

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЭНДОСКОПИСТОВ УКРАИНЫ**

**І СЪЕЗД
ВРАЧЕЙ ЭНДОСКОПИСТОВ
УКРАИНЫ**

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

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

профессор В.Н.Гирин, профессор П.Д.Фомин, профессор И.С.Зозуля, профессор В.В. Грубник, профессор М.П.Захараш, профессор А.Г.Данчин, профессор Д.В.Мясоедов, д.м.н.М.Е.Ничитайло, к.м.н.В.Ф.Москаленко, В.Л.Весельский, доц. Тофан А.В., доц. В.И.Паламарчук, к.м.н. А.Н.Бурый, к.м.н. В.И.Никишаев, к.м.н. Г.С.Бойко, к.б.н. А.Б.Рикберг, Кимакович В.И., А.А.Цаберябий, Ю.В.Горбенко, В.Ф.Левин, С.Г.Головин, К.В.Кузнецов.

Раздел 1

**Актуальные вопросы диагностической и
лечебной эндоскопии.**

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2000. – Vol 4, №2. -36-58

Роль гастроинтестинальной эндоскопии в клинике хирургической гастроэнтерологии

Бурый А.Н., Гомоляко И.В., Диброва Ю.А.

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

Применение эндоскопов с фиброволоконной оптикой значительно расширило диагностические и лечебные возможности при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, улучшило результаты абдоминальной хирургии. Эндоскопические исследования, манипуляции и миниоперации играют важную роль в современной хирургической гастроэнтерологической клинике, а совместная работа эндоскописта и хирурга прослеживается на этапах диагностики; лечения и послеоперационного ведения больных. Важнейшим достоинством гастроинтестинальной эндоскопии является ее высокая диагностическая эффективность, позволяющая оперативно и с большой достоверностью установить наличие или отсутствие патологических изменений исследуемого органа, получить материал для морфологического исследования, оценить динамику процесса.

Проблема изучения перехода предопухолевых состояний желудка в рак, к которым относятся различные варианты хронического гастрита, пептическая язва желудка и полипы, является наиболее актуальной в современной гастроэнтерологии. Ценность концепции предракового состояния также, как и предъязвенного, заключается в том, что она ориентирует практических врачей на раннюю диагностику этих состояний в начальных стадиях развития, когда лечение наиболее эффективно. Эндоскопические методы исследования, дополненные полипозиционной биопсией, гистологическим исследованием биоптатов, хромогастроскопией, рН-метрией, исследованием кровотока желудка, лазерной флуориметрией, позволяют дать объективную информацию о морфо-функциональном состоянии желудка, выявить диспластические изменения и малигнизацию, отобрать больных для хирургического лечения.

Микроорганизм *Helicobacter pylori* является важным участником формирования таких патологических состояний, как острый и хронический гастрит, пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки и МАГТ-лимфома. В 1994 году Международное агентство по изучению рака сделало заключение, что "инфекция *H. pylori* канцерогенна для человека" и классифицировало его как канцероген 1-ой группы. Предполагается, что *H. pylori* - ассоциированный гастрит, является пусковым моментом для различных генотоксических поражений.

Соответственно, атрофический гастрит, кишечная метаплазия и рак желудка могут быть результатом мутации генов эпителиальных клеток и дисбаланса между ненормальной пролиферацией и гибелью (апоптозом) эпителиоцитов. При геликобактериозе перспективным является алгоритм: анамнез - эндоскопия - эндоскопические признаки геликобактериоза - биопсия - "золотой стандарт" (бактериоскопия + цитология) - эрадикационная терапия - динамическое эндоскопическое наблюдение. В данном случае представляется возможность не только документировать, но и количественно определить наличие геликобактериоза, а также проследить в динамике изменения слизистой оболочки желудка.

В последние годы актуальной становится проблема резистентности штаммов *H. pylori* к антибактериальным препаратам, что ведет к усложнению и модификации лекарственных схем и применению более мощных антибиотиков при лечении язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Последнее обстоятельство может приводить к дисбактериозам, кроме того, у ряда пациентов наблюдаются аллергические реакции на антибактериальные препараты. Включение лазеротерапии в комплекс противоязвенного лечения дает выраженный регенераторный эффект, улучшает микроциркуляцию слизистой оболочки, приводит к эрадикации *H. pylori*, что позволяет сократить сроки рубцевания язвы на 4-6 дней.

Желудочно-кишечное кровотечение при эрозивно-язвенных заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки является прямым показанием к эндоскопии. В этих случаях важно определить источник кровотечения, степень его выраженности и предпринять мероприятия по его остановке. Имеющийся, в этих случаях, арсенал средств, таких как, орошение места кровотечения раствором ледяной аминокaproновой кислоты, эндоскопическая инъекция лекарственных препаратов, диатермо- или лазерная коагуляция, в ряде случаев дают надежный гемостатический эффект.

Осложнением язвы луковицы двенадцатиперстной кишки является стеноз этого органа, ведущий к рвоте, нарушению питания и к истощению больного, что служит показанием к хирургическому лечению. В плане подготовки больного к операции важно наладить энтеральное питание, что достигается эндоскопически, путем проведения пластикового зонда за место сужения с последующим введением через него различных питательных смесей.

Среди доброкачественных опухолей желудка и двенадцатиперстной кишки наиболее важное значение имеют полипы, что обусловлено частотой их распространения и возможностью злокачественного перерождения. При этой патологии рациональной считается активная тактика - эндоскопическое удаление новообразований с обязательным морфологическим их исследованием. Эндоскопическая полипэктомия является органосохраняющей операцией, ее можно неоднократно повторять у больных полипозом, при этом у одного больного может быть удалено большое количество полипов (60-80).

Важное значение играет гастроинтестинальная эндоскопия в диагностике и лечении таких послеоперационных осложнений как анастомозит, атония желудка или его культы, несостоятельность швов анастомоза, свищи верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Введение лекарственных препаратов в область анастомоза, проведение зондов для энтерального питания, склерозирование и пломбирование свищей, удаление лигатур является эффективным методом борьбы с этой патологией.

Резекция желудка и потеря запирающей функции привратника создают условия для постоянного агрессивного воздействия панкреатического сока и желчи на слизистую культы. Это приводит к выраженным диспластическим изменениям в отдаленном послеоперационном периоде и требует динамического, эндоскопического и гистологического контроля, которые позволяют уменьшить риск развития онкологической патологии у больных этой группы.

**"Частота выявления НР-инфекции у больных с хронической гастро-дуоденальной патологией",
А.А.Авраменко, А.П.Чеботарев, Э.С.Немировская
Одесский государственный медицинский университет, Николаевский хирургический центр
Николаевская городская централизованная биохимическая лаборатория.**

Дальнейшее изучение проблемы, связанной с НР-инфекцией, порождает всё больше вопросов, и, в частности, о частоте выявления НР-инфекции и достоверности способов при этом применяемых /2/.

Нами было обследовано 120 человек в возрасте от 17 до 50 лет со стажем заболевания от 4 до 37 лет. Все обследованные были разделены на три группы: группа пациентов, страдающих язвенной болезнью 12-ти перстной кишки (ЯБ ДПК), группа пациентов, страдающих хроническим гастродуоденитом (ХГД) и группа пациентов, у которых на фоне ХГД имелся дуодено-гастральный рефлюкс (ДГР). В каждую группу вошло по 40 человек. Всего мужчин было 80, женщин - 40.

Активность процесса подтверждалась клиническими проявлениями и путём проведения эзофагогастродуоденоскопии при помощи эндоскопа " UGI FP-7" фирмы "Фуджинон". Для подтверждения наличия НР на слизистой оболочке желудка параллельно применялось два метода: тест на уреазную активность и микроскопирование окрашенных по Гимзе мазков-отпечатков /1,3/, материал для которых брался во время эндоскопии из антрального отдела и тела желудка. Также всем обследованным проводилась и серологическая проба /2/. Результаты обследования на НР представлены в таблице 1.

Таблица 1. Частота выявления НР-инфекции у больных с различной хронической гастродуоденальной патологией.

Группы больных	Методы выявления НР-инфекции		
	Уреазная активность + бактериоскопический метод		Серологический метод
	Антральный отдел	Тело желудка	
1. ЯБДПК+ХГД	40 человек	37 человек	40 человек
2. ХГД	40 человек	25 человек	40 человек
3. ХГД + ДГР	30 человек	34 человек	40 человек

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что применение тройного тестирования на НР-инфекцию повышает достоверность выявления хеликобактерной инфекции до 100%. Особенно это касается группы больных, страдающих ХГД с дуоденогастральным рефлюксом, когда плотность расселения НР-инфекции резко уменьшается за счёт санирующего действия желчи, что снижает достоверность теста на уреазную активность и бактериоскопического метода. Однако применение только серологического метода не даст информации о топографии расселения НР-инфекции и её жизнедеятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батрак Н.И., Новицкий В.В., Салата А.Е. Опыт лабораторной диагностики пилорического хеликобактериоза // Воен.-мед. журнал. - 1993. - №5. - С. 43-44
2. Передерий В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? Киев. 1997 - С. 36-74.
3. Старостин Б.Д., Петрутик А.В. Экспресс-метод диагностики инфекции рванности *Campylobacter pylori* желудка и двенадцатиперстной кишки. Клин. медицина. - 1989. - №8. - С. 50-51.

К ВОПРОСУ ОБ АРМЕ ВРАЧА-ЭНДОСКОПИСТА

Аксенов И.Г.

Городская клиническая больница N 1, г. Днепропетровск

В последнее время рассматриваются вопросы применения компьютерной техники в практике работы эндоскопических кабинетов, организации автоматизированного рабочего места (АРМ) врача-эндоскописта (Янговский Г.Д., 1998). Следующим шагом является использование сети Интернет и телеэндоскопии для передачи видеозображения на расстояние (Дынник О.Б. и соавт., 1998). Эти прогрессивные технологии заслуживают внимания и необходимы для внедрения, однако требуют определенных материальных затрат и наличия современных компьютеров, работающих с Windows-программами. Поэтому большая часть врачей-эндоскопистов в лучшем случае пользуются бланком-шаблоном или обычным описанием.

Между тем, для облегчения формирования описания результатов исследований и создания базы данных можно обойтись компьютером класса АТ-386, 286 и даже XT. Эта техника морально устарела, но позволяет решать поставленные задачи, используя, к примеру, многофункциональную программу "Microsoft Works" (версия 2.0).

В нашем кабинете эта программа применяется более 2-х лет на базе компьютера IBM PC AT-286, в состав входит матричный принтер. Программа позволяет создавать базу данных на обследованных больных, причем форма протокола исследования формируется пользователем самостоятельно. Для ускорения набора необходимой информации составлены шаблоны описаний, соответствующие различным нозологическим единицам, которые и вносятся в форму, а затем корректируются. Базы данных составлены по видам исследований - гастроскопии, колоноскопии и т.д. и разбиты поквартально.

Преимущества используемой системы: формирование полноценного протокола эндоскопического исследования в печатном виде, куда можно внести все необходимые описательные признаки, основываясь на требованиях эндоскопической классификации; накопление базы данных выполненных исследований и быстрый поиск любого протокола, используя возможности программы; режим работы программы по созданию отчета позволяет получить цифровую информацию для статистики по любому параметру, заложенному в протоколе, а также проводить сортировку, выборку протоколов по интересующим параметрам (например, выбрать колоноскопии со взятием биопсии и т.д.); экономический аспект - цена компьютера такого класса не велика, а программа общедоступна и работа с ней осуществляется на уровне пользователя (В среде Windows программа также может использоваться). Кроме этого программа работает и в режиме текстового редактора и электронных таблиц с соответствующими возможностями и разнообразными сервисными функциями.

По нашему мнению эта информация будет полезна не только для врачей-эндоскопистов, а также и для тех медицинских служб, которые работают с массивами данных, не имея дорогостоящей компьютерной техники и соответствующего программного обеспечения.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ HELICOBACTER PYLORI ПРИ РЯДЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Афанасьева М.Г., Врублевская Е.О.

Киевский городской консультативно-диагностический центр

Ввиду связи генеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием инфицирования *Helicobacter pylori*, Европейская исследовательская группа по *Helicobacter* [1] рекомендует проведение соответствующего неинвазивного теста в отношении возбудителя и, в случае положительной реакции, назначение «тройной» схемы терапии с дальнейшим контролем в динамике.

Целью настоящего исследования было установить вероятность выявления *Helicobacter pylori* при некоторых заболеваниях гастро-дуоденальной зоны в процессе проведения эндоскопического исследования в отечественных условиях. Актуальность исследования обусловлена необходимостью адаптации упоминавшихся выше рекомендаций и возможного их расширения в отношении прочих заболеваний.

Исследования проводились на протяжении 1999–2000 гг. в отделении эндоскопии КГКДЦ. Фиброэзофагогастродуоденоскопию выполняли при помощи аппарата «Olympus GIF Q-10». Определение *Helicobacter pylori* выполнялось пациентам с верифицированной патологией желудка и двенадцатиперстной кишки по стандартной методике. Обследовано 105 человек в возрасте 22–57 лет. Какого-либо предварительного отбора пациентов из потока направленных на исследование не производили.

Выявленная в ходе эндоскопического исследования патология представлена в таблице 1.

Результаты определения *Helicobacter pylori* для каждого из диагностированных заболеваний представлены в табл. 2.

Таблица 1 Распределение патологии желудка и двенадцатиперстной кишки у обследованных

Нозология	Частота выявления
	(% от всего обследованных)
Эритематозная гастропатия	19,9%
Эрозивная антральная гастропатия	15,8%
Эрозивная гастропатия	3,16%
Эрозивная гастродуоденопатия	9,47%
Эрозивная дуоденопатия	10,52%
Язва желудка	7,37%
Язва луковицы двенадцатиперстной кишки	32,72%
Полипоз желудка	1,05%

Таблица 2

Выявляемость *Helicobacter pylori* при патологии желудка и двенадцатиперстной кишки у обследованных

Нозология	Частота выявления <i>Helicobacter pylori</i>
	(% от страдающих данной нозологией)
Эритематозная гастропатия	41,2%
Эрозивная антральная гастропатия	66,7%
Эрозивная гастропатия	33,3%
Эрозивная гастродуоденопатия	88,9%
Эрозивная дуоденопатия	90,0%
Язва желудка	100,0%
Язва луковицы двенадцатиперстной кишки	96,8%

Единичные случаи очагового гастрита и полипоза желудка не могут быть подвергнуты анализу, хотя их сочетание с инфицированием, в особенности в случае полипоза, представляет определенный интерес.

Полученные результаты свидетельствуют, что в отличие от язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, прочие заболевания гастродуоденальной зоны в меньшем проценте случаев протекают на фоне инфицирования *Helicobacter pylori*.

Таким образом, отрицательный результат неинвазивного теста на *Helicobacter pylori* самостоятельно не является информативным и, в любом случае, требует проведения эндоскопического исследования.

Литература

1. Moayyedi P. Do young dyspeptics require endoscopy any more? — European Journal of Gastroenterology and Hepatology, Vol. 11, Suppl. 2, 1999, pp. 59–62.

ЭНДСКОПИЧЕСКОЕ И ЛАБОРАТОРНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭРОЗИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

БЕРКО И.М., ГУРКОВА В.И., БЕРКО Е.М., КОЛЕСНИКОВА Л.А., ШТОДА Л.А.

Донецкий диагностический центр

Обследование больных с эрозивными изменениями слизистой оболочки желудка и 12ти перстной кишки, выяснение причин эрозивных изменений имеет большое значение с целью прогноза и разработки адекватной тактики лечения. Это тем более важно, что эрозивный гастрит является эрозивным предъязвенным состоянием, возможность трансформации которого в язвенную болезнь, также как и её клинические особенности при сочетании с эрозиями, определяется конкретным типом поверхностных дефектов гастродуоденальной слизистой оболочки.

Нами было обследовано 238 больных с эрозивными изменениями слизистой оболочки желудка. Эрозии, обнаруженные у этих больных, можно подразделить на острые (32,7 %) и хронические (67,3 %).

Эндоскопически острые эрозии представляют собой поверхностные плоские полиморфные (точечные, линейные, полигональные) дефекты слизистой оболочки под фибрином или солянокислым гематином (геморрагические

эрозии), а хронические – возвышающиеся (полные) эрозии – округлые полиповидные образования – зрелые или незрелые. При эндоскопическом анализе степени зрелости полных эрозий руководствовались прежде всего оценкой состояния поверхностного эпителия полиповидных образований и относили к незрелым полные эрозии, у которых на вершинах имелся лишь венчик гиперемии. При наличии признаков некроза и десквамации поверхностного эпителия такие полные эрозии считали зрелыми. Эндоскопически диагностированные зрелые полные эрозии соответствовали клинической стадии обострения хронического эрозивного гастрита, а незрелые – ремиссии.

С учетом этиологии острые эрозии подразделяли

С учетом этиологии острые эрозии подразделяли на первичные (экзогенные), т.е. эрозии, индуцированные стрессогенными ситуациями, а также воздействием на слизистую оболочку внешних факторов (этанол, ulcerогенные медицинские средства, профессиональные вредности и т.д.), по нашим данным таких эрозий 72,4 % от острых, и вторичные, формирующиеся как осложнение различных заболеваний (элиминационный уремитический гастрит, рак желудка, лимфоматоз желудка, анемии, болезнь Крона и другие иммунные процессы и т.п.). Гистологически такие эрозии, независимо от происхождения, представляли собой десквамацию поверхностного эпителия и поверхностный некроз слизистой оболочки (поверхностно-некротические или десквамационные эрозии).

По этиологии хронические эрозии также подразделяли на первичные (стрессогенно-адаптогенные), возникающие, как правило, у практически здоровых молодых людей без сопутствующих заболеваний под воздействием неблагоприятных социально-климатических или психотравмирующих факторов и способные излечиваться по мере устранения влияния этих факторов. Нами выявлено 47 % эрозий этой этиологии от всех хронических. Гистологически такие эрозии соответствовали преимущественно гиперпластическим эрозиям «молодых» с простой регенеративной гиперплазией как проявления десинхронизации процессов пролиферации и дифференцировки клеток.

К вторичным (соматическим) относили хронические эрозии, возникающие в среднем и старшем возрасте как следствие генерализованных циркулярно-гипоксических расстройств. Гистологически такие эрозии соответствовали фиброзно-фиброидным эрозиям с преобладанием распространенного фиброза стромы и фибриноидного некроза собственной пластинки слизистой оболочки, отличаются чрезвычайной устойчивостью и могут существовать, практически не изменяясь, в течение длительного времени.

Всем больным с эрозиями выполняли определение в сыворотке крови антител к *H. pylori*. Антитела выявлялись у 89,7 % больных с острыми эрозиями и у 96,2 % больных с хроническими. Уреазный экспресс-тест на *H. pylori* был положителен у 81,6 % больных с острыми эрозиями и у 77 % больных с хроническими. Цитоморфологическое определение *H. pylori* выявило наличие обсеменения геликобактер у 44 % больных обеих групп.

Результаты исследования гуморальных показателей свидетельствуют о том, что наиболее закономерные особенности касаются тех из них, которые непосредственно отражают состояние вегетативной нервной системы – катехоламинов – и указывают на преобладание парасимпатических влияний при развитии эрозий. Непостоянство и разнонаправленность изменений других биохимических показателей (содержания церулоплазмينا и гистамина, экскреции 17-ОКС, проявлений дисгормоноза коркового вещества надпочечников и др.) говорит о том, что эти сдвиги не являются первичными и ведущими в образовании эрозий, но могут включаться в патогенез, будучи обусловлены нарушениями нервной регуляции.

Т.о., можно сделать вывод о том, что эрозивные изменения не являются результатом какого-то одного фактора, а целого ряда факторов: к ним относятся как факторы внешней среды (алкоголь, профессиональные вредности), так и различные эндогенные факторы. Важную роль в возникновении эрозий, по-видимому, играет *H. pylori*.

Литература:

1. Дорощев Г.И., Успенский Ю.П. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте. - М., 1984.
2. Галанкина Е.И., Волков С.В., Пермяков Н.К., Синев Ю.В., Лужников В.Е. Особенности заживления обширных язв желудка после химического ожога при лечении гелий-неоновым лазером (эндоскопическое и морфологическое исследования)/Клиническая медицина. – 1996. - № 1. – С. 56.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МАКРО- И МИКРОСКОПИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ (ЭГДЗ) У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ЯБ ДПК) С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Е.В.Беспалова, Е.В.Степанова, А.И.Ивасюк

Украинский научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Днепропетровск

Сочетанная патология органов пищеварения является актуальной проблемой современной гастроэнтерологии. Изучение особенностей проявлений полиморбидных вариантов течения болезней гастроэнтерологического профиля способствует их своевременной диагностике, разработке патогенетически обоснованной терапии, повышению эффективности лечения больных.

Цель исследования – выявить и определить характер зависимости макроскопических показателей состояния ЭГДЗ от микроскопических особенностей структурно-функциональной организации слизистой оболочки (СО) желудка и ДПК у больных ЯБ ДПК, сочетавшейся с патологией панкреобилиарной системы.

Обследовано 38 больных ЯБ ДПК в фазе обострения, сочетавшейся с хроническим холециститом (ХХ) и хроническим панкреатитом (ХП). Макроскопическое состояние ЭГДЗ оценивали в процессе эзофагогастродуоденоскопии по характеру, степени выраженности и распространенности патологических изменений. Проводили полуколичественную

оценку интенсивности воспаления и атрофии СО. Регистрировали наличие узловатости, геморрагий, эрозий, язв. Изучали состояние кардиального и пилорического сфинктеров, определяли наличие и степень выраженности желудочно-пищеводного (ЖПР) и дуоденогастрального (ДГР) рефлюксов. Особенности микроскопической организации СО желудка и ДПК определяли по данным цитологических, гистологических, гистохимических и морфометрических методов исследования. Корреляционную зависимость между изученными параметрами выявляли с помощью математического метода парных корреляций.

Проведенный корреляционный анализ показал, что у больных ЯБ ДПК, сочетавшейся с ХХ и ХП, в пищеводе отмечалось усиление эндоскопических проявлений рефлюкс-эзофагита в случаях расширения в желудке зоны расположения париетальных клеток и увеличения их размеров. Возрастание степени выраженности ЖПР и интенсивности эзофагита сопровождалось ослаблением лимфоидной инфильтрации собственной пластинки СО желудка и увеличением внутриклеточных запасов слизи в ее поверхностном эпителии, в то время как при эндоскопических признаках атрофии в пищеводе содержание мукоидного секрета в поверхностном эпителии желудка снижалось.

В теле желудка воспалительные изменения при макроскопическом осмотре диагностировались в 2,8 раза реже, чем при микроскопическом исследовании, что объяснялось невозможностью визуализировать явления хронического воспаления, ограниченного зоной расположения желудочных ямок. Степень выраженности гастрита, диагностированного при эндоскопии, находилась в прямой зависимости от интенсивности хеликобактерного обсеменения и в обратной корреляционной связи с частотой встречаемости гиперплазии лимфоидных фолликулов в антральном отделе. Усиление эндоскопических проявлений атрофии отмечалось при уменьшении высоты клеток покровно-ямочного эпителия. Признаки узловатости СО определялись при повышении активности воспаления и увеличении размеров париетальных клеток в теле желудка и при гиперплазии ямочного эпителия в выходном отделе желудка.

В антральном отделе частота выявляемости гастритического процесса на макро- и микроскопическом уровнях была одинаковой. Выраженность эндоскопических признаков гастрита прямо коррелировала с тяжестью морфологических изменений в СО, степенью поражения поверхностного эпителия и его слизиобразующей функции, интенсивностью воспаления и его аллергического компонента. Замечена обратная корреляционная связь между выраженностью макроскопических признаков антрум-гастрита и объемной долей дуоденальных желез в СО ДПК. Атрофия при эндоскопическом осмотре антрального отдела диагностировалась в 71% случаев микроскопических ее проявлений. Атрофические изменения более интенсивно проявлялись при уплощении поверхностного эпителия и увеличении в нем количества межэпителиальных лимфоцитов.

В ДПК явления бульбита усиливались при повышении степени выраженности аллергического компонента воспаления, а эндоскопические показатели атрофии проявлялись ярче при активизации местного В-клеточного иммунитета. Атрофические изменения в ДПК прямо коррелировали с тяжестью поражения СО антрального отдела желудка. Частота встречаемости ДГР находилась в прямой корреляционной связи с уровнем активности воспалительного процесса в ДПК.

Таким образом, сопоставительный анализ результатов макро- и микроскопических исследований состояния ЭГДЗ у больных ЯБ ДПК с сочетанной патологией позволил расширить и углубить интерпретацию отдельных макроскопических показателей состояния СО изучаемой зоны, выявить особенности взаимосвязи структурно-функциональной организации различных отделов ЭГДЗ и оценить возможности эндоскопического метода диагностики у данной категории больных.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНЫХ И ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ.

