



УКРАЇНСЬКИЙ ФОНД ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ
НЕЙРОЕНДОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743 X



Volume 13 No 3
2009

СПЕЦІАЛІЗОВАНИЙ ЖУРНАЛ ГОЛОВНОГО ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНОГО КЛІНІЧНОГО ЦЕНТРУ
«ГОЛОВНИЙ ВІЙСЬКОВИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ» МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ОФІЦІЙНИЙ ЖУРНАЛ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ
ПО МАЛОІНВАЗИВНИМ ЕНДОСКОПІЧНИМ ТА ЛАЗЕРНИМ ТЕХНОЛОГІЯМ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ

Керівник проєкту з 1996 року
Данчин А. О.

"Український журнал малоінвазивної
та ендоскопічної хірургії"
(Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір.) —
рецензуемий науково-практичний журнал.

"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної
хірургії" цитується та індексується у "Index Medicus",
"Current Contents", "Science Citation Index".

Заснований у 1996 р.

Видається 4 рази на рік.

Затверджено
ВАК України 1997/1999 р.

Затверджено
Міжнародним Центром ISSN 5.VII.1998 р.

"Ukrains'kij žurnal maloinvazivnoi
ta endoskopičnoj hirurgii"
(Ukr. ž. maloinvazivnoi endosc. hir.)

"Ukrainian Journal of Minimally Invasive
and Endoscopic Surgery"
(Ukr. J. Minimally Invasive Endosc. Sur.)

Established in 1996.

Published quarterly.

Засновник
Український фонд підтримки та розвитку
нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії

Видавець
Київський клінічний госпіталь

Мова видання
українська, російська, англійська.

Сфера розповсюдження
загальнодержавна, зарубіжна.

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ #2301, 23.XII.1996

Сканування, дизайн та комп'ютерна верстка
Кущенко С. О.

Головний редактор
Данчин О. Г.

Заступник головного редактора
Бойчак М. П.

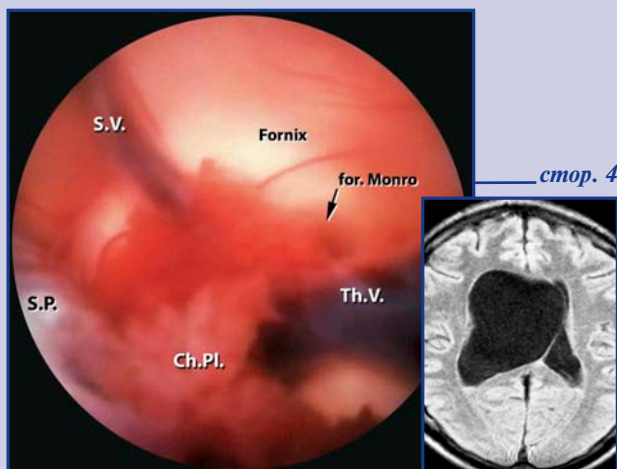
Редактори
Голік Л. А., Лурін І. А., Грубнік В. В.

Редакційна колегія
Возіанов О. Ф.
Венцковський Б. М.
Білий В. Я.
Bauer V. L. (Germany)
Бурий О. М.
Cohen A. R. (USA)
Заболотний Д. І.
Запорожан В. М.
Зозуля Ю. О.
Зубарев П. М. (Росія)
Grotenhuis J. A. (Netherlands)
Fukushima T. (USA)
Мамчич В. І.
Нікішаєв В. І.
Ничитайло М. Ю.
Orljansky V. (Austria)
Педаченко Є. Г.
Perneczky A. (Germany)
Поліщук М. Є.
Радіонов Б. В.
Руденко А. Ю.
Саєнко В. Ф.
Samii M. (Germany)
Shabus R. (Austria)
Sosna A. (Чехія)
Teo Ch. (USA)
Тимофеев О. О.
Тофан А. В.
Цімбалюк В. І.
Щеглов В. І.

Шеф-редактор
Алхазян А. А.

Адреса редакції
01133, Київ, вул. Госпітальна, 18
тел./факс: (044) 522-8379

www.endoscopy.com.ua
www.gvkg.kiev.ua



стор. 4

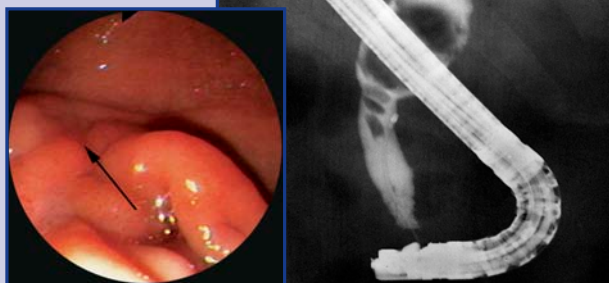
КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

- 10 Аналіз причин невдачі ендоскопічних транспапільярних втручань у хворих з біліарною патологією
Коломійцев В.І., Дутка Я.Р., Павловський М.П.
Analysis of Reasons of Inefficiency of Therapeutic Endoscopy in Patients with Biliary Pathology
V.I. Kolomyitsev, Ya.R. Dutka, M.P. Pavlovsky

ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

- 4 Эндоскопическая фенестрация *Septum Pellucidum* и устранение обструкции *foramen Monro* при окклюзионной гидроцефалии боковых желудочков
Данчин А.А., Полищук Н.Е., Данчин А.Г.
Endoscopic Fenestration of Septum Pellucidum and Re-canalization of Foramen Monro in Cases of Obstructive Hydrocephalus of Lateral Ventricles
A.A. Danchin, N.E. Polischuk, A.G. Danchin

стор. 10



МАТЕРІАЛИ ІІІ СИМПОЗИУМУ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ-ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ "СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ"

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ

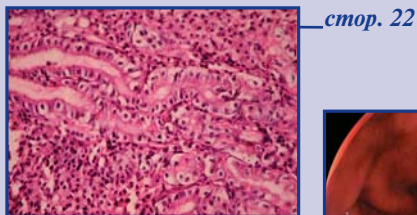
- 16 Современная тактика лечения ахалазии пищевода
Грубник В.В., Малиновский А.В.
- 17 Клініко-ендоскопічні особливості деяких ускладнень в бариатричній хірургії
Бурій О.М., Терешкевич І.С.
- 19 Современные эндоскопические методики в лечении ахалазии кардии
Лаврик А.С., Тывончук А.С., Згонник А.Ю.
- 19 Варианты фундопликации по Ниссену при лапароскопических антирефлюксных операциях: проспективное исследование
Грубник В.В., Малиновский А.В.
- 20 Критерии выбора и способы холецистолитотомии
Шевченко Б.Ф., Бабий А.М., Косинский А.В., Пролом Н.В.
- 21 Озоно-квантовая терапия в малоинвазивной хирургии псевдокист поджелудочной железы
Шевченко Б.Ф., Газдок П.В., Косинский О.В., Пролом Н.В.



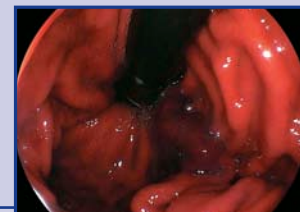
стор. 17

ЕНДОСКОПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКТ

- 22 Роль цитологічних методів в діагностичному алгоритмі ерозивно-виразкових і неопластичних захворювань шлунка
Гомоляко І.В., Бурій О.М.
- 24 Ендоскопічні методи лікування ускладненого перебігу холедохолітіазу
Дзвонковський Т.М., Дзвонковська Т.Т.
- 24 Досвід ендоскопічного гемостазу при виразкових кровотечах та передбачення його ефективності
Артюшенко М.С., Білик Ю.Д., Палфій І.Ю., Тумак І.М., Гула А.М., Гасьошин В.А.
- 25 Изменение слизистой оболочки желудка у больных с синдромом Меллори-Вейсса
Задорожний А.М., Никишаев В.И.



стор. 22



стор. 25

ЕНДОСКОПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШКТ

- 27 **Эндоскопическое лигирование в лечении активных кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода**
Гидирим Г.П., Мишин И.В., Долгий А.Н., Данч А.В., Заставницкий Г.М.
- 27 **Безоари травного каналу: ендоскопічні аспекти — огляд літератури та власний досвід**
Кімакович В.Й., Савицький Я.М., Тумак І.М., Артюшенко М.Є., Білик Ю.Д., Швидкий Я.Б.
- 29 **Повторный эндоскопический гемостаз при рецидиве гастродуоденального кровотечения**
Долгий А.Н., Гуцу Е.В.
- 29 **Ендоскопічна балонна пілороділяція в комплексному хірургічному лікуванні ускладнень виразкової хвороби**
Косинський О.В.
- 30 **Применение лапароскопических вмешательств на желчных протоках у больных с механической желтухой**
Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В.
- 31 **Эндоскопическая ориентация в луковиче двенадцатиперстной кишки**
Никишаев В.И.
- 32 **Профилактика осложнений после полипэктомии**
Никишаев В.И.
- 34 **Возможности комбинированных малоинвазивных вмешательств при лечении больных с холедохолитиазом**
Грубник В.В., Герасимов Д.В., Ткаченко А.И.
- 34 **Эндоскопия в диагностике и лечении патологии протоков поджелудочной железы и желчевыведительной системы**
Кутовой А.Б., Ершова С.Ю., Швайдак С.И., Пелех В.А., Люлька В.И., Губарь А.С., Пимахов В.В.
- 35 **Критерії ендоскопічної діагностики і визначення ендоскопічної активності неспецифічного виразкового коліту**
Симонова О.В., Бойко Т.И.
- 36 **Спосіб видалення із шлунка ендоскопа, що вклинився дистальним кінцем у стравохід**
Тофан А.В., Баранніков К.В.
- 37 **Особенности колоноскопической полипектомии**
Шевелюк С.Б., Орлов О.Л., Криворук О.М.
- 38 **Ранние и поздние осложнения после эндоскопических транспиллярных вмешательств**
Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Леоненко С.Н.
- 39 **Спосіб профілактики кровотечі при електроексцизії великих поліпів із органів шлунково-кишкового тракту**
Тофан А.В., Шевелюк Н.О., Баранніков К.В., Орлов О.Л.
- 40 **Ризик реколонізації *h. pylori* та рецидиву виразково-ерозивних уражень після ерадикаційної терапії у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки**
Швидкий Я.Б., Тумак І.М., Кімакович В.Й.
- 41 **Тактика лечения осложнений после рентгенэндоскопических вмешательств на желчных путях**
Тамм Т.И., Даценко Б.М., Крамаренко К.А., Непомнящий В.В., Захарчук А.П., Мамонтов И.Н., Чефанов А.В.



— стор. 27

— стор. 38

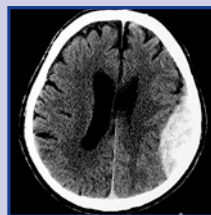


ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

- 43 **Диагностическая и лечебная видеоторакоскопия при закрытой травме груди**
Байдан В.В., Грубник В.В., Байдан В.И., Шипулин П.П., Козяр О.Н.
- 44 **Видеоторакоскопические операции при спонтанном пневмотораксе**
Мартынюк В.А., Байдан В.В., Шипулин П.П., Козяр О.Н., Байдан В.И., Поляк С.Д., Кирилук А.А.
- 45 **Роль видеоторакоскопических операций в диагностике и лечении заболеваний легких и средостения**
Шипулин П.П., Байдан В.В., Мартынюк В.А., Байдан В.И., Козяр О.Н., Севергин В.Е., Кирилук А.А.

НЕЙРОХІРУРГІЯ / НЕЙРОТРАВМАТОЛОГІЯ

- 47 **Опыт хирургического лечения больных с инсульт-гематомами головного мозга**
Агзамов М.К., Берснев В.П.
- 47 **Малоинвазивный способ удаления инсульт-гематом головного мозга**
Агзамов М.К., Берснев В.П.
- 48 **Малоінвазивне видалення травматичних внутрішньочерепних епідуральних та субдуральних крововиливів з використанням локального фібринолізу**
Горбатюк К.І.
- 50 **Комплексне лікування пролежнів у потерпілих із поєднаною спинальною травмою в періоді реабілітації травматичної хвороби**
Пендраковський К.В., Лурін І.А.



— стор. 48

— стор. 54



СУДИННА ХІРУРГІЯ

- 53 **Роль эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен голени в лечении тяжелой хронической венозной недостаточности**
Гуцу Е.В., Касьян Д.А., Кулюк В.С., Запорожан А.А.

ЛОР-ХІРУРГІЯ

- 53 **Морфологічні особливості папілом гортані, видалених з використанням методів ендоскопічної мікрохірургії**
Клочков Є.І., Савченко Т.Д., Кікоть Ю.В.

УРОЛОГІЯ

- 54 **Лапароскопическая адреналэктомия: анализ результатов**
Дяченко В.В., Гулько О.Н., Литвиненко А.Н., Черный В.В., Лукуча И.И., Хмель В.В.

НАВЧАННЯ В ЕНДОСКОПІЙ ХІРУРГІЇ

- 56 **К вопросу подготовки врачей-курсантов по специальности "эндоскопия"**
Губанов Д.С.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ФЕНЕСТРАЦИЯ *SEPTUM PELLUCIDUM* И УСТРАНЕНИЕ ОБСТРУКЦИИ *FORAMEN MONRO* ПРИ ОККЛЮЗИОННОЙ ГИДРОЦЕФАЛИИ БОКОВЫХ ЖЕЛУДОЧКОВ

Данчин А.А., Полищук Н.Е., Данчин А.Г.

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного военно-медицинского клинического центра “Главный военный клинический госпиталь” МО Украины, Киев
Кафедра нейрохирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Endoscopic Fenestration of Septum Pellucidum and Re-canalization of Foramen Monro in Cases of Obstructive Hydrocephalus of Lateral Ventricles

A.A. Danchin, N.E. Polischyk, A.G. Danchin

Clinic of Neurosurgery and Neurology, Main Military Clinical Hospital of the Defense Ministry, Kiev, Ukraine
Chair of Neurosurgery, National Medical Academy for Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

Received: March 18, 2009

Accepted: April 11, 2009

Адреса для кореспонденції:

Клініка нейрохірургії та неврології
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел./факс.: +38-044-522-83-79
e-mail: bomartin@yandex.ru

Summary

We describe the new method of endoscopic operation in cases of septum pellucidum pathology, which make occlusion of foramen Monro and lateral ventricle hydrocephaly. We offer to make two-step endoscopic operation — fenestration of septum pellucidum for new connection of both lateral ventricles and the next step is endoscopic re-canalization of foramen Monro on side of biggest lateral ventricle. This endoscopic operation was successfully performed for 25-years patient with such pathology of septum pellucidum. The follow-up period of 18 months showed regress of ventricular hydrocephaly and decries of sizes of lateral ventricles.

So, offered by us endoscopic fenestration of septum pellucidum with re-canalization of foramen Monro is the minimally invasive and effective kind of operations, which can be used in routine neurosurgical practice as the alternative to shunting operations.

Key words: endoscope, foramen Monro, septum pellucidum, hydrocephaly.

Введение

Патология прозрачной перегородки, вызывающая обструкцию межжелудочкового отверстия и приво-

дящая к развитию гидроцефалии боковых желудочков, требует проведения хирургического лечения. Целью операции является выведение избыточного количества ликвора из гидроцефально расширенного бокового желудочка. Наиболее распространенным методом оперативного лечения считается вентрикулоперитонеальное шунтирование, однако оно имеет ряд недостатков, основным из которых является дисфункция шунта [3,8].

Применение эндоскопических технологий позволило несколько иначе подойти к вопросу хирургического лечения подобных патологических состояний. Эти технологии позволяют восстановить естественный ликвороотток из патологически расширенного бокового желудочка — путем фенестрации *septum pellucidum* формируется сообщение обоих боковых желудочков, с последующим дренированием ликвора из них через не вовлеченное в окклюдующий процесс отверстие Монро (со стороны нерасширенного бокового желудочка) [6].



Рис. 1

Используемые нами жесткие нейроэндоскопы *Hopkins II*, *Karl Storz GmbH & Co.* (Tuttlingen, Germany) и *Zimmer-Linvatec Bristol-Myers Squibb* (USA), микроинструменты — ножницы, биопсийные щипцы, электроды.

Целью нашей работы стала разработка эндоскопического хирургического вмешательства, которое бы позволило:

- I. выполнить фенестрацию межжелудочковой перегородки для сообщения обоих боковых желудочков;
- II. устранить окклюзию ликвора путем освобождения отверстия Монро на стороне патологически расширенного бокового желудочка.

Материалы и методы

Техническое оснащение

Для проведения эндоскопических операций на ликворосодержащих образованиях и структурах, необходимо наличие нейроэндоскопического оборудования, которое должно включать различные нейроэндоскопы, эффективные микроинструменты, яркий холодный источник света, видеокамеры высокой разрешающей мощности, системы ирригации [4,6]. Эндоскопическая техника по возможности должна иметь оборудование для трехмерной визуализации структур и образований.

Мы использовали жесткие нейроэндоскопы *Hopkins II*, наружного диаметра 2,8–6,0 мм *Karl Storz GmbH & Co.* (Tuttlingen, Germany) и *Zimmer-Linvatec Bristol-Myers Squibb* (USA) из-за их высоких оптических качеств, широкого угла обзора и простой ориентации в пространствах и полостях. Эти эндоскопы, угол обзора

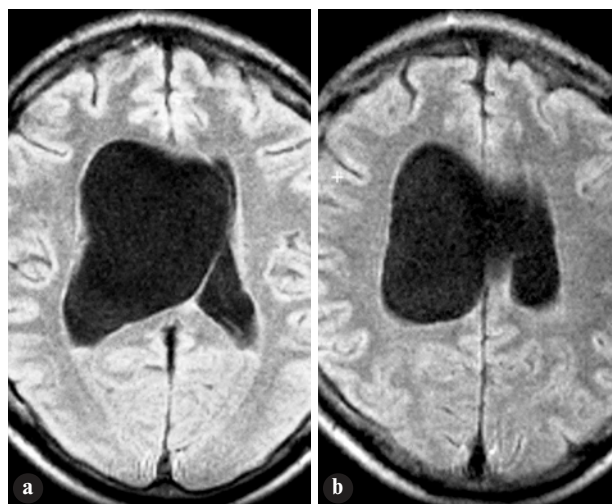


Рис. 2

Предоперационное МРТ головного мозга пациента Я.:

А-В. Правый боковой желудочек значительно расширен в размерах, прозрачная перегородка смещена влево и внедряется в полость левого бокового желудочка, который также деформирован. Правое отверстие Монро окклюзировано. Имеется блок ликворооттока на уровне правого отверстия Монро.

которых составляет 0°, 30°, 70° и 120°, позволяют прекрасно осмотреть желудочковую анатомию. Микроинструменты — инструментарий наружного диаметра 1,7–2,8 мм, ножницы, биопсийные щипцы, электроды, позволяли проводить фенестрацию мембран, биопсию тканей, остановку кровотечений (рис. 1).

Система трехмерной эндоскопии (*3-d*) — *Viking-Systems* (USA), имеет специальные шлемы для хирурга и ассистента, позволяющие в режиме реального времени получать трехмерное интраоперационное изображение [2].

Система записи — *DVR-Ram* (Panasonic), осуществляет фиксирование видеоинформации в цифровом формате. Это значительно упрощает хранение и просмотр операционных данных, а также захват кадров в виде фотографий.

Разработка эндоскопического доступа

Эндоскопический доступ выполнялся исходя из целей, которые были нами сформулированы и поставлены. Рассматривались два вида доступа:

1. доступ в патологически расширенный боковой желудочек из точки, накладываемой на коронарном шве, отступая 3 см от средней линии — для проведения эндоскопической перфорации дна третьего желудочка (*endoscopic third ventriculostomy* — *ETV*). Этот доступ выполнен у 9 взрослых трупов.
2. доступ в боковой желудочек из точки, предложенной Schroeder H., Oertel J. и Gaab M. [6] —

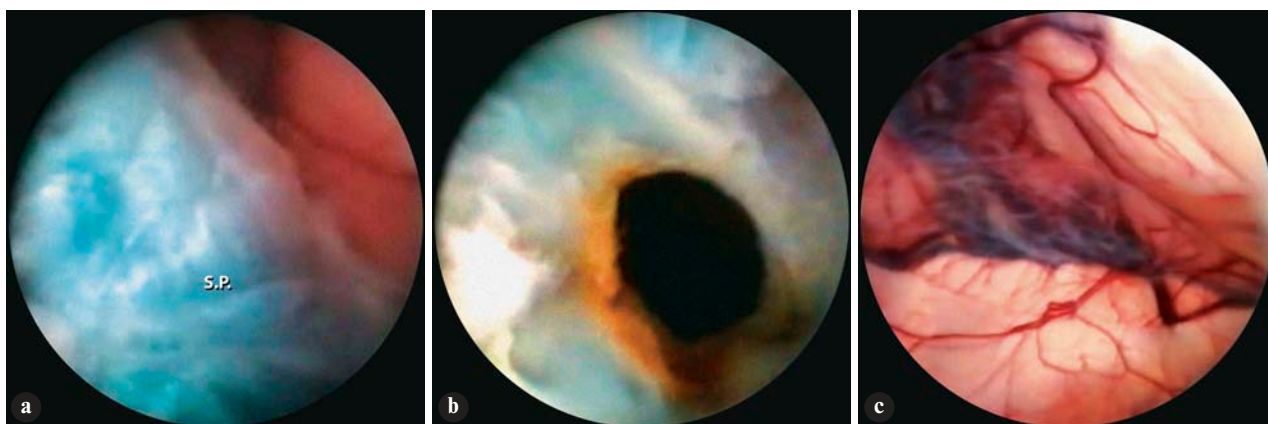


Рис. 3

Эндоскопическая фенестрация septum pellucidum:

А (0°). Эндоскопическая визуализация патологически увеличенной *septum pellucidum* (S.P.) из полости правого бокового желудочка.

В (0°). Фенестрированная *septum pellucidum* — монокоагуляцией выполнена стома размером 1 см в диаметре.

С (0°). Обзор левого бокового желудочка — его стенки представлены нормальным мозговым веществом.

фрезевое отверстие на коронарном шве, отступя 5-6 см от средней линии, на стороне патологически расширенного желудочка. Этот доступ выполнен у 7 трупов взрослых мужчин и женщин.

Осмотр бокового желудочка из первого доступа позволил выполнить как фенестрацию прозрачной перегородки, так и фораминопластику отверстия Монро на стороне хирургического доступа.

Доступ, предложенный Schroeder Н. и соавт. [6], также позволил произвести фенестрацию *septum pellucidum*, однако выполнить фораминопластику *for. Monro* на стороне доступа, не травмируя хориоидальное сплетение и *fornix*, было неосуществимо.

Если целью операции является исключительно фенестрация прозрачной перегородки, то возможно использовать оба вида эндоскопического доступа. В тех случаях, когда в объем эндоскопической операции запланировано устранение окклюзии отверстия Монро, закрытого куполом прозрачной перегородки, то оптимально выполнить доступ к патологическому боковому желудочку, отступя не 5-6 см, а скорее 3 см от стреловидного шва.

После проведения секционных анатомических исследований, нами был успешно применен первый вид доступа для фенестрации прозрачной перегородки и ликвидации обструкции отверстия Монро у пациента с окклюзионной гидроцефалией правого бокового желудочка.

Предоперационная подготовка

Для определения точной локализации, характера, размеров окклюзии желудочковой системы приме-

нялась магнитно-резонансная томография (МРТ) в рутинных T1- и T2-взвешенных режимах, позволявшая получить информацию в трех плоскостях — сагиттальной, аксиальной и коронарной. Основным исследованием также являлась компьютерная томография (КТ) головного мозга.

Хирургическая технология

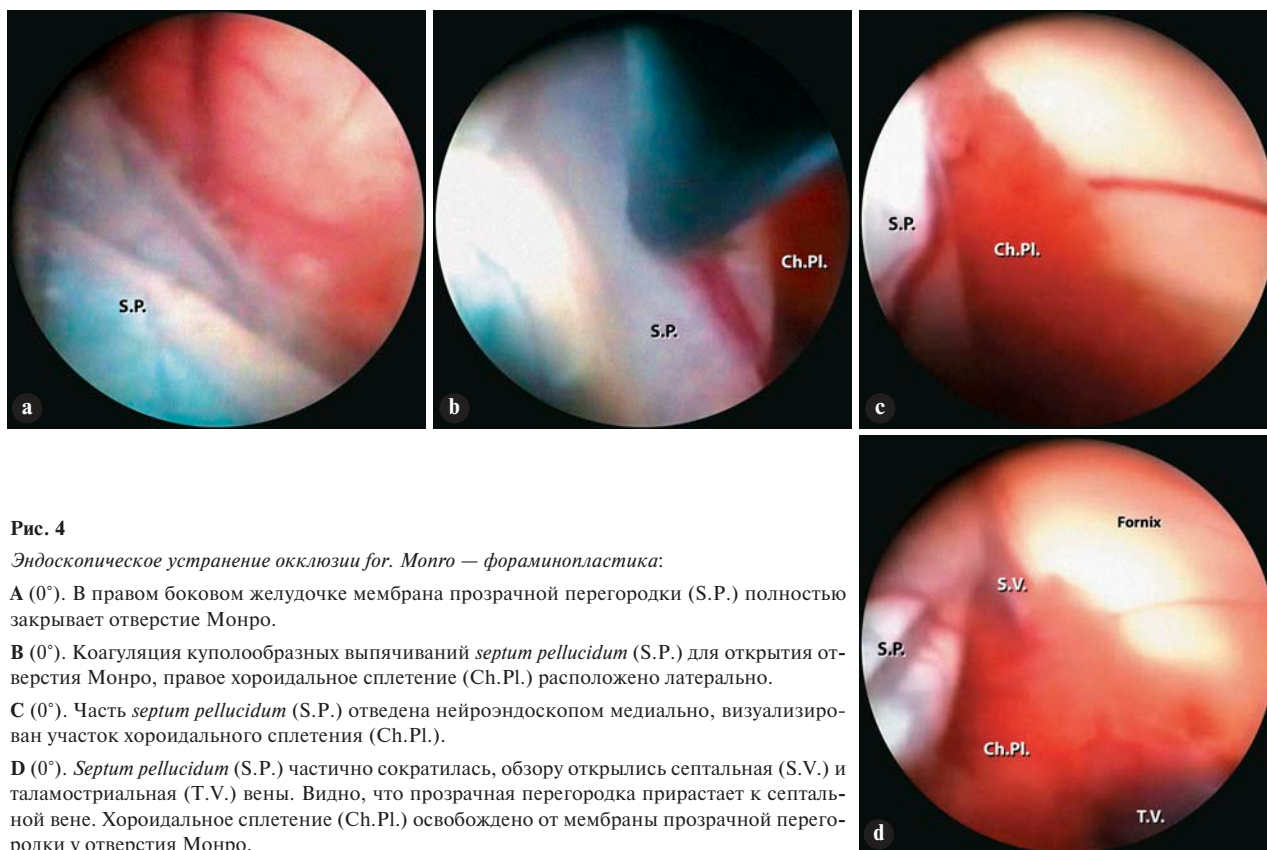
Этап доступа

Эндоскопические оперативные вмешательства проводятся под общей анестезией. Положение пациента — лежа на спине. Голова фиксирована ровно по средней линии, согнута в шее кпереди на 30°.

Окклюзия отверстия Монро, вызванная избыточным аневризматическим увеличением прозрачной перегородки, приводит к несимметричной деформации боковых желудочков, расширению бокового желудочка на стороне обструкции межжелудочкового отверстия и прекращению ликворооттока. Поэтому хирургический доступ осуществляется в более расширенный (гидроцефальный) боковой желудочек.

Линейный разрез кожи в области предполагаемого фрезевого отверстия составляет 3 см и проводится параллельно стреловидному шву, на 3 см его латеральнее. Фрезевое отверстие диаметром 1 см накладывается на коронарном шве. Этот доступ используется также для эндоскопической перфорации дна третьего желудочка.

После вскрытия твердой мозговой оболочки (ТМО) и коагуляции арахноидальной оболочки в расширенный желудочек вводится троакар (тубус со

**Рис. 4**

Эндоскопическое устранение окклюзии for. Monro — фораминопластика:

A (0°). В правом боковом желудочке мембрана прозрачной перегородки (S.P.) полностью закрывает отверстие Монро.

B (0°). Коагуляция куполообразных выпячиваний *septum pellucidum* (S.P.) для открытия отверстия Монро, правое хороидальное сплетение (Ch.Pl.) расположено латерально.

C (0°). Часть *septum pellucidum* (S.P.) отведена нейроэндоскопом медиально, визуализирован участок хороидаального сплетения (Ch.Pl.).

D (0°). *Septum pellucidum* (S.P.) частично сократилась, обзору открылись септальная (S.V.) и таламостриальная (T.V.) вены. Видно, что прозрачная перегородка прирастает к септальной вене. Хороидальное сплетение (Ch.Pl.) освобождено от мембраны прозрачной перегородки у отверстия Монро.

штифтом), подключенный к системе ирригации. Направление движения тубуса в сагитальной плоскости — к средней линии, в коронарной плоскости — к условно проведенной линии, соединяющей наружные слуховые проходы. Глубина проникновения через мозговое вещество — 4–6 см, в зависимости от размеров гидроцефального желудочка. О попадании в желудочек свидетельствует "чувство провала", поэтому проведение троакара через мозг должно быть медленным, предпочитают плавные полукруговые движения троакаром вокруг своей оси. Это позволяет практически бескровно достигнуть вентрикулярной системы. Штифт троакара удаляется и в желудочек вводится нейроэндоскоп/вентрикулоскоп.

Эндоскопическая фенестрация septum pellucidum

В полости бокового желудочка необходимо идентифицировать его боковую стенку, которая находится латерально. Медиально в зоне обзора визуализируется мембрана прозрачной перегородки, которая колеблется и куполообразно выворачивается в оба боковых желудочка. Мембрана может быть значительно истонченная и полупрозрачная, либо она плотная, непрозрачная, белесовато-серого цвета, практически лишенная сосудов. Моноэлектродом в

бессосудистой зоне выполняется ее коагуляция и перфорация, которая может быть расширена микроножницами. Через сформированную стому открывается осмотру противоположный боковой желудочек, он меньших размеров и сосудистый рисунок его внутренней поверхности более схож с внутренней поверхностью арахноидальной кисты, чем с нормальной анатомией бокового желудочка.

Эндоскопическое устранение окклюзии for. Monro — фораминопластика

Аневризматически расширенный купол межжелудочковой перегородки выполняет просвет *for. Monro* на стороне более широкого желудочка, препятствуя ликвороттоку. Мембрана прозрачной перегородки может полностью укрывать отверстие Монро и его анатомически значимые ориентиры — *septal vien, choroid plexus, thalamostriale vien, fornix*.

В подобной ситуации необходима правильная ориентация в полости бокового желудочка и поиск навигационных ориентиров, наиболее ценным из которых является хороидальное сплетение. Нужно найти *choroid plexus* и по нему двигаться в сторону отверстия Монро. Коагуляция куполов мембраны прозрачной перегородки в нескольких местах позволяет

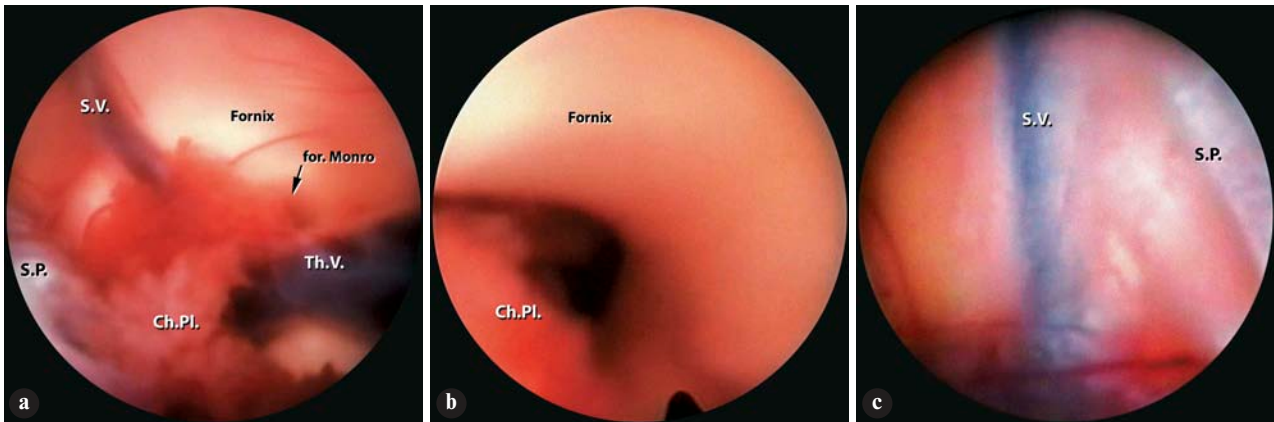


Рис. 5

Эндоскопическая инспекция *for. Monro* после устранения его окклюзии:

А (0°). Правое отверстие Монро освобождено от *septum pellucidum* (S.P.). Визуализируются: септальная вена (S.V.), таламостриальная вена (Th.V.), хороидальное сплетение (Ch.Pl.).

В (30°). Через отверстие Монро ликвор из правого бокового желудочка беспрепятственно поступает в полость третьего желудочка. Ликвороциркуляция в желудочковой системе восстановлена.

С (0°). Септальная вена (S.V.) левого бокового желудочка — осмотр через фенестрированную прозрачную перегородку (S.P.).

ей значительно сократиться и частично отойти от отверстия Монро. Возможно выполнить механическую тракцию мембраны прозрачной перегородки в медиальном направлении для освобождения *for. Monro*.

Отверстие Монро полностью открыто, когда обзор становится доступна септальная вена, отходящая от него в медиальном направлении. Эндоскопический обзор межжелудочкового отверстия позволяет убедиться в его полной проходимости и отсутствии препятствий для ликворооттока. С целью последующего предотвращения повторной окклюзии отверстия Монро куполом прозрачной перегородки последний круговыми движениями коагулируется моноэлектродом (мембрана сокращается и натягивается).

Результаты и их обсуждение

В 2007 году по разработанной нами методике был успешно оперирован взрослый пациент, который длительное время страдал упорными головными болями.

Больной Я., 25 лет, военнослужащий МЧС, в сентябре 2007 года обратился в клинику нейрохирургии и неврологии ГВМКЦ "ГВКГ" МО Украины с жалобами на выраженные головные боли, головокружение, снижение работоспособности, повышенную утомляемость.

После выполнения МРТ головного мозга и диагностированной патологии прозрачной перегородки, вызвавшей окклюзию отверстия Монро правого бокового желудочка и развитие несимметричной гидроцефалии боковых желудочков, пациенту была выполнена эндоскопическая фенестрация прозрачной перегородки в комбинации с устранением обструкции правого отверстия Монро и восстановлением через него ликворооттока (рис. 2-5).

В послеоперационном периоде головные боли регрессировали, осложнений не наблюдалось. Пациент был выписан в удовлетворительном состоянии. Период последующего наблюдения составил 18 месяцев — контрольная компьютерная томография головного мозга показала достоверное уменьшение размеров правого бокового желудочка, что свидетельствовало об эффективности и стойком положительном результате проведенного эндоскопического оперативного лечения (рис. 6).

По данным литературы [4,6], при патологии прозрачной перегородки основной акцент оперативного вмешательства нейрохирургами, предлагающими эндоскопические методики, делается на разрушение самой *septum pellucidum*. Так, Schroeder H. и соавт. (2007), ограничиваются ее перфорацией, исходя из того, что ликвор из обоих боковых желудочков дренируется через отверстие Монро меньшего желудочка [6].

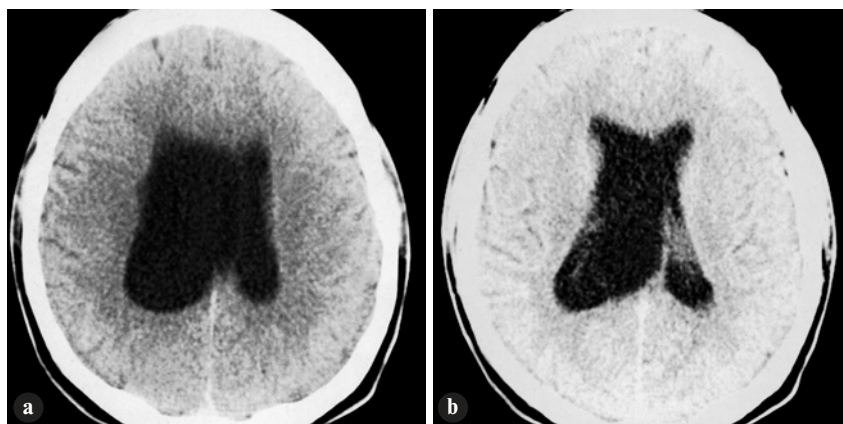
Grotenhuis A. (1995), описывая эндоскопические операции на боковых желудочках, предлагает перфорировать прозрачную перегородку в тех случаях, когда она дубликатурой формирует "пятый" либо "шестой" желудочек, вызывая окклюзионную гидроцефалию [4]. Аналогичного мнения придерживаются Weyerbrock A. и соавт. (2006), выполняя фенестрацию обеих латеральных стенок прозрачной перегородки у больных с гидроцефалией боковых желудочков [7].

Мы предлагаем расширить объем эндоскопического оперативного вмешательства при подобной патологии, дополнив его устранением окклюзии отверстия Монро, что позволяет возобновить ликвороотток из обоих боковых желудочков через два отверстия Монро, и является более физиологичным состоянием для пациента. Однако это возможно выполнить лишь при правильной ориентации в полости значительно увеличенного желудочка.

Рис. 6

КТ головного мозга пациента Я. через 18 месяцев после операции:

А-В. Размер боковых желудочков уменьшился, что свидетельствует об эффективности проведенной эндоскопической операции.



Общее мнение различных исследователей — трудности в ориентировании [4-7]. Когда основные анатомические образования желудочковой системы недоступны для визуализации, цель операции может быть недостижима. Одни авторы предлагают использовать для упрощения ориентации нейронавигационное оборудование [6,7], другие предпочитают интраоперационно применять эндонеуронографию [5].

На наш взгляд, подобные проблемы возникают при выполнении "неклассических" эндоскопических доступов к желудочковой системе — смещение плоскости направления эндоскопа нарушает привычный, ставший уже классическим обзор бокового желудочка и отверстия Монро с его анатомическими "маячками" — венами и хориоидальным сплетением [1,4].

В предлагаемом нами оперативном методе и в описанном наблюдении доступ к боковому желудочку осуществлен из точки, применяемой для эндоскопической вентрикулостерности. Его преимущество именно в том, что даже полностью закрытое мембраной прозрачной перегородки отверстие Монро потенциально расположено в прямолинейной траектории движения эндоскопа и его обнаружение не составляет большой трудности, хотя и требует идентификации взаимно расположенных хориоидального сплетения и таламостриальной и септальной вен. Использование 3-d эндоскопии способствует верной оценке топографо-анатомических структур и образований вентрикулярной системы. Это привело к выполнению полного объема запланированного эндоскопического оперативного вмешательства и последующему положительному результату лечения.

Выводы

При выполнении эндоскопического доступа к гидроцефально расширенному боковому желудочку из точки, применяемой для перфорации дна третьего желудочка, возможно выполнение не только фенес-

трации прозрачной перегородки, но и устранение окклюзии отверстия Монро в указанном желудочке с восстановлением ликворотока.

Разработанная нами операция при гидроцефалии боковых желудочков головного мозга, возникающей при патологии прозрачной перегородки и окклюзии межжелудочкового отверстия, является альтернативой шунтирующим операциям и может быть рекомендована в применение в повседневной нейрохирургической практике как эффективный и минимально инвазивный вид хирургического лечения.

Литература

1. Данчин А.А. (2007) Вентрикулостомия и вентрикулоскопия желудочковой системы головного мозга — анализ интраоперационных данных и результаты лечения 53 пациентов. Укр. ж. малоінвазивної та ендоскоп. хірургії. Vol. 11; 1: 4-14
2. Данчин А.А. (2008) Трехмерные эндоскопические топографо-анатомические ориентиры оптико-каротидной области при эндоскопических хирургических вмешательствах на арахноидальных кистах средней черепной ямки. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 12; 1: 3-12
3. Ginsberg H.J., Drake J.M., Peterson T.M., Cobbald R.S.C. (2006) Recanalization of obstructed cerebrospinal fluid ventricular catheters using ultrasonic cavitation. Operative Neurosurgery. Vol. 59; 2: 403-412
4. Grotenhuis A. (1995) Manual of endoscopic procedures in neurosurgery. (The Netherlands). Machaon (eds). p. 86-87
5. Resch K.D.M., Schroeder H.W.S. (2007) Endoneurosonography: technique and equipment, anatomy and imaging, and clinical application. Operative Neurosurgery. Vol. 61; 1: 146-160
6. Schroeder H.W.S., Oertel J., Gaab M.R. (2007) Endoscopic treatment of cerebrospinal fluid pathway obstructions. Operative Neurosurgery. Vol. 60; 2: 44-52
7. Weyerbrock A., Mainprize T., Rutka J.T. (2006) Endoscopic fenestration of a symptomatic cavum septum pellucidum: technical case report. Operative Neurosurgery. Vol. 59; 2: 491
8. Wu Y., Green N.L., Wrench M.R., Zhao S., Gupta N. (2007) Ventriculoperitoneal shunt complication in California: 1990 to 2000. Neurosurgery. Vol. 61; 3: 557-563

АНАЛІЗ ПРИЧИН НЕВДАЧІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З БІЛІАРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Коломійцев В.І., Дутка Я.Р., Павловський М.П.

Кафедра хірургії №1 Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, Львів, Україна

Analysis of Reasons of Inefficiency of Therapeutic Endoscopy in Patients with Biliary Pathology

V.I. Kolomytsev, Ya.R. Dutka, M.P. Pavlovsky

Chair of Surgery #1, Lviv National Medical University named by Danylo Galytskyj, Ukraine

Received: April 9, 2009

Accepted: May 2, 2009

Адреса для кореспонденції:

Кафедра хірургії №1
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького
вул. Пекарська, 69, Львів, 79010, Україна
Тел.: +38-050-317-35-92
E-mail: vasyi.kolomytsev@gmail.com

Summary

229 patients with the biliary system diseases (the figure covers only 5.5% from total number of such patients) were included into the study. All these patients after complex clinical, laboratory and instrumental testing were assigned to endoscopic therapeutic procedures, which were not possible to carry out or when the direct results were unsatisfactory and required further surgical interventions. The possible reasons for failure of retrograde transpapillary procedures were analyzed, systemized and classified.

Key words: bile ducts, therapeutic endoscopy.

Вступ

Широке впровадження лапароскопічної холецистектомії у біліарну хірургію показало її високу ефективність, мінімальну травматичність, косметичний ефект [1,9]. При наявності біліарної обструкції операцію доповнюють холедохоскопією з літоекстракцією або ендоскопічними ретроградними втручаннями на папілі і жовчних протоках [2-6]. Ендоскопічні ретроградні втручання за показаннями проводять як до холецистектомії, так і після неї, як другий етап при невдачі лапароскопічної холедохоскопії, що зустрічається у 25-40% пацієнтів, частіше при гострому об-

структивному холециститі. Але існує категорія хворих з біліарною патологією, ефективне виконання транспапілярних втручання у яких з різних причин є неможливим [3,4,7,8]. Такі пацієнти вимагають в подальшому повторної, вже відкритої, операції [1,5,7].

Метою цього дослідження було виявлення причин невдачі малоінвазивних ендоскопічних ретроградних методів декомпресії жовчних проток, їх аналіз і класифікація, що дозволить прогнозувати неможливість або неефективність ендоскопічного лікування, уникнути повторних операцій.

Матеріал і методи

На стаціонарному лікуванні від 1999 до 2008 рр. у клініці перебувало 4157 хворих з патологією біліарної системи, ускладненою механічною жовтяницею. На першому етапі діагностичного пошуку за результатами клінічних, лабораторних обстежень, ультрасонографії та, при потребі, комп'ютерної томографії у них підтверджено наявність біліарної патології та механічний характер жовтяниці. Для уточнення діагнозу та з метою усунення обтураючого агента і де-

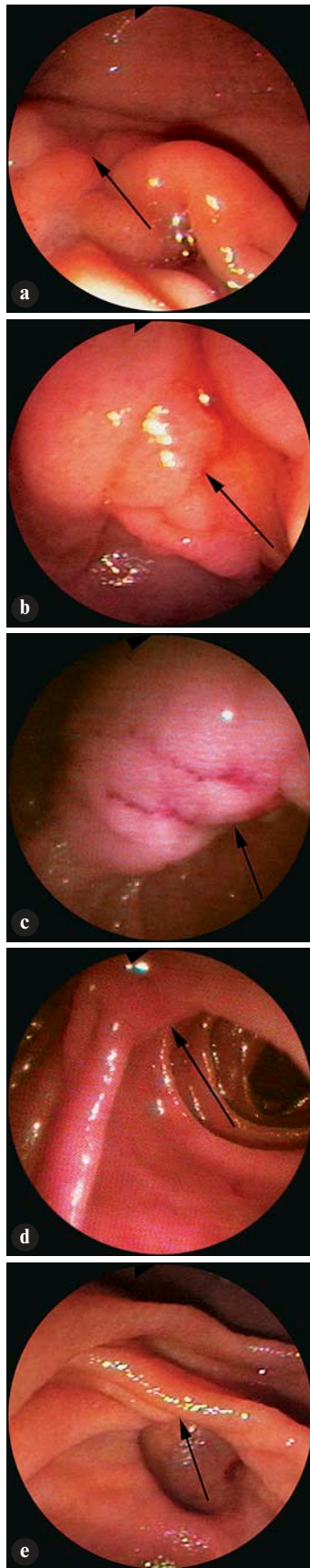


Рис. 1

Анатомічні зміни будови великого дуоденального сосочка, що створювали проблеми для доступу до біліарної системи.

А. Виражена рубцева деформація ВДС.

В. набряк і деформація ВДС і парапапілярної ділянки.

С. ВДС знаходиться в зоні інвазії пухлини головки підшлункової залози у дванадцятипалу кишку.

Д. Вічко ВДС знаходиться у середині невеликого дивертикула.

Е. Низьке розміщення ВДС на межі низхідної і нижньої горизонтальної частин дванадцятипалої кишки.

Стрілка вказує на вічко ВДС.

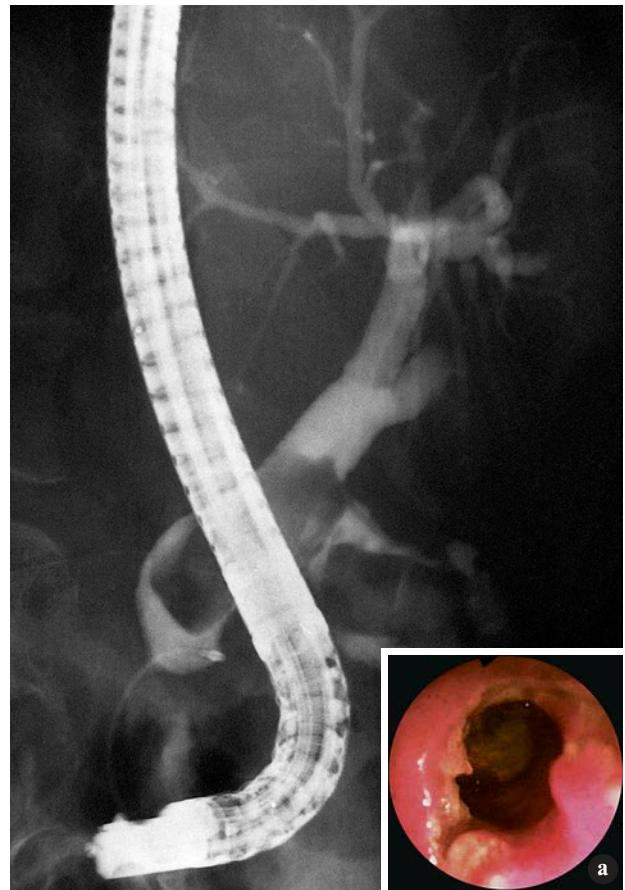


Рис. 2

Великі (25 мм) тверді конкременти, які не вдалося видалити після папілотомії (**а**) і які не піддалися механічній літотрипсії.

компресії жовчних проток усім хворим запропоновано ендоскопічну ретроградну холангіографію (ЕРХГ) з можливим наступним ендоскопічним втручанням.

У 229 (5,5%) пацієнтів ендоскопічні транспапільярні втручання виявилися неефективними. Жінок у цій групі хворих було 142 (62%), чоловіків — 87 (38%); вік хворих — від 22 до 88 років (середній — $61,8 \pm 13,2$ років). ЕРХГ вдалося здійснити у 196 (85,6%) з них. До обстеження не включено хворих на пухлини позапечінкових жовчних проток та підшлункової залози (ПЗ), ускладнених механічною жовтяницею, яким папілосфінктеротомія (ПСТ) або ендобілярне стентування (ЕС) проводили як етап підготовки пацієнта до радикального операційного втручання. Папілотомію для доступу до холедоха та з лікувальною метою для літоекстракції, біліарного стентування, назобілярного дренивання, бужування стриктур і пухлин гепатикохоледоха проведено 159 (69,4%) хворим.

Ендоскопічні обстеження і втручання виконували за допомогою гастродуоденоскопів фірми *Olympus*

(*JF-1T30, TJF-10, JF-140R*) та *Pentax (FD-34V)*. Літотрипсію (ЛТ) проводили механічним літотриптором *Olympus BML-201Q*. Рентгенологічний контроль здійснювали на апараті з електронно-оптичним перетворювачем *Siemens-Sireskop CX*. Для анальгоседації пацієнта використовували премедикацію промедолом з діазепамом або пропафол; в якості спазмолітика з добрим ефектом стосували спазмобру.

Результати й обговорення

Ретроградного контрастування позапечінкових жовчних проток (ПЖП) не вдалося провести у 33 хворих, що становило 0,8% від загальної кількості кваліфікованих до ЕРХГ пацієнтів. Досягнути високого відсотка канюлювання холедоха вдалося завдяки правильній орієнтації канюлі шляхом ендоскопічної пальпації папіли, використанню спеціальних провідників та проведенню попередньої папілотомії голчастим або канюляційним папілотомом, що розкривало вхід до папіли. Основними причинами невдачі були: змінені анатомія великого дуоденального соска (ВДС) (рис. 1), шлунка і дванадцятипалої кишки у 24 (72,7%) хворих та попередні операції на шлунку (резекція за Більрот-ІІ, гастректомія) з формуванням гастроентеро- або езофагоентероанастомозу — 9 (27,3%) пацієнтів. У двох (2,6%) хворих з деформацією і дилатацією шлунка та дванадцятипалої кишки, пов'язаною зі зростаючими або супровідною патологією та ще у двох (2,6%) пацієнтів із стенозом воротаря до папіли просто не вдалося досягнути.

Найбільшу групу хворих, яким вдалося провести ЕРХГ, проте не вдалося ендоскопічно усунути причину біліарної обструкції, становили 78 (34,1%) пацієнтів зі зміненою анатомією НДС, шлунка і дванадцятипалої кишки. Серед цих пацієнтів було 30 (38,5%) — з парапапілярними дивертикулами, 9 (11,5%) — із стенозом або деформацією НДС, 5 (6,4%) — з розміщенням папіли під або поміж гіпертрофованих складок слизової кишки, 3 (3,8%) — з вираженим набряком складок слизової дванадцятипалої кишки при панкреатиті, 3 (3,8%) — при розміщенні НДС далеко у низхідній або у нижній горизонтальній частинах дванадцятипалої кишки, 24 (30,8%) — з деформацією і звуженням дистального відділу холедоха.

У 68 (29,7%) пацієнтів у позапечінкових жовчних протоках були великі тверді конкременти, які не піддалися спробі механічної ЛТ і їх не можна було видалити через недостатній діаметр папілотомічного отвору (рис. 2). Збільшення розрізу папіли було ризикованим, тому що широко розкривався заочеревинний простір або починалася тканина підшлункової залози.

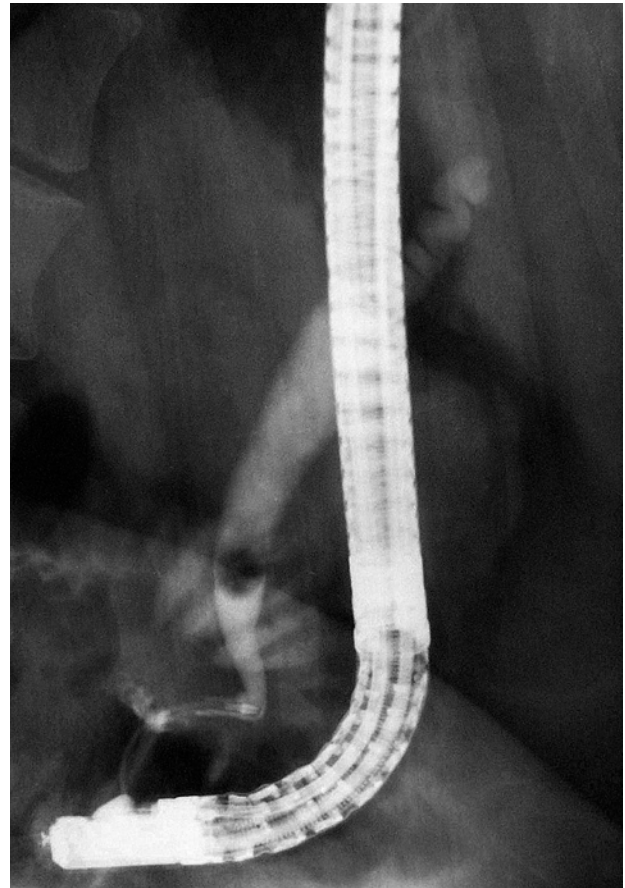


Рис. 3

Нерозширена ретродуоденальна частина холедоха не дозволяє видалити конкремент 7 мм.

Поняття "великий камінь" означає не тільки його величину, а й співвідношення з діаметром термінального відділу холедоха та отвором, який утворюється після ПСТ. Усім хворим цієї групи проведено ЕРХГ, стверджено поширення жовчних проток вище рівня блоку конкрементом. Нижче блоку нерозширений або звужений холедох виявлено у 32 (47,1%) хворих (рис. 3), поступове звуження жовчної протоки в напрямку до папіли у 12 (17,6%) і розширена протока на всьому протязі у 24 (35,3%) пацієнтів. Визначено розміри конкрементів від 8 до 40 мм у найбільшому діаметрі (у середньому — $19,1 \pm 8,1$ мм). ПСТ проведено у 57 (85,1%) пацієнтів з великими конкрементами у жовчних протоках. Тільки ревізію жовчних проток кошиком Дормія проведено 20 (29,9%) хворим, літоекстракцію з біліарного дерева на найбільших конкрементів виконано 22 (32,8%) пацієнтам. Для запобігання розвитку холангіту маніпуляцію завершено ендоскопічним стентуванням жовчних проток з допомогою стентів типу "pigtail" діаметром 8-10 Fr у 7 (10,4%) хворих та назобіліарним дренажуванням ще у 3 (4,5%).



Рис. 4

Синдром *Mirizzi*: твердий конкремент 26 мм блокує загальну жовчну протоку у супрадуоденальній частині.

Синдром *Mirizzi II* (холецисто-холедохеальна норія) з обструкцією каменем просвіту холедоха було діагностовано у 29 (12,7%) хворих. Перед операцією методом ЕРХГ цей діагноз встановлено у 25 (86,2%) пацієнтів (рис. 4). У чотирьох (13,8%) виявлено локальне звуження гепатикохоледоха, генез якого встановити до операції не вдалося. У 22 (88%) хворих при контрастуванні позапечінкових жовчних проток стверджено, що гепатохоледох блокований конкрементом 13-30 мм і що дистальна частина загальної жовчної протоки поширена незначно або нормального діаметру. Над блоком відзначено розширення печінкової протоки 11-35 мм. У 17 хворих виконано ПСТ з ревізією і санацією загальної жовчної протоки, евакуйовано гній, мікролітаз ("замазку"), дрібні конкременти. У 13 пацієнтів обстеження завершили ендобіліарним стентуванням.

Невдачі при ендоскопічному лікуванні синдрому механічної жовтяниці на ґрунті пухлин панкреатобіліарної зони було у 21 (9,2%) хворого, що становило 11,5% від загальної кількості (182) пацієнтів з відповідними пухлинами, яким проводили рентгенендос-

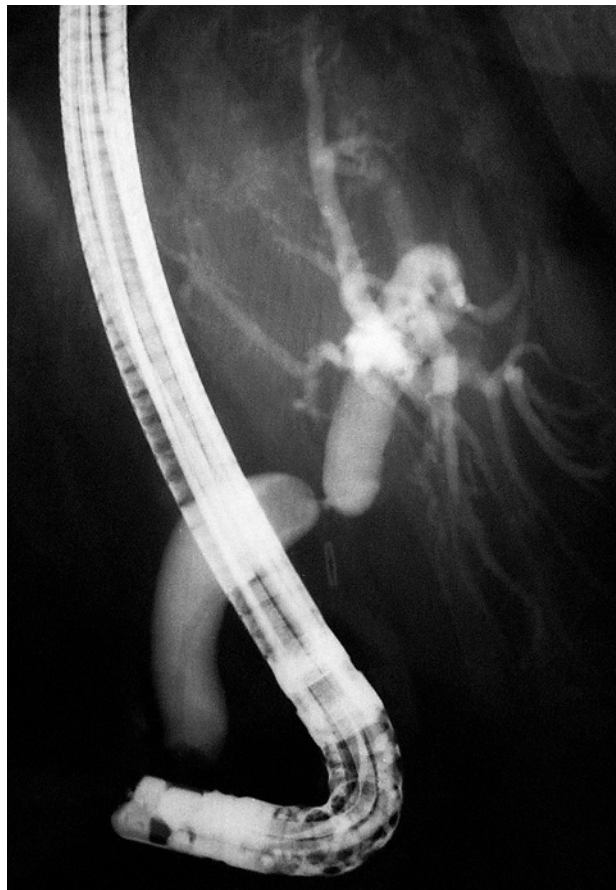


Рис. 5

Ятрогенне пошкодження холедоха, яке призвело до біліарної обструкції: пройти провідником за стриктуру не вдалося.

копічне обстеження і лікування. Двом хворим не вдалося занюлювати холедох; ще у шести — контраст, навіть під тиском, не пройшов вище зони обструкції. Точну локалізацію утвору і місце блоку позапечінкових жовчних проток встановлено або підтверджено з допомогою ЕРХГ у 19 (90,5%) хворих цієї групи; морфологічне підтвердження діагнозу при біопсії отримано лише у 12 (63,2%). Встановити стент не вдалося семи з 23 хворим з пухлинами *Klat-skin'a*, п'яти з 25 хворих з пухлинами супрадуоденальної частини холедоха та дев'яти з 87 з пухлинами головки ПЗ; не було невдач серед 47 пацієнтів з пухлинами великого дуоденального сосочка. Відсоток невдач зменшується від 30,4% до нуля по мірі наближення розміщення пухлини до папіли.

У всіх 3 (1,3%) хворих з кістою жовчної протоки ЕРХГ підтвердило встановлений ультрасонографічно та при комп'ютерній томографії діагноз, проте ПСТ не проводили, тому що спроби транспапілярного лікування кіст холедоха прийнято вважати неефективними. Всі хворі у наступному оперовані: холедохоєюноанастомоз на виключеній за *Roux* петлі

кішки визнано оптимальним методом хірургічного лікування.

Стриктури позапечінкових жовчних проток (післяопераційні, посттравматичні) констатовано у 13 (5,7%) пацієнтів. Всім цим хворим проведено ЕРХГ, на якій виявили звуження або блок на відстані 25-70 мм від вічка папіли. Вище контраст не потрапив у семи (53,8%) хворих (рис. 5). У решти пацієнтів вище ділянки звуження контрастувалася розширена до 13-17 мм загальна жовчна (трьох хворих) або печінкова протоки. ПСТ з ревізією біліарного дерева здійснено 7 (53,8%) хворим на стриктури жовчних проток; п'яти хворим поставлено 1-3 стенти через місце обструкції.

Попередні операції на шлунку (резекція за Більрот-ІІ, гастректомія) були причиною невдачі рентген-ендоскопічного обстеження у 10 (4,4%) хворих, що склали 35,5% від загальної кількості пацієнтів з холедохолітіазом після резекції шлунка або гастректомії. У п'яти хворих, які перенесли резекцію шлунка за Б-ІІ з анастомозом на довгій петлі не вдалося досягнути папіли; у трьох хворих з резекцією на короткій петлі з арелюксним анастомозом виникла проблема при проходженні з шлунка у привідну петлю через гострий кут анастомозу. У двох хворих проведено ЕРХГ з ПСТ, проте значні (12 і 14 мм) за розмірами конкременти не вдалося видалити через тубулярне звуження дистальної частини холедоха.

У 7 (3,1%) пацієнтів стверджено спонтанні білідигестивні нориці (з дванадцятипалою кишкою). Всім цим хворим проведено гастродуоденоскопію та ЕРХГ. Діагноз білідигестивної нориці підтверджено у 6 (85,7%) хворих; у половини з них норицевий хід у дванадцятипалу кишку було знайдено ендоскопічно. У 5 (83,3%) пацієнтів здійснено ЕРХГ з ПСТ та ревізією жовчних проток, на якій стверджено розширення холедоха до 9-20 мм, наявність у ньому повітря і конкрементів. У двох хворих контраст заповнював жовчний міхур і скидався у дванадцятипалу кишку. Після папілотомії у трьох хворих кошиком Дормія видалено конкременти з холедоха.

Отже, основними причинами неможливості усунення біліарної патології з допомогою ендоскопічних транспапільярних втручань були:

1) змінена анатомія, пов'язана з парапапілярними дивертикулами, стенозом або рубцевою деформацією та низьким розміщенням папіли у складці кишки, з деформацією і звуженням дистального відділу холедоха, деформацією і дилатацією шлунка та дванадцятипалої кишки через зрости або супровідну патологію (пухлини і кісти підшлункової залози), виразковим стенозом ворота-ря, вираженим набряком і гіпертрофією складок дванадцятипалої кишки при панкреатиті;

- 2) великі розміри конкрементів у позапечінкових жовчних протоках, що не дозволяє провести літоекстракцію через недостатній папілотомічний отвір;
- 3) синдром Міріцці ІІ (холецисто-холедохеальна нориця);
- 4) післяопераційні та посттравматичні стриктури гепатикохоледоха;
- 5) попередні операції на шлунку (резекція за Більрот-ІІ);
- 6) біліодуоденальні нориці.

Висновки

1. Найчастішою причиною неможливості ендоскопічних транспапільярних втручань при біліарній патології є анатомічні зміни, пов'язані з парапапілярними дивертикулами, стенозом або деформацією папіли і дистального відділу холедоха.
2. Значні проблеми для ретроградного контрастування жовчних проток виникають у хворих після операцій на шлунку — резекція за Більрот-ІІ.
3. При плануванні лапароскопічної холедохоскопії з літоекстракцією хворим рекомендовано провести не лише променеву діагностику (УЗД, КТ), а й дуоденоскопію для оцінки можливості транспапільярних втручань.

Література

1. Амосов А.Б., Дмитриев В.В., Гужва А.В. (2003) Категории сложности в "золотом стандарте" лечения холелитиаза. Эндоскопическая хирургия. 1: 20-22
2. Коломійцев В.І. (2004) Віддалені результати і наслідки ендоскопічної папілосфінктеротомії у хворих на доброякісну біліарну патологію. Acta Medica Leopoliensia. 10; 2: 91-96
3. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. (2006) Современные подходы в лечении холедохолитиаза, осложненного гнойным холангитом. Буковинський медичний вісник. 10; 1: 124-126
4. Насташенко І.Л. (2001) Осложнения эндоскопической папилосфинктеротомии. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 5; 4: 10-13
5. Ничитайло М.Ю., Кондратюк О.П., Литвиненко О.М. і співавт. (2000). Діагностика і хірургічне лікування синдрому Міріцці. Клінічна хірургія. 10: 33-35
6. Павловський М.П., Шахова Т.І., Коломійцев В.І. і співавт. (1999) Діагностика і лікування холестазу при обструкції жовчовивідних шляхів доброякісного і злоякісного генезу. Науковий вісник Ужгородського університету. 8: 105-107
7. De Keuleneer R., Maassarani F., Lallemand B. (2002) Mirizzi syndrome with a double biliary fistula. Acta Chir. Belg. 102; 5: 345-347
8. Hazzan D., Golijanin D., Reissman P. et al. (1999) Combined endoscopic and surgical management of Mirizzi syndrome. Surg. Endosc. 13; 6: 618-620
9. Seitz U., Bapaye A., Bohnacker S. et al. (1998) Advances in therapeutic endoscopic treatment of common bile duct stones. World J. Surg. 22; 11: 1133-1144



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ



АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ



УКРАЇНСЬКИЙ ФОНД ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ
НЕЙРОЕНДОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

Матеріали ІІІ симпозиуму
Асоціації лікарів-ендоскопістів України

«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»

28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв



**Спонсор видання матеріалів симпозиуму —
КИЇВСЬКИЙ КЛІНІЧНИЙ ГОСПІТАЛЬ**

АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія",
28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Грубник В.В., Малиновский А.В.

Кафедра хирургии №1, Одесский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница, Украина

Esophageal Achalasia — The Modern Methods of Treatment

V.V. Grubnik, A.V. Malinovskyi

Chair of Surgery #1, Odessa State Medical University, Regional Clinical Hospital, Odessa, Ukraine

Summary

The article describes modern and conventional methods of treatment of esophageal achalasia: medical treatment, endoscopic botulinum toxin injection, balloon dilation, open and laparoscopic cardiomyotomy. Long-term results and complications are also described. Based on analysis of literature and own experience, the distinct practical guidelines for usage of these methods in different stages of achalasia were created.

Key words: esophageal achalasia, balloon dilation, laparoscopic cholecystectomy.

