) і ОЗ стравоходу ($4,0 \pm 2,0 \text{ мг/л}$) ($p < 0,05$). Збільшення концентрації С-реактивного білка, який відноситься до і-глобулінової фракції, характерно для активних запальних і некробіотичних процесів [3, 4]. Таким чином, запальні і некробіотичні явища більш виражені при ОЗ шлунку. У всіх 3 випадках, які ускладнилися неспроможністю анастомозу, концентрація С-реактивного білка становила 96 мг/л .

Між групами пацієнтів із ОЗ шлунку і ОЗ стравоходу виявлені достовірно значимі відмінності у величині концентрації гаптоглобіну ($1,69 \pm 0,08 \text{ г/л}$) ($0,885 \pm 0,075 \text{ г/л}$), ($p < 0,05$). Підвищення концентрації гаптоглобіну, який є білком гострої фази, належить до фракції α_2 -глобулінів, неспецифічним онкомаркером, спостерігається при патологічних станах в патогенезі, яких має місце запальний деструктивний компонент, у тому числі при ОЗ [3].

Концентрація церулоплазміну була зниженою, причому найбільш значно - в групі пацієнтів із ОЗ шлунку - до $(106,8 \pm 17,7 \text{ мг/л})$. Таким чином, на підставі зниження рівня церулоплазміну, величина якого може бути об'єктивним відображенням активності процесів запалення і оксидативних порушень при онкопатології [3,4], виявлено зниження антиоксидантного потенціалу у всіх обстежених групах.

Виявлено достовірне підвищення вмісту пептидів середньої молекулярної маси (до $0,323 \pm 0,024 \text{ ум. од.}$) у пацієнтів обох груп ($p < 0,05$), що є характерним для синдрому інтоксикації,