



Рис. 2
Війкова пухлина товстої кишки.

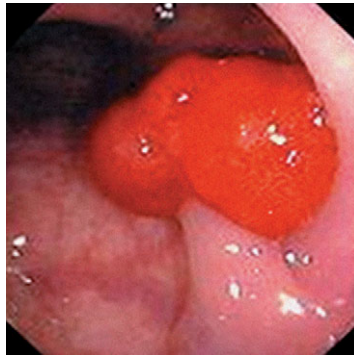


Рис. 3
Війкова пухлина товстої кишки.

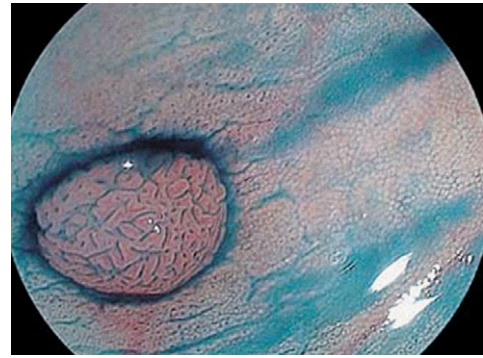


Рис. 4
Методика хромоколоноскопії.

кишки. Перша група: з числа прооперованих (158) виявлено: 6 осіб з картиною пролонгації захворювання по місцевому типу, поліпи, що не діагностовано до операції — 19, дисплазії ділянок слизової — 2 пацієнта, не діагностованій первинно-множинний рак ободової кишки — 1, у 130 ендоскопічна картина відповідає типу проведеної операції. Друга підгрупа: 87 осіб що хворіють на НВК та хворобу Крона. З них у 3 пацієнтів виявлені малігнізовані ділянки масивних дисплазій, 5 — мали поодинокі аденоматозні поліпи. Ендоскопічна картина інших 79 хворих відповідала локалізації, ступеню активності та важкості перебігу захворювання.

Висновки

Враховуючи вище наведені дані, колоноскопія у різних групах ризику (вік, стать пацієнтів) є обов'язковим методом дослідження (за умови абсолютних протипоказань). Технічний рівень сучасного ендоскопічного обладнання надає можливість безпомилкової діагностики КРР на ранніх стадіях його розвитку. Зважаючи на перераховані недоліки інших методів обстеження ободової та прямої кишки, колоноскопію слід вважати основним методом обстеження ободової кишки. Особи, що досягли 50 років, повинні проходити колоноскопію один раз на рік, навіть за відсутності скарг. Пацієнтам, що входять до груп ризику, проведення колоноскопії необхідне двічі на рік. Свочасне виявлення передпухлинних захворювань веде до зниження вартості лікування пацієнта на ліжко-місяці.

ЗАСТОСУВАННЯ КАПСУЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЇ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ТОНКОКИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В.*, Задорожний С.П., Ташів Р.К.*, Тараненко А.О., Злобенець С.О., Лященко М.М., Плем'яник С.В., Шетелинець У.І., Носє А.Д.

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня, Україна
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шурика, Київ

