

Украина, Киев
20-23 сентября 2000 г.

І СЪЕЗД ВРАЧЕЙ ЭНДОСКОПИСТОВ УКРАИНЫ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ

АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ
ЭНДОСКОПИСТОВ УКРАИНЫ

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ
МАЛОИНВАЗИВНОЙ
И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ХИРУРГИИ

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ:

Бойко Г.С.
Бурий А.Н.
Весельский В.Л.
Гирий В.Н.
Головин С.Г.
Горбенко Ю.В.
Грубник В.В.
Данчин А.Г.
Захараш М.П.
Зозуля И.С.
Кимакович В.И.
Кузнецов К.В.
Левин В.Ф.
Москаленко В.Ф.
Мясоедов Д.В.
Никишасв В.И.
Ничитайло М.Е.
Паламарчук В.И.
Рикберг А.Б.
Тофан А.В.
Фомин П.Д.
Цаберябий А.А.

РАЗДЕЛ 1/№2 Volume 4/с.35

Актуальные вопросы
диагностической и
лечебной эндоскопии

РАЗДЕЛ 2/№2 Volume 4/с.59

Диагностическая
и лечебная
бронхотерапия

РАЗДЕЛ 3/№3 Volume 4/с.37

Диагностическая
и лечебная эндоскопия
при
желудочно-кишечных
кровотечениях

РАЗДЕЛ 4/№3 Volume 4/с.49

Малоинвазивные
методы
в нейрохирургии, абдоминальной
хирургии,
торакальной хирургии
и гинекологии

спонсор съезда



Киевский клинический госпиталь



УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ МАЛОИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

ПОДПИСКА-2000-2001

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС 40719

ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ УКРАИНЫ

ГОДОВАЯ ПОДПИСНАЯ ЦЕНА 12 ГРН !!!

Глубокоуважаемые читатели, подписчики, авторы оригинальных статей!

Редакционная коллегия и издательский совет информируют Вас о том, что "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" вновь в открытой подписке 2000-2001 гг. во всех отделениях связи Украины.

Кроме того, Вы можете приобрести журнал в розничной продаже специализированных магазинов системы "Медицинская книга" Украины.

С 2000 года журнал является структурным подразделением Киевского клинического госпиталя, благодаря чему журнал стал еще более доступным для своих читателей.

КИЕВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ

ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БЕСПЛАТНУЮ ГОДОВУЮ ПОДПИСКУ

в целях поддержки научно-практических исследований в области малоинвазивной и эндоскопической хирургии Киевский клинический госпиталь предоставляет полную годовую подписку 2000-2001 гг. на "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" для 100 студентов медицинских ВУЗов Украины и интернов/резидентов всех хирургических специальностей Украины.

Полные данные о соискателях с их профессиональными интересами должны быть высланы не позднее 30 ноября 2000 года по адресу Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18, "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии", с пометкой *на подписку*.

ГЛАВНЫЙ ВОЕННЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ МО УКРАИНЫ

КЛИНИКА НЕЙРОХИРУРГИИ И НЕВРОЛОГИИ

НЕЙРОЭНДОСКОПИЯ

УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ ЦИКЛЫ

Для получения
дополнительной
информации
обращаться:

252016 Украина,
г. Киев,
ул. Госпитальная, 18

Клиника
нейрохирургии
и неврологии
Главного военного
клинического
госпиталя
Министерства
Обороны Украины
тел. (044) 261-9521
факс (044) 264-4801

Ежемесячные циклы обучения нейроэндоскопическим и малоинвазивным методам оперативных вмешательств, эндоскопической ассистирующей нейрохирургии

Программа обучения:

- ❶. Концепция Key-Hole доступов в нейрохирургии.
- ❷. Концепция эндоскопических доступов.
- ❸. Концепция эндоскопических ассистирующих доступов.
- ❹. Анатомия желудочковой системы.
- ❺. Специальное оборудование для проведения нейроэндоскопических операций.
- ❻. Техника нейроэндоскопических операций:
 - ✓ вентрикулостомия дна третьего желудочка;
 - ✓ операции при кистозных образованиях головного мозга;
 - ✓ операции на желудочковой системе головного мозга.
- ❼. Техника эндоскопических ассистирующих операций:
 - ✓ хронические субдуральные гематомы;
 - ✓ внутримозговые кровоизлияния;
 - ✓ кистозные образования головного мозга супра- и субтенториальной локализации:
 - ♦ арахноидальные кисты;
 - ♦ кистозные опухоли;
 - ✓ грыжи дисков поясничного отдела позвоночника.



Клиника нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины

имеет в своем составе 4 лечебных отделения: нейрохирургическое — 35 коек, неврологическое — 30 коек, ангионеврологическое — 30 коек, анестезиологии и реанимации — 10 коек. Все виды оперативных вмешательств на центральной и периферической нервной системе с применением новых эндоскопических и микрохирургических технологий:

1. Дискогенные пояснично-крестцовые радикулиты (грыжи дисков).
2. Повреждения позвоночника и спинного мозга.
3. Опухоли головного и спинного мозга.
4. Острые, подострые и хронические субдуральные и эпидуральные гематомы.
5. Внутримозговые кровоизлияния.
6. Абсцессы головного мозга.
7. Окклюзирующие заболевания головного мозга.
8. Огнестрельные ранения головного и спинного мозга.

Украина, 252016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18.
тел.: (044) 2619521
факс: (044) 2644801

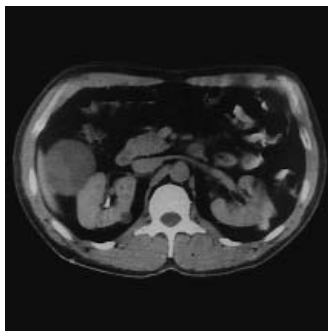
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

9 Особливості хірургії інтрамедулярних новоутворень

Поліщук М.Є., Слинько Є.І., Муравський А.В.

Surgery of Intramedullar Tumors

N.E. Polischuk, E.I. Slinko, A.V. Muravsky



16 Структура післяопераційної летальності при хірургічному лікуванні масивних внутрішньомозкових гематом в залежності від методу оперативного втручання

Данчин О.Г.

Structure of Postoperative Lethality after Surgical Treatment Massive Intracerebral Hematomas Depending on a Method of Operative Intervention

A.G. Danchin

19 Чрезкожная пункция в диагностике опухоли солитарных кист почек

Возианов А.Ф., Возианов С.А., Щербак А.Ю., Ишмурадов Б.Т., Турсунов Б.С., Капуловский А.И.

Skin-puncture in Diagnostics of Kidneys Solitary Cysts Tumors

A.F. Vozianov, S.A. Vozianov, A.Yu. Scherbak, B.T. Ishmuradov, B.S. Tursunov, A.N. Kapulovskiy

22 Клінічні варіанти блокуючого остеосинтезу переломів стегнової кістки

Васюк В.Л., Рубленік І.М.

Clinical Variants of Femoral Shaft Fractures Interlocking Nailing

V.L. Vasyuk, I.M. Rublenik

26 Лечение эхинококковых кист печени путем чрезкожных вмешательств под контролем ультразвука

Ничитайло М.Е., Бойко А.В., Мошковський Г.Ю., Щербина С.И.

Percutaneous Punction of Hepatic Hydatid Cysts with Ultra-Sound-Guidance

M.E. Nichitailo, A.V. Boiko, G.Yu. Moshkovskiy, S.I. Scherbina



ЛИТЕРАТУРНЫЕ ОБЗОРЫ

30 Лапароскопия в диагностике и лечении острых заболеваний и травм живота (обзор литературы)

Гешелин С.А., Мищенко Н.В., Каштальян М.А.

Laparoscopy in Diagnostics and Treatment of Acute Abdominal Pathology (Literature Review)

S.A. Geshelin, N.V. Mischenko, M.A. Kashtalian

36 Інструкції для авторів

I СЪЕЗД ВРАЧЕЙ ЭНДОСКОПИСТОВ УКРАИНЫ — МАТЕРИАЛЫ СЪЕЗДА — ЧАСТЬ II

37 Раздел 3. Диагностическая и лечебная эндоскопия при желудочно-кишечных кровотечениях

49 Раздел 4. Малоинвазивные методы в нейрохирургии, абдоминальной хирургии, торакальной хирургии и гинекологии

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2000

© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії, 2000

© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2000

Все права захищені. Перепечатка матеріалів або їх частей в будь-якому виді без письмового згоди держателя авторських прав буде преследуватися в судовому порядку.

© Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery, 2000

© Ukrainian Fund of the Support and Development of Neuro-endoscopy and Endoscopic Neurosurgery. All rights reserved.

© Kiev's Clinical Hospital, Medical Corp. All right reserved.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЇ ІНТРАМЕДУЛЯРНИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Поліщук М.Є., Слинько Є.І., Муравський А.В.

Кафедра нейрохірургії КМАПО

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, Київ

Surgery of Intramedullar Tumors

N.E. Polischuk, E.I. Slinko, A.V. Muravsky

Chair of Neurosurgery, Kiev's Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Institute of Neurosurgery, AMS of Ukraine, Kiev

Summary

We analyzed 60 cases of surgical treatment of intramedullar tumors. Ependimomas, astrocytomas, hemangioblastomas, cavernomas consisted majority of treated cases. The focal type of tumor grows alleviated its radical removal. In all cases we used posterior or posterolateral approach to spinal cord and myelotomy. In all cases the incision was directed towards anatomical center of spinal cord. The technique of tumor removing was mainly depended on tumors growth. The total tumor removing was achieved in cavernomas and hemangioblastomas. In patients with ependimomas the total, subtotal and partial removing divided equally between patients. As a final result we achieved regression of neurological symptoms.

Keywords: intramedullar tumors, surgical technique.

Вступ

До недавнього часу в зв'язку з недосконалістю діагностики, особливостями хірургічної техніки, можливістю наростання неврологічної симптоматики в післяопераційному періоді оперативні втручання при інтрамедулярних новоутвореннях проводились рідко. Завдяки розвитку сучасних методів діагностики (особливо МРТ), застосуванню мікрохірургічної техніки видалення інтрамедулярних спінальних новоутворень кількість публікацій про успішність хірургічних втручань значно зросла. Розвиток інтраопераційної діагностики (соматосенсорні викликані потенціали, моторні викликані потенціали) дозволили підвищити радикальність хірургії спінальних новоутворень, мінімізувати післяопераційні неврологічні порушення.

Проаналізовано хірургічну техніку та результати оперативних втручань у хворих з інтрамедулярними новоутвореннями, які знаходились на лікуванні в клініці патології хребта та спинного мозку інституту

нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України в період з 1993 по 1999 рік. Каверноми включені в цю групу в зв'язку з подібністю хірургічної техніки при їх видаленні з інтрамедулярними спінальними новоутвореннями.

Матеріали та методи

У 60 хворих зі спінальними новоутвореннями проведені оперативні втручання, що включали мієлотомію та видалення новоутворення. Хворі перед операцією обстежені неврологічно, їм проведено МРТ-графія, КТ-графія, при необхідності — ангиографія. Проводилась оцінка неврологічної симптоматики до операції та після операції (на момент виписки хворого зі стаціонару).

Результати

Локалізація пухлини по відношенню до спинного мозку встановлювалась до операції за даними МРТ та КТ-графії, це було надзвичайно важливо, так як на основі цього планувались хірургічний доступ та проведення мієлотомії.

Найбільш часто інтрамедулярні спінальні новоутворення локалізувались в шийному, дещо рідше медулоцервікальному та грудному відділі (таблиця 1). Переважну більшість новоутворень складали епендіноми, астроцитомы, гемангіобластоми, каверноми.

У 37 хворих пухлини розташовувались виключно в спинному мозку, не порушуючи його піальну оболонку, у 13 хворих мало місце екзофітне випячування новоутворення на поверхню спинного мозку, у 10 хворих значна частина пухлини виходила за межі спинного мозку та розташовувалась в субдуральних просторах (таблиця 2).

На основі даних МРТ, операційних знахідок всі спинномозкові утворення по типу росту були розподілені на

дифузні та фокальні (таблиця 3). Останні були сприятливими для радикального видалення.

Детальна неврологічна оцінка в перед- та післяопераційному періодах дозволяла оцінити адекватність та безпечність проводимого оперативного втручання. На основі порівняння перед- та післяопераційної провідникової симптоматики оцінювались адекватність проведеної мієлотомії (особливо довгих розрізів спинного мозку), адекватність тракцій країв спинного мозку в зоні мієлотомії, ступінь збереження білої речовини спинного мозку при видаленні пухлини.

Серед провідникової симптоматики найбільша увага приділялась моторним функціям, а саме — порушенням функцій нижніх кінцівок. (таблиця 4). Моторна функція в нижніх кінцівках оцінювалась за 6-ти бальною функціональною шкалою:

0 — неврологічно інтактні нижні кінцівки, I — знижена сила в ногах, проте можлива самостійна ходьба, II — сила в ногах знижена, хворі можуть ходити зі сторонньою допомогою (палка, жердина), III — хворі можуть тільки стояти, IV — слабкі рухи в ногах, неможливість протидіяти силі гравітації, V — паралегія. В більшості випадків проводилась задньосерединна мієлотомія, тому задньостовбурові сенсорні порушення були найбільш частими неврологічними порушеннями в післяопераційному періоді.

Мієлотомія

В усіх випадках застосовувався задній або задньобоківий доступи. Використовувались три типи розрізів спинного мозку — задньосерединна мієлотомія, розріз по зоні входу задніх корінців спинного мозку (REZ-зона), зоні в області виходу із мозку пухлини. Якщо новоутворення розташовувалось ендоефітно, мало фокальну форму, займало 1-2 спінальних сегментів, локалізувалось ближче до бокової поверхні спинного мозку проводився розріз по REZ — зоні (у 7 хворих). Ми старались уникати розрізів в REZ зоні в поперековому та шийному потовщеннях як в найбільш функціонально важливих відділах мозку.

При ендоефітних та протяжних по довжині спинного мозку новоутвореннях, дифузних формах, серединно розташованих новоутвореннях перевага надавалась задньосерединній мієлотомії.

Задньосерединна мієлотомія була використана нами в більшості випадків (49 хворих). При екзофітному рості

пухлини або розповсюдженні її в субдуральні простори (інтра-екстрамедулярно) розріз проводився в зоні виходу пухлини (4 хворих). Якщо в спинному мозку пухлина розташовувалась на великій по довжині ділянці, використовувались комбіновані розрізи мозку в зоні виходу з нього пухлини та задньосерединної мієлотомії (6 хворих).

При проведенні серединної мієлотомії важливим було проведення розрізу суворо поздовжньо по серединній лінії. Оскільки задня серединна борозда не візуалізується, орієнтиром для розрізу була середина між виходом задніх корінців з двох сторін. Перед розрізом проводилась тільки коагуляція великих судин в зоні розрізу. Малі судини, при їх кровоточивості, коагулювались тільки після розрізу. При наявності в зоні розрізу великої магістральної судини, розріз проводився вище або нижче неї. Розріз проводився мікроножницями або скальпелем, поступово поглиблювався до виявлення внутрішньомозкового новоутворення. Після цього краї розрізу розводились лігатурами за прошиту піальну оболонку.

Якщо мієлотомія проводилась в REZ — зоні, то розріз проходив дорзальніше від задніх спінальних корінців. Спінальні корінці залишались прикріпленими до вентральної частини розсіченого спинного мозку. Деколи корінці прикривали місце екзофітного виходу пухлини або місце локальних змін кольору спинного мозку. В таких випадках корінці відводились в сторону та проводилась ревізія поверхні мозку неподалік від корінців. Мієлотомія в зоні входження задніх корінців спинного мозку найбільш безпечна в грудному відділі спинного мозку, так як тут спинномозкові корінці не мають такого функціонального навантаження як в інших відділах спинного мозку. Це дозволяє без інвалідизуючого функціонального дефекту проводити розрізи на протязі 3-5 та більше спінальних сегментів. Розміри мієлотомії в залежності від гістологічного типу пухлини приведені в таблиці 5.

Маніпуляції в спинному мозку

Після розсічення поверхні розріз спрямовується в глибину спинного мозку. Якщо новоутворення розташовувалось поверхнево, труднощі у виявленні пухлини незначні. Проте при глибокому розташуванні пухлини виникали певні труднощі з напрямом розрізу. У всіх випадках розріз на поверхні спинного мозку повинен слідувати до анатомічного центру спинного мозку (радіарно). Тільки та-

Таблиця 1. Співвідношення локалізації пухлини (по довжині спинного мозку) та гістологічного типу.

Гістологічний тип	Локалізація новоутворення					Всього
	Медулоцервікальна	Шийна	Шийно-грудна	Грудна	Конус-епіконус	
Епендиміома	2	6	5	6	3	22
Астроцитиома	3	7	3	2	1	16
Олігодендрогліома	-	1	-	-	-	1
Холестеатома	-	-	-	1	-	1
Гліобластома	-	-	-	1	-	1
Ліпома	-	-	-	1	-	1
Невринома	-	-	-	1	-	1
Гемангіобластома	1	2	2	3	2	10
Кавернозна ангиома	2	3	1	-	1	7
Всього	8	19	11	15	7	60

ким чином можна уникнути ушкодження провідникових шляхів спинного мозку. Так, якщо розріз з REZ — зони спрямований не до центру спинного мозку, а вентрально, він може пошкодити боковий пірамідний шлях. Боковий пірамідний шлях може бути пошкодженим, якщо розріз по типу задньосерединної мієлотомії відхиляється в сторону від центру спинного мозку. Розрізи мозку, які в рідких випадках виконуються з переднього доступу, на його вентральній поверхні також повинні бути спрямовані до центру спинного мозку.

Поглиблення розрізу в речовині спинного мозку виконувалось під 6-18 кратним збільшенням мікроскопу. Волонна білої речовини не розсікались, вони розводились в сторони мікродисектором.

Техніка видалення об'ємного новоутворення

Хірургічна техніка відрізнялась не тільки від типу росту пухлини, але й від виду патології. Мають свої особливості видалення: видалення фокальних, дифузних пухлин, каверном, гемангіобластом, а також пухлин з екзофітним розповсюдженням. При наявності кист в новоутворенні хірургічна техніка також має свої особливості.

Видалення фокальних пухлин починалось після того як розріз доходив до їх межі з мозком, розріз продовжувався в глибину новоутворення, по частинах видалялась центральна частина новоутворення, після чого пухлину можна було зморщити. По краях розрізу мозку пухлина відділялась від мозкової речовини в дорзального-вентральному напрямку. Шляхом легкої траекції за залишки пухлини або її капсулу визначалась межа між пухлиною та мозком. По цій межі за допомогою мікропінцета, мікроножиць або мікрокрючка залишки пухлини відділялись від мозку. Особливо обережно це слід проводити в вентральних відділах мозку, так як наявні там сулькокомісуральні артерії часто розповсюджуються в пухлину. Надлишкова траекція вентральних залишків пухлини приводить до порушення гемодинаміки передньої спінальної артерії. Виділення пухлини від мозку можна було починати від полюсів пухлини або її серединної частини. Спочатку проводилось повне видалення новоутворення по його периметру на одній ділянці, в подальшому видалення йшло ротрально або каудально. Кровотеча при гліальних пухлинах була мінімальною, мікрокоагуляція використовувалась рідко.

Видалення фокальних пухлин у всіх випадках здійснювалось радикально: тотально або субтотально. Субтотальне видалення використовувалось в тих випадках, коли в деяких зонах пухлина не мала чіткої межі зі спинним мозком.

При дифузних гліальних пухлинах після мієлотомії та поглиблення розрізу намагались ідентифікувати межу пухлина-мозок. При цих формах росту пухлини межа як правило відсутня; незмінений, набрякший мозок поступово переходить в інфільтративно змінену мозкову речовину, котра, в свою чергу, переходить в виражену пухлинну тканину. На самому початку видалення пухлини біоптат направлявся на експрес гістологічну діагностику. Видалялась кускуванням центральна частина пухлини. Ділянки пухлини заховувались мікроокончатим пінцетом та відсікались. Видалення пухлини проводилось до межі зі зміненою мозковою речовиною.

Видалення гемангіобластом. В переважній більшості випадків ці пухлини розповсюджуються екзофітно на поверхню спинного мозку в зоні виходу із мозку задніх корінців. Гемангіобластоми, як правило, були спаяні з піальною оболонкою та задніми спінальними корінцями. Піальна оболонка є головним місцем прикріплення гемангіобластом, рідше вони локалізуються в глибині тканини спинного мозку або в кисті, судини, що живлять пухлину слідує по поверхні спинного мозку до пухлини. При видаленні пухлини коагулювались всі судини, котрі її живлять, після чого коагулювались дренажні вени, проводилось виділення пухлини від задніх спінальних корінців. Якщо гемангіобластома екзофітно випячувалась мієлотомія не проводилась, пухлина по периферії відділялась від спинного мозку. При глибокому розповсюдженні пухлини проводилась мієлотомія по зоні входу корінців в спинний мозок. При ендофітному розташуванні пухлини проводилась серединна мієлотомія. Пухлина, що локалізувалась в кисті, деваскуляризувалась та видалялась по периферії.

При кавернозних мальформаціях розріз проводився над мальформацією, в місці найбільш зміненого по кольору спинного мозку, після чого вскривалась та опорожнялась гематома. При наявності в утворенні судинних конгломератів вони поступово коагулювались, зморщувались та повністю відділялись від спинного мозку. Кровотеча з судин каверном незначна. При рецидивуючих крововиливах стінка кавернозної мальформації представ-

Таблиця 2. Співвідношення локалізації новоутворення (по поперечнику спинного мозку) та гістологічного типу.

Гістологічний тип	Локалізація пухлини (по поперечнику спинного мозку)			Всього
	Інтрамедулярно (ендофітно)	Інтрамедулярно з екзофітним розповсюдженням	Інтра-екстрамедулярно	
Епендимома	15	2	5	22
Астроцитома	12	4	-	16
Олігодендрогліома	1	-	-	1
Холестеатома	1	-	-	1
Гліобластома	1	-	-	1
Ліпома	-	-	1	1
Невринома	-	-	1	1
Гемангіобластома	3	5	2	10
Кавернозна ангиома	4	2	1	7
Всього	37	13	10	60

лена зоною гліозу мозкової речовини. По можливості стінки мальформації видаляються по всій поверхні.

Наявність кісти значно полегшує видалення пухлини. Найбільш часто кісти зустрічаються при астроцитомах, епендимоммах, гемангіобластомах. При епендимоммах вони, як правило, локалізуються всередині спинного мозку ростральніше та каудальніше пухлини. При астроцитомах кісти локалізуються як в тканині пухлини, так і в змінній мозковій речовині. При гемангіобластомах невеликий вузол пухлини локалізується в стінці кісти.

При кистозних епендимоммах після мієлотомії та вскритті ростральної або каудальної кісти, виявляється полюс пухлини, з якого починається її видалення пухлини. При астроцитомах після вскриття кісти виявлялось, що її стінки є тканиною пухлини або зміненою мозковою речовиною. Якщо стінки кісти є тканиною пухлини, то проводиться їх видалення до межі зі зміненою мозковою речовиною. Якщо ж стінки кісти представлені зміненою мозковою речовиною, то вони не видаляються. При гемангіобластомах, що не мають екзофітного характеру росту, після вскриття кісти знаходять вузол пухлини, котрий видаляється.

Об'єм хірургічних втручань відображений в таблиці 6. Тотальне видалення домінувало у групах хворих з гемангіобластомами та кавернозними мальформаціями. В групі хворих з епендимоммами кількість випадків з тотальним, субтотальним та частковим видаленням співвідносяться приблизно однаково. При астроцитомах домінувало субтотальне та часткове видалення пухлини.

Про тотальне видалення пухлини свідчили такі ознаки: 1) Після видалення пухлини видно вільні субарахноїдальні простори з двох сторін, з яких поступає ліквор; 2) В кистозній порожнині, вільній від пухлини, знаходиться ліквор. Якщо вміст кісти жовтий, це свідчить про наявність додаткових кистозних порожнин, що диктує необхідність проведення пошуку інших кіст та пухлинного компоненту; 3) Ложе видаленої пухлини білого або біло-жовтого кольору; 4) Об'єм видаленої пухлини співпадає з її об'ємом по даним передопераційної МРТ; 5) Після видалення пухлини спинний мозок западає, з'являється його пульсація.

Після оперативного втручання на 3-6 день проводилось неврологічне обстеження. Результати провідникових неврологічних порушень представлені в таблиці 7. В біль-

Таблиця 3. Характер росту пухлини.

Гістологічний тип новоутворення	Характер росту пухлини		Всього
	Фокальний ріст	Інфільтруючий ріст	
Епендимома	10	12	22
Астроцитома	4	12	16
Олігодендрогліома	-	1	1
Холестеатома	1	-	1
Гліобластома	-	1	1
Ліпома	1	-	1
Невринома	1	-	1
Гемангіобластома	10	-	10
Кавернозна ангиома	7	-	7
Всього	34	26	60

шості випадків зразу після операції провідникові порушення або частково регресували або не змінювались. В основному проведення мієлотомії та видалення пухлини не супроводжувалось наростанням провідникової неврологічної симптоматики. При фокальних новоутвореннях — епендимомми, гемангіобластоми, каверноми відзначено декілька випадків вираженого регресу неврологічної провідникової симптоматики. У 8 хворих з епендимоммами, астроцитомами мало місце наростання провідникової симптоматики.

У 3 випадках відзначені рецидиви інтрамедулярних новоутворень. У хворого з холестеатомою, розташованою на грудному рівні, повторне оперативне втручання було проведене через п'ять років після першої операції. Хворі з астроцитомами на шийному та шийно-грудному рівні оперовані через 3 та 4 роки відповідно після першої операції. У всіх трьох хворих після повторного оперативного втручання на момент виписки мала місце позитивна динаміка відновлення рухових та чутливих функцій.

В нашій серії спостережень було два летальних випадки на протязі одного місяця після проведення оперативного втручання (післяопераційна летальність склала 3,33%). В обох випадках пухлина розташовувалась на шийному рівні, гістологічний тип пухлини — астроцитома. У хворих були грубі рухові та чутливі порушення на момент проведення операції, смерть хворих наступила в результаті розвитку серцево-легеневої недостатності та висхідного набряку мозку.

Ускладнення мієлотомії та видалення пухлини

На основі аналізу випадків поглиблення неврологічної симптоматики після видалення внутрішньоспинномозкових новоутворень ми виділили такі види порушень та їх причини:

1) Наростання глибини нижнього паразепарезу провідникового характеру. Причини цього були наступні: а) пошкодження бокового пірамідного шляху через вторгнення в бокові спинальні канатики під час видалення латеральних частин внутрішньомозкового новоутворення; б) ушкодження бокового пірамідного шляху при неадекватно спланованій мієлотомії; в) деструктивний набряк спинного мозку після видалення епендимом, астроцитом.

Для запобігання наростання провідникових порушень

Таблиця 4. Провідникові рухові розлади в нижніх кінцівках в передопераційному періоді.

Гістологічний тип новоутворення	Ступінь рухових розладів						Всього
	V	IV	III	II	I	0	
Епендимома	3	13	4	2	-	-	22
Астроцитома	4	5	4	1	1	1	16
Олігодендрогліома	-	-	1	-	-	-	1
Холестеатома	-	-	1	-	-	-	1
Гліобластома	1	-	-	-	-	-	1
Ліпома	-	1	-	-	-	-	1
Невринома	-	-	-	1	-	-	1
Гемангіобластома	-	-	4	1	3	2	10
Кавернозна ангиома	2	3	1	1	-	-	7
Всього	10	22	15	6	4	3	60

слід вкрай обережно видаляти латеральні частини пухлини, при цьому відділення залишків пухлини проводиться від мозкової речовини, а не навпаки. Для запобігання ушкодження бокового пірамідного шляху всі розрізи з поверхні спинного мозку до центру повинні йти радіарно. Після того як розріз досягне середини мозку ми запобігаємо переходу розрізу за центр на протилежну сторону. Особливу увагу при цьому необхідно приділяти при проведенні розрізу через REZ зону. Профілактика розвитку деструктивного набряку при видаленні пухлини проводиться обережними маніпуляціями та використанням великих доз дегідратуючої терапії під час видалення пухлини, в перші 1-3 дні після операції, введенням метилпреднізолону перед втручанням.

2) Задньостовбові порушення у виді атаксії та батіанестезії. Причиною їх може бути: зміщення задньої серединної мієлотомії в сторону та надмірна тракція мозкової речовини в бік після виконання задньої серединної мієлотомії. Для запобігання цьому розріз проводиться суворо по серединній лінії, оскільки серединну лінію не видно, розріз проводиться посередині між входом в мозок задніх корінців, та запобігається надмірна тракція розсіченої мозкової речовини.

3) Порушення тазових функцій. Їх причиною є ушкодження передніх канатиків спинного мозку, внаслідок видалення пухлини з цієї зони або надмірна коагуляція сулькокомісуральних артерій, які кровопостачають пухлину.

4) Порушення поверхневої та больової чутливості рідко бувають значними і пов'язані з радикальним видаленням пухлини з латеральних відділів.

5) Сегментарні чутливі та рухові порушення, частіше за все пов'язані з радикальним видаленням пухлини, котра інфільтрує частково збережену сіру речовину. Іноді вони виникають при видаленні фокальних пухлин. В таких випадках причиною є відділення мозкової речовини від пухлини, а не навпаки.

6) Радикальні болі виникають при проведенні мієлотомії по REZ зоні. Виражені радикальні болі в післяопераційному періоді спостерігались при проведенні надмірних маніпуляцій в REZ зоні. Для попередження цього необхідно старались в зоні розрізу проводити мінімальний об'єм маніпуляцій. В останніх наших випадках ми коагулювали спинний мозок в зоні REZ та задніх рогів, здійснюючи цей етап операції по типу DREZ операції, що

зменшує вираженість радикальних болів в післяопераційному періоді.

Поглиблення неврологічної симптоматики після видалення фокальних та невеликих утворень (гемангіобластом, каверном) в нашій серії зустрічалося рідко. Частіше воно мало місце в випадках інфільтративного росту пухлини та протяжних фокальних новоутворень. Після видалення фокальних новоутворень домінувало поглиблення провідникової симптоматики, тоді як після видалення інфільтративно ростущих новоутворень — сегментарні порушення. Причиною цього є те, що при фокальних новоутвореннях сіра речовина спинного мозку в рості пухлини практично відсутня, провідникові шляхи роздвинуті в сторону. Під час видалення є можливість видалити їх по межі з мозковою речовиною, що потребує відділення провідникових шляхів від новоутворення. Це проявляється поглибленням провідникової симптоматики. Інфільтративні новоутворення частково зберігають, частково інфільтрують сіру речовину. Видаляючи такі новоутворення, як правило, частково ушкоджується сіра речовина, що приводить до поглиблення сегментарної симптоматики. Видалення інфільтративно ростущих новоутворень по периферії мозку ми старались не проводити з метою збереження провідникових шляхів.

Обговорення

Всі спинномозкові новоутворення поділяються на дифузні та фокальні форми [11]. При чітко відокремлених новоутвореннях прогноз задовільний, вони легко піддаються хірургічному видаленню. Дифузний ріст пухлини значно погіршує прогноз, так як можливість їх хірургічного видалення обмежена. Звичайно, любе хірургічне втручання на спинному мозку та стовбурових відділах супроводжується поглибленням як сегментарних, так і провідникових порушень [1]. Ці порушення на протязі 1-2 тижнів регресують до висхідного рівня. Проте, у хворих з глибоким неврологічним дефіцитом цей період затягується. Іноді дефіцит є незворотнім, а при локалізації в верхньошийному або стовбуровому відділах мозку можуть бути виражені вітальні розлади в ранньому післяопераційному періоді.

Результати видалення внутрішньоспинномозкових новоутворень слід розглядати з декількох точок зору, що забезпечують якість життя хворого, а саме: радикальність ви-

Таблиця 5. Розміри мієлотомії.

Гістологічний тип новоутворення	Розміри мієлотомії			Всього
	1-2 сегменти	3-4 сегменти	більше 4 сегментів	
Епендиміома	3	10	9	22
Астроцитіома	5	6	5	16
Олігодендрогліома	-	1	-	1
Холестеатома	-	1	-	1
Гліобластома	-	1	-	1
Ліпома	-	1	-	1
Невринома	1	-	-	1
Гемангіобластома	5	4	1	10
Кавернозна ангиома	7	-	-	7
Всього	21	24	15	60

Таблиця 6. Об'єм хірургічного втручання.

Гістологічний тип	Об'єм хірургічного втручання			Всього
	Тотальне видалення	Субтотальне видалення	Часткове видалення	
Епендиміома	7	8	7	22
Астроцитіома	1	7	8	16
Олігодендрогліома	-	-	1	1
Холестеатома	-	1	-	1
Гліобластома	-	-	1	1
Ліпома	-	1	-	1
Невринома	-	1	-	1
Гемангіобластома	7	2	1	10
Кавернозна ангиома	6	1	-	7
Всього	21	21	18	60

далення новоутворення, ступінь післяопераційного регресу або поглиблення неврологічної симптоматики зразу ж після операції, регрес неврологічної симптоматики в віддаленому періоді, частота рецидивів, а при злоякісних анапластичних новоутвореннях виживання хворих. Ці результати у різних авторів різняться в залежності від виду патології, ступеню радикальності хірургічного втручання.

За даними індійських авторів [3] за 6-ти річний період проведено оперативні втручання 68 хворим з інтрамедулярними новоутвореннями. Радикально пухлина була видалена у 41 хворого, частково — у 11, проведена біопсія — у 14. Післяопераційної летальності не було. Зразу ж після операції у всіх хворих було відмічено значне наростання неврологічної симптоматики, через 4-8 тижнів після операції у 25 хворих відмічено покращення стану, у 29 — стан не змінився, а у 14 — неврологічна симптоматика наростала.

Аналіз Евзикова Г.Ю. [1] за 14 річний період проведення 80 операцій хворим з інтрамедулярними новоутвореннями показав: радикальне видалення пухлин — в 30 випадках, субтотальне — в 11 випадках, часткове — в 12, біопсія в поєднанні з пункцією опухолевих кист — в 10, біопсія — в 15, ламінектомія без проведення біопсії — в 10. Тимчасове поглиблення неврологічної симптоматики після операції відмічено в 23-53% спостережень в залежності від виду проведеної операції. На момент виписки пацієнтів зі стаціонару результат операції оцінений як добрий в 50% спостережень, задовільний — в 25%, незадовільний — в 25%. Післяопераційна летальність склала 2,3%. Неврологічне відновлення у хворих після видалення пухлин продовжувалося від 1,7 до 4 місяців. Частота рецидивів склала 12,5%.

Австрійські автори [12] повідомляють, що у 18 хворих з інтрамедулярними епендимомами проведені радикальні оперативні втручання. Тотальне видалення досягнуто у 17 хворих. На момент виписки неврологічні порушення у 1 хворого регресували, у 15 — не змінилися, наростили у 2 хворих. Серед неврологічних симптомів, які з'явилися після операції, були порушення пропріорецепції у 2 хворих та дізестезія — у 1 хворого. Автори вважають, що при видаленні епендимома найбільшу увагу слід приділяти збереженню задніх стовбів спинного мозку.

Аналіз японських авторів [7] прооперованих 39 хворих зі спинальними епендимомами за 18 річний період пока-

зав: тотальне видалення пухлини — у 34 хворих, у 2 — субтотальне. Рецидив відмічено тільки у одного хворого з анапластичною пухлиною через 56 місяців. В післяопераційному періоді неврологічні порушення поглибилися і залишались стійкими у 5 (14%) хворих, регресували у 14 із 36 хворих (39%).

Французькі автори [10] аналізують за 11 років 20 проведених оперативних втручань у хворих з інтрамедулярними епендимомами. Тотальне видалення досягнуто у 14 хворих, субтотальне — у 6. Покращення неврологічного стану відмічено у 8 хворих (40%), неврологічний стан залишався без змін у 10 (50%), неврологічні порушення наростили у 2 (10%) хворих. Локальні рецидиви відмічено у 2 хворих, дистантні рецидиви — у 1.

За даним Hejazi N., Hassler W. [6] за період з 1988 по 1996 рік проведено оперативні втручання 80 хворим з інтрамедулярними пухлинами. У 29 хворих були астроцитомы, у 36 — епендимоми, у 5 — метастази, 4 — ліпоми, 3 — дермоїди та епідермоїди, у 3 — невриноми. Автори виключили з цієї серії гемангіобластоми та каверноми. Тотальне видалення досягнуто у 68 із 80 хворих. Субтотальне видалення виконано у 12 хворих. Період віддалених спостережень коливався від 12 до 92 місяців. У 4 хворих за цей період відмічено рецидив пухлини. Ранні результати після операції були гіршими ніж віддалені. Зразу ж після операції клініко-неврологічне погіршення відмічено у 63 хворих, без змін — 10 та погіршення — у 7.

За даними Xu Q.W., Bao W.M., Mao R.L. [13] пухлини шийного відділу спинного мозку вдалось видалити тотально у 86% випадках. У 77% хворих неврологічний статус погіршився. Автори прийшли до висновку, що внутрішньомозкові пухлини шийного відділу піддаються хірургічному видаленню краще, ніж в інших відділах спинного мозку. Цьому сприяють можливості широкого виділення шийного відділу спинного мозку, що приводить до меншого пошкодження провідникових шляхів внаслідок тракції мозку. Шийний відділ на відміну від інших відділів спинного мозку добре кровопостачається, що підвищує його резистентність до післяопераційної гіпоксії.

Xu Q.W. et al. [14] повідомили про свої результати оперативних втручань у 13 хворих зі спинальними гемангіобластомами за 10 річний період. В усіх хворих досягнуто

Таблиця 7. Динаміка провідникових неврологічних розладів в нижніх кінцівках в післяопераційному періоді.

Гістологічний тип новоутворення	Динаміка неврологічного статусу в післяопераційному періоді				Всього
	Значне покращення (зменшення вираженості парезу більше ніж на 2 ступеня)	Покращення (зменшення вираженості парезу на 1-2 ступеня)	Без змін	Погіршення	
Епендимома	2	9	6	5	22
Астроцитома	-	7	6	3	16
Олігодендрогліома	-	-	1	-	1
Холестеатома	-	1	-	-	1
Гліобластома	-	-	1	-	1
Ліпома	-	-	1	-	1
Невринома	-	1	-	-	1
Гемангіобластома	1	6	3	-	10
Кавернозна ангиома	2	3	2	-	7
Всього	5	27	20	8	60

тотального видалення пухлини. У 84.6% хворих неврологічні симптоми регресували після операції.

За даними Jyothirmayi R. et al. [9] за період з 1984 по 1993 роки у 23 хворих провели оперативні втручання з приводу інтрамедулярних астроцитом. Ушкодження шийного відділу відмічено у 5 хворих, шийно-грудного — 4, грудного — 9 та попереково-грудного — 6. У 14 хворих пухлини були диференційованими та у 6 — дедиференційованими. Тотальне видалення виконано у 3 хворих, часткове видалення — у 10 та біопсія — у 10 хворих. Середній період віддалених спостережень склав 51 місяць (коливався від 7 до 143 місяців). Додатково проводилась рентгенотерапія. Через 6 місяців після лікування у 12 хворих було покращення неврологічного статусу, у 9 — стан не змінився, і у 2 — стан погіршився. Загальна виживаемість за 5 річний період склала 55% та за 10 річний — 39%. Ступінь диференціації пухлини коригувала з виживаемістю. П'ятирічний період переживало 79% хворих з диференційованими пухлинами. Хворі з дедиференційованими пухлинами більше 2 років не жили.

Канадські автори [5] за 13 річний період аналізують 19 хворих зі спінальними гемангіобластомами. У всіх хворих спостерігались виражені радикальні болі, а у 12 з 19 хворих відзначались прогресуючі провідникові порушення у виді сенсомоторного дефіциту. В загальній кількості авторами проведено 22 операції. Повторні операції проведені з приводу вторинних пухлин, або множинних вузлів пухлини. Функціональний стан вивчався при виписці хворих. Неврологічні порушення у 22.7% хворих поглибились, залишились на попередньому рівні у 59.1% та регресували у 18.2% хворих. При вивченні віддалених результатів (через 6 — 142 місяців) у 9.1% хворих відзначались стійкі резидуальні неврологічні порушення, стан 50,0% залишався без змін, та у 40.9% хворих відзначено покращення у віддаленому періоді. У всіх хворих повністю регресував радикальний больовий синдром.

За даними німецьких авторів [8] за десятирічний період проведені оперативні втручання 12 хворим з кавернозними ангіомами спинного мозку. Радикальне видалення досягнуто в усіх випадках. Неврологічний статус погіршився у одного хворого та не змінився або неврологічні порушення регресували у інших.

Cristante L., Hermann H.D. [4] за 10 річний період провели 12 оперативних втручань з приводу каверном спинного мозку, в усіх випадках проведено тотальне видалення каверном. Випадків рецидивів не було. В післяопераційному періоді неврологічні порушення у 3 з 12 хворих не змінилися, у інших регресували. У 4 хворих відзначалось значне функціональне відновлення, а у 3 відзначено регрес больового синдрому. Провідникові порушення регресували менш виражено, ніж інші порушення.

За повідомленням Anson J.A., Spetzler R.F. [2] проведені оперативні втручання у 6 хворих з кавернозними мальформаціями спинного мозку дозволили у всіх хворих досягнути тотального видалення новоутворень. Результат у всіх хворих оцінений як хороший або відмінний, спостерігався частковий або повний регрес неврологічної симптоматики. Хірургічних ускладнень не було, у деяких хво-

рих спостерігалось тимчасове післяопераційне поглиблення неврологічної симптоматики.

Наші результати відповідають даним літератури. Із 60 хворих хірургічні втручання виконані радикально у 21 хворого, в 21 випадку новоутворення видалені субтотально, і у 18 — частково. В ранньому післяопераційному періоді у 32 хворих відзначений регрес провідникових неврологічних порушень, у 21 — провідникова неврологічна симптоматика залишалась на попередньому рівні і у 8 — вона наростала.

Висновки

- 1) Вибір безпечних зон мієлотомії в спинному мозку сприяє попередженню травматизації функціонально та життєвоважливих структур.
- 2) Радикальність хірургічного втручання залежить від типу росту пухлини та її межі з мозковою речовиною.

