

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ “Прикарпатський хірургічний форум”

УДК [616.349+616.351] – 006.5 - 089

Богущ А.С., Соломчак П.В., Маруцак Н.М.

Хірургічна тактика при доброякісних пухлинах прямої та дистального відділу сигмоподібної кишки, виявлених вперше під час проведення ректороманоскопії

Центральна міська клінічна лікарня, міська поліклініка №3, Івано-Франківськ, Україна

Резюме. За період з 2009 року по 2012 рік виявлено доброякісні утвори прямої і сигмоподібної кишки у 85 пацієнтів, з них радикально оздоровлено 83 особи. Вивчено результати макроскопічного дослідження та гістологічного заключення пухлин прямої і сигмоподібної кишки. Встановлено, що 41,5% новоутворів прямої і сигмоподібної кишки розміром до 0,5-0,8 см. є аденоматозні поліпи, у 5,2% пацієнтів з поліповидними утворами розміром до 0,5-0,8 см можливий розвиток аденокарциноми, 100% поліпи анального каналу є фібро-епітеліальними.

Ключові слова: поліп, ректороманоскопія, трансанальна поліпектомія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

До доброякісних пухлин товстої кишки відносяться поліпи, ліпоми, міоми, гемангіоми, лімфангіоми, фіброми, невриноми і т.д. [1,2,4]. Велика частина їх безсимптомна, виявляються випадково при ректороманоскопії, фіброколоноскопії [2]. Небезпечні вони тільки при малигнізації, кровотечі, непрохідності. Найбільше практичне значення мають поліпи, так як зустрічаються найбільш часто у 92% від усіх доброякісних пухлин. Частота захворюваності населення поліпами коливається від 1,7 до 16,8% [2,3]. Проблема соціально значуща, так як шляхом своєчасного лікування поліпів закладена профілактика раку товстої кишки [1].

Мета дослідження - встановити покази та протипокази до трансанальної поліпектомії в стаціонарних і амбулаторних умовах при первинному ендоскопічному дослідженні.

Матеріал і методи дослідження

У дослідження включені пацієнти, які обстежені й оздоровлені в умовах хірургічного відділення ЦМКЛ та міської поліклініки №3 м. Івано-Франківська за період з 2009 року по 2012 рік. Під спостереженням знаходилося 85 хворих із доброякісними утворами прямої і сигмоподібної кишки. У міській поліклініці №3 обстежено 46 пацієнтів. Амбулаторно оздоровлено 33 особи. У 39 випадках доброякісні пухлини виявлені в умовах хірургічного відділення ЦМКЛ, всі пацієнти оперативно оздоровлені. В досліджувану групу увійшли пацієнти віком від 28 до 82 років. Підготовка до обстеження проводилася шляхом прийому осмотичних проносних засобів (комбінації макроголу) та висхідними очисними клізмами. Дослідження пацієнтів проводилося через ректороманоскоп вітчизняного виробництва та німецького KARL STORZ з підсвіткою волоконними світловодами. Забір патогістологічного матеріалу проводився біопсійними щипцями, діатермокоагуляційною петлею та шляхом трансанального висічення через анальне дзеркало залежно від розмірів поліповидного утвору, локалізації та ширини його основи. При поліповидних утворах до 0,5–0,8 см. на широкій основі матеріал забирався під час ректороманоскопії біопсійними щипцями одномоментно, інколи парціально. Ризик кровотечі під час видалення таких поліпів низький, капілярна кровоточивість з ложа видаленого поліпа припиняється самостійно, або шляхом хімічної коагуляції 3% розчину перекису водню. Протипоказами до поліпектомії в амбулаторних умовах вважали розмір поліпа більше 0,8 см, наявність вузької судинної ніжки, категорична відмова пацієнта від операції, прийом антикоагулянтних препаратів, гіпертонічна хвороба III ступеня, серцево-легенева недостатність II-III ступеня, психічні розлади, захворювання крові та інша важка супутня патологія. Новоутвори на ніжці та більших розмірів видалялися в умовах хірургічного відділення ЦМКЛ діатермокоагуляційною петлею, при необхідності з попередньою інфільтрацією основи його та прилягаючої слизової оболонки. Поліповидні утвори на висоті до 8-10 см. від зубчатої лінії видалялися шляхом трансанального висічення через анальне

дзеркало під місцевим знеболенням та провідниковими методами анестезії. Попередній забір біопсійного матеріалу проводився, коли розмір новоутворення складав більше 2-х сантиметрів та з усіх ворсинчастих пухлин. Поліповидні утвори, макроскопічна оцінка яких розцінювалася як ракове переродження, піддавалися біопсії з декількох точок. Такі пацієнти одразу ж скеровувалися в онкологічний диспансер для подальшого обстеження та лікування. Після видалення доброякісних утворів в умовах стаціонару у одному випадку наступило ускладнення (перфорація).