Бойко В.В., Сариян И.В., Далавурак В.П., Красносельский Н.В., Смачило Р.М., Скрипко В.А. Харьковский НИИ общей и неотложной хирургии

Лечение больных с рубцовыми стриктурами пищеводно-кишечных и пищеводно-желудочных анастомозов является серьезной проблемой хирургии. Состояние больных ослаблено основным заболеванием, сопутствующими болезнями, перенесенной операцией, невозможностью адекватно употреблять все виды пищи. В зависимости от локализации процесса могут возникнуть нарушения сложных механизмов глотания - дыхания. Зачастую риск повторной операции по поводу стриктуры анастомоза очень велик. Альтернативой восстановления проходимости анастомоза может являться проведение комплексного эндохирургического лечения.

До последнего времени для расширения стенозов пищеводных анастомозов мы использовали бужирование по струне, вибрационное бужирование, различные способы реканализации и протезирования пищевода. В последнее время отдаем предпочтение методам электрокоагуляции и рассечению рубцовых тканей с последующей эндоскопической пневмо- и гидродилатации. Несмотря на имеющиеся положительные результаты перечисленных методов, процесс рестенозирования возникает довольно часто. Недостаточно изучен характер процесса образования соединительной ткани в зависимости от различных методов лечения. Целью исследования явилась разработка комплексного эндохирургического лечения рубцовых деформаций зоны анастомоза у больных перенесших операции на пищеводе и желудке с учетом минимального разрастания соединительной ткани. За последние 10 лет в клинике Харьковского НИИ общей и неотложной хирургии и Института медицинской радиологии находилось на лечении 78 больных (с рубцовыми стриктурами пищеводно-кишечных соустьев - 56 больных, пищеводно-желудочных — 22 больных). У 51,3% боль-

ных основным методом лечения было бужирование по струне с последующей вибрацией, у 34,6% - электрокоагуляция и рассечение рубцовых тканей с пневмо- и гидродилатацией, у 14,5% - в курсе лечения применялись обе методики. Эндоскопическое лечение проводилось в сроки от 3 месяцев до 3 лет после операции. Морфологические изменения оценивались путем взятия биопсии из стенозированных участков в указанные сроки. Изучали уровень гликозаминогликанов и протеогликанов с исследованием ШИК-реакции. Полученные морфологические данные о характере и сроках образования соединительной ткани свидетельствовали, что наиболее интенсивный процесс фиброгенеза наблюдался в сроках от 6 до 9 месяцев. Наиболее оптимальными сроками для каждого из указанных методов лечения стенозов явились 1,5 -3 месяца после операции, когда уровень образования фибробластов был значительно ниже. Было также установлено, что независимо от методики лечения процесс фиброгенеза и его направленность оставались типичными. Однако высокие физические свойства дилатирования, его равномерная направленность на все участки окружности, иногда с предварительным рассечением рубцовых тканей позволяло наиболее эффективно добиться восстановления проходимости в кратчайшие сроки, и позволила уменьшить кратность процедур. Эта тенденция сохранялась вне зависимости от сроков, в которые производилось дилатирование.

Опыт применения дезинфицирующего средства "Дезэфект" в эндоскопии

**Бурый А.Н., Башир-Заде Т.А., Назаренко А.Ю.
Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины**

Существует риск инфицирования пациента при выполнении эзофагогастродуоденофиброскопии или колоноскопии. Возможный источник контаминации эндоскопов, инструментария и пациента – микробы, населяющие человеческий организм, среди которых наиболее опасны *Salmonella spp.*, вирусы гепатита, *M. Tuberculosis*, *H. pylori*, ВИЧ и др. Кроме того, инфицирование возможно через орошающие жидкости, в которых могут находиться *Pseudomonas*, и моечные машины для эндоскопов. Передача инфекционного агента при эндоскопии известна; также, для таких грамотрицательных организмов как *Klebsiella*, *Enterobacter* и *Pseudomonas*, причем последние нередко ответственны за осложнения при ЭРХПГ. Недостатки дезинфекции приводят к сохранению микроорганизмов на эндоскопах, инструментарии и оборудовании, и в конечном счете ведут к инфицированию пациента, а также медицинского персонала. Это обуславливает высокие требования к свойствам дезинфицирующих средств, которые должны иметь максимально широкий спектр антимикробной активности, минимальное вредное воздействие на человека и эндоскопическую технику.

В 1999-2000 г.г. для дезинфекции эндоскопов мы использовали дезинфицирующее моющее средство "Дезэфект", разработанное ЗАО "Украинский научный производственный центр проблем дезинфекции". За это время выполнено более 2000 эндоскопических исследований, манипуляций и миниопераций, после которых в качестве дезинфицирующего моющего средства использовали "Дезэфект", что дает нам возможность сделать определенные выводы.

По химическому составу "Дезэфект" представляет собой комбинацию из нескольких активных веществ, основную часть которых составляют поверхностно-активные вещества (ПАВ) - четвертичные аммониевые соединения и синергично действующие активизирующие добавки. Такой состав обеспечивает препарату свойства, отличающиеся от ранее известных для препаратов этой группы. Препарат не содержит альдегидов, фосфатов, активных хлора и кислорода, других высокотоксичных, агрессивных, экологически неблагоприятных компонентов. "Дезэфект" не летуч, не имеет резкого запаха, не раздражает слизистые глаз и верхних дыхательных путей, не имеет сенсibiliзирующего действия. Одно из важных следствий перечисленных свойств - возможность дезинфекции препаратов в присутствии персонала и пациентов. Мы не отмечали коррозионного или другого повреждающего действия "Дезэфекта" на эндоскопы и инструменты к ним. Низкая токсичность "Дезэфекта" сочетается с широким спектром антимикробной активности. Препарат активен в отношении различных грамотрицательных, грамположительных бактерий, микобактерий туберкулеза, холерных вибрионов, полиовирусов, вирусов гепатитов и других вирусов, грибов рода Кандида и Трихофитон.

"Дезэфект" сочетает в себе дезинфицирующие, моющие и дезодорирующие действия. В отличие от многих препаратов растворы "Дезэфекта" не фиксируют загрязнения на эндоскопах. Важным функциональным свойством, в ряду определяющих экономическую эффективность применения "Дезэфекта", является возможность многократного использования рабочих растворов,

"Дезэфект" выпускается в виде концентрата, срок хранения которого до 5 лет. Стабильность препарата, в отличие от хлорактивных дезинфектантов, исключает необходимость периодического контроля содержания активно действующего вещества. Рабочие растворы готовят путем разбавления концентрата водой. В зависимости от сферы применения и объектов обработки концентрат разводится водой в соответствии от 1:40 до 1:250 и могут храниться до применения 14 дней. Применяются растворы методом протирания, орошения, погружения и замачивания.

Препарат зарегистрирован и входит в перечень дезинфицирующих средств, рекомендованных для применения в Украине. Совокупность перечисленных свойств позволяет рекомендовать к использованию "Дезэфект" в эндоскопии как эффективное, надежное и безопасное средство дезинфекции, позволяющий свести риск заражения пациента практически к нулю.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МАЛЬТОМ ЖЕ-

ЛУДКА

Василенко И.В., Колесникова Л.А., Михно В.Т., Левин В.Ф., Череватская Е.Ю., Губанов Д.С., Лещинский С.А., Берко И.М., Ложечник А.Г., Коровянская Е.Н., Гридасов И.В.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение

Отделение эндоскопических исследований. Лаборатория цитоморфологических исследований.

Впервые В-клеточная лимфома низкой степени злокачественности описана P.G.Isaacson и D.Wright в 1983 году как происходящая из лимфоидной ткани, ассоциированная со слизистой оболочкой (mucosa-associated lymphoid tissue -MALT).

В 1993г появилось сообщение, что такие лимфомы регрессируют после эридикации H.Pylori и представляют собой один из видов неходжкинских лимфом (НХЛ), являясь отдельной нозологической единицей. В России мальтома впервые описана в 1996 году. Многочисленными исследованиями доказана 100% инфицированность H.Pylori при мальтомах.

Считается, что H.Pylori запускает аутоиммунный процесс, ведущий к мальтоме. В литературе встречаются как "MALToma", "MALTlymfoma" и "мальтома желудка". НХЛ встречаются значительно редко, но тем не менее во всем мире отмечается рост заболеваемости. Происхождение большого количества из MALT было показано с помощью антиидиотипических антител к IgA, продуцируемому мальтомой желудка. Было показано, что эти антитела связываются только с клетками желудка, продуцирующей Ig A, но они не связывались с клетками мальтомы желудка другого типа, с клетками нормальных лимфоузлов и с клетками лимфоузлов с воспалительными реакциями. Отмечена локализация мальтомы в желудке, пищеводе, тонкой и толстой кишке. В желудке встречается в теле и в антральном отделе в возрасте 20-60 лет, но описаны случаи диагностирования мальтомы и у детей.

Эндоскопически мальтомы выглядят в виде полипов, язв или инфильтративных изменений слизистой. Иногда мальтомы желудка обнаруживают случайно в биопсийном материале при эрозивных поражениях желудка и других доброкачественных процессах.

За последние 8 месяцев в отделе эндоскопических исследований Донецкого диагностического центра выявлено пять мальтомы желудка у троих пациенток в возрасте 16, 37 и 59 лет и двоих мужчин в возрасте 19 и 63 лет. У всех пациентов H.Pylori определялся в умеренном количестве двумя методами в биопсийном материале и с помощью уреазного теста с мочевиной.

В связи с малым количеством описаний эндоскопической картины мальтомы желудка считаем целесообразным более подробно остановиться на каждом конкретном случае.

У пациентки в возрасте 16 лет с гипертрофическим зернистым гастритом диагноз мальтомы желудка выставлен морфологически в биопсийном материале. Кроме того у этой пациентки определялся проксимальный фолликулярный дуоденит.

ВЛИЯНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ БЛОКАДЫ БЛУЖДАЮЩИХ НЕРВОВ И КРИОТЕРАПИИ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИМИ ЯЗВАМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Грушка В.А., Лазня С.С.

г. Запорожье

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) до настоящего времени остается актуальной проблемой современной гастроэнтерологии, так как в структуре заболеваемости занимает одно из ведущих мест и приводит к значительному снижению трудоспособности и инвалидизации больных. Особые трудности в лечении представляют больные с длительно незаживающими (в течении 2-х и более месяцев) язвами (ДНЯ) ДПК. Среди неоперативных методов лечения ДНЯ ДПК в последние годы широко используются методы эндоскопической терапии (лазеротерапия, криотерапия и эндоскопическая денервация желудка). Однако выше указанные способы лечения использовались каждый в отдельности, что позволяло воздействовать лишь на отдельные звенья этиопатогенеза язвенной болезни.

Целью работы явилось изучение результатов влияния сочетанной эндоскопической медикаментозной блокады блуждающего нерва (ЭМБН) и криотерапии (КТ) на кислотопродуцирующую (КФЖ) и моторно-эвакуаторную функции (МЭФ) желудка, морфологические и регенераторные нарушения, обсемененность НР, а также на сроки заживления язвы у больных с ДНЯ ДПК.

Материалы и методы исследования.

Работа базируется на анализе результатов лечения 108 больных с ДНЯ ДПК. Основную группу составили 78 больных с ДНЯ ДПК, которым выполнялась ЭМБН и КТ, контрольную группу - 30 больных с ДНЯ ДПК, получавших изолированную КТ.

Методика эндоскопической медикаментозной блокады блуждающего нерва заключается в следующем. Во время проведения эзофагогастродуоденоскопии в кардиоэзофагеальной зоне инъекционной иглой NM-4L выполняли по 2 инъекции в переднюю и заднюю стенки 2 мл 0,1% раствора метацина на 0,5% растворе новокаина. Количество смеси должно быть не более 18-20 мл, глубина инъекции 5-6 мм. Криотерапию проводили путем орошения язвенного дефекта в течении 8-10 сек. «Хладон-12» при температуре на выходе криозонда – 28⁰ ... – 30⁰.

Для исследования КФЖ применялся электрометрический метод определения активности водородных ионов в желудке. Внутривентрикулярная рН-метрия проводилась при помощи рН-микрозондов ПЭ-рН-2 и индикатора кислотности желудочного сока ИКЖ-2. Данные внутривентрикулярной рН-метрии оценивали по критериям, разработанным Е.Ю. Линаром.

Исследование МЭФ желудка проведено у 27 больных основной группы и у 8 больных контрольной группы с помощью динамической гастросцинтиграфии на компьютерно-сцинтиграфической системе «Гамма» (Венгрия). У остальных пациентов (51 больной основной и 22 больных контрольной групп) МЭФ желудка была изучена при помощи ультразвукового исследования (УЗИ). Сравнение исходных данных проводили с группой практически здоровых лиц, включающей 15 человек. Все показатели изучались как до, так и после окончания лечения, в связи с рубцеванием язвы, через 1-3, 6 месяцев и 1 год после него.

Результаты исследования.

У больных с ДНЯ ДПК как в основной, так и контрольной группах в теле желудка (ТЖ) выявлена сильно кислая среда (рН $1,2 \pm 0,1$), в антральном отделе желудка (АОЖ) отмечалась умеренно кислая среда (рН $3,6 \pm 0,4$). После применения ЭМББН и КТ в теле желудка отмечалось снижение кислотности, среда в ТЖ стала средней кислотности (рН $2,3 \pm 0,2$), в то время как у больных контрольной группы среда оставалась сильнокислой (рН $1,9 \pm 0,3$). В АОЖ в обеих группах отмечалось умеренное закисление среды (рН колебался от $3,6 \pm 0,4$ до $4,3 \pm 0,5$), которая под влиянием лечения изменялась мало.

Для оценки эвакуаторной функции желудка использовали следующие показатели: t - время начала эвакуации (в мин.), T $\frac{1}{2}$ - время полувыведения пищи (в мин.). До проведения ЭМББН и КТ получены следующие данные: у больных основной группы с ДНЯ ДПК t - $2,4 \pm 0,3$ мин.; T $\frac{1}{2}$ - $21,5 \pm 1,2$ мин.; у больных контрольной группы с ДНЯ ДПК получены следующие результаты: t - $2,6 \pm 1,3$ мин.; T $\frac{1}{2}$ - $23,3 \pm 2,0$ мин. В группе здоровых лиц: t - $5,4 \pm 0,7$, T $\frac{1}{2}$ - $33,4 \pm 1,5$. После проведенного лечения в основной группе больных получены следующие результаты: t - $3,5 \pm 1,3$, T $\frac{1}{2}$ - $28,4 \pm 2,1$; в контрольной группе t - $3,4 \pm 1,2$, T $\frac{1}{2}$ - $27,4 \pm 3,0$. У больных ДНЯ ДПК как основной, так и контрольной групп имелось достоверное уменьшение времени начала эвакуации по сравнению с таковыми данными у здоровых лиц ($p < 0,05$). Время полувыведения пищи из желудка у больных ДНЯ ДПК в обеих группах было достоверно меньше, чем у здоровых лиц ($p < 0,05$). Анализируя выше изложенное, следует отметить, что у больных ДНЯ ДПК в обеих группах наблюдается ускорение эвакуации из желудка за счет уменьшения времени начала эвакуации, и ускорения эвакуации в первую фазу (до достижения времени полувыведения пищи). После окончания ЭМББН и КТ по данным УЗИ было обнаружено заметное уменьшение скорости эвакуации желудочного содержимого у больных ДНЯ ДПК как в основной, так и контрольной группе.

В основной группе больных с ДНЯ ДПК средние сроки рубцевания язв составили $21,9 \pm 1,3$ дней, а в контрольной группе $25,6 \pm 2,4$ дней соответственно. Кроме того ЭМББН и КТ способствует рубцеванию язв у значительно большего числа больных с ДНЯ ДПК (70,5%), чем изолированная КТ (53,3%).

Заключение.

Применение сочетанной ЭМББН и КТ приводит к стиханию воспалительных изменений, восстановлению репаративных процессов, снижению уровня кислотопродукции, нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка, что способствует сокращению сроков лечения и рубцеванию язв у большинства больных с ДНЯ ДПК. Неэффективность ЭМББН и КТ проведенной параллельно с базисной противоязвенной терапией, служит объективным критерием необходимости применения оперативного лечения.

Эндоскопическое лазерное облучение и тройная антибактериальная терапия при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Грушка В.А., Гулевский С.Н.

г. Запорожье

Язвенная болезнь, на сегодняшний день, остается наиболее распространенным и опасным для жизни больных заболеванием желудочно-кишечного тракта, из-за возможности развития тяжелых осложнений. Несмотря на то, что в настоящее время появились новые высокоэффективные противоязвенные препараты, возникающие при этом заболевании осложнения, требуют применения хирургического вмешательства, как «средства выбора» у 20-30% больных. Однако результаты оперативного лечения не всегда удовлетворяют клиницистов из-за возникновения у части больных различных послеоперационных осложнений или рецидива язвы. Значительное влияние на регенераторные процессы в области язвы и зоны оперативного вмешательства оказывают имеющиеся морфологические изменения в слизистой оболочке (СО), которые в свою очередь обусловлены наличием хеликобактерной инфекции и другой мукозной микрофлоры.

В связи с этим, представляется целесообразным применение эндоскопического лазерного облучения СО гастродуоденальной зоны и области язвы для нормализации регенераторных процессов и тройной антибактериальной терапии для эрадикации *Helicobacter pylori* (HP) и другой мукозной микрофлоры, которая поддерживает воспалительный процесс в СО.

Целью работы явилось изучение влияния эндоскопического лазерного облучения и тройной антибактериальной терапии на состояние пристеночной микрофлоры и морфоструктурные изменения слизистой оболочки пилородуоденальной зоны у больных ЯБДПК при оперативном лечении.

Материалы и методы исследования. Работа основана на анализе результатов применения эндоскопического низкоэнергетического лазерного облучения и тройной антибактериальной терапии у 114 больных ЯБДПК, которым произведены различные оперативные вмешательства.

Всем больным проводилась эндоскопия с биопсией и внутрижелудочной рН-метрией по методике В.Н. Чернобрового. Исследования выполнялись до и после операции, в раннем периоде от 10 дней до 2 месяцев и в отдаленные сроки от 6 месяцев до 2 лет.

Для изучения влияния методов консервативного лечения язвенной болезни на регенераторные процессы, обсемененность микрофлорой СО, а также на результаты хирургического лечения были сформированы 4 группы больных, которые до оперативного лечения получали различные виды терапии.

1-я группа включала 36 человек, которые перед операцией получали только базисную противоязвенную терапию (БПТ); 2-я группа (28 человек) - БПТ + тройная антибактериальная терапия (ТАТ); 3-я группа (20 человек) - БПТ + низкоэнергетическое лазерное излучение (НЛИ); 4-я группа (30 больных) – БПТ + НЛИ + ТАТ.

Базисная противоязвенная терапия включала в себя применение Н₂-блокаторов. М-холинолитиков, спазмолитиков, репарантов, антацидов. Тройная антибактериальная терапия заключалась в применении трех препаратов де-нол – по 120 мг 3 раза в день за 30 мин до еды, ампициллин – по 0,5 г 4 раза в день после еды – 7 дней, метронидазол – по 0,25 г 4 раза в день после еды – 7 дней.

Эндоскопическая терапия гелий-неоновым лазером ЛГ-75 (длина волны 0,63 мкм, мощность излучения на конце моноволоконного световода до 20 мВт) проводилась через день курсом 3-5 сеансов после туалета пилородуоденальной зоны 150-200 мл раствора фурацилина в разведении 1: 5000. Световод подводился на расстоянии 1-2 см от слизистой оболочки. Облучение проводилось на 4-6 полей общей экспозицией 8-12 мин для данного источника.

У всех больных ЯБДПК до консервативного лечения выявлены различные морфологические изменения в СО антрального отдела желудка и области язвы. В биоптатах больных ЯБДПК до консервативного лечения отмечалось преобладание деструктивных и воспалительных изменений, степень выраженности которых зависела от активности процесса и давности заболевания.

После проведенного консервативного лечения у больных 1-ой группы были выявлены следующие морфоструктурные изменения в слизистой оболочке пилородуоденальной зоны: хронический гастрит (ХГ) без нарушения регенераторных процессов (НРП) – у 6 (15,7%) человек; ХГ с нерезко выраженными НРП – у 17 (47,0%); ХГ с резко выраженными НРП – у 12 (33,3%); ХГ с сочетанными диспластическими и регенераторными нарушениями – у 1 (3,9%) больного. Хеликобактерная инфекция в монокультуре и ассоциациях с другими микроорганизмами выявлена в этой группе у 69,4% больных (25 чел.).

У больных 2-ой группы, в то же время, отмечались следующие морфоструктурные изменения: ХГ без НРП – у 5 (17,5%) больных; ХГ с нерезко выраженными НРП – у 13 (45,0%); ХГ с резко выраженными НРП - у 6 (22,5%); ХГ с сочетанными диспластическими и регенераторными нарушениями – у 4 (15,0%) человек. Выявляемость хеликобактерной инфекции у пациентов этой группы снизилась до 22,5% (6 чел.) по сравнению с исходным уровнем, где она выявлялась у 85,0% больных (23 чел.).

В 3-й группе больных, где выполнялось местное лечение гелий-неоновым лазером на фоне базисной противоязвенной терапии, отмечалась следующая картина морфологических изменений: ХГ без НРП определялся у 7 (35,0%) больных; ХГ с нерезко выраженными НРП – у 10 (50,0%); ХГ с резко выраженными НРП – у 2 (10,0%); ХГ с сочетанными диспластическими и регенераторными нарушениями – у 1 (5,0%) больного. Частота выявления хеликобактерной инфекции составляла 14 (70,0%) случаев.

В 4-ой группе морфоструктурные изменения распределились следующим образом: ХГ без НРП отмечался у 11 (37,0%) больных; ХГ с нерезко выраженным нарушением НРП – у 12 (40,0%); ХГ с резко выраженным НРП – у 5 (16,0%); ХГ с сочетанными диспластическими и регенераторными нарушениями – у 2 (7,0%) человек. Частота выявлений хеликобактерий после применения НЛИ в комплексе с ТАТ, у этих больных, составляла 14,0% (4 чел.).

Заключение. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что применение эндоскопического лазерного облучения и ТАТ у больных ЯБДПК перед операцией нормализует регенераторные процессы слизистой оболочки, снижает ее обсемененность НР и другой мукозной микрофлорой, что позволяет добиться сокращения сроков заживления язвы после СПВ, снижения числа воспалительных осложнений после других операций в раннем послеоперационном периоде и уменьшения числа рецидивов язвы в отдаленные сроки, тем самым улучшая результаты хирургического лечения язвенной болезни.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ В КОМПЛЕКСЕ С ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИЕЙ

Губанов Д.С., Мирная Е.В.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО)

Областная клиническая больница профессиональных заболеваний

Местная эндоскопическая терапия (МЭТ) эрозивно-язвенных поражений верхних отделов ЖКТ нашла широкое применение в эндоскопической практике. Способы доставки, фиксации и введения фармакологических препаратов в пораженные участки неоднократно освещались в отечественной и зарубежной печати. В отделе эндоскопиче-

ских исследований ДОКТМО в течении более 10 лет проводилась эндоскопическая терапия язвенной болезни (ЯБ) желудка и 12 перстной кишки (ДПК) с использованием аэрозольного, аппликационного и инъекционного способов доставки фармакологической формы к locus morbi. Эндоскопические пособия проводились на фоне стандартной "квардро-терапии".

Параллельно с МЭТ применялось лечение гипербарическим кислородом - гипербарическая оксигенация(ГБО). Сеансы проводились в отечественных барокамерах ОКА-МТ в течении 8-12 дней и были направлены на активизацию процессов регенерации-репарации слизистой ЖКТ, ликвидацию местной гипоксии, обеспечение седативного и иммуномодулирующего эффектов, потенцирование действия лекарственных препаратов. Гепатопротекторный эффект ГБО особо актуален при применении антибактериальных и гепатотоксических препаратов у лиц с сопутствующей патологией. Комплексная МЭТ и ГБО-терапия была проведена у 87 пациентов. Из них: 17 человек - с ЯБ желудка, 28 человек - с ЯБ ДПК с наличием рубцово-язвенной деформации (РЯДЛ), 42 человека - с ЯБ ДПК без РЯДЛ с одним или более язвенных дефектов. Контрольную группу составили 110 человек с аналогичными нозологиями, получавших стандартную базис- терапию с МЭТ. Сроки рубцевания язв желудка при сочетанной МЭТ и ГБО и в контрольной группе существенно не отличались. Однако, при использовании комбинированной МЭТ и ГБО терапии наблюдалось значительное сокращение сроков заживления (а в 58.8% случаев - эпителизации) "полных" и поверхностных эрозий- на 5-7 сутки по сравнению с 12-15 в контрольной группе.