Література

1. Евзиков Г. Ю. (1999) Хирургическое лечение интрамедуллярных опухолей — ближайшие и отдаленные результаты. Нейрохирургия. 2: 12-17
2. Anson J.A., Spetzler R.F. (1993) Surgical resection of intramedullary spinal cord cavernous malformations. J. Neurosurg. Vol. 78; 3: 446-451
3. Chandy M.J., Babu S. (1999) Management of intramedullary spinal cord tumours: review of 68 patients. Neurol. India. Vol. 47; 3: 224-228
4. Cristante L., Hermann H.D. (1998) Radical excision of intramedullary cavernous angiomas. Neurosurgery. Vol. 43; 3: 424-430
5. Cristante L., Herrmann H.D. (1999) Surgical management of intramedullary hemangioblastoma of the spinal cord. Acta Neurochir. (Wien). Vol. 141; 4: 333-339
6. Hejazi N., Hassler W. (1998) Microsurgical treatment of intramedullary spinal cord tumors. Neurol. Med. Chir. Vol. 38; 5: 266-271
7. Hoshimaru M., Koyama T., Hashimoto N., Kikuchi H. (1999) Results of microsurgical treatment for intramedullary spinal cord ependymomas: analysis of 36 cases. Neurosurgery. Vol. 44; 2: 264-269
8. Huffmann B.C., Spetzger U., Reinges M., Bertalanffy H., Thron A., Gilsbach J.M. (1998) Treatment strategies and results in spinal vascular malformations. Neurol. Med. Chir. Vol. 38; 5: 231-237
9. Jyothirmayi R., Madhavan J., Nair M.K., Rajan B. (1997) Conservative surgery and radiotherapy in the treatment of spinal cord astrocytoma. J. Neurooncol. Vol. 33; 3: P. 205-211
10. Lonjon M., Goh K.Y., Epstein F.J. (1998) Intramedullary spinal cord ependymomas in children: treatment, results and follow-up. Pediatr. Neurosurg. Vol. 29; 4: 178-183
11. Minami M., Hanakita J., Suwa H., Suzui H., Fujita K., Nakamura T. (1998) Cervical hemangioblastoma with a past history of subarachnoid hemorrhage. Surg. Neurol. Vol. 49; 3: 278-281
12. Ohata K., Takami T., Gotou T., El-Bahy K., Morino M., Maeda M., Inoue Y., Hakuba A. (1999) Surgical outcome of intramedullary spinal cord ependymoma. Acta Neurochir. (Wien). Vol. 141; 4: 341-346
13. Xu Q.W., Bao W.M., Mao R.L. (1995) Magnetic resonance imaging and microsurgical treatment of intramedullary hemangioblastoma of the spinal cord. Chin. Med. J. Vol. 108; 2: 117-122
14. Xu Q.W., Bao W.M., Mao R.L., Yang G.Y. (1996) Aggressive surgery for intramedullary tumor of cervical spinal cord. Surg. Neurol. Vol. 46; 4: 322-328

СТРУКТУРА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ МАСИВНИХ ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИХ ГЕМАТОМ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ

Данчин О.Г.

Клініка нейрохірургії і неврології Головного військового клінічного госпіталю МО України, Київ

Structure of Postoperative Lethality after Surgical Treatment Massive Intracerebral Hematomas Depending on a Method of Operative Intervention

A.G. Danchin

Clinic Neurosurgery and Neurology Main Military Clinical Hospital of Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Summary

Analyzed the structure of a postoperative lethality after surgical treatment 314 patients with massive intracerebral hematomas, operated by the conventional methods and with application endoscope-assisted methods.

Keywords: intracerebral hematomas, surgical treatment, postoperative lethality.

Вступ

Вивчення матеріалів патолого-анатомічного дослідження має велике значення для з'ясування чинників, що впливають на прогноз операції і для уточнення можливостей хірургічного методу лікування крововиливів у мозок. Розробляючи нові методи хірургічного лікування хворих із застосуванням ендоскопічної асистуючої техніки, ми вивчали вплив цих методів на структуру післяопераційної летальності в порівнянні з загальноприйнятими методами оперативних втручань.

Матеріали та методи

В період з 1994 по 1999 рік хірургічне лікування було виконане у 314 пацієнтів з масивними супратенторіальними гематомами, обумовленими артеріальною гіпертензією. У всіх спостереженнях обсяг внутрішньомозкових гематом складав більше 40 мл, внаслідок чого спостерігалось значне руйнування мозкової тка-

нини, виражений об'ємний вплив на різні відділи лікворної системи, серединні структури і стовбурні відділи головного мозку (мас-ефект), відзначалася висока частота прориву крові в шлуночкову систему, що дозволило нам віднести ці гематоми до масивних [3].

Були проаналізовані причини летальних випадків у хворих і їх залежність від методу оперативного втручання. Хірургічне лікування виконувалося по загальноприйнятим методам оперативних втручань і з застосуванням ендоскопічної асистуючої техніки, заснованої на використанні жорстких ендоскопів [1, 2]. Перша група включала 153 пацієнта, що склало 49% усіх спостережень, друга — 161 хворого (51%).

Результати патоморфологічних досліджень отримані при вивченні протоколів розтинів. Летальні випадки були підрозділені в залежності від причини, що їх викликала, на дві великі групи: обумовлені церебральними і екстрацеребральними соматичними чинниками [6]. У першу групу входили наступні підгрупи: 1) первинний крововилив із несумісним із життям пошкодженням мозку внаслідок значного його руйнування, масивного прориву крові в шлуночки, поширення крововиливу в стовбур мозку або розвитку в ньому вторинних крововиливів; 2) рецидиви внутрішньомозкових гематом; 3) набряк головного мозку; 4) інфаркт мозку. Екстрацеребральними причинами були: 1) тромбоемболія легеневої артерії; 2) пневмонія; 3) ниркова недостатність і уремія; 4) шлунково-кишкова кровотеча; 5) гостра серцево-судинна недостатність; 6) сепсис.

Результати та обговорення

У післяопераційному періоді летальні випадки настигли в 178 (56,7%) хворих. За даними патолого-анатомічних досліджень, причиною артеріальної гіпертензії й інсульту в 7,3% хворих з'явилися різні захворювання нирок (хронічний нефрит, ниркова-кам'яна хвороба, полікістоз, гіпоплазія нирки), у 92,1% хворих діагностована гіпертонічна хвороба в сполученні з атеросклерозом, а у однієї пацієнтки (0,6%) — хвороба Шерешевського-Тернера.

Внутрішньомозкові крововиливи розташовувалися у 100% хворих супратенторіально. Лобарні крововиливи склали 9% усіх секційних спостережень, латеральні — 61,8%, змішані 29,2%. Всі крововиливи були масивними і викликали значне пошкодження структур мозку.

У випадку лобарної локалізації крововиливу гематоми руйнували білу речовину глибоких відділів лобної, скроневої, тім'яної і потиличної долей. Прорив крові в шлуночки відзначався в 8 спостереженнях, а прорив через кору мозку в 3 спостереженнях.

Гематоми латеральної локалізації руйнували в різному ступені скорлупу, блідну кулю, хвостате ядро, внутрішню капсулу, структури острівця і поширювалися в прилягаючу білу речовину. У 96,4% хворих із латеральним крововиливом виявлений прорив крові в шлуночкову систему, із них у 22,6% відзначене заповнення кров'ю і тампонада всієї шлуночкової системи.

Змішані крововиливи руйнували на значному протязі зоровий бугор, лентикулярне ядро, заднє стегно і коліно внутрішньої капсули, поширюючись у білу речовину півкулі. У 55,8% спостережень відзначалося поширення крові по ходу волокон внутрішньої капсули в ніжку мозку, у 7,7% випадків — у

гіпоталамус. Прорив крові в шлуночки мозку виявлений у 98,1% хворих, поширення крові у всі шлуночки з тампонадою відзначено у 23,5% хворих.

Аналізуючи всі наші спостереження, прорив крові в шлуночки мали 92,7% хворих, із них у 22,4% спостерігалася тампонада шлуночкової системи. Вторинні крововиливи в різні відділи стовбура мозку, що є характерною ознакою масивних внутрішньомозкових гематом [4], виявлені у 17,4% хворих.

У 6,2% наших спостережень, крім внутрішньомозкових крововиливів, знайдені також свіжі інфаркти мозку. У 7 (3,9%) хворих інфаркт локалізувався в тій же півкулі, що і крововилив, а в 4 (2,3%) спостереженнях — у протилежному. У двох випадках мало місце ішемічна поразка цілої півкулі в результаті виникнення в післяопераційному періоді тромбозу внутрішньої сонної артерії. Явища набряку мозку і його дислокаційні зміни різного ступеня виразності були виявлені у всіх спостереженнях. У 10 (5,6%) випадках набряк мозку виступав причиною, що обумовила летальний результат.

При патолого-анатомічних розтиних виявлялися також зміни з боку внутрішніх органів. Виражена гіпертрофія лівого шлуночка, що свідчить про наявність артеріальної гіпертензії до інсульту, відзначена у всіх спостереженнях, наслідки перенесеного в минулому інфаркту міокарда були виявлені у 17 хворих. Ознаки двохсторонньої пневмонії були виявлені у 97 (54,5%) пацієнтів, у 2 виявлена тромбоемболія легеневої артерії. 13 хворих страждали різними захворюваннями нирок (хронічний нефрит, ниркова-кам'яна хвороба, полікістоз, гідронефроз, гіпоплазія, пухлина нирки). Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки виявлена у 5 хворих, у 3 із них захворювання привело до розвитку масивної кровотечі в шлунково-кишковий тракт.

Таблиця 1. Причини летальних випадків в залежності від метода оперативного втручання.

Причини летальних випадків	Загальноприйняті методи оперативних втручань		Ендоскопічна асистуюча техніка		Усього	
	Число	%	Число	%	Число	%
Церебральні	92	89,3	65	86,6	157	88,2
Первинні крововиливи	64	62,1	53	70,6	117	65,7
Рецидиви гематом	15	14,6	3	4,0	18	10,2
Набряк головного мозку	6	5,8	4	5,3	10	5,6
Інфаркт мозку	7	6,8	5	6,7	12	6,7
Екстрацеребральні	11	10,7	10	13,3	21	11,8
Тромбоемболія легеневої артерії	1	1,0	1	1,3	2	1,1
Пневмонія	6	5,8	4	5,3	10	5,6
Уремія	-	-	1	1,3	1	0,6
Шлунково-кишкова кровотеча	1	1,0	2	2,7	3	1,7
Інфаркт міокарда	2	1,9	2	2,7	4	2,2
Септичні ускладнення	1	1,0	-	-	1	0,6
Усього	103		75		178	

Летальні випадки були обумовлені в 117 (65,7%) спостереженнях масивними пошкодженнями головного мозку, викликаними первинним крововиливом, у 18 (10,2%) спостереженнях — повторними крововиливами в ложе видаленої гематоми, що ускладнювали переважно важкі форми інсульту, у 12 (6,7%) — великим інфарктом мозку, у 10 (5,6%) — набряком мозку, у 2 (1,1%) — тромбоемболією легеневої артерії, у 10 (5,6%) — пневмонією, у 3 (1,7%) — шлунково-кишковою кровотечею, у 1 (0,6%) — уремією, у 4 (2,2%) — гострою серцево-судинною недостатністю, обумовленою інфарктом міокарда, і в 1 (0,6%) спостереженні — сепсисом. Таким чином, наші дані, як і спостереження ряду інших авторів показали, що головною причиною летальних виходів були церебральні чинники, зокрема поширені пошкодження мозку, викликані первинним крововиливом [5, 6].

Летальність у групі хворих, оперованих по загальноприйнятим методам оперативних втручань, склала 67%, а з застосуванням ендоскопічної асистуючої техніки — 47%. У цілому, серед причин летальності переважали несумісні з життям первинні крововиливи, що склали в першій групі 62,1% і в другій 70,6% (таблиця 1).

При оцінці структури летальності в групах загальноприйнятих методів оперативних втручань і оперованих із застосуванням ендоскопічної асистуючої техніки у другій групі відзначається зниження кількості хворих, причиною летальних результатів у яких послужили повторні крововиливи. Повторні крововиливи були причиною летальності в 14,6% випадків після втручань за звичайними методами і в 4,0% при операціях з використанням ендоскопічної асистуючої техніки ($P < 0,05$). У інших групах причин летальності істотних розходжень в залежності від методу оперативного втручання не виявлено.

Висновки

Серед причин летальних випадків у оперованих хворих із супратенторіальними масивними внутрішньомозковими гематомами переважали несумісні з життям первинні крововиливи. При порівняльній оцінці структури летальних випадків у групі хворих, оперованих із застосуванням ендоскопічної асистуючої техніки, відзначається зниження кількості хворих, причиною летальних результатів у котрих послужили повторні крововиливи, у порівнянні з групою оперованих по загальноприйнятим методам оперативних втручань.

Література

1. Данчин А.Г. (1998) Отдаленные результаты хирургического лечения массивных супратенториальных лобарных, латеральных и смешанных гематом, обусловленных артериальной гипертензией. Український журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. V.2, 3:5-14
2. Данчин А.Г. (1998) Сравнительные ранние результаты хирургического лечения массивных супратенториальных лобарных, латеральных и смешанных гематом, обусловленных артериальной гипертензией. Український журн. малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. V.2,2:5-15
3. Компьютерная томография мозга (1986) Под ред. Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. (Москва). "Медицина". 256 с.
4. Ложникова С.М. (1980) Особенности морфологии первичных и вторичных кровоизлияний в ствол мозга. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 7:992-996
5. Переседов В.В. (1990) Дифференцированное хирургическое лечение нетравматических супратенториальных внутримозговых кровоизлияний: Автореф. дис... д-ра мед. наук: Ин-т нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. (Москва). 44 с.
6. Чеботарева Н.М. (1984) Хирургическое лечение внутримозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией. (Москва). "Медицина". 176 с.

КИЕВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ОБЪЯВЛЯЕТ ГРАНТ

на лучшую научно-исследовательскую работу в любой области малоинвазивной и/или эндоскопической хирургии для молодых хирургов/интернов/резидентов/студентов Украины, родившихся после 31 декабря 1965 года.

Обязательным условием является то, что научная работа должна быть оформлена в виде статьи, и соответствовать стандартам статей, принимаемых "Украинским журналом малоинвазивной и эндоскопической хирургии", и быть ранее неопубликованной ни в одном медицинском издании.

Объем статьи не должен превышать 12 печатных страниц с иллюстрациями и списком литературы.

К статье должно быть приложено направление учреждения, в котором была выполнена работа, письменное заключение (рецензия) научного руководителя исследования, расширенные сведения об авторе (претенденте) с его/ее профессиональными интересами.

8 оригиналов работы с пометкой "на гранты" и полные данные об авторе должны быть высланы не позднее 30 ноября 2000 года по адресу Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18, "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

По итогам проведенного конкурсного отбора авторы 15 наиболее оригинальных исследований получают бесплатную годовую подписку 2001 года на "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

6 лучших работ будут опубликованы в No 1-2/2001 "Украинского журнала малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

3 авторам лучших научно-исследовательских работ будут выделены следующие гранты: первая премия — 300,00\$ US, две вторых — по 150,00\$ US.

СПЕШИТЕ БЫТЬ ЛУЧШИМИ!

ЧРЕЗКОЖНАЯ ПУНКЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ СОЛИТАРНЫХ КИСТ ПОЧЕК

Возианов А.Ф., Возианов С.А., Щербак А.Ю., Ишмурадов Б.Т., Турсунов Б.С., Капуловский А.И.

Институт урологии и нефрологии АМН Украины, Киев

Skin-puncture in Diagnostics of Kidneys Solitary Cysts Tumors

A.F. Vozianov, S.A. Vozianov, A.Yu. Scherbak, B.T. Ishmuradov, B.S. Tursunov, A.N. Kapulovskiy

Institute of Urology and Nephrology, AMS of Ukraine, Kiev

Summary

The tumors of a solitary cyst of kidneys were revealed at 35 patients among 1988 operations concerning malignant formations of the upper urinary pathos (1,8%). Skin-puncture has allowed to specify the diagnosis in 8 patients, at which the tumors were found out with the help of computer or ultrasonic scanning, and also in 4 patients, new formations of kidneys which were not found out at radial observation.

Простая киста почки диагностируется у 3% всех взрослых урологических больных. Хотя длительное бессимптомное течение заболевания не позволяет установить истинную частоту заболевания. Сочетание данного заболевания с другими урологическими заболеваниями встречается у 75,4% больных (Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б., 1982). Наличие опухоли кист почек обнаруживается довольно редко в 4-15% всех урологических больных (Terachi T., 1995; Kozonoto M. et al, 1996; Hatano T. et al, 1997). Использование современных диагностических тестов позволяет установить диагноз у большинства больных. Однако в ряде случаев применение УЗИ, КТ, МРТ, ангиографии не всегда бывает достаточным в верификации характера заболевания. В литературе имеется лишь единичные работы рассматривающие возможность использования для этого заболевания чрезкожной аспирации кист (Власов П.В., Катмаров П.М., 1987; Ooi J.C. et al., 1996) или чрезкожной экспресс-биопсии (Kazanoza M. et al., 1996; Heindryckx E. et al., 1997).

Целью данной работы явилось улучшение диагностических опухолей солитарных кист с помощью чрезкожной пункции кист. В институте урологии и

нефрологии АМН Украины с 1972 по 2000 годы проведено лечение 1988 больных с опухолями почек, 84 (4,2%) из которых имели сочетание этого заболевания с кистозным поражением почек. Сочетание солитарной кисты опухолью обнаружено у 35 больных, что составило 1,8% среди всех пациентов с раком верхних мочевых путей и 38% среди больных с одновременным поражением опухолевым и кистозным процессом.

У 12 больных наличие злокачественного поражения почек выявлено после чрезкожной пункции кисты при микроскопическом исследовании аспирационной жидкости. Методика, использованная при этом была следующей.

Пункция кист проводилась под УЗ-контролем на аппарате Simens Versa Pro. Больной укладывался на живот, место пункции определялось следующими параметрами: сверху — реберная дуга, снизу — гребень подвздошной кости, с боков — паравертебральная и задняя подмышечная линия. Для пункции использовалась направляющая на УЗИ-датчике. Предварительно выбиралось с помощью УЗ-сканирования направление наилучшей визуализации кисты, причем в сектор пункции не должны попадать ребра и почечная паренхима. Местная инфильтрационная анестезия проводилась 0,5% раствором новокаина на всю глубину прокола больной находился в сознании под нейролептанестезией (4-6 мл 0,005% раствора фентанила, 2 мл дроперидола, 1 мл 1% раствора димедрола). Под постоянным УЗ-контролем по направляющей проводилась пункция кисты иглой с обтуратором # 8-12 Ch. Убедившись, что игла в полос-

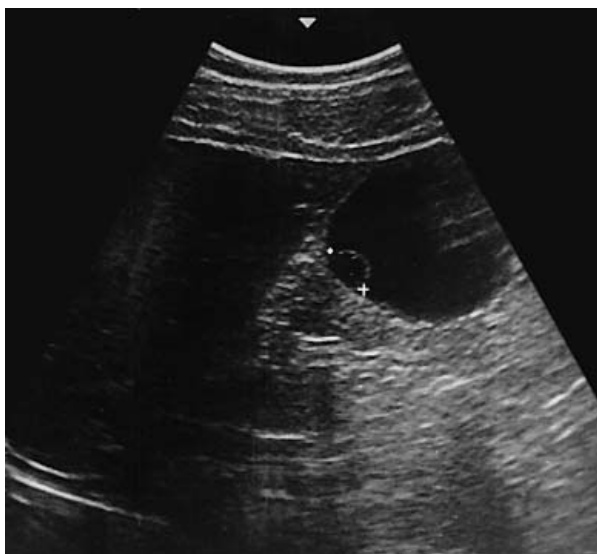


Рис. 1. Ультразвуковая сонограмма больной Г. Гидрофильное образование верхнего сегмента правой почки до 7 см в диаметре. Плотное образование до 1,6 см верхней стенки кисты.

ти кисты, обтуратор удалялся, в кисту вводился проводник, а по ему после удаления пункционной иглы проводился катетер по типу *pig tail*, через который аспирировалось содержимое кисты.

Чрезкожная пункция кист используется с различными целями. У 8 больных, у которых при ультразвуковом исследовании или компьютерной томографии было выявлено наличие дополнительного образования в полости кисты почки, этот метод применялся для дифференциальной диагностики и определения формы заболевания.

В качестве иллюстрации приведем следующее наблюдение. Больная Г. 64 лет, история болезни # 3304, поступила 26.11.98 г., без жалоб. Наличие кисты правой почки выявлено при профосмотре. При обследовании в клинике почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общие анализы крови и мочи, показатели азотистого обмена в пределах нормы. На обзорной урограмме дополнительных теней нет, на экскреторных — анатомо-функциональное строение верхних мочевых путей не нарушено. При УЗИ выявлено гидрофильное образование до 7 см в верхнем сегменте правой почки, в котором по верхней стенке имелось плотное образование до 1,6 см в диаметре (рис. 1). С целью дифференциальной диагностики образования произведена пункция кисты правой почки. Цитологическое заключение # 240-245 за 28.11.98 г.: в препаратах выраженный кистозный фон — бесструктурное межточное вещество, на фоне которого обнаружены скопления полиморфных лейкоцитов, эритроциты, единичные лимфоциты, скопления полиморфных опухолевых клеток. 30.11.98 г. произведена нефрэк-



Рис. 2. Компьютерная томограмма больной Ч. Гидрофильное образование до 6,5 см в диаметре левой почки.

томия справа. При интраоперационной ревизии в кисте — ворсинчатые разрастания. Гистологическое заключение # 4310-20 за 30.11.98 г.: светло-клеточный солидно-трабекулярный кистозный почечно-клеточный рак, степень почечной атипии 2 по Фурману.

У 4 больных проведение современных рентген-радионуклидных, ультразвуковых методов исследования не позволило обнаружить наличие опухоли в кисте почки. Только после исследования аспирационной при пункции кисты жидкости обнаружено наличие злокачественного опухолевого процесса.

Проиллюстрируем сказанное следующим наблюдением. Больная Ч., 22 лет, история болезни # 612, поступила 10.02.99 г. с жалобами на периодическую головную боль на фоне повышения артериального давления до 160/100 мм рт.ст. При обследовании в клинике почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общие анализы крови и мочи, показатели азотистого обмена в пределах нормы. На обзорной урограмме дополнительных теней нет, на экскреторных урограммах анатомо-функциональное строение верхних мочевых путей не нарушено. КТ — в левой почке выявлено гидрофильное образование до 6,5 см в диаметре (рис. 2). При аортографии поражения почечных артерий нет. 15.02.99 г. выполнена чрезкожная пункция кисты левой почки. Цитологическое исследование аспирированной жидкости (# 18-28) выявило атипию клеточных элементов. 3.03.99 г. выполнена нефрэктомия слева. Гистологическое заключение # 863-873: в стенке серозной кисты определяется гемангиофиброэндотелиома.

Таким образом, чрезкожная пункция почек является эффективным диагностическим пособием при сочетании кист с новообразованиями верхним мочевых путей. Этот метод позволяет установить форму злокачественного процесса, а также может являться единственным диагностическим тестом при небольших опухолях, когда они не выявляются с помощью лучевых методов обследования.

Литература

1. Власов П.В., Котляров П.М. (1997) Современная лучевая диагностика опухолей и кист почек. Вестн. рентенологии и радиологии. с. 35-47
2. Лопаткин Н.А., Мазо Е.Б. (1982) Простая киста почки. (Москва). "Медицина". 127 с.
3. Hatano T., Koyama Y., Hayama M. (1997) Prognosis of renal cell carcinoma coexisting with renal cystic diseases — results of nationwide survey in Japan. Japanese J. Urol. 88 (6): 624-631
4. Heindryckx E., Casselman J., Defloor E., Delanote G. (1997) Benign multilocular cystic nephroma. Journal Belge de Radiologie. 80 (2): 65-67
5. Kozomara M., Pavlovic S., Lokic Z., et al (1996) Maligne ciste bubrega//Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo. Suppl [124] 1: 229-230
6. Ooi GC., Sagar G., Lynch D., Arkell DG. (1996) Renal cell carcinoma: radiological features and clinico-pathological correlation. Clinical Radiology. 51 (11): 791-796
7. Tarasi F.R., Wong J.B., Levey A.S., Meyer K.B. (1995) Screening for acquired cystic kidney disease: a decision analytic perspective. Kidney International. 48 (1): 207-219

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ МАЛОИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

ПОДПИСКА-2000-2001

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС 40719

ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ УКРАИНЫ

ГODOВАЯ ПОДПИСНАЯ ЦЕНА 12 ГРН !!!

Глубокоуважаемые читатели, подписчики, авторы оригинальных статей!

Редакционная коллегия и издательский совет информируют Вас о том, что "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" вновь в открытой подписке 2000-2001 гг. во всех отделениях связи Украины.

Кроме того, Вы можете приобрести журнал в розничной продаже специализированных магазинов системы "Медицинская книга" Украины.

С 2000 года журнал является структурным подразделением Киевского клинического госпиталя, благодаря чему журнал стал еще более доступным для своих читателей.

**КИЕВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ
ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БЕСПЛАТНУЮ ГОДОВУЮ ПОДПИСКУ**

в целях поддержки научно-практических исследований в области малоинвазивной и эндоскопической хирургии Киевский клинический госпиталь предоставляет полную годовую подписку 2000-2001 гг. на "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" для 100 студентов медицинских ВУЗов Украины и интернов/резидентов всех хирургических специальностей Украины.

Полные данные о соискателях с их профессиональными интересами должны быть высланы не позднее 30 ноября 2000 года по адресу Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18, "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии", с пометкой "на подписку".

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ БЛОКУЮЧОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПЕРЕЛОМІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Васюк В.Л., Рубленік І.М.

Кафедра травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинської державної медичної академії, Україна

Clinical Variants of Femoral Shaft Fractures Interlocking Nailing

V.L. Vasyuk, I.M. Rublenik

Chair of Traumatology, Orthopaedics and Neurosurgery, Bukovinian State Medical Academy, Ukraine

Summary

The aim of this trial is the analysis of 218 interlocking nailings with developed at the Chair of Traumatology, Orthopaedics and Neurosurgery of Bukovinian State Medical Academy compressive interlocking metallic-polymeric nails. Examples of interlocking metallic-polymeric nailing with AO plate and wire circlage combinations are given.

The remote results are studied at 186 (84,93%) patients. Consolidation in optimal terms achieved at 178 (95,7%) patients. At 8 patients were observed complications, among them postoperative osteomyelitis — 4 (2,16%), nail deformation at fracture site — 2 (1,08%), broken interlocking screws leading to pseudarthrosis — 2 (1,08%). The patients were reoperated with satisfactory results.

Keywords: femur fractures, surgical treatment, interlocking nailing, biological osteosynthesis

Вступ

В клінічній практиці остеосинтезу переломів стегнової кістки поряд із відносно стандартними оперативними втручаннями зустрічаються випадки, що потребують розробки нових або вдосконалення існуючих технологій. До останніх ми віднесли закритий та напіввідкритий блокуючий інтрамедулярний металополімерний остеосинтез доповнений восьмиподібним дротяним зашморгом або накістковою пластиною. В доступній вітчизняній літературі, а також в ресурсах мережі Інтернет нами не було знайдено опису подібних клінічних варіантів остеосинтезу.

Матеріал і методи

Для остеосинтезу переломів стегнової кістки використовувались компресійні металополімерні фікса-

тори (КМПФ) другої (КМПФ-2, а.с. СРСР #806019 [2]) та третьої моделей (КМПФ-3, а.с. СРСР №946531 [1]), а також блокуючий металополімерний фіксатор шостої моделі (БМПФ-6).

Останній (мал. 1) складається з порожнистого металевого корпусу 1, виготовленого у вигляді трубки з поздовжнім осьовим каналом. У верхній частині фіксатора міститься деротаційна лопать 2, а в нижній — наскрізне вікно 3, заповнене полімерним матеріалом поліамідом-12, який також має осьовий канал. По всій довжині фіксатора у стінці, протилежній тій, де розташована деротаційна лопать 2 виконані поздовжні вікна 4, також заповнені поліамідом-12.

В набір для БІМПО входять також інструменти, які значно полегшують і прискорюють його виконання, роблять оперативне втручання малотравматичним. (мал. 2).

Зменшення об'єму оперативних втручань забезпечувалось впровадженням мінімально травматичних способів введення фіксатора [4, 7]. Операцію починали з того, що після репозиції відламків на ортопедичному столі під рентгентелевізійним контролем через розтин м'яких тканин в ділянці великого вертлюга трепанували кістку, в кістковомозкову порожнину центрального та периферійного фрагментів вводили провідник у вигляді стержня діаметром 4,5 мм. В тих випадках, коли репозиція відламків і введення провідника вдавались, останній видаляли і на його місце вводили КМПФ-3, після чого проводили дистальне блокування одним або двома гвинтами. Рани в ділянці великого вертлюга і в нижній третині стегна зашивали. Оскільки не проводився розтин м'яких тканин в ділянці перелому, такий спосіб про-

ведення операції називали "закритим остеосинтезом". В тих випадках, коли зустрічались труднощі репозиції (як правило при несвіжих переломах), або попадання фіксатора в кістково-мозкову порожнину дистального фрагмента, робили невеликий, довжиною до 10 см зовнішньо-задній розтин м'яких тканин, через який репонували фрагменти, не виводячи їх з рани. Пальпаторно занурювали кінець КМПФ в кісткомозкову порожнину дистального фрагменту. Після дистального блокування рани зашивали. Така методика операції отримала назву "напіввідкритого остеосинтезу".

Нарешті, при застарілих, неправильно зрощених переломах та псевдоартрозах використовували зовнішньо-задній доступ, при якому за рахунок міжм'язевого підходу до кістки мінімально травмували м'які тканини [5, 6]. З метою покращення процесу репаративної регенерації, робили остеоперіостальну декортикацію, після якої калібрували кістково-мозкову порожнину. Під калібруванням ми розуміємо зняття нерівностей кісткової трубки на відміну від розсвердлювання, коли знімають ендост, а також певний шар кістки, надаючи останній циліндричну форму на протязі 8-10 см. В підготовлену таким чином кістку вводили КМПФ, здійснювали проведення блокуючих гвинтів через окремі розтини довжиною до 5 см.

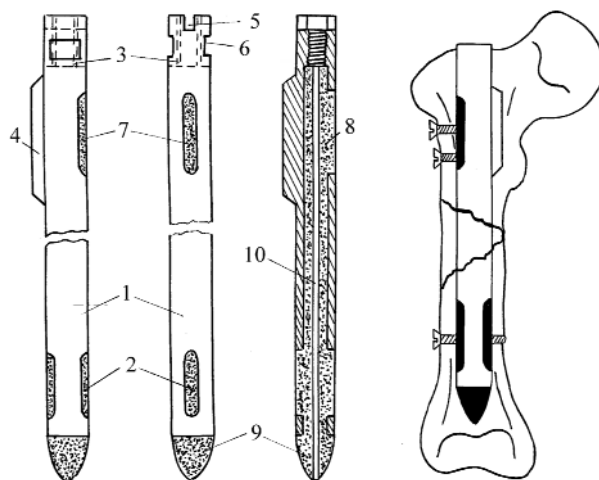
Закритий спосіб БІМПО стегнової кістки був зроблений у 6 (2,74%) хворих, напіввідкритий — у 14 (6,39%), остеоперіостальна декортикація — у 12 (5,48%) хворих.

За період з 1992 по 1999 роки в базових клініках кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинської державної медичної академії лікувалось 219 хворих з 225 діафізарними переломами стегнової кістки. З приводу свіжих переломів оперовано 190 хворих (86,76%), незрощених і неправильно зрощених — 23 (10,5%), несправжніх суглобів — 4 (1,83%).

Розподіл хворих за типами переломів згідно класифікації АО показаний на мал. 3.

Результати та їх обговорення

Віддалені результати вивчено у 186 (84,93%) хворих. Консолідація перелому в оптимальні строки констатована у 178 (95,70%) хворих. У 96 (51,61%) пацієнтів фіксатор видалено в терміни від 10 міс. до 3 років. Частина хворих, особливо похилого віку відмовилась від видалення фіксатора з економічних міркувань, а особи середнього віку мотивували видалення фіксатора відсутністю дискомфорту від перебування фіксатора в кістці. У 8 хворих (4,3%) зафіксовані ускладнення, з яких післяопераційний остеомієліт — 4

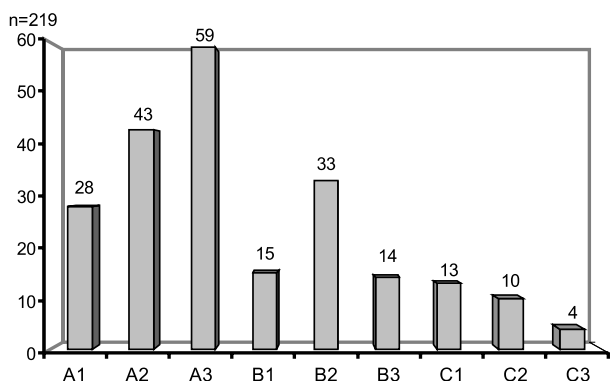


Мал. 1. Схема БМПФ-6.



Мал. 2. Набір інструментів для виконання БІМПО.

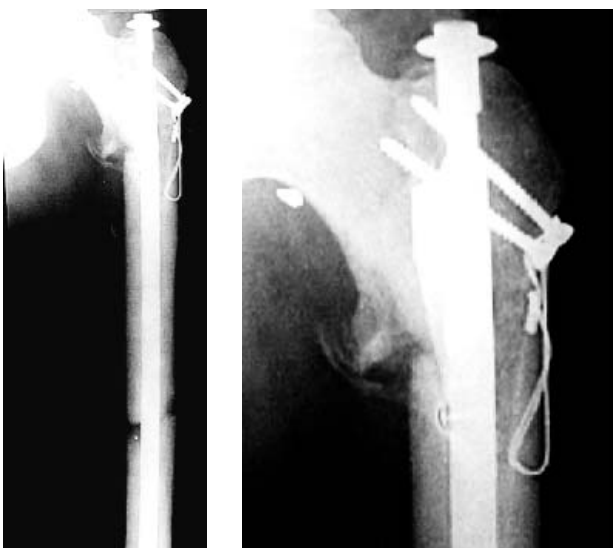
Склад: провідник (1) для антероградного введення метало-полімерного фіксатора в кісткомозкову порожнину кісткових відламків; ручні свердла (2) діаметром 10-13 мм, довжиною 450 мм — для калібрування кісткомозкового каналу перед введенням метало-полімерних стержнів; забійник (3) — для введення фіксатора у кісткові відламки; екстрактор (4) — для видалення фіксатора із кістки; напрямлюючий пристрій (5) — для визначення рівня і площини проведення блокуючих гвинтів через полімерні ділянки фіксатора; шило для відкривання кісткомозкової порожнини (6); рожки та торцеві ключі (7).



Мал. 3. Розподіл хворих з переломами діяфізу стегнової кістки за видом перелому відповідно до класифікації АО.



Мал. 4. Рентгенограма хворого М. через 4 міс. після остеосинтезу правої стегнової кістки КМПФ-3 і накістковою пластиною з 4 гвинтами.



Мал. 5. Рентгенограма хворого К. через 2 міс. після остеосинтезу подвійного перелому лівої стегнової кістки КМПФ-3 та восьми-подібним дротяним зашморгом.

(2,16%), викривлення фіксатора на рівні перелому, що потребувало реосинтезу — 2 (1,08%), перелом блокуючих гвинтів з утворенням ротаційної нестабільності і, як наслідок, несправжнього суглобу — 2 (1,08%). Після проведення повторних оперативних втручань у всіх хворих досягнуто загоєння перелому.

Наводимо клінічні приклади застосування КМПФ в поєднанні з накістковою пластиною та в поєднанні з 8-подібним дротяним зашморгом.

1. Хворий М., 22 років, отримав закритий скалковий перелом верхньої третини діяфізу правої стегнової кістки внаслідок ДТП. Прооперований 26.12.1996 р. із застосуванням КМПФ-3 та накісткової пластины АО з 4-ма гвинтами. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, додаткова гіпсова іммобілізація не застосовувалась. При контрольній рентгенографії через 4 місяці констатоване утворення нормотрофічного кісткового мозолу (мал. 4). Фіксатор видалено через 1 рік і 8 місяців. Відмічено повне відновлення анатомії і функції кінцівки.

2. Хворий К., 37 років, отримав подвійний перелом лівої стегнової кістки в підвертлюговій ділянці та середній третині стегна. 26.01.1993 року виконано операцію остеосинтезу лівої стегнової кістки КМПФ-3 та 8-миподібним дротяним зашморгом. Післяопераційний період перебігав без ускладнень, через 3 місяці після операції констатоване зрощення уламків (мал. 5).

За останні 20 років метод Кюнчера набув нового новаторського розвитку після запровадження техніки блокуючого остеосинтезу. Істотному покращенню інтрамедулярного остеосинтезу сприяла відмова від розсвердлювання кістково-мозкової порожнини, зберігаючи при цьому кровопостачання відламків, зменшуючи інтрамедулярний тиск [8].

Збереження васкуляризації під час закритого остеосинтезу, відсутність абсолютної жорсткості в зоні перелому внаслідок використання фіксаторів невеликого діаметру мають вирішальне значення для швидкого та якісного зрощення перелому.

Спостерігалось, що в умовах інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу невправлені кісткові фрагменти дуже швидко (від 6 до 8 тижнів) інтегрували у великі кісткові мозолі і вбудовувалися в структуру кістки. Через кілька років після операції часто можна було рентгенологічно спостерігати не більше ніж веретеноподібне потовщення на місці перелому. З цього було зроблено висновок, що заради збереження кровопостачання фрагментів не слід займатися ідеальним вправленням, а краще взагалі не чіпати осколки. Рентгенівські знімки таких "неточно репонованих" кісткових фрагментів в ділянці перелому дають нагоду нефахівцям від медицини похитати головами. Але такий спосіб остеосинтезу більше відповідає біології лікування переломів кісток і спричиняє менше ускладнень, ніж намагання здійснити ідеальну репозицію всіх кісткових фрагментів, від-

шаровуючи їх від м'яких тканин.

Блокуючий інтрамедулярний металополімерний остеосинтез, зокрема його закритий та напіввідкритий способи без розсвердлювання кістково-мозкової порожнини демонструють переваги біологічного остеосинтезу. Можливість здійснення його через невеликі доступи, з мінімальним додатковим пошкодженням м'яких тканин в ділянці перелому зберігають кровопостачання відламків, забезпечують оптимальний перебіг процесу консолідації.

З іншого боку, не дивлячись на мінімальну травму м'яких тканин, при застосуванні БІМПО забезпечується висока стабільність остеосинтезу, що дозволяє вести пацієнтів у функціональному та функціонально-навантажувальному режимі, попереджаючи тим самим розвиток контрактур, атрофії, що також оптимізує процеси репаративної регенерації.

Таким чином, запропонований і розроблений БІМПО в повній мірі відповідає принципам біологічного остеосинтезу і забезпечує добрі результати лікування в оптимальні строки у 95,6% хворих.

Висновки

В нестандартних випадках можливе поєднання інтрамедулярного остеосинтезу з накістковим та остеосинтезом 8-подібним дротяним зашморгом.

Диференційоване застосування динамічного, статичного та детензійного варіантів БІМПО у 219 хворих з діафізарними переломами стегнової кістки призвело до анатомо-функціонального відновлення кінцівки в оптимальні строки.

Підвищена увага до мінімального додаткового травмування м'яких тканин, максимальне збереження кровопостачання ділянки перелому оптимізує процес анатомо-функціонального відновлення кінцівки, відповідає принципам біологічного остеосинтезу.

Література

1. Рубленик И.М. (1982) Внутрикостный фиксатор. Открытия, изобретения. 28: 18
2. Рубленик И.М. (1985) Компрессионный фиксатор. Открытия, изобретения. 33: 19
3. Рубленик И.М., Васюк В.Л., Шайко-Шайковский О.Г. та ін. (1997) Міцнісні характеристики фіксатора для біологічного остеосинтезу переломів вертлюгової ділянки стегна. Буовинський медичний вісник. 3: 100-106
4. Claudi B.F., Oedekoven G. (1991) "Biologische" Osteosynthesen. Der Chirurg. 62: 367-377
5. Lungerhansen W., Ulrich P. (1997) Biologische Osteosynthesen. Zentralbe Chir. 122: 954-961
6. Melcher G.A., Ruedi Th. (1993) Auf dem Weg zur minimal-invasiven Osteosynthese. Therapeutische Umschau. 50; 7: 449-453
7. Weller S. (1998) Die biologische Osteosynthese. Langenbecks Arch. Chir. Suppl. II; 61-65

КИЕВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ОБЪЯВЛЯЕТ ГРАНТ

на лучшую научно-исследовательскую работу в любой области малоинвазивной и/или эндоскопической хирургии для молодых хирургов/интернов/резидентов/студентов Украины, родившихся после 31 декабря 1965 года.

Обязательным условием является то, что научная работа должна быть оформлена в виде статьи, и соответствовать стандартам статей, принимаемых "Украинским журналом малоинвазивной и эндоскопической хирургии", и быть ранее неопубликованной ни в одном медицинском издании.

Объем статьи не должен превышать 12 печатных страниц с иллюстрациями и списком литературы.

К статье должно быть приложено направление учреждения, в котором была выполнена работа, письменное заключение (рецензия) научного руководителя исследования, расширенные сведения об авторе (претенденте) с его/ее профессиональными интересами.

8 оригиналов работы с пометкой "на гранты" и полные данные об авторе должны быть высланы не позднее 30 ноября 2000 года по адресу Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18, "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

По итогам проведенного конкурсного отбора авторы 15 наиболее оригинальных исследований получают бесплатную годовую подписку 2001 года на "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

6 лучших работ будут опубликованы в № 1-2/2001 "Украинского журнала малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

3 авторам лучших научно-исследовательских работ будут выделены следующие гранты: первая премия — 300,00\$ US, две вторых — по 150,00\$ US.

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА

Ничитайло М.Е., Бойко А.В., Мошковский Г.Ю., Щербина С.И.

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины, Киев
Одесская областная клиническая больница, Одесса, Украина

Percutaneous Puncture of Hepatic Hydatid Cysts with Ultra-Sound-Guidance

M.E. Nichitailo, A.V. Boiko, G.Yu. Moshkovskiy, S.I. Scherbina

Institute of Clinical and Experimental Surgery, AMS of Ukraine, Kiev
Regional clinical hospital, Odessa, Ukraine

Summary

Results of treatment of 61 patients with 88 hepatic hydatid cysts using percutaneous puncture and drainage under US-guidance are given. There were no recurrence observed within the follow-up of 12-36 months.

