МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МІНІСТЕРСТВА ОБОРОНИ УКРАЇНИ

УКРАЇНСЬКИЙ ФОНД ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ
НЕЙРОЕНДОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743 X

Volume 12 No 3
2008

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ АСОЦІАЦІЇ ЛІКАРІВ ЕНДОСКОПІСТІВ УКРАЇНИ

Керівник проєкту з 1996 року
Данчин А. О.

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

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

Заснований у 1996 р.

Видається 4 рази на рік.

Затверджено ВАК України 1997/1999 р.

Затверджено Міжнародним Центром ISSN 5.VII.1998 р.

"Ukrains'kij žurnal maloinvazivnoї ta endoskopičnoї hirurgii"
(Ukr. ž. maloinvazivnoї endosc. hir.)

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

Established in 1996.

Published quarterly.

Засновник
Український фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії

Видавник
Київський клінічний госпіталь

Мова видання
українська, російська, англійська.

Сфера розповсюдження
загальнодержавна, зарубіжна.

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

Підписано до друку 23.IX.2008

Особиста подяка за сприяння
Демехіну В. А.

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

Головний редактор
Данчин О. Г.

Заступник головного редактора
Бойчак М. П.

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

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

Шеф-редактор
Алхазян А. А.

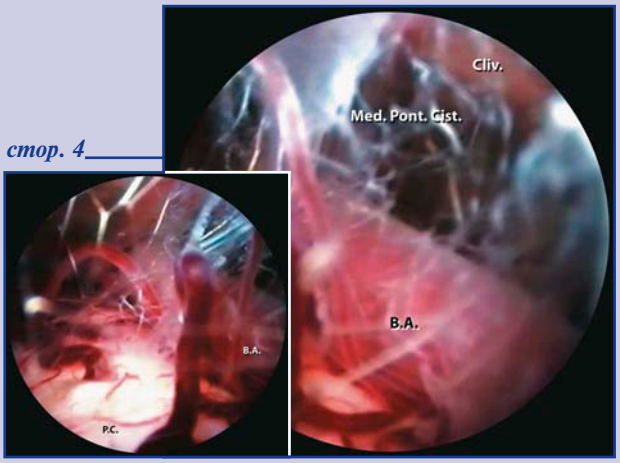
Адреса редакції
01133, Київ, вул. Госпітальна, 18
тел./факс: (044) 522-8379

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

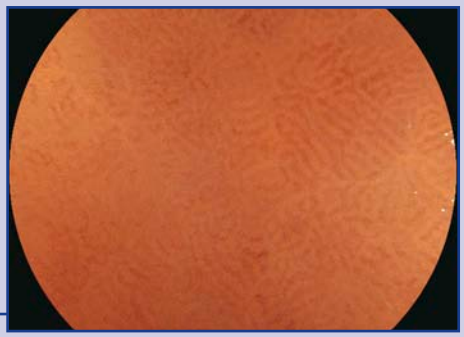
КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

4 **Эндоскопическая кистокруроцистерностомия в глазодвигательно-тенториальном треугольнике при арахноидальных кистах средней черепной ямки третьего типа**
Данчин А.Г., Полищук Н.Е., Данчин А.А.

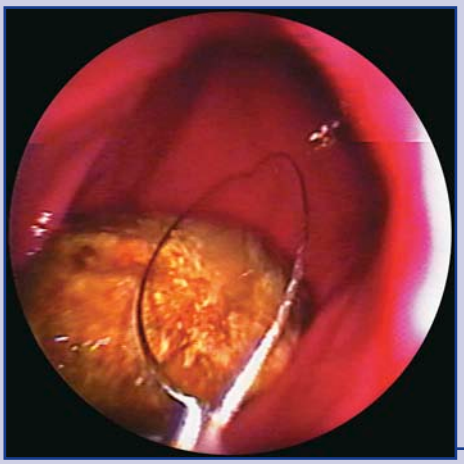
Surgery of Middle Fossa Arachnoid Cysts — Endoscopic Cystocrurocisternostomy in Oculomotor-Tentorial Region
A.G. Danchin, N.E. Polischyk, A.A. Danchin



стор. 4



стор. 13



стор. 19

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

13 **Видеоэндоскопия с увеличением в выявлении отсутствия *Helicobacter pylori* и изменений подэпителиальных капилляров при наличии *Helicobacter pylori* — собенности строения подэпителиальных капилляров после проведенной эрадикационной терапии**
Никишаев В.И.

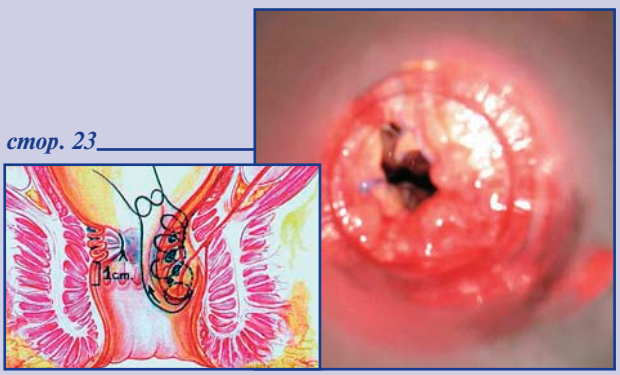
Revealing Changes of Submucosal Capillaries at Presence *Helicobacter Pylori* by Means of Videoendoscopy With Magnification — Features Structure of Submucosal Capillaries After Eradication Therapy
V.I. Nikishaev

19 **Фітобезоари шлунка в ендоскопічній практиці**
Бурий О.М., Терешкевич І.С., Мошковський Г.Ю., Раздобудько Ю.М.

Stomach Bezoars in the Endoscopic Practice
O.M. Buriy, I.S. Tereshkevich, G.Yu. Moshkovskiy, Yu.M. Rozdobudko

23 **Особливості методики *THD* в лікуванні геморою**
Палієнко Р.К., Андієць В.С., Клюзко І.В., Яцентюк В.Г.

Peculiarities of *THD* Method in Hemorrhoids Treatment
R.K. Paliyenko, V.S. Andriyets, I.V. Kluzko, V.G. Yutzentuk



стор. 23

КОНФЕРЕНЦІЇ

29 **Перший анонс — III симпозіум "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія"**
Україна, м. Миколаїв, 28 - 29 травня 2009 р.

ЮВІЛЕЇ

30 **Володимиру Михайловичу Мельнику,**
начальнику клініки реанімації і анестезіології Головного військового клінічного госпіталю МО України — 50 років

31 **Володимиру Івановичу Нікішаєву,**
Головному спеціалісту МОЗ України зі спеціальності "Ендоскопія", Президенту асоціації лікарів-ендоскопістів України — 50 років

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2008
© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії, 2008
© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2008
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, 2008
© 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.

Вельмишановні автори!
Запрошуємо Вас надсилати статті/рукописи на адресу редакції!

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743 X

Редакція "Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії" **безкоштовно публікує оригінальні** (не комерційні) **статті, та кольорові репродукції до них.**

Редакція приймає статті та рукописи авторів на окремих файлах у форматі Win Word на CD або дискетах типу MFD_2 HD. Рукописи, ілюстрації, дискети та ін. не повертаються. Редакція приймає статті на українській, російській та англійській мовах.

Також Ви маєте можливість надіслати статтю/рукопис/ілюстрації на електрону адресу редакції: bomartin@yandex.ru

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

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

Для прискорення роботи авторів дуже просять готувати рукописи відповідно до слідуючих інструкцій:

1. Рукопис повинен бути надрукований **Times New Roman**, 12, через 1,5 інтервали на аркуші форматом А4 (21×29,7 см).

2. Титульний лист повинен мати на українській (або російській) мові та на англійській мові **назву статті та імена авторів, заклад, клініку, відділення,** в якому виконано роботу, адресу закладу для кореспонденції. Далі, сторінки рукопису повинні бути пронумеровані послідовно.

3. Чітке відокремлення друкованого аркуша — важлива допомога читачам. **Кожна стаття повинна мати:** узагальнення (**summary**), вступ, матеріали та методи, результати, обговорення, література.

4. Узагальнення повинно бути на англійській мові (summary), мати короткий огляд основних положень роботи. Його розмір може складати від 1/2 до цілої сторінки. Додайте не більше 4 ключових слів у кінці.

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

6. В частині **матеріали та методи** повинен бути представлений короткий, але чіткий опис, наприклад, основної методики оперативного втручання, або яким чином виконувався експеримент, яка апаратура та техніка використовувалась, обсяг клінічного матеріалу і його підрозділ, види та кількість експериментів і т.д. Ця частина повинна дозволити читачеві контролювати, повторювати і продовжувати наукову роботу авторів.

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

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

9. Список літератури (у статті — **Література**) повинен бути представлений в алфавітному порядку, пронумерований та ідентифікований з номерами в тексті.

Згадування журналу повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації у округлих дужках, повну назву статті, назву журналу — скорочення відповідно "Index Medicus", номер тому (якщо є), номер журналу, перші та останні номери сторінок.

- Борисов А.П., Григорьев С.Г. (1998) Классификация малоинвазивных хирургических вмешательств. Эндоскопическая хирургия. 4: 30-31
- Fay T., Grant F.C. (1923) Ventriculoscopy and intraventricular photography in internal hydrocephalus. JAMA. 46; 80: 461-463

Посилання на книгу, методичні рекомендації повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в округлих дужках, повну назву книги, місце публікації в округлих дужках, видавництво та кількість сторінок.

- Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б., Левина Г.Я. (1986) Компьютерная томография мозга. (Москва). "Медицина". 256 с.
- Зозуля Ю.А. (1981) Методические рекомендации по диагностике и лечению травматических внутричерепных гематом у больных различных возрастных групп. (Киев). "Здоровье". 25 с.
- Grossman C.B. (1990) Magnetic resonance imaging and computed tomography of the head and spine. (Baltimore). *Williams and Wilkins, eds.* 280 p.

Посилання на дисертацію повинно включати: прізвище та ініціали автора, рік публікації в округлих дужках, повну назву дисертації, науковий ступінь пошукача, місце публікації в округлих дужках, кількість сторінок.

- Бхат А.К. (1987) Диагностика и лечение травматических двусторонних субдуральных гематом. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Киев). 18 с.

Посилання на тезиси повинно включати: прізвище(а) та ініціали автора(ів), рік публікації в округлих дужках, повну назву тезисів, назва конференції, місце публікації в округлих дужках, перші та останні номери сторінок.

- Блинов Е.И. (1982) Распознавание и лечение хронических внутричерепных гематом. Тез. докл. *III Всесоюзного съезда нейрохирургов*. (Москва). с. 23-24
- Danchin A.G. (1997) Endoscopic assisted microsurgery of lateral herniated lumbar disks. In Abstract Book: *Third Congress on Minimally Invasive Neurosurgery*. (France). pp 28-29

10. Ілюстрації мають надаватися на окремих файлах, в форматі TIFF або JPEG (maximum quality) з розподільчою здатністю **300 dpi,** та **розміром** не меншим за розмір **репродуціювання**. Категорично **не допускається** надання зображень **імпортованих** у програму **MSWord** або **CorelDraw.**

11. Схеми і графіки повинні бути розбірливими. Доречно виконання графіків або схем за допомо-гою засобів Microsoft Ofice, або у кривих.

12. Будь ласка, додайте **у кінці статті** повні імена, титули та повну адресу всіх авторів, закладів, в яких виконано роботу, країну і місто. Вкажіть: з ким, по якій адресі і по якому телефону редакція буде при необхідності мати контакт.

