

УДК 616.33-006.6-036.4-039.11-072.1-08

К.В. Баранніков

ЕНДОСКОПІЧНА УЛЬТРАСОНОГРАФІЯ ЯК СКЛАДОВА ДІАГНОСТИКИ ПЕРЕДПУХЛИННИХ СТАНІВ ТА ЛІКУВАННЯ РАНЬОГО РАКУ ШЛУНКА

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
кафедра онкології
(зав. – д. мед. н., проф. С.Д. Мясоєдов)

Ключові слова: рак шлунка,
слизова оболонка, ендоскопічне
дослідження

Key words: gastric cancer, mucosa,
endoscopic research

Резюме. В статті приведені результати обстеження больных предопухолевыми заболеваниями и раком желудка на ранних стадиях, полученные на этапах комплексного исследования по результатам эндоскопической диагностики, общехирургических и малоинвазивных методов лечения. Установлены собственные паренхиматозно-стромальные взаимоотношения; отражены динамические изменения состояния слизистой оболочки желудка, определена эффективность и функциональные критерии методики эндоскопической сонографии, которые объясняют распространенность зоны патологических изменений.

Summary. The results of examination of patients with precancerous diseases and gastric cancer in the early stages, obtained at the stages of a comprehensive study by the results of endoscopic diagnosis, general surgical and minimally invasive surgical treatment methods are presented. Own parenchymatous-stromal relationships were established, the dynamic changes of gastric mucosa were reflected, the efficacy and functional criteria for endoscopic sonography techniques that explain the prevalence of changes in the pathological zone was defined.

Загальновідомо, що онкологічна ситуація у світі залишається неблагополучною як в економічно розвинених, так і в країнах, що розвиваються. За останніми відомостями Міжнародного Агентства по Вивченню Рака та Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі щорічно реєструється від 10,8 до 12,5 млн. нових випадків раку. Можливо, кількість хворих ще більше, оскільки далеко не всі країни мають у своєму розпорядженні онкологічні реєстри та бази даних з онкопатології. Ретроспективні огляди показують, що рак шлунка ще 20-30 років тому у структурі захворюваності на злоякісні новоутворення посідав перше місце. Слід зауважити – позитивним є той факт, що в світі за останні десятиліття відзначається стійке зниження захворюваності на цю патологію. Протягом останніх років рак шлунка залишається другою за частотою причиною смерті від злоякісних пухлин. Зберігається ситуація, коли рак шлунка міцно утримує друге місце у структурі захворюваності злоякісними пухлинами у чоловіків, поступаючись лише раку легені, та третє місце у жінок, поступаючись раку молочної залози та раку шкіри. Статистика також свідчить, що за останні 100 років за рівнем захворюваності та смертності в світі онкопатологія перемістилася з десятого місця на друге, поступаючись лише хворобам серцево-судинної системи.

Так, за даними ВООЗ, інших неурядових та урядових організацій, щорічно реєструється від 772 до 814 тисяч нових випадків та від 592 до 625 тисяч смертей від цього захворювання. Найбільшою захворюваністю є серед таких країн, як Японія, Російська федерація, Республіка Чилі, Республіка Корея, Китайська народна демократична республіка (до 40% усіх випадків), а також Коста-Ріка, Філіппіни. Країнами з низькою захворюваністю є США, Австралія, Нова Зеландія. В цілому у світі щороку реєструється понад один мільйон випадків захворювання на рак шлунка. Україна посідає 8–9 місце у десятці країн з найвищою захворюваністю на рак шлунка (9 тисяч смертей від цієї недуги). Щорічно у країні реєструються більше ніж 12 000 хворих переважно з III–VI стадіями, тому однорічна летальність досягає 62,2 %. Ситуація у світі дещо краща, лише у Японії на ранніх стадіях діагностують близько 53% РШ (у США–27%), тому 5-річне виживання хворих на рак шлунка у Японії досягає 60% (у світі – 20%).

Ситуація у цілому не найкраща, вперше діагностується рак шлунка у стадії T₃-T₄ у 80% хворих, при цьому інфільтративні форми росту становлять не менше 60%, що зумовлює кількість (не менше 70% усіх радикальних операцій при захворюванні на рак шлунка) гастректомій.