Keywords: hepatic hydatid cysts, percutaneous puncture, ultra-sound.

Введение

Эхинококкоз, являющийся тяжелым паразитарным заболеванием, и в настоящее время оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой во многих странах мира, в связи с большим количеством больных и существованием эндемических районов, а также миграцией населения.

Основным способом лечения эхинококкоза остается хирургическое вмешательство. Приоритетными являются радикальные операции (перикистэктомия и резекции печени с кистой). Разработка и внедрение в клиническую практику миниинвазивных технологий уменьшило риск вмешательств при эхинококкозе, снизилось и число послеоперационных осложнений и летальность [1, 2].

Существенным является также и то, что в последнее время значительно улучшилась диагностика эхинококкоза, в основном, благодаря использованию современных ультразвуковых аппаратов и компьютерной томографии.

В последние годы появились отдельные работы о возможности использования чрескожных вмешательств под контролем ультразвука, как метода лече-

ния паразитарных кист [3, 4, 5]. Полученные авторами предварительные результаты требуют дальнейших углубленных исследований в направлениях разработки показаний, техники выполнения и тактики ведения больных, оценки отдаленных результатов

Материалы и методы

За период с 1994 по 1999 гг. чрескожные вмешательства применялись нами для лечения 88 эхинококковых кист, выявленных у 61 больного. Возраст пациентов колебался от 15 до 72 лет. Женщины составили 73,8% (45), мужчин было 16 (26,2%). У 52 пациентов выявлены солитарные паразитарные кисты (85,3%), у 9 — множественные. Из них у 4 больных диагностировали по 2 патологические полости, у 2 — по 4, у остальных трех соответственно 5, 7 и 8 эхинококковых кист. В 42 наблюдениях (47,7%) определялись ацефалоцисты, т.е. кисты, не имеющие дочерних образований. У 4 больных были нагноившиеся паразитарные кисты.

Сочетанные поражения выявлены у 8 пациентов, у 6 из них был эхинококкоз печени и легких (чрескожные вмешательства выполнялись через 2-4 недели после операций на легких). Эхинококковая киста брюшной полости наблюдалась у 1 пациентки, перенесшей три оперативных вмешательства по поводу данной патологии на печени. Еще у одной (также ранее оперированной) диагностирована паразитарная киста послеоперационного рубца.



Рис. 1.



Рис. 2.

Из 61 больного у 15 имело место рецидивное течение заболевания после хирургических вмешательств.

Инвазивных вмешательства в виде пункций и дренирований выполнялись с использованием ультразвуковых аппаратов SSD-650 и SSD-630, Aloka (Japan), оснащенных конвексными датчиками 3,5 и 5,0 МГц, а также пункционными линейными датчиками 3,5 МГц с боковой прорезью. Пункции патологических очагов осуществляли иглами Chiba, 20-16 G. Для чрескожного дренирования использовали дренажи различных модификаций диаметрами 8-12 F по шкале Шарьера. Дренирование проводилось в основном по методике Сельдингера, при больших полостях — одномоментно, с применением стилет-катетера.

Все вмешательства выполнялись с соблюдением правил антисептики, под местной анестезией, после премедикации наркотическими анальгетиками. В целях профилактики возможных анафилактических реакций использовались антигистаминные препараты. Подготовку больных проводили по общепринятой методике.

Доступы зависели от локализации и размеров патологических образований.

Во избежание возможного обсеменения брюшной полости чрескожные вмешательства выполнялись, как обязательное условие, через ткань печени. Это также позволяло предупреждать выпадение дренажа из полости кисты.

Получаемый при пункции аспират подвергался микроскопическому изучению, при нагноении — микробиологическому исследованию. Лечебные пункции предусматривали максимальное удаление содержимого с последующим введением 96% этилового спирта. 2% раствора формалина по разработанной методике. Количество вмешательств — от 3 до 5 на курс.

Для чресдренажной деструкции эхинококка использовали те же реагенты, а также растворы гипох-

лорита натрия в концентрациях 750-1500 мг/л. Суть методики заключалась в многократном введении указанных растворов (в течение 7-14 дней) до полного исчезновения в отделяемом из дренажа элементов паразита. В 10 наблюдениях, при наличии в полостях дочерних образований, применяли также дополнительное введение протеолитических ферментов, что позволяло ускорять сроки лечения. В случаях нагноения (4 пациента) наряду с этиотропной применялась и целенаправленная антибактериальная терапия с учетом результатов микробиологических исследований.

Контроль за динамикой состояния патологических полостей осуществлялся с помощью ультразвука.

Результаты и их обсуждение

Сравнительные исследования диагностической ценности различных методик распознавания первичного эхинококкоза печени позволили констатировать, что наиболее информативной является сонография, эффективность которой при различных формах и стадиях эхинококкоза достигает 97-98%. Следовательно, оптимальный алгоритм обследования таких больных должен включать ультразвуковое сканирование, которое является скрининговым методом и, в отдельных случаях, тонко-игольную аспирационную биопсию, с целью дифференциальной диагностики кистозных образований. У 8 пациентов также были выполнены компьютерная томография.

Эхинококковые кисты, с дочерними образованиями внутри, имеют характерную ультразвуковую картину (рис. 1). Определенные трудности возникают в диагностике солитарных эхинококковых кист (ацефалокист), имеющих сходные эхографические признаки с кистами непаразитарного происхождения. В данных случаях (31 наблюдение) паразитарная этио-



Рис. 3.

логия кист была уточнена благодаря исследованиям аспирата полученного в результате диагностических пункций. При микроскопии осадка содержимого выявлялись сколексы и крючья паразита.

Размеры кист колебались от 3 до 9,5 см в диаметрах, что соответствовало их объемам от 5 до 1500 мл. У двух больных диаметры кист были соответственно 11,5 и 16,5 см. Локализация кист в правой доле печени выявлена у 41 пациента (67,2%), в левой — у 7 (11,5%), обе доли были вовлечены в патологический процесс у 13 (21,3%).

Выбор способа чрескожного вмешательства зависел от размеров и вида паразитарной кисты, редко — от ее локализации. При размерах кист до 4-5 см выполнялись чрескожные пункции. Кратность пункций была детерминирована степенью обратного развития и облитерации полости кисты. Полный курс лечения занимал от 7 до 24 дней. Всего по данной методике пролечено 39 человек с солитарными паразитарными кистами.

16 пациентов с кистами больших размеров, наличием дочерних образований были подвергнуты чрескожным дренированиям под контролем сонографии. Еще у 6 больных с множественными поражениями нами использовалась комбинация методик. Сроки дренирования колебались от 14 дней до 2 месяцев. При дренировании санация полости с введением гипохлорита натрия выполнялась ежедневно.

Критериями излечения считали полное исчезновение полостей кист, а также отсутствие элементов паразита при тонко-игольной аспирационной биопсии остаточных полостей или в отделяемом из дренажей.

При размерах кист до 5 см полная их облитерация наступила к концу курса лечения у 12 человек. У остальных остаточные полости определялись в сроки от 3 до 6 месяцев после завершения лечения, прогрессивно уменьшаясь, в последующем не выявлялись. У



Рис. 4.

5 больных с многокамерными кистами дренирование и санация были неэффективными, в последующем подвергнуты оперативным вмешательствам.

Из осложнений следует выделить развитие желчных наружных свищей (10 наблюдений). Во всех случаях лечение было консервативным и не требовало хирургических вмешательств. Полная их облитерация наступала в сроки от 4 недель до 4 месяцев. У 5 пациентов мы наблюдали анафилактические реакции, легко купирующиеся медикаментозно. Два других осложнения потребовали хирургических вмешательств в связи со случаем кровотечения из полости кисты на пятые сутки после дренирования и желчеистечением в брюшную полость.

Отдаленные результаты изучены в сроки до 1,5 лет. Рецидивов после пункций и дренирований не наблюдали. У 7 больных выявлены новые (ранее не определявшиеся) кистозные образования, которые были излечены путем чрескожных вмешательств под контролем ультразвука).

Летальных исходов не было.

В качестве иллюстраций приводим следующее наблюдение.

Больная К., 1967 г. рождения, и/б # 2091, поступила в клинику 17.11.97 с диагнозом: Эхинококковая киста правой доли печени (рис. 2). По эхоскопическим данным — ацефалоциста VII-VIII сегментов печени. 19.11.97 произведено чрескожное дренирование и деструкция паразитарной кисты. Объем кисты составил 450 мл. На протяжении 2 недель проводилось интенсивное лечение с введением растворов гипохлорита натрия. Выписана в удовлетворительном состоянии с наружным дренажем остаточной полости (в отделяемом элементы паразита при микроскопии осадка уже не определялись). Контрольный осмотр 10.12.97 — на эхограмме спавшаяся киста, представленная гиперэхогенным неоднородным образованием, полость не определяется (рис. 3). Дренаж удален. Повторный осмотр через 6 месяцев (15.05.98) — состояние удовлетворительное, сонографических признаков полостных образований в проекции печени не выявлено (рис. 4).

Хорошие и удовлетворительные ближайшие результаты наших исследований свидетельствуют о высокой эффективности и больших потенциальных возможностях малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука при эхинококковых кистах печени, что позволяет рассматривать их в перспективе как метод выбора в лечении отдельных форм данной патологии.

Выводы

Ультразвуковое исследование брюшной полости базовый метод топической диагностики паразитарных поражений. Тонкоигольная аспирационная биопсия с последующим исследованием содержимого — эффективный способ дифференциальной диагностики паразитарных кист в сомнительных случаях. динамический сонографический контроль на протяжении 1,5 лет, позволяющий исключить рецидивы заболевания указывает, что чрескожные вмешательства

под контролем ультразвука — современный малотравматичный эффективный метод лечения эхинококковых кист печени при условии правильного выбора показаний. Окончательная оценка метода возможна после продолжительного наблюдения за больными (5-10 лет).

Литература

1. Мовчун А.А., Шатверян Г.А., Абдуллаев А.Г. и др. (1991) Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени. Хирургия. 2: 28-30
2. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. (1985) Хирургия эхинококкоза. (Москва). "Медицина". 216 с.
3. Вишневский В.А., Помелов В.С., Гаврилин А.В. и др. (1992) Первый опыт лечения эхинококковых кист печени пункционным чрескожным дренированием. Хирургия. 5: 22-26
4. Men S., Hekimoglu B., Iucesou P. et. al. (1999) Percutaneous treatment of hepatic hydatid cyst as alternative to surgery. Amer. J. Roentgenol. Vol. 172: 83-90
5. Tan A., Yakut M., Kaymakciogly N. et al. (1998) The results of surgical treatment and percutaneous drainage of hepatic hydatid disease. Int. Surg. Vol. 83: 314-316

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ МАЛОИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

ПОДПИСКА-2000-2001

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС 40719

ВО ВСЕХ ОТДЕЛЕНИЯХ СВЯЗИ УКРАИНЫ

ГODOВАЯ ПОДПИСНАЯ ЦЕНА 12 ГРН !!!

Глубокоуважаемые читатели, подписчики, авторы оригинальных статей!

Редакционная коллегия и издательский совет информируют Вас о том, что "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" вновь в открытой подписке 2000-2001 гг. во всех отделениях связи Украины.

Кроме того, Вы можете приобрести журнал в розничной продаже специализированных магазинов системы "Медицинская книга" Украины.

С 2000 года журнал является структурным подразделением Киевского клинического госпиталя, благодаря чему журнал стал еще более доступным для своих читателей.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ЖИВОТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Гешелин С.А., Мищенко Н.В., Каштальян М.А.

Кафедра госпитальной хирургии Одесского государственного медицинского университета
411 Военный госпиталь Южного оперативного командования, Одесса, Украина

Laparoscopy in Diagnostics and Treatment of Acute Abdominal Pathology (Literature Review)

S.A. Geshelin, N.V. Mischenko, M.A. Kashtalian

Chair of Surgery, Odessa State Medical University
411 Military Hospital, Odessa. Ukraine

Широкое распространение лапароскопии в диагностике острой патологии живота обусловлено недостаточной информативностью клинических [12, 40, 70], лабораторных [103] и лучевых [84, 85] методов. Канонизированный при травмах живота "шарящий катетер" даёт до 5% ложно-отрицательных результатов [46]. Диагностические ошибки лапароцентеза чаще всего допускаются на первом этапе двухмоментного разрыва селезёнки [54] и при забрюшинных повреждениях [33]. Не имея достаточных оснований отвергнуть острую хирургическую патологию, хирург обычно предпринимает лапаротомию, которая у 15% [86], 30-37,6% [13, 42], 67% [97] пациентов ограничивается ревизией брюшной полости и исключением диагноза "острый живот". Неверно ретроспективно оценивать диагностическую лапаротомию как напрасную операцию, но цена полученной информации высока: чревосечение отягощает состояние больных и нередко ухудшает прогноз.

Лапароскопия представляет уникальную возможность атравматично выполнить ревизию брюшной полости и либо аргументировать показания к лапаротомии, либо обоснованно её отклонить [16, 19, 76, 98]. Кроме того, у многих больных открывается возможность перехода от диагностической лапароскопии к миниинвазивной эндоскопической операции [4, 25, 44, 61, 90, 96].

Известно, что ни один из классических симптомов острого аппендицита не может считаться патогномоничным [104]. Гипердиагностика острого ап-

пендицита приводит к неоправданной аппендэктомии у 19-50 % оперированных [34, 72, 102]. Лапароскопия существенно снижает риск ошибочного удаления "невинного" червеобразного отростка [95]. Лапароскопия позволяет своевременно диагностировать деструктивную форму острого аппендицита, при которой показана неотложная операция, и уточнить истинную причину жалоб в тех случаях, когда патология червеобразного отростка не подтверждается [5, 27]. Группа авторов, выполнив 404 лапароскопии больным с предположением об остром аппендиците, получила эндоскопическое подтверждение диагноза лишь у 45% исследованных [29]. Они считают, что показания к предоперационной лапароскопии следует расширить, так как ошибки допускаются не только при стёртой клинической картине, но и в тех случаях, когда диагноз не вызывает сомнений. Существенным достоинством метода является возможность перехода от диагностической лапароскопии к лапароскопической аппендэктомии [63, 75]. Опыт 915 лапароскопических аппендэктомий позволяет утверждать, что при интактном червеобразном отростке эндоскопическая операция, как правило, ограничивается ревизией, в то время как традиционные открытые операции часто завершаются удалением морфологически неизменённого червеобразного отростка [92].

Часто дифференциально-диагностической альтернативой острому аппендициту оказываются патологические процессы в женских гениталиях, кото-

рые выявляются с помощью лапароскопии у 26,5% больных с предположительным диагнозом "острый аппендицит" [37], причём наиболее часто выявляется пельвиоперитонит [41]. Лапароскопическая диагностика в этих случаях имеет решающее значение для определения лечебной тактики, ибо только 17% женщин с острой патологией органов малого таза требуют хирургического лечения [16]. У большинства пациенток с острым воспалением придатков матки лечебный компонент лапароскопии ограничивается эвакуацией экссудата, промыванием брюшной полости раствором антисептика, дренированием [23]. Лапароскопическая сальпингэктомия становится методом выбора в хирургическом лечении внематочной беременности [77, 88, 100], а наиболее искусные хирурги-эндоскописты при трубном аборте выполняют органосохраняющее вмешательство — туботомию, извлечение плодного яйца с последующим наложением восстанавливающих швов [68].

Прободная язва имеет чёткую клиническую симптоматику. Однако и при этом заболевании лапароскопия вносит существенные коррективы: у 35,1% больных с подозрением на прободную язву выявляются иные заболевания, причём часть из них не требует хирургического лечения [19]. При выявленном прободении ушивание перфоративного отверстия, туалет брюшной полости и дренирование можно выполнить лапароскопически [71, 87].

Острая кишечная непроходимость длительное время считалась противопоказанием к лапароскопии в связи с риском повреждения иглой или троакаром перерастянутой истончённой стенки кишки. С накоплением опыта признаки непроходимости из разряда противопоказаний перешли в число показаний к диагностической и лечебной лапароскопии, с помощью которой определяется форма и уровень непроходимости, уточняется жизнеспособность кишки, оценивается состояние брюшины и целесообразность операции [10, 32]. При спаечной непроходимости с помощью лапароскопии успешно выполняется адгезиолиз и решаются лечебные задачи [73, 81].

Лапароскопия получила широкое распространение в диагностике и лечении острого холецистита [42]. Лапароскопия способствует уточнению диагноза, позволяет установить показания и определить оптимальное время оперативного вмешательства, уменьшить число неоправданных лапаротомий [52]. При переходе от диагностической лапароскопии к лечебной наиболее часто выполняется лапароскопическая холецистэктомия, признанная "золотым стандартом" лечения калькулёзного холецистита [17]. Однако у пациентов с высокой степенью риска выполняется лапароскопическая холецистостомия

[19, 62, 74], которая при ферментативном холецистите обеспечивает патогенетически обоснованную декомпрессию жёлчевыводящих путей [15].

Трудности диагностики острого панкреатита, абдоминальное расположение поджелудочной железы, осложняющее визуальную ревизию путём лапароскопии, позволяют некоторым авторам считать решающей диагностической процедурой лапаротомию [11, 60, 64, 91, 99]. Однако косвенные признаки острого панкреатита настолько очевидны, что при обнаружении стеатонекрозов, стекловидного отёка печёчно-двенадцатиперстной связки, экссудата с высоким содержанием амилазы лапароскопический диагноз можно считать достоверным [3, 20, 26, 39]. Весьма эффективна динамическая лапароскопия, которая позволяет контролировать развитие заболевания и оценивать эффективность лечения [21, 42]. У пациентов с подтвердившимся диагнозом диагностическая лапароскопия перерастает в лечебную: выполняется декомпрессивная холецистостомия, дренируется брюшная полость, катетеризируется круглая связка печени, в которую вводятся анестетики, ингибиторы протеолиза, антибактериальные препараты [8, 36, 38, 39, 47, 48].

Лапароскопия занимает особое место в диагностике и лечении травм живота. Ошибки клинической диагностики при травмах живота достигают 25%, причём 60% ошибок приводят к летальным исходам [18]. Лапароскопия — оптимальный метод решения диагностических и тактических проблем [93] с возможным последующим переходом в мини-инвазивную эндоскопическую лечебную операцию [69]. Преимущества лапароскопии неоспоримы при сочетанной травме живота и головы [31, 45], когда клинические признаки повреждения органов брюшной полости маскируются семиотикой черепно-мозговой травмы. При повреждении спинного мозга лапароскопия оказывается единственным (не считая лапаротомии) методом диагностики "острого живота" с определением локализации очага поражения [65].

Возможности лапароскопии внесли изменения в доктринальные тактические установки, связанные с травмами печени. Подозрение на повреждение печени, подтверждённое поступлением крови из брюшной полости при лапароцентезе, в недалёком прошлом служило абсолютным показанием к лапаротомии. Лапароскопия открывает перспективу консервативного лечения поверхностных ран печени, которое ограничивается эндоскопическим туалетом и дренированием брюшной полости с последующим динамическим контролем [7, 14, 24, 89]. Возможность консервативного лечения поверхностных ран печени считается самым выдающимся вкладом лапароскопии в лечение травм живота и обсуждается как

перспективная альтернатива лапаротомии [80, 89].

Разрывы селезенки составляют от 15 до 50% травматических повреждений органов живота [18]. Субкапсулярные разрывы встречаются у каждого восьмого пациента [66], и в 85% случаев двухмоментных разрывов на первом этапе допускаются диагностические ошибки [56]. Лапароскопия позволяет избежать эти ошибки [67]. Обсуждается возможность консервативного лечения субкапсулярных разрывов [66]. Отказ от лапаротомии при повреждении селезенки представляется нам неоправданно рискованным, и абсолютные показания к спленэктомии, принятые при огнестрельных ранениях [2] мы распространяем на все травматические повреждения селезенки.

Лапароскопия играет решающую роль в диагностике разрыва брыжеечного края кишки, когда содержимое распространяется между листками брыжейки, не попадая в брюшную полость [101], или при повреждениях забрюшинной части двенадцатиперстной кишки, восходящей или нисходящей кишки, когда ведущим признаком оказывается гематома в забрюшинной клетчатке [33].

Важным достоинством лапароскопии является возможность получения достоверной информации об отсутствии острых заболеваний и травм живота, составляющих показания к лапаротомии [94]. Лапароскопия позволяет избежать непоказанную лапаротомию при политравме в 35,6 % [28] — 46% [19] наблюдений и у 15% больных с "острым животом" [86]. От 35% [10] до 47,9% [25] проникающих ранений живота оказываются "счастливыми", без повреждения внутренних органов. Экстренная лапароскопия позволяет пересмотреть положение, канонизирующее обязательную лапаротомию при проникающем ранении живота.

Статистический анализ свидетельствует о высокой эффективности диагностической лапароскопии. При остром аппендиците чувствительность метода составляет 99,3-99,5%, специфичность — 98,5-99,2% [6, 57]. Достоверность лапароскопической диагностики при тупой травме живота 97% [80]. При проникающих ранениях в 7,5% случаев наблюдается гиподиагностика, в 11,4% — гипердиагностика [13].

По данным ВОЗ, до 30% больных, госпитализированных в хирургические отделения, имеют сочетанную патологию [9]. 10-15% больных с патологией толстой кишки страдают желчекаменной болезнью [58]. Наиболее частыми вариантами сочетанной патологии органов брюшной полости оказываются одновременные заболевания желчного пузыря, червеобразного отростка и женских гениталий [50]. Достоинства симультанных операций, обеспечивающих одномоментную хирургическую коррекцию при со-

четанном поражении различных органов, не вызывает сомнений по медицинским, психологическим и экономическим критериям [35, 43]. Применение традиционных открытых симультанных операций обоснованно тормозится травматичностью доступа, который при патологии полярно расположенных органов вынуждено простирается от мечевидного отростка до лона. Лапароскопия существенно расширяет возможности применения симультанных операций в связи с тем, что 1) значительно уменьшается травматичность доступа и 2) лапароскопическая ревизия открывает возможность выявления патологических процессов в органах, отдалённых от основного объекта операции.

В литературе обсуждаются осложнения лапароскопии, которые условно можно разделить на технические и патофизиологические. К техническим относятся повреждения сосудов передней брюшной стенки и травмы внутренних органов при введении иглы Вереша или троакара [53, 82], ошибочное введение газа с развитием эмфиземы подкожной и забрюшинной клетчатки, сальников и средостения, газовую эмболию [22, 59]. С накоплением опыта эти осложнения стали редкими: хирурги, располагающие опытом 803 лапароскопий не имели ни одного повреждения иглой или троакарном [79]. Основное внимание теперь уделяется нарушениям дыхания, кровообращения и свёртывания крови связанным с повышением внутрибрюшного давления при введении углекислого газа. Высокое давление в брюшной полости смещает диафрагму в краниальном направлении и уменьшает функциональную ёмкость лёгких [1]. Нарушения дыхания отягощаются уменьшением возврата венозной крови к правому предсердию, снижением ударного и минутного объёмов [49], урежением сердечного ритма [51]. Сдавление нижней полой вены приводит к застою в венах таза и нижних конечностей, что усугубляет тромбоопасность, создаёт предпосылки для тромбоэмболии лёгочной артерии [30], нарушает перфузию почек [83]. Для предупреждения этих осложнений рекомендуется не повышать внутрибрюшное давление более чем до 12 мм рт. ст. [78], а некоторые авторы пытаются оперировать при 3-6 мм рт.ст., компенсируя явно недостаточный обзор постуральными факторами, изменяя положение операционного стола [55].

Литература

1. Азбаров А.А., Буров Н.Е., Курицын А.Н., Фоменко А.В. (1999) Патогенез гемодинамических и дыхательных расстройств при лапароскопических оперативных вмешательствах. Эндоскопическая хирургия. 3: 44

2. Алисов П.Г., Цыбуляк Г.Н. (1995) Огнестрельные ранения живота. Вестн. хирургии. 4-6: 48-53
3. Атанов Ю.П. (1981) Лапароскопическая семиотика некротического панкреатита. Вестн. хирургии. 6: 33-37
4. Балалыкин А.С. (1996) Эндоскопическая абдоминальная хирургия. (Москва), "ИМА-пресс", 152 с.
5. Бараев Т.М. (1998) Острый аппендицит. (Одесса), ОГМУ, 92 с.
6. Баранов Г.А., Соловьёв Д.В. (1998) Критерии оценки диагностической лапароскопии при остром аппендиците. Мат. научн.-практ. конф. (Ярославль). с. 111-115
7. Бирюков Ю.В., Волков О.В., Рой С. (1997) Повреждения печени. Хирургия. 2: 24-27
8. Блувштейн Г.А., Рубин Г.В. (1999) Эндовидеолапароскопия в лечении больных острым панкреатитом. Эндоскопическая хирургия. 2: 11
9. Бугаев А.И. (1997) Сочетанные операции в плановой абдоминальной хирургии. Вестн. хир. 1: 126
10. Буянов А.Л., Некрасов А.Ю. (1998) Лапароскопия при проникающих ранениях живота. Эндоскопическая хирургия. 1: 10
11. Гагушин В.А. (1991) Оперативное лечение панкреонекроза. Хирургия. 2: 110-112
12. Галили О., Сайфан И. (1998) Лапароскопия в диагностике тупых и проникающих травм живота. Международный медицинский журнал. 2: 157-161
13. Гамыгин А.В., Сапожков А.Ю. (1995) Лапароскопия при проникающих ранениях живота. Прогрессивные технологии в медицине. Сб. научн. работ. (Заречный). с. 45-47
14. Гешелін С.О., Міщенко М.В. (1998) Лапароскопічна діагностика пошкоджень живота. Одеський мед. журн. 3(47): 16
15. Гирля В.И. (1991) Острый экспериментальный ферментативный холецистит. Клин. хир. 4: 24-26
16. Граников О.Д., Лившиц Ю.Л., Юранов В.Б. (1990) Лапароскопия в диагностике гинекологических заболеваний у детей. Вопросы охраны материнства и детства. 8: 49-52
17. Гуревич А.Р., Юрченко А.Л., Маркович Ю.В., Ершов Д.В. (1999) Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите — операция выбора или повышенный операционный риск? Эндоскопическая хирургия. 2: 18-19
18. Диагностическая и лечебная лапароскопия. Александрович Г.Л., Кучко С.К., Сокуляр Е.Ф., Догин И. Г. (1987) Хирургия. 3: 13-17
19. Завьялова Н.И., Дряженков И.Г., Баранов Г.А. (1995) Диагностические и лечебные возможности экстренной лапароскопии. Клинич. медицина. 2: 61
20. Зеркалов В.Н., Ёфименко Н.А. (1986) Лапароскопия при остром панкреатите. Военно-мед. журнал. 11: 59
21. Иванов Ю.В. (1999) Комплексная лапароскопия в лечении деструктивных форм острого панкреатита. Эндоскоп. хирургия. 2: 24
22. К вопросу о классификации интраоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. Б.В. Крапивин, А.С. Балалыкин, Д.В. Баранов, А.А. Давыдов и др. (1999) Анналы хирургич. гепатологии. 2: 228
23. Коколина В.Ф., Дронов А.Ф., Чундокова М.А. (1996) Перспективы применения лапароскопии в диагностике и лечении криптогенного пельвиоперитонита у девочек. Вестн. Рос. акушеров-гинекологов. 4: 85-87
24. Корабельников А.И., Аксенова С.В. (1995) Лапароскопия в диагностике и лечении ранений печени. Новые технологии в хирургической гепатологии. Мат. III конф. хирургов-гепатологов. (С.-Пб). с. 38-40
25. Корабельников А.И. (1988) Лапароскопия в диагностике проникающих ранений живота. Клин. хирургия. 4: 50-51
26. Лапароскопия в диагностике и лечении острого панкреатита. Салайда Н.А., Паламарчук А.И., Демборинский И.В., Шкробот В.Т. (1982) Клин. хирургия. 11: 65
27. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита. Ермолов А.И., Жерахович И.А., Мосиенко Н.И., Норман И.М. (1987) Хирургия. 3: 37-40
28. Лапароскопия при закрытой травме живота. Кириченко А.А., Колокольцев В.Б., Курышев С.Б., Антонова Т.В., Гаранина А.С. (1996) Вопросы организации неотложной мед. помощи. Тез. научн. работ. (Омск), с. 87-89
29. Лапароскопия при остром аппендиците. Кулик Я.П., Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Поколюхин С.М. (1994) Вестн. хирургии им. Грекова. 152; 3-4: 101-102
30. Лебедьков С.А., Киненская Е.А. (1999) Анализ послеоперационной смертности после 4387 лапароскопических холецистэктомий. Анналы хирургич. гепатологии. 2: 230
31. Луцевич О.Э. (1993) Диагностическая и оперативная лапароскопия при заболеваниях и повреждениях органов брюшной полости. Автореф. докт. мед. наук. (Москва). 53 с.
32. Магомедов Р.Н. (1995) Комплексные методы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости. Автореф. канд. мед. наук. (Москва). 22 с.
33. Мазуренко О.В. (1995) Диагностика закрытого повреждения двенадцатиперстной кишки при черепно-мозговой травме. Клин. хирургия. 1: 13-14
34. Майстренко Н.А., Сухопара Ю.Н. (1999) Программа применения лапароскопических методов в неотложной абдоминальной хирургии. Эндоскопическая хирургия. 1: 8-12
35. Маховский В.З. (1992) Сочетанные операции как метод интенсификации работы хирургической клиники. Хирургия. 4: 47-52
36. Место и роль видеолапароскопии в лечении больных с острым панкреатитом. Брискин К.С., Рыбаков Г.С., Демидов А.Д., Суплотова А.А. (1998) Эндоскопич. хирургия. 1: 8-9
37. Милокова П. (1994) Лапароскопия в дифференциальной диагностике острого аппендицита и заболеваний гениталий у девочек. Автореф. дис. канд. мед. наук. (Москва). 24 с.
38. Мишин В.Ю. (1998) Современные взгляды на роль и место малоинвазивных лечебных и диагностических вмешательств при заболеваниях поджелудочной железы. Анналы хирургии. 1: 23-30
39. Мищенко Н.В. (1992) Подвесная лапароскопическая холецистостомия в неотложной хирургии органов гепатобилиарной и панкреатодуоденальной зоны. Автореф. дис. канд. мед. наук. (Харьков). 21 с.
40. Неотложная хирургия брюшной полости. под ред. Зайцева В.Т. (1989) (Киев) "Здоровье". 272 с.
41. Новикова Л.П. (1994) Лапароскопия в ургентной гинекологии. Организация и оказание мед. помощи в условиях Московской городской больницы. Мат. научн.-практ. конф. (Москва). с. 121-122
42. Олейников И.Ю. (1990) Динамическая лапароскопия в диагностике, прогнозировании и лечении острого холецистита и панкреатита. Автореф. дис. канд. мед. наук. (Иркутск). 20 с.
43. Поташов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. (1997) Использование лапароскопических методов при сочетанных операциях. Вестник хирургии. 6: 16-17
44. Прудков И.Д., Ходаков В.В., Прудков М.И. (1989) Очерки лапароскопической хирургии. (Свердловск). 143 с.
45. Пугачев А.Г., Петлах В.И., Граников С.Д. (1982) Лапароскопия в диагностике повреждений живота у детей. Клин. хирургия. 6: 50-53
46. Розанов В.И., Ефименко Н.А., Кичин В.В. (1995) Особенности диагностики и хирургического лечения перитонита у пострадавших с сочетанной травмой. Акт. вопр. лечения желудочно-кишечных кровотечений и перитонита. Сб. научн. трудов. (С.-Пб). с. 140-141

47. Рыбаков Г.С., Демидов Д.А. (1997) Видеолaparоскопия в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом. *Эндоскоп. хир.* 1: 92
48. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Праздников Э.Н., Сендерович Е.И. (1999) Лапароскопические вмешательства при остром деструктивном панкреатите. *Эндоскопическая хирургия.* 1: 6-7
49. Семенюта И.П. (1998) Изменения гемодинамики на этапах лапароскопической холецистэктомии. *Анестез. и реанимат.* 3: 25-27
50. Симультантные и сочетанные операции в лапароскопической хирургии. Копачев М.А., Абашин В.Г., Малышев В.Г., Стариков В.Л. (1997) Возможности и перспективы совершенствования диагностики и лечения в клинической практике. Тез. докл. научн.-практ. конф. (Москва). с. 16
51. Ситкин С.И., Голубев А.А., Золин В. П. (1999) Влияние напряженного карбоксиперитонеума на вегетативную регуляцию сердечного ритма при ЛХЭ. *Эндоскопич. хирургия.* 2: 60
52. Слесаренко С.С., Лагун М.А., Харитонов Б.С. (1996) Лапароскопия при остром холецистите и остром панкреатите. *Инструмент. методы исследования во врачебной практике.* Сб. научн. раб. (Саратов). с. 141-143
53. Соболев В.Е. (1999) Повреждения органов брюшной полости при лапароскопических вмешательствах. *Эндоскоп. хирургия.* 2: 61-62
54. Соседко Ю.И., Карандашев А.А., Новиков Ю.А. (1986) Подкапсульные повреждения селезенки. *Военно-мед. журнал.* 3: 39-40
55. Способ проведения лапароскопической холецистэктомии при мини-мальном давлении карбоксиперитонеума. Гололобов Ю.Н., Галимов О.В., Сендерович Е.И., Галимов Э.А. и др. (1998) *Эндоскопич. хирургия.* 1: 13
56. Тищенко В.В. (1990) Двухмоментные разрывы селезенки. *Хирургия.* 9: 62-65
57. Тронин Р.Ю. (1996) Лапароскопия в дифференциальной диагностике острого аппендицита. Автореф. дис. канд. мед. наук. (Москва). 26 с.
58. Фёдоров В.Д., Камаева Д.К., Шелыгин Ю.А., Миронов Б.И. (1990) Сочетанные операции на толстой кишке и желчных путях. *Хирургия.* 1: 3-6
59. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. (1995) *Эндоскопическая хирургия.* (Москва). "Геотар-Медицина". 350 с.
60. Шкроб О.С., Латов А.Н., Заводнов В.Я. (1996) Выбор метода лечения деструктивного панкреатита и его последствий. *Хирургия.* 5: 21-25
61. Экстренная лапароскопия в неотложной хирургии. Дуденко Г.И., Петренко Г.Д., Михайлец Ю.А., Дуденко В.Г. (1991) (Киев). "Здоровье". 176 с.
62. Этиология и патогенез острого панкреатита. Цопаниди К.Н., Пугаев А.В., Филимонов А.М. и др. (1982) *Хирургия.* 10: 106-111
63. Apelgren K.N., Cowan B.D., Metcalf A.N. (1996) Laparoscopic appendectomy and the management gynecologic pathologic conditions. *Surg. Clin. North. Amer.* Vol. 76; 3: 469-482
64. Banks P.A. (1997) Practice guidelines in acute pancreatitis. *Gastroent.* Vol. 92; 3: 377-386
65. Bar-On Z., Ohry A. (1995) The acute abdomen in spinal cord injury individuals. *Paraplegia.* Vol. 33; 12: 704-706
66. Black J.J., Sinow K.M., Wilson S.E. (1992) Subcapsular haematoma as a predictor of delayed splenic rupture. *Am. Surg.* Vol. 58; 12: 732-734
67. Boioli F., Gattoni F., Tagliafferri B. (1994) Blunt trauma of the spleen. *Bildgebung imaging.* Vol. 61; 3: 210-215
68. Campo S., Rosetti A., Dargenio R. (1997) Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy. *Ital. J. Gynaecol. Obstet.* Vol. 9; 1: 6-13
69. Carey J.E., Koo R., Miller R., Stein M. (1995) Laparoscopy and thoracoscopy in evaluation of abdominal trauma. *Am. Surg.* Vol. 61; 1: 92-95
70. Carillo E.H., Somberg L.B., Coballos C.E. (1996) Blunt traumatic to injuries to the colon and rectum. *J. Am. coll. surg.* Vol. 183; 6: 548-552
71. Champagne L.P., O'Leary J.P. (1996) Laparoendoscopic approach to perforated peptic ulcer. *Am. Surg.* Vol. 62; 12: 1003-1006
72. Collier St.J., Pollard S.G., Morris G.E. (1993) Laparoscopy in the management of acute abdominal pain. *Minimally invasive threat.* Vol. 2; 3: 93-95
73. El-Sherif O.F. (1998) Laparoscopy in the management of an adult case of small bowel intussusception. *Surg. Laparoscopy endosc.* Vol. 8; 1: 21-25
74. Famulari C., Macri A., Galipo S. (1996) The role of ultrasonographic percutaneous cholecystostomy in treatment of acute cholecystitis. *Hepato-Gastroenterology.* Vol. 43; 9: 538-541
75. Gill B.D., Traverso L.V., Berci G. (1993) The acute abdomen and laparoscopy. *Gastrointest. Endosc. Clin. North. Am.* Vol. 3; 2: 271-282
76. Goff C.D., Gilbert C.M. (1995) Nonoperative management of blunt hepatic trauma. *Am. Surg.* Vol. 61; 1: 66-68
77. Golaszewski T., Plockinger B., Golaszewski S. (1995) Conservative laparoscopic surgery of ectopic pregnancy. *Zblt f. Gynaekol.* Vol. 117; 2: 85-89
78. Influence of acute hemorrhage and pneumoperitoneum on hemodynamic and respiratory parameters. Grundel K., Bohm B., Bauwens K., Junghans T. (1998) *Surgical Endoscopy.* Vol. 12; 6: 809-812
79. Lafullarde T., Van Hee R., Gys T. (1999) A safe and simple method for routine open access in laparoscopic procedures. *Surgical Endoscopy.* Vol. 13; 8: 769-772
80. Lepaniemi A.K., Elliott D.C. (1996) The role of laparoscopy in blunt abdominal trauma. *Ann. Med.* Vol. 28; 6: 483-489
81. Levard H., Mouro J., Schiffrino L. (1996) Laparoscopic treatment of small bowel obstruction. *Minimally invasive ther. Allied technol.* Vol. 5; 1: 47-51
82. Marret H., Pierre F., Chaptin C. (1997) Occasional accidents with trocars in laparoscopy. *J. Gynec. Obstet. Biol. Reprod.* Vol. 26; 4: 405-412
83. McDougall E.M., Monk T.G., Wolf Jr. (1996) The effect of prolonged pneumoperitoneum on renal function. *J. Am. Coll. Surg.* Vol. 182; 4: 317-328
84. McKenney M., Lentz K., Nunez D. (1994) Can ultrasound replace diagnostic peritoneal lavage in the assessment of blunt trauma? *J. Trauma.* Vol. 37; 3: 439-441
85. Meyer D.M., Thol E.R., Coln D. (1993) Computed tomography in the evaluation of children with blunt abdominal trauma. *Am. Surg.* Vol. 217; 3: 272-276
86. Miettinen P., Pasanen P., Lahtinen J. (1996) Acute abdominal pain in adults. *Am. Chir. Gynecol.* Vol. 85; 1: 5-9
87. Miller R., Amerhauser A., Hutter J. (1996) Laparoscopic vs open plication of perforated duodenal ulcer. *Minimally invasive ther. Allied Technol.* Vol. 5; 4: 359-361
88. Oelsner G., Goldenberg M., Admon D. (1994) Salpingectomy by operative laparoscopy and subsequent reproductive performance. *Hum. Reprod.* Vol. 9; 1: 83-86
89. Pachter H.L., Felciano D.V. (1996) Complex hepatic injuries. *Surg. Clin. North. Am.* Vol. 76; 4: 763-782
90. Paterson Brown S. (1993) Emergency laparoscopic surgery. *Brit. J. Surg.* Vol. 80; 3: 279-283
91. Pellegrini O.A. (1993) Surgery for gallstone pancreatitis. *Amer. J. Surg.* Vol. 165; 515-518
92. Pier A., Gots F., Bacher C. (1993) Laparoscopic appendectomy. *World J. Surg.* Vol. 17; 1: 29-33

93. Pommer S., Lange I. (1995) The value of laparoscopy in diagnosis and therapy of abdominal trauma. *Surg. Laparosc. Endoscopy*. Vol. 5; 1: 75-76
94. Poole G.V., Thoma K.R., Hauser C.J. (1996) Laparoscopy in trauma. *Surg. Clin. North. Am.* Vol. 76; 3: 547-556
95. Rietsen O., Larsen S., Trondsen E. (1997) Randomized controlled trial with sequential design of laparoscopic versus conventional appendectomy. *Br. J. Surg.* Vol. 84; 6: 842-847
96. Satova P.M., Jones S.B. (1998) Laparoscopic surgery. *Urol. Clin. North. Am.* Vol. 25; 1: 93-102
97. Schlumpf R., Schob O., Rothlin M. (1997) Laparoscopic operations: The future of surgery for malignant obstructive jaundice? *Schweiz Med. Wochenschr.* Vol. 127; 19: 834-838
98. Shin H., Tepas J.J., Ismail N. (1997) Blunt hepatic injury in adolescents. *Am. Surg.* Vol. 63; 1: 29-36
99. Steinberg W., Tenner S. (1994) Acute pancreatitis. *New Engl. J. Med.* Vol. 330; 1198-1210
100. Tozer A.J., Shaxted E.J. (1996) A review of the use of minimally invasive surgery in the management of ectopic pregnancy. *Gynaecol. Endosc.* Vol. 5; 1: 21-24
101. Ulman I., Avnion-Ziv A., Ozkan C. (1996) Gastrointestinal perforation in children. *J. Trauma Inj. Infect. Crit. Care.* Vol. 41; 1: 110-113
102. Velanovich V., Harkabus M.A., Tapia F.V. (1998) When it's not appendicitis. *Am. Surg.* Vol. 64; 1: 7-11
103. Vermeulen B., Morabia A., Under P.F. (1995) Influence of white cell count on surgical decision making in patients with abdominal pain in the right lower quadrant. *Eur. J. Surg. Acta Chir.* Vol. 16; 7: 483-486
104. Wagner J.M., McKinney V.P., Carpenter J.L. (1996) Does this patient have appendicitis? *JAMA.* Vol. 276; 19: 1589-1594

КИЕВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ОБЪЯВЛЯЕТ ГРАНТ

на лучшую научно-исследовательскую работу в любой области малоинвазивной и/или эндоскопической хирургии для молодых хирургов/интернов/резидентов/студентов Украины, родившихся после 31 декабря 1965 года.

Обязательным условием является то, что научная работа должна быть оформлена в виде статьи, и соответствовать стандартам статей, принимаемых "Украинским журналом малоинвазивной и эндоскопической хирургии", и быть ранее неопубликованной ни в одном медицинском издании.