Актуальность темы

Ахалазия пищевода (АП) — тяжелое нервно-мышечное заболевание, характеризующееся функциональной непроходимостью пищеводно-желудочного перехода (ПЖП) и снижением тонуса пищевода, приводящее к прогрессирующей дисфагии и развитию ряда осложнений (пневмония, эзофагит, плоскоклеточный рак пищевода). Известно 4 основных метода лечения АП: медикаментозное лечение, эндоскопическое введение ботулотоксина в нижний пищеводный сфинктер (НПС), кардиодилатация и хирургический метод.

Медикаментозное лечение

Медикаментозное лечение является наименее эффективным из-за неполного, временного купирования симптомов, ограниченного фармакокинетическими свойствами препарата. Используются М-холинолитики, миотропные спазмолитики, пролонгированные нитраты и пролонгированные блокаторы кальциевых каналов. По причине низкой эффективности и наличия побочных эффектов, лекарственная терапия не используется как самостоятельный способ лечения и показана в качестве вспомогательного метода при подготовке к другим методам лечения и после их применения.

Эндоскопическое введение ботулотоксина

Эндоскопическое введение ботулотоксина в НПС является более эффективным методом лечения АП, чем лекарственная терапия. Метод основан на способности ботулинового токсина типа А блокировать холинергические синапсы, тем самым вызывая расслабление НПС. Препараты ботулотоксина (*Botox* и *Dysport*) вводятся во время эндоскопии в области ПЖП. Однако, отличные и хорошие отдаленные результаты через 6 месяцев определяются лишь у 40-60% больных I-II стадий АП, у пациентов III стадии этот результат существенно хуже [4,10]. Поэтому эндоскопическое введение ботулотоксина оправдано у пациентов I и II стадии АП при отказе или противопоказаниях к дилатации и хирургическому лечению как более эффективным методом.

Баллонная дилатация

Сущность кардиодилатации состоит в частичном разрыве циркулярных волокон НПС и рубцовой ткани, присутствующей здесь в поздних стадиях. В настоящее время используется 2 вида баллонных дилаторов: гидростатические для дилатации под эндоскопическим контролем (баллон вводится через инструментальный канал эндоскопа (*through-the-scope*)) и пневматические для дилатации под рентгенологическим контролем. Эндоскопический контроль необходим в случае значительной деформации пищевода и сужения ПЖП. Использование гидростатических дилаторов системы *through-the-scope* за счет ограниченного максимального диаметра баллона (20 мм) целесообразно как начальный этап дилатации. При дилатации под рентгенологическим контролем баллон устанавливается на уровне диафрагмы, в баллон нагнетается воздух. При первых сеансах давление должно составлять 200-250 мм рт.ст., при повторных — 250-320 мм. Целесообразным является использование баллонов возрастающего диаметра (30, 35 и 40 мм). Повышение давления выше указанных величин увеличивает частоту кровотечений и перфораций пищевода. Экспозиция должна составлять 45 секунд — 1 минуту. Осложнениями баллонной дилатации являются: кровотечение, разрыв и перфорация пищевода. По данным литературы, общая частота осложнений составляет 0-6% [3,6,7].

В ряде случаев дилатацию невозможно осуществить в связи с полным сужением ПЖП и S-образным искривлением пищевода, что наблюдается в IV стадии АП.

Непосредственные результаты характеризуются купированием дисфагии у подавляющего большинства пациентов. Однако у многих пациентов возникают рецидивы в течение 3-24 месяцев, что зависит от стадии заболевания. Поэтому необходимо проведение повторных курсов. Начиная с 5-го курса, резко снижается эффективность дилата-

ции: рецидивы возникают через 1-6 месяцев (синдром "резиновой кардии"). Для достижения стойкой ремиссии оптимальным является проведение 3-4 курсов. По данным литературы, стойкая ремиссия достигается у 50-89% пациентов [3,6,7]. Однако, при глубоком анализе этих результатов нами было установлено, что ремиссия на протяжении более 10 лет, сопоставимая с результатами оперативного лечения, достигается несколькими курсами дилатации только у больных I стадией заболевания [3,6,7]. Поэтому абсолютным показанием к баллонной дилатации должна являться I стадия АП, а также любая стадия при рецидиве после кардиодилатации, отказе или противопоказаниях к операции; относительным показанием является II стадия АП.

Абсолютными противопоказаниями к баллонной дилатации являются варикозно-расширенные вены пищевода, острая сердечно-сосудистая недостаточность, в т.ч. острый инфаркт миокарда, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность III степени, стенокардия напряжения III-IV функционального класса, дыхательная недостаточность III степени. К относительным противопоказаниям относится IV стадия АП, синдром "резиновой кардии", коагулопатия, тяжелый эзофагит, остеохондроз шейного и грудного отдела позвоночника с выраженными остеофитами и крупные дивертикулы пищевода.

Нами с 1995 по 2003 годы баллонная дилатация была выполнена у 36 больных АП, отдаленные результаты прослежены на протяжении 48 месяцев у каждого пациента. Рецидивы наблюдались в 33,3% случаев, а гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР) — в 2,7% случаев. Так, отличные и хорошие отдаленные результаты в третьей группе получены в 63,8% случаев. Отдаленные результаты зависели от стадии заболевания: в I стадии рецидивов не было, во II стадии они наблюдались в 31,2% случаев, а в III стадии — у всех больных. Таким образом, баллонную дилатацию следует использовать в I стадии как метод выбора. Напротив, баллонную дилатацию не следует использовать в III стадии.

Открытая кардиомиотомия

Традиционными показаниями к хирургическому лечению служат III и IV стадии заболевания. До появления видеоэндоскопических технологий основными способами оперативного лечения ахалазии пищевода была кардиомиотомия по Геллеру трансторакальным или лапаротомным доступом с использованием разных способов фундопликации (по Суворовой, Петровскому, Балси). Отличные и хорошие отдаленные результаты трансторакальной кардиомиотомии получены в 75-90% случаев, лапаротомной кардиомиотомии — в 90-95% случаев [2-4].

Однако трансторакальная и лапаротомная кардиомиотомия являются достаточно травматичными вмешательствами: частота послеоперационных осложнений составляет 4-15% и 1,5-10%, а летальность составляет 3-4% и 0,5-1,4% соответственно [2-4]. Несмотря на такой высокий процент осложнений, во многих клиниках по-прежнему широко используют кардиомиотомию трансторакальным (реже — лапаротомным) доступом.

Лапароскопическая кардиомиотомия

В настоящее время появилась возможность применения малоинвазивных операций при ахалазии пищевода. За счет адекватной протяженности миотомии и применения модифицированных способов фундопликации (ФП) лапароскопическая кардиомиотомия (ЛКМТ) характеризуется наилучшими результатами среди всех методов лечения АП. Так, по данным литературы ремиссия при ЛКМТ достигается в 82-99% случаев [1,2,5,8,9]. ЛКМТ по сравнению с открытой операцией Геллера отличается лучшим косметическим эффектом, меньшим временем операции, сроком пребывания в стационаре и сроком временной нетрудоспособности. Показаниями к ЛКМТ являются II, III и IV стадии АП, а также I стадия заболевания, когда имеются противопоказания к баллонной дилатации и эндоскопическому введению ботулотоксина.

Частота послеоперационных осложнений минимальна и по данным литературы составляет 0-6% [1,2,5,8,9]. К интраоперационным осложнениям относятся: перфорация слизистой оболочки пищевода, кровотечение и эмфизема средостения. К послеоперационным осложнениям относят пневмонию и несостоятельность слизистой оболочки в области кардиомиотомии.

С 1995 по 2003 гг. нами было прооперировано 39 пациентов с ахалазией пищевода. Отдаленные результаты изучены через 48 месяцев у всех больных. В I группе, состоящей из 23 пациентов, имевших сопутствующие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), после кардиомиотомии выполнялась ФП (по Дору у 16 пациентов и по Тупе у 5 пациен-

тов). В результаті рецидиви мали місце у 2 больних (8,7%) III і IV стадії, перенесших ЛКМТ з ФП по Дору. Случаєв ГЭР не було. Післяопераційне ускладнення в формі пневмонії відмічено у 1 пацієнта (4,3%). Во II групі, що складається з 16 больних, не мали хітальних грыж, фундоплікація не виконувалась. В итоге, рецидивів в цій групі не було. Лише у 1 больної (6,3%) був виявлений ГЭР, усунутий з допомогою курсу ІПП. Случаєв конверсії і перфорации слизистої оболочкі шлунка не відбувалося. Післяопераційне ускладнення в формі пневмонії відмічено у 1 пацієнта (6,2%). В цілому, відмінні і хороші відокремлені результати ЛКМТ отримані в 92,3% випадків. Так, отримані результати підтверджують цілісність диференційованого підходу до використання антирефлюксної процедури. Следователно, пацієнтам з супутніми ГПОД і наявністю факторів, передиспозагаючих до розвитку ГЭР після операції, необхідно виконувати наступні антирефлюксні операції: во II-III стадіях — ФП по Дору, в IV стадії — ФП по Тупе или Дору. Спосіб Тупе забезпечує ефект розтягнення краєв расщепленої м'язової оболочкі і поэтому може бути корисним в IV стадії АП, відмінюючись частими рецидивами. В інших випадках ФП виконувати не рекомендується.

Техніка операції по оригінальній методикі

Операція виконується з допомогою 4 троакаров. Мобілізуються ножки діафрагми і брюшної відділу шлунка. Екстрамушкульна кардіоміотомія проводиться переважно під ендоскопічним контролем з допомогою спеціального крючка з діелектричним покриттям його випуклої частини для профілактики електротермічного пошкодження слизистої оболочкі. При наявності ГПОД виконується круорофісія, мобілізуються дно шлунка. При фундоплікації по Дору стенка дна шлунка підшивається к краям (левому, а затем — правому) расщепленої м'язової оболочкі шлунка і к правої ножки діафрагми. При фундоплікації по Тупе мобілізований устакан дна шлунка проводиться в тоннелі позади шлунка, а затем дно шлунка з обох сторін підшивається к краям расщепленої м'язової оболочкі. При відсутності фундоплікації виконується апликація пластин *Surgicel-nu-knit* і Тахокомб на слизисту оболочку, остаючись після кардіоміотомії.

Заключення (практичні рекомендації)

- Во II, III і IV стадії АП показана ЛКМТ по Геллеру як первинний метод лікування.
- При ЛКМТ рекомендується використовувати крючок з захисним діелектричним покриттям його випуклої частини для профілактики інтраопераційної перфорации слизистої оболочкі.

КЛІНІКО-ЕНДОСКОПІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕЯКИХ УСКЛАДНЕНЬ В БАРИАТРИЧНІЙ ХІРУРГІЇ

Бурій О.М., Терешкевич І.С.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Clinical and Endoscopic Signs of Complications in Morbid Obesity

O.M. Buriy, I.S. Tereshkevich

National Institute of Surgery and Transplantation named by A.A. Shalimov, Kiev, Ukraine

Summary

Clinical and endoscopic signs of complications after gastric banding and bypass surgery in patients with morbid obesity have been studied. Treatment algorithm with use of endoscopic methods has been devised.

Key words: morbid obesity, complication, gastrointestofibroskopy.

Вступ

Аналіз поширеності ожиріння, представлений експертною комісією ВООЗ для 191 країни, показав, що понад 30% жителів планети (16,8% жінок і 14,9% чоловіків) страждають від надлишкової ваги, причому приблизно у 2-4% ця патологія є небезпечною для здоров'я і набуває властивостей інфекційних захворювань, а саме епідемії і навіть пандемії [1]. За даними експертів ВООЗ, за останні десять років захворюваність на ожиріння в різних країнах збільшилася вдвічі, вона "молодіє", а до 2025 р. кількість хворих із ожирінням у світі за прогнозом становитиме 300 млн осіб.

Недостатня ефективність консервативних заходів при морбідному ожирінні призвела до впровадження в лікувальну практику баріатричних операцій [8,10]. Використання методик оперативного лікування надлишкової ваги в клініках як України, так і світу супроводжується ускладненнями, особливо при недостатньому досвіді таких втручань та низькому рівні підготовки спеціалістів [5,11]. Найбільш частими і вагомими з них є пролапс манжети в порожнину шлунка, синдром зісковзування чи набір співістя між "малим" та "великим" шлунком після його бандажування, виразка гастроентероанастомозу (ГЕА) при шунтувальних операціях [4,6,7,9]. Частота таких ускладнень в післяопераційному періоді за даними іноземних авторів різна (таблиця 1).

За даними світової та вітчизняної літератури немає єдиного підходу до лікування хворих з ускладненнями в післяопераційному періоді з приводу морбідного ожиріння за допомогою ендоскопічних прийомів [3].

Ретельне спостереження і ведення пацієнтів до і після хірургічного втручання є важливою задачею [2]. Необхідно виявити хворих, яким нецільове або протипоказане хірургічне лікування, крім того, дати рекомендації пацієнтам в післяопераційному періоді відносно дієти і способу життя, а також обговорити з ними перспективи зниження маси тіла. Така тактика сприяє зниженню ризику розвитку післяопераційних ускладнень. На початковому етапі медичне обстеження повинно проводитись з метою виявлення супутніх захворювань і визначення ризику запланованої операції. У пацієнтів після бандажування шлунка часто може виникнути блювання або больові відчуття в животі після прийому їжі. Ці проблеми можуть бути викликані як неправильним характером харчування, так і надто вузьким діаметром отвору (надлишкове звуження манжети). Самостійно межу норма-патології хворі не можуть визначити, тому часто звертаються за медичною допомогою в пізній строк, коли вже є водно-електролітні та білково-енергетич-

Таблиця 1. Частота ускладнень після бандажування шлунка

| Вид ускладнення | Автори, рік публікації | Відсоток ускладнень |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Обструкція співістя шлунка | Lyass S., Cunneen S.A., 2005 | 1,5-3% |
| | Stroh C., Manger T., 2006 | |
| Синдром зсуву | Stroh C., Manger T., 2006 | 2-8% |
| | Suter M., Calmes J.M., 2006 | |
| | Saber A., 2008 | |
| Пропалс бандажа в шлунк | Biagini J., Karam L., 2008 | 0,2-2% |
| | Sherwint D.A., Powers C.J., 2006 | |
| | Saber A., 2008 | |

- ЛКМТ рекомендується доповнювати ФП по Дору или по Тупе при АП, асоційованою з ГПОД і факторами, передиспозагаючими к ГЭР (пілородуоденальний стеноз, дуоденостаз, ожирення, асцит, и т.п.), а также после ушивания інтраопераційної перфорации слизистої оболочкі і високому ризику несостоятелности слизистої оболочкі (истонченняя слизистая оболочка, выраженный эзофагит).
- При відсутності вищеперелічених факторів ФП може не виконуватись. В цьому випадку для профілактики несостоятелности слизистої оболочкі шлунка, остаючись після кардіоміотомії, рекомендовано використовувати апликацію пластини *Surgicel-nu-knit* і Тахокомб.
- Баллонна дилатація показана в I стадії АП как первинний метод лікування, а также при рецидивах после перенесеної кардіоміотомії и при противопоказаниях к хірургічному лікуванню.

Література

- Велигоцкий Н.Н., Горбулич А.В., Комарчук В.В. и др. (2005) Методы восстановления функционально активного сфинктерного аппарата при лапароскопической коррекции ахалазии кардии. Харьковская хирургическая школа, 2; 1: 184-186
- Оскретков В.И., Казарян В.М., Ганков В.А., Климов А.Г. (2003) Выбор метода лечения больных ахалазией кардии. Вестник хирургии. 1: 32-35
- Чернусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. (2000) Хирургия пищевода. (Москва). "Медицина". 80 с.
- Шулутко А.М., Моисеев А.Ю., Казарян А.М. (2001) Эндоскопическая хирургия в лечении ахалазии пищевода. Эндоск. хир. 5: 16-20
- Costantini M., Zaninotto G., Guirrotti E., Rizzetto C. et al. (2005) The laparoscopic Heller-Dor operation remains an effective treatment for esophageal achalasia at a minimum 6-year follow-up. Surg. Endosc. 19: 345-352
- Cusumano A., Bonavina L., Norberto L., Baessato M. et al. (1991) Early and long-term results of pneumatic dilation in the treatment of esophageal achalasia. Surg. Endosc. 5: 9-10
- Eypasch E., Troisd H., Sommer H., Vestweber K.H. (1987) Long-term results of Troisd's technique of endoscopic pneumatic dilatation for achalasia of the esophagus. A prospective clinical trial. Surg. Endosc. 1: 155-164
- Fernandez A.F., Mart'nez M.A., Ruiz J., Torres R. et al. (2003) Six years of experience in laparoscopic surgery of esophageal achalasia. Surg. Endosc. 17: 153-156
- Lyass S., Thoman D., Steiner J.P., Phillips E. (2003) Current status of an antireflux procedure in laparoscopic Heller myotomy. Surg. Endosc. 17: 554-558
- Zaninotto G., Vergadolo V., Annesse V., Costantini M. et al. (2004) Botulinum toxin injection versus laparoscopic myotomy for the treatment of esophageal achalasia: economic analysis of a randomized trial. Surg. Endosc. 18: 691-695

ні порушення. Своєчасна діагностика ускладнень в післяопераційному періоді досягається рядом методів дослідження, зокрема гастроінтестінофіброскопії (ГІФС), яка на наш погляд є однією з найбільш інформативних, дозволяє вивчити ендоскопічну картину ускладнень та провести певні лікувальні міроприємства.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 328 хворих з морбідним ожирінням, середній вік яких становив 45±2,7 роки, середній індекс маси тіла 52 кг/м², з них 97 чоловіків і 231 жінка, які прооперовані в різних клініках України та в Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова. Хворі при поступленні обстежувались клінічно (скарги, анамнез, об'єктивні дані), лабораторно (загальноклінічні аналізи), інструментально (ГІФС, УЗД органів черевної порожнини, за показами — рентгенологічне дослідження шлунка).

Хворим з клінічними проявами ускладнень баріатричних операцій за допомогою ГІФС вивчали зміни стравоходу, шлунка, тонкої кишки з урахуванням виду оперативного втручання, а також, в разі необхідності, проводили мініінвазивні лікувальні маніпуляції. Для бужування зони стенозу використовували бужі типу *Savary* №18-40 з конічною формою дистального кінця або бужували звуження дистальною частиною ендоскопа діаметром 10-12 мм. При опромінненні виразки та анастомозити ГЕА використовували гелій-неоновий лазер (ГНЛ) потужністю до 50 мВт з експозицією 2-3 хв. Постановку каплярного зонду за місце звуження для подальшого ентерального харчування забезпечували ендоскопічно. Харчування проводили збалансованими сумішами (пептамен, клінтерн, берламін) та натуральними харчовими продуктами (соками, морсом, бульйонами) до 1,5 л за добу з частотою 50-60 кр/хв.

Ендоскопічно терапевтичні заходи виконували як етап передопераційної підготовки до повторних втручань і як основний етап консервативного лікування.

Результати досліджень та їх обговорення

Під час гастроінтестінофіброскопії синдром зсуву манжети діагностовано в 14 (4,26%) хворих, пролапс манжети в порожнину шлунка в 7 (2,13%), стеноз співістя між "малим" та "великим" шлунком в 8 (2,43%), виразку гастроентероанастомозу в 2 (0,6%). Клінічно виділено скарги, які пред'являли хворі в залежності від ускладнення (таблиця 2).

Таблиця 2. Скарги хворих, які перенесли баріатричні операції

| Ускладнення | Клінічні прояви | Відсоток |
|--------------------------------|--|----------|
| Синдром зісковзування манжети | блювання | 98,2% |
| | больові відчуття в животі після прийому їжі | 96,3% |
| | тяжкість в епігастрії | 78,1% |
| Пропалс манжети | болі в епігастрії | 56,1% |
| | підвищення температури тіла з ознобом | 35,6% |
| | нулота | 43,2% |
| Стеноз співі устя | нулота | 94,4% |
| | блювання зразу після прийому їжі, що приносить полегшення | 91,6% |
| | гикавка | 83,3% |
| | нулота | 47,1% |
| Виразка гастроентероанастомозу | блювання | 38,5% |
| | біль в епігастрії | 57,7% |
| | при кровотечі з виразки — блювання незмінною кров'ю, мелена і клініка геморагічного шоку | 13,2% |

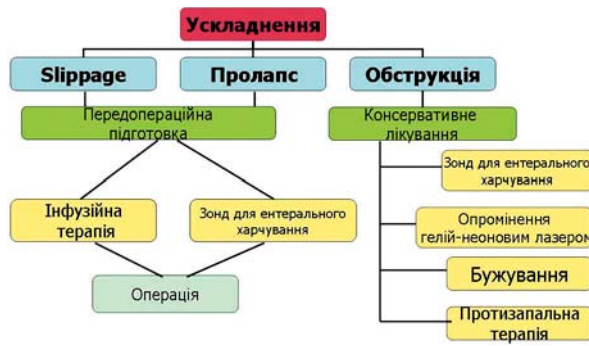


Схема 1

Як видно, такі скарги як нудота і блювання спостерігаються при всіх ускладненнях і навіть можуть спостерігатися в нормі при порушенні режиму харчування пацієнтами.

На основі клінічних даних в залежності від виду бариатричної операції проводили скринінг на предмет ускладнень, які достовірно підтверджувались за допомогою ГФС та рентгенологічного дослідження.

Нами вивчена ендоскопічна семіотика норми та вище вказаних ускладнень, які представлені на рис. 1-6.

В залежності від ускладнення проводили комплекс лікувальних міроприємств. При синдромі зсуву (Slippage-syndrome) та пролапсі манжети в якості передопераційної підготовки для корекції білково-енергетичних (заг. білок $56,4 \pm 2,3$ г/л, креатинін $108,4 \pm 7,4$ мкмоль/л, сечовина $9,6 \pm 1,4$ ммоль/л) та водно-електролітичних (K^+ $2,8 \pm 0,3$ ммоль/л, Na^+ $130,8 \pm 2,3$ ммоль/л) порушень ендоскопічно заводили зонд для забезпечення харчування у "великий" шлунок або за зв'язку Трейца (схема 1). Передопераційна підготовка проводилася на протязі 4-7 днів. У хворих з тяжкими проявами порушення метаболізму додатково призначали інфузійну терапію. Це давало можливість повністю підготувати хворих до повторної операції, що значно зменшувало операційно-анестезіологічний ризик, кількість ускладнень та скорочувало післяопераційний ліжко-день.

Оцінка біохімічних показників вказує на нормалізацію стану хворих після проведення ентерального харчування (ЕХ), про що свідчить підвищення K^+ до $4,7 \pm 0,8$ ммоль/л, Na^+ до $142,2 \pm 3,6$ ммоль/л, зниження креатиніну до $78,2 \pm 6,2$ мкмоль/л, сечовини до $6,7 \pm 0,6$ ммоль/л, загального білка до $62,3 \pm 3,6$ г/л. Післяопераційний ліжко-день склав в середньому $8,6 \pm 1,5$ днів.

У випадку обструкції співусти шлунка запального генезу проводили лікувальні заходи (патент на корисну модель №21475), що включали бужування зони стенозу бужом або кінцем ендоскопу 3-4 сеанси, опромінення гелій-неоновим лазером один сеанс в день протягом 5-6 днів та протизапальну терапію. На період лікування ендоскопічно проводили зонд через співусти в дистальний резервуар для забезпечення харчування та призначали ентеральні суміші (схема 1). При виявленні виразки гастроентероанастомозу після шунтування шлунка ендоскопічно проводили опромінення гелій-неоновим лазером за вище вказаною схемою та призначали противиразкову медикаментозну терапію (схема 2а). При встановленні діагнозу — анастомозит, заводили зонд для ЕХ, призначали опромінення зони анастомозу ГНЛ та протизапальну терапію (схема 2б).



Схема 2. (А-В)

Висновки

Ускладнення після бариатричних операцій спостерігаються у 9,42% випадків, з них обструкція співусти у 2,43%, slippage-syndrome — 4,26%, пролапс манжети — 2,13%, виразка гастроентероанастомозу — 0,6%.

Гастроінтестинофіброскопія дозволяє ефективно діагностувати ускладнення після бариатричних операцій, проводити їх своєчасну корекцію, забезпечує адекватну передопераційну підготовку при повторних операціях.

Література

1. Селов В.М. (2008) Лапароскопическое регулируемое бандажирование желудка в лечении больных ожирением. Вестник хирургии. 1: 29-32
2. Фийман М.Б. (2008) Осложнения после операции лапароскопического регулируемого бандажирования желудка у больных ожирением. Вестник хирургии. 2: 64-68
3. Abuzeid A.W., Banerjee A., Timmis B., Hashemi M. (2007) Gastric slippage as an emergency: diagnosis and management. Obes. Surg. 17: 4: 559-561
4. Chevallier J.M., Zinzindohoue F., Douard R. et al. (2004) Complications after laparoscopic adjustable gastric banding for morbid obesity: experience with 1,000 patients over 7 years. Obes. Surg. 14: 3: 407-414
5. Darius T., Aelvoet C., Tollens T., Vanrykel J.P. (2007) Spontaneous reduction of the prolapsed stomach in a case of anterior band slippage after laparoscopic adjustable gastric banding. Acta Chir. Belg. 107: 6: 710-712
6. Foletto M., De Marchi F., Bernante P. et al. (2005) Late gastric pouch necrosis after Lap-Band, treated by an individualized conservative approach. Obes. Surg. 15: 10: 1487-1490
7. Keidar A., Szold A., Carmon E. et al. (2005) Band slippage after laparoscopic adjustable gastric banding: etiology and treatment. Surg. Endosc. 19: 2: 262-267
8. Lunca S., Vix M., Rikkers A. et al. (2005) Late gastric prolapse with pouch necrosis after laparoscopic adjustable gastric banding. Obes. Surg. 15: 4: 571-575
9. Manganiello M., Sarker S., Tempel M., Shayani V. (2008) Management of slipped adjustable gastric bands. Surg. Obes. Relat. Dis. 26: 1: 987-992
10. Stroh C., Manger T. (2006) Complications after adjustable gastric banding. Results of an inquiry in Germany. Chirurg. 77: 3: 244-250
11. Suter M., Calmes J.M., Paroz A., Giusti V. (2006) A 10-year experience with laparoscopic gastric banding for morbid obesity: high long-term complication and failure rates. Obes. Surg. 16: 7: 829-835



Рис. 1

Ендоскопічна картина в нормі після бандажування шлунка — проксимальний резервуар практично відсутній; співусти в напівзмікнутому стані, вільно проходить для ендоскопа; кардіальний сфінктер резервуару слини, їжі; гіперемія, набряк слизової в ділянці спів уст.



Рис. 2

Ендоскопічна семіотика обструкції співусти після бандажування шлунка — сильне звуження і зрушення співусти; непрохідність або прохідність із зусиллям для ендоскопа; наявність в проксимальному резервуарі слини, їжі; гіперемія, набряк слизової в ділянці спів уст.

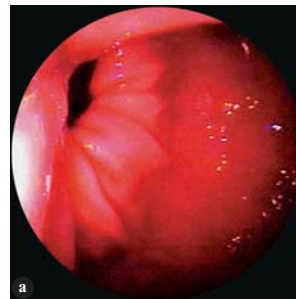


Рис. 3

А-В. Ендоскопічна семіотика синдрому зсуву (Slippage-синдрому) — об'єм проксимального резервуару шлунка більше 10 мл; локалізація співусти в атричному місці; великий вміст в "малому" шлунку рідини, слини, їжі; обмеження прохідності ендоскопа через спів уст.

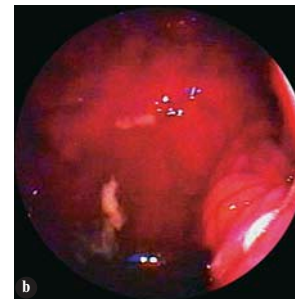


Рис. 4

А-В. Ендоскопічна семіотика пролапсу манжети в шлунок після бандажування шлунка — видимий дефект стінки шлунка; стороннє тіло в порожнині шлунка в проекції розміщення манжети; гіперемія, значний набряк, нашарування фібрину, підвищена ранимість та кровоточивість слизової в зоні дефекту.

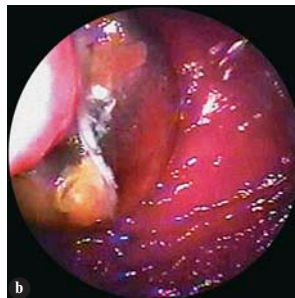


Рис. 5

Ендоскопічна семіотика після шунтування шлунка в нормі — культя шлунка невеликих розмірів; ГЕА широкий, вільно прохідний для ендоскопа, без ознак запалення; оглянуті ділянки кишки пестристальнують, слизова еластична, блідо-рожева.



Рис. 6

Ендоскопічна семіотика виразки гастроентероанастомозу після шунтування шлунка — наявність виразки в ділянці ГЕА; набряк, гіперемія, нашарування фібрину в проекції виразки; великий об'єм секреторного вмісту в культі шлунка.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВИДЕОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Лаврик А.С., Тывончук А.С., Згонник А.Ю.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины, Киев

Введение

Ахалазия кардии (АК) — идиопатическое нарушение моторики пищевода, которое выявляют у 1 больного на 100 000 населения, его частота не имеет тенденции к снижению. В настоящее время в хирургическом лечении нейромускульных заболеваний предпочтение отдается миниинвазивным методикам (лапароскопическая эзофагокардиомиотомия, эндоскопические инъекции ботулотоксина), которые позволяют улучшить результаты лечения за счет уменьшения послеоперационного болевого синдрома, уменьшения времени пребывания пациента в стационаре, быстрого возвращения к повседневной активности.

Материалы и методы

С 2001 по 2008 годы лапароскопическая внеслизистая эзофагокардиомиотомия с передней фундопликацией (ЛЭКМТФ) выполнена у 70 больных. С июля 2008 года 3 пациентам выполнены эндоскопические инъекции ботулотоксина — в двух случаях по поводу рецидива ахалазии после оперативного лечения, и в одном — как инициальная терапия.

ЛЭКМТФ выполняли доступом из 5 троакаргов, с использованием аппарата *Ultra cision (Ethicon Endo-surgery)*. Длина миотомии составляла 7–8 см выше и до 1,5–2 см ниже пищеводно-желудочного перехода. Во всех случаях кардиомиотомию дополняли передней фундопликацией, а у 51 — была выполнена модифицированная расширяющая фундопликация, при которой накладывали дополнительные швы растягивающие в стороны края миотомного разреза.

Эндоскопические инъекции ботулотоксина типа А (Диспорт) в нижний пищеводный сфинктер выполняли по стандартной методике при помощи эндоскопической иглы в суммарной дозе 250 ЕД.

Всем пациентам в периоперационном периоде проводилось рентгенконтрастное и фиброэндоскопическое исследование, манометрия и рН-метрия пищевода.

Результаты

Отличные и хорошие результаты после ЛЭКМТФ получены у 97,1% пациентов. При рентгенологическом исследовании подтверждено восстановление проходимости пищеводно-желудочного перехода. Показатели манометрического исследования в разные сроки после ЛЭКМТ (от 3 до 18 месяцев) показали долговременное и стойкое снижение давления нижнего пищеводного сфинктера, увеличение амплитуды и сокращение длительности глотательного комплекса. При 24-часовой рН-метрии и рентген-исследовании в положении Тренделенбурга отмечен гастроэзофагеальный рефлюкс через 6–12 месяцев после операции у 3 (4,2%) больных. Рецидив АК выявлен у 2 больных (2,8%).

Результаты после эндоскопических инъекций ботулотоксина оценивались через 5–7 дней, 3–6 месяцев после инъекций. У 2 пациенток с рецидивом ахалазии отмечено стойкое уменьшение дисфагии. Рентгенологически установлено уменьшение ширины пищевода через 3 месяца после инъекций, и улучшение проходимости пищеводно-желудочного перехода. Через 6 месяцев после инъекций эффект ботулотоксина сохраняется. У одной пациентки, в случае инициальной терапии при помощи инъекций ботулотоксина — отмечено лишь незначительное субъективное уменьшение дисфагии, которое не подтвердилось рентгенологически.

Выводы

Учитывая полученные результаты, считаем ЛЭКМТФ методом выбора хирургического лечения АК. Эндоскопические инъекции ботулотоксина можно рассматривать как метод лечения рецидивов ахалазии после эзофагокардиомиотомии при наличии противопоказаний к оперативному лечению. Эта методика требует дальнейшего изучения отдаленных результатов.

ВАРИАНТЫ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЯХ: ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Грубник В.В., Малиновский А.В.

Кафедра хирургии № 1, Одесский государственный медицинский университет, Областная клиническая больница, Украина

The Different Methods of Nissen Fundoplication in Laparoscopic Antireflux Surgery — Long-Term Results

V.V. Grubnik, A.V. Malinovskyi

Chair of Surgery #1, Odessa State Medical University, Regional Clinical Hospital, Odessa, Ukraine

Summary

The choice of method of fundoplication in laparoscopic antireflux surgery is still controversial. The aim of this prospective randomized study was to compare long-term results of different methods of Nissen fundoplication.

From 1994 till 2007, 312 patients with large axial and paraesophageal hiatal hernias were operated in Odessa regional hospital. 1st group included 196 patients which were operated using classic Nissen technique, 2nd group included 116 patients which were operated using modified Nissen technique with fixation of the wrap to the diaphragm.

Long-term results were studied in 287 (92%) patients with a mean follow-up period of 4 years. The modified Nissen techniques were superior in terms of incidence of symptoms of GERD, quality of life by GERD-HRQL score, degree of esophagitis and DeMeester score.

Modified Nissen fundoplication may decrease incidence of postoperative symptoms of GERD and dysphagia and improve quality of life rather than classic Nissen procedure.

Key words: hiatal hernia, GERD, LARS, fundoplication.

Введение

Операцией выбора при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), ассоциированной с большими грыжами пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) (с диаметром грыжевого дефекта более 5 см), признана пластика пищеводного отверстия (ПОД) и фундопликация по Ниссену, эффективность которой составляет 86–95% [1,4–6]. В структуре неудовлетворительных результатов антирефлюксных операций ведущее место занимают рецидив грыжи с миграцией манжетки в полость желудка и нарушение целостности фундопликационной манжетки с ее соскальзыванием (*slippage*-синдром). В обоих случаях возникает рецидив ГЭРБ, требующий как медикаментозной, так и хирургической коррекции. В настоящее время в связи с разработкой методики пластики пищеводного отверстия диафрагмы сечетчатом трансплантатом проблема рецидива грыжи во многом решена, что позволило снизить процент рецидивов до 1–5% [5–7]. Таким образом, проблема нарушения целостности фундопликационной манжетки в настоящее время выходит на первый план и требует разработки в направлении усовершенствования способов фундопликации.

Целью данной работы было сравнение результатов вариантов фундопликации по Ниссену при лапароскопических антирефлюксных операциях.

Материалы и методы

С 1994 по 2007 годы в Одесской областной клинической больнице 608 пациентам с ГЭРБ были выполнены лапароскопические антирефлюксные операции. Из них пластика сечетчатым трансплантатом с фундопликацией по Ниссену была выполнена у 312 больных с ГЭРБ, ассоциированной со скользящими ГПОД II и III степени и параэзофагеальными грыжами, с диаметром грыжевого дефекта более 5 см. Мужчин было 120, женщин — 192. Возраст пациентов колебался от 22 до 78 лет. Модель данной работы — проспективное рандомизированное исследование. В зависимости от методики фундопликации, больные были разделены на 2 группы.

Первую группу составило 196 пациентов, которым была выполнена классическая

фундопликация по Ниссену, при которой фундопликационная манжетка не фиксируется к диафрагме. Вторую группу составило 116 пациентов, которым была выполнена модифицированная фундопликация по Ниссену, при которой фундопликационная манжетка фиксируется к передним и боковым краям пищеводного отверстия диафрагмы. Средняя длина и манжетки была одинаковой в обеих группах. В данной работе мы воздержались от подробного описания методик фундопликации по Ниссену, поскольку они изложены в предыдущих публикациях [2–4].

Субъективные критерии сравнения включали изучение числа пациентов, испытывающих наиболее частые симптомы ГЭРБ и ГПОД и шкалу *GERD-HRQL*. Шкала-опросник *GERD-HRQL* включает 9 вопросов, относящихся к качеству жизни, выраженном в баллах от 0 до 5 в зависимости от частоты того или иного явления (0 — нет симптомов; 1 — редкие симптомы (ежемесячно); 2 — частые симптомы (еженедельно); 3 — ежедневные симптомы; 4 — ежедневные симптомы, снижающие активность; 5 — постоянные симптомы, полностью нарушающие активность); общий балл складывается из суммы 9 показателей. Объективные методы включали рентгенологическое, эндоскопическое исследование, пищеводную манометрию и суточный внутрипищеводный рН-мониторинг с расчетом индекса *DeMeester*.

До операции у большинства пациентов каждой из групп имелись типичные симптомы (табл. 1), а средний балл по шкале *GERD-HRQL* в I группе составил 35 (24–43), во II группе — 33 (22–41), т.е. группы сравнения были сопоставимы. При рентгенологическом исследовании, выполненном каждому пациенту, у всех больных каждой из групп были обнаружены признаки ГЭРБ и ГПОД. При эндоскопическом исследовании, выполненном всем пациентам каждой из групп, у подавляющего большинства был выявлен рефлюкс-эзофагит (табл. 2). Суточный внутрипищеводный рН-мониторинг в I группе был выполнен у 106 пациентов (54%), во II группе — у 68 пациентов (58,6%). В I группе среднее значение индекса *DeMeester* до операции составило 32,8±16,8; во II группе — 30,2±14,3.

Результаты

Данная работа не ставит перед собой цели описания интра- и послеоперационных осложнений и ближайших результатов операций (поскольку они подробно описаны в наших предыдущих публикациях [2–4]); данное исследование касается сравнения отдаленных результатов двух методик фундопликации. Отдаленные результаты изучены у 287 пациентов (92%) в среднем через 4 года после операции (от 1 года до 14 лет). В I группе отдаленные результаты прослежены у 181 пациента (92,3%), во II группе — у 105 пациентов (90,5%). У подавляющего большинства пациентов в обеих группах достоверно уменьшилась частота симптомов ГЭРБ и ГПОД (табл. 1), улучшилось качество жизни (т.е. уменьшился средний балл по шкале *GERD-HRQL*), явления рефлюкс-эзофагита полностью исчезли или значительно уменьшились (табл. 2), средние значения индекса *DeMeester* нормализовались. Однако частота симптомов ГЭРБ была достоверно меньшей во II группе

Таблица 2. Выраженность эзофагита по данным эндоскопического исследования (по Лос-Анджелесской классификации)

| Группы больных | I группа (классический Ниссен) | | | | II группа (модифицированный Ниссен) | | | |
|----------------|--------------------------------|------|-------------------------|------|-------------------------------------|------|-------------------------|------|
| | До операции, n = 196 | | После операции, n = 181 | | До операции, n = 116 | | После операции, n = 105 | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Степень 0 | 10 | 5,1 | 155 | 85,7 | 5 | 4,3 | 94 | 89,5 |
| Степень А | 46 | 23,6 | 12 | 6,7 | 27 | 23,3 | 5 | 4,8 |
| Степень В | 89 | 45,3 | 9 | 4,9 | 53 | 45,6 | 4 | 3,8 |
| Степень С | 40 | 20,4 | 5 | 2,7 | 21 | 18,1 | 2 | 1,9 |
| Степень D | 11 | 5,6 | 0 | 0 | 10 | 8,6 | 0 | 0 |

Таблица 1. Клинические проявления ГЭРБ и ГПОД в обеих группах

| Группы больных | I группа (классический Ниссен) | | | | II группа (модифицированный Ниссен) | | | |
|----------------|--------------------------------|------|-------------------------|-----|-------------------------------------|------|-------------------------|-----|
| | До операции, n = 196 | | После операции, n = 181 | | До операции, n = 116 | | После операции, n = 105 | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Изжога | 160 | 81,6 | 9 | 4,9 | 90 | 77,6 | 4 | 3,8 |
| Загрудные боли | 168 | 85,7 | 15 | 8,2 | 93 | 80,1 | 4 | 3,8 |
| Отрыжка | 181 | 92,3 | 12 | 6,6 | 101 | 87,0 | 6 | 5,7 |
| Дисфагия | 97 | 49,4 | 10 | 5,5 | 56 | 48,2 | 4 | 3,8 |

(табл. 1). Качество жизни по шкале *GERD-HRQL* достоверно улучшилось во II группе в большей степени, чем в I группе. Так, средний балл в II группе составил 9 (0-17), в то время как в I группе — 14 (2-22) ($p < 0,05$). Индекс *DeMeester* после операции также был достоверно меньше во II группе (9,4±7,3) по сравнению со I группой (12,4±8,7; ($p < 0,05$)).

Обсуждение

Результаты данной работы демонстрируют преимущество фиксации фундопликационной манжетки к переднему и боковым краям пищевода отверстия диафрагмы по сравнению со стандартной методикой, при которой манжетка не фиксируется. Так, при использовании модифицированной методики фундопликации Ниссена существенно уменьшается частота симптомов ГЭРБ, связанных с гастроэзофагеальным рефлюксом, улучшаются качество жизни пациентов, а также объективные показатели — выраженность рефлюкс-эзофагита и индекс *DeMeester*. При анализе мировой литературы нами не было найдено подобных исследований. На основании результатов данной работы и опыта выполнения антирефлюксных операций, а также интраоперационных находок при повторных антирефлюксных операциях (они были выполнены у 4 пациентов из I группы с рецидивами, не поддававшихся длительному лечению ИПП, и заключались в реконструкции фундопликационной манжетки по модифицированной методике Ниссена), можно сделать следующие заключения. Во-первых, фиксация манжетки к краям пищевода отверстия диафрагмы способствует более полноценному восстановлению угла Гиса, что является принципиальным моментом антирефлюксных операций [8]. Во-вторых, модифицированный способ Ниссена позволяет избежать соскальзывания манжетки (*slippage*-синдрома), являющегося предрасполагающим фактором для нарушения целостности манжетки. Отметим, что *slippage*-синдром приводит не только к рецидиву ГЭРБ, но и к возникновению болевого синдрома и дисфагии, что также подтверждается результатами данной работы. Кроме того, имеются исследования, сравнивающие фундопликацию по Ниссену с методикой Туле, при которой, как известно, выполняется фиксация манжетки к пищеводному отверстию диафрагмы. Результаты этих работ показали, что частота дисфагии при фундопликации по Туле менее выражена, что может быть связано с меньшей частотой *slippage*-синдрома [8].

КРИТЕРИИ ВЫБОРА И СПОСОБЫ ХОЛЕЦИСТОЛИТОМИИ

Шевченко Б.Ф., Бабий А.М., Косинский А.В., Пролом Н.В.

Институт гастроэнтерологии АМН Украины, Днепропетровск, Украина

The Criteria of Choice and Methods of Cholecystolithotomy

B.F. Shevchenko, A.M. Babiy, A.V. Kosinsky, N.V. Prolom

Institute of Gastroenterology AMS of Ukraine, Dnepropetrovsk

Summary

There were examined 132 patients with single cholecystolithiasis. There were worked the criteria of choice of organ-saving operation — cholecystolithotomy, which was performed in 33 (25%) patients. The laparoscopic cholecystolithotomy was performed in 10 (30.3%) patients, and cholecystolithotomy by combined way — in 23 (69.7%) patients. The preliminary results of performed cholecystolithotomy showed the absence of relapses of cholelithiasis.

Key words: single cholecystolithiasis, cholecystolithotomy.

Введение

Рост частоты желчнокаменной болезни (ЖКБ), тенденция к ее развитию у лиц молодого возраста вызывают повышенный интерес исследователей к разработке новых способов лечения данной патологии. В последнее время отмечается тенденция к дифференцированному подходу в лечении больных ЖКБ, когда учитывается не только наличие камней, но и их количество, особенности течения данной патологии, уровень литогенеза и состояние сократительной функции желчного пузыря. Так, при наличии одиночных камней в желчном пузыре, отдавая предпочтение способу лечения, который предупреждает развитие осложнений после холецистэктомии и сохраняет функции желчного пузыря в физиологии пищеварения. Одним из таких способов является холецистолитомия (ХЛТ). Способ ХЛТ применяется для лечения больных с одиночным холестолитиазом (ХЛ) с 60-х годов прошлого столетия [1]. Несмотря на хорошие отдаленные результаты данный способ лечения широкого распространения не получил из-за высокого риска рецидива ХЛ. Данная ситуация обусловлена недостаточно разработанными критериями и способами выбора ХЛТ [2-6].

Исходя из этого, целью нашей работы было определить критерии выбора для проведения ХЛТ как способа лечения одиночного ХЛ и разработать оперативные приемы.

Материалы и методы

Обследовано 132 пациента ХЛ с одиночными конкрементами. Возраст от 21 до 70 лет, в среднем (48,0±12,0) лет. Вес от 52 до 87 кг, в среднем (77,42±14,78) кг. Перед выполнением ХЛТ проводились следующие диагностические исследования: сбор анамнеза, определение печеночного комплекса крови, уровня сывороточного базального холинестерина (БХЦК) методом ИФА натощак, ультрасонография с определением моторно-эвакуаторной и сократительной функции ЖП (нагрузка — сорбит), дуоденальное зондирование, лапароскопия. Для выполнения оперативного приема учитывались анатомические особенности строения ЖП при ультрасонографии и лапароскопии, а именно: расположение ЖП на брюшке или внутрипеченочно, мобильность дна ЖП, изменение ЖП в области кармана Гартмана (увеличен, уменьшен в размерах или отсутствует), длина пузырного протока и угол его впадения в общий желчный проток. Также, для определения доступа к ЖП, лапароскопический либо комбинированный, учитывалась толщина подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки.

Под эндотрахеальным наркозом, проводили лапароскопическую макрооценку объекта операции. При совпадении критериев выбора и условий для лапароскопической холецистолитомии (ЛХЛТ) выполняли оперативное вмешательство по разработанной в клинике методике (патент №30042 UA A 61 В 17/00. Спосіб лапароскопічної холецистолітомії).

Оперативный прием выполнялся с помощью стандартного набора инструментов для лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в условиях операционной, оборудованной рентген-телевизионной установкой "Radius-9" (Италия). Интраоперационная ревизия полости ЖП проводилась при помощи видеозондоскопа *Olympus*, а литэкстракция — корзинкой Дормана, проведенной через мануэляционный канал эндоскопа. Холецистотомный разрез ушивали с использованием техники наложения интракорпорального прецизионного шва рассасывающейся нитью. При комбинированном способе холецистолитомии (КХЛТ) использовали инструменты для мини-доступа с последующей ревизией полости ЖП как при ЛХЛТ и литэкстракцией окончательным захватом. Холецистотомный разрез ушивался ручным способом по разработанной в клинике методике.

Выводы

Лапароскопические антирефлюксные операции высоко эффективны в лечении ГЭРБ, ассоциированной с ГПОД, хорошо переносятся пациентами и характеризуются небольшим процентом осложнений, что позволяет признать их операциями выбора в лечении данной патологии. Модифицированная фундопликация Ниссена с фиксацией манжетки к краям пищевода отверстия диафрагмы может уменьшить частоту рецидивов ГЭРБ и дисфагии и улучшить качество жизни пациентов по сравнению с классической методикой. Окончательный вывод о роли модифицированной фундопликации Ниссена может быть сделан после проведения большего числа проспективных рандомизированных исследований.

Литература

1. Осекрков В.И., Ганков В.А., Климов А.Г. и др. (2004) Видеозондоскопическая хирургия пищевода. (Барнаул). "Аз Бука". 159 с.
2. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Грубник А.В., Малиновский А.В. (2007) Методы лапароскопической фундопликации в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Клин. хр. 5-6: 24
3. Грубник В.В., Малиновский А.В. (2008) Способы пластики пищевода отверстия диафрагмы при лапароскопических антирефлюксных операциях в зависимости от размеров грыжевого дефекта. Украинский журнал хирургії. 1: 54-58
4. Грубник В.В., Малиновский А.В. (2007) Технические особенности лапароскопических антирефлюксных операций. Пластична та реконструктивна хірургія. 2: 54-58
5. Granderath F.A., Kamolz T., Schweiger U.M. et al. (2002) Long-term results of laparoscopic antireflux surgery: surgical outcome and analysis of failure after 500 laparoscopic antireflux procedures. Surg. Endosc. 16: 753-757
6. Draisma W.A., Gooszen H.G., Tournonj E. et al. (2002) Controversies in paraesophageal hernia repair: a review of literature. Surg. Endosc. 19: 1300-1308
7. Mattar S.G., Bowers S.P., Galloway K.D. et al. (2005) Long-term outcome of laparoscopic repair of paraesophageal hernia. Surg. Endosc. 16: 745-749
8. Zornig C., Strate U., Fibbe C. et al. (2002) Nissen versus Toupet laparoscopic fundoplication. A prospective randomized study of 200 patients with and without preoperative esophageal motility disorders. Surg. Endosc. 16: 758-766

В послеоперационном периоде больным назначалась холелитическая терапия препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) 10 мг/кг массы тела в сутки. В первые три месяца после операции прием непрерывным курсом, и в последующем, через каждые полгода, курс УДХК в течение одного месяца на протяжении 1-3 лет. В комплексе с применением препаратов УДХК проводили электростимуляцию ЖП по разработанной в клинике методике.

Результаты и обсуждение

Из группы обследованных пациентов, в соответствии с разработанными критериями выбора, ХЛТ выполнена в 33 (25%) случаях. Мотивами выполнения ХЛТ служили, прежде всего, сохранение функционирующего желчного пузыря без признаков воспаления, а также активное желание самого пациента при его полной информированности о последствиях отклонения от стандартов лечения.

Клинически у 18 (54,54%) пациентов ХЛ был выявлен впервые и протекал бессимптомно. У 7 (21,21%) пациентов длительность заболевания составила до 1 года, до 3-х лет — 4 чел. (12,12%), до 5 лет — 2 чел. (6,06%), до 10 лет — 2 чел. (6,06%) и протекала с периодическими тупыми, ноющими болями в правом подреберье.

У обследуемых пациентов при биохимическом исследовании крови маркеры холестаза и цитолиза печеночной клетки были в пределах нормы, а именно: общий билирубин — 13,76±7,09 мкмоль/л, АЛТ — 0,26±0,13 мкмоль/л, АСТ — 0,18±0,08 мкмоль/л, ЩФ — 0,73±0,32 мкмоль/л, ГГТП — 21,68±7,12 Ед/л. Уровень БХЦК колебался в пределах от 3,3 до 5,5 нг/мл (в среднем 4,35±1,32 нг/мл).

При дуоденальном зондировании, у всех больных, планируемых для проведения ХЛТ, была получена порция "В" желчи. При ее биохимическом исследовании — холатолестеринный коэффициент составил 3,77±0,33; фосфолипидно-холестеринный коэффициент 31,84±6,76; при микроскопии отсутствовали преципитаты из кристаллов холестерина и билирубината Са, признаки воспаления и простейшие.

При ультрасонографии длина ЖП 71,0±15,0 мм (от 54 до 89 мм), ширина ЖП 26,0±8,0 мм (от 17 до 45 мм), толщина стенки ЖП 4 мм (от 3 до 4 мм), объем ЖП 26,0±9,0 см³ (от 15 до 42 см³), моторная функция ЖП — 34,0±13,0 мин (от 15 до 60 мин), эвакуаторная функция (эффективность желчеотделения) составила 44,0±13,0% (от 30 до 63%).

В ходе исследования определены следующие диагностические критерии для выполнения ХЛТ:

- отсутствие клинических проявлений ЖКБ в течение последних 6 месяцев;
- при биохимическом исследовании крови — отсутствие маркеров холестаза и цитолиза (нормальный уровень билирубина, АЛТ, АСТ ЩФ, ГГТП);
- уровень сывороточного базального холинестерина в диапазоне от 3,0 до 5,5 нг/мл;
- по данным ультрасонографии:
 - А. одиночные конкременты, диаметром от 1 до 3-х см, легко смещающиеся в полость ЖП, при отсутствии в пузырной желчи сладжа;
 - В. размеры ЖП — длина до 90 мм, ширина до 45 мм;
 - С. толщина стенки ЖП < 5 мм;
 - Д. объем ЖП до 60 см³;
 - Е. эффективность желчеотделения при определении моторно-эвакуаторной и сократительной функции ЖП от 40% до 80% от исходного объема (нагрузка — сорбит);
- по результатам дуоденального зондирования — наличие пузырной порции желчи (порция "В") и отсутствие в ней микроскопически признаков воспаления, простейших и преципитатов из кристаллов холестерина и билирубината Са;
- интраоперационно:
 - А. отсутствие признаков острого воспаления стенки ЖП;
 - В. отсутствие выраженного перипроцесса и деформации пузырного протока.

В 10 случаях при выполнении ХЛТ, у пациентов отмечалась выраженная подкожно-жировая клетчатка, в связи с чем, операция была выполнена лапароскопически. В 3 случаях ЖП располагался на брюшке, его дно выступало за край печени, было мобильным — выполнена ЛХЛТ через разрез в участке перехода серозного покрова ЖП на

Глиссонову капсулу печені. В 6 випадках ЖП розпалагалася внутріпеченочно, його дно не виступало за край печені, було не мобільним — в зв'язі з чим виконана ЛХЛТ через разрез на дне ЖП. В 1 випадку ЖП розпалагалася внутріпеченочно з очень вираженим карманом Гартмана — виконана ЛХЛТ через продольний разрез на кармане Гартмана. В 23 випадках, у пацієнтів отмечалась слабовыраженная подкожно-жировая клетчатка, анатомически ЖП располагалась на брыжейке, его дно выступало за край печені, было мобільним — виконана ХЛТ комбинированным способом (КХЛТ). Длительность ЛХЛТ составила в среднем 48 ± 10 минут, а КХЛТ 45 ± 10 минут, что в сравнении с проведенными ЛХЭ достоверно не отличалось по продолжительности операции.

Интраоперационных осложнений в группе больных, которым выполнялась ХЛТ, не определялось. Послеоперационные осложнения в исследуемой группе после ЛХЛТ отмечены в одном случае (3,03%) (желчеистечение), что было связано с погрешностью в технике наложения интракорпорального шва на этапе освоения данного способа.

Рецидивов камнеобразования при динамическом наблюдении в сроки до 22 месяцев не наблюдалось. Больные во всех случаях субъективно отмечали улучшение пищеварения и общего самочувствия.

Выводы

Разработанные диагностические критерии и виды операций позволяют применить холцистолитотомию при одиночном холцистолитиазе у 25% пациентов. При слабовыражен-

ной подкожно-жировой клетчатке, анатомическом расположении ЖП на брыжейке — предпочтительно выполнение холцистолитотомии комбинированным способом. Предварительные отдаленные результаты оперативного лечения одиночного холцистолитиаза обуславливают перспективность направления и необходимость проведения дальнейших исследований с целью улучшения критериев выбора и способов холцистолитотомии.

Литература

- Ищенко И.Н. (1966) Операции на желчных путях и печени. (Киев). "Здоровье". 360 с.
- Максимлюк В.И. (2003) Морфо-функциональные критерии в обосновании хирургического лечения осложненных форм желчнокаменной болезни. Автореф. дис... д-ра.мел.наук. (Москва). 43 с.
- Мануйлов А.М., Кулиш П.А., Лютов А.А. (2008) Применение органосохраняющих принципов в хирургии желчнокаменной болезни. XII Съезд Российского общества эндоскопических хирургов (Краснояр). 26.
- Оноприев А.В., Корочанская Н.В., Семенкина Т.М. и др. (2005) Обоснование показаний к проведению лапароскопической холцистолитактакции. Сб. науч. трудов "Актуальные вопросы гастроэнтерологии в терапии и хирургии". (Рязань-Москва). Вып. 2: 295-299
- Chowbey P.K., Bandyopadhyay S.K., Sharma A. et al. (2003) Laparoscopic reintervention for residual gallstone disease. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. (India). 13: 1: 31-35
- Zou Y.P., Du J.D., Li W.M., Xiao Y.Q. et al. (2007) Gallstone recurrence after successful percutaneous cholecystolithotomy: a 10-year follow-up of 439 cases. Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. (China). 6: 2: 199-203

ОЗОНО-КВАНТОВА ТЕРАПІЯ В МАЛОІНВАЗИВНІЙ ХІРУРГІЇ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Шевченко Б.Ф., Газдок П.В., Косинський О.В., Пролом Н.В.

Відділення хірургії органів травлення, Інститут гастроентерології АМН України, Дніпропетровськ

Ozone-Laser Therapy in Miniinvasive Surgical Treatment of Pancreatic Pseudocysts

B.F. Shevchenko, P.V. Gazdyuk, A.V. Kosinskiy, N.V. Prolom

Department of Surgery, Institute of Gastroenterology of AMS of Ukraine, Dnepropetrovsk

Summary

In study 25 patients of treatment with application technologies of pseudocysts. Patients were distributed on first group — 11 patients' treatment with the use of interferences in combination with ozone-laser therapy and second group — 14 patients which traditional miniinvasive surgery of brush was conducted with sanitation of cavity antiseptics. Connection of cavity of pseudocysts with the recurrent system of pancreas was determined for 18 (72%) patients in the inspected groups. Miniinvasive surgery of cysts in combination with the method of ozone-laser therapy in 3 times promoted efficiency of the method of treatment on condition of absence of the connection with the procurrent system, ($p < 0,05$). Use of ozone-laser therapy at patients with pseudocysts instrumental in the improvement of quality of surgical treatment due to diminishing of frequency of complications after surgery and reduction of term of the stationary treatment in 1,5 time.

Key words: ozonolaser therapy, miniinvasive surgery, pseudocyst.

Вступ

На ранніх стадіях розвитку псевдокіст підшлункової залози (ППЗ) контрастуються бовкою відгалуження протоків як з ділястцюю так і без ділястцю віруснової протоки. Контраст може також заповнити порожнину ППЗ з норичею поміж нею і травним каналом [1,2,4]. Отже, причиною рецидивів більшою частотою є сполучення з протоковою системою. При цьому найбільш ефективним є застосування малоінвазивного пункційно-дренуючого оперативного прийому як діагностично-лікувального етапу [1,3]. При цьому, удосконалення малоінвазивних пункційно-дренуючих методик спрямовано на вибір хімічного, біофізичного чинників впливу на стінку та порожнину ППЗ. Чинники впливу, що пропонують дослідниками, сприяють ефективній санації порожнини ППЗ, стимулюють регенеративні процеси в стінці кісти та призводять до облітерації ацинарних протоків підшлункової залози [5,6].

Відомо, що гнійно-некротичні ускладнення ППЗ викликають високовірulentні, нечутливі до ряду антибактеріальних препаратів штами патогенних та умовно-патогенних грамнегативних мікроорганізмів родів *Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*, а також грампозитивні коки (*Staphylococcus spp.*) і синьогнійна паличка (*Pseudomonas*) [5]. Це потребує впровадження більш ефективних методик впливу на мікроорганізми, наприклад, біофізичних чинників. Найбільш відомими з таких є лазерне випромінювання та озонотерапія фізіологічний розчин (ОФР). Однак в малоінвазивному хірургічному лікуванні ППЗ дані чинники не застосовуються.

Тому, метою дослідження було розробка та впровадження комбінованого застосування ОФР та лазерного випромінювання в комплексному лікуванні хворих з ППЗ.

Матеріали та методи

Розроблена методика озono-квантової терапії (ОКТ) проводилася за допомогою спеціального дренажа встановленого під час малоінвазивного дрeнування ППЗ. Дренаж надавав можливість одночасної санації порожнини ОФР та опромінюванням стінок ППЗ лазерним випромінюванням.

У якості антисептика для санації порожнини ППЗ використовували ОФР з концентрацією озону від 6 до 12 мг/л, а в якості джерела розфокусованого лазерного випромінювання було застосовано лазерний терапевтичний апарат "Матрікс-ВЛОК", розроблений сумісно Науково-дослідним центром "Матрікс" та Державним центром лазерної медицини Росрадра, з технічними характеристиками: довжина хвилі опромінювання — 0,63 мкм при середній потужності — 1,5 мВт. Експозиція ОКТ складала 15 хвилин [Спосіб мініінвазивного хірургічного лікування кіст підшлункової залози із застосуванням озono-квантової терапії — заявка № 02009 00619].

Клінічний матеріал склався з 25 хворих, пролікованих із застосуванням малоінвазивних технологій в відділенні хірургії органів травлення ДУ "ІГ АМНУ" у 2008 році з приводу ППЗ. Хворі проспективно відкрито прямим методом розподілялись на дві групи. Перша група — 11 пацієнтів пролікована з застосуванням малоінвазивного втручання в комбінації з ОКТ. В другій групі 14 пацієнтів проводили традиційне малоінвазивне дрeнування ППЗ з санацією розчином діоксиду титану та фурациліну. За основними показниками (стать, вік, тривалість захворювання) групи були репрезентативні.

Оцінку запропонованого способу проводили за даними: клініко-лабораторних показників гнійно-запальних ускладнень, динаміки сонологічних змін, мікробіологічного пейзажу вмісту псевдокісти, імунологічних маркерів запалення (ФНП, ІЛ-6, ІЛ-8). Інтеративно якість лікування проводили при співставленні частоти розвитку гнійно-некротичних ускладнень з боку ППЗ, терміну післяопераційного стаціонарного лікування в обстежених групах. Обробку отриманих даних проводили за допомогою статистичних програм "Statistica", "SPSS".

Результати та їх обговорення

В обстеженій групі хворих за даними анамнезу тривалість захворювання коливалася в межах від 1 до 4 років, при середньому значенні $1,57 \pm 0,2$ роки. При цьому 6 пацієнтів були оперовані з приводу гострого панкреатиту в об'ємі — дрeнування чепцевої сумки. У всіх хворих визначався безперервно рецидивуючий перебіг захворювання. На що вказували характер та інтенсивність болювого синдрому, диспепсичних явищ, лихоманки.

Остаточо визначити сполучення порожнини ППЗ з протоковою системою вдалося лише при малоінвазивному хірургічному втручанні, що діагностувалося у 8 хворих, у решті пацієнтів зв'язку не виявлено. Першим етапом у всіх обстежених хворих як першою так і другою груп виконували малоінвазивну пункцію під УЗ-контролем. Хворим першої групи на відміну від хворих другої групи проводили ОКТ в режимі — двічі на добу в терміні 14-18 днів. Закінчення проведення методики обгрунтували за даними мікробіологічного дослідження вмісту кісти та позитивної динаміки сонологічних даних (зменшення об'єму порожнини псевдокісти, збільшення щільності стінки ППЗ, зменшення вилінь по дренажу). У разі сполучення порожнини ППЗ з протоковою системою у 8 хворих першої групи пункція та дрeнування кісти з застосуванням ОКТ проводилася як перший етап хірургічного лікування, другим етапом за умов сформованості стінки ППЗ виконували внутрішнє дрeнування (у 4 хворих виконали цистоностомію, у 1 хворого — цистогастротомію, у 3 хворих — цистодуоденостомію). При цьому інтраопераційно ознаки запалення, деструкції кісти візуально не визначались. У 3 хворих першої групи після пункції, дрeнування та аспірації вмісту псевдокісти, проведення ОКТ на тлі повної сформованості стінки ППЗ визначалася облітерація останньої в терміні від 18 до 24 днів.

В другій групі хворих сполучення порожнини ППЗ з протоковою системою підшлункової залози визначалася у 10 пацієнтів. Однак, за допомогою пункції та дрeнування ППЗ в даній групі вдалося виключити лише 1 хворого.

Післяопераційний період у 1 хворого другої групи ускладнився неспроможністю швів цистодуоденостомозу, що викликало необхідність релапаротомії з ушиванням дефекту анатомозу. В 2 випадках в другій групі хворих виникла кровотеча в порожнину ППЗ, що потребувало ургентної релапаротомії. На відміну від цього післяопераційних ускладнень в першій групі де застосовували ОКТ не визначалася, що певною мірою підтвердило доцільність застосування розробленої методики.

Таким чином, поєднання пунктування та дрeнування з ОКТ дозволило у 3 рази покращити результати першого етапу лікування хворих з ППЗ підшлункової залози.

Завдяки застосуванню ОКТ була значно зменшена вірогідність розвитку ускладнень та важкого перебігу післяопераційного періоду, що позначилося на скороченні терміну стаціонарного лікування в першій групі хворих майже в 1,5 рази, ($p < 0,05$).

Висновки

Сполучення порожнини ППЗ з протоковою системою підшлункової залози визначалося у 18 обстежених пацієнтів. Пункція та дрeнування в поєднанні з методикою ОКТ в 3 рази підвищує ефективність малоінвазивного методу лікування ППЗ за умов відсутності її сполучення з протоковою системою, ($p < 0,05$).

Використання ОКТ в першій групі хворих сприяє покращенню показників якості хірургічного лікування за рахунок зменшення частоти післяопераційних ускладнень при внутрішньому дрeнуванні ППЗ та скороченню терміну стаціонарного лікування в 1,5 рази.

Враховуючи перспективність напрямку лікування хворих з ППЗ (пункції та дрeнування в поєднанні з ОКТ) потрібні подальші дослідження із збільшенням кількості спостережень.

Література

- Копчак В.М., Толунов І.М., Хомяк І.В. і др. (2005) Современные аспекты хирургического лечения хронического панкреатита. Кліні. хірургія. 4-5: 34-35
- Березницький Я.С., Дука Р.В. (2006) Вибір способу хірургічного лікування хворих з ускладненнями хронічним панкреатитом та оцінка його результатів. Кліні. хірургія. 9: 67-68
- Митьков В.В. (2003) Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. В 2-х томах. "Видар" 233 с.
- Шевченко Б.Ф., Шуларенко М.М., Лукинов Г.В., Котлярюк Е.В. (2007) Хірургічне лікування ускладненого хронічного панкреатиту. Кліні. хірургія. 2-3: 55-56
- Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нічитайло М.Е., Радзіховський А.П. (1997) Хирургия поджелудочной железы. (Симферополь). "Таврида". 553 с.
- Губергрин Н.В., Христюк Т.Н. (2000) Клиническая панкреатология. (Донецк). "Лебедь". 313 с.

ЕНДОСКОПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія",
28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

РОЛЬ ЦИТОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ В ДІАГНОСТИЧНОМУ АЛГОРИТМІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ І НЕОПЛАСТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКА

Гомоляко І.В., Бурій О.М.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

The Role of Cytologic Methods in Diagnostic Algorithm of the Erosive-Ulcerous and Neoplastic Gastric Diseases

I.V. Homolyako, A.N. Buriy

National Institute of Surgery and Transplantation named by A.A. Shalimov, Kiev, Ukraine

Summary

It is suggested to extend morphologic diagnostic algorithm of the erosive-ulcerous and neoplastic diseases and put into the list of the obligatory investigations evaluation of blood neutrophil granulocytes and of buccal epithelium nuclei. These tests may have an essential effect on the curative tactics. Such monitoring on the base of cytological materials has diagnostic and prognostic significance, is not invasive and highly sensitive

Key words: morphologic diagnostic, neutrophil granulocytes, buccal epithelium nuclei.

Вступ

Ерозивно-виразкові та неопластичні захворювання шлунку є дуже розповсюдженою, типовою для всіх розвинених країн патологією [1,9,12,19,20]. Висока їх частота, постійне збільшення чисельності хворих, необхідність зваженого диференційованого підходу до вибору лікувальних схем потребує пошуку нових, більш тонких методів діагностики, в тому числі і ранньої діагностики, потребує більш глибокого вивчення питань етіології і патогенезу.

На цьому тлі роль цитологічних і гістологічних досліджень, а також їх комплексного використання набуває особливого значення. Дослідження біоптатів слизової оболонки шлунка і виявлення *Helicobacter pylori* (HP) є на сьогоднішній день обов'язковими елементами діагностичного комплексу. Цитологічні дослідження системи нейтрофільних гранулоцитів (НГ) крові і букального епітелію (БЕ) лише набувають свого значення, як такі, що дозволяють отримувати додаткову інформацію при ерозивно-виразкових та неопластичних захворюваннях шлунку і суттєво впливати на процес лікування хворих.

Метою даного дослідження була оцінка значення різних морфологічних методів дослідження при ерозивно-виразкових та неопластичних захворюваннях шлунку та можливостей їх використання для діагностики та прогнозування перебігу цих захворювань.

Матеріали і методи

Біоптати слизової оболонки шлунку були опрацьовані за традиційною гістологічною методикою із забарвленням препаратів гематоксиліном-еозином, азур II-еозином та за ШИК-реакцією. Виявлення HP-інфекції проводилось за "золотим стандартом", який включає цитологічне і гістологічне дослідження слизової оболонки шлунку з використанням азурових барвників [18].

Дослідження системи НГ крові та ядер БЕ проводили методом цитометрії в мазках крові та зіскрибків з внутрішньої поверхні шлунку, опрацьованих в стандартних умовах і забарвлених за Романовським-Гимзою. Технічне забезпечення цитометрії — мікроскоп БХ-41 (Olympus), програмне забезпечення DP-SOFT (Німеччина) та Paradise (Україна). Результати вимірювання площі (s) подані в кв.мкм, яскравості (int) — в умовних одиницях. Оцінювали особливості розподілу 4 типів НГ та ядер БЕ за показниками площі та яскравості в залежності від їх ультраструктурних, цитохімічних та кількісних характеристик [3-6,14]: sI(A) — "мали", sII(B) — "середні", sIII(C) — "збільшені" та sIV(D) — "великі" та intI(A) — "темні", intII(B) — "помірні", intIII(C) — "просвітлені" та intIV(D) — "світлі". Результати цитометричних досліджень у хворих порівнювали з результатами аналогічних досліджень осіб контрольної групи, у яку ввійшли 30 здорових донорів крові. Цитологічні об'єкти з характеристиками sII(B) та intII(B) розглядаються як умовна норма. При проведенні аналізу даних враховували переважуючий тип НГ і ядер БЕ, рівень поліморфізму системи від різко вираженого (1 рівень) до налірного накопичення одного з типів об'єктів (4 рівень), а також приналежність до певної морфофункціональної групи (I-III МФ групи). Оцінку достовірності отриманих результатів визначали за критеріями Ст'юдента та Пірсона [7,11]. Для статистичної обробки матеріалу використовували комп'ютерну програму "Statistica for Windows" версія 6.0, розробники Stat Soft and Inc. 1984-2001, USA.

Результати дослідження

Helicobacter pylori

Відкриття в 1983 р. HP і формування нової концепції патогенезу і лікування ерозивно-виразкових захворювань шлунку принесло відчутні результати щодо зменшення клінічних проявів, скорочення строків лікування, зменшення частоти рецидивів та хірургічних дій втручання [21]. Багаторічні цитологічні дослідження на наявність HP (n=4823) підтвердили їх ефективність, інформативність і необхідність для призначення адекватного лікування [12,13].

Вивчення HP-інфікованості хворих на гастродуоденальну патологію протягом 20 років показали відсутність суттєвих змін в структурі HP-інфікованості. Найвищою (за нашими даними 86-92% в різні роки спостереження) залишається HP-інфікованість при пептичній виразці дванадцятипалої кишки. В цілому середній рівень HP-інфікованості хворих на ерозивно-виразкові захворювання складає 75,9% з коливаннями в межах від 68% до 92%. У хворих на неопластичні процеси шлунку частота виявлення HP в різні роки коливалась від 0% до 15%, в середньому — біля 3,7%.

Проведені дослідження дозволили зробити висновок, що HP-інфекція поряд із своєю основною роллю інфекційного агента, як одного із важливих чинників розвитку запальної патології гастродуоденальної зони, відіграє і певну позитивну роль. HP завдяки гостроті викликаного ним запального процесу дозволяє на більш ранніх етапах захворювання розпочати лікування. Низький рівень виявлення HP-інфекції при неопластичних захворюваннях служить додатковим критерієм при диференціальній діагностиці виразкових уражень шлунку.

Але існують і інші фактори патогенезу цих захворювань, які мають морфологічне відображення і мають бути враховані в діагностичному алгоритмі. До таких факторів відносяться НГ крові.

Нейтрофільні гранулоцити крові

Нейтрофільні гранулоцити крові є основною ланкою антибактеріального захисту організму [3-6,14]. В попередніх дослідженнях було показано, що існує певна залежність між ультраструктурними, цитохімічними та цитометричними характеристиками НГ. Показник площі відображає розміри і адгезивні властивості НГ, показник яскравості — стан мембранних структур та ступінь окислювальної активності клітин. Враховуючи антибактеріальний потенціал НГ, структуру системи НГ крові доцільно розглядати відповідно до наявності HP-інфікованості.

У всіх хворих на ерозивно-виразкову патологію спостерігали достовірне збільшення площі НГ, яскравості їх цитоплазми та поліморфізму системи відносно контролю, що відображає як активацію так і виснаження системи НГ. У неінфікованих хворих відхилення структури системи НГ були дещо більшими по відношенню до контролю.

На рис. 1 представлені характеристики розподілу різних типів НГ за показником площі. В контролі достовірно переважали клітини sII(B) типу, відсотковий вміст різних типів НГ був досить сталим і в цілому розподіл наближався до нормального.

При ерозивно-виразкових захворюваннях у HP-інфікованих і неінфікованих хворих спостерігалися суттєві відхилення в структурі системи, які полягали у достовірному відносно контролю (p<0,05) зменшенні частки НГ sII(B) типу, збільшенні частки НГ sI(A) та sIV(D) типів (маргінальних функціонально неактивних форм). В усіх групах розподіли різних типів НГ суттєво відрізнялися між собою за критерієм Пірсона (p<0,05). У неінфікованих хворих відмінності від контролю були виражені виражені значно більше — очевидним є значне збільшення частки маргінальних форм і посилення поліморфізму системи, що є маркером дистрофічного процесу.

Відносно показника яскравості цитоплазми НГ (рис. 2) також були відмічені суттєві відмінності від контролю та в групах між собою. У HP-інфікованих спостерігалась майже

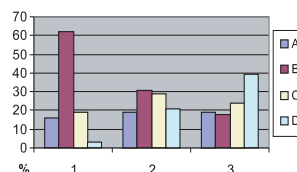


Рис. 1

Розподіл значень показника площі НГ при ерозивно-виразкових захворюваннях шлунку за діапазонами групування: по вертикалі — частота у відсотках; по горизонталі: 1 — група контролю; 2 — HP-інфіковані; 3 — неінфіковані.

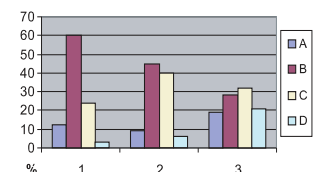


Рис. 2

Розподіл значень показника яскравості цитоплазми НГ при ерозивно-виразкових захворюваннях шлунку за діапазонами групування: по вертикалі — частота у відсотках; по горизонталі: 1 — група контролю; 2 — HP-інфіковані; 3 — неінфіковані.

Таблиця 1. Статистична характеристика показників площі і яскравості ядер БЕ в контролі та сукупності хворих (I група і II група)

| Група | Параметри | M±m | Max | min | CV % |
|----------|-----------------|--------------|--------|-------|-------|
| Контроль | Площа ядра | 108,81±2,55 | 234,48 | 32,17 | 24,16 |
| | Яскравість ядра | 153,86±12,81 | 171,1 | 70 | 11,72 |
| I група | Площа ядра | 94,81±8,55 | 211,68 | 32,17 | 25,16 |
| | Яскравість ядра | 133,86±12,81 | 171,1 | 70 | 12,72 |
| II група | Площа ядра | 90,93±20,01 | 166,83 | 17,5 | 28,52 |
| | Яскравість ядра | 119,03±11,21 | 162,03 | 54 | 35,39 |

однакова кількість НГ intII(B) і intIII(C) типів (слабо і помірно активованих НГ) при низькому вмісті маргінальних форм. У неінфікованих — був відмічений різко виражений поліморфізм, згачене підвищення частки маргінальних типів НГ.

Такі дані свідчать про більш значні порушення в системі НГ у неінфікованих хворих і вони співпадають з даними про те, що НР-негативні ерозивно-виразкові захворювання мають більш важкий перебіг, рефрактерність до лікування, схильність до швидких рецидивів та високу частоту ускладнень; крім того, в слизовій оболонці шлунку виявляється тенденція до розвитку атрофічних процесів. Отже, виражена морфофункціональна недостатність системи НГ може розглядатись як суттєвий фактор ризику ускладненого перебігу захворювання і має прогностичне значення [13].

У хворих з неопластичними захворюваннями шлунку структура системи НГ є ще більш варіабельною, але найтипівшими є типи НГ sIII(C), sIV(D) та intI(A). На даному етапі досліджень діагностична роль цитометрії НГ при неоплазії не встановлена.

Виявлені зв'язки між наявністю НР, перебігом захворювання і станом системи НГ крові дають підстави вважати, що цитометрія НГ крові є досить об'єктивним критерієм прогнозування перебігу ерозивно-виразкової патології і може мати вагоме значення для вирішення питання про перспективи консервативного і хірургічного лікування.

Букальний епітелій

Букальний епітелій на протязі багатьох років приваблює увагу дослідників, оскільки існують численні дані про зв'язок між наявністю зловисних неопластичних захворювань і змінами в структурі системи ядер БЕ [2,8,15-17].

У клінічно здорових осіб в цитограмах БЕ вирізняються поверхневі, проміжні та окремі парабазальні клітини, розміщені пластами та невеликими групами, ядра проміжних клітин, які є об'єктом цитометрії, округлі або еліпсоїдні з добре вираженим малюнком ядерного хроматину сітчастого характеру. У хворих на ерозивно-виразкові (I гр.) та неопластичні (II гр.) захворювання шлунку при візуальному спостереженні зміни в цитограмах БЕ не виглядають значущими. Однак, в II групі спостерігалось посилення поліморфізму БЕ, виражені ознаки дистрофії, поява клітин парабазального і базального шару. В окремих спостереженнях кількість клітин БЕ з вираженими дегенеративними змінами перевищувала 60%. Сполучення проміжних, парабазальних і базальних клітин в вираженого клітинного поліморфізму свідчать про значні атрофічні зміни.

Загальна статистична характеристика показників площі та яскравості ядер БЕ не виявила суттєвих відмінностей між I і II групами (табл. 1).

Більш інформативними є результати аналізу розподілів параметрів "переважаючий тип", "рівень поліморфізму" та "МФ група" причому у всіх випадках розподіли відрізнялись достовірно. Так, за показником площі в I гр. переважали ядра sII(B) типу, а кількість sI(A) sIV(D) не перевищувала 20%; в II групі переважали ядра sI(A) типу (рис. 3). Для I гр. за показником яскравості характерними були ядра intII(B), intIII(C) та intIV(D) типів, а в II гр. 40% ядер відносились до intI(A) типу (рис. 4). Для ядер БЕ I гр. за площею типовим був 2 рівень поліморфізму, тобто помірний поліморфізм; для II гр. — 1 рівень, тобто різко виражений поліморфізм (рис. 5). За показником яскравості в I гр. переважали 2 і 3 рівні поліморфізму, II гр. — 1 і 2 рівні (рис. 6). У 80% випадків при неопластичних процесах система ядер БЕ відносились до II МФ групи (рис. 7).

Таким чином, цитометрично були виявлені досить значні відмінності в будові системи ядер БЕ при ерозивно-виразкових і неопластичних захворюваннях шлунку, підтвердження

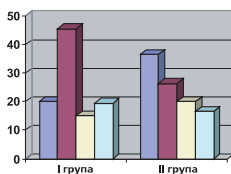


Рис. 3. Розподіл значень показника площі ядер БЕ при ерозивно-виразкових і неопластичних захворюваннях шлунку за діапазонами групування: по вертикалі — частота у відсотках; по горизонталі: I гр. — ерозивно-виразкових захворюваннях; II гр. — неопластичні захворювання.

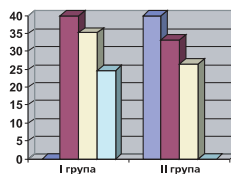


Рис. 4. Розподіл значень показника яскравості ядер БЕ при ерозивно-виразкових і неопластичних захворюваннях шлунку за діапазонами групування: по вертикалі — частота у відсотках; по горизонталі: I гр. — ерозивно-виразкових захворюваннях; II гр. — неопластичні захворювання.

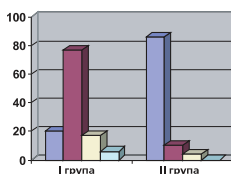


Рис. 5. Розподіл рівнів поліморфізму системи ядер БЕ за показником площі при ерозивно-виразковій і неопластичних захворюваннях шлунку за діапазонами групування: по вертикалі — частота у відсотках; по горизонталі: I гр. — ерозивно-виразкових захворюваннях; II гр. — неопластичні захворювання.

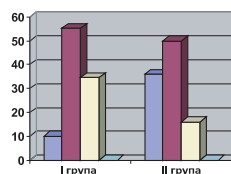


Рис. 6. Розподіл рівнів поліморфізму системи ядер БЕ за показником яскравості при ерозивно-виразковій і неопластичних захворюваннях шлунку за діапазонами групування: по вертикалі — частота у відсотках; по горизонталі: I гр. — ерозивно-виразкових захворюваннях; II гр. — неопластичні захворювання.

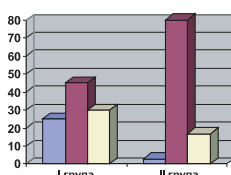


Рис. 7. Розподіл морфофункціональних груп ядер БЕ при ерозивно-виразковій і неопластичних захворюваннях шлунку за діапазонами групування: по вертикалі — частота у відсотках; по горизонталі: I гр. — ерозивно-виразкових захворюваннях; II гр. — неопластичні захворювання.

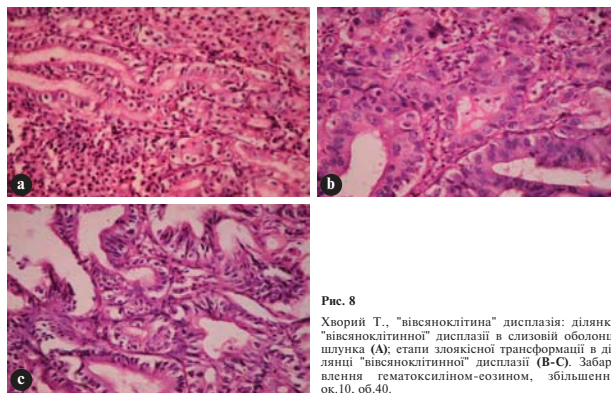


Рис. 8. Хворий Т., "ввісяноклітина" дисплазія: ділянка "ввісяноклітинної" дисплазії в слизовій оболонці шлунка (А); етапи зловисної трансформації в ділянці "ввісяноклітинної" дисплазії (В-С). Забурвлення гематоксилином-еозином, збільшення $\times 10, \text{об.40}$.

тенденція до розвитку атрофічних процесів в БЕ у хворих II гр. та встановлений факт порушення проліферативних процесів та наявності більш виражених диспластичних змін.

На основі статистичної послідовної процедури Байеса побудовано шкалу діагностичної для визначення ступеню диспластичних змін. Першою ступеню дисплазії відповідали 5,3-7,3 бали з вірогідністю ерозивно-виразкових захворювань 0,98, а карциноми шлунку — 0,02, II ступеню дисплазії — 7,4-8,9 бали з вірогідністю відповідно 0,85 і 0,15, III ступеню дисплазії — 9,1-15,0 балів з вірогідністю відповідно 0,26 і 0,74.

Як і очікувалось каріометрія БЕ не дає 100-відсоткового діагностичного ефекту, оскільки найбільш вірогідно відображає рівень метаболічної інтоксикації, але такий тест може бути використаний як допоміжний при вирішенні питання про доцільність хірургічного втручання.

Біоптати слизової оболонки шлунку

Гістологічне дослідження біоптатів слизової оболонки шлунку залишається найбільш інформативним і об'єктивним, основним в діагностичному алгоритмі шлункової патології. За останні роки відбулись певні зміни в структурі диспластичних процесів в слизовій оболонці шлунку [10]. Значно почастилися нетипові варіанти дисплазії. В цих випадках залози набувають своєрідного "штампованого" вигляду, епітеліальні клітини і їх ядра мають невеликі розміри, витягнуті, нагадують насіння вівса, різко гіперхромні; навколо ядер розташовується зона просвітлення, а самі клітини вирізняються вираженою мономорфністю (рис. 8). В зонах такої "ввісяноклітинної" дисплазії можна спостерігати її пряму трансформацію в карциному. Хворі з такою формою дисплазії відносяться до групи ризику і потребують розробки нової лікувальної тактики по відношенню до такого виду дисплазії. До 2002 року частота виявлення "ввісяноклітинної" дисплазії становила 1,5-2% серед всіх досліджених біоптатів слизової оболонки шлунку. Після 2002 року частота її виявлення зростає становить в середньому 20%. Не можна виключити зв'язок описаної вище дисплазії із вірусним ураженням, оскільки морфологічні особливості ураження епітеліальних клітин шлунку співпадають з морфологічною характеристикою інфікованості вірусом папіломи людини епітеліальних клітин при наявності гнієкологічної патології, при якій наявність віруса папіломи людини є доведеним фактом.

Проведені багаторічні дослідження свідчать про доцільність розширення діагностичного алгоритма при ерозивно-виразковій і неопластичних захворюваннях шлунка та включення в перелік необхідних заходів досліджень системи НГ та БЕ, що може мати суттєвий вплив на вибір тактики лікування. Отримані дані є підґрунтям для розробки системи моніторингу на основі використання цитометрії, оскільки остання характеризується об'єктивністю, високою чутливістю, індивідуальністю, інформативністю. За своєю технологією цитологічний моніторинг має низьку інвазивність, доступність з достатнім обсягом діагностичного матеріалу, можливістю необмеженого повторення.

Література

1. Бабак О.Я. (1998) Необхідність впровадження заходів по боротьбі з хелікобактерною інфекцією в Україні. Журнал АМН України. 4; 3: 508-514
2. Бородай Н.В., Ганина К.П., Центило Т.Д. (1991) Содержание ДНК в ядрах клеток буккального эпителия у практически здоровых людей. Цитология и генетика. 25; 5: 9-11
3. Гомолько І.В., Тумасова К.П. (2001) Ультраструктура та морфометрична характеристика нейтрофілних гранулоцитів крові. Цитология и генетика. 5: 44-48
4. Гомолько І.В., Тумасова К.П., Клочкова Н.Е. (2006) Нейтрофілії гранулоцитів крові в нормі та при патології (гістологічне дослідження). Лабораторна діагностика. 4; 38: 50-55
5. Дев'я В.А., Тумасова К.П. (1999) Взаємозв'язок між окисидантно та мієлопероксидазно активністю нейтрофілних гранулоцитів крові у гнійно-септичних хворих. Лабораторна діагностика. 2: 13-15
6. Зак К.П., Бутенко З.А., Николаєнко Н.И. (1998) Количественные и цитологические изменения различных видов лейкоцитов крови у ликвидаторов чер-5 6 лет аварии на Чернобыльской АЭС. Гематол. трансфузиол. 40; 4: 39-42
7. Миннер О.П., Угров Б.Н., Власов В.В. (1982) Методы обработки медицинской информации. (Київ). "Вища школа". 159 с.
8. Непомнящих Л.М., Кононов А.В., Непомнящих Г.И. (1985) Морфологическое исследование слизистых оболочек в диагностике и прогнозе воспалительных заболеваний. Сов. мед. 1: 47-52
9. Пальев М.А., Грачев С.В., Иващенко В.Т., Комаров Ф.И., Серов В.В., Ющук Н.Д., Попова Т.С. (2001) Прогноз развития гастроэнтерологии и гепатологии на ближайший 10 лет. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1: 7-13
10. Петрова А.С., Коржанин Р.Ф., Лукина Т.А. (1985) Цитологическая диагностика дисплазий эпителия. Архив патологии. 11: 3-6
11. Петунин Ю.И. (1980) Приложение теории случайных процессов в биологии и медицине. (Київ). "Наукова думка". 320 с.
12. Сасенко В.Ф., Гомолько І.В., Бурый А.М., Диброва Ю.А., Рыжий Л.М., Крошук В.В. (2001) Особенности диагностики и лечения больных с гастроинтестинальной патологией, ассоциированной с хеликобактериозом. Клінічна хірургія. 6: 14-19
13. Сасенко В.Ф., Гомолько І.В., Тумасова К.П. и др. (2006) Характеристика нейтрофілних гранулоцитів крові при негнійних виразках 12-палої кишки. Журнал АМН України. 12; 3: 525-532
14. Саркисов Д.С., Пальцын А.А. (1992) Новые данные о функциональной морфологии лейкоцитов при гнойно-септических процессах. Арх. патол. 54: 1: 3-9
15. Хусанова И.С., Варулева И.Ю., Кожини Н.А. (1997) Оценка цитологических показателей буккального эпителия для диагностики функционального состояния человека. Клин. лаб. диагностика. 3: 10-12
16. Цитологическая реактивность онкологического больного (1995) Под редакцией проф. К.П. Ганиной. (Київ). "Наукова думка" 180 с.
17. Юрина Н.А., Пильгаль В.А., Проценко В.Д. (1998) Оптико структурный машинный анализ хроматина ядер и Sh-групп цитоплазмы эпителиоцитов слизистой оболочки ротовой полости человека в норме и при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Архив анат. гист. и эмбриол. 91; 10: 67-70
18. Lee A., Megrand P. (1996) Helicobacter pylori. Teachings for clinical diagnosis and basic research. Byk Gulden. (eds) 124 pp
19. Redden S.F., Petersson K., Borch K. (2003) Relationship of gastroscopic features to histological findings in gastritis and helicobacter pylori infection in a general population sample. Endoscopy. 35; 11: 946-950
20. Tytgat G.С. (2000) Ulcers and gastritis endoscopy. 32; 2: 108-117
21. Warren J.R., Marshall B.J. (1983) Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet. 2: 1273-1275

ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

Дзвонковський Т.М., Дзвонковська Т.Т.

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Івано-Франківський Національний медичний університет, Україна

Endoscopic Methods in the Treatment of Complicated Cholelithiasis

T.M. Dzvонkovskyy, T.T. Dzvонkovska

Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ukraine

Summary

In 268 patients with complicated ongoing of cholelithiasis endoscopic draining operations (papillotomy, lithotripsy, lithoextraction, endobiliary stenting, nazobiliary draining) were performed. That enabled to eliminate mechanical jaundice, purulent cholangitis, such as biliary sepsis and pancreonecrosis. In 97.1% of patients the use of modern endoscopic methods provided positive result in treatment of the complicated cholelithiasis.

Key words: complicated cholelithiasis, endoscopic operations.

Вступ

На протязі останніх років спостерігається невпинне зростання частоти ускладнених форм перебігу жовчекам'яної хвороби (ЖЖХ). Однією з них є холедохолітиаз (ХЛ) з варіантами ускладненого перебігу (крупні камені, гнійний холангіт, біліарний панкреатит). Це зокрема характерно для хворих з тривалим анамнезом ЖЖХ та несвочасно діагностованим позапечіночковим холестазом [2,4].

На думку багатьох авторів, методом вибору в лікуванні ХЛ з ускладненим перебігом являється ендоскопічна папілофінктеротомія (ЕПСТ) з наступними варіантами санації жовчевих шляхів [1,3,5]. Такий підхід в лікуванні є особливо важливим для хворих похилого віку та з важкою супутньою патологією. Для таких хворих лапаротомія під загальним знеболенням має високий як операційний так і анестезіологічний ризик. Адекватно проведена ЕПСТ та санація жовчевих шляхів сприяє швидкому усуненню явищ механічної жовтяниці, гнійного холангіту чи біліарного панкреатиту [1,5].

Метою нашого дослідження було вивчення в порівняльному аспекті різних підходів ендоскопічного лікування хворих з важким перебігом ХЛ.

Матеріали і методи

У відділенні малоінвазивної хірургії за період 2003-2008 рр. проведено 1756 ендоскопічних ретроградних холангіопанкреатографій (ЕРХПГ) у хворих віком від 21 до 92 років з ЖЖХ ускладненою ХЛ. Серед них у 268 мав місце ускладнений перебіг ХЛ. Крупні камені, як поодинокі так і вигляді "конгломератів" мали місце у 205 хворих. З них у 154 пацієнтів були прояви гнійного холангіту, а у 51 — біліарного панкреатиту. У решті 53 хворих в клінічній картині переважали явища гнійного холангіту та біліарного панкреатиту при наявності в гепатикохолоду невеликих конкрементів. Після міграції дрібних каменів, виражений набряк великого дуоденального сосочка з проявами стенозуючого папіліту викликав явища гнійного холангіту та біліарного панкреатиту ще у 10 хворих.

Всім хворим перед ендоскопічним втручанням проводили комплексне клініко-лабораторне та ультразвукове обстеження. Терміновість проведення ендоскопічної операції залежала як від виявленої патології так і від загального стану хворого.

ЕРХПГ проводили з допомогою дуоденоскопів JF-E та JTF-V70 "Olympus" та рентгенапарата з ЕОП "Siemens BV-300". Для виконання ЕПСТ, літотрипсії, літоекстракції чи дренування жовчевих шляхів використовували ендоскопічні інструменти різних типів та модифікацій.

ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧАХ ТА ПЕРЕДБАЧЕННЯ ЙОГО ЕФЕКТИВНОСТІ

Артюшенко М.Є., Більк Ю.Д., Палфій І.Ю., Тумак І.М., Гула А.М., Гасьошин В.А.

Львівська клінічна міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Our Experience of the Endoscopic Haemostasis and Prediction of its Effectiveness in Ulcer Bleeding

M.E. Artushenko, Yu.D. Bilyk, I.Yu. Palfiy, I.M. Tumak, A.M. Gula, V.A. Gasioshyh

Municipal Hospital of Urgent Medicine, Lviv, Ukraine

Summary

It was analyzed experience of the endoscopic therapy in 201 patients with peptic ulcer bleeding. Primary arrest of bleeding was achieved in 199 cases, rebleeding were in 21 cases, and treated endoscopically in 13 cases (final success of endoscopic treatment was 95%). It was analyzed different potential predictors of rebleeding.

Key words: endoscopy, haemostasis, ulcer, bleeding.

Вступ

Ендоскопічні методи гемостазу нині посідають центральне місце в лікуванні шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). За даними низки авторів вони ефективні не лише при первинних кровотечениях, а й при їх рецидивах. Завдяки малотравматичності, ендоскопічний гемостаз дав змогу суттєво знизити летальність при виразкових кровотечениях, а в сукупності з сучасною противиразковою терапією зумовив різке зниження потреби у конвенційному хірургічному лікуванні. Оскільки саме рецидиви виразкових кровотеч суттєво підвищують летальність, практично важливо передбачувати рецидиви ШКК після ендоскопічного гемостазу.

Матеріал і методи

В аналіз включено дані по 201 хворому з виразковими кровотечениями, яким виконували ендоскопічний гемостаз (ЕГ) протягом 2007-2008 рр. у Львівському міському центрі лікування шлунково-кишкових кровотеч. Це була неперервна серія спостережень, до якої було включено усіх таких хворих за даний період. Чоловіків було 130, жінок — 71, віком від 18 до 85 років (медіана 57 років). Дуоденальних виразок було 125 (62,2%), виразок шлунка 68 (33,8%), пептичних виразок гастроентероанастомозу — 8 (4%). Оцінювали як ендоскопічні, так і загальноклінічні характеристики, які могли бути потенційними предикторами рецидиву кровотечі. Отримані результати обробляли з допомогою пакету програм "statistica for windows 5.5" (StatSoft USA).

Результати

Усього було виконано 74 втручання з приводу триваючої кровотечі (Forrest-Rosch IA-B) і 127 — з метою запобігання рецидиву кровотечі (Forrest II). Ендоскопічний гемостаз первинно був невдалим у 2 хворих, яких було ургентно оперовано. У 199 (99%) хворих кровотеча була зупинена. З них у 21 (10,5%) було відзначено рецидив після ендоскопічного

Результати та їх обговорення

У більшості випадків (86,6%) результати УЗД та ЕРХПГ, щодо наявності та розмірів конкрементів співпадали. Значні труднощі при УЗД у цих хворих були при виявленні м'яких каменів (т.з. каменів-зілпків), а також шільних каменів на фоні гнійного холангіту.

Під час виконання ЕПСТ застосовували, як канюляційний і неканюляційний методи, так і їх поєднання, що у 99,4% дало можливість успішно завершити ендоскопічне втручання. Протяжність папілотомного розрізу в першу чергу залежала від величини каменів та вираженості поздовжньої складки. Тільки у 18 (6,7%) хворих вдалося через мінімальний розріз в супрапапілярній частині видалити дрібні камені та адекватно санувати жовчеві шляхи.

При вираженому болевому синдромі, наростанні явищ гнійного холангіту та біліарного панкреатиту ендоскопічна дренуюча операція була проведена в перші 2-5 год. після поступлення хворого в стаціонар. Це дало можливість уникнути таких важких ускладнень як гнійний біліарний сепсис та панкреонекроз.

У 205 (76,5%) хворих з крупними каменями (більше 18-20 мм в діаметрі) і "каменями-зілпками" після адекватної ЕПСТ виконували поєднану літотрипсію з літоекстракцією. При неможливості їх видалення в один етап, ендоскопічне втручання завершували зовнішнім або внутрішнім біліарним дренуванням з метою забезпечення належного відтоку жовчі. Останнє було обов'язковим у хворих з гнійним холангітом та клінікою біліарного панкреатиту. В окремих випадках (6 хворих) проведено одночасне стентування холедоха та головної панкреатичної протоки.

Тільки у 8 (2,9%) хворих не вдалося провести літотрипсію взагалі або тільки частково, по причині шільного прилягання крупних каменів до стінок холедоха і неможливості відкриття пелюстків літотриптора.

Незважаючи на це, активна тактика ведення хворих з ускладненим перебігом ХЛ із використанням сучасних ендоскопічних методів забезпечило у 97,1% випадків позитивний результат лікування.

Висновки

Хворі з ускладненим перебігом ХЛ повинні бути госпіталізовані в ургентному порядку з метою проведення ендоскопічних дренуючих операцій. Своєчасно проведена ендоскопічна санація жовчевих шляхів дає можливість уникнути біліарного сепсису, панкреонекрозу у хворих з ускладненим перебігом ХЛ.

Література

- Кондратенко П.Г., Васильєв А.А., Элин А.Ф. и соавт. (2005) Экстренная хирургия желчных путей. Руководство для врачей. (Донецк). 344 с.
- Майстренко Н.А., Стукалов В.В. (2000) Холедохолитиаз. (Санкт-Петербург). 288 с.
- Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. (1993) Хирургия печени и желчевыводящих путей. (Киев). 507 с.
- Classen M., Tytgat G.N.J., Lightdate C.J. (2002) Gastroenterological endoscopy. "Thieme". 906 p.
- Mitchell R.M., Byrne M.F. (2003) Biliary emergencies: pancreatitis, cholangitis, and more. Semit. Gastrointest. Dis. 47: 367-371

гемостазу, який своєю чергою було зупинено ендоскопічно у 15 випадках. Повторний рецидив настав у 2 хворих. У зв'язку із впровадженням програмованих ЕГДС через 6-24 год. після ЕГ ми вважали за доцільне ввести робоче поняття "клінічно вагомий рецидив кровотечі", оскільки у 8 пацієнтів ознаки неінтенсивної повторної кровотечі підкняння крові, поява невеликої кількості свіжих згустків у шлунку та дванадцятипалій кишці (ДПК) були знахідкою під час програмованої ЕГДС за відсутності скарг та гемодинамічних системних проявів. Дефініція "клінічно вагомий" відповідає 13 випадків.

Таблиця 1. Частота рецидивів кровотечі після ЕГ залежно від різних факторів

| Характеристики | Без рецидивів кровотечі | Рецидивів кровотечі | У т.ч. "клінічно вагомий" | Значущість різниці, p |
|--|-------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------------|
| Локалізація виразок у ДПК | 111 (89,52%) | 13 (10,48%) | 9 (7,26%) | p>0,05 |
| Локалізація виразок у шлунку | 59 (8,06%) | 8 (11,94%) | 4 (5,97%) | |
| Виразок гастроентероанастомозу | 8 (100%) | 0 | 0 | |
| Виразки задньої або верхньої стінки шлунка | 86 (86%) | 14 (14%) | 11 (11%) | p=0,11 для всіх рецидивів* |
| Решта виразок | 92 (92,93%) | 7 (7,07%) | 2 (2,02%) | |
| Розміри виразки до 1,5 см | 140 (90,3%) | 15 (9,7%) | 8 (5,2%) | p=0,28 |
| Розміри виразки > 1,5 см | 38 (86,4%) | 6 (13,6%) | 5 (11,4%) | |
| Активність кровотечі | | | | |
| F IA | 4 (100%) | 0 | 0 | p>0,05 |
| F IB | 37 (92,5%) | 3 (7,5%) | 2 (5%) | |
| F IIA | 5 (100%) | 0 | 0 | |
| F IIA | 65 (85,5%) | 11 (14,5%) | 6 (7,9%) | |
| F IIB | 56 (88,9%) | 7 (11,1%) | 5 (7,9%) | |
| F IC | 11 (100%) | 0 | 0 | |
| Вік, років (M±σ) | 55,8±16,2 | 56±16,7 | 59,8±15,8 | p>0,05 |
| Рівень гемоглобіну, г/л | 82,5±24,4 | 72,4±29,1 | 62,5±23,8 | p=0,08* |
| Сistolічний артеріальний тиск мм рт. ст. | 115±22,2 | 108±16,3 | 107±19,4 | p>0,05 |
| Тривалість виразкового анамнезу: > 10 р. | 151 (92,07%) | 13 (7,93%) | 10 (6,1%) | p<0,05 |
| Тривалість виразкового анамнезу: < 10 р. | 27 (77,14%) | 8 (26,84%) | 3 (8,57%) | p<0,05 |

*p<0,05 щодо клінічно вагомий рецидивів.

Один сеанс ЕГ було виконано у 166 хворих (у т.ч. у 3 — без успіху, їх терміново оперовано), два сеанси у 28 пацієнтів, три сеанси — у 7. За сукупністю застосованих методів ЕГ (усі сеанси в одного хворого) ін'єкційну терапію проведено у 84 (4,18%) пацієнтів, лише коагуляційні методи — у 34 (16,9%), комбінований гемостаз — у 83 (41,3%). З коагуляційних методів найчастіше застосовували біполярну коагуляцію, рідше — монополярну, і в 2008 р. розпочали застосування аргоноплазмової коагуляції (АПК) — у 9 випадках. Кліпування в рамках комбінованого гемостазу застосовано в 4 хворих.

Оперовано 13 хворих (6,47%), у т.ч. після первинної невдачі ЕГ — 2, на висоті рецидиву кровотечі — 4, ранніх превентивних втручань після ЕГ (як тимчасового) — 7 і одну операцію виконано планово з приводу стенозу шийки ДПК. Померли 12 (5,97%) хворих, у т.ч. 8 — від декомпенсації важкої основної патології (серцево-легенева недостатність, сепсис, інфаркт міокарда, інсульт тощо) без епізодів рецидивів кровотечі.

Результати зв'язку різних характеристик із частотою рецидивів кровотечі наведено у таблицях 1 і 2.

Обговорення

Таким чином, досягнутий нами остаточний показник стабільного гемостазу в результаті ЕГ за кілька сеансів становив 95%, що цілком порівнянне з даними світової літератури. Водночас програмовані (*second-look*) ендоскопії (у т.ч. після сеансу ЕГ) дають змогу виявити клінічно німі прояви нестабільного гемостазу, які потребують додаткового втручання [3]. На нашу думку, кількаразові сеанси ЕГ поліпшують їх загальний ефект, оскільки повторні втручання виконуються за ліпшої візуалізації джерела кровотечі та його ретельної обробки у зручних умовах (вплив на судину за відсутності великого фісованого згустка та вмісту у просвіті шийки ДПК). Співмірність результатів різних методів ЕГ у наших хворих зумовлено їх диференційованим застосуванням — комбінований гемостаз частіше застосовували у важчих випадках. Водночас не слід переоцінювати можливості ЕГ у разі великих виразок з локалізацією в зоні ризику, великою судиною в центрі та масивним характером кровотечі: за умови операбельності цих хворих доцільніше оперувати, з метою виграти часу для підготовки можна застосувати ін'єкційну терапію. Незважаючи на недостатню статистичну значущість, наші дані відповідають вказівкам низки авторів, що локалізація виразок високо в тілі шлунка та по верхній і задній стінці шийки ДПК (проекція великих судин), їх великі розміри та геморагічній шок є факторами неадекватності гемостазу. Прогностично несприятливим є також тривале персистування стигматів перенесеної кровотечі на дні виразки. Велику

Таблиця 2. Результати застосування різних методів гемостазу

| Характеристики | Без рецидивів кровотечі | Рецидивів кровотечі | У т.ч. "клінічно вагомих" | Значущість різниці, p |
|-----------------------|-------------------------|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| Ін'єкційна терапія | 77 (92,8%) | 6 (7,2%) | 4 (4,8%) | p>0,05 |
| Коагуляційні методи | 31 (91,2%) | 3 (8,8%) | 2 (5,9%) | |
| Комбінований гемостаз | 70 (85,4%) | 12 (14,6%) | 7 (8,2%) | |

проблему становлять стенозуючі і "циркулярні" виразки ДПК як через великий діаметр кривавлячих судин, так внаслідок труднодоступності джерела кровотечі для ендоскопічного втручання. Кліпування у низці випадків є засобом вибору у таких хворих (вірогідний великий діаметр кривавлячої судини), розширити діапазон його застосування може забезпечення відділень дуоденоскопами з боковою оптикою та одноразовими кліпаторами з жорсткими кліпсами, що допоможе вирішити проблему незручного ракурсу при накладанні кліпси та затрат часу на перезарядку кліпатора.

Висновки

Локалізація виразок в тілі шлунка та по задній стінці шийки ДПК, їх розміри понад 1,5 см, тривалий виразковий анамнез та масивний характер кровотечі є факторами неефективності гемостазу. Програмовані ендоскопії у 1-2 добу після ендоскопічного гемостазу дозволяють виявити у хворих групи ризику "клінічно німі" рецидиви кровотечі, виконати ендоскопічний гемостаз у кілька етапів та поліпшити загальні результати лікування. Рецидиви кровотечі після ендоскопічного гемостазу у значному відсотку випадків можуть бути успішно ліковані при комбінованому застосуванні різних методів гемостазу.

Література

1. Choudari C.P., Rajgopal C., Elton R.A., Palmer K.R. (1994) Failures of endoscopic therapy for bleeding peptic ulcers: an analysis of risk factors. *Am. J. Gastroenterol.* 89: 1968-1972
2. Park K.G.M., Steele R.J.C., Mollison J. et al. (1994) Prediction of recurrent bleeding after endoscopic haemostasis in nonvariceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Br. J. Surg.* 1994; 81: 1465-1468
3. Villanueva C., Balanzo J., Torres X. et al. (1994) Value of second look endoscopy after injection therapy for bleeding peptic ulcer: a prospective and randomized trial. *Gastrointest. Endosc.* 40: 34-39
4. Villanueva C., Balanzo J., Espinos J.C. (1993) Prediction of therapeutic failure in patients with bleeding peptic ulcer treated with endoscopic injection. *Dig. Dis. Sci.* 38: 2062-2070

ИЗМЕНЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Задорожний А.М., Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

Alteration of the Mucous Membrane of the Stomach at Mallory-Weiss' Syndrome Patients

A.M. Zadorozhnyi, V.I. Nikishaev

Kiev Municipal Clinical Emergency Hospital, Ukraine

Summary

We have studied a condition of a mucous membrane in the field of esophago-gastric junction, the form of gastritis and *Helicobacter pylori* presence of 40 Mallory-Weiss' syndrome patients and 30 control group's patients. We have found out, that Mallory-Weiss syndrome is a consequence of traumatic damage of a mucous membrane in the field of esophago-gastric junction.

Key words: Mallory-Weiss syndrome, traumatic damage, esophago-gastric junction.

Введение

Не смотря на то, что еще в начале прошлого века Mallory G.K. и Weiss S. (1929) описали разрывы слизистой оболочки кардиального отдела и механизм их возникновения (1932), до сегодняшнего дня окончательно не определены и обсуждаются факторы, способствующие возникновению данной патологии, которые так же могут усугублять его течение. Существуют различные точки зрения по этому вопросу. Среди наиболее распространенных являются наличие изменений слизистой оболочки кардиального и верхней трети тела желудка, а именно атрофии [7], дистрофических изменений [4,5,7], перестройки микроциркуляторного русла в виде подслизистого варикоза, как причины скрытой формы порталной гипертензии [1,2,6] и наличия *Helicobacter pylori* [10].

Цель — изучить состояние слизистой оболочки кардиального, дна, верхней трети тела и антрального отделов желудка и формы гастрита при синдроме Меллори-Вейсса.

Материал и методы

Для определения изменений слизистой оболочки желудка нами было проведено исследование состояния слизистой оболочки кардиального отдела, верхней трети тела (прилегающего к кардии) и на границе со средней третью тела желудка по большой и малой кривизне, дна желудка и антрального отдела желудка по большой и малой кривизне у 40 больных с синдромом Меллори-Вейсса (СМВ). В группу контроля были включены 30 амбулаторных пациентов, которым эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) выполняли по поводу диспепсии. Амбулаторным пациентам однократно проводился забор материала для гистологического исследования из тех же отделов желудка, что и у пациентов с СМВ. Всем пациентам исследование проводилось после получения информированного согласия.

ЭГДС выполнялась эндоскопами *Olympus XQ-40*, *Fujinon WG-88 FP* и *Fujinon EG-590 ZW* с использованием системы *Fujinon EPX-4400* (данный эндоскоп имеет 100 кратное оптическое увеличение с последующим 2 кратным электронным увеличением). Исследование с применением эндоскопа *EG-590 ZW* первоначально выполнялось с обычным освещением, затем в стандартных режимах *FICE (Fuji Intelligent Chromo Endoscopy)* — технология спектральной оценки отраженного от объекта света, формирующего видеоизображение), а также с увеличением.

Всем больным диагнозом СМВ был установлен при ЭГДС, которая выполнялась сразу после госпитализации в стационар (на протяжении 1-2 часов) в экстренном порядке. При продолжающемся кровотечении (F I) или наличии признаков недавнего кровотечения (стигматы F IА, и F IВ) проводились миниинвазивные эндоскопические вмешательства (МЭВ), направленные не только на остановку кровотечения, но и на его профилактику. С целью эндоскопического гемостазу применялась тепловая терапия (монополярная-, биполярная-, радиочастотная-) и аргоно-плазменная коагуляция, эндоскопическая инъекционная терапия в комбинации с тепловой терапией в разной последовательности. Использовались разработанные в клинике способы лечения и профилактики рецидивов кровотечения при СМВ [8,9].

После проведения МЭВ для гистологического исследования слизистой оболочки у пациентов с СМВ, производилась биопсия слизистой кардиального отдела, в области дна желудка, верхней трети тела по большой и малой кривизне и антрального отдела

желудка по большой и малой кривизне. Спустя 10-14 дней этим же пациентам повторно исследование для оценки заживления разрыва и состояния слизистой оболочки с повторным забором материала, для гистологического исследования слизистой оболочки, из тех же отделов. Для определения наличия *Helicobacter pylori (HP)* всем пациентам однократно был проведен *URE-HP-тест* (уреазный) (биопат брался в антральном отделе, чаще по малой кривизне, при наличии атрофии слизистой оболочки — в участках с ее отсутствием [3]), учет результата проводился через 5-10 мин, 30-60 мин и 3-4 часа.

Для статистической обработки полученных данных применяли методы определения соответствия нескольких эмпирических критериев χ^2 по Пирсону (Фишеру).

Результаты и обсуждение

Из 40 пациентов госпитализированных с СМВ мужчин было — 33 (82,5%), женщин — 7 (17,5%). Возраст мужчин варьировал от 21 до 77 лет (средний возраст составил 45,3±2,56), женщин — от 21 до 58 лет (средний возраст — 44±4,89). Различий по полу и возрасту с группой контроля не было (p>0,05).

Из 40 пациентов, поступивших с СМВ, рвота отмечалась у 39 (97,5%) больных. Рвота возникла на фоне употребления алкоголя у 12 (30,8%); переданная или употребленная некачественной пищи — у 11 (28,2%); обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — у 5 (12,8%); приступ острого панкреатита — у 4 (10,2%); приступа острого безкаменного холецистита — у 3 (7,7%); гипертенгического криза — у 3 (7,7%) и приступа острого калькулезного холецистита — у 1 (2,6%) больного. У 1 пациента (2,5%) СМВ развился во время приступа кашля при синдроме Мендельсона. Из 12 пациентов с СМВ, развившемся после употребления алкоголя, только два пациента злоупотребляли им.

При ЭГДС, помимо СМВ, были выявлены язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *HP* — у 5, эрозивная гастропатия — у 4 и варикозно расширенные вены нижней трети пищевода I степени у 2 пациентов. При последующем обследовании у пациентов с варикозно-расширенными венами пищевода был выявлен алкогольный гепатит с переходом в цирроз печени. Всего из 40 пациентов СМВ положительная реакция на наличие *HP* была выявлена у 31 (77,5%) больного.

Всего у 40 пациентов имели место 47 разрывов слизистой оболочки эзофагокардиальной области. Один разрыв был у 33 (82,5%), два — у 7 (17,5%) больных.

Рецидив кровотечения наблюдался у 2 (5%) пациентов с СМВ после МЭВ. У этих больных отмечался повышенный рвотный рефлекс во время исследования, а многократные позывы на рвоту и рвота не прекратились после ЭГДС (оба после приема алкоголя накануне госпитализации). К тому же в одном случае у пациента до МЭВ имелось струйное кровотечение. В обоих случаях повторное кровотечение было успешно остановлено эндоскопически с применением разработанного в клинике способа лечения и профилактики рецидивов кровотечения при СМВ, используя седативную терапию в течение 6-12 часов.

При первичном эндоскопическом осмотре пациентов, помимо СМВ, слизистая оболочка нижней части кардии, верхней трети тела желудка по передней, задней стенках и дна желудка (прилегающего к кардии) у 34 (85%) пациентов была очагово гиперемизована (в разной степени выраженности), имбибирована кровью, а у 4 (10%) больных очагово гиперемизована, имбибирована кровью и отечна. У 2 (5%) пациентов в этой зоне помимо очаговой гиперемии, имбибиции кровью и отека слизистой оболочки наблюдался налет фибрина в виде очагов размерами до 1-2 см (оба были госпитализированы спустя 9 и 12 часов с момента начала заболевания). Из 40 пациентов, помимо изменений слизистой оболочки нижней части кардии и отделов прилегающих к кардии, у 12 (30%) больных наблюдались очаговая гиперемия (в разной степени выраженности) и имбибиция кровью слизистой оболочки по большой кривизне в верхней трети тела желудка.

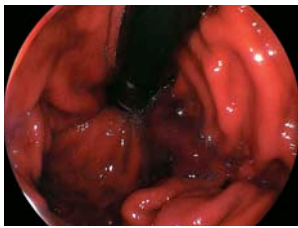


Рис. 1

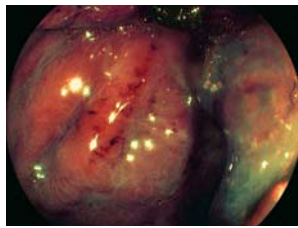


Рис. 2

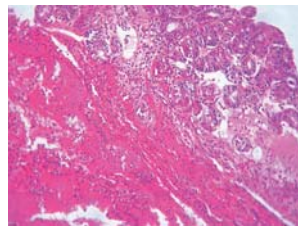


Рис. 3

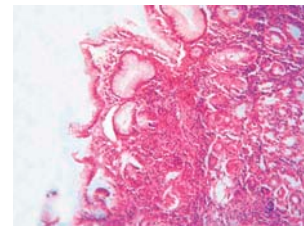


Рис. 4

Подобных изменений слизистой оболочки остальных отделов желудка ни у одного из 40 больных не наблюдалось.

При повторном эндоскопическом обследовании больных, через 10-14 дней после проведенного лечения, слизистая оболочка в кардиальном отделе и верхней трети тела желудка у 37 (92,5%) больных характеризовалась отсутствием имбиции ее кровью. Однако у 3 (7,5%) пациентов еще сохранялась гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки.

В контрольной группе (амбулаторные пациенты), при эндоскопическом осмотре, состоянии слизистой оболочки кардиального отдела и верхней трети тела желудка (рядом с кардией) у всех пациентов, в начале исследования, соответствовало норме. У трех обследуемых (10%) отмечалось интенсивное срыгивание воздуха во время исследования с пролабиранием слизистой оболочки верхней трети тела желудка в пищевод. При этом во время исследования наблюдалось появление пропитывания кровью слизистой оболочки нижней части кардии, верхней трети тела желудка по передней, задней стенках и дна желудка (прилежащего к кардии). Аналогичные изменения слизистой оболочки в остальных отделах желудка ни у одного из 30 пациентов не наблюдались. Очаги имбиции легко определялись в стандартных режимах *FICE* в виде расширения сосудов с распространением очагов кровонизлияний как слизистой оболочки, так и подслизистого слоя (рис. 1; рис. 2).

Среди 30 пациентов с диспепсией, которым амбулаторно выполнялась ЭГДС, язвенная болезнь желудка, ассоциированная с *HP*, была выявлена у 1 (3,3%); язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *HP* — у 11 (36,7%); эритематозная гастропатия, ассоциированная с *HP* — у 11 (36,7%); эритематозная дуоденопатия, ассоциированная с *HP* — у 4 (13,3%); очаговая атрофия слизистой антрального отдела желудка, не ассоциированная с *HP* — у 3 (10%) пациентов. Таким образом, у 27 (90%) пациентов была положительная реакция на наличие *HP*.

По данным гистологического исследования слизистой оболочки у всех пациентов с СМВ, взятой во время первичного осмотра, в нижней части кардии, верхней трети тела желудка по передней, задней стенках и дна желудка (прилежащего к кардии) выявлено паралитическое расширение сосудов микроциркуляторного русла и их очаговое полнокровие в межжелезистых стромальных прослойках, очаговую межжелезистую геморрагическую инфильтрацию с начальным гемолизом эритроцитов, разрозненные мышечные пучки собственной пластинки слизистой оболочки (рис. 3). Такие же изменения слизистой оболочки наблюдались у 12 больных и по большой кривизне в верхней трети тела желудка. Подобные изменения слизистой оболочки по малой кривизне не наблюдались. При гистологическом изучении слизистой оболочки кардии и верхней трети тела желудка больных с циррозом печени было выявлено, что большинство вен слизистой оболочки и подслизистого слоя неравномерно расширены, некоторые веретенообразно извиты, переполнены кровью, расширены артерио-венозные и вено-венозные анастомозы, интрамуральные венулы также имеют варикозные изменения. В подслизистом основании распространены очаги кровонизлияний вследствие разрывов части капилляров и венул. Данные изменения наблюдались по всем стенкам верхней трети тела желудка.

Спустя 10-14 дней, по данным гистологического исследования слизистой оболочки, у всех пациентов наблюдалось восстановление кровяного и железистого эпителия. Острые расстройства кровообращения уступали проявлениям репаративных процессов. Выявлялись очаговая лимфоцитарно-лейкоцитарная инфильтрация стромы с участками отложения гемосидера в строме слизистой и фагоцитоз его клетками соединительной ткани, очаги пролиферации фибробластов, расхождение мышечных пучков за счет мелких очагов формирующегося склероза (рис. 4). Изменения слизистой оболочки двух пациентов с циррозом печени сохранились.

Гистологическое исследование слизистой оболочки кардиального отдела не показало отклонения от нормы у 27 (90%) обследованных пациентов из контрольной группы. У трех пациентов (10%), у которых наблюдалось интенсивное срыгивание воздуха во время исследования, слизистая оболочка кардиального отдела и верхней трети тела желудка по большой кривизне имела изменения, сходные с изменениями, наблюдаемые у больных с СМВ при поступлении. Однако эти изменения были в меньшей степени выражены: отмечалось паралитическое расширение сосудов микроциркуляторного русла, их очаговое полнокровие в межжелезистых стромальных прослойках, очаговая межжелезистая геморрагическая инфильтрация. Встречались небольшие участки разрозненных мышечных пучков собственной пластинки слизистой оболочки.

У больных с СМВ по данным гистологического исследования слизистой оболочки желудка, взятой во время контрольного осмотра, были выявлены следующие формы гастрита: поверхностный — у 14 (35%), хронический гиперпластический — у 7 (17,5%), обострение хронического гастрита с диффузной лимфоплазматической инфильтрацией стромы слизистого слоя и уменьшением количества желез — у 9 (22,5%) (железы слизистой оболочки с признаками кишечной метаплазии выявлены у 3 из этих больных), атрофический — у 5 (12,5%), реактивный рефлюкс-гастрит — у 3 (7,5%), портальный гипертензивный гастрит — у 2 (5%) пациентов.

У пациентов контрольной группы были выявлены следующие формы гастрита: поверхностный — у 10 (33,3%), хронический гиперпластический — у 5 (16,7%), обострение хронического гастрита с уменьшением количества желез — у 6 (20%) (железы слизистой оболочки с признаками кишечной метаплазии выявлены у 3 из этих больных), атрофический — у 3 (10%), реактивный рефлюкс-гастрит — у 2 (6,7%) больных. Воспалительных изменений слизистой оболочки желудка не выявлено у 4 (13,3%) пациентов (таблица 1).

Таблица 1. Формы гастритов у больных с СМВ на втором осмотре и пациентов, обследованных по поводу диспепсии (n — количество больных)

| Форма гастрита | Пациенты с СМВ, n (%) | Пациенты с диспепсией, n (%) |
|---------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Поверхностный | 14 (35%) | 11 (36,7%) |
| Хронический гиперпластический | 7 (17,5%) | 6 (20%) |
| Обострение хронического | 9 (22,5%) | 7 (23,3%) |
| Атрофический | 5 (12,5%) | 4 (13,3%) |
| Рефлюкс-гастрит | 3 (7,5%) | 2 (6,7%) |
| Портальная гипертензивная гастропатия | 2 (5%) | - |

Полученные результаты показывают, что частота выявления разных форм гастрита у больных с СМВ при втором осмотре и пациентов с диспепсией, а так же частота обсеменности слизистой оболочки желудка *HP* достоверно не отличались ($p > 0,05$).

При рвоте, позывах на рвоту, срыгивании воздуха, кашле и т.д. происходит пролабирание и ущемление в пищеводном отверстии диафрагмы слизистой оболочки нижней части кардии, верхней трети тела желудка (рядом с кардией по передней и задней стенках) и дна желудка, прилежащего к кардии. В 30% случаев (при выраженной рвоте) эти изменения появлялись и по большой кривизне верхней трети тела желудка. При этом у всех без исключения больных с СМВ на первичном осмотре, кроме линейных разрывов, мы наблюдали гиперемию, имбицию кровью, отек слизистой оболочки, иногда уже с очагами налета фибрина (в зависимости от интенсивности рвоты и времени с момента начала заболевания). У 3 (10%) амбулаторных пациентов с интенсивным срыгиванием воздуха во время эндоскопического осмотра происходило пролабирание слизистой оболочки нижней части кардии, верхней трети тела желудка (рядом с кардией по передней и задней стенках) и дна желудка в пищевод. При этом мы наблюдали появление аналогичных изменений в тех же отделах, что и у больных с СМВ. Подобных изменений слизистой оболочки кардиального и верхних отделов желудка у остальных амбулаторных пациентов, не срыгивающих воздухом во время исследования, не отмечалось. При этом слизистая оболочка остальных отделов желудка, как у больных с СМВ, так и у амбулаторных пациентов, не имела таких изменений.

При гистологическом изучении слизистой оболочки в области пищевода-желудочного соединения мы выявили аналогичные изменения у всех больных с СМВ (за исключением двух с патологией печени) и амбулаторных пациентов с интенсивным срыгиванием воздуха во время эндоскопического осмотра. Это может говорить о травматической природе возникновения как макроскопических, так и гистологических изменений.

У 2 (5%) больных возникновение рецидивов кровотечения мы связываем, прежде всего, с продолжением позывов на рвоту и рвотой после проведенного эндоскопического гемостаза. В одном случае пациент имел патологию печени и, как следствие этого, гистологические признаки портальной гипертензии в верхних отделах желудка. У этого же больного отмечалось струйное кровотечение.

Данное исследование подтверждает теорию о сугубо травматической природе повреждения слизистой оболочки в области пищевода-желудочного соединения, нижней части кардии, верхней трети тела по передней, задней стенках, дна (прилежащего к кардии) и верхней трети тела желудка по большой кривизне, возникающего при резком повышении внутрибрюшного давления, что и приводит к разрывам слизистой оболочки. Об этом свидетельствуют выявляемые изменения слизистой оболочки желудка у больных с СМВ при первичном осмотре, которые нивелируются после проведенного лечения; возникновение аналогичных изменений слизистой оболочки у амбулаторных пациентов при интенсивном срыгивании воздуха; отсутствие статистических различий между формами гастрита, частотой их встречаемости и инфицированности *HP* у больных с СМВ и контрольной группы. Интенсивное кровотечение при СМВ и возникновение рецидива кровотечения помимо эффективности проведенного гемостаза во многом зависит от продолжения позывов на рвоту и рвоты после проведенного эндоскопического гемостаза. Наличие портальной гипертензии, даже в скрытой форме, усугубляет течение заболевания и снижает эффективность эндоскопического гемостаза.

Выводы

СМВ является следствием травматического повреждения слизистой оболочки в области пищевода-желудочного соединения. Гистологические изменения слизистой оболочки у всех пациентов с СМВ, наблюдаемые при первичном осмотре, в нижней части кардии, верхней трети тела желудка по передней, задней стенках и дне желудка (прилежащего к кардии), а иногда и по большой кривизне в верхней трети тела желудка нивелируются спустя 10-14 дней. Частота форм гастрита у больных с СМВ при первом и втором осмотрах, и у пациентов с диспепсией, статистически не имеют различий.

Возникновение рецидива кровотечения при СМВ помимо эффективности проведенного гемостаза во многом зависит от продолжения позывов на рвоту и рвоты после проведенного эндоскопического гемостаза. Наличие атрофии или дистрофических изменений эпителия слизистой оболочки в кардиальном отделе желудка и верхней его трети тела, а также наличие *Helicobacter pylori*, не способствуют возникновению СМВ и не усугубляют его течение. Наличие портальной гипертензии, даже в скрытой форме, усугубляет течение заболевания.

Литература

- Ананко О.А. (2000) Особливості клініки, діагностики та лікування шлунково-кишкових кровотеч при синдромі Меллорі-Вейсса. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Київ). 18с.
- Ананко О.А., Мельник І.Г. (1999) Морфологічні передумови розвитку синдрому Меллорі-Вейсса. Шляхи оптимізації лікування хворих із шлунково-кишковими кровоточами. (Львів). 39 с.
- Аруін Л.І., Григор'єв П.Я., Ісаков В.А., Яковенко Э.П. (1993) Хронический гастрит. (Амстердам). 362 с.
- Кришнь В.П., Трофімов М.В. (2006) Особливості перебігу та лікування синдрому Меллорі-Вейсса. Хірургія України. 3: 35-40
- Кришнь В.П., Трофімов М.В., Желтяков О.В. (2006) Клініко-ендоскопічні принципи лікування Синдрому Меллорі-Вейсса. Укр. ж. малоінвазивної та ендоск. хір. Vol. 10; 3: 35-36
- Лыткин М.И., Румицев В.В., Бебия Н.В., Бонк Г.М. (1977) Синдром Меллорі-Вейсса. Вестник хирургии. 9: 143-144
- Мирошников Б.И., Королев М.П., Рассказов А.К. (1991) Патогенез, клиника и диагностика синдрома Меллорі-Вейсса. Вестник хирургии им. Грекова. 6: 7-10
- Патент на корисну модель №29897. Україна А61В 17/32 (2002) Спосіб лікування та профілактики рецидиву кровотечі у хворих із синдромом Меллорі-Вейсса. Нікішаєв В.І., Задорожний О.М., Нічипорук В.В., Заявлено 06.11.2007; Опубліковано 25.01.2008. Промислова власність. Офіційний бюлетень. 2: 1-5,23
- Патент №66665 А. Україна, 7 А61В 17/32 (2004) Спосіб комплексного лікування хворих із синдромом Меллорі-Вейсса. Нікішаєв В.І., Фомін П.Д., Музика С.В.; 2003098252; Заявлено 04.09.2003; Опубліковано 17.05.2004. Промислова власність. Офіційний бюлетень. 5: 4,13
- Сасно В.Ф., Гомоляко І.В., Бурый А.Н. (2000) Особенности лечения заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с хеликобактериозом в хирургической клинике. Кліні. хірургія. 6: 7-9

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛИГИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ АКТИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Гидирим Г.П., Мишин И.В., Долгий А.Н., Данч А.В., Заставницкий Г.М.
Кишинев, Республика Молдова

Введение

В настоящее время эндоскопическое лигирование (ЭЛ) рассматривается как альтернатива склеротерапии в лечении кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП). Однако целесообразность и эффективность проведения ЭЛ при активных кровотечениях из ВРВП, особенно при использовании наборов с шестью или десятью кольцами на лигирующей камере, остается противоречивым вопросом.

Цель исследования — анализ непосредственных результатов ЭЛ в лечении кровотечений из ВРВП.

Материалы и методы

В основу материала, положены результаты ЭЛ при кровотечениях из ВРВП, выполненных у 139 больных (83 мужчин), в возрасте от 4 до 78 лет (средний возраст 48,5±1,3) с активными кровотечениями из ВРВП. Причиной синдрома портальной гипертензии и образования ВРВП послужили: цирроз печени (ЦП) после вирусного гепатита (n=121), тромбоз портальной системы (ТПС) — 5, ЦП+гепатоцеллюлярная карцинома (n=4), ЦП+ТПС (n=9). По функциональному резерву печени (*Child-Pugh*) больные распределены: А (11), В (51), С (77), средний балл 12,9±0,1. На момент ЭЛ активное кровотечение отмечено в 67 (48,2%) случаях, в т.ч. струйное кровотечение (В1а) — 35 (25,2%), и подтекающее (В1б) — 32 (23%). Эндоскопические признаки временно остановившегося кровотечения выявлены у 72 (51,8%) больных: фиксированный тромб над ВРВП (В2а) и фибрин (В2б), соответственно — 15 (10,8%) и 57 (41%) случаев. Для выполнения ЭЛ в 105 случаях использованы наборы *MBL-6* или *MBL-10* (*Wilson-Cook® Medical, Winston-Salem, NC, USA*), однокольцовые наборы *Steigman-Goff™* (*C.R. Bard Inc., Tewksberry,*

MA, USA) — в 34 случаях. При четкой идентификации кровоточащего варикса производилось непосредственное его лигирование (83 — 59,7%) с дополнительным наложением колец на остальные вариксы. В 56 (40,3%) случаях, при невозможности точного определения места кровотечения (в т.ч. при большом объеме крови в просвете пищевода) использовался "спиралевидно-шахматный" метод ЭЛ. Элективные сессии ЭЛ проводились с интервалом 4 недели до полной облитерации ВРВП или при их достаточно малом размере, не позволяющим добиться достаточного втягивания вариксов в лигирующую камеру (F0-1, RCS-, согласно *Japan Research Society of Portal Hypertension*, 1991).

Результаты

Эффективность срочных ЭЛ в остановке кровотечений из ВРВП составила 97,8%. Общее количество сессий ЭЛ в данной группе больных — 237, среднее количество на одного больного — 1,71±0,1 (от 1 до 6). Количество резиновых колец, израсходованное на одного больного, составило 9,3±0,5 (1-36) шт. Рецидив кровотечения отмечался в 15 (10,7%) случаях, в т.ч. в результате раннего схождения резинок с ВРВП (n=4), язв пищевода после ЭЛ (n=11). Тридцатисуточная госпитальная летальность — 21 (15,1%) случай.

