ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

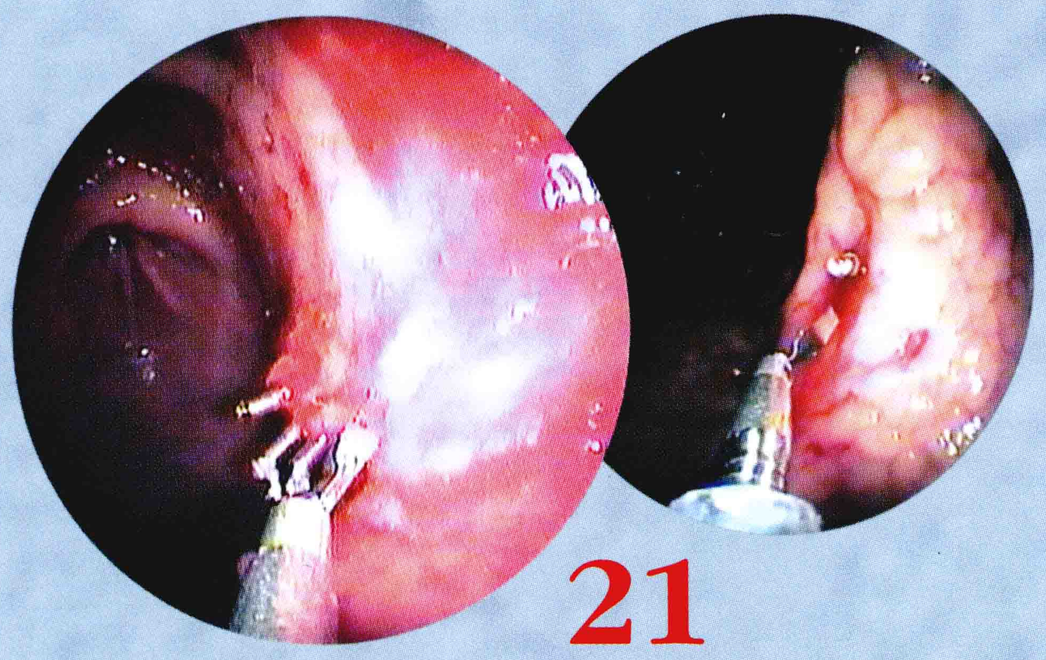
5 **Хирургическая тактика при сочетанном кранио-орбитальном ранении — инородное тело левой орбиты, проникающее в область средней черепной ямки**
Данчин А.Г., Хрипунов А.Н., Денисюк Н.Б., Денисюк Л.И., Данчин А.А.

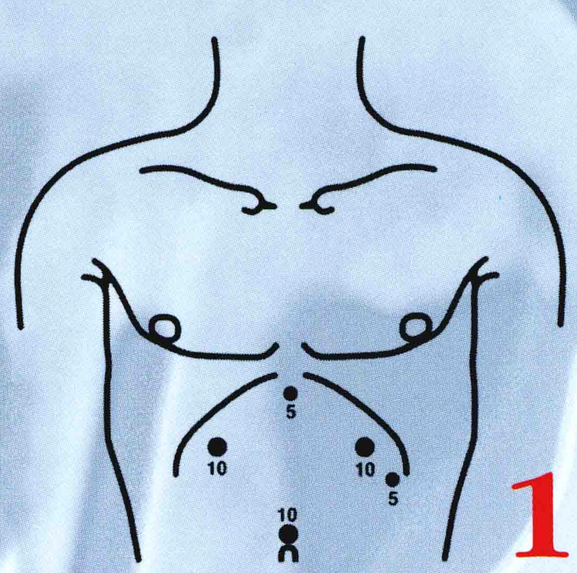
Cranio-Orbital Injury — Surgery in Case of Orbital Injury With Penetration in Middle Cranial Fossa
A.G. Danchin, A.N. Khripynov, N.B. Denisuk, L.I. Denisuk, A.A. Danchin

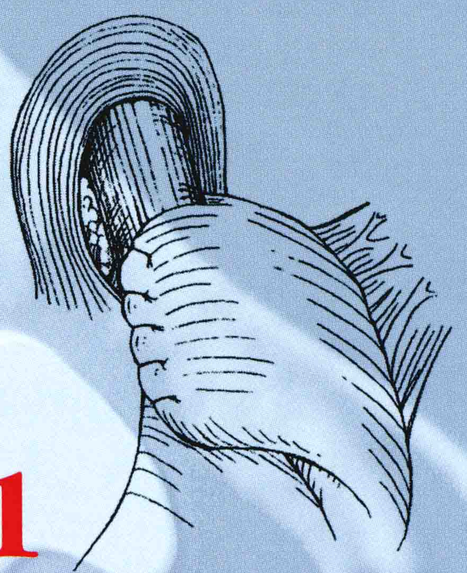
ТЕМАТИЧЕСКИЕ ОБЗОРЫ

18 **Діагностика та лікування хворих з норицями прямої кишки (огляд літератури)**
Лурін І.А.

Diagnostic and Treatment of Patients with Pararectal Fistulas — Literature Review
I.A. Lurin







КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

11 **Первый опыт лапароскопических операций при ахалазии пищевода**
Грубник В.В., Шипулин П.П., Баязитов Н.Р., Загороднюк О.Н., Голляк В.П.

Laparoscopic Treatment in Patients with Esophagus Achalasia — First Experience
V.V. Grubnik, P.P. Shipulin, N.R. Bayazitov, O.N. Zagorodnuk, V.P. Gollak

15 **Комбинированная регионарная химиолучевая терапия больных местнораспространенным раком поджелудочной железы**
Осинский Д.С., Черный В.А., Югринов О.Г., Коробко В.Б., Розумей Д.А., Тельный В.В.

Intra-arterial Chemotherapy in Combination With Radiotherapy in Patients With Pancreatic Cancer
D.S. Osinsky, V.A. Cherny, O.G. Ugrinov, V.B. Korobko, D.A. Rozymey, V.V. Telny

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

21 **Эндоскопическая мастоидоскопия после закрытого варианта тимпанопластики**
Головко В.В.

Endoscopic Mastoidoscopy After Intact Canal Wall Tympanoplasty with Mastoidotomy
V.V. Golovko

24 **Ендоскопічне кліпування виразок шлунку і дванадцятипалої кишки при триваючій кровотечі**
Нікішаєв В.І.

Endoclipping for Active Bleeding from Stomach and Duodenal Ulcers
V.I. Nikishaev

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2003
© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії, 2003
© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2003
Все права защищены. Перепечатка материалов либо их частей в любом виде без письменного согласия держателя авторских прав будет преследоваться в судебном порядке.

© Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery, 2003
© Ukrainian Fund of the Support and Development of Neuro-endoscopy and Endoscopic Neurosurgery. All rights reserved.
© Kiev's Clinical Hospital, Medical Corp.
All right reserved.

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2003) Vol. 7; 1: 5-10

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ КРАНИО-ОРБИТАЛЬНОМ РАНЕНИИ — ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЛЕВОЙ ОРБИТЫ, ПРОНИКАЮЩЕЕ В ОБЛАСТЬ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Данчин А.Г., Хрипунов А.Н., Денисюк Н.Б.*, Денисюк Л.И.*, Данчин А.А.

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины, Киев
Киевский центр микрохирургии глаза *, Украина

Cranio-Orbital Injury — Surgery in Case of Orbital Injury With Penetration in Middle Cranial Fossa

A.G. Danchin, A.N. Khripynov, N.B. Denisuk*, L.I. Denisuk*, A.A. Danchin

Clinic of neurosurgery and Neurosurgery, Main Military Clinical Hospital, Kiev, Ukraine
Kiev's Eye Microsurgery Center, * Kiev, Ukraine

Summary

The penetrating cranio-orbital injury with presents of foreign body is rare pathology which always challenge for neurosurgeons and ophthalmologists. Our experience allows establish some principles of surgery: full investigation including CT and MRI, cooperation of neurosurgeons and ophthalmologists during diagnostic and surgery, early terms of treatment.

Key words: cranio-orbital injury, foreign body, CT and MRI.

Введение

Еще с древних времен известно, что глаз — это часть головного мозга, вынесенная на периферию. Данное утверждение имеет не только теоретический смысл, но и практическое значение, подтверждающееся современными принципами нейрохирургических и офтальмологических операций.

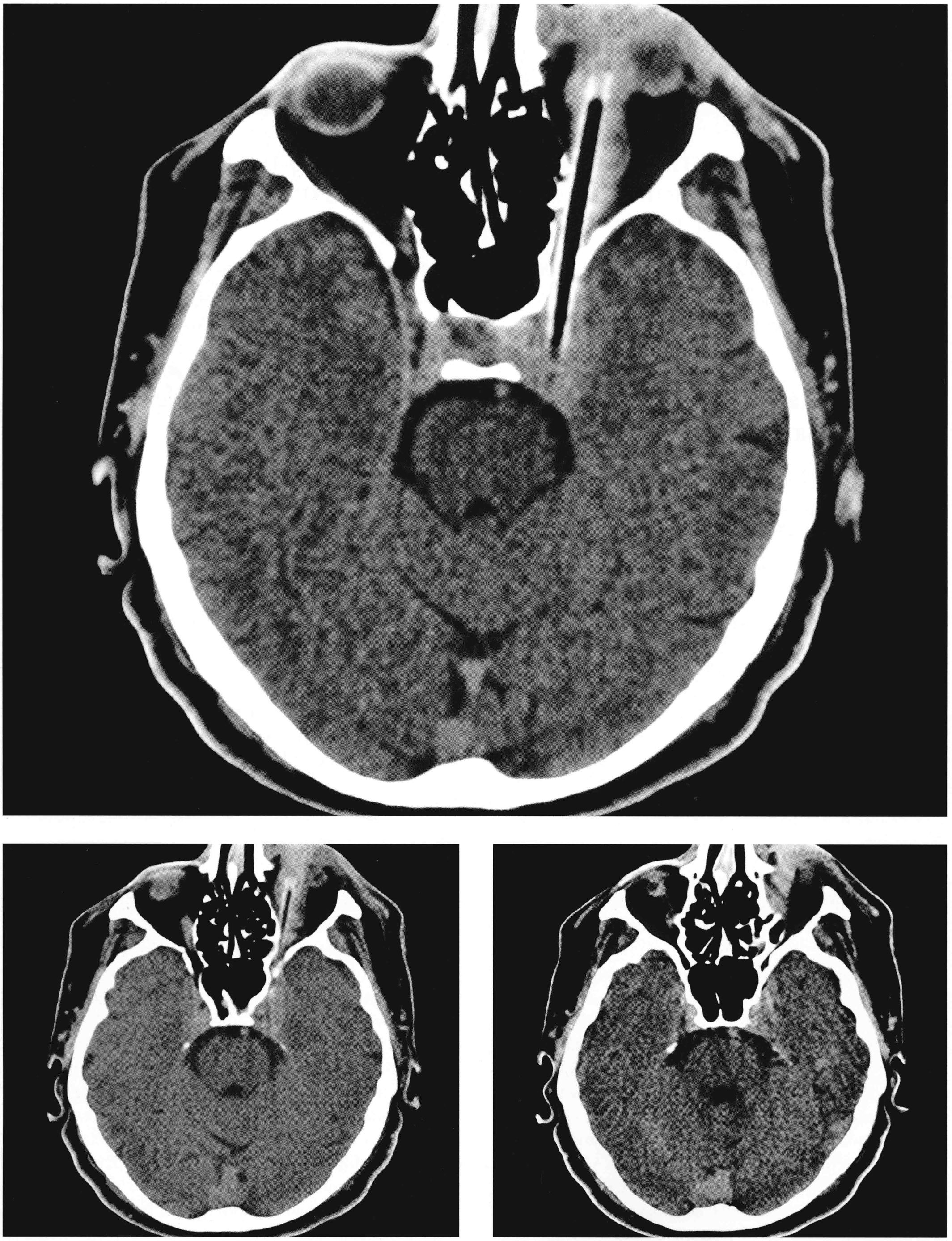
Повреждения глазницы составляют 2-8% от всех заболеваний и повреждений органа зрения и относятся к тяжелым травмам, которые могут приводить к выраженным функциональным нарушениям и косметическому обезображиванию больного [2]. В 45% случаев повреждения глазницы сочетаются с повреждением головного мозга [2].

Сочетанные кранио-орбитальные ранения и травмы, по данным литературы, составляют около 43% от всей сочетанной черепно-лицевой травмы [1]. Тем не менее, повреждения исследуемой области с наличием инородных тел в полости глазницы и черепа встречаются относительно редко. Выработка хирургической тактики в таких наблюдениях является сложной и важной частью лечения больного. В связи с единичными сообщениями в медицинской литературе об удалении инородных тел кранио-орбитальной области мы приводим наши наблюдения лечения пациентов с данным видом травмы.

Материалы и методы

В клинике нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины в период с 1995 по 2002 год наблюдались 4 пациентов с сочетанной кранио-орбитальной травмой, при которой в полости глазницы имелось инородное тело. Все больные были мужчинами, средний возраст составил 36 лет.

У трех пациентов превалировала черепно-мозговая патология с наличием вдавленных переломов лобной и височной костей и повреждением верхне-латеральных стенок орбиты, инородные тела (фрагменты бетона, камня, металла) располагались в полости орбиты и интракраниально. Эти пациенты были оперированы в первые сутки с момента поступления — им выполняли первичную хирургическую обработку ран, устранение вдавленных переломов, удаление инородных тел и репозицию костных отломков.



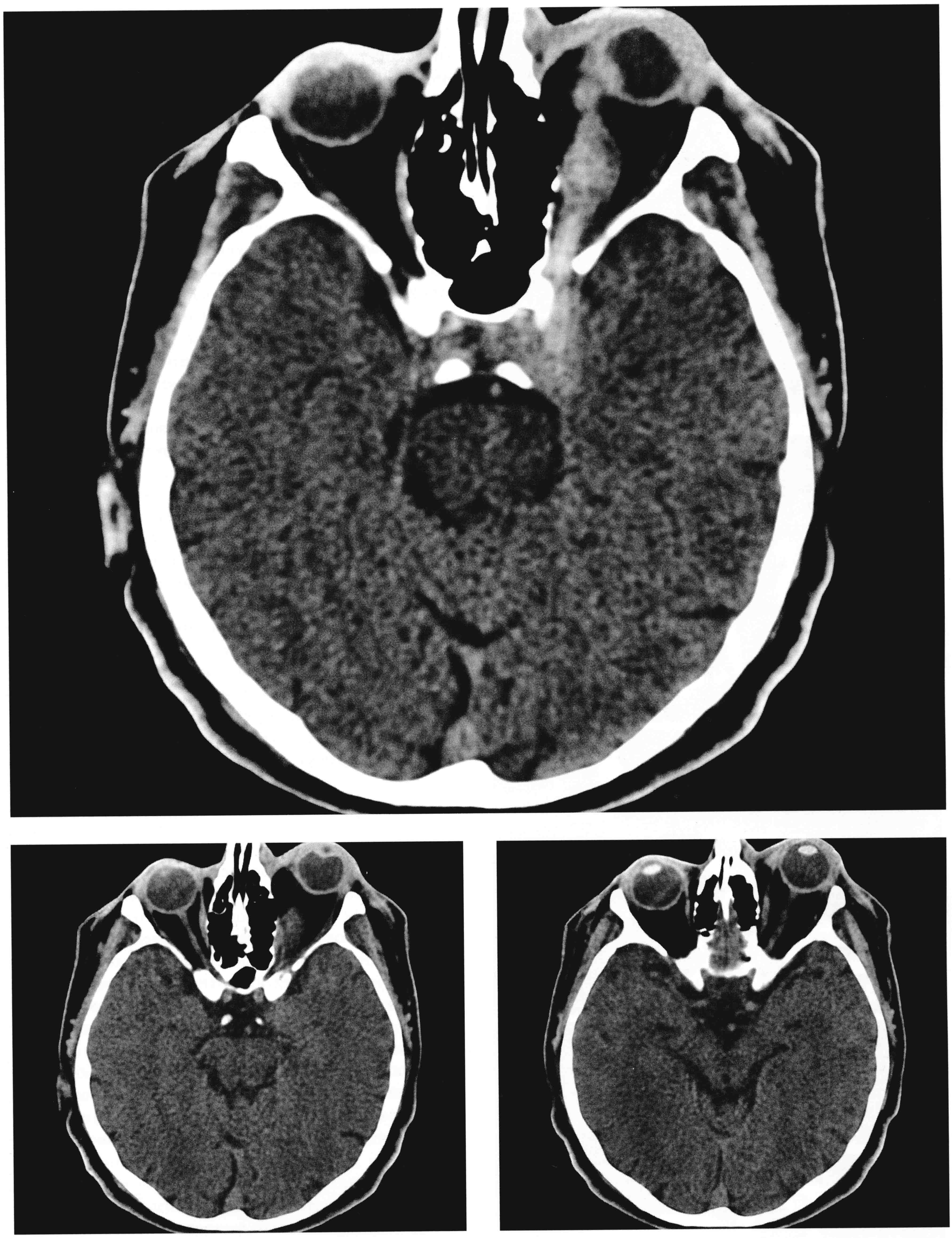
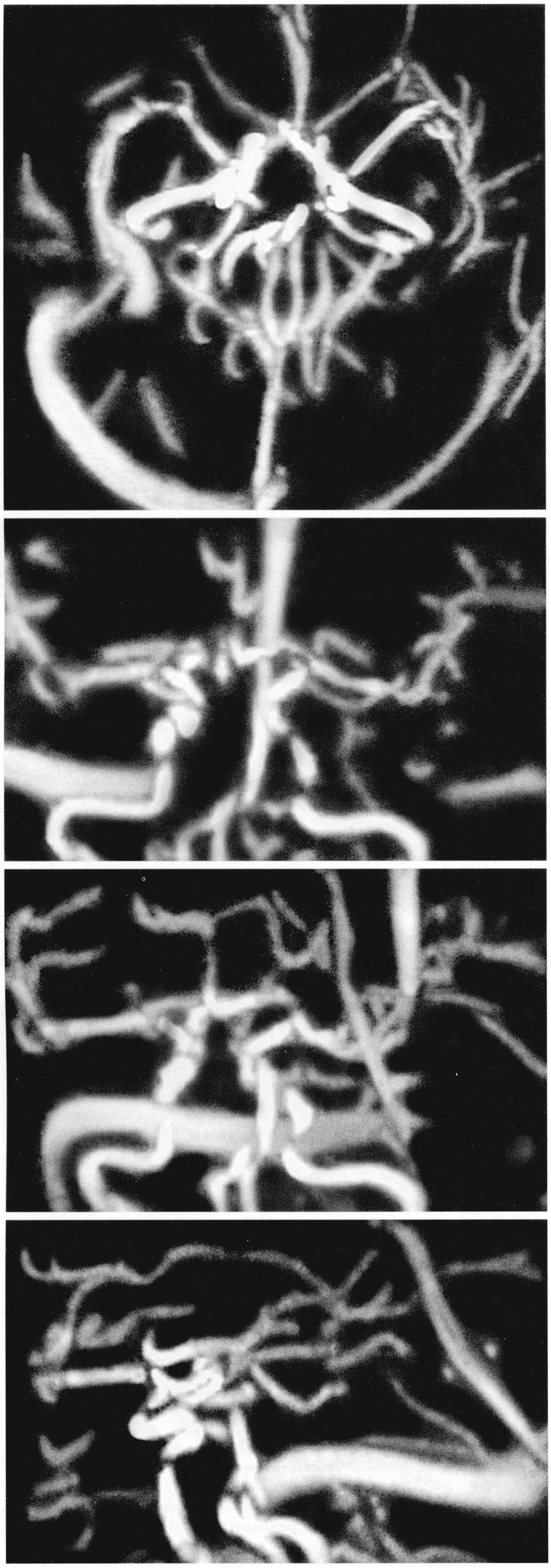


Рис. 1. На КТ головного мозга определяется левосторонний экзофтальм. Ретробульбарно, в медиальных отделах левой глазницы, локализуется инородное тело длиной 6,8 см, проникающее в верхнеглазничную щель и частично в среднюю черепную ямку. Плотность инородного тела соответствует плотности дерева.