Объем статьи не должен превышать 12 печатных страниц с иллюстрациями и списком литературы.

К статье должно быть приложено направление учреждения, в котором была выполнена работа, письменное заключение (рецензия) научного руководителя исследования, расширенные сведения об авторе (претенденте) с его/ее профессиональными интересами.

8 оригиналов работы с пометкой "на гранты" и полные данные об авторе должны быть высланы не позднее 30 ноября 2000 года по адресу Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18, "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

По итогам проведенного конкурсного отбора авторы 15 наиболее оригинальных исследований получают бесплатную годовую подписку 2001 года на "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

6 лучших работ будут опубликованы в No 1-2/2001 "Украинского журнала малоинвазивной и эндоскопической хирургии".

3 авторам лучших научно-исследовательских работ будут выделены следующие гранты: первая премия — 300,00\$ US, две вторых — по 150,00\$ US.

СПЕШИТЕ БЫТЬ ЛУЧШИМИ!

Інструкції для авторів

Редакція приймає статті та рукописи авторів тільки на дискетах типу MFD-2 HD у форматі Win Word. Рукописи, ілюстрації, дискети та ін. не повертаються.

Рукописи, що не відповідають умовам та усім вимогам інструкції для авторів, не розглядаються та не повертаються, автори не повідомляються.

Відповідальність за коректування наданого авторами власного матеріалу, цитат та посилань несуть автори статей. Однак редакція залишає за собою право представляти отримані роботи для рецензування авторитетним у цій галузі спеціалістам. В таких випадках відгук буде опублікований разом з рецензованою статтею. Редколегія залишає за собою право, в разі особливої потреби, скорочувати та виправляти статті, не змінюючи при цьому їхнього істотного змісту.

Авторські права. Прийняття рукопису до публікації передбачає, що цю роботу відправлено до редакції за згодою усіх авторів установи, де її було виконано; авторські права автоматично переходять від авторів до видавника; рукопис не буде опубліковано де-небудь без згоди власника авторських прав. Редакція приймає статті на українській, російській та англійській мовах.

Для прискорення роботи авторів дуже просять готувати рукописи відповідно до інструкцій.

1. Подавайте статті та ілюстрації в 2 копіях. Рукопис повинен бути надрукований через 2 інтервали на одній стороні аркуша, який повинен бути стандартним форматом 21 і 29,7 см, ширина лівого поля повинна бути 3 см, правого — 1 см, верхнє та нижнє — 2 см.

2. Титульний лист у 2 примірниках повинен бути надрукований на окремому аркуші та мати назву статті та імена авторів. Далі, сторінки рукопису повинні бути пронумеровані послідовно.

3. Чітке відокремлення друкованого аркуша — важлива допомога читачам. Кожна стаття повинна мати обговорення, вступ, перелік методів та матеріалів, результати, дискусію, список літератури.

4. Узагальнення повинно бути надруковано на окремому аркуші в 2 примірниках на українській (або російській) мовах та на окремому аркуші в 2 екземплярах на англійській мові, мати короткий огляд основних положень роботи. Його розмір може складати від 1/2 до цілої друкованої сторінки. Додайте не більше 4 ключових слів у кінці.

5. Вступ пов'язаний в основному з найбільш важливими питаннями статті. Після ознайомлення зі вступною частиною читач повинен бути зрозуміло, навіщо було виконано дану роботу, та яка мета автора.

6. В частині, присвяченій матеріалам та методам, повинен бути представлений короткий, але чіткий опис, наприклад, основної методики оперативного втручання, або яким чином виконувався експеримент, яка апаратура та техніка використовувалась, обсяг клінічного матеріалу і його підрозділ, види та кількість експериментів і т. д. Ця части-

на повинна дозволити читачеві контролювати, повторювати і продовжувати наукову роботу авторів. Якщо методи будуть вже десь чітко описані, бажано дати тільки найкоротший опис і посилатися на публікацію, в якій є повний опис даного методу.

7. Результати повинні бути викладені чітко та стисло. Таблиці та графіки бажані в тому випадку, якщо вони скорочують текст і збагачують зміст.

8. В обговоренні основні результати повинні бути порівняні з результатами, які є в літературі. Їхнє значення в практичній хірургічній роботі рекомендується виділити.

9. Список літератури повинен бути представлений на окремому аркуші в 2 примірниках в алфавітному порядку, пронумерований та ідентифікований з номерами в тексті. Згадування журналу повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації у округлих дужках, повну назву статті, назву журналу (скорочення відповідно "Index Medicus"), номер тому, перші та останні номери сторінок.

Посилання на книгу повинно включати: прізвище(а), ім'я та по батькові, рік публікації в округлих дужках, повну назву книги, видавництво, видавника, місце публікації, першу та останню сторінки.

10. Малюнки повинні бути кольоровими або чорно-білими, шириною не більше 8 см (розмір однієї колонки) або не більше 17 см (розмір всієї сторінки). Ілюстрації, які не відповідають цим вимогам, будуть відповідно зменшені. Будь ласка, майте на увазі, що надалі ілюстрації не можуть бути збільшені.

11. Карти (схеми) і графіки повинні бути професійно виконані на окремих аркушах в 2 екземплярах і залишатися розбірливими, якщо для публікації необхідно їх зменшити.

12. Фотографії повинні бути глянцевими, чітко зфокусованими та контрастними. Негативні глянцеві рентгенівські відображення бажані. Галузі, які вважаються найбільш важливими, можуть бути відокремлені прозорим покриттям так, щоб вони викликали особливу увагу. Фотографії необхідно надсилати в 2 екземплярах. Автор повинен гарантувати, що репродукції ілюстрацій, на яких пацієнт може бути впізнаний, повинні бути або схвалені ним самим, або його (її) офіційним представником.

13. Будьте ласкаві, додайте в кінці статті на окремому аркуші повні імена, титули та повну адресу всіх авторів, закладів, в яких виконано роботу, та керівника закладу, країну і місто. Вкажіть: з ким, по якій адресі і по якому телефону редакція буде при необхідності мати контакт.

14. Всі ділові контакти (переговори) та особливо всю кореспонденцію відносно остаточного друку необхідно надсилати прямо на адресу:

Україна, 252016, м. Київ, вул. Госпітальна, 18. Клініка нейрохірургії та неврології Головного військового клінічного госпіталю. Редакція "Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії".

Тел.: (044) 261-95-21, факс (044) 264-4801, 252-8379.

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ
КОМИТЕТ:**

Бойко Г.С.
Бурый А.Н.
Весельский В.Л.
Гирич В.Н.
Головин С.Г.
Горбенко Ю.В.
Грубник В.В.
Данчин А.Г.
Захараш М.П.
Зозуля И.С.
Кимакович В.И.
Кузнецов К.В.
Левин В.Ф.
Москаленко В.Ф.
Мясоедов Д.В.
Никишаев В.И.
Ничитайло М.Е.
Паламарчук В.И.
Рикберг А.Б.
Тофан А.В.
Фомин П.Д.
Цаберябий А.А.

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ**

**АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ
ЭНДОСКОПИСТОВ УКРАИНЫ**

**УКРАИНСКИЙ ФОНД
ПОДДЕРЖКИ И РАЗВИТИЯ
НЕЙРОЭНДОСКОПИИ И
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
НЕЙРОХИРУРГИИ**

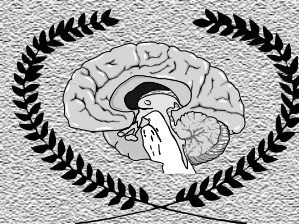
**I СЪЕЗД
ВРАЧЕЙ
ЭНДОСКОПИСТОВ
УКРАИНЫ**

*Украина, Киев
20-23 сентября 2000 г.*

РАЗДЕЛ 3

**Диагностическая
и лечебная эндоскопия
при
желудочно-кишечных
кровотечениях**

спонсор съезда



Киевский клинический госпиталь

СОЧЕТАННЫЕ ПРИЕМЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Алимов А.В., Музыка С.В.

МЛПУ, Клиническая больница # 1, Смоленск, Россия

Острые язвенные гастродуоденальные кровотечения являются одной из острых и нерешенных проблем urgentной хирургии. Так летальность при них варьирует от 7 до 37%. Представленная летальность объясняется тем, что при продолжающемся кровотечении операции выполняются при выраженной анемии и нестойкой гемодинамике, что значительно увеличивает риск наркоза и оперативного вмешательства.

Приведенные неутешительные статистические данные побуждают к поиску надежных эндоскопических приемов гемостаза. Наиболее часто применяемой методикой эндоскопического гемостаза (ЭГ), в связи с доступностью и высокой эффективностью, являются монополярная гидроэлектростимуляция (МГЭК), инфильтрация физиологического раствора (ИФР) в паравазальное и параульцеральное пространство, а также склерозирование паравазального пространства (СПВП) 70% раствором этилового спирта объемом 1 мл.

Под наблюдением находились 219 больных, страдающих язвенной болезнью желудка и ДПК, осложненной кровотечением. Мужчин было 154, женщин — 65. Средний возраст составил 51,1±1,2 года.

Лечебно-диагностические фиброэзофагогастродуоденоскопии производились эндоскопами Olympus GIF-PQ-20, Olympus GIF-2T-20, Pentax FG-29V. Эндоскопическая характеристика продолжающегося язвенного кровотечения расценена как высокая у 8,5%, средняя — 33,1%, малая — 33,1%, неустойчивый гемостаз — у 29,2% больных. В качестве эндоскопических критериев интенсивности продолжающегося кровотечения использовались динамика кровотечения, размеры и количество арозированных сосудов, количество и цвет крови в просвете пищевода, желудка и ДПК, выраженность анемизации слизистых оболочек исследуемых органов с учетом возраста пациента, сопутствующей патологии и времени поступления больного.

Все 219 больных были подвергнуты различным приемам ЭГ. ИФР производилась 14 больным, 14 больным — МГЭК и 13 больным — СПВП. У 178 пациентов эндоскопическое пособие оказывалось в 2 этапа: на первом этапе применяли ИФР; на втором этапе — МГЭК.

В результате анализа было установлено: использование только ИФР паравазального и параульцерального пространства привело к первичному гемостатическому эффекту у 93%, МГЭК — у 64% больных ($p<0,05$). Вместе с тем анализ влияния указанных приемов ЭГ на частоту повторных кровотечений выявил обратную тенденцию. В группе пациентов, у которых применялась МГЭК, рецидив кровотечения наблюдался у 22,2% больных; а в группе пациентов, у которых применялась инфильтрация ФР, рецидив кровотечения был отмечен у 46,1% больных ($p<0,05$). Однако, после проведения ГМЭК у 3 больных наблюдался выраженный болевой синдром.

Приведенные данные указывают на целесообразность применения ИФР в паравазальное и параульцеральное пространство; на втором — МГЭК. При этом сочетании кровотечение удалось остановить у 100% больных, а рецидив его наблюдался лишь у 19,5% больных. Осложнений в данной группе больных не наблюдалось.

Анализ применения методики СПВП показал, что первичный гемостатический эффект достигнут у 100% больных. Рецидив кровотечения наблюдался у 2 больных (15,4%). Один пациент был оперирован (7,7%) через 18 часов по поводу перфорации двенадцатиперстной кишки.

Выводы

Применением поэтапного эндоскопического гемостаза с использованием ИФР и МГЭК достигается эффект у всех больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями. У 80,5% больных кровотечение остановлено окончательно, у 19,5% кровотечение рецидивировало. При этом уменьшается вероятность перфорации полых органов после применения МГЭК. Склерозирование паравазального пространства 70% раствором этанола является достаточно эффективной методикой ЭГ. Однако, небольшой объем накопленного материала указывает на необходимость дальнейших исследований в нашей клинике.

ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ, УСКЛАДНЕНОМУ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Білик Ю.Д., Артющенко М.Є., Михайлович В.В., Гураєвський А.А.

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького
Львівська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Виконано 358 фіброезофагогастродуоденоскопічних обстежень у хворих на цироз печінки, яких госпіталізовано ургентно в центр лікування шлунково-кишкових кровотеч.

Основною причиною кровотечі були гострі ерозивно-виразкові ураження верхніх відділів травного тракту: ерозії стравоходу (19,1%), ерозії шлунка (13,0%), ерозії дванадцятипалої кишки (5,6%), гострі виразки шлунка (10,7%), тріщини кардіального відділу шлунка (8,4%); хронічні виразки шлунка (6,5%) або дванадцятипалої кишки (7,0%). Варикозні вени стравоходу знайдено 68,8% обстежених, а розрив варикозного вузла підтверджено тільки у 2,8% обстежених.

У клініці опрацьована і застосовується консервативна схема лікування хворих на цироз печінки. Важливе місце в ній займають ендоскопічні методи зупинки кровотечі з варикозних вен стравоходу і кардії. У 38 пацієнтів виконано склерозуючу терапію варикозних вен паравазальним введенням на 5 см вище кардії 3%-го розчину тромбобару по 0,3-0,5 мл на одну ін'єкцію, на сеанс загальна кількість препарату 6-8 мл. Повторні сеанси кожні 3 місяці до досягнення облітерації підслизових вен стравоходу. Практично всі хворі після склеротерапії відзначали короткотривалі болі за грудиною та субфебрильну температуру 2-3 дні після сеансу. З ускладнень у однієї пацієнтки констатовано некроз слизової нижньої третини стравоходу з кровотечею, який потребував стаціонарного лікування, та у одного хворого — алергічну реакцію на тромбобар, що вимагало при наступних сеансах переведення його на етоксисклерол. Останнім часом склеротерапію виконували, як правило, для профілактики рецидиву кровотечі.

При тривалій кровотечі з варикозних вен стравоходу під час ендоскопічного обстеження у 3 пацієнтів здійснено їх ендоскопічну перев'язку накладанням гумових кліпс на варикозний вузол та у одного — накладанням металевих кліпс вище і нижче місця кровотечі з вени за допомогою кліпатора HX-5LR-1 "Olympus". У всіх випадках досягнуто гемостазу.

Таким чином, за результатами фіброезофагогастродуоденоскопії найчастішою причиною кровотечі при цирозі печінки є гострі ерозивно-виразкові ураження слизової та хронічні виразки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Оптимальна тактика лікування більшості хворих на цироз печінки, ускладнений стравохідно-шлунковою кровотечею, полягає в консервативній зупинці кровотечі з застосуванням при кровотечі з варикозних вен ендоскопічних методів гемостазу: ендоскопічній перев'язці варикозних вен та їх склерозуванні.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ КЛИПИРОВАНИЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Бойко Л.А., Удовихина Е.И., Благовещенская А.В.

Областная клиническая больница, Харьков, Украина

Проблема желудочно-кишечных кровотечений остается одной из самых сложных в urgentной хирургии. Высокий операционный риск хирургических вмешательств проведенных на высоте кровотечений диктует необходимость разработки и широкого внедрения новых гемостатических мероприятий.

Среди эндоскопических методов лечения желудочно-кишечных кровотечений в последние годы значительное распространение и популярность получил метод клипирования.

В областной клинической больнице г. Харькова метод эндоскопического клипирования с использованием возвращающегося клипатора (HX-5QR-1 фирмы "Olympus") применен у 24 больных. Во всех случаях клипирование проводилось для остановки продолжающегося кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Источником кровотечения у 6 больных были опухоли желудка, у 8 — язва тела желудка, у 6 — язва антрального отдела, у 3 — язва луковицы ДПК, варикозное расширение вен пищевода — у 1 больного.

У больных с язвой желудка и ДПК кровотечение IA (по Forrest) наблюдалось у 3-х больных, IB — у 14 больных. 11 больных язвенной болезнью желудка были оперированы в плановом порядке в сроки от 3 до 38 суток после наложения клипс. 3 больных с язвой желудка и большие с язвенной ДПК лечились консервативно. Рецидивов кровотечения не было.

При кровотечениях из опухолей желудка 3 больных оперированы в плановом порядке после обследования, верификации диагноза. У 2-х больных метод клипирования применен как симптоматическое лечение при раке желудка IV ст. (по Bogtman). У одного больного клипирование проведено для остановки кровотечения после электроэксцизии полипа.

Отмечались значительные технические сложности при аксиальной диафрагмальной грыже, осложненной кровотечением из язвы грыжевой части желудка. У таких больных необходимо рассматривать вопрос о проведении лечебной эндоскопии под общей анестезией.

Отмечена высокая эффективность метода эндоскопического клипирования, возможность использования его как в условиях клиники, так и во время urgentных выездов в районы области, отсутствие осложнений.

Таким образом, применение эндоскопического клипирования при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта свидетельствует о высокой эффективности метода, его безопасности, о целесообразности широкого внедрения метода в клиническую практику.

ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДОСТОИНСТВА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ

Герасимов Д.В.

Одесская областная больница, Украина

Эффективность эндоскопических методик у 182 больных с варикозным расширением вен пищевода, поступивших с клиникой активного кровотечения. У 118 больных произведено эндоскопическое склерозирование (ЭС) расширенных вен пищевода. Из них у 52 больных проводилось только ЭС, у остальных 66 ЭС дополнено комплексом мер по защите слизистой оболочки желудка, коррекции гемостазиологических нарушений. У 42 больных произведено эндоскопическое лигирование расширенных вен (ЭЛВ). У 22 больных выполнено эндоскопическое пломбирование (ЭП) расширенных вен введением фибринового клея. Эндоскопическое лигирование и пломбирование расширенных вен производили только у больных с низким функциональным резервом, находящихся в тяжелом состоянии, что обусловлено относительной дороговизной указанных методик. В качестве контрольной группы проанализированы результаты консервативного лечения 144 больных.

Выявлены следующие причины кровотечения у больных с портальной гипертензией: варикозное расширение вен пищевода — у 248 (76,07%); варикозное расширение вен желудка и пищевода — у 11 (3,37%); острые эрозии и язвы желудка и 12-перстной кишки — у 59 (18,09%); хроническая язва желудка или 12-перстной кишки — у 6 (1,84%); другие причины — у 2 (0,61%).

При традиционной консервативной терапии кровотечения остановлено у 113 (78,47%) больных, у 73 (50,69%) до выписки наблюдались рецидивы кровотечения. В группе больных, подвергшихся ЭС расширенных вен пищевода кровотечение остановлено у 42 (80,76%) больных, рецидивы кровотечения наблюдались у 23 (44,23%). При комплексной коррекции нарушений гемостаза, мерах по защите слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта в сочетании с эндоскопическим склерозированием — кровотечение остановлено

у 60 (90,9%) больных, рецидивы кровотечения наблюдались у 26 (39,39%). При аналогичной комплексной терапии в сочетании с ЭЛВ кровотечение остановлено у 37 (88,09%), рецидивы кровотечения наблюдались у 21 (50%). Комплексная терапия в сочетании с эндоскопическим пломбированием вен пищевода фибриновым клеем привела к остановке кровотечения у 20 (90,9%) больных, рецидивы кровотечения отмечены у 7 (31,81%).

В группе больных, леченных консервативно, выживаемость составила: 1 месяц — 41,3%; 6 месяцев — 37,2%; 12 месяцев — 33,6%; более 12 месяцев — 29,1%. После ЭС выживаемость 1 месяц — 49,7%; 6 месяцев — 44,3%; 12 месяцев — 37,7%; более 12 месяцев — 33,1%. У больных, подвергшихся ЭЛВ, выживаемость 1 месяц — 52,4%; 6 месяцев — 44,8%; 12 месяцев — 40,2%; более 12 месяцев — 34,9%. После ЭП выживаемость 1 месяц — 58,5%; 6 месяцев — 48,8%; 12 месяцев — 42,2%; более 12 месяцев — 36,3%.

Заключение

Эндоскопическое лигирование и эндоскопическое пломбирование расширенных вен пищевода — наиболее эффективные и безопасные методы остановки кровотечения из расширенных вен пищевода. Любые эндоскопические методы гемостаза у означенной категории больных должны дополняться комплексом мер по нормализации показателей гемостаза, функции печени, защите слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта. При увеличении сроков наблюдения, уровень выживаемости различных групп пациентов практически уравнивается.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И ПЕРВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ ЧАСТИЦАМИ

Гидирим Г.П., Чикала Е.Т., Гуцу Е.В., Касьян Д.А., Долгий А.Н.

Кафедра хирургии N1 "Н.Анестиаии", Кафедра общей хирургии и хирургической семиологии, Государственный Университет Медицины и Фармации, Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи, Кишинев, Республика Молдова

Механизм предложенного метода эндоскопического гемостаза основан на внедрении под давлением микрочастиц металла в ткань источника кровотечения. Экспериментальное исследование выполнено на 38 собаках. Выявлены следующие составляющие гемостатического эффекта: обтурация кровотока в сосудах, повреждение их стенок с последующим тромбозом, длительная изоляция поверхности язвы от агрессивных факторов желудочного сока и ранняя пролиферативная реакция в ткани язвы.

Цель: оценка результатов клинического применения метода эндоскопического гемостаза металлическими микрочастицами.

Материалы и больные

Метод применен у 35 больных, госпитализированных в Больницу Скорой Медицинской Помощи города Кишинева с язвенным гастродуоденальным кровотечением. Мужчин было 26, женщин — 9. Возраст больных составил от 19 до 81 года (в среднем 55,7 лет). Шок при поступлении (снижение систолического давления менее 100 мм Hg) отмечали у 7 больных. Уровень гемоглобина менее 100 г/л отметили у 26 пациентов. Эндоскопическое исследование проводили всем больным в течение первых 24 часов с момента поступления. Источником кровотечения служили: язва двенадцатиперстной кишки — 29, язва желудка — 5, язва анастомоза — 1. Активное кровотечение наблюдали у 3 больных, видимый сосуд в дне язвы — у 8, резистентный к промыванию тромб — у 10, малые

стигматы недавнего кровотечения — у 14. Результаты сравнивали с предыдущими сериями больных, у которых применяли коагуляционный и инъекционный гемостаз.

Результаты

Активное кровотечение остановлено у 2 из 3 больных. У других больных эндоскопический гемостаз выполняли для предотвращения рецидива кровотечения. Рецидив кровотечения возник у 1 больной в возрасте 81 года через 25 часов после первичного гемостаза из большой язвы задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки с видимым сосудом. Кровотечение было повторно остановлено эндоскопически, однако больная умерла в последующем от сердечно-легочной недостаточности. Всего оперирован один больной с активным кровотечением при неудаче эндоскопического гемостаза.

Заключение

Разработанный метод эндоскопического гемостаза металлическими микрочастицами оказался эффективным для первичной остановки активного кровотечения и для предотвращения его рецидива. Необходимость в хирургическом лечении после применения предложенного метода оказалась ниже, чем в контрольных группах после коагуляционного и инъекционного гемостаза.

ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Гуцу Е.В., Гидирим Г.П.

Кафедра хирургии N1 "Н.Анестиаии", Государственный Университет Медицины и Фармации, Клиническая Больница Скорой Медицинской Помощи, Кишинев, Республика Молдова

Благодаря значительным успехам консервативной терапии общее число госпитализаций по поводу язвенной болезни значительно уменьшилось. Однако число больных госпитализированных по поводу острых осложнений гастродуоденальной язвы остается неизменным на протяжении последних десяти лет.

Цель: оценить основные тенденции заболеваемости, тактике лечения и летальности при кровотечении из гастродуоденальной язвы в одной больнице.

Материал и больные

В течение 1993-1999 гг. 965 последовательных больных с кровотечением из хронической гастродуоденальной язвы были госпитализированы в Больницу скорой медицинской помощи города Кишинева. Произвели анализ необходимости в хирургическом лечении, частоты применения и эффективности эндоскопического гемостаза, частоты рецидива кровотечения и уровня летальности.

Результаты

Общее число госпитализированных больных с язвенным кровотечением несколько сократилось на протяжении 1993-1996 годов, однако, начиная с 1997 го-

да вновь имеет тенденцию к росту. Число хирургических операций по поводу язвенного кровотечения сократилось более чем в 12 раз. При этом доля экстренных хирургических вмешательств при активном или рецидивном язвенном кровотечении уменьшилась с 16,4% (1993) до 1,73% (1999), а доля органосохраняющих вмешательств сократилась в пользу резекционных методов. С широким внедрением в клиническую практику методов эндоскопического гемостаза: с 7,17% (1993) до 46,7% (1999) число больных, имеющих рецидивное кровотечение во время той же госпитализации уменьшилось с 20% (1993) до 6,52% (1999), а общая летальность сократилась с 8,2% (1993) до 2,13% (1999). При этом эффективность эндоскопического гемостаза постепенно повышалась и не зависела от избранного в различные периоды работы метода.

Заключение

Вероятно, что значительное уменьшение частоты эпизодов рецидива кровотечения и снижение летальности, отмеченные у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, связаны с устойчивой тенденцией к уменьшению числа хирургических вмешательств и широким применением методов эндоскопического гемостаза.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Грубник В.В., Мельниченко Ю.А., Ткаченко А.И., Четвериков С.Г.

Одесская областная клиническая больница
Одесский государственный медицинский университет, Украина

Проведен ретроспективный анализ эффективности применения эндоскопического гемостаза у 2569 больных, среди которых преобладали больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Всем больным выполнено срочное эндоскопическое исследование. Для оценки источника кровотечения использовали модифицированную классификацию Forrest, позволившую достаточно подробно оценить источник кровотечения, определить возможности его рецидива и вероятную эффективность лечебных пособий у разных групп больных.

Активное кровотечение (F1a-F16) наблюдалось у 943 (24,1%), остановившееся с угрозой рецидива (F2a-F2b) — 1716 (44,3%), у остальных 1214 (31,6%) больных (F-3) признаков кровотечения на момент осмотра не выявлено.

Использованы различные методы эндоскопического гемостаза: 1) термическое воздействие — диатермокоагуляция и гидродиатермокоагуляция, лазерная коагуляция; 2) инъекционные методы — использование разнообразных склерозантов, сосудосуживающих препаратов; 3) применение гемостатических пленкообразующих препаратов, медицинских клеев; 4) комбинированные методы; 5) криовоздействие на источник кровотечения.

Диатермо- и гидродиатермокоагуляция выполнена у 1133 (42,6%) больных по стандартной методике. Для фотокоагуляции использовали АИГ-лазер "Радуга-1". Лазерная фотокоагуляция произведена у 1005 (37,8%) больных при мощности излучения 25-50 Вт, импульсами длительностью 0,5 с, с интервалами 2-3 с. Инъекционные методы просты, доступны и относительно дешевы, они использованы у 292 (11%) больных. В то же время мы наблюдали осложне-

ние в виде перфорации стенки двенадцатиперстной кишки.

Эффективность гемостаза у больных F1a-P26 групп составила 77,7%. У 159 (6%) больных применен комбинированный эндоскопический гемостаз. Суть метода заключается в следующем: при обнаружении кровоточащей язвы в подслизистый слой вокруг язвы вводится раствор адреналина. После чего прицельно вокруг кровоточащих сосудов через эндоскопическую иглу вводили от 2 до 4 мл фибринового клея, или препарата "Тиссукол". Затем иглу извлекали, вводили световод. Фотокоагуляция выполнялась при мощности 15-20 Вт. Эффективность данного метода составила 95%. Пленкообразующие препараты и криовоздействие, как самостоятельные агенты, не применялись.

При анализе факторов, которые влияли на эффективность эндоскопического гемостаза, выявлено следующее:

1. Метод эндоскопического гемостаза должен выбираться в соответствии с характеристикой источника кровотечения согласно модифицированной классификации Forrest.
2. Термические методы коагуляции сосудов в большинстве случаев позволяют добиться остановки кровотечения, однако у 15-23% больных наблюдается рецидив кровотечения.
3. Наиболее надежными методами эндоскопического гемостаза и профилактики рецидива кровотечения являются комбинированные методы.
4. Комплексная противоязвенная терапия позволяет значительно снизить частоту рецидивов кровотечений и в комбинации с эндоскопическим гемостазом у части больных может быть альтернативой хирургическому лечению.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Гуцу В.М., Бодруг Р.Г., Пител Е.В.

Республиканский Центр эндоскопии, Республика Молдова, Кишинев

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 2674 больных с гастродуоденальными язвами, осложнившимися кровотечением. Мужчин было 2042 (76,4%), женщин — 632 (23,6%). Язва желудка явилась источником кровотечения у 765 больных (28,6%), язва двенадцатиперстной кишки — у 1780 (66,5%) и пептическая язва гастроэнтероанастомоза — у 129 (4,6%).

В зависимости от результатов срочного первичного эндоскопического исследования больные разделены на три группы:

Первая группа составила 500 (18,1%) пациентов, у которых при эндоскопии выявили активное язвенное кровотечение: Forrest IA — 72 (2,7%) и Forrest IB — 428 (16%). Лишь у 117 больных (23,3%) с продолжающимся кровотечением был возможен эндоскопический гемостаз. Применяли криовоздействие, электро- и фотокоагуляцию, инъекции этанола и этосклерола. Временная остановка кровотечения достигнута у 63 (53,8%) больных.

Вторая, наибольшая по численности группа составила 1480 больных (55,1%), у которых при первичном исследовании установлены эндоскопические признаки остановившегося кровотечения: Forrest IIA — 398 (14,8%) и Forrest IIB — 1082 (40,4%). При этом у 520 (48%) пациентов эндоскопическая картина расценена, как высокий риск рецидива кровотечения. Эндоскопический гемостаз для предупреждения рецидива язвенного кровотечения выполнили у

178 (34,2%) больных с высоким операционным риском. В последующем рецидив кровотечения развился у 258 (17,4%) больных, в том числе у 10 — после применения эндоскопического гемостаза.

В третью группу включили 694 (26%) пациентов со стойко остановившимся по данным первичной эндоскопии язвенным кровотечением (Forrest III). Всем им рекомендовали консервативное лечение с последующим эндоскопическим контролем.

В течение первых суток после госпитализации оперировали 758 (27,7%) больных. После операции умерли 57 (7,5%). Для предотвращения рецидива язвенного кровотечения в срочном порядке на вторые и третьи сутки госпитализации оперировали 328 больных с 12 летальными исходами (3,6%). Кроме того, 26 больных умерли без оперативных вмешательств. Причиной смерти у них служила тяжелая сопутствующая патология. Послеоперационная летальность составила 6,3%, а общая летальность — 3,5%.

Таким образом, вынужденное хирургическое вмешательство при активном язвенном кровотечении сопровождается высокой летальностью, а современные методы эндоскопического гемостаза недостаточно эффективны и нуждаются в дальнейшем усовершенствовании.

ОПТИМІЗАЦІЯ СКЛЕРОТЕРАПІЇ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН СТРАВОХОДУ У ХВОРИХ З ПОРТАЛЬНИМ ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ

Кімакович В.Й.

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

Кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу супроводжуються найвищою летальністю серед усіх кровотеч з верхніх відділів травного тракту. Тому їх зупинка і профілактика за допомогою ендоскопа, у т. ч. шляхом склеротерапії є дуже актуальною. До проблем склеротерапії, які вимагають подальших досліджень, належать: вибір препарату, який забезпечує максимальну ефективність з мінімальною кількістю ускладнень; оптимальний режим склеротерапії (періодичність процедур, кількість склерозованих вен за одну процедуру); з'ясування доцільності профілактичної склеротерапії ще до першої кровотечі; оптимальне поєднання склеротерапії і медикаментозного лікування.

Мета роботи: вивчити ефективність різних схем склеротерапії варикозного розширення вен стравоходу.

Матеріали і методи

Всього проліковано 106 пацієнтів з варикозним розширенням вен стравоходу II-III ст., з них 12 (11,3%) профілактично, решта — в "холодний" період після кровотечі. Функціональний стан печінки у 72 хв. відповідав класу А за Child-Pugh, у 34 с класу В. Для склеротерапії застосовували Тромбовар — у 61 хв., Варикоцид — у 19 хв. і Етосклерол (2% розчин полідоканолу) — у 26 хв., препарати вводили паравазально. Терапію проводили за двома схемами: 1) 1 раз в місяць, всього 5-6 сеансів (72 хв.); 2) щодня протягом 10-14 днів (34 хв.). За один сеанс обколювали від 5 до 10 варикозних вен. Сімдесят один пацієнт одночасно зі склеротерапією отримував пропранолол з метою зниження портального тиску.

Результати

Протягом року після лікування за I схемою рецидиви кровотечі спостерігали у 18 хв. (25,7%), за II схемою — у 3 хв. (8,3%) ($p < 0,05$, odds ratio=0,26). Після застосування Етосклеролу рецидив кровотечі виник в 3 хв. (11,5%), Тромбовару — 13 хв. (21%), Варикоциду — в 5 хв. (26,3%). На фоні медикаментозного зниження портального тиску після склеротерапії виникло 6 (8,5%) кровотеч, без такого лікування — 15 (42,9%) ($p < 0,01$, odds ratio=8,1).

При паравазальному введенні препаратів кровотеча виникла у 4 хворих, її було зупинено консервативними заходами (інтравазальне введення склерозанта + медикаментозна терапія). У 3 хворих, яким було проведено 10-20 сеансів склеротерапії розвинувся субкомпенсований стеноз внаслідок розростання сполучної тканини (рубців).

Висновки

Найкращі результати досягнуто при застосуванні Етосклеролу на фоні терапії бета-адреноблокаторами. Запропонована нами схема склеротерапії (щоденно протягом 10-14 днів) має переваги перед стандартною за частотою рецидивів кровотеч. Профілактична склеротерапія у хворих, у яких кровотеч ще не було, але є ризик їх виникнення, безпечна і ефективна.

ТРУДНОЩІ ЕНДОСКОПІЧНОГО РОЗПІЗНАВАННЯ ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН СТРАВОХОДУ, ЇХ МОЖЛИВІ ПРИЧИНИ ТА ШЛЯХИ УСУНЕННЯ

Демчук Є. С.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І.Пирогова, Україна

Варикозне розширення вен стравоходу (ВРВС) — ознака патологічного шунтування крові через порто-кавальні анастомози при порушенні кровотоку в системі v. portae. Найчастіше до цього призводять різноманітні патологічні процеси в печінці, селезінці, а також очеревині та плеврі (серозити), власне самих судин (флебіти) та інші захворювання. Внаслідок цього ВРВС нерідко стає причиною кровотеч, що спонукає лікарів до призначення фіброендоскопічного дослідження.

Як правило, в більшості випадків ендоскопічне розпізнавання ВРВС не складає значних труднощів. Але бувають випадки коли ендоскопічна діагностика цього стану утруднена, внаслідок чого виставляються помилкові діагнози. Про що ми неодноразово пересвідчувались на практиці.

Таке, на нашу думку, стає можливим внаслідок особливого стану ВРВС і здатності їх на певних стадіях спадатися при підвищенні тиску в порожнинах стравоходу та шлунку. Дійсно, як правило, при ендоскопічному дослідженні стравоходу внаслідок скорочення м'язів шлунку та стравоходу при онітах внутрішньоотвірний тиск в стравоході різко підвищується. Під дією цієї сили стінки вен спадаються, кровонаповнення їх значно зменшується, відповідно ще зають відомі ендоскопічні ознаки ВРВС. Така податливість венозних стінок, як правило, спостерігається на перших стадіях варикозу. При прогресуванні хвороби цей феномен ще зає.

Відповідно до виявленої залежності величини та кольору вен стравоходу від ступеню підвищення внутрішньоотвірного та внутрішньошлункового тиску ми пропонуємо внести доповнення в класифікацію ВРВС.

РОЛЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО КЛІПУВАННЯ В ЛІКУВАННІ КРИВАВЛЯЧИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КІШКИ

Дзвонковський Т.М.

Міська клінічна лікарня # 1, Івано-Франківськ, Україна

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту залишаються однією із складних проблем абдомінальної хірургії. Летальність від гастродуоденальних кровотеч, не дивлячись на ранню діагностику та удосконалення різних методів лікування, залишається досить високою. Впровадження нових методів ендоскопічного гемостазу дозволяє значно зменшити показники смертності за рахунок можливості як кінцевої зупинки кровотечі так і підготовки хворих до планових операцій. Одним з таких методів гемостазу являється ендоскопічне кліпування.

За період з листопада 1999 року на базі Івано-Франківської міської клінічної лікарні #1 ендоскопічне кліпування проведено у 14 хворих віком від 32 до 83 років. З них у 6 хворих мала місце кровотеча з виразки шлунка та у 8 — з виразки цибулини дванадцятипалої кишки. Причому, для зупинки кровотечі, що продовжується, ендокліпування застосоване у 10 хворих, а для профілактики рецидиву кровотечі — у 4 пацієнтів.

В нашої роботи ми використовували ротаційний кліпатор HX-5LR-1 Olympus. При кровотечах із щільних тканин застосовували кліпси MD-850, а з м'яких тканин — HX-600-090L. У 4 хворих з кривавлячою (Forrest 1A-1B) виразкою шлунка ендокліпування було кінцевим етапом зупинки кровотечі, а у 2 — ета-

поряд із відомими стадіями варикозу (I-IV), виділити вальсальовезалежні та вальсальовезалежні стадії ВРВС. Перші — коли вени спадаються при виконанні проби Вальсальви, другі — коли подібне не спостерігається. В якості скринінгового тесту пропонується проба Вальсальви (натужування на висоті вдиху), що, на нашу думку, ідентично тим умовам, які виникають внаслідок блювотного скорочення м'язів стравоходу та шлунку при фіброендоскопічному дослідженні.

Для уникнення можливого помилкового діагнозу ВРВС при ендоскопії ми пропонуємо загальмовувати або виключати повністю блювотний рефлекс при цій процедурі. Як правило, таке можливе лише при використанні внутрішньовенного наркозу (типу каліпсолю). Наш досвід використання в/в наркотичних препаратів при ФЕГДС, особливо у випадках кровотеч підтверджує раціональність приведених аргументів.

Узагальнюючи вищесказане, слід констатувати, що труднощі, які виникають при ендоскопічному розпізнаванні ВРВС, порад із відомими фактами, пов'язані із властивістю цих вен спадатися під дією сили підвищеного внутрішньоотвірного тиску в стравоході та шлунку при блювоті, яка провокується ендоскопічним дослідженням. Для уникнення цього рекомендується проводити ретельне ендоскопічне дослідження стравоходу на тлі загального в/в наркозу каліпсолом, сомбревіном або іншими препаратами, звичайно, за участю анестезіолога.

пом підготовки до планового оперативного втручання. Як правило, на одне джерело кровотечі накладали від 2 до 5 кліпс. При кровотечах (Forrest 1B, 1X, 2A) з виразок цибулини дванадцятипалої кишки у 5 хворих накладання 2-3 кліпс привело до кінцевої зупинки шлунково-кишкової кровотечі. Ще у 2 пацієнтів вдалося кінцево зупинити кровотечу з допомогою методу кліпування тільки після попередньої, часткової діатермокоагуляції, т.я. активне поступлення крові та перистальтика не давали змоги локалізувати місце для накладання кліпс. Лише в одного пацієнта ендокліпування було етапом підготовки до планової операції, оскільки виразка цибулини дванадцятипалої кишки була великих розмірів та пенетрувала в головку підшлункової залози.

При виразках нижньої та задньої стінки цибулини дванадцятипалої кишки нами використовувалася дистальний ковпачок, що дало змогу краще локалізувати джерело кровотечі і працювати кліпатором в більш безпечних умовах.

Таким чином, застосування ротаційного кліпатора, особливо у хворих з високим операційним ризиком, являється ефективним, надійним і у більшості випадків кінцевим методом лікування кривавлячих виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ ЗА УМОВ НЕСТІЙКОГО ГЕМОСТАЗУ

Івашук О.І.

Кафедра загальної хірургії Буковинської державної медичної академії, Чернівці, Україна

Кровотеча із хронічної виразки дванадцятипалої кишки у хворих похилого та старечого віку залишається вельми актуальною проблемою сучасної хірургії та ендоскопії.

Це пояснюється високою летальністю, наявністю у переважної кількості хворих важкої супутньої патології, низькою ефективністю ендоскопічних методів гемостазу, високим відсотком рецидиву кровотечі тощо. В той-же час, вимушена операція при рецидиві кровотечі різко зменшує шанси хворого на життя.

З метою зменшення кількості рецидиву кровотечі з хронічної дуоденальної виразки у хворих похилого та старечого віку нами було розроблено дуоденальний зонд власної конструкції.

Дуоденальний зонд уявляє собою: довжиною до 2,5 м, шириною 2,0 мм, з просвітом усередині (внутрішній канал). Виготовлений з матеріалу — пластику медичного (ПМ 1-42; ТУ 6-05-1533-85) На кінціві зонду у окремому сліпому відділенні, довжиною до 5 см, знаходиться металевий порошок (виготовлений із корозостійкої сталі; ГОСТ 18143-72). Перед даним відділенням внутрішній канал сполучається із зовнішнім середовищем за допомогою кількох отворів (до 6) до 0,5 мм в діаметрі, які розташовані по всьому периметру зонду. На зовні зонду на відстані 5, 10, 15 см від краю існують мітки синього кольору. На відстані 5 см (кордон між відділенням із сталевим порошком і відділенням з отворами) одна мітка, на 10 см (кордон між відділенням із отворами і дистальним кінцем) дві мітки, на 15 см (5 см від відділення з отворами) три мітки. Для полегшення введення зонду через ендоскоп використовували направляючу сталеву струну.

Методика використання власного зонду для тривалого підведення лікарських препаратів у дванадцятипалу кишку полягала у наступному. В зонд вво-

дили направляючу струну (мандрен). При ендоскопії через інструментальний канал ендоскопу зонд заводився у дванадцятипалу кишку таким чином, щоб відділення з металевим порошком знаходилося в після цибулинному відділі. Тоді відділення з отворами для підведення лікарських препаратів буде перебувати в цибулинному відділі. До передньої черевної стінки в місці проекції дванадцятипалої кишки (праве підреб'я) підводився потужний постійний магніт (який під'язувався за допомогою пристрада, або гумового еластичного поясу) для додаткової фіксації зонду. Ендоскоп виводився з одно часовим залишенням зонду в просвіті дванадцятипалої кишки. Після виведення ендоскопу настає черга направляючої струни (мандрену), яка повільно витягується із зонду. Зонд фіксується у кута роти липким пластиром. Для контролю місця розташування зонду, на етапі розробки методики, використовували рентгенологічний контроль.

Методика підведення лікарських препаратів полягала у наступному: кожних 6 годин підводили до 30 мл амінокапронової кислоти. Попередньо у дванадцятипалу кишку вводимо до 20 мл повітря для її розширення. Цей прийом дозволяє незначно розправити дванадцятипалу кишку і в подальшому, при введенні через зонд, амінокапронова кислота омиває всі стінки сфери дванадцятипалої кишки. Підведення амінокапронової кислоти проводили на протязі до 3-х діб.