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

Редакція "Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"
Клініка нейрохірургії та неврології
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел./факс: +38 (044) 522-83-79
Тел.: +38 (044) 521-82-87
e-mail: bomartin@yandex.ru

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2008) Vol. 12; 3: 4-12

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КИСТОКРУРОЦИСТЕРНОСТОМИЯ В ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНО-ТЕНТОРИАЛЬНОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ ПРИ АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТАХ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ТРЕТЬЕГО ТИПА

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

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины, Киев
Кафедра нейрохирургии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина

Surgery of Middle Fossa Arachnoid Cysts – Endoscopic Cystocrurocisternostomy in Oculomotor-Tentorial Region

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

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

Received: June 7, 2008
Accepted: July 28, 2008

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

Summary

We describe new endoscopic operation – *cystocrurocisternostomy in oculomotor-tentorial region*, between oculomotor nerve, tentorial edge and pedunculus cerebri in case of middle fossa arachnoid cyst III type of two young men that suffered from heavy head pain. Endoscopic approach (a burr-hole) in upper part of a cyst allows to penetrate cyst wall and to connect arachnoid cyst with crural and interpeduncular subarachnoid cisterns. This safe procedure was successfully performed in two cases with good result. In follow-up (1 year of observation and control in postoperative period) patients have no head pain and feel nice. This method allows avoiding cysto-peritoneal shunting or craniotomy and has been a method of choice in patients with such pathology.

Key words: endoscope, cystocrurocisternostomy, oculomotor-tentorial region, crural and interpeduncular subarachnoid cisterns.

Введение

При проведении секционных исследований, анализа литературы, интраоперационных данных, нами было замечено, что у большинства больных с арахноидальными кистами средней черепной ямки при эндоскопическом обзоре, в медиально-базальных отделах, позади глазодвигательного нерва, просматривалось пространство треугольной формы, ограниченное латерально и каудально наметом мозжечка – эту область мы условно обозначили как *"глазодвигательно-тенториальный треугольник"* (ГТТ) [1-4,11,12,15].

В указанной области арахноидальные кисты средней черепной ямки третьего типа непосредственно граничат с перимезенцефальными и мостомозжечковыми цистернами [1-3]. В этих случаях среди всех перимезенцефальных цистерн [15] особое значение приобретает круральная цистерна, так как именно это анатомическое образование непосредственно граничит с мембранозной стенкой арахноидальной кисты [2], фенестрация которой позволяет восстановить ликворооттток и ликвороциркуляцию между содержимым арахноидальной кисты и субарахноидальными цистернами и пространствами головного мозга.

В доступной нам литературе мы не встретили сообщений о проведении хирургически методик формирования стомы – кистоцистерностомии, между арахноидальной кистой и круральной цистерной

в "глазодвигательно-тенториальном треугольнике". Основной методикой выполнения кистоцистерностомии у ряда исследователей, занимающихся этой проблемой, является рассечение мембраны арахноидальной кисты между внутренней сонной артерией и глазодвигательным нервом [13], либо между внутренней сонной артерией и зрительным нервом [9].

Однако указанные методики [7,9,13] не применимы в тех ситуациях, когда расстояние между зрительным нервом и внутренней сонной артерией крайне мало, либо когда внутренняя сонная артерия и глазодвигательный нерв спаяны настолько, что риск их травматизации при рассечении стенки кисты очень высок.

Следовательно, выбор анатомической зоны, позволяющей выполнить эффективную и безопасную кистоцистерностомию, остается актуальным и дискутабельным.

Второй дискуссионной составляющей кистоцистерностомии является техника выполнения – микрохирургическая, эндоскопическая либо комбинация этих методик [4,7,9,13,14].

Внедрение эндоскопической техники, нейронавигации, трехмерной нейроэндоскопии, эндоскопической робототехники в повседневную практику, явилось революцией в лечении не только гидроцефалий, но и различных глубинных патологий головного мозга [5,8]. Преимуществом эндоскопических операций стала высокая эффективность подобных вмешательств и минимизация хирургической травмы. Помимо этого, в лечении ряда сложных патологий разрабатываются и предлагаются новые нейрохирургические доступы [14]. По мнению *Michael L.J. Apuzzo* – главного редактора крупнейшего мирового журнала *Neurosurgery*, все это "...привело к необъятным метаморфозам в нейрохирургии" [5].

Целью нашей работы стала разработка эндоскопического оперативного вмешательства, направленного на соединение полости арахноидальной кисты средней черепной ямки с перимезенцефальной круральной субарахноидальной цистерной.

Основные требования, которые предъявлялись к разработке новой эндоскопической методики – это безопасность и высокая эффективность оперативного вмешательства, для чего оперативным вмешательствам предшествовали секционные исследования и анализ данных литературы [1-3,11,12,15].

Материалы и методы

Из шести различных эндоскопических кистоцистерностомий, выполненных в 2007 году нами у шести взрослых пациентов по поводу гигантских арахноидальных кист средней черепной ямки третьего типа, вызывавших гипертензионный синдром, двум больным была выполнена *эндоскопическая кистокруроцистерностомия* по разработанной нами методике.

В предоперационном периоде всем больным выполнялась магнитно-резонансная и компьютерная томография головного мозга, МР ангиография сосудов головного мозга. На основании этих исследований было определено, что у четырех из шести пациентов арахноидальные кисты достигали перимезенцефальных и мостомозжечковых субарахноидальных цистерн и сегментов Р1 и Р2а задних мозговых артерий.

Техническое оснащение при выполнении эндоскопических оперативных вмешательств указывалось нами ранее [3].

Исходя из полученных данных, в двух наблюдениях пациентам была проведена операция – *кистокруроцистерностомия в ГТТ* (создана стома между кистой и круральной цистерной).

Методика оперативного вмешательства

Предоперационное планирование

Цель планирования эндоскопического оперативного вмешательства является определение точки наложения фрезевого отверстия, через которую может быть эффективно выполнена эндоскопическая перфорация арахноидальной кисты в глазодвигательно-тенториальном треугольнике. Траектория направления эндоскопических микроинструментов должна обеспечивать полную безопасность для пациента и отсутствие каких-либо интракраниальных анатомических структур, препятствующих обзору глазодвигательно-тенториальной области. При этом плоскость ГТТ, покрытая мембранозной стенкой арахноидальной кисты, должна располагаться перпендикулярно к оси эндоскопа.

Абсолютно обязательным условием в предоперационном планировании является выполнение эндоскопического доступа вне головного мозга, исключительно над полостью арахноидальной кисты. Для чего пациенту проводится компьютерная томография, которая позволяет точно спроецировать переднюю, верхнюю и заднюю границы арахноидальной кисты средней черепной ямки на кожные покровы головы пациента.

От верхней границы арахноидальной кисты, кпереди на 1 см от венечного шва, необходимо отступить вовнутрь 1,5-2,0 см – искомая точка наложения фрезевого отверстия.

После моделирования и серии исследований на секционном материале [1-3] нами было определено, что указанная точка находится кпереди от коронар-

ного шва на 1 см и латеральнее стреловидного шва на 6 см (рис. 1).

Укладка пациента

Больной укладывается на бок, голова также укладывается на бок. Анестезия – эндотрахеальный наркоз.

Эндоскопический доступ

Выполняется линейный разрез кожи и апоневроза параллельно сагиттальному шву, длиной 25-30 мм. Скелетируется надкостница. Накладывается фрезевое отверстие 8-12 мм в диаметре. Твердая мозговая оболочка вскрывается крестообразно микроскальпелем. Непосредственно под ТМО рассекается наружная стенка арахноидальной кисты. В полость арахноидальной кисты вводится торцевой нейроэндоскоп – с этого момента начинается эндоскопический этап оперативного вмешательства.

Эндоскопическая навигация, ориентиры и топографо-анатомические особенности

Тщательный эндоскопический обзор внутренней поверхности арахноидальной кисты позволяет поэтапно визуализировать анатомические структуры, непосредственно расположенные на коре лобной и височной долей [1,2]. По мере продвижения эндоскопа вглубь арахноидальной кисты последовательно визуализируются следующие образования:

1. М3 и М2 сегменты средней мозговой артерии (СМА);
2. наиболее базально и медиально – М1 сегмент СМА;
3. кпереди и латерально от сегмента М1 СМА просматривается сегмент С4 внутренней сонной артерии (ВСА);
4. назад от С4 ВСА и параллельно ему, латеральнее сегмента М1 СМА и более глубинно просматривается глазодвигательный нерв одноименной стороны;
5. позади глазодвигательного нерва, каудально, просматривается пространство треугольной формы, ограниченное латерально и каудально наметом мозжечка – глазодвигательно-тенториальный треугольник;
6. медиальная граница глазодвигательно-тенториального треугольника представлена либо Р2а сегментом задней мозговой артерии, которая перекидывается через глазодвигательный нерв в его медиальной части и проходит над ним, либо указанная артерия Виллизиева круга скрыта под задним сегментом *uncus*;
7. в латеральной области ГТТ глазодвигательный нерв проходит под наметом мозжечка, образуя с последним острый угол;
8. указанный треугольник вместе с перечисленными образованиями, покрыт мембранозной стенкой арахноидальной кисты, которая подпаяна к мембране Лилликвиста со стороны перимезенцефальных цистерн.

Медиальная часть этого треугольника – изолированная от кисты круральная цистерна. В латеральной части треугольника, под глазодвигательным нервом просматривается задняя поверхность пирамидки и расположенная в этой области латеральная (боковая) цистерна моста.

Эндоскопическая техника выполнения кистокруроцистерностомии в глазодвигательно-тенториальном треугольнике

Техника формирования стомы схожа с техникой, предложенной нами в оптико-каротидном треугольнике [4]. Однако есть ряд особенностей – мембрана в ГТТ не имеет значительных выпячиваний, поэтому ее предварительная точечная коагуляция не обязательна. После прохождения мембранозной стенки арахноидальной кисты следует мембрана Лилликвиста, которая зачастую очень плотная и требует тщательного рассечения эндоскопическим диссектором. Целесообразным является разволокнение мембраны Лилликвиста торцевым концом 30° нейроэндоскопа, это визуально контролируемая и безопасная процедура.

После извлечения диссектора из стомы мы рекомендуем выполнить ее расширение, погрузив в стому 4 мм торцевой нейроэндоскоп. Это позволяет увеличить размер перфорированного участка капсулы кисты и абсолютно удостовериться в том, что достигнуто полное сообщение полости кисты с базальными субарахноидальными цистернами.

Результаты

В обоих наших наблюдениях у больных с гигантскими арахноидальными кистами средней черепной ямки *эндоскопическая кистокруроцистерностомия* была выполнена без осложнений. Уже в раннем послеоперационном периоде у пациентов полностью регрессировала головная боль. Последующее наблюдение над пациентами в течение 1 года и более показало стойкое клиническое улучшение состояния больных. Пациенты не отмечали рецидивирования упорных головных болей, которые являлись наиболее ярким проявлением заболевания в дооперационном периоде.

Клиническое наблюдение

Пациент Г., 25 лет, поступил в клинику нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического Ордена Красной Звезды госпиталя МО Украины 14/02-2007 года с жалобами на упорные, стойкие, длительно существующие головные боли, незначительно и кратковременно купирующиеся анальгетиками (история болезни 5611/136).

При осмотре: состояние пациента ближе к относительно удовлетворительному. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Соматически сохранен. Со стороны внутренних органов без особенностей. Сознание ясное, 15 баллов ШКГ. В неврологическом статусе черепно-мозговая иннервация в норме, двигательного дефицита в конечностях, нарушений чувствительности не выявлено.