Сроки рубцевания язв ДПК с наличием РЯДЛ составили 12-16 дней по сравнению 21-28 днями в контроле. Заживление единичных и множественных язв ДПК без явлений РЯДЛ в группе комплексной МЭТ и ГБО терапии происходило на 8-12 сутки, а в контрольной группе - на 21-28 день. Эрозивные изменения в группе МЭТ –ГБО-терапии не определялись уже на 4-6 день комплексного лечения.

Выводы:

Сочетанное применение МЭТ и ГБО целесообразно при лечении эрозивно-язвенных поражений желудка и ДПК. Комплексный подход МЭТ-ГБО терапии позволяет нивелировать побочные эффекты ряда фармакологических препаратов, применяемых в базис-терапии язвенной болезни. Сочетание МЭТ и ГБО способствует формированию состояния психо-эмоционального комфорта у больных с эрозивно - язвенными поражениями верхних отделов ЖКТ.

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У РАБОТНИКОВ ОБОГАТИТЕЛЬНЫХ ФАБРИК (ЦОФ)

Губанов Д.С., Левин В.Ф.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО)

Отдел эндоскопических исследований.

Многолетний труд на предприятиях по обогащению угля в эконеблагоприятных районах Донбасса связан с воздействием на организм человека целого комплекса вредных факторов производства. Наряду с воздействием непосредственно на дыхательную систему, в патологический процесс опосредованно включаются пищеварительная, выделительная, эндокринная системы и т.д. Целью работы было выявление эндоскопической патологии при профилактических осмотрах сотрудников ЦОФ.

В ходе эндоскопического обследования сотрудников обогатительных фабрик мужчин и женщин в возрасте от 30 до 55 лет со стажем работы от 6 до 18 лет и выше было осмотрено 657 человек. Фиброгастроуденоскопическому исследованию подвергались лица с конкретными гастроэнтерологическими жалобами (периодические боли в области живота, тошноту, изжогу и т.д.)

Учитывалась только органическая патология, протекающая на фоне различных видов гастродуоденита (поверхностный, рефлюкс, смешанный, очагово-атрофический, гипертрофический). Таких пациентов было 288 (130 женщин и 158 мужчин). Контрольная группа составила 310 человек, не связанных с работой на предприятиях угольно-металлургического комплекса. ФГДС - исследования проведены в отделе эндоскопических исследований ДОКТМО.

Так поверхностные и "полные" эрозии, а так же эрозивно-язвенная патология пищевода у сотрудников ЦОФ выявляется в 4 раза чаще, чем в контрольной группе. Частота выявления язвенной болезни желудка в обеих группах идентична и составляет 2.9-3.0 % от общего числа осматриваемых. Эрозивные поражения слизистой ДПК в обоих случаях выявлялись в 6.0-6.2%. Заболеваемость язвенной болезнью ДПК выявлялась в контрольной и исследуемой группе в 4.6% от общего числа исследуемых.

Данные, полученные при исследовании, представлены на таблице*.

Нозологическая форма Женщины: n=130 Мужчины: n=158	Стаж работы на ЦОФ					
	6 лет		6-12 лет		12-18 лет и более	
	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Мужчины

Эрозивный эзофагит	5 (3.8%)	3 (1.8%)	5 (3.8%)	7 (4.4%)	9 (6.9%)	8 (5.9%)
Язвенный эзофагит	-	1 (0.6%)	2 (1.5%)	3 (1.8%)	3 (2.3%)	3 (1.8)
Эрозии желудка поверхностные	3 (2.3%)	4 (2.5%)	7 (5.3%)	8 (5.0%)	9 (6.9%)	9 (5.6%)
Эрозии желудка "полные"	12 (9.2%)	15 (9.4%)	21 (16.1%)	23 (14.5%)	26 (20%)	24 (15.1%)
Язва желудка	1 (0.7%)	1 (0.6 %)	2 (1.5%)	2 (1.2%)	4 (3%)	5 (3.1%)
Эрозивный дуоденит	3 (2.3%)	5 (3.1%)	4 (3%)	4 92.4%)	4 (3%)	10 (6.3)
Язва ДПК	3 (2.3%)	6 (3.7%)	5 (3.8%)	7 (4.4%)	4 (3%)	10 (6.3)

* В скобках приведены проценты отдельно для женской и мужских групп

Таким образом, при относительно одинаковых показателях заболеваемости язвенной болезнью желудка и эрозивно-язвенных поражений ДПК отмечается значительное превосходство эрозивных изменений в пищеводе и желудке и сотрудников ЦОФ. Следует отметить, что контрольная группа представлена жителями Донецкой области, эконеприятной по многим факторам.

Выводы:

Работа на предприятиях угольно-металлургического комплекса, характеризующаяся воздействием ряда неблагоприятных факторов, при ФГДС проявляется преимущественно в эрозивно-язвенных поражениях пищевода и эрозиях желудка.

Целесообразно включение эзофагогастроскопии в план обследования больных как при приеме на работу в данную отрасль, так и в порядке ежегодных профилактических осмотров. Это позволит своевременно выявить патологические изменения в верхних отделах ЖКТ и поставить вопрос о целесообразности работы этих лиц на предприятиях угольно-металлургического комплекса.

СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Дейнеко Н.Ф., Сергиенко Е.И., Руденко Л.П., Писанный О.Е.*

Харьковская медицинская академия последипломного обучения, *ДКБ ст. Харьков

Состояние слизистой оболочки толстой кишки является одним из основных критериев в оценке активности неспецифического язвенного колита (НЯК) и эффективности лечения данного заболевания, что обуславливает актуальность исследования.

Цель исследования: Изучение макроскопического и ультраструктурного состояния слизистой оболочки толстой кишки (СОТК) в динамике лечения больных НЯК с применением салазосульфопрепаратов и блокаторов H₂-рецепторов гистамина.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 35 больных НЯК в стадии обострения. Больным проводили эндоскопическое исследование (ректоромано-, сигмо-, фиброколоноскопия) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки. Изучение биоптатов проводили с помощью микроскопического, морфометрического, гистохимического методов, ультраструктурные изменения изучали с помощью электронной микроскопии.

Результаты исследования. В активной фазе НЯК при эндоскопическом исследовании выявлены следующие симптомы: воспаление области анального кольца- в 20%, наличие трещин и эрозий в области переходной складки- 31,4%, ригидность кишки-85,7%, отечность- 91,4%, выраженная гиперемия- 97,1%, легкая ранимость при прикосновении ректоскопа- 97,1%, эрозии- 82,8% (петехии, геморрагии), 77,1% язвы (с признаками эпителизации- 14,2%, без признаков эпителизации - 62,9%), разрастание грануляционной ткани в виде псевдополипов- 31,4%. При стереометрическом исследовании в активной фазе заболевания выявлена инфильтрация собственной пластинки толстой кишки лимфоцитами, нейтрофилами, эозинофилами (p<0,05 при сравнении с контролем). При ультраструктурном исследовании препаратов выявлены дегенеративные изменения эпителиальных клеток (ядра, митохондрий, пластинчатого комплекса), ведущие к истощению их функциональной активности; уменьшение количества и нарушение организации бокаловидных клеток. После лечения с применением салазосульфопрепаратов и производных 5-АСК (17 больных, I группа); с включением помимо указанных препаратов блокаторов H₂-рецепторов гистамина (18 больных, II группа) проводилось повторное эндоскопическое исследование и изучение биоптатов СОТК. В обеих группах отмечено визуальное улучшение состояния СОТК: уменьшились отек и гиперемия, отмечено заживление язв и эрозий (в первой группе в 86% наблюдений, во второй группе в 91,4%). В большинстве случаев сохранялись контактная кровоточивость и ригидность кишки. При гистоморфологическом исследовании определялось уменьшение плотности клеточного инфильтрата, уве-

личение численности бокаловидных клеток. Ультраструктурное изучение препаратов позволило подтвердить тенденцию к восстановлению эпителия СОТК: наряду с измененными дегенеративными процессами клетками появились клетки правильной цилиндрической формы и внутриклеточной организации, уменьшилась ширина межклеточных пространств. У лиц, принимавших блокаторы H₂-рецепторов гистамина, положительные изменения были выражены более отчетливо, что проявилось как состоянием втруклеточных структур клеток СОТК, так и межклеточных контактов.

Заключение: Эндоскопическое исследование в комплексе с гистоморфологическим, электронно-микроскопическим исследованиями позволяет охарактеризовать изменения слизистой оболочки, определить активность и степень тяжести деструктивно-воспалительного процесса при обострении НЯК. Повторные исследования дают возможность объективизировать контроль эффективности лечения. Улучшение структурных характеристик СОТК, выявленное указанными методами, подтверждает цитопротективные свойства блокаторов H₂-рецепторов гистамина и возможность их использования в лечении обострения НЯК.

Стравохід Баррета та його ендоскопічна діагностика.

Демчук Є. С.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Короткий стравохід або грудний шлунок прийнято називати стравоходом Баррета. Основним морфологічним проявом цього патологічного стану є заміна багаточарового плаского епітелію стравоходу на циліндричний шлунок. В більшості випадків це аномалія ембріонального розвитку має вроджений характер. За класифікацією Келрунда (1926 р.) короткий стравохід Баррета віднесено до вродженої аксіальної грижі стравохідного отвору діафрагми.

На практиці зустрічаються випадки вторинного вкорочення стравоходу (набутий стравохід Баррета). Найчастіше це трапляється при набутих грижах стравохідного отвору діафрагми внаслідок петичного рефлюкс-езофагіту. Крім анатомічних форм стравоходу Баррета, розрізняють гістологічні його типи. Це, у випадках природженого характеру, ектопія слизової шлунку у різні ділянки стравоходу вогнищового характеру. Та набуті випадки, коли йде метаплазія слизової стравоходу із переходом в шлунковий або кишковий типи - тільки в дистальній частині.

Існує точка зору, що стравохід Баррета, особливо вроджений, діагностується лише рентгенологічне.

Нами розроблена методика розпізнавання цього патологічного стану методом фіброезофагогастроуденоскопії.

Суть запропоновано (Патент України N 3769 ХП від 15.09.1997 р 22352 А) у визначенні співвідношень між зубчатою лінією стравоходу та мязовим кільцем стравохідного отвору діафрагми. В нормі ці два орієнтири знаходяться на однакових вертикальних та горизонтальних рівнях. При зміщенні зубчатої лінії вгору від мязового кільця стравохідного отвору діафрагми більше ніж на півсантиметра діагностується стравохід Баррета.

Ми спостерігали випадки коли lin-dentata знаходилась на межі між шийним та грудним та на середині грудного відділу.

Всього на 25 тисяч проведених ФЕГДС виявлено чотири випадки вродженого стравоходу Баррета (3 чоловіки та 1 жінка у віці 57-59-46 та 60 років).

До цього вони неодноразово проходили рентгенослідження, але розпізнано захворювання лише ендоскопічно.

Заслуговує на увагу той факт, що в жодному випадку у хворих не було проявів малігнізації стравоходу, яка на думку більшості авторів характерна для цієї хвороби.

Набутий стравохід Баррета по ендодіагностиці відрізняється від вродженого тим, що в таких випадках зберігається нормальна зубчата лінія і появляється додаткова межа на подібні такої ж на границі нормального та метаплазованого епітеліїв.

Ми спостерігали два випадки комбінацій вродженого стравоходу Баррета (вроджена грижа стравохідного отвору діафрагми) із великими ступенями набутих кил стравохідного отвору діафрагми.

Таким чином) наші спостереження свідчать про те» що короткий вроджений стравохід Баррета можливо з успіхом діагностувати ендоскопічно. Крім того, це досить рідкісний патологічний стан, яким хворіють переважно чоловіки, а також те, що ризик

можливої малігнізації вродженого стравоходу Баррета явно перебільшений.

Діагностика набутих стравоходів Баррета ґрунтується на авторській методиці ендоскопічного розпізнавання гриж стравохідного отвору діафрагми.

Гістологічні форми стравоходу Баррета діагностуються як візуально, так і мікроскопічне.

Можливе поєднання вродженого стравоходу Баррета із набутою грижею стравохідного отвору діафрагми.

Лікувально - оперативна ендоскопія при стріктурах стравоходу.

Демчук Є.С.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

Звуження стравоходу розрізняються за походженням на доброякісні та недоброякісні. Причинами перших стають рубцеві зміни внаслідок різноманітних опіків, пептичного фактору, травматичних (післяопераційних) ушкоджень, наслідок ахалазій, запальних уражень. Серед других-різноманітні пістрякові (канцероматозні) процеси.

Ми виконуємо операцію ендоскопічної діатермічної стріктуротомії при значних звуженнях стравоходу.

Проведення операції включає в себе поетапний стріктуроліз з одночасним апаратним бужуванням стравоходу. Використовуємо ендоскопи системи Пучок, торцевий електрод та діатермічну установку. Для знеболювання призначаються в залежності від ситуації баралгін або морфій парентерально. Інколи можливе використання місцевої інфільтраційної анестезії розчином лідокаїну. Але останнє, як і загальне знечулення збільшує ризик можливої перфорації.

За період 1998 - 2000 р.р. прооперовано 16 пацієнтів. Чоловіків - 12, жінок - 4. Середній вік -56 років. Розподіл за нозологіями:

Післяопікові стріктури	- 6
Післятравматичні стріктури (післяопераційні)	- 5
в т.ч. після проксимальних резекцій шлунку	- 3
операції Гелікра -Петровського	- 2
Канцероматозні звуження дистального відділу стравоходу	- 4
Системна склеродермія	-1

Всі звуження були не менше 2-3 ступеню (мінімальні розміри до 1-2 мм в діаметрі), в більшості мали поодинокий характер, довжиною від 0,5 до 4,0 см.

В одного хворого, що мав тотальну післяопікову стріктуру (абсолютну), якому була проведена пластика стравоходу, з наступним звуженням стравохідно-кишкового трансплантату вдалося відновити прохідність стравохідної трубки до діафрагмального звуження. В даний час він продовжує лікування.

Слід сказати, що операція діатермічної стріктуротомії проводилась як в стаціонарних, так і в амбулаторних пацієнтів. Втручання виконувалось поетапно з інтервалом від 1 до 7 днів.

Одночасно при необхідності ми використовували ін'єкційні методи лікувальної ендоскопії, зокрема введення доксорубіцину, 5-ФУ, солкогіну, хімотрипсину та локальний внутрішньоотвірний медикаментозний електрофорез. Це у випадках малігнозних стріктур давало можливість продовжити тривалість життя пацієнтів на 5-6 місяців, а при доброякісних звуженнях сприяло видужанню хворих.

Таким чином, наш досвід переконує в доцільності і значній ефективності оперативно - лікувальної ендоскопії при стріктурах стравоходу.

**Эндоскопическая электрореканализация в реабилитационном лечении больных
раком желудка
Дидора С.А. Сидак Е.Р.
Горонкодиспансер, г. Кривой Рог.**

Проведение гастрэктомии с применением механического шва при формировании пищевода соустья дает высокий процент рефлюкс-эзофагитов (36%) и рубцовых стриктур анастомозов (40 %) (М.И. Давыдов, РОНЦ, Москва, 1998 г.).

Эндоскопическое наблюдение за такими больными осуществляется амбулаторно 2 раза в год и стационарно во время реабилитационного лечения агастрального синдрома. За период с 1997 по 2000 год нами выявлено 12 больных с рубцовыми стриктурами эзофагоэуаноанастомоза, что составило 26 % всех гастрэктомированных больных за этот период. Возникновение стриктур отмечено в сроки от 3 до 14 месяцев после операции. Тяжесть общего состояния, степень дисфагии у этих больных значительно отличались, имели прямую зависимость от диаметра сужения и длительности агастрального синдрома. Только у 3-х больных (сужение 1 степени -d = 0,7 см) после консервативного лечения рефлюкс-эзофагита, анастомозита с последующим эндоскопическим бужированием, была достигнута проходимость пищи. Через 1-3 месяца анастомоз был проходим при ФГС. 8-ми больным проведена эндоскопическая электрореканализация в несколько этапов. Проведено операций - 24, эндоскопических бужирований - 33. Каждому больному проведено от 2 до 5 операций. 5 больных имели сужение 2 степени -d = 0,3-0,5 см и 3 больных имели сужение 3 степени - d = 0,1-0,2 см (классификация сужений Б.Е.Петерсона, 1972 г.).

При полном стенозе анастомоза, на 1 этапе, проводилась электрокоагуляция стенотического канала на тонком, специально изготовленном диатермозонде и введение в подслизистую 50 мл химопсина на 0,25 % растворе новокаина. На 2 этапе (через 3 - 4 дня) проводилась очистка слизистой анастомоза от некроза с последующим электрорассечением преимущественно фиброзированных участков и определение возможности бужирования. Последнее проводилось по методу Б.В.Петровского и дистальной частью гастроскопа через 5,7, 10, 14 дней. У 7 из 8 больных (87,5 %) этот метод лечения показал хороший результат : анастомоз проходим для пищи и гастроскопа. У одной больной стабильное улучшение достигнуть не удалось, эндоскопическую электрореканализацию проводили до выявления метастазов в область ворот печени и генерализации процесса.

Учитывая реальную экономическую ситуацию в стране, рассчитывать на оказание реабилитационного лечения больным раком желудка с помощью эндоскопической лазерной хирургии, баллонного дилатирования в условиях эндоскопических кабинетов онкодиспансеров, не приходится. Поэтому освоение и совершенствование эндоскопической

електрореканализации, как метода эндоскопической хирургии рубцовых стриктур анастомозов, актуальны в настоящее время.

Місце ендоскопічної поліпектомії в лікуванні дифузного поліпозу товстої кишки

Л.І. Дяк Я.М. Савицький

Львівський обласний клінічний діагностичний центр

ВСТУП. Дифузний поліпоз товстої кишки (ДПТК) є серйозною проблемою колопроктології у зв'язку із значною частотою малігнізації поліпів, молодим віком пацієнтів, високою інвалідизацією після проведених радикальних операцій. Тому своєчасна ендоскопічна та морфологічна оцінка захворювання, ендоскопічні втручання є важливим фактором у тактиці діагностики та лікування ДПТК.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ: Ми спостерігали за 8 хворими з ДПТК. У всіх випадках проведено тотальну фіброколоноскопію із забором біопсійного матеріалу. Трьом хворим проведено поетапне ендоскопічне видалення поліпів, більших ніж 0,5 см (одноразово видаляли до 25 поліпів з інтервалом 5-7 днів) з наступними контрольними оглядами і при потребі - повторною поліпектомією через 3-6 місяців. Трьом хворим перед проведенням радикального хірургічного втручання (субтотальна колектомія з накладанням асцендоректального анастомозу, колотомія з висіченням ворсинчатого поліпа сліпої кишки та трансанального висічення ворсинчатого поліпа прямої кишки) ендоскопічно видаляли поліпи сліпої, висхідної і прямої кишок. Спостерігали 2 хворих після накладення асцендоректального анастомозу у 1990 р. в НДІ проктології МОЗ РФ.

РЕЗУЛЬТАТИ: При контрольних спостереженнях на протязі 8 років за хворими після хірургічних втручань з наступним морфологічним дослідженням і видаленням поліпів, більших ніж 0,5 см, малігнізації не спостерігали крім рецидиву ворсинчатого поліпа прямої кишки після трансанального висічення. У хворих, яким проведено тільки ендоскопічне лікування з періодичним видаленням поліпів, більших 0,5 см, переродження не відзначено (термін спостереження 2-8 рр.).

ВИСНОВКИ. Таким чином, ендоскопічне видалення поліпів при дифузному поліпозі є адекватним втручанням, що не супроводжується ускладненнями і дає змогу зменшити ступінь непрацездатності, зберегти анатомічні та функціональні особливості товстої кишки.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЕ ПАПИЛЛОМЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ермолаев М.Н., Сариян И.В.

Отделение гастроэнтерологии областной детской клинической больницы, эндоскопическое отделение НИИ общей и неотложной хирургии, Харьков.

Под нашим наблюдением находится 3 детей /2 девочки, 1 мальчик/ в возрасте 12 и 14 лет, у которых обнаружены плоскоклеточные папилломы пищевода. При эндоскопическом осмотре у 2 девочек папилломатоз был представлен в виде мелких полиповидных образований I типа, локализованных над уровнем розетка кардии. У мальчика папиллома была представлена

полиповидным образованием II типа, размерами до 10x8x12 мм. У одной из девочек папилломы сочетались с наличием пищевода "Баррета". У двух детей выявлен выраженный гиперкератоз ладоней и подошв. При вирусологическом обследовании установлено: у 2 детей персистирующая микст-инфекция цитомегаловируса и вируса простого герпеса, у 1 девочки - хронический вирусный гепатит "В".

Девочка М., 13 лет, с "марфаноидным фенотипом", кожа суховата, выраженный гиперкератоз ладоней и подошв с желто-восковым цветовым оттенком. Выявлены антитела к вирусу цитомегалии, *Helicobacter pylori*. В осадке слюны обнаружены единичные цитомегалические клетки. При ЭГДС: В зоне кардиального сфинктера зона ярко-красной гиперемии распространяется до 1.5-2.0 см, ограничивается от бледно-розовой слизистой пищевода равномерно зубчатой линией. По передней стенке имеется локальный участок яркой гиперемии слизистой в виде "языка пламени", достигающий высоты до 4 см выше пищеводно-желудочного перехода, до 2.5-3 см в ширину. Выше зубчатой линии определяется три мелких-до 3-5 мм, полиповидных образования I типа, розово-белесоватого цвета. Морфологически "плоскоклеточная папиллома пищевода". Данные морфологического исследования слизистой на 3 см выше от уровня кардиального сфинктера (зубчатой линии) из эндоскопически четко отграниченной зоны гетеротопии слизистой желудка в пищевод: в биоптате определяется гистологическая картина слизистой оболочки желудка. Патологические изменения (очаговая инфильтрация и атрофия желез) соответствуют картине хронического атрофического слабоактивного гастрита. При исследовании биоптата методом цепной полимеразной реакции получена ДНК *Helicobacter pylori*.

Мальчик В., 14 лет, поступивший с жалобами на боли в животе, изжогу, отрыжку кислым и тухлым, "икоту" при проглатывании плотной пищи. ЭГДС: проявления поверхностного дистального рефлюкс-эзофагита, гастроэзофагальный пролапс. В зоне кардиального сфинктера по задней стенке пищевода обнаружено полиповидное образование размерами до 10x8x12 мм, выступающее в просвет. Имеет широкое основание в виде плато, на котором имеются три полиповидных возвышения ярко-красного цвета с точечными эрозиями на верхушках. Морфологически: плоскоклеточная папиллома. При ультраструктурном исследовании ткани опухоли в единичной клетке базального слоя папил-

ломы ядро светлое, с диффузным эухроматином, содержит два крупных ядрышка сетчатого строения и внутриядерные "вирусоподобные" включения. Внутриядерные включения электронноплотные, с четкими контурами, имеют изогнутую палочковидную форму. Обнаруженные изменения позволяют предположить участие ДНК-вирусов в формировании папилломы.

Опухоли у детей удалены эндоскопически с использованием петлевой электроэсцизии или коагуляции, с дополнительной коагуляцией ложа. В лечении использовали - цитопротекторы, прокинетики, блокаторы кислотообразования, схему эрадикации *Helicobacter pylori*, против-вирусные средства - ацикловир, рекомбинантный интерферон.

Выводы:

- 1). Папилломатоз пищевода с гиперкератозом ладоней и подошв является редкой синдромальной патологией в детской гастроэнтерологии, особенно в сочетании с наличием пищевода "Баррета".
- 2). Пищевод "Баррета" может являться местом локализации *Helicobacter pylori*.
- 3). В терапии папилломатоза пищевода эффективна эндоскопическая электрокоагуляция папиллом в комплексе с использованием противовирусных препаратов.

Компьютерный комплекс эндоскопического кабинета (отделения).

В. К. Журавский, Д. А. Яценко.

Киевская областная клиническая больница.

Компьютерный комплекс эндоскопического кабинета (отделения) создан с целью повышения качества работы врача эндоскописта и состоит из компьютера с программой и платой видеоввода, монитора, и принтера. Для работы с фотоснимками необходимы видеосистема и цветной принтер.

Программа дает возможность сохранять в протоколе эндоскопического исследования, манипуляции или операции 4 фотографии. Процесс захвата изображения происходит автоматически после нажатия ногой специальной педали (на подобии нажатия педали хирургического отсасывателя ОХ-10). При необходимости любая из выбранных фотографий распечатывается на цветном принтере.