Лікуванню були піддані 17 хворих із підведенням амінокапронової кислоти (основна група) і 21 хворий, яким не використовували підведення лікарських препаратів (контрольна група). Обі групи були однорідні по віковому аспекту, локалізації та розміру виразок, терміну з моменту початку кровотечі, наявності ендоскопічних ознак нестійкого гемостазу.

Із 17 хворих рецидив кровотечі відмічено у 1 хворого (5,9%) із наявністю гіпертонічної хвороби та гіпертонічними кризами. Рецидив кровотечі був зупинений консервативними заходами. В той час, в контрольній групі із 21 хворого рецидив кровотечі був у 4 хворих (19%). У 2 хворих рецидив кровотечі був зупинений консервативними заходами, а 2 хворих були взяті на операційний стіл. Із 2 прооперованих хворих 1 помер на 4 добу від прогресуючої серцево-судинної недостатності.

СЕЛЕКТИВНІ БЛОКАТОРИ ШЛУНКОВОЇ СЕКРЕЦІЇ І ПЕРЕБІГ ПЕПТИЧНИХ ВИРАЗОК, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ

Кімакович В.Й., Тумак І.М., Рачкевич С.Л., Білик Ю.Д., Артюшенко М.Є., Палфій І.Ю., Копистянський І.М.

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького
Львівська міська клінічна лікарня швидкої допомоги, Україна

Широкое застосування сучасних селективних блокаторів шлункової секреції (БШС) різко збільшило ефективність медикаментозної терапії виразкової хвороби і звузило покази до хірургічного лікування, в т.ч. при виразкових кровотечах. Проте без тривалого підтримуючого лікування БШС не впливають на частоту віддалених рецидивів виразок, їх ускладнень кровотечею і перфорацією. Дискусійним залишається питання ефективності антисекреторної терапії у запобіганні рецидивним кровотечам, що могло би стати альтернативою превентивним операціям.

Мета: 1) оцінка можливого патоморфозу субпопуляції хворих з кривавлячими виразками під впливом БШС; 2) вивчення досвіду застосування БШС у комплексі лікування пептичних виразок, ускладнених кровотечею.

Матеріал і методи

Проспективно вивчено 1118 випадків пептичних виразок, ускладнених кровотечею, що поступили у Львівський міський центр лікування шлунково-кишкових кровотеч протягом 1996-98 рр., і ретроспективно — 402, лікованих протягом 1987-88 рр. Селективні блокатори шлункової секреції (БШС) — H2-блокатори, омепразол, гастропепін у 1987-1988 рр. практично ще не застосовувалися, а у 1996-98 рр. їх уже отримували майже усі хворі. БШС призначались відразу після поступлення, залежно від важкості стану хворого — у таблетованій чи ін'єкційній формі.

Результати та обговорення

Враховуючи, що вивчення проводилося у спеціалізованому центрі, де концентрувалися всі ШКК, результати можна вважати такими, які віддзеркалюють епідеміологічну ситуацію. При порівнянні вибірок хворих не виявлено жодних статистично значущих відмінностей щодо віку, статі, наявності і тривалості виразкового анамнезу, локалізації і розмірів виразок у ці два періоди. Ці ха-рактеристики проаналізовано окремо у хворих, які вже мали до даної госпіталізації виразковий анамнез і періодично лікувалися консервативно: до 1987-1988 рр. неселективними холінолітиками та антацидами, а у 90 рр. — із застосуванням БШС. І в цьому випадку таких відмінностей не зауважено. Виняток становлять ознаки виразкової кровотечі за Forrest — у другий період зменшилася кількість Forrest 1 з 9,3% до 3,8%, Forrest 3 з 55,6% до 44,7%, натомість збільшилася — Forrest 2 з 32,5% до 50,2%. Суттєво рідше став траплятися виразковий стеноз ворота або цибулини 12-палої кишки (2,2% проти 7,4%). Менша частота стенозів може зумовлюватися сприятливішим перебігом рубцювання виразки під впливом БШС. Наразі ми не можемо пояснити зміну співвідношень хворих різних підгруп за Forrest.

При лікуванні БШС частота рецидивів кровотечі була суттєво меншою: 5,2% проти 18,2% (p<0,05). Зниження частоти рецидивів відбулося незалежно

Таким чином, попередньо отримані результати свідчать — використання власного дуоденального зонду, з метою підведення лікарських препаратів до виразки дванадцятипалої кишки з явищами ендоскопічно нестійкої картини гемостазу у хворих похилого та старечого віку, дозволяє зменшити рецидив кровотечі на 13,1%. Технічна простота дуоденального зонду, методики його підведення, відсутність побічних негативних сторін дозволяють рекомендувати його для широкого впровадження у хірургічні стаціонари всіх рівнів.

від локалізації та розмірів виразки і груп за Forrest, важкості і тривалості кровотечі, давності анамнезу і віку хворого. Не була значущою і відмінність частоти рецидивів після прийому різних БШС (омепразол, фамотидин, ранітидин).

У хворих, які отримували БШС, пізніше 4 доби виникло 39,1% усіх рецидивів кровотечі, тоді як без їх вживання — лише 12,8%. Це може бути обґрунтованим застосуванням антисекреторної терапії як неoad'ювантної у хворих з високим ризиком рецидиву кровотечі з метою вирашу часу для передопераційної підготовки.

Враховуючи протирецидивного ефекту БШС дозволило нам обмежити покази до превентивних оперативних втручань насамперед у хворих з важкою супутньою патологією, і зменшити кількість ургентних, з приводу рецидиву кровотечі. Це мало позитивний вплив на післяопераційну і загальну летальність. Її вдалося знизити з 11% у 1987 р. до 0,8% у 1998 р. при зниженні хірургічної активності з 52,9% до 10,5%.

Ендоскопічний гемостаз за допомогою апарату "Вісар" виконано у 18 хворих, успішним він був у 16. Враховуючи невелику кількість хворих з триваючою на момент госпіталізації кровотечею, зростає роль ендоскопічної терапії у поєднанні з медикаментозною як засобу запобігання рецидивам кровотечі.

При контрольній ФГДС через 4 тижні від початку лікування у 223 хворих рубець виявлено у 68,2%, а фрагментовану виразку на стадії рубцювання — у 24,25%. Для поліпшення віддалених результатів після паліативних операцій та чисто консервативного лікування вважаємо за доцільне проводити підтримуючу терапію БШС і ерадикацію H. pylori, але наші власні віддалені результати ще не вивчені.

Висновки

Терапія БШС не впливає на природний перебіг виразкової хвороби. Зменшення кількості хворих з кровотечами на фоні стенозу ворота або цибулини 12-палої кишки зумовлено, вірогідно, сприятливішим характером рубцювання виразки.

Рання і повноцінна терапія БШС у хворих з виразковими кровотечами забезпечує загасання більшості виразок і зменшує необхідність у планових операціях. Показом до таких втручань залишається рецидивування виразки, незважаючи на неодноразову терапію БШС у минулому, наявність виразок великого розміру, без позитивної динаміки під впливом терапії протягом 2-3 тижнів за відсутності серйозних протипоказів до операції.

Терапія БШС знижує ризик рецидиву кровотечі, що зменшує необхідність у ранніх вимушених втручаннях, та допомагає виграти час для підготовки до операції.

Для поліпшення віддалених результатів паліативних операцій доцільна ад'ювантна терапія БШС у поєднанні з ерадикацією H. pylori.

ЗНАЧЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЛЕЧЕНІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Милиця Н.Н., Давыдов В.И., Тимченко В.Ф.

Кафедра хирургии #1, Запорожский государственный институт усовершенствования врачей, Украина

Внедрение в практику способов местного гемостатического воздействия на источники гастродуоденального кровотечения в последние годы получило широкое распространение.

В клинике хирургии I за период с 1997 по 1999 гг. с различными формами гастродуоденальных кровотечений находилось 368 больных. Мужчин было 228 (62%), женщин 140 (38%). Возраст больных колебался от 15 до 92 лет. Преобладали лица пожилого и старческого возраста 125 (34%) с выраженной сопутствующей патологией.

Кровотеперии легкой степени диагностированы у 203 (58%), средней степени тяжести у 117 (29%) и тяжелой у 48 (13%) больных. Продолжающееся кровотечение имело место в 66 (1,8%) случаях, остановившиеся — установлено у 502 (82%) больных. При продолжающемся профузном кровотечении определить источник не представлялось возможным у 7 (1,9%) больных. В трех случаях (0,8%) экстренная фиброзофагогастродуоденоскопия выполнялась на операционном столе, когда массивное кровотечение требовало экстренной операции.

Источником кровотечения у 132 больных (36%) явилась язвенная болезнь 12-перстной кишки, у 44 (12%) — язвенная болезнь желудка; эрозивные гастродуодениты у 107 (29%) больных; варикознорасширенные вены пищевода — у 33 (9%); рак желудка — у 22 (6%), синдром Меллори-Вейса — в 15 (4%) случаях. Кровотечения из зоны анастомоза и острых язв в раннем послеоперационном периоде отмечены у 7 (1,9%) больных.

Диагностический характер исследование носило у 155 (42%) больных. Лечебные воздействия на источник кровотечения были предприняты у 213 (58%) пациентов.

Показанием для эндоскопического гемостаза явились: 1) продолжающееся калилярное кровотечение; 2) остановившееся кровотечение, когда морфологические признаки (тромбированные сосуды, геморагические напеты, фиксированные ступки, варикозные узлы вен пищевода) указывали на, риск рецидива кровотечения.

Использовались различные методы эндоскопического гемостаза: моноактивная гидро-диатермокоагуляция, инъекции варикоцида (тромбовара). При продолжающемся кровотечении применялась криоаппликация "Хладоном-12", кровотечение останавливалось и на этом фоне выполнялась электрокоагуляция.

Экстренную операцию выполняли больным с продолжающимся профузным кровотечением, с рецидивом кровотечения в клинике, а также с кровотечением, когда консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, оказались не эффективными. Система эндоскопического гемостаза, разработанная и внедренная в клинику, позволила выполнять неотложные эндоскопические исследования в первые часы с момента поступления больных в стационар, что существенно повысило диагностическую ценность исследования, дало возможность установить характер кровотечения, провести временный гемостаз с адекватной интенсивной терапией нарушений, вызванных кровотечениями.

Внедрение активной дифференцированной тактики привело к сокращению числа оперативных вмешательств по экстренным показаниям от 10% до 6% (22 человека), тем самым к увеличению числа операций в плановом порядке (156 — 39%) и снижению послеоперационной летальности с 10,2 до 6,7%.

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ЯЗВЕННЫМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Липко Ю.Ф., Раденко Е.Е., Стрюковский А.Г.
Донецкий государственный медицинский университет, Украин

С целью эндоскопического гемостаза (ЭГ) и профилактики рецидива кровотечения (РК), у 3029 больных острыми язвенными гастродуоденальными кровотечениями применены инъекционные методы, различные способы коагуляции и их комбинации. Язвенные дефекты локализовались в желудке у 788 (26%) пациентов, в двенадцатиперстной кишке (ДПК) у 1999 (66%), сочетано в желудке и ДПК у 121 (4%) и в области гастроэнтероанастомоза у 121 (4%) больных.

Всем пациентам при поступлении производилась экстренная эзофагогастродуоденоскопия с целью диагностики, ЭГ и профилактики РК. Этапные контрольно-лечебные эндоскопические исследования проводили каждые 6-12 часов до исчезновения признаков ненадежного гемостаза.

При поступлении у 230 (7,6%) больных кровотечение продолжалось. Непосредственный ЭГ достигнут у 209 (91%) пациентов. Состоявшимся к моменту поступления кровотечением госпитализировано 2799 (92,4%) больных. Изолировано перивазальные и перидуоденальные инъекции применили 1256 (41,5%) больных. У 217 (7,2%) пациентов инъецировали 70% этанол. Эффективность ЭГ составила 87,5% (21 из 24 больных). Профилактика РК проведена 214 пациентам. РК возник у 49 (22,9%) больных. В процессе динамического эндоскопического наблюдения у 165 (76%) пациентов этой группы отмечено образование эрозий, и даже некроза слизистой оболочки, что побудило нас отказаться от данного метода ЭГ и профилактики РК.

Масляный раствор "аевита" инъецировали 274 (9,05%) больным. С целью ЭГ — 33 пациентам; эффективность- 90,9% (30). С целью профилактики- 271 больному. РК отмечен у 38 (14%) пациентов. У 81 (29,6%) пациента, оперированных в отсроченном и плановом порядке на 14-25 сутки после проведения инъекций "аевита" обнаруживались субсерозные олеомы и олеогранулемы, что привело к максимально сдержанному отношению к этой методике в дальнейшем.

У 765 (25,3%) пациентов применили гемостатическую смесь (ГС), включающую прокоагулянты, сосудосуживающие препараты, ингибиторы протеаз.

Эффективность ЭГ составила 92,8% (90 из 97больных). РК возник у 97 (12,8%) из 758 пациентов, получавших инъекции ГС с целью профилактики.

Коагуляционные методики изолированно применены 904 (29,8%) больным. Эффективность ЭГ-85,3% (29 из 34 пациентов). Профилактика РК различными способами коагуляции проведена 899 больным. Диатермокоагуляция — 303 (33,5%), гидродиатермокоагуляция — 65 (29,3%), термокаутизация — 232 (25,7%), лазерная фотокоагуляция — 104 (11,5%). РК возник у 143 (15,9%) пациентов.

Комбинация инъекций ГС и коагуляционных способов применена 869 (28,7%) пациентам. ЭГ оказался эффективным у 97,6% (41 из 42 больных). РК возник у 59 (6,8%) из 868 пациентов

ЭГ дополняли последующим нанесением на источник кровотечения 70% этанола и пленкообразующего препарата (лифузол, статизоль, гастрозоль). С целью повышения эффективности и надежности ЭГ, всем больным обязательно проводили гемостатическую и противоязвенную терапию.

Выводы

Эффективность ЭГ при использовании инъекций ГС составила 92,8%, при коагуляции-85,3%, при комбинации инъекций с различными видами коагуляции — 97,6%. Надежность гемостаза при применении инъекций ГС составила 87,2%, коагуляции- 84,1%, комбинации инъекций с коагуляцией — 93,2%.

Предложенный алгоритм проведения ЭГ и профилактики РК состоит из перивазальных и,- или перидуоденальных инъекций ГС, с последующей коагуляцией сгустка крови, сосуда или дна язвенного дефекта. При наличии в дне язвы мелкого темного тромбированного сосуда, считаем достаточным применение перивазальных или перидуоденальных инъекций ГС. Обработка 70% этанолом и нанесение пленкообразующего препарата обычно завершает эндоскопические гемостатические мероприятия.

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ ВИРАЗКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ НА БАЗІ ОБЛАСНІ ЛІКАРНІ

Поліщук В.Т., Строцкий К.П., Рудковська Н.Г., Сорока А.Н., Борщівський В.М.
Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф.Горбачевського, Україна

Мета

Визначити роль централізованої спеціалізованої допомоги на базі обласної лікарні хворим з гострими гастродуоденальними кровотечениями виразкового генезу.

Матеріали і методи

Аналізовано результати лікування 989 хворих із гострими шлунково-кишковими кровотечениями виразкового генезу за період роботи центру з 1992 по 1999 роки. Оперовано 345 (34,9%) пацієнтів. Післяопераційна летальність 8,2%. Загальна летальність складала 4,3%. Всім хворим в першу годину знаходження в стаціонарі та в динаміці виконувалась ФЕГДС. У 832 хворих (84,1%) на момент огляду вже не спостерігалось тривалої кровотечі в просвіт ШКТ. Потреба в ендоскопічному гемостазі (монополярна діатермокоагуляція) виникла у 137 хворих (13,9%). Ефективним він був у 95 хворих (69,3%). Неєфективність гемостазу в основному була пов'язана з наявністю крупної кривавої судини в калъозній виразці. Надійність ендоскопічного гемостазу перевіряли в динаміці. В фазах тривалої кровотечі та нестійкого гемостазу оперовано 154 (43,5%) хворих. В першій групі оперовано 37 (13,7%) хворих, померло 11 (29,7%). В другій — 117 хворим (33,9%), померло 11 (9,4%). У 191 хворих (55,4%) з ендоскопічними ознаками стабільного гемостазу виконані ранні планові операції (на 12-14 добу). У цій групі летальність складала 1,6% (3 хворих). З 1995 року тактика центру спрямована на максимальне використання органозберігаючих операцій. З 1995 по 1999 роки оперовано 71 хворий з виразкою шлунка, 149 з виразками пілородуоденальної зони. При шлунковій локалізації виразки у 51 (71,8%) хворого виконана резекція шлунка за Більрот-I, в тому числі зі збереженням воротаря — 35 операцій (68,6%). У 19 (26,8%) пацієнтів застосоване клиноподібне висічення виразки (хворі похилого віку, з серцево-легеневою недостатністю на фоні важкої кровотрати). При виразках пілородуоденальної зони застосовували органозберігаючі втручання (ваготомія+висічення виразки+піло-

ро- чи дуоденопластика) — 103 випадків (69,1%). Але при гігантських пенетруючих дуоденальних виразках вдавались також до резекції шлунка (28 випадків — 18,8%). При локалізації виразки по верхньому контуру цибулини, з пенетрацією в голівку підшлункової залози проводилась екстрадуоденізація виразки. Щодо способу ваготомії, то перевага надавалась селективній проксимальній ваготомії, з пілоро- або дуоденопластикою. Її виконано у 60 хворих (40,3%) з пілородуоденальною локалізацією виразки. З 1999 року до комплексного лікування хворих вже в першу добу знаходження в стаціонарі, на фоні ін'єкційного введення H2-блокаторів II або III покоління, підключали одну з схем потрійної іридикації *Helicobacter pylori*. Це дозволило знизити хірургічну активність з 37,4% в 1992-1998рр. до 24,2% в 1999р. та до 16,9% в перші 5 місяців 2000р.

Результати

Екстрена ендоскопія мала вирішальне значення в тактиці ведення хворих з ГШКК. Ендоскопічна зупинка кровотечі надала можливість відстрочити оперативне втручання а, інколи, обійтись і без нього, що в поєднанні з застосуванням комплексної терапії дозволило знизити хірургічну активність та летальність. У 84,1% хворих під час невідкладної фіброгастродуоденоскопії з кратера виразки вже не спостерігається продовження кровотечі. В районах області ендоскопічний гемостаз розцінюється як тимчасовий (оскільки відсутня можливість динамічного ендоскопічного контролю) і дає можливість підготувати хворого до оперативного втручання.

Висновки

Тільки при концентрації хворих в спеціалізованому центрі, консультативній роботі спеціалістів центру в районах області (виїзна бригада складається з хірурга, ендоскопіста, анестезіолога) можна досягти покращення результатів в лікуванні шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу.

ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Никишаев В.И., Фомиин П.Д., Тутченко Н.И., Головин С.Г., Кузнецов К.В., Слизиук Н.П., Бодрягов А.С., Бобокал В.Н.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи
Киевский городской центр по оказанию помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями

Несмотря на имеющиеся эффективные методы консервативного лечения язвенной болезни, частота ее осложнений не имеет тенденции к снижению. Результаты лечения больных с желудочно-кишечными кровотечениями (ЖКК), несмотря на имеющийся прогресс в лечении их, остаются неудовлетворительными. Это побуждает к поиску новых подходов в лечении больных с ЖКК.

Создание в г. Киеве в 1981 году первого в СССР центра по оказанию помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями и концентрация пациентов в одной клинике способствовало всестороннему изучению проблемы,

усовершенствованию, разработке и внедрению новых диагностических и лечебных мероприятий. Все это позволило значительно снизить общую и послеоперационную летальность в клинике и соответственно в регионе. С 1982 по 1999 годы в центре находилось на лечении 17680 больных. Данные разработки были применены и развиты в Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи, где был создан в 1988 году второй центр по лечению больных с ЖКК в г. Киеве. За 10 лет поступило в больницу 5466 больных с острыми кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, из

которых с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки было 3711 (67,9%) пациентов.

Предметом живых дискуссий при обсуждении хирургических аспектов лечения язвенных кровотечений является определение показаний, сроков выполнения и метода оперативного вмешательства. Открытым вопросом в выборе лечебной тактики является оценка риска рецидива кровотечения, который практически единогласно считают одной из важнейших детерминант неблагоприятного результата лечения больных. Как показали наши наблюдения, выполнение операций на высоте первого рецидива язвенного кровотечения увеличивает послеоперационную летальность в 2 раза. При выполнении операций на высоте 2–3-го рецидива кровотечения летальность увеличивается в 4–8 раз.

Трудности выбора и определение рациональных сроков проведения оперативного вмешательства при язвенном кровотечении объясняется отсутствием объективных критериев оценки надежности гемостаза в язве и риска возобновления кровотечения. Решение этих вопросов возможно при широком применении экстренной диагностической и лечебной эндоскопии, которая позволяет верифицировать источник кровотечения, выполнить эндоскопический гемостаз, охарактеризовать его морфологические особенности, оценить надежность гемостаза, прогнозировать угрозу рецидива кровотечения, а также выполнить эндоскопический контроль гемостаза в язве.

Из 3711 пациентов с ЖКК из язв желудка и двенадцатиперстной кишки сразу же при поступлении (в течение 1–2 часов) 98,1% было выполнено экстренное эндоскопическое исследование, позволяющее верифицировать источник кровотечения, его локализацию, размеры и тяжесть деструкции.

При неустойчивой гемодинамике, шоке обследование производилось в противошоковой палате или в отделении интенсивной терапии. При устойчивой гемодинамике больной на каталке подавался в эндоскопическое отделение для проведения обследования. Если кровотечение продолжалось, и невозможно было выявить его источник из-за большого количества крови в желудке, проводилось промывание желудка. При отсутствии данных о продолжающемся кровотечении (в желудке — кофейная гуща, пища) и невозможности выявить его источник — повторное исследование проводилось через 4 часа.

В своей работе мы пользуемся модифицированной нами классификацией активности кровотечения Fogrest J.A.H. Продолжающееся кровотечение было выявлено у 11,8% пациентов (IA — 4,5%; IB — 3,3%; IC — 4%). Стигмат отмечалась у 34,5% пациентов (IIA — 12,3%; IIB — 18,4%; IIC — 3,8%). III группа выявлена у 53,7% больных. При выявлении стигмат обязательным являлось водная иригация дна язвы, для более точного определения признаков недавнего кровотечения. При продолжающемся кровотечении (I группа) и наличии признаков недавнего кровотечения (стигмат — II группа) обязательно предпринимались эндоскопические вмешательства (гидроэлектромкоагуляция, комбинация инъекционной терапии с коагуляцией, эндоклипирование и др) направленные на остановку кровотечения и на профилактику его рецидива. За последние 5 лет выполнено 1881 эндоскопическое пособие при кровотечении.

ЭНДСКОПИЯ КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Никишаев В.И., Тутченко Н.И., Фомин П.Д., Головин С.Г.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

Введение

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению числа больных циррозом печени. Наиболее опасным осложнением синдрома портальной гипертензии при циррозе печени является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (КВРВПЖ), летальность при котором достигает 28–84% [5]. По данным литературы общепринятые способы консервативной терапии, включая постановку баллонных обтураторов типа Sengstaken-Blakemore, малоэффективны [3], а существующие методики операций характеризуются высокой (до 70%) летальностью [4] и отсутствием положительного влияния на продолжительность жизни больных. В связи с этим важное значение приобретают малоинвазивные вмешательства, в т.ч. эндоскопическая склеротерапия (ЭС) [1, 5], а также эндоскопические способы механической остановки кровотечения [2, 3].

Цель исследования — определить оптимальную эндоскопическую тактику при лечении КВРВПЖ.

Материалы и методы

Эндоскопические методы гемостаза были применены у 119 больных с КВРВПЖ в возрасте 53±6,2 лет (102 мужчины и 17 женщин). Нами были использованы три различные методики склеротерапии, эндоскопическое клипирование и лигирование.

В 1-ой группе мы осуществляли инъекции склерозанта интравенозно с целью облитерации варикса (35 больных — 29,4%). Во 2-ой группе инъекции склерозанта выполнялись паравазально для создания сдавливающей рубцовой муфты вокруг расширенной вены (11 пациентов — 9,2%). В 3-ей группе мы использовали комбинацию интра- и паравазальных введений склерозанта, что позволили достичь двух терапевтических целей одновременно (48 пациентов — 40,3%). Интравенозно мы вводили от 4 до 10 мл 3% раствора тромбовара, паравазально — 35% раствор этанола, приготовленный ex tempore из равных частей 70% раствора этанола и 1% раствора новокаина. Эндоскопическая склеротерапия проводилась одновременно на всех венозных стволах. В 4-ой группе больных (14 — 11,8%) мы применили эндоскопическое клипирование источника кровотечения, в 5-ой группе (11 — 9,2%) использовано эндоскопическое лигирование кровоточащей вены.

Различий по полу, возрасту, и активности кровотечения в данных группах пациентов не было. Лечебная эндоскопия была выполнена у 73 больных

После эндоскопии определяли дальнейшую тактику лечения больных:

- больные с продолжающим кровотечением — подлежали экстремному оперативному вмешательству по жизненным показаниям;
- больные с остановленным активным кровотечением (FIA) — индивидуально по отношению к каждому пациенту принимали решение о выборе способа лечения (ранней отсроченной операции в зависимости от отягощающих факторов в плане прогноза риска рецидива кровотечения или консервативному лечению и мониторингу);
- больные с остановленным кровотечением, при активном просачивании, из-под сгустка, наличии стигмат и отсутствии признаков недавнего кровотечения — подлежали консервативному лечению и мониторингу.

Больные, которым был показан мониторинг, делились на три группы. Первая — с высоким риском рецидива ЖКК (FIA и FIx), вторая — со средним риском (FIB, FIIA, FIIB), третья — с низким (FIIC и FIPI). Повторные эндоскопические осмотры в этих группах проводились соответственно через 2–4, 4–6, 12–24 часа соответственно. На повторных осмотрах осуществлялся контроль гемостаза, проводились лечебные процедуры, направленные на профилактику рецидива кровотечения, в некоторых случаях уточнялся диагноз.

Основными целями эндоскопического мониторинга являлись:

- контроль эффективности проведенного эндоскопического гемостаза;
- раннее выявление рецидива кровотечения (до появления клинических признаков);
- активное неоднократное использование методов эндоскопического гемостаза для профилактики рецидива кровотечения и остановки кровотечения у больных с сомнительным прогнозом оперативного лечения и наркоза;
- окончательная верификация источника кровотечения в трудных диагностических случаях.

Проведенный анализ показал, что за период 1988–1993 гг. из 1829 больных язвенной болезнью оперировано 614 (33,6%) с послеоперационной летальностью 5,7%, общая летальность составила 4,9%, среди неоперированных — 4,5%; а период применения эндоскопического мониторинга (1994–1999гг) характеризуется следующими показателями: поступило 1882, оперировано 627 (33,3%), послеоперационная летальность — 4,5%, общая летальность — 4,1%, среди неоперированных — 3,9%. При этом количество экстренных операций (на высоте кровотечения и в раннем отсроченном периоде) снизилось с 35,3% до 15,5%, на высоте кровотечения — менее 4%.

Таким образом, концентрация больных в специализированных отделениях с круглосуточным режимом работы, наличие высококвалифицированных специалистов, аппаратуры, применение современных эндоскопических методик гемостаза, активный мониторинг — позволяют уменьшить хирургическую активность при язвенных кровотечениях и снизить количество экстренных операций, что ведет к снижению летальности у больных с кровоточащими гастродуоденальными язвами.

(61,3%) с активным кровотечением и у 46 (38,7%) в раннем отсроченном периоде (12–18 часов с момента поступления). Методы эндоскопического клипирования и лигирования мы применяли только в случаях продолжающегося кровотечения. ЭС нами проводилась один раз в 3–4 дня.

Результаты

Гемостатический эффект был достигнут нами у всех пациентов, как с активным кровотечением, так и в раннем отсроченном периоде. Рецидив кровотечения наблюдался у 6 пациентов в 1-й группе (17,1%), у 4 — во 2-ой (36,4%), у 5 — в 3-ей (10,4%), у 2 — в 4-ой (14,3%), у 3 — в 5-ой (27,3%). Проведение повторных сеансов склеротерапии позволило достичь гемостаза у 11 (55%) из этих 20 больных.

Однако, несмотря на комплексную гемостатическую терапию летальный исход наступил в 6 случаях в 1-ой группе (17,1%), 2 — во 2-ой (18,2%), 7 — в 3-ей (14,6%), 1 — в 4-ой (7,1%), 2 — в 5-ой (18,2%). Общая летальность составила 15,1%.

Выводы

ЭС, эндоклипирование и эндолигирование весьма эффективны при лечении КВРВПЖ. Сравнительный анализ показывает преимущество в эффективности комбинированной интра- и паравазальной склеротерапии.

Литература

- Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. (1993) Хирургия печени и желчевыводящих путей. (Київ). "Здоров'я". 512 с.
- Hepworth C.C., Burnham W.R., Swain C.P. (1999) Development and application of endoloops for the treatment of bleeding esophageal varices. *Gastrointest Endosc.* 50(5): 677–683
- Moloney M., Wilkinson M. (2000) Early administration of somatostatin and efficacy of sclerotherapy in acute oesophageal variceal bleeds: the European Acute Bleeding Oesophageal Variceal Episodes (ABOVE) randomised trial *Gastrointest Endosc.* 51 (3): 372–373
- Pamela M. Hartigan, Roger L. Gebhard, Peter b. Gregory (1997) Sclerotherapy for actively bleeding esophageal varices in male alcoholics with cirrhosis. *Gastrointest. Endosc.* 46: 1–7
- Rosell M., Deibert P., Haag K. et al. (1997) Randomized trial of transjugular-intrahepatic-portosystemic shunt versus endoscopy plus propranolol for prevention of variceal bleeding. *Lancet.* 349: 9058: 1043–1049

ЕНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Рыжий Л.М., Илькин А.В., Назарук О.К., Гомоляко И.В.

Киев

Вопросам остановки и лечения гастродуоденальных кровотечений посвящено большое количество исследований. Однако, следует отметить, что удовлетворительных результатов при применении отдельных методик добиться сложно. В связи с этим весьма актуальны поиски новых, комплексных, доступных для применения методик остановки, лечения и профилактики кровотечений в ургентной хирургии.

С целью изучения эффективности остановки кровотечения эндоскопическим путем применена методика комбинированного воздействия на источник кровотечения в желудке и двенадцатиперстной кишке с использованием электрохирургического аппарата "Эрботом", 10% раствора нитрата серебра, гелий-неоновой лазерной установки, 3% раствора аминокaproновой кислоты, высокомолекулярного медицинского клея МК-6. Облучение гелий-неоновым лазером мощностью 25 Вт проводилось в течение 3–5 мин. При локализации язвы в желудке облучение проводилось только после гистологического исследования. Электрокоагуляция осуществлялась в течение 3–8 сек на один участок слизистой в режиме "коагуляция — 5 ед.". Нанесение клеевой повязки производилось через катетер, введенный в инструментальный канал эндоскопа. Все манипуляции выполнялись на фоне премедикации или с анестезиологическим обеспечением. Для визуального контроля использовалась эндоскопическая видеосистема "PENTAX".

Под наблюдением в клинике находилось 58 пациентов с кровотечением из язвы двенадцатиперстной кишки (31), с кровотечением из язвы желудка (14), с кровотечением из опухоли желудка (7), с синдромом Маллори-Вейсса (6).

Сочетание используемых у конкретного больного манипуляций исследования, интенсивностью и видом кровотечения. Для стандартизации подходов к остановке кровотечения использована эндоскопическая классификация желудочно-кишечных кровотечений Forrest J.A.H.: 1. Кровотечение активное: 1А — струйное; 1В — капиллярное; 1С — из-под тромба, сгустка. 2. Кровотечение остановившееся: 2А — тромбированный сосуд; 2В — фиксированный сгусток; 2С — мелкие тромбированные сосуды. 3. Кровотечение полностью остановившееся: 3А — язвенный дефект под слоем фибрина; 3В — язвенный дефект без фибрина. 4. Источник кровотечения не выявлен.

Кровотечение первой категории (1А) было диагностировано у 9 пациентов. Наиболее целесообразным у этой группы больных является использование комбинированной методики с применением электрокоагуляции краев и дна язвенного дефекта с последующим орошением 10% раствором нитрата серебра,

нанесением клеевой повязки и облучением гелий-неоновым лазером.

При кровотечениях категории 1В (15 пациентов) применялась электрокоагуляция только дна язвы с орошением 3% раствором аминокaproновой кислоты и облучение лазером. В случаях необходимости наносилась клеевая повязка.

При кровотечениях категории 1С (7 пациентов) производилось удаление сгустка и в зависимости от активности кровотечения (1А или 1В) применялось комплексное лечение, изложенное выше.

При кровотечениях категории 2. (у 14 пациентов) при наличии большого тромба, полностью закрывающего язву, применялось облучение лазером с последующим динамическим наблюдением. Если тромб находился на дне кратерообразной язвы — целесообразно нанесение клеевой повязки и облучение лазером.

При кровотечениях категории 3. (у 12 пациентов) производилось только облучение лазером. Источник кровотечения не удалось обнаружить (категория 4) у одного пациента.

Черта 3–5 часов после эндоскопической остановки кровотечения в обязательном порядке проводилось контрольное эндоскопическое исследование с облучением язвенного дефекта лазером и взятием биопсийного материала с края язвы желудка в случаях желудочного кровотечения. Кроме того, во всех без исключения случаях биопсийный материал брали из антрального отдела желудка для гистологического и цитологического (бактериоскопического) исследования для выявления *Helicobacter pylori*. В качестве альтернативного метода диагностики *Helicobacter pylori* использовался уреазный экспресс-тест с применением Де-Нол теста фирмы Yamanouchi.

Дальнейшее эндоскопическое наблюдение в сочетании с лазерным облучением и другими описанными выше манипуляциями было обусловлено результатами исследований, течением заболевания и исходной эндоскопической картиной.

В результате применения вышеизложенных методик эндоскопической остановки кровотечений в первые сутки после госпитализации ни один пациент не был прооперирован. В дальнейшем 5 больных были прооперированы в плановом порядке. У остальных пациентов на фоне консервативного лечения с применением блокаторов протонной помпы, препаратов висмута, антибиотиков, метронидазола и эндоскопического облучения лазером сроки госпитализации составили 10–12 дней.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ЗАСОБІВ ГЕМОСТАЗУ ПРИ СИНДРОМІ МЕЛЛОРІ-ВЕЙССА

Тихоненко В.М., Ігнатів О.В., Ананко О.А., Шепетько Є.М., Ліссов О.І., Козлов С.М.

Кафедра факультетської хірургії #2, Національний медичний університет, Київ, Україна

Вступ

Синдром Меллорі-Вейсса (СМВ) являє собою різновид шлунково-кишкової кровотечі, причиною якого є розриви слизової оболонки езофагокардіального переходу. Головним завданням в лікуванні СМВ є вплив на джерело кровотечі — розрив слизової з метою зупинки кровотечі або попередження її рецидиву. Розповсюдження фіброволоконної оптики, вдосконалення ендоскопічної техніки дали змогу для виконання безпосереднього впливу на розриви слизової оболонки. Саме широке застосування різноманітних засобів [1–5] ендоскопічного гемостазу дозволило значно знизити частість рецидивних кровотеч та летальність серед хворих із СМВ. В свою чергу, різноманітність методик, що використовуються для зупинки кровотечі при СМВ примушує хірургів детально вивчати їх переваги та недоліки, зважено підходити до застосування різних методів гемостазу в залежності від ендоскопічної картини та стану хворого. Так, застосування діатермокоагуляції [2] дозволяє зупинити досить інтенсивні кровотечі, але пов'язане із реальним ризиком перфорації стінки органу, пошкодження розташованих поруч анатомічних утворень. Крім цього, коагуляції, що виникає під час маніпуляції, досить часто фіксується до електроду, що призводить до відриву утвореного тромбу. Застосування клейових гемостатиків [4] малоефективне під час профузних кровотеч, під впливом шлункового соку створена плівка досить швидко змивається. В свою чергу такі методики, як лазерна фотокоагуляція [5], ін'єкційне введення препаратів [1] потребують висококваліфікованих фахівців та відповідного обладнання, що значно обмежує їх застосування.

Мета дослідження — вивчити ефективність та, в залежності від цього, показання для виконання ендоскопічних маніпуляцій при синдромі Меллорі-Вейсса. Оцінити рівень ефективності різних методик ендоскопічного гемостазу при СМВ.

Матеріали і методи

За період з 1982 по 1999 роки в Центрі по наданню невідкладної допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами м. Києва лікувалося 1115 хворих на СМВ. Досить багатий клінічний досвід дозволив розробити певний алгоритм лікувально-діагностичних мір, головну роль в якому відіграє ургентна фіброгастродуоденоскопія із наступним здійсненням, за показаннями, ендоскопічного гемостазу. В залежності від ступеню гемостазу (відповідно класифікації Forrest) в розриві хворі були розподілені на такі групи:

- Розрив з кровотечею, що триває.
- Розрив із нестабільним гемостазом (в ділянці тріщини — згортки, коричневі наліт, тромбована судина).
- Розрив із стабільним гемостазом (вкритий фібрином).

Результати дослідження

Хворі, віднесені до 3-ї групи (357 (32,3%) пацієнтів) не потребували будь-якого впливу на розрив, адже в таких випадках ризик розвитку рецидивної кровотечі практично відсутній. Ризик рецидивної кровотечі зростає у групі 2 (501 (45,7%) хворих), що обумовлює обов'язкове здійснення в них ендоскопічного гемостазу. У цієї категорії хворих для профілактики рецидиву кровотечі достатнім був однократний вплив на джерело кровотечі за однією з методик, що застосовуються в клініці (діатермокоагуляція, аплікація клейових гемостатиків (ліфузоль, статизоль), препаратів, гемостатична дія яких заснована на моментальній коагуляції білків крові ("капрофер", "феракрі"). У хворих, віднесених до 1-ї групи (кровотеча з розриву триває— 257 (22,1%) застосування тільки однієї методики не завжди гарантувало від виникнення рецидивної кровотечі (застосування діатермокоагуляції супроводжувалося 10,6% рецидивів, аплікація ліфузолью або капроферу—6,1% та 3,5% випадків відповідно), тому в таких випадках виправданим вважали комбінований вплив на джерело кровотечі. Так, діатермокоагуляція з наступною аплікацією ліфузолью (57 хворих) дозволила знизити кількість рецидивів до 2,7%, а використання "капроферу" з наступною аплікацією ліфузолью (27 хворих) взагалі гарантувало від рецидивів в подальшому.

Висновки

Адекватна оцінка ендоскопічної картини розриву слизової та вірний вибір засобу ендоскопічного гемостазу дають можливість запобігти рецидиву кровотечі в подальшому та відмовитися від поєднаного з високим ризиком та патогенетично необґрунтованого оперативного втручання.

Література

1. Беличенко И.А., Станудис А.И., Зайцева Е.П. (1984) Эндоскопическая остановка гастродуоденальных кровотечений с помощью инъекции гемостатической смеси. Хирургия. 3:120–122
2. Курыгин А.А., Баранчук В.Н., Малышев В.Г. (1991) Лечение синдрома Мэллори-Вейсса эндоскопической диатермокоагуляцией. Хирургия. -9:63–66
3. Курыгин А.А., Гринев М.В., Скрыбин О.Н. (1995) Применение гемостатического препарата "капрофер" в неотложной хирургии. Вестник хирургии. 154: 1:76
4. Мамедов Н.З. (1988) Совершенствование способа остановки кровотечений желудочно-кишечного тракта путем клеевой инфильтрации: Автореферат дис... канд.мед.наук. (Азерб. мед.институт, Баку). с. 23–24
5. George F. Gowen, H. Stefan Stoldt, Francis E. Rosato (1999) Five Risk Factors Identify Patients With Gastroesophageal Intussusception. Arch.Surg. Vol. 134:1394–1397

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ З ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ НА ФОНІ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРТАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

Русин В.І., Русин А.В., Болдижар О.О., Переста Ю.Ю., Стойка В.І.

Кафедра госпітальної хірургії УжДУ, Україна

На сьогоднішній день фармакотерапія є єдиним лікувальним методом, який може бути використаний негайно для лікування і контролю за кровотечами і не вимагає дорогого обладнання, досвідченого ендоскопіста та хірурга.

Крім того, фармакотерапія може розпочинатися вдома, в амбулаторії, при транспортуванні хворого, вона забезпечує негайний контроль за кровотечею в стаціонарі, чим попереджує подальше погіршення стану пацієнта перед остаточним лікуванням. І хоча ендоскопічна склеротерапія (ЕС) і лігування судин є більш радикальними методами лікування кровотеч з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу [1, 2]. Комбінація фармакотерапії та ЕС повинна сприяти більш ефективній зупинці і профілактиці рецидивів повторних кровотеч.

Матеріали і методи

Під нашим спостереженням знаходились 77 хворих на цироз печінки (ЦП) з явищами кровотеч з ВРВ стравоходу. Згідно класифікації Чайлда-Туркота, в стадії компенсації було 4 хворих, субкомпенсації — 58 та декомпенсації 15 хворих. Кровотеча легкого ступеня спостерігалась у 33 хворих, середнього ступеня — у 39, важкого ступеня у 8 хворих.

Медикаментозна корекція портопечінкового кровотоку забезпечувалась 1% розчином нітрогліцерину в дозі 0,43 мг/кг/добу від 15 до 30 крапель на хвилину (1,5 мг/год) у 50 хворих. У решті — 27 пацієнтів — під впливом анаприліну (об'яздану) в дозі 2,85 мг/кг/добу відповідно (0,25% — 1,0 або 0,1% — 5,0). Одночасно на фоні медикаментозної корекції портопечінкового кровообігу, корекції об'єму кровотрати виконували екстренну діагностичну ендоскопію з ЕС.

Під час ЕС вводили 5–15 мл (максимально 25 мл) 0,5% розчину полідеканолу або 5–15 мл 3% розчину тромбобара інтравазально, паравазально, комбіновано (17, 40, 20), від кута шлунка на 7–10 см вище стравохідно-шлункового переходу по 1 мл на ін'єкцію.

У період проведення та до ЕС поряд з інфузійною та гемостатичною терапією призначали Н2-блокатори, антацидні препарати. У випадку тривалої кровотечі виконувалась повторна ЕС.

Контроль центральної та портопечінкової гемодинаміки визначали за допомогою поліаналізатора ПА-5-02 Харків та ультразвукового апарату "SIM - 5000" (Італія).

