

Робота сімейного лікаря з виявлення та своєчасного лікування методом ендоскопічної, малоінвазивної хірургії деяких передракових захворювань шлунка

В.М. Ждан¹, К.В. Баранніков⁴, В.П. Баштан¹, В.Б. Галінський², В.І. Вірченко³, О.Є. Муковоз¹, В.В. Іщенко¹, П.В. Шелешко¹

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

²Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер

³Полтавська обласна клінічна лікарня

⁴Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

У статті представлені дані Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру та Полтавської обласної клінічної лікарні, в яких проведені клінічне, ендоскопічне та патогістологічне дослідження 359 поліпів шлунка. Інвазивне оперативне втручання зроблено 160 хворим, а 199 залишились нелікованими. Рекомендовано сімейним лікарям активніше працювати з групами хворих, які відмовляються від операцій, орієнтувати їх на малоінвазивні ендоскопічні методи лікування передракових станів.

Ключові слова: поліп, поліпозна хвороба, аденоматозні поліпи, ендоскопічна резекція поліпів шлунка, малоінвазивна хірургія, рак шлунка.

Практична медицина в останні роки все частіше зустрічається із за давними випадками рака шлунка. Добре відомо, що найактуальнішою проблемою є своєчасна діагностика новоутворень. Значна частина хворих починає лікуватися на III–IV стадіях захворювання (Щепотін І.Б., 2008; Пасечніков В.Д. та ін., 2004; Бондар Г.В., Думанський Ю.В. та ін., 2013), тому навіть комплексне лікування цієї патології не дає бажаних результатів. Щорічно в світі на рак шлунка хворіють 750–870 тис. осіб. Новоутворення шлунка належить до пухлин з високим метастатичним потенціалом.

Передракові захворювання. Проблема передракових захворювань шлунка остаточно не вирішена. Абсолютно обґрунтованою є думка про те, що рак шлунка є останньою ланкою довгого ланцюга змін, що йому передували і які можна називати передпухлинними або передраковими (Л.М. Шабад, 1967). Одним із захворювань шлунка з високим ступенем імовірності малігнізації, яке виявляють найчастіше, є поліпоз шлунка (ПШ). Найбільший ризик переродження в рак притаманний аденоматозним поліпам шлунка (ПШ) (40% при поліпах більше 2 см) на тлі хронічного атрофічного гастриту в умовах інфікування *H. pylori* (К.В. Баранніков, 2010, В.П. Баштан, 2013).

Частота злоякісного переродження поліпів коливається в широких межах – від 3% до 60% і деякою мірою корелює з їхньою кількістю. Така статистика зумовлює доцільність своєчасного лікування поліпів шлунка із застосуванням ендоскопічної малоінвазивної хірургії. При видаленні кулястих, напівкульоподібних та циліндричних поліпів, де рана перевищує розмір поліпа і загоюється довше, значну увагу приділяють ідентифікації мікрофлори шлунка. Це допоможе сімейному лікарю раціонально призначити патогенетичну медикаментозну терапію у післяопераційний період.

Мета дослідження: визначення ролі сімейного лікаря у діагностиці, скринінгу та своєчасному направленню у хірургічні стаціонари для ендоскопічного інвазивного лікування хворих з деякими передраковими захворюваннями шлунка.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для виявлення кількості виникнення поліпів та поліпозної хвороби шлунка у мешканців Полтавського регіону проведено клінічне дослідження хворих у двох ендоскопічних відділеннях Полтавської обласної клінічної лікарні (ПОКЛ) та Полтавського обласного онкологічного диспансеру (ПОКОД). Представлені в роботі дані одержані на матеріалі 359 хворих на ПШ, з них – 218 чоловіків та 141 жінка. Усі європейської раси із необтяженим за спадковістю анамнезом стосовно захворювання на рак шлунка. Середній вік – 56,3 року. Гістологічні дослідження матеріалу проводили співробітники Полтавського патологоанатомічного бюро.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Гіперпластичні зміни виявляють у 80–90% випадків всіх поліпозних утворень у шлунку. У 10–20% випадків виникають аденоматозні поліпи – доброякісні епітеліальні пухлини. До передракових належать залістисті аденоматозні поліпи. Дисплазія різного ступеня вираженості в аденоматозних поліпах спостерігається в 40–60% випадків, а дисплазія 3-го ступеня – у 5–10%. Якщо гіперпластичні поліпи перероджуються на рак в 1–2%, то плоска аденома – у 6–21%, а папіловірусна аденома – у 20–75%. Провідна роль у розпізнаванні поліпозу і поліпів шлунка належить рентгелогічному та гастроскопічному методам. Біопсія при ендоскопії дозволяє дати цитологічну і морфологічну характеристику поліпів. Це дозволить сімейному лікарю мотивувати хворого до ендоскопічної малоінвазивної операції з приводу поліпа чи поліпозного ураження шлунка.

