

УДК 616.33-006.5-089.819

ЕНДОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПОЛІПАХ КУКСИ ШЛУНКА

Русин В.І., Болдіжар О.О., Василів А.Р., Паканич Ю.А.

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: на базі хірургічної клініки ендоскопічно обстежено 177 хворих, оперованих із приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) терміном від 1 до 25 років. Резекцію шлунка за Б-I було виконано 76 хворим, за Б-II – 101 пацієнту. Поліпи кукси шлунка зустрічаються приблизно з однаковою частотою після резекції за Б-I та Б-II відповідно 7,9% та 8,9%. Більше 70% виявлених випадків поліпозу шлунка припадає на терміни 11-20 років після операції і не залежить від способу останньої. Хромоскопія дозволяє виявити диспластичні і метастатичні зміни кукси шлунка, що в свою чергу підвищує ефективність біопсії.

Ключові слова: поліп кукси шлунка, хромоскопія, рН-метрія, поліпектомія

Вступ. Діагностика і лікування поліпів шлунка залишається однією з актуальних проблем захворювань травного тракту.

Незважаючи на відносну багаточисленність та давність досліджень проблеми поліпів шлунка та розповсюдженість захворювання, цілий ряд клінічних та теоретичних положень потребують подальшого свого вивчення [1, 4].

Поліпи шлунка викликають увагу лікарів різних спеціальностей як супутне або самостійне захворювання, або, таке, що трансформується в карциному. І якщо раніше загальноприйнятою тактикою лікування таких хворих була резекція шлунка як основна міра профілактики раннього раку, то на сьогоднішній день підхід до хірургічного втручання став більш виваженим.

Встановлено, що частота малігнізації поліпів шлунка визначається їх морфологічною будовою. Відповідно, є можливим диференційований підхід до лікування – виконанням за показами як резекцій шлунка, так і ендоскопічної поліпектомії або прискіпливе спостереження за хворими з поліпами шлунка в динаміці [2]. В той же час у літературі відсутня єдина думка стосовно лікувальної тактики, показань до поліпектомії у пацієнтів, які вже перенесли резекційні способи лікування з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

Надзвичайно важливою є не тільки констатація фактів розвитку патології у куксі шлунка, але і розробка етапно-реабілітаційного лікування оперованих хворих.

Мета дослідження – покращення результатів ендоскопічної діагностики і лікування поліпів кукси шлунка.

Матеріали і методи. На базі хірургічної клініки Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака (м. Ужгород) ендоскопічно обстежено 177 хворих, оперованих із приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) терміном від 1 до 25 років. Резекцію шлунка за Б-I було виконано 76 хворим, за Б-II – 101 пацієнту.

Ендоскопічне обстеження проводилось за допомогою відеоендоскопів „Pentax” EG-2430 із відеопроцесором EPM-3500 або „Olympus” GIF-K20. Пристінкова рН-метрія проводилась за допомогою комп'ютерної системи аналізу внутрішньо порожнинного рН шлунка з одноелектродним зондом П-рН-2 через біопсійний канал ендоскопа [3].

Матеріали для гістологічного дослідження поліпів та слизової кукси шлунка отримували за допомогою прицільної біопсії, а також з видалених поліпів, користуючись петлями-електродами „Olimpus”, „АСМІ” щипчиками для гарячої біопсії. Обстеження проводилися у такій послідовності: діагностична гастроскопія кукси шлунка, хромоскопія, рН-метрія, прицільна біопсія, гістологія, видалення поліпа.

У післяопераційному періоді ендоскопічний контроль проводили через 14-15 та 30 днів. Повторна диспансерна ендоскопія кожні 6 місяців.

Результати дослідження та їх обговорення. Поліпи в куксі шлунка виявили у 15 з 177 хворих, що склало 8,5% (табл.1).

Таблиця 1

Поліпи кукси шлунка у залежності від строків та способу резекції шлунка

| Види операцій | до 5 років | | 6-10 років | | 11-15 років | | 16-20 років | | більше 25 років | | Усього | |
|---------------------------------|------------|-----|------------|-----|-------------|-----|-------------|-----|-----------------|-----|--------|-----|
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Резекція шлунка по Б-I (n=76) | | | | | 3 | 3,9 | 3 | 3,9 | | | 6 | 7,9 |
| Резекція шлунка по Б-II (n=101) | 2 | 1,9 | 1 | 0,9 | 2 | 1,9 | 3 | 3 | 1 | 0,9 | 9 | 8,9 |

Характерною особливістю у групі пацієнтів, яким була виконана резекція шлунка за Б-I, було виявлення поліпів у віддаленому періоді спостереження (6 хворих) – від 11 до 20 років.