ЭНДОСКОПИЯ В ОСТАНОВКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Филин А.В., Мякуша Л.М., Zubovskiy Ю.Ю., Каримова Ф.Р., Кропачева В.Н., Лиев С.А.

Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) продолжают оставаться одной из важнейших проблем неотложной хирургии. Лечебная тактика с учетом совершенствования современных возможностей медицины требует постоянной корректировки. В последние годы отмечен рост частоты осложнений язвенной болезни на фоне тяжелого социально-экономического положения страны, психоэмоционального состояния населения и, нередко, невозможности проведения адекватного консервативного и профилактического лечения. Летальность, даже при активном внедрении современной гемостатической терапии, эндоскопической диагностики и лечения, активной хирургической тактики, остается высокой. Поэтому не снижается актуальность проблемы кровотечений и продолжается активный поиск новых эффективных методов.

У больных с ОЖКК на фоне комплексной гемостатической терапии выполняли диагностические эндоскопические исследования. При наличии локализованного источника кровотечения предпринимали попытки выполнения эндоскопического гемостаза различными методами: аппликациями кровоостанавливающих препаратов, инъекция склерозантов и вазоконстрикторов, электрокоагуляция. Особое внимание уделяли больным с высоким риском хирургического и анестезиологического вмешательства (преклонный возраст, тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации, ранний послеоперационный период, септические состояния и др.). У таких пациентов добивались выполнения гемостаза более настойчиво, а при развитии рецидивов кровотечения считали оправданными повторные лечебные эндоскопические вмешательства.

С июня 1997 г. года для остановки ОЖКК из верхних отделов ЖКТ применяли метод эндоскопического клипирования (клипатор HX-5LR-1, Olympus). Метод применен у 62 пациентов в возрасте от 14 до 81 года с ОЖКК: 1 пациент с опухолью тела желудка; при синдроме Меллори-Вейсса — 6; у 1 — кровотечение из кила желудка в раннем послеоперационном периоде; язвенные кровотечения у 54 больных (острая язва пищевода — 2; острые язвы желудка — 14 (в том числе 4 — синдром Dieulafoy), острые язвы луковицы — 13, хронические язвы желудка — 10; хронические язвы луковицы — 12; хронические язвы желудка-кишечного соустья — 3). Интенсивность язвенных кровотечений оценивали по J.Forrest. У анализируемой группы пациентов наблюдали: 1А — 8, 1В — 19, 2А — 14, 2В — 13. При кровотечениях из острых язв, а также при синдроме Меллори-Вейсса, предпочтительным считали использование клипс с изгибом дистального кончика под прямым углом (MD-59), бранши клипс широко раскрывали непосредственно перед источником кровотечения, "сшивая" края дефекта при фиксации.

Непростую задачу представляет собой остановка кровотечения из хронических язв различных локализаций, так как плотные, неподвижные края и до

Обговорення отриманих результатів

Вивчаючи вплив нітрогліцерину на центральну і портальну гемодинаміку, встановлено, що нітрогліцерин позитивно впливає на скорочувальну здатність міокарда у хворих на ЦП, покращуючи систоло-діастолічні показники і знижуючи при цьому портальний тиск на 28,2%, об'ємну швидкість ворітного кровоплину на 15%, зі збільшенням числа серцевих скорочень на 21,8% і зниженням середньоартеріального і венозного тисків відповідно на 4,2% і 20%.

Вивчаючи показники центральної гемодинаміки під впливом анаприліну, встановлено, що сповільнення частоти серцевих скорочень на 25% веде до зниження потреби міокарда у кисні, оскільки подовжується час діастолі (наповнення) на 18,3–62,9%, що сприяє подовженості перфузії коронарних артерій. Серцевий викид зменшується на 24,4–31,4%, при зменшенні портального тиску на 29,8% і зменшення об'ємної швидкості у ворітній вені тільки на 7,7%. У групі 35 хворих з I ступенем кровотечі після одномоментної ЕС ВРВ стравоходу кровотеча була зупинена у всіх пацієнтів. У групі 39 хворих з II ступенем кровотечі ЕС ВРВ стравоходу призвела до зупинки кровотечі у 31 пацієнта. У чотирьох хворих спостерігався рецидив кровотечі, яка після триразових сеансів ЕС у 3 хворих була зупинена. Один пацієнт помер від тривалої кровотечі. Трьом хворим через загрозу життю тривалою кровотечею виконана операція перев'язування лівої шлункової вени та артерії з лігуванням селезінкової артерії, одному хворому успішно виконана операція Nasab-Raqet.

У групі 8 хворих з III ступенем кровотечі ЕС сприяла зупинці кровотечі у всіх хворих, але двоє хворих померли при явищах наростаючої печінкової недостатності.

Таким чином, здійснення ЕС ВРВ стравоходу на фоні медикаментозної корекції портального тиску і центральної гемодинаміки 1% розчином нітрогліцерину та 0,25% розчином анаприліну у 84% випадків сприяє зупинці кровотечі у хворих на ЦП.

язв не способствуют свободному, глубокому внедрению клипс и сведению бранши в зоне фиксации (ситуация подобна забору материала для морфологического исследования, когда бранши щипцов скользят по поверхности, не захватывая тканей в глубине). Гемостаз при кровотечениях из хронических язв желудка и 12-перстной кишки выполняли клипсами с изгибом дистального кончика под острым углом (MH-850), при этом расстояние между браншами умышленно уменьшали и несколькими обратными-поступательными движениями внедряли в ткани. Одной из особенностей применения данной методики является необходимость фиксации эндоскопа у края зубника для сохранения передаваемого усилия.

В отдельных случаях применяли дистальный колпачок (MH-595), что создавало возможность хорошей визуализации источника кровотечения и благоприятных условий для работы инструментами. Благодаря ротационному механизму, клипсы устанавливали и фиксировали в оптимальном для использования положении.

У 23 больных остановку кровотечения выполняли в комбинации с инъекционным способом, у 31 — окончательный гемостаз достигнут только с использованием эндоклипс. В 3 случаях (2 — гемофилия и 1 — синдром Меллори-Вейсса) в связи с неполным гемостазом возникала необходимость в дополнительном наложении клипс (при контрольном исследовании). Метод эндоскопического клипирования на фоне комплексной гемостатической терапии стал окончательным способом остановки ОЖКК у 44 (81,5%) больных. После выполнения временной остановки кровотечения 2 больных с хроническими язвами луковицы ДПК, 4 с хронической язвой желудка и 1 с опухолью желудка оперированы в связи с высоким риском рецидива кровотечения. Плановые операции выполнены в 3 случаях — больным с хронической язвой желудка. Смерть 5 пациентов не была связана с кровотечением и наступила от осложненного течения тяжелой основной патологии.

Метод эндоклипирования, как правило, не требует эндоскопического контроля за гемостазом, чем выгодно отличается от других способов. Наш опыт остановки гастродуоденальных кровотечений с использованием ротационного клипатора показал его высокую эффективность и надежность, что позволяет считать применение данного метода весьма перспективным, особенно у больных с высоким операционным риском.

Таким образом, использование современных возможностей эндоскопии и применение адекватных, для конкретной клинической ситуации, методов гемостаза позволяет расширить выбор средств воздействия на источник кровотечения и повысить надежность этого воздействия.

РАЗМЫШЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Участкин В.Г., Филин А.В., Мякуша Л.М., Zubovskiy Ю.Ю., Каримова Ф.Р., Кропачева В.Н., Лиев С.А.

Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

На протяжении всей истории неотложной хирургии проблема острых желудочно-кишечных кровотечений (ОЖКК) из верхних отделов пищеварительного тракта продолжает оставаться наиболее сложной, сопровождающейся высокой смертностью. В Ленинградской области летальность за последние пять лет колеблется от 10,5% до 12,3%. Многочисленные причины неблагоприятных исходов можно объединить в три группы:

1. Сам больной, его физическое состояние и социальное положение.
2. Локализация, характер и состояние патологического процесса.
3. Уровень оказания медицинской помощи на всех этапах лечения этой категории больных.

Известно, что в настоящее время большинство хирургов при язвенных кровотечениях придерживаются так называемой активно-выжидательной тактики. С появлением фиброволоконной оптики появилась реальная возможность объективной ранней диагностики состояния верхних отделов ЖКТ, созданы фармакологические средства и специальные инструменты для местного воздействия на источник кровотечения, постоянно совершенствуются методы консервативного и оперативного лечения. Однако это пока существенно не повлияло на результаты лечения. Нужны опыт и серьезные организационные меры.

Представляем результаты диагностики и лечения 205 больных с острым кровотечением из верхних отделов ЖКТ, находившихся на лечении в нашей клинике. Все больные с ОЖКК поступали в реанимационное отделение и экстренная ФЭГДС выполнялась в ближайшие часы. Источник кровотечения при первичном осмотре был установлен у 96,1% больных.

Все виды кровотечений были разделены на две группы (по Луцевичу Е.Н. и Стручкову В.И.): 1) Язвенные кровотечения (хроническая язва желудка — 19, двенадцатиперстной кишки — 28; острая язва желудка — 22, в т.ч. 5 пациентов с синдромом Dieulafoy, двенадцатиперстной кишки — 44, язва желудочно-ки-

шечного анастомоза — 8. 2) Неязвенные кровотечения (синдром Mallory-Weiss — 6, эрозивно-геморрагические эзофагогастро-дуодениты — 37, рак желудка — 7, варикозное расширение вен пищевода — 11, прочие — 23).

В 105 случаях (51,2%) ввиду продолжающегося кровотечения или высокого риска его рецидива (1А, 1В, 1А, 1В по J. Forrest) были выполнены экстренные эндоскопические вмешательства с окончательной остановкой кровотечения. Применяли электрокоагуляционные, аппликационные, инъекционные способы гемостаза, клипирование и лигирование, а также комбинации этих способов. В связи с высоким риском кровотечения из хронических язв желудка (5) и луковицы двенадцатиперстной кишки (3), больным с опухолями (7), лимфомами (2) выполнены хирургические вмешательства.

Таким образом, опыт остановки гастродуоденальных кровотечений с использованием всех видов эндоскопического гемостаза дает основание считать их не только целесообразными, но и необходимыми при лечении ОЖКК, даже если они не всегда приводят к стойкой остановке кровотечения. Достижение даже временного гемостатического эффекта давало хирургу время, необходимое для значительного восстановления резервов больного и возможность выполнения оперативного вмешательства в более благоприятных условиях.

Опыт применения одного из новых инструментов для эндоскопической остановки кровотечений — ротационного клипатора ("Olympus") показал его высокую эффективность и надежность, что позволило считать использование данного метода весьма перспективным и в большинстве случаев — окончательным, особенно у больных с высоким риском оперативного вмешательства. По своей сути он идентичен прошиванию кровеносного сосуда при гастро- или дуоденотомии.

Анализ всего сказанного свидетельствует о том, что как нигде каждый больной с острым кровотечением из желудочно-кишечного тракта требует к себе индивидуального и вдумчивого подхода.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА НЕЯЗВЕННОГО ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Стукало А.А., Стрюковский А.Г., Раденко Е.Е., Липко Ю.Ф.

Донецкий государственный медицинский университет, Украина

Проведен анализ лечения 2238 больных с неязвенными эзофагогастродуоденальными кровотечениями (НЭГДК), госпитализированных в клинику с 1989 по 1999 годы. Источником кровотечения у 861 больного (38,5%) явились острые язвы и эрозии слизистой оболочки, у 580 (25,9%) пациентов — синдром Маллори-Вэйса, у 443 (19,8%) — варикозные вены пищевода и желудка. Причиной геморагии у 233 (10,4%) больных были злокачественные опухоли, у 63 (2,8%) — полипы верхних отделов пищеварительного канала и у 58 (2,6%) пациентов — редкие причины кровотечения (дивертикулы, ожоги слизистой оболочки, сосудистые свищи, заболевания крови, сосудов и др.).

С целью эндоскопической профилактики рецидива НЭГДК применяли различные виды коагуляции, инъекции гемостатической смеси (норадrenalin, этамзилат, адроксон, контрикал, новокаин), местную обработку 96% спиртом, пленкообразующими, масляными препаратами.

Для профилактики рецидива кровотечения (РК) из острых изъязвлений слизистой оболочки 567 больным (65,9%) с наличием ступков или тромбированных сосудов применялось подслизистое введение гемостатической смеси (ГС) с последующей гидроаппликацией или термокоагуляцией ступков или тромбированных сосудов. У 195 пациентов (33,6%) с геморрагическим налетом в дне дефекта применялись инъекции ГС с последующей обработкой 96% спиртом. С налетом фибрина в дне разрыва слизистой оболочки поступили 82 больных (14,1%), им проводилась обработка дефекта спиртом и масляны-

ми препаратами. РК отмечен у 14 больных (2,4%).

При синдроме портальной гипертензии, осложненном кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у 127 больных (28,7%) применялась эндоскопическая склеротерапия, как метод остановки и профилактики РК. Использовали 70% спирт или 40% раствор глюкозы. Сеансы склеротерапии проводили каждые три дня и сочетали их с постановкой зонда Блэкмора. РК возник у 26 пациентов (20,5%).

С целью профилактики РК 233 больным с кровоточащими опухолями верхних отделов пищеварительного канала при диффузном кровотечении выполняли криодиатермокоагуляцию, при наличии ступков или тромбированных сосудов — лазерную фотокоагуляцию. Все виды коагуляции дополняли инъекцией ГС и аппликацией пленкообразующего препарата. РК диагностирован у 8 (3,4%) пациентов.

У 63 больных с кровотечением из полипов пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки после инъекции ГС под основание полипа, методом окончательного гемостаза и профилактики РК являлась эндоскопическая полипэктомия, произведенная при поступлении или в ближайшие сутки. РК в этой группе больных не было.

Выводы

Наличие ступков крови, тромбированных сосудов, геморрагического налета в области источника кровотечения являются признаками ненадежного гемостаза и служат показанием к применению эндоскопических методов профилактики РК. Предложенный алгоритм применения эндоскопических методов профилактики рецидива неязвенного эзофагогастродуоденального кровотечения в зависимости от состояния источника геморагии позволяет добиться надежного гемостаза у абсолютного большинства больных.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ РЕЦИДИВНИХ ВИРАЗОК ПІСЛЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ

Фомін П.Д., Нікішас В.І., Іванчов П.В.

Київський міський центр по наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами, Україна

За період з 1982 по 1999 роки у Київському міському центрі шлунково-кишкових кровотеч знаходилося на лікуванні 17680 хворих, з них 9000 з виразковими кровотечами, серед яких 236 пацієнтів з гострокровоточивими рецидивними виразками після різних видів ваготомії, що виконувалися в багатьох лікувальних закладах. Незважаючи на значний прогрес фармакотерапії, хворі не застраховані від виникнення рецидиву виразки та розвитку ускладнень, частота яких коливається від 25 до 75%. Найбільш частим та небезпечним ускладненням рецидивних виразок є кровотеча, частота якої становить 25-30%. Актуальність даної проблеми пов'язана з труднощами діагностики та своєчасного виявлення хворих з рецидивними виразками, оскільки дана патологія протікає здебільшого асимптомно, або має стерту клінічну картину. Гастродуоденальна кровотеча, як ускладнення рецидивної виразки була першим клінічним проявом у 115

(48,7%) хворих. При детальному аналізі скарг хворих з асимптомним протіканням рецидивних виразок ми не виявили будь-яких симптомів, дозволяючих запідозрити наявність захворювання. Всі вони вважали себе практично здоровими і в повному обсязі виконували свою професійну діяльність. Виявлення рецидивних виразок при ендоскопічному обстеженні було для них несподіванкою.

Основними клінічними проявами у 121 (51,3%) були:

а) больовий синдром різного ступеня вираженості (75%);

б) симптомокомплекс стенозу виходу із шлунку (26%);

в) стійкий больовий синдром, що характеризувався пенетрацією (20%).

Особливістю больового синдрому було те, що він не був настільки інтенсивним, як це буває при хронічній виразковій хворобі, а швидше носив характер шлункового дискомфорту, що мав сезонну залежність здебільшого в весня-

но-осінній період. Більшої інтенсивності больовий синдром мав місце у хворих з наявністю гігантських пенетруючих рецидивних виразок пілородуоденальної зони. В цій групі у 6 пацієнтів відмічено клінічні симптоми "голодного болю" і болю в нічний час, та у 4-х пацієнтів відмічена резистентність больового синдрому до проведення противиразкової терапії. Симптомокомплекс стенозу виходу із шлунку не відрізнявся від клініки виразкового стенозу.

При співставленні особливостей клінічного прояву рецидивних виразок від виду ваготомії статистично достовірної різниці не встановлено.

Однак, при аналізі впливу дренуючих шлункових операцій на клінічні прояви рецидивних виразок статистично достовірним виявилось, що частіше вони були після гастродуоденотомії по Джабулею, ніж після пілоропластик за Фінне-ем, Гейніке-Мікулічем, Джадом.

Як було зазначено вище шлунково-кишкова кровотеча була першим клінічним проявом рецидивної виразки у 115 (48,7%) хворих. У групі хворих, що мали клінічні прояви 121 (51,3%) шлунково-кишкова кровотеча протікала на фоні одного з клінічних варіантів перебігу рецидивної виразки. У 20 пацієнтів відмічено наявність в анамнезі 2-4 кровотеч. Помірна ступінь тяжкості геморагії була — у 179 (75,8%), середня — у 25 (10,6%) і важка — у 32 (13,6%) хворих. При співставленні ступеня тяжкості виразкових кровотеч у хворих з рецидивними виразками та пацієнтів з хронічними кальциозними виразками, які лікувалися в центрі шлунково-кишкових кровотеч було статистично встановлено, що при рецидивних виразках в 2,3 рази переважають помірна та середнього ступеня тяжкості кровотечі, на відміну від хронічних виразок, де здебільшого мають місце геморагії середнього та важкого ступеня тяжкості.

Ведуча роль у діагностиці рецидивних виразок та їх ускладнень належить ендоскопічному обстеженню, що дозволяє підвищити рівень виявлення до 100%.

Таким чином, аналізуючи отримані дані, скарги, які пред'являють хворі в момент діагностики, носять різнобічний характер, клінічна картина стерта, а в

48,7% перебіг рецидивних виразок є асимптомним. Маніфестними клінічними проявами рецидивних виразок є ніщо інше як симптоми ускладнень, таких, як шлунково-кишкова кровотеча, стеноз, пенетрація. Варіабельність клінічної картини рецидиву виразки після ваготомії ще раз вказує на те, що вона не може бути використана в якості визначального діагностичного критерію і диктує необхідність регулярного комплексного обстеження хворих з використанням об'єктивних методів досліджень, ведуча роль серед яких відводиться фібrogастродуоденоскопії. У зв'язку з цим всім хворим після виконання ваготомії, з метою своєчасного виявлення рецидиву виразки, рекомендуємо проводити ендоскопічне обстеження через один, три, шість та дванадцять місяців після оперативного лікування з послідовним контрольним ендоскопічним обстеженням один раз на рік, та щорічне проведення тесту Холандера. У разі виявлення рецидиву виразки проводиться комплексна консервативна противиразкова терапія, що дає змогу запобігти розвитку ускладнень.

Література

- Алиев М.А., Кашкин К.А., Абикулов К.А. (1998) Диагностика и лечение рецидивных язв после ваготомии. Хирургия. 5:10-13
- Зайцев Г.О., Григорян В.В. и др. (1996) Комплексная рентгенэндоскопическая оценка отдаленных результатов органосохраняющих операций с ваготомией при язвенной болезни. Врачеб. дело. 1-2: 115-118
- Загородний Л.Г., Ксенофонтов С.С. (1995) Особенности клинических проявлений послеоперационных рецидивных гастродуоденальных язв. Матер. республ. науч.-практ. конф. "Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений". (Киев). "Здоровье". с. 46-47
- Зайцев В.Т., Милица Н.М. (1995) Особенности течения послеоперационных рецидивных язв, осложненных кровотечениями. Матер. республ. науч.-практ. конф. "Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений". (Киев). "Здоровье". с. 50-51

ЕНДОСКОПИЧЕСКОЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ У БОЛЬНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ, АССОЦИИРОВАННЫМИ С HELICOBACTER PYLORI

Хворостов Е.Д., Писанный О.Е., Сушков С.В., Шевченко В.С.

Методика эндоскопического криовоздействия на язвенный субстрат разработана и широко используется с 1980 года. За это время более 4 тыс. больных дуоденальными язвами в комплексе лечения использовалось низкотемпературное воздействие с целью стимуляции регенерации и сокращения сроков рубцевания язвы.

Открытие микробного фактора язвообразования — *Helicobacter pylori* (НР) заинтересовало и позволило нам с 1990 года применить криовоздействие у больных хеликобактерными дуоденальными язвами с целью эрадикации этого микроорганизма. Низкотемпературная эндоскопическая обработка слизистой антрального отдела желудка и зоны язвы проведена 481 больному. В процессе исследования метод оптимизирован и использован как в группе оперированных больных (до- и интраоперационно), так и у больных, которым проводилось консервативное лечение (троекратно, через 3-5 дней). В качестве хладагента выбран хладон-12. Криовоздействие осуществлялось через фиброгастродуоденоскоп с помощью КЭК-1 в течение 7 ± 2 секунд. Расстояние между форсункой и слизистой оболочкой было не менее 0,2-0,5 см. Температура на выходе составила $-30 \pm 4^\circ\text{C}$. Время экспозиции позволило достичь на поверхности слизистой оболочки температуры $-7,7 \pm 2,3^\circ\text{C}$. Непосредственный положительный эффект получили у 99,5% больных, при средних сроках заживления дуоденальной язвы $13,0 \pm 0,5$ дней.

Н. pylori выявлен у 87% больных дуоденальными язвами. Согласно требованиям Сиднейской классификации гастритов (Sydney, 1990; Houston, 1994), достоверность результатов гистологической и микроскопической диагностики обеспечивается исследованием четырех образцов слизистой оболочки антрального отдела и тела желудка, а также преульцерозной зоны: зоны дуоденита, ок-

ружающей дуоденальную язву. Из самого язвенного субстрата биопсию не брали, считая, что НР самопроизвольно элиминируется из участков некротизированной слизистой оболочки, лишенных необходимых для его фиксации рецепторов адгезии — атрибута апикальных поверхностей клеток, претерпевших метаплазию желудочного типа клеток эпителия луковицы двенадцатиперстной кишки.

Эффективность применения низкотемпературного воздействия на пилорический хеликобактер в комплексе лечения больных дуоденальными язвами оценивалась нами на основании объективных данных лабораторно-инструментального обследования больных и жалобах пациентов по классификации Visik.

Отдаленные результаты криолечения язв двенадцатиперстной кишки, прослеженные на протяжении 10 лет показали, что частота рецидивов после проведенного лечения составляет на первом году — 14,9%, пятом — 1,9%, десятом — 0,5-0,6%. НР у больных с рецидивом заболевания обнаружен в 83% наблюдений.

Таким образом, проведенные исследования подтверждают факт участия *Helicobacter pylori* в ульцерогенезе дуоденальных язв, что требует выполнения индивидуализированной диагностической и лечебной программы. Использование низких температур в комплексе консервативного лечения больных с хроническими дуоденальными язвами у больных с ассоциированным с хеликобактериозом желудка является высокоэффективным методом. Включение в арсенал комплексного лечения эндоскопического низкотемпературного воздействия на слизистую оболочку перилуцирозной зоны и антрального отдела желудка позволило значительно сократить сроки заживления язвенного субстрата, снизить процент рецидивов и уменьшить сроки реабилитации

КИЕВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БЕСПЛАТНУЮ ГОДОВУЮ ПОДПИСКУ

в целях поддержки научно-практических исследований в области малоинвазивной и эндоскопической хирургии Киевский клинический госпиталь предоставляет полную годовую подписку 2000-2001 гг. на "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" для 100 студентов медицинских ВУЗов Украины и интернов/резидентов всех хирургических специальностей Украины.

Полные данные о соискателях с их профессиональными интересами должны быть высланы не позднее 30 ноября 2000 года по адресу Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18, "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии", с пометкой "на подписку".

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ
КОМИТЕТ:**

Бойко Г.С.
Бурый А.Н.
Весельский В.Л.
Гирич В.Н.
Головин С.Г.
Горбенко Ю.В.
Грубник В.В.
Данчин А.Г.
Захараш М.П.
Зозуля И.С.
Кимакович В.И.
Кузнецов К.В.
Левин В.Ф.
Москаленко В.Ф.
Мясоедов Д.В.
Никишасев В.И.
Ничитайло М.Е.
Паламарчук В.И.
Рикберг А.Б.
Тофан А.В.
Фомин П.Д.
Цаберябий А.А.

**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
УКРАИНЫ**

**АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ
ЭНДОСКОПИСТОВ УКРАИНЫ**

**УКРАИНСКИЙ ФОНД
ПОДДЕРЖКИ И РАЗВИТИЯ
НЕЙРОЭНДОСКОПИИ И
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
НЕЙРОХИРУРГИИ**

**I СЪЕЗД
ВРАЧЕЙ
ЭНДОСКОПИСТОВ
УКРАИНЫ**

*Украина, Киев
20-23 сентября 2000 г.*

РАЗДЕЛ 4

**Малоинвазивные
методы
в нейрохирургии,
абдоминальной
хирургии,
торакальной хирургии
и гинекологии**

спонсор съезда



Киевский клинический госпиталь

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Бойко В.В., Криворучко И.А., Тищенко А.М., Сариян И.В., Малоштан А.В., Смачило Р.М.

Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии, Украина

Проблема лечения острого панкреатита сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. Результаты лечения некротических форм заболевания остаются неудовлетворительными. Основными факторами, влияющими на исход заболевания, являются ранние (неинфекционные) и поздние (септические) системные осложнения. Главные исследования в современной терапии острого панкреатита ведутся в направлении разработки медикаментозного блокирования развития системных осложнений и применения малоинвазивных диагностических и лечебных методик.

В клинике Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии в последнее десятилетие широко применяется эндоскопический метод у больных острым панкреатитом. Проанализированы результаты использования эндоскопической техники у 224 больных данным заболеванием в 1996–2000 гг.

Всем больным выполнялась эзофагогастродуоденоскопия, в ходе которой диагностировали возможные сопутствующие поражения гастродуоденальной зоны. При наличии данных о билиарном генезе острого панкреатита (наличие конкрементов желчевыводящих путей при УЗИ; повышение АСТ, АЛТ, билирубина; женский пол) выполняли ЭРПХГ (70 больных), при наличии холедохолитиаза — ЭПСТ (64 больных). В отсроченный период лечение желчнокаменной болезни дополнялось лапароскопической холецистэктомией (45 больных).

Больным с клиникой острого живота выполнялась urgentная лапароскопия (160 больных). Она носила диагностический и лечебный характер. Исключались возможные другие острые заболевания органов брюшной полости, эвакуировался выпот, выполнялось дренирование брюшной полости сроком до 2–3 суток. Вскрытие и дренирование сальниковой сумки в ранние стадии заболевания не выполняли во избежание вторичного инфицирования некротических образований поджелудочной железы.

Лапароскопический подход считаем методом выбора в лечении поздних осложнений острого панкреатита, когда возникает необходимость наружного дренирования жидкостных образований сальниковой сумки (постнекротическая киста поджелудочной железы — большие размеры кисты, сопровождающиеся симптомами сдавления соседних органов, угроза разрыва кисты, инфицированная киста; абсцесс поджелудочной железы). Лапароскопическое дренирование жидкостных образований сальниковой сумки выполнено у 7 больных.

С 1999 года больным с острым некротическим панкреатитом в ранние сроки заболевания проводим под контролем эндоскопии зонд для энтерального питания (5 больных), что позволяет корригировать нутритивный статус больных и предотвращает прогрессирование энтеральной недостаточности. Использование эндоскопических технологий в комплексной терапии больных острым панкреатитом существенно улучшило результаты лечения, благодаря многоцелевому характеру их применения, характеризующегося малотравматичностью и высокой диагностической и лечебной ценностью.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Верніковський І.В., Томич М.В., Трохим А.В., Пирогова В.І.

Львівський державний обласний перинатальний центр
Львівський державний медичний університет, Україна

Синдром полікістозних яєчників є однією з найчастіших причин порушення менструальної та дітородної функції у жінок репродуктивного віку.

Мета даної роботи дослідження ефективності лапароскопічного доступу при лікуванні 185 жінок з синдромом полікістозних яєчників, які знаходились у І гінекологічному відділенні з 1991 по 1999 р.

Середній вік пацієнток становив $23,4 \pm 1,3$ років. У 52 (28,1%) жінок попередньо проводилась медикаментозна терапія, яка у 27 (51,9%) виявилась неефективною.

Пацієнток умовно розділили на 3 групи:

І група — 93 (50,27%) жінок проводили діатермокаутизацію яєчників (радіальне розсічення тканини яєчників на глибину до 0,8–1 см в кількості 5–8 за допомогою монополярного електроду у виді голки). Відновлення менструальної функції відмічено у 82 (88,7%) пацієнток, спонтану овуляцію спостерігали у 63 (67,74%), вагітність наступила у 61 (65,59%) жінок.

ІІ група — 58 (31,35%) жінок використовувалась коагуляція в шахматному порядку на глибину 0,5–0,8 см в кількості 8–12. Ефективність даної процедури при встановленні регулярних місячних становила 48 (82,76%). Самостійна овуляція — 40 (68,97%), відновлення дітородної функції у 35 (60,34%) жінок.

ІІІ група — 34 (18,38%) пацієнток проводилась клиновидна резекція (висічення тканини яєчника довжиною 2,5 см на глибину до 1,5 см. Кровоточиві ділянки додатково коагульовані). При спостереженні у даній групі відповідні показники становили: відновлення менструальної функції у 26 (76,47%) жінок, овуляція — 22 (64,71%), вагітність наступила у 20 (58,82%) жінок.

Таким чином, по даних нашої клініки відновлення менструальної та дітородної функції найчастіше відмічалось після проведення діатермокаутизації яєчників, що свідчить про ефективність лапароскопічного доступу при синдромі полікістозних яєчників.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В., Калинин С.В., Дужее А.С.

Одесский государственный медицинский университет, Украина

Желчнокаменная болезнь — самое распространенное заболевание органов пищеварения, ею болеют, по данным ВОЗ, до 10–15% взрослого населения. У 10–14% больных данная патология осложняется холедохолитиазом, что создает определенные сложности выбора оптимального метода лечения таких больных.

Выбор метода оперативного лечения больных с холедохолитиазом остается дискуссионным. Большинство хирургов предлагают производить эндоскопическую сфинктеропиллотомию с извлечением конкрементов перед выполнением лапароскопической холецистэктомии. Однако такая тактика двухэтапного лечения приводит к увеличению числа осложнений, характерных для каждой из операций. В последнее время все шире используются лапароскопические вмешательства на желчных протоках.

В настоящем сообщении изучены результаты лапароскопических и эндоскопических вмешательств у 276 больных с холедохолитиазом. С 1994 по 1999 год ЛХ выполнена у 2239 больных желчнокаменной болезнью, 78% из них — женщины. 1290 пациентов оперированы по поводу хронического холецистита, 949 — в связи с острым холециститом. Возраст варьировал от 6 до 83 лет. Средний возраст — $56 \pm 6,5$ лет. Предоперационное обследование включало общеклинические, биохимические и ультразвуковое исследование у всех больных. Клинико-лабораторные симптомы холедохолитиаза с механической желтухой были выявлены у 194 пациентов. Всем им выполнена ЭРПХГ, во время которой у 186 больных выявлены конкременты в холедохе. Больным произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкрементов перед выполнением лапароскопической холецистэктомии. У 182 (97,8%) удалось извлечь конкременты из холедоха и через 2–3 суток после папиллосфинктеротомии больным выполнена ЛХ. У 4 больных, которым 2 не удалось извлечь конкременты из холедоха из-за больших размеров, выполнена открытая холецистэктомия. Во время лапароскопической холецистэктомии при подозрении на холедохолитиаз, производилась интраоперационная холангиография, которая была выполнена у 346 (15,5%) пациентов. Конкременты в протоках выявлены у 90 (4%) больных.

У 12 больных с холедохолитиазом произведена конверсия, конкременты извлечены во время открытой холедохолитомии с дренированием протоков Т-образным дренажом по Керу. В данной группе больных серьезных осложнений не наблюдалось.

У 40 больных было выполнено лапароскопическое извлечение конкрементов из протоков. Из них у 28 — через пузырный проток. Извлечение конкрементов производилось под контролем фиброхоледохоскопа диаметром 3,8Fс корзинкой Dormia. У 7 пациентов операция завершилась наружным дренированием холедоха. У 21 пациентов был установлен стент диаметром 2 мм, дистальный конец которого находился в двенадцатиперстной кишке, пузырный проток клипировался. У 12 больных произведена лапароскопическая холедохолитомия. Через холедохотомическое отверстие вводился фиброхоледохоскоп, с помощью которого осматривали проксимальные и дистальные желчные протоки и извлекали конкременты. Затем у 4 больных было выполнено наружное дренирование холедоха Т-образным дренажом. У 8 больных вводили транспапиллярный билиарный стент и холедохотомическое отверстие ушивали наглухо. Лапароскопическое вмешательство заканчивалось контрольной холангиографией. В группе больных, которым выполнялось извлечение конкрементов через пузырный проток, среднее пребывание в стационаре составило $5 \pm 2,5$ дня, а при выполнении лапароскопической холедохотомии — $10,2 \pm 4,5$ дня.

Из 186 больных, которым до выполнения ЛХ производилась эндоскопическая сфинктеропиллотомию, у 10 больных (5,4%) наблюдались осложнения: острый панкреатит, кровотечение из рассеченной папиллы, которые не потребовали оперативного лечения. ЛХ после эндоскопической сфинктеропиллотомии не сопровождалась серьезными техническими проблемами, подтекания желчи из культи пузырного протока не было ни в одном случае. Среднее пребывание в стационаре этой группы больных составило $6,5 \pm 3$ дня. Летальных исходов у больных после лапароскопических вмешательств не было.

Наш опыт показал, что у больных с холедохолитиазом конкременты могут быть извлечены как эндоскопическим методом, так и во время лапароскопического вмешательства.

Лапароскопическим вмешательствам на желчных протоках присущи все преимущества мининвазивных методов лечения. Наилучшие результаты наблюдаются у тех больных, которым удалось извлечь все конкременты через пузырный проток, а установка билиарного стента позволяет клипировать пузырный проток без наружного дренирования.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ВАГОТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Грубник Ю.В., Четвериков С.Т., Фоменко В.А.

Одесский государственный медицинский университет, ГКБ #11, Украина

Введение

В Украине в современных социально-экономических условиях показания к хирургическому лечению язвенной болезни вынужденно расширяются ввиду высокой стоимости длительной консервативной протавоязвенной терапии. В настоящее время разрабатываются методики малотравматичных операций на желудке — лапароскопические ваготомии (ЛВ).

Материалы и методы

В течение последних 6 лет нами выполнена ЛВ у 164 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Из них мужчин было 139, женщин — 33. Возраст больных варьировал от 21 до 64 лет. У 97 больных показанием к операции послужило кровотечение из язвы. Им был произведен эндоскопический локальный гемостаз, используя лазерную фотокоагуляцию или другие методы, и через 3–5 суток выполнялась ЛВ. 59 больных оперированы по поводу часто рецидивирующей язвенной болезни при неэффективности медикаментозного лечения. У 8 пациентов из этой группы наблюдались явления рефлюкс-эзофагита.

Выполняли различные варианты лапароскопических ваготомий: у 108 больных выполнили лапароскопическую ваготомию по Taylor (задняя стволовая, передняя серомиотомия), у 41 — по Hill-Barker (задняя стволовая, передняя селективная проксимальная ваготомия), у 8 больных выполнены операции по Bailey-Zucker (селективная проксимальная ваготомия), у 15 больных произведена ваготомия по Gomez-Ferrer (задняя стволовая ваготомия с иссечением малой кривизны с помощью стаплеров). После выполнения операции Taylor у 8 больных с симптомами рефлюкс-эзофагита проводили фундопликацию по Nissen.

Результаты и обсуждение

Операция Taylor в техническом плане легка для исполнения и операционное время составляет 60–80 минут. У 8 пациентов с симптомами рефлюкс-эзофагита ваготомия по Taylor дополнена фундопликацией по Nissen. Такая комбинация удлиняла время операции до 2–3 часов. Послеоперационный период у всех пациентов протекал легко. Назогастральный зонд находился в желудке 12–24 часа. Пациенты выписывались из стационара на 3–4 день с рекомендациями принимать в течение 2 недель тройную антихеликобактерную терапию.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Грубник В.В., Кошель Ю.Н., Четвериков С.Г., Бойко А.В., Сабри Аль Нидари

Одесский государственный медицинский университет, Украина

Введение

Лечение паразитарных поражений печени остается одной из наиболее актуальных проблем хирургической гепатологии. Единственным эффективным методом лечения эхинококкоза печени является оперативный. Значительную часть оперативных вмешательств можно выполнить с использованием методик малоинвазивных хирургических вмешательств — лапароскопических операций и дренирования кист под контролем УЗИ.

Материалы и методы

С сентября 1997 года по настоящее время выполнено 16 лапароскопических вмешательств у больных эхинококковым печеню. Среди них было 10 мужчин и 6 женщин в возрасте от 19 до 58 лет. Показаниями к эндоскопической эхинококкэктомии служили небольшие размеры кист от 5 до 10 см в диаметре, их поверхностное расположение, солитарные кисты, отсутствие дочерних кист и осложнений. Нами использовалась аппаратура фирмы "Martin" и инструментальный эндоскопический фирм "Karl Storz", "Ethicon" и "Auto Suture". Операции производились под эндотрахеальным наркозом. Использовали 4 троакара: 2-11 мм и 2-5 мм. К обнаруженной кисте плотно прикладывали конец троакара, производили пункцию и эвакуацию содержимого кисты. После чего рассекали фиброзную капсулу и с помощью эндоконтейнера удаляли хитиновую оболочку. Антипаразитарную обработку остаточной полости производили с помощью гипохлорита натрия с экспозицией 10 минут. У 8 больных в остаточную полость по троакару вводили гибкий моноволоконный кварцевый световод и обрабатывали расфокусированным лучом неодимового АИГ лазера мощностью 40–50 Вт, экспозицией 3–5 минут. Ушивание остаточной полости произведено у 11 больных, у 5 — дренирование ПХВ — дренажем с фиксацией последней эндоскопом. Подтекания содержимого кисты в брюшную полость не отмечено. Операции выполнены без перехода на лапаротомию. Пункция и дренирование паразитарных кист печени выполнена под контролем УЗИ у 58 больных. Из них у 37 — солитарные кисты, у 21 — множественные. Диаметр кист от 4 до 18 см. С целью визуализации использовалась ультразвуковая установка "Аloka-650". Производили пункцию кисты иглой 180 с дренажем, который вводили в полость кисты по игле для предотвращения обсеменения сколексами. Получен-

ный из полости кисты материал срочно отправляли на цитологическое исследование. После чего производили полную аспирацию содержимого кисты и вводили 96% этиловый спирт с целью уничтожения инвазивного материала и склерозирования хитиновой оболочки. Дренаж фиксировали к коже. Последний находился в полости кисты в течение 4–8 недель. Остаточная полость ежедневно промывалась гипохлоритом натрия до исчезновения в промывных водах живых сколексов. В течение этого времени развивался спаечный процесс вокруг трубки с образованием фиброзного канала. После чего под контролем УЗИ дренаж извлекался.

Более простым в техническом исполнении было выполнение задней стволовой ваготомии с резекцией малой кривизны желудка с помощью стаплеров. Эта операция выполнялась за 40–60 минут. Мы не наблюдали осложнений в послеоперационном периоде. Из 123 пациентов, перенесших ЛВ по методике Taylor и Gomez-Ferrer, 98 наблюдались в течение 24–48 месяцев. Исследование желудочной секреции через 12 месяцев показали уменьшение ВАО на 50–65% и МАО на 52–63%. Рецидив язвы наблюдался у 6 пациентов (5,9%). У 4 из этих 6 пациентов, мы обнаружили *Helicobacter pylori*. Лечение было эффективно у 5 пациентов из этой группы. Один пациент оперировался спустя 28 месяцев после выполнения ЛВ по поводу кровотечения из рецидивной язвы.

Операция Hill-Barker (задняя стволовая и передняя селективная проксимальная ваготомия) была выполнена у 41 пациентов. Длительность выполнения операции составила 120–150 мин. Ранние результаты были хорошими у всех 38 пациентов. Более сложной для лапароскопического выполнения была операция Bailey-Zucker — проксимальная селективная ваготомия, которая была выполнена у 8 пациентов. Длительность операции составила 3–4 часа. У 2 пациентов выполнен переход к лапаротомии из-за кровотечения при диссекции ветвей заднего вагуса. Спустя 12–30 месяцев обследованы 36 пациентов из этой группы. Рецидив язвы наблюдался в 2 случаях (5,6%). Исследование биоптатов из антрального отдела желудка у этих пациентов показало присутствие *Helicobacter pylori*.

Анализируя отдаленные результаты в течение 4 лет после выполнения операции отличные и хорошие результаты по шкале Visick (I или II) получены у 92% пациентов, удовлетворительные (Visick III) — у 3,8%, неудовлетворительные (Visick IV) — у 4,2% пациентов.

Выводы

Теоретически полная ваготомия возможна при выполнении двухсторонней селективной проксимальной ваготомии по Bailey-Zucker или задней стволовой ваготомии с передней селективной проксимальной ваготомией по Hill-Barker, но лапароскопическое выполнение этих процедур технически слишком сложное. Наш опыт показывает, что лапароскопическая ваготомия по Taylor и Gomez-Ferrer являются адекватными операциями при лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при условии успешной эрадикации *Helicobacter pylori*.

ный из полости кисты материал срочно отправляли на цитологическое исследование. После чего производили полную аспирацию содержимого кисты и вводили 96% этиловый спирт с целью уничтожения инвазивного материала и склерозирования хитиновой оболочки. Дренаж фиксировали к коже. Последний находился в полости кисты в течение 4–8 недель. Остаточная полость ежедневно промывалась гипохлоритом натрия до исчезновения в промывных водах живых сколексов. В течение этого времени развивался спаечный процесс вокруг трубки с образованием фиброзного канала. После чего под контролем УЗИ дренаж извлекался.