Вступ

Відеокапсульна ендоскопія (ВКЕ) — метод, який широко застосовується у світі з 2001 року та дозволяє встановити причину тонкокишкових кровотеч, які не діагностуються за допомогою стандартних ендоскопічних методик. На сьогоднішній день методика є достатньо інформативною в порівнянні з іншими методами та безпечною для пацієнта [1-3]. За даними світової літератури у близько 5% пацієнтів, госпіталізованих у стаціонар з ознаками шлунково-кишкової кровотечі та виписаних з без встановлення джерела, мають місце повторні епізоди [2]. Причинами кровотеч з тонкого кишківника можуть бути ангіоектазії, виразки Дьєлафуа, тельмогіектазії, асоційовані з синдромом Рендю-Ослера-Вебера, Турнера, CREST-синдромом, аденоми, в тому числі, асоційовані з сімейним аденоматозним поліпозом, гамартоми (синдром Пейтца-Егерса), ліпони, аденокарциноми, гастроінтестинальні стромальні пухлини, карциноїди, судинні пухлини (синдром Клімпеля-Треноне-Вебера), нейрофіброми (хвороба Реклінгаузена), метастатичні ураження, фібектазії, аневризми, аорто-кишкові фістули, хвороба Крона, медикаментозно-індуковані виразки, виразкові ураження при целіакії, хронічний виразковий ентероїт, васкуліти, радіаційні та ішемічні ураження, дивертикул Меккеля, дивертикульоз, синдром Золлінгера-Еллісона, ендометріоз, інфекційні захворювання, хвороба Віллебранда [1]. Більшість вищеперелічених патологічних станів не є специфічними для тонкого кишківника та можуть уражати також верхні відділи шлунково-кишкового тракту та у товстій кишці, однак їх діагностика та лікування при тонкокишковій локалізації є набагато важчим завданням. Оскільки ураження слизової запальної та ішемічного генезу можуть спонтанно загоюватися з повним відновленням нормальної ендоскопічної картини, то у цієї групи пацієнтів ВКЕ рекомендовано проводити відразу

після виключення джерела у верхніх відділах ШКТ та товстому кишківнику, бажано не пізніше, ніж через 3-7 днів після початку епізоду [3].

Матеріали та методи

За період з травня 2011 по грудень 2012 в умовах проктологічного відділення Київської обласної клінічної лікарні проведено 131 дослідження методом відеокапсульної ендоскопії, з них у 30 випадках показанням для обстеження були шлунково-кишкові кровотечі, джерело яких не було встановлено при езофагогастроудоденоскопії та відеокколоноскопії. Дослідження проводилося із застосуванням капсульної системи *OMOM*, яка складається з наступних компонентів: *OMOM Smart Capsule*, стерильна, одноразова, 8 годин роботи, розмір: 13x27,9 мм, роздільна здатність 0,1 мм, 2 знімки на секунду; записуючий пристрій, розміщений в спеціальному жилеті; робоча станція, що за допомогою програмного забезпечення *OMOM* надає можливість переглянути запис дослідження, сформувати клінічний звіт, роздрукувати вибрані знімки разом з висновками і записати протокол обстеження на

Таблиця 1. Основні патологічні зміни, отримані при відеокапсульній ендоскопії тонкої кишки

Діагностована патологія	n
Еритематозна гастропатія	10
Еритематозна дуоденопатія	1
Ерозивна гастропатія	8
Ерозивна дуоденопатія	3
Гостра виразка тіла шлунка	1
Хвороба Крона тонкої кишки	5
Поліп здухвинної кишки	1
Ерозії пілоричного відділу шлунка	1
Множинні ерозії слизової тонкої кишки	12
Лімфофолікулярна гіперплазія клубової кишки	3
Пухлина порожньої кишки	1
Медикаментозно індуковані виразки порожньої кишки з ознаками активної кровотечі	1
Вогнищева атрофія слизової тонкого кишківника	1
Ангіоектазія клубової кишки	1
Метаплазія порожньої кишки	1
Виразки порожньої та клубової кишки, що зарубцювалися	5
Лімфангіоектазії порожньої кишки	1
Вогнищева гіперемія слизової тонкого кишківника	10



Рис. 1

Медикаментозно індукована виразка порожньої кишки.

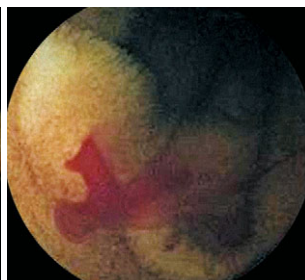


Рис. 2

Підтікання крові у просвіт порожньої кишки.

DVD; портативний монітор, що дозволяє отримувати зображення з відеокапсули в режимі реального часу та надсилати капсулі команди, зберігати отриману відеоінформацію в базі даних. Підготовка до обстеження включала дотримання безшлакової дієти протягом 2 днів, фортранс по схемі — 1 пакет за 2 дні до обстеження та 4 пакети напередодні за умови відсутності активної кровотечі на момент обстеження (час від епізоду до обстеження більше 3 днів), у пацієнтів з активною кровотечею спеціальна підготовка не застосовувалась. Всі пацієнти перебували в стаціонарі проктологічного відділення на момент обстеження.