При резекції шлунка за Б-II поліпи виявляли практично протягом усього періоду спостереження, і їх сумарна кількість складала 9 (8,9%).

Поліпи та поліпоз рідко поєднувалися з патологією стравоходу, тільки у 1 хворого із 15 діагностовано езофагіт II ст., недостатність фізіологічного жому кардії в комбінації з рефлюкс-езофагітом у 2 хворих. Атрофічний гастрит діагностовано у 13 хворих, гіпертрофічний та поверхневий по одному випадку. Рефлюкс кишкового вмісту спостерігався у 10 хворих, практично у всіх хворих виявлено зяючий анастомоз, що не перестальтує, переважно овальної форми. Найбільш частою локалізацією поліпів був гастроентероанастомоз – 7 хворих, здебільшого по задньо-нижньому його напівколу; у 5 хворих поліпи знайдені в тілі кукси, переважно на великій кривизні і задній стінці, ближче (1-3 см) до анастомозу, тобто у зоні найбільшого впливу кишкового вмісту. У одного хворого виявлена більш рідка локалізація – задня стінка кардії. У одного хворого діагностовано 3 поліпи, у двох випадках виявлялись множинні поліпи (до 15-20)

розмірами до 0,2-0,5 см. Величина солітарних поліпів варіювала від 0,5 до 3,5 см, здебільшого не перевищувала 1,0-1,2 см. Нами виявлено два істинні поліпи у перші 5 років спостереження після резекції за Б-II. Проте через 11-20 років після резекцій, відсоток діагностики поліпів складає більше 70%, не залежно від способу резекції. При виконанні пристіночної рН-метрії у жодного з 15 хворих не виявлено нормо- або гіперацидного стану. Проте у 9 із 15 хворих рН-метрія дала анацидний стан, а у 6 – гіпоацидний. Всім 11 хворим виконано електроексцизію або електрокоагуляцію поліпів за допомогою петлі, а при малих розмірах до 0,5 см за допомогою щипчиків для гарячої біопсії.

Коагуляційна виразка (дефект слизової) гоїлася в строки від 1 до 3 тижнів у залежності від її розмірів. Гістологічне підтвердження одержане у 12 хворих із 15. У двох випадках відсічені поліпи висковзнули у відведну петлю кишки і в одному випадку поліп згорів. Найбільш частою згідно з гістологічними дослідженнями була аденоматозна форма – у 5, гіперплазійна – 7, поліпи з малігнізацією – 1 хворого, котрому була виконана гастректомія у модифікації клініки з включенням у пасаж ДПК (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл поліпів кукси шлунка в залежності від їх типу по S.Yamada

| Тип поліпів кукси шлунка | Число поліпів | |
|--------------------------|-----------------|-----|
| | Абсолютне число | % |
| I | 3 | 1,7 |
| II | 3 | 1,7 |
| III | 4 | 2,3 |
| IV | 5 | 2,8 |
| Усього | 15 | 8,5 |

Як видно з таблиці, згідно з класифікацією S.Yamada переважна кількість гіперпластичних поліпів є поліпами I, II, III та IV типів [6]. При цьому поліпи III та IV типів переважають – відповідно 2,3% та 2,8%. При цьому поліпи I типу характеризуються плоскими бляшкоподібними утворами, не відрізняються від навколишньої слизової оболонки, виявляються при використанні вітальних барвників. Поліпи при цьому множинні, їхній діаметр коливається в межах 0,3-0,6 см.

Поліпи II типу мають напівшаровидну форму, при цьому основа – найширша частина. Діаметр їх може сягати до 1,5-2,0 см.

Поліпи III типу є округлими або овальними утворами на слизовій оболонці розмірами від декількох міліметрів до декількох сантиметрів.

Поліпи IV типу – це пухлини, які мають чітко сформовану ніжку різної довжини.