МРТ головного мозга: срединные структуры смещены вправо до 0,48 см на уровне прозрачной перегородки. Определяется арахноидальная киста левой средней черепной ямки, размером 9,4×8,4×8,7 см, вызывающая умеренную компрессию левого бокового желудочка и достигающая перимезенцефальных цистерн на уровне ножек мозга (рис. 2).

Предоперационное планирование: по данным МРТ гигантская арахноидальная киста доходит до левой ножки мозга, перимезенцефальных цистерн и Р1, Р2а сегментов задней мозговой артерии, что четко просматривается в аксиальных срезах (рис. 2 a). В коронарной проекции арахноидальная киста не доходит до зоны бифуркации внутренней сонной артерии на среднюю и переднюю мозговые артерии (рис. 2 b).

После анализа указанных данных запланирована операция – *эндоскопическая кистокруроцистерностомия* с формированием кистоцистернальной стомы в области глазодвигательно-тенториального треугольника.

Эндоскопический этап операции

После выполнения эндоскопического доступа к полости арахноидальной кисты визуализированы сегменты М3-М1 средней мозговой артерии, С4 сегмент внутренней сонной артерии, глазодвигательный нерв, намет мозжечка (рис. 3 a-b). Между глазодвигательным нервом и наметом мозжечка определяется свободное от сосудов пространство треугольной формы, покрытое массивной мембранозной стенкой арахноидальной кисты (рис. 3 b-c). Мембрана пульсирует в такт дыхательным движениям пациента, покрывая глазодвигательный нерв и изолируя полость арахноидальной кисты от базальных субарахноидальных цистерн (рис. 3 d-e). Последовательный осмотр передне-медиальной стенки арахноидальной кисты подтвердил предоперационные данные МРТ – зона бифуркации внутренней сонной артерии не визуализируются, зрительный нерв просматривается лишь частично, под сегментом С4 ВСА (рис. 3 f); ширина пространства между внутренней сонной артерией и глазодвигательным нервом составляет не более 1 мм, что явно недостаточно для формирования кистоцистернальной стомы (рис. 3 c).

Таким образом, кроме участка свободного пространства в ГТТ, иных пространств для формирования стомы между арахноидальной кистой и базальными субарахноидальными цистернами не выявлено, что соответствует предоперационным данным МРТ в аксиальной и коронарной плоскостях.

Через рабочий канал нейроэндоскопа выполнена механическая перфорация медиального края мембраны в ГТТ микродиссектором (рис. 4 a-b). Получено сообщение с круральной субарахноидальной цистерной, после чего торцевым эндоскопом с диаметром 4 мм выполнено расширение стомы (рис. 4 c). Круральная цистерна визуализируется в своих передних отделах, сообщаясь с межножковой цистерной и медиальной цистерной моста, в которых расположена основная артерия (рис. 4 d-f).

Определяется четкий ток ликвора из базальных арахноидальных цистерн в полость кисты и обратно через сформированную стому (рис. 5).

Послеоперационный период

Послеоперационный период у пациента протекал без осложнений. Через сутки после операции больной активизирован. Проводилась восстановительная медикаментозная терапия. Состояние пациента значительно улучшилось. Головные боли регрессировали. Неврологического дефицита не выявлено. На 12 сутки после оперативного вмешательства пациент переведен в Ирпенский военный госпиталь для восстановительной терапии.

Отдаленный послеоперационный период

Через 14 месяцев после выполнения оперативного вмешательства больному было выполнено контрольное обследование в нашей клинике. При осмотре жалобы не предъявляет, отмечает полное исчезновение головных болей, общемозговой и очаговой патологической неврологической симптоматики не выявлено. При контрольном МРТ исследовании головного мозга отмечается уменьшение размеров кисты: срединные структуры мозга не смещены, размеры арахноидальной кисты составляют 8,3×7,9×8,3 см.

Обсуждение

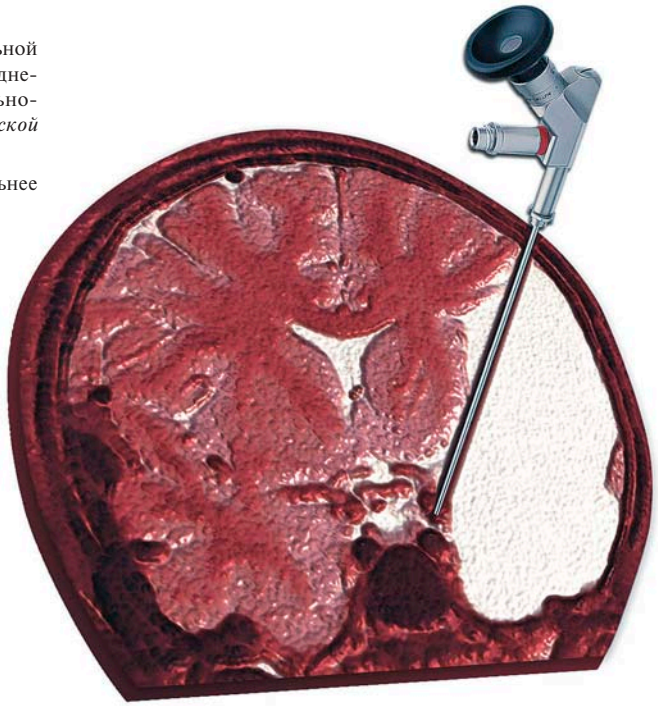
Арахноидальные кисты средней черепной ямки третьего типа являются относительно редкой патологией и диагностируются преимущественно в детском возрасте [16]. По данным Wester K., за десятилетний период в Норвегии (с 1988 по 1997 годы) было выявлено 80 пациентов с аналогичными арахноидальными кистами в популяции 890 000 населения [16]. Что составило 1 наблюдение на 11 тысяч человек.

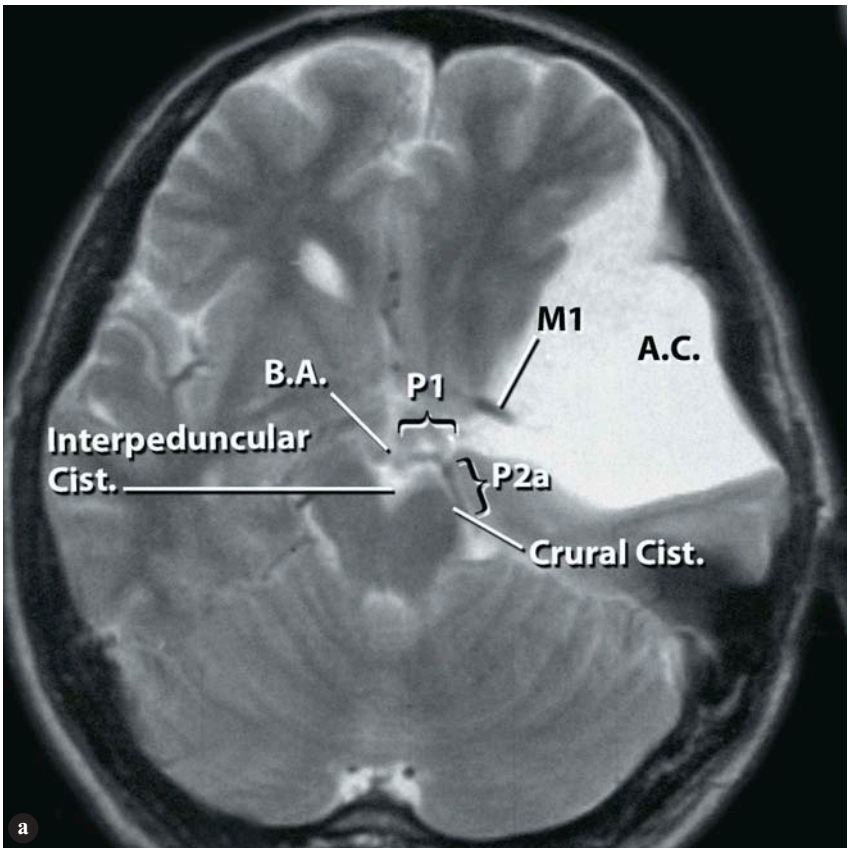
Между тем, опыт лечения подобных арахноидальных кист в литературе остается представленным в крайне малом количестве, особенно у взрослых. Так, Morita A. et al. (2006), анализируя семилетний опыт применения эндоскопической микрохирургии у 210 пациентов с различными патологическими образованиями головного мозга,

Рис. 1.

Схема предлагаемого фронтотенториального доступа к круральной субарахноидальной цистерне, мостомозжечковым цистернам и заднениж-ним отделам межножковой цистерны в глазодвигательно-тенториальном треугольнике при операции – *эндоскопической кистокруроцистерностомии*.

Доступ выполняется из точки, расположенной на 6 см латеральнее стреловидного шва, на 1 см вперед от венечного шва.





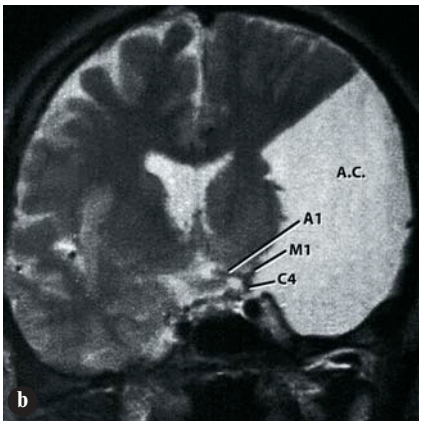


Рис. 2.

МРТ головного мозга пациента Г.: серединные структуры смещены вправо до 0,48 см на уровне прозрачной перегородки. Определяется арахноидальная киста левой средней черепной ямки, размером 9,4×8,4×8,7 см, вызывающая умеренную компрессию левого бокового желудочка и достигающая перимезенцефальных цистерн на уровне ножек мозга.

A. В аксиальной плоскости на уровне ножек мозга арахноидальная киста (A.C.) граничит с круральной (Crural Cist.) и межножковой (Interpeduncular Cist.) цистернами. Просматривается M1 участок средней мозговой артерии, бифуркация основной артерии (B.A.), левая задняя мозговая артерия – ее сегменты P1 и P2a. От межножковой цистерны арахноидальную кисту отделяет сегмент P1.

B. В коронарной проекции арахноидальная киста (A.C.) не доходит до зоны бифуркации внутренней сонной артерии (C4) на среднюю (M1) и переднюю (A1) мозговые артерии.

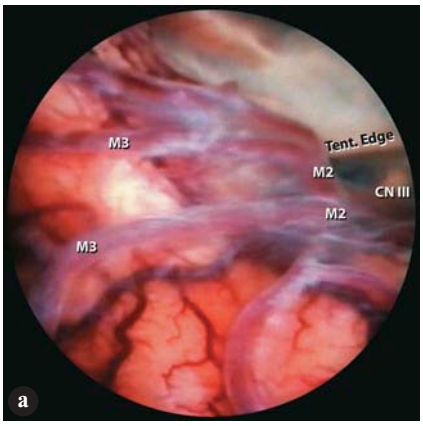


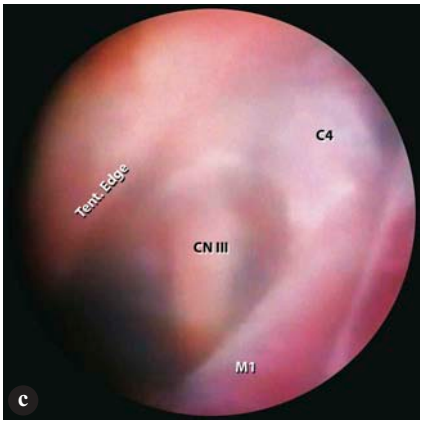
Рис. 3.