Особый интерес с точки зрения выработки хирургической тактики представляет пациент с превалированием орбитальной патологии, при которой ранящее инородное тело проникало интракраниально в область средней черепной ямки.

Клиническое наблюдение

Пациент К. (История болезни #21314/372) поступил в нейрохирургическое отделение Клиники нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины 25 ноября 2002 года по поводу сочетанной кранио-орбитальной травмы (21.10.2002), проникающего ранения черепа и головного мозга, левой орбиты и левого глаза. Инородное тело левой орбиты (деревянное), проникающее в область средней черепной ямки. Синдром верхнеглазничной щели слева.

При поступлении предъявлял жалобы на боли в области левого глаза, снижение остроты зрения на левый глаз, периодическую головную боль.

Травму глаза получил за месяц до госпитализации, травму получил при неизвестных обстоятельствах, обследовался и лечился амбулаторно. При поступлении 25.11.2002 общее состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная, со стороны внутренних органов без особенностей.

Неврологический статус: сознание ясное, 15 баллов по ШКГ, ориентирован. Объем движений и мышечная сила в конечностях в пределах нормы. Глубокие и поверхностные рефлексы живые, симметричны. Нарушений чувствительности нет. Менингеальных знаков нет.

Местный статус: правый глаз без особенностей. Левый глаз — птоз верхнего века, на нижнем веке у внутреннего угла глаза имеется рана с признаками воспаления размером 4×4 мм. Глазная щель левого глаза несколько сужена, прямая и содружественная реакции отсутствуют, экзофтальм, глаз установлен по оси взора, неподвижен (клиническая картина соответствует синдрому верхнеглазничной щели слева). Острота зрения правого глаза 1,0, левого глаза — 0,1.

При КТ головного мозга выявлен левосторонний экзофтальм, ретробульбарно, в медиальных отделах левой глазницы определяется инородное тело длиной 6,8 см, проникающее в верхнеглазничную щель и в среднюю черепную ямку. Плотность инородного тела соответствует плотности дерева (рис. 1).

В дополнении к данным КТ головного мозга больному проведена МРТ-ангиография сосудов головного мозга для исключения возможного повреждения инородным телом кавернозного синуса и внутренней сонной артерии (рис. 2).

Рис. 2. МРТ-ангиография сосудов головного мозга у пациента с проникающим краниоорбитальным ранением проведена для исключения возможного повреждения инородным телом кавернозного синуса и внутренней сонной артерии.

26 ноября 2002 г. пациенту выполнено оперативное вмешательство — вторичная хирургическая обработка раны, удаление проникающего в полость черепа инородного тела в области левой орбиты.

С учетом особенностей расположения инородного тела и высокой вероятностью повреждения таких интракраниальных образований как кавернозный синус, внутренняя сонная артерия и стволовые структуры головного мозга операция проводилась совместно нейрохирургами и офтальмологами.

Ход операции: под эндотрахеальным наркозом в положении больного на спине после обработки операционного поля продолжен линейный разрез раны нижнего века длиной 2,5 см. Мягкие ткани орбиты и глазное яблоко смещены вверх. На глубине 1,5 см обнаружено инородное тело — деревянный фрагмент 4 мм в диаметре. С применением микрохирургической техники, операционного микроскопа с увеличением операционного поля в ×4, эндоскопической ассистирующей техники инородное тело захвачено щипцами и полностью извлечено методом тракции (рис. 3). Рана промыта асептическими растворами. Рана адекватно дренирована, дренаж удален на вторые сутки после операции.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На третьи сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии был переведен из нейрохирургического отделения ГВКГ в Киевский центр микрохирургии глаза для продолжения лечения и реабилитации.

При контрольном осмотре через 2 месяца после оперативного вмешательства выявлено полное восстановление функций левого глаза, регресс патологической неврологической симптоматики. По данным контрольной компьютерной томографии — патологических изменений вещества головного мозга не определялось.

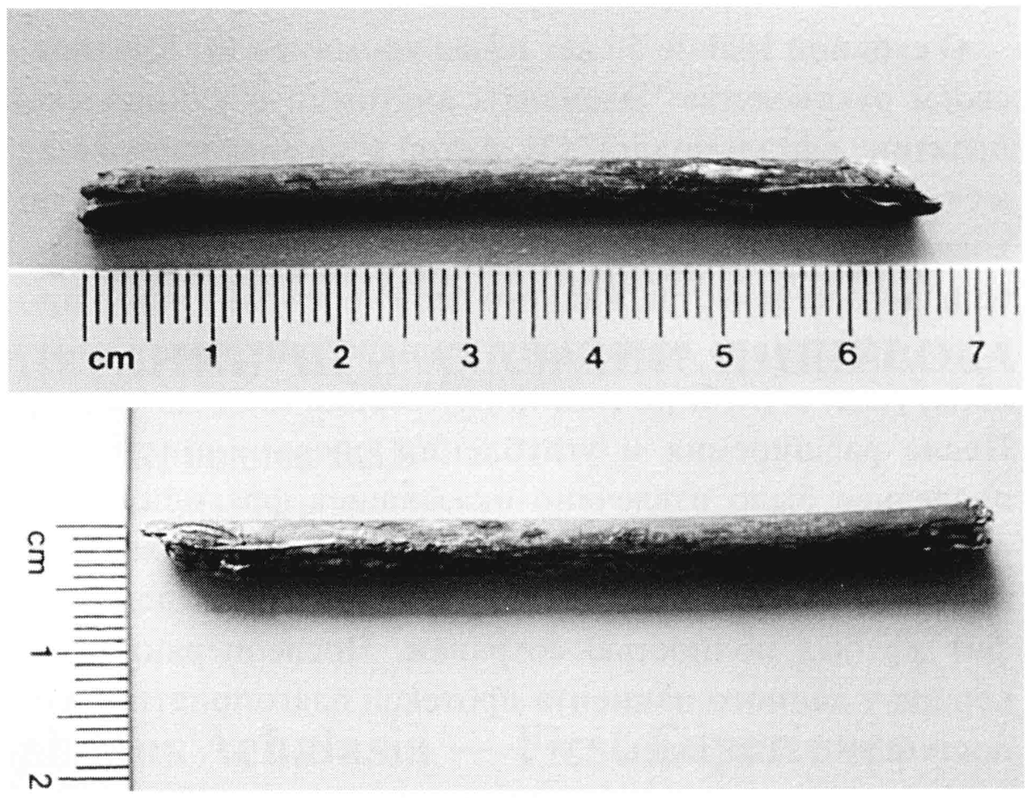


Рис. 3. Причина ранения — ветка дерева — инородное тело размером 6,8 см × 0,4 см, проникшее через верхнюю глазничную щель в среднюю черепную ямку головного мозга.

Результаты и обсуждение

Все пациенты с сочетанной кранио-орбитальной травмой, входящие в наши наблюдения, были выписаны из нейрохирургического отделения с положительными результатами после проведенного лечения. У всех пациентов были устранены краниальные повреждения, очаговая патологическая неврологическая симптоматика существенно регрессировала. Однако у двух пациентов с вдавленными переломами лобной и височной костей и повреждением верхней стенки орбиты были повреждены зрительные нервы в зрительном канале, что привело к их атрофии и резкому снижению остроты зрения.

Хирургическое лечение пострадавших с кранио-орбитальными ранениями с наличием инородного тела заключается в комплексной хирургической обработке раны с удалением инородного тела. Как правило, преобладает стремление извлечь инородное тело, однако это всегда связано с определенным риском повреждения окружающих инородное тело структур головного мозга и глазного яблока и развития грозны осложнений. К ним относятся прежде всего внутричерепные осложнения, связанные как с повреждением вещества мозга, так и с повреждением крупных артериальных сосудов и венозных магистралей головного мозга, что может привести к формированию различных гематом, аневризм внутренней сонной артерии, артериально-кавернозных соустий. Возможны тяжелые кровопотери из ветвей наружной сонной артерии. Кроме того, при данном виде ранения имеется высокая вероятность развития ликворреи и менингоэнцефалита вследствие прямого сообщения интракраниального пространства с раневым каналом [1]. Часто повреждается зрительный нерв, *art. ophthalmica,* хиазма зрительных нервов, нервы, проходящие через верхнюю глазничную щель (глазодвигательный, блоковый, отводящий), а также важные составляющие самого глазного яблока. В связи с этим особое значение приобретает тщательное предоперационное обследование больного, включающее изучение офтальмологического и неврологического статуса, и обязательное применение нейровизуализирующих методик — КТ и МРТ головного мозга. Хирургическая тактика и ход операции планируется совместно офтальмологами и нейрохирургами, эти же специалисты входят в операционную бригаду.

В представленном клиническом наблюдении у пациента с инородным телом орбиты ранящий объект остановился в нескольких миллиметрах от кавернозного синуса и левой внутренней сонной артерии, что было подтверждено данными КТ головного мозга. МРТ-ангиография в этом случае явилась необходимой диагностической процедурой для визуализации возможного повреждения стенки кавернозного синуса, левой внутренней сонной артерии. Полученные данные показали отсутствие повреждения этих образований, что позволило принять решение об экстракраниальном хирургическом доступе для удаления инородного тела и адекватного дренирования раневого канала. Все поставленные задачи были успешно решены в процессе оперативного вмешательства, последующее благоприятное течение послеоперационного периода и восстановление функций левого глаза свидетельствовало о правильно выработанном принципе оперативного вмешательства.

О сходной травме 50 лет назад упоминал М. Краснов в своем руководстве "Элементы анатомии в клинической практике офтальмолога" [3]. Автор вскрывал нагноившуюся рану у пациента. Рана находилась во внутренней половине верхнего века правого глаза. После удаления небольшого количества жидкого гноя через рану автор произвел пальпацию верхне-внутренней стенки глазницы и обнаружил в глубине глазницы твердое инородное тело. После расширения и углубления операционной раны последнее было извлечено оказавшись фрагментом карандаша длиной около 6 см. Деревянная часть находилась в состоянии набухания и была отчасти разволокнена, графит же был полностью сохранен. Послеоперационный период у данного пациента протекал благоприятно, рана постепенно закрылась.

На современном этапе решающую роль в выборе принципа хирургического вмешательства играет всесторонняя диагностика пациента. Предоперационная визуализация интракраниальных и интраорбитальных структур посредством КТ и МРТ позволяет не проводить хирургические манипуляции по извлечению инородного тела "вслепую", что и подтверждается нашим клиническим наблюдением.

Поздние сроки госпитализации пациентов с краниоорбитальными ранениями и травмами зачастую отрицательно сказываются на прогнозе для их здоровья и восстановления функции. Пострадавшим с данным видом патологии необходимо оказывать специализированную помощь в кратчайшие сроки с момента травмы. Это возможно только при их госпитализации в специализированные медицинские учреждения. Лечебные мероприятия, проводимые амбулаторно, тем более без установления окончательного диагноза с помощью высокоинформативных методов диагностики, таких как КТ и МРТ, не дают какого-либо положительного эффекта и являются, в основном, симптоматическими.

Выводы

Таким образом, при сочетанных кранио-орбитальных ранениях с проникновением ранящего объекта интракраниально, нам представляется целесообразным проводить полное диагностическое обследование пациентов с применением как КТ, так и МРТ головного мозга с сосудистыми программами для выработки наиболее благоприятной тактики хирургического лечения пациентов с данной патологией.

Хирургические вмешательства при подобных видах ранений должны проводиться в нейрохирургических стационарах при совместном участии офтальмологов, что позволяет добиться положительных результатов лечения и избежать возможные осложнения как со стороны глаза и орбиты, так и со стороны структур головного мозга.

Оказание специализированной медицинской помощи пострадавшим с кранио-орбитальными травмами необходимо проводить в кратчайшие сроки. Поздняя диагностика, а, следовательно, и лечение увеличивают риск развития осложнений, приводящих к серьезным функциональным нарушениям и длительной нетрудоспособности пациентов.

Литература

1. Практическая нейрохирургия (2002) Руководство под редакцией Гайдара Б.В. (С.-Петербург), "Гиппократ". 648 с.
2. Травмы глаза (1986) Руководство под редакцией Гундорова Р.А. (Москва), "Медицина". 116 с.
3. Элементы анатомии в клинической практике офтальмолога (1952) Руководство под редакцией Краснова М.Л. (Москва), "Медгиз". 284 с.

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2003) Vol. 7; 1: 11-14

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Грубник В.В., Шипулин П.П., Баязитов Н.Р., Загороднюк О.Н., Голляк В.П.

Одесский государственный медицинский университет
Одесская областная клиническая больница, Украина

Laparoscopic Treatment in Patients with Esophagus Achalasia — First Experience

V.V. Grubnik, P.P. Shipulin, N.R. Bayazitov, O.N. Zagorodnuk, V.P. Gollak

State Medical University, Odessa
Regional Clinical Hospital, Odessa, Ukraine

Summary

Efficiency of laparoscopic operations was studied for achalasia of the esophagus and the efficiency of laparoscopic method of operative treatment was compared with operation with thoracic access. From 1998 till 2000, 21 patients were operated for achalasia of the esophagus. 14 patients were operated by thoracic access, and 7 were operated by laparoscopic method. The long term results are evaluated. It is revealed, that laparoscopic esophagocardiomyotomia is highly effective method for treatment of achalasia of the esophagus and has significant advantages to thoracic technique. Operative treatment is shown in early stages of the disease and laparoscopic esophagocardiomyotomia should be the method of choice for treatment of the given pathology.

Key words: achalasis of the esophagus, laparoscopic technique, long term results.

Введение

Ахалазия пищевода — нервномышечное заболевание гладкой мускулатуры пищевода, проявляющееся беспорядочной перистальтикой пищевода, нарушением прохождения пищевых масс в желудок, стойким нарушением рефлекторного открытия нижнего пищеводного сфинктера при глотании, дисфагией. Заболеваемость составляет 0,6-2,0 на 100 000 населения [1, 3]. Вследствие малосимптомного поначалу течения она трудно диагностируются или протекает под другими диагнозами, приводит к гипердиагностике некоторых болезней, например ИБС, чревата тяжелыми осложнениями (стриктуры пищевода, кровотечения из эрозий и язв пищевода и др.) и значительно ухудшает качество жизни, в поздних стадиях приводит к истощению больных. Консервативная терапия при ахалазии эффективна только в начальных стадиях заболевания. Основным методом лечения ахалазии пищевода является оперативный. Предложено более 60 способов оперативного лечения ахалазии, что говорит о сложности данной проблемы [3]. В настоящее время большинство хирургов применяют внеслизистую кардиотомию Геллера из лапаротомного или торакотомного доступа, что является весьма травматичным вмешательством, сопровождающимся большой частотой осложнений [1, 3]. С 1996 в мировой печати появились единичные сообщения о попытках оперативного лечения ахалазии пищевода лапароскопическим методом [2, 3]. В нашей клинике мы начали применять лапароскопический метод лечения ахалазии пищевода с 1998.

Цель исследования

Изучить эффективность лапароскопических вмешательств при ахалазии пищевода и сравнить лапароскопический метод оперативного лечения с операцией из торакотомного доступа.

Материалы и методы исследования

В Одесской областной клинической больнице на базе кафедры хирургических болезней с постдипломной подготовкой за период с 1998 по 2000 годы нами прооперирован 21 больной по поводу ахалазии пищевода. Все больные страдали ахалазией кардии от 5 до 15 лет. Из 21 исследуемого у 15 (71,4%) человек диагностирована III степень, а у 6 (28,6%) больных IV степень ахалазии пищевода. Основным симптомом у всех больных была дисфагия и срыгивание, а 17 больных (80,6%) страдали также от ин-

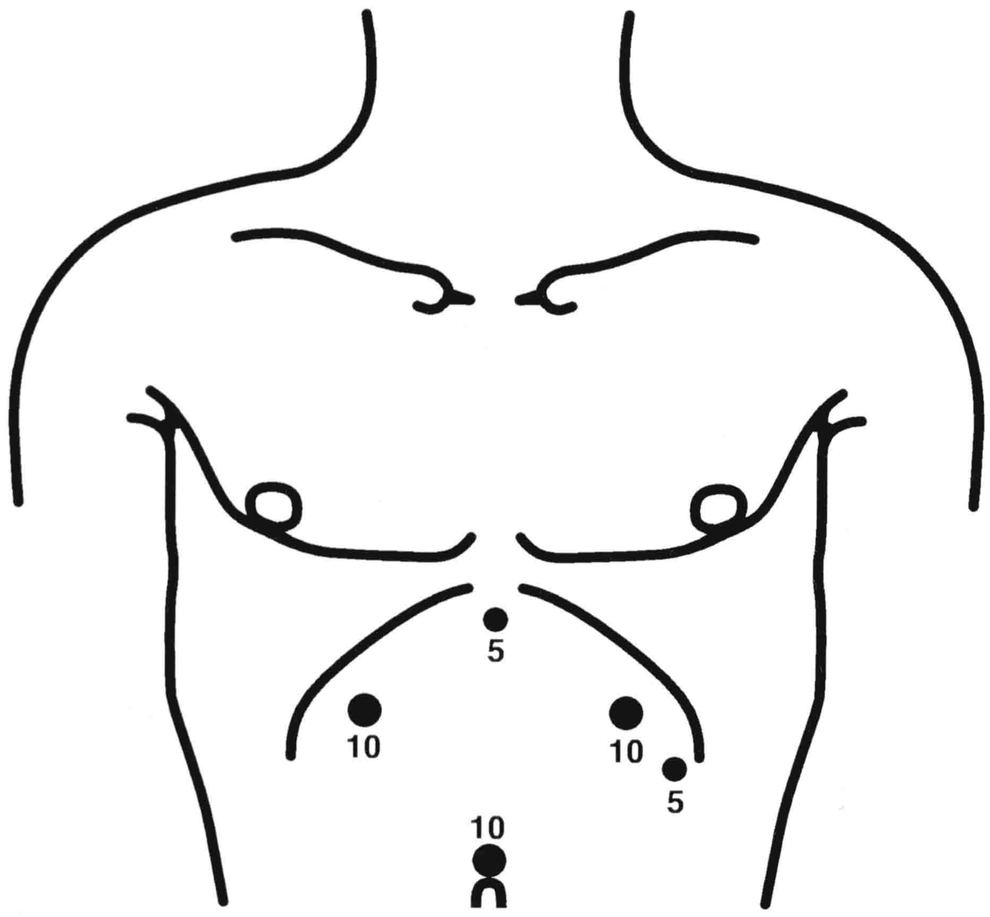


Рис. 1. Точки введения троакаров при стандартной методике.