Перед осмотром заполняются все необходимые данные о больном в электронную карточку и проверяется имеются ли в базе данные о нем. Если больной обследуется повторно можно просмотреть предыдущие протоколы с фотографиями.

Протокол и заключение формируется на основе минимальной стандартной терминологии (MST) желудочно-кишечного тракта последнего европейского образца, протокол может набираться или на клавиатуре в ручную или по типу верстования (поиск по «дереву») или комбинированным способом.

Данная версия программы может работать на двух языках - русском и украинском.

При 10 тысячах записей больных с 20 тысячами фотографий размер всей базы занимает около 500 мегабайт. При этом архивированная база данных без фотографий вмещается на дискету размером 1,44 Мбт, а размер одной записи составляет около 1,2 кбт. Кроме выше изложенного компьютерный комплекс позволяет:

1. Автоматически распечатывать протокол исследования и при необходимости направление на биопсию.
2. Производить поиск и выборку данных по любым установленным критериям в любых сочетаниях между собой для статистической обработки.
3. Проводить обучение врачей и создать собственный эндоскопический атлас.
4. Распечатывать отчет работы за любой период времени.
5. Делать архивные копии базы данных на дискету и обновлять базу данных с дискеты, если рабочая база данных случайно или в результате воздействия вируса была утеряна.
6. Защищать введенные в данном сеансе работы данные от внезапного зависания компьютера или выключений питания.
7. Во время осмотра больного весь ход исследования, манипуляции или операции наблюдать одновременно на экране компьютерного монитора и экране видеосистемы.
8. При необходимости входить в программу по паролю, причем последний может постоянно меняться и определяться пользователем программы.

Эндоскопические признаки злокачественной лимфомы желудка.

В.К. Журавский, А.В. Товкач, А.В. Яцун.

Киевская областная клиническая больница.

В настоящее время на Украине, как и во многих странах мира отмечается увеличение частоты заболеваемости опухолями лимфоидного происхождения, что связывают с экологическим спидом, и прогнозируется дальнейший рост частоты их возникновения.

Злокачественная лимфома желудка (ЗЛЖ) среди всех злокачественных опухолей этой локализации составляет не более 3-5%, занимая второе место после рака.

По эндоскопической картине мы выделяем язвенную, инфильтративную, экзофитную и смешанную формы ЗЛЖ.

Язвенная форма встречается наиболее часто. Для нее характерны единичные или чаще множественные, четко

ограниченные, разнообразной формы изъязвления, расположенные в одном или разных отделах желудка. При взятии биопсии ткань плотная, но легко смещаемая по отношению к подслизистому слою. Важным и отличительным диагностическим признаком является мультицентрический, т.е. многофокусный рост, а также частое сочетание изъязвлений с гиперплазией лимфоидных фолликулов слизистой оболочки желудка.

Инфильтративная форма ЗЛЖ встречается трех разновидностей: плоско-инфильтративная, бугристо-инфильтративная и гиганто-складчатая. Для этой формы характерны: сохраненная эластичность опухолевого инфильтрата при инструментальной пальпации, четкая ограниченность и сохраненный блеск его поверхности, а также отсутствие признаков стеноза с нарушением эвакуации, в отличие от инфильтративной формы рака.

Экзофитная форма ЗЛЖ имеет вид одного или нескольких узлов гигантских размеров часто сливающихся друг с другом, поверхность которых бугристая, а слизистая изъязвлена вследствие распада ткани.

Результат гистологического исследования определяется информативностью гастробиоптатов, которая в свою очередь зависит от объема исследованной ткани, характера опухолевого роста, площади поражения, способа, глубины и места взятия биопсии. Вероятность верификации увеличивается при изъязвлении слизистой оболочки. В последние годы, с целью гистологической верификации, в отделении применяется методика петлевого отсечения участка стенки желудка с помощью диатермии, позволяющая получить достаточно большой по размеру и глубине фрагмент, включающий как слизистую оболочку так и подслизистую основу. Методика эффективна при экзофитной и гиганто-складчатой разновидностях инфильтративной формы.

За последние 5 лет (1995-1999 годы) в эндоскопическом отделении Киевской областной клинической больницы диагноз ЗЛЖ был установлен 14 больным, среди которых было 9 женщин и 5 мужчин. Язвенная форма выявлена у 7 пациентов (50%), инфильтративная - 2 (14%), опухолевая - 3 (22%), смешанная - 2 (14%).

У 6 больных (42%) ЗЛЖ локализовалась только в антруме, у 4 (29%) - в теле, у 4 (29%) - одновременно в антруме и теле.

У 5 пациентов ЗЛЖ была верифицирована после первичной биопсии (36%), у 9 (64%) - при повторных.

Таким образом, наиболее характерными для ЗЛЖ являются следующие эндоскопические признаки:

1. Многофокусный (мультицентрический) рост опухоли.
2. Несоответствие степени выраженности опухолевых проявлений функциональной способности стенки желудка.
3. Отсутствие стеноза с нарушением эвакуации.
4. Множественные, разнообразной формы, четко ограниченные изъязвления часто сочетающиеся с гиперплазией лимфоидных фолликулов слизистой оболочки желудка.
5. Сохраненная эластичность опухолевого инфильтрата при инструментальной пальпации и взятии биопсии. Сочетание отдельных или нескольких приведенных выше признаков дают возможность врачу эндоскописту с большей степенью вероятности предположить диагноз ЗЛЖ, окончательный диагноз возможен только после гистологического исследования.

Эндоскопическая диагностика гастродуоденальных язв у больных эритремией

С.А.Зинченко, Ю.И.Цыбульский, Т.П.Николаенко, В.А.Бровко.

Городская многопрофильная клиническая больница №4 г. Днепропетровск

Заболевание, описанное в 1890 г. Вакезом, относится к группе доброкачественных опухолей системы крови и в последнее время все чаще встречается, в связи с ростом гематологических заболеваний.

В основе эритремии лежит повышенная пролиферация всех ростков кроветворения, особенно эритроидного ростка, что сопровождается повышением числа эритроцитов в крови. Увеличение массы эритроцитов в кровяном русле и сосудистых депо обуславливает особенности клинической симптоматики, течение и осложнения заболевания. Одним из осложнений являются язвы желудка и 12-ти перстной кишки.

За период 1996 - 2000 г. нами было эндоскопически осмотрено 47 пациентов с этим диагнозом. Осмотр производился верхнего отдела желудочно-кишечного тракта аппаратами фирмы "Olympus" тип GJF-Q20. Все пациенты находились в развернутой (эритремической) фазе заболевания в возрасте 45 - 71 года. У 8 из них (17%) были выявлены язвенные дефекты в желудке и 12-ти перстной кишке. Эндоскопически язвы имели вид доброкачественных изъязвлений, что подтверждено цитоморфологическим исследованием. Размеры язв отмечались в пределах 0,6-1,2 см в диаметре, средней глубины. Границы изъязвлений были четкие в виде окаймляющего ободка гиперемии слизистой оболочки. У 6 (12,8%) пациентов выявлено наличие *Helicobacter pylori* бактериоскопическим и уреазным методом. При назначении специфического лечения эрадикация *Helicobacter* наступила у 85,3% больных.

Таким образом, можно сказать, что эндоскопические методы исследования являются наиболее достоверными в диагностике и контроле состояния верхних отделов ЖКТ при осложнениях эритремии.

Роль эндоскопических и морфологических изменений в диагностике

болезней тонкой кишки.

Т.Д. Звягинцева, И.М. Плутенко, Л.А. Бойко*

Харьковская Медицинская Академия Последипломного Образования

*Областная клиническая больница, г. Харьков

Одним из основных методов диагностики патологии тонкой кишки является фиброгастродуоденоскопия с биопсией слизистой оболочки (СО) из дистального отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК). В литературе имеются сведения об общности патологических изменений в тощей кишке и в дистальных отделах ДПК. По данным некоторых авторов (А.С. Логинов и соавт., 1999 г. и др.) патологические изменения, свойственные некоторым заболеваниям кишечника (глутеновая энтеропатия, болезнь Уиппла, общий переменный иммунодефицит с узелковой гиперплазией тонкой кишки и др.) были выявлены в материале, полученном не только из тощей кишки, но и из дистальных отделов ДПК.

С целью изучения морфологических изменений в тонкой кишке у 25 больных синдромом раздраженной кишки (СРК) и 34 больных хроническим энтеритом (ХЭ) производилось эндоскопическое исследование желудка и ДПК фиброгастродуоденоскопом XR-20 фирмы «Olympus» (Япония) с выполнением прицельной биопсии СО дистального отдела ДПК. Полученный материал фиксировали в 10% растворе формалина и затем заливали в парафин. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизон.

При эндоскопическом обследовании больных СРК патологических изменений при визуальном осмотре ДПК выявлено не было. При исследовании биопсионного материала у 65% больных патологических изменений не выявлено. У остальных больных СРК морфологические изменения были минимальными и характеризовались дистрофическими и дисциркуляторными нарушениями в виде нерезко выраженной вакуолизации цитоплазмы ворсинок, карнопикнозом их ядер, очаговым отслоением пластов эпителия от базальной мембраны с утолщением и разрыхлением последней, неравномерным полнокровием сосудов, более или менее выраженным отеком стромы слизистой оболочки 12-перстной кишки.

У большинства больных ХЭ (87,7%) эндоскопически при визуальном осмотре были отмечены признаки атрофии и воспаления слизистой оболочки кишки. При морфологическом исследовании у 73,7% больных были выявлены умеренные дистрофические изменения, проявлявшиеся извитостью и укорочением ворсин, сращением апикальных концов ворсин с образованием «аркад», лейкоцитарной инфильтрацией собственной пластинки СО кишки. У 26,3% больных имело место усиление клеточной инфильтрации стромы с преобладанием лимфоцитов и плазматических клеток, наличием макрофагов и эозинофильных лейкоцитов, увеличение числа межэпителиальных лимфоцитов и бокаловидных клеток в ворсинах и криптах.

Таким образом, изучение СО дистального отдела ДПК является информативным методом, благодаря которому возможна гистологическая оценка тонкой кишки и выявление патологических изменений в ней. Сравнительное изучение морфологической картины при СРК и ХЭ позволяет делать вывод об отсутствии (65%) патологических изменений при СРК и наличие выраженной картины заболевания у 100% больных ХЭ.

РЕЦИДИВ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ: ПРОБЛЕМА ЕРАДИКАЦІЇ ЧИ РЕІНФІКУВАННЯ?

В.А. Іванців, В.Й.Кімакович, С.Л. Няньковський

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Міська дитяча клінічна лікарня

Провідне місце серед чинників виникнення та прогресування патології гастродуоденальної зони у дітей на сьогоднішній день займає *Helicobacter pylori*. Загальноприйнято, що при захворюваннях, асоційованих з інфекцією *H. pylori*, необхідно проводити антигелікобактерну терапію. У 1996-1997 роках було запропоновано єдині стандартні схеми антигелікобактерної терапії, ефективність яких складає від 65 до 87 %, і в більшості випадків залежить від чутливості *H. pylori* до антимікробних препаратів, що застосовуються.

Мета роботи: розробити нові підходи до ерадикації *H. pylori* в дітей з урахуванням ендоскопічних методів діагностики гелікобактер-асоційованих захворювань та обов'язковою подальшою санацією епідоточення дитини, що дозволить запобігти реінфікуванню і хронізації хвороби та ранній інвалідизації дітей.

Завдання: 1) розробити найоптимальнішу схему ерадикації *H. pylori* для дітей у Львівському регіоні з урахуванням його чутливості до антибактеріальних препаратів; 2) за допомогою сучасних ендоскопічних методів діагностики визначити стан гастродуоденальної зони в родичів хворої дитини, з якими вона безпосередньо контактує (проживає).

Обстежено 67 дітей віком 6-14 років, з них 37 дітей – з хронічними захворюваннями верхніх відділів шлунково-кишкового тракту і члени їх родин (основна група) та 30 дітей, які склали контрольну групу.

При езофагогастродуоденоскопічному обстеженні основної групи у 17 дітей було виявлено хронічний гастродуоденіт з множинними ерозіями, у 12 - антральний гастрит, у 8 - виразка цибулини 12-палої кишки. Всі діти були інфіковані *H. pylori*. Обстеження їх батьків, матерів, братів та сестер показало, що в 34 випадках інфікованість мала сімейний характер і *H. pylori* було виявлено в усіх членів родини. У 30 % обстежених дорослих визначалось клінічно

безсимптомне носійство збудника при наявних ендоскопічних ознаках запалення слизової шлунка або 12-палої кишки та катамнестичних даних епізодів шлункової диспепсії.

Ерадикація проводили з урахуванням чутливості *H. pylori* до основних груп антибактеріальних препаратів. Застосовувались основні схеми ерадикації: 1) де-нол + флемоксин + кларітроміцин (клацид) та омепразол; 2) де-нол + флемоксин + фуразолідон + омепразол.

У 17 з 30 дітей контрольної групи без урахування епідоточення, при катамнестичному спостереженні протягом 1 року спостерігалися скарги, характерні для гастродуоденальної патології. Під час контрольної езофагогастродуоденоскопії через 1,5 міс. у 5 дітей, через 6 міс. в 11 дітей було виявлено реінфікування *H. pylori*.

У дітей основної групи та членів їх родин після проведеного комплексного курсу ерадикації з урахуванням всіх вимог та індивідуальних особливостей досягнуто стійкої клінічної та ендоскопічної ремісії. При контрольному ендоскопічному спостереженні через 6 міс. цієї групи дітей лише в 1 дитини виявлено рецидив інфікування *H. pylori* в слизовій оболонці антрального відділу шлунка.

Таким чином, проведені дослідження свідчать про високу ефективність запропонованої схеми антигелікобактерної терапії з урахуванням чутливості та резистентності бактерій до препаратів та високого ступеня інфікованості *H. pylori* інших членів родини дітей, що мають гелікобактер-асоційовані захворювання шлунково-кишкового тракту. Для успішного лікування недостатнім є проведення ерадикації лише в дитини. Необхідно проводити профілактичні заходи, спрямовані на запобігання реінфікування слизової оболонки даним збудником від членів родини, і, при підтвердженні персистенції *H. pylori*, одночасно проводити санацію всіх інфікованих членів родини.

Эндоскопические и морфологические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте

Коркушко О.В., Федько Г.П., Коваленко Л.И., Врублевская Е.О.

Институт геронтологии АМН Украины,

Городской консультативно-диагностический центр, г. Киев

Проведен сравнительный анализ результатов эндоскопической и морфологической диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК) с не осложненным течением у 215 больных в возрасте от 27 до 89 лет (110 мужчин и 105 женщин). Выделены три клинические группы: I - 90 больных зрелого возраста (27-40 лет); II - 90 больных пожилого возраста (60-74 года); III - 35 больных старческого возраста (75-89 лет). Длительность заболевания в группах в среднем составила: I - 7,36 лет \pm 2,39 года; II - 13,28 лет \pm 7,29 лет ; III - 20,1 лет \pm 5,31.

Всем больным проводилось эндоскопическое обследование с использованием аппарата GIF type Q 40 «Olympus» с прицельной биопсией. Морфологическую диагностику слизистой оболочки желудка и ДПК проводили с помощью визуально-аналоговой схемы по M.Dixon (1996). Диагностику геликобактерной инфекции осуществляли с помощью уреазного теста, цитологическим и гистологическим методами.

Установлено, что локализация язвенного дефекта ДПК не имела возрастной зависимости. Однако, количество «зеркальных» язв, эрозий увеличивалось с возрастом. У больных II, III групп достоверно чаще наблюдались деформация привратника и луковицы ДПК, зияние привратника, явления атрофии слизистой оболочки желудка и ДПК.

Размеры язвенных дефектов у больных I группы в среднем составили 0,76 \pm 0,11 см, были неглубокими, преимущественно с округлыми, ровными краями; у больных II, III групп, соответственно 0,95 \pm 0,13 см и 1,03 \pm 0,12 см, были глубокими, неправильной формы с неровными, подрывными краями.

Частота выявления геликобактерной инфекции при язвенной болезни ДПК в I группе больных составила 92,2% , во II и III соответственно 81,1% и 71,4%. Локализация *Helicobacter pylori* (НР) при язвенной болезни ДПК во всех группах больных наблюдалась преимущественно в антральном отделе и реже в фундальном. При этом, у больных I-й группы в антральном отделе чаще наблюдалась высокая степень обсеменения НР, у больных II-й и III-й групп преобладали умеренная и низкая степень обсеменения. Частота выявления НР в области фундального отдела во всех группах была в 2,1 \pm 0,22 раза меньше, чем в антральном отделе.

У больных зрелого возраста при наличии геликобактерной инфекции эндоскопически определялись выраженный отек и диффузная гиперемия слизистой оболочки антрального отдела желудка и ДПК. Довольно часто наблюдались «плоские» эрозии и внутрислизистые кровоизлияния. Нередко отмечалась зернистость слизистой оболочки, обусловленная лимфоидной гиперплазией.

Критериями визуальной оценки наличия НР-инфекции у больных пожилого и старческого возраста явились: слабо выраженная воспалительная и сосудистая реакция в виде умеренной диффузной или пятнистой гиперемии слизистой оболочки, преимущественно антрального отдела желудка и ДПК с наличием атрофических изменений. Характерной особенностью было наличие в зоне наиболее выраженного воспаления множественных гиперпластических изменений, которые проявлялись полиповидными утолщениями и приподнятыми эрозиями. У многих больных участки гиперемированной слизистой оболочки чередовались с белесоватыми рубцовыми втяжениями различной формы от предыдущих язв, которые деформировали просвет пилородуоденальной зоны, благодаря чему визуальная картина приобретала пестрый вид.

Эндоскопическая картина язвенной болезни ДПК у больных пожилого и старческого возраста при отсутствии НР проявлялась отсутствием характерной пятнистой гиперемии антрального отдела, слизистая желудка выглядела

бледной с выраженным сосудистым рисунком. Крайне редко отмечалось наличие эрозий. Язвенные дефекты были более поверхностными, средних размеров, без выраженного инфильтрационного вала.

При изучении гистологических препаратов во всех возрастных группах чаще наблюдался хеликобактерный, активный, антральный гастрит (соответственно группам 91,1%, 80,0%, 68,6%). У 66,7% больных I группы в биопсийном материале были найдены лимфатические фолликулы с реактивными центрами. С возрастом увеличивались атрофические изменения слизистой оболочки желудка (соответственно группам 33,3%, 71,1%, 100%) и явлений кишечной метаплазии (15,6%, 22,2%, 40,0%). Гастритические изменения при отсутствии НР были больше выражены в эпителии, чем собственной пластинке слизистой оболочки и сопровождались преобладающими дистрофическими и некротическими изменениями эпителиоцитов.

Таким образом, эндоскопические и морфологические особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при наличии хеликобактерной инфекции у больных пожилого и старческого возраста характеризовались умеренной и слабой воспалительной и сосудистой реакцией при нарастающей атрофии и кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка. Отмечалось достоверное увеличение количества эрозий, деформаций привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки. Инфицированность *Helicobacter pylori* при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в старших возрастных группах характеризовалась наличием слабой и средней степени обсеменения и выявлялась в меньшем проценте наблюдений.

О РЕДКИХ ПРИЧИНАХ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХИ И ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ РЕНТГЕНЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

П.Г.Кондратенко, А.Ф.Элин

Донецкий государственный медицинский университет.

Внедрение в клиническую практику эндоскопических методов диагностики патологии внепеченочных желчных путей позволило значительно улучшить результаты лечения больных с обтурационной желтухой доброкачественной этиологии, оптимизировать диагностическую и лечебную тактику.

Использование эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) при папиллостенозе и дополненной механической литоэкстракцией при холедохолитиазе способствует уменьшению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов у данной категории больных. Однако накопленный опыт использования эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ) показал, что в ряде, клинических наблюдений случаев подтвержденной обтурационной желтухи данная методика оказалась не достаточно информативной.

Анализ 585 ЭРХГ у больных с обтурационной желтухой показал, что основными причинами вызывающими билиарный блок явились: холедохолитиаз – у 67% больных; опухолевые поражения головки поджелудочной железы и желчных протоков – у 13,6% больных; стриктуры гепатикохоледоха, в том числе тубулярный стеноз – у 5,6% больных; стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) – у 3,1% больных; холангит без холедохолитиаза – у 2,1%. Таким образом диагностическая ценность метода составила 91,4%. В то же время у 50 больных или 8,6% пациентов - генез обтурационной желтухи оставался неясным. Если у 24(4,1%) больных выполнение ЭРХГ было не возможно в связи с объективными причинами (выполненная ранее резекция по Бильрот-2, устье БДС в дне глубокого парапапиллярного дивертикула или другие анатомические особенности), то у 26(4,5%) пациентов, несмотря на выполненное рентгенэндоскопическое исследование постановка диагноза оказалась затруднительной. Рассматривая данную категорию больных и проводя ретроспективный анализ течения заболевания, мы пришли к следующим выводам. На основании разработанного в клинике диагностического алгоритма, включающего выполнение в первые сутки от момента госпитализации экстренного сонографического, биохимического и иммунологического исследования подтвержден механический характер желтухи, выявлены признаки холестаза и определены показания к выполнению ЭРХГ. Необходимо отметить, что у всех вышеуказанных больных при УЗИ отмечено расширение гепатикохоледоха, но просвет его был гомогенный. При контрастировании подтверждено расширение гапτικοхоледоха, однако явных причин блока не выявлено. У 8 больных при дуоденоскопии обращено внимание на наличие элементов травмы в области БДС, что, по всей видимости, явилось результатом самостоятельного отхождения мелких конкрементов, вызывавших блок, из гепатикохоледоха на фоне проводимой инфузионной спазмолитической терапии. Произведенное в последующем контрольное ультразвуковое исследование подтвердило сокращение диаметра гепатикохоледоха до нормы, а биохимическое исследование - купирование признаков желтухи. У 11 больных БДС был без признаков травматизации, но имел значительные воспалительные изменения в виде отека, гиперемии и инфильтрации, что явилось следствием изолированного папиллита, эрозивно-язвенного дуоденита или дивертикулита. Проведенная комплексная противовоспалительная терапия, включающая противоязвенные, препараты способствовала восстановлению пассажа желчи и ликвидации желтухи. 6 больных оперированы. Интраоперационная ревизия панкреатобилиарной зоны позволила выявить причину холестаза. У 5 больных причиной обтурации явился паравезикальный инфильтрат с распространением на гепатодуоденальную связку, а в одном случае – псевдотуморозный панкреатит. Интерес представляет случай предпринятого экстренного оперативного вмешательства у больной с ЖКБ, признаками тяжелой обтурационной желтухи и прогрессирующими явлениями полиорганной недостаточности. Во время операции причина билиарного блока так же не выявлена. Поведенное специальное иммунологическое исследование выявлено у больной молниеносную форму гепатита E.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСРЕГЕНЕРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И РАКЕ ЖЕЛУДКА

В.Н.Короткий, И.В.Колосович, Ю.А.Копьев, Б.Б.Шкурко, **Н.П.Кузьминский**

Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г.Киев

В последнее время наметился коренной пересмотр роли язвенной болезни желудка (ЯБЖ) в развитии рака желудка (РЖ). Реальные цифры истинной малигнизации язвы желудка (ЯЖ) не превышают 1%, в связи с чем, наиболее важным представляется решение вопроса дифференциальной диагностики ЯБЖ и РЖ, а также выявление состояний и изменений, предшествующих развитию новообразований желудка. Для этого нами использовалась многократная фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) с полипозиционной биопсией как зоны изъязвления, так и участков атрофии слизистой. Атрофический гастрит (АГ), особенно инициированный *Helicobacter pylori*, является фоном для развития дисрегенераторных изменений в слизистой оболочке желудка. К последним относятся эпителиальная дисплазия (ЭД) и кишечная метаплазия (КМ). Наши исследования указывают на то, что с учетом патологических изменений, которые возникают собственно в ЯЖ и окружающей ее зоне, риск развития РЖ в ней минимальный. Нами не зарегистрировано ни одного случая малигнизации язвы. ЭД, которая возникает на фоне атрофии, оказывает обратное влияние на последнюю. Роль легких форм ЭД в развитии РЖ сомнительна, в то время как ЭД тяжелой степени можно уверенно назвать морфологическим маркером онкогенеза. В ряде случаев бывает тяжело отличить ЭД от регенерирующего эпителия. Мы пользовались при интерпретации таких случаев правилом, что при истинной ЭД изменений стромы нет. Нами были зарегистрированы случаи, когда ЭД около изъязвления сопровождалась воспалительной инфильтрацией стромы. После недельного курса консервативного лечения диспластические изменения оставались, а регенераторные продвигались по пути дифференциации. Наиболее частая локализация ЭД отмечается в антральном отделе (67-74%), реже - в теле и дне желудка (10-15%).