У ПОКОД протягом 3 років звернулось за направленням та виявлено під час обстеження в умовах поліклінічного відділення диспансеру 158 хворих: чоловіків – 92, жінок – 66. Середній вік – 56,3 року. Усім хворим під час ендоскопічного обстеження була проведена біопсія з цитологічним і патогістологічним дослідженнями (табл. 1).

У 2 хворих виявлена малігнізація поліпів, котрим в умовах ПОКОД виконані дистальні субтотальні резекції шлунка. Іншим хворим, у яких поліпи розташовувались в тілі шлунка, було запропоноване малоінвазивне хірургічне втручання – видалення поліпа з обов'язковим

Патоморфологічна картина поліпів (за даними ПОКОД)

Патоморфологічне визначення поліпа	Кількість	Розмір поліпа		
		До 1 см	2 см	≥ 2 см
Аденоматозний	24	18	6	-
Залозистий	16	4	12	-
Фібroadеноматозний	4	2	-	2
З малігнізацією	2	-	-	2
Усього	46	24	18	4

Таблиця 2

Патоморфологічна картина поліпів (за даними ПОКЛ)

Патоморфологічне визначення поліпа	Кількість	Розмір поліпа		
		До 1 см	До 2 см	≥ 2 см
Аденоматозний	75	61	14	-
Залізистий	21	7	14	-
Фібroadеноматозний	18	18	-	-
Усього	114	86	28	-

патогістологічним дослідженням та післяопераційне лікування у сімейного лікаря за місцем проживання. У термін від декількох днів до 1 міс після запропонованого метода лікування звернулися 46 хворих із 158 для лікування малоінвазивною хірургією. Після операції було рекомендоване лікування та спостереження у сімейного лікаря за місцем проживання із візитом на контрольний огляд у ПОКОД через 3 міс.

Привертає увагу той факт, що 110 хворих не з'явилися на оперативне лікування у заклад і не мали зворотного зв'язку з сімейними лікарями. Автори допускають можливість оперативного лікування деяких з них в інших лікувальних закладах. Більше 100 хворих, яких не було проліковано, потенційно можуть стати хворими на рак шлунка і звернутись в онкологічний заклад у заданеному стані.

Аналогічна ситуація була досліджена у ПОКЛ, де протягом 3 років звернувся на ендоскопічне дослідження 201 хворий: чоловіків – 126, жінок – 75. Середній вік склав 55,6 року (табл. 2).

Після рекомендацій на оперативне лікування з'явилися 114 хворих, 87 від оперативного лікування відмовились. Часто хворі не дають згоди на великі операції, а завдання

сімейного лікаря поінформувати хворого та його родичів про необхідність ендоскопічного (малоінвазивного) видалення поліпа та забезпечення подальшого лікування. Ці втручання можна виконувати в ендоскопічних відділеннях обласних лікарень та онкологічних диспансерів. Оцінювання сімейним лікарем патогістологічних змін поліпа при обстеженні хворого дозволить зробити вибір метода лікування, включаючи і малоінвазивну хірургію.

ВИСНОВКИ

1. Проведені клінічне, ендоскопічне, цитологічне та патогістологічне дослідження у двох обласних лікувальних закладах встановили: при виявленні 359 хворих із поліпами шлунка на інвазивне оперативне втручання погордились 160 хворих, а 199 залишились нелікованими.
2. Установлені патологістологічні характеристики свідчать про передраковий стан, який без відповідного втручання надзвичайно часто перероджується на рак.
3. Сімейним лікарям необхідно активніше працювати з цими групами хворих, своєчасно направляти на обстеження та хірургічне лікування малоінвазивними методами з подальшим спостереженням протягом року.

Работа семейного врача по выявлению и своевременному лечению методом эндоскопической, малоинвазивной хирургии некоторых предраковых заболеваний желудка
В.Н. Ждан, К.В. Баранников, В.П. Баштан, В.В. Галинский, В.И. Вирченко, О.Е. Муковоз, В.В. Ищенко, В.П. Шелешко

Work of family doctors to identify and timely treatment of endoscopic, minimally invasive surgery some precancerous diseases of the stomach
V. Zhdan, K. Barannikov, V. Bashtan, V. Galinsky, V. Virchenko, O. Mukovoz, V. Ishchenko, P. Sheleshko

В статье представлены данные Полтавского областного клинического диспансера и Полтавской областной клинической больницы, в которых было проведено клиническое, эндоскопическое и патогистологическое исследование 359 полипов желудка. Инвазивное оперативное лечение применили 160 больным, а 199 остались нелечеными. Дана рекомендация семейным врачам активнее работать с группами больных, которые отказываются от лечения, ориентировать их на малоинвазивные эндоскопические операции предраковых состояний.