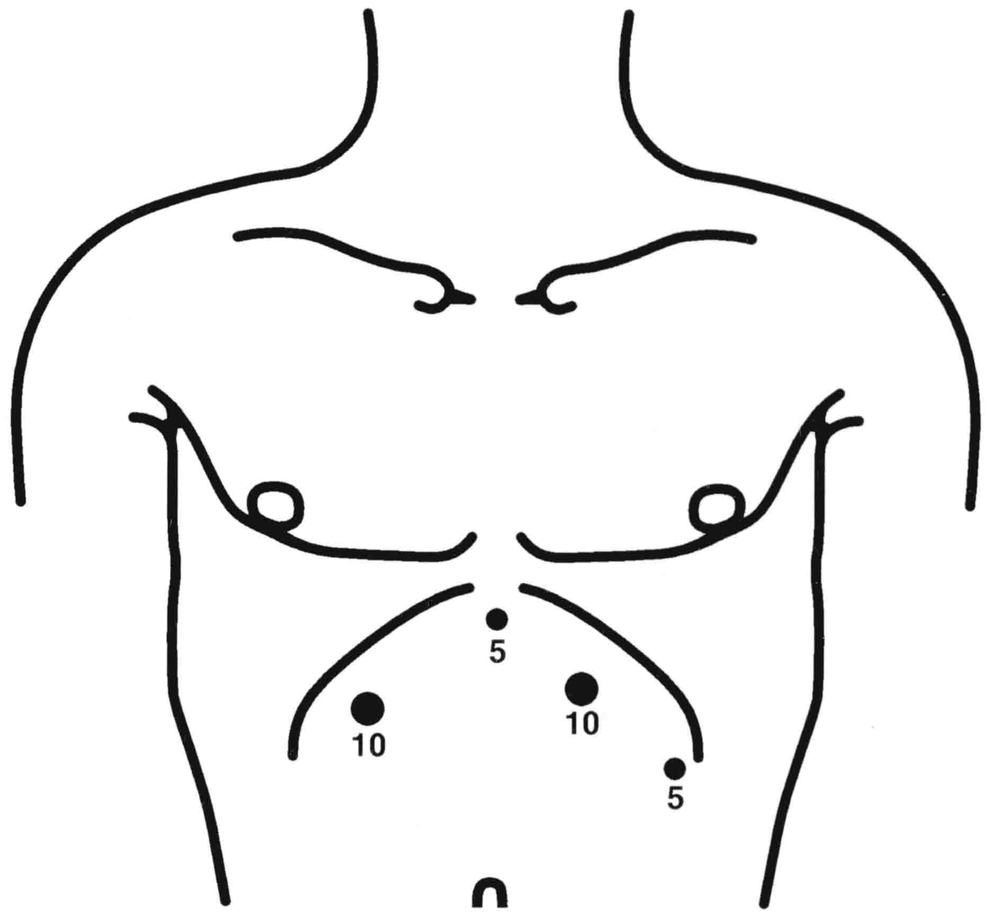


Рис. 2. Точки введения троакаров по разработанной нами методике.

тенсивных болей за грудиной после еды, которые исчезали после срыгивания или прохождения пищи в желудок. У всех больных отмечалось выраженное затруднение прохождения твердых пищевых масс в желудок. Больные с IV степенью ахалазии потеряли в весе от 15 до 30 килограмм и были значительно истощены, могли принимать только жидкую пищу. У трёх из них был ошибочно диагностирован рак пищевода. Больным было отказано в оперативном лечении в условиях специализированного стационара и было рекомендована симптоматическая терапия. В нашей клинике больные были дообследованы, произведена биопсия и диагноз рака был исключен.

В исследуемой группе было 13 (61,9%) женщин и 8 (38,1%) мужчин. Всем больным выполнялись общеклинические методы исследования и рентгенологическое исследование желудка. У 13 (61,9%) больных попытки проведения фиброэзофагогастроскопии оказались безуспешными из-за значительного сужения пищеводно-кардиальной зоны. Ранее все больные получили курс консервативной терапии с балонной кардиодилятацией, который оказался неэффективным.

14 (66,6%) больным оперативное вмешательство выполнялось из торакотомного доступа (контрольная группа). Из них у 10 больных диагностирована III степень ахалазии, а у 4 обследуемых была диагностирована IV степень ахалазии пищевода. При применении открытого метода после торакотомии в VI межреберьи производилась эзофагокардиомиотомия по Геллеру с последующим укрыванием миотомического дефекта передней стенкой кардиального отдела желудка (т.е. неполной фундопликацией).

7 (33,3%) больных прооперированно лапароскопическим методом. В этой группе больных у 5 обследуемых была диагностирована III степень, а в двух случаях IV степень ахалазии пищевода. Методика лапароскопической операции заключалась в следующем. После наложения пневмоперитонеума вводили 5 троакаров. При первых трех операциях троакары вводились в типичных точках (рис. 1): 10 мм троакар для введения лапароскопа вводится на 2 см выше пупка, 5 мм троакар для манипуляторов вводится на 2-3 см ниже мечевидного отростка и в левом подреберьи по передней подмышечной линии, 10 мм троакар для ретрактора вводится в правом подреберьи по среднеключичной линии, 10 мм троакар для зажима Бебкока вводится в левом подреберьи по среднеключичной линии. Затем стандартная методика была нами усовершенствована. Троакар для введения лапароскопа мы вводили не над пупком, как предусмотрено стандартной методикой, а в левом подреберьи по среднеключичной линии, остальные троакары вводились как предусмотрено стандартным методом (рис. 2). При применении данного варианта значительно лучше визуализируется абдоминальный отдел пищевода и область кардии и нет необходимости в введении пятого троакара.

Ретрактором левая доля печени отводилась кверху, осматривалась зона пищеводно-желудочного перехода и электрическим крючком рассекалась париетальная брюшина над брюшной частью пищевода. Выделялись правая ножка диафрагмы и пищевод до уровня пищеводного отверстия диафрагмы. Следующим этапом идентифицировался и отводился в сторону передний ствол блуждающего нерва. Случаев повреждения нерва ни в одном из наблюдаемых случаев не было. При рассечении абдоминальной брюшины над пищеводом выделялся комок жира, указывающий на расположение угла Гиса. Мобилизацию пищевода в средостении мы производили на 6-7 см выше кардиального жома. Затем в желудок вводился толстый зонд. Электрохирургическим крючком рассекали продольные мышечные волокна передней поверхности пищеводно-желудочного перехода. Миотомию мы начинали на уровне пищевода. Общая длина миотомии составляла 8-10 см, разрез на 2-3 см захватывал стенку желудка.

Следующим этапом двумя атравматичными зажимами захватывалась стенка пищевода и осторожно разводилась в стороны, затем электрохирургическим крючком рассекался циркулярный слой мышечной оболочки пищевода. После этого хорошо визуализировалась белесоватая слизистая оболочка пищевода. После миотомии мы проверяли целостность слизистой оболочки введением 250-300 мл раствора метиленового синего и по окрашиванию слизистой оболочки в синий цвет выявляли место микроперфорации. Завершающим этапом зона миотомии укрывалась передней стенкой дна желудка. Стенка желудка фиксировалась к правой стенке пищевода узловыми швами (рис. 3). Заканчивалась операция дренированием брюшной полости.

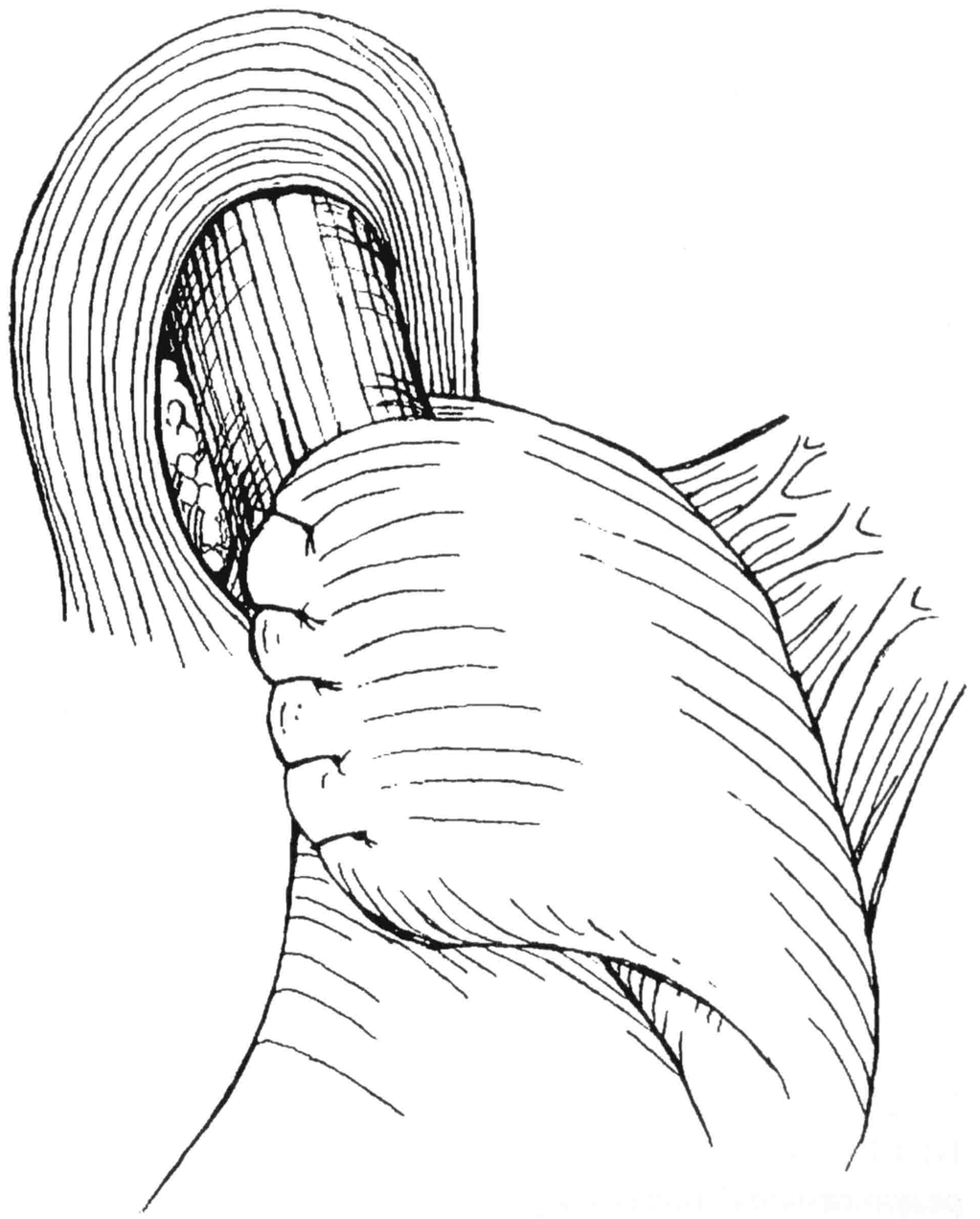


Рис. 3. Укрытие линии эзофагокардиомиотомии передней стенкой желудка.

Результаты

В группе оперированных из торакотомного доступа продолжительность операции составила 115±16 мин. Серьезных интраоперационных осложнений не было, однако кровопотеря во время операции составляла от 150 до 300 мл. У трех больных при миотомии была повреждена слизистая пищевода, дефекты потребовали ушивания. В послеоперационном периоде все больные нуждались в лечении в условиях ОРИТ. В послеоперационном периоде больные получали обезболивание наркотическими анальгетиками до пяти раз в сутки в течении от трех до пяти суток после операции, в дальнейшем они требовали применения нестероидных противовоспалительных препаратов в течении как минимум 4-5 суток. При неадекватном обезболивании у 5 (35,7%) больных развилась послеоперационная пневмония, которая у одной больной приобрела абсцедирующее течение и стала причиной смерти через 14 суток после операции. Таким образом летальность после открытых операций составила 7,15%. В течении 3-4 суток после операции больные из-за тяжести состояния были вынуждены соблюдать строгий постельный режим. Принимать жидкую пищу больные могли только на 5 сутки после операции. В одном случае (7,15%) было зафиксировано поверхностное нагноение торакотомной раны. В группе больных оперированных торакотомным доступом срок пребывания в стационаре составил 12,1±1,2 суток.

Все больные, прооперированные лапароскопически, достаточно легко перенесли операцию. Ни в одном случае не производилась конверсия. В результате использования усовершенствованной нами методики введения троакаров время операции удалось сократить с 2 часов до 1 часа. В среднем в группе оперированных лапароскопическим методом продолжительность операции составила 62±15 минут и была достоверно ниже, чем в группе оперированных торакотомически ($p<0,05$). Интраоперационных осложнений не было, средняя кровопотеря составила 30-50 мл. У одного больного во время операции слизистая оболочка пищевода была повреждена, дефект был ушит атравматической проленовой нитью 4-0 (послеоперационный период протекал гладко, без осложнений). Все больные не нуждались в лечении в условиях ОРИТ. После лапароскопического лечения больные только в течение первых суток нуждались в обезболивании наркотическими анальгетиками, причем у 4 из 7 (57,1%) больных применения наркотиков не понадобилось вообще, у них применялись нестероидные противовоспалительные препараты в течение не более трех суток. Случаев развития послеоперационной пневмонии не было. На вторые сутки после операции больные начинали вставать и ходить, на третьи сутки больные начинали принимать жидкую пищу. Несостоятельности швов области миотомии не выявлено ни у одного обследуемого, случаев нагноения послеоперационных ран также не наблюдалось. Средний срок пребывания в стационаре составил 4,8±2,3 суток и был достоверно ниже ($p<0.05$), чем в группе прооперированных торакотомически.

Прооперированные больные обследовались нами через три месяца, полгода, год, два, три после операции. Всем больным выполнялись общеклинические методы исследования, фиброгастродуоденоскопия и рентгенологическое исследование желудка.

В контрольной группе отдаленные результаты расценены как отличные у 2 (14,3%) больных — больные не предъявляли жалоб, у них не было затруднений при прохождении ни жидкой ни твердой пищи, рентгенологическое и эндоскопическое исследования показали хорошую проходимость пищевода. Хорошие результаты наблюдались в 7 (50%) случаях — больные жаловались на периодические дисфагические явления, хотя рентгенологически проходимость пищевода признана хорошей. У 4 (28,6%) больных результаты оценены как удовлетворительные — у

больных сохранились жалобы на боли за грудиной после еды, затруднение прохождения грубой пищи в желудок, рентгенологически у больных отмечалась умеренная задержка прохождения контраста в желудок. Этим больным потребовалось проведение курса балонных дилятаций, после чего проходимость пищевода у них нормализовались. В повторной операции больные не нуждались.

Отличные результаты в группе прооперированных лапароскопически наблюдались у 3 (42,6%) обследуемых, хорошие у 3 (42,6%). Удовлетворительные результаты были только в одном случае (14,2%) — больной жаловался на боли за грудиной после еды, затруднение прохождения грубой пищи. У него развилось сужение в области миотомии, подтвержденное рентгенологически. После проведения балонной дилятации состояние больного улучшилось, на настоящий момент результат у него оценен как хороший.

При анализе результатов оперативного лечения в зависимости от степеней ахалазии пищевода получены следующие результаты: при III степени отдалённые результаты оцениваются как отличные и хорошие у 13 больных (86,7%), как удовлетворительные оценены у двух больных (13,3%), прооперированных торакотомным доступом. При IV степени отличных результатов не было, хорошие результаты наблюдались у 3 больных (60%), удовлетворительные — у 2 пациентов (40%).

Заключение

Лапароскопическая эзофагокардиомиотомия является высокоэффективным методом лечения ахалазии пищевода и имеет значительные преимущества перед торакотомной методикой в основном за счет сокращения времени оперативного вмешательства, меньшей травматичности операции. При применении лапароскопического метода отдалённые результаты лучше, чем при применении открытого способа. Оперативное лечение при ахалазии пищевода показано проводить в более ранние сроки заболевания, и лапароскопическая эзофагокардиомиотомия должна являтся операцией выбора при лечении данной патологии.

Литература

1. Пемоховский С.В. (2001) Применение миниинвазивных вмешательств в сочетании с видеоторакоскопией по поводу заболеваний органов грудной полости. Клінічна хірургія. 2: 61-62
2. Франтзайдес К. (2000) Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия. (Москва). 316 с.
3. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. (2000) Хирургия пищевода. (Москва). "Медицина". 350 с.

Министерство здравоохранения Украины
Ассоциация врачей эндоскопистов Украины
Киевская Медицинская Академия Последипломного Образования им. П.Л. Шупика

ОНС

Глубокоуважаемые коллеги!

Оргкомитет приглашает Вас принять участие в работе научной конференции "Актуальные вопросы диагностической и лечебной эндоскопии", которая состоится в санатории "Дениши", г. Житомир, 18 и 19 сентября 2003 года.
Конференция будет посвящена актуальным проблемам диагностической и лечебной эндоскопии, а также проблемам дезинфекции и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним.

Тематика конференции:

1. Актуальные вопросы диагностической и лечебной эндоскопии.
2. Малоинвазивные методы в абдоминальной хирургии, торакальной хирургии, нейрохирургии, урологии, гинекологии.
3. Новое в эндоскопии.
4. Дезинфекция и стерилизация в эндоскопии.