Заключение

Таким образом, результаты данного исследования показали, что: ЭЛ является эффективным методом в остановке острых кровотечений из ВРВП и профилактике рецидивов; ЭЛ сопровождается минимальным количеством осложнений, связанных с данной процедурой; при использовании данного метода отмечается достаточно высокий процент облитерации ВРВП при относительно малом количестве эндоскопических сессий.

БЕЗОАРИ ТРАВНОГО КАНАЛУ: ЭНДОСКОПІЧНІ АСПЕКТИ — ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНИЙ ДОСВІД

Кімакович В.Й., Савицький Я.М., Тумак І.М., Артюшенко М.С., Білик Ю.Д., Швидкий Я.Б.

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

The Bezoars of Digestive Tract: Endoscopic Aspects — the Literature Review and Our Experience

V.Y. Kimakovitch, Ya.M. Savytskyi, I.M. Tumak, M.E. Artushenko, Yu.D. Bilyk, Ya.B. Shvydkyy

Lviv National Medical University named by Danila Galitzky, Lviv Regional Hospital of Urgent Medicine, Ukraine

Summary

The review represents a problem of classification, diagnostic and treatment of bezoars in digestive tract, mainly gastric bezoars. There were presented five own cases of diagnostic and treatment of bezoars, among them bees-wax bezoar and huge trichobezoar.

Key words: bezoar, endoscopic diagnosis, treatment.

Вступ

Безоари є рідкісним варіантом сторонніх тіл травного каналу і становлять собою конгломерат з нерозчинних речовин різного походження. Їх складові можуть бути рештками харчових продуктів або й інших речовин, проковтаних випадково чи навмисне у значних кількостях упродовж тривалого часу. Упродовж тисячоліть людям були відомі безоари з рослинних решток або вовни, які знаходили у шлунках кіз та інших тварин. Термін походить від арабського/перського "zahar", "bahar", це слово має два значення — гірський козел і "камені" з його шлунка. Їм приписували лікувальні і навіть чародійні властивості, зокрема універсальної протиотрути. Однак перше повідомлення про автопсійну знахідку трихобезоара в людини датоване лише 1779 р. [4], а фітобезоара — 1854 р. [21].

Класифікація і патогенез

Найчастіше трапляються фітобезоари — грудки з нерозчинних рослинних волокон, що є наслідком споживання великої кількості певних видів рослинної їжі — насамперед хурми, кокосових горіхів, цитрусових, манго, інжиру, квасолі та інших, які містять багато целюлози, геміцелюлози, лігніну. Насамперед такі скупчення утворюються в осіб з порушеннями моторики шлунка, наприклад на тлі цукрового діабету, гіпотирозидизму, захворювань сполучної тканини, мідистрофій, нейропатій тощо [3,11,19]. Фактором ризику є втрата зубів і, як наслідок, погане пережовування їди. Цікавим є патогенез утворення фітобезоарів (або дисопиробезоарів) з хурми японської, плоди якої окрім волокон містять багато таніну і шібуолу, особливо, недовістий стиглі [25]. Ці речовини під впливом соляної кислоти полімеризуються і утворюють в'язке ядро безоара, яке зв'язує докупні волокна целюлози, геміцелюлози та білкові речовини. Тобто, на відміну від зліпків рослинних волокон у хворих з атрофічним гастритом і порушеною моторикою, соляна кислота, навпаки, є патогенетичним фактором.

Наступним типом безоарів є так звані "food boli" — зліпки з харчових мас, переважно рослинного походження, в утворенні яких не відіграє головну роль полімеризація таніну або перешлеття рослинних волокон у клубок [3]. Їх варіантом є себозеозари — грудки неперетравленого тугоплавкого тваринного жиру (наприклад, баранячого) [1]. Принциповими у патогенезі є порушення секреції та моторики, погане пережовування їди. Фітобезоари та "food boli" стали значно частіше траплятися в епоху активної хірургії шлунка — за даними даними хворі з оперованим шлунком становлять 50% і більше усіх випадків виявлення безоарів [7,11,34]. Деякі автори вважають, що безоари трапляються в 5-12% хворих після резекції шлунка [19]. За даними Sifuentes T.J. et al., 84% хворих з безоарами після операції на шлунку перенесли стовбурову ваготомію з пілоропластиком [8]. Robles R et al. також найчастіше виявляли безоари саме після цього виду втручання [23]. Патогенетичним чинником є порушення секреції, перистальтики та евакуації з оперованого шлунка — зокрема втрати антруму (або його функції після ваготомії), скорочення якого забезпечує маятникові переміщення і подрібнення харчових мас під час їх перебування у шлунку.

Ще одним специфічним видом безоарів є лактобезоари, їх описують упродовж останніх 20 років у зв'язку з інтенсивним розвитком неонатології та новими методами живлення недоношених немовлят концентрованими молочними сумішами [10]. Фактором ризику є низька вага новонароджених та недоношеність, зневоднення, парез кишківника. За таких умов лактобезоари можуть утворюватися як у шлунку, так і в тонкій кишці.

Значно рідше трапляються трихобезоари — клубки заковтуваного слугуного волосся, як прямий наслідок патологічної звички гризти коси — трихотиломанії, вона трапляється в дівчаток і молодих жінок, переважно на тлі психічних розладів або розумової непов-

носправності. Рідкісним варіантом трихобезоарів є синдром Рапунцель (названий за іменем героїні казки братів Грім, яка мала дуже довгу косу) — у таких хворих виявляють гігантські трихобезоари, "голівка" яких міститься у тонкій — порожній або й клубовій кишці, дуже тверда і складається з незмінного волосся, що нагадує пучок дроту [3,11,18]. За походженням — патологічні звички — до них близько стоять казуїстичні випадки виявлення безоарів з паперу [16], ниток текстилю [7], пластикових дротів [18] і навіть дрібних металевих предметів [20]. Окреме місце посідають піксобезоари з рослинних смол, описані російськими авторами — наслідок звички жувати модринову живицю ("серу"), поширеної в деяких районах Сибіру [1], "цивілізованим" еквівалентом їх є безоари з жувальної гумки [17], які можуть спричинити кишкову непрохідність в дітей.

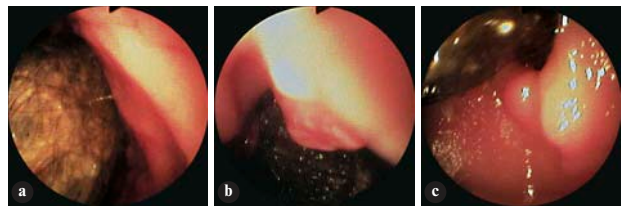


Рис. 1
Трихобезоар: загальний вигляд (А); поліпвидні зміни слизової (Б); кінець безоара в ДПК (С).

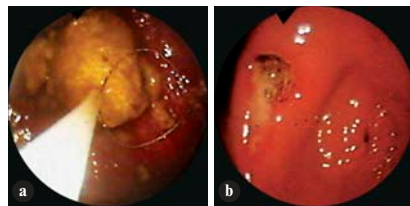


Рис. 2
Безоар з воску: момент фрагментації (А); виразка кута шлунка (Б).

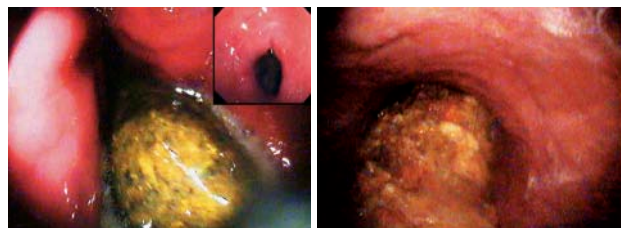


Рис. 3
Фітобезоар з халви, на візці — виразка преперітонічної ділянки на стадії рубцювання.

Рис. 4
Безоар-зліпок залишків їжі після стовбурової ваготомії.

Взагалі, технічний прогрес (і людська фантазія!) суттєво розширили спектр речовин, з яких утворюються безоари. Описують шлелакбезоари — грудки з шлелаків (наслідок пийти сурогату алкоголю) [1,28], утвори з цементу (закотування цементного піску) [29], лейколастери [32] та ін. Останніми роками з'явилися випадки безоарів з монтажного піску [2], в Україні — випадки у клінічній практиці Мокрика Ю.М. (Рівне), Журавсько-В.К. (Київ) [усні повідомлення, 2008]. Окреме місце посідають фармакобезоари — зліпки з різних лікарських форм, як таблеток, так і рідких суспензій [26,27]. Зокрема, неодноразово описано безоари з сукральфату, телу алюмінію гідроксиду, холестираміну, препаратів псилуму, аспірину з покриттям, яке розчиняється у кишківнику, мепробамату, препаратів ніфедипіну та інших засобів із сповільненим вивільненням діючої речовини. Крім ендогенних порушень моторики та секреції травного каналу, стриктур, важливими передумовами утворення фармакобезоарів є прийом холінолітиків, опіатів, засобів, що блокують нейротрансмісію, а також дегідратація. Англійські автори, відповідно до класифікації De Bakey&Oshner [9] шлелакбезоари, скупчення мінеральних частинок тощо відносять до конкрецій (зліпків) [19].

Безоари переважно виявляють у шлунку, рідкісні випадки виявлення їх у тонкій та товстій кишці вважають наслідком міграції зі шлунка [19]. Безоари у стравоході — також рідкісна знахідка. Вони можуть бути пов'язані із порушенням пасажу їжі стравоходом (ахалазія, дивертикули, стриктури), казуїстичні випадки безоарів у стравоході без його патології пояснюють їх регургітацією зі шлунка [22].

Клініка і діагностика

Клінічні прояви безоарів дуже варіабельні і залежать від їх складу, розмірів та локалізації [1,3,11,14,16,19,24]. Вони можуть бути як безсимптомними випадковими знахідками (наприклад, під час диспансерного огляду пацієнтів з оперованим шлунком) так і призводити до загрозливих ускладнень — кишкової непрохідності, перфораций, кровотеч механічної жовтяниці, гострого панкреатиту. Як звичайно, при безоарах у шлунку скарги відповідають диспепсії дискретивного типу — нудота, відчуття переповнення і важкості в епігастрі, передчасне відчуття ситості і втрата апетиту, може бути дисфагія. При порушенні евакуації зі шлунка або дуже великих розмірів безоара з'являється блювання, наростає втрата ваги, анемія (наслідок дефіциту вітаміну В₁₂), відзначають гнильний запах з рота. Іноді безоар можна пропальпувати в епігастрі як рухомий вузол.

Безоари, насамперед з волосся, часто поєднуються з виразками шлунка, їх виявляють у половині і більше хворих, тому клініка може бути зумовлена саме виразковими і їх ускладненнями [19]. Специфічним проявом фармакобезоарів може бути виявлення їх діючої речовини і відповідні ефекти [26,27].

Безоари можна виявити під час ультрасонографії черевної порожнини як гіперехогенні безструктурні утвори у просвіті травного каналу з акустичною тінню, однак діагностичним методом вибору є ендоскопія. Як звичайно, безоари шлунка мають вигляд округлих утворів темно-зеленого, коричневого або чорного кольору, характер їх поверхні залежить від складу. Містяться вони, як звичайно, у дні або тілі шлунка, але можуть вивиповняти весь просвіт і простягатися у дванадцятипалу кишку (при синдромі Рапунцель). Окрім виразкувань, за наявності безоарів виявляли у шлунку гіперпластичні поліпи [18].

Рентгеноскопія нині доцільна лише для виявлення кишкової непрохідності, спричиненої дивертикулами. Цінну інформацію щодо безоарів як шлунка, так і кишківника може дати комп'ютерна томографія [11,19].

Лікування

З огляду на те, що "food boli" та фітобезоари фактично є харчовими залишками, певні перспеکتиви відкриваються для їх розчинення. З такою метою хворим призначають перорально N-ацетилцистеїн [25], ензими — папаїн, целюлазу, ананасовий сік у комбінації з прокінетиками, виконують лаваж шлунка розчином NaHCO_3 , який має муколітичний ефект [11,14,19,30]. Особливий інтерес становлять повідомлення про розчинення безоарів під впливом кока-коли. Уперше про такий ефект повідомили Като Н. et al. у 2003 [13]. Напоєм промивають шлунок у дозі 3 л упродовж 12 годин, надалі його призначають *per os* по 1 л кожні 6 годин протягом прийнятні 2 днів. Дію пояснюють як наявністю NaHCO_3 , так і пухирцями CO_2 , які прокидають у безоар і зумовлюють його розпушування, а також іншими компонентами напою (які є секретом виробника). Втім, є повідомлення про усунення консервативного лікування безоарів, у т.ч. виразки шлунка і кровотечі, кишкову непрохідність, гіперосмолярну натріємію тощо [6]. Найбезпечнішим вважають застосування целюлози для розчинення фітобезоарів [30].

Ефективнішим і перспективнішим є ендоскопічне лікування [11,19]. Уперше ендоскопічно видалили безоар шлунка McKesche у 1972 р. [31]. Дефрагментацію безоарів проводять різними способами — механічна фрагментація поліпектомічними петлями, літотрипорами, щипцями, спеціальні сконструйовані інструментами (безотомами) [31], диссекція монополярними голковими ножами, руйнування з допомогою контактної електродрівальної ударно-хвильової трипси [15], Nd-YAG лазера. Вважають ефективною інфекцію всередині безоара газом (які є ферментних розчинів, гідрокарбонату, кока-коли). Після процедури призначають прокінетики і ферментні препарати. Blam M.E., Lichtenstein G.R. застосували аспірацію з допомогою ширококанального ендоскопа [6]. Є успішні спостереження екстракорпоральної ударно-хвильової трипси [5].

Безоари товстої кишки, які спричинюють її непрохідність, можуть бути зруйновані і виділені під час колоноскопії, застосовують також введення розчинів поліетилевоїлою у клізмах [17,19].

Для великих безоарів, насамперед трихобезоарів, основним методом лікування залишається їх оперативне видалення. Останніми роками є низка повідомлень про успішне видалення безоарів шляхом лапароскопічних втручань [19].

Власні спостереження

Випадок 1

Пацієнт К., 16 років, ЕГДС з приводу болю в епігастрі. У шлунку виявлено овальний конгломерат темно-зеленого кольору розмірами 10×4×4 см, щільний при інструментальній пальпації. З анамнезу з'ясовано, що хворий часто і у великій кількості їв хурму. З технічними труднощами виконано фрагментацію безоара поліпектомічною петлею — загальна тривалість кількох сеансів протягом дня до години. Після цього найбільший фрагмент мав розміри 4×3×3 см. Вирішено продовжити фрагментацію наступного дня. Однак уночі, через 12 год. після процедури у хворого розвинулася гостра кишкова непрохідність, яку не вдалося усунути консервативними засобами. Операція: лапаротомія. Фрагмент безоара міцно зафіксований у термінальному відділі клубової кишки, стінка кишки у цьому місці витончена, спроби змістити безоар невдали. Ентеротомія, видалення безоара, евакуація тонкокишкового вмісту. Ушивання рани клубової кишки, дренажування черевної порожнини, шов на лапаротомну рану. Одування.

Випадок 2

Пацієнтка М., 17 років, звернулася зі скаргами на нудоту, блювання, втрату апетиту, неможливість прийому звичайного об'єму їди. Протягом останнього року суттєво втрачала у вазі — віджилення знижене. Гемоглобін — 95 г/л. ЕГДС: шлунок вивиповнений конгломератом волокнистої будови, який продовжується кризь з'являючий воратар у шибунку дванадцятипалої кишки (ДПК) і далі у постбульбарний відділ. Пройти у ДПК мимо бе-

зоара не вдалося. В ділянці кута шлунка і антрумі — поліпівидні зміни слизової (через технічні труднощі біопсію не робили). З анамнезу з'ясовано наявність у хворої трихотиломанії. Хвора планово оперована (до того часу пацієнтка і батьки відмовлялися від операції) — лапаротомія, гастротомія, шлунок вивиповнений трихобезоаром довжиною до 30 см та діаметром до 10 см, "головка" якого містилася за шибунку ДПК. Безоар видалено. Післяопераційний період без особливостей. На момент операції з метою операції наш контакт з родиною хворої було втрачено, контрольна ендоскопія з метою оцінки стану слизової не виконувалася.

Випадок 3

Пацієнт М., 45 років, звернувся зі скаргами на біль в епігастрі, виразковий анамнез відсутній. ЕГДС: виразка кута шлунка діаметром до 1,2 см та безоар жовтого кольору довжиною до 12 см і діаметром до 5 см, який вільно лежить у верхній третині тіла шлунка. При докладному опитуванні з'ясовано, що пацієнт є пасічником — аматором і любить їсти мед з вошнюю (стільниками). Фактично, упродовж тривалого часу пацієнт з'їдав велику кількість воску. Безоар було фрагментовано поліпектомічною петлею (2 сеанси з інтервалом 2 дні), при огляді видалених шматків безоара підтверджено його воскову природу. Хворому також призначено метоклопрамід в/м відразу після ендоскопії та мотиліум по 10 мг 3 рази в день. Через 2 доби після другого сеансу фрагментації залишків безоара у шлунку не виявлено. Швидким ураз ним тестом підтверджено *HP* "+" статус, призначено потрійну терапію Орністатом 7 днів, надалі 4 тижні Ультоп по 20 мг 2 рази на добу. Через місяць підтверджено загоєння виразки, відсутність фрагментів безоара.

Випадок 4

Пацієнтка С., 22 років, звернулася з приводу болю та відчуття "переповнення" в епігастрі. ЕГДС: в тілі шлунка міститься подовгастий яйцеподібний конгломерат зеленого кольору довжиною до 10 см і діаметром до 4 см. Слизова шлунка набрякла. Препіторично по передній стінці — свіжий післявиразковий рубець із залишковим кратером виразки до 4 мм. Шибунка і постбульбарний відділ ДПК без патологічних змін. З'ясовано, що протягом останніх 4 місяців пацієнтка фактично щодня з'їдала велику кількість халви з арахісом. З інтервалом у 2 доби безоар фрагментовано поліпектомічною петлею. У проміжку між процедурами та після них хвора отримувала домперидон 10 мг 3 рази в день, Мезим-форте по 2 табл. 3 рази в день. Контроль ще через 2 доби — безоарів не виявлено. Дихальний тест на *HP* позитивний. Призначено потрійну терапію (Бета-клатінол) тривалістю 7 днів, надалі — Паріет 10 мг 1 раз на добу. Через 4 тижні: у препіторичній ділянці сформований білий рубець.

Випадок 5

Хвора З., 52 роки, обстежувалася планово в рамках диспансерного нагляду через 14 років після стовбурової ваготомії, висічення виразки шибунки ДПК і пілоропластики. ЕГДС: шлунок паретичний, дилатований, воратар вільно прохідний, зяє, шибунка ДПК рубцево деформована, вільно прохідна для ендоскопа, постбульбарний відділ без патології. Шлунок фактично вивиповнений зліпком із залишків густої рослинистої їжі без різкого вмісту. Хвору госпіталізовано у хірургічне відділення. Лікування: метоклопрамід 10 мг в/м 3 рази на добу, перорально — Мезим-форте по 2 таблетки 3 рази в день, промивання шлунка через товстий зонд двічі на добу. ЕГДС через тиждень — у шлунку помірна кількість мутного вмісту, залишків безоара не виявлено.

Обговорення

Таким чином, наш невеликий досвід включає основні варіанти безоарів, які згадуються в літературі (рис. 1-4). Особливий інтерес становить восковий безоар, аналогів якому ми в літературі не виявили, за своїм складом він міститься між себо- і піксобезоарами. Наше спостереження трихобезоара є близьким до синдрому Рапунцель, однак справжнього довгого "хвоста", який би сгвав порожньої кишки, на операції не виявлено. Слід звернути увагу на поліпівидні гіперпластичні зміни слизової антрального відділу шлунка, які відповідають виявленню Misra S.P. et al. гіперпластичним поліпам у хлонику з пластобезоаром [18]. У двох з п'яти випадків було виявлено виразки шлунка, що загально відізеркало їх високу частоту при безоарах різного складу. Натомість звертає на себе увагу лише один випадок "food bolus" в оперованому шлунку серед сотень обстежених пацієнтів з подібною патологією. Ми не можемо погодитися з авторами, які повідомляють про частоту таких знахідок 5% більше серед хворих після операції на шлунку. Очевидно, крім самого втручання, відіграють роль харчові звички хворих. Втім, ми не маємо достатньо перекондивного власного досвіду обстежених у видаленому періоді хворих після стовбурової ваготомії з пілоропластиком — вони становили лише невеликий відсоток серед оглянутих нами пацієнтів з оперованим шлунком. У нашому досвіді не було фармакобезоарів, хоча траплялися випадки "розсинів" таблеток, які тривалий час перебували у шлунку за умови порушення евакуації з нього.

Щодо ендоскопічного лікування, то безперечно необхідно перед ним оцінити перешкоди не лише воратара, а й проксимальної частини ДПК. Випадок кишкової непрохідності після сеансу дроблення безоара спонукає нас виконувати фрагментацію на дрібні частки (не більше 2 см). Якщо безоар не вдається роздробити повністю за один сеанс, слід залишити основний фрагмент достатньо великим, щоб він не мігрував у тонку кишку із загрозю її оклюзії.

Література

1. Боршигов М.М., Барзаева М.А. (2004) Гигантский безоар желудка. Успехи современного естествознания. http://www.rae.ru/zk/arg/2004/01/borshigov_2.pdf
2. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепенин Д.П., Поналев А.В. (2006) Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учебное пособие. (Москва) "МЭДпресс-информ". 192 с.
3. Andrus C.H., Ponsky J.L. (1988) Bezoars: classification, pathophysiology, and treatment. Am J Gastroenterol. 83: 476-478
4. Baudamant W.W. (1779) Memoire sur des cheveux trouves dans l'estomac et dans les intestines g?les. J. Med. Chir. Pharm. 19; 52: 507-514
5. Benes J., Chmel J., Jodl J. et al. (1991) Treatment of a gastric bezoar by extracorporeal shock wave lithotripsy. Endoscopy. 23; 6: 346-348
6. Blam M.E., Lichtenstein G.R. (2000) A new endoscopic technique for the removal of gastric phytobezoars. Gastrointest. Endosc. 52: 404-408
7. Chintamani R.D., Singh J.P., Vinay S. (2003) Cotton bezoar — a rare cause of intestinal obstruction: case report. BMC Surg. 3; 5
8. Cifuentes T.J., Robles C.R., Parrilla P.P. et al. (1992) Gastric surgery and bezoars. Dig. Dis. Sci. 37; 11: 1694-1696
9. De Bakey M., Oshner A. (1938) Bezoars and concretions. Surgery. 5; 132: 934-963
10. Du Bose T.M., Southgate W.M., Hill J.G. (2001) Lactobezoars: a patient series and literature review. Clin. Pediatr. 40; 11: 603-606
11. Erzurumlu K., Malazirt Z., Bektas A. et al. (2005) Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. World J. Gastroenterol. 11; 12: 1813-1817
12. Gaia E., Gallo M., Caroma S., Angeli A. (1998) Endoscopic diagnosis and treatment of gastric bezoars. Gastrointest. Endosc. 48; 1: 113-114
13. Kato H., Nakamura M., Orito E. et al. (2003) The first report of successful nasogastric Coca-Cola lavage treatment for bitter persimmon phytobezoars in Japan. Am. J. Gastroenterol. 98: 1662-1663
14. Kishan A.S.H., Kadi N.K., Ponnappa B.G. et al. (2008) Bezoars. Bombay Hosp. J. 50; 4
15. Kuo J.Y., Mo L.R., Tsai C.C. et al. (1999) Nonoperative treatment of gastric bezoars using electrohydraulic lithotripsy. Endoscopy. 31; 5: 386-388

16. Majeski J.A. (1985) Paper bezoar in the stomach. *South. Med. J.* 78; 1520
 17. Milov D.E., Andres J.M., Erhart N. A., Bailey D.J. (1998) Chewing gum bezoars of the gastrointestinal tract. *Pediatrics.* 102; 2: 22
 18. Misra S.P., Dwivedi M., Misra V. (2006) Endoscopic management of a new entity — plastobezoar: a case report and review of literature. *World J. Gastroenterol.* 12; 41: 6730-6733
 19. Poniewerka E., Arlukiewicz-Faikel A., Paradowski L. (2008) Bezoary — klasyfikacja, diagnostyka, leczenie. *Gastroenterol. Pol.* 15; 4: 265-268
 20. Prieto-Aldape M. R., Almaguer-Garcia F.I., Figueroa-Jimenez S.E. et al. (2009) Relapsing massive metal bezoar: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 3: 56
 21. Quain R. (1854) The stomach of an insane patient filled with coconut fibres, which cause death by perforation of the viscus. *Trans. Path. Soc. Lond.* 5: 145
 22. Qureshi S.S. (2005) Esophageal bezoar in a patient with normal esophagus *Indian J. Gastroenterol.* 24; 38
 23. Robles R., Parrilla P., Escamilla C. et al. (1994) Gastrointestinal bezoars. *Br. J. Surg.* 81; 7: 1000-1001
 24. Rui-Li Z., Zhong-Liang Y., Bo-Guang F. (2008) Huge gastric disopyrobezoar: a case report and review of literatures. *World J. Gastroenterol.* 14; 1: 152-154

25. Silva F.G., Gon'aves C., Vasconcelos H., Cotrim I. (2002) Endoscopic and enzymatic treatment of gastric bezoar with acetylcysteine. *Endoscopy.* 34; 10: 845
 26. Stack P.E., Thomas E. (1995) Pharmacobezoar: an evolving new entity. *Dig. Dis.* 13; 6: 356-364
 27. Taylor J.R., Streetman D.S., Castle S.S. (1998) Medication bezoars: a literature review and report of a case. *Ann. Pharmacother.* 32; 9: 940-946
 28. Valtonen E.J. (1965) Shellac and lipid bezoars and other concretions of the stomach. *Gastroenterologia.* 104: 309-320
 29. Visvanathan R. (1986) Cement bezoars of the stomach. *Br. J. Surg.* 73; 5: 381-382
 30. Walker-Renard P. (1993) Update on the medicinal management of phytobezoars. *Am. J. Gastroenterol.* 88; 10: 1663-1666
 31. Wang Y.G., Seitz U., Li Z.L. et al. (1998) Endoscopic management of huge bezoars. *Endoscopy.* 30; 4: 371-374
 32. Yegane R-A., Bashashati M., Bashtar R., Ahmadi M. (2006) Gastrointestinal obstruction due to plaster ingestion: a case-report. *BMC Surgery.* 6: 4
 33. Zamir D., Goldblum C., Linova L. et al. (2004) Phytobezoars and trichobezoars: a 10-year experience. *J. Clin. Gastroenterol.* 38; 10: 873-876

ПОВТОРНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ РЕЦИДИВЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Долгий А.Н., Гуцу Е.В.

Кишинев, Республика Молдова

Введение

Лечебная тактика у больных с рецидивным неварикозным гастроудоденальным кровотечением (НВГДК) после эндоскопического гемостаза (ЭГ) окончательно не определена. Хотя более распространено мнение о необходимости хирургического вмешательства, отдельные исследования рекомендуют применение повторной эндоскопической терапии.

Цель — изучение эффективности и рациональности применения повторного ЭГ при рецидиве НВГДК.

Материалы и методы

Попытку повторного ЭГ выполнили у 95 (74,8%) из 127 больных, имевших первое рецидивное НВГДК после эндоскопической терапии. У остальных 32 (25,19%) пациентов применили хирургическое лечение. Повторный ЭГ произвели 18 больным с острыми кровоточащими повреждениями гастродуоденальной слизистой, а также 77 пациентам с хроническими язвами. У подавляющего числа больных методом выбора повторного ЭГ при рецидиве кровотечения (РК) являлась инъекционная терапия тромбином или сочетания тромбина с адреналином — 73 (76,84%) наблюдения.

Результаты

Повторная эндоскопическая терапия оказалась успешной и позволила остановить активный РК в 46 (80,7%) из 57 наблюдений. Последующий рецидив НВГДК развился у 36,9% больных. Таким образом, суммарная неудача повторного ЭГ, включающая наблюдения персистирующего кровотечения (11) и случаи РК после ЭГ (31), составила 44,2%.

Заключение и выводы

Повторный ЭГ является оправданной и высокоэффективной альтернативой хирургическому вмешательству при первом РК, в особенности у пациентов с НВГДК из острых поврежденных гастродуоденальной слизистой. Применение повторной эндоскопической терапии сопровождается снижением необходимости в экстремном хирургическом вмешательстве и улучшением других результатов лечения, без роста риска развития осложнений и летального исхода. Методом выбора при осуществлении повторного ЭГ при РК следует считать инъекционную терапию, в особенности введение тромбина или его сочетания с адреналином в ткань источника НВГДК.

ЕНДОСКОПІЧНА БАЛОННА ПІЛОРОДІЛЯТАЦІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Косинський О.В.

Відділення хірургії, Інститут гастроентерології АМН України, Дніпропетровськ

The Endoscopic Balone Pylorodilatation in the Complex Surgical Treatment of Ulcerous Diseases Complications

O.V. Kosinskiy

Department of Surgery, Institute of Gastroenterology of the AMS of Ukraine, Dnepropetrovsk

Summary

There were examined 35 patients with decompensated ulcerous pyloroduodenal stenosis. In the first group (16 patients — 45.7%) there was performed the endoscopic balone pylorodilatation with promotion of feeding tube as the first stage of treatment. Usage of endoscopic balone pylorodilatation as the stage of surgical treatment allowed postponing the operation and decreasing its amount. The operation in later period in case of effective correction of pathologic changes in stenosis area allows to improve the early postoperative period, decrease in twice the frequency of postoperative complications and to shorten the term of postoperative treatment on 5.1±1.3 days.

Key words: endoscopic balone pylorodilatation, complications of ulcerous diseases, surgical treatment.

Вступ

Зменшення частоти післяопераційних ускладнень, кількості летальних випадків є основними напрямками розвитку сучасних технологій хірургічного лікування ускладнень виразкової хвороби [1,4]. Виразковий пілородуоденальний стеноз (ВПДС) залишається одним із розповсюджених ускладнень, що потребує вдосконалення не тільки технічних а і тактичних аспектів лікування. Відносно тактичних аспектів усім хворим із ускладненим перебігом оперативне втручання показане за абсолютними показаннями. Однак, якщо при перфоративній виразці операція виконується в ургентному порядку, то при ВПДС та пенетрації виразки припустиме виконання оперативного втручання у відстроченому порядку. При цьому проводиться як короткотривале передопераційне підготування так і при позитивних клініко-інструментальних даних перебігу ускладнення можливе і тривале консервативне лікування (антисекреторна, антихелікобактерна терапія, штучне зондове харчування). Існують наукові данні стосовно позитивного перебігу декомпенсованого ВПДС, під впливом адекватної консервативної терапії, при якому вдалося досягти компенсації патологічного процесу і провести хірургічне втручання вже в плановому порядку [3,5].

Тривалість та ступінь декомпенсації патологічного процесу, виражені системні порушення функцій організму обумовлюють високий ризик оперативного втручання виконаного в ургентному порядку. При цьому важкі системні порушення можуть звести на нівець досконало виконаний та адекватний об'єм оперативного втручання [1,5]. Штучне зондове харчування при цьому залишається методикою вибору в корекції нутритивних порушень при ВПДС. Назодуоденальний зонд зазвичай проводять ендоскопічно під час виконання фіброгастроудоденоскопії. Однак, при декомпенсованому ступені ВПДС провести зонд за ділянку стенозу найчастіше не вдається що і є причиною відмови від ентеральної корекції нутритивних порушень [3].

На початку 80 років з'явилися перші повідомлення про застосування ендоскопічної балонної пілороділятації (ЕБП) у якості дренажного оперативного прийому у хворих на декомпенсований ВПДС. Дана методика дозволяла шляхом болонної компресії відновити прохідність в ділянці пілоростенозу. Однак, широкого практичного впровадження ця методика не отримала, тому що супроводжувалася значним відсотком ретензій [2].

Таким чином, проведення ЕБП з метою проведення назодуоденального зонду для штучного харчування може бути перспективним першим етапом в хірургічному лікуванні хворих на ВПДС.

Матеріали та методи

Проспективно обстежено 35 хворих оперованих з приводу декомпенсованого ВПДС. Кількість обстежених чоловіків складала 29 (82,9%) осіб, що майже в 5 разів більше ніж жінок 6 (17,1%). Середній вік обстежених склав 43,1±8,9 і коливався у межах від 32 до 65 років. Виразковий анамнез становив від 3 до 48 років, в середньому 19,4±9,1 років. Виразковий анамнез більше 10 років визначався у третині (11 хворих — 31,4%) пацієнтів. З приводу проривної виразки дванадцятипалої кишки в анамнезі у 14 (40,0%) хворих виконувалося швивання перфорації.

При госпіталізації проводили клінічне, лабораторне, інструментальне обстеження з метою визначення стану евакуаторної функції із шлунка, локалізацію і довжину стенозу, наявність активної виразки. Діагностику хелікобактерної інфекції проводили гістохімічно та методом імуноблотінгу в сироватці крові хворого із визначенням токигенності штамів.

Обстежені хворі були розподілені на дві групи: першу — 16 (45,7%) пацієнтів яким була застосована етапна тактика хірургічного лікування ВПДС. Першим етапом в даній групі проводили ЕБП із встановленням зонду для штучного харчування за ділянку стенозу. ЕБП виконували під час езофагогастроудоденоскопії зондом для ілеофemorальної ангіопластики довжиною 150 мм із болонним діаметром 10 мм. Ендоскоп розташовували перед ділянкою декомпенсованого стенозу і проводили каналізацію зондом після чого роздували балон до 20 мм вод.ст. з експозицією 3-5 хвилини. Проводили огляд ділянки що відкрилася та встановлювали зонд для штучного харчування. Штучне харчування проводили олігомерною, ізоосмолярною сумішшю "регітатен", в переривчасто-крапельному режимі в об'ємі 20 мл на кілограм маси хворого. На тлі цього проводили ерадикаційну, антисекреторну, симпоматичну консервативну терапію. Тривалість даного етапу надавали змогу не тільки провести адекватну передопераційну підготовку а і виконати оперативне втручання у відстроченому порядку, як другий етап лікування.

Другу групу склали 19 (54,2%) пацієнтів оперованих після 2-4 добової інтенсивної передопераційної підготовки. В даній групі ЕБП не проводили, тому проводили парентеральну корекцію нутритивних порушень, середньою тривалістю 2,4±1,8 доби в передопераційній підготовці. Об'єм денервуючого оперативного прийому визначали за даними вегетативного балансу регуляції, який визначали при спектральному аналізі варіації серцевого ритму. За основними показниками та перебігом патологічного процесу при госпіталізації групи хворих були репрезентативні. Результати дослідження обробляли методами варіаційної статистики з використанням достовірності відмінностей за критерієм С'юдента-Фішера.

Результати та їх обговорення

Застосування етапності ведення хворих на декомпенсований ВПДС із використанням ЕБП в передопераційному періоді дозволила у 7 (43,8%) пацієнтів першої групи зменшити ступінь стенозування до субкомпенсованого. В другій групі лише в одному (5,3%) випадку інтраопераційно визначили ознаки субкомпенсованого ВПДС. При цьому 11 (68,7%) пацієнтів першої групи із токсигенними штамми хелікобактерної інфекції перед операцією проводили ерадикаційну терапію тоді як в другій — 9 (47,4%) вже після операції.

Вегетативний дисбаланс регуляції в діяльності органів гастродуоденальної зони, за даними спектрального аналізу варіації серцевого ритму визначався у 25 (71,4%) обстежених пацієнтів, що обґрунтовувало застосування денервуючого оперативного прийому. Так, парасимпатикотонія, як показання до виконання ваготомії визначалася у 20 (57,1%), симпатикотонія у 8 (22,9%) пацієнтів була показанням до виконання симпатикотомії. При відсутності вегетативного дисбалансу у 7 (20,0%) пацієнтів, денервуючий оперативний прийом не виконували. У третині 5 (31,3%) пацієнтів першої групи завдяки позитивним місцевим змінам, зменшення перипроцесу в ділянці стенозу та значно меншої кількості — 2 (10,5%) хворі другої групи вдалося виконати ізольовану дренажну операцію. Відновлення пасажу шлунково-кишковим трактом було основною метою даної операції.

В зв'язку з діагностичним вегетативним дисбалансом при декомпенсованому ВПДС, при операції, незважаючи на клінічне покращення стану після першого етапу лікування, у 56,3% пацієнтів першої групи виконані органозберігаючі дренажні та денервуючі оперативні прийоми. Майже вдвічі нижчим був відсоток органозберігаючих операцій у другій групі пацієнтів. Так, в другій обстеженій групі у 13 (68,4%) пацієнтів виконано антрумектомію, у одного (5,3%) резекцію шлунка за Більрот-1, тобто операції за об'ємом більш травматичні. От же, в першій групі пацієнтів виконували менш травматичні оперативні прийоми, що доводить ефективність етапності хірургічного лікування в даній групі хворих.

Післяопераційний період перебігав більш важче у хворих другої групи. Так, больовий синдром визначався у 11 (57,9%) пацієнтів другої групи на 3,1±2,5 доби довше, ніж в першій. Симптоми диспепсії визначалися на третю добу після операції у 4 (25,0%) пацієнтів першої та 12 (63,2%) другої групи, що пояснювалось більш вираженими моторно-евакуаторною розладами функції шлунка (гастростаз) в другій групі хворих. У 4 (21,1%) хворих другої групи визначалася гастроплегія. Явища дуоденостазу на п'яту добу після операції діагностувалися у 1 (6,3%) — в першій, та 3 (15,8%) — другої групи обстежених пацієнтів. Усе це сприяло більш легкому клінічному перебігу післяопераційного періоду в першій групі пацієнтів.

В обох групах хворих летальних випадків не визначалось. Однак, післяопераційні ускладнення з боку об'єкта операції визначались у 2 рази частіше у хворих другої групи, ніж першої групи, 11,4% та 5,8%, відповідно. В структурі ускладнень з боку об'єкта операції в I групі у одного (2,9%) пацієнта післяопераційний перебіг ускладнився анастомозом та в одного (2,9%) кровотечею з лінії дуоденопластики в порожнину кишки. Дані

ускладнення виправлені консервативними заходами і не призвели до суттєвого збільшення терміну післяопераційного лікування. Внутрішньочеревна кровотеча виникла у одного пацієнта II групи, і була зупинена лігуванням вени великого сальника під час реларотомії. В даній групі у 2,9% випадків післяопераційний перебіг ускладнився анастомозом і 2,9% — стенозом ділянки дуоденопластики, що призвело до виконання повторної реластики.

Двоетапна тактика хірургічного лікування із застосуванням ЕБП і штучного харчування значно збільшила передопераційний період в I групі, але скоротила строки післяопераційний термін на 5,1±1,3 доби відповідно до показників в II групі хворих (p<0,05).

Висновки

Застосування ендоскопічної болонної пілороділяції як етапу хірургічного лікування надало змогу відстрочити операцію і зменшити її об'єм вдвічі в групі пацієнтів із виразковим пілородуоденальним стенозом. Оперативне втручання, виконане за умов ефектної корекції патологічних змін в ділянці стенозу, дозволяє покращити перебіг раннього післяопераційного періоду, скоротити вдвічі частоту післяопераційних ускладнень та скоротити післяопераційний ліжко-день на 5,1±1,3 (p<0,05). Вдосконалення та подальша розробка методики ендоскопічної болонної пілороділяції є перспективним напрямком покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування ускладнень виразкової хвороби.

Література

1. Грубник Ю.В., Московиченко І.В., Фоменко В.А. і др. (2007) Лапароскопічне органосохраняюче операції у больных с осложненной в.в. двенадцатиперстной кишки. Університетська Київська. 1: 24-27
2. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Феленко В.В. (2002) Лапароскопическая хирургия желудка. (Москва). "Медпрактика". 164 с.
3. Клименко А.В. (2003) Выбор метода операции и результаты хирургического лечения больных с неблагоприятным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. 36. науч. ст. "Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки та практики". (Запоріжжя), с. 283-287
4. Романенко С.Н. (2008) Резекция желудка при пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии. Рос. журнал гастроэнтерол., гепатологии, колопроктол. 5: 35
5. Johnson A. G. (2002) Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the future management of peptic ulcer? World J. Surg. 24; 3: 259-263

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В.

Одесский государственный медицинский университет, Украина

Summary

Laparoscopic surgery for common bile duct stones were performed at our hospital in 362 patients. 174 (48%) of them were operated urgently. There were 80 patients with jaundice and acute calculous cholecystitis and 59 patients with acute biliary pancreatitis. Obtained results showed great feasibility of laparoscopic biliary surgery. Key words: choledocholithiasis, choledochotomy, extraction of common bile duct stones, laparoscopy.

Введение

В настоящее время в литературе всё шире дискутируется вопрос о выборе оптимального метода лечения осложненной желчекаменной болезни и билиарного панкреатита механической желтухой [1,4,5]. Общепринято, что основными хирургическими методами лечения этого осложнения являются лапаротомия и открытые вмешательства на желчных протоках, а также эндоскопическая папиллотомия и эндоскопическое удаление конкрементов [1]. В последнее время появились сообщения о лапароскопических вмешательствах на желчных протоках, которые по мнению целого ряда хирургов [5,6] имеют определенные преимущества по сравнению с открытыми операциями.

Целью настоящего исследования было проанализировать результаты лапароскопических вмешательств на желчных протоках у больных, которые оперировались в связи с развитием тяжелых осложнений.

Материалы и методы

С 1992 года нами выполнено 5900 лапароскопических холецистэктомий. Конкременты в желчных протоках были выявлены у 632 (10,7%) пациентов. Из этого числа больных лапароскопические вмешательства на желчных протоках произведены у 362 больных, из них 174 (48%) пациентов оперированы в экстренном порядке. Механическая желтуха на фоне острого калькулезного холецистита была у 80 пациентов, острый билиарный панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы был у 59 пациентов. У 24 больных холедохолитиаз осложнился желтухой и тяжелым холангитом. У 89 больных, лапароскопические операции были выполнены после эндоскопической папиллотомии с безуспешными попытками удаления конкрементов из холедоха. В исследуемой группе (n=174) преобладали женщины, их было 114. Возраст больных колебался от 26 до 83 лет, средний возраст составил 57±12 лет. У всех больных были повышены по сравнению с нормой показатели билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ.

Интраоперационная холангиография была произведена только у 41 (23,5%) больных. Для осмотра холедоха через пузырный проток использовали холедохофиброскопы диаметром 3 мм фирмы "Суркон" и "Storz".

При лапароскопической холедохотомии осмотр протоков производили с помощью фиброхоледоскопа "Olympus" (d=5мм). Для удаления конкрементов использовали корзинки типа Dormia, баллонные катетеры типа Фогарти, а также специальный холедохоэкстрактор [3]. Показанием к наружному дренированию холедоха были признаки желчной гипертензии и холангита.

Результаты

У 93 (53,4%) пациентов конкременты из холедоха удалены через пузырный проток. Это были большие с небольшими единичными конкрементами (не более 5-6 мм), а холедох был расширен незначительно (до 10-11 мм).

Удаление конкрементов через культю пузырного протока выполнено у больных с билиарным панкреатитом, после баллонной дилатации сфинктера большого дуоденального сосочка (БДС). Это позволило беспрятственно вымывать камни в просвет двенадцатиперстной кишки. Дилатация облегчалась внутривенным введением, за 10-15 минут до манипуляции, 0,1-0,15 мл 0,1% раствора изокета. [2]. Наружное дренирование холедоха выполнено у 55 больных, в случаях холангита или сужения интрапанкреатической части холедоха. Антеградное стентирование холедоха, специальными стентами диаметром 5 Fg и 7 Fg, было выполнено у 38 больных, что позволило нам отказаться от наружного дренирования.

Больные (n=12) с вклиненными в большой дуоденальный сосочек конкрементами

составили наибольшую проблему при лапароскопических вмешательствах на желчных протоках. Такие конкременты были удалены через пузырный проток только у 4 больных с помощью специальных проволочных корзинок фирмы "Olympus", которые имеют форму цветка. Лапароскопическая холедохотомия позволила удалить конкремент только у одной больной при его вклинении. Остальным трем пациентам была выполнена конверсия. При лапаротомной операции удалось удалить вклиненный конкремент у одного больного. В двух других случаях конкремент был фрагментирован, однако полностью не удален.

Санация желчных протоков и ликвидация желчной гипертензии, к сожалению, не всегда приводят к выздоровлению при билиарном панкреатите. Из 59 пациентов, поступивших в клинику с билиарным панкреатитом, одна больная умерла от прогрессирующего панкреонекроза, у 5 пациентов выполнены повторные лапаротомии.

При наличии значительного расширения холедоха (свыше 11 мм), выполняли холедохотомию. Из 78 больных, которым выполнялась лапароскопическая холедохотомия, полное удаление конкрементов было выполнено у 73 (93,5%). У 4 больных с вклиненными камнями в БДС и у одной больной с внутривенным литиазом полного удаления конкрементов из протоков добиться не удалось. Им произведено наружное дренирование холедоха, а в дальнейшем — эндоскопическая папиллотомия с удалением оставших конкрементов.

Для наружного дренирования холедоха после лапароскопической холедохолитотомии у 37 пациентов использован Т-образный дренаж Кеера, у 21 пациентов холедох дренирован через пузырный проток по Пиковскому.

Пациентам, которым удалось удалить все конкременты (n=23) при хорошей проходимости БДС, было произведено глухое ушивание холедохотомической раны. При этом умеренное подтекание желчи в течение двух суток наблюдалось только у 2 больных.

В группе больных, которым выполнялась лапароскопическая холедохолитотомия, следует отметить следующие осложнения: подтекание крови из ложа желчного пузыря наблюдалось у 3 больных, подпеченочный абсцесс — у 2 пациентов, невозможность удалить все камни из протоков — у 4 больных, "забытые" камни — у 2 больных. Умер один больной, который поступил в клинику с тяжелой желтухой и холангитом.

Выводы

1. Лапароскопическая хирургия расширяет спектр операций при осложнениях желчекаменной болезни.
2. Лапароскопическое удаление конкрементов через пузырный проток возможно при наличии одиночных небольших конкрементов в холедохе.
3. Лапароскопическая холедохолитотомия показана при множественном холедохолитиазе, а также при наличии в холедохе конкрементов больших размеров.
4. При установке стента или хорошей проходимости БДС возможно ушивание холедохотомического отверстия без дренирования холедоха.
5. При признаках холангита, тяжелого билиарного панкреатита показано наружное дренирование холедоха.

Література

1. Ничитайло М.Е., Грубник В.В. и соавт. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Київ) "Здоров'я". 424 с.
2. Грубник В.В., Ткаченко О.І., Герасимов Д.В., Калинин С.В., Петренко О.А. Способ лікування холедохолітіазу. Патент №2708 України МПК7 А61 В17/00 Заявка 2004032262. Заявлено: 26.03.2004. Опубл.: 15.07.2004. Бюл.№7. Приор.15.07.2004. — 2 с.
3. Ткаченко О.І. Холедохоекстрактор за Ткаченко О.І. Патент №27639 України МПК7 А61В17/22. Заявка у20070753. Заявлено: 25.06.2007. Оприлюднене: 12.11.2007 г. Б. № 18. Приор. 12.11.2007 г. — 2 с.
4. Berthou J.C., Drouard F., Charbonneau P., Moussalier K. (1998) Evaluation of laparoscopic management of common bile duct stones in 220 patients. Surg. Endosc. 12; 1: 16-22
5. Karaliotas C., Sgorakis G., Goumas C., Papaioannou N., Litis C., Leandros E. (2008) Laparoscopic common bile duct exploration after failed endoscopic stone extraction. Surg. Endosc. 22: 1826-1831
6. Stromberg C., Nilsson M., Leijonmark C.-E. (2008) Stone clearance and risk factor for failure in laparoscopic transcystic exploration of the common bile duct. Surg. Endosc. 22: 1194-1199

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ В ЛУКОВИЦЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

Endoscopic Orientation within the Duodenal Bulb

V.I. Nikishayev

Kiev Municipal Emergency Hospital, Ukraine

Введение

Точная локализация повреждения в луковице двенадцатиперстной кишки имеет очень большое значение в выборе тактики ведения пациента. На основании многочисленных работ основанных на интраоперационных данных и данных аутопсий на сегодняшний день уже не вызывает сомнения необходимость точной эндоскопической локализации повреждения в луковице двенадцатиперстной кишки. Это обусловлено тем, что язвы задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки более не благоприятны в прогнозе течения при осложнении их кровотечением (как в плане частоты рецидивов кровотечения, активности кровотечения, количества перелитой крови так и результатов лечения) по сравнению с язвами другой локализации. Язвы этой локализации могут разрушать не только ветви, но и саму a.gastroduodenalis, что соответственно может сопровождаться профузным кровотечением. При данном осложнении важным аспектом является выбор способа проведения миниинвазивного эндохирургического вмешательства (МЭВ) на глубокой кровотокающей язве задней стенки двенадцатиперстной кишки. Известно, что проведение монополярной электрокоагуляции (МЭК), лазерной коагуляции и сочетания эндоскопической инъекционной терапии (ЭИТ) с МЭК и ЭИТ с лазерной коагуляцией, как методов приводящих к наиболее выраженным и глубоким повреждениям стенки органа, может приводить как к неэффективному гемостазу, так и при проведении их с целью профилактики при стигматах кровотечения — к неуправляемому эндоскопическому кровотечению. Проведение МЭК и лазерной коагуляции и сочетания их с ЭИТ на кровотокающих язвах передней стенки двенадцатиперстной кишки в агрессивном режиме может привести к ее перфорации. В большинстве исследований посвященных прогнозу риска рецидива кровотечения, основанных на клинико-эндоскопических данных, и в соответствии с ними созданных математических моделях, локализации язв двенадцатиперстной кишки на задней стенке, как одному из факторов, придается не высокая прогностическая значимость, что не соответствует нашим данным, которые были получены нами еще в 1983-1984 годах (но результаты не публиковались).

В литературе, посвященной гастроинтестинальной эндоскопии, только в учебниках и трех исследованиях (доступных из интернета) встречается описание топографии луковицы двенадцатиперстной кишки. В монографии Стручкова В.И. с соавт. (1976) отмечается, что "эндоскопически удобно различать переднюю, заднюю, верхнюю и нижнюю стенки луковицы двенадцатиперстной кишки. Как продолжение желудка верхняя стенка луковицы может рассматриваться как малая кривизна, нижняя — как большая". Такая же топография была в последующем описана и использовалась в большинстве учебников. Только в некоторых (Maratka Z., 1994, третье издание) просто указывалось, что сверху луковицы двенадцатиперстной кишки располагается малая кривизна, слева — передняя стенка, справа — задняя, а снизу — большая кривизна без привязки к другим ориентирам (рис. 1). Однако учитывая терминологию топографической анатомии, в луковице двенадцатиперстной кишки нет ни малой кривизны, ни большой кривизны. Поэтому большинство авторов не использовали терминов ни малая кривизна, ни большая кривизна для двенадцатиперстной кишки.

Чернеховская Н.Е. с соавторами (2006) отмечают что "в луковице двенадцатиперстной кишки выделяют переднюю (слева) и заднюю (справа) стенки, верхнюю стенку, которая является как бы продолжением малой кривизны желудка, и нижнюю стенку, или основание луковицы". Целый ряд авторов для описания ориентации в двенадцатиперстной кишке используют деление по так называемому условному циферблату. По Silverstein F.E. и Tutgat G.N.J. (1991): "Поскольку луковица идет кзади, ее наиболее дистальная часть — вершина часто визуализируется в положении на "3 часа", области осмотра. Верхняя стенка луковицы находится в положении на "12 часов", и нижняя стенка находится в положении на "6 часов". Назаров В.Е. с соавторами (2002) вводят для луковицы двенадцатиперстной кишки понятие медиальная и латеральная стенки: "... передняя стенка — расположена на (на 9 часах), является продолжением передней стенки желудка. Задняя стенка расположена на 3 часах — продолжение задней стенки желудка. Медиальная (нижняя) стенка находится на 6 часах — продолжение большой кривизны желудка. Латеральная (верхняя) стенка расположена на 12 часах — продолжение малой кривизны желудка". В переведенном на русский язык третьем издании Зенека Маржатки (1996) вместо малой кривизны сверху луковицы двенадцатиперстной кишки уже располагается задняя стенка, слева — малая кривизна, справа — большая кривизна, а снизу — передняя стенка без привязки к другим ориентирам (рис. 2). Другую трактовку топографии дал Кондратенко П.Г. с соавторами (2007): "Если просвет луковицы двенадцатиперстной кишки в центре поля зрения, то передняя ее стенка расположена между 5 и 8 ч у.д., латеральный (верхний) контур — между 8 и 11 ч, задняя стенка — между 11 и 2 ч, медиальный (нижний) контур — между 2 и 5 ч у.д. (у.д. — условный циферблат)". В последнем руководстве по гастроинтестинальной эндоскопии [7], которое стало уже классическим, вообще не описывается топография луковицы двенадцатиперстной кишки.

Два проспективных эндоскопических и хирургических исследования проведенных в семидесятых годах прошлого века продемонстрировали большое расхождение в эндоскопической ориентации в луковице двенадцатиперстной кишки по сравнению с интраоперационными данными [6,10]. Но эти два исследования были проведены эндоскопами с малой технической возможностью. Интересным в плане определения локализации язв в двенадцатиперстной кишке является проспективное исследование Straker R.J. с соавторами (1992). Вышеупомянутое исследование продемонстрировало, что истинное положение задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки смогли точно определить опытные эндоскописты только в 28% случаев.

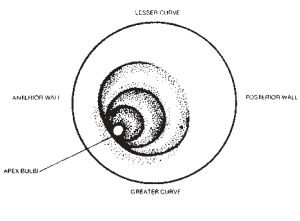


Рис. 1
Эндоскопическая ориентация в луковице двенадцатиперстной кишки по Maratka Z. (1994).

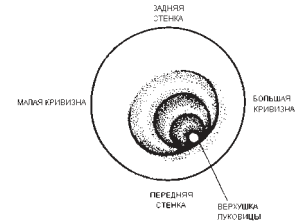


Рис. 2
Эндоскопическая ориентация в луковице двенадцатиперстной кишки по Maratka Z. (1996).

Учитывая такой разносторонний подход к эндоскопическому определению стенок луковицы двенадцатиперстной кишки, нами решено опубликовать результаты исследования проведенного более 20 лет назад.

Цель исследования — определить эндоскопические ориентиры, позволяющие точно определять стенки двенадцатиперстной кишки при эзофагогастроуденоскопии.

Материалы и методы

Нами были сравнены результаты эндоскопического определения стенок двенадцатиперстной кишки с интраоперационной локализацией кровотокающих язв двенадцатиперстной кишки. В исследовании вошли только те пациенты, которые перенесли оперативное лечение.

В первой группе верхняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки рассматривалась как продолжение малой кривизны желудка и соответственно нижняя — как продолжение большой кривизны желудка. Во второй группе задняя стенка луковицы двенадцатиперстной кишки рассматривалась как продолжение малой кривизны желудка и соответственно передняя — как продолжение большой кривизны желудка. В третьей группе больных язва в двенадцатиперстной кишке сопоставлялась с малой кривизной и углом желудка. Это осуществлялось следующим образом: после осмотра двенадцатиперстной кишки и выявления в ней язвы, эндоскоп выводился в оральном направлении (определялось отношение язвы к малой кривизне) с последующим переводом его в инверсию с определением локализации язвы по отношению к углу желудка. Тем самым язва сопоставлялась с малой кривизной и углом желудка.

На каждого пациента после эндоскопического исследования рисовалась схема локализации язвы в двенадцатиперстной кишке по отношению к малой кривизне и углу желудка. Анализ всех схем эндоскопической локализации язв в луковице двенадцатиперстной кишки в сопоставлении с интраоперационными данными позволил разработать способ определения стенок луковицы двенадцатиперстной кишки при эндоскопическом исследовании. Четвертая группа была контрольной. В ней локализация язв в двенадцатиперстной кишке определяли по разработанному способу и сопоставляли с интраоперационной локализацией. Исследование проводились фиброволоконными эндоскопами Olympus (GIF-K, GIF-IT, XQ-10), ACMI (TX-SIM) и ЛОМО (Пучок МТ-11). В I группе было — 118, во II — 145, в III — 212 и в IV — 266 пациентов.

Оценка результатов между I, II и IV группами проводилась по следующим критериям: 1) точность определения стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (с учетом перехода язв на соседние стенки); 2) точность определения полуокружности (условно разделяя луковицу на заднюю и переднюю полуокружности); 3) точность определения задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Для обработки полученных данных применяли методы определения соответствия нескольких эмпирических критериев по χ^2 .

Результаты исследования и их обсуждение

В I группе из 118 больных с кровотокающими язвами двенадцатиперстной кишки эндоскопически определенная локализация язвы совпала с интраоперационными данными у 36 (30,5%) пациентов, полуокружность у 102 (70,3%), а задняя стенка у 12 (26,7%) из 45 пациентов с локализацией язв на задней стенке. Во II группе из 145 пациентов с кровотокающими язвами двенадцатиперстной кишки эндоскопически определенная локализация язвы совпала с интраоперационными данными у 72 (49,7%) пациентов, полуокружность у 109 (75,2%), а задняя стенка у 17 (30,4%) из 56 пациентов с локализацией язв на задней стенке. Таким образом, во II группе отмечено достоверно ($\chi^2=10,66, p<0,001$) более точное определение стенок, чем в I группе пациентов.

При сопоставлении всех схем эндоскопической локализации язв в луковице двенадцатиперстной кишки в сравнении с интраоперационными данными (III группа), выяснилось, что при нахождении дистальной части эндоскопа в луковице двенадцатиперстной кишки, пилорическом канале и даже в препилорическом отделе — точно определить стенку в луковице двенадцатиперстной кишке не представлялось возможным (ошибки были связаны с отсутствием четкого ориентира, к которому можно было условно привязать локализацию повреждения). Очень часто, при нахождении дистальной части эндоскопа в препилорическом отделе, неправильно определялась точная локализация малой кривизны (ее середина). Сопоставление локализации язвы луковицы двенадцатиперстной кишки по отношению к углу желудка позволяло выявить, что середина малой кривизны желудка, в среднем, переходит в заднюю стенку луковицы двенадцатиперстной кишки (центральную ее часть) под углом 20° по часовой стрелке от вертикальной оси желудка.

Таким образом, расположение задней стенки можно определять двумя способами. По первому способу (рис. 3) локализация повреждения в луковице двенадцатиперстной кишки определяется по отношению к углу желудка, при этом ее задняя стенка соответствует нижней стороне угла, с величиной угла в среднем 20°, вершиной которого является переход угла желудка в заднюю стенку желудка, а верхней стороной — угол желудка. Соответственно к нему определяются и другие стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

По второму способу (рис. 4) продолжение середины малой кривизны желудка, определенной по отношению к углу желудка, соответствует 12 часам по условному циферблату (у.д.). Таким образом, центральная часть задней стенки будет соответствовать 12:40 ч у.д. и вся она будет располагаться от 11:10 ч у.д. до 2:10 ч у.д. Соответственно нижняя стенка будет располагаться от 2:10 ч у.д. до 5:10 ч у.д., передняя от 5:10 ч у.д. до 8:10 ч у.д., а верхняя от 8:10 ч у.д. до 11:10 ч у.д. Обязательным условием определения



Рис. 3
Схема определения локализации повреждения в луковице двенадцатиперстной кишки по отношению к углу желудка.

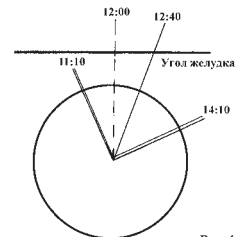


Рис. 4
Схема определения локализации повреждения в луковице двенадцатиперстной кишки по отношению к углу желудка по условному циферблату.

стенок по этим способом является расположение пациента строго на левом боку, без заваливания в ту или иную сторону с обязательной "привязкой" повреждения в луковиче двенадцатиперстной кишки к углу желудка.

Отклонение угла в 20° не является постоянной величиной. Это усредненная величина. Она зависит от многих причин. Этот угол увеличивается у астеников, истощенных больных, часто у женщин (при снижении тонуса желудка), при хронической дуоденальной непроходимости и уменьшается у гипертензивных, пациентов со ожирением.

В IV группе из 266 больных с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки эндоскопически определенная локализация язвы совпала с интраоперационными данными у 261 (98,1%) пациентов, полуокружность у 266 (100%), а задняя стенка у 101 (98,1%) из 103 пациентов с локализацией язв на задней стенке. Полученные данные в этой группе достоверно значительно ($\chi^2 = 140,2$) превзошли результаты в I и II группах.

Много информации имеется в литературе относительно эндоскопической ориентации в луковиче двенадцатиперстной кишки, и как указывалось во введении, часто она противоречивая. Если ранее точность определения локализации кровоточащей язвы в двенадцатиперстной кишке была не столь принципиальной, так как больных чаще оперировали и к тому же во время операции, хирург чаще ориентировался на интраоперационные данные, а не данные эндоскопии. В последнее время приоритет в лечении кровоточащих язв принадлежит эндоскопии и поэтому от выбора правильного способа эндоскопического гемостаза и метода МЭВ проводимого с целью профилактики при стигматах недавнего кровотечения зависит результат лечения больного. Имеется немного работ, в которых описываются осложнения, которые встречаются после МЭВ проводимых при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки (перфорация, кровотечение). Однако в этих работах не указывалась локализация язвы, в которой возникла перфорация или из которой разлилось неуправляемое эндоскопически кровотечение. Понятно, что перфорация язв чаще возникает при их локализации на передней стенке. В своей работе мы имели перфорацию язв у 3 пациентов при лечении более чем 12000 пациентов с язвенными кровотечениями. При этом однозначно связать возникновение перфорации с проведенным МЭВ не представляется возможным, так как процесс деструкции тканей связанный с течением болезни сам по себе мог привести к возникновению этого осложнения. Но и МЭВ (а всем больным проводилась электрокоагуляция) могла способствовать этому процессу. Поэтому при таких локализациях мы отдаем предпочтение щадящим методам воздействия. Подобная тактика применяется и при локализации язвы на задней стенке луковичи двенадцатиперстной кишки, так как из нескольких случаев возникновения неуправляемого эндоскопически кровотечения, после монополярной коагуляции, в двух случаях больных не успели довести до операционной. В своей работе мы сталкивались с такими кровотечениями, только при локализации их на задней стенке. Это и послужило причиной разработки нами ряда способов и подходов в проведении МЭВ с целью остановки и профилактики рецидива кровотечения при стигматах кровотечения при локализации кровоточащих повреждений в "опасных" местах. Поэтому не вызывает сомнения необходимость точной ориентации в луковиче двенадцатиперстной кишки.

Из полученных данных наиболее неточным подходом в ориентации в двенадцатиперстной кишке является принцип, по которому малая кривизна желудка переходит в верхнюю стенку луковичи двенадцатиперстной кишки. Принцип, по которому малая кривизна желудка переходит в заднюю стенку луковичи двенадцатиперстной кишки, существенно повышает точность ориентации в двенадцатиперстной кишке (с 30,5% до 49,7%). Однако необходимо отметить, что незначительный поворот эндоскопа в руках и отсутствие точного ориентира в антральном отделе нивелирует точное определение

стенки в луковиче двенадцатиперстной кишке. Но такой подход существенно улучшил определение полуокружности в луковиче двенадцатиперстной кишки по сравнению с предыдущим способом (с 75,2% до 100%). Разработка способа ориентации в луковиче двенадцатиперстной кишке с последующей проверкой в четвертой группе показал, что угол желудка является точным ориентиром для определения стенок в луковиче двенадцатиперстной кишки.

Расположение пациента на левом боку при оказании помощи больным в тяжелом состоянии иногда не соблюдается, что и ведет к снижению точности определения стенок в двенадцатиперстной кишке. В некоторых случаях ориентация в луковиче двенадцатиперстной кишки затруднена. Это может быть связано с различными причинами: выраженная рубцовая деформация луковичи двенадцатиперстной кишки, перенесенная операция на двенадцатиперстной кишке, холедоходуоденоанастомоз (который ротирует луковичу еще более кзади), опухоль или абсцесс гепатобилиарной системы, приводящие к компрессии двенадцатиперстной кишки, резекция желудка с анастомозом по типу Биллрот I или пилоросохраняющим анастомозом.

Выводы

Разработанный способ ориентации в луковиче двенадцатиперстной кишке с сопоставлением повреждения в ней к углу желудка способствует более точному определению стенок в ней. Правильная ориентация в луковиче двенадцатиперстной кишки позволяет выбрать правильный метод МЭВ при кровоточащих повреждениях в ней и снизить частоту осложнений.