Среди вариантов КМ особое внимание заслуживает неполная КМ, которая наиболее часто выявляется у больных с РЖ, хотя диагностируется и при ЯБЖ. Кроме традиционного гистологического выявления КМ, нами использовалась методика макроскопического выявления метаплазированного эпителия с помощью метиленового синего. Преимущество данного метода заключается не только в простоте его выполнения, но и в определении границ этого патологического процесса, так как известно, что опасность КМ заключается не столько в характере изменений слизистой оболочки, сколько в их распространенности. Анализируя патологические изменения, которые происходят в желудке, прослеживается связь между этими процессами: КМ и ЭД выявляются в основном в зонах атрофии слизистой, выраженность ЭД зависит от степени АГ, наличия метаплазированного эпителия. По нашему мнению роль неполной КМ в онкогенезе объясняется именно морфологической связью между ЭД и КМ. Таким образом, патогенез РЖ можно избрать цепью последовательных процессов: АГ→КМ→ЭД→РЖ. Это означает, что АГ, в возникновении которого ведущая роль отводится *Helicobacter pylori*, приводит к развитию качественных изменений в слизистой в виде КМ преимущественно толстокишечного типа с последующей их диспластической трансформацией. Дисплазия метаплазированного эпителия в зонах атрофии и есть именно тем патологическим процессом, который может привести к развитию РЖ. Как видно, места в этой сложной цепи для ЯБЖ нет. Однако, можно предположить, что возможно хеликобактериоз, который осложняет течение и ЯБЖ может путем инициации атрофии слизистой запустить этот процесс и на фоне ЯБЖ, что объясняет 1 % случаев малигнизации ЯЖ, приведенных в литературе.

Учитывая изложенное выше, следует уточнить сроки динамического наблюдения за больными, у которых выявлены патологические изменения слизистой оболочки желудка. Обнаружение у больного АГ без признаков ЭД или с полной КМ требует повторного обследования через 6-12 месяцев. При слабой ЭД, которая выявляется на фоне АГ, а также при неполной КМ рекомендуется динамическое наблюдение за больными с проведением повторных ФЭГДС с биопсией каждые 6 месяцев. При обнаружении в биоптате ЭД 3-й степени рекомендуется повторное проведение ФЭГДС с полипозиционной биопсией зоны изъязвления и атрофии после проведения консервативного лечения (4-6 недель). Неэффективность консервативного лечения является показанием для проведения оперативного лечения, которое зависит от распространенности диспластических изменений.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА БУСКАПАН ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К КОЛОНОСКОПИИ Ю.С. КОХНО

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПРЕДПРИЯТИЕ «УКРАИНСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МОРСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

При проведении эндоскопической диагностики заболеваний толстого кишечника одним из неблагоприятных факторов, влияющих на получение качественных результатов колоноскопии, является плохая переносимость данного исследования, связанная в частности с выраженным болевым синдромом. Также обращает на себя внимание, что применяемые традиционные схемы подготовки к данному исследованию, включающие в себя бесшлаковую диету, слабительные, очистительные клизмы не всегда приводят к оптимальному результату (В. С. Савельев, 1985).

Препарат БУСКАПАН содержит 10 мг скополамина бутилбромид производства фирмы «Boehringer Ingelheim» (Германия), имеет влияние на парасимпатические ганглии стенок внутренних органов, оказывает специфическое спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, желчных и мочеполовых

путей, а также кишечника, причем происходит это значительно раньше развития побочных эффектов, характерных для атропине подобных медикаментов. Таким образом, при назначении данного препарата в терапевтических дозах отсутствуют побочные эффекты, присущие атропиноподобным препаратам.

Учитывая, что подтвержденного мнения о целесообразности применения БУСКАПАН при подготовке больных к диагностике заболеваний кишечника нет, нами проведено изучение эффективности препарата при подготовке больных к колоноскопии. Препарат использовался в комплексе с традиционными способами подготовки.

В исследовании участвовали 113 пациентов. Больные были рандомизированы по полу и возрасту и разделены на 2 группы.

В 1-ую группу вошли 63 больных (средний возраст 46+3,4 года), среди них 52 женщины и 11 мужчин, которым с целью подготовки к проведению колоноскопии наряду с традиционными методами подготовки, включающими в себя прием слабительных препаратов и очистительные клизмы применялся препарат БУСКАПАН производства фирмы «Boehringer Ingelheim» в виде инъекций по 1,0 мл. в/м. за 20-30 минут до проведения исследования.

Во 2-ую группу вошли 40 больных (средний возраст 43,2+2,1 года), среди них 22 женщины и 18 мужчин подготовка которых велась только традиционными методами. Исследование проводилось на фиброколоноскопах Olympus CF - P10L, 101-, а также видеокколоноскопе Olympus CF - V-10L.

Оценку подготовки к колоноскопии проводили по данным эндоскопического обследования. Проведенные исследования показали, что качество подготовки больных первой группы отличалось от качества подготовки больных второй группы. Больные первой группы легче переносили исследование, степень подготовки у них была выше. Каких-либо побочных эффектов при использовании препарата не отмечено, переносимость его была хорошей. Таким образом, опыт применения БУСКАПАНА у пациентов показал его высокую эффективность в подготовке к колоноскопии по сравнению с традиционной схемой, включающей прием слабительных и проведение очистительных клизм.

Применение назо-билиарного дренирования в эндоскопическом лечении желчных путей Крамаренко К.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования Кафедра хирургии и проктологии.

Эндоскопические методы дренирования желчных путей являются основными первоочередными вмешательствами у больных с механической желтухой и холангитом. Назо-билиарное дренирование (НБД) применяется в дополнении к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), литотракции, литотрипсии в 13 – 23% случаев. Основными показаниями к установке НБД являются: 1) Крупные, эндоскопически неудаляемые конкременты общего желчного протока (ОЖП), обтурирующие его просвет; 2) Стенозы ОЖП различной этиологии; 3) Гнойный холангит.

В клинике кафедры хирургии и проктологии ХМАПО за последние 3 года эндобилиарным вмешательствам подверглись 123 пациента, среди которых у 81 больного была полностью восстановлена проходимость желчных путей (65,8%), а у 121 больного были купированы явления механической желтухи и холангита (98,3%). Осложнения возникли в 6 случаях (4,8%), летальных исходов не было.

НБД было применено у 82 больных (66,6%) по различным показаниям: у 28 больных – с холангитом различной степени тяжести, у 7 - с крупными камнями холедоха, у 19 – при сочетании крупных конкрементов с холангитом, у 2 – с рубцовым стенозом холедоха и холангитом, у 2 больных с формирующимся желчным свищем в ранние сроки после холецистэктомии, у 1 – с раком холедоха, и у 1 – с ретеннозом большого дуоденального соска (БДС) после ЭПСТ.

32 пациентам НБД был установлен при подготовке к оперативному лечению, что во время операции облегчало манипуляции на холедохе и в 12 случаях позволило наложить глухой шов холедоха после извлечения конкрементов из него.

Для местного лечения острого холангита использовали 1% раствор иодопирона в сочетании с 15% водным раствором ПЭО 400. Такая комбинация препаратов обладает выраженным антимикробным действием независимо от микробного "пейзажа" желчи, а также противовоспалительной активностью и свойством улучшать реологические характеристики желчи. При этом использовалась методика местного лечения острого холангита путём лаважа желчных протоков через НБД, что обеспечивает его эффективную концентрацию в очаге воспаления и предупреждает возникновение в желчных путях гипертензионного синдрома. Метод обеспечивает быстрое, (в сроки от 24 до 120 часов) подавление инфекции желчных путей на фоне обязательного восстановления пассажа желчи.

Одной больной с ретеннозом после двух ЭПСТ было выполнено повторное ЭПСТ с НБД и лаважем холедоха растворами лидазы и диоксидина, что позволило избежать повторного стеноза БДС. Двум больным по НБД в холедох вводились литолитические препараты приготовленные по методике кафедры, после чего удалось разрушить и удалить эндоскопически крупные конкременты ОЖП.

Установленный НБД во всех случаях позволял производить динамическое бактериологи-ческое исследование желчи, контролировать эффективность лечения холангита, проводить пов-торные холангиографии и контролировать восстановление пассажа желчи.

Увеличения осложнений при частом использовании НБД не наблюдалось, а «выпадение» его в двенадцатиперстную кишку произошло всего в двух случаях, благодаря созданию нескольких дополнительных петель дренажа в просвете кишки.

Анализ накопленного опыта убедил нас в оправданности частого использования НБД у больных с патологией желчных путей, необходимости расширения показаний к его применению, высокой ценности НБД в коррекции механической желтухи и холангита и при подготовке больных к радикальной операции.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В.Ф.Левин, В.О.Гайдуков, И.М.Берко, А.С.Шевчук, С.А.Лещинский, В.Т.Михно, Д.С.Губанов, И.З.Хажалия, Е.Н.Коровянская, Агибалов А.Н.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО).

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) остается одним из наиболее распространенных заболеваний. Так, около 8% жителей Украины страдают этим заболеванием. С этим диагнозом в России наблюдается около трех миллионов больных, из которых каждый десятый подвергается оперативному лечению. Язвенная болезнь (ЯБ) поражает в основном лиц молодого, наиболее трудоспособного возраста, часто обуславливая временную, а порой и стойкую нетрудоспособность. С одной стороны, отмечается "омоложение", причем не стало редкостью возникновение болезни у детей. С другой стороны, возросла частота "старческих" язв, к которым относятся их появление у лиц старше 50, а по мнению некоторых авторов, 60 лет. Дуоденальная язва в индустриально развитых странах встречается приблизительно вчетверо чаще язвы желудка. От осложнений, связанных с несвоевременной диагностикой и неадекватным лекарственным лечением больных ЯБ, в России ежегодно умирают около шести тысяч человек в трудоспособном возрасте. Ежегодно в Украине оперируют по поводу этого заболевания 30.000 человек. Поэтому, несмотря на кажущееся большое количество публикаций, посвященных ЯБ, рассмотрение вопросов клиники, диагностики, лечения является весьма актуальным.

По данным литературы, эндоскопические способы лечения язв находят все более широкое применение в клинической практике. Их используют как самостоятельно, так и в сочетании с общепринятой терапией. Показания к местному лечению язв устанавливаются на основании данных клинического и результатов диагностического эндоскопического исследований. Учитываются безуспешность консервативной терапии, наличие в области язвы изменений задерживающих ее рубцевание, локализация и размеры язвы. Лечебную эндоскопию проводим как самостоятельно, так и в сочетании с общетерапевтическими методами лечения. Целью настоящего исследования явилась оценка терапевтической эффективности лечебной эндоскопии при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Анализ результатов лечения проведен у 664 больных в возрасте от 15 до 64 лет. Мужчин было 381, женщин-283. С впервые установленным заболеванием было 131 человека, с длительно незаживающей или часто рецидивирующей язвой-375. В зависимости от проводимого лечения все наблюдаемые больные раз делены нами на 3 группы.

1 группа составляла-390 больных. Местное лечение начинаем с отмывания язвы физиологическим раствором. Для удаления фибрина с дна язвы используем террилитин. Для подавления жизнедеятельности микрофлоры мы применяем микроцид, эктерицид, олазол, левовинизоль, гипозоль, которые вводились через тефлоновый катетер. Для защиты поверхности язвы от воздействия желудочного содержимого применяем клеевые аппликации статизола, лифузола. Для местного лечения язв применяем также средства, ускоряющие регенерацию: масло шиповника, масло облепихи, каратолин, аекол, пропосол, ливиан и др. Для снятия болевого синдрома делаем медикаментозные СПВ новокаином, лидокаином, орошение язвы хлорэтилом. Раствор анестетика, в количестве 6-8мл, вводим в подслизистый слой, циркулярно, в выходном отделе пищевода в 4-5 точках, или по малой кривизне верхней трети тела желудка. Применение лечебной эндоскопии показало, что болевой и диспептический синдромы, при неосложненной язвенной болезни, снимаем после 1-2лечебных эндоскопий.

2 группа составляла-105 больных. Для стимулирования процессов заживления язвы одновременно с механическим очищением от некротических масс и фибринозной ткани в ее края вводился солкосерил, трентал. Препараты инъецировались в подслизистый слой из 2-3 точек, расположенных по окружности язвы.

3 группа составляла-169 человек. В нашей лечебной практике широкое применение нашел гелий-неоновый лазер "Ягода", с длиной волны 623нм. Поляризованный свет от квантового генератора подавался на пораженный участок слизистой по кварцевому световоду через биопсийный канал фиброскопа и на биологически активные точки на брюшной стенке. При "инвазивном" способе фотостимуляции экспозиция составляла, как правило, от 60 до 120сек, при "накожном"-от 300 до 600сек(меньшая экспозиция при первом способе обусловлена наличием рвотного рефлекса и неприятных ощущений от фиброэндоскопа). Как правило, оба способа использовались совместно, чередуясь через день. Все случаи лазеротерапии проходили на фоне использования общепринятой терапии и местного лечения.

Сроки рубцевания язв, в зависимости от проводимого лечения, составляют от 16 до 19 дней. В 14% случаев у больных с дуоденальными язвами местное лечение оказалось не эффективным. Эти больные были прооперированы в плановом порядке в хирургической клинике. Полученные нами результаты полностью соответствуют данным литературы.

ВЫВОДЫ:

1. Регионарное (местное) введение медикаментозных средств создает повышенную концентрацию их в зоне патологического очага и обеспечивает хороший фармакотерапевтический эффект.
2. Местная активация процессов репарации при гастродуоденальных язвах позволяет значительно повысить эффективность противоязвенной терапии.

3. Комплексная терапия язвенной болезни, включающая как общее, так и местное лечение, проводимое через эндоскоп, является эффективным методом, дающим возможность значительно сократить количество осложнений и сроки лечения больных. Это позволяет рекомендовать местное лечение язв желудка и двенадцатиперстной кишки к более широкому применению.

РОЛЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ рН-МЕТРИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПОКАЗАНИЯХ К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12п.кишки

Лещинский С.А., Михно В.Т., Левин В.Ф.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение(ДОКТМО)

Отдел эндоскопических исследований

Нами в комплексе обследования больных язвенной болезнью 12п.к. применяется метод эндоскопической рН-метрии с использованием рН-микрозондов и аппарата "ЭЛТЕС - 903".

Исследования проводились на базе Донецкого областного диагностического центра.

Во время эндоскопического исследования определяли кислотопродуцирующие и кислотонейтрализующие зоны в желудке.

Обследовано 100 больных с язвенной болезнью 12п.к. У 20 пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью рН равнялась - 0,9-1,4. Протяженность кислотопродуцирующей зоны соответствовала телу желудка. Показатели рН в антральном отделе - 6,0-6,8.

У 20 больных с различной степенью стеноза выходного отдела желудка рН равнялась 0,9-1,2, однако кислотопродуцирующая зона располагалась в основном в 2/3 тела желудка. При неэффективности консервативного лечения возникновении осложнении (стеноз, пенетрация), больным проводилась рН-метрия с целью определения объема и характера операции.

У 40 больных перенесших операцию (резекция желудка) рН культуры соответствовала 2,8-6,8. Увеличение границы рН зависело от способа резекции и функции анастомоза. За линией анастомоза рН равнялось 6,8 и выше.

У 10 больных после стволовой ваготомии рН соответствовало 6,0-7,0. Кислотопродуцирующую функцию можно было определить после стимуляции гистамином, в области тела желудка которая соответствовала 1,3-3,5.

У 5 больных после селективной проксимальной ваготомии рН равнялась 1,6-2,2, после введения гистамина рН- 0,9-1,2. Показатели рН в антральном отделе после введения гистамина существенно не изменялись и составляли 6,0-6,9.

У 4 больных после резекции желудка определялась пептическая язва гастро-энтероанастомоза, рН культуры соответствовало 6,8-7,0, при эндоскопической картине определялся повышенный заброс желчи в просвет культуры.

У 1 пациента после СПВ рН - 1,0-1,7. При эндоскопическом осмотре выявлены эрозии в луковице.

Данная методика позволяет определить показания к консервативному и оперативному лечению, определить характер и объем операции.

Эндоскопическая интратуморальная химиотерапия стенизирующей опухоли сигмовидной кишки.

А.Е.Мартынюк, П.В.Безносенко, И.И.Гашенко.

Николаевский областной онкологический диспансер.

Регионарная химиотерапия широко применяется в онкологии в связи с рядом преимуществ. Нами использован метод эндоскопической интратуморальной химиотерапии (ЭИТХТ) для реканализации опухоли сигмовидной кишки, вызвавшей кишечную непроходимость. Под наблюдением находилась больная В., 60-ти лет со стенизирующей опухолью сигмовидной кишки и множественными метастазами в печень. Диагноз подтвержден при ирригоскопии, эндоскопии (ректороманоскопии и колоноскопии), морфологически верифицирован – низкодифференцированная аденокарцинома с ослизнением, метастазы в печень определялись клинически и подтверждены при ультразвуковом исследовании.

Учитывая угрозу кишечной непроходимости (просвет кишки сужен до 5 мм. На протяжении 6 см.), невозможность радикального лечения, сомнительную эффективность паллиативной резекции сигмовидной кишки, прогностически неблагоприятное течение заболевания, невозможность наложения обходного анастомоза и отказ больной от операции с выведением противоположного ануса произведена ЭИТХТ. Лечение проводилось амбулаторно. Осложнений во время проведения ЭИТХТ и после неё не было. Предварительно нагретый раствор 5-фторурацила до 60° С вводили по 0,75-1,0 гр. сначала интратуморально, а затем паратуморально по мере достижения клинического эффекта. Сеансы выполнялись через 5-7 дней. На курс лечения использовано 3,0 гр. 5-фторурацила.

Эндоскопическая химиоиммунотерапия рака желудка.

А.Е.Мартынюк

Николаевский областной онкологический диспансер.

В Николаевском областном онкологическом диспансере с 1995 года эндоскопическая интратуморальная химиотерапия (ЭИТХТ) выполнена у 51 больного в возрасте от 39 лет до 81 года, женщин – 29, мужчин – 22. ЭИТХТ проводилась после пробного оперативного вмешательства, в комбинации с лучевой терапией или самостоятельно, как

единственно возможный метод лечения. Во всех случаях имелась морфологическая верификация диагноза, степень распространённости подтверждалась рентгенологически. Показаниями к ЭИТХТ служили неудалимые опухоли и тяжёлая сопутствующая патология, не позволяющая выполнить оперативное лечение, т.е. невозможность выполнить другие методы лечения и улучшить состояние онкобольных.

Методика проведения ЭИТХТ заключалась во введении через биопсийный канал эндоскопа полихлорвинилового катетера с иглой и под контролем зрения обкалывания опухоли, предварительно нагретым до 60° С раствором химиопрепарата. Использовался, как правило, 5-фторуоцил по 1,0 гр. на инъекцию, суммарная доза составляла 6,0-7,0 гр. частоту введений устанавливали строго индивидуально. Непосредственные результаты лечения – уменьшение явлений дисфагии и стеноза оценивали клинически, эндоскопически и рентгенологически уже по окончании первого курса лечения. Частичная регрессия и стабилизация опухолевого роста отмечена у всех лечившихся больных. Дальнейшее введение химиопрепаратов проводили еженедельно однократно под контролем крови. Осложнений во время и после ЭИТХТ не было. На фоне регрессии лечение дополняли подслизистым паратуморальным введением иммуномодулятора лаферона по 3-5 млн. МЕ на инъекцию в суммарной дозе 20-30 млн. МЕ. У этих больных замечена более выраженная деструкция опухоли, а регрессия интенсивнее и продолжительнее.

При неудалимых опухолях с инфильтративным распространением опухолевого процесса на тело желудка, когда невозможно выполнить гастростомию или гастроэнтероанастомоз, единственно возможной симптоматической операцией для кишечного пищеварения является еюностомия Майдла. Но постоянный уход за еюностомией осложняет психологические и социально-бытовые условия жизни больного. ЭИТХТ позволила этим больным избежать гастроэнтероанастомоза, гастростомы или еюностомы при стенозировании выходного отдела желудка и кардиоэзофагальной зоны. Повышение качества жизни у неизлечимых онкобольных – это единственное, на что они рассчитывают.

Таким образом, эндоскопическое интратуморальное введение предварительно нагретого химиопрепарата в сочетании с подслизистым паратуморальным введением лаферона позволяет у неоперабельных больных с опухолевыми стенозами пищевода и желудка восстановить и сохранить естественный путь поступления пищи и улучшить качество их жизни.

ЭИТХТ привела в деструкции опухоли, восстановлению проходимости сигмовидной кишки и ликвидации кишечной непроходимости. Впоследствии через три месяца больная умерла от печёночно-почечной недостаточности на фоне основного заболевания. На вскрытии данных за кишечную непроходимость не обнаружено.

ЭИТХТ может быть рекомендована в онкологии для реканализации стенозирующих колоректальных раков с целью профилактики кишечной непроходимости и улучшения качества жизни больных без наложения кишечного свища.

Применение эндоскопической баллонной дилатации при лечении ахалазии кардии

**Ю. А. Мельниченко, П. П. Шипулин
Одесская областная клиническая больница**

Ахалазия кардии встречается от 3 до 20% среди всех заболеваний пищевода. Большинство больных предъявляли жалобы на нарушения глотания, неприятные ощущения за грудиной во время еды, срыгивание пищи после еды, загрудинную боль.

Комплексное инструментальное обследование 82 больных с ахалазией кардии начинали с рентгенологического, эндоскопического и морфологического исследований.

Во время рентгенологического исследования уточняли форму ахалазии ("классическую" или "усиленную") и вид гиперкинетических нарушений. Определение типа дискинезий является обязательным этапом в комплексном печений ахалазии кардии.

Во время эндоскопического исследования определяли степень выраженности эзофагита, возможность проведения эндоскопической баллонной дилатации, проводили биопсию.

У 31 больного с "классической" ахалазией кардии III-IV степени было проведено оперативное лечение. Предпочтение отдавали трансторакальной кардиомиотомии по Геллеру с фундопластикой по Суворовой.

В остальной группе, состоящей из 51 больного, проведена баллонная кардиодилатация (35 - "традиционная", 16 - эндоскопическая).

Для эндоскопической баллонной кардиодилатации использовали дилатационные баллоны фирмы "Cooke", который проводился через биопсийный канал эндоскопа. Дилатационный баллон для лучшей эффективности заполняли жидкостью с помощью специально сконструированного шприца-инжектора. Кардию дилатировали до диаметра от 10 до 35 мм при давлений в баллоне -150-300 мм ст. На курс применяли от 5 до 10 сеансов через 2 дня. Курсы дилатации повторяли дважды в год. В качестве поддерживающей терапии назначали пролонгированные нитраты, ретардные формы антагонистов кальция.

Для лечения сопутствующего эзофагита — антациды, блокаторы протонной помпы или H₂- блокаторы. Отличные и хорошие результаты получены в 90-95% случаев.

Сравнительная оценка методов традиционной и баллонной эндоскопической дилатации показала, что последняя обладает существенными преимуществами. Эндоскопическая дилатация позволяет осуществить визуальный контроль за проведением зонда через кардию и наблюдать за результатами лечения в динамике, что повышает степень

безопасности вмешательства.

Осложнений, угрожающих жизни больных, во время проведения эндоскопической баллонной дилатации не наблюдалось. Отмечаемые рецидивы (2 случая) требовали повторного вмешательства с применением комплекса консервативного лечения.

Полученные результаты применения эндоскопической баллонной кардиодилатации, свидетельствуют о ее высокой эффективности, как у больных со спастическим нижним пищеводным сфинктером, так и у больных с дискINETическим нижним пищеводным сфинктером 1-11 степени.

При лечении ахалазии кардии III-IV степени методом выбора является эзофагокардиомиотомия по Геллеру. При этом отдаленные результаты оперативного лечения хорошие в 85-90% случаев. К рекомендуемой отдельными хирургами трансторакальной экстирпации пищевода при кардиоспазме IV степени отношение авторов отрицательное, как к операции повышенного риска.

Значение биопсий в дифференциальной диагностике язв желудка

Ю. А. Мельниченко, А. И. Зайчук, Н. А. Матяшина

Одесская областная клиническая больница

Во время эндоскопического исследования не всегда удается решить задачу дифференциальной диагностики между язвой и раком желудка даже после прицельной биопсий. Прицельная биопсия и последующее гистологическое исследование позволяют установить истинный характер изъязвления в 85-96% случаев. Важность правильной оценки характера изъязвления возрастает в связи с широким применением противоязвенных препаратов. Возможность заживления изъязвленных опухолей желудка требует нового отношения к показаниям для операции. Еще недавно было общепринятым положение о необходимости оперативного лечения больных после 4-6 недель безуспешной консервативной терапии. Имелось в виду, что если в эти сроки язва не заживает, то она или раковая, или малигнизированная. Известно, что вполне доброкачественные язвы могут не заживать месяцами (длительно "незаживающие" или длительно "заживающие").