Тезисы объемом не более 2 страниц принимаются Оргкомитетом до 5 мая 2003 года.
К тезисам прилагается заполненный регистрационный талон. Тезисы, присланные по факсу, не рассматриваются. Авторы докладов, включенных в повестку конференции, будут проинформированы дополнительно.
Оргкомитет конференции оставляет за собой право изменять форму представления материалов, а так же не принимать к публикации.

Корреспонденцию просьба направлять по адресу:

Украина, 02166, Киев, ул. Братиславская, 3, Киевская городская больница скорой медицинской помощи
Никишаеву Владимиру Ивановичу.
Телефон для справок (044) 518-27-16.

ОНС

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2003) Vol. 7; 1: 15-17

КОМБИНИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Осинский Д.С., Черный В.А., Югринов О.Г., Коробко В.Б., Розумей Д.А., Тельный В.В.

Институт онкологии АМН Украины, Киев, Украина

Intra-arterial Chemotherapy in Combination With Radiotherapy in Patients With Pancreatic Cancer

D.S. Osinsky, V.A. Cherny, O.G. Ugrinov, V.B. Korobko, D.A. Rozymey, V.V. Telny

Institute of Oncology, AMS Ukraine, Kiev

Summary

Twenty-five patients with locally advanced pancreatic cancer were included in the trial. The intra-arterial chemotherapy was infused over 120 min for 4 consecutive days for each cycle according FAP schedule: 5-FU (2-2,5 g/m^2), ADR (50-60 mg/m^2) and cis-DDP (40-50 mg/m^2). Radiation was started 3 days later and given in 5 daily fractions (2,5 Gy) per week (total dose 30 Gy). Nine (36%) partial response was observed, as were ten cases (40%) of stable disease and six (24%) of progressive disease. Toxicity was generally mild to moderate: nausea and vomiting (Grade I-II) — 28% and leucopenia (Grade I-II) — 24% of patients predominated. Median disease free survival was 8 months.

Key words: pancreatic cancer; locally advanced disease; intra-arterial chemotherapy, radiotherapy.

Вступление

Прогноз при раке поджелудочной железы (РПЖ) наиболее неблагоприятный среди всех новообразований органов брюшной полости [1]. В США и Европейских странах заболеваемость РПЖ составляет 6%-10% [2], в Великобритании до 11,4% [3]. Смертность от данной патологии продолжает оставаться высокой, ежегодно регистрируется до 28 — 30 тыс. умерших больных в США и Европейских странах, до 17 тыс. в Японии и 5 тыс. в Великобритании. РПЖ продолжает занимать четвертое — пятое место среди причин смерти от злокачественных новообразований [4-7].

В Украине заболеваемость РПЖ за последние десять лет остается на одном уровне и составляет в среднем 10,5% [8].

Неудовлетворительные результаты лечения больных в первую очередь связаны с поздней обращаемостью в лечебное учреждение. Заболевание впервые проявляется появлением механической желтухи у 70% — 90% больных или болевого синдрома у 50% — 90% [3, 9, 10]. На момент установления диагноза более чем у 80% больных заболевание диагностируется в неоперабельной форме [11], среди этих больных у 60% — 70% имеются метастазы в печени, у 40% больных наблюдается диссеминация по брюшной полости [12], а у 35% — 45% выявляется местнораспространенный процесс [13]. Оперативное вмешательство у данной группы больных носит паллиативный характер, и сводится к накладыванию билиодигестивного анастомоза, а также выполнению химической спланхникэктомии (спирт-новокаиновая блокада чревных нервов). Наряду с механической желтухой и болью, у 5% — 15% больных имеется стеноз двенадцатиперстной кишки или желудка, который обусловлен прорастанием опухоли, и требует наложения гастроэнтероанастомоза [14-17]. Продолжительность жизни больных неоперабельным РПЖ (НРПЖ) остается невысокой и составляет 2-6 месяцев.

Химиотерапия и облучение в лечении данной группы больных также носят паллиативный характер и на сегодняшний день остаются единственными методами воздействия на опухоль поджелудочной железы. Однако опухоли поджелудочной железы характеризуются химио- и радиорезистентностью, что не позволяет получить желаемый эффект от проводимого лечения [18]. Кроме того, опухоли поджелудочной железы гиповаскулярны, скорость кровотока в них составляет 1/3 от таковой в нормальной ткани, что обусловливает невозможность создания максимальной концентрации цитостатика в опухолевой ткани при его системном введении [19].

При регионарном введении вся доза химиопрепарата первоначально проходит через опухолевую ткань и только потом попадает в общий кровоток, где концентрация цитостатика снижается благодаря экскреции почками и детоксикации в печени. Исследования по определению концентрации цитостатиков в опухолевой ткани показали, что концентрация адриамицина при внутриартериальном вве-

дении в 2,1 раза выше, чем при внутривенном. Для блеомицина этот показатель составил 2,5 раза, метотрексата — 4,17, мелфалана — 7,07, а для 5-фторурацила — 22,67 [20].

Следует отметить, что сочетание регионарной внутриартериальной химиотерапии с лучевой терапией при РПЖ не изучалось. Поэтому разработка комбинированной химиолучевой терапии с использованием регионарного введения цитостатиков представляется перспективной для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы

В отделении абдоминальной онкологии Института онкологии АМН Украины разработан и применен метод комбинированной химиолучевой терапии больных НРПЖ с внутриартериальным введением цитостатиков. Комбинированное лечение проведено 25 больным с опухолевым процессом соответствующим $T_{3-4}N_{1-0}M_0$ (17 мужчин и 8 женщин в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст 56 лет). У 12 больных диагноз был установлен интраоперационно и верифицирован гистологически, у остальных 13 подтвержден цитологически путем тонкоигольной пункционной биопсии под контролем УЗИ и компьютерной томографии. В связи с явлениями механической желтухи у 8 больных наложен холецистоэнтероанастомоз, у одного — холедохоэнтероанастомоз. Наложение гастроэнтероанастомоза потребовалось у 2 больных. У остальных больных, операция закончилась пробной лапаротомией. Болевой синдром присутствовал у 18 (72%) больных. При КТ и в ходе ревизии брюшной полости было установлено распространение опухоли на соседние органы и структуры: у 9 больных опухоль врастала в верхние брыжеечные сосуды или воротную вену, в 7 случаях — в ретропанкреатическую клетчатку, у 4 больных — в двенадцатиперстную кишку, у двух больных — в общий желчный проток, у двух больных — в толстую кишку, в одном случае — в желудок.

Показанием для проведения комбинированной терапии являлось наличие местнораспространенного рака поджелудочной железы без отдаленных метастазов, верифицированного морфологически. При этом учитывались следующие противопоказания: наличие сопутствующих заболеваний сердца, легких, почек и печени в стадии декомпенсации, индекс Карновского ниже 50-60 баллов и ниже 2 баллов по шкале ECOG, лейкопения III-IV степени. При достижении частичной регрессии опухоли проводили повторный курс комбинированной химиолучевой терапии. Если после проведенного первого курса лечения регрессии не было, повторная химиолучевая терапия не применялась.

Специальный (армированный) катетер F-6 JR или F-6 "Cobra-3" фирмы Bard или Cordis (США) проводили в абдоминальный отдел аорты трансфеморальным (23 наблюдения) или трансаксиллярным доступом (2 случая). После катетеризации чревного ствола выполняли ангиографию с целью идентификации сосуда, непосредственно кровоснабжающего опухоль. В 13 наблюдениях катетер был оставлен в чревном стволе, в 9 — в желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 2 — в селезеночной артерии, в 1 случае — в общей печеночной артерии. Затем в течение 4 суток ежедневно проводилась внутриартериальная химиотерапия с помощью аппарата для длительной инфузии ДЛВ-1 в течение 2-х часов, по схеме FAP: 5-фторурацил — 2,5 г/м^2, адриабластин — 60 мг/м^2, цисплатин — 60 мг/м^2 (в суммарной дозе). Для профилактики тромбоза катетер ежедневно промывали раствором гепарина (1000 ЕД). После окончания курса химиотерапии катетер извлекали и проводили дезинтоксикационную терапию в течение двух — трех суток. После этого приступали к курсу лучевой терапии по дробно-протяженной методике: ежедневная разовая доза 2-2,5 Гр, суммарная очаговая — 30 Гр. Осложнений от проводимого лечения не наблюдалось.

Результаты

Анализ полученных результатов проводили с использованием традиционных методик: оценки степени регрессии опухоли, физического статуса больного по шкале Карновского и ECOG, степени токсичности проводимой терапии по шкале ВОЗ. Дополнительно для оценки общего состояния использовали следующие параметры, совокупность которых получила название "благоприятная клиническая реакция": ослабление боли не менее чем на 50%, уменьшение суточной потребности в обезболивающих препаратах не менее чем 50%, улучшение физического статуса по шкале Карновского не менее 20 баллов, увеличение массы тела не менее 7% по сравнению с исходным [21].

Для регистрации непосредственного эффекта внутриартериальной химиотерапии использовали динамическое ангиографическое исследование. Было установлено, что вызванные химиотерапией изменения архитектоники сосудов опухоли можно уверенно оценить лишь при удавшейся попытке селективной катетеризации собственных артерий поджелудочной железы. В других случаях полноценно заполнить рентгенконтрастным средством новообразованные сосуды не удавалось, и полученная ангиографическая картина не содержала мелких элементов сосудистого рисунка опухоли.

На селективных ангиограммах после первых двух сеансов внутриартериальной химиотерапии наблюдалось значительное усиление и обогащение сосудистого рисунка в сравнении с исходным. Контрастировались трансформированные предсуществующие сосуды и густая неупорядоченная неоваскулярная сеть опухоли. После III-IV сеансов внутриартериальной химиотерапии хаотичность распределения собственно новообразованных сосудов усиливалась. Наступало замедление и "стагнация" опухолевого кровотока. Наблюдалось контрастирование артериоартериальных анастомозов. Из-за повышенной порозности новообразованных сосудов опухоль неравномерно пропитывалась рентгенконтрастным веществом, которое задерживалось в ней дольше по сравнению со здоровыми отделами поджелудочной железы.

После завершения сеансов внутриартериальной химиотерапии сосудистый рисунок опухоли обеднялся за счет сокращения числа мелких сосудов. Редукция новообразованной сети в опухоли сопровождалась ослаблением интенсивности контрастирования паренхимы опухоли.

Общий положительный ответ опухоли получен в 76% случаев: у 9 больных (36%) — частичная регрессия и у 10 (40%) — стабилизация процесса. Прогрессирование заболевания наблюдалось у 6 больных (24%).

Отмечено улучшение общего состояния у 80% больных, индекс Карновского увеличился до 80-90 баллов, по шкале ECOG до 1 балла. Снижение или исчезновение болевого синдрома отмечено у 15 больных (60%), что позволило снизить ежедневную дозу или полностью отменить обезболивающие препараты. "Благоприятная клиническая реакция" отмечена у 70% больных. Тяжелых проявлений системной токсичности при проведении внутриартериальной химиотерапии или курса облучения не было. Тошнота и рвота I-II степени согласно критериям токсичности ВОЗ наблюдалась у 7 больных (28%), лейкопения I-II степени — у 6 (24%). Срок наблюдения составил 2-18 месяцев, медиана выживаемости — 8 месяцев.

Дискуссия и заключение

Полученные результаты позволяют заключить, что комбинированная регионарная химиолучевая терапия хорошо переносится больными и обладает низкой степенью токсичности. Положительная реакция опухоли, полученная у большинства больных, свидетельствует о непосредственной эффективности сочетания регионарной химиотерапии и лучевой терапии.

Анализируя данные зарубежных авторов, следует отметить, что применение регионарной химиотерапии, как самостоятельного метода, так и в сочетании с другими (оперативным лечением, лучевой терапией), хорошо зарекомендовало себя в лечении большинства злокачественных новообразований. Применительно к РПЖ данный метод продемонстрировал большую эффективность, чем системная химиотерапия. По данным ряда авторов, применение внутриартериальной химиотерапии путем катетеризации чревного ствола у больных III-IV стадией РПЖ, позволило получить медиану выживаемости 8-14 месяцев [22-26]. Результаты зарубежных и собственных исследований позволяют рекомендовать применение регионарной химиотерапии, как самостоятельного метода, так и в сочетании с лучевой терапией у больных местнораспространенным РПЖ.

Литература

1. Шалимов С.А. (1999) Рак поджелудочной железы: заболеваемость и некоторые статистические аспекты. В кн.: "Лікування розповсюджених злоякісних новоутворень підшлункової залози та заочеревинного простору". (Київ). АТ "Телеоптик": 3-6
2. Prott FJ, Schonekaes K, Preusser P, et al. (1997) Combined modality treatment with accelerated radiotherapy and chemotherapy in patients with locally advanced inoperable carcinoma of the pancreas: results of a feasibility study. Br. J. Cancer. 75; 4: 597-601
3. Russell RCG. (1999) Palliation of pain and jaundice: An overview. Ann. Oncol. 10; Suppl 4: S165-S169
4. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, et al. (2001) Cancer statistics. CA Cancer J Clin. 51: 15-36
5. Moller Jensen O, Estieve J, Moller H, Renard H. (1990) Cancer in the European Community and its member states. Eur. J. Cancer. 26: 1176-1256
6. Statistics and Information Department, Minister's Secretariat, Ministry of Health and Welfare (1997) Vital Statistics of Japan 1997. Ministry of Health and Welfare, Tokyo.
7. Bramhall SR, Allum WH, Jones AG, et al. (1995) Incident treatment and survival in 13560 patients with pancreatic cancer: an epidemiological study in the West Midlands. Br. J. Surg. 82: 111
8. Шалимов С.А., Федоренко З.П., Гулак Л.О. (2001) Структура заболеваемости населения Украины злокачественными новообразования. Онкология. т.3 (2-3): 91-95
9. Lillemoe KD, Cameron JL, Kaufman HS, et al. (1993) Chemical splanchnicectomy in patients with unresectable pancreatic cancer. A prospective randomized trial. Ann. Surg. 217: 447-457
10. Saltzburg D, Foley KJ. (1989) Management of pain in pancreatic cancer. Surg. Clin. North. Am. 69: 629-649
11. Bottger TC, Junginger T. (1999) Treatment of the pancreatic head with suspected but unproved malignancy: is a nihilistic approach justified? World J. Surg. 23: 158-163
12. Fennelly D, Kelsen DP. (1996) The role of chemotherapy in the treatment of adenocarcinoma of the pancreas. Hepatogastroenterol. 43: 357-162
13. Okada S. (1999) Non-surgical treatments of pancreatic cancer. Int. J. Clin. Oncol. 4: 257-266
14. Sarr MG. (1999) Palliation of jaundice: gastrointestinal obstruction. J. Gastrointestinal. Surg. 3;.4: 343-344
15. Smith AC, Dowsett JF, Russell RCG, et al. (1994) Randomized trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bile obstruction. Lancet. 344: 1655-1659
16. Watanapa P, Williamson RCN. (1993) Single loop biliary and gastric for irresectable pancreatic carcinoma. Br. J. Surg. 80: 237-239
17. van der Schelling AD, van den Bosch RP, Klinkenbijl JHG, et al. (1993) Is there a place for gastroenterostomy in patients with advanced cancer of the head of the pancreas. World J. Surg. 17: 128-133
18. Brennan MF, Kinsella T, Friedman M. Cancer of the pancreas. In Cancer — Principales and Practice of Oncology, De Vita VT, Hellman S and Rosenberg SA.(eds), Lippincott: Philadelphia. p. 800-835
19. Taguchi T, H Nakamura. (1989) Arterial infusion chemotherapy. Jpn. J. Cancer and Chemother. Pub. Inc., 1-8-9, Yeasu Chuo-ku (Tokyo Japan); 405 p.
20. Chen H.G. (1980) Intra-arterial infusion of anticancer drugs: theoretic aspects of drug delivery and review of responses. Cancer Treat. Rep. 64: 31-40
21. Burris HA, Moore MJ, Andersen J, et al. (1997) Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. J. Clin. Oncol. 15: 2403-2413
22. Aigner KR, Muller H, Bassermann R. (1990) Intra-arterial chemotherapy with MMC, CDDP and 5-FU for nonresectable pancreatic cancer — a phase II study. Reg. Cancer Treat. 3; 1: 1-6
23. Ohigashi H, Ishikawa O, Imaoka S et al. (1996) A new method of intra-arterial regional chemotherapy with more selective drug delivery for locally advanced pancreatic cancer. Hepatogastroenterology. 43; 8: 338-345
24. Cantore M, Pederzoli P, Cornalba G, et al. (2000) Intra-arterial chemotherapy for unresectable pancreatic cancer. Ann. Oncol. 11: 569-573
25. Barletta E, Fiore F, D'Angelo R, et al. (2001) Intra-arterial second line chemotherapy with 5-fluorouracil, leucovorin, doxorubicin and carboplatin (FLEC) for advanced adenocarcinoma of the pancreas. Ann. Oncol. Suppl 4: 97
26. Shibuya K, Nagata Y, Itoh T, et al. (1999) Transcatheter arterial infusion therapy in the treatment of advanced pancreatic cancer: a feasibility study. Cardiovasc. Intervent. Radiol. 22: 196-200

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2003) Vol. 7; 1: 18-20

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НОРИЦЯМИ ПРЯМОЇ КИШКИ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Лурін І.А.

Проктологічне відділення клініки абдомінальної хірургії та гастроентерології
Головного військового клінічного госпіталю МО України, Київ

Diagnostic and Treatment of Patients with Pararectal Fistulas — Literature Review

I.A. Lurin

Department of Proctology, Main Military Clinical Hospital of Ministry of Defense of Ukraine, Kiev

Нориці прямої кишки (НПК) — патологія, яка складає до 25-35% від усіх захворювань прямої кишки і заднього проходу [21, 25], близько 2% від загальної кількості хірургічних захворювань [22].

Широка поширеність захворювання серед найбільш працездатної верстви населення (хворі віком від 21 до 50 років складають 67-76% [3, 9, 22, 26]) визначає актуальність, наукову і соціальну значимість проблеми [21]. Співвідношення чоловіків і жінок при НПК приблизно 2:1 [3, 5].

Значна частина цих хворих піддається численним безуспішним оперативним втручанням. У багатьох хворих в результаті хронічного перебігу захворювання та повторних неефективних втручань знижується працездатність, погіршується самопочуття, наступає рубцева деформація заднього проходу та сфінктера прямої кишки, що може призвести до стійкої інвалідизації, в 0,1-0,7% випадків виникає малігнізація нориць [2, 8, 9, 11, 13].

Незважаючи на велику кількість запропонованих методик хірургічного лікування НПК, рецидиви захворювання спостерігаються у 3-30% хворих [1, 3, 4, 8, 11, 13, 25]. Залишається значною частина хворих (8-15%), у яких в післяопераційному періоді виникає недостатність функції анального жому [2, 11].