Результаты

У 2 больных после лапароскопической эхинококкэктомии в послеоперационном периоде наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 12 сутки; эти больные выписаны на 14 сутки после операции. Другие больные выписаны без осложнений на 5–6 сутки. При контрольном ультразвуковом исследовании через 3 месяца остаточная полость в виде фиброзного канала размерами 0,5–0,8×1,5–2,5 см отмечена у 5 больных. Осложнений после проведения чрескожной чреспеченочной пункции паразитарной кисты мы не наблюдали. Критериями полного выздоровления больных после малоинвазивного пункционного вмешательства были отсутствие остаточной полости, отсутствие элементов паразита кисты при игольчатой биопсии. Хороший результат был получен у 47 больных. У 2 больных наблюдалось нагноение остаточной полости; у 9 — остаточная полость размерами 1,0–1,5×2,5–3,8 см.

Выводы

Лапароскопическая эхинококкэктомия может с успехом использоваться при наличии у пациентов поверхностно расположенных небольших эхинококковых кист. Отсутствие лапаротомного разреза значительно сокращает сроки реабилитации больных после оперативного лечения эхинококкоза печени. Пункционное лечение эхинококковых кист печени — эффективный и малотравматичный метод лечения, который следует активно использовать в хирургическом лечении эхинококкоза печени, особенно при локализации кист в труднодоступных для удаления хирургическим путем отделах печени.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

Грубник В.В., Шипулин П.П., Мартынюк В.А.

Одесская областная клиническая больница, Украина

Введение

Профилактика рецидивов спонтанного пневмоторакса (СП) в настоящее время остается не менее актуальной, несмотря на внедрение в практику новых технологий и методов лечения: видеоторакоскопические операции и торакоскопические операции (ВТО, ТС). По данным отечественных и зарубежных авторов, процент рецидивов при современных методах лечения составляет от 1% до 5%, а при лечении дренированием и плевральными пункциями достигает 7%. Для профилактики рецидивов СП используются различные виды плевротомии. В связи с этим мы решили поделиться своим опытом профилактики рецидивов СП.

Материалы и методы

В последнее время для лечения СП мы использовали ВТО и ГС. Операции выполнялись по известной методике. Всем больным (57 пациентов), оперированным торакоскопически, выполнялась лазерная фотокоагуляция буллезно измененных участков висцеральной плевры и задне-боковых отделов париетальной плевры с целью создания плевротомии. Фотокоагуляция задне-боковых отделов париетальной плевры выполнялась со II по VII межреберья. В работе нами использовался неодимовый АИГ-лазер "Радуга-1", генерирующий инфракрасное излучение длиной волны 1,064 мкм. Использовались контактная и бесконтактная методики, причем предпочтение отдавалось последней. Мощность излучения составляла от 20 до 50 Вт, энергия колебалась от 5500 до 15000 Дж, что зависело от площади поверхности фотокоагуляции. Операции заканчивались введением 2 дренажей с последующей активной аспирацией в течение 48-72 часов. Следует отметить, что в литературе известны аналогичные методики плевротомии с использованием лазерной техники, однако, отношение к ним ряда авторов неоднозначно. Также нет четких показаний и противопоказаний к использованию данной методики в практическом здравоохранении, из-за чего многие хирурги в настоящее время к методикам лазерного плевротомии относятся скептически, считая их малоэффективными.

Целью нашего сообщения являлось точное представление данной методики, ее эффективности на собственном опыте и определение места в практическом здравоохранении при лечении больных СП.

Результаты и обсуждение

Рецидивы отмечены в 2 (3,5%) случаях и наблюдались в первые 7 суток после операции. Одному пациенту выполнена торакотомия с резекцией патологического участка легкого и созданием плевротомии, второму пациенту выполнена видеоторакоскопическая операция с резекцией буллезного участка легкого при помощи эндо-скопических сшивающих аппаратов и созданием плевротомии, используя диатермокоагуляцию. Оба пациента выздоровели. Причинами неудач считаем недостаточный объем резекции и фотокоагуляции висцеральной и париетальной плевры, что наблюдалось на этапах освоения методики. Хотя некоторые авторы считают, что лазерная фотокоагуляция плевры с целью создания плевротомии менее эффективна и значительно уступает плеврэктомии, плевротомии, выполненной при помощи диатермокоагуляции и абразии плевры, мы, используя описанную методику, получили хорошие результаты.

Выводы

Создание плевротомии — обязательный этап оперативного вмешательства при лечении СП, используя любую методику. Лазерная фотокоагуляция плевры с целью создания плевротомии является необходимой и достаточно эффективной профилактикой СП при устранении причины последнего.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Земсков В.С., Ковальська І.О., Крючина Є.А.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Центр хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних шляхів, Київ, Україна

Висока летальність при гострому панкреатиті, тенденція до росту деструктивних форм з подальшим розвитком некротичних та гнійних ускладнень, лишають актуальними дослідження питань діагностики та лікування цієї групи хворих [1, 2, 3]. Активне застосування в клініку малоінвазивних хірургічних методів дозволяє використовувати їх в діагностиці та комплексному лікуванні гострого панкреатиту [3, 4].

Матеріали та методи

На протязі останніх трьох років (1997-1999 рр.) було госпіталізовано до клініки 354 хворих різними формами гострого панкреатиту. У 62 з них був некротичний панкреатит та критерій Ренсона вище трьох. Вік пацієнтів цієї групи хворих (62) варіював від 18 до 78 років, чоловіків було 55,9%, жінок - 44,1%. Всі хворі госпіталізовані в ургентному порядку, пізніше 24 годин від початку захворювання поступило 37,41% хворих. В 21 випадку нами була застосована лапароскопія в комплексному лікуванні гострого деструктивного панкреатиту, що дозволило покращити діагностику, евакуувати ексудат із черевної порожнини та дренувати черевну порожнину з метою лаважу.

В 9 випадках, коли панкреонекроз був білярного генезу - виконана лапароскопічна холецистектомія з дренуванням черевної порожнини.

Відкритих операцій в цій групі хворих виконано 4 (6,45%) хворим з тотальним некрозом підшлункової залози та розлитим фібринозно-гнійним перитонітом. Померло 2 хворих в післяопераційному періоді внаслідок прогресування поліорганної недостатності (1) та арозивної кровотечі (1).

Консервативна терапія деструктивного панкреатиту включала в себе:

1. Блокатори секреції підшлункової залози: сандостатин по 0,1 мг 3 рази в добу п/ш 5-7 днів; кальцитонін 300 МЕ 24 год. в/в протягом 6 днів, даларгін 10 мг в/в крап, потім 4 мг 3 рази в добу в/м. Призначати блокатори панкреатичної секреції необхідно тільки в перші 5-7 днів розвитку захворювання, а препарати соматостатину - при розвитку арозивних кровотеч і свищів (панкреатичних, кишкових).

2. Цитокінова блокада: пентоксифілін 20 мл добу в/в крап. 5-7 днів.

3. Антиоксиданти: аскорбінова кислота - 5% 10-20 мл 5 днів, токоферол 2 мл добу 5 днів; церулоплазмін 100 мг у добу 5-7 днів (як стимулятор кровотворення може застосовуватися при анемії в хворих із гнійно-некротичними ускладненнями), фінгоптин 5-10 мг у добу в/в повільно 3-5 днів.

4. Аналгетики (ненаркотичні - баралгін, кетанов, наркотичні - за винятком морфіну), перидуральна анестезія.

5. Спазмолітики (но-шпа, папаверин, бускопан, галіор), м-холіноблокатори (атропін, платифілін, гастроцепін).

6. Стимулятори моторики кишечника (убретид 0,5 мг, повторне введення не раніше, ніж через 24 години; бензогексоній 2,5% 0,5 мл 2 рази в добу; перидуральна анестезія).

7. Профілактика транскокації кишкової мікрофлори: детоксикація (внутрішньокішечний лаваж, ентеросорбція); корекція метаболічних порушень і відновлення бар'єрної функції кишечника (глутамін, аргінін, МСТ, антиоксиданти); імунорекція (3, 6 поліненасичені жирні кислоти, "Техом", аргінін, глутамін); раннє ентеральне харчування (установлення зонди в початковий від-

діл тонкої кишки інтраопераційно (якщо хворий оперований) або ендоскопічно; селективна деконтамінація кишечника (поліміксин, норфлоксацин, амфотерицин У).

8. Інфузійна терапія (об'єм залежить від клінічної ситуації, перевага віддається колоїдам перед ізотонічними розчинами кристаліоїдів).

9. Антибіотикотерапія: карбопеніми (Тіенам 500 мг 3-4 рази в добу в/в кап; Меронем 500-1000 мг в/в крап 1 раз у добу); фторхінолоні (ципрофлоксацин 500-750 мг 2 рази в добу, офлоксацин (таривид) 400-800 мг 2 рази на добу в/в крап, пемфоксацин (абактал) 400 мг 2 рази в добу в/в крап.); цефалоспорины II-IV покоління (цефтриаксон 1-2 р. 1-2 рази в добу., цефобід 1-2 г 3 рази на добу, цефатаксим 1-3 р. 4 рази в сут., цефтизоксим 0,5-4 г у 2 - 4 ін'єкції); синтетичні пеніциліни (піперацилін 2-6 г 4 рази на добу, мезлоцилін 2-6 г 4 рази на добу). Всі антибіотики (за винятком карбопенімів) необхідно комбінувати з антианаеробними препаратами (100 мг 3 рази в добу в/в крап). Курс антибіотикотерапії не менше 14 днів, завжди доповнюється антимікробною терапією (кетоконазол, нізорал) 200 мг у добу, флуконазол (дифлюкан) 50 - 400 мг у добу).

10. Профілактика ерозивно-виразкових поразок ШКТ (H2-блокатори, антациди, інгібітори протонної помпи, сукарлфат).

11. Корекція гіперліпідемії (ліпостабіл 10-20 мл у добу в/в).

12. Парентеральне харчування (при необхідності).

13. Інгібітори протеаз (контрикал, трасилол, гордокс) - застосовувати тільки при ДВС-синдромі.

14. Генотерапевти. При наявності ураження органів-мішеней (респіраторний дистрес синдром, гостра ниркова, печінкова недостатність - посиндромна терапія).

Результати та обговорення

До 1997 року летальність серед оперованих хворих склала 14,25-15,0%. Аналізуючи отримані результати, видно, що майже 50% хворих, поступаючих в стаціонар з клінікою гострого панкреатиту потребують проведення лікувально-діагностичної лапароскопії з метою уточнення характеру ураження підшлункової залози, виявлення ферментативного перитоніту та парапанкреатичних ускладнень. Використання лапароскопії в комплексному лікуванні гострого панкреатиту за три останні роки дозволило знизити післяопераційну летальність до 3,3-6,15%. Таким чином, використання малоінвазивних методів дозволяє покращити діагностику та результати комплексного консервативного та хірургічного лікування різних форм гострого панкреатиту.

Література

1. Земсков В.С., Ковальська І.А., Крючина Є.А. (1999) Современные подходы к лечению острого деструктивного панкреатита. Клінічна хірургія. 11:5-6
2. Савельев В.С., Кубышкин В.А. (1993) Панкреонекроз. Состояние и перспектива. Хирургия. 6:22-28
3. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. (1997) Деструктивный панкреатит: комплексная диагностика и лечение. Новый медицинский журнал. 3:10-13
4. Foitzik T., Fernannndez-del Castillo. (1995 Aug) Pathogenesis and prevention of early pancreatic infection in experimental acute necrotizing pancreatitis. Ann Surg. 222(2):179-185

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ В ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Герг А.В., Араме В.И.

Кафедра хирургии #1 "Н. Анестиади", Государственный Медицинский Университет, Кишинев, Молдова

На протяжении последних лет не ослабевает интерес к проблеме острого панкреатита (ОП). Целью нашего исследования явилось изучение эффективности эндоскопического дренирования (одномоментной и пролонгированной) в комплексном лечении больных с острым панкреатитом.

На основании нашего опыта лечения 15 больных с острым панкреатитом в возрасте от 26-70 лет, из которых при обследовании у 9 из них выявлен отечный панкреатит, у 4 — геморрагический панкреонекроз и у 2 — холецистопанкреатит. Диагноз заболевания, характер и распространенность изменений в поджелудочной железе определялись на основании клинико-лабораторных данных, инструментальных исследованиях (ультразвукового исследования, лапароскопии, гастродуоденоскопии, ЭРПХГ).

Пусковым моментом в возникновении острого панкреатита явилось быстрое развитие стойкой гипертензии. Причиной этому служили возникновение препятствия для оттока панкреатического секрета из-за выраженного отека слизистой в области устья большого дуоденального сосочка (БДС) и устья главного панкреатического протока.

Всем больным на фоне традиционной консервативной терапии ретроградно канюлировали главный панкреатический проток, вводили контрастное вещество и осуществляли панкреатографию. После аспирации панкреатического секрета вводили 5-фторурацил и устанавливали внешние внутрипротоковые дренажи или внутренние эндопротезы. У 12 больных установка декомпрессионных дренажей и протезов предшествовало эндоскопической папиллосфинктеротомией.

Анализ показал, что эндоскопическое дренирование в сочетании с внутрипротоковым введением цитостатика в начальных фазах заболевания способствовало abortивному течению острого панкреатита у всех больных.

Применение эндоскопического дренирования является методом этиотропного и патогенетического воздействия на патологические процессы в поджелудочной железе при остром панкреатите.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЭЛЕКТРОТЕРМОАДГЕЗИИ ТКАНЕЙ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ничитайло М.Е., Фурманов Ю.А., Литвиненко А.Н., Ляшенко А.А.

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, Киев

В последнее время были предложены и внедряются разнообразные методы соединения биологических тканей, в том числе и основанные на принципе сварки. В основе электросварочных методик лежит использование термической энергии, в результате воздействия которой происходит локальная коагуляция и денатурация свариваемой ткани. После прекращения электротермовоздействия между свариваемыми структурами образуется коагуляционная пленка, с помощью которой и происходит их соединение.

В основе нашей работы изучение возможностей применения электрического тока высокой частоты с целью соединения различных биологических тканей (метод разработан совместно с Институтом электросварки им. Е.О. Патона НАН Украины, руководителем проекта — академик Б.Е. Патон). Нами были проведены экспериментальные исследования на животных (белые крысы, кролики, свиньи), в результате которых определены оптимальные режимы электросварки различных биологических тканей, позволившие минимизировать термическую травму при создании необходимой прочности электротермоадгезивного соединения. Полученные результаты позволили приступить к внедрению методики в клинику.

Нами с применением метода электротермоадгезии тканей прооперировано 44 больных с патологией желчного пузыря, печени и поджелудочной железы.

30 больным выполнена герметизация холецистотомной раны. Она являлась этапом лапароскопической холецистэктомии в случаях хронического или острого калькулезного холецистита, осложненного хроническим билиарным панкреатитом с явлениями желчной гипертензии, водяночкой или эмпиемой желчного пузыря, когда невозможно без опорожнения осуществить его захват зажимами. После прокола стенки желчного пузыря и эвакуация желчи края образованного отверстия сводили биполярным сварочным зажимом, введенным через один из лапаропортов. Через бранши инструмента пропускали электрический ток заданных характеристик. В момент его прохождения осуществляется сварка и герметизация прокола стенки желчного пузыря. В 5 случаях выполнили предварительную эвакуацию конкрементов из полости желчного пузыря через разрез длиной 2-3 см. У 24 больных с помощью электросварки, как альтернативы клипированию, выполнили герметизацию отходящей части пузырного протока, у 6 — его культи, у 25 — пузырной артерии, при этом использовали специальный Г-образный биполярный зажим.

Пяти больным с доброкачественными опухолями печени выполнили краевые резекции печени. Для их осуществления использовали специальный инструментарий, представляющий собой Т- или Г-образные биполярные зажимы, которые последовательно накладывали проксимальнее линии предполагаемой резекции. Пропускали электрический ток заданных характеристик. После за-

вершения сварки резецируемый участок печени оказывается отделенным от остального массива паренхиматозного органа коагуляционной бороздой. При отсечении резецируемого участка значительного кровотечения или подтекания желчи не отмечено. При необходимости осуществляли дополнительный гемостаз с помощью биполярного пинцета. Одной из этих больных произведена лапароскопическая краевая резекция печени с использованием специального лапароскопического инструмента. Мы не отметили осложнений, связанных с применением данных методик.

Метод также был применен у 8 больных для герметизации постпункционных отверстий печени и поджелудочной железы после их интраоперационной биопсии. У 5 из них производилась аспирационная биопсия поджелудочной железы с целью дифференциальной диагностики хронического билиарного панкреатита и рака поджелудочной железы, у 3 — для уточнения характера очаговой патологии печени. Осложнений, связанных с выполнением данной методики, не наблюдали. В одном случае с использованием методики электросварки выполнена лапароскопическая холецистозентеростомия. При выполнении данной операции использовали тот же биполярный сварочный зажим, что и при сварке холецистотомной раны, введенный через порт в левом фланке живота. Петлю тощей кишки подвели к желчному пузырю и фиксировали на расстоянии 4-5 см вдоль кишки двумя держалками. Стенки кишки и пузыря сжимали биполярным сварочным зажимом, после чего пропускали электрический ток заданных характеристик. Путем наложения зажима в 6-8 точках формировали серо-серозный сварочный шов. Затем просветы кишки и пузыря вскрывали и формировали заднюю губу анастомоза. Завершали анастомоз наложением серо-серозных сварочных швов, после чего держалки удаляли. Через миниразрез в правом фланке живота из брюшной полости выводили петлю тонкой кишки. С помощью биполярного пинцета формировали брауновское соустье методом электросварки подобно тому, как выполнялся холецистозентероанастомоз. На приводящую петлю накладывали заглушку. Послеоперационных осложнений не было.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что электросварка биологических тканей является очень перспективным методом их соединения. Особенно большие преимущества данного метода проявляются в лапароскопической билиарной хирургии. Его основные достоинства перед традиционными методиками заключаются в сохранении мининвазивного эффекта лапароскопической операции, существенном сокращении операционного времени. Применение метода позволяет отказаться или существенно ограничить использование дорогостоящих расходных материалов для соединения тканей.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЖОВЧЕКАМЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Дзвонковський Т.М., Дзвонковська В.В., Скальський Л.В., Фалат О.І., Романішин Є.І.

Міська клінічна лікарня #1, медична академія, Івано-Франківськ, Україна

Вступ

Діагностика та лікування жовчекам'яної хвороби (ЖКХ), ускладненої холедохолітазом (ХЛ) залишається однією з актуальних проблем клінічної гепатології. Посадання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) та ендоскопічної папілосфинктеротомії (ЕПСТ) являється "золотим стандартом" в лікуванні цієї патології (Андреев А.Л. і соавт., 1995; Егивев В.Н. і соавт., 1998).

Тому велике значення в ефективному лікуванні хворих жовчекам'яною хворобою має своєчасна діагностика ХЛ та санація протокових систем печінки (Саенко В.Ф. і соавт., 1996; Bonlay et al., 1992).

В нашій роботі ми поставили мету вивчити в порівняльному аспекті різні методи діагностики і лікування хворих на жовчекам'яну хворобу, ускладнену ХЛ.

Матеріали і методи

На базі нашої клініки за період 1997-1999 рр. проведено 125 ЕПСТ у хворих ЖКХ, ускладнену ХЛ. Серед них було 97 жінок та 28 чоловіків, віком від 20 до 88 років. Ультразвукове дослідження (УЗД) печінки, позапечінкових протоків, жовчевого міхура, підшлункової залози проводили на апараті "Shimadzu SDL-310" з конвексним датчиком 3,5 МГц в реальному масштабі часу, після 12-14 годин голодування хворого і підготовки препаратом "Еспумізан".

Ендоскопічну ретроградну холангіографію (ЕРХГ) виконували з допомогою фібродуоденоскопа з боковою оптикою JF-20 Olympus і електронно-оптичного перетворювача "Siemens" з комп'ютерною обробкою рентгензображення. ЕПСТ проводили канюляційним та неканюляційним методами використувуючи папілостоми KD-19Q, 28Q, 10Q, а також кошичок Dormia FG-18Q.

Результати та обговорення

Проведені дослідження показали, що до холецистектомії ХЛ виявлено у 59 (47,2%) хворих, з них у 54 з допомогою УЗД і у 5 — тільки після ЕРХГ. У решти 66 (52,8%) пацієнтів ХЛ діагностовано у різні терміни (2 тижні — 19 років) після попередніх оперативних втручань, з них: після традиційної холецистектомії у 25 хворих, холецистектомії з холодохоліотомією у 30 та після ЛХЕ в 11 пацієнтів.

У всіх 125 хворих проведено УЗД під час якого особливу увагу надавали стану жовчевих шляхів: наявність конкрементів, пухлин та інших патологічних процесів. Слід відзначити, що УЗД не завжди було успішним через метеоризм, надмірність підшкірної жирової клітковини та невеликі розміри конкрементів позапечінокових жовчевих протоків. Щодо останнього — у 10 (8%) хворих ХЛ не був діагностований при УЗД, а тільки після проведення ЕРХГ т.я. гепатикохоледох діаметром 6-8 мм містив одиничні чи множинні конкременти розміром до 4-5 мм. Даний факт підтверджує нашу думку про межу можливості методу УЗД і ніяк не говорить про його недоліки чи суб'єктивні, індивідуальні можливості спеціаліста. Крім цього при сонографії не завжди можливо визначити істинні розміри конкремента, оскільки ультразвуковий промінь відбивається від найбільш щільної його частини, а "м'яка" оболонка залишається невидимою.

При виконанні ЕРХГ важливим являється дозоване, під мінімальним тиском введення контрастної речовини, з метою попередження ускладнень і уникнення діагностичних помилок, коли невеликих розмірів конкременти прикриваються "забиваються" контрастом. Так у 4 хворих в холедоку діаметром 6-7 мм виявлено конкременти до 4 мм тільки завдяки комп'ютерній відеобробці рентгензображення, коли весь хід контрастування тут же був підданий перегляду. Це дає можливість, крім значного покращення рівня діагностики, суттєво меншити променеве навантаження на хворого і персонал. Стандартна ЕПСТ проведена у 112 (89,6%) хворих і при відповідності розміру конкрементів до діаметра дистальної частини холедоха нами застосована активна тактика. Ендоскопічна літосекстракція з допомогою кошичка Дорміа виконана у 91 (81,2%) пацієнта, що було кінцевим лікуванням у хворих після попередніх операцій або етапом підготовки до ЛХЕ.

У 10 (8%) хворих з конкрементами до 4-5 мм виконання супрапапілярної холедоходуоденостомії дало можливість як видалити їх так і зберегти субмукозний і нижній сфінктер великого дуоденального сосочка, що забезпечило в післяопераційному періоді його фізіологічну функцію.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ТРУБНОЇ ВАГІТНОСТІ

Томич М.В., Верніковський І.В., Козицька І.Ю.

Львівський державний обласний перинатальний центр
Львівський державний медичний університет, Україна

На сьогоднішній день у цілому світі відмічається тенденція до зростання частоти позаматкової вагітності. Актуальність даної проблеми полягає в тому, що ця патологія є основною причиною смертності серед гінекологічних хворих.

За 10 років у клініці Перинатального центру знаходилося на лікуванні 347 жінок з трубною вагітністю. Діагноз у всіх випадках базувався на клінічних даних, заключенні УЗД (трансвагінальне сканування) та рівня хоріонічного гонадотропіну в сироватці крові.

При лікуванні трубної вагітності ми враховували наступні фактори: вік жінки і бажання у майбутньому зберегти дітородну функцію, розміри та локалізацію плідного яйця у матковій трубі, стан другої маткової труби та наявність супутньої гінекологічної патології (спайковий процес, ендометріоз, проведені в минулому абдомінальні операції).

Лапароскопічний доступ ми використали у 61 (17,58% жінок), середній вік яких становив 26,8 років, першовагітні з них 14,75%. Органозберігаючі операції втручання проведені у 38 (62,3%) жінок, з них у 19 (50%) проводилась сальпінгостомія з видаленням плідного яйця, у 11 (28,9%) шляхом видавлюван-

Двоетапна ЕПСТ виконана у 3 (2,4%) хворих з конкрементами холедоха розміром 18-20 мм, т.я. після першого етапу застосування активної тактики було ризикованим через можливе вклинення їх в дистальній частині та високу травматичність. Проведення другого етапу ЕПСТ через 5-7 днів після курсу спазмолітичної,обезболюючої і дегідратаційної терапії сприяло відходженню цих конкрементів у просвіт дванадцятипалої кишки.

Висновки

Результати проведених досліджень показують, що сонографічні та рентгеноскопічні методи мають певні особливості при діагностиці ЖКХ, ускладненої ХЛ.

При сонографії ХЛ негативне значення мають метеоризм, надмірна жирова клітковина і невеликі розміри та різна структура конкрементів, що в кінцевому результаті сприяло діагностичним помилкам. Так у 10 з 125 обстежених хворих при УЗД конкременти не виявлені, тому достовірність методу при даній патології становить 92%.

Метод ЕРХГ дозволяє практично у всіх випадках діагностувати патологію позапечінокових жовчевих протоків, хоча при наявності в гепатикохоледоку конкрементів розміром до 4 мм можливі діагностичні помилки. Тому впровадження нами комп'ютерної відеобробки рентгензображення дає можливість під час проведення ЕРХГ неодноразово переглянути весь хід дослідження і тим самим досягнути практично 100% достовірності діагностики. Від цього залежить тактика виконання ЕПСТ і відповідно ефективність лікування хворих ЖКХ, ускладненої ХЛ.

Література

1. Андреев А.Л., Прыдко А.С., Филін А.В. (1995) Малоинвазивная хирургия желчекаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и папиллостенозом. Эндохирургия сегодня. 4:178-180
2. Егив Н.В., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Семенов М.В. (1998) Новые технологии в лечении холедохолитиаза (описание 4 наблюдений). Анналы хирургической гепатологии. 3(1):84-87
3. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е., Дяченко В.В. и др. (1996) Применение малоинвазивных операций в лечении холелитиаза, осложненного обтурационной желтухой. Клин.хирургия. 4:6-7
4. Bonlay J., Schelenberg., Brady P.G. (1992) Role of ERCP and therapeutic biliary endoscopy in association with laparoscopic cholecystectomy. Am.J. Gastroenterol. 87: 837-842

ня з фімбріального відділу труби, у 8 (21,1%), пункція труби та відсмоктування вмісту з послідовним введенням 25 мг метотрексату.

Тубектомію проведено у 21 (34,43%) жінок. Тільки у 2 (3,28%) жінок ми змусили перейти на лапаротомічний доступ у зв'язку з вираженим спайковим процесом та масивною крововтратою. Середній ліжко-день становив 3,2±1,4. Відновлення працездатності після лапароскопії на 12-16 день. Пройдність маткової труби на стороні поразки після органозберігаючих операцій становила 76,32%.

З 32 жінок, які бажали завагітніти, маткова вагітність наступила у 20 (62,5%), повторна позаматкова вагітність у 4 (12,5%), 11 неплідна мало місце у 8 (25%) жінок.

Таким чином, лапароскопічний доступ при лікуванні прогресуючої трубної вагітності є методом вибору, який покращує результати операції: скорочує час перебування у стаціонарі та період відновлення працездатності, дає змогу у більшості жінок зберегти дітородну функцію.

СПОСОБ ПЕРЕВЯЗКИ ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА ВО ВРЕМЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Тучков А.В., Слаболяник В.П.

ГВКГ МО Украины

Введение

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по праву является "золотым" стандартом хирургического лечения неосложненного калькулезного холецистита (КХ). Применение миниинвазивных технологий снижает свободу манипуляций в брюшной полости. Одним из ответственных этапов холецистэктомии является надежная герметизация пузырного протока (ППр). По данным Мунтяна С.А. (1998) при длительном течении хронического калькулезного холецистита ППр расширяется и укорачивается [1]. Ничитайло М.Е. и соавт. (1996), Чугунов А.Н. и соавт. (1996) отмечают значительные технические трудности выполнения ЛХЭ обусловленные широким и коротким ППр. Описаны случаи вынужденного выполнения экстренной релапаротомии при негерметичном клипировании последнего [2, 4].

Вышеизложенное обуславливает необходимость разработки способа перевязки широкого и короткого ППр во время выполнения ЛХЭ, позволяющего надежно герметизировать проток без перехода на лапаротомию и предупредить развитие послеоперационных осложнений связанных с подтеканием желчи в брюшную полость.

Материалы и методы

В клинике абдоминальной хирургии ГВКГ МО Украины за период с 1997 по 1999 годы по поводу холелитиаза в плановом порядке прооперированно 651 человек, в возрасте от 18 до 77 лет (средний возраст 49,7 лет), женщин 514 (средний возраст 48,9 лет), мужчин — 137 (средний возраст 52,2 года). Из них 612 пациентам выполнена ЛХЭ. У 15 пациентов (2,3%), в возрасте от 58 до 75 лет во время выполнения ЛХЭ диагностирован широкий и короткий ППр. Герметизация которого, с применением больших клипс, была безуспешной. У всех 15 пациентов анамнез заболевания был более 5-ти лет. Впервые встретившиеся нам описанные изменения ППр заставили прибегнуть к открытой холецистэктомии.

Для выполнения ЛХЭ без конверсии разработан способ перевязки расширенного и укороченного ППр экстракорпоральным узлом с применением допониительной трубки, с конусным концом, для затягивания лигатуры.

За прототип был использован способ выполнения холецистэктомии через лапаротомный разрез с дальнейшим удалением желчного пузыря [5]. Наложение лигатуры и затягивание узла на пузырный проток во время выполнения ЛХЭ технически сложно и тоже может привести к подтеканию желчи в брюшную полость при недостаточном затягивании узла.

Разработанный способ (позитивное решение о выдачи патента № 98126920 от 28.12.1998) заключается в следующем: во время выполнения ЛХЭ под пузырный проток, через троакар вводят лигатуру, другой конец лигатуры выводят из брюшной полости через тот же троакар, далее узел завязывают снаружи, потом один конец нити проводят через трубку с конусным концом, наружный диаметр трубки должен практически совпадать с внутренним диаметром троакара затем опираясь конусом на узел затягивают последний до надежной герметизации ППР. Таким же способом завязывают второй и третий узлы. Использование дополнительной трубки обеспечивает плотное затягивание узла, чем обеспечивается профилактика послеоперационных осложнений, связанных с подтеканием желчи из ненадежно герметизированной культи ППР.

Результаты и обсуждение

Данным способом был перевязан широкий и короткий ППР во время выполнения ЛХЭ у 14 больных. Послеоперационный период у указанных пациентов протекал без осложнений. Все 14 пациентов выписаны из стационара на 4-е сутки после операции.

В качестве иллюстрации приводим пациентку Ч., которая страдала холециститом в течении 15 лет. во время выполнения ЛХЭ диагностирован широкий и короткий пузырный проток, попытки клипирования последнего были безуспешными. Был применен способ перевязки ППР с использованием разработанного в клинике узла. В троакар диаметром 10 мм. в левом подреберье была заведена под ППР викариовая нить 3/0 и второй конец лигатуры вы-

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЗ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Скумс А.В., Огородник П.В.

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, Киев

Вопрос выбора рационального способа коррекции ятрогенных повреждений и стриктур желчного протока после холецистэктомии до настоящего времени является предметом дискуссии. Если до последнего времени хирургами традиционно обсуждались принципы и детали их хирургической коррекции, то в эру мини-инвазивной хирургии возросла роль малотравматичных чрескожных и эндоскопических эндобилиарных вмешательств, применяемых как качестве вспомогательных, так и окончательных методов лечения [1, 2, 3, 4, 5]. Целью нашей работы явился анализ результатов применения указанных методов лечения и определение их роли в лечении повреждений и стриктур желчных протоков.

За период с января 1989 г. по декабрь 1999 г. в клинике 182 больных подверглись различным видам оперативных вмешательств по поводу ятрогенных повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. Анализу подвергнуты результаты применения миниинвазивных вмешательств в лечении повреждений и стриктур желчных протоков, а также их осложнений в ходе хирургической коррекции у 40 больных. Миниинвазивные вмешательства включали эндоскопическую папиллосфинктеротомию с удалением конкрементов и инородных тел, бужирование, дилатацию и стентирование желчных протоков и анастомозов из эндоскопического или чрескожного доступов, назобилиарное дренирование (таблица 1).

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия явилась окончательным методом лечения у 3 больных с несостоятельностью культи пузырного протока вследствие резидуального холедохолитиаза, а также у 2 больных с послеожоговыми перфорациями желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. У 7 больных, несмотря на успешное удаление скрытых дренажей и применение у трех из них повторных сеансов бужирования и дилатации стриктур в дальнейшем потребовалось выполнение хирургических вмешательств.

Таблица 1. Миниинвазивные вмешательства у больных с повреждениями желчных протоков и их последствиями.

Способ коррекции	Число больных
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением конкрементов	18
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением скрытых дренажей	7
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и стентирование желчных протоков	8
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование	3
Эндоскопическое бужирование и дилатация билиодigestивных анастомозов	4
Всего	40

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ, ЭНДОСКОПИЧЕСКИ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ГАСТРОСТОМИИ

Попов А.А., Верб А.И.

Дунайская бассейновая больница на водном транспорте, Измаил

Существенным фактором в терапии и восстановлении больного является правильное и полноценное питание. У пациентов, нуждающихся в интенсивной терапии из-за нарушения катоболического обмена веществ, возникает потребность в высококалорийном питании (от 3000 ккал и более). Парентерально можно обеспечить едва ли более 2000 ккал, так как неизбежно наступают нарушения водно-электролитного обмена, органы выделения и кровообращения оказываются перегруженными, часто возникают воспаления вен, восходящая инфекция, желудочно-кишечная атония [1]. По этим причинам переход на кормление с участием желудочно-кишечного тракта должен проводиться как можно быстрее. Трансназальный зонд, как способ доставки питания в организм прост и легок в исполнении. Однако этот способ неприемлим при необ-

веден из брюшной полости через тот же троакар. Экстракорпорально завязан узел, затем один конец лигатуры был заведен в трубку с конусным концом (последний должен быть направлен вниз), наружный диаметр трубки 9 мм, а внутренний пропускает лигатуру 3/0. Длина трубки 25 мм. Далее упирающийся конусом на узел, через троакар, затянули лигатуру до плотной перевязки ППР. Таким же способом были завязаны второй и третий узлы. Концы нити срезают. Дистально ППР был перевязан описанным способом. Далее была выполнена холецистэктомия по известной методике [3]. Послеоперационный период протекал без осложнений, больная выписана по месту жительства на 4-е сутки.

Таким образом, описанный способ позволяет выполнять ЛХЭ с надежным герметичным лигированием ППР без конверсии и позволяет избежать послеоперационных осложнений связанных с подтеканием желчи в брюшную полость у пациентов с широким и коротким ППР.

Литература

1. Мунтян С.А. (1998) Разработка и оптимизация методов лечения и профилактики желчно-каменной болезни. Дисс. ... д.м.н. (Днепропетровск). 317 с.
2. Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Литвиненко А.Н. и др. (1996) Желчный перитонит после лапароскопической холецистэктомии. Клиническая хирургия. 2-3:42
3. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. (1998) Эндоскопическая хирургия. (Москва). "ГЭ-ОТАР Медицина". 351 с.
4. Чугунок А.Н., Федоров И.В., Дмитриев Е.Г., Славин Л.Е. (1996) Ятрогенные повреждения лапароскопической холецистэктомии и их предупреждения. Казанский медицинский журнал. 3:161-167

Эндоскопическое стентирование при неполных повреждениях и стриктурах желчных протоков проведено у 8 больных. У 7 из них вмешательство привело к быстрому (в течение 2-5 суток) закрытию наружных желчных свищей, а у одного больного попытка эндоскопического стентирования закончилась неудачей.

К сожалению, эндоскопические вмешательства при повреждениях и стриктурах желчных протоков имеют ограниченное применение, так как для их успешного использования необходимы ряд условий: свободный доступ к большому сосочку двенадцатиперстной кишки, небольшая протяженность повреждения или стриктуры, наличие ее частичной проходимости, а также совершенное владение техникой рентгенологических и эндоскопических вмешательств. В связи с этим рентгенэндоскопические вмешательства нами чаще применялись как вспомогательные, в качестве первого этапа операции. Более самостоятельное значение они имеют при наружных желчных свищах, обусловленных холедохолитиазом, стенозом дистального отдела общего желчного протока, а также у больных с инородными телами желчных протоков.

Низкая эффективность эндоскопических вмешательств может быть объяснена также поздними сроками обращения больных, когда при наличии частичных стриктур протоков выше препятствия обнаруживались крупные плотные конкременты, не поддающиеся извлечению и литотрипсии. Это наблюдалось у 8 больных и у 3 из них в связи с наличием гнойного холангита с целью предоперационной декомпрессии желчных протоков выполнено назобилиарное дренирование по предложенному нами способу.

При ретроспективном анализе результатов можно с уверенностью утверждать, что при малых и некоторых видах частичных повреждений миниинвазивные вмешательства являются альтернативой хирургическому методу и имеют в этих случаях вполне самостоятельное значение.

Литература

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. (1997) Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. (Санкт-Петербург). "Эскулап". 147 с.
2. Davids P.H.P., Tanka A.K.F., Rauws E.A.J. et al. (1993) Benign biliary strictures: surgery or endoscopy? Ann Surg. Vol. 217:237-243
3. Fantini G., Basso N., Rossi P. (1995) Complications after laparoscopic cholecystectomy. Coordinated radiologic, endoscopic and surgical treatment. Surg Endosc. Vol. 9:29-36
4. Kozarek R.A., Ball T.J., Patterson D.J. et al. (1994) Endoscopic treatment of biliary injury in the era of laparoscopic cholecystectomy. Gastrointestinal Endoscopy. Vol. 40:10-16
5. Vitale G.C., George M., McIntare K. et al. (1996) Endoscopic management of benign and malignant biliary strictures. Am J Surg. Vol. 171:553-557

ходимости обеспечить долгосрочное кормление из-за возникающих воспалительных процессов в полости носа, глотки и пищевода. В 90-х годах в связи с дальнейшим развитием эндоскопии, использованием ее не только в диагностических целях, но и в хирургии, терапии появляется ряд публикаций о наложении перкутанной (чрезкожной), эндоскопически контролируемой гастростомы (ПЭГ). Burghart W., Scheppach W., Hoffman K. в 1989 году сообщили об успешном проведении 124 операций по наложению ПЭГ, доказав безвредность, малотравматичность и простоту метода, позволяющего обеспечить долгосрочное интрагастральное питание, избегая, как травматичности обширной хирургической техники, так и осложнений длительного использования транснального зонда [2].

Материалы и методы

Для наложения ПЭГ нами были использованы стандартные наборы фирмы "Wilson Cook medical inc.": PEG-24, PEG-18. Операция проводилась с помощью фиброгастродуоденоскопов "Olympus" по методике Кеймлинга [3]. Сложность в приобретении и дороговизна наборов заставила нас пойти на некоторые изменения в стандартной методике. Так в качестве пункционной иглы использовалась игла из подключичного набора, в качестве проводника стерильная нейлоновая леска сложенная вдвое. За основу гастростомической трубки использовался катетер Петцера #24 соединенный с трубкой-проводником. Фиксация к коже изначально произведена кожными швами, а затем резиновым фиксатором.

Результаты

В 1997 году нами проведено две операции по наложению ПЭГ. Обе успешно. Последняя операция выполнена по поводу последствия тяжелой черепно-мозговой травмы в сентябре 1997 г. Пациент находится на гастростомическом питании по настоящее время. За этот период произведена четырехкратная замена трубки, в качестве которой использован катетер Петцера #24 в домашних условиях наружным способом. За период 1997-99 г успешно произведено 7 операций не получив никаких серьезных осложнений.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ АССИСТЕНЦИЯ ПРИ ДИСКЭКТОМИИ ПЕРЕДНЕБОКОВЫМ ДОСТУПОМ И ИНТЕРКОРПОРАЛЬНОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ В ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Крамаренко В.А., Кушаев С.В.

Институт нейрохирургии АМН Украины, Киев

Среди множества предложенных методик проведения операций на шейном отделе позвоночника одной из распространенных является дискэктомия с последующей интеркорпоральной стабилизацией пораженного позвоночно-двигательного сегмента позвоночника при помощи кейджей.

Нами проведено 12 подобных вмешательств, в ходе которых использована эндоскопическая ассистенция.

Целью исследования явилось определение возможностей использования эндоскопической ассистенции, выяснение ее эффективности, выработка оптимальной техники ее проведения при переднебоковой дискэктомии с последующей интеркорпоральной стабилизацией.

В последнее время переднебоковой доступ для декомпрессии спинного мозга и стабилизации шейного отдела позвоночника используется достаточно широко. Показаниями для операций, проводимых переднебоковым доступом на шейном отделе позвоночника, являются заболевания, которые приводят к нестабильности вследствие травмы, опухолевого поражения, инфекционных процессов. Чаще всего подобные вмешательства проводятся при дегенеративно-дистрофических процессах в шейном отделе позвоночника, приводящих к формированию грыж межпозвонковых дисков и нестабильности в позвоночно-двигательных сегментах.

В нашей группе пациентов показаниями для проведения подобных вмешательств являлись грыжи межпозвонковых дисков, вызывающие соответствующую неврологическую симптоматику, а по данным МРТ — имели размеры более 6 мм и сопровождалась разрывом задней продольной связки.

Осуществляя доступ после разреза кожи по передней поверхности кивательной мышцы, проводили диссекцию тканей до передней поверхности тел позвонков. Рентгенологически уточняли уровень поражения и после этого проводили дискэктомию с использованием специальных фрез формирующих специальных ход для последующего введения кейджей. Этап формирования хода для кейджа и удаление межпозвонкового диска является наиболее ответственным, так как необходимо произвести оптимальную декомпрессию спинного мозга, не повредив при этом твердую мозговую оболочку. Именно при вы-

Выводы

Использование перкутанной (чрезкожной), эндоскопически контролируемой гастростомы позволяет обеспечить адекватное долгосрочное энтеральное питание при нейрогенных дисфагиях без риска аспирации, политравме, объемных оперативных вмешательствах в полости рта, раковых обструкциях в верхних отделах ЖКТ, а также желудочную декомпрессию при нарушениях опорожнения.

Операции по наложению перкутанной (чрезкожной), эндоскопически контролируемой гастростомы просты, практически лишены осложнений, выполняемы в условиях хирургических стационаров любого уровня, имеющих эндоскопические кабинеты.

Литература

1. Инфузионная терапия и клиническое питание (1992) под ред. Хлябича Г.Н. "Фрезениус-АГ" (ФРГ)
2. Burghart W., Scheppach W., Hoffman K. (1989) Perkutane endoscopische Gastrostomie: Erfahrungen mit 124 Patienten. Akt. Ernähr. 14:179-184
3. Keymling M. (1989) Perkutane endoscopische kontrollierte Gastrostomie. Gastroenterologie. Suppl. 2; 27:65-68

полнении этих манипуляций мы выполняли эндоскопический мониторинг, используя жесткие 0° и 70° эндоскопы диаметром 4 мм и эндоскопическое оборудование производства "KarlStorz".