Результати дослідження та їх обговорення

Серед виявлених доброякісних пухлин макроскопічно новоутвори розцінено як: поліп у 78 випадках (91,8%), ворсинчата пухлина – 4(4,7%), рецидив ворсинчатої пухлини – 2(2,4%), підслизова ліпома прямої кишки – 1(1,2%). За результатами гістологічного заключення, поліповидні утвори розміром до 0,8см виявилися аденоматозним поліпом у 34 випадках (41,5%), фібро-епітеліальний поліп – 12 випадків (14,6%), гіперпластичний поліп - 9 випадків (11,0%), аденоматозний поліп з вогнищами малигнізації – 3 випадки (3,7%). Новоутвори, розміром більше 0,8см за гістологічною будовою розподілено на: аденоматозний поліп - 9 випадків (11,0%), ворсинчата пухлина – 6 випадків (7,3%), фібро-епітеліальний поліп – 4 випадки (4,9%), залозисто-ворсинчатий поліп – 2 випадки (2,4%), папілома - 2 випадки (2,4%), ліпома – 1 випадок (1,2%).

За аналізом отриманих даних встановлено, що :

- 41,5% новоутворень прямої і сигмоподібної кишки розміром до 0,5-0,8 см являються аденоматозними поліпами.
- у 5,2% пацієнтів з поліповидними утворами розміром до 0,5-0,8 см можливий розвиток аденокарциноми.
- 100% поліпів анального каналу за гістологічною будовою є фібро-епітеліальними та не складають загрози для життя пацієнта.

Висновки

Не існує чіткої залежності між розміром та гістологічною будовою поліповидних утворів. Первинна візуальна макроскопічна оцінка патологічного утвору в товстій та прямій кишці може бути хибною, тривале спостереження за візуально доброякісним поліпом може призвести до ракової інвазії в ніжку і подальшого метастазування. Забір біопсійного матеріалу не є 100 % достовірною ознакою доброякісності новоутворення. Тому ми вважаємо, що всі поліповидні утворення повинні піддаватися первинній тотальній лікувально-діагностичній поліпектомії, незалежно від розмірів. Видалення поліповидних утворів розміром до 0,5-0,8 см. на широкій основі при відсутності тяжкої супутньої патології може проводитися в умовах поліклініки, всі інші - необхідно проводити в умовах хірургічного стаціонару.

Література

1. Аглас колоноскопии. Герхард Потт, Москва «Логосфера», 2006. – 107,137с.
2. Семионкин Е.И. Колопроктология (Учебное пособие) – М: ИД МЕДПРАКТИКА – 2004, 134 с.
3. Матеріали II з'їзду колопроктологів країн СНД, III з'їзду

колопроктологів України за участі країн центральної та східної Європи, м. Одеса, 18-20 травня 2011 року. С.147,116,117.

4. Основи колопроктології/ Под ред. Г.И. Воробьева. – Москва, 2006. с. 310-312

Богущ А. Е., Соломчак П. В., Марущак Н.М.,

Хирургическая тактика при доброкачественных опухолях прямой и дистального отдела сигмовидной кишки, выявленных впервые во время проведения ректороманоскопии

Резюме. За период с 2009 года по 2012 год выявлено доброкачественные образования прямой и сигмовидной кишки у 85 пациентов, из них радикально оздоровлено 83 человека. Изучены результаты макроскопического исследования и гистологического заключения опухолей прямой и сигмовидной кишки. Установлено, что в 41,5% новообразований прямой и сигмовидной кишки размером до 0,5-0,8 см. аденоматозные полипы, у 5,2% пациентов с полиповидными образованиями, размером до 0,5-0,8 см возможно развитие аденокарциномы, 100% полипы анального канала являются фиброэпителиальными.

Ключевые слова: полип, ректороманоскопия, трансанальная полипэктомия

Bogush A, Solomchak P, Maruschak N.

Surgical Approach for benign Tumors of the Rectum and Distal Sigmoid Colon Revealed for the First Time During Proctosigmoidoscopy

Resume. The identified benign tumors were macroscopically regarded as a polyp in 78 cases (91.8%), villiferous tumor – in 4 cases (4.7%), villiferous tumor recurrence – in 2 cases (2.4%), submucous lipoma of rectum – in 1 case (1.2%). In the result of histological investigation of polypous formation up to 0.8 cm were proved to be adenomatous polyp in 34 cases (41.5%), fibro-epithelial polyp – in 12 cases (14.6%), hyperplastic polyp – in 9 cases (11.0%), adenomatous polyp with focus of malignancy – in 3 cases (3.7%). Tumors larger than 0.8 cm according to the histological structure were divided into: adenomatous polyp - 9 cases (11.0%), villiferous tumor - 6 cases (7.3%), fibro-epithelial polyp - 4 cases (4.9%) glandular-villiferous polyp - 2 cases (2.4%), papilloma - 2 cases (2.4%), lipoma - 1 case (1.2%).

There is no clear relationship between size and histological structure of the polypous formations. All polypous formation should be subjected to total primary medical diagnostic polypectomy, regardless of the size of neoplasm.