Результати та їх обговорення

Перед дослідженням у всіх пацієнтів встановлено відсутність протипоказів до обстеження (наявність електронного кардіостимулятора, вагітність, гостра кишкова непрохідність, перфорації, стенози та фістули ШКТ, вивчено дані попередньо виконаних досліджень, отримано інформовану згоду пацієнта на дослідження. Якість очистки тонкого кишечника та візуалізації слизової була задовільною у всіх пацієнтів. У всіх пацієнтів капсула досягла товстої кишки та вийшла природним шляхом. Серед пацієнтів чоловіків було 14 (42%), жінок — 16 (58%). Середній вік від 45,5 років. Дані, отримані в результаті, представлені в таблиці 1.

Патологію тонкого кишечника не було виявлено у 6 пацієнтів (20%), яким ВКЕ проводилася у термін більший, ніж 2 тижні з останнього епізоду кровотечі. У 1 пацієнта, прооперованого з приводу MALT-лімфоми тонкого кишечника, виявлено ділянку метастазів тонкого кишечника. У пацієнтів з пухлинною порожньої кишки на момент обстеження не спостерігалось активної кровотечі, скерована на 2-балонну ентероскопію. Варто зауважити, що незважаючи на розміри утворення 2x2,3см, при МРТ- та

КТ-ентерографії його не було виявлено. У 1 пацієнтки виявлено виразки порожньої кишки на фоні тривалого прийому нестероїдних протизапальних препаратів з ознаками підтягання крові в момент обстеження (рис. 1-2). Цікаво, що ураження шлунка та 12-палої кишки за даними ЕГДС та ВКЕ обмежувалось вогнищевато атрофією слизової шлунка, що було розцінено, як вікові зміни, з моменту епізоду кровотечі минуло 5 днів, епізод був повторним протягом останніх 2 місяців, також виявлено зарубцювану виразку в нижче розташованому сегменті порожньої кишки (можливо, джерело попереднього епізоду). У 12 пацієнтів шляхом біопсії візуально незміненої слизової термінального відділу здухвинної кишки гістологічно верифіковано хворобу Крона, призначено курс базисної терапії. У жодного з цих пацієнтів не було рецидиву кровотечі за період спостереження.

Висновок

Відеокапсульна ендоскопія є ефективною методикою для діагностики шлунково-кишкових кровотеч, джерелом яких є тонкий кишечник. Чутливість методу прямо пропорційна терміну між епізодом кровотечі та датою обстеження. Пацієнтам з негативним результатом можна порекомендувати повторне обстеження під час наступного епізоду.

Література

1. Douglas O.F., David R.C. (2008) Capsule endoscopy. (New York) Saunders Elsevier Inc. pp 233
2. Katz L.B. (1999) The role of surgery in occult gastrointestinal bleeding. *Semin Gastrointest Dis.* 10: 78-81
3. Pennazio M., Santucci R., Rondonotti R. et al. (2004) Outcome of patients with obscure gastrointestinal bleeding after capsule endoscopy: report of 100 cases. *Gastroenterology.* 126: 643

ТРАНСАНАЛЬНІ ЕНДОСКОПІЧНІ МІКРОХІРУРГІЧНІ РЕЗЕКЦІЇ ПУХЛИН ПРЯМОЇ КИШКИ

Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В.*, Задорожній С.П., Тацісв Р.К.*, Тараненко А.О., Злобенець С.О., Лященко М.М., Плем'яник С.В., Шетелинець У.І., Носє А.Д.