Литература

1. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. (2007) Гастроинтестинальная эндоскопия. Практическое руководство. (Донецк). 374 с.
2. Маржактэ З. (1996) Терминология, определения терминов и диагностические критерии в эндоскопии пищеварительного тракта. Третье издание переработанное и дополненное. Эндоскопия пищеварительного тракта: номенклатура OMEД. (Humburg). Normed Verlag, Bad. 141 с.
3. Назаров В.Е., Солдатов А.И., Лобач С.М. и др. (2002) Эндоскопия пищеварительного тракта. (Москва). "Триада-фарм". 176 с.
4. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н., Стручков Ю.В. (1976) Желудочно-кишечные кровотечения и фиброэндоскопия. (Москва). "Медицина". 272 с.
5. Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепанцев Д.П., Поваляев А.В. (2006) Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: учебное пособие. (Москва). "МЕДпресс-информ". 192 с.
6. Brown P., Salmon P.R., Burwood R.J. et al. (1978) The endoscopic radiological, and surgical findings in chronic duodenal ulceration. Scand. J. Gastroent. 13: 557-560
7. Gastroenterological Endoscopy (2002) Classen M., Tytgat G.N.J., and Lightdale C.J. (Eds). (New York). Thieme Stuttgart. 777 p.
8. Hollender L., Marrie A., Meyer G. et al. (1981) Les hemorrhagie graves des ulcères de la face postérieure du premier duodenum. Problemes pratiques et données actuelles du traitement. J. Chir. 118: 6-70: 389-393
9. Maratka Z. (1994) Terminology, definitions and diagnostic criteria in digestive endoscopy. Third edition revised and complemented. OMEД nomenclature of digestive endoscopy. (Humburg). Normed Verlag, Bad. 122 p.
10. Salmon P.R., Brown P., Hutt T., Read A.E. (1972) Endoscopic examination of the duodenal bulb: clinical evaluation of forward- and side-viewing fibroscopic systems in 200 cases. Gut. 13: 170-175
11. Silverstein F.E., Tytgat G.N.J. (1991) Atlas of gastrointestinal endoscopy. Second edition. (London). Mosby-Wolfe.
12. Straker R.J., Bienvenu J.C., Nord H.J. (1992) Endoscopic orientation within the duodenal bulb. Endoscopy. 24: 266-267

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПОЛИПЭКТОМИИ

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

The Prophylactics of Complications after Polypectomy

V.I. Nikishayev

Kiev Municipal Emergency Hospital, Ukraine

Введение

Несмотря на то, что с момента, когда доктор Hiromi Shinya произвел первую полипэктомию (сентябрь 1969 г.) прошло почти сорок лет, остаются не решенные некоторые вопросы, связанные с эндоскопической полипэктомией. К таким вопросам относятся и профилактика осложнений после полипэктомии. Наиболее частым осложнением после эндоскопического удаления полипов в разных отделах желудочно-кишечного тракта является кровотечение. Частота его возникновения при больших размерах полипов незначительная, а при их размерах более 1 см отмечается от 10,2% до 24% [13,15] случаев. При возникновении кровотечения возникает проблема его остановки. Известно несколько факторов увеличивающих риск кровотечения после полипэктомии: большой размер полипа [20], полип на широкой ножке больших размеров [13], полип на широком основании [20], пациенты в преклонном возрасте [14], расположение полипов в восходящей ободочной кишке [25], наличие коагулопатии, прием нестероидных противовоспалительных препаратов [22], и режим подачи тока [24]. Учитывая большие сложности остановки кровотечения, возникающие после полипэктомии, с целью профилактики кровотечения после нее, предложено несколько методик: эндоскопическая инъекционная терапия (ЭИТ) с введением физиологического раствора [19], ЭИТ с введением раствора адреналина [23], ЭИТ с введением фибринового клея [16], наложение эндоскопической лигатуры [10] и клипирование [17]. До сегодняшнего дня все еще неопределенно — при всех ли эндоскопических полипэктомиях необходимо использовать эти профилактические меры.

Цель исследования — определить наименее травматичные и эффективные методы эндоскопического гемостаза при возникновении кровотечения после полипэктомии и определить показания и способ проведения профилактики кровотечения после полипэктомии.

Материалы и методы

С 1994 по 2008 годы нами было произведено 1892 полипэктомии полипов размерами более 1 см (64 из пищевода, 1095 из желудка, 24 из двенадцатиперстной кишки и 709 из толстой кишки). До 1997 года при возникновении интенсивного кровотечения после полипэктомии при локализации их в желудке нами проводились различные виды электрокоагуляции (2 пациента), при локализации в двенадцатиперстной кишке и толстой кишке — сочетание ЭИТ с большим объемом 0,9% раствора NaCl (до 200-400 мл) и монополярная электрокоагуляция (3 пациента). С 1997 г. при возникновении рецидива кровотечения начали проводить клипирование которое у 5 больных было произведено в чистом виде, а у 6 после предварительно проведенной ЭИТ. Технология проведения

клипирования была изложена нами ранее [3,6]. У 12 пациентов с широкими ножками, после удаления полипа проводили клипирование ножки полипа с целью профилактики кровотечения. С 2001 г. начали проводить аргонно-плазменную коагуляцию (АПК) [4]. У 9 пациентов с кровотечением из полипов желудка с помощью АПК остановили кровотечение, а затем произвели их удаление обычным способом. В 3 случаях после полипэктомии выполненной обычным способом — произвели остановку возникшего кровотечения с помощью АПК (два полипа сигмы и один двенадцатиперстной кишки). В одном случае (полип сигмовидной кишки) произвели АПК, а в других случаях (2 пациента) АПК производили после ЭИТ. С 2004 г. для остановки кровотечения стали применять радиочастотную коагуляцию (РЧК) [8]. У 4 пациентов с кровотечением из полипов желудка была произведена полипэктомия с помощью РЧК, а у 2 остановка возникшего кровотечения после полипэктомии выполненной обычным способом.

При удалении полипов на широком основании у 46 проводили предварительное введение раствора адреналина 1:10000 (при отсутствии противопоказаний) а у 112 пациентов — 0,9% раствора NaCl под основание полипа. У 15 пациентов с полипами сигмы на толстой ножке и размерами их от 1,5 см до 2,7 см удаление полипов проводилось после предварительного наложения эндоскопической лигатуры. Длина ножек у этих пациентов была от 0,5 см до 1 см. У 3 пациентов с короткими ножками (до 0,5 см) и полипами более 3,5 см и невозможностью наложить лигатуру, произвели поэтапное их удаление, суть которого заключалась в поэтапном клипировании и отсечении ножки полипа игольчатым электродом в режиме резания. При этом клипсы накладывались не попеременно, а под углом к продольной оси ножки. Еще у 9 пациентов с полипами сигмы размерами более 3,5 см на ножке, произвели предварительное частичное срезающее частей полипа, чем достигалось уменьшение их размера менее 3 см, что дало возможность наложить лигатуру и в последующем произвели полипэктомию. Наложение лигатур осуществлялось многоразовым лигатором *HX-20U* и одноразовым лигатором *HX-400U Olympus*. Все лигатуры были диаметром 30 мм.

Удаление полипов (за исключением 24 полипов после лигирования и 3 после клипирования произведено в режиме резания) проводилось в смешанном режиме подачи тока.

Результаты исследования и обсуждение

После 1892 полипэктомии у 11 (0,58%) произошло интенсивное кровотечение (1 (1,56%) после полипэктомии полипа пищевода, 6 (0,54%) — желудка, 1 (4,2%) — двенадцатиперстной кишки, 3 (0,42%) пациентов — толстого кишечника), а у 10 (0,5%) больных возникло неинтенсивное кровотечение (2 (3,1%) после полипэктомии полипов пищевода, 5 (0,45%) — желудка, 1 (4,2%) — двенадцатиперстной кишки, 2 (0,28%) — толстого кишечника). Все кровотечения возникли сразу после проведения или во время

проведения полипэктомии. Во время проведения полипэктомии кровотечение произошло у 6 пациентов, и было связано с различными техническими проблемами, связанными с прекращением подачи тока. У всех этих пациентов техническая проблема возникла уже в процессе выполнения полипэктомии, когда часть полипа (ножки) была отсечена, а оставшая часть была пересечена петлей без подачи тока. Все кровотечения были остановлены. Однако в одном случае у пациента (со струйным кровотечением из ложа полипа желудка, располагающегося по малой кривизне в препилорическом отделе) возникла прикрытая перфорация с формированием полости, стенками которой являлись печень, желчный пузырь, двенадцатиперстная кишка и передняя брюшная стенка. Это осложнение было выявлено на 6 сутки после полипэктомии. Без оперативного лечения больной был вылечен консервативно.

В 2 (8,3%) случаях после полипэктомии полипов двенадцатиперстной кишки возникла перфорация. В обоих случаях проводилась обычная полипэктомия. Обе пациентки были прооперированы с благоприятным исходом. В первом случае проводилась полипэктомия аденоматозного полипа размерами более 3 см (обтурирующего просвет кишки) на короткой ножке. Перфорация наступила на 2 сутки. У другой пациентки с синдромом Пейтца-Егерса проводилась поэтапная (раз в 3-4 дня) удаления конгломератов полипов двенадцатиперстной и тощей кишок (каждый конгломерат был оценен как 1 полип). После третьего сеанса, через 4 часа появилась клиника перфорации полого органа. Рентгенологически был выявлен свободный газ в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена высокая кишечная непроходимость, обусловленная спаечной болезнью и инвагинацией тощей кишки в двух местах, которая была вызвана полипами тощей кишки. Выше инвагинаций тощая кишка была сильно раздута. В месте проведения последней полипэктомии выявлено перфорационное отверстие размерами 2x2 мм.

После полипэктомии произведенной с помощью РЧК — рецидивов кровотечения не было. Однако мы отказались от применения ее в связи с тем, что ее можно использовать только при работе с фиброволоконными эндоскопами, а при ее применении в видеоэндоскопии во время включения РЧК возникают сильные помехи на мониторе, которые не дают возможность контролировать процесс полипэктомии.

Анализируя причины возникающих после полипэктомии осложнений, на собственном материале и данных литературы, приходится констатировать, что много факторов ведет к их возникновению и не всегда даже опытный специалист может их предупредить. Рассмотрим эти причины в отдельности.

Монополярные петли передают ток высокой частоты от генератора к тканям, расположенным близко к петле, где плотность энергии самая высокая, а затем ток проходит через тело к пластине, расположенной на коже пациента, которая возвращает ток генератору. При этом самая высокая температура возникает в небольшой области тканей, расположенных рядом с активным монополярным электродом. Повышение температуры в месте контакта петли с тканями зависит от силы и мощности подаваемого тока, площади соприкосновения электрода с тканью, сопротивления ткани и продолжительности воздействия. Учитывая такое количество параметров невозможно заранее определить необходимые показатели мощности тока подаваемой электрохирургическим блоком. К тому же необходимо помнить, что выходная мощность различных электрохирургических блоков не стандартизирована. Тип тока, который может генерироваться электрохирургическим блоком и который должен использоваться при полипэктомии — коагуляция, резание или смешанный режим (резание и коагуляция) — является в нашей стране не до конца определенным.

Экспериментальные исследования показали, что все типы тока приводят к нагреванию ткани, но коагуляция приводит в большей степени к гемостазу, чем резание и смешанный режим. Однако глубина повреждения при коагуляции больше чем при остальных режимах. Режим резания при проведении полипэктомии чаще заканчивается кровотечением без адекватного гемостаза, но глубина повреждения при этом режиме наименьшая. Клинические испытания, проведенные еще в прошлом веке, показали, что использование смешанного режима связано с большим количеством кровотечений непосредственно после полипэктомии, тогда как применение коагуляционного режима было связано с более высокой частотой отсеченных кровотечений [24]. У наших пациентов кровотечений в отсеченном периоде не было, так как большинству из них проводилось удаление полипов в смешанном режиме. Однако надо учитывать тот факт, что при удалении полипов на широком основании или широкой ножке, в процессе воздействия с оптимальной температурой (а это диапазон от 60°С до 80°С) может наступить неуправляемый процесс — при обезвоживании тканей (высыхании), резко повышается их сопротивление и как следствие возрастает температура воздействия вплоть до выпирания тканей и как следствие увеличивается глубина повреждения так как отсутствует возможность контролировать температуру воздействия. Этот процесс становится более не управляемым, если подаваемую мощность не определять методом пробы у каждого пациента индивидуально. Таким образом, эндоскопист должен осознавать грань между достижением температуры достаточной для гемостаза и температуры приводящей к глобальному тепловому повреждению.

Учитывая, что стенка тонкого и толстого кишечника тонкая, она не является идеальным органом для применения электрохирургических методов. Например, толщина всех слоев стенки толстой кишки измеряется от 1,5 мм до 3 мм. Интенсивная инфуляция воздуха во время проведения полипэктомии приводит к еще большему истончению стенки кишки. Это в свою очередь увеличивает риск перфорации.

Чтобы избежать тяжелых осложнений во время электрохирургического воздействия, повреждение тканей от него не должно распространяться глубже подслизистого слоя, учитывая то, что повреждение мышечного слоя оболочки уже может привести к перфорации. Как следствие, приблизительно на половину стенки кишки может распространяться повреждающее действие электрохирургического воздействия, что делает их применение трудным, особенно при больших поражениях [12]. Поэтому из возможных осложнений, которые могут возникнуть после полипэктомии, необходимо уделять наибольшее внимание предупреждению наиболее опасных и сложных в плане лечения осложнений — перфорации.

Следующая проблема, которая существует при проведении полипэктомии — это равновесие между электрохирургическим воздействием и силой механического сжатия тканей. Стандартизировать действие этих двух составляющих не представляется возможным. Понятно, что их действие должно использоваться одновременно. Считается, что электрохирургическое воздействие и механическое сжатие тканей должно быть непрерывным, как только полипэктомия началась. Нет никакого научного доказательства в пользу поэтапного воздействия или очень медленному закрытию петли. Если провести параллель между принципами электрохирургического воздействия при кровотечениях и полипэктомией, а в основе их лежат одни и те же принципы [2,5,7,12], тогда понятно, что с помощью термических методов можно предупредить кровотечение из сосуда диаметром до 2 мм. Однако это может достигаться только после предварительного механического сжатия сосуда. Сосуды диаметром менее 0,5 мм могут быть коагулированы и без предварительного сжатия. Поэтому многие авторы предлагают перед началом подачи тока произвести механическое сжатие ножки полипа, добиться механического прерывания кровотока (что определяется по изменению цвета полипа), а затем начать электрохирургическое удаление полипа. Однако данный способ нельзя применять при гиберпластических полипах, и он полностью не предохраняет от возможных осложнений. К тому же данный прием можно проводить только витой петлей, а она, к сожалению, приводит к большим термическим повреждениям, чем петля, состоящая из одной струны, но в свою очередь последняя может просто механически срезать полип.

Очередная проблема может быть вызвана выступающей частью петли расположенной в дистальной ее части. Если этот выступ слишком длинный, он может коснуться слизистой оболочки позади полипа, так как располагается вне поля зрения, что может привести к повреждению тканей. Передача тока через полип касающийся стенки органа может происходить, однако ни в наших наблюдениях, ни по данным литературы — к серьезным проблемам это не приводит, но все равно нужно стараться этого избегать.

С момента появления возможности использовать наложение эндоскопических лигатур на основание ножки полипа проведение полипэктомии существенно упростилось. При этом диаметр ножки и ее размеры не имеют значения, так как после предварительного лигирования осуществить удаление полипа можно и в режиме резания, с минимальным термическим повреждением тканей. Но при этом лигатуру не надо накладывать близко к стенке органа, а отсекать полип — близко к лигатуре. К сожалению доступными являются лигатуры с максимальным диаметром — 30 мм. Поэтому при удалении полипов большего диаметра возможно несколько вариантов их удаления. При возможности вывести сам полип в поле зрения, можно уменьшить его размер за счет частичных боковых резекций полипа с последующим лигированием. При невозможности его выведения (что имело место в 3 случаях в нашем наблюдении) нами применен способ поэтапного его клипирования и последующего резания. При этом необходимо накладывать клипсы вдоль оси ножки, так как при сжатии их соприкасается только дистальная часть, а между браншами остается расстояние приблизительно равное 0,6 мм. Обязательным является отсутствие контакта между электродом и клипсой, что может привести к распространению воздействия тока на ткани расположенные между браншами. Подобная методика ранее была применена Cipolletta L. с соавторами (1999) с хорошим результатом.

Таким образом, при проведении полипэктомии необходимо прибегать к применению различных способов профилактики возникновения осложнений. Удаление полипов на ножке в кишечнике должно сопровождаться наложением эндоскопической лигатуры. Iishi H. с соавторами еще в 1996 году опубликовал результаты рандомизированного исследования результатов проведения полипэктомии полипов толстого кишечника размерами более 1 см на ножке, в котором показал, что предварительное лигирование ножки полипа не сопровождалось кровотечением, а без него оно наблюдалось в 12% случаев. С появлением таких лигатур некоторое время в литературе обсуждались вопросы целесообразности наложения их всем пациентам. Но в конечном итоге большинство специалистов согласилось с тем, что цена одной лигатуры не соизмерима с теми затратами и проблемами которые могут возникнуть при развитии осложнений. Такие вмешательства проводят уже и амбулаторно.

Мы считаем, несмотря на неудовлетворительное обеспечение лечебных учреждений Украины эндоскопической техникой и инструментарием, необходимо шире прибегать к этому методу и, особенно при больших полипах с толстыми ножками. К тому же доступными являются и одноразовые лигаторы. При удалении полипов на широком основании предварительное введение раствора адреналина или 0,9% раствора NaCl под основание полипа позволяет не только облегчить удаление полипа, но и самое главное отделить основание полипа от мышечного слоя, что снижает риск перфорации. Так же данный этап полипэктомии позволяет до проведения полипэктомии определить возможность его удаления, что проявляется поднятием полипа над поверхностью слизистой оболочки.

Наличие в арсенале отделения эндоскопического клипатора позволяет легко остановить даже струйное кровотечение после полипэктомии полипов кишечника [21] не прибегая к опасному в плане осложнений электрохирургическому вмешательству или прибегнуть к профилактическому клипированию дефекта слизистой. При этом необходимо использовать модель клипатора *Ez-Clip* [1]. Как ранее мы отмечали [6] из 3 проблем связанные с клипированием клипатором *HX-SLR-1* (*HX-GUR-1*) быстрая замена клипсы в новом клипаторе решена. Вторая проблема — необходимо чтобы клипатор находился под нужным углом к тканям, частично решается новым клипатором и клипсами, а частично с помощью нашего метода, заключающегося в прешествующей инфильтрации тканей дистальнее дефекта, чем достигается поднятие его дистального края и увеличение угла между клипатором и тканями [9]. Третья проблема: возможность повреждения сосуда открытой клипсой — остается. Необходимо четко определять расстояние между кончиком клипсы и повреждением. Четвертая проблема: эндоскопист и его помощник должны быть хорошо обучены, и работать согласовано — остается. Сочетание ЭИТ и клипирования позволяет быстро достигнуть гемостаза, а затем прицельно произвести клипирование меньшим количеством клипс.

Так же под нашим наблюдением находилось 6 пациентов поступивших в больницу с кишечным кровотечением, которым были выполнены полипэктомии в других лечебных учреждениях, и у них возник рецидив кровотечения через 3-4 дня после полипэктомии. У всех этих больных мы столкнулись с большой проблемой адекватной подготовки кишечника к исследованию и выявлению источника кровотечения. Намного больше проблема было при лечении этих пациентов по сравнению с кровотечением, которое возникло во время проведения или сразу после полипэктомии. При исследовании у них были выявлены значительные по площади и глубине повреждения. Поэтому проводились шадящие методы гемостаза — ЭИТ (4 пациента) или клипирование (2 пациента). Во всех случаях эндоскопически кровотечение было остановлено.

Из двух перфораций в одном случае она однозначно была связана с существенным повышением давления в просвете двенадцатиперстной кишки связанное с высокой тонкокишечной непроходимостью, что привело к истончению стенки кишки. Во втором случае точно определить причину, способствующую возникновению перфорации, не представляется возможным. Можно предположить, что она была так же связана с повышением давления в просвете двенадцатиперстной кишки в связи с длительностью вмешательства, а так же короткой ножкой полипа и преклонным возрастом пациентки. Но нельзя исключить и технические погрешности, приведшие к распространению вглубь тканей повреждающего действия электрохирургического воздействия.

Таким образом, наименее травматичным и эффективным методом эндоскопического гемостаза при возникновении кровотечения после полипэктомии было клипирование. Ему необходимо отдавать предпочтение при вмешательстве на кишечнике. Во всех остальных случаях можно применять любой из доступных термических методов самостоятельно или после предварительной ЭИТ.

Наиболее правильной стратегией при проведении полипэктомии является профилактика осложнений:

- при наличии ножки у полипа (3, 4 и 5 типы по Yamada) оптимальным является проведение его удаления после предварительного наложения лигатуры. При недоступности этого способа можно сразу после полипэктомии произвести клипирование ножки;
- при проведении полипэктомии полипов на широком основании (1 и 2 тип по Yamada) существенно помогает в его проведении предварительное введение раствора адреналина или 0,9% раствора NaCl под основание полипа.

Выводы

Применение термических методов в эндоскопии требует знания особенностей их воздействия на биологические ткани. Все термические методики, применяемые для остановки возникшего после полипэктомии кровотечения, имеют свои преимущества и недостатки. Ни один из методов электрохирургического воздействия или оборудования не является идеальным для всех случаев.

При проведенні поліпектомії необхідно прибегать к применению различных способов профилактики возникновения осложнений. Для проведения безопасной полипектомии, эндоскопическая бригада должна в совершенстве знать особенности работы оборудования, преимуществ и недостатков всех методик применяемых при полипектомии.

Эндоскопические отделения должны быть оснащены адекватным оборудованием для проведения полипектомии, проведения адекватного гемостаза для профилактики осложнений. Эндоскопические полипектомии должны проводиться только в эндоскопических отделениях (кабинетах) стационаров врачами-эндоскопистами высокой квалификации или под их контролем в связи с техническими сложностями, возникающими при выполнении полипектомии связанными с неудобной локализацией их или размерами.

Литература

1. Никишаев В.И. (2007) Первый опыт применения клипатора EZ-CLIP для остановки и профилактики рецидива кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Укр. ж. малоинвазивной эндоскопии, Vol. 11; 4: 24-26
2. Никишаев В.И., Гичка С.Г., Бойко В.В. (2005) Экспериментальное исследование эффективности различных методов эндоскопического гемостаза. Укр. ж. малоинвазивной эндоскопии, Vol. 9; 1-2: 6-11
3. Никишаев В.И., Головин С.Г. (1998) Первый клинический опыт эндоскопического клипирования при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Материалы международного симпозиума "Диагностическая и лечебная эндоскопия". (Гурузф), с. 108-109
4. Никишаев В.И., Фомин П.Д., Музыка С.В. (2003) Аргоно-плазменная коагуляция в эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта. Укр. ж. малоинвазивной эндоскопии, Vol. 7; 3: 24-25
5. Никишаев В.И. (2003) Эндоскопическая диагностика та мініінвазивна ендоскопія при кровотечах з гастроудоденальних виразок та варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. (Київ). 38 с.
6. Никишаев В.И. (2003) Эндоскопическое клипирование виразок шлунку и двенадцатиперстной кишки при триахальной кровотечении. Укр. ж. малоинвазивной эндоскопии, Vol. 7; 1: 24-28
7. Никишаев В.И., Бойко В.В., Головин С.Г. (2005) Клинико-экспериментальные исследования эффективности термических методов эндоскопического гемостаза. Шпитальна хірургія. 3: 83-85
8. Никишаев В.И., Бойко В.В., Лемко І.І. (2004) Перший клінічний досвід використання радіочастотної коагуляції в ендоскопічному гемостазі та профілактиці кровотеч із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Укр. ж. малоинвазивной эндоскопии, Vol. 8; 3: 8-9
9. Патент №. 48872 А. Україна, 6 А61В 17/00. (2002) Спосіб комбінованого ендоскопічного гемостазу. Нікішаєв В.І., Фомін П.Д., Музыка С.В., Кузнецов К.В.; 2002021160; Заявлено 12.02.2002; Опубліковано 15.08.2002. Промислова власність. Офіційний бюлетень. 8; 1: 4.32-4.33
10. Brandimare G., Turci A. (2001) Endoscopic snare excision of large pedunculated colorectal polyps: a new, safe, and effective technique. Endoscopy. 33: 854-857
11. Cipolletta L., Bianco M.A., Rotondano G. et al. (1999) Endoclip assisted resection of large pedunculated colon polyps. Gastrointest. Endosc. 50: 405-407
12. Colonoscopy Principles and Practice (2005) Waye J.D., Rex D.K., Williams C.B. (Eds). Blackwell Publishing. 655 p.
13. Dell'Abate P., Iosca A., Galimberti A. et al. (2001) Endoscopic treatment of colorectal benign-appearing lesions 3 cm or larger. Dis. Colon. Rectum. 44: 112-118
14. DiPrima R.E., Barkin J.S., Blinder M. et al. (1988) Age as a risk factor in colonoscopy: fact versus fiction. Am. J. Gastroenterol. 83: 123-125
15. Dobrowolski S., Dobosz M., Babicki A. et al. (2006) Blood supply of colorectal polyps correlates with risk of bleeding after colonoscopic polypectomy. Gastrointest. Endosc. 63: 1004-1009
16. Friedrichs O. (1998) Endoscopic fibrin glue: submucosal application against bleeding in gastrointestinal tract. (Berlin). Blackwell Science (eds).
17. Iida Y., Miura S., Munemoto Y. et al. (1994) Endoscopic resection of large colorectal polyps using a clipping method. Dis. Colon. Rectum. 37: 179-180
18. Ishi H., Tatsuta M., Narahara H. et al. (1996) Endoscopic resection of large pedunculated colorectal polyps using a detachable snare. Gastrointest. Endosc. 44: 594-597
19. Ishi H., Tatsuta M., Kitamura S. et al. (1997) Endoscopic resection of large sessile colorectal polyps using a submucosal saline injection technique. Hepatogastroenterology. 44: 698-702
20. Macrea F.A., Tan K.G., Williams C.B. (1983) Towards safer colonoscopy: a report on the complications of 5000 diagnostic and therapeutic colonoscopies. Gut. 24: 376-383
21. Parra-Blanco A., Kaminaga N., Kojima T. et al. (2000) Hemoclipping for post-polypectomy and post-biopsy colonic bleeding. Gastrointest. Endosc. 51: 37-41
22. Shifman M.L., Farrell M.T., Yee Y.S. (1994) Risk of bleeding after endoscopic biopsy or polypectomy in patients taking aspirin or other NSAIDs. Gastrointest. Endosc. 40: 458-462
23. Shirai N., Nakamura T., Matsuura A. et al. (1994) Safer colonoscopic polypectomy with local submucosal injection of hypertonic saline-epinephrine solution. Am. J. Gastroenterol. 89: 334-338
24. Van Gossom A., Cozzoli A., Adler M. et al. (1992) Colonoscopic snare polypectomy: analysis of 1485 resections comparing two types of current. Gastrointest. Endosc. 38: 472-475
25. Weston A.P., Campbell D.R. (1994) Diminutive colonic polyps: histopathology, spatial distribution, concomitant significant lesions, and treatment complications. Am. J. Gastroenterol. 90: 24-28

ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Грубник В.В., Герасимов Д.В., Ткаченко А.И.

Одесский государственный медицинский университет, Одесская областная клиническая больница, Украина

Большая часть больных с желчекаменной болезнью осложненной холедохолитиазом госпитализируются в тяжелом или крайне тяжелом состоянии. Тяжесть состояния прогрессивно усугубляется прогрессирующей интоксикацией, септическими проявлениями, печеночно-почечной недостаточностью, желтухой, сопутствующими заболеваниями и возрастом пациентов.

Перед хирургом стоит задача добиться адекватной декомпрессии желчного дерева в кратчайший срок. Поскольку зачастую эти больные являются функционально неоперабельными, наибольшие надежды возлагаются на малоинвазивные методы лечения.

При решении указанной задачи хирург-эндоскопист сталкивается с рядом трудностей. Так, кровотечение из рассеченного фатерова соска ввиду гипоконгуляционного синдрома, всегда сопровождающего печеночную недостаточность, вынуждает отсрочить дальнейшие манипуляции. При конкрементах больших размеров и множественном холедохолитиазе, иногда трудно одномоментно освободить желчный проток от препятствия току желчи. Стентирование и назобиллярное дренирование являются методами краткосрочного решения данной проблемы.

В указанной ситуации перспективным является применение комбинации малоинвазивных методов оперативного лечения. В практике Одесской областной клинической больницы накоплен определенный опыт комбинированного применения чрезкожно-резпеченочных и эндоскопических оперативных вмешательств при лечении больных холедохолитиазом.

Сочетанные чрезкожно-чрезпеченочные и эндоскопические оперативные вмешательства выполнены у 25 больных с холедохолитиазом. Эндоскопическая папилосфинктеротомия с удалением конкрементов была затруднена ввиду больших размеров камней, их множественности, трудностей эндоскопического доступа или его невозможности (при расположении фатерова соска в дивертикуле 12 перстной кишки, после резекции желудка по Бильрот-2). Оперативное лечение не проводилось ввиду высокого его риска (преклонный возраст больного и тяжелая сопутствующая патология).

Пациентам выполняли чрезкожную холангиостомию под контролем УЗИ и устанавливали дренажи 7-10 Fr. Это обеспечивало адекватное дренирование желчных путей,

позволяло проводить их активную санацию.

Через несколько дней, при стабилизации состояния пациентов, проводилась чрездренажная холангиография, при которой уточнялось количество камней и их размер. Под рентгенконтролем производилось расширение свищевого канала, замена дренажа на дренаж большего диаметра (16-18 Fr), выполнялась эндоскопическая папиллотомия. При невозможности эндоскопического доступа производилась дилатация большого дуоденального сосочка баллоном 15 мм, введенным по проводнику.

Выполненный чрезкожно холангиостомический канал, расположенный на одной оси с холедохом, обеспечивает свободный доступ ко всем его отделам. Через широкий холангиостомический канал возможно введение мощных инструментов для литотрипсии (корзинки Dormia), а сама манипуляция и захват конкрементов не вызывают трудности даже при плотном обхватуванні конкремента стенками холедоха и плотном заполнении конкрементами просвета.

Литотрипсию при чрезкожном доступе можно проводить в амбулаторном режиме, в несколько приемов. Фрагменты конкрементов подходящего диаметра низводили в кишку с помощью баллона Фогарти, введенного через катетер достаточной жесткости или извлекали эндоскопически. Между сеансами литотрипсии в холедох устанавливалась наружно-внутренний стент. Наружный конец стента закрывался пробкой, несколько раз в день производилось промывание холедоха от детрита и фрагментов. Интервал между сессиями литотрипсии составлял от двух дней до двух недель.

Для полного устранения конкрементов потребовалось от двух до четырех сессий литотрипсии с последующим извлечением фрагментов и вымыванием детрита через наружно-внутренний стент. При констатации полного устранения конкрементов производили удаление стента.

При применении комбинированных чрезкожных и эндоскопических методик в нашей клинике серьезных осложнений не отмечалось. Это позволяет сделать нам вывод, что сочетанный чрезкожно-эндоскопический доступ создает новые возможности для оказания помощи больным с холедохолитиазом.

ЭНДОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПРОТОКОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Кутовой А.Б.*, Ершова С.Ю., Швайдак С.И., Пелех В.А., Люлька В.И., Губарь А.С., Пимахов В.В.*

Кафедра хирургии №2, Днепропетровская государственная медицинская академия*, Украина
Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова, Украина

Endoscopy in Diagnostics and Treatment of Pancreato-Biliary Zone Diseases

A.B. Kutovoy*, S.Yu. Ershova, S.I. Shvaidak, V.A. Pelekh, V.I. Lulka, A.S. Gubar, V.V. Pimakhov*

Chair of Surgery #2, Dnepropetrovsk State Medical Academy*, Ukraine
Dnepropetrovsk Regional Clinical Hospital named by I.I. Mechnikov, Ukraine

Summary

Fibrogastroduodenoscopy and retrograde cholangiopancreatography was used in a treatment of 1118 patients with pancreato-biliary zone disease in a period from 1998 till 2008. Common bile duct stones was diagnosed in 658 (66.7%) cases (263 of them after cholecystectomy), in 69 (7%) patient's mechanical type of jaundice was accepted. Tumors of common bile duct was found in 148 (15%) cases, tumors of common hepatic duct — in 33 (3.3%), tumors of papilla Vateri — in 45 (4%), pancreatic duct stones have 37 (3.8%) patients, pancreatic duct deformation — 25 (2.5%) patients, common bile duct cysts — in 7 (0.7%) patients, Caroli's disease — 1 (0.1%), common bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy — in 8 (0.8%). Endoscopic papillosphincterotomy was provided for 296 patients. After these stones migrated from common bile duct to duodenum after conservative treatment in 104 (35.1%) of patients, lithotriaxation was needed for 89 (30.1%) patients, mechanical lithotripsy was used for 27 (9.1%) cases. Lithotriaxation was effectiveness for 76 (25.7%) patients, that's why, was provided surgical treatment. Morbidity rate for papillosphincterotomy is 4.1% (12 patients).

Key word: mechanical jaundice, common bile duct stones, papillosphincterotomy, retrograde cholangiopancreatography.

Введение

Заболевания панкреато-билиарной зоны составляют 22-30% абдоминальной хирургической патологии и не проявляют тенденции к снижению [2,5]. При этом заметно увеличивается удельный вес больных пожилого и старческого возраста [3,4]. Использование современных аппаратных и рентгенологических методов существенно расширило диагностические возможности и обеспечило в последние годы более высокий качественный уровень выявления и дифференцировки патологии желчных и панкреатических протоков [1,2,5]. Несмотря на это, в настоящее время обтурационные поражения биллиарных протоков диагностируются чаще уже на фоне имеющейся яркой клинической манифестации и на стадиях развития, не позволяющих оказать высокотехнологическую или радикальную хирургическую помощь [1,3].

Матеріали і методи

За період з 1998 по 2008 роки в відділенні хірургічної гастроентерології та ендоскопічної хірургії в комплексному обстеженні 1118 больних з патологією панкреатобіліарної зони використано фіброгастроуденоскопію з послующою ендоскопічною ретроградною холангіопанкреатографією (ЕРХПГ). Вік пацієнтів знаходився в межах від 22 до 82 лет. Серед них осіб пожилого та старшого віку було 461 (41,2%). Показаннями для ЕРХПГ служили: механічна жовтуха, жовтуха невьясненого генеза, хронічні захворювання підшлункової залози, супроводжувані зміною її структури по даним сонографії або комп'ютерної томографії. 296 больним в зв'язі з холедохолітазом або стенозуючим папілітитом була проведена ендоскопічна папілодифунктотомія (ЕПСТ). Використовувалися лучевидний та ігольчатий папілотомы. ЕПСТ виконували на протязі 5-8 мм чаще одномоментно, а при внутріпротокових конкрементах більше 10 мм в діаметрі процедуру здійснювали в 2 або 3 етапи. Після ряснення БДС холедох промивали 35% розв'язком гепарина в дозі 5000 ЕД, а при гнійних холангітах — сумісью 1% розв'язку діоксидина та 0,5% розв'язку новокаїна в соотношенні 1:10. У 198 пацієнтів з холедохолітазом проведена літэкстракція. Удалення конкрементів із жєлєчних протоків здійснювали корзинкою Дорміа, або після доповільної їх фрагментації механічним літотриптором *Olympus BML-4Q* (Японія). Результат контролювали рентгєнологічески, а при високому розположенні каменей — с помощью трансдуоденального фіброхоледохоскопа *Olympus CHF BP 30* (Японія).

С целью профілактики острого панкреатита ЕПСТ проводили в "смешаном" режимі ряснення. Всем пацієнтам після ЕПСТ назначали терапію, включающую спазмолітики (но-шпа 40 мг внутрієвньо 2 рази в сутці), блокатори протонної помпи (омепразол, пантасан по стандартній схемі), інгібітори ферментативної активності підшлєудочної залози (сандостатин або октреотид в дозі 0,1 мг два рази в сутці) в течєнніє 1-2 сутєк. Профілактику дуоденальних кровотєчень забезпечували приєменєнем гемостатических препаратів (діцинон 250 мг, амінокапронова кислота 5% — 100 мл) однократно перед процедурою.

Результати і обєужєня

При виконанні фібродуоденоскопії у 45 (4%) больних були виявлені опухолі БДС. Діагностика опухолей БДС супроводжалася біопсією. Результатами гістологического дослідження біоптатів були: папілярна адєнома с різничою стєпенєю дисплазії у 14 больних, тубулярно-папілярна адєнома — у 10, ворсинчатая адєнома — у 3, гіперплазіогєнный поліп с дисплазією — у 7, низкодиферєнцієванная адєнокарцінома — у 6, високодиферєнцієванная адєнокарцінома — у 2, хроніческое воспалєніє — у 3.

У 87 пацієнтів (7,8%) каніюлировать БДС не представилось возможным в зв'язі з наявнієм парафатеральних дивертикулєв, стєнозов соска или дистальних отєдов холедоха. В остальных случаях одновреєнное контрастирование жєлєчных і панкреатических протоків було достигнуто у 375 (38%) пацієнтів, только жєлєчных протоків — у 424 (43%) і протоків підшлєудочної залози — у 187 (19%).

В результатє виконанних 986 ЕРХПГ, холедохолітаз был діагностирован в 658 (66,7%), случаев (із них 263 особи холєстєктєтомії), у 69 (7%) больних был

исключєн механіческий характер жєлєтхуи, опухолі холедоха выявлены в 148 (15%) случаях, обєего печєночного протока — в 33 (3,3%), вирусноглітиаз — в 37 (3,8%), деформация вируснога протока — в 25 (2,5%), кисты холедоха — в 7 (0,7%), болєзнь Каролі — в 1 (0,1%), повреждєния холедоха при лапароскопической холєстєктєтомії — в 8 (0,8%).

Конкременты холедоха были одиночными і множєственными, фиксированными і свободными, а их размеры варьировали от 3-4 мм до 3 см. Одномоментная ЕПСТ с последующей консервативной терапією привела к миграции конкрементів із жєлєчных протоків в кишєчник у 104 (35,1%) больних. Діаметр каменей при этом не прєвышал 5-6 мм. При неэфєктивности консервативной терапією після ЕПСТ проводилась літэкстракція, при этом, использование корзинки Дорміа обеспечило экстракцію конкрементів, діаметр которых составлял 4-8 мм у 89 (30,1%) больних. Механіческая літотрипсия позволила фрагментировать і эвакуировать, в том числе фиксированные конкременты, исходный діаметр которых доходил до 1,5 см у 27 (9,1%) пацієнтів. После неоднократных неудачных попыток выполнения літэкстракції мы прибєгли к хірургическому лечению у 76 (25,7%) больних.

Общая частота осложнєний після ЕПСТ составила 4,1% (12 больних). Из них у 6 в виде острого отєчного панкреатита, проявившего абортивное течєніє под влиянием медикаментозного лечения. В 6 случаях имело место дуоденальное кровотєчєніє, которое проявилось після одностайной ЕПСТ і літєкстракції. У 4 больних кровотєчєніє было остановлено комплексом медикаментозной терапією і ендоскопического инъекционного гемостаза. Двум больным по экстрєнным показанням выполнены хірургические вмешательства. Летальные исходы при выполнении ЕПСТ і ендоскопической літєкстракції отсутствовали. Осложнєний після названных манипуляцій в отдалєнном периоде мы не наблюдали.

Выводы

Эзофагастроуденоскопія і ЕРХПГ — информативные методы диагностики заболеваний БДС, жєлєчных і панкреатических протоків. При этом частота оцєнки состояния БДС составляет 100%, контрастирования жєлєчных протоків — 81%, Вируснога протока — 57%.

Одномоментная ЕПСТ, механіческая літотрипсия і літєкстракція обеспечивают возможность удаления из холедоха конкрементів діаметром до 15 мм в 74,3 % случаев. Поэтапная ЕПСТ с последующей літєкстракцією является надежным методом предотвращения кровотєчєнія из БДС.

Література

1. Башілов В.П., Брєхов Е.И., Молов Ю.А., Василєнко О.О. (2005) Сравнительная оцєнка различных методов лечения больних острым калькулезным холєстєтитом, осложненным холедохолітазом. Хірургія. 10: 40-45
2. Кольянова М.В. (2007) Оптимізація діагностики і лечения холедохолітаза у пацієнтів геронтологической группы. Автореф... дис. канд. мед. наук. (Пермь). 21 с.
3. Кондратенко П.Г. (2007) Хірургическая тактика у больних пожилого і старческого возраста с острым холєстєтитом і обтурационной жєлєтхуей. Хірургія України. 2: 27-30
4. Майстрєнко Н.А. (2000) Холедохолітаз. (С.-Петербург). "ЭЛБИ-СПб". 288 с.
5. Черєв В.Н., Зосим В.А. (2007) Минимальные хірургические вмешательства у больних с холедохолітазом. Хірургія України. 4: 29-31

КРИТЕРІЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ І ВИЗНАЧЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ АКТИВНОСТІ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

Сімонова О.В., Бойко Т.Й.

Діагностичне відділення, відділення захворювань кишєчнику, Інститут гастроентерології АМН України, Дніпропетровськ

The Criteria of Endoscopic Diagnostics and Endoscopic Activity Assessment in the Ulcerative Colitis

O.V. Simonova, T.Y. Boyko

Department of Diagnostics, Department of Intestinal Diseases, Institute of Gastroenterology AMS of Ukraine, Dnepropetrovsk

Summary

The criteria of endoscopic diagnostics and measurement of endoscopic disease activity using various indices in patients with ulcerative colitis are shown in the article.

Key words: ulcerative colitis, endoscopic diagnostics, endoscopic activity assessment.

Нєспецифічний виразковий коліт (НВК) — хронічне запальне захворювання товстї кишки невідомої етіології, яке характеризується геморагічно-гнійним запалєнням слизової оболонки (СО), розповсюджується проксимально від прямої кишки та супроводжується розвитком місцевих і системних ускладнєнь. За останні роки спостєряється зростання захворюваності на НВК в усьому світі. Виразковий коліт може зустрічатись в любому віці, але відмієнено 2 вікових піки: один припадає на осіб молодого віку (15-30 років), другий — на осіб 60-80 років. Клінічний перебіг захворювання характеризується зміною фаз загострення і ремісії [1,2,4,7].

Діагноз НВК ґрунтується на ретельно зібраних анамнєстичних даних, аналізі клінічних проявів захворювання та результатах допоміжних об'єктивных методів дослідження (ендоскопического, морфологического, рентгєнологического, сонографического та загальноклінічних лабораторних аналізів, які дозволяють оцінити ступінь тяжкості загострення хвороби та прогнозувати її подальший перебіг). Обов'язковим є мікробіологічне дослідження калу, мікроскопія калу на найпростіші та паразити, а також аналіз на наявність токсину *Clostridium difficile* для виключєння інфекційної природи хвороби та псевдомембранозного коліту [1,7,9,14].

Відомо, що ендоскопічне дослідження грає провідну роль в діагностиці НВК [6,7,10,17]. Ендоскопічно нєспецифічний виразковий коліт проявляється комбінацією різних ознак: еритема, набряк, згладженість складок, стєртість судинного рисунка, ерозії, виразки, геморагії, кровотєчєніє, псевдополіпи та ін. Макроскопічні зміни при НВК залежать від тяжкості процесу, тривалості і фази захворювання. Ураження починається з аноректального переходу і поширюється уверх (аборально). Верхня межа ураженої ділянки слизової оболонки може знаходитись на будь-якому рівні: від прямої кишки і до ілеоєкального клапана. За літературними даними, в 46-70% випадків при НВК

відмічають ізольованє ураження ректосигмоїдального відділу, в 15-28% запальні зміни поширюються до сєлезінкового згину (так званий лівосторонній коліт), а у 15-37% пацієнтів вони охоплюють всю товсту кишку (субтотальний і тотальний коліт), інколи з ретроградним лєієтом [7,14,17]. Слід враховувати, що відсутність макроскопічних змін СО прямої кишки при ендоскопічному дослідженні практично виключєє діагноз "виразковий коліт", окрім тих випадків, де нещодавно проводилось місцеве лікування салазопрепаратами або стероїдами, і потребує взяття біопсії [7,9].

Найбільш типовими ознаками НВК у фазі загострення є дифузна еритема, рихлість судинного рисунка, поверхневі дефекти різної протяжності і форми на великій площі, аж до дескаментації СО (зливної виразки), контактна або спонтанна кровотєчєніє різного ступєня вираженості, гнійні і фібринозні наклєдення. Характерним для виразкового коліту є те, що ерозії і виразки розташовані тільки в ділянках запально змінєної СО, на відміну від хвороби Крона ніколи не зустрічаються афтєодієні виразки [9,12]. Зєрністієть СО може спостєрятись у фазі загострення виразок і ерозій і в неактивній фазі НВК [6,7].

При прогрєсуванні захворювання гаустри згладжуються, кишка набуває вигляд вузької трубки, яка позбавлена складок; може зустрічатись не різке звужєння просвіту товстої кишки. Стриктур для цього захворювання не є характерними, і якщо спостєряється локальне звужєння просвіту кишки, то це повинно викликати підозру на рак, гранулематозний коліт (хвороба Крона) або ішемічне ураження [1,6,7,10].

У фазі ремісії може відбутись повна репарація СО, але залишаються ознаки, за якими можливо рєтроспєктивно встановити перенесений НВК: СО тьмяна, світла, здається ніби натягнутою на підслизовий шар, поверхня її мозаїчна або дрібнозерниста, су-

Таблиця 2. Ендоскопічна активність НВК за Rachmilewitz D. (1989)

| Ендоскопічна ознака | Вираженість в балах |
|---|---|
| Грануляції на поверхні СО, які розсіюють світло (зерністієть) | нємає — 0 балів є — 2 бали нормальний — 0 балів |
| Судинний рисунок | деформований або розмитий — 1 бал відсутній — 2 бали |
| Кровотєчєніє СО | відсутня — 0 балів невелика, контактна — 2 бали виражена (спонтанна) — 4 бали відсутні — 0 балів |
| Ушкодження поверхні СО (ерозії, виразки, фібрин, гній) | помірно виражені — 2 бали значно виражені — 4 бали |

Таблиця 1. Ендоскопічна активність НВК за Baron J.H. (1962)

| Стадія | Ендоскопічна картина СО |
|--------|---|
| 0 | слизова оболонка біла, судинний рисунок виражений нерівномірно, деформований |
| 1 | еритема, зерністієть СО, нерівномірно виражений судинний рисунок |
| 2 | одиночні виразки, слизова оболонка глянцевидна (<i>shiny</i>), судинний рисунок стєртий, контактна і спонтанна кровотєчєніє |
| 3 | великі виразки, гній, виражена контактна кровотєчєніє, набряк слизової |

Таблиця 3. Індекс Mayo (Mayo Score Assignment), 1987

| Бали | Ендоскопічна картина СО |
|------|---|
| 0 | нормальна слизова, або слизова, яка загоїлась |
| 1 | зтертий судинний рисунок, помірна рихлість, еритема |
| 2 | судинний рисунок відсутній, виражена рихлість, ерозії |
| 3 | спонтанна кровоточивість, великі виразки |

Таблиця 4. Ендоскопічний індекс оцінки активності НВК за Modigliani R. (1993)

| Стадія | Ендоскопічна картина СО |
|--------|---|
| 0 | нормальна СО |
| 1 | гіперемія СО з втратою нормального судинного рисунка. |
| 2 | контактна кровоточивість СО |
| 3 | спонтанна кровоточивість і окремі виразки |
| 4 | зливні виразки |

динний рисунок може відновитися, але не повністю, як правило, він перебудований, атиповий (судини можуть бути примхливо покручені, з додатковим петлеутворенням), можуть визначитися псевдополіпи, при тривалому НВК зникає складчастість [7, 17].

Метою ендоскопічного дослідження є не тільки верифікація діагнозу, а й визначення протяжності патологічного процесу в товстій кишці і вираженості (активності) запалення слизової оболонки. Вирішувальним методом у визначенні характеру перебігу НВК є клінічна оцінка усіх даних. Однак, при проведенні контрольованих терапевтичних досліджень використовуються числові індекси активності хвороби, оскільки це забезпечує стандартизацію і дає можливість зробити кваліфікований висновок про ефективність лікування.

Запропоновано кілька індексів активності НВК, кожен із яких не облічений недоліків. Так, згідно з критеріями Truelove и Witts (1955), ступінь тяжкості загострення хвороби оцінюється за вираженістю основних симптомів — частоти випорожнень, лихоманки, тахікардії, анемії, ШОЕ [7, 8]. Однак автори не приймали до уваги вираженості ендоскопічних ознак захворювання, тоді як в теперішній час відомо, що клінічна активність НВК не завжди корелює з ендоскопічними даними.

За Рачмилевичем (1989 р.), бална система оцінки тяжкості та активності НВК передбачає визначення індексу клінічної активності (СА) і ендоскопічного індексу (ЕІ) [13]. Кількісне визначення клінічної активності захворювання з урахуванням клінічних і ендоскопічних ознак є найбільш точним в оцінці стану хворого, однак в цій системі надається увага як об'єктивним (ендоскопічна картина, показники аналізу крові, температура тіла, частота випорожнень та ін.), так і суб'єктивним параметрам (загальне самопочуття хворого, біль в животі).

При аналізі літератури нам зустрілась низка класифікацій ендоскопічної активності НВК: Baron J.H. [5,10,12], Rachmilewitz D. [13], Truelove S. и Witts L. [7,8], Modigliani R. [11], Mayo Score Assignment [15]. Основні критерії, які дозволяють оцінити ступінь активності запалення СО, та використані у цих класифікаціях, це: вираженість судинного рисунка, наявність гіперемії, набряку, зернистості СО, контактної або спонтанної кровоточивості, ерозій, виразок, гнійного нальоту. Сукупність цих ознак та їх інтенсивність визначають ступінь активності запалення СО товстої кишки.

Найбільшою популярністю користуються класифікації Baron J.H., Rachmilewitz D., Mayo Score Assignment і Modigliani R. (таблиця 1-4).

Російські вчені в своїй роботі користувались визначенням ендоскопічної активності, який наведено в таблиці 5 [2].

Масевичем І.Г. та співавторами, у 2004 році запропоновано метод комплексної інтегральної оцінки клініко-ендоскопічної активності НВК, який включає не тільки обчислення балів, що відбивають вираженість клініко-лабораторних, ендоскопічних та гістологічних параметрів, а й їх суми з урахуванням коефіцієнтів значущості окремих ознак [3]. Кожен симптом оцінюється у відповідності з його вираженістю (в балах), а потім помножується на відповідний коефіцієнт значущості (від 0 до 9), величина якого визначається такими критеріями як чутливість (частота даного симптому при НВК), специфічність (обов'язкова наявність даного симптому при НВК) та зв'язок симптому з тяжкістю загострення.

В деяких випадках може бути розбіжність між ендоскопічною і клінічною вираженістю виразкового коліту. На думку фахівців, виражені клінічні прояви НВК при наяв-

Таблиця 5. Індекс ендоскопічної активності за Белоусовою О.А. (2002)

| Ознака | Ступінь вираженості ознаки | | |
|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------------|
| | мінімальний (I ст.) | помірний (II ст.) | високий (III ст.) |
| Гіперемія | дифузна | дифузна | дифузна |
| Зернистість | € | € | € |
| Набряк | € | € | € |
| Судинний рисунок | розмитий | відсутній | відсутній |
| Кровоточивість | контактна, петехціальні геморагії | контактна, помірно виражена | спонтанна, виражена |
| Ерозії | поодинокі | множинні | - |
| Виразки | відсутні | поодинокі | множинні |
| Фібрин | немає | € | - |
| Гній (в просвіті) | немає | немає або незначно | багато |

ності помірних і слабких ендоскопічних змін СО товстої кишки можуть бути обумовлені значною протяжністю процесу, в той час, як виражена ендоскопічна активність виразкового коліту з помірними клінічними проявами означає залучення тільки дистального відділу кишечника, тобто малу протяжність [16].

Слід зазначити, що інколи визначення активності НВК не є легким завданням. За нашим досвідом, це може бути обумовлено поліморфізмом ендоскопічних проявів виразкового коліту, а також тими випадками, коли ендоскопічна картина не дозволяє провести чітку межу між НВК та хворобою Крона, тобто при недиференційованому коліті.

Таким чином, використання єдиного підходу до оцінки ендоскопічної картини СО товстої кишки, наявність узгодженої класифікації є дуже важливим в повсякденній лікувальній практиці. Чіткі алгоритми діагностики передбачають правильну постановку діагнозу та вибір адекватної лікувальної тактики.

Література

- Аллер Г. (2001) Болезнь Крона и язвенный колит. (Москва). "ГЭОТАР-Мед". 500 с.
- Белоусова Е.А. (2002) Язвенный колит и болезнь Крона. (Тверь). "Трилада". 128 с.
- Голофеевский В.Ю., Герасимов А.В., Ситкин С.И. (2004) Индекс Масевича: новый подход к оценке клинико-эндоскопической активности язвенного колита. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 1: 14-15
- Халиф И.Л., Лоранская И.Д. (2004) Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона). Клиника, диагностика и лечение. (Москва). "Миклош". 88 с.
- Baron J.H., Connel A.M., Kanaghis T.G. (1962) Out-patient treatment of ulcerative colitis. Comparison between three doses of oral prednisone. BMJ. 2: 441-443
- Chutkan R.K., Waye J.D. (2000) Endoscopy in inflammatory bowel disease. In book: Inflammatory bowel disease. Kirsner J.D. (eds). (Philadelphia), W.B.Saunders Company, pp 453-479
- Inflammatory Bowel Disease (1992) Jarnerot G., Lennard-Jones J., Truelove S. (Eds.). (Malmö, Sweden). Corona Astra. 593 p.
- Goebell H. (1994) Measures of disease activity, prognosis and quality of life. In congress book: Chronic inflammatory bowel diseases: new development and standards. (Freiburg, Germany). Falk Foundation. 48 p.
- Kornbluth A., Sachar D.V. (1997) Ulcerative colitis practice guidelines in adults (update): American college of gastroenterology, practice parameters committee. Amer. J. Gastroenterol. 92: 204-211
- Kuntz H.-D., May B. (1998) Inflammatory bowel diseases. Endoscopic Diagnostics. (Freiburg, Germany). Falk Foundation. 38 p.
- Modigliani R., Bitoun A. (1991) Endoscopic assessment of inflammatory bowel disease. In book: Inflammatory bowel diseases. Agnostotides A.A., Hodgson H.J.F., Kirsner J.B. (Eds). (London). Chapman and Hall. pp 108-121
- Pascu O. (2000) Criteria for assessment of disease activity in inflammatory bowel disease. In book: Chronic inflammatory bowel diseases: Progress and controversies. Holoman J., Glas J. (eds). (Bratislava). Liver and Drug Fdn. pp 59-67
- Rachmilewitz D. (1996) Prostaglandins, leukotrienes, platelet activating factor and nitric oxide. In book: Inflammatory bowel disease — from Bench to Bedside. International Symposium on IBD. pp 133-138
- Roth M., Bernhardt V. (2001) Inflammatory Bowel Diseases. (Freiburg, Germany). Dr. Falk Pharma GmbH. 77 p.
- Schroeder K.W., Tremaine W.J., Istrup D.M. (1987) Coated oral 5-aminosalicylic acid therapy for mildly to moderately active ulcerative colitis. A randomized study. N. Engl. J. Med. 317: 1625-1629
- Seo M., Okada M., Maeda K. (1999) Correlation between endoscopic severity and clinical activity index in ulcerative colitis. GRLR. 1: 96
- Tromm A., May B. (2004) Inflammatory bowel diseases. Endoscopic diagnostics (revised edition 2004). (Freiburg, Germany). Falk Foundation. 36 p.

СПОСІБ ВИДАЛЕННЯ ІЗ ШЛУНКА ЕНДОСКОПА, ЩО ВКЛИНИВСЯ ДИСТАЛЬНИМ КІНЦЕМ У СТРАВОХІД

Тофан А.В., Баранніков К.В.

Кафедра онкології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ, Україна

The Method of Evacuation out of the Stomach of Endoscope that Impacted in Esophagus by the Heel

A.V. Tofan, K.V. Barannikov

Chair of Oncology, National Medical Academy of Postgraduate Education named by P.L. Shupik, Kiev, Ukraine

Summary

We present method that helps to treat impaction of the heel of endoscope in esophagus as complication without surgical aggression. In this article we provide materials that eliminate complications during endoscopic investigation of the stomach.

Key words: gastric polyp, polypectomy, impaction of the heel of endoscope.

Вступ

Вклинення дистального кінця ендоскопа у стравохід відноситься до рідких ускладнень при виконанні ЕГДС. Ризик такого ускладнення підвищується при безконтрольному проведенні інверсійної ендоскопії, особливо у випадках вираженого каскадного шлунку.

В літературі описані поодинокі випадки такого ускладнення і автори публікацій пропонують єдиний надійний спосіб ліквідації такого ускладнення — хірургічне втручання [1,2]. За цієї методики хворого доставляють в операційну, де під загальною анестезією виконують лапаротомію, гастротомію і на відкритому шлунку проводять розправлення утвореної петлі і видаляють із стравоходу дистальну частину ендоскопа. Ліквідувавши в такий спосіб вклинення, апарат звичайним шляхом через стравохід і ротову порожнину видаляють назовні. Позитивним у даному способі є те, що видаляється ендоскоп назовні та ліквідується ускладнення, яке виникло під час ендоскопічного дослідження шлунку.

Недоліки способу: хворому практично без попереднього дослідження органів і систем і відповідної передопераційної підготовки виконується ургентна операція. Окрім того, у частини хворих, яким виконується ендоскопічне дослідження шлунку, можливі різного роду супутні захворювання, в першу чергу, з боку серцево-судинної системи, органів дихання та інші, що підвищує ризик хірургічного втручання і ховає в собі загрозу наступних ускладнень.

Матеріали та методи

Нами запропоновано спосіб, який спрощує методику лікування виниклого ускладнення без хірургічного втручання. Запропонований спосіб може бути виконаний лише в тому випадку, коли ендоскопічне дослідження проводилося ендоскопом з торцевою оптикою.

Спосіб виконується наступним чином: під загальною анестезією у стравохід вводиться другий ендоскоп також з торцевою оптикою (якщо є, то краще дитячий). Потім під візуальним контролем стикують у стравохід торці обох ендоскопів. Після цього біопсійні щипці виводять із ендоскопа "виштовхувача" і вводять в отвір біопсійного каналу ендоскопа, що вклинився.

Біопсійні щипці треба просунути в біопсійний канал ендоскопа, що вклинився, не менше ніж на 10см, оскільки при недостатньо глибокому введенні їх при подальших маніпуляціях пристрій може роз'єднатися. Переконавшись у достатній надійності з'єднання, приступаємо до виконання ліквідації ускладнення, що виникло. Для цього лікар-ендоскопіст, який виконує цю маніпуляцію, натискає на ендоскоп "виштовхувач" і одночасно асистент виводить ендоскоп, що вклинився в стравохід. Коли в полі зору з'являються ендоскопічні ознаки, які характерні для порожнини шлунка, це означає, що ускладнення ліквідовано. Після роз'єднання ендоскопів в порожнині шлунка шляхом виділення біопсійних щипців з біопсійних каналів обох ендоскопів їх виводять почергово назовні.

Результати дослідження та їх обговорення

Ідея розробки не хірургічного способу ліквідації заклинання дистальної частини ендоскопа в стравохід, виникла одразу після появи публікацій про такі ускладнення і спосіб їх усунення. Можливість виконання теоретично задуманого способу стала в нагоді, коли під час виконання езофагогастродуоденоскопії одним із лікарів ендоскопічного відділення виникло таке ускладнення.

Прикладом конкретного виконання способу може бути наступний: хвора К., 55 років, (амбулаторна карта №15706/03), була направлена в ендоскопічне відділення Національного інституту раку з приводу підозри на рак шлунку. Пацієнтка емоційно мобільна, з вираженим блювотним рефлексом. Ендоскопію переносила дуже важко, можливо в цей час на фоні блювотного руху відбулося утворення в порожнині шлунка петлі і вклинення дистального кінця ендоскопа у стравохід.

В полі зору — стравохід з фіброендоскопом. Спроба видалити апарат звичайним способом призвела до ще помітнішого вклинення, рух апарату у зворотному напрямку привів до збільшення петлі і подальшого вклинення торцевої частини фібро ендоскопу в стравохід. Враховуючи повну відсутність позитивного ефекту при спробах видалити фіброендоскоп, було вирішено під наркозом тут же в ендоскопічному кабінеті ввести паралельно другий ендоскоп. Торцева частина другого ендоскопа підведена впритул до торцевої частини апарату, що заклинений. Спроба його проштовхнути вперед невдала, оскільки торцеві частини розходяться в сторони. Для уникнення розходження ендоскопів через біопсійний канал ендоскопа "виштовхувача" заведено біопсійні шпінці, які потім проведені в біопсійний канал ендоскопа, що вклинився на глибину не менше 10 см. Утворилося ригідне з'єднання між двома апаратами, що дало змогу виштовхнути ендоскоп в порожнину шлунку і ліквідувати вклинення. Видалені біопсійні шпінці з біопсійних каналів обох апаратів, видалені по черзі спочатку один, а потім другий фіброендоскопи.

ОСОБЛИВОСТІ КОЛОНОСКОПІЧНОЇ ПОЛІПЕКТОМІЇ

Шевелюк С.Б., Орлов О.Л., Криворук О.М.

Київська міська клінічна лікарня №18, Україна

Some Aspects of Coloscopic Polypectomies

S.B. Sheveluk, O.L. Orlov, O.M. Krivoruk

Kiev City Clinical Hospital #18, Ukraine

Summary

Coloscopic polypectomies were executed in 1529 patients, 1925 polyps of colon were removed. For an analysis two groups of patients were selected 682 (2002-2004) and 847 (2005-2008) persons accordingly. In the first group polypectomy was executed with application of the generally accepted approaches and methods of hemostasis. In the second group with the purpose to decrease rate of complications we used combined methods of hemostasis and complex approach for prognosis of risk of postoperative bleeding. In the first group such complication as bleeding was 0.44%, while in the second group it was not. Conclusion: clear observance of principles of endoscopic polypectomy, in combination with prognosis of risk of bleeding and application combined hemostasis allows substantially improving the results of endoscopic treatment of polyps in colon.

Keywords: polyps of colon, endoscopic polypectomy, bleeding.

Вступ

Загальновідомо, що найбільш клінічно значимими з доброякісних новоутворень товстої кишки, є саме аденоматозні поліпи, роль яких розвитку колоректального раку безсумнівна. Це пояснюється тим, що саме аденоми є справжніми новоутвореннями, представленими локалізованою проліферацією залозистого епітелію та виключно цей тип новоутворень має здатність до малигізації [5,11].

За даними Федорова В.Д. із співав., поліпи складають 90-92% від усіх доброякісних пухлин товстої кишки [3]. Статистично поліпи товстої кишки виявляють у 3,5% практично здорових людей, а у хворих проктологічного профілю до 10%, з іншого боку при аналізі результатів розтинів стає відомо, що під час життя ці пухлини не було діагностовано у 30% померлих за різних обставин [2].

Найбільш часто аденоми товстої кишки локалізуються у сигмоподібній та прямій кишці, відповідно 35% та 28%, у той час як у низхідній у15%, поперечній — 10%, висхідній — 9%, сліпій — 3% випадків [1].

За цитологічною будовою серед видалених поліпів товстої кишки або поліпів, що підлягали біопсії, 87% складають аденоми різної гістологічної структури, 13% — гіперпластичні та інші поліпи. Аденоматозні поліпи, як відомо розділяються гістологічно на три підтипи: тубулярні аденоми зустрічаються у 75-87% випадків, тубулярно-вільозні аденоми — 8-15% та вільозні аденоми — 5-10% [10,12,13].

На теперішній час єдиним ефективним методом лікування поліпів товстої кишки є ендоскопічна поліпектомія. Незважаючи на постійну модернізацію методик виконання цього оперативного втручання частота виникнення таких ускладнень, як кровотеча та перфорація стінки кишки утримується на досить високому рівні. Аналізуючи дані літератури можна відмітити, що частота кровотеч коливається у межах від 1,5-2,8% [6,8] до 10,2% [7]. Частота перфорації стінки кишки після поліпектомії коливається у межах 0,58-1,2% [9,14].

Мета роботи — знизити ризик виникнення кровотечі після ендоскопічного видалення поліпів товстої кишки шляхом розробки алгоритму ведення хворих з поліпами товстої кишки та впровадження у клінічну практику нових методів комбінованого гемостазу.

Матеріали та методи

В ендоскопічному відділенні Київської міської клінічної лікарні №18, на базі якої функціонує Колопроктологічний центр України, за період 2002-2008рр. включно, було виконано 14826 діагностичних колоноскопій. Ендоскопічну поліпектомію було виконано 1529 хворим, з них у 284 (18,6%) хворим видалено 2 і більше поліпів. Загалом видалено 1925 аденом товстої кишки. За морфологічною структурою видалені новоутворення представлені таким чином: тубулярна аденома — 1382 (71,8%), тубулярно-вільозна — 438 (22,8%), вільозна аденома — 105 (5,4%).

Діагностичні колоноскопії та ендоскопічні поліпектомії виконувалися колоноскопомі CF-40I, CF-Q160AL Olympus та EC-3470 Pentax. Всі поліпи видалалися лише шляхом електрокоагуляції з використання поліпектомічних петель Olympus, Boston Scientific та електрохірургічного блоку UES-10 Olympus. З метою профілактики кровотечі використовувалися пристрій для ендоскопічного накладання кліпс HX-6UR-1 та пристрій для лігування HX-20U-1. Слід зауважити, що ми не рекомендуємо використовувати режим "різання" під час виконання ендоскопічної поліпектомії, що пояснюється високим ризиком виникнення кровотечі безпосередньо під час операції внаслідок скорочення часу коагуляції, а також ризиком перфорації стінки кишки. Протягом останніх 30-ти років у нашому відділенні електрокоагуляція поліпів виконується лише у режимі "коагуляція" з потужністю струму у межах 25-40 W.

Підготовка хворих до ендоскопічної поліпектомії проводилась як і до діагностичної колоноскопії.

Результати та їх обговорення

Для аналізу було виділено два періоди: з 2002 р. по 2004 р., та з 2005 р. по 2008 р. включно. Протягом першого періоду було виконано ендоскопічну поліпектомію 682 хворим, при цьому було видалено 775 поліпів. Всі поліпи були видалені шляхом електрокоагуляції,

Після виведення хворої від наркозу їй проведено оглядове рентгеноскопічне дослідження грудної та черевної порожнини, ознак порушення цілісності стравоходу та шлунку не виявлено. Наступного дня хвору у задовільному стані відпустили до дому.

На спосіб отримано патент з № 7723 від 15.07.2005 р. Бюл. № 7.

Висновки

Даний спосіб дозволяє видалити ендоскоп, що вклинився назовні та ліквідувати ускладнення, яке виникло під час ендоскопічного дослідження шлунку без хірургічного втручання. Запропонований спосіб видалення із шлунка ендоскопа, що вклинився дистальним кінцем у стравохід під час проведення ендоскопічного дослідження може бути використаний в клінічній практиці.