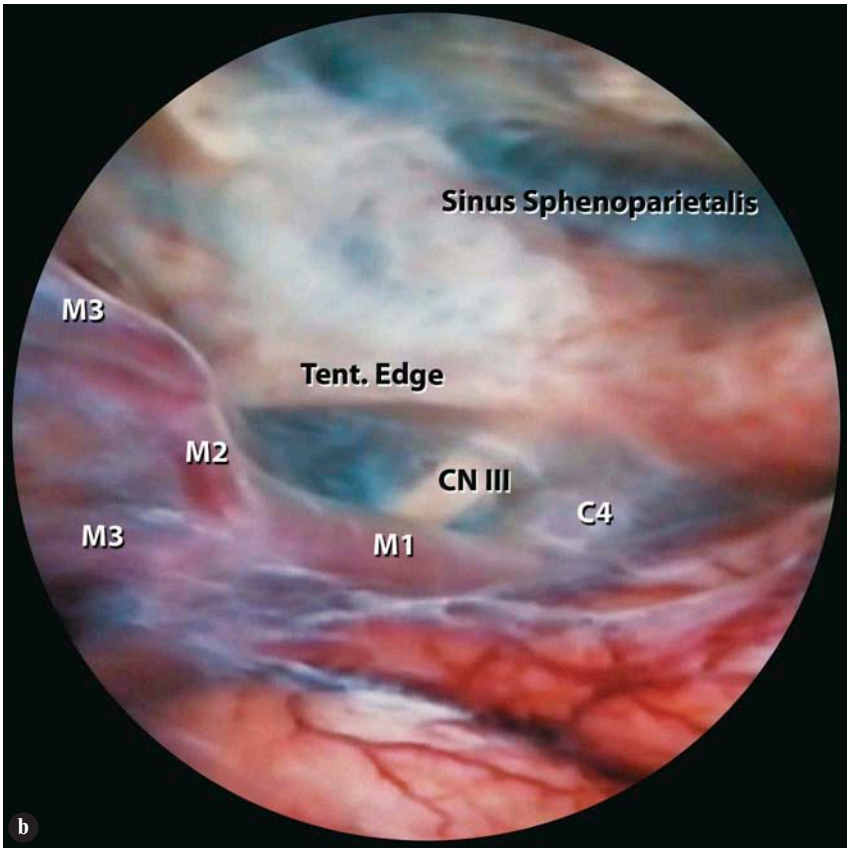
Эндоскопическая инспекция внутренней поверхности арахноидальной кисты.

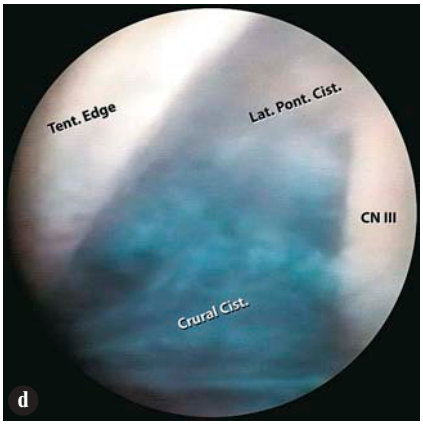
A (0°). Эндоскоп погружен в полость арахноидальной кисты – общий вид ее внутренней поверхности. Визуализируются сегменты M2-M3 средней мозговой артерии на коре лобной доли, глазодвигательный нерв – частично (CN III), край мозжечкового намета (Tent.Edge).

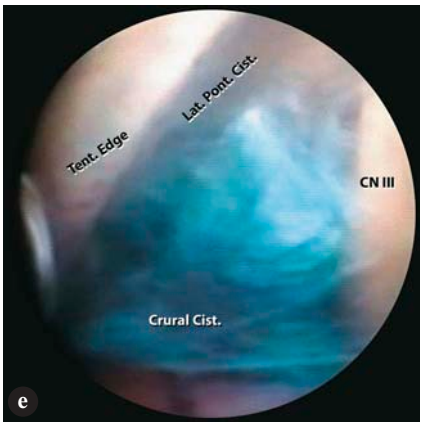
B (0°). Эндоскоп продвигается к основанию средней черепной ямки – открылся осмотру M1 сегмент средней мозговой артерии, C4 сегмент внутренней сонной артерии, глазодвигательный нерв (CN III), край мозжечкового намета (Tent.Edge). Нижне-медиальная стенка срединной кисты в виде мембраны покрывает вход в перимезенцефальные цистерны мозга, окклюзируя их и прекращая естественную ликвороциркуляцию.

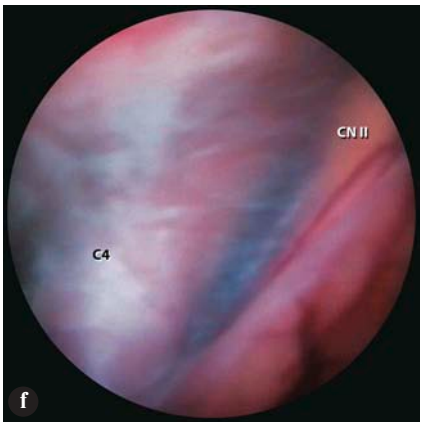
C (0°). Анатомо-топографическое взаиморасположение M1 сегмента средней мозговой артерии, C4 сегмента внутренней сонной артерии, глазодвигательного нерв (CN III), края мозжечкового намета (Tent.Edge).











D, E (0°). В глазодвигательно-тенториальном треугольнике отмечается массивная мембранозная стенка арахноидальной кисты, которая незначительно пульсирует внутрь арахноидальной кисты, перекрывая сообщение ликвора с перимезенцефальными и мостомозжечковыми цистернами – круральной (Crural Cist.) и боковой цистерной моста (Lat.Pont.Cist.).

F (0°). Передне-медиальная область арахноидальной кисты – виден участок сегмента C4 внутренней сонной артерии, зона бифуркации ВСА не визуализируются, зрительный нерв (CN II) просматривается лишь частично, под сегментом C4.

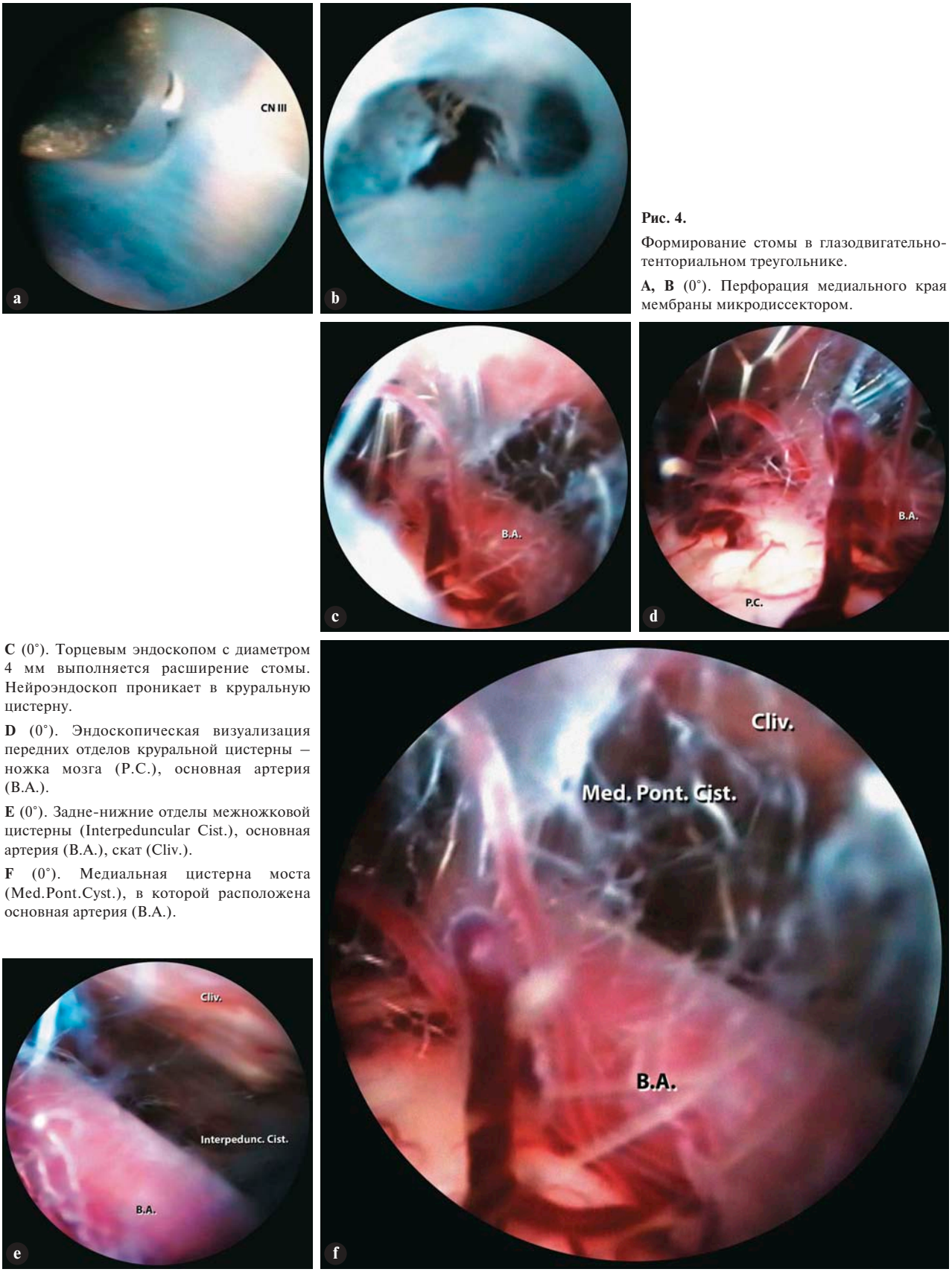


Рис. 4.

Формирование стомы в глазодвигательно-тенториальном треугольнике.

A, B (0°). Перфорация медиального края мембраны микродиссектором.

C (0°). Торцевым эндоскопом с диаметром 4 мм выполняется расширение стомы. Нейроэндоскоп проникает в круральную цистерну.

D (0°). Эндоскопическая визуализация передних отделов круральной цистерны – ножка мозга (P.C.), основная артерия (B.A.).

E (0°). Задне-нижние отделы межножковой цистерны (Interpeduncular Cist.), основная артерия (B.A.), скат (Cliv.).

F (0°). Медиальная цистерна моста (Med.Pont.Cyst.), в которой расположена основная артерия (B.A.).