Основные затруднения у нас возникали при диагностике диффузного рака желудка (Linitis plastica) с изъязвлением и язвенной формы рака с язвами желудка с частыми обострениями. Усложняет эндоскопическую диагностику и то, что изъязвленная раковая опухоль может, как и обычная доброкачественная язва, подвергаться заживлению. Но такое заживление редко бывает полным и наблюдается оно только у 70% больных ранним раком. На месте изъязвления образуется обычная грануляционная ткань и слизистая оболочка. В нее вновь прорастает окружающая ее опухоль, которая вскоре подвергается повторному изъязвлению. Не могут считаться патогномичными такие признаки, как сглаженность и неровность складок, полиповидные утолщения слизистой оболочки у края язвы, геморрагические и эрозивные процессы в окружающей язву слизистой оболочке, неправильная форма язвы с поверхностным и неглубоким дном, "нетипичная локализация".

При анализе 300 биопсий, взятых у больных с различными изъязвлениями желудка у 157(52,3%) - обнаружены доброкачественные язвы желудка, у 24(8%) язвенная форма, у 17 (5,3%) инфильтративная форма рака желудка, еще у 3 (1%) - при нетипичной локализации для доброкачественного поражения в гастробиоптатах отсутствовали указания на раковое поражение. В одном случае (0,3%) при локализации процесса по большой кривизне морфологически выявлена хроническая язва желудка. Также имеется наблюдение диффузного рака с двумя изъязвлениями в сочетании с хронической язвой без прорастания рака в язву. В остальных случаях - острые эрозивно-язвенные поражения.

Эндоскопическая гипердиагностика наблюдалась у 16 больных (5,5%). Эти ошибки были связаны с тем, что язвы при частых рецидивах приобретали визуальные признаки злокачественности. Гиподиагностика отмечена в 8 (2,2%) случаях.

При выявлении в краях язвы дисплазии тяжелой степени речь может идти не о язве, а оказавшимся в зоне биопсий раке или предраковых изменениях в крае язвы, так, как дисплазия часто бывает не столько потенциальным раком, сколько маркером существующего неподалеку рака. Гастробиоптаты должны быть только множественными из краев и дна язв, не менее 4-5 кусочков. Оценить характер изъязвления в желудке можно лишь на основании учета комплекса эндоскопических признаков, пособий и морфологического исследования. Биопсию в сомнительных случаях необходимо повторять, высказываться за злокачественный процесс, а неправильно произведенный забор биоптатов вреден, так как ложноотрицательные заключения морфолога могут привести к поздней диагностике рака.

Эндоскопическая диагностика воспалительно-дегенеративных заболеваний пищевода

Ю. А. Мельниченко

Одесская областная клиническая больница

Гастрозофагеальная рефлюксная болезнь встречалась у 43% обследованных больных. В результате попадания желудочного содержимого в пищевод развиваются воспалительно-деструктивные процессы, которые во многом определяют клинику заболевания.

Проведен ретроспективный анализ 3000 случаев гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. У всех больных наблюдалось сочетание "пищеводных" (рефлюкс-эзофагит, желудочно-пищеводный пролапс, хиатальные грыжи пептическая язва пищевода) и "внепищеводных" (хронический бронхит, ларингит, боли в левой половине грудной клетки, не связанные с поражением сердца (non-cardiac chest pain) осложнений.

Большое внимание уделяли диагностике пищевода Баррета (эндобрахизофагуса), который выявлен у 7% (211) больных рефлюксной болезнью. Специфической эндоскопической картины не отмечалось. Во всех случаях наблюдались эндоскопические признаки эрозивного рефлюкс-эзофагита: повышенная ранимость и кровоточивость слизистой, наличие эрозий, слизисто - гнойного экссудата, фибрина. У большинства больных были хиатальная грыжа либо желудочно - пищеводный пролапс. Термином "пищевод Баррета" обозначают замещение многослойного плоского эпителия слизистой оболочки дистального отдела пищевода метапластическим цилиндрическим, который в норме в организме человека не встречается. Поэтому "золотым стандартом" диагностики рефлюкс - эзофагита, пищевода Баррета, пептической язвы пищевода является эндоскопический метод, позволяющий визуально оценить характер и границы изменений слизистой, произвести прицельную биопсию. На сегодняшний день не существует достоверных дифференциально - диагностических критериев вышеуказанных осложнений, кроме морфологического.

Если в биоптатах определяется метаплазированный цилиндрический эпителий, то такой больной должен подвергаться повторным эндоскопическим осмотрам с биопсией. При наличии множественных очагов следует проводить картирование биопсийного материала. Гистологические аномалии нарастают по мере прогрессирования заболевания, а результаты вышеупомянутых исследований могут предсказать характер развития патологии, т. к. только у 73% (76) больных с дисплазией эпителия процесс сохранял стабильное течение. Трансформации эндобрахизофагуса в рак за пятилетний срок наблюдений не отмечено.

Консервативное лечение у 2160 (72%) больных с рефлюкс-эзофагитом приводило к исчезновению клинических проявлений заболевания, а заживление эрозий наблюдалось в 88 % случаев в сроки от 7 до 20 дней.

У 9 больных с осложнённым течением рефлюксной болезни (у 6 малоэффективная консервативная терапия, у 2 эндобрахизофагус, у одного - рецидив кровотечения из пептической язвы пищевода), наличием скользящих хиатальных грыж проведено оперативное лечение.

Не существует убедительных данных в поддержку какого - либо специфического лечения воспалительно - дегенеративных заболеваний пищевода. Следовательно, наиболее важным подходом является непрерывное эндоскопическое наблюдение с биопсией на предмет выявления прогрессирующей клеточной метаплазии в дисплазию и раннюю карциному.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СИФИЛИСА ЖЕЛУДКА

Л. А. Мудрая, Ю.А. Сычев, А.Н. Карабило.

Городская больница №5, г. Кривой Рог.

В настоящее время наблюдается тенденция к росту заболеваемости сифилисом, как результат тяжелого экономического положения страны, а также снижения морального и культурного уровня населения. Эндоскопистам все чаще приходится сталкиваться с сифилисом желудка, который проявляет себя болевым и диспептическими синдромами. Это больные с вторичным рецидивным сифилисом, у которых минимально выражены кожные высыпания, а манифестные проявления - боли вверху живота, усиливающиеся с приемом пищи и неоднократные рвоты заставляют больных обратиться к терапевту или к хирургу и при обследовании обнаруживаются специфические изменения слизистой желудка, которые позволяют заподозрить, а порой и без сомнений выставить эндоскопическое заключение: сифилис желудка, что в последствии подтверждается дерматовенерологом и серологическими реакциями.

Нами зафиксировано 9 случаев сифилиса желудка, из них четыре случая у женщин и пять - у мужчин. Возраст от 19 до 50 лет. При обращении в больницу у всех 9 больных (100%) основным клиническим проявлением было наличие постоянной ноющей или тупой боли в эпигастрии, усиливающейся через 15-30 мин. после еды, иногда иррадиирующей в подреберья, продолжающейся последние 2 -4 недели. У 6-й больных (66,6%) отмечались рвоты желудочным содержимым через 1—1,5 часа после еды, приносящие облегчение. У 4-х больных (44,4%) отмечалось снижение аппетита, а у 3-х (33,3%) — повышение аппетита. У 7-х больных (77,7%) отмечалось снижение веса от 3-х до 15 кг за период заболевания в зависимости от длительности наличия болевого и диспептического синдромов. Общим для этих больных были такие эндоскопические признаки: обширные поверхностные неправильной формы изъязвления, с неровными, но четкими краями в виде валикообразной демаркационной линии, дно розового цвета, местами с грануляциями, покрытое на большей площади фибрином, который легко снимается при контакте с эндоскопом или щипцами, при «пальпации» щипцами дно мягкое, иногда при взятии биопсии отмечался положительный симптом «конуса». Размеры изъязвления от 2,0х4,0 см до 8,0х10,0 см. Локализация: у 7 (77,7%) в антруме на малой или большой кривизне и прилегающих к ним стенках, в 2-х случаях - циркулярно - весь препилорический отдел; у одного больного множественные изъязвления локализовались в антруме и средней трети тела желудка и еще у одного больного - в средней и верхней трети тела желудка. У 2-х больных отмечались рубцовые сужения препилорического отдела компенсированные. В одном случае у девушки 19 лет были обнаружены обширные эрозии неправильной формы с розовым дном. В 5-ти случаях (55,5%) эндоскопически был выставлен диагноз: сифилис желудка, в 4-х (44,4%) - он заподозрен, т. к. имеющаяся в некоторых случаях деформация слизистой и признаки стенозирования давали повод заподозрить и рак желудка. Во всех случаях бралась биопсия 4-10 кусочков из края и дна изъязвления. При исследовании биоптатов в 5-й случаях на фоне выраженной лимфоцитарно - плазмочитарной инфильтрации отмечена дисплазия эпителия желез 2 -3 ст., в 2-х случаях - атипия эпителия, в одном случае - в 10 кусочках - солидный диффузный канцер желудка (позже

у этой больной после лечения через месяц от изъязвления в 8,0х6,0 см оставалась эпителизирующая язва 0,8 см, а биопсия ее в 4-х кусочках - хронический диффузный гастрит).

Эндоскопическая картина сифилиса желудка зафиксирована нами у четверых больных эндо-видеосистемой OTV-F2 "Olympus" и в одном случае фотокамерой SK-35 "Olympus".

Из кожных проявления у шести больных (66,6%) отмечалось наличие розеолезной сыпи различной степени выраженности на коже живота, груди, боковых частях туловища, ладонные и подошвенные папулы, папулезные высыпания в области твердого нёба. У трех больных (33,3%) отмечалось наличие первичного эпителизованного шанкра в области половых органов. У троих больных (33,3%) кожных проявления не отмечалось, что так же характерно для латентного периода вторичного рецидивного сифилиса.

При проведении серологических реакций у всех 9 -ти больных (100%) отмечались положительные реакции Вассермана и микропреципитации. Все больные были направлены на лечение в КВД, но на контрольную ФЭГДС явилась только одна больная.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что при тщательной эндоскопии подобных больных, при правильной оценке характера изъязвлений с учетом локализации, размеров, формы, глубины, цвета и плотности их дна, иногда и наличия грануляций на дне, можно окончательно выставить диагноз: сифилис желудка, который, конечно же, должен быть подтвержден дерматовенерологом и серологическими реакциями.

ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДИАТЕРМИЧЕСКОЙ КОАГУЛЯЦИИ.

**Л. А. Мудрая, Ю.А. Сычев, М.Г. Прудской
Городская больница №5, г. Кривой Рог.**

У больных, которые ранее перенесли операцию гастрэктомии по поводу рака кардиального отдела желудка нередко возникают рецидивы. При прогрессировании процесса происходит экзофитный рост опухоли вверх по пищеводу с последующим стенозированием просвета и при явной неоперабельности больные погибают голодной смертью или же от осложнений, которые развиваются после наложения энтеростомы.

В нашем случае у больного П., 61 г., развился декомпенсированный стеноз и клинически это проявилось в декабре 1998 г. Из анамнеза - в ноябре 1995 г. выявлен рак кардии желудка, биопсия - аденокарцинома умеренно дифференцированная из кардии желудка. В ноябре - декабре 1995 г. проведен курс предоперационной лучевой терапии и в декабре операция - гастрэктомия с наложением эзофагоэюноанастомоза конец — в бок в модификации по Бондарю. В мае 1996 г. эндоскопически рецидив рака: опухоль в зоне анастомоза, биопсия - аденокарцинома. Но больной от предложенной лучевой терапии и оформления инвалидности отказался, работал. В последующие годы отмечал затрудненность в прохождении пищи, а в декабре 1998 г. - полная непроходимость. При проведении ФЭС обнаружен проксимальный край опухоли на 30 см от резцов, опухоль экзофитная, крошащаяся, значительно суживающая просвет пищевода. Канал пищевода наряду с остатками пищи содержал сгустки крови, фибрин. После удаления содержимого обнаружено полное стенозирование канала опухолью на глубине 38 см. От предложенной операции - наложения энтеростомы больной категорически отказался. Учитывая наличие анемии, гипоальбуминемии больному проводилась соответствующая заместительная трансфузионная терапия. Наряду с этим больному при проведении ФЭС удалось провести катетер Д-2 мм на глубину 5 см ниже сужения и ввести Билигност 20% - 20 мл, после чего проведение рентгеноскопия пищевода. Отмечалось сначала депонирование контраста, а затем его продвижение вниз к анастомозу и по кишечнику. Это позволило проводить трансэндоскопическое энтеральное питание через катетер, проведенный ниже стеноза. Больному вводился куриный бульон и другие питательные жидкости по 1 л за один прием. После улучшения самочувствия больному проведены диатермические электрокоагуляции зоны стеноза точечным электродом с целью реканализации. Отмечались технические трудности: невозможно было использовать подвижность дистальной части эндоскопа, т. к. жесткость опухолевого канала блокировала доступ и направление электрода при коагуляции. Поэтому приходилось использовать разные эндоскопы и разные электроды, в т. ч. и петли. Только после проведения четырех ежедневных лечебных сеансов удалось провести эндоскоп ниже эзофагоэюноанастомоза, который был обнаружен на глубине 48 см. от резцов. Гистологическое исследование удаляемых кусков опухоли показало, что это аденокарцинома. После прохождения канала эндоскопом SIF-10 проведено бужирование эндоскопом GIF-2T-10. У больного восстановился пассаж пищи по пищеводу, который на 50% поражен опухолью. В конце декабря 1998 г. больной выписан домой и позже приступил к работе. Учитывая предрасположенность опухоли к стенозированию в последующем больной еще четырежды через 2 месяца проходил бужирование эндоскопами, при признаках развития стеноза повторно проводилась диатермокоагуляция, после чего больной снова мог относительно неплохо питаться, работал. Умер больной в ноябре 1999 г.

Вся проделанная работа зафиксирована эндовидеосистемой OTV-F2. Проведение эндоскопической диатермической электрокоагуляции с целью реканализации опухоли пищевода является одним из приоритетных методов лечения при неоперабельных формах онкологических заболеваний пищеварительного тракта. Хотя нужно признать и техническую сложность данного метода, и опасность развития возможных осложнений, т.к. часто приходилось работать «в слепую» в зоне ниже струпа, который образуется во время коагуляции. Из поздних осложнений можно ожидать усиление генерализации процесса, если вообще уместно говорить о генерализации процесса у неоперабельных больных, погибающих голодной смертью.

ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА.

Мяукина Л.М., Филлин А.В., Zubовский Ю.Ю., **Рыбин Е.П.**, Рыбалкин Ю.И.

Ленинградская областная клиническая больница, Россия, г. Санкт-Петербург.

Рак желудка продолжает занимать одно из первых мест в большинстве стран мира. Заболеваемость раком желудка в общей структуре онкологических заболеваний в нашей стране на II месте (более 13%). Принято считать, что лишь при I стадии болезни радикальное хирургическое лечение дает стойкое излечение с пятилетней выживаемостью до 90%. Но среди больных раком желудка у 75-85% диагностируется процесс I-IV стадии. Эндоскопии, несмотря на совершенствование традиционных и использование новых методов диагностики злокачественных новообразований, по-прежнему отводится ведущая роль. Развитие рака до I стадии длится около 10 лет (С.А.Шалимов, 1998), поэтому, теоретически, мы имеем достаточный запас времени для принятия необходимых мер, определяющих жизненный прогноз, но практически выявляемость ранних опухолей остается крайне низкой. Таким образом, главным условием эффективного лечения является ранняя диагностика, которая может быть эффективной только с применением адекватной медикаментозной подготовки больных, использованием хромоэндоскопии, биопсии. Выявляемость ранних форм рака пищевода и желудка в Японии составляет 40-45%. По данным ведущих клиник России - на I стадии диагностируется 24% и в 13% случаев выявляется ранняя форма поражения.

В Ленинградской областной клинической больнице с ноября 1998г. выполняются эндоскопические исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта по методике, разработанной более 10 лет назад проф. Н. Suzuki (Jikey Dept of Endoscopy School of Medicine, Tokyo, Japan).

Правомочность эндоскопического лечения при раннем раке на протяжении десятков лет в нашей стране остается дискуссионной. Изучалась отечественными учеными В.С.Савельевым, Ю.М.Корниловым, Ю.И.Галлингером, А.С.Балалыкиным и другими. Однако опыт малоинвазивного лечения остается небольшим, что затрудняет оценку допустимости выполнения таких операций с онкологических позиций. Большинство авторов освещают способы и возможности эндоскопического лечения раннего рака желудка в виде малигнизированных полипов.

С 1998 года у семи пациентов по данным биопсийного материала выявлена высококодифференцированная аденокарцинома, у двух - дисплазия III степени. По данным литературы дисплазия III степени в слизистой оболочке желудка вблизи или вокруг раннего рака выявляется в 73,7% (В.И.Чиссов и соавт., 1992). Пациенты (шесть женщин и трое мужчин в возрасте от 63 до 73 лет) с тяжелой сопутствующей патологией и высоким анестезиологическим и операционным риском имели картину раннего рака I - На типа (по Японской классификации, 1962). Опухоли диаметром от 0,4 до 1,5 см локализовались в теле желудка.

В литературе описаны нескольких вариантов и модификаций ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА (ЭРС) или эндоскопической петельной электроэксцизии (резекция слизистой оболочки при помощи двух одновременно введенных эндоскопов, при помощи двухканального эндоскопа, с использованием зубчатой петли, клипс, биопсийных щипцов и других поддерживающих и фиксирующих устройств и другие).

В нашей работе использовали методику, предложенную в 1998 году проф. Н. Suzuki, преимущества которой заключаются в том, что «...можно увидеть подробную гистологическую картину резецированного фрагмента и определить, была опухоль полностью резецирована или нет». Показания к данному вмешательству, основанные на макроскопических и морфологических критериях, сформулированы проф. Y. Amano, 1998: максимальный диаметр поражения - до 2,0см; глубина инвазии - эпителий и собственная пластинка слизистой - до мышечной пластинки слизистой оболочки; эндоскопический тип - I-II a bc; гистология - высококодифференцированная аденокарцинома.

В нашей работе мы использовали два варианта фиксации резецируемого участка слизистой оболочки (инструменты и аппаратура "Olympus", Япония): лигатурный (MAJ-339, HX-21L-1) и петельный (SD-7P).

У семи пациентов при морфологическом изучении резецированного фрагмента установлена следующая картина: слизистая оболочка желудка с подслизистым слоем, высококодифференцированная аденокарцинома в эпителии без прорастания в собственную пластинку и не распространяющаяся в эпителии за пределы резецированного участка. Все больные до настоящего времени в течение от трех до 18 месяцев находятся под динамическим наблюдением.

Преимущество метода ЭРС с применением дистального колпачка заключается в том, что он позволяет выполнить резекцию слизистой оболочки с подслизистым слоем (до мышечного), а также получить возможность морфологической оценки всего резецированного материала с определением границ распространения опухоли. Кроме того, лигатурный способ более безопасен в плане развития интраоперационных осложнений.

По нашему мнению, ЭРС при раннем раке может применяться как самостоятельный метод лечения у больных с высоким операционным риском, так и для расширенной биопсии при сложностях морфологической дифференциальной диагностики.

Однако даже самые перспективные и выверенные технологии оказываются неэффективными без адекватной диагностики, которая напрямую зависит от соблюдения культуры проведения эндоскопического исследования.

**Сравнительная оценка современных эндоскопических методов
реканализации пищевода и кардии при неоперабельных
злокачественных опухолях.**

А.Ю.Назаренко, А.Н.Бурый
г.Киев.

Рак пищевода является одним из самых частых и тяжелых заболеваний пищевода. Подавляющее большинство больных раком пищевода (до 80%) составляют лица в возрасте старше 60 лет. В организации медицинской помощи неоперабельным больным раком пищевода и кардии на первое место ставится борьба с дисфагией.

Эндоскопические паллиативные операции при раке пищевода и кардии, применяющиеся в Институте хирургии и трансплантологии АМН Украины включают лазерную реканализацию, электрокоагуляцию опухоли и химический некролиз.

Неодим-иттрий-алюминий-гранатовый лазер (Nd:YAG) начал использоваться для эндоскопической реканализации пищевода, обтурированного злокачественными опухолями в начале 1980-х. Излучаемая длина волны – 1064 мкм, находится в невидимой инфракрасной части электромагнитного спектра. Высокая тепловая энергия, генерируемая этим лазером, может производить коагулирующий гемостаз, коагулирующий некроз и испарение опухоли. Облучение опухоли выполняется через лазерное волокно, проведенное через биопсийный канал гибкого эндоскопа. Число лазерных сеансов зависит от длины злокачественной обструкции. Наиболее подходящими для лазерной реканализации являются опухоли, локализующиеся в средней или дистальной третях пищевода, относительно непротяженные (до 5 см), экзофитнорастущие, без извитого остаточного просвета.

Основные ранние осложнения в виде перфорации, кровотечения и образования свищей были низки. Восстановление просвета отмечено у 83 %, осложнения у 4,1 % и смертность 1 %.

Преимущество лазерной реканализации заключается в возможности проведения ее без какой-либо анестезии в группе пациентов с высокой степенью риска.

Биполярная электрокоагуляция опухолей пищевода и кардии выполняется с помощью электрода, введенного в инструментальный канал эндоскопа под постоянным визуальным контролем. Курс реканализации состоит из нескольких сеансов. Метод коагуляции применяется редко ввиду большого количества осложнений в виде кровотечения и перфорации.

Использование эндоскопического химического некролиза характеризуется низкой стоимостью и простотой выполнения. Локальные инъекции в опухоль через инъекционную эндоскопическую иглу приводят к восстановлению просвета пищевода у 81% больных. В клинике института при выполнении этой методики мы применяем 96° этиловый спирт и смеси растворов протеолитических ферментов. Введение в опухоль, например, трипсина, сравнительно быстро ведет к ее размягчению с асептическим расплавлением опухолевой ткани. Под действием энзимов происходит разрушение сети, соединяющей опухолевые клетки между собой и эндотелием, протеолиз мембран раковых клеток, что ведет к уменьшению и некрозу опухоли. В отличие от введения этилового спирта, процесс деструкции никогда не распространяется за границы опухоли. Инъекции смесей энзимов непосредственно в опухоль ведут, в большинстве случаев, к ее уменьшению приблизительно на 50% и к колликвационному некрозу. Протеолитические ферменты при местном применении расщепляют некротизированные ткани и фибриновые образования, разжижают вязкие секреты, экссудаты, сгустки крови, оказывают противовоспалительное действие.

Проанализировав преимущества лазерной эндоскопической реканализации и эндоскопического протеолитического некролиза, мы решили соединить эти два метода в одном (патент на изобретение Госпатента Украины № 9737-А от 30.09.96 г.). Сеансы лазерной эндоскопической реканализации проводили по общепринятой методике. Отличие являлось то, что в конце каждого сеанса через пластиковый иньектор, введенный в канал эндоскопа, производились инъекции в ткани опухоли раствора одного из протеолитических ферментов, например Chymopsini (40- 50 мг на 5 мл 0,25% р-ра новокаина).

Предложенным способом проведено 28 курсов реканализации пищевода и кардии. Осложнений не было, все больные в процессе лечения не предъявляли жалоб. Средняя продолжительность курса реканализации составила 6 суток, в то время, как для 28 больных из контрольной группы, у которых протеолитические ферменты не применялись, - 11 суток.

Таким образом, применение предложенного способа достоверно сокращает сроки лазерной эндоскопической реканализации примерно в 1,8 раза, что позволяет в более ранние сроки восстановить у больных естественный путь поступления пищи и улучшить качество их жизни.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В.И.Никишаев

Киевская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки является одним из распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта, которое выявляется у 10-15% взрослого населения, а частота ее осложнений не имеет тенденции к снижению.

Все предлагаемые схемы лечения обострения язвенной болезни направлены на быструю ликвидацию болевого синдрома заживление язвенного дефектам и эрадикацию *Helikobacter pylori*. В решении этих задач, существующие эндоскопические методы лечения основанные на местном воздействии на язвенный субстрат, мало эффективны, а

чисто терапевтическое лечение требует применения большого количества медикаментов. Поэтому актуальным является разработка схем лечения пептической язвы с уменьшенным количеством препаратов и их дозировки. При лечении же язвы осложненной кровотечением актуальным является так же профилактика рецидива кровотечения.