Раніше в Європі загальним критерієм раку була інвазія власної пластинки слизової оболонки. В Японії рак діагностували головним чином згідно з цитологічними змінами – анізокаріоз, збільшення об'єму ядра, наявність виражених ядришок і втра-

ту полярності клітин. Ці розбіжності були ліквідовані прийняттям узгодженої міжнародної класифікації епітеліальних неоплазій травного тракту в 2000 році [5]. У цій класифікації дисплазія визначена як неоплазія (клон клітин, які відрізняються від інших тканин автономним ростом і соматичними мутаціями). Це означає, що дисплазія вимагають відповідної тактики з боку клініцистів, яка визначається стадією процесу. Центральною фігурою в діагностиці, яка визначає тактику лікування хворих, є патологоанатом, який чітко має уявляти наслідки поставленого діагнозу „дисплазія”. Ось чому для підвищення точності патоморфологічного діагнозу раціональним є отримання заключення від двох і більше незалежних патологоанатомів.

Ми розділяємо точку зору авторів, що ендоскопічна поліпектомія обов'язково повинна проводитися в стаціонарі при наявності відповідної апаратури і розгорнутої операційної, що дає можливість надання кваліфікованої медичної допомоги при виникненні будь-якого ускладнення.

У той же час доктрина диспансеризації оперованих хворих із приводу виразкової хвороби шлу-

нка та ДПК має бути переглянута на користь ендоскопічного обстеження цих хворих кожні 6 місяців після операції з обов'язковою хромогастроскопією та рН-метрією для виділення підгрупи хворих з атрофічними гастритами на фоні анацидного стану, у яких є більш вірогідним розвиток епітеліальної дисплазії слизової кукси шлунка у віддаленому післяопераційному періоді.

Висновки. 1. Поліпи кукси шлунка зустрічаються приблизно з однаковою частотою після резекції за Б-I та Б-II відповідно 7,9% та 8,9%.

2. Більше 70% виявлених випадків поліпозу шлунка припадає на терміни 11-20 років після операції і не залежить від способу останньої.

3. Хромоскопія дозволяє виявити диспластичні і метастатичні зміни кукси шлунка, що в свою чергу підвищує ефективність біопсії.

4. Усі хворі, яким виконувалися резекційні способи лікування виразкової хвороби шлунка або дванадцятипалої кишки пожиттєво повинні проходити диспансерний огляд кожні 6 місяців.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галимов О.В. Эндоскопия в диагностике и лечении полипов желудка /О.В. Галимов, Т.В. Рылова, В.О. Ханов // Вестник хирургии. – 2008. – Т. 167, №5. – С. 65-67.
2. Крылов Н.Н., Кузин М.И. К методике оценки результатов операций на желудке /Н.Н. Кузин, М.И. Кузин // Хирургия. – 2000. – №2. – С. 17-20.
3. Хромогастроскопия резекованого шлунка / В.І.Русин, О.О.Болдіжар, Ю.А.Паканич [та інш.] // Науковий вісник. – 2008. – №33. – С. 204-207.
4. Эндоскопические вмешательства при полипах желудка / О.В.Галимов, В.О.Ханов, Т.В. Рылова [и др.] // Хирургия. – 2009. – №1. – С.20-24.
5. Vienna classification of gastrointestinab epithelial neoplasia / R.I.Schlemper, Y.Kato, M.Itabashi [et al.] // Gut. – 2000. – №47. – P. 251-256.
6. Yamada S., Ichikawa H. Endoscopic characteristics of epithelial gastric polyps / S.Yamada, H. Ichikawa // I.Gastroenterol. – 1996. – 6:5. – P.132-654.

SUMMARY

ENDOSCOPICAL INTERVENTIONS ON GASTRIC STUMP POLYPS

Rusyn V.I., Boldizhar O.O., Vasylyv A.R., Pacanych Y.A.

In surgical clinic of Transcarpathian Regional clinical hospital 177 patients, who underwent surgeries on gastric or duodenal ulcer in last 25 years, were examined endoscopically. Resection after BI was performed in 76 patients and after BII – in 101. The gastric stump polyps were diagnosed with similar frequency in both groups (7,9% and 8,9%). In more than 70% of cases polyps were diagnosed in terms of 11-20 years after resection and the surgical technique hadn't influenced this index. Chromoscopy allows to definite dysplastic and metaplastic changes in gastric stump, which enables to increase biopsy efficacy.

Key words: gastric stump polyp, chromoscopy, pH- metry, polipectomy