Keywords: polyp, sigmoidoscopy, transanal polypectomy.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616-071+616.33-005.1+616-089

Василюк М.Д., Василюк С.М., Шевчук А.Г., Василик Т.П., Галюк В.М.

Клінічні прояви гастродуоденальних виразкових кровотеч та їх лікування

Кафедра хірургії № 1 ДВНЗ „Івано-Франківський національний медичний університет”

Резюме. Під спостереженням знаходився 381 хворий з гастродуоденальною виразковою кровотечею у віці від 18 до 84 років. На момент госпіталізації у 186 хворих була активна кровотеча. Визначали стан печінки, сироватковий білок в поліакриламідному гелі, IgG, IgA, IgM, моноспецифічні ферменти печінки. 112 хворих були прооперовані. Активна хірургічна тактика сприяла одужанню 379 хворих. Комплексний підхід до лікування хворих виразковою хворобою, ускладненою кровотечею, з урахуванням білкового обміну, функціонального стану печінки дозволяв досягти значного зниження післяопераційної летальності до 4,0 %. Вибір методу оперативного втручання в кожному випадку індивідуальний і залежить від локалізації джерела кровотечі, важкості крововтрати та супутньої патології.

Ключові слова: виразкові кровотечі, клініка, лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Частота гастродуоденальних кровотеч залишається високою, а летальність серед цих хворих становить 8 - 22 % [1, 2]. Застосування гемотрансфузії у хворих з гострими дуоденальними кровотечами в останні роки у багатьох клініках неухильно обмежується, що пов'язане, в першу чергу, із зростанням ризику інфікування вірусними захворюваннями та неоднозначними поглядами гематологів і хірургів на механізми дії перелитої крові [3]. Це зумовлює пошук визначення хірургічної тактики, спрямованої на збереження автокрові при лікуванні хворих із кровотечами виразкового генезу.

Мета дослідження: вироблення тактики хірургічного лікування виразки шлунка і ДПК, що кровоточить, для покращення результатів лікування і зниження післяопераційної летальності.

Матеріал і методи дослідження

Нами прооперовано 381 хворого з гастродуоденальною виразковою кровотечею віком від 18 до 84 років, причому 34,8% хворих були літнього і старечого віку. Серед обстежених хворих з виразкою шлунка, що кровоточить, було 113 (29,6%) пацієнтів і двадцятипалої кишки - 278 (70,4%). З них було 297 (77,9%) чоловіків та 64 (22,1%) жінки. На момент госпіталізації у 186 хворих спостерігалася активна кровотеча, а у 195 вона зупинилася.

Тяжкість крововтрати визначали за характером клінічної

картини, показниками гемоглобіну, гематокриту, ОЦК і ЦВТ, результатами досліджень згортальної і антизгортальної систем крові, біохімічних та імунологічних досліджень.

У всіх хворих в динаміці захворювання і лікування вивчали гемодинамічні показники (пульс, артеріальний тиск (АТ), центральний венозний тиск (ЦВТ), гематокрит (Ht), кількість гемоглобіну (Hb), еритроцитів, їхню форму та площу), активність каталази в сироватці крові, вміст метало-ферментів, церулоплазміну і трансферину, інгібіторів протеаз - α_2 -макроглобуліну, кількісний вміст преальбумінів, альбуміну, постальбумінів, швидких і повільних посттрансферинів β -ліпопротеїдів методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі (ПААГ) з наступною комп'ютерною кількісною і якісною розшифровкою. Паралельно вивчали якісний і кількісний вміст Ig G, Ig A, Ig M у фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми в ПААГ.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час аналізу спектра фракцій сироваткового білка виявлені характерні зміни: гіпопротеїнемію, гіпоальбумінемію, збільшувалася кількість (α_1 -антитрипсину, фібриногену, α_2 -премакроглобуліну та α_2 -макроглобуліну. При середній та тяжкій крововтраті кількість останніх двох зменшувалася. У постальбуміновій зоні спостерігався високий вміст трансферину та зниження церулоплазміну.

Спостерігалось підвищення імунних комплексів Ig G, які локалізувалися в крупнопористому гелі, та різке зниження Ig G в фракціях 23 - 21, що вказувало на ослаблення природного імунітету.

У хворих із середнім і тяжким ступенями крововтрати вміст Ig A різко зменшувався, а більш як у половини хворих Ig A з'являлися в крупнопористому гелі, що сприяло переходу Ig A у секреторний Ig A, що вірогідно пов'язане з обміненням слизової оболонки Hp та утворенням імунних комплексів Sig A, які локалізувалися у крупнопористому гелі.

При виразковій гастродуоденальній кровотечі спостерігалось зростання показників ПОЛ і пригнічення системи АОЗ, що дозволяє стверджувати про те, що гіповолемія, постгеморагічна анемія сприяють гіпоксії паренхіми печінки, некрозу гепатоцитів з розвитком гострої печінково-ниркової недостатності, яка спостерігалася у 68 хворих з