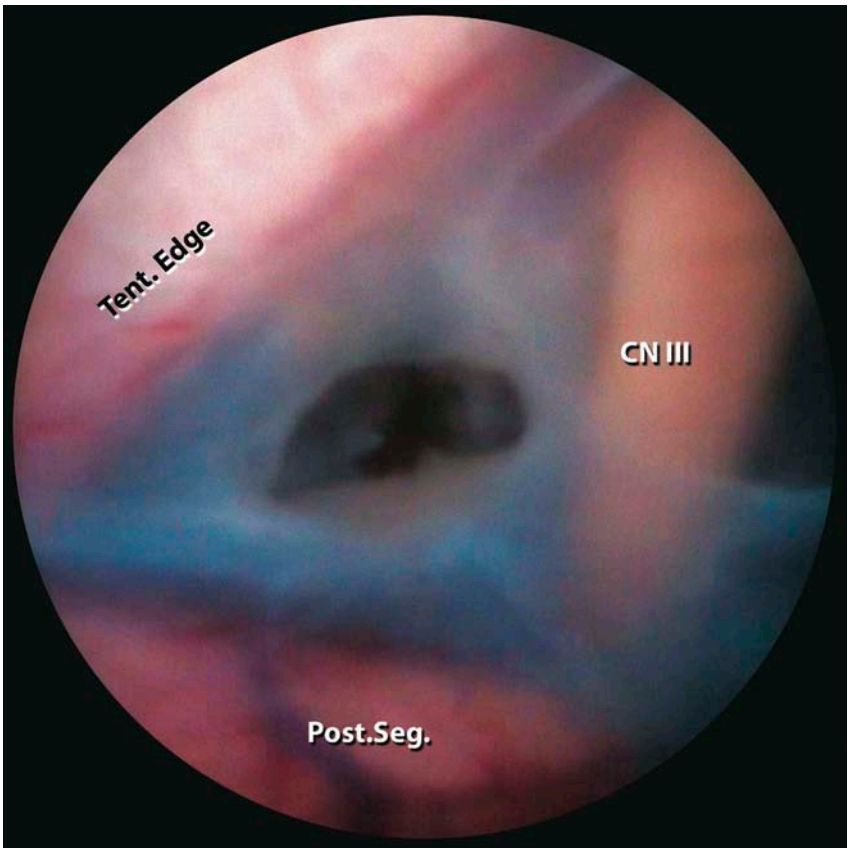


Рис. 5.

Нейрохирургическое вмешательство – *эндоскопическая кистокруроцистерностомия в глазодвигательно-тенториальном треугольнике* успешно выполнена.

Общий вид ГТТ после выполнения стомы. Определяются: глазодвигательный нерв (CN III), край мозжечкового намета (Tent.Edge), задний сегмент *uncus* (Post.Seg.).

лишь у 2 больных с арахноидальными кистами выполнили эндоскопические операции [10]. Cappabianca P. et al. (2008), публикуя обобщенные данные нейрохирургических клиник Италии, Германии, Франции, Нидерландов, США, Австралии, Японии и Бразилии по применению интракраниальной эндоскопической нейрохирургии, акцентируются лишь на лечении внутрижелудочковых арахноидальных кист [6].

Однако все авторы и исследователи, занимающиеся интракраниальной эндоскопической микрохирургией, подчеркивают в первую очередь целесообразность ее применения в хирургическом лечении "цистернальных патологий", к которым относятся и арахноидальные кисты средней черепной ямки [5-7,10,13,14].

Не вызывает сомнения тот факт, что рассечение стенок арахноидальной кисты средней черепной ямки и соединение ее полости с субарахноидальными цистернами головного мозга является патогенетически оправданным видом хирургического лечения этой патологии. Диагностические данные предоперационного обследования пациентов с рассматриваемой патологией во многом влияют на выбор планируемого хирургического метода лечения.

Нами предложен метод выполнения эндоскопической кистоцистерностомии в задне-медиальных отделах арахноидальной кисты, в области треугольной формы, ограниченной глазодвигательным нервом, наметом мозжечка и задней мозговой артерией. В то время, как большинство нейрохирургов ставят акцент на выполнение стомы в передне-базальных отделах арахноидальной кисты, кпереди либо непосредственно позади внутренней сонной артерии [7,9,13]. Наш опыт выполнения кистоцистерностомии в оптико-каротидном треугольнике показывает, что для этих операций имеются очень строгие и ограниченные показания [4].

Разработанная и описываемая нами *эндоскопическая кистокруроцистерностомия* через фронтотенториальный доступ имеет ряд преимуществ. В четырех из шести наших наблюдений размеры глазодвигательно-тенториального треугольника позволяли безопасно и эффективно выполнить эту операцию – у двух пациентов *кистокруроцистерностомию*, у двух – *кистопонтоцистерностомию* (соединение арахноидальной кисты с боковой цистерной моста; данные исследования планируется к публикации нами в последующем). Размеры рассматриваемой нами треугольной области в среднем составили 6×8,5×7 мм [2]. Это значительно больше, чем расстояние между глазодвигательным нервом и внутренней сонной артерией, а также между внутренней сонной артерией и зрительным нервом [1-4]. И, следовательно, предпочтительнее в выборе участка проведения перфорации. Еще одним преимуществом данной области является то, что в отличие от оптико-каротидного треугольника и глазодвигательно-каротидного пространства, в глазодвигательно-тенториальном треугольнике нет артериальных сосудов Виллизиева круга [2,3,11,15]. Наконец, в ГТТ соседствуют естес-

твенные коллекторы субарахноидальной жидкости: медиально – круральная цистерна, латерально – боковая цистерна моста, вентрально – межножковая цистерна [2,12,15]. Круральная цистерна содержит сегмент P2a задней мозговой артерии [15], который в представленном нами наблюдении был покрыт задним сегментом *uncus*. Межножковая цистерна содержит основную артерию, интраоперационная эндоскопическая визуализация которой подтвердила наличие сформированного нами сообщения между кистой и перимезенцефальными арахноидальными цистернами.

Размер выполненной нами стомы составил 4 мм в диаметре, что представляется нам вполне достаточным для постоянной ликвороциркуляции и нормализации внутричерепного давления. Это подтверждается длительным наблюдением за нашими пациентами в послеоперационном периоде. Рекомендуемый рядом авторов размер стомы не менее 10 мм явно не оправдан и технически невыполним в таких ситуациях [6].

Выводы

Проведенные топографо-анатомические и секционные исследования, и сопоставление их с интраоперационными эндоскопическими данными, позволили нам разработать и предложить к применению нейрохирургическое вмешательство – *эндоскопическую кистокруроцистерностомию в глазодвигательно-тенториальном треугольнике.*

Эндоскопическая кистокруроцистерностомия выполняется пациентам, у которых арахноидальная киста средней черепной ямки третьего типа в аксиальной МРТ проекции достигает гомолатеральной ножки мозга и перимезенцефальных цистерн.

Основными анатомическими ориентирами для проведения данной операции являются – средняя мозговая артерия (M3-M1), C4 сегмент внутренней сонной артерии, глазодвигательный нерв и намет мозжечка.

Критерием эффективного формирования кисто-цистернальной стомы в глазодвигательно-тенториальном треугольнике является эндоскопическая визуализация основной артерии.

Разработанная в клинике нейрохирургии и неврологии Главного военного клинического Ордена Красной Звезды госпиталя МО Украины операция – *эндоскопическая кистокруроцистерностомия в глазодвигательно-тенториальном треугольнике* позволяет создать стому, которая соединяет полость арахноидальной кисты с передними отделами круральной цистерны, задне-нижними отделами межножковой цистерны и медиальной цистерной моста, что приводит к восстановлению ликвороциркуляции, нормализации ликвороттока и стойкому клиническому улучшению.

Литература

1. Данчин А.А. (2007) Эндоскопическая анатомия внутренней поверхности арахноидальных кист средней черепной ямки. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 11; 3: 3-11
2. Данчин А.А. (2007) Эндоскопические топографо-анатомические ориентиры перимезенцефальных и мостомозжечковых субарахноидальных цистерн при хирургических вмешательствах на арахноидальных кистах средней черепной ямки. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 11; 4: 3-11
3. Данчин А.А. (2008) Трехмерные эндоскопические топографо-анатомические ориентиры оптико-каротидной области при эндоскопических хирургических вмешательствах на арахноидальных кистах средней черепной ямки. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 12; 1: 3-12
4. Данчин А.Г., Полищук Н.Е., Данчин А.А. (2008) Эндоскопическая кистоцистерностомия в оптико-каротидном треугольнике при арахноидальных кистах средней черепной ямки третьего типа. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. Vol. 12; 2: 5-16
5. Apuzzo M.L.J. (2008) Surgery of human cerebrum II: the broadest canvas. Surgery of human cerebrum II, Part 2. (eds. Apuzzo M.L.J.) Neurosurgery. [Suppl.] Vol. 62; 2: 459
6. Cappabianca P., Cinalli G., Gangemi M., Brunori A., et al. (2008) Application of neuroendoscopy to intraventricular lesions. Surgery of human cerebrum II, Part 2. (eds. Apuzzo M.L.J.) Neurosurgery. [Suppl.] Vol. 62; 2: 575-598
7. Hopf N.J., Resch K.D.M., Ringel K., Perneczky A. (1998) Endoscopic management of intracranial arachnoid cysts. In book: *Minimally invasive techniques for neurosurgery*. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). *Springer eds.* pp 111-119
8. Levy M.L., Nguyen A., Aryan H., Jandial R., Meltzer H.S., Apuzzo M.L.J. (2006) Robotic virtual endoscopy: development of a multidirectional rigid endoscope. Neurosurgery. Vol. 1; 59: 134-141
9. Levy M.L., Wang M., Aryan H.E., Yoo K., Meltzer H. (2003) Microsurgical keyhole approach for middle fossa arachnoid cyst fenestration. Neurosurgery. Vol. 53; 3: 1138-1145
10. Morita A., Shin M., Sekhar L.N., Kirino T. (2006) Endoscopic microneurosurgery: usefulness and cost-effectiveness in the consecutive experience of 210 patients. Neurosurgery. 58: 315-321
11. Rhoton A.L. (2002) The supratentorial cranial space: microsurgical anatomy and surgical approaches. Neurosurgery. Vol. 51; 4: 410
12. Rhoton A.L. (2007) The Cerebrum: Surgery of the human cerebrum, Part 1. (eds. Apuzzo M.L.J.) Neurosurgery. [Suppl.] Vol. 61; 1: 37-119
13. Schroeder H.W.S., Gaab M.R. (1998) Endoscopic management of intracranial arachnoid cysts. In book: *Minimally invasive techniques for neurosurgery*. Hellwig D., Bauer B., (ed). (Berlin). *Springer eds.* pp 101-105
14. Schroeder H.W.S., Oertel J., Gaab M.R. (2007) Endoscopic treatment of cerebrospinal fluid pathway obstructions. Operative Neurosurgery. Vol. 60; 2: 44-52
15. Ulm A.J., Tanriover N., Kawashima M., Campero A., Bova F.J., Rhoton A.L. (2004) Microsurgical approaches to the perimesencephalic cisterns and related segments of the posterior cerebral artery: comparison using a novel application of image guidance. Neurosurgery. Vol. 54; 6: 1313-1328
16. Wester K. (1999) Peculiarities of intracranial arachnoid cysts: location, sidedness, and sex distribution in 126 consecutive patients. Neurosurgery. Vol. 45; 4: 775-779

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2008) Vol. 12; 3: 13-18

ВИДЕОЭНДОСКОПИЯ С УВЕЛИЧЕНИЕМ В ВЫЯВЛЕНИИ ОТСУТСТВИЯ *HELICOBACTER PYLORI* И ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КАПИЛЛЯРОВ ПРИ НАЛИЧИИ *HELICOBACTER PYLORI* — ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ПОДЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КАПИЛЛЯРОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОЙ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Киев, Украина

Revealing Changes of Submucosal Capillaries at Presence *Helicobacter Pylori* by Means of Videoendoscopy With Magnification — Features Structure of Submucosal Capillaries After Eradication Therapy

V.I. Nikishaev

Kiev Municipal Clinical Emergency Hospital, Ukraine

Received: August 18, 2008
Accepted: September 8, 2008

Адреса для кореспонденції:
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
вул. Братиславська, 3
Київ, 02660, Україна
Тел. +38-044-518-27-16
e-mail: nikishaev@endoscopy.com.ua

Summary

In the article the results of research 86 patients by videoendoscopy with magnification for revealing *Helicobacter pylori* on presence regular arrangement of collecting venules mucous are presented. The changes retrogress of structure submucosal capillaries after eradication therapy at 339 patients is certain.