Применение эндоскопической ассистенции в ходе операции дискэктомии переднебоковым доступом с использованием интеркорпоральных систем стабилизации позволяет:

- Полноценно оценить взаимоотношения компрессирующих факторов — грыж межпозвонковых дисков и остеофитов и нервно-сосудистых образований в ходе вмешательства.
- Позволяет выявить компрессирующие факторы (чаще фрагменты грыж) в "скрытых зонах" — в местах недоступных прямому визуальному контролю.
- Предотвратить повреждение твердой мозговой оболочки при удалении грыж и остеофитов.
- Повысить безопасность вмешательств.

У всех больных операции прошли без осложнений.

В послеоперационном периоде отмечался регресс неврологических проявлений: нарастание объема и силы в конечностях, регресс чувствительных расстройств, исчезновение болевого синдрома.

Литература

1. Педаченко Е.Г., Кушаев С.В. (2000) Эндоскопическая спинальная нейрохирургия. (Киев), "АЛД-Римани". 214 с.
2. Орлов В.П., Щербук Ю.А., Дулаев А.К. (2000) Возможности использования интраоперационного эндоскопического мониторинга при лечении больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника" в сборнике "К 200-летию Военно-медицинской академии посвящается". (С.-Пб.) с. 250-252
3. Fries G., Perneczky A. (1998) Endoscope-assisted brain surgery: part 1 — evolution, basic concept, and current technique. Neurosurgery. Vol. 42: 219-225
4. Fries G., Perneczky A. (1998) Endoscope-assisted brain surgery: part 2 — analysis of 380 procedures. Neurosurgery. Vol. 42: 226-231

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОРТАЛЬНАЯ НУКЛЕОЭКТОМИЯ ПРИ ДИСКОГЕННЫХ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫХ РАДИКУЛИТАХ УТОЧНЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ

Педаченко Е.Г., Хижняк М.В., Кушаев С.В.

Институт нейрохирургии АМН Украины, Киев

Эндоскопические портальные вмешательства при патологии межпозвонковых дисков произведены у 26 больных.

Операции проводились через рабочие каналы эндоскопа с использованием жестких 0° и 70° эндоскопов диаметром 4 мм и эндоскопического оборудования производства "Karl Storz". Рентгеноскопический контроль осуществлялся ЭОП "Siremobil 2000". В ходе вмешательств дополнительно был использован Nd:YAG лазер, источником которого был аппарат "Medilas" фирмы "Dornier".

Прототипом современной технологии выполнения эндоскопической нуклеоэктомии заднебоковым доступом является методика перкутанной дискэктомии, разработанная и внедренная в клиническую медицину японским исследователем S.Nijikata в 1975 г.

Показаниями к проведению эндоскопической портальной нуклеоэктомии мы рассматриваем:

1. Клинические проявления грыжи диска на поясничном уровне позвоночника: двигательные нарушения (парез IV-III степени), чувствительные расстройства, изменения в рефлекторной сфере.
2. Неэффективность консервативной терапии.
3. Данные дополнительных методов исследования: миелография, МРТ, КТ (причем грыжа по своему переднезаднему размеру не должна быть больше 1/3 сагиттального размера спинномозгового канала, без признаков секвестрации, должна располагаться на уровне межпозвонкового диска), электромиография.

При определении показаний к проведению вмешательства учитывали возраст пациента и длительность заболевания, старались предопределить выраженность снайчного процесса, который может послужить причиной остаточных болей в послеоперационном периоде.

К числу противопоказаний к эндоскопической портальной нуклеоэктомии нами отнесены:

1. Синдром острой компрессии "конского хвоста". Этой группе пациентов показано традиционное вмешательство.
2. Грубые двигательные нарушения (парез II-0 степеней).
3. Наличие грыжи более 1/3 сагиттального размера спинномозгового канала; смещение грыжа каудально или краниально по отношению к уровню межпозвонкового диска.
4. Сопутствующий первичный стеноз спинномозгового канала
5. Спондилолистез, нестабильность позвоночно-двигательного сегмента на уровне операции.
6. Предшествующие операции на том же самом уровне, в том числе паппинизация диска.
7. Коагулопатии.
8. Беременность.

Следует отметить, что у больных с "высоким" гребнем подвздошной кости проведение эндоскопической дискэктомии на уровне L5/S1 технически затруднено.

Операция проводится под местной анестезией или под нейролептанальгезией, под рентгеноскопическим контролем.

Ход эндоскопических порталных нуклеэктомий заднебоковым доступом может различаться в зависимости от использования вспомогательных методик. Во всех наших случаях мы использовали в качестве вспомогательной методики лазерную вапоризацию диска.

Манипуляции проводятся в т.н. "треугольной рабочей зоне" на заднебоковой поверхности межпозвоночного диска. Выходящий из межпозвоночного отверстия корешок создает переднелатеральную границу этой зоны. Медиальной стенкой ее является твердая мозговая оболочка спинного мозга. Высота "треугольной рабочей зоны" ограничивается высотой межпозвоночного промежутка. "Треугольная рабочая зона" свободна от нервно-сосудистых структур, поэтому, вероятность повреждения корешка минимальна.

Эндоскопическое удаление грыж межпозвоночных дисков задним доступом может проводиться уни- и бипортально. Во всех наших случаях вмешательства выполнялись по унипортальной методике.

Под контролем ЭОП заднебоковым доступом специальной гид-иглой пунктируется диск (в зависимости от уровня патологии место ее введения может находиться от 9 до 12 см латеральнее задней средней линии). Последовательно, с использованием системы дилататоров, устанавливается порт, дистальный конец которого располагается на заднебоковой поверхности межпозвоночного диска. Порт устанавливается параллельно замыкательным пластинам позвонков. Под эндоскопическим и рентгеноскопическим контролем производится фенестрация фиброзного кольца, а затем с помощью кусачек (Blakesly, Manhes и др.) выполняется удаление пульпозного ядра. В заключение операции проводится вапоризация остатков пульпозного ядра. Пациентов активизировали на следующий же день после операции.

Результаты эндоскопической порталной нуклеэктомии положительные — у всех 26 пациентов отмечен регресс симптоматики.

Хотелось бы обратить внимание на следующие аспекты операций:

- Средняя продолжительность вмешательств составила — 55±6 мин.
- Средняя продолжительность нахождения в стационаре — 1,1 день.

ЛАПАРОСКОПІЧНА РЕКТОПЕКСІЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОВНИМ ВИПАДІННЯМ ПРЯМОЇ КИШКИ

Кучер М.Д.

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, кафедра факультетської хірургії # 1, Київ

Повне випадіння прямої кишки зустрічається переважно у осіб похилого віку і характеризується значними фізичними стражданнями і обмеженнями соціальної активності хворих. Існуючі методи хірургічного лікування випадіння прямої кишки охоплюють широкий спектр втручань з використанням як внутрішньочеревного, так і промежнинного доступів. Внутрішньочеревні операції позначаються кращими функціональними результатами, більш радикальним ефектом і меншою частотою рецидивів хвороби у порівнянні з операціями, що виконуються з боку промежини; проте останні супроводжуються меншою операційною травмою і меншим числом післяопераційних ускладнень. Застосування лапароскопічних технологій дозволяє зберегти переваги внутрішньочеревних операцій і водночас уникнути негативних наслідків лапаротомії.

Мета даної роботи — дослідити можливості розробленого способу лапароскопічної ректопексії, який був застосований для лікування 13 хворих з повним випадінням прямої кишки.

Характеристика пацієнтів та методи дослідження

За період 1996 — 1999 рр. лапароскопічна ректопексія була застосована у 13 хворих: у 8-ми жінок і 5-ти чоловіків. Середній вік пацієнтів становив 62 роки (від 40 до 79 років). Передопераційне обстеження включало дослідження прямої кишки пальцем, ректороманоскопію, іригоскопію, дефекографію, аноректальну манометрію, реєстрацію часу транзиту контрасту по товстій кишці. Функціональні результати операцій оцінювалися через 6 місяців після втручання за клінічними ознаками, а також шляхом аналізу даних аноректальної манометрії. Отримані показники обробляли методом варіаційного аналізу, достовірність отриманих результатів оцінювали за допомогою критерію U (Уїлкоксона-Манна-Уїтні).

Методика операції. Пневмоперитонеум накладали з використанням голки Вереша. Максимальний тиск — 12 мм рт. ст. Вводили чотири троакари (діаметром 11 мм): під пупком, у правій та лівій бічних ділянках черевної стінки і над лоном. Хворого переводили у позицію Тренделенбурга. Над мисом (міжхребцевим диском L5-S1) по серединній лінії розтинали очеревину і відпрепарували передню поздовжню зв'язку хребта. До черевної порожнини вводили стрічку, виготовлену із синтетичного матеріалу (тефлону) завдовжки 18-20 см, завширшки — 2 см. Стрічку розташовували упоперек до хребта і фіксували її ендостеплером до передньої поздовжньої зв'язки хребта над мисом. У брижі сигмоподібної кишки у безсудинній ділянці формували "вікно", через яке пропускати вільний лівий кінець стрічки. В окремих випадках виконували мобілізацію прямої кишки без перетинання її бокових зв'язок. Еластичним затискачем Бекбока захоплювали пряму кишку й виконували тракцію у краніальному напрямку. У такому положенні вільний лівий кінець стрічки фіксували до передньо-лівої поверхні прямої кишки окремими вузловими швами (шовк "3-0"). Аналогічно фіксували правий вільний кінець стрічки до передньо-правої поверхні прямої кишки.

Результати

Всі операції вдалося завершити без конверсії до лапаротомії. Післяопераційної летальності не було. В одному випадку через 6 місяців після втручання виникла грижа на місці введення троакара над лоном. Середній термін спостережень — 28,3 місяців (від 6 до 49 місяців).

- В середньому, пацієнти возвращались к обычной работе (исключая физический труд) на 3-5 суток после вмешательства.
- Длина рубца на коже — 3-4 мм

Полученные данные свидетельствуют, что эндоскопическая порталная нуклеэктомия является малоинвазивным, высокоэффективным и экономически оправданным в социальном отношении вмешательством.

Література

1. Педаченко Е.Г., Кушаев С.В. (2000) Эндоскопическая спинальная нейрохирургия. (Київ), "АЛД-Римани". 214 с.
2. Chiu J., Clifford T., Richley R. (1997 Apr) Percutaneous Microdecompressive Endoscopic Spinal Discectomy with New Laser Thermodisectomy for Non-Extruded. Herniated Nucleus Pulposus (Intervertebral Discs) 115 Cases, presented at Holmium Laser Spinal Endoscopy Workshop. (San Diego, CA, USA).
3. Ditsworth D.A. (1998) Endoscopic transforaminal lumbar discectomy and reconfiguration: a postero-lateral approach into the spinal canal. Surg Neurol. Vol. 49: 6-8
4. Hijikata S. (1975) Percutaneous diskectomy: a new treatment method for lumbar disk herniation. Toden Hosp. Vol. 5: 5-13
5. Hult L. (1956) Retroperitoneal disc fenestration in low back pain and sciatica. Acta Orthop. Scand. Vol. 20: 342-348
6. Kambin P., O'Brien E., Zhou L. (1998) Arthroscopic microdiscectomy and fragmentectomy. Clin Orthop. Vol. 347: 150-167
7. King W., Frazee J., DeSalles A. (1998) Endoscopy of the Central and Peripheral Nervous System. Thieme, eds. 264 p.
8. Mirkovic S.R., Schwartz D.G., Glazier K.D. (1995) Anatomic considerations in lumbar posterolateral percutaneous procedures. Spine. Vol. 20: 1965-1971
9. Ogon M., Maurer H., Wimmer C. (1997) Minimally invasive approach and surgical procedures in the lumbar spine. Orthopade. Vol. 26: 553-561
10. Osman S.G., Nibu K., Panjabi M.M. (1997) Transforaminal and posterior decompressions of the lumbar spine. A comparative study of stability and intervertebral foramen area. Spine. Vol. 1: 1690-1695

Функціональні результати. У 11-ти (85%) хворих зареєстровано повне відновлення тонуся анального сфінктера після операції. Так, до операції базальний тиск був 32,1±2,6 мм рт. ст., а під час максимального волевого зусилля — 85,3±6,4 мм рт. ст. Через 6 місяців після операції дані показники становили відповідно: 46,6±7,4 мм рт. ст. та 99,3±4,2 мм рт. ст. Клінічні дослідження підтвердили повне відновлення континентної функції: хворі утримували твердий та рідкий кал як у активному стані, так і уві сні. У 2-х хворих, які мали значний ступінь анальної інконтиненції до операції, тонуся анального сфінктера не відновилася, залишалася значне зниження анальної міоелектричної активності. У цих двох випадках було виконано сфінктерелеваторопластику як другий етап хірургічного лікування. У 3-х хворих після операції посилілися симптоми колостазу (до операції ці хворі скаржилися на періодичні запори, а під час іригоскопії — у них виявлено долихоколон). Усі оперовані хворі відзначили зникнення або значне зменшення болювого синдрому у періанальній зоні. Середній ліжко-день після операції становив 3,8±1,3 доби. Відновлення звичної фізичної активності пацієнтів спостерігалось у середньому через 24±5,4 доби.

Обговорення результатів

Аналіз даних спостережень за хворими дозволяє зробити попередній висновок, що розроблений метод лапароскопічної ректопексії є безпечним оперативним втручанням. Про його ефективність свідчать цілком задовільні функціональні результати, зокрема показники анального утримування калових мас, а також резервуарної та евакуаторної функції прямої кишки. Розроблений метод відрізняється від попередніх способів внутрішньочеревної ректопексії тим, що зменшена травматичність втручання: всі етапи операції виконуються лапароскопічно, при цьому вдається уникати широкої мобілізації прямої кишки і перетинання бокових зв'язок, що часто супроводжується ушкодженням тазових автономних нервів. На відміну від широкоживаних способів фіксації прямої кишки за допомогою проленової сітки, представлена технологія дозволяє уникнути фіксації сітки ендостеплером до передньої поверхні крижової кістки, де дуже легко поранити численні гілки серединних та бічних крижових судин. Також фіксація прямої кишки розробленим способом запобігає виникненню кишкової обструкції. За вказаний термін спостереження не було зареєстровано жодного випадку рецидиву хвороби.

Як свідчить власний досвід, застосування внутрішньочеревних способів ректопексії може бути малоефективним, коли хворі мають органічні чи навіть функціональні порушення пропульсивної функції товстої кишки. У таких пацієнтів необхідно проводити функціональні дослідження товстої кишки: час транзиту контрастної суміші по товстій кишці, аноректальну манометрію, електроміографію. Так, за наявності долихоколона, інертної прямої кишки, частих випадках копростазу у хворих після ректопексії може різко погіршитися ритм і характер дефекації, тому для них показано виконання лівої частини колектомії, а у випадках кологенного копростазу — субтотальних колектомій.

Таким чином, показання до лапароскопічної ректопексії повинні визначатися з урахуванням індивідуальних особливостей структури і функції товстої кишки. Основні переваги методу — це мала травматичність втручання, надійність фіксації, косметичний результат та швидке відновлення активності хворих після операції. Лапароскопічні технології можна вважати методом вибору для лікування випадіння прямої кишки.

ОПЫТ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Гусак В.К., Миминошвили О.И., Никонова О.А., Арутюнян Г.А., Шаповалов И.Н.
ИНВХ АМН Украины, Донецк

В нашем институте, выполняются торакоскопические операции при ишемических и окклюзионных поражениях артерий верхних конечностей, при экссудативных перикардитах, а также при нарушениях ритма сердца. Институт имеет опыт проведения 28 торакоскопических грудных симпатэктомий. 22 больным операции выполнялись в связи с синдромом Рейно, 5 больным с окклюзией сосудов верхних конечностей различной этиологии и одному больному — с вибрационной болезнью. Во всех случаях выполнялась односторонняя симпатэктомия: в 18 случаях правосторонняя, в 10 — левосторонняя. У 12 больных потребовалась операция с другой стороны, спустя 3-6 месяцев, после первой операции.

Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом в положении больного на здоровом боку. После наложения пневмоторакса и введения торакопортов производили иссечение участка симпатического ствола и 2-4 симпатических ганглиев. Плевральную полость дренировали на одни сутки с активной аспирацией.

Дважды мы сталкивались с обширным спаечным процессом в плевральной полости с образованием многочисленных шварт, фиксирующих легкое к париетальной плевре. В одном случае причиной адгезивного процесса в плевральной полости послужил ранее перенесенный экссудативный перикардит, в другом случае — туберкулезный процесс.

ЕНДОСКОПІВНІ КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАНЗАПУ В ЛІКУВАННІ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Гриценко І.І., Новоженіна Л.І., Григоренко А.О.
Дніпропетровська державна медична академія, Україна

Фармакотерапія гастроудоденальних роз'ятрень постійно удосконалюється завдяки впровадженню нових ліків. Найбільш патогенетично обґрунтованими в їх лікуванні є блокатори протонної помпи. Серед останніх привертає увагу ланзап (Реддіс Лабораторіс, Індія), який за нашими даними підвищує рН до $7,5$ на протязі $22,3 \pm 1,8$ годин. В зв'язку з цим ми поставили перед собою мету встановити ефективність застосування ланзапу в лікуванні вперше виявленої пептичної виразки дванадцятипалої кишки за даними динамічної фіброгастроудоденоскопії.

Для реалізації цієї мети було проведено спостереження за 42 хворими з вперше виявленою виразковою хворобою. В залежності від наявності персистенції пілоричних хелікобактерій (Нр) були поділені на Нр-позитивну форму ($n=28$) і Нр-негативну — ($n=14$). Лікувальний комплекс при Нр-негативній формі складався з застосування ланзапу по 30 мг одноразово в поєднанні з де-нолом, а при Нр-позитивній формі паралельно з цим призначались тинідазол по 500 мг 2 рази та флемоксин по 1 г 2 рази на протязі 7 днів. В якості критеріїв ефективності були взяті репарація виразкового дефекту на 14, 21 та 28 день від початку лікування, зменшення активності супутнього запального процесу в слизовій оболонці гастроудоденальної зони.

В період загострення у всіх хворих мали місце активні виразки цибулини дванадцятипалої кишки, середній розмір яких сягав $8,6 \pm 0,8$ см, з явищами перитрулерозного запалення. Активність запального дистрофічного процесу у Нр-негативних пацієнтів була мінімальною у 9 (64,3%), середньою — у 5 (35,7%), у Нр-позитивних — мінімальна активність запалення відмічалась у 6 (21,4%), середня — у 15 (53,6%), максимальна — у 7 (25,0%), тобто при наявно-

Непосередньо після операції у больових отмечалось потепление верхних конечностей, повышение кожной температуры, значительное уменьшение болевого синдрома. При доплерографическом исследовании регистрировалось увеличение линейной скорости кровотока, снижение индекса периферического сопротивления. Эти положительные эффекты более выражены у больових с синдромом Рейно, и они более стойкие, чем у больових с окклюзионными поражениями сосудов верхних конечностей.

Нами было выполнено 2 операции торакоскопической перевязки ушка левого предсердия у больових с нарушениями сердечного ритма с целью профилактики тромбоэмболических осложнений.

Кроме того, институт располагает опытом 9 успешно выполненных перикардэктомий. В 5 случаях это были экссудативные перикардиты ревматического генеза, в 2 случаях туберкулезного и в 1 случае у больових с узелковым перикардитом. Во всех случаях оперативное пособие включало выкраивание и иссечение участка перикарда в нижне-апекальной части размерами от 4 на 4 до 5 на 15 см. Объем эвакуируемой жидкости из полости перикарда составил от 2,5 до 4,8 литров.

У всех оперированных больових был получен ожидаемый эффект, послеоперационных осложнений не было.

ті персистенції Нр відмічалось суттєве наростання вираженості запалення слизової оболонки в пілоробульбарному відділі.

Проведене лікування в обох групах хворих сприяло інволюції клінічних та ендоскопічних проявів захворювання. У пацієнтів з Нр-негативною формою дуоденальної виразки на 14 день від початку лікування її загострення наступило у 8 (57,1%), на 21 день — у решти (42,9%), тобто за три тижні була відновлена цілісність слизової оболонки. Активність гастроудоденіту суттєво зменшилась — у 5 (35,7%) явища запалення візуально не виявлялись, у 9 (64,3%) — були мінімальною активності. При Нр-позитивних формах захворювання запропонований комплекс сприяв також активації репаративних процесів, яка виражалась в загостренні виразок на 14 день у 7 (25,0%) пацієнтів, на 21 — у 18 (64,3%) та на 28 — у 3 (10,7%). Застосування потрійної антихелікобактерної терапії сприяло елімінації бактерій (за даними уреазного тесту) у 24 (85,7%) пацієнтів і суттєвому зниженню запального процесу в слизовій оболонці. На період закінчення лікування гастроудоденіт був відсутнім у кожного четвертого, мінімальним — у 57,1%, середнього ступеня — у 17,9%.

Заключення

Застосування сучасних схем лікування виразкової хвороби з застосуванням інгібіторів протонної помпи (ланзап) сприяє швидкій репарації роз'ятрень слизової оболонки і потребує динамічного спостереження. Пропонується проводити контрольні ендоскопічні дослідження через 2 тижні від початку лікування, а потім через тиждень, що буде сприяти вибору оптимальних термінів лікування.

МАЛОІНВАЗИВНІ ЕНДОСКОПІВНІ ВТРУЧАННЯ В ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Кузьмич В.М., Барчук І.В., Свентозельський І.С.

Рівненська обласна клінічна лікарня, відділення пульмонології та торакальної хірургії, Україна

Вступ

Майже століття відділяє нас від того часу, коли вперше в 1901 році Келлінг оглянув в експерименті плевральну порожнину. За цей період пройшло суттєве вдосконалення ендоскопічної техніки і власне торакокопії. Значно розширились можливості ендоскопічної діагностики та лікування захворювань органів грудної клітини.

Невпинний розвиток відеоендоскопічної техніки за останнє десятиріччя дозволило переглянути роль і місце торакокопії в діагностиці і лікуванні захворювань органів грудної клітини. ВТС (відеоторакокопічні) комплекси дають можливість виконувати майже повний об'єм діагностичних та лікувальних оперативних втручань як в ургентній, так і плановій торакальній хірургії.

Матеріали і методи

Протягом останніх двох місяців нами виконано 8 відеоторакокопічних операцій. Вік прооперованих хворих від 24 до 63 років (чоловіків — 6, жінок — 2). У чотирьох пацієнтів операції виконувались під місцевою інфільтративною анестезією 0,5% розчином новокаїну, а в інших чотирьох під інтубаційним наркозом з однократною інтубацією. У 6 хворих операції виконано через 3-4 отвори для торакопортів, а у 2-х втручання, доповнені мініторакоотомією довжиною 5,5-7 см і використанням ушиваючих апаратів ETHICON. Об'єм операцій слідуючий: видалення ліпому правого кардіо-діафрагмального кута — 1 хвора; ліквідація гемотораксу, що згорнувся з частковою декортикацією правої легені — 2 хворих; атипова резекція S1-S3 правої легені — 1 хворий; біопсія краю бронхоплевральної норичі з коагуляцією її та декортикацією легені — 3 хворих; атипова резекція S10 правої легені з діафрагматомією та видаленням кістки печінки — 1 хвора.

Слід зазначити, що необхідною умовою для проведення торакокопічних операцій під загальним інтубаційним наркозом — є роздільна інтубація право-го та лівого головних бронхів.

При проведенні ВТС (відеоторакокопічних) операцій ми використовуємо положення хворого на здоровому боці з підведенням клиновидного валика. Перший торакопорт для проведення відеокамери ми ставимо в V міжребір'ї по середньо-пахвовій лінії. Введення відеокамери з цієї точки створює оптимальні умови для детальної ревізії легень та органів середостіння, а також ведення подальшого контролю за маніпуляторами. Другий та третій торакопорт вводимо також в V міжребір'ї на відстані 6-7 см латеральніше та медіальніше від першого торакопорту. В залежності від об'єму операцій додаємо четвертий торакопорт. Для проведення ушиваючого апарату ETHICON видалення резектанта використовуємо мініторакоотомію між отворами для першого та другого торакопорту. Операції закінчуються встановленням дренажів, що також проводиться під відеоконтролем.

Результати і обговорення

У прооперованих нами 8 хворих післяопераційні ускладнення не спостерігались. Таким чином, ендоскопічна техніка дозволяє знизити об'єм операційної травми, зменшити довжину розрізів, зберегти інерацію і трофіку м'яких тканин. При цьому забезпечується достатній візуальний контроль операційного поля.

Тривалість перебування прооперованих нами хворих на лікарняному ліжку бував межах від 3 до 6 діб. При використанні ВТС відпала необхідність використовувати для знеболення наркотичні анальгетики.

При самих широких показах до виконання ВТС протипокази до неї небагато, численні, відносні і визначаються функціональними можливостями організму хворого, що пов'язане, в першу чергу, з необхідністю однократної наркозу.

ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ РАКА СТРАВОХОДУ

Михаськів І.М., Михаськів Я.І.

Кафедра ендоскопії та малоінвазивної хірургії Львівського медичного університету ім. Данила Галицького
Львівський онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, Україна

Основним методом діагностики рака стравоходу (РС) є езофагоскопія з обов'язковою біопсією та гістологічною верифікацією. Провідним симптомом для РС є дисфагія після прийому густої їжі, вона розвивається при звуженні просвіту стравоходу менше 1 см. При I-III формах РС за Штарком звуження стравоходу відсутнє, тому хворі звертаються за допомогою із запізненням при переході у IV-V форми, коли розвинулася ракова стриктура. Декомпенсований раковий стеноз стравоходу дуже ускладнює проведення біопсії і не завжди після першої езофагоскопії з біопсією вдається добитися верифікації діагнозу. За останні 10 років (1989-99 рр.) у Львівському онкологічному центрі ендоскопічно діагностовано РС у 524 хворих, чоловіків — 467, жінок — 57. Середній вік чоловіків — 60 р., жінок — 64 р.

У 26 (5%) хворих, яких було скеровано з діагнозом раку стравоходу, діагноз не підтверджено. Натомість діагностовано РС в 32 (6%) пацієнтів, яких було скеровано з ін-ши-ми діагнозами. Таким чином, розходження діагнозів загальною виявлено в 58 (11%) хворих.

У всіх 524 хворих діагноз підтверджено патоморфологічно, у т. ч. у 18 хворих після другої езофагоскопії, у 12 — після третьої, у 6 — після 4. За гістологічною структурою найчастіше було виявлено плоскоклітинний рак — 318 випадків (60,7%), недиференційований — 184 (35,1%), перстеновидний — 22 (4,2%). За локалізацією ураження розподілялися таким чином: у шийному відділі — 5 (1%), верхньогрудному — 32 (5%), середньогрудному — 173 (33%), нижньогрудному — 132 (27%), кардії — 182 (34%). Отже, в переважній більшості хворих процес локалізувався в нижньогрудному відділі стравоходу й кардії.

Щодо клінічних ознак, то більшість хворих скаржилася на дисфагію або біль за грудиною, що тривав їх на протязі 2-3 міс., був пов'язаний з їдою

(52%). На другому місці була неврологічна симптоматика (12%), у решті випадків — серцева (9%), ларинготрахеальна (8%), гастральна (10%) та змішана (7%). У 53 пацієнтів РС виявлено при наявності лише гастральної симптоматики. За стадіями ракового процесу хворі розподілилися таким чином: I-II стадії — 10, III стадія — 260, IV стадія — 154. Померло до року 175 (33%) хворих.

За період спостереження резекцію стравоходу за Льюїсом виконано у 64 хворих, гастректомію з резекцією стравоходу — у 81, проксимальну резекцію шлунка з резекцією абдомінального або нижньогрудного відділів стравоходу — в 30, операцію за Добро-мисловим-Торесом — в 7 хворих. Всього виконано 182 резекційні операції (у 35% хворих).

Тридцять восьми хворим зроблено паліативні операції: накладання єюностомії — 12 і гастростомії — 26 хворим. Променева лікування всього отримали 96 хворих, з них поєднану гамма-терапію проведено 26 хворим. З'ясовано, що в результаті проведення тільки променевого лікування 3 хворих прожили понад 5 років, у т.ч. один — майже 7 р., проте помер в результаті генералізації ракового процесу. Після променевої терапії розвивається набряк слизової, вона часто стає рихлою, можливе ускладнення кровотечею, високий ризик перфорації стравоходу ендоскопом.

Висновки

Дисфагія при РС є пізнім симптомом, але навіть при його наявності через відсутність елементарних знань про захворювання більшість з хворих (272 — 52%) звернулись до лікаря через 3-4 місяці після появи дисфагії. Тому у 79% з них вже мали раковий процес III-IV стадії.

РЕНТГЕН-ЕНДОСКОПИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ГРУПП БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ И ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Шепетько Е.Н., Шепетько Г.Н., Леськів Б.Б., Тихоненко В.М., Игнатов А.В., Елизаров В.В.

Национальный медицинский университет, Киев

Материал исследования составили 1579 больных, оперированных по поводу дуоденального язвенного кровотечения с применением органосохраняющих операций.

Эндоскопическое исследование, проведенное в предоперационном периоде, позволило верифицировать источник кровотечения, определить степень стабильности гемостаза в язве, характер поражения пилорического жома и степень вовлечения его в язвенный инфильтрат, степень деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, наличие или отсутствие бульбарного или постбульбарного стеноза.

Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки предпринималось у пациентов с остановившимся язвенным кровотечением и стабильным гемостазом на язве в комплексе предоперационного обследования и подготовки к операции в раннем отсроченном периоде.

При выполнении рентгенологического исследования обращали внимание на расположение желудка, степень деформации луковицы двенадцатиперстной кишки, характер и скорость эвакуации из желудка, перистальтическую активность, расположение двенадцатиперстной кишки, рельеф слизистой, высоту стояния дуодено-еюнального перехода (ДЕП), состояние пилорического жома.

В зависимости от сочетания различных вариантов вышеуказанных признаков с учетом данных эндоскопического исследования выделены 4 классификационные рентген-эндоскопические группы (включают 12 подгрупп):

I группа: IA — нет дуоденального стеноза, пилорус в норме (ПН), нет нарушения ДЕП; IB — нет дуоденального стеноза, пилорус расширен (ПР), нет нарушения ДЕП; IV — нет дуоденального стеноза, пилорус деформирован (ПД), нет нарушения ДЕП.

II группа: IIA — дуоденальный стеноз (ДС), пилорус в норме (ПН), нет нарушения ДЕП; IIB — дуоденальный стеноз (ДС), пилорус расширен (ПР), нет нарушения ДЕП; IIV — дуоденальный стеноз (ДС), пилорус деформирован (ПД), нет нарушения ДЕП.

III группа: IIIA — нет дуоденального стеноза, привратник в норме (ПН), есть нарушение ДЕП (НДЕП); IIIB — нет дуоденального стеноза, привратник расширен (ПР), есть нарушение ДЕП (НДЕП); IIIV — нет дуоденального стеноза, привратник деформирован (ПД), есть нарушение ДЕП (НДЕП).

ОСОБЕННОСТИ БРОНХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Шпак О.И., Венгерова О.А., Цасюк Е.В.

Институт фтизиатрии и пульмонологии АМН Украины, Киев

Бронхологическое исследование было проведено у 122 детей. В 59 случаях бронхоскопия была произведена под общей анестезией с искусственной вентилирующей легких. Показаниями для проведения бронхоскопии под общим наркозом были: возраст детей менее 6 лет, подозрение на инородное тело, эмоциональная лабильность пациента. Детям в возрасте от 1 до 3 лет бронхоскопия была произведена при помощи 11002 BD "STORZ" или бронхоскопа "FRIEDEL" через интубационную трубку. Этот метод позволял оценить состояние бронхиального дерева до уровня субсегментарных бронхов и выполнить необходимые процедуры: аспирацию секрета, биопсию, введение лекарственных

средств. Детям в возрасте 4-6 лет исследования производились как под общим наркозом ригидным бронхоскопом "FRIEDEL", так и при помощи фибробронхоскопа "STORZ" или "OLYMPUS" BP40. Детям в возрасте 7-14 лет производилась фибробронхоскопия под местной анестезией. Кроме визуального осмотра и выполнения необходимых лечебных процедур в бронхах, производили бронхоальвеолярный лаваж. Проводилось цитологическое, микробиологическое и иммунологическое исследование бронхоальвеолярной жидкости.

Осложнений, связанных с проведением бронхоскопии у детей, не наблюдалось.

Таблица 1. Распределение больных согласно классификации рентген-эндоскопических групп.

Рентген-эндоскопические группы											
IA	IB	IВ	IIA	IIB	IIВ	IIIA	IIБ	IIВ	IVA	IVБ	IVВ
n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%	n/%
670	111	267	105	1	29	225	45	85	29	1	11
42.4	7.0	17.0	6.6	0.1	1.8	14.2	2.8	5.4	1.8	0.1	0.7
											100

Выводы

Предложенная рентген-эндоскопическая классификация групп пациентов с осложненными дуоденальными язвами акцентирует внимание на патологии в зоне дуоденоеюнального перехода и позволяет выбрать и применить оптимальный вариант функционально выгодной органосохраняющей операции.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕРНІОПЛАСТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ БЕЗ ВИКОРИСТАННЯ СІТКОВИХ ПРОТЕЗІВ.

Павловський М.П., Гавриш Я.І., Лерчук О.М., Іденко Ф.П., Бойко Н.І., Шахова Т.І.

Львівський державний медичний університет ім. Д. Галицького
Кафедра факультетської хірургії, Львів, Україна

Оперативне лікування післяопераційних гриж із використанням проленової сітки за останні роки отримало розповсюдження серед хірургів, як досить ефективний метод, що значно зменшує кількість рецидивів, скорочує післяопераційний період госпіталізації. Але даний спосіб герніопластики залишається досить дорогим, значну вартість якого становить сама сітка.

Мета нашої роботи: проведення та вивчення результатів операцій із ліквідації післяопераційних гриж лапароскопічним методом власними тканинами пацієнта. Попередньо експериментально на собаках встановлено, що зашивання грижових воріт вузловими швами приводить до асептичного запалення в зоні накладених швів, та утворення міцного рубця, який ліквідує дефект черевної стінки.

Ми оперували десять хворих, які були обізнані з умовами операції. Вік пацієнтів від 41 до 72 років. Жінок-3, чоловіків-7. Працездатного віку було 6 пацієнтів. Вправимих гриж було — 6, невірних — 4. Однокамерних гриж виявлено — 4, багатокамерних — 6. Розміри грижових воріт коливалися від 3 см до 22 см. Термін спостереження за прооперованими хворими — від 1 міс до 1

року. Методика: у черевну порожнину вводили від трьох до п'яти 10 мм троакарів, розміщуючи їх навколо грижового отвору на відстані до 7 см від найближчого краю грижі. При необхідності проводили розділення зрощень. Електрокоагулятором робили опіки внутрішньої поверхні грижового мішка, викликаючи тим асептичне запалення у післяопераційному періоді. Через 2 мм розріз на шкірі, при допомозі голки типу "endoclose", відступаючи від краю грижових воріт на 1 см, у черевну порожнину, проводили шовкову лігатуру, яку виводили тою самою голкою, захоплюючи протилежний край грижі. Шви накладали на відстані 1-1,5 см один від одного, після чого, випускали газ із черевної порожнини та зав'язували нитки, погортаючи вузли під шкіру.

У дев'яти хворих за час спостереження рецидивів не виявлено. У одного хворого з гігантською багатокамерною грижою (грижові ворота розміром 17-22 см) — рецидив. Нагноєння ран, абсцесів черевної порожнини, сером грижових мішків у післяопераційному періоді не відмічали. Ця методика герніопластики потребує подальшого вивчення та більшого терміну спостереження за хворими.

ПРОБЛЕМИ ЕНДΟΣКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ, ПІДГОТОВКИ ЕНДΟΣКОПІСТІВ, ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ АПАРАТУРОЮ І ВИДАВНИЦТВА СПЕЦІАЛЬНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Михасків І.М., Кімакович В.Й.

Кафедра ендоскопії та малоінвазивної хірургії Львівського медичного університету ім. Данила Галицького, Україна

Курс ендоскопії ФПДО Львівського медичного університету створено в 1989 р. і реорганізовано в кафедру ендоскопії та малоінвазивної хірургії в 1998 р. Потім цього періоду пройшли навчання 592 лікарі, у т.ч. на 4-х місячному циклі спеціалізації — 162, передатестатційному циклі — 220, циклах тематичного удосконалення з різних розділів ен-доскопії — 210. Навчання проводиться за типовою програмою, включає лекції, семінари, практичні і самостійні заняття. З урахуванням специфіки спеціальності в навчальному процесі широко використовуються технічні засоби навчання: лекціоскопи, відеосистеми і відеофільми тощо. Проте з нагоди кворуму ендоскопістів необхідно висловити низку критичних зауважень.

Ендоскопія, як метод інструментальної діагностики і лікування за допомогою пре-цізійної техніки виникла на стику низки дисциплін. Тому для підготовки ендоскопіста на курсах спеціалізації необхідне отримання лікарем у вузі та інтернатурі ґрунтовних знань з гастроентерології, пульмонології, онкології тощо. На жаль, за останні роки багато курсантів мали недостатні знання з цих базових дисциплін, що змушує робити у програмі акцент на їх вивченні за рахунок годин, які б мали йти на власне розділи ендоскопії.

Без сумніву, ключовим завданням ендоскопічної діагностики є раннє виявлення злоякісних пухлин. На жаль, хоча практично в усіх районах (принаймні, у Львівській області) є ендоскопічні кабінети і відповідні спеціалісти, більшість пухлин (шлунка — до 70%, товстої кишки — до 55%) виявляється в же в пізніх стадіях. До року помирає понад 40% хворих. Які ж причини?

По-перше, досі більшість цих хворих мають запевнене захворювання вже на момент першого звертання. Часто їх фактично не скеровують на ендоскопічне обстеження навіть при наявності симптоматики, обмежуючись променевим обстеженням або й відразу призначаючи симптоматичну терапію. Треба визнати, що диспансеризація передракових захворювань органів травлення у нас по суті не здійснюється ні онкологами, ні лікарями загальної практики. Проте, якби її дійсно взяли зараз проводити, то пропускна здатність наявної мережі ендоскопічних кабінетів була б абсолютно недостатньою.

Другою причиною є недостатня потужність патоморфологічної служби — у багатьох районах досі немає ні патологоанатомів, ні цитологів. За таких умов неможливо забезпечити навіть дослідження біоптатів усіх хворих з атрофічними і гіперпластичними (передраковими) гастритами, не кажучи про те, що стандарт, який прийнятий на Заході, — кожен гастрит повинен бути морфологічно підтверджений, у нас абсолютно недоступний.

Слід також вказати на усе ширше застосування ендоскопічних методів дослідження в педіатричній практиці, зростання частоти онкологічних захворювань у дітей та підлітків. У районах ендоскопічні дослідження у дітей здебіль-

шого проводять ендоскопісти до-рослих поліклінік. Тому навчальні програми повинні достатньо повно охоплювати проб-леми ендоскопії дитячого віку.

Ще одна вкрай важлива проблема. Якщо на книжковому ринку зараз є достатній асортимент якісної сучасної літератури з більшості галузей клінічної медицини, у т.ч. вітчизняні і перекладні підручники українською мовою, то кидається у вічі майже повний, катастрофічний вакуум щодо ендоскопічних посібників чи монографій. На жаль, тут є кілька аспектів. По-перше, посібник для ендоскопіста вимагає величезної кількості якісного ілюстративного матеріалу, тобто трудомісткого і дорогого повноколірного друку. На відміну від багатьох клінічних дисциплін, тут неможливо розраховувати на рекламу фар-мацевтичних фірм, а при самокупному підході такий посібник стане недоступним за ціною для практичних лікарів. Тому необхідно клопотати перед міністерством і ректоратами медвузів про виділення коштів на термінову закупку закордонних посібників і атласів у т.ч. навчальних CD-дисків. Як у справі закупки літератури, так і в справі видання перекладних або власних посібників ми сподіваємося на розуміння і підтримку фірм-вироб-ників ендоскопічної апаратури і українських лікарських організацій за кордоном.

Наш постійний біль — стан ендоскопічної апаратури і її вартість. Не секрет, що біль-шість наших ендоскопів давно відпрацювали своє. Та апаратура, яку пропонують нині виробники, непогана, проте зрозуміло, що термін роботи такої дорогої прецизійної техніки невеликий, а говорити про якусь рентабельність і окупність у нашій охороні здоров'я немислимо. На жаль, ремонтна база у західному регіоні відсутня. Ремонт же руками багатьох новоспечених "спеціалістів" не завжди якісний.

За таких умов особливо гостро стоїть проблема навчання ендоскопіста. У нашій ро-боті дуже багато важать саме практичні навички спеціаліста його технічне вміння. Зрозуміло, що терміни амортизації апаратури в руках початківця скорочуються в геометричній прогресії. За таких умов життєво необхідне виділення коштів на закупку ендо-скопів для кафедр, а також навчальних фантомів.

Ще однією проблемою є підготовка середнього медичного персоналу для роботи в ендоскопічних відділах та кабінетах, оскільки підготовка у середніх медичних закладах як первинного навчання, так і післядипломної освіти фактично не проводиться. У той же час ця спеціальність має суттєві специфічні риси, пов'язані із широкими функціональними обов'язками медсестри, застосуванням прецизійної і дорогої техніки. Виходячи з цього ми вважаємо, що на кафедрах та курсах ендоскопії необхідно налагодити паралельне навчання лікарів-ендоскопістів та їхніх медичних сестер. Необхідні програми вже розробляються нашою кафедрою.

КИЕВСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ГОСПИТАЛЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ БЕСПЛАТНУЮ ГОДОВУЮ ПОДПИСКУ

в целях поддержки научно-практических исследований в области малоинвазивной и эндоскопической хирургии Киевский клинический госпиталь предоставляет полную годовую подписку 2000-2001 гг. на "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" для 100 студентов медицинских ВУЗов Украины и интернов/резидентов всех хирургических специальностей Украины.

Полные данные о соискателях с их профессиональными интересами должны быть высланы не позднее 30 ноября 2000 года по адресу Украина, 01016, г. Киев, ул. Госпитальная, 18, "Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии", с пометкой "на подписку".