In the articles presented dates conducted clinical, endoscopic and pathahysiological research of two regional curative establishments at an exposure 359 polypuses of stomach. Invasion operative intervention is done 160 to the patients, and 199 remained not treated. It is indicated to the domestic doctors on a necessity more active to work with the groups of patients, that renounce treatment, orient them on the littleinvasion endoscopic methods of treatment of the precancerous states.

Ключевые слова: полип, полипозная болезнь, аденоматозные полипы, эндоскопическая резекция полипов желудка, малоинвазивная хирургия, рак желудка.

Key words: polyp, polynosis disease, adenomatous polyps, endoscopic resection of polyps of the stomach, minimally invasive surgery, gastric cancer.

Сведения об авторах

- Ждан Вячеслав Николаевич** – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23
Баранников Константин Владимирович – Кафедра онкологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, 01149, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050)475-17-88
Баштан Владимир Петрович – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (097) 935-00-87
Галинский Владимир Борисович – Полтавский областной клинический онкологический диспансер, 36011, г. Полтава, ул. Володарского, 7а; тел.: (0532) 50-29-72
Вирченко Виктор Иванович – Полтавская областная клиническая больница, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 50-29-72
Муковоз Оксана Евгеньевна – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (050) 635-54-13
Ищенко Виктория Владимировна – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (0532) 68-73-31
Шелешко Петр Венедиктович – Украинская медицинская стоматологическая академия, 36011, г. Полтава, ул. Шевченко, 23

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Яковенко В.О. Ендоскопічна і морфологічна діагностика, малоінвазивне лікування передракових змін слизової оболонки шлунка: монографія / В.О. Яковенко, М.П. Захараш, О.Г. Курик. – Вінниця, 2013. – 135 с.
2. Малихова О.А. Эндоскопическая резекция слизистого и подслизистого слоев желудка как диагностический и лечебный метод в онкологии / О.А. Малихова, Ю.П. Кувшинов, И.С. Стилиди, М.Д. Будурова / Практическая онкология. – 2009. – Т. 10, № 1.
3. Баранников К.В. Ендоскопічні та морфологічні аспекти діагностики та лікування хворих на поліпи шлунка: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 2010. – 21 с.
4. Бондар Г.В., Думанський Ю.В., Попович О.Ю., Баштан В.П., Чорнобай А.В., Корнєєв О.В., Литвиненко В.Є., Соколова Н.А. Онкологія (національний підручник). – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 544 с.
5. Баштан В.П., Жукова Т.А., Корнєєв О.В., Литвиненко В.Є., Литвиненко Б.В., Марченко В.Ю., Одабашьян А.Л., Соколова Н.А, Чорнобай А.В., Шелешко П.В. Онкологія (учебное пособие) / Под ред. Баштана В.П., Шелешка П.В., Литвиненко В.Є. – Полтава: «АСМИ», 2013. – 336 с.

Статья поступила в редакцию 30.06.2015

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ШАНСЫ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ НА ЖИЗНЬ МОЖНО ПОВЫСИТЬ С ПОМОЩЬЮ ПРОСТОГО МЕТОДА

У недоношенных детей (тем более родившихся намного раньше срока) системы организма, в первую очередь дыхательная, функционируют очень нестабильно. Однако состояние таких новорожденных можно заметно улучшить с помощью позднего пережатия пуповины.

Большинство акушеров придерживаются той точки зрения, что пережимать пуповину после появления ребенка на свет следует как можно скорее - в течение не более 10 секунд.

Считается, что этот прием способствует снижению риска развития физиологической желтухи, которая у большинства новорожденных проходит самостоятельно, однако иногда может принять и хронический характер.

А педиатры из Национальной детской клиники в американском штате Огайо (Nationwide Children's

Hospital in Ohio) утверждают, что, по крайней мере, у недоношенных детей пережатие пуповины лучше проводить через 30-45 секунд после рождения ребенка.

Это способствует улучшению состояния младенцев, у которых, благодаря такому несложному приему, реже наблюдается опасное понижение давления, а снабжение тканей организма кислородом заметно улучшается.

Врачи из штата Огайо наблюдали 2 группы новорожденных численностью по 20 человек каждая. Все дети появились на свет недоношенными на 22-27 неделе внутриутробного развития. Средняя продолжительность периода внутриутробного развития в этой группе составляла 24 недели.

Половине младенцев пуповину пережимали в течение 5-10 секунд после появления на свет, а осталь-

ным 20 малышам - 30-45 секунд спустя после рождения.

Наблюдение за всеми младенцами позволило определить, что у детей, которым пуповину пережимали позднее рекомендованного срока, наблюдалось улучшение показателей артериального давления.

По сравнению с детьми, которым пуповину пережимали согласно стандартным рекомендациям, они реже нуждались в лечении сниженного артериального давления и переливании донорской крови на протяжении первых 28 дней жизни.

Ранее шведские ученые из университета шведского города Умео (Umea University), которые провели сходное исследование, обнаружили, что позднее пережатие пуповины препятствует развитию анемии в течение первого года жизни.

Источник: www.health-ua.org