Література

- Чернеховская Н.Е., Андреев В.Г., Черепянцев Д.П., Поваляев А.В. (2006) Эндоскопическая диагностика заболеваний пищевода, желудка и тонкой кишки: Учебное пособие (Москва). "МЕДпресс-информ". 192 с.
- Самелов Б.Х. (2006) Эндоскопическая диагностика и лечение заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. Методические рекомендации. (С-Петербург). 178 с.

гемостаз під час операції досягався електрокоагуляцією тканин основи пухлини. Ускладнення у вигляді клінічно значимої кровотечі спостерігалися у 3 (0,44%) хворих, що можна пояснити недостатнім ступенем коагуляційного гемостазу судин основи пухлини (2 випадки після поліпектомії аденоми на ніжці до 1,5 см та 2,5 см в діаметрі у 1/3 сигмоподібної кишки, 1 випадок після видалення LST-аденоми прямої кишки). Всі ускладнення виникли протягом перших 24 годин після оперативного втручання та пояснюються нестабільністю коагуляційного гемостазу. Кровотечу у всіх випадках було зупинено шляхом повторної електрокоагуляції.

На основі аналізу власних та літературних даних нами були розроблені основні принципи ендоскопічної поліпектомії, способи профілактики та виділені фактори, які підвищують ризик виникнення кровотечі після втручання.

Ми виділяємо такі основні принципи колоноскопічної поліпектомії:

- поліпектомія має проводитися в умовах стаціонару хірургічного профілю після повного клінічного обстеження;
- поліпектомія може виконуватися тільки після виконання тотальної діагностичної колоноскопії;
- поліпектомію не слід виконувати при незадовільній підготовці товстої кишки, потрібно провести повторну підготовку для виконання втручання;
- ендоскопічну поліпектомію може виконувати лікар, який має досвід не менше 500 діагностичних колоноскопій;
- після ендоскопічної поліпектомії хворий потребує постільного режиму та спостереження в умовах стаціонару протягом 24 годин, за умови видалення поліпів більших за 2,5 см, а також великих LST-аденом, площа яких більше 6 см² термін стаціонарного спостереження має становити 48-72 години. Всі хворі у подальшому потребують дієти та обмеження фізичного навантаження протягом 3 тижнів.

З метою прогнозування кровотечі після ендоскопічної поліпектомії нами виділено ряд факторів супутніх патологічних станів, які підвищують ризик виникнення ускладнень, та обумовлені абсолютною або відносною недостатністю рівня коагуляційного гемостазу.

Фактори ризику обумовлені особливостями кровопостачання поліпів та інтенсивністю механічного впливу на струт моторики кишкової стінки та кишкового вмісту: розмір пухлини більше 1,2 см; поліпи на ніжці; розташування поліпів у сигмоподібній та прямій кишці.

Супутня патологія та медикаментозне лікування, які пов'язані з порушеннями системи згортання та реології крові, дистрофічними змінами судинної стінки та підвищенням артеріального тиску: вік хворого 65 років та старше; захворювання печінки з розвитком печінкової недостатності; захворювання нирок; захворювання крові; коагулопатії; гіпертонічна хвороба; цукровий діабет; прийом антикоагулянтів та кортикостероїдів; психо-неврологічні порушення, які можуть викликати неадекватну поведінку у післяопераційному періоді.

За наявності хоч одного з вище перерахованих станів ми рекомендуємо виконувати комбінований (електрокоагуляція з механічним гемостазом) гемостаз під час поліпектомії. Для пухлин з вираженою ніжкою, на нашу думку, найбільш доцільним є лігування ніжки пухлини, якомога проксимальніше, та подальша електрокоагуляція. За інших умов ми рекомендуємо виконати електрокоагуляцію пухлини з подальшим кліпуванням коагульованих судин, навіть за відсутності ознак кровотечі. Методика захищена патентом [4]. Накладання кліпс перед електрокоагуляцією ми вважаємо недоцільним, беручи до уваги труднощі у подальшому накладанні петлі та великий ризик перфорації кишкової стінки при контакті кліпси з петлею.

З 2005 року нами використовується алгоритм прогнозування ризику виникнення кровотечі та впроваджені в клінічну практику способи профілактики кровотечі після ендоскопічної поліпектомії. За період 2005-2008 рр. включно у нашому відділенні було виконано поліпектомію з товстої кишки 847 хворим, при цьому було видалено 1150 поліпів, з яких 95 (8,3%) мали розміри 3,5 і більше. Ускладнень у вигляді кровотечі або перфорації за вищевказаний період не було.

Динамічне спостереження за хворим після оперативного втручання проводиться протягом 5 років. Для поліпів, у яких ретроспективно було виявлено малигізацію без інвазії, діагностичні колоноскопії виконуються через 45 дб, 3 та 6 місяців, у подальшому 1 раз на рік. За інших умов періодичність оглядів: через 6 місяців, у подальшому 1 раз на рік. За наявності інвазії аденокарциноми у стінку кишки за даними морфологічного дослідження хворий потребує оперативного втручання за онкологічними принципами. Ми не рекомендуємо проводити контрольні огляди після поліпектомії у зв'язку з великим ризиком механічного пошкодження струпу, під час виконання колоноскопії, та виникнення кровотечі.

Висновки

Отримані результати свідчать, що чітке дотримання принципів ендоскопічної поліпектомії, у поєднанні з прогнозуванням ризику кровотечі та застосування комбінованого гемостазу дозволяє суттєво покращити результати ендоскопічного лікування поліпів товстої кишки.

Література

1. Арун Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А. (1998) Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. (Москва). "Трида-Х". с. 412-450
2. Просолоенко К.А., Жукова В.Б. (2006) Адекватная курация пациентов с толстокишечными полипами - эффективная профилактика колоректального рака. Здоров'я України. 21; 1: 10-12
3. Федоров В.Д., Дульнев Ю.В. (1984) Проктология. (Москва). "Медицина". 251 с.
4. Шевелюк С.Б., Пойда О.Л., Орлов О.Л. (2008) Спосіб профілактики кровотечі після ендоскопічної поліпектомії у післяопераційному періоді. Пат. 33270 МПК А61В 17/03. u200802562. Бюл.№11.
5. Bond J.H. (1999) Colon polyps and cancer. Endoscopy. 31; 1: 60-65
6. Consolo P., Luigiano C., Strangio G. et al. (2008) Efficacy, risk factors and complications of endoscopic polypectomy: ten year experience at a single center. World J. Gastroenterol. 14; 15: 2364-2369
7. Dobrowolski S., Dobosz M., Babicki A. et al. (2006) Blood supply of colorectal polyps correlates with risk of bleeding after colonoscopic polypectomy. Gastrointest. Endosc. 63; 7: 1004-1009
8. Kim H.S., Kim T.I., Kim W.H. et al. (2006) Risk factors for immediate postpolypectomy bleeding of the colon: a multicenter study. Am. J. Gastroenterol. 101; 6: 1333-1341
9. Magdeburg R., Collet P., Post S., Kaehler G. (2008) Endoclippping of iatrogenic colonic perforation to avoid surgery Surg. Endosc. 22; 6: 1500-1504
10. Muto T., Bussey H.J.R., Morson B.C. (1975) The evolution of cancer of the colon and rectum. Cancer. 36; 6: 2251-2270
11. Nagasako K., Sasaki H. (1982) Differential diagnosis of colorectal diseases. (Tokyo-New York). Igaku-Shoin (eds). p. 212
12. O'Brien M.J., Winawer S.J., Zauber A.G. et al. (1990) The national polyp study: patient and polyp characteristics associated with high-grade dysplasia in colorectal adenomas. Gastroenterology. 98; 2: 371-379
13. Shinya H., Wolff W.I. (1979) Morphology, anatomic distribution and cancer potential of colonic polyps: An analysis of 7,000 polyps endoscopically removed. Ann. Surg. 190; 6: 679-683
14. Taku K., Sano Y., Fu K.I. et al. (2007) Iatrogenic perforation associated with therapeutic colonoscopy: a multicenter study in Japan. J. Gastroenterol. Hepatol. 22; 9: 1409-1414

РАННИЕ И ПОЗДНИЕ СЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Леоненко С.Н.

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины, Киев

Early and Late Complications after Endoscopic Sphincterotomies

M.E. Nychitailo, P.V. Ogorodnic, A.G. Deimichenko, S.N. Leonenko

National Institute of Surgery and Transplantation named by A.A. Shalimov, Kiev, Ukraine

Summary

Results of 3215 endoscopic sphincterotomies with subsequent endoscopic operations performed over an 8 year period have been studied. Early complications occurred in 164 patients (5.1%) of which haemorrhage accounted for nearly half. In 92 patients late complications were recorded (morbidity of 2.9%). There was no mortality. Key words: major duodenal papilla, common bile duct, endoscopic papillosphincterotomy.

Введение

Прогресс, достигнутый в билиарной хирургии за последние десятилетия, стал возможным благодаря широкому внедрению в хирургическую практику эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТВ). Высокая диагностическая и терапевтическая эффективность этих методов привели к тому, что они заняли ведущее место в лечебно-диагностическом комплексе при патологии панкреатобилиарной зоны. Однако при всех своих преимуществах, ЭТВ являются инвазивными манипуляциями, и частота возникновения осложнений после их применения колеблется от 5% до 16% [1-3, 6-9]. Среди осложнений ЭТВ наиболее часто встречаются панкреатит, кровотечение из краев папиллотомной раны, обструктивный холангит, абсцессы печени, ретродуоденальная перфорация.

Материалы и методы

Нами изучены результаты 3215 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ) с последующими эндобилиарными вмешательствами, выполненных в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза за период с 2000 по 2008 гг. Эндоскопические вмешательства выполнялись с помощью эндоскопов и инструментария Olympus под контролем телевизионного рентген-оптического преобразователя. При наличии показаний ЭПСТ дополняли внутривидеоточными манипуляциями.

Типичная канюляционная ЭПСТ произведена 2468 (76,8%) больным. Основным условием выполнения типичной ЭПСТ является достижение селективной канюляции общего желчного протока (рис. 1).

В случаях сложной или длительной безуспешной канюляции общего желчного протока у 747 (23,2%) пациентов папиллотомию выполняли атипично, без достижения избирательной канюляции протоковых систем.

Торцевую папиллотомию производили у 458 (61,3%) больных, используя игольчатый папиллотом, при этом поверхностными разрезами вскрывали крышу ампулы большого соска двенадцатиперстной кишки (БСДК) и выполняли препарирование устья общего желчного протока (ОЖП), затем выполняли ЭРПХГ и необходимые транспапиллярные вмешательства. При трудностях канюляции устья ОЖП у 104 (13,9%) пациентов выполняли торцевую дозированной папиллотомию, которая предусматривает попытки

канюляции желчного протока через 2-3 суток после отторжения коагулированных тканевой ампулы сосочка.

Эндоскопическую фистулотомию выполняли в 81 (10,8%) случаях, при холедохолитиазе с наличием мелких конкрементов в желчном протоке, при этом выполняли пункцию БСДК в его средней или верхней трети с дальнейшим продолжением разреза "под складку" до обнажения устья холедоха (рис. 2).

Передрасечение производили у 32 (4,3%) больных, используя струнный папиллотомом с ультратонким носиком введя его на 3-5 мм в ампулу сосочка, затем канюлировали ОЖП и выполняли типичную ЭПСТ. Транспанкреатическую септотомию производили при длинной ампуле БСДК у 16 (7,8%) пациентов с легким селективным канюлированием главного панкреатического протока (ГПП). При раке БСДК у 56 (7,5%) больных выполняли СПХДС с последующей биопсией тканевой сосочка.

Выполнение АЭПТ как правило обуславливали: выраженный висцероптоз, околососочковые дивертикулы, стенозирующий папиллит, вклиненные в ампулу большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) конкременты, опухоли БСДК, головки поджелудочной железы и дистального отдела общего желчного протока.

Адекватность папиллотомии оценивали по внутреннему диаметру сформированного папиллотомного отверстия. При рассечении только ампулы БСДК папиллотомию рассечивали как частичную — 411 (12,8%) больных, при образовании щелеобразного отверстия — как субтотальную — 2218 (69%) пациентов, и в 586 (18,2%) случаях выполняли тотальную ЭПСТ, до зияния овального устья ОЖП. У 162 пациентов с холедохолитиазом, с целью сохранения сфинктерного аппарата БСДК, выполняли частичную папиллотомию с дозированной баллонной дилатацией папиллотомного отверстия (рис. 3).

Результаты и их обсуждение

Осложнения ЭТВ разделяем на интраоперационные, которые возникают непосредственно в момент выполнения эндоскопической операции, ранние — на протяжении нескольких суток после ЭТВ, и поздние, манифестирующие в разные сроки (>7 суток) после вмешательства. Ранние осложнения ЭПСТ и транспапиллярных вмешательств развились у 164 (5,1%) больных (табл. 4).

По степени тяжести осложнения ЭПСТ классифицируем на легкие, диктующие необходимость стационарного лечения не более 3 суток, средней степени тяжести — от 4 до 9 суток, и тяжелые — требующие хирургической коррекции или госпитализации на срок 10 и более суток [4]. Легкие осложнения отмечены у 112 пациентов, средней степени тяжести — у 42 больных, и тяжелые — в 10 случаях.

Кровотечение из папиллотомной раны наблюдали у 106 (3,3%) пациентов, у 84 из них — во время проведения эндоскопической операции, а у 22 — на 1-2 сутки после выполнения ЭТВ, и наблюдалось, как правило, у больных с высокой механической желтухой (общий

Таблица 1. Причины обструкции желчных протоков

| Причины обструкции желчных протоков | Количество больных |
|-------------------------------------|--------------------|
| Холедохолитиаз | 2819 (87,7%) |
| Стенозирующий папиллит | 174 (5,4%) |
| Рубцовые стриктуры желчных протоков | 38 (1,2%) |
| Периапулярный рак | 125 (3,9%) |
| Рак желчного пузыря | 27 (0,8%) |
| Рак ворот печени | 32 (1%) |
| Всего | 3215 (100%) |

Таблица 2. Методики выполнения атипичной эндоскопической папиллосфинктеротомии (АЭПТ)

| Методика АЭПТ | Количество больных |
|--|--------------------|
| Торцевая АЭПТ | 458 (61,3%) |
| Торцевая дозированная АЭПТ | 104 (13,9%) |
| Фистулотомия | 81 (10,8%) |
| Передрасечение (prescut) | 32 (4,3%) |
| Транспанкреатическая септотомия | 16 (7,8%) |
| Супрапапиллярная холедоходуоденостомия (СПХДС) | 56 (7,5%) |
| Всего | 747 (100%) |

Таблица 3. Характер выполненных ЭТВ

| Характер вмешательства | Количество больных | % |
|---|--------------------|------|
| Литотриракция | 2286 | 71,1 |
| Механическая литотриракция с литотриракцией | 533 | 16,6 |
| Резиция и санация желчных протоков с биопсией БСДК | 174 | 5,4 |
| Трансдуоденальное эндобилиарное стентирование | 84 | 2,6 |
| Баллонная дилатация доброкачественных стриктур с эндобилиарным стентированием | 38 | 1,2 |
| Назобилиарное дренирование | 44 | 1,4 |
| СПХДС | 56 | 1,7 |
| Всего | 3215 | 100 |

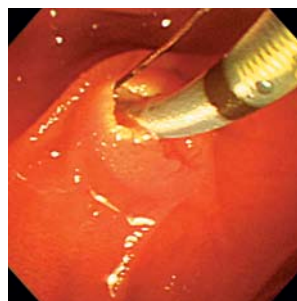


Рис. 1. Типичная канюляционная папиллосфинктеротомия.



Рис. 2. Эндоскопическая фистулотомия.

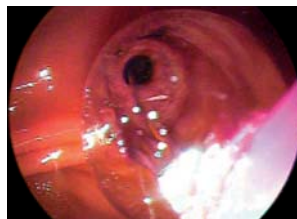


Рис. 3. Баллонная дилатация БСДК после частичной папиллотомии.

Таблиця 4. *Інтраопераційні та ранні ускладнення транспапиллярних втрущань*

| Осложнения | Кількість больних | % |
|---|-------------------|------|
| Кровотечение | 106 | 3,3 |
| Острый панкреатит | 42 | 1,7 |
| Вклинение конкремента с корзиной Dormia | 4 | 0,12 |
| Ретродуоденальная перфорация | 1 | 0,03 |
| Всего | 164 | 5,1 |

Таблиця 5. *Поздні ускладнення після ЕПТВ*

| Осложнения | Кількість больних | % |
|---------------------------------------|-------------------|-----|
| Рецидивный холедохолитиаз | 58 | 1,8 |
| Рестеноз папилломатного отверстия | 18 | 0,6 |
| Хронический регургитационный холангит | 16 | 0,5 |
| Всего | 92 | 2,9 |

билирубин > 250 мкмоль/л) и явлениями коагулопатии. Интраоперационные кровотечения во всех случаях успешно останавливали эндоскопически: методом электрокоагуляции у 40 пациентов, и безконтактной коагуляции при помощи аппарата аргоно-плазменной коагуляции "ЭКОНТ 0701" — у 44 больных. При ранних кровотечениях, которые возникали в первые дни после операции, с успехом применяли эндоскопический гемостаз у всех 22 больных, у 18 из них — методом аргоноплазменной коагуляции, и у 6 — область папилломатного разреза обкалывали раствором адреналина 1:10000. Клинически значимым считается кровотечение с падением уровня гемоглобина, по крайней мере на 2 мг/дл, или приводящее к необходимости гемотрансфузии [7], отмечено у 12 больных.

В современной литературе дается следующее определение постретроградного панкреатита: наличие абдоминальных болей и повышение уровня амилазы сыворотки в три или более раза выше нормы в течение 24 часов после выполнения манипуляции [5]. Острый панкреатит развился у 42 (1,7%) пациентов, в большинстве случаев после многократных канюляций главного панкреатического протока с микротравмами его слизистой оболочки, либо избыточного введения контрастного вещества в главный панкреатический проток во время выполнения ЭРПХГ с получением паренхимотограммы, у всех больных купирован консервативно. В комплекс консервативных мероприятий включали: инфузионную терапию, сандаостатин по 0,1 мг 3 раза в сутки в течение 3-5 дней, H₂-блокаторы, 5-фторурацил, контрикал, анальгетики.

Вклинение крупного конкремента с корзиной Dormia в дистальном отделе холедоха наблюдали у 4 (0,12%) больных — произведена неотложная традиционная холедохолитотомия. Ретродуоденальная перфорация с развитием забрюшинной флегмоны возникла у 1 (0,03%) пациента. Для ее ликвидации был установлен зонд за связку Трейца с целью энтерального питания, проводилась массивная антибактериальная терапия, пункция и дренирование забрюшинного пространства под контролем УЗИ. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 12 сутки после ЭПТВ. Летальных исходов не было.

К поздним осложнениям ЭПТВ относим рецидивный холедохолитиаз, опухолевой рестеноз папилломатного отверстия и хронический регургитационный холангит, которые развились у 92 (2,9%) пациентов в сроки от 6 месяцев до 5 лет после вмешательства (табл. 5).

Рецидив холедохолитиаза в сроки от 4 до 7 лет возник у 58 (1,8%) больных и наблюдался как правило в группе пациентов которым была выполнена частичная либо тотальная папиллотомия, при дилатации холедоха более 20 мм во время первичного вмешательства, при наличии околососковых дивертикулов. Повторные эндоскопические литотэкстракции оказались эффективными у всех больных, при этом 28 из них папиллотомию дополнили до зияния овального устья холедоха в условиях околососкового дивертикула, а у 30 — выполняли механическую литотрипсию. Для профилактики повторного образования конкрементов в желчных протоках назначали урсофальк в дозировке 10-15 мг/кг массы тела в сутки на протяжении 6 месяцев, в последнее время используем урсол.

Опухолевой рестеноз был отмечен у 18 (0,6%) больных в сроки от 6 до 18 месяцев после выполнения ЭПСТ по поводу стенозирующего папиллита (рис. 4-5).

У 5 пациентов с распространенной формой рака выполнено эндобилиарное стентирование, у 13 радикальная хирургическая операция.

Хронический холангит после ЭПСТ наблюдали у 16 (0,5%) пациентов, протекал в легкой форме, лечили консервативно, применяя цефалоспорины III-IV поколения, санирова желчные протоки растворами антисептиков (диоксидин, хлоргексидин), дополняя по показаниям назобилиарным дренированием.

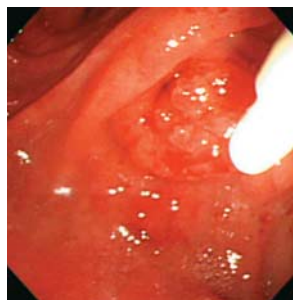


Рис. 4. Опухолевой рестеноз, развившийся через 6 месяцев после выполнения папиллосфинктеротомии.



Рис. 5. Опухолевой рестеноз, состояние после эндобилиарного стентирования пластиком эндопротезом.

Выводы

1. Основными специфическими осложнениями ЭПСТ являются кровотечение из папилломатной раны и острый панкреатит; к отдаленным осложнениям относят рецидивный холедохолитиаз, опухолевые рестенозы и хронический регургитационный холангит.
2. Основными причинами возникновения кровотечений из папилломатной раны являются крупные вклиненные в сосочке конкременты, опухоли БСДК и периапулярной зоны, высокая обтурационная желтуха.
3. Для предотвращения возникновения кровотечений из папилломатной раны рассечение БСДК необходимо выполнять дозированно в смешанном режиме "резание-коагуляция".
4. В случаях вклинения конкремента с корзиной Dormia в дистальном отделе ОЖП, показано urgentное оперативное вмешательство с ревизией гепатопанкреатодуоденальной зоны и наружным дренированием холедоха с целью предотвращения развития острого панкреатита.
5. Причинами возникновения острого панкреатита считаем длительную травматическую канюляцию сосочка, избыточное введение контрастного вещества в протоковую систему поджелудочной железы, вирусотомию, а также предрассечение струнным папиллотомом.
6. Факторами риска возникновения рецидивного холедохолитиаза считаем неадекватную папиллосфинктеротомию, дилатацию гепатохоледоха более 20 мм, наличие околососковых дивертикулов.

Литература

1. Борисов А.Е. (2003) Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. (С-Петербург). "Скифия". 472 с.
2. Ничитайло М.Е., Грубник В.В. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Киев). "Здоров'я". 176 с.
3. Огородник П.В. (1997) Эндоскопическая хирургия желчных путей. Укр. ж. малоинвазивной эндоскоп. хир. Vol. 1; 2: 20-23
4. Aliperti G. (1996) Complications related to diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Gastrointest. Endosc. Clin. 6: 379-407
5. Cohen S.A., Siegel J.H., Kasmin F.E. (1996) Complications of diagnostic and therapeutic ERCP. Abdom. Imaging. 21: 385-394
6. Cotton P.B., Lehman G., Vennes J. et al. (1991) Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. Gastrointest. Endosc. 37 (3): 383-393
7. Freeman M.L., Nelson D.B., Sherman S. et al. (1996) Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. N. Engl. J. Med. 335: 909-918
8. Loperfido S., Angelini G., Benedetti G. et al. (1998) Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: a prospective multicenter study. Gastrointest. Endosc. 48: 1-10
9. Tzovaras G., Shukla P., Kow L. et al. (2000) What are the risks of diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography? N. Z. J. Surg. 70: 11: 778-782

СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ КРОВОТЕЧІ ПРИ ЕЛЕКТРОЕКСЦІЗІЇ ВЕЛИКИХ ПОЛІПІВ ІЗ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Тофан А.В., Шевелюк Н.О. *, Баранніков К.В., Орлов О.Л.*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Україна
Київська міська клінічна лікарня №18*, Україна

The Method of Prophylactics of Hemorrhage during Electroexcising High Polyps out of the Gastrointestinal Tract Organs

A.V. Tofan, N.A. Sheveluk*, K.V. Barannikov, O.L. Orlov*

National Medical Academy of Postgraduate Education named by P. L. Shupik, Kiev, Ukraine
Kiev City Clinical Hospital #18*, Ukraine

Summary

We present method of endoscopic polypectomy out of gastrointestinal organs using an endoscope the main difference of which is that they put through biopsy channel of endoscope and diathermy snare and under visual control put it on the leg of polyp, and after this they provide polypectomy by electro excision.

Key words: gastric polyp, polypectomy, gastric hemorrhage.

Вступ

Актуальність способу зумовлена можливістю виникнення кровотечі під час виконання ендоскопічної електроексцизії великих поліпів із органів шлунково-кишкового тракту. Відомий спосіб профілактики кровотеч при ендоскопічній поліпектомії шляхом накладання лігатури на ніжку або на основу поліпа з допомогою спеціального пристрою — лігатора, який випускається фірмою Olympus (Японія) [1,2].

Матеріали та методи

Відомий спосіб виконується наступним чином: крізь біопсійний канал ендоскопа вводиться спеціальний пристрій — лігатор, і на ніжку поліпа, або на його основу накладається лігатура на декілька годин, після чого виконується електроексцизія поліпа, най-

частіше на наступний день. Позитивним в цьому способі є те, що зменшується загроза виникнення кровотечі при електроексцизії поліпів за рахунок формування тромбу при довготривалому знаходженні фіксованої лігатури на ніжці, або на основі поліпа.

Недоліком цього способу є те, що потрібно додатково мати спеціальний дорожкокоштовний пристрій — лігатор. Окрім того лігатура на ніжці поліпа залишається на довгий час, при цьому відсутній візуальний контроль за станом поліпа, який також в цей термін залишається без кровопостачання.

Зачею запропоновано нами способом є спрощення методу лікування і зменшення загрози можливої кровотечі при виконанні ендоскопічної електроексцизії поліпів шляхом накладання петлі на ніжку, або на основу поліпа, який видаляється.

Спосіб виконується наступним чином: ендоскоп вводиться в орган, в якому діагностовано поліп. Через біопсійний канал ендоскопа проводиться діатермічна петля і під візуальним контролем накладається на ніжку поліпа, або на його основу при відсутності ніжки та затягується на термін від 5 до 10 хвилин до припинення кровопостачання поліпа та формування тромбів в судинах ніжки, або в основі поліпа. Не знімаючи петлі виконується електроексцизія поліпа по відомій методиці.

За даним способом прооперовано 25 хворих. Ускладнень не було. На спосіб отримано патент № 32371 від 12.05.2008 р.

Висновки

Запропонований спосіб не потребує допоміжної апаратури і може бути рекомендований для профілактики можливих кровотеч при виконанні ендоскопічної електрокоагуляції поліпів із органів шлунково-кишкового тракту.

Література

1. Назаров В.Е., Солодатов А.И., Лобач С.М. и др. (2002) Эндоскопия пищеварительного тракта. (Москва). "Триала-фарм" 176 с.

РИЗИК РЕКОЛОНІЗАЦІЇ *H. PYLORI* ТА РЕЦИДИВУ ВИРАЗКОВО-ЕРОЗИВНИХ УРАЖЕНЬ ПІСЛЯ ЕРАДИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Швидкий Я.Б., Тумак І.М., Кімакович В.Й.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Україна

The Prediction of Recolonisation and Relapse of Ulcers / Erosions after Helicobacter Pylori Eradication

Ya.B. Shvydkyy, I.M. Tumak, V.Y. Kimakovitch

Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

Summary

The histology of gastric mucosa specimens were performed before, at 4-6 weeks and 1 year after usual triple therapy in 108 adult patients with HP-associated duodenal ulcer disease. The predictors of long-term absence of HP recolonisation are the absence of stomach corpus HP colonization and higher grade of antral mucosa infiltration by polymorphonuclear cells (PC) 4-6 weeks after HP eradication. The higher grade of atrophy of fundal mucosa before treatment, the presence of residual ulcers/erosions, higher grade of mononuclear infiltration of antral mucosa and lower grade of fundal mucosa infiltration by PC at 4-6 weeks after eradication was significantly associated with the presence of ulcers/erosions in the one year follow-up study.

Key words: *Helicobacter pylori*, duodenal ulcer, gastric erosion, gastritis, treatment.

Вступ

Незважаючи на ефективність ерадикації *H. pylori* (HP) як етіологічного чинника виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК), досі не можна сказати, що проблему лікування пептичних виразок повністю вирішено. Із успішним завершенням ерадикації HP не усуваються клінічні захворювання, в окремих хворих тривалий час утримуються не лише гістологічні ознаки гастриту, а й персистують або рецидивують виразково-ерозивні ураження (ВЕУ) слизової оболонки (СО) [3]. Недостатньо з'ясовано, як ерадикація HP не лише усуває фактори агресії, а й коригує локальні процеси так, щоб після неї у всіх хворих відпадала потреба у терапії блокаторами секреції до повного загоєння дефектів СО. Водночас низка консенсусів пропонує для рутинної практики не лише не призначати монотерапію інгібіторами протонної помпи після ерадикаційної терапії, а й не виконувати контрольні ендоскопії для верифікації загоєння виразок, обмежуючись неінвазивним підтвердженням ерадикації HP [7].

Згадані обставини спонукають до дослідження динаміки дифузних і вогнищевих процесів у СО у ході лікування ВХ ДПК з метою пошуку предикторів перебігу патологічних і самогенних процесів після ерадикації, добору хворих у групу ризику, що потребує планових ендоскопій для вчасного виявлення і лікування реколонізації HP та рецидивів ВЕУ.

Матеріал і методи

Первинно вибірка включала 108 хворих на ВХ ДПК, в яких верифіковано інфекцію HP. Активну виразку на момент включення у дослідження виявлено у 57 хворих. У решті пацієнтів виразка ДПК задокументована в анамнезі, на момент обстеження були рубцево-ерозивні зміни СО ДПК та шлунка (39 хворих). Вік хворих коливався від 16 до 75 років, медіана — 41 рік. Чоловіків було 71, жінок — 47. Усім хворим виконували ендоскопію з біопсією СО антрального і фундального відділу до лікування, через 4-6 тижнів і через рік після ерадикаційної терапії. У препаратів за шкалою Діксона [1,6] визначали ступінь колонізації HP, інфільтрації СО поліморфноядерними лейкоцитами (ПЯЛ), мононуклеарами (МНК) та ступінь атрофії за шкалою від 0 до 3. Усі хворі отримували 7-денні потрійні схеми ерадикаційної терапії. Після неї при резидуальних клінічних проявах хворі отримували монотерапію омепразолом 20 мг 1 раз на добу упродовж 2-3 тижнів, у разі ерозивного езофагіту — омепразол 20 мг 2 рази на добу 4 тижні. Якщо на момент ендоскопічного контролю (4-6 тижнів, не менш ніж 2 тижні після відміни омепразолу) виявляли залишкові виразкові дефекти або ерозії, то призначали омепразол 20 мг 1 раз на добу ще на 2 тижні, при наявності залишкових ерозій стравоходу — 2 рази на добу ще 4 тижні.

Статистичний аналіз виконували з допомогою пакету програм *Statistica for Windows 5.5 (StatSoft, USA)*, використовуючи непараметричні критерії Манн-Вітні, Вількоксона, точний критерій Фішера, тау-критерій рангової кореляції Кендалла. Для виявлення незалежних предикторів рецидиву ВЕУ виконували поєднаний дискримінантний аналіз.

Результати

Через рік після завершення ерадикаційної терапії відсутність обсіменіння HP підтверджено у 41 хворого, тобто частота довготривалого успіху ерадикації становила 38% від усієї групи лікованих хворих і 41,8% від тих, в кого ерадикація початково розцінена як успішна.

На момент візиту через рік у групі без реколонізації HP лише 3 хворі відзначали типовий, однак помірно виражений болізовий синдром, 2 хворі — ізольовану печію. Однак частота ВЕУ, головно у формі ерозій, була досить високою (табл. 1), вона мала лише пограничну залежність ($p=0,06$) від реколонізації, натомість чітко залежала від наявності залишкових дефектів СО через 4-6 тижнів після ерадикаційної терапії — $p<0,05$. Треба зауважити, що і на етапі 4-6 тижнів після лікування резидуальні дефекти СО часто були ерозіями шлунка або шибуними ДПК, які персистували навіть після повного загоєння основного виразкового кратера [2]. Відзначено перистування ерозій і у хворих, в яких дане загострення взагалі перебігло як ерозивний гастрит або ерозивний бульбів.

Таблиця 1. Ендоскопічні дані через 4-6 тижнів і 1 рік після лікування залежно від успіху ерадикації та подальшої реколонізації HP та від повноти загоєння дефектів СО через 4-6 тижнів

| Дані через 1 рік | Дані через 4-6 тижнів | |
|--------------------------|-------------------------------|---------------------|
| | Повне загоєння усіх ВЕУ, n=73 | Залишкові ВЕУ, n=25 |
| Інфекції HP немає (n=41) | ВЕУ немає (n=28) | 23 |
| | ВЕУ наявні (n=13) | 6 |
| | у т.ч. виразки ДПК | 0 |
| Інфекція HP є (n=67) | ВЕУ немає (n=33) | 24 |
| | ВЕУ наявні (n=34) | 20 |
| | у т.ч. виразки ДПК | 3 |

2. Practical gastrointestinal endoscopy: the fundamentals. (2003) Cotton P.B., Williams C.B. (5th ed). Blackwell Publishing. 212 p.
3. Белов С.В., Савостьянов С.Ю. (2006) Математическая модель полициклизма в эндоскопической электрокоагуляции. Медицинская техника. 3
4. Chik-fai L., Pak-kwan H., Kong-ling M. et al. (1999) Gastric polypoid lesions-illustrative cases and literature review. Open education materials' of the department of medicine Kwong Wah Hospital. (Hong Kong Japan).

У попередньому нашому дослідженні усереднені групи без реколонізації HP виявлено, що на подальше утворення ВЕУ не впливають вік хворих, наявність дуоденогастрального рефлюксу та гастроєзофагальної рефлюксової хвороби [5]. Є лише виражена тенденція до меншої частоти рецидивів ВЕУ серед осіб з анамнезом ВХ менше 5 р. Натомість ризик рецидиву ВЕУ зростає прямо пропорційно до ступеню інфільтрації ПЯЛ тіла шлунка, ступеню інфільтрації антруму МНК та атрофії СО тіла шлунка. Становить інтерес зв'язок між рецидивом ВЕУ і співвідношенням різних характеристик в антрумі і тілі та їх динамікою у процесі лікування (табл. 2).

Виявлено статистично значущу кореляцію з віком і тривалістю захворювання більшості вищевказаних характеристик (рангова кореляція, критерій тау Кендалла, $p<0,05$) а саме ступеню атрофії СО як тіла, так і антруму до лікування, інфільтрації МНК як тіла, так і антруму через 4-6 тижнів після лікування, різниці інфільтрації ПЯЛ і МНК у тілі та антрумі Це аргумент на користь зв'язку тривалості ВХ (фактично, хронічного запалення і атрофії) і віку з ймовірністю рецидиву ВЕУ навіть за відсутності HP.

Оскільки вивчені характеристики у складний спосіб взаємопов'язані, то для виділення незалежних предикторів ВЕУ виконали дискримінантний поєднаний аналіз. У рівняння регресії було введено вищевказані критерії, а також повноту епітелізації усіх дефектів через 4-6 тижнів та тривалий анамнез (понад 5 років), зазвичай, що незалежними предикторами віддаленого рецидиву є: до лікування — різниця інфільтрації тіла МНК і ступеню атрофії ≤ 0 (домінування атрофії над хронічним запаленням); після лікування — інфільтрація тіла МНК перевищує інфільтрацію ПЯЛ менш ніж на 2 бали (фактично, це означає наявність нейтрофілів у слизівці тіла); відсутність динаміки інфільтрації ПЯЛ тіла шлунка та неповна епітелізація ВЕУ. Точність такої моделі на нашій вибірці становила 80,5% (чутливість 61,5%, специфічність 89,3%).

На практиці зручно є сумарна оцінка факторів ризику (табл. 3). Позитивне передбачувальне значення такої моделі з пороговим значенням у 2 бали становить 55%, чутливість — 84,6%, загальна точність — 73,2%. Таку модель ми запропонували для практичного впровадження і її доцільність перевірено у гастроентерологічних стаціонарах м. Львова.

Враховуючи, що не лише факт реколонізації, а й особливості запального процесу у слизівці шлунка відіграють роль у рецидиві ВЕУ після лікування, ми також оцінили можливі фактори ризику відновлення гастроудоденальних ВЕУ у хворих з успішною первинною ерадикацією і реколонізацією через рік. Виявилось, що в цій групі також на частоту появи ВЕУ впливали вираженість атрофії СО тіла і антруму шлунка перед лікуванням, ступінь інфільтрації ПЯЛ (гостре запалення) тіла шлунка та інфільтрації МНК антруму через 4-6 тижнів після ерадикації. Як і в попередній групі, ця залежність була прямою. Виявлено також прямо пропорційну залежність від тривалості анамнезу і, на відміну від попередньої підгрупи, — також пряму залежність від віку, інфільтрації МНК до лікування і зв'язок з інфільтрацією МНК антруму через рік після лікування. Таким чином, у плані прогнозування рецидиву (персистування) виразково-ерозивних дефектів СО гастроудоденальної зони незалежно від відсутності або наявності реколонізації HP роль предикторів відіграють наявність залишкових виразково-ерозивних дефектів через 4-6 тижнів після ерадикації, ступінь гострого і хронічного запалення (інфільтрації ПЯЛ і МНК) у цей термін, вираженість атрофії СО, тривалість анамнезу і вік (з якими корелює ступінь атрофії).

Обговорення

Наше попереднє дослідження виявило, що вищий ступінь колонізації HP та інфільтрації СО антрального відділу ПЯЛ перед лікуванням передбачав швидшу епітелізацію виразкового дефекту і повну реституцію цілісності епітеліального покриву антруму і шибунки ДПК [2]. Вірогідно, торпідний перебіг інфекційно-запального процесу в антрумі супроводжувався сповільненням регенерації: відповідь у формі виразки на помірну колонізацію — ознака слабкої опірності; хворі, у кого виразка була при інтенсивній колонізації, за меншого обсіменіння виразки в багатьох випадках просто не мали би. Низький ступінь колонізації антруму також є свідченням міграції HP в тіло шлунка і атрофічних змін, а в цих хворих регенерація закономірно сповільнена. Активніша інфільтрація

Таблиця 2. Прогнозування рецидиву ВЕУ через рік за відсутності реколонізації HP

| Градация | Рецидив ВЕУ | Показник p (критерій Манн-Вітні) |
|---|-------------|----------------------------------|
| До лікування | | |
| Ступінь атрофії тіла 0-1 (n=25) | 20% | 0,042 |
| Ступінь атрофії тіла > 1 (n=16) | 50% | |
| Різниця ІМНК тіла і ступеню атрофії ≤ 0 (n=27) | 40,74% | 0,0255 |
| ІМНК тіла вираженіша, ніж ступінь атрофії (n=14) | 14,29% | |
| Після лікування | | |
| ІМНК антруму = 1 (n=7) | 0 | 0,0497 |
| ІМНК антруму > 1 (n=34) | 38,2% | |
| ПЯЛ тіла відсутня (n=30) | 20% | 0,007 |
| ПЯЛ тіла наявна (n=11) | 63,64% | |
| ІМНК тіла > ПЯЛ на 2 бали і більше (n=21) | 14,29% | 0,071 |
| Різниця < 2 балів (n=20) | 50% | |
| ІМНК антруму \leq ІМНК тіла (n=29) | 24,14% | 0,08 |
| ІМНК антруму більша, ніж ІМНК тіла (n=12) | 50% | |
| ПЯЛ тіла не зменшилася (n=7) | 85,7% | 0,01 |
| ПЯЛ тіла зменшилася (n=34) | 20,59% | |

Таблиця 3. Прогнозування рецидиву ВЕУ (модель на основі дискримінантного аналізу)

| Кількість незалежних факторів ризику | Немає рецидиву ВЕУ (n=28) | Рецидив ВЕУ (n=13) | Усього хворих |
|--------------------------------------|---------------------------|--------------------|---------------|
| 0 | 6 (100%) | 0 | 6 |
| 1 | 13 (86,67%) | 2 (13,33%) | 15 |
| 2 | 7 (58,33%) | 5 (41,67%) | 12 |
| 3 | 2 (33,33%) | 4 (66,67%) | 6 |
| 4 | 0 | 2 (100%) | 2 |
| до 2 балів | 19 (90,48%) | 2 (9,52%) | 21 |
| ≥ 2 бали | 9 (45%) | 11 (55%) | 20 |

ПЯЛ забезпечує швидше очищення дна виразки від фібриноідного некрозу, подальшого вивонення грануляціями і епітелізації [1].

Опубліковані раніше наші результати [4] вказують, що саме характер процесів у тілі шлунка: його колонізація, прогресуюча атрофія і відносно слабе запалення (порівняно з колонізацією і атрофією), визначає невдачу віддаленого ефекту ерадикації, вірогідно за рахунок прихованого і недиагностованого виживання *HP* у тілі шлунка. Уповільнене стихання активності гастриту (за умов ерадикації) є прогностично сприятливим у плані відсутності реколонізації, можливо в плані елімінації залишкових вогнищ інфекції — так зв. "успішна" запальна відповідь.

Роль предикторів віддаленого рецидиву ВЕУ гастроуденальної зони за відсутності реколонізації *HP* відіграють наявність залишкових дефектів через 4-6 тижнів після ерадикації, виражена атрофія у тілі шлунка (як наслідок тривалого ураження), повільна позитивна динаміка активного (гострого) запалення у тілі шлунка і хронічного запалення в антрумі. Це перекується з даними Miehke S. et al. [9], які вказують, що ступінь антрального гастриту наприкінці лікування позитивно корелює з ризиком рецидиву дуоденальної виразки. Цікаво, що повільна динаміка гострого запалення тіла сприятлива щодо відсутності реколонізації, однак у більшості таких хворих персистують ВЕУ. Фактично, це пацієнти з "чистим" антрум-гастритом і персистують в них хронічні ерозії, які, вірогідно, мають не *HP*-асоційовану етіологію [1].

На високу частоту власне безсимптомних ерозій у віддаленому періоді після ерадикації вказують Миуаке К. et al. [10], Shiotani A. et al. [11]. Персистенція/рецидивування ВЕУ після сучасних схем лікування часто безсимптомне, можливо, відсутність симптоматики пов'язана з патоморфозом виразок — їх малими розмірами, без глибокої penetрації, рідкістю евакуаторних порушень. Тому до з'ясування усіх причин недостатнього віддаленого ефекту у групі ризику не слід відкидати тактику власне ендоскопічного контролю у визначенні термінів з пролонгацією терапії ІПП та мукопротекторами (препарати вісмуту, сукральфат) [7].

ТАКТИКА ЛЕЧЕННЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕНТГЕНЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Тамм Т.И., Даченко Б.М., Крамаренко К.А., Непомнящий В.В., Захарчук А.П., Мамонтов И.Н., Чефранов А.В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

The Tactics of Complications Treatment after X-ray Endoscopic Manipulations on Bile Duct

T.I. Tamm, B.M. Dazenko, K.A. Kramarenko, V.V. Nepomniashchy, A.P. Zakharchuk, I.N. Mamontov, A.V. Chefranov
Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine

Summary

The results of 1109 endoscopic manipulations of bile duct were analyzed. There were complications in 48 patients (4.3%), two of them died (0.18%). We propose the method of operation treatment for duodenum perforation after endoscopic papillotomy.

Key words: endoscopic treatment of bile duct, endoscopic papillotomy, perforation of duodenum, acute pancreatitis.

Введение

Рентгенэндоскопические вмешательства (РЭВ) на большом дуоденальном соске (БДС) и желчных протоках в настоящее время объединяют воедино ряд диагностических (дуоденоскопия с ЭРХПГ) и лечебных (эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и др. манипуляции) манипуляций, спектр которых очень широк. Диагностические и лечебные вмешательства, являющиеся этапом РЭВ, в 2,8-7,5% случаев могут сопровождаться осложнениями, ряд из которых заканчивается фатально. Наиболее частыми осложнениями РЭВ являются: кровотечение из папилломной раны (1,8-3,5%), острый панкреатит (ОП) (2,6-5,3%), ранение задней стенки двенадцатиперстной кишки (0,5-1,5%) [1-3].

Целью нашей работы является ретроспективный анализ причин осложнений РЭВ и результатов их лечения.

Материалы и методы

Проанализированы отдаленные результаты выполненных РЭВ у 1109 больных, среди которых мужчин было 368 (33,2%), женщин — 741 (66,8%); возраст больных составил от 18 до 92 лет. Для осмотра БДС и выполнения РЭВ применяли дуоденоскопы *JF-B4, JF-IT20 Olympus*, электрохирургический блок *UES Olympus*. Контроль состояния внепеченочных желчных путей и ПЖ выполняли с помощью эзохамер "*Aloka*", "*Simens*", "*Radmir*", конвексным датчиком с частотой 3,5 Гц. Биохимический и клинический анализы крови выполняли унифицированными методиками.

Результаты

Наиболее частым показанием к РЭВ являлись холедохолитиаз, который обнаружен у 725 (65,4%) больных и стеноз БДС, выявленный у 218 (19,6%) пациентов. Другая патология в виде опухолей желчных протоков и головок поджелудочной железы, синдрома Мирizzi, деформации БДС в парапапиллярном дивертикуле, хронического и острого панкреатита, дискинезии желчных путей, желчеотстечения в брюшную полость после оперативных вмешательств и др., явилась показанием к ЭПСТ суммарно в 15% случаев. Осложнения возникли у 48 (4,3%) больных (табл. 1). Умерло 2 (0,18%) пациента.

Обсуждение

Кровотечение из верхнего угла раны после ЭПСТ возникло у 92 (8,3%) пациентов. Из них у 76 (6,7%) геморагия была незначительной и прекратилась самостоятельно по завершению манипуляции. Эти случаи мы не относили к категории осложнений. У 16 (1,4%) пациентов кровотечение сопровождалось меленой, тахикардией, снижением артериального давления. Им была проведена своевременная общая консервативная гемостатическая терапия, которая дала позитивный результат у 15 больных. У 5 из 15

Выводы

Ендоскопичному скринінгу для оцінки повноти згоєння виразково-ерозивних дефектів і можливого додаткового лікування насамперед підлягають особи похилого віку із тривалим виразковим анамнезом та атрофією СО тіла шлунка.

Групою ризику реінфекції є насамперед хворі з вираженою колонізацією *HP* СО тіла шлунка, її прогресуючою атрофією і відносно слабкою запальною реакцією. Уповільнене стихання активності гастриту (за умов ерадикації) є прогностично сприятливим у плані відсутності реколонізації.

Хворі із повільною епітелізацією виразок і ерозій, атрофією СО тіла шлунка, сповільненою позитивною динамікою гострого запалення у тілі шлунка і хронічного запалення в антрумі потребують ретельного диспансерного нагляду і, можливо, планових ендоскопічних обстежень.

Література

1. Аруин Л.И., Капуллер Д.Л., Исаков В.А. (1998) Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника (Москва), "Трида-Х", 496 с.
2. Влоевичко В.І., Швидкий Я.Б., Тумак І.М., Михайлишин О.Я. (2006) Швидкість і повнота згоєння виразок дванадцятипалої кишки та морфологічні особливості гелікобактерасоційованого гастриту. Міжвідомчий збірник "Гастроентерологія", (Дніпропетровськ), 37: 55-62
3. Сиротенко А.С., Кудрявцева В.Е., Майкова Т.В. (2005) Роль нарушений клеточного звена иммунитета в развитии рецидива язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Запорожский медицинский журнал, 3: 60-63
4. Швидкий Я.Б., Тумак І.М., Влоевичко В.І. (2006) Вплив ерадикації *Helicobacter pylori* на морфологічні характеристики гастриту та ендоскопічну ремісію у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Спостереження протягом року. Український журнал маловізаційної та ендоскопічної хірургії. Vol. 10: 3: 44
5. Швидкий Я.Б., Тумак І.М., Влоевичко В.І. (2006) Прогнозування рецидиву виразково-ерозивних гастроуденальних уражень у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки після успішної ерадикації *H. pylori*. Український журнал маловізаційної та ендоскопічної хірургії. Vol. 10: 3: 41-42
6. Dixon M.F., Genta R.M., Yardley J.H., Correa P. and the participants in the International Workshop on the histopathology of gastritis, Huston 1994 (1996) Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system. Am. J. Surg. Pathol. 20: 1161-1181
7. Konturek S.J., Konturek P.C., Pawlik T. et al. (2004) Duodenal mucosal protection by bicarbonate secretion and its mechanisms. J. Physiol. Pharmacol. [Suppl] 2: 55: 5-17
8. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C. et al. (2005) Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection — The Maastricht III consensus report. // <http://gut.bmj.com>.
9. Miehke S., Bayerdorffer E., Lehn N. et al. (1996) Severity of *Helicobacter pylori* gastritis predicts duodenal ulcer recurrence. Scand. J. Gastroenterol. 31: 9: 856-862
10. Миуаке К., Tatsuguchi A., Suzuki K. et al. (2005) Implications of corpus gastritis, atrophy and cyclooxygenase in the development of gastric erosions after curing *Helicobacter pylori* infection. Liver Dis. 37: 6: 394-401
11. Shiotani A., Nishioka S., Iguchi M. et al. (2001) Duodenal erosions after eradication of *Helicobacter pylori* infection. Gastrointestinal Endoscopy. 54: 4: 448-453

больных были дополнительно проведены эндоскопические гемостатические манипуляции, а именно: диатермокоагуляция участка, который кровоточил (5) и подслизистое введение 2-3 мл 30% раствора спирта и адреналина (2) в дополнение диатермокоагуляции. После проведения местного и общего гемостаза во всех случаях обязательно устанавливали назобилирный дренаж (НБД), по которому вводили аммонокарбонатную кислоту по 30-40 мл 2 раза в сутки. Во всех случаях был достигнут стойкий гемостаз. Одна больная с профузным кровотечением из папилломной раны была экстренно оперирована и в дальнейшем выздоровела.

Острый панкреатит возник у 22 (1,9%) больных, из них у 16 (1,4%) была отечная форма, и у 6 (0,5%) пациентов — деструктивная. Диагностика этого осложнения осуществлялась с помощью данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Основным клиническим критерием острого панкреатита после РЭВ был выраженный болевой синдром, который возник сразу после выполнения манипуляции или спустя 6-12 часов. Одновременно с возрастанием болевого синдрома, характерного для ОП, у больных появлялась тахикардия и повышение уровня амилазы крови. При УЗИ во всех случаях обнаружены прямые признаки ОП. Этим больным была назначена консервативная терапия, включающая в себя окстретатин или его аналоги, 5-фторурацил, ингибиторы протеаз, дезагреганты, антиоксиданты, спазмолитики. Выздоровление наступило у всех больных с отечной формой панкреатита. Контроль эффективности проводимой терапии осуществляли по динамике местных изменений в поджелудочной железе путем ультразвукового мониторинга. Были оперированы 6 больных в сроки от 2 до 15 суток от начала заболевания. Показанием к операции явилось наличие секвестров в очаге воспаления и забрюшинная флегмона. Больным были выполнены некрэкс-вентрактомия, вскрытие и дренирование флегмоны. Один больной с панкреонекрозом умер от интоксикации, источником которой послужила прогрессирующая забрюшинная флегмона.

Причины возникновения острого панкреатита после РЭВ не до конца выяснены. По нашим наблюдениям, одной из причин возникновения (ОП) является резкое повышение внутрипротокового давления при введении избыточного количества рентгенконтрастного вещества в панкреатические протоки при выполнении ЭРХПГ. Второй причиной может служить "травматичная" атипичная папиллотомия, при которой после расщепления БДС может произойти травма устья вирусного протока. Нами также замечено, что острый панкреатит редко возникал в тех случаях, когда манипуляцию удавалось завершить назобилирным или назопанкреатическим дренированием и когда ретроградное эндобилирное вмешательство производилось в два или три этапа.

Таблиця 1. Осложнения, возникшие при рентгенэндоскопических вмешательствах

| Характер осложнения | Количество случаев | Оперировано | Выздоровело | Умерло |
|--------------------------------------|--------------------|-------------|-------------|--------|
| Острый панкреатит отечный | 16 | - | 16 | - |
| Острый панкреатит деструктивный | 6 | 6 | 5 | 1 |
| Кровотечение из папилломной раны | 16 | 1 | 16 | - |
| Перфорация задней стенки ДПК | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Вклинение корзины с камнем, отрыв ее | 5 | 1 | 5 | - |
| Острая кишечная непроходимость | 2 | 2 | 2 | - |
| Всего | 48 | 12 | 46 | 2 |

У 3 (0,27%) больных вмешательство на БДС осложнилось перфорацией задней стенки двенадцатиперстной кишки. Причем у 1 больной это осложнение диагностировали лишь на 5 сутки после вмешательства. Произведенная операция с отключением двенадцатиперстной кишки не имела успеха, больная умерла через 2 суток на фоне интоксикации в связи с прогрессирующей забрюшинной флегмоной.

У 2 больных осложнение такого рода диагностировали при помощи УЗИ в первые сутки с момента перфорации. Им была выполнена экстренная операция, во время которой была исключена из пассажа двенадцатиперстная кишка, проведено наружное дренирование холедоха и ретродуоденального пространства. Послеоперационный период у этих больных протекал без осложнений и закончился их выздоровлением.

Во всех случаях основной причиной ретродуоденальной перфорации ДПК явилась неверно выбранная протяженность или направление разреза при ЭПСТ.

У двух больных после РЭВ возникла острая кишечная непроходимость: в одном случае — в результате ущемления пупочной грыжи, в другом причиной илеуса явилась спаечная болезнь. Развитие ОКН можно объяснить длительной инсуффляцией воздуха в просвет ДПК при проведении процедуры. Оба пациента были своевременно оперированы и выздоровели.

У 5 пациентов в ходе РЭВ возникло вклинение корзины Dormia с камнем в дистальном отделе холедоха при попытке его экстракции, причём у одного из них — с отрывом рабочей части корзины с камнем. Только один из 5 пациентов был оперирован в плановом порядке, у 4 проблема была разрешена при повторных РЭВ. Подобные ситуации мы не считаем показанием к экстренной операции.

Таким образом, частота осложнений после ЭПСТ по нашим данным составила 4,3%. Кровотечение из папиллотомной раны возникло в 1,4%, острый панкреатит — в 1,9%, перфорация ДПК — в 0,27% случаев, ОКН — в 0,18%. Летальность составила 0,18%.

Выводы

Снижению количества осложнений после РЭВ способствует пунктуальное техническое выполнение всех этапов манипуляции, селективная канюляция желчных протоков. Целесообразно разделение эндоскопического вмешательства на несколько этапов в технически сложных случаях с применением назобиллярного дренирования.

Своевременная диагностика возникшего острого панкреатита позволяет назначить адекватную терапию и снизить число летальных исходов. Результаты лечения больных с повреждением задней стенки двенадцатиперстной кишки зависят от своевременного выявления данного осложнения и выполнения срочного оперативного вмешательства.

Пациентам со спаечной болезнью и грыжами передней брюшной стенки перед РЭВ необходима подготовка, включающая клизмы и применение бандажа.

Вклинение корзины Dormia с камнем в дистальном отделе холедоха при попытке его экстракции не является показанием к экстренной операции.

Литература

1. Громова И.В., Кузовлев Д.Ф., Гращенко С.А. (2000) Эндоскопические диагностические и лечебные вмешательства при парапанкреальных дивертикулах. *Анналы хирургической гепатологии*. 5; 1: 103-113
2. Стукало А.А., Раденко Э.Э. (2000) Факторы риска осложнений рентгенэндоскопических вмешательств на дуоденопанкреатобилиарной зоне. *Укр. журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии*. Vol. 4; 2: 54-57
3. Дзвонковский Т.М., Козань И.В., Кахно С.А. и др. (2003) Причины и профилактика осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии. *Практическая медицина*. IX (1): 16-19
4. Rabenstein T., Hahn E.G. (2002) Post-ERCP pancreatitis: new momentum. *Endoscopy*. 4: 325-330
5. Rolny P., Andren-Sandberg A., Falk A. (2003) Recurrent pancreatitis as a late complication of endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones: diagnosis and therapy. *Endoscopy*. 4: 356-360

1 2009
Volume 13


Український журнал
малоінвазивної та
ендоскопічної хірургії

International Journal for:

- Neurosurgery
- Interventional Radiology / Interventional Oncology
- General Surgery / Pediatric Surgery
- Arthroscopy / Endovascular Surgery
- Gynecology / GMS Surgery / Urology
- Intensive Care in MIBN Surgery
- Diagnosics in MIBN Surgery
- Education in Surgery
- New Instruments, Techniques, Pharmaceutical Products, Ideas

http://www.ijeh.org.uk

ISSN 1099-743X



ПОДПИСКА 2010

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

"Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии" распространяется непосредственно каждому читателю/учреждению Украины редакцией напрямую.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2010 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія", 28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ГРУДИ

Байдан В.В., Грубник В.В., Байдан В.И., Шипулин П.П., Козяр О.Н.

Кафедра хирургии №1, Одесский государственный медицинский университет, Одесская областная клиническая больница, Украина

Введение

В настоящее время травма груди выступает на одно из первых мест по числу уносимых жизнью, объему дней нетрудоспособности и числу инвалидов. Внутригрудные повреждения являются одной из главных причин осложнений и летальности в хирургических центрах, занимающихся лечением травм [4]. Среди погибших от травм груди до 15% не имеют абсолютно смертельных повреждений, но погибают от дефектов оказания помощи, несвоевременности, поздней диагностики основных локализаций травматических повреждений и в связи с этим неадекватностью лечебной помощи [7]. Современное развитие видеоторакоскопии при закрытой травме груди позволило помимо диагностики и оценки объема и тяжести внутригрудных повреждений [5,6,9,11] осуществлять эффективный аэрозаст, ликвидацию гемоторакса с ранним расправлением легкого [1,5-10], и даже производить эндоскопическую стабилизацию грудной клетки при флотирующих переломах ребер [3]. Накопленный опыт применения видеоторакоскопических операций (ВТО) при закрытой осложненной травме груди (ЗОТГ) позволил поделиться им в настоящем сообщении.

Материал и методы

В торакальном отделении Одесской областной клинической больницы с 2006 по 2008 г. находилось на лечении 473 больных с закрытой травмой груди (ЗТГ) в возрасте от 17 до 86 лет, среди них 395 (83,5%) мужчин и 78 (16,5%) женщин. Бытовая травма отмечена у 364 (77%), автодорожная — у 109 (23%) пострадавших.

Среди поступивших у 16(3,4%) больных выявлен ушиб грудной клетки, у 83(17,5%) переломы одного-двух ребер без повреждения органов грудной клетки и у 374 (79,1%) диагностированы осложненные переломы ребер, причем у 7 (1,8%) из них имелась флотация реберного каркаса.

В первые сутки после травмы поступило только 180 (38%), а 293 (62%) пострадавших с переломами ребер госпитализированы в сроки от 2 до 14 и более суток с момента травмы.

Диагностику проводили комплексно с помощью полипозиционной рентгенографии, УЗИ и КТ. У 374 больных с осложненной травмой груди была выполнена видеоторакоскопия (ВТС) независимо от сроков поступления с момента получения травмы. Показанием для выполнения ВТС являлось наличие пневмогемоторакса при стабильном состоянии пациента и отсутствии выраженных гемодинамических расстройств и дыхательной недостаточности.

У 284 (76%) пострадавших ВТС выполнена под местным обезболиванием в сочетании инфльтрации анестетиком зоны введения торакопортов и проводниковой анестезией мест переломов. Местное обезболивание использовалось в 66,4% при ранних и в 79% при отсроченных ВТС (более 24 часов от момента операции случаях). Наркоз с выключением легкого на оперируемой стороне применялся у 90 (24%) больных, соответственно у 22 больных (24%) — при ранних, у 68 (21%) — отсроченных ВТС.

ВТС осуществлялась в положении пациента на здоровом боку с использованием двух либо трех торакопортов. Видеокамера обычно вводилась через 10 мм торакопорт в VI межреберье по задней подмышечной линии, дополнительное введение торакопортов выполняли после осмотра плевральной полости с эвакуацией экссудата. В зависимости от каждой конкретной ситуации их располагали таким образом, чтобы избежать эффек-

та "эндоскопического фехтования". При использовании три торакопортов точки их введения образовывали треугольник. Характер внутригрудных повреждений, выявленных при ВТС, представлен в таблице 1, что послужило показанием для проведения мининвазивных видеоторакоскопических операций (ВТО) для их устранения.

Для проведения эндоскопического гемостаза использовали как электрохирургический метод с помощью щипцов и пуговчатого электрода, так и лазерную фотокоагуляцию. Для проведения последней применялся неодимовый АИГ-лазер "Радуга-1", излучение которого проводилось по гибкому кварцевому световоду диаметром 400 мкм. Фотокоагуляция осуществлялась в бесконтактном режиме, мощностью излучения 40 Вт. Подведение световода к объекту выполнялось с помощью оригинального жесткого направлятеля. Раневая поверхность легкого либо поврежденный сосуд грудной стенки коагулировались до образования коагуляционного струпа серого цвета. Механический гемостаз сосудов грудной стенки проводился путем клипирования либо прошивания с помощью эндоскопического иглодержателя, который использовался и для эндоскопического ушивания глубоких разрывов легкого. Для опорожнения напряженных гематом легкого и грудной стенки применялись эндоскопические диссекторы и ножницы. После опорожнения гематомы, раневая поверхность тщательно коагулировалась. Эндоскопическую репозицию ребер производили смещением и сопоставлением отломков с помощью элеватора собственной конструкции либо трубкой отсоса, торакальными диссекторами или обычным кровоостанавливающим изогнутым зажимом. При видеассистированной (ВА) стабилизации реберного каркаса под контролем эндоскопа фиксировали изолированные флотирующие отломки ребер путем их подшивания к наружной жесткой пластине (рис. 1). Наличие визуального контроля позволяло четко фиксировать отломок ребра с контролем гемостаза. При необходимости ВА вмешательств в проекции патологического участка выполнялась миниторакотомия до 4-5 см, через которую производили ушивание глубоких разрывов легкого, диафрагмы и перикарда. При свернувшейся гемотораксе ступки фрагментировали и удаляли при помощи щипцов и отсоса. Декортикацию легкого выполняли эндоскопическим зажимом и диссектором, снимая с легочной поверхности фибриновые наложения и разобщая перемычки между легким и грудной стенкой, с многократным промыванием плевральной полости. Все ВТО завершались направленным дренированием плевральной полости двумя дренажами с последующей активной аспирацией содержимого.

Результаты и обсуждение

В результате проведения ВТО (табл. 2) хороший клинический эффект со стойким аэрогемостазом, расправлением легкого и удалением гемоторакса достигнут в 360 (96,3%) случаях. На высокую эффективность ВТО указывают и другие авторы [5,11], оценивая положительный эффект в 70% и более. Осложнения ВТО, как правило, не являются тяжелыми и не превышают 5% [5]. Среди наших пациентов они наблюдались в 10 (2,7%) случаях: в 4 — нагноение мест введения торакопортов, в 3 — нестойкий аэрозаст, в 2 — длительная экссудация и в 1 — наличие остаточных полостей.

Средние сроки дренирования плевральной полости составили 72 часа, а госпитализации — 7,7 дня, что соответствует данным других авторов [6]. Летальный исход имел

Таблица 1. Внутригрудные повреждения, выявленные при ВТС

| № | Внутригрудные повреждения | Число наблюдений |
|-----|--|------------------|
| 1. | Разрыв легочной ткани с нестойким аэрозастом | 81 |
| 2. | Повреждение межреберных сосудов, в том числе, с продолжающимся кровотечением | 94 |
| 3. | Напряженные гематомы грудной стенки, средостения и легкого | 20 |
| 4. | Кровоизлияния и инфильтрация легочной ткани | 45 |
| 5. | Разрывы диафрагмы | 6 |
| 6. | Ранения перикарда и сердца | 3 |
| 7. | Переломы ребер с множественными разрывами парietальной плевры | 280 |
| 8. | Повреждение легкого острым концом переломанного ребра | 9 |
| | Гемоторакс малый | 96 |
| 9. | Гемоторакс средний | 55 |
| | Гемоторакс большой | 18 |
| 10. | Отрыв долевого бронха | 1 |
| 11. | Свернувшийся гемоторакс | 63 |
| 12. | Посттравматический плеврит | 34 |

Примечание: у ряда больных имелось сочетание нескольких факторов.

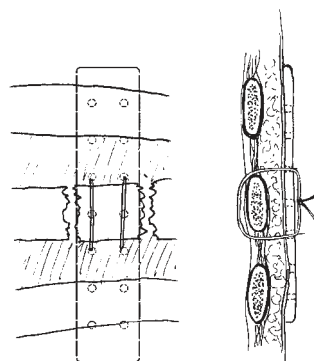


Рис. 1

Способ фиксации изолированных флотирующих отломков ребер под контролем видеоторакоскопии.

Таблиця 2. Характеристика ВТО при ЗОТГ

| № | Види операцій | Число наблюдений при раннем поступлении больных | Число наблюдений при позднем поступлении больных |
|--------------|--|---|--|
| 1. | Электрохирургическая коагуляция сосудов грудной стенки | 36 | 38 |
| 2. | Электрохирургическая коагуляция разрывов легкого | 20 | 12 |
| 3. | Вскрытие и удаление внутригрудочных гематом и гематом грудной стенки | 6 | 7 |
| 4. | АИГ-лазерная фотокоагуляция разрывов легкого | 12 | 18 |
| 5. | АИГ-лазерная фотокоагуляция сосудов грудной стенки | 23 | 12 |
| 6. | Эндоскопическая репозиция ребер с одномоментным гемостазом | 21 | 29 |
| 7. | Видеоассистированная стабилизация флотирующего фрагмента грудной стенки | 7 | 2 |
| 8. | Фрагментация и удаление свернувшегося гемоторакса | 18 | 45 |
| 9. | Эндоскопическая декорткация легкого при свернувшейся гемотораксе и многокамерном посттравматическом плеврите | - | 27 |
| 10. | Эндоскопическое клипирование и прошивание кровотокающих сосудов грудной стенки | 9 | 7 |
| 11. | Эндоскопическое ушивание ран легкого | 10 | 9 |
| 12. | Видеоассистированное ушивание разрывов диафрагмы | 1 | 1 |
| 13. | Видеоассистированное устранение гемоперикарда с ушиванием раны перикарда | 1 | 1 |
| 14. | Видеоассистированное ушивание разрывов легкого | 1 | 1 |
| Итого | | 374 | |

место у 2 пострадавших. Причиной смерти были: в 1 — двухфазный разрыв селезенки с массивным внутрибрюшным кровотечением, в 2 — массивная тромбоэмболия, не связанная с проведением ВТО.