Key words: magnification endoscopy, collecting venules, Helicobacter pylori, FICE.

Введение

Эндоскопическое обнаружение поражений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта зависит от выявления видимых ее изменений. Однако заключительный диагноз формируется только после гистологического исследования материалов биопсии. В свою очередь точность ее зависит от правильного выбора места взятия материала для исследования. С появлением видеоэндоскопов с высокой разрешающей способностью, заменивших повсеместно фиброволоконные эндоскопы (к сожалению, что не произошло до сегодняшнего дня в нашей стране), а затем видеоэндоскопов с увеличением, конфокальных эндоскопов и эндоцитоскопов вопросы ранней диагностики многих заболеваний, точный выбор места взятия биопсии были решены или находятся на стадии их решения.

Первые эндоскопы с увеличением были фиброволоконными и появились в конце 1960-х годов. Но из-за многих технических особенностей — широкого применения не получили. Выпуск видеоэндоскопов с увеличением несколько облегчил их применение. С развитием этих приборов росла их возможность увеличения с 26 крат (GIF-V10Z) [35 крат (GIF-200Z), 80 крат (GIF-Q240Z)] до 1500 крат при осмотре эндоцитоскопом.

Многочисленные работы исследователей показывают, что видеоэндоскопы с увеличением приносят большую пользу в постановке точного диагноза. Однако такие аппараты широко не используются, а в нашей стране первая модель такого аппарата появилась только в 2007 году. Применение таких эндоскопов в рутинной практике несколько ограничивается их ценой и некоторыми конструктивными отличиями в их дистальной части, (она имеет больший диаметр, чем сама вводимая трубка). К тому же анатомические особенности желудка создают определенные трудности при проведении исследования с увеличением, чему способствует перистальтика, дыхание и пульсация аорты. Но самым важным является то, что на сегодняшний день отсутствуют единые принципы в оценке полученного изображения с увеличением.

Sakaki N. с соавторами (1980) отметили, что при эндоскопии с увеличением в желудке отмечается чередование участков красноватой и белесоватой слизистой. Ими было определенно, что красноватая слизистая соответствует приподнятым участкам слизистой оболочки желудка между желудочными ямками или бороздами, которым соответствует белесоватый цвет. Однако эти принципы не соответствуют различным патологическим состояниям [3].

Существует два основных метода для того, чтобы описать результаты эндоскопического исследования: 1) цвет; и 2) структура слизистой оболочки.

Эндоскопы с большим увеличением дали возможность выявить еще один эндоскопический признак — строение подэпителиальных сосудов. Эндоскопические особенности строения нормальной слизистой оболочки желудка, определяемые при эндоскопии с увеличением при отсутствии *Helicobacter pylori* (Hp) были описаны Yagi K. с соавторами (2000). Они сообщили, что эндоскопически определяемые структуры в виде многочисленных красных точек в теле желудка определяемые при видеоэндоскопии или при небольшом увеличении исключают наличие инфекции *Hp* (рис. 1). Используя увеличение, они показали, что красные точки являются собирающими венулами. Они ввели такое понятие, как *"regular arrangement of collecting venules — RAC"* — правильное (регулярное) расположение собирающих венул. В своем исследовании ими была определена корреляция между *RAC* и наличием *Hp*. При наличии *Hp — RAC* не визуализируются (рис. 2). Как индикатор отсутствия *Hp* — то есть нормального желудка, *RAC* имел чувствительность 91% и специфичности 94%. Существующее изучение стремилось проверить гипотезу, что идентификация *RAC* структур, может использоваться, чтобы надежно отличить не инфицированный *Hp* от *Hp* — инфицированного желудка у детей и людей молодого взросла.

В последующей работе Yagi K. с соавторами (2000) выполненной на эндоскопе с большим увеличением красные точки были действительно найдены, чтобы соответствовать собирающим венулам, и, кроме того, истинные капилляры, формирующие сеть с желудочными ямками (питами) в их центре были выявлены (рис. 3). Этот вариант они называли типом Z-0. Полигональные петли подэпителиальных капилляров окружили шейку желудочных ямок. Эти петли формируют капиллярную сеть, имеющую ячеистую форму и сходятся в собирающих венулах, которые дренируются в подслизистую основу. Подэпителиальные капилляры в антральном отделе (в норме) формируют сосудистую сеть, имеющую форму петель, в то время как собирающие венулы редко визуализируются. Это объясняется тем, что собирающие венулы в антральном отделе располагаются в относительно более глубокой части от поверхностного эпителия, чем таковые в слизистой оболочке тела желудка. При инфицированности слизистой оболочки *Hp* (т.е. ассоциированном с *Hp* гастрите) особенности строения подэпителиальных сосудов в теле желудка были классифицированы в три типа: Z-1, Z-2 и Z-3 [9].

Z-1 тип состоит из истинных капилляров без четких собирающих венул (рис. 4).

Z-2 тип состоит из белых желудочных ямок и борозд, без собирающих венул или без истинных капилляров (рис. 5).

Z-3 тип состоит из ямок, которые были более широко открыты и имели вокруг гиперемию (рис. 6).

Инфекция *Hp* является наиболее частой причиной развития хронического гастрита. К тому же она вызывает прогрессивные воспалительные изменения в слизистой оболочке желудка, которые могут вести к раку желудка. Изучение эффекта регрессии изменений слизистой оболочке желудка после проведенной эрадикации этой инфекции необходимо, чтобы определять стратегию профилактики рака желудка [6].

К эндоскопическим признакам ассоциированного с *Hp* гастрита относят эритему и эрозии. Однако ни один из этих признаков не специфичен. Считается что нодулярная антральная гастропатия — лучший эндоскопический признак ассоциированного с *Hp* гастрита у людей в молодом возрасте, однако и это состояние является мало чувствительным [2-5]

Таким образом, эндоскопическая макроскопическая картина, проводимая фиброволоконным или видеоэндоскопом с невысокой разрешающей способностью, имеет существенные ограничения в установке точного диагноза желудочного воспаления [5].

Цель исследования:

1. Определить эффективность выявления присутствия и отсутствия Hp по данным видеоэндоскопии с увеличением;
2. Определить регресс изменений строения подэпителиальных капилляров после проведенной эрадикационной терапии.

Материалы и методы исследования

Для определения эффективности выявления присутствия и отсутствия *Hp* по наличию *RAC* структур и определения изменений подэпителиальных капилляров после проведенной эрадикационной терапии по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки ассоциированной с *Hp* через 1 — 5 лет нами было проведено исследование 425 пациентов с 1/11-2007 по 1/08-2008 года.

В соответствии с задачей в первую часть исследования вошли все пациенты (86 человек) направленные на эндоскопическое исследование с явлениями дисфагии. Возраст пациентов был от 16 до 25 лет. Ни одному из этих пациентов ранее не проводилась эрадикационная терапия.

Во вторую часть исследования вошли 339 пациентов имевших ранее язвы двенадцатиперстной кишки в возрасте от 32 до 66 лет. Всем пациентам через 2 — 3 месяца после проведенной эрадикационной терапии был проведен стул-тест (определение антигена к *Hp* в кале) который показал успешность эрадикации. После эрадикационной терапии 32 пациента обследовались через 8 месяцев — 1 год, 49 — от 1 года до 2 лет, 63 — от 2 лет до 3 лет, 70 — от 3 лет до 4 лет, 125 пациентов — от 4 лет до 5 лет.

Эзофагогастродуоденоскопия выполнялась видеоэндоскопом с увеличением EG-590ZW с использованием системы Fujinon EPX-4400. Данный эндоскоп имеет 100 кратное оптическое увеличение с последующим 2 кратным электронным увеличением. Первоначально выполнялось исследование с обычным освещением, затем в стандартных режимах *FICE* [1], а затем проводился осмотр слизистой тела желудка с увеличением без и с применения режимов *FICE* по малой кривизне в области нижней трети желудка. Всем больным проводилось определение наличия *Hp* с помощью уреазного теста и цитологического исследования с окраской мазка-отпечатка красителем Романовского-Гимза. Для исследования при биопсии брались два кусочка из антрального отдела (большая кривизна) и тела (нижняя треть, большая кривизна) желудка.

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

Результаты исследования и обсуждение

В первой части исследования *RAC* структуры и строение подэпителиальных сосудов в теле желудка классифицированные по типу Z-0 были выявлены у 51 (59,3%) из 86 пациентов. У 35 (40,7%) пациентов строение подэпителиальных сосудов в теле желудка были классифицированы по типу Z-1 и *RAC* структуры не визуализировались.

Ни один из 51 пациента с *RAC* структурами не имели *Hp* инфекции. Из 35 человек не имевших *RAC* структуры и строение подэпителиальных сосудов у которых было классифицировано по типу Z-1 у 31 (88,6%) пациента имелась *Hp* инфекция, а 4 (11,4%) ее не имели ($p<0,05$).

Из 51 пациента имевших *RAC* структуры — нодулярную (зернистую) гастропатию имел 1 человек, эритематозная гастропатия была выявлена у 7. У остальных — видимых изменений выявлено не было. Последующее обследование (УЗИ) показало у 43 пациентов (не имевших видимых изменений слизистой оболочки) незначительные изменения в желчном пузыре явившиеся причиной диспепсии.

Среди 31 пациента, не имевших *RAC* структуры и имевших *Hp* инфекцию, у 3 (9,7%) были выявлены язвы двенадцатиперстной кишки, у 5 (16,1%) — эрозивный бульбит, у 8 (25,8%) — нодулярная (зернистая) гастропатия, а у остальных (15-48,4%) — эритематозная гастропатия.

Полученные данные дают основание говорить о том, что эндоскопия с увеличением является высокоинформативным методом в определении отсутствия *Hp* инфекции и в ее присутствии в желудке. Гистологическое исследование узелков у пациента с зернистой гастропатией показал наличие лифоидной пролиферации. Возможно, это состояние предшествует активной инфицированности *Hp*. Таким

Таблица 1.
Выявляемость различных типов строения подэпителиальных сосудов в зависимости от срока прошедшего с момента эрадикации Hp

Тип подэпителиальных	до 1 года		от 1 до 2 лет		от 2 до 3 лет		от 3 до 4 лет		от 4 до 5 лет		Всего	
сосудов	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Z-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z-1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2,4	3	0,9
Z-2	3	9,4	9	18,4	13	20,6	22	31,4	44	35,2	91	26,8
Z-3	29	90,6	40	81,6	50	79,4	48	68,6	78	62,4	245	72,3
Всего	32	100	49	100	63	100	70	100	125	100	339	100

Рис. 1.

Эндоскопическая картина правильно (регулярно) расположенных собирающих венул (*RAC* структур) при небольшом увеличении.

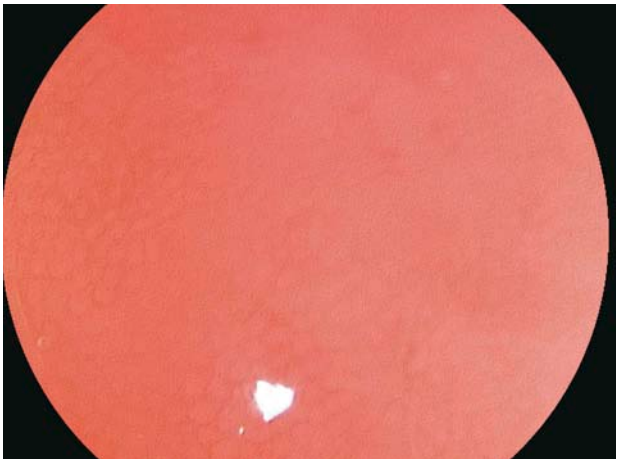


Рис. 2.