Часто НПК поєднуються з такими захворюваннями, як геморой (24%), хронічний запор (12%), тріщина заднього проходу (6%), поліп і зуд заднього проходу (4%), туберкульоз легень (2-3%), рак прямої кишки (1-2%) [11].

Основною причиною утворення НПК являється несвоєчасне і нераціональне лікування гострого парапроктиту [11, 22].

Розвитку парапроктитів сприяють слідуючі фактори: травми, патологічні зміни слизової прямої кишки і анального каналу, інфікування анальних залоз і їх вивідних проток, запальні процеси на шкірі анальної області, охолодження, різні захворювання, при яких знижується резистентність організму, запори і поноси, а також багатомоментна дефекація [9, 21].

Основним, а тому дуже важливим моментом у лікуванні хворих з НПК являється визначення топографо-анатомічного розміщення нориці, наявності гнійних затьоків, а також місця зовньошнього і внутрішнього отворів [9].

Значне місце, з погляду на кінцевий результат лікування хворих з НПК, займає доопераційна діагностика, до якої відносять: опитування, огляд, пальпацію перианальної ділянки, пробу з барвником, пальцеве дослідження з зондом, огляд ректальним дзеркалом, сфінктерометрію, аноскопію, ректороманоскопію, фістулографію, визначення чутливості флори до антибіотиків.

Незважаючи на численність та різноманітність загальноприйнятих методів обстеження, вони практично не в змозі дати повну оцінку топографо-анатомічному розміщенню нориці, взаємовідношення норицевого каналу до волокон сфінктера, розгалужень затьоків, параректальних заглибин, наявності запального процесу в різних відділах параректального простору, що призводить до частих рецидивів захворювання та винекнення інконтененції різного ступеня.

У зв'язку з цим все більшого значення в передопераційній діагностиці хронічного парапроктиту у проктологічних клініках набуває ультразвукове дослідження з ректальним датчиком та магнітно-резонансна томографія (МРТ) [13]. Ці методики високоефективні і легко переносяться більшістю пацієнтів. Використання комбінованого ультразвукового обстеження (черезчеревне та інтраректальне) дає змогу визначити асиметричність стінки прямої кишки при запальному процесі, виявити контури абсцесу, відстань від вогнища до слизової ампули прямої кишки та відношення його до сфінктеру. Трансанальне ультразвукове сканування з введенням контрастної рідини в норицевий хід дає змогу виявити, внутрішній діаметр нориці, та можливе з'єднання ходів між собою [12].

Єдиним радикальним методом лікування НПК на даний час переважна більшість авторів вважає хірургічний. Наявність НПК, виділення гною з її просвіту (при неповних внутрішніх норицях) являється показом до хірургічного лікування [23].

Хірургічне лікування НПК базується на слідуючих принципах: ліквідація внутрішнього отвору нориці; видалення норицевого каналу разом з рубцевою тканиною; висічення задньопрохідної пазухи, як джерела дрімлючої інфекції; зняття спазма зовнішнього сфінктера заднього проходу [20].

При виборі метода операції у хворих з НПК необхідно враховувати слідуючі моменти: 1) відношення ходу нориці до сфінктера прямої кишки; 2) ступінь розвитку рубцевого процесу в стінці кишки; 3) наявність гнійних порожнин і інфільтратів в параректальних клітковинних просторах [23].

Існують різні думки щодо вибору метода хірургічного втручання, необхідності дозованої сфінктеротомії і глибини січення сфінктера [13]. Залишається проблематичною оперативна тактика у випадках, коли внутрішній отвір не виявляється. Висічення нориці без чіткої верифікації внутрішнього отвору у багатьох випадках призводить до рецидиву хронічного парапроктиту [14, 15].

При підшкірно-підслизових або інтрасфінктерних норицях, які зустрічаються у 25-35% всіх хворих із НПК [6, 17, 23] найчастіше застосовують слідуючі операції:

1. Розсічення нориці в просвіт прямої кишки. Недоліками простого розсічення нориці являються: часте виникнення (30% спостережень) рецидиву НПК, пошкодження зовнішнього сфінктеру заднього проходу і послідуюче нетримання кала і газів, тривале загоєння операційної рани [11].
2. Висічення нориці в просвіт прямої кишки (операція Габріеля). Використання цієї операції при НПК, які проходять назовні від зовнішнього сфінктера або через зовнішню його частину, часто призводить до порушення затульної функції заднього проходу [11]. Рецидиви при застосованні цієї операції становлять 0,6-1,5% [5, 8, 9, 16].
3. Висічення нориці в просвіт прямої кишки з вскриттям і дренуванням затьоку, частота рецидивів — 1,4% [1], недостатність сфінктера — 1,2% [16].

При висіченні нориці з накладанням глухих швів частота рецидивів досягає 25,8% [8, 9], що підтверджує велике значення адекватного дренування рани і допустимість накладання швів тільки без захоплення слизової і шкіри [8].

Якщо при інтрасфінктерній НПК операцією вибору залишається метод Габріеля в різних модифікаціях, то при лікуванні парапроктиту з транссфінктерним або екстрасфінктерним розміщенням норицевого ходу вибір метода операції залишається предметом дискусії [5, 14].

До найбільш розповсюджених оперативних втручань, які застосовують при транссфінктерних норицях (28-45% всіх видів НПК [6, 17, 23]), можна віднести:

1. Висічення нориці в просвіт кишки з ушиванням дна рани; рецидиви становлять 1,4-1,6% [5, 9]. Недостатність сфінктера спостерігається у 1,3% [5].
2. Висічення нориці в просвіт кишки з частковим ушиванням дна рани, вскриття і дренування гнійної порожнини. Частота рецидивів при цьому методі відмічається у 1,4-1,8% [5, 8], недостатність сфінктера — у 1,4% [5].
3. Висічення нориці в просвіт кишки, вскриття і дренування гнійної порожнини. Рецидиви розвиваються у 1,2% хворих [5], недостатність сфінктера — у 2,6% [5].

Найбільшу кількість операцій запропоновано з приводу екстрасфінктерних НПК, частота яких складає 15-41% від загальної кількості НПК [5, 6, 17, 23]. Ускладнення і ранні рецидиви після операцій з приводу складних екстрасфінктерних НПК на даний час навіть в спеціалізованих клініках складають близько 10% [1]. Це пояснюється високим розміщенням ходу нориці, що огинає іззовні волокна анального жому, частою наявністю гнійних порожнин в параректальних клітковинних просторах, розвинутим рубцевим процесом по ходу нориці і в стінці прямої кишки біля її внутрішнього отвору [5].

Дульцев Ю.В. та Саламов К.Н. [5, 23] розрізняють чотири ступені складності екстрасфінктерних НПК. До 1 ступеня складності відносять нориці з вузьким внутрішнім отвором без оточуючого рубцевого процесу, гнійників і інфільтратів в параректальній клітковині; до 2 ступеня — НПК з вузьким або широким внутрішнім отвором, з рубцями навколо нього, але без запальних змін в параректальній клітковині; до 3 ступеня складності — нориці з вузьким внутрішнім отвором, без рубцевого процесу навколо нього, але з наявністю гнійно-запальних змін в параректальних клітковинних просторах; до 4 ступеня складності — НПК із широким внутрішнім отвором, оточеним рубцями, з запальними інфільтратами або гнійними порожнинами в параректальній клітковині.

Найбільш частими оперативними втручаннями при екстрасфінктерних НПК являються:

1. Висічення нориці, ушивання її культі в промежинній рані із задньою дозованою сфінктеротомією — метод Рижих [18] (два варіанта), рецидив нориці при цих операціях становить 4,75-6,4% [5, 16], недостатність анального сфінктера — 5,2-6,8% [5, 16], скарги на болі в рубці виникають у 2,3% [16].
2. Висічення нориці з ушиванням сфінктера (частота рецидивів — 4,1%, недостатність сфінктера — 4,4% [5]).
3. Висічення нориці з пластичним переміщенням слизової оболонки анального каналу (частота рецидивів — 4,4% [5]).
4. Висічення нориці з проведенням лігатури (лігатурний метод).

Застосовують також модифікацію лігатурного методу, суть якої полягає в інтраопераційному тонічному затягуванні м'язевих волокон сфінктера шовковою лігатурою і рівномірному прорізуванні через них. Нитка періодично підтягується так, щоб вона постійно щільно охоплювала підлеглі тканини [5]. Перевагою данної модифікації є зменшення тривалості госпіталізації, частоти рецидивів — з 10 до 4,4%, виникнення недостатності сфінктера — з 8,7 до 5,9% [5, 11].

Абуладзе Т.В. та Яшвілі Р.Н. виконували пластику стінки анального каналу при складних екстрасфінктерних НПК після штучного формування прямокишкової нориці або після висічення ділянки слизової нижньої частини прямої кишки з допомогою плівок, що розсмоктуються

(плівки на основі поліакрилової кислоти; плівки, армовані лавсаном) або власною широкою фасцією стегна [1].

Запропонований спосіб лікування нерозгалужених нориць методом фістулоекстракції за допомогою спеціального фістулоекстрактора [10].

Хараберюш В.А., Елін Ф.Е. пропонують застосовувати власну одноетапну модифікацію операції Backaus при лікуванні екстрасфінктерних НПК, яка дозволила зменшити терміни стаціонарного лікування до 11,5 діб [11].

Di Bella F. і співавтори при лікуванні нижніх транссфінктерних нориць проводили фістулектомію електроскальпелем. Відмічали добрі віддалені результати [11].

Сучасним та перспективним методом для подальшого використання у клінічній практиці є застосовання аутофібринного клею, як альтернативи хірургічному втручанню. Під загальною анестезією проводиться кюретаж нориці ложечкою Фолькмана і після промивання розчином антисептику по ходу нориці вводиться спеціально приготовлений ауто-фібринний клей. Перевагою методики є відсутність порушення функції сфінктеру та досить висока ефективність (60-80%). Даних про віддалені результати, у зв'язку з недавнім впровадженням методики, немає [13].

Виходячи із складності проблеми лікування НПК особливу увагу потрібно звернути на їх профілактику, а саме на своєчасність радикальної операції з приводу гострого гнійного та рецидивуючого парапроктиту, в залежності від рівня розміщення гнійника, наявності затьоків, відношення основного гнійного ходу до анального жому, з висіченням некротичних тканин і обов'язковою ліквідацією внутрішнього отвору гнійника із захопленням крипти і адекватним дренуванням порожнини гнійника [3, 19, 26]; на диференційований підхід до лігатурного методу, зокрема, обмеження застосування тонічного затягування лігатури в екстреній ситуації зводить до мінімума післяопераційну недостатність анального жому; на необхідність активної тактики в лікуванні промежинних ран (аутодермопластика, аллопластика, стимуляція регенерації і ін.), яка направлена на раннє закриття ран, "керування" раневою контракцією [19].

У заключінні хотілось би ще раз підкреслити, що шлях до покращення безпосередніх та віддалених результатів лікування НПК лежить у пошуку та впровадженні у клінічну практику малоінвазивних, всеобємлюючих методів передопераційної діагностики (трансректальне ультразвукове дослідження, магнітно-резонансна томографія, ендосонографія та інші) та в розробці нових методів малотравматичних втручань.

Література

1. Абуладзе Т.В., Иашвили Р.Н. (1989) Применение собственных (аутотрансплантантов) и искуственных (эксплантантов) пластических материалов при хирургической коррекции сложных прямокишечных свищей. Сборник "Актуальные вопросы колопроктологии". (Киев). с. 199-201
2. Аминев А.М. (1965-1979) Руководство по колопроктологии в 4 томах. (Куйбишев).
3. Блинничев Н.М., Буттаев Р.М. (1980) Хронический рецидивирующий парапроктит. Вестник хирургии им. И. И. Грекова 12: 70-73
4. Гюльмамедов Ф.И., Шаламов В.И., Полунин Г.Е., Волков В.И. и др. (2001) Хирургическое лечение сложного чрессфинктерного и экстрасфинктерного свищей прямой кишки. Клінічна хірургія. 7:46-48
5. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. (1981) Парапроктит. (Москва). "Медицина". 263 с.
6. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. (1987) Успехи, проблемы и перспективы в лечении свищей прямой кишки. Актуальные вопросы проктологии. Тезисы докладов зональной научно-практической конференции. (Уфа). с. 73-75
7. Ерышов В.В. (1987) Лечение сложных прямокишечных свищей. Хирургия. 3: 69-71
8. Заремба А.А. (1987) Клиническая проктология. (Рига). 358 с.
9. Заремба А.А. (1974) Острый парапроктит и свищи прямой кишки. Автореф. дис. док. мед. наук. (Москва — Рига). 32 с.
10. Капитанов А.С., Нарциссов Т.В., Брежнев В.П. (1989) Сборник "Актуальные вопросы колопроктологии". (Киев). с. 201-202
11. Капитанов А.С., Нарциссов Т.В., Брежнев В.П. (1991) Лечение свищей прямой кишки. Клиническая хирургия. 2: 35-38
12. Мамчич В.І., Бондаренко М.Д., Пироговський В.Ю., Шило В.Т. і ін. (2001) Ультразвукова діагностика хронічних парапроктитів. Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. (Київ). Вип. 10; 4: 750-753
13. Мамчич В.І., Пироговський В.Ю. (2001) Діагностика та лікування параректальних нориць при хронічному парапроктиті. Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. (Київ). Вип. 10; 4: 753-760
14. Милица Н.Н., Торопов Ю.Д., Козлов В.Б., Гребенников Д.С. и др. (2002) Выбор метода лечения острого парапроктита. Хірургія України. 2: 9-10
15. Милица Н.Н., Торопов Ю.Д., Козлов В.Б., Мартыновский Ю.И., Гребенников Д.С. (2002) Хирургическое лечение больных с хроническим парапроктитом. Хірургія України. 2: 80-81
16. Назаров Л.У. (1966) Свищи прямой кишки (хронический парапроктит). (Москва). "Медицина". 128 с.
17. Полетов Н.Н., Наврузов С.Н. (1987) Причины возникновения и особенности лечения рецидивных свищей прямой кишки. Актуальные вопросы проктологии. Тезисы докладов зональной научно-практической конференции. (Уфа). с. 82-83
18. Рыжих А.А. (1956) Хирургия прямой кишки. (Москва). "Медгиз".238 с.
19. Сахаутдинов В.М., Тимербулатов В.М., Шенбергер И.Л. (1987) Принципы профилактики свищей прямой кишки. Актуальные вопросы проктологии. Тезисы докладов зональной научно-практической конференции. (Уфа). с. 72-73
20. Смирнов Г.Е., Вартанов И.В. (1987) Клиническая проктология. (Ставрополь). с. 40-44
21. Улановский И.Н. (1973) Обоснование рациональных методов лечения парапроктитов. Автореф. дис. док. мед. наук. (Київ). 41 с.
22. Улановский И.Н. (1951) Прямокишечные свищи и их хирургическое лечение. Автореф. дис. канд. мед. наук. (Київ). 13 с.
23. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. (1984) Проктология. (Москва). "Медицина". 384 с.
24. Хараберюш В.А., Єлин Ф.Э., Кобец И.С., Рогалин Я.Ф. (1986) Модификация операции при экстрасфинктерных прямокишечных свищах. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 10: 63-64
25. Шешаберидзе М.С. (2001) Оперативное лечение сложных экстрасфинктерных и транссфинктерных свищей прямой кишки. Хирургия. 10: 43-46
26. Юхтин В.И., Сафронов Н.Н. (1988) Причины возникновения и отдаленные результаты оперативного лечения параректальных свищей. Хирургия. 3: 152-153

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2003) Vol. 7; 1: 21-23

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ МАСТОИДОСКОПИЯ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОГО ВАРИАНТА ТИМПАНОПЛАСТИКИ

Головко В.В.

Клиника оториноларингологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины

Endoscopic Mastoidoscopy After Intact Canal Wall Tympanoplasty with Mastoidotomy

V.V. Golovko

ORL Clinic, Main military clinical hospital of Defense Ministry of Ukraine, Kiev

Summary

Author describes results of endoscopic mastoidoscopy, that was performed in terms from 6 to 12 month after intact canal wall tympanoplasty. Were examined 10 patients, in 2 cases was diagnosed residual cholesteatoma in remote zone impossible for microscopic control. Used technique is minimally invasive and can be performed for outpatients.

Key words: ear surgery, tympanoplasty, endoscopy, cholesteatoma.

Введение

Использование эндоскопов в хирургии среднего уха представляет новый этап в хирургической реабилитации с хроническим гнойным средним отитом (ХГСО). Несмотря на использование операционного микроскопа для хирурга остаются неконтролируемые, "слепые углы", особенно в области ретротимпанума и передних отделов аттика [1, 6, 13].

Закрытая тимпанопластика характеризуется сохранением или восстановлением, как можно ближе к анатомическому, задней стенки наружного слухового прохода и латеральной стенки аттика.

По мнению ряда авторов [2, 4] при закрытом варианте тимпанопластики добиваются лучшие функциональные и морфологические результат. Главный недостатком данного варианта темпанопластики является риск возникновения резидуальной холестеатомы, которая при этом встречается наиболее часто [3, 8, 14]. Частота резидуальной холестеатомы связана с неполным удаление очага из труднодоступных зон. Среди таких зон в первую очередь нужно выделить ретротимпанум и передний аттик. Особая опасность данной патологии объясняется тем, что резидуальноя холестеатома развивается бессимптомно в большой послеоперационной полости и позади неотимпанальной мембраны. Так после тимпанопластики по закрытому варианту резидуальную холестеатому Wayoff и соавт. наблюдали в 30%, Roden и соавт. в 20%. В связи с этим большинство отиатров, пользующихся закрытым вариантомтимпанопластики, систематически проводят второй этап с целью ревизии полости среднего уха. Сроки проведения ревизии, как правило составляют 6-12 месяцев. В 1993 году McKennan впервые опубликовал данные чрезкожной мастоидоскопии у 12 больных, ранее подвергнутых оперативному вмешательству. При этом в 2 случаях была диагностирована резидуальная холестеатома. Rosenberg (1995) при исследовании 10 пациентов продемонстрировал, что область переднего аттика значительно лучше контролировать с помощью эндоскопов ("stab incision"), чем под микроскопом с использованием классического доступа ("open approach"). В 1997 году Youseff и Poe показали большие возможности эндоскопической техники в диагностике резидуальной холестеатомы, чем при использовании одного микроскопа.

Материалы и методы

Работа включает в себя результаты лечения 10 больных, которым был выполнен "закрытий" вариант тимпанопластики. Все операции были выполнены с использованием эндоскопического обеспечения. Сроки проведения эндоскопической мастоидоскопии составили 6-12 месяцев после операции. Возраст больных составил 18-55 лет. Из них 6 больных с хроническим эпитимпанитом, ослож-

ненным холестеатомой, 4 больных с хроническим эпимезотимпанитом.