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня, Україна
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика*, Київ

Вступ

Колоректальний рак (КРР) займає одне з провідних місць серед онкологічних захворювань по показниках захворюваності та смертності. В Європі він є другою по частоті злоякісною пухлиною (рак легень 13,3%, КРР — 13,2%, рак молочної залози — 13%) — 53 випадки на 100 тис. населення (в Україні — 36,5), смертність — 30 випадків на 100 тис. населення. Ці показники мають тенденцію до росту у світі [3, 5]. Більшість аденокарцином виникають в аденоматозних поліпах. Аденоми товстої кишки зустрічаються у половині 50-60 річних чоловіків та у 40% жінок того ж віку. Половина з них локалізується в прямій кишці [4]. Відомі такі методи місцевого видалення доброякісних новоутворень прямої кишки та ракових пухлин I стадії, як:

1. Ендоскопічна електрокоагуляція. Недоліком метода є висока вірогідність розвитку кровотечі, значна кількість рецидивів (при доброякісних пухлинах 44-45%). Роль електрокоагуляції для пухлин нижньоампулярного відділу незначна, що пов'язано зі складністю маніпуляції [3, 5].
2. Трансанальне висічення пухлини. Недоліками метода є обмеженість доступу до пухлини та висока частота рецидивів 12-41,6% [2].
3. ТЕМ — спосіб ендоскопічної резекції новоутворень прямої кишки трансанальним доступом за допомогою спеціального інструментарію, розробленого G. Buess на початку 80х років ХХ ст. Це операційний проктоскоп (довжиною 15 або 20 см, діаметром 4 см), робочий окуляр, що має 5 портів для введення ендоскопічного мікроскопа, інсультатора для нагнітання вуглекислого газу до прямої кишки, іригатора-аспіратора, інструментів для ендоскопічних маніпуляцій. До операційного проктоскопа під'єднується тримач *Martin* для його фіксації, стандартна лапароскопічна стійка, електрокоагулятор (рис. 1) [6, 8]. Використання ендоскопічного мікроскопа збільшує зображення у 5 разів, а його показ на широкоформатному екрані дозволяє досягти високої деталізації зображення.

Традиційними видами хірургічних втручань у хворих на рак прямої кишки (РПК) є передня та червоно-анальна резекції, екстирпація прямої кишки. Успіхи хірургічного лікування хворих з пухлинами дистальних відділів прямої кишки дозволили уникнути формування постійної колостоми у 40% хворих [4]. ТЕМ є альтернативою традиційним методам хірургічного лікування хворих з ранніми стадіями РПК (Tis, T₁-T₂).

Матеріали та методи

За період з березня 2007 по лютий 2012 року у відділенні проктології Київської обласної клінічної лікарні виконано 77 ТЕМ-втручань у хворих з пухлинами прямої кишки. Серед хворих було 35 жінок та 42 чоловіки віком 44-76 років. У 33 випадках підтверджено діагноз РПК (у 25 випадках середньо-диференційовані, у 8 — високо-диференційовані аденокарциноми), у 42 випадках — доброякісні пухлини (у 40 — війкова пухлина, у 2 — аденоматозний поліп), у 2 випадках — карциноід прямої кишки. У 20 пацієнтів з РПК пухлина локалізувалась у нижньо-, у 9 — в середньо-, у 2 — у верхньоампулярному відділах, в одному випадку — в середньо-верхньоампулярному відділах (протяжна пухлина) та в одному випадку, при первинно-множинному РПК, пухлини знаходились в нижньо-, середньо- та верхньоампулярному відділах. Аденоми в 21 випадку знаходились у нижньоампулярному, в 17 — в середньоампулярному відділі, в 1 випадку —

в нижньо-середньо-ампулярному відділах прямої кишки, та в 1 випадку в нижньо-середньо-верхньоампулярному відділах (протяжна пухлина). Карциноїди прямої кишки в обох випадках локалізувались в середньоампулярному відділі. Передопераційне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження хворих об'єктивно включало трансектальне ультразвукове дослідження (ТРУЗД) з передопераційним стадіюванням пухлини (рис. 2).