Нами изучены результаты лечения 243 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением, которым для подавления кислотопродуцирующей функции желудка производилась эндоскопическая химическая денервация желудка (ЭХДЖ). До ЭХДЖ и после нее через 3, 6 и 12 месяцев изучалась кислотопродуцирующая функция желудка по общепринятой методике аспирационно-титрационным способом с использованием в качестве стимулятора желудочной секреции солянокислого гистамина. ЭХДЖ проводилась по 3 методикам. В первой группе (43 пациента) ЭХДЖ проводили по методу T.V.Taylor с соавт. (1983) Второй группе (109 больных) выполнена разработанная в клинике селективная ЭХДЖ. Третьей группе (92 пациента) выполнена разработанная в клинике субтотальная ЭХДЖ.

При ЭХДЖ по методу T.V.Taylor с соавторами количество 35° этанола не превышало 20 мл., при селективной ЭХДЖ – до 200мл. и субтотальной ЭХДЖ – до 350мл.

Больные всех трех групп имели язвы пилородуоденальной зоны диаметром от 0,8 до 4,0 см. (75% больных имели язвы размерами более 1,5 см) с нормацидной или гиперацидной кислотопродуцирующей функцией желудка. Различий по полу, возрасту, длительности язвенного анамнеза, размерам язв и характера их осложнений во всех трех группах не было. Эндоскопическое пособие осуществляли с помощью фиброскопов фирмы Olympus GIF 1T, GIF K, GIF XQ10, GIF XQ20 с использованием инжектора собственной конструкции позволяющего вводить растворы в 5,7 раза быстрее, чем инжектор NM-1K (Olympus) и ограниченной длиной иглы 0,8см.

Денервацию осуществляли путем введения 35% этанола, приготовленного непосредственно перед процедурой из равных частей 70% этанола и 1% раствора новокаина, в мышечный и субсерозный слои желудка. Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с определением критерия Пирсона (χ^2), коэффициента средней квадратичной сопряженности Пирсона и коэффициента взаимной сопряженности Чупрова.

У всех больных 2 и 3 групп отмечалось полное исчезновение болевого синдрома уже в первые сутки, а у больных первой группы – значительное его снижение.

К 10-12 дню произошло заживление язвенного дефекта у 55,8% в первой группе, у 77,9% во второй и у 93,5% больных в третьей группе, а к 20-25 дню соответственно у 90,7%, 94,4% и у 100% пациентов.

При изучении кислотопродуцирующей функции желудка через год отмечено снижение ее у больных первой группы на 30%, второй на 40%, и в третьей на 60% от исходного.

Достоверно ($p < 0,01$) лучшие результаты ЭХДЖ как в плане подавления кислотопродукции так и частоты рецидива язв в течении 5 лет, были у больных второй и третьей групп по сравнению с первой. В целом различий в частоте рецидивирования язв между второй и третьей групп не было. Однако при язвах более 2,6см и гиперацидном состоянии кислотопродуцирующей функции желудка статистически достоверно ($p < 0,05$) рецидив язв встречался чаще после селективной ЭХДЖ, чем после субтотальной ЭХДЖ.

При сопоставлении частоты рецидивирования кровотечения в зависимости от размеров язвы, степени активности кровотечения по модифицированной классификации Forrest J.A.H. между больными с ЭХДЖ и без нее – достоверных различий выявлено не было.

Выводы:

ЭХДЖ является простым и эффективным способом лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и особенно гигантских язв.

При язвах пилородуоденальной зоны до 2,5 см. с нормацидной или гиперацидной кислотопродукцией желудка показана селективная ЭХДЖ, а гиперацидном состоянии и гигантских калезных язвах - субтотальная ЭХДЖ.

Применение ЭХДЖ не сопровождается снижением частоты рецидива кровотечения.

Литература.

1. В.И.Никишаев. Эндоскопическая денервация желудка при осложненной язве двенадцатиперстной кишки. Украинский журнал малоинвазивной хирургії, 1999.- Vol 3.- 2.-С.39-41. Taylor T.V., Holt
2. S., Andrews P.L. (1983) Vagotomy by chemoneurolysis, an experimental study in the rat. Gut. 24: 158-160.

ЛИТОТРИПСИЯ - МЕТОД ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ.

Ничитайло М.Е., Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Слободяник В.П., Игнатенко П.М.

Клиника абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии, ГВКГ МО Украины. Киев

Введение. Рост оперативной техники хирургов и их техническая оснащенность позволяют значительно улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью. Однако, на фоне ежегодного увеличения количества выполняемых во всем мире холецистэктомий [1,2,6], проблема остаточного холедохолитиаза (13-36 %) остается актуальной [2,6,8]. В настоящее время доминирующее положение в тактике лечения холедохолитиаза (ХЛ) занимают эндоскопические транспапиллярные и лапароскопические вмешательства в сочетании с разнообразными видами экстракции и

дробления конкрементов, эффективность их достигает 68,9-96,0% [2,6]. Общепринятым условием эндоскопической санации желчевыводящих путей является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Ряд авторов отмечают, что, при наличии мелких конкрементов, баллонная дилатация сфинктера Одди может обеспечить достаточный доступ для их удаления [11]. Возможности малоинвазивных методов холедохолитозэкстракции могут быть ограничены различными причинами [2,6]. Внедренные в клиническую практику различные способы литотрипсии значительно расширяют возможности эндоскопической санации внепеченочных желчных протоков (ВЖП), повышая эффективность холедохолитозэкстракции до 80-97,9 % [2,3,4,6,10]. На сегодняшний день используются разнообразные методы дистанционной и контактной литотрипсии, инструменты и методики для извлечения конкрементов, препараты литолиза для перорального и местного применения. Дробление камней в холедохе, с помощью экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии (ЭУВЛ), является весьма перспективным, но не как самостоятельный метод, а в комбинации с обязательным выполнением ЭПСТ. К недостаткам данного метода относится - достаточно широкий спектр противопоказаний к его применению и высокий процент осложнений 16,1% [7], что в целом требует строгого отбора больных для дистанционной литотрипсии (ДЛТ). Так по отдельным исследованиям она показана лишь 24,9 % больным [9]. Все выше перечисленное указывает на необходимость разработки альтернативных методов лечения ХЛ, которым является контактная литотрипсия (КЛТ). Из группы предложенных способов (лазерный, пьезоэлектрический, электрогидравлический) необходимо отметить механическую литотрипсию (МЛТ), которая весьма эффективна (80-90%) и достаточно проста в применении [2], и может быть использована как при эндоскопических транспапиллярных, так и при лапароскопических вмешательствах.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 215 больных с ХЛ (мужчин-133, женщин-161; в возрасте 25 - 86 лет, средний возраст - 55,5 лет), которым с лечебной целью была выполнена ЭПСТ в сочетании с холедохолитозэкстракцией, различными видами литотрипсии, наружным или внутренним дренированием желчных протоков.

Результаты. В исследуемой группе больных с ХЛ, которым была выполнена ЭПСТ (215 человек), одномоментное удаление конкрементов удалось в 137 (63,7 %) случаях, в 21 (9,77 %) наблюдении камни были оставлены и отошли самостоятельно. Показаниями к одномоментной санации ВЖП или оставлению конкрементов для самоотхождения считаем индивидуальный подход с учетом оценки адекватности диаметров дистальных отделов холедоха и размеров конкрементов, технической обеспеченности, наличия явлений холангита и желтухи, целесообразности длительности исследования и лучевой нагрузки при наличии тяжелой сопутствующей патологии у больного. Литотрипсия применена у 38 пациентов: 29 пациентам выполнена МЛТ, в 9 случаях - ЭУВЛ; с успехом в 20 (68,97%) и 7 (77,76%) наблюдениях соответственно. Причинами неудач при МЛТ явились: невозможность захвата конкремента при его больших размерах, множественные конкременты, послеоперационная деформация желчных протоков и наличие в них наружных дренажей, протяженный стеноз панкреатической части холедоха у больных с хроническим индуративным панкреатитом. А при ЭУВЛ : размеры, локализация и структура камней, сложности наведения - не позволившие произвести дробление камней до необходимых размеров, необходимость удлинить сеанс литотрипсии, что сопровождалось высоким риском возникновения осложнений (аритмия, появление болевого синдрома). Сочетание методов КЛТ и ДЛТ применено в 2 случаях, когда эти методы при моноиспользовании оказались неэффективными, с успехом у 8 больных. Оставшимся 3 пациентам выполнено эндобилиарное дренирование и, после купирования явлений желтухи и холангита, произведена трансабдоминальная холедохолитотомия. Специфических осложнений приведенных методов литотрипсии, при рациональном их комбинировании, мы не наблюдали. Общая структура осложнений не отличалась от таковой при обычных эндоскопических вмешательствах.

Дискуссия. В настоящее время эндоскопическая санация желчевыводящих путей с использованием различных методов фрагментации конкрементов является «золотым» стандартом лечения ХЛ. Разнообразие методов с одной стороны и определенный процент неудач - с другой, заставляет искать новые пути подходов к повышению эффективности методов литотрипсии и унификации их использования. Проведенные исследования указывают на необходимость индивидуализированного подхода к использованию имеющихся методик с учетом особенностей основной патологии органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны и тяжести сопутствующих заболеваний. Примененная комбинация методов позволила повысить результативность в среднем на 13,3%. Выводы. С целью повышения эффективности эндоскопической санации желчевыводящих путей, у больных с холедохолитиазом, считаем целесообразным комплексное применение различных методик литотрипсии. Актуальным является разработка наиболее оптимальных схем их применения при различных формах холедохолитиаза.

Литература.

1. Алиев М.А., Наржанов Б.А., Рахметов Н.Р. и др. (1996) Комбинированные способы лечения осложненных форм желчнокаменной болезни. Эндоскопическая хирургия. 3: 22-23.
2. Балалыкин А.С. (1996) Эндоскопическая абдоминальная хирургия. (Москва). «Имапресс», 144 с.
3. Брискин Б.С., Иванов Э.А., Эктов П.В. и др. (2000) Влияние эндоскопических малоинвазивных технологий на улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью. Эндоскопическая хирургия. 2: 14-15.
4. Бычков С.А. (1998) Лапароскопическая холецистэктомия и эндоскопическая санация холедоха в комплексном лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом. Укр. журн. малошваз. та эндоскоп. хірургії. 2(1): 61-

5. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. (1988) Заболевания желчных путей после холецистэктомии. (Москва). «Медицина», 266 с.
6. Луцевич Э.В., Уханов А.П., Семенов М.В. (1999) Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни. (Москва-Великий Новгород). -Типография «Новгород», 130 с.
7. Люлько И.В., Баранник С.И., Постолов Ю.М. (1997) Дистанционная литотрипсия. (Днепропетровск). «ОП ДКД», 206 с.
8. Нечай А.И. (1998) Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз. Хирургия. 9: 37-41.
9. Чубенко С.С. (1996) Клінічна оцінка ефективності та оптимізація методів лікування жовчокам'яної хвороби. Автореф. ... д.м.н. (Київ), 35 с.
10. Ell Ch., Demling L. (1988) Endoscopische Laserlithotripsie von Gallengangssteinen. Actuel. Chir. 23(2): 55-57.
11. Jacques J GHM Bergman, Erik A J Rous, Paul Fockens, Anne-Marie van Berke, et al. (1997) Randomised trial of endoscopic balloon dilatation versus endoscopic sphincterotomy for removal of bile duct stones. The Lancet. 349: 1124-1129.

**ПОШИРЕНІСТЬ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ НА БУКОВИНІ ЗА ДАНИМИ
ЕНДОСКОПІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО
МЕДИЧНОГО ДІАГНОСТИЧНОГО ЦЕНТРУ**

І.Т.Пенішкевич, В.І.Білик

Чернівецький обласний медичний діагностичний центр

Метою даної роботи було з'ясування захворюваності на виразкову хворобу в залежності від статі, віку, соціального положення, місця проживання, а також місця локалізації виразок та їх розмірів у жителів Чернівецької області.

За 1992 - 1999 р.р. виконано 24479 езофагогастроуденоскопій. При цьому виявлено виразкову хворобу шлунка (ВХШ) у 434 хворих, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ВХДПК) у 3416 пацієнтів, що відповідно становить 1,8 % та 14 % від загальної кількості обстежених хворих. В залежності від статі обстежено 13463 чоловіки (55 %) та 11016 жінок (45 %). ВХШ виявлено у 294 чоловіків (67,7 %) та 140 жінок (32,3 %). Отже, на Буковині, чоловіки хворіють на ВХШ в три рази частіше за жінок. Встановлено, що ВХШ зустрічалася частіше у людей зрілого працездатного віку та пенсіонерів (в віці від 40 до 50 років - 86 хворих: від 50 до 60 - 92, від 60 до 70-51, *старше* 70 років - 76), а за місцем проживання у жителів міста - 263 - 60,6% проти 171 - 39,4% жителів села. За локалізацією найчастіше уражалося тіло шлунка - 312 випадків (72 %), рідше - вихідний, субкардіальний та кардіальний відділи.

У 72,8 % хворих виразки локалізувались по малій кривизні, 12,4 % - по передній стінці, у 9,9 % - по задній стінці і лише у 4,9 % хворих - по великій кривизні, причому по великій кривизні виразки локалізувались в тілі та вихідному відділі шлунка та часто малігнізовані. За розмірами виразки до 0,5 см в діаметрі спостерігались в 73 хворих (16,8 %), до 1 см в діаметрі - у 266 хворих (61,3 %), більше 1 см в діаметрі - у 81 хворих (18,7 %). Було виявлено 14 виразок (3,2 %) більше 3 см в діаметрі у пацієнтів віком від 60 до 75 років та супутніми захворюваннями серцево-судинної системи.

Виразки ДПК зустрічались частіше у більш молодому віці, ніж виразки шлунка (в основному від 20 до 40 років), причому в 156 випадках виразку виявлено у підлітків від 14 до 18 років. 2128 хворих ВХДПК (62,2%) були жителями міста, а 1288 (37,8%) - жителями села. В переважній більшості виразка локалізувалась в цибуліні ДПК - 3225, що становило 94,4 % і лише у 191 випадку у постбульбарному відділі ДПК - 5,6 %.

За розмірами виразки до 0,5 см в діаметрі виявлені у 1283 хворих (37,6 %); від 0.5 до 1 см-у 2034 (59,5 %); більше 1 см-в 99 випадках (2,9 %).

В 179 (5,2 %) спостереженнях зустрічались по дві виразки, як правило, в комбінації передня та задня стінки і верхня та нижня, причому в 80 % випадків це була комбінація передньої та задньої стінки ДПК.

Таким чином, у жителів Чернівецької області ВХ зустрічається, як і в інших європейських регіонах, частіше у чоловіків, ніж у жінок, переважно у жителів міста. Частота виразкової хвороби шлунка є вищою у пацієнтів зрілого та похилого віку, виразкової хвороби ДПК - у хворих юнацького та зрілого віку.

Некоторые вопросы диагностики и лечения холедохолитиаза

Е.В. Пител , В.М. Гуцу

Республиканский центр эндоскопии Республика Молдова-Кишинев

Вопрос достоверной диагностики холедохолитиаза связан с внедрением в практическую медицину метод эндоскопической ретроградной панкреато-холангиографии (ЭРПХГ). Почти одновременно появились сообщения о возможности удаления конкрементов из общего желчного протока при помощи эндоскопической техники.

Первая успешная ЭРПХГ в нашей республике была выполнена В.М.Гуцу в 1981, в том же году им же сделана первая эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Вопрос целесообразности отказа в некоторых случаях от классических, хирургических методов лечения холедохолитиаза в пользу эндоскопических может базироваться только на изучении отдельных результатов.

Нами проанализированы отдаленные результаты у 162 больных перенесших эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) по поводу холедохолитиаза, в том числе у 84 из них холедохолитиаз сочетался с механической желтухой.

Среди них мужчин было 64, женщин 98. Самому молодому было 15 лет, самому старшему 89. Результаты эффективности эндоскопической операции изучены спустя в среднем 16 лет после их выполнения.

ЭПСТ выполнялось в зависимости от формы и конфигурации БДС (большого дуоденального соска), а также форма и 0 наружного отверстия Фатерова соска, сразу (у больных с механической желтухой) а у остальных на 1-3 сутки.

По методике: Классена-Демлинга - ЭПСТ было произведено у 72 больных (44 %), Шома- у 9 больных (5%), Оснеса- у 61 больных (37,6 %), и по методике Kawai- у 20 больных (12,3%).

В большинстве случаев -132 больных (81,4%) конкременты ОЖП (общего желчного протока) были удалены во время эндоскопической операции или эвакуировались самостоятельно до 10 дней после операции, а у 29 больных (17,9%), конкременты эвакуировались на протяжении одного месяца после операции.

В случаях когда размеры конкремента превышал более 3,0 см и невозможность удалять после ЭПСТ, то приходилось прибегать к трансабдоминальной операции. Такая методика, из 162 больных, применялось у 16 (9,8%).

В 36 случаев (22,2%) после ЭПСТ, отмечалось различные осложнения в виде амилазурии, обострение панкреатита, кровотечение из ПТ (папиллотомного) разреза, а также перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки. 2 больные (1,2%) умерли, один после панкреонекроза, другой после перфорации задней стенке 12-перстной кишки.

Анализируя отдаленные результаты на протяжении 16 лет после ЭПСТ по поводу холедохолитиаза, выявлено что в настоящее время из 162 больных живут 138 (85%) и чувствуют себя удовлетворительно. Динамический анализ основывался на почтовые приглашения пациентов для УЗИ, дуоденоскопии с осмотром БДС и биохимии крови. Больные которые не могли приехать на обследовании, письмами отмечали их хорошее состояние здоровья после перенесенной Э П С Т. Однако 12 (7,4%) из них жалуются на горечь в орту, тошноту после приема пищи, иногда боли в правом подреберье связанные с нарушением диеты.

Ни один из наших бывших пациентов не отмечал повторную госпитализацию по поводу рецидивных камней или механической желтухи. На протяжении 16 лет умерло 24 больных от различных заболеваний (инфаркт миокарда, инсульт, рак поджелудочной железы), а также по словам родственников по старости и не одна из смертей не было связано с перенесенной раннее ретроградной панкреатохолангиографией и Э П С Т.

Возраст и настоящее время наших бывших пациентов от 31 года до 89 лет, большинство из них продолжают работать будучи даже за пенсионным возрастом.

Заключение: Учитывая наш вышеописанный материал который выявлен из 16-летнего наблюдения за больными, перенесшие ЭПСТ по поводу холедохолитиаза, можно сделать вывод что применение эндоскопической методики является эффективным, и полноценным методом не только диагностики но и лечения холедохолитиаза.

ПАТОМОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ХВОРОБИ КРОНА ПРИ ДОСЛІДЖЕННІ БІОПСІЙНОГО МАТЕРІАЛУ З ТОНКОЇ І ТОВСТОЇ КИШОК

Ю.О. Поспішіль, Ю.С. Лозинський, А.Ф. Лобаненко, І.О. Коляда
Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

При хворобі Крона (ХК) можуть уражатися практично всі відділи шлунково-кишкового тракту, тому важливим є визначення критеріїв патоморфологічної діагностики захворювання. При дослідженні операційного матеріалу, коли проведено резекцію кишки, патоморфологічна діагностика може викликати певні труднощі, проте частіше вдається знайти характерні морфологічні прояви, які можна вважати специфічними для ХК. При дослідженні біопсійного матеріалу, коли препаратом є лише невеликий шматочок (чи кілька шматочків) слизової оболонки кишки, отриманий під час ендоскопічного обстеження, діагностика ХК суттєво ускладнюється. Особливо важко віддиференціювати її від неспецифічного виразкового коліту.

Ми провели патоморфологічне дослідження резектованих відділів кишок (12 спостережень); біопсій з клубової і товстої кишки (27 спостережень) при ХК. У чотирьох випадках проводилося дослідження операційного і біопсійного матеріалу через різні проміжки часу (від кількох місяців до кількох років).

Основними морфологічними критеріями при діагностиці ХК є глибока запальна інфільтрація, виразки, фісури і гранульоми. У наших спостереженнях знаходили запальну поліморфноклітинну інфільтрацію всіх шарів стінки кишки, глибокі виразки, які проникали у м'язовий шар, у 10 випадках — глибокі фісури і в 6 — гранульоми в різних шарах стінки кишки.

З 27 проведених досліджень біопсійного матеріалу ми в жодному випадку не змогли виявити фісур, хоча у 4 випадках їх знаходили пізніше, при дослідженні резекованих відділів кишки. При дослідженні біопсійного матеріалу ми не змогли з'ясувати і справжню глибину запальної інфільтрації, оскільки біоптат обмежується лише слизовою оболонкою і підслизовим шаром, м'язового шару в ньому не буває. З тієї ж причини не можна встановити і глибини виражувань, хоч саму їх наявність з'ясовано у 15 випадках з 27. Проте просте встановлення факту наявності виразок без змоги оцінки їх глибини не може бути діагностичним критерієм. У 12 випадках у слизовій оболонці і підслизовому шарі було виявлено характерні для ХК гранульоми. Крім цих змін було знайдено й інші, які дозволяли лише запідозрити ХК і встановити фазу перебігу — загострення чи хронічну. При загостренні виявляли ерозії або виразки і нейтрофільну інфільтрацію стінки кишки. При хронічному перебігу виявляли короткі ворсини і гіперплазію крипт, збільшення кількості мононуклеарних клітин і появу еозинофілів, лімфоїдні фолікули, пілоричну метаплазію залоз, псевдополіпи і регенерацію залоз.

Таким чином, достовірно встановити діагноз хвороби Крона шляхом ендоскопічної біопсії було можливо лише в 12 випадках з 27, за умови виявлення гранульом. В інших випадках можна було лише описати знайдені морфологічні зміни, які відповідають гострому чи хронічному перебігу і трапляються при хворобі Крона, але не є патогномонічними. У таких випадках дуже важливим є взаєморозуміння між хірургом і патологоанатомом щодо можливостей біопсійної діагностики хвороби Крона.

Можливості лікування закрепів шляхом ендоскопічної корекції топографії товстої кишки

М.Г. Пляцко, Я.М. Савицький, В. В. Дідик, Л.О. Заблоцький.

Львівський обласний клінічний діагностичний центр, 8-а міська лікарня м. Львів.

Синдром закрепів є широко розповсюдженим серед населення і супроводжує багато хвороб травного тракту. Враховуючи різний механізм закрепів для їх лікування пропонуються фармакологічні препарати відповідних напрямків дії: прокінетичні препарати, послаблюючі засоби, спеціальні дієти та ін. Однак, при аналізі причин закрепів часто випадає з уваги можливість їх виникнення внаслідок зміненої або ускладненої топографії товстої кишки. Причинами таких станів можуть бути вроджені (доліхоколон, доліхосигма, хвороба Гіршпрунга) та набуті (зрости внаслідок операції, аднекситів, дивертикулітів, хвороби Крона) зміни анатомії товстої кишки. Відповідно, такі зміни можна діагностувати рентгенологічно або ендоскопічно. В ендоскопічному відділі Львівського обласного діагностичного центру, де проводиться понад 2000 ФКС щорічно, значна частина пацієнтів із симптомами порушення пасажу калу повідомляли про значне поліпшення після ендоскопічного обстеження, що стало причиною для детальнішого дослідження.

Завдання роботи. Дослідити можливості лікування закрепів пов'язаних з порушенням топографії товстої кишки за допомогою ендоскопічної корекції.

Матеріали і методи. Проведено аналіз 558 протоколів фіброколоноскопичних досліджень з наступним опитуванням пацієнтів безпосередньо після обстеження і через 3–4 тижні. Всі хворі відбиралися за наявністю симптомів, характерних для порушення пасажу через товсту кишку.

Результати досліджень. Основними скаргами пацієнтів, що були відібрані для обстеження були: закрепи – 100%; здуття живота – 65%; періодичні проноси – 18%; дискомфорт – 64%; зменшення болів або полегшення після випорожнення – 58%; напруження живота – 31% (загальне – 27%, локальне – 73%).

Після проведення ФКС та рентгенообстеження було встановлено наступні анатомічні особливості топографії товстої кишки:

1. Фіксація кишки – 72% (етіологія: а) операція – 29%; б) дивертикуліт – 23%; в) аднексит – 24%; г) хвороба Крона – 8%; д) анамнестичних даних не виявлено – 16%).

2. Доліхосигма – 23%.

3. Додаткова петля – 32%.

4. Колоптоз – 16%.

5. Не виявлено відхилень від норми – 12%.

В кожному випадку була виконана тотальна ФКС після чого хворому пропонувалось відповісти на ряд наступних запитань з метою оцінки його стану після обстеження:

1. Зміна відчуття в животі порівняно з станом до обстеження:

а) покращення – 59 б) без змін – 29%; г) погіршення – 15%.