Мы используем следующее эндоскопическое и микрохирургическое обеспечение:

- 25° и 70° 2,7 мм эндоскопы (Richard Wolf, Германия).
- 0° и 30° 4 мм эндоскопы (Karl Storz, Германия).
- Видеокамера 19° "Trinitron", Sony.
- Видеокамера Telekam DX (Karl Storz, Германия).
- Осветитель Haloqen 250 Twin (Karl Storz, Германия).
- Система "Straycer" TPS-II, Quantum Drill с насадкой Portman'a и наборов микрохирургических боров (Hammer, США).
- Операционный микроскоп "Opton"(Германия).
- Набор микрохирургических инструментов.

Обследование больных производилось по общепринятым методикам, если выявлялась перфорация неотимпанальной мембраны, использовали 25° и 70° 2,7 мм эндоскопы для оценки состояния барабанной полости и цепи слуховых косточек.

Всем больным до операции выполняли КТ височных костей. Исследование проводили на компьютерном томографе "Somaton — ART", в алгоритме "high resolution" с использованием программы "Inner Ear", оптимальная величина шага стола и толщина среза во время сканирования 2 мм.

Использовали следующие КТ височной кости:

1. КТ в аксиальной проекции.
2. КТ-гистографический метод. (В основе метода определение электронной плотности ткани в единице объема изображенной в виде графика).
3. КТ позитивное изображение.

Техника операции

1. Анестезия. Во всех случаях использовалась местная анестезия с добавлением вазоконстрикторов.
2. Доступ — ретроаурикулярный. Длина разреза 1-1,5 см. Последний должен соответствовать проекциям антрума и быть параллельным основанию завитка, а также позволять беспрепятственное прохождение эндоскопа и микроинструментов. После обеспечения прохода к мастоидальной полости устанавливается ортостатический ранорасширитель.

Осмотр полостей

Мастоидальная полость

Контроль начинается с осмотра именно этой полости. Эндоскоп 0° удерживается левой рукой (у правшей) и продвигается на уровень антромастоидальной полости.

Правая рука свободна, ею необходимо будет держать отсос или микроинструменты.

Спайки разрываются, эндоскопом вращают циркулярными движениями по стенкам полости. Полоска тефлона, проложенная во время первой операции, удаляется.

В случае обнаружения резидуальной холестеатомы в мастоидальной полости (в виде жемчужины), она может быть легко удалена вместе со слизистой оболочкой вокруг нее. Жемчужина холестеатомна легко идентифицируется в виде белого перламутрового образования, освещенного холодным светом эндоскопа.

Осмотр мастоидальной полости окончен и теперь требуется произвести контроль кпереди и кнутри.

Осмотр эпитимпанума

Всегда осуществляется с помощью эндоскопа 0°. В этой области наиболее часто обнаруживается резидуальная холестеатома, поэтому и осмотр должен осуществляться наиболее тщательно. Оптика позволяет произвести контроль переднего эпитимпанума, что является невозможным при использовании микроскопа (неизбежные "мертвые" углы) или особенно при предлежании мозговой оболочки или сигмовидного синуса.

Оптика хорошо дифференцировать изгиб латерального полукружного канала. Он будет указывать начало задней тимпатомии, слизистой оболочки, которая должна быть рассечена микроинструментом или также иссечена лазером.

В дальнейшем с помощью оптики 0° будет просматриваться головка стремени, медиальная стенка барабанной полости рельеф II порции лицевого нерва, а также канал мышцы, натягивающий барабанную перепонку на уровне протимпанума.

Осмотр барабанной полости

Осуществляется с помощью эндоскопа 2,7 мм в d 30°, который спускается в область аттика затем с помощью эндоскопа 70°. С помощью использования эндоскопом с различным углом, а также их активной ротации, можно получить полное представление о состоянии барабанной полости, а также ретротимпанума. Слизистый слой барабанной перепонки (ее внутренняя поверхность) и состояние слуховых косточек может быть оценено. В случаях необходимого контроля внутренних отделов ретротимпанума или если необходимо произвести оссикулопластику можно дополнить минимальный заушный доступ минимальным трансмеатальным доступом. При наличии резидуальной холестеатомы в области sinus tympani, ее можно легко удалить. Эта операция заканчивается этапом оссикулопластики, который зависит от состояния цепи слуховых косточек. Оссикулопластика производится чаще всего трансмеатальным доступом, а в отдельных случаях может быть выполнена через отверстие задней тимпанотомии.

Заушная рана ушивается послойно.

Результаты

У 3 больных оперативное вмешательство по поводу хронического эпитимпанита, осложненного холестеатомой выявлена холестеатома в виде жемчужины, которая локализовалась у 1 больного в области наружного аттика, а у 2 больных в области тимпанального синуса. Последние легко удалены в виде ревизии. У 2 больных во время ревизии удалены тефлоновые прокладки через отверстие задней тимпанотомии. У 1 больного после удаления тефло-

новой прокладки выполнена оссикулопластика. У больных с хроническим гнойным эпитимпанитом без холестеатомы состояние полостей оказалось более стабильное.

В 9 случаях операции выполнены в амбулаторных условиях. исключение составил больной, которому выполнена оссикулопластика.

Сроки ревизии составили:

- 6 больных через 6 месяцев после операции.
- 4 больных через 4 месяца после операции, из 3-х больных, у которых была выявлена холестеатома.

При КТ височных костей убедительных данных за наличие холестеатомы получено не было.

Обсуждение

Указанная методика позволяет оценить полости среднего уха после закрытого варианта тимпанопластики, особенно труднодоступных зон для микроскопа. Следует отметить, что отношение отохирургов к ревизии оперируемого уха различна. Так, Jansen [9] никогда не производит хирургическую ревизию с помощью микроскопа. А прибегает к регулярным осмотрам пациента и производит чрезкожную антроскопию с помощью эндоскопа. Strauss [14] производит ревизию в 70% случаев, а Gersdorff и Vilain [7] в 45%. M. Thomassin [15] во всех случаях производит ревизию с помощью эндоскопов. При этом подчеркивает неприменимость данной техники при наличии ретракции неотимпанальной мембраны, Lau, Tos [10] считает, что нет необходимости проводить ревизию после закрытого варианта тимпанопластики при ХГСО без холестеатомы. Сроки проведения ревизии полостей среднего уха от 6 до 12 месяцев являются оптимальными и позволяют спрогнозировать тактику дальнейшего ведения больного.

Компьютерная томография не всегда позволяет определить холестеатому. У всех прооперированных больных данные КТ не были убедительными за наличие холестеатомы. Это подтверждает и Blaney с соавторами [5], которые всех больных перед ревизией обследовали с помощью компьютерной томографии. По их данным чувствительность КТ для выявления резидуальной холестеатомы составила 45,8%, при специфичности выявления холестеатомы — 51,3%.

Выводы

1. Использование эндоскопов во время этапа ревизии послеоперационной полости удачно занимает ведущее место у больных с ХГСО с холестеатомой, которым был выполнен закрытый вариант тимпанопластики.
2. Использование эндоскопов позволяет проконтролировать труднодоступные зоны, в первую очередь передний аттик и ретротимпанум.
3. В случае выявления резидуальной холестеатомы в виде "жемчужины" последняя может быть удалена во время ревизии.
4. При обнаружении холестеатомы больших размеров, наличии перфорации неотимпанальной мембраны ее ретракции данная методика неприемлема. В таких случаях следует прибегнуть либо к реоперации, либо к переводу закрытого варианту тимпанопластики в открытый. В случаях повышенной кровоточивости мягких тканей применение данной методики практически невозможно.
5. Методика эндоскопической мастоидоскопи является атравматичной для слизистой оболочки, покрывающей мастоидальную полость, позволяет избежать длительного послеоперационного периода, длительной тампонады, снижает экономические затраты.

Литература

1. Борисенко О.Н. (1997) Хирургическая анатомия задней стенки барабанной полости. Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 5: 40-48
2. Енин И.П. (1999) Реабилитация больных хроническим гнойным средним отитом. Вестн. Отоларинголог. 2: 5-7
3. Иськив Б.Г. (1988) Ближайшие и отдаленные результаты закрытой меатотимпанопластики у больных с ХГСО. Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 6: 19-24
4. Іськів Б.Г., Пелешенко О.О. (1997) "Відкрита" та "закрита" тимпанопластика. Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1: 1-8
5. Blaney S.P.A., Tierney P., Oyarazabal M., Bowdler D.A. (2000) CT scanning in"second look" combined approach tympanoplasty. Rev Laryngol Otol Rhinol. Vol. 2: 79-81
6. Espinosa J. (1989) Anatomic chirurgical de retrotympanum: cur 25 os temporaux. Rev Laryngol. Vol. 11; 5: 507-515
7. Gersdorf M., Vilain J. (1989) Long-term results of various surgical treatments for cholesteatoma. In: Cholesteatoma and mastoid surgery. Proceeding of the Third International Conference on Cholesteatoma and Mastoid surgery held in Copenhagen, Danmark, June 5-9,1988, edited by M. Tos, J. Thomsen, E. Peitersen. Kugler & Ghedins Publ; P. 967-973
8. Harkness P., Brown P., Fowler S., Grant H., Ryan R., Topham J. (1995) Mastoidectomy audit:results of the Roral College of Surgeons of England comparative audit of ENT surgery. Clin Otolaryngol. Vol. 20: 89-94
9. Jnsen C.W. (1985) Intact wall for cholesteatoma. Am J Otol. 6: 3-4
10. Lau T., Tos M. (1986) Long-term results of surgery for granulating otitis. Am J Otol. 7: 341-345
11. McKennan K.X. (1990) Endoscopic second look mastoidectomy to rule out residual epitimpanic / mastoid cholesteatoma. Laryngoscope. 100: 679-681
12. Roden D., Honrudia V.F., Wiet R. (1996) Outcome of residual cholesteatoma and hearing in mastoid surgeru. J Otolaryngol. Vol. 25; 3: 178-181
13. Rosenberg S.I., Silverstein H., Hoffer M., Nikols M. (1995) Use of endoscopes for chronic ear surgery in children. Arch. Otolaryngol. Head Nech Surgery. 121: 870-872
14. Straus P. (1978) Residual and recurrent cholesteatoma at preservation of the external auditory bony canal. Arch Oto-Rhino-Laryngol. Vol. 219; 2: 467-468
15. Thomassin J.M., Korhia D., Doris J.M.D. (1993) Endoscpie guided otosurgeru in the prevention of residual cholesteatoma. Laryngoscope. 103: 939-943
16. Wayoff M., Charachon R., Roulleau P., Lacher G., Deguine Ch. (1982) Le traitement chirurgical du cholesteatome de l'oreille moyenne. (Paris). "Librairie Arnette". 227 p.
17. Youssef T.E., Poe D.S. (1997) Endoscope-assisted Second-Stage Tympanomastoidectomy. Laryngoscope. 107: 1341-1344

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2003) Vol. 7; 1: 24-28

ЕНДОСКОПІЧНЕ КЛІПУВАННЯ ВИРАЗОК ШЛУНКУ І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ ПРИ ТРИВАЮЧІЙ КРОВОТЕЧІ

Нікішаєв В.І.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Україна

Endoclipping for Active Bleeding from Stomach and Duodenal Ulcers

V.I. Nikishaev

Kiev municipal emergency hospital, Ukraine

Summary

The results of the treatment of 272 patients with active bleeding from stomach and duodenal ulcers were studied. We applied endoclipping in 41 cases, electrocautery prior endoclipping in 26 cases, injection therapy prior endoclipping in 39 cases and we used only electrocautery in 166 cases. Hemostasis was achieved in all but two (1,4%) cases in which were used electrocautery. Endoclipping is a more effective, safer and simpler method in achieving hemostasis and in prophylaxis of the recurrence bleeding as in comparison with the electrocautery. In cases of spurting and oozing bleeding application of the injection therapy or electrocautery prior endoclipping make possible to use less quantity of clips than application of the endoclipping alone.

Key words: ulcer, bleeding, endoscopic hemostasis, endoclipping.

Вступ

Шлунково-кишкові кровотечі, незважаючи на удосконалювання методів лікування, залишаються складною проблемою хірургічної гастроентерології. Розроблені за останні два десятиліття ендоскопічні методи гемостазу відкрили нові можливості в лікуванні цієї патології, забезпечуючи значно кращі результати в порівнянні з медикаментозною терапією і хірургічним лікуванням [7, 8, 15, 16, 26]. Ендоскопічна ін'єкційна терапія (ЕІТ) і теплова терапія — найчастіше використовується для ендоскопічного гемостазу. Кожний метод має високий відсоток успіху. Проте, незалежно від використовуваного методу, рецидив кровотечі зустрічається в 10-28% пацієнтів [2, 4, 5, 12, 13, 16-18]. Загальний недолік теплових методів і ЕІТ із уведенням склерозуючих речовин — ушкодження тканин з некрозом і можливою перфорацією [7, 14].

Більш 25 років тому Hayashi T. зі співавторами (1975) описав застосування ендокліпс. Пізніше Hachisu удосконалив кліпатор (1988). Новий ротаційний кліпатор дозволив полегшити накладання кліпси, заподіюючи мінімальну травму тканинам для досягнення гемостазу. Застосування ендоскопічного кліпування було безпечно й ефективно [1, 9-11, 19-21, 23, 25]. У літературі є невелика кількість робіт присвячених порівнянню ефективності різних ендоскопічних методик гемостазу. При порівнянні кліпування з ЕІТ Chung I.K. с співавторами (1999) одержав однакові результати, а Villanueva C. с співавторами (1996) відзначив кращі результати при застосуванні кліпування і комбінації ЕІТ із кліпуванням, хоча кліпси не змогли бути застосовані в 27% пацієнтів. Порівняння застосування теплового зонда з кліпуванням проведене Cipolletta L. с співавторами (2001) показало кращі результати при кліпуванні, хоча неефективність теплової терапії в 40% пацієнтів і рецидив кровотечі в 21% був явно вищий, ніж в інших авторів [18, 22, 24].

Матеріали і методи

Нами були вивчені результати лікування 272 хворих із триваючою кровотечею з виразок шлунка і дванадцятипалої кишки. Хворі були розподілені на чотири групи. Хворим 1 групи (41 чоловік) проводилося кліпування, 2 групи (26 пацієнтів) — кліпування після попередньої електрокоагуляції, 3 групи (39 пацієнтів) — кліпування після попередньої зупинки кровотечі ЕІТ, 4 групи (166 пацієнтів) — електрокоагуляція. Електрокоагуляцію здійснювали мо-

нополярним способом. ЕІТ проводили шляхом введення 0,25% розчину новокаїну в кількості від 5 до 35 мл. Ендоскопічне кліпування здійснювали за допомогою ротаційних кліпаторів HX-5LR-1, HX-6UR-1 (Olympus). При кровотечі з виразок до 1,8-2,5 см у діаметрі використовували кліпси MD-850 (HX-600-135), якими намагалися звести краї виразки, починаючи з периферії. При виразках великих розмірів із щільним (кальозним) дном застосовували ендокліпси MD-59 (HX-600-090), для стискання безпосередньо судини з прилеглими тканинами, а MD-850 для стискання після попереднього вбивання кліпси в тканини. Обидва типи кліпс мають однакову довжину — 6 мм. Відкриття кліпс MD-59 здійснюється до 90°, а MD-850 до 130°. Коли кліпси цілком відкриті, відстань між кінчиками складає 12 мм. На одне джерело кровотечі накладалося від 1 до 8 кліпс (Мал. 1). Бранши кліпси розкривалися безпосередньо перед джерелом кровотечі (Мал. 2). При вбиванні кліпс їх намагалися розташувати перпендикулярно до дефекту слизової оболонки, а стискання країв дефекту чи судини здійснювали і під гострим кутом до поверхні слизової оболонки.

Після досягнення гемостазу за ділянкою, що кровоточила (Мал. 3), спостерігали протягом 5 хвилин (Мал. 4), із застосуванням водної іригації. Якщо кровотеча продовжувалася, аналогічний гемостаз повторювали, поки вона не припинялася. Під неефективністю зупинки кровотечі ми маємо на увазі постійну цівкову кровотечу, чи кровотечу що просочується, з виразки наприкінці процедури.

Клінічні і ендоскопічні характеристики пацієнтів були однокові в чотирьох групах. По класифікації Forrest J.A.H. хворі розподілялися таким чином: 1 група: 1А — 18 пацієнтів, 1В — 23; 2 група: 1А — 14, 1В — 12; 3 група: 1А — 19, 1В — 20; 4 група: 1А — 79, 1В — 87. Джерелом кровотечі були: виразки шлунка — у 91, виразки дванадцятипалої кишки — у 181.

Ендоскопічний огляд здійснювали за допомогою ендоскопів фірми Olympus GIF XQ10, GIF Q20 і відеоендоскопу Fujinon W-88. Повторна ендоскопія проводилася через 2-4 години після першої у хворих з цівковою кровотечею, 4-6 годин у хворих із кровотечею що просочується, і 12-24 години в наступному. Якщо ендоскопічних ознак недавньої кровотечі не було знайдено на дні виразки, ендоскопічне спостереження за хворим припинялося.

Отримані результати статистично оброблялися, визначаючи критерій Пірсона (χ^2) і Ст'юдента.

Результати

При виконанні ендоскопічного гемостазу не вдалося зупинити кровотечу тільки в 2 (1,4%) хворих четвертої групи з активною цівковою кровотечею з глибокої кальозної виразки шлунку (1 пацієнт) і дванадцятипалої кишки (1). Вони були оперовані в екстреному порядку.

Для зупинки триваючої (цівкової і що просочується) кровотечі на виразку накладалася більша кількість кліпс, чим після зупинки кровотечі з застосуванням коагуляції чи ЕІТ (3,24±0,19 проти 2,3±0,12 і 2,2±0,07 відповідно). При активній цівковій кровотечі накладалося 3,61±0,37 кліпс. Після зупинки кровотечі з застосуванням коагуляції накладалося 2,36±0,13 кліпс, а після ЕІТ — 2,21±0,09. Так само при кровотечі що просочується, необхідно було накласти більшу кількість кліпс, чим при кліпуванні після зупинки з застосуванням коагуляції чи ЕІТ, (2,96±0,17 проти 2.25±0,22, і 2,1±0,1 відповідно).