Очень важным считаем тщательное соблюдение показаний и противопоказаний к проведению ВТО при ЗОТГ. Наличие тяжелого геморрагического шока, большого гемоторакса, подозрение на повреждение сердца, магистральных сосудов, пищевода и крупных дыхательных путей являются абсолютными противопоказаниями к ВТО [4,6,7,9]. В случаях напряженного пневмоторакса и медиастинальной эмфиземы проведение ВТО должно предшествовать декомпрессии средостения и плевральной полости.

Мы солидарны с точкой зрения Розанова В.Е. [6] об очень высокой диагностической ценности ВТС при ЗОТГ, причем объем выявленных повреждений обычно превышает тот, который предполагался в процессе клинико-рентгенологического обследования при поступлении пострадавших.

Не отрицая преимуществ общей анестезии при ВТО, о чем утверждают другие авторы, применяющие ВТО при ЗОТГ [5-10], нами широко использовалось местное обезболивание, сочетающее в себе методики инфильтрационной и проводниковой анестезии, на что указывают Гладышев Д.В. и соавторы [2]. Преимуществами этой методики обезболивания являются их техническая простота и относительная безопасность. Применение местной анестезии допустимо у пострадавших, находящихся в компенсированном состоянии, и особенно, при проведении отсроченных вмешательств.

Методика аэрогемостаза у наших пациентов была различной и зависела от степени кровотечения, глубины и локализации разрывов легкого. При небольшом и остановившемся кровотечении из сосудов грудной стенки и поверхностных разрывах легкого достаточной оказывалась лазерная либо электрокоагуляция. На высокую эффективность эндоскопического аэрогемостаза при ВТО указывают и другие авторы [1,6,10]. При выраженном кровотечении из ран легкого и грудной стенки возникает необходимость механического эндоскопического ушивания или клипирования. В подобных случаях альтернативой торакотомии может быть ВА операция [1], что было с успехом применено нами у 6 (1,6%) больных с ушиванием ран диафрагмы, перикарда и глубоких ран легкого.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

Маргунюк В.А., Байдан В.В., Шипулин П.П., Козяр О.Н., Байдан В.И., Поляк С.Д., Кирилук А.А.

Отделение торакальной хирургии, Одесская областная клиническая больница, Украина

The Videothoracoscopic Operations in Spontaneous Pneumothorax

V.A. Martynuk, V.V. Baydan, P.P. Shypulin, O.N. Kozyar, V.I. Baydan, S.D. Polyak, A.A. Kirilyuk

Department of Thoracic Surgery, Odessa Regional Clinical Hospital, Ukraine

Summary

In article the experience of medical treatment for 188 patients with spontaneous pneumothorax with the use of videothoracoscopic technique, including the resections of the staggered area of lung in 53 cases is presented. The improved methods of videothoracoscopic operations and video-assisted operations are described. Basic advantages and lacks of endoscopic operations are indicated, their comparison with the traditional opened operations at this pathology is resulted. There were 5 cases of relapses, fatal outcomes and conversions we not observed.

Key words: spontaneous pneumothorax, videothoracoscopic, video-assisted operations.

Введение

С момента внедрения видеоторакопических операций (ВТО) в практическую деятельность торакальных хирургов прошло уже более 15 лет [5-7]. Все это время совершенствовалась хирургическая техника и инструментарий, эндоскопическое оборудование. Уже ни у кого не вызывает сомнений, что ВТО при спонтанном пневмотораксе (СП) является методом выбора, при котором малотравматичность доступа соответствует небольшому основному этапу операции. ВТО занимают свое весомое место в структуре торакальных операций и прошли испытание временем.

В настоящее время ВТО внедрены во всех крупных торакальных центрах и их необходимость, а также преимущества перед традиционными операциями при указанной патологии неоспоримы. Количество больных с СП не имеет тенденции к снижению, тем самым новые, более радикальные методы лечения, являются крайне актуальными. Частота рецидивов после паллиативного лечения СП (дренирование плевральной полости) составляет от 12,2% до 35,5% [2,3,5]. По-прежнему остается актуальной и дискуссионной проблема выбора методики хирургического лечения СП [1,4,8,9]. Учитывая все вышеизложенное, считаем возможным поделиться собственным опытом лечения данной патологии с использованием современной эндоскопической техники.

Материалы и методы

За последние три года в отделении торакальной хирургии ОКБ выполнено 188 ВТО у больных с СП в возрасте от 18 до 76 лет. Мужчин было 175, женщин — 13. ВТО с элек-

го. Оценивая эффективность методик электрохирургического и лазерного коагуляционного гемостаза, следует отметить, что преимущество первого метода заключается в технической простоте, в то же время лазерная коагуляция не требует контакта с раневой поверхностью, но требует дорогостоящей аппаратуры.

Использование ВТО при лечении СП в настоящее время стало методом выбора и широко используется в других клиниках [5,8,11]. Нами также доказана высокая эффективность этого метода лечения СП, не потребовавшая конверсии в широкую торакотомию. При наличии инфильтрованного СП удаление сгустков крови сочетали с эндоскопическим пневмоллизом и декорткацией легкого.

Весьма перспективным представляется механическая стабилизация флотирующих фрагментов грудной клетки под контролем ВТС, причем отдельными авторами [3] уже накоплен значительный опыт подобных вмешательств. Такие операции выполнены у 7 (1,8%) больных, у которых видеоконтроль дал возможность помимо коррекции внутригрудных повреждений обеспечить стойкую фиксацию флотирующих фрагментов реберного каркаса.

Показаниями к конверсии в торакотомию обычно служат разрывы крупных бронхов и диафрагмы, а также массивное продолжающееся внутриплевральное кровотечение [1,5,11] и обычно не превышает 2-4% всех ВТО. В наших наблюдениях переход в торакотомию был у 10 (2,7%) пострадавших, причиной послужило ранение сердца ребром с признаками тампонады перикарда, повреждение диафрагмы, отрыв долевого бронха и массивное продолжающееся кровотечение, причем альтернативой широкой торакотомии может быть ВА миниторакотомия в проекции повреждения.

Выводы

Широкое внедрение видеоторакопических технологий при ЗОТГ позволяет у значительного количества больных не только предупредить выполнение ненужных торакотомий, но и производить лечебные манипуляции.

В первые часы после травмы экстренная видеоторакопическая показана при наличии пневмоторакса, малого и среднего гемоторакса. В отсроченном периоде наиболее частыми показаниями к видеоторакопическим при ЗОТГ являются: свернувшийся гемоторакс, острая эмпиема плевры, посттравматический плеврит. Как в экстренном, так и в отсроченном порядке ВТО перспективна при флотирующих переломах ребер. ВТО при ЗОТГ противопоказаны при тяжелом геморрагическом шоке, тотальном гемотораксе, повреждении сердца, крупных сосудов, трахеи, бронхов и пищевода.

Литература

- Бегуришвили А.Г., Баранова О.А., Земцов Р.В. (2005) Видеоторакопическая фиксация флотирующего перелома ребер — первый опыт клинического применения. Эндоскопическая хирургия. 1: 18-19
- Гладышев Д.В., Шемелев А.А., Стафеев Д.В. (2005) Местное обезболивание при видеоторакопическом. Эндоскопическая хирургия. 1: 35
- Жестков К.Г., Воскресенский О.В., Барский Б.В. (2005) Торакоскопическая фиксация флотирующего перелома ребер — первый опыт клинического применения. Эндоскопическая хирургия. 1: 52-53
- Петренко Т.Ф., Зеленин М.М., Тришин Е.В., Рошин И.Н. (2005) Диагностическая и лечебная видеоторакопическая при травме груди. 1: 103
- Порханов В.А., Поляков Н.С., Кононенко В.Б. (2001) Видеоторакопическая в лечении больных с травматическим повреждением грудной клетки. Анналы хирургии. 2: 44-49
- Розанов В.Е., Кильянов А.В., Бондаренко А.В. (2005) Диагностика и лечение повреждений грудной клетки с использованием видеоторакопической техники. Эндоскопическая хирургия. 1: 115-116
- Abolhoda A., Livingston D.N., Donahoo J.S., Allen K. (1997) Diagnostic and therapeutic videoassisted thoracic surgery (VATS) following chest trauma. Eur. J. Cardiothorac. Surg. 12: 3: 356-360
- Landreneau R.J., Keenan R.Y., Hazelrigg S.R. et al. (1996) Thoracoscopy for empyema and hemothorax. Chest. 109: 1: 18-24
- Lang-Lazduski L., Mouroux J., Pons F. et al. (1997) Role of videothoracoscopy in chest trauma. Ann. Thorac. Surg. 63: 2: 327-333
- Schermer C.R., Matteson B.D., Demarest Q.B. et al. (1999) A prospective evaluation of videoassisted thoracic surgery for persistent air leak due to trauma. Ann. Surg. 177: 6: 480-484
- Villavicencio R.T., Aucar J.A., Wall V.J. (1999) Analysis of thoracoscopy in trauma. Surg. Endosc. 13: 1: 3-9

тро- либо лазерной коагуляцией буллезно измененного участка легкого проведены у 135 больных, ВТО с резекцией легкого выполнены у 53 пациентов. Среди резекционных вмешательств видеоассистированные операции (ВАО) выполнены у 5 больных.

Операции выполнялись в положении больного на здоровом боку под общим обезболиванием, с раздельной интубацией бронхов, что является обязательным условием успешного радикального лечения. Операции проводились с использованием трех торакотомий при резекции легкого и двух — только при коагуляции его пораженных участков. Расположение торакотомий определялось индивидуально в каждом конкретном случае, однако, чаще всего было следующим: первый торакотомия для введения видеоканалов располагался в VI межреберье по задней подмышечной линии, второй — для введения ретрактора, граспера и других эндоскопических инструментов — в IV межреберье по задней подмышечной линии и третий, для введения эндоскопических сшивающих аппаратов — в III межреберье по передней подмышечной, либо по среднеключичной линиям. Установление второго и третьего торакотомий варьировало в зависимости от локализации патологического участка легкого. Следует отметить, что нами использовались торакотомии оригинальной конструкции с гладкой резбой диаметром 10 мм и 12 мм, что позволяет перемещать инструменты в любую из установленных точек и осматривать плевральную полость в различных ракурсах, тем самым уменьшив вероятность пропуска патологического участка в труднодоступных зонах. Использование на торакотомиях гладкой резбы позволяет, не травмируя ребра, плотно и надежно фиксировать порты в межреберных промежутках и манипулировать с максимальной амплитудой.

Для резекции легкого использовались эндоскопические сшивающие аппараты "Ethicon" Endopath ETS Flex 45 и Echelon EC 60, которые одновременно производят прошивание проксимального и дистального участка легкого, а также рассечение ткани. Трехрядный механический шов обеспечивает надежный аэрогемостаз и не требует дополнительного укрепления. При обширном поражении легочной ткани выполнялись ВАО, которые дополнялись небольшой миниторакотомией 4 см в проекции пораженного сегмента легкого с целью дополнительного ушивания последнего и извлечения удаленного участка.

При ВТО с коагуляцией последняя выполнялась для устранения дефекта легкого до образования струпа серого цвета. Коагулировались также окружающие ткани (висце-

ральная плевра) на расстоянии 2-3 см от эпиплеуры. Как резекционные, так и операции без резекции заканчивались обязательным созданием висцерального и париевального плевродеза в заднебоковых отделах, выполнением водной пробы и дренированием плевральной полости двумя дренажами большого диаметра (32 Fr).

Результаты

Анализ проведенных оперативных вмешательств показывает, что ВТО при СП не уступают по своей радикальности и эффективности традиционным открытым операциям. Продолжительность ВТО с резекцией легкого составляла 35-40 минут, а с коагуляцией пораженного участка легкого — 20-25 минут. Конверсии к переходу в открытую операцию не потребовалось ни в одном случае.

В послеоперационном периоде имели место следующие осложнения: остаточная полость — у 10 пациентов (5,3%), воспаление в местах введения торакопортов — у 3 больных (1,6%). После выполнения ВТО в сроки от 1 до 9 месяцев после операции были отмечены рецидивы в 5 случаях (2,7%), что потребовало в 4 — дополнительного дренирования плевральной полости и в 1 — традиционной открытой атипичной резекции. Летальных исходов не было. Продолжительность дренирования плевральной полости колебалась от 48 до 72 часов. Критерием удаления дренажей считаем отсутствие поступления воздуха по дренажам, снижение экссудации до 100 мл и полное расправление легкого, подтвержденное рентгенологическим контролем. Незначительный болевой синдром купировался при помощи нестероидных противовоспалительных препаратов в течение трех суток. Наркотические анальгетики не использовались.

Больные активизировались через 12 часов после операции. Полная трудоспособность восстанавливалась через 10-12 суток. Поскольку СП относится к ургентной патологии и операции при нем выполняются по жизненным показаниям, противопоказаниями к эндоскопическому оперативному лечению может быть только тяжелая сопутствующая патология с выраженной сердечной и дыхательной недостаточностью, которая не позволяет выполнить общее обезболивание пациенту, а также обширное поражение легкого буллами большого диаметра. Данные противопоказания являются, на наш взгляд, относительными.

Обсуждение

Совершенствование хирургической техники значительно расширило возможности и эффективность ВТО. Применение оптики с углом 45° значительно улучшило обзор труднодоступных областей плевральной полости. Мы изменили расположение торакопортов, предложенное ранее [3,5,7], так как считаем его более удобным и технически оправданным. Использование инсуффляций CO₂ в плевральную полость (объемом до 1500 мл) значительно облегчает работу хирурга и улучшает обзор плевральной полости, но не является обязательным. Малая травматичность операций с незначительным количеством осложнений позволяет с успехом выполнять их даже у пожилых больных с различными сопутствующими заболеваниями и обширным поражением легочной паренхимы.

Следует отметить значительно менее выраженный болевой синдром после ВТО по сравнению с открытыми операциями и хороший косметический эффект. Проводя сравнение с результатами, полученными нами ранее [3,5], отмечаем снижение частоты рецидивов после ВТО с 4,4% до 2,7%, что практически соответствует частоте рецидивов после открытых операций (2,4%). Последний факт связан с приобретенным нами опытом ВТО за последние годы. Существенным моментом операции при СП является профилактика рецидива, что достигается различными способами плевродеза. Мы отдаем предпочтение сочетанному химическому и физическому плевродезу. В качестве хими-

ческого агента применяем раствор йода. Физический плевродез выполняем при помощи диатермокоагуляции либо лазерной фотокоагуляции, обрабатывая заднебоковые отделы париевальной плевры с II по VIII межреберья. При выраженном поражении легочной ткани указанную методику плевродеза дополняли частичной плеврэктомией с II по V межреберья в заднебоковых отделах плевральной полости.

Эндоскопические операции без резекции легкого при СП следует выполнять только при незначительном поражении легочной ткани (дефект четко не визуализирован, либо имеются единичные небольшие буллы диаметром до 10 мм). При большом поражении, а также буллах более 10-20 мм в диаметре необходимо применять видеоторакоскопическую резекцию.

При поликистозе легких, множественных буллах большого диаметра, расположенных в различных участках легкого, эндоскопические операции не следует рассматривать в качестве единственно возможного метода лечения, поскольку в ряде случаев необходим переход к открытой методике. Данная тактика является вполне оправданной, так как вышеуказанные причины являются одними из противопоказаний к эндоскопическому методу лечения, что, в противном случае, приводит к неизбежному рецидиву СП и дискредитации эндоскопической методики.

Выводы

Видеоторакоскопические операции при спонтанном пневмотораксе являются методом выбора и имеют неоспоримые преимущества перед открытыми вмешательствами. Количество рецидивов спонтанного пневмоторакса после видеоторакоскопических операций не отличается от таковых при открытых стандартных вмешательствах и не превышает 2,7%.

Применение видеоассистированных вмешательств позволяет использовать многоуровневые швизирующие аппараты и значительно снизить расходы на одноразовый инструментарий.

Весомым недостатком видеоторакоскопических операций считаем значительную стоимость одноразовых эндоскопических швизирующих аппаратов и видим перспективу в создании отечественных многоуровневых аппаратов схожей конструкции со сменными кассетами.

Литература

1. Бенин А.С., Корымасов Е.А., Пушкин С.Ю., Решетов А.П. (2008) Современные взгляды на технику резекций при эмфиземе легких. Мед. наука и образ. Урала. 3: 10-11
2. Калабуха И.А. (2008) Видеоторакоскопия в пульмонологии. Здоров'я України. 9: 1: 50-51
3. Мартинюк В.А. (2001) Застосування відеоторакоскопических операцій при спонтанному пневмотораксі. Автореф. дис...канд.мед.наук. (Київ). 18 с.
4. Нагаев А.С., Перепелицын В.Н., Огородников М.А. (2002) Видеоторакоскопические операции в лечении рецидивного спонтанного пневмоторакса. Тез. докл. V съезда Российской ассоциации эндоскопической хирургии. (Москва), с. 25
5. Шипулин П.П., Мартынюк В.А. (1999) Торакоскопическая хирургия спонтанного пневмоторакса. Грудн. и серд.-сосуд. хирургия. 2: 49-53
6. Hazelrigg S.R., Landreneau R.J., Mack M. et al. (1993) Thoracoscopic stapled resection for spontaneous pneumothorax. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 105: 3: 389-393
7. Inderbitzi R.G., Furrer M., Striffler M., Althaus U. (1993) Thoracoscopic pleurectomy for treatments of complicated spontaneous pneumothorax. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 105: 3: 84-88
8. Margolis M., Gharagozloo F., Tempesta B. et al. (2003) Video-assisted thoracic surgical treatment of initial spontaneous pneumothorax in young patients. Ann. Thorac. Surg. 76: 5: 1661-1663
9. Noda M., Isogami K., Kobayashi S. et al. (2003) The establishment of the styles of video-assisted thoracoscopic surgery for spontaneous pneumothorax. Kyubu. Geka. 56: 11: 908-912

РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ

Шипулин П.П., Байдан В.В., Мартынюк В.А., Байдан В.И., Козяр О.Н., Севергин В.Е., Кирилюк А.А.

Отделение торакальной хирургии, Одесская областная клиническая больница, Украина

The Role of Video-Assisted Thoracoscopy in the Diagnostics and Treatment of the Lungs and Mediastinal Diseases

P.P. Shipulin, V.V. Baidan, V.A. Martinyuk, V.I. Baidan, O.N. Kozyar, V.E. Severgin, A.A. Kirilyuk

Department of Thoracic Surgery, Odessa Regional Clinical Hospital, Ukraine

Summary

The experience of 207 video-assisted thoracoscopic operations in different pathologies of lungs and mediastinum has been presented. Methods such as video-endoscopic operations, video-assisted thoracoscopic operations, including video-assisted lobectomy are described. Methods using sophisticated endoscopic stitching apparatus and the traditional apparatus have been used for resection of lungs. Advantages of endoscopic operations over the open operations also have been described. Lethality of 2.8% was reported and was not related with the methods of operations.

Keywords: video-endoscopic, video-assisted thoracoscopic operations, disseminated processes of lungs.

Введение

Начиная с 1990 года видеоторакоскопические операции (ВТО) получили широкое распространение во всем мире. Благодаря малой травматичности, хорошему косметическому эффекту — ВТО при патологии грудной клетки стали альтернативой открытым вмешательствам [1-3,5,6,8]. Накопленный в клинике опыт проведения ВТО при целом ряде заболеваний легких и средостения позволил поделиться им в нашем сообщении.

Материалы и методы

В клинике ВТО выполнили 207 пациентам с различной патологией легких и средостения, среди них было 129 мужчин и 78 женщин в возрасте от 16 до 78 лет. Характер заболеваний подлежащих ВТО приведены в таблице 1. Всем больным выполнялось комплексное клиничко-рентгенологическое обследование, включающее полипозиционную рентгенографию и рентгенографию грудной клетки. По показаниям производились спиральная компьютерная томография, МРТ, бронхоскопия, ультразвуковое исследование.

Показания к ВТО приведены в таблице 2, они не отличались от данных других хирургов [1,3,5,8]. ВТО проводились с использованием эндохирургического видеокомплекса "Эндомедиум". В качестве обезболивания применяли наркоз с выключением из дыхания оперируемого легкого. У пациентов с диссеминированными процессами в легких, осложненных тяжелой дыхательной недостаточностью, в ходе ВТО проводились вентилиция обеих легких.

Операции осуществлялись из бокового доступа. Обычно использовали 2 торакопорта — 10-12 мм и 1 торакопорт — 5 мм. Для извлечения патологического материала из грудной полости в ряде случаев использовали расширение раны одного из портов до 2-3 см. Введение видеокамеры осуществляли через 10 мм торакопорт, установленный по средне-заднеподмышечной линии в VI-VIII межреберье в зависимости от зоны патологического очага. Дальнейшая установка торакопортов основывалась на разработанных

принципах [6,9], зависела от зоны патологического очага и обычно соответствовала форме треугольника во избежание эффекта "фехтования" инструментами. При проведении видеоассистированных резекций легкого (ВАРЛ) и видеоассистированных лобэктомий (ВАЛ) дополнительно производилась 4-5 см миниторакотомия, через которую проводились эндоторакальные манипуляции, включая введение традиционных швизирующих аппаратов типа УО и удаление патологического участка легкого. Для проведения ВАЛ использовали аппаратную методику Lewis R.I. и соавт. [7]. При удалении крупных

Таблица 1. Структура больных подвергнутых видеоторакоскопическим операциям

| № | Виды операций | Число больных | Число умерших |
|-----|---|---------------|------------------|
| 1. | Буллезная эмфизема, осложненная спонтанным пневмотораксом (среди больных с буллезной эмфиземой проанализированы только пациенты подвергнутые ВТРЛ и ВАРЛ) | 53 | |
| 2. | Первичный рак легкого | 27 | 2 |
| 3. | Метастатический рак легкого | 10 | |
| 4. | Неспецифические заболевания легких (бронхоэктазы, пневмония, включая пневмоцистоз, пневмосклероз, абсцесс легкого) | 41 | 3 |
| 5. | Туберкулез легкого, включая туберкулемы | 25 | |
| 6. | Саркоидоз | 4 | |
| 7. | Гистиоцитоз Х | 1 | |
| 8. | Гранулематоз Вегенера | 1 | |
| 9. | Фибризирующая альвеолит | 6 | |
| | Доброкачественные опухоли легкого в том числе: | 11 | |
| | • Гемартома | 7 | |
| 10. | • Фиброма | 1 | |
| | • Гемангиоэпителиома | 1 | |
| | • Лейомиома | 2 | |
| | Злокачественные новообразования средостения, в том числе: | 16 | |
| 11. | • Тимома | 2 | |
| | • Лимфолипролиферативное заболевание (лимфомы, лимфогранулематоз) | 14 | 1 |
| | Доброкачественное новообразование средостения, в том числе: | 12 | |
| 12. | • Невринома | 1 | |
| | • Фиброма | 1 | |
| | • Бронхогенная киста | 2 | |
| | • Липома | 8 | |
| | Всего | 207 | 6 (2,82%) |

Таблиця 2. Показання к проведеною видеоторакоскопических операций

| № | Нозоформы |
|----|--|
| 1. | Буллы легкого, в том числе осложненные перфорацией. |
| 2. | Диссеминированные процессы легких, установившие этиологию которых без морфологического исследования не представляется возможным. |
| 3. | Округлые новообразования и инфильтраты легких неясной этиологии. |
| 4. | Одиночные метастазы в легких после удаления основного очага. |
| 5. | Малые (до 3 см) периферические раки легкого при функциональных противопоказаниях к добоктомии. |
| 6. | Доброкачественные опухоли и кисты легкого и средостения. |
| 7. | Морфологическая верификация и оценка распространенности злокачественных опухолей средостения. |

доброкачественных опухолей легкого и средостения последние помещали в введенную в плевральную полость перчатку и после фрагментирования извлекали через рану торакопорта. Атипичические резекции легкого осуществляли при помощи эндосталлеров *Endopath ETS, Flex 45, Echelon EC 60*, вводимых через один из торакопортов, либо с помощью традиционных сшивающих *УО-40* и *УС-30*. При использовании последних атипичную резекцию осуществляли путем выведения участка легкого наружу через микродоступ либо путем погружения аппарата в плевральную полость [4]. Все вмешательства завершали расправлением легкого и дренированием плевральной полости двумя дренажами с активной аспирацией в течение 24-72 часов. Критерием удаления дренажей являлись расправление легкого и отсутствие сброса воздуха и экссудации, документируемое рентгенологическим контролем.

Результаты и обсуждение.

В результате 207 ВТО был выписан 201 больной. В послеоперационном периоде умерло 6 (2,8%) больных. Причинами летального исхода послужили: инсульт у 76 летней пациентки перенесшей ВТРЛ по поводу периферической карциномы I стадии и прогрессирование опухолевого процесса с дыхательной недостаточностью у одного больного. В трех случаях причина смерти была дыхательная недостаточность, обусловленная пневмоцистной пневмонией на фоне ВИЧ-инфекции. У 1 больного с лимфогранулематозом IV стадии причиной смерти явилась компрессия органов средостения. Последующие осложнения ВТО редки и не превышали 2% [1,3]. В наших исследованиях они встречались у 10 (4,8%) больных и были представлены остаточными полостями, не герметичностью легкого в 6 случаях, в двух — нагноение торакопортных ран, в двух — ограниченная эмпиема плевры. Все были излечены консервативными методами. Средние сроки госпитализации больных составили 5,2 дня. Характер выполненных ВТО представлен в таблице 3. Из таблицы видно, что основную группу из 183 операций составили различные резекции легкого.

Несомненным преимуществом является резекция легкого, осуществляемая с помощью современных эндосталлеров. Линия механического шва в подобных случаях тонка, герметична, также отсутствует риск кровотечения. Существенным недостатком, сдерживающим применение ВТРЛ, является высокая цена этих аппаратов. В определенной степени альтернативным является использование для атипичической резекции традиционных сшивающих аппаратов, методика их использования была нами подробно описана ранее [4].

Видеоассистированные атипичные резекции легкого (ВАРЛ) отличаются от ВТРЛ выполнением небольшой (4-5 см) торакотомии, обычно выполняемой для облегчения эндотрахеальных манипуляций. Показаниями для ВАРЛ мы, как и другие авторы [2], считаем наличие массивного спаечного процесса в зоне вмешательства, необходимость резекции больших объемов легочной ткани с помещением традиционных сшивающих аппаратов, в случае поломки эндосталлера, осложнений в ходе вмешательства, требующих дополнительного гемостаза.

Следует отметить, что расширение объема вмешательства путем минидоступа минимально травмирует мышцы, существенно не усиливает болевой синдром, не влияет на активизацию больного в послеоперационном периоде и косметический результат. ВАЛ выполнялась нами также с использованием минидоступа, применяя прошивание корня доли аппаратом *УО-40* по методике Lewis R.I. и соавт. [7]. В одном случае выполнена добоктомия по поводу гамартромы, локализующейся в корне средней доли, в другом — по показаниям был периферический рак I стадии у пожилого больного с отягощенным анамнезом, не позволяющим осуществить классическую операцию с лимфодиссекцией.

Техника удаления доброкачественных опухолей и кист легкого и средостения достаточно хорошо отработана [1,3]. Выполнение нами подобных вмешательств в настоящее

Таблиця 3. Виды видеоторакоскопических вмешательств

| № | Виды операций (в скобках — число операций, выполненных с помощью традиционных сшивающих аппаратов титана УО) | Число больных | Число умерших |
|--------------|--|---------------|-----------------|
| 1. | Видеоторакоскопические атипичные резекции легких, выполненных с помощью эндосталлеров (ВТРЛ) | 145 | 2 |
| 2. | Видеоторакоскопические атипичные резекции легкого (ВАРЛ) | 36 (25) | 3 |
| 3. | Видеоассистированные добоктомии (ВАД) | 2 | |
| 4. | Видеоторакоскопическое удаление опухолей и кист легкого (ВТУЛ) | 5 | |
| 5. | Видеоторакоскопическое удаление новообразований средостения (ВТУС) | 12 | |
| 6. | Видеоторакоскопическая биопсия опухолей средостения (ВТБС) | 15 | 0 |
| Итого | | 207 | 6 (2,8%) |

время при этой патологии считается методом выбора. При злокачественных опухолях средостения методом выбора являются открытые радикальные, часто комбинированные вмешательства. Роль ВТО при данной патологии нами ограничивалась биопсией и морфологической верификацией процесса, а также оценкой распространенности и определения возможности радикальной операции.

Если ВТО в виде ВТРЛ, либо удаление одиночных легочных метастазов является методом выбора [5,8], то при первичном раке отношение к ВТО спорно [8]. Нами ВТРЛ и ВАРЛ при периферическом раке рассматривались только как вынужденная операция у больных с функциональными противопоказаниями к доб-пульмонэктомии с лимфодиссекцией. В ряде случаев подобные вмешательства допустимы как паллиативные, или позволяют оценить распространенность процесса (метастаз в тоже легкое).

При наличии диссеминированных легочных поражений на фоне ВИЧ-инфекции проведение ВТО с целью верификации природы диссеминации крайне рискованно и нередко усугубляет дыхательную недостаточность.

Конверсия ВТО в широкую торакотомию потребовалась в 8 (3,8%) наблюдениях. Причинами ее послужили массивное кровотечение из внутренней грудной артерии, возникшее в ходе удаления фибромы средостения (1 больная), невозможность радикального удаления опухоли средостения (4 случая), необходимость расширить объем вмешательства при первичном раке до лоб-пульмонэктомии (3 случая).

Выводы

ВТО следует выполнять по строгим показаниям в специализированных учреждениях, обладающих значительным опытом открытых вмешательств на грудной клетке. Хорошие непосредственные результаты, отсутствие болевого синдрома, косметический эффект делают ВТО методом выбора для лечения большинства доброкачественных заболеваний органов грудной клетки.

При раке легкого ВТО не должны заменять традиционные вмешательства и требуют проведения дальнейших рандомизированных исследований. Существенным недостатком ВТРЛ с помощью эндосталлеров являются их высокая стоимость и отсутствие многогорловых аппаратов.

Литература

1. Клименко В.Н., Баргук А.С., Лемехов В.Г., Шербаков А.М. (2002) Видеоторакоскопия в диагностике и лечении новообразований легкого, средостения и плевры. Вопросы онкологии. 3: 375-376
2. Коваров И., Отто Т. (1997) Видеоассистированная торакокопия: решение грудных заболеваний. Эндокопическая хирургия. 4: 42-48
3. Меаведев А.П., Павлушин А.В., Горшков В.Ю. и соавт. (2001) Опыт видеоторакоскопических вмешательств при заболеваниях легких, плевры и средостения. Грудная серечно-сосудистая хирургия. 1: 40-46
4. Шипулин П.Л., Севергин В.Е., Мартынюк В.А. и соавт. (2008) Способы видеоторакоскопической биопсии легкого. Клиническая хирургия. 7: 37-39
5. Hazelrigg S.R., Nunchuk S.K., Locicero J. (1993) Video-assisted thoracic surgery study group data. Ann. Thorac. Surgery. 56: 1039-1044
6. Landreneau R.L., Mack M.J. (1992) Video-assisted thoracic surgery. Basic technical concept and intercostals approach strategic. Ann. Thorac. Surgery. 54: 800-807
7. Lewis R.I., Cascavale R.I., Bocage I.P., Widmann M.D. (1999) Video-assisted thoracic surgery non-rib spreading simultaneously stapled lobectomy. Chest. 116: 1194-1124
8. Kovaric G.S., Varoli F., Vergani C., Mactocco M. (2002) State of experience of 2000 videothoracoscopic procedures and an over view of the literature. Surg. Endosc. 16: 881-892
9. Sasaki M., Hirai S., Kawabe M. et al. (2005) Triangle target principle for the placement of trocars during video-assisted thoracic surgery. Euro. Cardiothorac. Surg. 27: 307-312

1 2009
Volume 13

Український журнал
малоінвазивної та
ендоскопічної хірургії

International Journal for:

- Neurosurgery
- Endovascular Neurology / Neuroangiography
- General Surgery / Pediatric Surgery
- Arthroscopy / Endovascular Surgery
- Gynecology / GRS Surgery / Urology
- Intensive Care in MICN Surgery
- Diagnostics in MICN Surgery
- Education in Surgery
- New Instruments, Techniques, Pharmaceutical Products, Ideas

http://www.ijeh.org.uk

ПОДПИСКА 2010

Глибокоуважаемі підписчики, читателі, автори оригінальних статей! "Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" розповсюджується безпосередньо кожному читателю/учреждению України редакцією напряму.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2010 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

НЕЙРОХІРУРГІЯ / НЕЙРОТРАВМАТОЛОГІЯ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія",
28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТ-ГЕМАТОМАМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Агзамов М.К., Берснев В.П.

Кафедра нейрохирургии Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования, Россия

Введение

Инсульт-гематомы головного мозга, как осложнение артериальной гипертонии, являются актуальной проблемой современной нейрохирургии. Вопросы хирургического лечения инсульт-гематом все еще далеки от своего разрешения.

Цель исследования — оптимизация тактики хирургического лечения больных с гипертоническими внутримозговыми гематомами.

Материал и методы

Под наблюдением было 107 больных в возрасте от 41 до 72 лет. Мужчин было 60, женщин — 47. В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были разделены на четыре группы.

В первой группе (34 человека), проводилось открытое удаление при помощи костно-пластических и резекционных трепанаций. В ясном сознании поступило 4, в оглушенном — 10, в сопоре — 10, в умеренной коме — 10 больных. С латеральными гематомами было 16 больных, с медиальными — 2, со смешанными — 12, с лобарными — 4. Объем гематомы до 40 см³ был у 1 больного, объем 41-60 см³ — у 7, объем 61-90 см³ — у 16, объем 91-120 см³ — у 8, свыше 120 см³ — у 2 больных. Вентрикулярное кровоизлияние отмечалось у 18 больных.

Во второй группе (16 больных), осуществлялась щадящая краниотомия с использованием эндоскопической техники. В ясном сознании поступило 4 больных, в оглушении — 9, в сопоре — 2, в умеренной коме — 1. С латеральными гематомами было 9 больных, с медиальными — 2, со смешанными — 3, лобарные — 2 больных. С объемом менее 40 см³ был 1 больной, 41-60 см³ — 7, 61-90 см³ — 6, 91-120 см³ — 1, свыше 120 см³ — 1 больной. Прорыв крови в желудочки мозга имел место в 9 случаях.

В третьей группе (17 человек), осуществлялось наружное вентрикулярное дренирование. В ясном сознании поступило 3 больных, в оглушенном — 7, в сопоре — 4, в умеренной коме — 3. С латеральными гематомами было 4 больных, медиальными — 8, смешанными — 5. Объем гематомы до 40 см³ был у 13 больного, объем 41-60 см³ — у 3, объем 61-90 см³ — у 1. Вентрикулярное кровоизлияние было у 10 больных.

В четвертой группе (40 человек), осуществлялось минимально инвазивное удаление внутримозговых гематом по авторской методике с применением нового устройства — воронкообразной канюли. После специальной разметки с использованием данных КТ

воронкообразная канюля вводится в полость и проводится удаление гематомы с использованием операционного микроскопа и микрохирургического инструментария. В ясном сознании поступило 3 больных, в оглушенном — 13, в сопоре — 14, в умеренной коме — 10. С латеральными гематомами было 24 больных, со смешанными — 10, лобарными — 6 больных. С объемом менее 40 см³ было 2 больных, 41-60 см³ — 7, 61-90 см³ — 19, 91-120 см³ — 10, свыше 120 см³ — 2 больных. Прорыв крови в желудочки мозга имел место в 22 случаях.

Результаты

Результаты лечения больных оценивались по показателю госпитальной летальности и типам функциональных исходов. В первой группе хорошее восстановление было у 4 больных (11,8%), умеренная инвалидизация — у 4 (11,8%), глубокая инвалидизация — у 8 (23,5%), смертельный исход был в 18 случаях (52,9%).

Во второй группе хорошее восстановление было у 2 больных (12,5%), умеренная инвалидизация — у 4 (25%), глубокая инвалидизация — у 4 (25%), смертельный исход был в 6 случаях (37,5%).

В третьей группе хорошее восстановление было у 3 больных (17,6%), умеренная инвалидизация — у 5 (29,4%), глубокая инвалидизация — у 4 (23,6%), смертельный исход был в 5 случаях (29,4%).

В четвертой группе хорошее восстановление было у 6 больных (15%), умеренная инвалидизация — у 14 (35%), глубокая инвалидизация — у 10 (25%), смертельный исход был в 10 случаях (25%).

Обсуждение

Результаты хирургического лечения показали, что открытая краниотомия необходима в случаях нарастания дислокационного синдрома. Применение эндоскопической техники было предпочтительнее при латеральных и смешанных гематомах не более 60 см³. Наружный вентрикулярный дренаж был эффективен у больных с гематомами медиальной и смешанной локализации объемом до 40 см³, сопровождавшихся прорывом крови в желудочки мозга. Метод с использованием канюли позволил отказаться от открытых операций у большинства больных с латеральными и смешанными гематомами с минимальным риском нарастания отека и дислокации головного мозга в послеоперационном периоде.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ УДАЛЕНИЯ ИНСУЛЬТ-ГЕМАТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Агзамов М.К., Берснев В.П.

Кафедра нейрохирургии Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования, Россия

The Minimally Invasive Surgery of Intracerebral Hematomas — a New Method

M.K. Agzamov, V.P. Bersnev

Chair of Neurosurgery, Medical Academy of Postgraduate Education, St.-Peterburg, Russian Federation

Summary

One area in improving the results of surgical treatment in patient with hypertensive intracerebral hematomas — care remains the development of new minimally invasive surgical methods and devices. We describe a new method and device (funnel cannula), which after the special markings to the use of CT puncture entered into the cavity, followed by the evacuation of hematoma. In each case, depending on the depth of hematoma and its volume is cannula certain size. We analyzed the results of surgical treatment of 40 patients with hypertensive intracerebral hematomas, which are handled by proposed way.

The study showed that the method of using cannulae in patients with putaminal and mix hematomas can perfect the results of the treatment.

Key words: intracerebral hematoma, minimally invasive method.

Введение

Геморрагический инсульт (ГИ), обусловленный артериальной гипертонией, является одним из наиболее распространенных и тяжелых сосудистых заболеваний головного мозга. Особая медико-социальная значимость лечения ГИ обусловлена высокой летальностью и инвалидизацией среди выживших больных [2,3,9].

Вопросы хирургического лечения больных с ГИ являются наиболее сложными и все еще далеки от своего разрешения. Современной тенденцией в хирургии инсульт-гематом является развитие малоинвазивных методов, основной целью которых является максимально полное удаление сгустков крови с минимальным повреждением окружающей паренхимы мозга [1,4,6,10].

Материал и методы

В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 40 больных с внутримозговыми гематомами супратенториальной локализации с использованием малоинвазивного метода и оригинального устройства для удаления внутримозговых гематом.

Больные находились на лечении в отделении нейрохирургии Марининской городской больницы Санкт-Петербурга и отделения нейрохирургии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2005 по 2008 гг. Возраст больных составил от 41 до 72 лет. Основным этиологическим фактором ГИ во всех случаях была гипертоническая болезнь. В зависимости от степени нарушения сознания больные были распределены следующим образом: в ясном сознании

поступило 3, в стані умереного і глибокого оглушення — 13, в сопоре — 14, в умереної коме — 10. В компенсованому стані госпіталізовано 9, в субкомпенсованому — 21, в декомпенсованому — 10 больових.

Всім больовим при поступленні і в динаміці проводилась КТ головного мозку. По КТ даним визначали локалізацію і об'єм кровоизлияній, наявність і вираженість таких показателів як сміщення срединних структур мозку, прорив крові в желудочкову систему. Латеральні гематоми діагностовані в 24 випадках, змішані — в 10, лобарні — в 6. Гематома менше 40 см³ виявлена у 2 больових, от 41 до 60 см³ — у 7, от 61 до 90 см³ — у 19, більше 91 см³ — у 12. Со сміщенням срединних структур головного мозку 1-4 мм було 17 больових, 5-10 мм — 10, свще 10 мм — 5, без сміщення — 8 больових. Прорив крові в желудочки мозку діагностован в 22 випадках.

Черепна ангиографія проведена 6 (15%) больовим з підозрою на артеріовенозную мальформацию или артериальную аневризму.

Больовим здійснювалось мінімально інвазивне видалення внутримозгових гематом по авторській методикі [8] з використанням оригінального пристрою [7]. Устройством, при допомозі якого удаляється гематома — воронкообразная канюля — представляє собою усеченний конус, имеющей высоту 40-60 мм, диаметр большего основания 23-27 мм, диаметр меньшого основания 13-17 мм. На большем основании канюля имеет ограничительный фланец, обеспечивающий возможность фиксации канюли в костном отверстии.

Удаление внутримозговой гематомы осуществляют через трепанационное отверстие диаметром 2,5 см. Место выбора наложения костного отверстия, а также место, направление и глубину пункции предварительно определяют на КТ срезах и с учетом реально го масштабного коэффициента переносят на поверхность головы. Разметку подхода выполняют также с учетом расположения функционально важных зон посредством нанесения на кожу головы условных срезов, получаемых при томографии.

Для проведения воронкообразной канюли в полость гематомы мы использовали набор цилиндрических трубок-расширителей мозговой ткани возрастающего диаметра. Первой трубкой осуществляли пункцию гематомы, далее по ней проводили вторую трубку большего диаметра. При такой последовательности мозговая ткань растягивается равномерно и, следовательно, травмируется меньше, чем при энцефалотомии. По второй трубке в полость гематомы вводили воронкообразную канюлю, трубки-расширители извлекали и осуществляли удаление гематомы при помощи электрососа с использованием операционного микроскопа и микрохирургического инструментария. В каждом конкретном случае в зависимости от глубины залегания гематомы и ее объема применялась канюля определенных размеров.

Инструментальный контроль за объемом удаленной гематомы возможен при помощи интраоперационного ультразвукового исследования, а также компьютерно-томографического или магнитно-резонансного исследований в послеоперационном периоде.

Результаты лечения больових оценивались по показателю госпитальной летальности и типам функциональных исходов, для чего использовали шкалу исходов Глазго.

Результаты лечения

Хорошее восстановление было у 6 больових (15%), умеренная инвалидизация — у 14 (35%), глубокая инвалидизация — у 10 (25%), смертельный исход был в 10 случаях (25%). Из 16 больових, поступивших в ясное сознание и оглушении, умерших не было. Среди 14 больових, поступивших в сопоре, умерли 5, что составило 35,7%. Из 10 больових в коме умерли половина. В компенсованом состоянии умерших больових не было. Из 21 больових в субкомпенсованом состоянии погибли 4 (19,1%), из 10 больових поступивших в декомпенсованом состоянии погибли 6 (60%).

Из 24 больових с латеральными гематомами погибли 6, что составило 25%. Из 10 больових со змішаними кровоизлиянями погибли 3 (33,3%). Из 6 больових с лобарными гематомами умер 1 (16,7%) больовий на фоне розвинутого повторного кровоизлияния з прорывом в желудочки мозку і гематомопадой. При об'ємі кровоизлияний 41-60 см³ умер 1 (14,3%), при об'ємі 61-90 см³ — 4 (21,1%), свще 91 см³ — 5 (45%)

больових. Летальные исходы отмечены у 1 (12,5%) больового с отсутствием смещения срединных структур головного мозга, со смещением 1-4 мм — у 4 (23,5%), со смещением 5-10 мм — у 3 (33,3%) со смещением свще 10 мм — у 2 (40%). Смертельные исходы на фоне прорыва крові в желудочки головного мозга отмечены у 5 (22,7%) больових.

Повторные операции по поводу вторично возникших кровоизлияний проведены у 2 больових (5%).

Обсуждение

Исследование показало, что, результаты хирургического лечения зависели от степени нарушения сознания, объема и локализации гематомы, и в меньшей степени зависели от сроков проведения операции, наличия вентрикулярного кровоизлияния.

Полученные данные показали, что проведение минимально инвазивных операций с использованием воронкообразной канюли было предпочтительнее у больових поступивших в компенсованом и субкомпенсованом состоянии, у которых состояние сознания оценивалось как ясное, оглушение и сопор.

Результаты некоторых клинических наблюдений свидетельствуют, что во время операций воздействие, оказываемое шпателями, может вызывать повреждение тканей мозга. Шпатели, которые неоднократно переставляются во время операции, приводят к разрыву мозговой ткани, а в наиболее тяжелых случаях приводят к формированию зоны геморрагического инфаркта в подвергаемых траскции отделах мозга [5].

Наше наблюдение показало, что мозг, растянутый вокруг канюли во время операции, обычно быстро смыкался после ее извлечения и мозговое вещество по ходу канала, остающегося на месте воронкообразной канюли выглядело нормальным, без признаков повреждения. На контрольных КТ раневой ход обычно не определялся. Иногда определялось небольшое скопление воздуха в ложе гематомы. Малотравматичное удаление гематомы приводило к быстрому эффекту, поскольку исчезал масс-эффект и снижалось внутричерепное давление.

Таким образом, малотравматичность метода в сочетании с небольшой длительностью операции, возможностью отказа от сложных виллов наркоза и пролонгированной ИВЛ, позволяет расширить контингент больових и показання к хирургическому лечению. Применение этого метода может улучшить результаты лечения среди больових с латеральными и змішаними кровоизлиянями, составляющими основной контингент пациентов с геморрагическим инсультом.

Литература

- Данчин А.Г. (2001) Малоинвазивные хирургические вмешательства при супратенториальных внутримозговых гематомах, обусловленных артериальной гипертензией. Автореф. дис... д-ра мед. наук. (Киев). 35 с.
- Крылов В.В., Дашьян В.Г., Парфенов А.Л. и др. (2007) Рекомендательный протокол по ведению больових с гипертензивными внутримозговыми гематомами. Вопросы нейрохирургии имени Н. Н. Бурденко. 2: 3-9
- Лебедев В.В., Крылов В.В. (2000) Неотложная нейрохирургия. Руководство для врачей. (Москва). "Медицина", 568 с.
- Лясин Г.В. (2005) Эндоскопия в лечении нетравматических внутримозговых гематом. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Новосибирск). 28 с.
- Лубина А.Ю., Коршунов А.Г., Сазонова О.Б. и др. (1995) Ретракционное давление при нейрохирургических операциях на мозге. Часть II. Анализ осложнений, связанных с применением ретракторов. Вопросы нейрохирургии. 2: 20-22
- Полякова Л.Н. (2005) Метод пункционно-аспирационного удаления гипертензивных внутримозговых гематом в сочетании с локальным фибринолизом. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Москва). 24 с.
- Пат. 65382 РФ. Канюля для удаления внутримозговых гематом. Беренев В.П., Агзамов М.К., Агзамов И.М. опубл. 10.08.2007. Бюлл. ВАК РФ № 22
- Пат. 2336030 РФ. Способ удаления внутримозговых гематом. Беренев В.П., Агзамов М.К., Никитин П.И. опубл. 20.10.2008. Бюлл. ВАК РФ № 29
- Скворцова В.И., Крылов В.В. (2005) Геморрагический инсульт. (Москва). "Медицина". 160 с.
- Ширшов А.В. (2006) Супратенториальные гипертензивные внутримозговые кровоизлияния, осложненные острой обструктивной гидроцефалией и прорывом крові в желудочковую систему. Автореф. дис... д-ра мед. наук. (Москва). 27 с.

МАЛОІНВАЗИВНЕ ВИДАЛЕННЯ ТРАВМАТИЧНИХ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ ЕПІДУРАЛЬНИХ ТА СУБДУРАЛЬНИХ КРОВОВИЛИВІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ЛОКАЛЬНОГО ФІБРИНОЛІЗУ

Горбатюк К.І.

Нейрохірургічне відділення, Центр цереброваскулярної хірургії, Вінницька обласна психоневрологічна лікарня, Україна

Minimally Invasive Removal of the Traumatic Extradural and Subdural Haematomas with Use of Local Fibrinolysis

K.I. Gorbatyuk

Department of Neurosurgery, Center of Cerebro-Vascular Surgery, Regional Psycho-Neurological Hospital, Vinnitsa, Ukraine

Summary

The local fibrinolysis (LF) is successfully used for intraventricular and intracerebral hemorrhage surgery from middle 80th of XX century. LF application for traumatic intracranial haematomas has not been discovered because of extended view of high risk of rebleeding. This data showed results of local fibrinolysis application in surgery of traumatic intracranial haematoma.

We used such method in the 24 cases. Investigation involved 20 males and 4 females, 14 patients were operated on the occasion of epidural haematoma, 10 — with the subdural haematomas. In two cases we operated in one-stage epi- and subdural haematoma contralaterally.

In all observations we received practically complete blood clot removal without signs of hemorrhage recurrence. No system effects of fibrinolytic activity or infection complications were observed. Amount of CT in 58% cases were 3 per treatment, in 42% — 2. The Glasgow Outcome Scale rate in 87% cases after 3 months after operation was as good recovery. Average hospital stay was 12.6 days.

Local fibrinolysis application opens new possibilities in minimally invasive surgery of traumatic intracranial extradural and subdural hemorrhages for patients with compensated or subcompensated status.

Key words: head injury, extradural hemorrhage, subdural hemorrhage, local fibrinolysis.

Вступ

Травматизм стає все більш актуальною проблемою не тільки медицини, але і будь-якої суспільної системи в цілому. В розвинутих країнах травматизм в структурі причин смерті населення займає третє місце, поступаючись лише серцево-судинним та онкологічним захворюванням. В Україні смерть в результаті травми займає також третє місце, проте при середній тривалості життя на 15 років коротше ніж у країнах західної Європи. В загальній структурі травматизму пошкодження центральної нервової системи складають до 30-40%, а серед причин інвалідизації населення, що наступають внаслідок усіх травм, вони виходять на перше місце, складаючи 25-30%. Більшість постраждалих — це люди працездатного віку, тому стає зрозумілим чому по кількості сумарних принесених економічних та медико-соціальних збитків суспільству, травматичні пошкодження займають перше місце, випереджаючи серцево-судинну патологію та онкозахворювання. Близько 4% світового валового внутрішнього продукту втрачається через травматизм. Щорічно в світі від ЧМТ гинуть 1,5 млн. чоловік, а 2,4 млн. стають інвалідами [7]. Ос-

тання десятиріччя характеризуються збільшенням кількості ЧМТ, що має по статистиці ВООЗ тенденцію до зростання в середньому на 2% щорічно.

Щорічно ЧМТ в Україні отримують близько 200 тис. осіб. В структурі нейрохірургічної патології гостра ЧМТ та її наслідки складають 2/3 (63-66%) госпіталізованих хворих. В останні 10 років кількість госпіталізації при ЧМТ зростає на 22%, із 41 379 до 50 692, при збільшенні кількості оперативних втручань на 38% (із 13 453 до 18 603). Показник хірургічної активності зріс до 36,7% (на 4,5%). В структурі травматичних пошкоджень збільшилась кількість госпіталізованих хворих із забоями головного мозку середнього та важкого ступеню з 7 941 до 9 888, а також із здавленням головного мозку внутрішньочерепними гематомами та вдавненими переломами з 4 935 до 6 718 [8].

В структурі ЧМТ внутрішньочерепні крововиливи становлять 13,3%, по даним різних авторів даний показник може коливатись від 2% до 16,6% [2]. Від 3% до 10% госпіталізованих постраждалих з ЧМТ оперовані з приводу компресії головного мозку внутрішньочерепними гематомами [9].

Існуючі підходи консервативного лікування травматичних внутрішньочерепних об'ємних крововиливів (ТВОК) застосовують при компенсованому та субкомпенсованому стані пацієнта при відсутності даних про компресійно-дислокаційний синдром, та

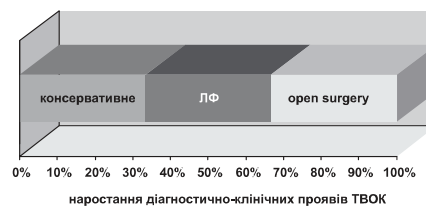


Рис. 1

Схематичне відображення тактики вибору пацієнтів для ЛФ ТВОК.

порівняно невеликому об'єму крововиливу. Для консервативного лікування в основному відбирають пацієнтів з ясною свідомістю, відсутністю вираженого зміщення серединних структур головного мозку до 5 мм, малим об'ємом крововиливу (до 30 мл), проте навіть з такими критеріями, у більшості знайдених нами спостережень авторів від 10–23% пацієнтів потребували у подальшому оперативного лікування у зв'язку з наростанням симптоматики. Це можна пояснити виснаженням компенсаторної здатності головного мозку, а також тим, що 1/4 ТВОК може збільшуватись протягом 36 годин після травми, незважаючи на медикаментозне лікування [13]. Таким чином, серед консервативно лікованих хворих можна виділити групу пацієнтів які потребують більш пильного спостереження аніж інші, унаслідок граничних діагностичних та клінічних даних, які можуть призвести до оперативного втручання.

Хірургічного лікування ТВОК, згідно діючих протоколів лікування хворих з ЧМТ в Україні, потребують усі постраждалі з товщиною крововиливу більше 15 мм, зміщенням серединних структур головного мозку на 5 і більше мм, з ТВОК об'ємом 50 і більше мл супратенторіально та 20 мл для субтенторіальних, з наявною вираженою неврологічною симптоматикою та неврологічним дефіцитом. Проте, як показує наш досвід, спостерігається група пацієнтів з чіткими показами до оперативного втручання згідно вищевказаних критеріїв у субкомпенсованому стані, та у ясній свідомості. Також, наявна група пацієнтів у яких товщина крововиливу 15–20 мм, зміщення серединних структур до 5 мм, об'єм крововиливу до 50 мл — проте наявний виражений загальномоозковий синдром, неврологічний дефіцит у вигляді пірамідної недостатності, афатичних розладів, тощо. В даних випадках вибір на користь медикаментозного або хірургічного лікування стає спірним питанням, адже при хірургічному доступі до ТВОК та його видаленні при резекційній або кістково-пластичній краніотомії (так звані методи "open surgery"), виникає ятрогенна інвазивність шкіри, м'язів тканин, кісток скелетного черепа, травматизація останніх впливає на самопочуття, реабілітацію, активізацію хворих у післяопераційному періоді, а консервативне лікування тожото з можливим виснаженням компенсаторної здатності головного мозку, та стрімким погіршенням стану хворого, або з наслідками тривалої локальної компресуючої дії ТВОК на кору головного мозку. Тому цій категорії хворих проводиться пошук нових малоінвазивних методів видалення гематоми, одним з яких є ЛФ, який дозволяє лізувати згортки гематоми, переводячи їх із щільного стану у рідкий та вільно їх аспирувати, таким чином видалити ТВОК. Цей метод з успіхом використовується з другої половини 80-х років ХХ сторіччя при лікуванні внутрішньочерепних крововиливів нетравматичної етіології та при гіпертензивних внутрішньомозкових крововиливах [1, 3, 4, 10–12, 15, 17–25]. Видалення крововиливу здійснюється поступово по мірі лізування згортки, саме тому дана методика є оправданою для пацієнтів у компенсованому та субкомпенсованому стані.

Метою нашого дослідження було визначити, наскільки ефективне введення фібринолітика у ТВОК, яке його оптимальне дозування, та як це відображається на клінічному стані пацієнта. Саме вищеописані категорії хворих була відібрана для проведення дослідження (рис. 1).

Матеріали та методи

В обласному нейрохірургічному відділенні Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Ющенко було прооперовано 24 пацієнта з використанням ЛФ (20 чоловіків та 4 жінки).

ЛФ було застосовано для видалення епідурального крововиливу (ЕК) у 14 хворих, субдурального крововиливу (СК) — у 10, двох пацієнтів було прооперовано з приводу ЕК та СК контралатерально.

В переважній більшості спостережень постраждалі були працездатного віку (80%). Самому молодому було 17 років, найстаршому — 69. Частіше всього ЧМТ отримували в побуті (71%) та внаслідок ДТП (29%), які в 54% супроводжувались алкогольним сп'янінням. У 4 хворих відмічено сполучену травму.

Стан постраждалих при вступі переважно був компенсований або субкомпенсований: 15 балів по ШКГ — 7 хворих, 13–14 балів — 8, та 11–12 балів — 9 хворих.

По даним СКТ головного мозку об'єм крововиливу становив від 30 до 100 мл. Середній об'єм крововиливу склав 58 мл.

Середній час від моменту травми до оперативного втручання склав 5 дб (від 12 год до 9 дб), що було пов'язано з невичасним направленням хворих на КТ лікарями неспеціалізованих стаціонарів. Більшість операцій (18 пацієнтів) було виконано протягом першої доби після госпіталізації хворих.

У 10 хворих внутрішньочерепний крововилив супроводжувався забиттям головного мозку легкого ступеню, в 12 — середнього ступеню, та в двох випадках — важкого ступеню. Тривалість втрати свідомості при отриманні травми становила в основному від кількох хвилин до 2 годин.

На основі проведених попередніх досліджень показаннями до операції з використанням ЛФ нами було визначено:

- компенсований або субкомпенсований стан постраждалого (ШКГ \geq 9 балів);
- об'єм крововиливу \geq 20 мл;
- наявність вогнищевої симптоматики;
- наявність тривало вираженого загальномоозкового синдрому, що не піддається медикаментозній корекції

Операція проводилась під місцевою анестезією. Розріз шкіри та м'язів тканин довжиною до 3–4 см. Після скелетування кістки накладали фрезевий отвір. Шляхом аспірації та відмивання видалялась доступна частина крововиливу. Через контрапертуру в крововилив проводили силіконовий катетер з внутрішнім діаметром 2 мм. Операційну рану зашивали наглухо. Через дренаж проводили аспірацію рідкої частини гематоми, після чого розпочинали саме процедуру локального фібринолізу шляхом введення по дренажу фібринолітика.



Рис. 2
КТ головного мозку до операції — в лівій лобно-тім'яній ділянці виявляється епідуральна гематома із ознаками компресії лівого бокового шлуночка.

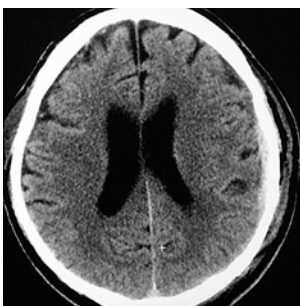


Рис. 3
КТ головного мозку через 48 годин після операції ЛФ — тотальне видалення епідуральної гематоми лівої лобно-тім'яної ділянки.

ЛФ проводився за допомогою стрептокінази ("Фармакіназа"), по дренажу вводилося по 50 000 одиниць фібринолітику кожні 6 годин, попередньо аспіруючи лізовану кров. Контролем слугувало покращення стану хворого та позитивна КТ динаміка головного мозку, яка виконувалась кожні 24 години проведення фібринолізу.

Видалення крововиливів малого об'єму (30–50 мл) було доцільним для зменшення ступеню вираженості неврологічної симптоматики у випадках наявності супутніх факторів компресії головного мозку (рис. 2–3).

20 пацієнтам (83%) оперативне втручання проводилось під місцевим знеболенням яке при необхідності доповнювалось внутрішньовенним потенціюванням, лише 4 хворим ми були змушені застосувати комбінований ендотрахеальний наркоз у зв'язку з їх неадекватністю та пригніченням свідомості до 11 балів по ШКГ.

Результати

У 19 хворих для повного видалення ТВОК з використанням ЛФ вистачило 48 годин. В 5 спостереженнях ЛФ продовжувався до 72 годин. Критерієм припинення ЛФ було зменшення залишкового об'єму крововиливу менше ніж 30% від початкового об'єму. Активізація хворих проводилась на наступний день після операції. Регрес неврологічної симптоматики спостерігали через дві доби. У всіх 24 пацієнтів використання ЛФ призвело до повного видалення крововиливу (залишковий об'єм крововиливу лише у 3 хворих становив до 15 мл), рецидиву останнього не було відмічено. У 4 хворих при ЛФ ЕК ми отримали свіжу венозну кров по дренажу, що пов'язано з близькою локалізацією отворів дренажу до лінії перелому скелетного черепа. При цьому процедуру ЛФ припиняли, налагоджуючи систему закритого зовнішнього дренирування порожнини крововиливу протягом 24 годин. На контрольній СКТ головного мозку в усіх 4 спостереженнях залишковий об'єм крововиливу становив менше 30% початкового.

Ні в одному випадку не було відмічено системної дії фібринолітику, чи змін у коагулограмі пацієнтів. В 58% було виконано загалом по три СКТ головного мозку за весь період лікування (42% по дві СКТ). Середній час перебування пацієнта в клініці склав 12,6 дб (від 7 до 18 дб).

Результати проведеного лікування оцінені по шкалі результатів Глазго через 3 місяці після травми: добре відновлення — 87%; помірна інвалідизація — 13%.

Обговорення

Дані в літературі по системі MEDLINE про використання ЛФ у хірургічному лікуванні ТВОК є досить поодинокими, що пов'язано з достатньо недавнім впровадженням даної методики. Так, Крилов В.В. та співав. в 2004 році успішно прооперували 9 пацієнтів з травматичними внутрішньочерепними крововиливами [5]. Для проведення локального фібринолізу використовували стрептокіназу або рекомбінантну проурокіназу, яку вводили по 30–60 тис. од. кожні шість годин, попередньо аспіруючи лізовану кров. До 2006 року Криловим В.В. та співавторами накопичений досвід лікування 37 постраждалих із внутрішньочерепними крововиливами, усі оперативні втручання проводили під місцевою анестезією [6]. Авторі вказують на успішне лікування семи пацієнтів з травматичними внутрішньомозковими крововиливами, 20 хворих з субдуральними крововиливами, а також 10 постраждалих з епідуральними крововиливами. Хоча в останній групі, в 4 випадках спостерігали рецидиви крововиливів, що потребувало відкритої операції.

Ліу W. та співав. застосували ЛФ 21 хворому з ЕК [16]. Методика операції ідентична до вищеописаної, з встановленням дренажу у порожнину крововиливу. Проте схема виконання ЛФ інша: автори використовували урокіназу у кількості 20 тис. од., розчиненої у 3 мл NaCl 0,9%. Дренаж після введення фібринолітику перекиривав на три години, після чого проводилась тривала активна аспірація під негативним тиском до наступного введення фібринолітика. Урокіназу вводили тричі, кожні вісім годин, протягом однієї доби. Постраждалим в гострій фазі протягом 24 годин після травми ЛФ розпочинали лише через добу. Дренирування продовжували протягом 3–5 дб, до видалення більшої частини згортки крововиливу під контролем КТ. В результаті видалення ЕК було досягнуто у всіх спостереженнях, інфекційних ускладнень не було зафіксовано. Середній час перебування пацієнта у лікарні склав 7 дб.

Схема та отримані результати нашого дослідження схожі до вищеописаних, хоча порівнюючи результати лікування постраждалих з ЕК у нашій вибірці рецидиву останніх не спостерігалося.

Висновки

Використання ЛФ значно зменшує травматизацію операції, за рахунок виконання малого розрізу шкіри довжиною до 3–4 см та накладання всього одного фрезевого отвору, а також дозволяє проводити втручання під місцевою анестезією, на протилежному комбінованому ендотрахеальному наркозу, що значно знижує операційний ризик, особливо у пацієнтів похилого віку та пацієнтів з важкою соматичною патологією.

Регрес неврологічної симптоматики відбувається швидше при використанні ЛФ, аніж при консервативному лікуванні ЕК, тому пацієнти страждають значно менше, що дозволяє активізувати хворих у ту ж, або на наступну добу після операції. Таким чином, покращується якість життя пацієнтів у ранній післяопераційний період.

Застосування ЛФ стрептокіназою є безпечним та ефективним методом малоінвазивного видалення ТВОК.