Всесвітня організація охорони здоров'я наводить дані, за якими смертність від раку у світі до 2030 року зросте на 45%, порівняно з рівнем 2005-2007 років. Таким чином, рак шлунку і на цей час залишається однією з найбільш актуальних проблем в онкології.

За даними автоматизованого медичного Національного канцер-реєстру України, темпи зростання онкологічної захворюваності стабільно становлять близько 3% на рік, до того ж рак продовжує молодшати. У цьому контексті слід зауважити, що середня тривалість життя українців на 10 – 15 років нижча, ніж у світі. Так, досить важливо розуміти, що захворюваність на рак істотно зростає у віці після 50 років (середній вік хворих становить близько 65 років), і вірогідність захворіти на рак шлунку у зазначеного контингенту хворих припадає на соціально обмежений проміжок життєдіяльності. Захворіти на рак шлунку може людина у будь-якому віці, саме цьому надважливими є питання діагностики та лікування раку шлунку на ранніх стадіях, серед яких набуття навичок оволодіння методом ендоскопічної ультрасонографії, без сумнівів, є найдоречнішим. Дещо обмежена інформація про можливості цього методу у цілому зумовлює недостатнє використання ендосонаграфії у діагностиці та лікуванні захворювань на рак шлунка, що пов'язано як з невеликою кількістю спостережень, так і з обмеженістю забезпеченням відповідним необхідним обладнанням закладів медичної галузі.

Мета роботи – встановити характерні ультразвукові ознаки ранніх передракових станів слизової оболонки шлункової стінки, інформативність ультразвукової ангіографії судин шлунка та стану ехоструктури шлунка і навколишніх тканин на доопераційному та ранньому післяопераційному періодах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведені дослідження за період з 2008 по 2012 рік за результатами загальнохірургічних методів та ендоскопічної діагностики і лікування 344 хворих порівняно із групою умовно здорових людей – 120 осіб (25,9%). У загальному контингенті гендерний показник становив: 291 особа (62,7%) - жінки та 173 (37,3%) - чоловіки (співвідношення 1,68:1), всі білої раси. Серед досліджених груп за віком хворі були від 23 до 72 (в середньому - 57,3) років. Морфологічна верифікація виконана у 261 випадку, що становило 94,6% від кількості пацієнтів відповідних груп А, С та D (276 осіб).

Залежно від характеру захворювання залучені до дослідження були поділені на декілька основ-

них груп: група А (96 осіб) – хворі на ранній рак шлунка (РРШ), яка сформована з підгруп А 1, де А 1-1 – РРШ в поодинокому вогнищі (25 осіб), А 1-2 – РРШ із наявним мультицентричним ростом (33 особи); підгрупи А2, де А 2-1 – РРШ у краях хронічних виразок шлунка (10 осіб), А 2-2 – передракові зміни СОШ, хронічний атрофічний гастрит, поліпи та поверхневі епітеліальні новоутворення (ПЕН), у поєднанні із РРШ (28 осіб); групи В, до якої були включені хворі із факультативними та облігатними передраковими станами шлунка та передраковими змінами СОШ (68 осіб); групи С, яку сформовано з контингенту хворих на рак шлунка I-II ст. (60 осіб) (підгрупи C1, C2, C3 сформовані відповідно до TNM (T₁₋₂N₀₋₁M₀) та групи контролю: D1 – умовно здорові люди (120 осіб). Паралельно проводились спостереження та лікування у групі D2 – хворі на рак шлунка III – IV ст., (120 осіб), де, відповідно до TNM, також сформовані підгрупи D1, D2, D3.

Комплексна оцінка відповідала головним вимогам Американського товариства гастроінтестинальної ендоскопії (ASGE), Європейського товариства гастроінтестинальної ендоскопії (ESGE) та стандартам Всесвітньої організації ендоскопії травного тракту (OMED).

Обчислення відносних (р) та середніх величин із визначенням їх похибок ($\pm m$), обґрунтування достовірності відмінностей показників виконано методом статистичного аналізу, порівняно у групах з використанням t-критерію Стьюдента, та виявлення зв'язків між ознаками та коефіцієнтом кореляції (Rxy).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Ультразвукове дослідження шлунка є молодим напрямком, проте з набуттям досвіду та придбанням сучасного обладнання з'явилась можливість визначення точного рівня глибини інвазії при захворюванні на ранній рак шлунка. Нами встановлено, що при I типі раннього раку шлунка (згідно з загальноприйнятою класифікацією Японського товариства гастроінтестинальної ендоскопії) цей показник становить від 80,1% до 92,9%, при IIa типі – 83,9%, при IIa+IIc – 77,2%, при IIc – 76,6%, IIc+III – 71,6%.