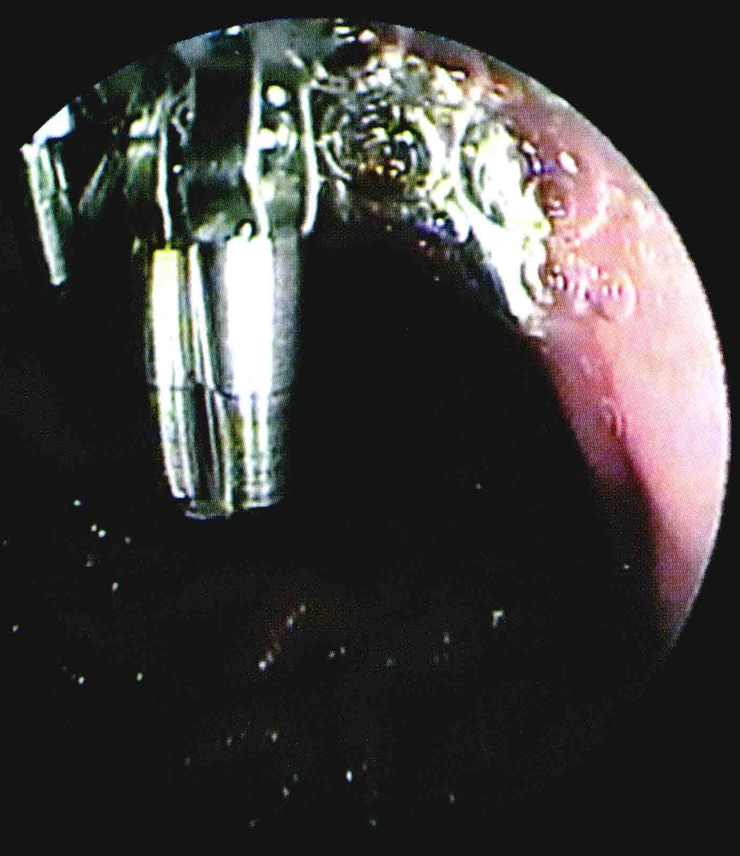
Рецидив кровотечі через 3 доби був діагностований в одного хворого (2,3%) після накладення ендокліпс при кровотечі, що просочується, з виразки діаметром 2,7 мл. У даному випадку застосовувалося вбивання кліпс у дно виразки. У зв'язку з рецидивом кровотечі цей хворий був негайно оперований. З 164 хворих четвертої групи рецидив кровотечі розвинувся в 15 (9,1%) пацієнтів. При цівковій кровотечі він виник в 10 (12,7%), а при кровотечі, що просочується, у 5 (5,7%) пацієнтів. Повторний ендоскопічний гемостаз був успішний у 14 пацієнтів. У зв'язку з рецидивом кровотечі були негайно оперовані 7 пацієнтів, а в ранньому відстроченому періоді після досягнутого ендоскопічного гемостазу — 5.

При повторних ендоскопічних дослідженнях відзначалося збільшення розмірів виразок після проведення електрокоагуляції. Ускладнень пов'язаних з ЕІТ і кліпуванням не було. Кліпси відійшли самостійно в термін до 3 тижнів і тільки у 2 хворих були ендоскопічно видалені через 3 місяці.

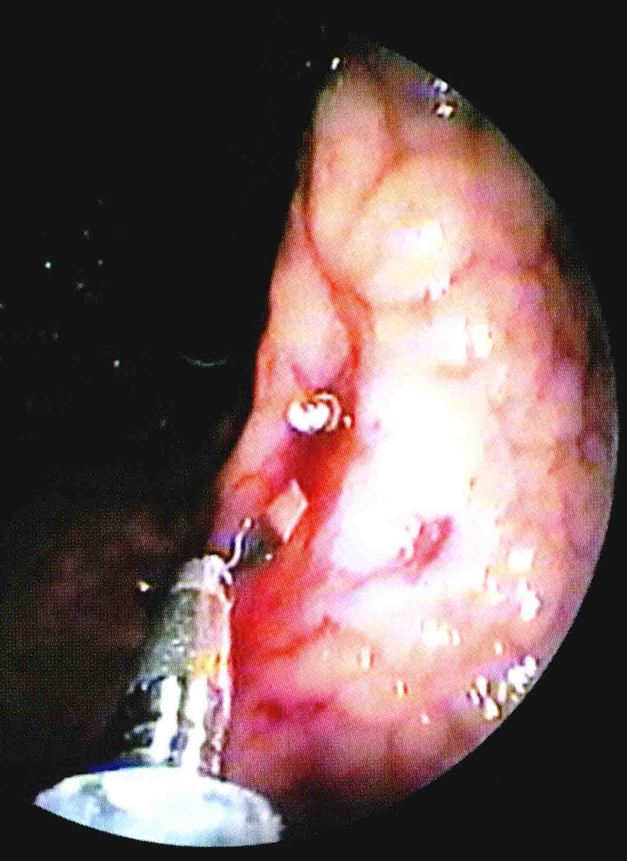
Таким чином, наш досвід показує високу ефективність, безпеку і простоту застосування ендоскопічного кліпування для досягнення гемостазу і велику ефективність у профілактиці рецидиву кровотечі з виразок у порівнянні з електрокоагуляцією ($p<0,01$). Вірогідно меншу кількість кліпс необхідно накладати на виразку після попередньої зупинки за допомогою коагуляції чи ЕІТ цівкової, чи кровотечі, що просочується, чим просто кліпування ($p<0,05$).

Обговорення

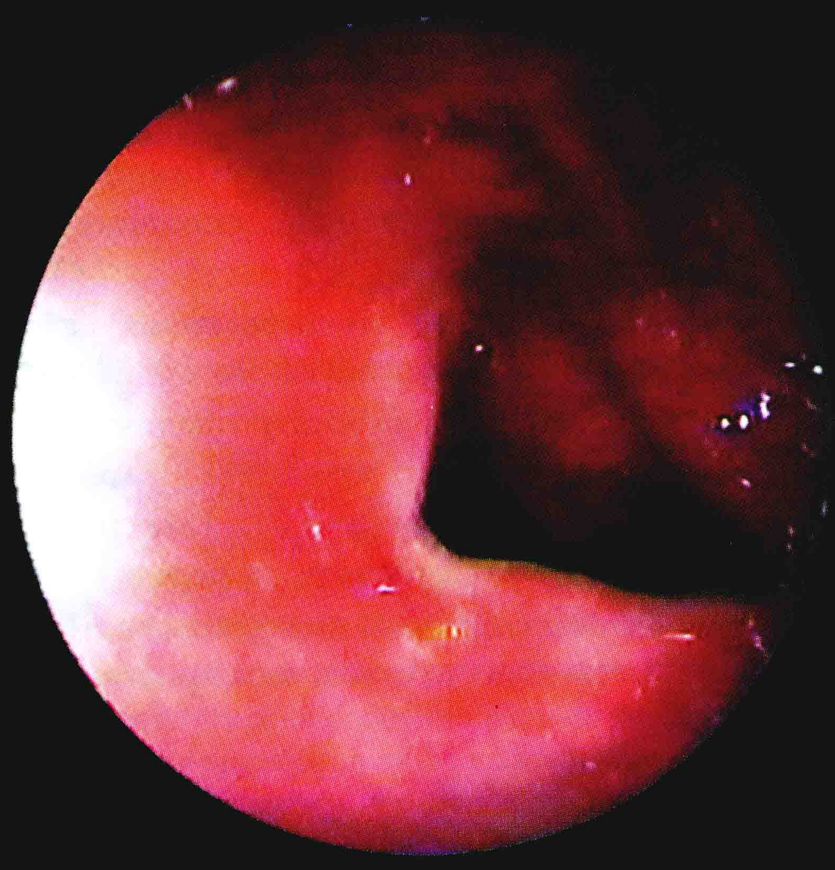
Є кілька проблем і шляхів їхнього вирішення пов'язаних із кліпуванням. Перша: затримка часу на заміну кліпс. Рішення — мати декілька кліпаторів. Друга: необхідно щоб кліпатор знаходився під потрібним кутом до тканин. Виникають технічні труднощі в накладанні кліпс на задню стінку тіла, кардію та антральний відділи шлунку. Для рішення цієї проблеми нами був розроблений метод комбінованого гемостазу. Пропонований метод полягає в наступному. У ході езофагогастродуоденоскопії шляхом активної водної іригації виявляють джерело кровотечі (Мал. 5, 6). Потім в інструментальний канал ендоскопу вводять інжектор яким робиться укол дистальніше краю дефекта слизової оболонки (Мал. 7). У підслизовий і м'язовий шари вводять стерильний 0,9% розчин хлориду натрію в кількості, необхідній для підняття дистального краю дефекту і переходу патологічного вогнища в площину, зручну для накладення ендокліпс і зупинки кровотечі (Мал. 8, 9). Після видалення інжектора в інструментальний канал вводиться ендоскопічний кліпатор (Мал. 10). При цьому створюються умови для накладення кліпс під кутом до поверхні дефекту слизової, що наближається до



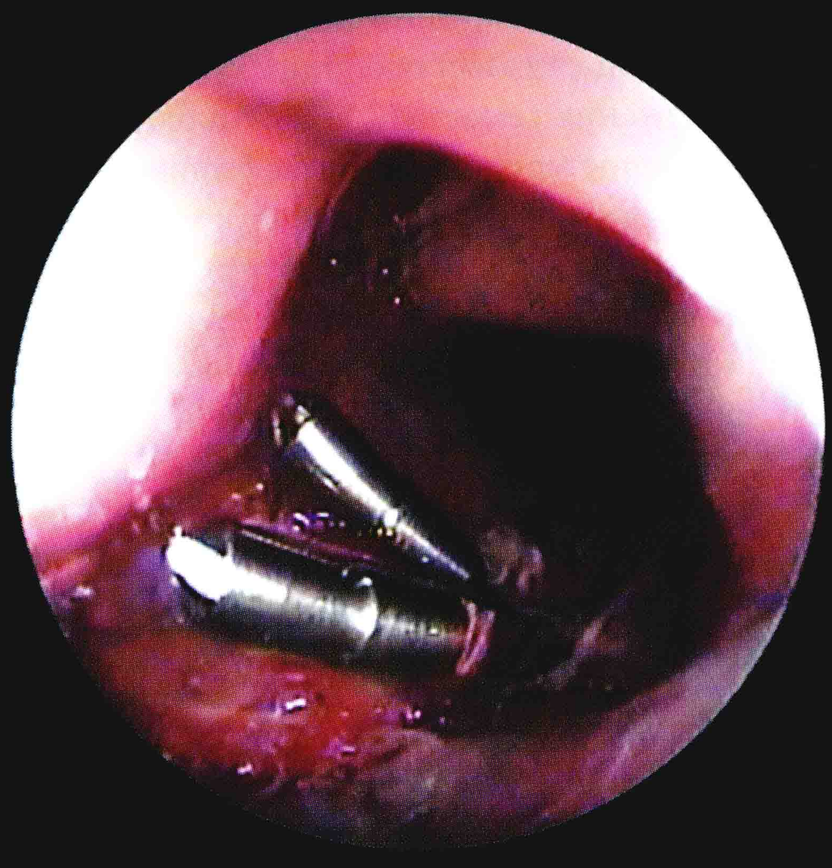
Мал. 1. Виразка шлунку після кліпування.



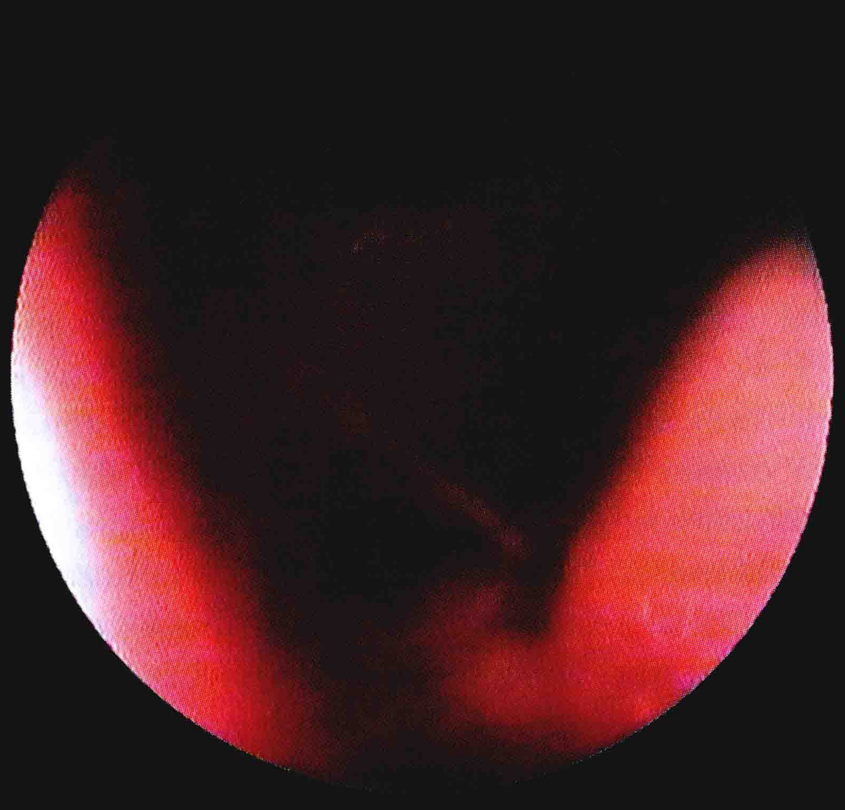
Мал. 2. Кліпування кровоточивої виразки шлунку.



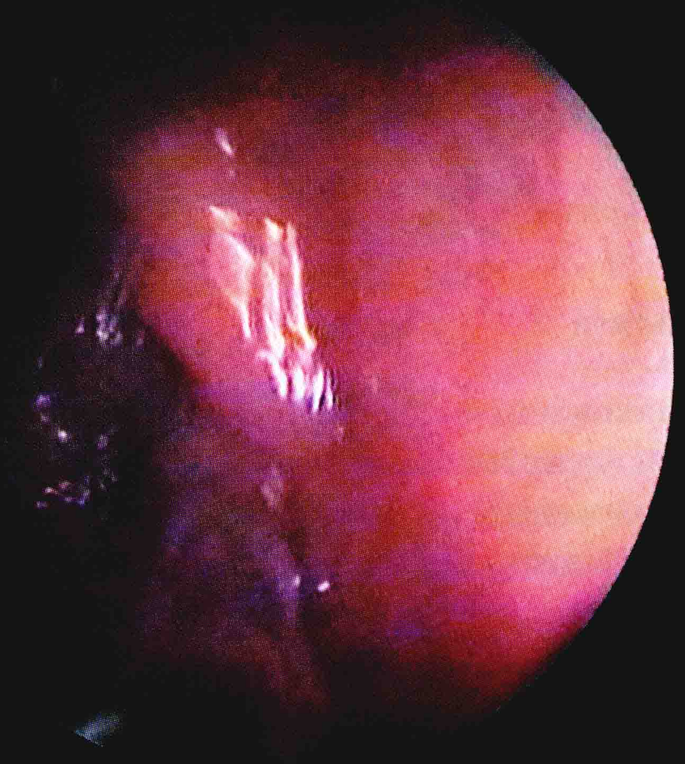
Мал. 3. Кровоточива виразка дванадцятипалої кишки.



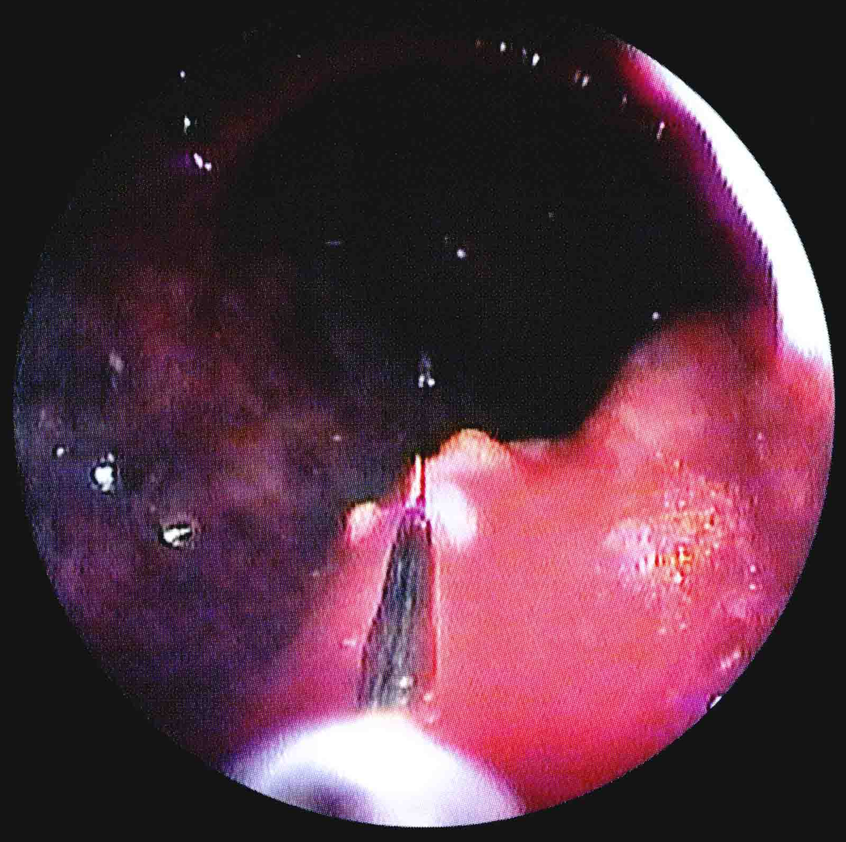
Мал. 4. Виразка дванадцятипалої кишки після кліпування.



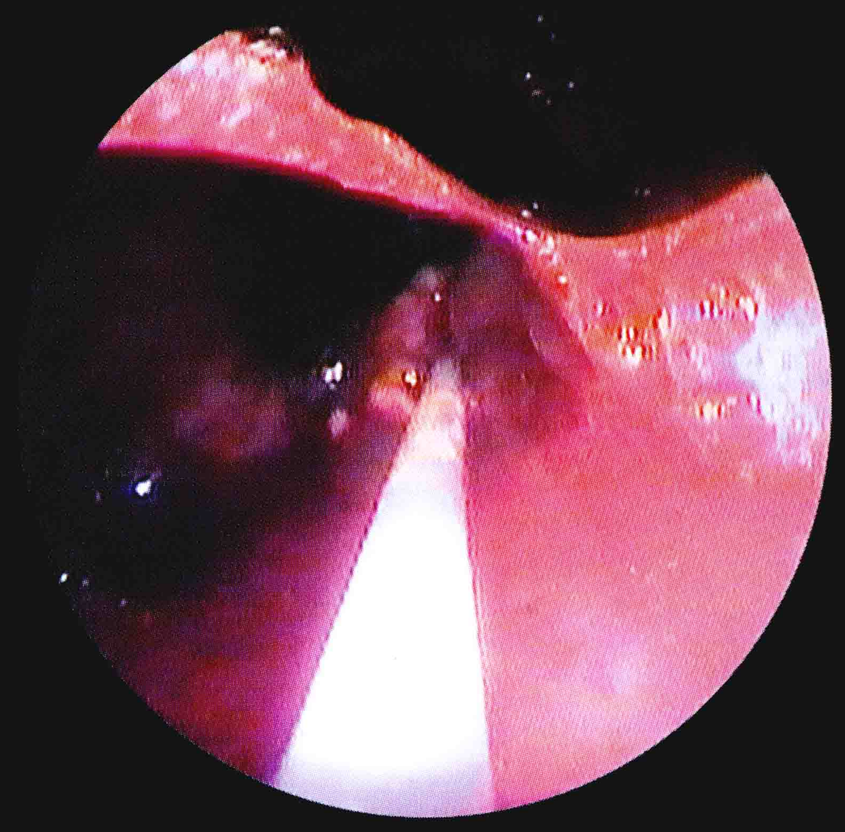
Мал. 5. Цівкова кровотеча з виразки шлунку.