Эндоскопическая картина отсутствия *RAC* структур.

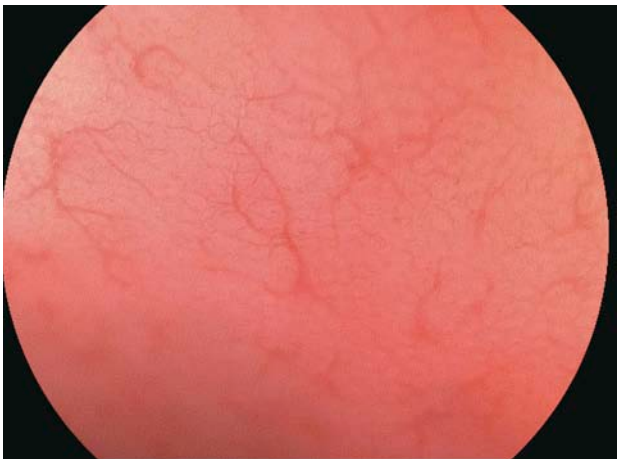


Рис. 3.

Эндоскопическая картина правильно (регулярно) расположенных собирающих венул (*RAC* структур) с капиллярами формирующими сеть с желудочными ямками (питами) в их центре при увеличении 100 крат. Тип Z-0.

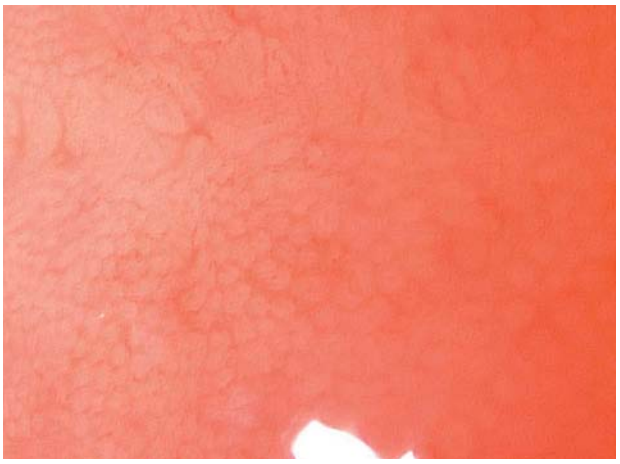


Рис. 4.

Эндоскопическая картина строения подэпителиальных сосудов Z-l типа состоящая из капилляров без четких собирающих венул при увеличении 150 крат.

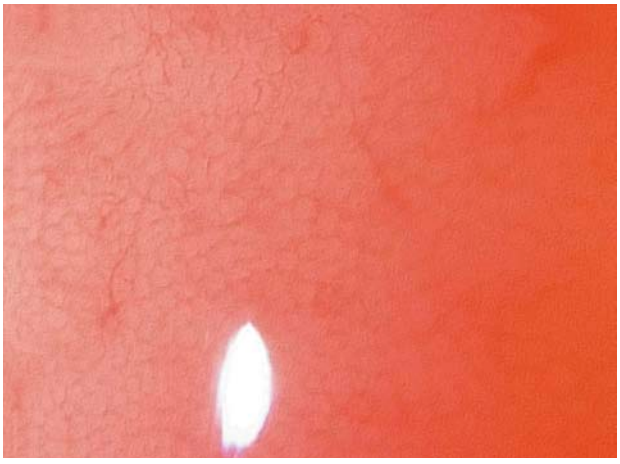


Рис. 5.

Эндоскопическая картина строения подэпителиальных сосудов Z-2 типа состоящая из белых желудочных ямок и борозд, без собирающих венул при увеличении 150 крат.

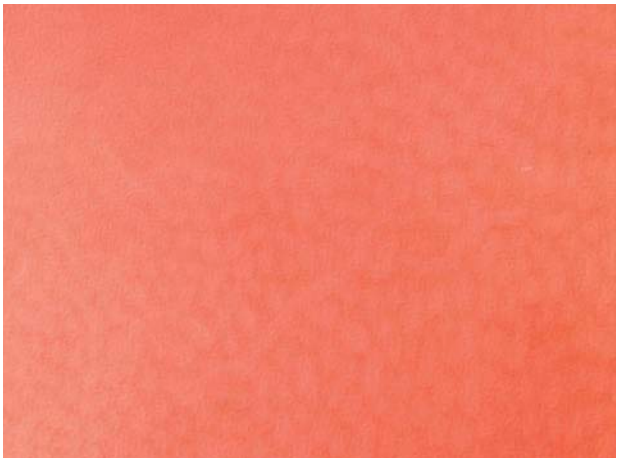


Рис. 6.

Эндоскопическая картина строения подэпителиальных сосудов Z-3 типа состоящая из ямок, которые более широко открыты и имеют вокруг гиперемию при увеличении 180 крат.

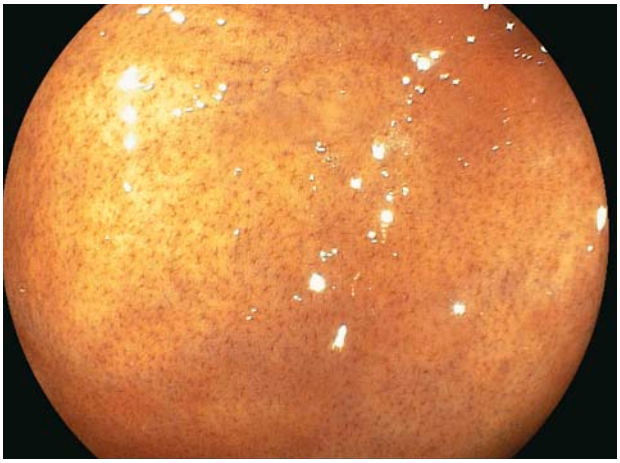


Рис. 7.

Эндоскопическая картина правильно (регулярно) расположенных собирающих венул (*RAC* структур) при небольшом увеличении в режиме *FICE*.

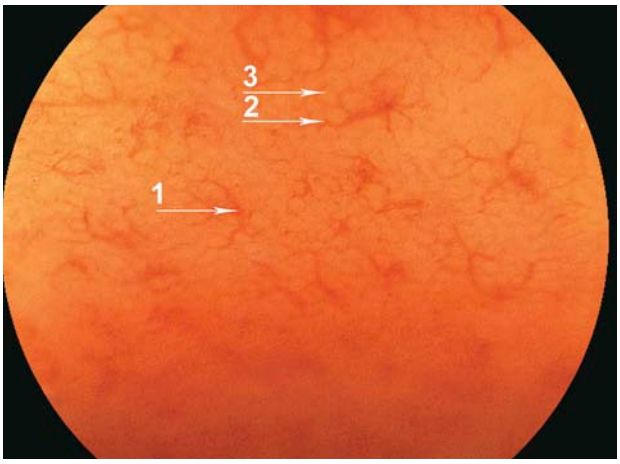


Рис. 8.

Эндоскопическая картина строения подэпителиальных сосудов Z-0 типа в режиме *FICE* при увеличении 100 крат: 1 — собирающая венула; 2 — полигональные петли подэпителиальных капилляров окружающие шейку желудочных ямок; 3 — желудочные ямки (питы).

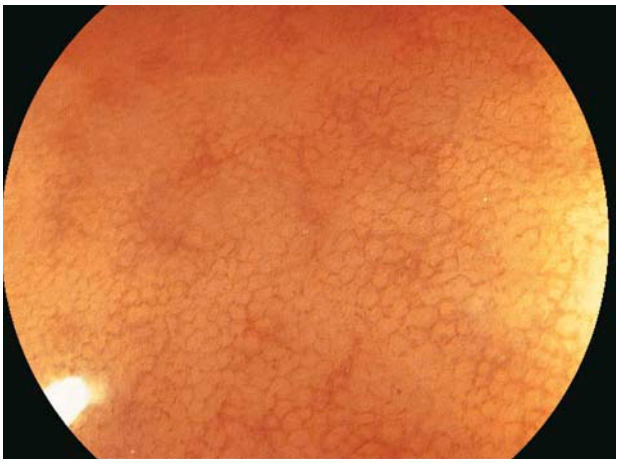


Рис. 9.

Эндоскопическая картина строения подэпителиальных сосудов Z-l типа в режиме *FICE* при увеличении 80 крат.

Рис. 10.

Эндоскопическая картина строения подэпителиальных сосудов Z-2 типа в режиме *FICE* при увеличении 150 крат.

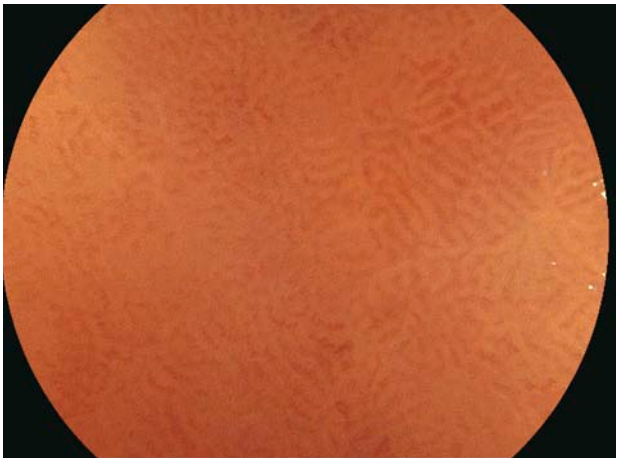


Рис. 11.

Эндоскопическая картина строения подэпителиальных сосудов Z-3 типа в режиме *FICE* при увеличении 100 крат.

образом, наши исследования показали, как и исследования Yagi K. с соавторами (2000, 2001), что выявление *RAC* структур имеет высокую чувствительность и специфичность для предсказания отсутствия *Hp* инфекции. Наличие *RAC* структур подтверждало отсутствие воспаления, несмотря на наличие эритемы и было надежным в идентификации воспаления слизистой оболочки желудка при отсутствии *RAC* структур, несмотря на наличие эндоскопически нормальной слизистой оболочки желудка.

Во второй части исследования ни у одного из пациентов не было выявлено строение подэпителиальных сосудов по типу Z-0. Так же ни у кого не было выявлено наличия инфекции *Hp*. В зависимости от времени прошедшего с момента эрадикации *Hp* были выявлены различные типы строения подэпителиальных сосудов (данные представлены в таблице 1).

Как видно из полученных данных перенесенная *Hp* инфекция сопровождается не только морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка, о чем написано большое количество работ, но и макроскопическими исследованиями, определяемыми при видеоэндоскопии с увеличением. Обращает на себя внимания тот факт, что постепенно, с увеличением срока прошедшего с момента эрадикации, достоверно ($p<0,05$) наблюдается восстановление (нормализация) строения подэпителиальных сосудов. К сожалению, наш срок наблюдения недостаточный. Mera R. с соавторами (2005) в проведенном 12 летнем исследовании показали, что регресс предопухолевых поражений (атрофия, кишечная метаплазия) увеличивается как функция квадрата времени свободного от *Hp*. Учитывая это и полученные нами данные можно с уверенностью говорить о том, что с течением времени свободного от *Hp* отмечается постепенное восстановление строения подэпителиальных сосудов, что говорит о восстановлении строения слизистой оболочки желудка. Эти данные можно использовать в выявлении групп риска в развитии рака желудка и определении сроков регулярности их осмотров. Но для определения этих групп необходимо более длительное исследование на значительно большем количестве пациентов.