Відбір пацієнтів до ТЕМ-висічення пухлини відбувався за такими критеріями: 1) глибина інвазії стінки кишки пухлиною — Tis, T₁-T₂, при N₀M₀ (рис. 10); 2) ступінь диференціювання клітин пухлини — G₁-G₂; 3) локалізація від лінії Хілтона на висоті до 15 см по задній та 12 см по боковій стінкам; 4) діаметр пухлини не більше 3 см; 5) ексцизійний ріст; 6) відсутність інфільтрації в основі пухлини; 7) рухливість пухлини [11].

ТЕМ-видалення пухлин прямої кишки проводили за допомогою операційного проктоскопа виробництва *Karl Storz* (Німеччина), адаптованого до стандартної лапароскопічної стійки з використанням набору інструментів для ендоскопічних маніпуляцій. Операційне втручання включало в себе наступні етапи:

1. інтраопераційна ревізія (рис. 3);
2. маркування лінії резекції (рис. 4);
3. видалення пухлини в межах здорових тканин до м'язового шару (рис. 5-6);
4. ушивання рани в поперечному напрямі при поширенні рани до адвентції (рис. 7-8).

У всіх випадках порожнина прямої кишки дренировалась двома поліхлорвініловими трубками. У 5 випадках операцію було завершено формуванням протектуючої сигостоми (у зв'язку з великим об'ємом ранової поверхні та ризиком виникнення недостатності стіви п/о рани) з наступним виконанням реконструктивних колопластик через 3-6 місяців.

Двома пацієнтам виконано поєднані операційні втручання з приводу первинно-множинного раку товстої кишки. В одному випадку — із локалізацією пухлин в нижньоампулярному відділі прямої кишки (за даними ТРУЗД T₂N₀), поперечно-ободової кишки та печінковому вигині ободової кишки — виконано правобічну геміколектомію та ТЕМ — видалення пухлини прямої кишки з протектуючою двосторонньою ілеостомією. В іншому випадку — із локалізацією пухлин в середньоампулярному відділі прямої кишки (за даними ТРУЗД T₂N₀) та печінковому вигині ободової кишки — виконано розширену правобічну геміколектомію та ТЕМ — видалення пухлини прямої кишки. В обох випадках хворим проводилась ад'ювантна променева терапія на ділянку прямої кишки після ТЕМ.

В 74 випадках після ТЕМ — операцій п/о період проходив без ускладнень. У 3 хворих виникли кровотечі з прямої кишки, зупинені консервативно.

Результати

Для п/о моніторингу стану пацієнтів використовувались такі критерії: через 3 місяці після операції: 1) ректороманоскопія з біопсією за потребою; 2) ТРУЗД; 3) визначення СЕА (при аденокарциномах). Через 6 місяців після операції: 1) ректороманоскопія з біопсією за потребою; 2) ТРУЗД; 3) визначення СЕА (при аденокарциномах); 4) колоноскопія; 5) рентгенографія ОГК. Найбільш інформативним показником, який характеризує ефективність ТЕМ-операції є кількість місцевих рецидивів пухлини. Провидимо частоту виникнення місцевих рецидивів за період спостереження (1 міс — 5 років 9 міс) (середній термін — 35 міс) у таблиці 1.

Через 12 міс після операції, у 1 пацієнта з РПК виявлений місцевий рецидив. У зв'язку із відмовою пацієнта від оперативного втручання було призначено курс променевої

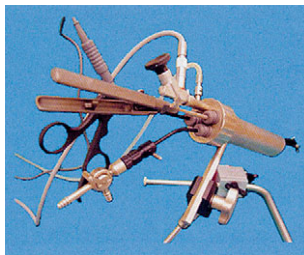


Рис. 1
Трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЕМ).



Рис. 2
ТРУЗД (T₁, N₀).

Таблиця 1. Кількість локальних рецидивів пухлини після ТЕМ-операції

Вид пухлини	Кількість хворих n	Кількість рецидивів n/%
Аденоматозний поліп	2	0
Війкова пухлина	40	3 (7,5%)
Рак прямої кишки, з них	33	1 (3,03%)
T ₁	22	0
T ₂	11	1 (9,09%)
Карциноід	2	0
Всього	77	4 (5,19%)