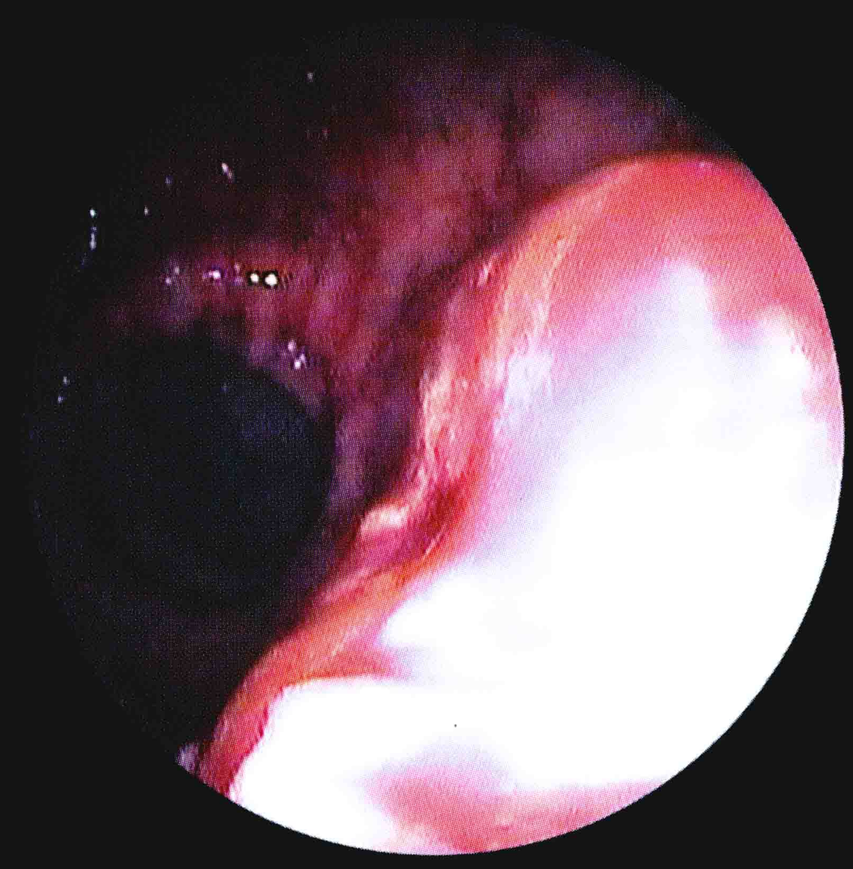
Мал. 6. Активна водна ірігація джерела кровотечі.



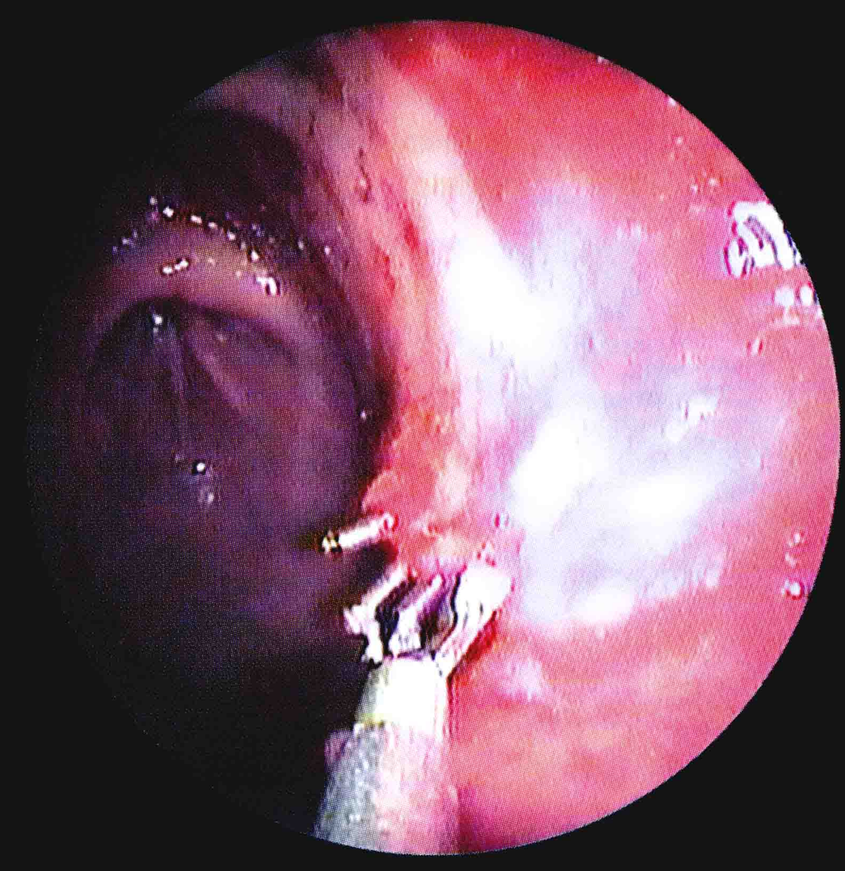
Мал. 7. Виведення інжектора з біопсійного каналу ендоскопу.



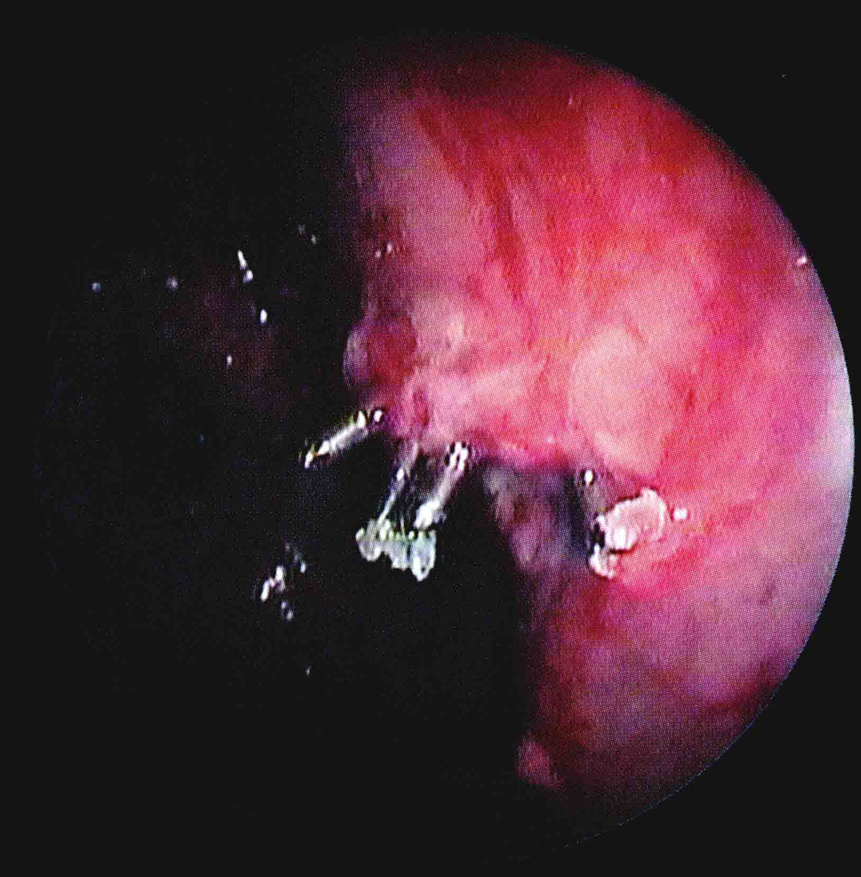
Мал. 8. Введення розчину в дистальний край виразки.



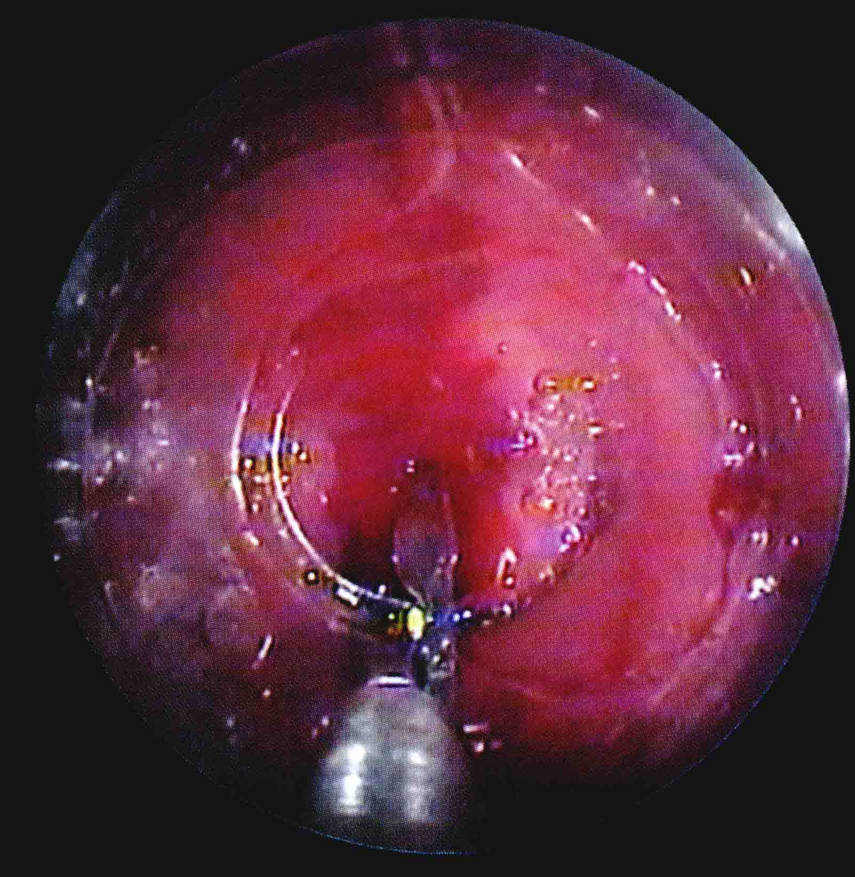
Мал. 9. Виразка після ЕІТ.



Мал. 10. Кліпування виразки шлунку після ЕІТ.



Мал. 11. Виразка шлунку після кліпування.



Мал. 12. Кліпування виразки дванадцятипалої кишки за допомогою дистального ковпачка.

прямого, що є оптимальним для проведення ендоскопічного кліпуванням (Мал. 11). При вираженій рубцевій деформації цибулини дванадцятипалої кишки проведення кліпування буває утруднено, а іноді і не можливо. Використання дистальних ковпачків на кінчику ендоскопа (Мал. 12) може трохи полегшити виконання процедури, але не завжди. Усього нами було зроблено 117 спроб кліпування, але не вдалося її виконати в 11 (9,4%) пацієнтів. Третя: можливість ушкодження судини відкритою кліпсою. Необхідно чітко визначати відстань між кінчиком кліпси й ушкодженням. Четверта: ендоскопіст і його помічник повинні бути добре навчені, і працювати узгоджено, щоб досягти ендоскопічного гемостазу.

Висновки

1. Ендоскопічне кліпування є ефективним, безпечним і простим в застосуванні методом досягнення гемостазу і профілактики рецидиву кровотечі з виразки шлунку і дванадцятипалої кишки.
2. Комбінація методів типу ЕІТ і кліпування, коагуляції і кліпування ефективні при активній кровотечі, тому що допомагають візуалізувати судину, що кровоточить, яка потім кліпуються меншою кількістю кліпс.

Література

1. Binmoeller K.F., Thonke F., Soehendra N. (1993) Endoscopic hemoclips treat-ment for gastrointestinal bleeding. Endoscopy. Vol. 25: 167-170
2. Choudari C.P., Rajgopal C., Palmer K.R. (1992) Comparison of endoscopic injection therapy versus the heater probe in major peptic ulcer hemorrhage. Gut. Vol. 33: 1159-1161
3. Chung I.K., Ham J.S., Kim H.S., Park S.H., Lee M.H., Kim S.J. (1999) Comparison of the hemostatic efficacy of the endoscopic hemoclip method with hypertonic saline-epinephrine injection and a combination of the two for the management of bleeding peptic ulcers. Gastrointest Endosc. Vol. 49: 13-18
4. Chung S.C., Leung J.W., Sung J.Y., Lo KK., Li A.K. (1991) Injection or heat probe for bleeding ulcer. Gastroenterology. Vol. 100: 33-37
5. Cipolletta L., Bianco M.A., Rotondano G., Piscopo R., Prisco A., Garofano M.L. (1998) Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of major peptic ulcer bleeding. Gastrointest Endosc. Vol. 48: 191-195
6. Cipolletta L., Bianco M.A., Marmo R., Rotondano G., Piscopo R., Vingiani A.M., Meucci C. (2001) Endoclips versus heater probe in preventing early recurrent bleeding from peptic ulcer: a prospective and randomized trial. Gastrointest Endosc. Vol. 53: 147-151
7. Cook D.J., Guyatt G.H., Salena B.J., Laine L.A. (1992) Endoscopic ther-apy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. A meta-analysis. Gastroenterology. Vol. 102: 139-148
8. Gralnek I.M., Jensen D.M., Gornbein J., Kovacs T.O., Juthaba R., Freeman M.L., et al. (1998) Clinical and economic outcomes of indi-viduals with severe peptic ulcer hemorrhage and nonbleeding visible vessel: an analysis of two prospective clinical trials. Am J Gastroenterol. Vol. 93: 2047-2056
9. Hachisu T. (1988) Evaluation of endoscopic hemostasis using an improved clipping apparatus. Surg Endosc. Vol. 2: 13-17
10. Hayashi T., Yonezawa M., Kawabara T. (1975) The study on staunch clip for the treatment by endoscopy. Gastroenterol Endosc. Vol. 17: 92-101
11. Hokama A., Uehara T., Nakayoshi T., Uezu Y., Tokuyama K., Kinjo F., et al. (1997) Utility of endoscopic hemoclipping for coionic diverticular bleeding. Am J Gastroenterol. Vol. 92: 543-544
12. Inadomi J., Koch J., Cello J.P. (1995) Long-term follow-up of endoscopic treatment for bleeding gastric and duodenal ulcers. Am J Gastroenterol. Vol. 90: 1065-1068
13. Jaramillo J.L., Carmona C., Galvez C., de la Mata M., Mino G. (1993) Efficacy of the heater probe in peptic ulcer with a non bleeding visible vessel. A controlled randomized study. Gut. Vol. 34: 1502-1506
14. Kumar P., Fleischer D.E. (1997) Thermal therapy for gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc Clin N Am. 7: 593-609
15. Laine L., Peterson W.L. (1994) Bleeding peptic ulcer. New Engl J Med. 331: 717-727
16. Laine L. (1990) Multipolar electrocoagulation vs injection therapy in the treatment of bleeding peptic ulcers. Gastroenterology. 99: 1303-1306
17. Lin H.J., Lee F.Y., Kang W.M., Tsai Y.T., Lee S.D., Lee C.H. (1990) Heater probe thermocoagulation and pure alcohol injection in massive peptic ulcer hemorrhage: a prospective, randomized, con-trolled trial. Gut. 31: 753-757
18. Llach J., Bordas J.M., Salmeryn J.M., Panis J., Garcia-Pagon J.C., Feu F., Navasa M., Mondelo F., Piqui J.M., Mas A., Teris J., Rodis J. (1996) A prospective randomized trial of heater probe thermocoagulation versus injection therapy in peptic ulcer hemorrhage. Gastrointest Endosc. 43: 117-120
19. Nagayama K., Tazawa J., Sakai Y., Miyasaka Y., Yu S., Sakuma I., et al. (1999) Efficacy of endoscopic clipping for bleeding gastro-duodenal ulcer: comparison with topical ethanol injection. Am J Gastroenterol. 94: 2897-2901
20. Ohta S., Yukioka T., Ohta T., Miyagatani Y., Matsuda H., Shimazaki S. (1996) Hemostasis with endoscopic hemoclipping for severe gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Am J Gastroenterol. 91: 701-704
21. Scapa E. (1997) Treating gastrointestinal bleeding with endoscopic hemoclips. Surg Laparosc Endosc. 7: 94-96
22. Sollano J.D., Ang V.N., Moreno J.A. (1991) Endoscopic hemostasis of bleeding peptic ulcers: 1:10000 adrenalin injection vs. 1:10000 adrenalin +1% aethoxysclerol injection vs. heater probe. Gastroenterol Jpn. Vol. 26; Suppl 3: 83-85
23. Sueoka N., Koizumi N., Inokuchi K., Wakabayashi I. (1997) Combined endoscopic clipping and ethanol injection for treatment of Dieulafoy's lesions in the duodenum [letter]. Gastrointest Endosc. 46: 574-575
24. Tekant Y., Goh P., Alexander D.J., Isaac J.R., Kum C.K., Ngoi S.S. (1995) Combination therapy using adrenaline and heater probe to reduce rebleeding in patients with peptic ulcer haemorrhage: a prospective randomized trial. Br J Surg. Vol. 82; 2: 223-226
25. Teo E.K., Fock K.M. (1998) Dieulafoy's disease treated by endoscopic hemostatic clipping. J Gastroenterol Hepatol. 13: 320-321
26. Thomopoulos K.C., Nikolopoulou V.N., Katsakoulis E.C., Mimidis K.P., Margaritis V.G., Markou S.A., et al. (1997) The effect of endoscopic injection therapy on the clinical outcome of patients with benign peptic ulcer bleeding. Scand J Gastroenterol. 32: 212-216
27. Villanueva C., Balanzo J., Sabat M., Gallego A., Ortis J., Soriano G., et al. (1996) Injection therapy alone or with endoscopic hemoclip for bleeding peptic ulcer. Preliminary results of a randomized trial [abstract]. Gastrointest Endosc. 43: 281