Визначено, що ефективність та функціональні критерії методики ендоскопічної ендосонаграфії (щодо оцінки та дослідження впливу макро- та мікроскопічних особливостей раннього раку шлунка на здатності пухлини до інвазії стінки органу та його судин за рахунок перевищує якісні показники ефективності трансабдомінального УЗД (на 24,4 %) та дуплексного дослідження на (14,7 %).

Розроблена нами ультразвукова методологічна класифікація субвізуальних форм раку шлунка сприяла своєчасному виявленню раннього раку шлунка та передракових станів його слизової. Синдром інфільтрації і нерівномірного потовщення шлункової стінки, як достовірний ультразвуковий симптомокомплекс раннього раку шлунка, дозволив успішно диференціювати новоутворення шлунка, які зустрілися у 62,08% випадків раку шлунка. При цьому у діагностиці хронічного гастриту та ранніх неопластичних станів достовірними виявилися показники стану цілісності та товщини слизової, товщини стінки шлунка у цілому та окремих її ехопрошарків, а також їх коефіцієнти співвідношення по товщині. Середня товщина шлункової стінки (ШС) у контрольній групі становила $4,4 \pm 0,4$ мм, слизового шару (СШ) – $0,9 \pm 0,1$ мм; при хронічному гастриті ШС – $6,41 \pm 2,3$ мм та СШ – $2,09 \pm 0,1$ мм; при дисплазіях слизової глибокого ступеня ШС – $10,95 \pm 4,7$ мм та СШ – $4,5 \pm 2,91$ мм відповідно.

Показники товщини стінки шлунка («М» – медіана та «П» – процентілі) при виявленні синдрому інфільтрації та нерівномірного потовщення шлункової стінки у пацієнтів групи D1 (норма) становили М – 4,6, П – 4,0–5,0; у пацієнтів з захворюванням на ранній рак шлунка становили М – ологією представлені (відмінності порівняно з групою пацієнтів хворих на рак шлунка достовірні при $p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Отримані дані свідчать про те, що кількість випадків хронічного гастриту з дисплазією слизової, зі збільшенням коефіцієнта співвідношення товщини слизової до загальної товщини шлункової стінки вірогідно збільшуються (показник у контрольній групі становив 0,19; при хронічному гастриті – 0,33; при дисплазії слизової глибокого ступеня – 0,41), а показники стану цілісності та товщини слизової, товщини стінки шлунка у цілому та окремих її ехопрошарків та їх коефіцієнти співвідношення по товщині є достовірними та мають тенденцію до нерівномірного збільшення.

2. Все вищезазначене свідчить про доцільність подальшої розробки комплексу доступних та якісних ендоскопічних методів діагностики і лікування, вдосконалення відомих методів скринінгу та ендоскопічної сонографії у ранній діагностиці раку та передпухлинних захворювань і станів шлунка.



УДК 617.58-005.4:616.13-004.6-089

О.Б. Кутовий,
Аммар О.М. Амро

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК НА ТЛІ АТЕРОСКЛЕРОЗУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії №2
(зав. – д.мед.н., проф. О. Б. Кутовий)

Ключові слова: атеросклероз, стегново-підколінне шунтування, непрямі методи реваскуляризації.
Key words: atherosclerosis, femoral-popliteal bypass surgery, indirect methods of revascularization.

Резюме. В работе представлены результаты лечения 83 пациентов с критической ишемией нижних конечностей на фоне атеросклероза. В зависимости от способов хирургического лечения больные были разделены на две группы. Пациентам первой группы выполнено бедренно-подколенное шунтирование в сочетании с методами непрямого реваскуляризации сосудов нижних конечностей. Пациентам второй группы произведено бедренно-подколенное шунтирование в изолированном виде. У всех пациентов были изучены показатели микро- и макрогемодинамики в ранний и отдаленный послеоперационные периоды. Доказана эффективность сочетания бедренно-подколенного шунтирования, реваскуляризационной остеотомии и фасциотомии.