2. Зникнення або зменшення больових відчуттів при пальпації живота – 38%.

Усім хворим пропонувалось з'явитися через 3–4 тижні для проведення другого етапу опитування. Участь в ньому взяли 38% пацієнтів, а згодом ще 11% пацієнтів протягом року. При оцінці змін функціонального стану товстої кишки отримано наступні результати:

1. Затримка стільця: а) зменшилась – 59%; б) не змінилась – 41%;

2. Здуття живота: а) зменшилось – 54%; б) не змінилось – 46%;

3. Болі в животі: а) зникли – 32%; б) зменшились – 57%; в) не змінилися – 21%;

4. Необходимость в развільюющих препаратах та маніпуляціях: а) зникла – 25%; б) зменшилась – 49%; в) не змінилась – 26%.

Обговорення: У лікуванні закрепів основну увагу надається фармакологічним препаратам, харчовим додаткам та дієті. Дана робота аналізує альтернативний підхід до лікування, а саме, можливість лікування закрепів шляхом корекції розташування товстої кишки під час ендоскопічного огляду. Обстежувані хворі попри виражену симптоматику закрепів мали вроджені або набуті особливості топографії товстої кишки, діагностовані рентгенологічно або ендоскопічно. Проведена ендоскопічна корекція покращила суб'єктивні відчуття в животі зразу ж після маніпуляції у половині випадків, а через 3-4 тижні зменшення закрепів відзначали у 59% пацієнтів. Ефект від проведеної корекції в деяких випадках був тимчасовим і тривав від кількох тижнів до 1-1,5 року. Очевидно, що необхідною умовою для виконання коригуючих маніпуляцій є висока кваліфікація та досвід лікаря-ендоскопіста. При ендоскопічній корекції ефективними були маніпуляції при додатковій петлі та фіксованих згинах сигмовидної кишки, натомість при колоптозах ефект був незначний. Усі ФКС з елементами корекції дозволили суттєво зменшити явища закрепів у більшості хворих та знизити кількість послаблюючих середників.

Висновки:

1. Однією з причин закрепів, яка рідко береться до уваги клініцистами, є анатомічні особливості розміщення товстої кишки.
2. Ендоскопічна корекція розташування товстої кишки в ряді випадків є ефективним лікувальним засобом при порушенні транспортної функції товстої кишки та пов'язаних з цим симптомами.

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СВЕТА ЛАЗЕРА НА ПАРАХ МЕДИ
ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.**

А.И. Солдатов, В.Б. Матюшичев
Балтийская клиническая центральная бассейновая больница;
НИИ физиологии им. А.А. Ухтомского,
Санкт-Петербург, Россия.

В клиническом исследовании на 249 больных язвой 12-перстной кишки (ДЯ) и 105 больных язвой желудка (ЯЖ) оценивали эффективность эндоскопического лечения этих заболеваний светом лазера на парах меди (МЛ). Использовали исходное смешанное зелено-желтое (510+578 нм, разовая доза 6 Дж), желтое (578 нм, 2 Дж.) и зеленое (510 нм, 4 Дж) излучение при длительности одного сеанса местного воздействия 10 сек. Фотообработку дефектов слизистой осуществляли на фоне традиционного медикаментозного противоязвенного лечения, без включения антибиотиков и трихопола. Сеансы лечения проводили через день. Контрольные группы образовали аналогичные больные, принимавшие идентичный курс фармакотерапии.

Отмечено значительное преимущество комплексной МЛ-терапии перед медикаментозным лечением, как в сроках заживления язв, так и в надежности результатов. Язвы зажили у всех пациентов. При этом дихроматическая обработка ДЯ обеспечивала устранение дефектов, в среднем спустя $11,6 \pm 0,6$ дня от начала лечения. На ликвидацию язвлений желтым светом уходило $14,0 \pm 1,0$ дня. При использовании зеленого света заживление наступало через $14,5 \pm 1,5$ дня. В контрольных группах ДЯ заживали за $27,2 \pm 1,3$ дня ($n=67$), а ЯЖ – за $35,4 \pm 3,1$ дня ($n=98$). Наблюдение за частотой последующих рецидивов показали, что спустя 5 лет ремиссия сохранялась у 43% больных ДЯ, тогда как при медикаментозном лечении все пациенты имели рецидивные язвы уже к концу 3-го года.

При изучении в регрессивной модели условий, влияющих на эффективность лечения, выяснилось, что из клинико-anamnestических признаков, считающихся значимыми в этом плане, наиболее существенны для скорости заживления - диаметр, глубина и стадия обратного развития язвы. Последующая попытка провести в отношении группы больных ДЯ углубленный факторный анализ всего массива полученных данных позволила установить, что интенсивность рубцевания язвы при МЛ-терапии лимитируется главным образом ее размерами, формой течения язвенной болезни, выраженностью болевого синдрома и степенью устойчивости к фотовоздействию. При этом качество проводимого лечения мало зависит от клинико-anamnestического статуса больного: длительность межрецидивного периода обусловлена, в основном, особенностями самого лазерного излучения (цветом луча МЛ), что указывает на различия в характере лечебного воздействия лазерного света и медикаментозной терапии ДЯ. В пользу подобной трактовки данных говорит отсутствие корреляции отдаленных результатов лазеротерапии с периодичностью предшествовавших обострений. То есть, местная обработка язвы высокоэнергетическим излучением МЛ не только ускоряет рубцевание дефектов слизистой оболочки, но и благоприятным образом изменяет и само последующее течение язвенной болезни.

Поскольку приведенное исследование продемонстрировало, что достоинства терапевтического влияния света МЛ производны от физических параметров воздействия, мы провели анализ механизма реализации биогенности излучения МЛ. В опытах на культурах миобластов, а также при регистрации ферментативной активности образцов крови, облученной *in vitro*, обнаружено выраженное биотропное действие МЛ. Как выявлено нами, в интервале применявшихся нагрузок биостимулирование излучением МЛ имеет в себе энергозависимый и обратимый процесс, опосредованный, скорее всего, через систему слабых связей. В силу неспецифичности влияния света МЛ, МЛ-лечение представляется одной из разновидностей энерготерапии, осуществляемой за счет усиления репарации через адаптогенное повреждение биосубстрата. Эти модельные эксперименты, кроме того, показали, что выбранный нами режим терапев-

тического воздействия оптимален по критерию проявления биостимулирующих эффектов и, таким образом, может быть рекомендован к использованию в клинической практике.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСЛОЖНЕНИЙ РЕНТГЕНЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ДУОДЕНОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

А.А. Стукало, Е.Е. Раденко

Донецкий государственный медицинский университет

Располагаем опытом 1000 рентгенэндоскопических вмешательств (РЭВ) на большом дуоденальном сосочке (БДС) и дуоденопанкреатобилиарной зоне. Осложнения развились у 46 больных (4,6%). Острый панкреатит - у 27 пациентов (2,7%) ретродуоденальная перфорация – у 5 (0,5%), кровотечение из папиллотомной раны – у 8 (0,8%), обострение холецистита – у 2 (0,2%), прогрессирование желтухи с гнойным холангитом, вследствие неудаленного конкремента – у 2 (0,2%), вклинение корзины Dormia с захваченным конкрементом – у 2 (0,2%) пациентов. Умерло 8 больных (0,8%). Причиной смерти семи пациентов явился деструктивный панкреатит, одного больного – ретродуоденальная перфорация, осложнившаяся забрюшинной флегмоной.

Анализ литературы и собственных результатов позволил определить факторы риска возникновения осложнений РЭВ и разработать мероприятия по их профилактике.

К анатомическим факторам риска, способствующим развитию осложнений, мы относим парафатеральные дивертикулы, низкое расположение БДС, длинный узкий терминальный отдел холедоха, выходящий за пределы стенки двенадцатиперстной кишки.

Клиническими факторами риска, на наш взгляд, являются стенозирующий папиллит, опухоль (аденома, полип, рак) БДС, вклинённый конкремент, панкреатит в анамнезе, кисты поджелудочной железы, гнойный холангит, гиперперистальтика.

К техническим факторам, часто приводящим к осложнениям, относим насильственную глубокую и многократную канюляцию ампулы БДС, игнорирование аспирационной пробы, введение контрастного вещества быстро, с высоким давлением, подслизистое введение, неуверенность в положении папиллотомы и неконтролируемость длины разреза, неоднократные рассечения, использование коагулирующего или смешанного режимов тока высокой частоты.

К тактическим ошибкам относим: 1) проведение РЭВ без соответствующих показаний и недооценку противопоказаний; 2) недостаточную премедикацию; 3) отсутствие или недостаточный объем пред- и, в особенности, послеоперационной инфузионной терапии; 4) проведение папиллотомии больным с длительной высокой билирубинемией до попыток снизить желчную гипертензию при помощи назобилиарного дренирования или пункционными методиками под сонографическим контролем; 5) использование высокоосмолярных рентгенконтрастных препаратов; 6) введение контрастного вещества проксимальнее неликвидированной обструкции; 7) недооценка назобилиарного дренирования при холангитах и неудаленных конкрементах.

С целью предупреждения осложнений РЭВ в премедикацию включаем баралгин, атропин, бензогексоний, димедрол, сибазон. Больным, группы повышенного риска, у которых не выявляется значительное расширение желчных и панкреатического протоков, больным с рецидивирующим панкреатитом, а также при канюляции устья вирсунгова протока, в комплекс спазмолитической инфузионной терапии включаем сандостатин.

Перед началом контрастирования обязательно проводим аспирационный контроль.

Используем неионные низкоосмолярные контрастные вещества, подогретье до 37С.

При папиллостенозах и технических трудностях преимущества отдаем нетипичным способам, рассечение крыши БДС проводим торцевым папиллотомом на 0,5см проксимальнее устья.

Папиллотомию проводим только в режиме «резание». Своевременно прекращаем вмешательство при отклонении хода его от стандартной схемы, возникновении серьёзных технических трудностей.

Внимание к факторам риска возникновения осложнений РЭВ и проведение мероприятий по их профилактике позволили в последние два года полностью избежать ретродуоденальных перфораций и послеоперационных холангитов, значительно уменьшить количество панкреатитов и кровотечений.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КАРЦИНОИДА ЖЕЛУДКА

Филин А.В., Мяукина Л.М., Зубовский Ю.Ю., Кропачева В.Н.

Ленинградская областная клиническая больница, г.Санкт-Петербург, Россия.

Опухоли, развивающиеся из клеток APUD - системы (amine precursor uptake and decarboxylation cells), встречаются по данным различных авторов в 0,1-0,5% по отношению ко всем опухолям человека (В.Х.Василенко, 1989; А.В.Калинин, 1997). Наиболее частым видом таких опухолей является карциноид, происходящий из энтерохромаффинных клеток (клеток Кульчицкого) и встречающийся в равной степени, как у мужчин, так и у женщин у 0,7-1,95/100 тыс. населения (Quaedvieg P.F.H.J., 1999). В органах желудочно-кишечного тракта обнаруживается в 4-8% случаев с наибольшей частотой локализации - более 50% - в червеобразном отростке.

В желудке карциноид встречается значительно реже - в 2-4% (В.Л.Черкес, 1966; Jouanneau P., Malafosse M., 1971; G.Ассагрио, 1978; А.В.Калинин, 1997) от всех карциноидов, чаще аргентафинно-негативного типа с незначительной гормональной активностью. Данные о частоте малигнизации карциноида желудка противоречивы и колеб-

лются в значительных пределах —от 2 до 30%. Карциноидным синдромом опухоли данной локализации, как правило, не сопровождаются (E.R.Sanchez, 1980; E.Wilander, 1986).

Методом выбора лечения считается удаление органа или части органа с опухолью - резекция желудка, гастрэктомия или эндоскопическое удаление (T.Ponchon, 1997; M.Tringali, S.Crotta, 1999). Тактика зависит от гормональной активности опухоли, степени злокачественности (или ее отсутствии) и локализации. Применение современной эндоскопической аппаратуры, инструментов и технологий создали предпосылки для радикального лечения неинвазивных форм карциноида желудка.

В 1999 году нами обследован 9461 больной, из которых у 46 пациентов (0,49%) были обнаружены полиповидные образования верхних отделов пищеварительного тракта (у 7-в кардиоэзофагеальной области, у 33-в желудке, у 1-в двенадцатиперстной кишке). У пяти женщин (10,87%) в возрасте от 22 до 75 лет во время эндоскопического исследования в различных отделах тела желудка выявлены ярко-красного цвета экзофитные образования (1 а), которые имели диаметр 0,2-0,4 см. По результатам исследования биопсийного материала определена карциноидная опухоль. Карциноидного синдрома не наблюдали, уровень серотонина в крови был нормальный.

Для выполнения эндоскопической резекции слизистой оболочки (endoscopic mucosal resection - EMR) мы применяли эндоскопы с торцевой оптикой и инструменты производства фирмы «Olympus»: гастроскопы Gif-Q20, Gif-IT30, лигирующее устройство (HX-21L-1) с лигатурами (MAJ-339), электрохирургические петли (SD-9L и SD-7P), дистальный колпачок (MH-595), электрохирургическое устройство (PSD-10). Морфологическое исследование удаленных опухолей подтвердило их принадлежность к карциноидам с локализацией в пределах эпителия без признаков малигнизации. Все пациенты находятся под наблюдением в течение 2-13 месяцев. Рецидивов не обнаружено. Состояние удовлетворительное.

Таким образом, EMR, выполняемая с применением аспирационной методики, может рассматриваться не только как самостоятельный метод лечения больных с интраэпителиальной локализацией карциноидной опухоли желудка, но и как метод наиболее совершенной расширенной диагностической биопсии.

ОБНАРУЖЕНИЕ И РАСПРОСТРАНЕНИЕ ДИСПЛАЗИЙ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, СТРАДАЮЩИХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА.

А.В.ХАРЧЕНКО, В.Б.ГАЛИНСКИЙ.

**Полтавское областное патологоанатомическое бюро,
Полтавский областной клинический онкологический диспансер.**

Прошедшие четырнадцать лет после аварии на Чернобыльской АЭС ставят новые проблемы перед медицинской, связанные с поздними эффектами воздействия ионизирующего излучения на организм человека.

Отмечается значительное увеличение заболеваний органов пищеварения, в условиях повышенного ионизирующего излучения, возникшего в ряде регионов Украины. Это обусловлено совокупностью факторов: повышенным внешним и внутренним облучением в результате поступления радионуклидов с продуктами питания и водой и их инкорпорированием в слизистую оболочку пищеварительного канала, тяжелой стрессовой ситуацией, нарушением характера, ритма, а в ряде случаев и неполноценностью питания. В связи с этим является актуальным изучение особенностей течения у чернобыльцев такой распространенной патологии желудочно-кишечного тракта, как язвенная - болезнь желудка, и в частности частоты обнаружения и распространенности дисплазий слизистой оболочки желудка у этой группы больных.

Проводилась сравнительная характеристика частоты обнаружения и распространенности дисплазий у больных язвенной болезнью желудка, участвовавших в ликвидации на ЧАЭС, с аналогичными показателями у больных, не участвовавших в ликвидации.

Было обследовано 48 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с длительностью заболевания от 1-го до 20 лет. Мужчин было 35, женщин 13. У чернобыльцев, в группа которых составила 24 человека, срок пребывания в зоне аварии колеблется от 0,5 до 9 месяцев (в среднем $2,8 \pm 0,43$ месяца), полученная доза колебалась от 0,1 до 18 БЭР (средняя доза составила $2,73 \pm 0,22$ БЭР). Верификация язв и изменений слизистой оболочки осуществлялась при фиброэзофагогастродуоденоскопии с забором материала для патогистологического исследования по оригинальной методике (ГДБВО-4, Olympus GIF E).

Состояние гастральной системы изучались на гистологических срезах. Материал фиксирован 10% растворе формалина и заключали в парафин. Парафиновые срезы из различных топографических отделов слизистой оболочки желудка окрашивали гематоксилином и эозином. Кроме того, определяли распространенность дисплазий выраженное в % отношении количества желудочных ямок и кишечных крипт с дисплазией на суммарное количество желудочных ямок и кишечных крипт. Частоту и распространенность дисплазий слизистой желудка определяли из материала, который брался во время эндоскопии из антрального отдела и тела желудка с использованием метода хромогастроскопии метиленовым синим (для прицельного выбора участков дисплазий слизистой).

У всех 48-ми обследованных был подтвержден активный язвенный процесс на фоне финальных проявлений хронического гастрита (выраженного атрофического и атрофически-гиперпластического гастрита).

Размеры язвенных дефектов в желудке колебались от 0,5 до 2 см. Дисплазий определялись во всех отделах желудка, но чаще и с наибольшей распространенностью обнаруживались в пилороантральном отделе его, а затем в теле. Результаты обследования на дисплазию слизистой представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Частота обнаружения и распространенность дисплазий в слизистой различных отделов желудка у пациентов обследуемых групп.

Названия групп	Отделы желудка			
	антральный отдел		тело желудка	
	число людей	частота (распространенность)	число людей	(распространенность)
Чернобыльская	24	100% (25.2 ± 1.6 %)	20	50 ± 9.3 % (2.9 ± 2.1%)
Контрольная	24	100% (23.72 ± 1.6 %)	19	45.0 ± 7.8 % (2.5 ± 0.75 %)

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что ни по частоте обнаружения, ни по распространенности дисплазий в слизистой оболочке желудка пациенты чернобыльской группы достоверно не отличаются от пациентов контрольной групп ($P > 0,5$).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ЭНДОДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ПОЗДНИХ ФОРМАХ СИФИЛИСА

Хажалия И.З., Колесникова Л.А., Губанов Д.С. Харченко И.В.

Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО)

При эндоскопическом выявлении опухолеподобных заболеваний желудка необходимо проводить дифдиагностику между туберкулезным поражением, сифилисом, микозами, малакоплакией, амилоидозом, эозинофильным гранулематозом. Значительные повреждения тканей желудка диагностируются эндоскопически у пациентов с вторичным рецидивным сифилисом, в период от 6 месяцев до 3 лет с момента инфицирования. У больных третичной формой течение заболевания может осложниться гуммой желудка, которая после лечения вызывает инвалидизацию органа в виде рубцов и деформации стенок. С 1998 по 2000 гг. в области выявлено более 4000 случаев заболевания сифилисом, среди которых третичных форм не наблюдалось. Во всех описываемых случаях сифилитического поражения желудка эндоскопически наблюдалась картина инфильтративно-язвенного рака с локализацией в дистальных отделах, которая после специфического лечения при контроле визуально исчезала без остаточных явлений. Особенности морфологической картины сифилиса желудка являются, на фоне хронического воспаления, наличие в инфильтрате сегментоядерных лейкоцитов, обилие плазматических клеток, возможно наличие лимфоидных фолликулов. Отмечается разрастание грануляционной ткани и признаки пролиферативного васкулита. Бледная спирохета не выявлена ни в одном случае.

В ДОКТМО за период 1998-2000 гг. проведено более 40 000 ФЭГДС. Выявлено 136 случаев инфильтративно-язвенной формы рака желудка, из них в 3 случаях было заподозрено сифилитическое поражение, позже подтвержденное морфологически и серологически, что составило 2,2 %.

Таким образом в настоящее время при подозрении на сифилитическое поражение желудка необходимо думать не о сифилитической гумме, как симптоме третичной формы сифилиса, а о варианте папулезноподобного поражения с эрозивным компонентом характерным для вторичного рецидивного сифилиса.

АНАЛИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПО ДАННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Хажалия И.З., Михно В.Т., Коровянская Е.Н., Губанов Д.С.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО).

Обследование больных сахарным диабетом (СД) проводилось в отделении эндоскопических исследований Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения за период 1995-1999 гг.

За этот период обследовано 74 пациента с СД 1 типа (26 женщин и 48 мужчин) в возрасте от 28 до 59 лет. В план обследования пациентов входили: фиброэзофагогастродуоденоскопия с биопсией, сонография органов брюшной полости, углубленное автоматизированное клиническое исследование крови, иммуноферментные исследования (по показаниям). Цель работы заключалась в определении спектра гастродуоденальной патологии у больных сахарного диабета по данным эндоскопического обследования с последующим анализом.

Контрольная группа составила 112 больных с гастродуоденальной патологией без сахарного диабета 1 типа.

Распределение полученных данных приведено в таблице:

Нозологическая форма	Выявлено всего пациентов с СД	Уд.вес среди пациентов 1 типа	Уд.вес пациентов контрольной группы
Язва желудка	4	5.4	4.2
Язва ДПК	12	16.2	15.4
Эрозии желудка	5	6.7	4.9
Эрозии ДПК	6	8.1	5.3
Полипы желудка	2	2.7	2.1
Рубцовая деформация луковицы ДПК	4	5.4	7.7
Атрофический гастрит	4	5.4	0.5
Эрозивно-язвенный эзофагит	1	1.35	0.8

Анализ полученных данных показывает, что у больных 1 типом СД заболеваемость язвой желудка и 12 ПК, полипами желудка, атрофическим гастритом, эрозивным дуоденитом превышает аналогичные показатели полученные при эндоскопическом обследовании других групп населения.

Таким образом, больные 1 типом СД чаще пациентов с другой патологией страдают эрозивно-язвенным поражением верхних отделов ЖКТ, атрофическим гастритом.

Это позволяет рекомендовать внести ФЭГДС в план обследования всех больных с впервые выявленной инсулинозависимой формой СД.

Хеликобактериоз и полипоз желудка

Чердниченко В.Ф., Чибисов Л.П., Радомская Е.Ю., Осадчий В.В., Петрова Т.М.

Луганский областной онкологический клинический диспансер.

Роль *Helicobacter pylori* (НР) в патогенезе бактериального гастрита, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, В - клеточной лимфомы и аденокарциномы желудка доказана. Целью нашего исследования было определение связи НР с полипозом желудка.

За пять месяцев 2000 года было обследовано 44 пациента, у которых эндоскопически было выявлено: множественный полипоз желудка 1 - 3 степени - 18 человек, одиночные полипы 1 - 4 степени — 23 человека, пациенты, после эндоскопической полипэктомии, произведенной до начала исследования - 3 человека.

По возрасту, они разделились: 84 — 77 лет — 5 человек, 66—61 год — 21 человек, 59 - 42 года - 15 человек, 30-32 года - 2 человека и 18 лет — один человек. От 40 и выше лет - 93% .

Выявлена следующая сопутствующая патология : хронический смешанный и хронический рефлюкс-гастрит - 26 человек, хронический гастрит - 11 человек, хронический эрозивный рефлюкс-гастрит — 6 человек, язва желудка - 1 человек.

Для определения хеликобактериоза использовался, как более доступный, традиционный бактериоскопический метод исследования, для этого в ходе гастродуоденофиброскопии получали биоптат из антрального отдела желудка, из которого приготавливали мазки-отпечатки с последующей окраской по Гимзе и микроскопией. Получены следующие результаты: НР выявлен у 21 человека - 48% от общего количества, у 12 при множественном полипозе, у 9 при одиночных полипах, у больных после эндоскопической полипэктомии получены отрицательные результаты, но все они в послеоперационном периоде в схеме лечения получали трихопол и викалин в течение 10-14 дней.

Выявлена степень обсеменения НР: легкая и средняя - 16 человек, высокая — 5 человек.

Кроме НР выявлена следующая цитогамма: пролиферация клеток железистого эпителия с умеренной и тяжелой атипией - 17 человек, цитогамма полипоза и полипоза с воспалением - 15 человек, полипоз с кокковой и дрожжеподобной флорой - 9 человек и цитогамма хронического гастрита — 4 человека. Степень обсеменения НР имеет прямую зависимость с выраженностью эндоскопической картины и клиники, изменениями в цитогамме и чаще встречается при множественном полипозе и сопутствующими эрозивными изменениями слизистой. Все случаи выявленной кокковой и дрожжеподобной флоры сочетались с обнаружением НР, что можно объяснить тем, что НР снижает протекторные свойства желудочного сока, вызывая гипохлоргидрию и способствует бактериальному обсеменению слизистой.

Все больные с выявленным НР получили лечение с использованием антихеликобактерных препаратов ("тройная" терапия: омепразол + метронидазол + амоксициллин или Де-нол + тетрациклин + метронидазол в течение 7 дней). У 20 больных получены при контрольном исследовании отрицательные результаты, у 1 больной высокая степень обсеменения НР снизилась до легкой, что потребовало продолжения лечения.

Выводы: 1. Чем старше возраст больных, тем чаще встречается полипоз и чаще выявляется НР, что позволяет предположить наличие связи полипоза и хеликобактерной инфекции

2. Небольшое количество исследований и короткий срок наблюдения за больными предполагает дальнейшее продолжение работы.