Література

1. Буров С.А., Ситников А.Р. (2004) Использование прямых тромболитиков при интравентрикулярных кровоизлияниях, обусловленных разрывами аневризм и артериовенозных мальформаций. *Нейрохирургия*. 3: 51–55
2. Васин Н.Я., Шевелев И.Н., Кутин В.А. (1982) Некоторые вопросы хирургической тактики при острых травматических внутримозговых гематомах. Сборник научных трудов "Внутричерепные кровоизлияния". (Москва), с. 31–34
3. Данчин А.Г., Данчин А.А., Хрипунов А.Н., Литвин А.О. (1999) Интравентрикулярное применение кабрикиназы при лечении внутримозговых кровоизлияний, обусловленных артериальной гипертензией. *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*. Vol 3; 1: 7–11
4. Данчин А.Г., Хрипунов А.Н., Данчин А.А., Литвин А.О. (1999) Опыт применения локального фибринолиза при удалении гипертензивных внутримозговых гематом пункционным способом. *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*. Vol. 3; 4: 4–9
5. Крылов В.В., Буров С.А., Тальпов А.Э., Гунба Д.Д. (2004) Возможности применения стрептокиназы для хирургического лечения травматических внутримозговых гематом. *Нейрохирургия*. 4: 15–21
6. Крылов В.В., Буров С.А., Галанкина И.Е., Дашьян В.Г. (2006) Метод локального фибринолиза в хирургии травматических внутримозговых кровоизлияний. *Вопросы нейрохирургии*. 3: 23–29
7. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев А.И. (2004) Клиническая неврология. (Москва). "Медицина", т. 3: 408 с.
8. Пелаченко Е.Г. (2008) Невідкладна допомога при черепно-мозковій травмі в Україні. *Матеріали IV З'їзду нейрохірургів України*. (Дніпропетровськ), с. 4
9. Полищук Н.Е., Пелаченко Г.А., Полищук Л.Л. (2000) Алкогольная интоксикация в клинике неотложной нейрохирургии и неврологии. (Киев).
10. Сарибекан А.С., Полякова Л.И. (1998) Пункционная аспирация гипертензивных внутримозговых гематом с использованием локального фибринолиза. *Материалы 2 съезда нейрохирургов Российской Федерации*. (Нижний Новгород), с. 193–194
11. Altumbabic M., Peeling J., Del Bigio M.R. (1999) Intracerebral hemorrhage in the rat: effects of hematoma aspiration. *Stroke*. 29; 9: 1917–1922
12. Barrett R.J., Hussain R., Coplin W.M., Berry S., Keyl P.M., Hanley D.F., Johnson R.R., Carhuapoma J.R. (2005) Frameless stereotactic aspiration and thrombolysis of spontaneous intracerebral hemorrhage. *Neurocritical Care*. 3; 3: 237–245

13. Brink W.A., Zwienerberg M., Zandee S.M., Meer L., Maas A.L., Avezaat C.J. (1999) The prognostic importance of the volume of traumatic epidural and subdural haematomas revisited. *Acta Neurochirurgica*. (Wien). Vol. 141: 509-514
14. Deinsberger W., Lang C., Hornig C., Boeker D.K. (2003) Stereotactic aspiration and fibrinolysis of spontaneous supratentorial intracerebral hematomas versus conservative treatment: a matched-pair study. *Zentralblatt für Neurochirurgie*. 64; 4: 145-150
15. Grabb P.A. (1998) Traumatic intraventricular hemorrhage treated with intraventricular recombinant-tissue plasminogen activator: technical case report. *Neurosurgery*. 43; 4: 966-969
16. Liu W., Ma L., Wen L., Shen F., Sheng H., Zhou B., Hu W., Zheng X., Yang X. (2008) Drilling skull plus injection of urokinase in the treatment of epidural haematoma: a preliminary study. *Brain Injury*. Vol. 22; 2: 199-204
17. Mayfrank L., Lippitz B., Groth M., Bertalanffy H., Gilsbach J.M. (1993) Effect of recombinant tissue plasminogen activator on clot lysis and ventricular dilatation in the treatment of severe intraventricular haemorrhage. *Acta Neurochirurgica*. (Wien). Vol. 122; 1-2: 32-38
18. Miller D.W., Barnett G.H., Kormos D.W., Steiner C.P. (1993) Stereotactically guided thrombolysis of deep cerebral hemorrhage: preliminary results. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 60; 4: 321-324
19. Nasser J.A., Falavigna A., Bezerra M., Martinez Y., Freitas G., Alaminos A., Bonatelli A., Ferraz F. (2002) Stereotactic fibrinolysis of spontaneous intracerebral hematoma using infusion of recombinant tissue plasminogen activator. *Arquivos de neuropsiquiatria*. 60; 2-B: 362-366
20. Niizuma H., Otsuki T., Johkura H., Nakazato N., Suzuki J. (1985) CT-guided stereotactic aspiration of intracerebral hematoma — result of a hematoma-lysis method using urokinase. *Applied Neurophysiology*. 48; 1-6: 427-430
21. Schaller C., Rohde V., Hassler W. (1995) Local thrombolytic treatment of spontaneous intracerebral hemorrhage with plasminogen activator (rt-PA). Indications and limits. *Nervenarzt*. 66; 4: 275-281
22. Teernstra O.P., Evers S.M., Lodder J., Leffers P., Franke C.L., Blaauw G. (2003) Multicenter randomized controlled trial (SICHPA). Stereotactic treatment of intracerebral hematoma by means of a plasminogen activator: a multicenter randomized controlled trial (SICHPA). *Stroke*. 34; 4: 968-974
23. Tzaan W.C., Lee S.T., Lui T.N. (1997) Combined use of stereotactic aspiration and intracerebral streptokinase infusion in the surgical treatment of hypertensive intracerebral hemorrhage. *Journal Formos Medical Association*. 96; 12: 962-967
24. Vespa P., McArthur D., Miller C., O'Phelan K., Frazee J., Kidwell C., Saver J., Starkman S., Martin N. (2005) Frameless stereotactic aspiration and thrombolysis of deep intracerebral hemorrhage is associated with reduction of hemorrhage volume and neurological improvement. *Neurocritical Care*. 2; 3: 274-281
25. Yokote H., Komai N., Nakai E., Ueno M., Hayashi S., Terashita T. (1989) Stereotactic evacuation of hypertensive cerebellar hemorrhage using plasminogen activator. *No Shinkei Geka*. 17; 5: 421-426

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПРОЛЕЖНІВ У ПОТЕРПІЛИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ СПІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ В ПЕРІОДІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ

Пендраковський К.В., Лурін І.А.

Українська військово-медична академія, Головний військовий медичний клінічний центр "ГВКГ" МО України, Київ

Complex Treatment of Bedsores for Victims with the Combined Spinal Injury in the Period of Rehabilitation of Traumatic Illness

K.V. Pendrakovskiy, I.A. Lurin

Ukraine Military Medical Academy, Main Military Clinical Hospital, Defence Ministry of Ukraine, Kiev

Summary

To the opinions of many researchers results of treatment of victims are with bedsores it is possible to improve by prognostication of development of bedsores, by the improvement of conservative methods, optimization of surgical treatment.

The amount of the offered methods of treatment of bedsores on this time is large. It goes to show that not the alone from them is unable fully to satisfy all of requirements of practical medicine. Conservative — acknowledged helpless, as a result of small efficiency and protracted treatment. Surgical — most authors give advantage, and it is suggested to conduct conservative treatment in quality preoperative preparation.

Looks to the methods of surgical treatment of bedsores, ambiguous, only questions are partly lighted up in relation to the criteria of readiness of bedsores to the plastic closing and ground of expedience of combination of balneological factors in treatment of bedsores with subsequent surgical treatment. Therefore searches new and perfections of existent surgical methods are necessary for the decision of questions of effective postoperative treatment of victims with bedsores in the rehabilitation period.

Key words: bedsores, surgical treatment, combined spinal injury.

Особливістю травм, що спостерігаються останніми роками, є їх тяжкий поєднаний характер із зростанням числа пошкоджень хребта і спинного мозку, які мають наслідки рухливого, чутливого та трофічного характеру [3]. За статистичними даними Міністерства охорони здоров'я, в Україні щорічно отримують травму хребта та спинного мозку біля 2200 осіб, що становить приблизно 1,8% від усіх уражень нервової системи [25], а поєднання з краніоцеребральною, торокальною, абдомінальною та скелетною травмою відмічається у 6,9-36% потерпілих [3].

Клінічним проявленням ускладнень трофічного характеру у 20-90% потерпілих з ускладненою травмою хребта є швидкий розвиток пролежнів, які потребують тривалого лікування та у 40% рецидивують [2], що призводить до формування тривало незагоєних пролежневих виразок з можливою малигізацією — "виразка Марджоліна" [42]. Частота виникнення пролежнів у госпіталізованих хворих в США, що перенесли спинальну травму коливається від 40% до 60% [37].

Наявність пролежнів ускладнює догляд за постраждалими і приковує їх до ліжка, провокує розвиток інфекційно-гнійних ускладнень, що негативно впливає на своєчасне проведення відновлювальних операцій на хребті і спинному мозку, перешкоджає проведенню своєчасної медичної і соціально-трудової реабілітації [2]. Сповільнене загоєння пролежневої рани, приєднання інфекції, спричиняє хронічну інтоксикацію, провокують появу бактеріємії, що призводить до смерті у 9-20% потерпілих [4,28].

Післяопераційні ускладнення у 25-50%, рецидиви після операцій у 30% прооперованих, та дорога собівартість при хірургічному лікуванні пролежнів, змушує дослідників вдосконалювати існуючі хірургічні методики [4,6].

Не дивлячись на досягненні успіхи хірургічного лікування пролежнів за останнє десятиріччя, потребують подальшого удосконалення методики передопераційної підготовки, хірургічного лікування і післяопераційного ведення потерпілих з пролежнями.

У науковій літературі є дані про позитивний вплив бальнеофакторів (грязьові, ропні ванни) на покращення результатів у лікуванні потерпілих з пролежнями при поєднаній хребтно-спинномозкової травми в реабілітаційному періоді травматичної хвороби [9]. Тому нами висунута наукова гіпотеза про можливість використання бальнеофакторів в якості передопераційної підготовки і післяопераційного лікування потерпілих з пролежнями, особливо тривало існуючих, в поєднанні з хірургічним лікуванням.

У вітчизняній літературі термін "пролежень" з'явився в XIX столітті. Багато вчених намагалися замінити цей термін на більш науковий, наприклад, "нейротрофічні виразки", "виразки від здавлення", "трофічні виразки м'яких тканин" і т.п., але останні не отримали широкого розповсюдження. Традиційно дефекти м'яких тканин, які виникають внаслідок їх тривалого здавлення, називаються пролежнями. У сучасній зарубіжній літературі існує багато назв пролежня. З них найчастіше вживаються "decubitus" від латинського "decumbere" (лежати) і "bed sores". Ці терміни обмежені у вживанні і не зовсім точні, оскільки перераховують виникнення пролежня при тривалому перебуванні в лежачому положенні. Терміни "pressure sores" або "pressure ulcers" в перекладі означають "рана або виразка від здавлення". Це визначення включає поняття здавлення, тertia і зсуву шкіри, які є провідними у потерпілих із поєднаною спинальною травмою. Як вважає більшість дослідників останні терміни, точніше характеризують поняття пролежня [4].

Локалізація пролежнів залежить від положення хворого. У лежачому положенні найбільшого тиску зазнають: крижово-куприкова ділянка, ділянка сідниць, п'яті і потилиці (40-60 мм рт.ст.). У покладених лежачи на животі тиск на ділянку колін і грудей досягає 50 мм рт.ст. У сидючому покладених при опорі ногами на тверду поверхню найбільшого тиску зазнають тканини в ділянці сідничних горбів, що складає приблизно 10 мм рт.ст. В деяких випадках при вимушеному тривалому покладених пролежні можуть виникнути в ділянці великих вертлюгів, п'ят, кісточок та інших ділянках [8].

У потерпілих з пошкодженням спинного мозку, більш ніж в 80% випадків пролежні з'являються в ділянці крижів, сідничних горбів і великих вертлюгів стегнових кісток.

Зазвичай тканини, що оточують пролежень, знаходяться в стані нейродистрофії. Чутливість в цих зонах в більшості випадків відсутня, є атрофія м'язів з явищами жирового переродження. В більшості хворих має місце спастичний синдром, який призводить до значного натягу країв шкіри в ділянці післяопераційного шва. І найголовніше, всі без виключення пролежні інфіковані. Ранава флора складається найчастіше з *Proteus*, *Pseudomonas*, *Staphylococcus aureus*. Причому штами цих бактерій в більшості випадків є резистентними до більшості антибіотиків [4,34,38,41].

Етіологія і патогенез

На сьогоднішній день встановлено, що найбільш важливими чинниками, які сприяють утворенню пролежневих ран, є: безперервний тиск, сили зсуву, тертя і вологість. Велику роль в розвитку виразок також грають обмежена рухова активність хворих, недостатнє живлення, нетримання сечі і калу [31].

Тривала дія безперервного тиску призводить до ішемії тканин. Для визначення ризику утворення пролежневих ран робилися чисельні спроби кількісної оцінки здавлюючої дії зовнішніх чинників (індекс тиску по *Meijer* та ін.). В результаті спеціальних досліджень продемонстровано, що безперервний тиск 70 мм рт.ст. протягом 2 годин викликає незворотні зміни в тканинах. В той же час при припиненні тиску кожні 5 хвилин в тканинах виникають мінімальні зміни без наслідків. Виришальну роль в утворенні виразок грають сили зсуву. При підняттю головному кінці ліжка, коли тулуб хворого сповзає вниз, тиск переміщується на крижі і глибоко фасцію. Сили зсуву при цьому призводять до натягнення і згинання судин, викликаючи їх тромбоз і пошкодження шкіри. Сукупна дія сил зсуву і безперервного тиску може призвести до розвитку пролежневих ран і при низькому зовнішньому тиску. Тертя також грає важливу роль, оскільки воно призводить до втрати захисного зовнішнього рогового шару шкіри [8,11,22].

Класифікація пролежнів

В даний час відома безліч класифікацій пролежнів як окремих авторів, так і прийнятих на великих медичних форумах. У вітчизняній літературі і медичній практиці тривалий час широко застосовувалася класифікація, запропонована Біліч В.П. і Коган О.Г. (1971). Вона включає 5 стадій: поверхневий пролежень, глибокий пролежень, глибокий пролежень з бичними кишнями, глибокий пролежень з остеомієлітом належних кісток і пролежень рубця.

Зручна і проста для клінічної роботи класифікація пролежнів запропонована Гаркаві А.В. (1991), створена, як і попередня, на підставі клінічних спостережень, цитологічних, гістологічних та мікробіологічних досліджень. Позитивним у ній є врахування динаміки пролежневого процесу, в якій виділено 6 послідовних стадій: 1) первинної реакції; 2) стадія некрозу; 3) некротично-запальна; 4) запально-регенеративна; 5) регенеративно-рубцева; 6) трофічних виразок.

Крім того, з метою уніфікації наукового підходу до клінічних питань в 1992 році Міжнародним Комітетом з політики охорони здоров'я і наукових досліджень *Agency for Health Care Policy and Research* рекомендована достатньо проста і разом з тим максимально наближена до клінічної практики класифікація:

- 1 **ступінь** — еритема, що не розповсюджується на глибокі шари шкіри; пошкодження, які передують утворенню пролежнів.
- 2 **ступінь** — часткове зменшення товщини шкіри, пов'язане з пошкодженням епідермісу або шкіри; поверхнева виразка у вигляді садна; утворення пухирів.
- 3 **ступінь** — повна втрата товщини шкіри, що виникає внаслідок пошкодження або некрозу тканин, розташованих під нею, але не глибше за фасцію.
- 4 **ступінь** — повна втрата товщини шкіри з руйнуванням або некрозом м'язів, кісток і інших опорних структур (сухожилля, зв'язки, капсули суглобів і т. п.). На цій стадії можлива поява норінь і кишень у тканинах [4].

Консервативне лікування

Автори, що рекомендують консервативне комплексне лікування пропонують як медикаментозне лікування, так і лікування з використанням фізіотерапевтичних засобів з урахуванням клінічних проявів і стадії розвитку пролежневого процесу [7,8,22].

При консервативному лікуванні з урахуванням стадії розвитку пролежнів розроблений ряд основних терапевтичних принципів:

1. захист від локального тиску;
 2. видалення некротичних тканин;
 3. боротьба за локальною інфекцією;
 4. місцеве лікування пролежневої рани, стимулююче репарацію;
 5. заходи, направлені на нормалізацію загального стану.
- У стадії первинної реакції (зворотна стадія) рекомендується позбавлення тиску, розкриття пухирів, що утворилися, застосування антисептичних засобів.

У стадії некрозу для прискорення очищення пролежневої рани від некротичної тканини і підготовки до раннього пластичного закриття, застосовують видалення некротичних тканин. Видалення некротичних тканин рекомендують виконувати в два етапи: перший етап – хірургічна некректомія, другий етап – хімічна некректомія. Для хірургічного видалення некротичних тканин запропоновано використовувати лазерний скальпель, що дозволяє отримати бактерицидні та коагулюючі ефекти. Для відторгнення залишків некротизованих тканин, застосовують хімічну некректомію, за допомогою протеолітичних ферментів – трипсину, хімотрипсину, дезоксирибонуклеази, панкреатину, целіази, а також ферментів, попаїну, лекопаїну, фібринолізину, стрептокинази, вардази, терлігіну [8].

Крім видалення з рани некротичних тканин перелічені ферменти покращують мікроциркуляцію зменшують набряк тканин та антибіотикорезистентність мікрофлори. Ензимотерапія може застосовуватися як самостійний метод лікування, але найкращі результати відмічені при послідовному поєднанні хірургічної некректомії з ензимотерапією [22].

За наявності сухого некрозу проводилася обробка йодом з сухою пов'язкою; укладання хворого на слабо надуті круги або гумову подушку. При неінфікованих пролежнях застосовують 3–5% розчин водного таніну. Висока проникаюча і розчинна здатність димексиду, мала токсичність, а також бактерицидні, місцевоанестезуючі, протизапальні і стимулюючі регенерацію тканин властивості послужили причиною його застосування. Для місцевого лікування пролежнів застосовувалися: фібринова плівка, трипсин, розчин, екстракт папаїну, розчин алюмінію, тваринний колаген [7,8].

В літературі, присвяченій консервативному лікуванню пролежнів, велика увага приділяється штучному закриттю ранових поверхонь. Для лікування застосовувалися колагенові препарати, плівки і губки. Колагенові препарати ефективні при свіжих, хронічних, м'яких пролежнях, запобігають плазморрагії, сприяють швидкій епітелізації поверхні пролежнів [8,20]. Одним з матеріалів була колагенова плівка. Колагенову плівку укладали на заздалегідь оброблену антисептиками поверхню пролежня. Поверх плівки накладали марлеву пов'язку, змочену фурациліном, повторні аплікації плівки робили через 2 дні на 3-й. Вже після 2–3 аплікацій колагенової плівки значно зменшувалася гнійно-серозне виділення, з'являлися грануляції, відмічалася постійно зростаюча красава епітелізація.

У літературі є свідчення про позитивний вплив алігінатних покриттів (теральгін, альгінат) на процес загоєння пролежнів при їх комплексному консервативному лікуванні. Результатом було повне загоєння пролежнів у 59,4% хворих [8]. Алігінатні покриття рекомендують застосовувати на певних стадіях пролежневого процесу (некротично-запальній та запально-регенеративній).

Широко застосовуються мазі пов'язки (іхтіолова, метилурацилова, мазь Вишневського, синтоміцинова емульсія, солкосеріл та ін.) з метою профілактики травматизації рани при перев'язках. Крім того, використовуються пов'язки з біологічними стимуляторами: склоподібним тілом, алое, соком шипшини, прополісом. В останній час з'явилися антибактеріальні мазі на гідрофільній основі для місцевого застосування [11,22].

При проведенні консервативного лікування пролежнів багатьма авторами застосовували різні фізіотерапевтичні методи: УФО, УВЧ, фракціонізація, електрофорез, ультразвук, аплікації озокериту, парафіну, грязелікування, бальнеологічне лікування (хвойні і сольові ванни) [7,9,13,22].

Широкого розповсюдження набула лазеротерапія. Лазерне опромінення стимулює макрофагально-фібробластичну реакцію, ангіогенез, утворення і дозрівання грануляційної тканини, впливає на метаболізм альбуміну й глобулінів. В результаті дії лазерного випромінювання відмічається повне загоєння невеликих за розмірами пролежнів (від 4 до 10 см²) на 10–12 днів. Пролежні, площею від 10 до 30 см² після проведення курсу лазеротерапії епітелізувалися повністю [18].

Слід зазначити, що у боротьбі з інфікуванням пролежнів перевага надається антибактеріальній терапії з урахуванням чутливості мікрофлори до антибіотиків. Однак, антибактеріальна терапія, як правило, виявляється неефективною через наявність суттєвих змін мікроциркуляції у тканинах пролежневої рани та навколишніх, що заважає транспорту препаратів до рани [8]. Кожний із способів лікування направлений на надійне і швидке загоєння поверхні трофічних поразок з метою запобігання плазмоліти і приєднання вторинної інфекції.

Ізольоване застосування кожного з перерахованих методів консервативного лікування малоєфективне. Більшість авторів обирають комплексне лікування пролежнів. При цьому в період передопераційної підготовки використовують консервативні методи лікування з метою очищення пролежневих ран від некротичних тканин і утворення гранулюючих поверхонь, проводять лікування анемії, нормалізацію функції кишечника, зменшення спастичного синдрому, корекцію порушень водно-електролітного балансу і згортання крові. При цьому відзначаємо, що згідно даних літератури, консервативне лікування пролежневих ран із застосуванням лікарських препаратів, фізичних методів та профілактичних заходів, призводить до їх загоєння протягом одного року і більше. Це утруднює своєчасне проведення реабілітації та забезпечення відповідного догляду за паралізованими пацієнтами. За даними різних авторів, повне загоєння пролежневих ран, становить 23–59% [5,21,22,29,32].

Таким чином, літературні дані свідчать про те, що комплексне консервативне лікування пролежнів (із застосуванням як лікарських, так і фізіотерапевтичних процедур) досить тривале, що потребує значних фінансових витрат. Складним при цьому є догляд за паралізованими пацієнтами, якістю життя яких значно погіршується. Загоєння ж відбувається з утворенням грубої рубцевої тканини. При цьому можливі рецидиви з подальшим ускладненням? утворенням хронічних виразок які не загоєються, потребують висічення і пластичних операцій.

Провівши аналіз вивчених наукових робіт, в яких освітлені методи консервативного лікування пролежнів у потерпілих з ускладненою хребетною травмою, слід відмітити малоєфективність цього напрямку. При вираженому розвитку ранового процесу в пізніх стадіях, консервативні методи трудомісткі і довготривалі. Епітелізація ранових поверхонь продовжується місяцями, переходить в хронічний процес. Ранові поверхні з досягнутою епітелізацією, схильні до рецидивування, що призводить до відстрочення виконання реконструктивних операцій на хребті і спинному мозку. Ці обставини вимусли медиків до пошуків більш ефективних методів лікування, зокрема хірургічних.

В даний час прийнятні концепції лікування пролежнів, послідовність застосування яких визначається стадією, ступенем і розмірами пролежня. Існуючі методи консервативного лікування дозволяють успішно лікувати пролежні 1 і 2 ступеня, 3 і 4 ступеня – необхідно лікувати хірургічними методами.

Хірургічне лікування

Залежно від величини пролежня існують наступні можливості вибору тактики: механічна обробка пролежневої рани, повне висічення некротичних тканин і дренаж, повне висічення і закриття тканного дефекту переміщенням або розгорненням шкірним клаптом. Коли дно пролежня заповнюється грануляційною тканиною, процес загоєння можна прискорити пересадкою дрібних ділянок шкіри повної або неповної товщини. При застосуванні шкірної пластички, клапті повинні мати широку основу, на дно рани укладають дренажні трубки на 2–3 доби, обмежується активність хворого. Першим і найважливішим моментом при проведенні шкірної замісної пластички є складання плану операції. При цьому хірург повинен приймати до уваги наступні моменти:

- протяжність, величину, глибину і форму дефекту;
- функціональну і естетичну особливості шкіри в ділянці дефекту;
- топографію, анатомічні зв'язки, гістологічну структуру тканин, що оточують дефект тканин і характеристики необхідної пластичної корекції;
- вид пересадки;
- визначення частини тіла з якої можливо запозичувати ділянку шкіри для пересадки без порушення функції і утворення косметичного дефекту [4,42].

Основні види хірургічного лікування пролежнів наступні:

- вільна шкірна пластичка;
- видалення з пластикою переміщеними місцевими тканинами;
- видалення з пластикою переміщеним клаптом на судинній ніжці.

Першу роботу з описанням методу вільної шкірної пластички опублікував Reverdin в 1870 році. Для закриття шкірного дефекту він використовував невеликі епідермальні клапті. Останні сприяли розвитку швидкої епітелізації ранової поверхні. У 1930 році схожий метод шкірної пластички описав Davis. Він рекомендував проведення операції у стадії грануляції і епітелізації під контролем бактеріологічного вмісту пролежневої рани. Шкірно-епідермальні трансплантати, взяті по описаному ним методу, в більшості випадків приживаються і дозволяють досягти повного загоєння шкірної рани. Трансплантати зазвичай брали на шкірі вище за рівень пошкодження спинного мозку. Надалі Davis (1938) описав хірургічне лікування пролежнів, використовуючи переміщений клапоть рубцевого епітелію. Цим він спробував забезпечити відновлення нормальної шкірної покриття над виступаючими кістковими утвореннями [11].

За наявності великої ранової поверхні Gohrbandt в 1928 році запропонував використовувати розщеплений шкірний клапоть епідерміс, що містить, і частину дерми. У зв'язку з тим, що товщина трансплантату не перевищувала 2/3 дерми через 2–3 тижні місце взяття трансплантату закривалося нижнім рубцем, що не приводить до розвитку функціональних і естетичних порушень. Для узяття трансплантатів використовувалися різні дерматомі. Розщеплений шкірний клапоть поміщається на ділянку дефекту, фіксується в одній зі своїх точок і розправляється анатомічним піщотом по всій площині дефекту. При цьому необхідно виправити край трансплантата. Трансплантат, що зронується, може бути фіксований до ділянки дефекту двома шляхами. При першому варіанті трансплантат повністю відповідає розмірам дефекту, при другому – його край заходить за край дефекту. У тих випадках, коли дефект заповнюється великими вільними трансплантатами шкіри, необхідно фіксувати їх між собою швами. Велика проблема при лікуванні пролежнів цими методами створює бактерійна забрудненість рани і відсутність достатнього кровообігу в тканинах ранового дефекту [4,14,15,19].

Не дивлячись на можливість закриття ранових поверхонь, описані методи не позбавлені недоліків. У багатьох випадках тонкі шкірні рубці, що утворилися при вторинному загоєнні пролежнів, легко травмуються, що призводить до рецидиву пролежнів і виникнення необхідності радикального хірургічного втручання.

Характер загоєння операційної рани залежить не тільки від конституціональних і гормонально-метаболічних чинників, але і більшою мірою від місцевих чинників, серед яких одним з головних є місце і напрям лінії розрізу [34].

Можна відмітити, що в одній і тій же ділянці тіла одні з розрізів заживають майже з непомітним рубцем, а інші – з товстим опуклим рубцем. Такий результат залежить від рухів м'язів і різного натягнення окремих ділянок шкіри. Якщо лінія розрізу відповідає основному напрямку руху м'язів, то впровадження певного часу виникає виражений гіпертрофований рубець, який в подальшому зморщується. Якщо такий рубець розташовується над суглобом і особливо із згинального боку, то розвивається контрактура. На обличчі, наприклад, такий рубець перетягує рухомі тканини або створює деформацію.

Резюмуючи сказане, слід зазначити: ліній розрізу завжди слід проводити вертикально по відношенню до напрямку руху м'язів.

Напрямом ліній натягнення шкіри можна встановити наступними прийомами: збираючи шкіру двома пальцями або тангенціально зміщуючи шкіру одним пальцем. Ліній натягнення при цьому відповідають складкам, що утворюються. Ідеальним методом для зміщення шкірних дефектів є застосування клаптя з сусідніх із дефектом ділянок шкіри. Такого роду пластика дає найкращий функціональний і естетичний результат, оскільки шкіра що використовується "споріднена" втрачений і володіє тими ж особливостями [11].

За наявності великого шкірного дефекту, рубцеві змінені тканин навколо ранового дефекту, близького прилягання кісткових утворень до лінії швів методом вибору може бути використання переміщених шкірних клаптів. Залежно від необхідності і анатомічних особливостей ділянки шкірний клапоть може бути мобілізований разом з фасцією, фасцією і м'язом або тільки м'язом [4].

Використання шкірних клаптів стало можливо завдяки особливостям кровообігу шкіри. Наявність добре розвинутої мережі колатералей дозволяє викривати значні клапті без небезпеки отримання некрозу. Проте при цьому завжди необхідно пам'ятати про локалізацію магістральної артерії, що живить клапоть, про варіанти її розвитку і, на решті, про особливості анатомічної будови шкіри, підшкірної клітковини і фасції [12].

Шкірно-м'язові клапті – це блискавка альтернатива звичайним методам лікування. Переваги шкірно-м'язового клаптя перед шкірним наступні: посилення кровопостачання, що веде до прискореного загоєння рани; заповнення дефектів тканин, особливо кісткових, переміщення м'язом; захист шкіри від повторного пошкодження. При використанні м'язового клаптя у не паралізованих хворих повинен використовуватися м'яз-сирнеріст, щоб компенсувати втрату її функції [36,40,42].

В численній літературі, присвяченій лікуванню пролежнів, чітко простежуються дві тенденції. Прихильники консервативних методів лікування обґрунтовують доцільність застосування комплексу лікувальних заходів, що включають хірургічні методи лікування. Аналіз цих пропозицій перекоонує в тому, що для отримання ефекту загоєння пролежня необхідно багато часу. Часто, не дивлячись на лікування, до патологічного процесу залучаються все нові і нові тканини, у тому числі кісткові утворення, які значно обтяжують перебіг травматичної хвороби.

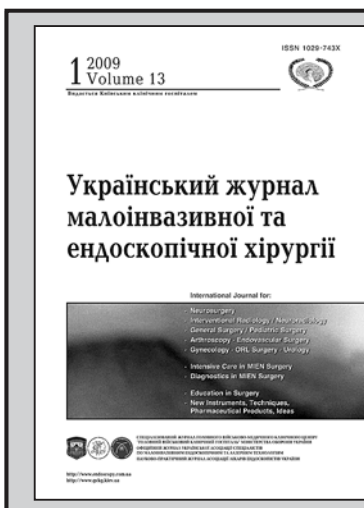
Хірургічні методи лікування, за даними літератури останніх років, стають все більш прийнятними. Проте серед прихильників хірургічних методів лікування не отримали достатнього освітлення питання підготовки пролежневої рани до хірургічного втручання, які необхідно враховувати при проведенні радикальних оперативних втручання. Недостатньо розроблені методики проведення аутопластичних операцій при різних локалізаціях пролежнів і трофічних виразок з використанням клаптів шкіри на всю її товщину, зберігаючи власну васкуляризацію.

Тому проблема найшвидшого і ефективного усунення трофічних пошкоджень м'язик тканин залишається до теперішнього часу актуальною. Позитивні рішення вказаного питання дозволить не тільки поліпшити загальний стан хворих, зменшити інтоксикацію, запобігти прогресуванню гнійного процесу, але і створить можливість найбільш раціонально і ефективно проводити реабілітацію потерпілих. Всі ці питання є метою даного дослідження.

Література

- Абдухаликов А.К. (1996) Профилактика гнойных осложнений после пластики пролежней у спинальных больных. Лимфология. 1: 47-49
- Абдухаликов А.К., Давлатов Б.Н. (1999) Проблема закрытия пролежней в комплексе ортопедического лечения осложненных травм позвоночника. (Москва). "Медицина". В книге: Современные технологии в травматологии и ортопедии. 256 с.

3. Акшулаков С.К., Керимбаев Т.Т. (2002) Эпидемиология травм позвоночника и спинного мозга. Материалы ІІІ съезда нейрохирургов России. (Санкт-Петербург). с. 635-636
4. Басков А.В. (2001) Хирургия пролежней. (Москва), "Тэотар-мед". 205 с.
5. Басков А.В. (2000) Хирургическое лечение пролежней у больных со спинномозговой травмой. Журн. выпр. нейрохирургии им. Н.Н. Вурденко. 1: 7-10
6. Витковский А.Н. (1999) Хирургическое лечение трофических поражений мягких тканей при осложненной травме позвоночника. Укр. мед. альманах. 3: 26-29
7. Вітковський А.М. (1999) Консервативне лікування трофічних уражень м'яких тканин у хворих із застарілою ускладненою травмою хребта. Лікар. справа. 7-8: 74-77
8. Гаркави А.В. (1991) Комплексное лечение пролежней у спинальных больных. Дис... канд. мед. наук. (Москва). 188 с.
9. Карпова Г.В. (1991) Методики лечения при трофических нарушениях. В книге: ЛФК и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга. (Киев). "Здоровья". 186 с.
10. Качесов В.А. (2005) Основы интенсивной реабилитации. Травма позвоночника и спинного мозга. (Санкт-Петербург). "Эксп-СПб". 126 с.
11. Климишвили А.Д. (2005) Диагностика, лечение и профилактика пролежней. Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. 3: 64-68
12. Крацов Е.А. (2002) Закрытие раневого дефекта перемещенным лоскутом кожи. Клінічна хірургія. 11-12: 37-38
13. Крижановський Я.Й., Меллін В.М., Пуцьков М.І. та ін. (2002) Значення мікрохвильової рефлексо-терапії в ранній підготовці гнійної рани до здійснення аутодермопластики. Клінічна хірургія. 11-12: 38-39
14. Крижановський Я.Й., Кульбака В.С., Антонів В.Р. (2004) Методичні аспекти аутодермопластики дефектів м'яких тканин, ускладнених рановою інфекцією. Клінічна хірургія. 11-12: 52-53
15. Крижановський Я.Й., Антонів В.Р., Кульбака В.С. (2003) Особливості підготовки великої циркулярної гнійно-некротичної рани до аутодермопластики. Клінічна хірургія. 11: 50
16. Курбанов Н.М., Абдухаликов А.К., Давлатов Б.Н., Тухтаев Ж.Т. (2002) Методика лечения трофических осложнений у больных с осложненной травмой позвоночника. Ортопедия, травматология и протезирование. 3: 118-119
17. Леонтьев М.А. (2003) Лечение и реабилитация пациентов с травматической болезнью спинного мозга. В книге: Реабилитация инвалидов с нарушением функций опоры и движения. (Новосибирск). 335 с.
18. Малиновский Г.В., Яковенко В.В., Софронова С.П., Сподынок А.Г. (1989) Исследование эффективности применения лазерной терапии для лечения трофических нарушений кожи у больных с травматической болезнью спинного мозга. Совр. проблемы использования физических факторов. (Одесса). 98 с.
19. Миланов Н.О. (2003) Использование аутокожи для закрытия свободных реваascularизируемых ауто-трансплантатов. Анналы хирургии. 4: 23-26
20. Мудрова Л., Долгозвягов В.В., Гирчева Т., Карташков Е. (2000) Опыт лечения длительно незаживающих ран и пролежней углеродными сорбционными салфетками "Карбоникс С". Врач. 8: 31
21. Мусалатов Х.А., Елизаров М.Н., Насридинов М.А. (2002) Лечение пролежней области крестца у больных с повреждением позвоночника и спинного мозга. Мед. помощь. 3: 11-14
22. Назаренко Г.И., Сутурова И.Ю., Глязцев С.П. (2002) Рана. Повязка. Больной: Руководство для врачей и медсестер. (Москва). "Медицина". 469 с.
23. Пауков В.С., Мусалатов Х.А., Салтыков Б.Б. и др. (1997) Иммуноморфологическая характеристика пролежнем. Арх. патологии. 6: 40-44
24. Полищук Н.Е. (2001) Повреждения позвоночника и спинного мозга (механизмы, клиника, диагностика, лечение). (Киев). "Кн. плюс". 387 с.
25. Пролєжні (2004) Медицина світу. 17; 5: 334-340
26. Фисталь Э.Я., Лаврухин Ю.Н., Арефьев В.В. (2003) Лечение ран неогоревой этиологии в клинике термических поражений и пластической хирургии. Кліні. хірургія. 11: 61-62
27. Bogie K.M., Nuseibeh L., Bader D.L. (1995) Early progressive changes in tissue viability in the seated spinal cord injured subject. Paraplegia. 33; 3: 141-147
28. Bryan C.S., Dev C.E., Reynolds K.L. (1983) Bacteremia associated with decubitus ulcers. Arch. Intern. Med. 143; 11: 2093-2095
29. Bruck J.C. et al. (1991) Ann. Plast. Surg. 26; 1: 85-88
30. Conway H., Griffith B.H. (1956) Plastic surgery for closure of decubitus ulcers in patients with paraplegia. Am. J. Surg. 91: 946-975
31. Cross S.E., Naylor I.L., Coleman R.A., Teo T.C. (1995) An experimental model to investigate the dynamics of wound contraction. Brit. J. of Plastic Surgery. 48; 4: 189-197
32. DeVivo M.J., Stover S.L. (1995) Long-term survival and causes of death. In: Stover et al (ed). Spinal cord injury. (Maryland). An Aspen Publication. pp 289-313
33. DeVivo M.J., Kartus P., Stover S., Fine P. (1990) Benefits of early admission to an organized spinal cord injury care system. Paraplegia. 28: 545-555
34. Monstrey S. (1997) Pressure sores. Acta Chir. Belg. 97; 1: 6-12
35. Nahai F. (1980) The tensor fascia lata flap. Clin. Plast. Surg. 7; 1: 51-66
36. Paletta C.E., Freedman B., Shehadi S.I. (1989) The V-Y tensor fasciae latae musculocutaneous flap. Plast. Reconstr. Surg. 83; 5: 852-857
37. Richardson R., Meyer P. (1981) Prevalence and incidence of pressure sores in acute spinal cord injuries. Paraplegia. 19: 235-247
38. Tobin G.R. et al. (1990) Clin. Plast. Surg. 17; 4: 727-732
39. Vidal J., Sarrias M. (1991) An analysis of the diverse factors concerned with the development of pressure sores in spinal cord injured patients. Paraplegia. 29; 261-267
40. Warbanow K., Krause-Bergmann A., Brenner P., Reichert B., Berger A. (1997) Myocutaneous flap as reliable defect coverage in high grade pelvic decubitus ulcers. Classification, therapeutic concept and presentation of personal patient sample of 16 years. Langenbecks Arch. Chir. 382; 6: 359-366
41. Waterhouse N., Healy C. (1990) Brit. J. Surg. 77; 11: 1275-1277
42. Yacony G.M. (1994) Arch. Phys. Med. Rehabil. 75: 908-917



ПОДПИСКА 2010

Глибокоуважаемі підписчики, читателі, автори оригінальних статей!
"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" розповсюджується безпосередньо кожному читателю/учреждению України редакцією напряму.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2010 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

СУДИННА ХІРУРГІЯ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія", 28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СУБФАЦИАЛЬНОЙ ДИСЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гуцу Е.В., Касьян Д.А., Кулюк В.С., Запорожан А.А.
Кишинев, Республика Молдова

Введение

Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени (SEPS — *Sub-fascial Endoscopic Perforator Surgery*) является мининвазивной техникой, позволяющей осуществить прерывание патологического горизонтального венозного рефлюкса у больных с хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей.

Цель — изучение технических аспектов и эффективности SEPS у больных с ХВН в зависимости от этиологии заболевания, клинического класса, структуры венозного рефлюкса и характеристики недостаточных перфорантных вен голени.

Материалы и методы

Группу исследования составили 65 больных ХВН, соответствующих клиническим классам С4-С6 по классификации CEAP (82 оперированных конечностей). Стандартом предоперационной диагностики являлось ультразвуковое дуплексное сканирование с выполнением функциональных проб и маркированием несостоятельных перфорантных вен. SEPS выполняли с использованием двух эндоскопических портов и стандартного лапароскопического инструментария. Рабочую камеру в субфасциальном пространстве формировали при помощи эндоскопического диссектора — *space-maker*.

Результаты

В 69 (84,1%) случаях одномоментно SEPS выполнено вмешательство на поверхностных венах. Заживления активной венозной трофической язвы удалось достичь в 39 из 41 (95,1%) наблюдений. Среди больных с неизлеченными трофическими поражениями отмечено достоверное уменьшение тяжести клинической симптоматики и выраженности поражения мягких тканей голени. Частота послеоперационных раневых осложнений составила 4,9%.

Заключение и выводы

Эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен голени у больных тяжелой ХВН позволяет достичь заживления активной венозной язвы и способствует значимому снижению тяжести клинической симптоматики. Объем и технические особенности операции определяются рядом факторов, среди которых наибольшее значение имеют структура венозного рефлюкса, диаметр и топография недостаточных перфорантных вен голени.

ЛОР-ХІРУРГІЯ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія", 28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАПІЛОМ ГОРТАНІ, ВИДАЛЕНИХ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ ЕНДОСКОПІЧНОЇ МІКРОХІРУРГІЇ

Клочков Є.І., Савченко Т.Д., Кікоть Ю.В.

Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка АМН України, Київ

Було проаналізовано 98 випадків патогістологічно верифікованих у 2006-2007 роках папілом гортані, видалених з застосуванням ендоларингеальної мікрохірургічної техніки. Папіломи слизової оболонки гортані становили 38,6% від загальної кількості видалених папілом різних ЛОР-локалізацій. При морфологічному аналізі нами виділялись найбільш суттєві ознаки, що могли стати груповими і відобразити різні патогістологічні варіанти плоскоклітинних папілом. За морфологічними і клінічними ознаками відокремлювалась група ювенільних папілом (ЮП), які видалювались у дітей і підлітків. Вони утворювались сосочковими розростаннями диференційованого багатшарового плоского епітелію. Найменш диференційовані, базальні клітини, від яких залежить проліферація папілом, містились у внутрішньому шарі епітелію. Зрілі клітини склали зовнішній шар епітелію і в деяких папіломах демонстрували схильність до зроговіння. Строма сосочків утворювалась добре васкуляризованою сполучною тканиною. Папіломи, які перебували у фазі активного росту, мали товстий шар базальних клітин з підвищеною мітотичною активністю. Такі гістологічні ознаки мали 26,9% ЮП, вони оцінювались як проліферуючі.

Морфологічна будова папілом дорослих хворих вирізнялась більшою різноманітністю і відображала тенденцію до їх малигнізації, яка практично не спостерігалась у ЮП. Папіломи дорослих (ПД) в типовому варіанті мали вигляд розростань багатшарового плоского епітелію, концентричними шарами розташованого навкруг сполучноткани-

них сосочків, структура яких включала невелику кількість тонкостінних судин. У 25% випадків в ПД спостерігалось різного ступеня вираженості потовщення базального шару епітелію. Такий стан характеризується як дисплазія і розцінюється як переродковий. Відмінністю ПД було сполучення диспластичних змін з підвищеною мітотичною активністю епітеліюцитів в середній та верхній частинах шару шипуватих клітин. В 32 (44,5%) з 72 випадків діагностувались плоскоклітинні папіломи без ознак дисплазії і проліферації, проліферуючі плоскоклітинні папіломи без дисплазії — в 3 (4,2%) і папіломи з дисплазією різного ступеня — в 18 (25%) випадках. Сполучення в плоскоклітинних папіломах явищ дисплазії з високою мітотичною активністю спостерігалось в 7 (9,7%) випадках ПД. У разі малигнізації плоскоклітинних папілом злаякісна трансформація епітелію у 7 (9,7%) хворих досягла рівня інтраепітеліального раку або інвазивного плоскоклітинного раку у 5 (6,9%) хворих.

Одержані дані свідчать про високу частоту (16,6%) випадків малигнізації ПД з розвитком інтраепітеліальної неоплазії або інвазивного плоскоклітинного раку. Вони підтверджують значну потенційну схильність плоскоклітинних ПД до малигнізації. Наявність окремої групи плоскоклітинних папілом без супутньої дисплазії епітелію можна пояснити, хоча б частково, приналежністю цього патогістологічного варіанту до так званих ЮП дорослих, які можуть бути наслідком багаторазового рецидивування папіломатозу, який виник ще у дитячому віці і зберіг в подальшому свої морфологічні ознаки.

УРОЛОГІЯ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія", 28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ — АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Дяченко В.В., Гулько О.Н., Литвиненко А.Н., Черный В.В., Лукеча И.И., Хмель В.В.
Национальный Институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова АМН Украины, Киев

The Laparoscopic Adrenalectomies — Analysis of the Results

V.V. D'achenko, O.N. Gulko, A.N. Lytvynenko, V.V. Chorniy, I.I. Lukecha, V.V. Khmel'
National Institute of Surgery and Transplantation named by A.A. Shalimov, Kiev, Ukraine

Summary

There were 54 patients (38 female and 16 male) with adrenal disorders had been operated in our clinic between 2002-2008 years. The average age of the patients was 47.8 (22-69 years). Our experience of endoscopic interferences on adrenals includes 54 operations: 31 (57.4%) — left-side adrenalectomies and 23 (42.6%) — right-side. The lateral transperitoneal access has been used. The trocars, as a rule, were placed directly under a rib arc. Quantity of trocars was 4-5. There were not conversions to open surgery. The duration of the operation time has compounded: right-side — 66.7±17.4 minutes, left-side — 113.7±12.4 minutes, the intraoperative hemorrhage — 121.3±9.2 mls, the duration of postoperative stay in a hospital — 3.6±1.4 days. The complications — 1 (1.8%) cause of haemoperitoneum after left-side adrenalectomy.

Thus, the laparoscopic adrenalectomy is to be less invasive method of operations on adrenals ensuring efficiency of treatment, small operational trauma and fast postoperative rehabilitation.

Key words: laparoscopic adrenalectomy, surgical endocrinology.

Введение

Об успешном выполнении лапароскопической адреналэктомии у пациента с синдромом Кушинга впервые доложил Gagner M. в 1992 г. [1]. Это стало началом популяризации этого метода среди хирургов, занимающихся хирургической эндокринологией. На сегодняшний день лапароскопическая адреналэктомия (ЛА) рассматривается как "золотой стандарт" лечения пациентов с доброкачественными гормонально активными и небольшими доброкачественными негормонпродуцирующими заболеваниями надпочечных желез. Возможность применения ЛА при злокачественных новообразованиях надпочечников до сих пор дискутируется [2-4]. Описано большое число наблюдений выполнения ЛА, где результаты лечения, послеоперационное пребывание в стационаре, косметический эффект превосходят результаты лечения, выполненных открытыми традиционными способами. Этот положительный опыт вдохновил многих хирургов либерализовать часть критериев отбора пациентов для эндовидеохирургических операций в сторону расширения показаний выполнения ЛА при больших, потенциально злокачественных и метастатических поражениях надпочечных желез [5].

К настоящему времени описаны различные лапароскопические доступы к надпочечникам при этом преимущество отдается боковым трансперитонеальным доступам, при которых пациент укладывается в положении лежа на правом или левом боку. Передний трансперитонеальный доступ, при котором пациент уложен в положение на спине, используется относительно редко, так как он требует широкой мобилизации селезеночно-угола толстой кишки реже. Кроме трансперитонеального, разработан задний ретроперитонеальный эндоскопический доступ, который используется у пациентов, ранее оперированных на органах брюшной полости. Несмотря на множество литературных источников, в которых обсуждается преимущества того или иного доступа к надпочечниковым железам, единого мнения в выборе доступа нет, а трактовка преимуществ доступа порой диаметрально противоположны.

Целью нашего исследования является изучение результатов лечения пациентов с заболеваниями надпочечников, которым была выполнена лапароскопическая адреналэктомия с бокового латерального трансабдоминального доступа.

Материалы и методы

В период 2002-2008 гг. в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального Института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова было выполнено 54 лапароскопических адреналэктомии при различных заболеваниях надпочечников. Клиническая характеристика группы пациентов и структура эндокринной патологии представлена в таблице 1.

Таблица 1. Клиническая характеристика больных

| Пол, возраст / Сторона | Показания |
|------------------------------|--------------------------|
| Мужчины 16 | Аденома 8 |
| Женщины 28 | Фиброма 4 |
| Средний возраст 47,8 (22-69) | Феохромоцитомы 10 |
| Размер опухоли, см 4,9 (2-6) | Альдостерома 11 |
| | Адренокортикальный рак 3 |
| Справа, число(%) 23 (42,6%) | Кортикостерома 13 |
| Слева, число (%) 31 (57,4%) | Киста надпочечника 5 |

Показаниями к выполнению лапароскопической адреналэктомии считали: гормонально активные опухоли надпочечников; все опухоли размером больше 2 см; опухоли любых размеров с подозрением на их злокачественную природу.

Все больные были оперированы лапароскопическим трансперитонеальным латеральным доступом. Операции выполнены под эндотрахеальным наркозом с искусственной вентиляцией легких, при этом интубацию больных выполняли в положении лежа на спине, после этого больного укладывали на бок.

Перед операцией больной помещался на операционном столе в латеральную позицию с "переломом" поясничной области углом книзу. Эта позиция способствует пассивному смещению печени или сплено-панкреатического блока медиально. Хирург и второй ассистент находятся со стороны живота больного, первый ассистент — со стороны спины, операционная сестра и инструментальный стол — со стороны ножного конца стола. "Верхняя" рука больного вытягивается и подвешивается. Плечевая область поддерживается с помощью свернутого полотенца для предотвращения возможного повреждения плечевого сплетения. Для удобства работы с видеокамерой нами модифицирована укладка пациента, в так называемую, семилатеральную позицию при этом валик подкладывается под спину на стороне поражения (рис. 1 а-б). Точки введения троакаров изображены на рисунках 2 а-б.

Левосторонняя и правосторонняя ЛА имеют отдельные технические особенности. Так, левосторонней лапароскопической адреналэктомии предшествует мобилизация селезеночной подвешивающей связки книзу и медиально, чтобы открыть доступ к нижнему полюсу *ligamentum lienorenalis*. Следующий шаг диссекции — вдоль латеральной границы селезенки и *ligamentum renolienalis*, которая производится от верхнего к нижнему полюсу селезенки, пересекая диафрагмальные спайки и приближаясь к большой кривизне желудка. После визуализации коротких желудочных сосудов, диссекция останавливается. В случае крупных опухолей или большого количества жировой клетчатки редко требуется мобилизация селезеночного изгиба толстого кишечника, хвоста поджелудочной железы, полная мобилизация селезенки с отведением этих органов медиально.

После полной мобилизации селезенки, она самостоятельно "падает" медиально и ретроперитонеальное пространство становится полностью обзорным. Затем вскрывается парietальная фасция вдоль нижнего края поджелудочной железы и фасция *Gerot*. Латеральная и передняя поверхность надпочечника визуализируются в окопальной жировой клетчатке спереди и медиальнее почки. С помощью коагулирующих ножниц осуществляется диссекция надпочечника от окружающих тканей.

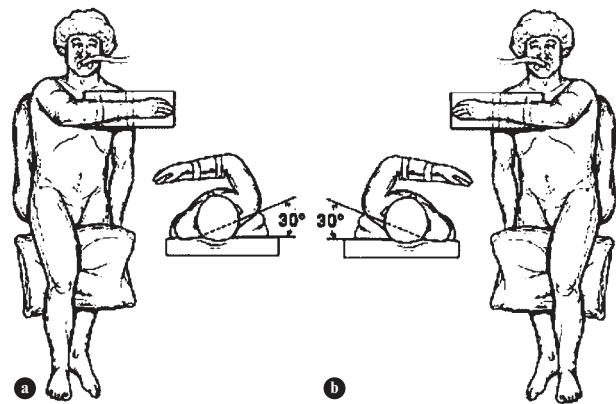


Рис. 1

Укладка больного для правосторонней (А) и левосторонней (В) лапароскопической трансабдоминальной адреналэктомии.

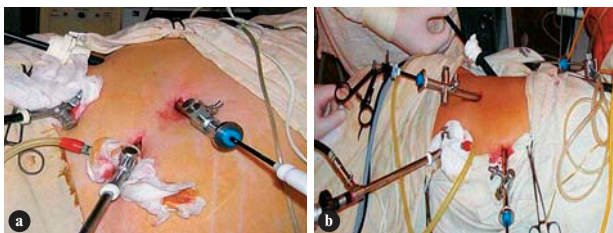


Рис. 2
Точки введения троакаров для правосторонней (А) и левосторонней (В) адrenaлэктомии.

Когда латеральная поверхность надпочечника мобилизована, операционный стол необходимо выставить в положение реверсионного "Trendelenburg", что способствует дальнейшему смещению почки книзу и облегчает тракцию надпочечника. Эта позиция также позволяет ирригационной жидкости, крови спускаться (истекать) каудально, оставляя сухим место операции.

Диссекция продолжается книзу между надпочечником и верхним полюсом левой почки. Выделяется центральная вена левого надпочечника. На этом этапе диссекции очень важной является тракция надпочечника с помощью зажима в краниальном направлении, что позволяет лучше контурировать все сосуды, идущие от надпочечника в направлении почечной ножки. При выделении центральной вены надпочечника желательнее ее клипировать как можно дистальнее, ближе к надпочечниковому концу. Для опухолей до 5 см в диаметре диссекция и выделение центральной вены надпочечника возможны изначально. Центральная вена диссецируется от железы с помощью изогнутого зажима на протяжении около 1,5-2 см. Нет необходимости идентифицировать место слияния центральной вены и левой почечной вены, однако центральная вена надпочечника должна быть прослежена полностью в дистальном направлении вплоть до надпочечниковой железы, так как только это позволяет убедиться, что это не дополнительная почечная вена. После клипирования и пересечения центральной вены мобилизация надпочечника становится намного легче. Манипулирование на периренальной жировой клетчатке должно быть без массивной фиксации опухоли, что может быть причиной ее разрыва и кровотечения. Надпочечник отводится краниальнее, что улучшает доступ к медиальной и верхней поверхностям.

Освобожденная железа с опухолью помещаются в эндоконтейнер и удаляется через параумбиликальное троакарное отверстие.

Для правосторонней адrenaлэктомии больной помещается в левую боковую позицию. При подобном положении печень пассивно смещается медиально. Печень мобилизуется путем пересечения *Ligamentum triangulare hepatis*. Эта диссекция продолжается до диафрагмы и надпочечной части *v.cava inferior*, что способствует максимальному отведению печени медиально. Медиальное отведение правой доли печени позволяет визуализировать практически всю *v.cava inferior* на отрезке от диафрагмы до места слияния с почечными венами.

После отведения печени вскрывается паритетальная брюшина несколько латеральнее и вдоль хода нижней полой вены. Затем выполняется диссекция правого надпочечника. Доступ к правой центральной надпочечниковой вене предпочтительно выполнить в начале операции. Для этого нижняя поверхность надпочечника мобилизуется с помощью коагуляционного крючка или 5 мм изогнутых ножниц и захватывающего диссектора. Диссекция продолжается медиально и вверх вдоль латерального края нижней полой вены. Правая почечная вена является нижней точкой проводимой диссекции. При выполнении диссекции вдоль нижней полой вены центральная вена правого надпочечника становится отчетливо визуализированной, что позволяет ее клипировать средне-большими титановыми клипсами. Центральная вена надпочечника пересекается. Затем диссекция перемещается к верхней поверхности надпочечника. Небольшие сосудистые веточки от нижних диафрагмальных сосудов должны быть прослежены и коагулированы. На этой стадии диссекции становится хорошо видна задняя и нижняя диафрагмальные ножки. Когда правый надпочечник с опухолью прослеживаются на значительном протяжении с медиальной стороны, диссекция продолжается в латеральном направлении. После этого надпочечник с опухолью помещают в эндоконтейнер и удаляют (рис. 3).

Результаты

Оценка качества лапароскопической адrenaлэктомии через латеральный трансперитонеальный доступ определялся рядом показателей: 1) длительность операции (ДО); время от инициального кожного разреза до последнего кожного шва; 2) продолжительность послеоперационного применения обезболивающих средств (длительность анальгезии — ДА); 3) время вставания: фиксирует первый день вставания (ПДВ) больного с постели в послеоперационном периоде; 4) время питания: фиксирующее первый день приема пищи (ПДП) в послеоперационном периоде; 5) длительность послеоперационной госпитализации (ДПГ): количество дней, проведенных больным в клинике после операции до выписки; 6) средняя интраоперационная кровопотеря (СИК).

Средняя продолжительность операции при право- и левосторонней лапароскопической адrenaлэктомии составила соответственно 66,7±17,4 минут и 113,7±12,4 минут. Кон-

Таблица 2. Результаты гистологического исследования

| | |
|---|----|
| Кортикостерома | 13 |
| Альдостерома | 11 |
| Феохромоцитома | 10 |
| Аденома надпочечника (светлоклеточная и смешанная) | 6 |
| Фиброма | 4 |
| Опухоль хромофильной ткани ("немая" феохромоцитома) | 2 |
| Киста надпочечника | 5 |
| Адренокортикальный рак | 3 |



Рис. 3
Макропрепарат: фиброма надпочечника.

версии не было. Средняя интраоперационная кровопотеря (СИК) в ходе операции составила 121,3±9,2 мл при лево- и правосторонней локализации опухоли. Гемостазу не производились. Интраоперационных осложнений не отмечено. Все больные активизированы в первые сутки после операции и могли свободно передвигаться по стационару.

Степень травматичности оперативного лечения оценивали косвенным образом в послеоперационном периоде по ДА. Средняя ДА составила 1,5±0,8 дня. Только 5 (9,2%) пациентам однократно вводился наркотический анальгетик (омнолон) с целью купирования боли в раннем послеоперационном периоде. Остальным пациентам вводились ненаркотические анальгетики (кетанов, дексалгин, династат) преимущественно в первые сутки послеоперационного периода.

При операциях данной степени сложности послеоперационное состояние кишечника, его функционирование также является косвенным признаком степени травматичности операции. Это влияет, прежде всего, на время приема пищи с момента проведения оперативного вмешательства. ПДП составил в среднем (24,5±2,0 час).

Мы наблюдали один случай (1,8%) — гемоперитонеума, возникшего вследствие травматического повреждения селезенки при левосторонней ЛА. Через 16 часов после операции выполнена лапароскопическая ревизия и санация брюшной полости. Выявлено кровотечение из линейного разрыва капсулы селезенки, которое было остановлено с помощью аппликации пластины "тахоккомба". Дальнейшее послеоперационное течение без особенностей. Больная выписана на 4 сутки после релапароскопии.

Среднее время пребывания в стационаре составило 2,6 (2-9) дня. Средний диаметр удаленного надпочечника составил 4,8 см (3-7 см). Выздоровление пациентов, безусловно, зависело не только от вида оперативного лечения, но и от более быстрой компенсации гормональных и гемодинамических сдвигов.

Возможное восстановление ранней активности больных в послеоперационном периоде, сокращение количества анальгетиков, раннее начало полноценного питания в совокупности способствует сокращению количества осложнений, таких как пневмония, тромбоз, парезы кишечника. Короткая ДПГ является экономически, психологически и социально "выгодным" моментом для больных. Окончательные результаты гистологического исследования представлены в таблице 2.

Обсуждение

С момента первых сообщений о выполнении лапароскопической адrenaлэктомии, техника операции хорошо освоена хирургами и на сегодняшний день стала "золотым стандартом" лечения доброкачественных опухолей надпочечных желез размерами 4-6 см в диаметре. Наиболее часто применяемые боковые трансабдоминальные доступы с укладкой больного на правый или левый бок. Передний трансперитонеальный доступ, большинство хирургов считают более сложным и требующим больших затрат времени, очевидно из-за чего метод не нашел широкого применения. Хотя отдельные авторы [6] и считают, что по уровню конверсий, продолжительности операции и удобству выполнения, он ничем не уступает боковым доступам.

Большинство хирургов считают его сложным в выполнении из-за отсутствия топографо-анатомических ориентиров в паранефральной клетчатке и сложности препаровки надпочечника и его сосудов [7,8]. Следует согласиться с мнением отдельных хирургов, которые считают его применение допустимым у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости [9,10].

При наличии показаний к хирургическому удалению опухоли надпочечника для проведения ЛА необходимо всегда строго учитывать ряд требований. Размеры опухоли не должны превышать 6 см. Опухоль должна локализоваться в одном надпочечнике и необходимо исключить экстадренальные локализации, что особенно важно при катехолами-продуцирующих опухолях. Дооперационное клиничко-топическое исследование должно исключать первичный злокачественный генез заболевания надпочечников.

Литература

- Gagner M., Lacroix A., Bolte E. (1992) Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma (letter). N. Engl. J. Med. 327: 1033
- O'Boyle C.J., Kapida C.R., Sedman P.C. (2003) Laparoscopic transperitoneal adrenalectomy: a prospective analysis of 172 procedures. Surg. Endosc. 17: 1905-1909
- Paretta S., Compagnacci R., Guerrieri M., Paganini A.M. (2005) Submesocolic access in laparoscopic left adrenalectomy. Surg. Endosc. 19: 977-980
- Porpiglia F., Destefanis P., Fiori C. (2002) Does adrenal mass size really affect safety and effectiveness of laparoscopic adrenalectomy? Urology. 60: 5: 801-805
- Cobb W.S., Kercher K.W., Sing D.O. (2005) Laparoscopic adrenalectomy for malignancy. Am. J. Surg. 189: 405-411
- Lezoche E., Guerrieri M., Crosta F., Paganini A. (2008) Perioperative results of 214 laparoscopic adrenalectomies by anterior transperitoneal approach. Surg. Endosc. 22: 2: 522-526
- Черненко С.М., Ларин А.С., Товкай А.А. (2006) Возможности лапароскопической адrenaлэктомии в лечении больных с опухолями надпочечников. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 165; 2: 41-44
- Guerrieri M., Crosta F., Sanctis A. et al. (2008) Use of the electrothermal bipolar vessel system (EBVS) in laparoscopic adrenalectomy: a prospective study. Surg. Endosc. 22: 141-145
- Walz M.K., Peitgen K., Sallaer B. (1998) Subtotal adrenalectomy by the posterior retroperitoneoscopic approach. World J. Surg. 22: 621-627
- Lezoche E., Guerrieri M., Felicetti F., Peretta S. (2002) Anterior, lateral, and posterior retroperitoneal approaches on endoscopic adrenalectomy. Surg. Endosc. 16: 96-99

НАВЧАННЯ В ЕНДОСКОПІЇ ХІРУРГІЇ

Матеріали III симпозиуму Асоціації лікарів-ендоскопістів України "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія", 28-29 травня 2009 р., м. Миколаїв

К ВОПРОСУ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ "ЭНДОСКОПИЯ"

Губанов Д.С.

Донецкий Национальный медицинский Университет им. М.Горького, УНЛК "Университетская клиника", Украина

В последние годы в медицинской литературе, на съездах и конференциях широко обсуждается вопрос роли, места и оценки целесообразности сохранения эндоскопии в виде самостоятельной дисциплины. Вопрос востребованности эндоскопических исследований в хирургии, гастроэнтерологии, терапии, кардиологии, пульмонологии, отоларингологии, фтизиатрии, торакальной хирургии, отоларингологии, колопроктологии и т.д. не требует дискуссии. При этом ведущая роль в эндоскопии отводится гастроинтестинальному направлению.

Несмотря на прямую зависимость уровня оказания квалифицированной эндоскопической помощи от состояния технической оснащенности, в данных тезисах предприняты попытки обозначить основные этапы подготовки врача-эндоскописта вне зависимости от состояния материальной базы того или иного лечебно-медицинского учреждения.

Исключительная инструментальность метода позволяет практически любому врачу освоить технику выполнения эндоскопического исследования. Однако квалифицированная трактовка визуальных данных возможна только при наличии клинического опыта будущего врача-исследователя. Поэтому целесообразно допускать к изучению программы "эндоскопия" врачей с клиническим стажем не менее 5 лет.

Базовые данные, полученные при обучении в учебных медицинских заведениях, по ряду объективных причин в течение времени утрачиваются. Прежде всего, это касается специалистов нехирургического профиля, где, к сожалению, преобладает утрата полученных знаний нормальной, топографической и патологической анатомии. Многообразие эндоскопически-топографических особенностей строения исследуемых органов диктует необходимость обязательного включения перечисленных дисциплин в программу подготовки будущего врача-эндоскописта всех направлений. Участие в клинических разборах, патологоанатомических конференциях, присутствие на операциях и патологоанатомических вскрытиях должны стать неотъемлемой частью процесса подготовки врача-эндоскописта любого профиля. Обязательное современное требование цитоморфологической верификации всех органических изменений, выявленных при эндоскопических исследованиях, диктует необходимость включения в программу обучения цикла патологической анатомии с направленным акцентированием оценки микрокопической картины нативного материала, полученного при биопсии.

С целью предупреждения возникновения ятрогенных осложнений и дискредитации метода необходим квалифицированный подход к вопросу целесообразности выполнения эндоскопического исследования. Для решения этого вопроса оправдано привлечение в процесс подготовки специалистов реанимационно-анестезиологического профиля; для врачей эндоскопистов-бронхологов — обязательное включение в программу обучения цикла интенсивной терапии и реанимации.

Изучение минимальной стандартной терминологии (МСТ) должно стать неотъемлемой частью программы подготовки врача-эндоскописта. Знание медицинского эндоскопического оборудования во многом облегчит работу врача, продлит "диагностический срок" безотказной работы эндоскопического оборудования. В связи с этим целесообразно проведение целевых информационных занятий с участием специалистов медицинской техники.

Перечисленные этапы подготовки выполнимы только на курсах первичной специализации по эндоскопии. Одномесячные курсы информации и стажировки на рабочем месте, должны сохраняться исключительно в "информационном поле" и предоставлены для врачей всех специальностей, для последующего решения вопроса возможной специализации по эндоскопии.

При прохождении трехмесячных курсов специализации ознакомление с многообразием эндоскопических картин при различной патологии, по понятным соображениям, весьма ограничено. Эндоскопические атласы и учебные рекомендации не могут заменить "живой" материал и "остаться" в визуальной памяти врача-исследователя. Поэтому при работе врача-эндоскописта, располагающего определенным объемом начальных знаний и практических навыков, с расширением опыта обосновано накапливается ряд профессиональных вопросов, требующих совместного решения с более опытными специалистами базовых учебных заведений.

Возможно, организация обязательных тематических мастер-классов на базе специализированных эндоскопических отделений даст возможность углубить и расширить полученные знания как молодым специалистам, так и врачам с достаточным эндоскопическим опытом. Положительным примером может служить уровень организации тематического мастер-класса в больнице "Св. Луки" г. Кировограда. Вполне объяснима прямая заинтересованность в организации подобных мероприятий фармацевтических представительств Украины, однако нельзя недооценивать вклад в достижение поставленной задачи повышения профессионального уровня врачей эндоскопистов.

Располагая опытом подготовки врачей-эндоскопистов (более 50 специалистов), имея представления о трудностях в работе начинающих эндоскопистов, хочется надеяться, что организация подобных мероприятий под патронажем Ассоциации врачей-эндоскопистов Украины значительно повысит уровень знаний молодых специалистов, расширит информационно-методический спектр лечебно-диагностических возможностей современной эндоскопии и будет способствовать формированию творческой активности не только молодых специалистов, но и врачей с достаточным клиническим опытом. Закономерным итогом подготовки врача-эндоскописта является обязательное вступление в Ассоциацию врачей-эндоскопистов Украины.



ПОДПИСКА 2010

Глибокоуважаємі підписчики, читателі, автори оригінальних статей!

"Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" розповсюджується неопосередковано кожному читателю/учреждению України редакцією напряму.

Благодаря поддержке Киевского клинического госпиталя рассылка журнала проводится бесплатно, так же как и публикация оригинальных статей.

Для получения журнала в 2010 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.