В отличие от всех предыдущих исследователей мы впервые применили методику виртуальной хромоскопии при проведении исследования как без увеличения в выявлении *RAC* структуры (рис. 7) так и при увеличении для определения строение подэпителиальных сосудов (рис. 8 — рис. 11). Оказалось, что проведение исследования в режиме виртуальной хромоскопии (*FICE*) существенно упрощает проведение исследования, и особенно в режиме увеличения сокращает время обследования.

Выводы

1. Эндоскопия с увеличением является высокоинформативным методом в определении отсутствия инфекции *Helicobacter pylori* и в ее присутствии в желудке.
2. С течением времени свободного от *Helicobacter pylori* отмечается постепенное восстановление строения подэпителиальных сосудов, что говорит о восстановлении строения слизистой оболочки желудка.
3. Видеоэндоскопия с увеличением должна занять свое важное место в раннем выявлении и наблюдении за пациентами с предопухоливыми заболеваниями.
4. Внедрение в повседневную практику видеоэндоскопии с высокой разрешающей способностью и виртуальной хромоэндоскопией существенно улучшает диагностику минимальных изменений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Литература

1. Никишаев В.И. (2007) Виртуальная хромоэндоскопия: новая технология для повышения качества эндоскопического осмотра. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. Vol. 11; 3: 12-16
2. Hassall E., Dimmick J.E. (1991) Unique features of Helicobacter pylori disease in children. Dig Dis Sci 36: 417-423
3. Honda T. (1993) Study on the mucosal microstructure of the gastric elevated lesions with the magnifying electronic endoscopic, dissecting microscopic and histological findings. Gastroenlerol. Endosc. 35: 967-976
4. Laine L., Cohen H., Sloane R., Marin-Sorensen M., Weinstem W.M. (1995) Interobserver agreement and predictive value of endoscopic findings for H. pylori and gastritis in normal volunteers. Gastrointest Endosc. 42: 420-423
5. Luzza F., Pensabene L., Imeneo M. et al. (2001) Antral nodularity identifies children infected with Helicobacter pylori with higher grades of gastric inflammation. Gastrointest Endosc. 53: 60-64
6. Mera R., Fontham E.T.H., Bravo L.E., Bravo J.C., Piazuelo M.B., Camargo M.C., Correa P. (2005) Long term follow up of patients treated for Helicobacter pylori infection. Gut. 54: 1536-1540
7. Sakaki N., lida Y., Saito M. et al. (1980) New magnifying endoscopic classification of the fine gastric mucosa pattern. Gastroenterol. Endosc. 22: 377-383
8. Yagi K., Nakamura A., Sekine A., Goto T. (2000) Endoscopic features of the normal gastric mucosa without Helicobacter pylori: infection. Gastroenterol. Endosc. 42: 1977-1986
9. Yagi K., Nakamura A., Sekine A., Goto T. (2000) Endoscopic finding of H. pylori-negative normal stomach: Observation of gastric mucosa by magnifying endoscopy. Dis. Endosc. 42: 275
10. Yagi K. (2001) Endoscopic features and magnified views of the corpus in the Helicobacter pylori-negative stomach. Digestive Endoscopy. [Suppl] 13: 34-35

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2008) Vol. 12; 3: 19-22

ФІТОБЕЗОАРИ ШЛУНКА В ЕНДОСКОПІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Бурий О.М., Терешкевич І.С., Мошковський Г.Ю., Раздобудько Ю.М.

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

Stomach Bezoars in the Endoscopic Practice

O.M. Buriy, I.S. Tereshkevich, G.Yu. Moshkovskiy, Yu.M. Rozdobudko

National Institute of Surgery named by O.O. Shalimov, AMS of Ukraine, Kiev

Received: April 14, 2008
Accepted: May 12, 2008

Адреса для кореспонденції:
Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України
вул. Героїв Севастополя, 30
Київ, 02140, Україна

Summary

We describe the diagnosis and treatment of large stomach bezoars with thick consistency, which are removing during gastroscopy.

Key words: fitobezoar, gastroscopy, stomach.

Вступ

Безоарами називають сторонні тіла, які утворюються в шлунку внаслідок попадання в нього компонентів їжі, які не перетравлюються, а накопичуються та формують стороннє тіло. У людини безоари зустрічаються дуже рідко. В світовій літературі до 2005 року описано близько 500 випадків [3]. Безоари бувають різного складу і розмірів, вони поступово збільшуються і можуть виповнювати весь шлунок, можуть досягати розмірів до 20 см і важити до 1 кг.

Відомо різні види безоарів: фіто-, трихо-, піксо-, себо-, гемато-, лакто-, полібезоари та інші.

Частіше всіх зустрічаються фітобезоари, які складають 70-75% від всіх безоарів [2]. Фітобезоар являє собою тверде округле або циліндричне тіло, центр якого складається із залишків рослинного походження. Формуються фітобезоари із рослинної клітковини, яка при накопиченні в шлунку в значному об'ємі спресовується і перетворюється в стороннє тіло округлої форми. Найбільш часто фітобезоари утворюються із дикої хурми, диких слив, винограду, інжиру, фініків, соняшникового насіння та ін.

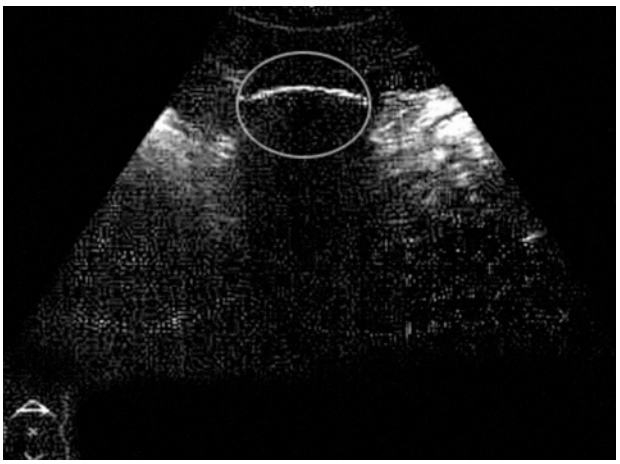


Рис. 1.

Ультразвукова картина безоара шлунка. Кільцем тут і в подальшому виділено безоар.

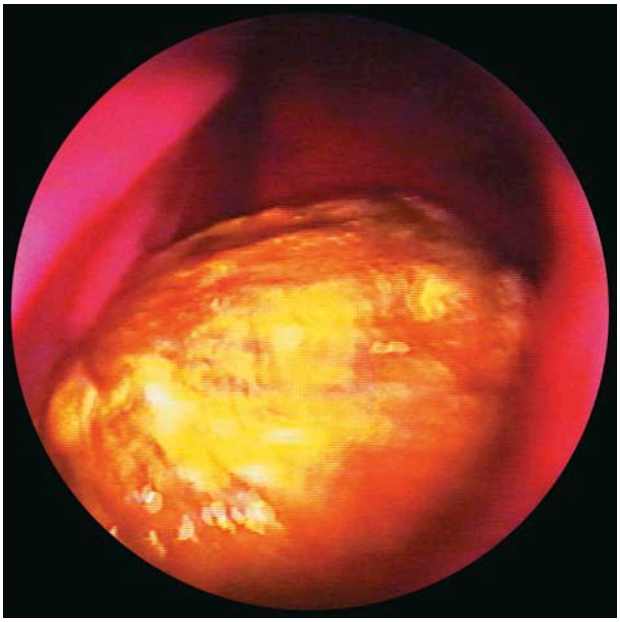


Рис. 2.
Ендоскопічна картина безоара шлунка.

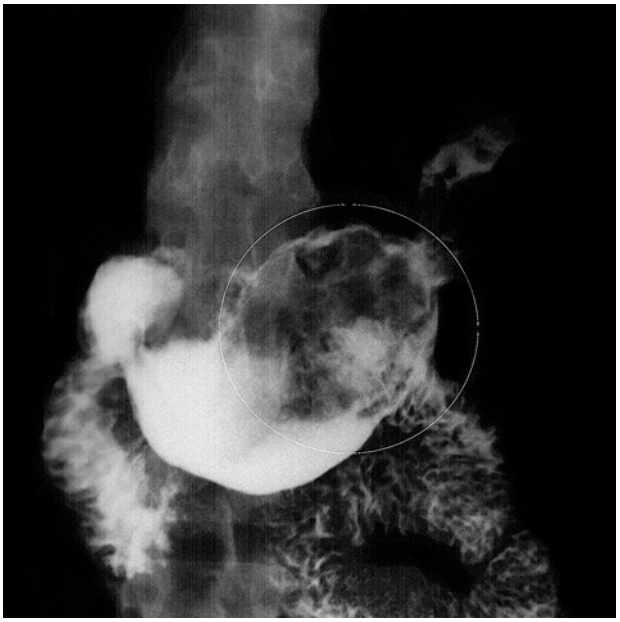


Рис. 3.
Рентгенограма шлунка хорого на безоар шлунка.

Швидкість утворення фітобезоарів залежить від їх органічної природи і коливається від декількох днів до декількох років. Дуже швидко вони формуються із незрілої хурми, що містить велику кількість смолистих та в'яжучих речовин, які склеюють залишки рослинної їжі в компактну масу.

Фітобезоари бувають поодинокими та множинними, темно-коричневого або зеленого кольору, мають зловонний запах.

Сприятливими причинами до утворення фітобезоарів вважають погане пережовування їжі, злукову хворобу черевної порожнини. Безоари можуть зустрічатися у осіб, які перенесли резекцію шлунка або ваготомію з пілоропластикою. До факторів, що ведуть до утворення фітобезоарів, належать зниження секреторної функції шлунка і порушення евакуації з нього, погане пережовування їжі, наявність в'язкого слизу в шлунку внаслідок розвитку післяопераційного гастриту.

Безоар може тривалий час знаходитись в шлунку, не викликати особливих порушень, окрім зниження ваги. Специфічних клінічних ознак немає. За мірою росту безоара періодично з'являються болі та відчуття тяжкості в епігастрії, відчуття швидкого переповнення шлунка, нудота, блювання, відрижка тухлим. Багато хворих скаржаться на зниження апетиту, загальну слабкість, схуднення.

При дослідженні крові виявляється анемія.

Основними методами діагностики є фіброгастроскопія і рентгенографія шлунка. Рентгенологічно виявляється дефект наповнення округлої або овальної форми з рівними, чіткими контурами. Складки слизової оболонки зазвичай не змінені, повністю зберігається еластичність і скоротлива здатність стінки шлунка, що має вирішальне значення в диференційній діагностиці зі злоякісними пухлинами [7]. При диференційній діагностиці безоара з поліпами на ніжці виходять з того, що зміщення поліпа обмежене розмірами ніжки, а безоара – стінками шлунка.

При гастроскопії безоари, що формуються, представлені крупними рихлими комками з елементами волосся, харчових мас, які покриті густим слизом. Сформовані фітобезоари виглядають як великі овальної або неправильної форми щільні камені темно-зеленого кольору, досить легко зміщуються в шлунку.

Ультразвукове дослідження є скринінг методом в діагностиці цієї недуги [5]. При цьому в порожнині шлунка виявляється об'ємне утворення, нерідко з нерівними контурами, високої ехогенності з наявністю акустичної тіні. Слід провести диференційну діагностику з раком шлунка.

Безоар, що росте, поступово заповнює просвіт вихідного відділу шлунка або кишки і викликає явища непрохідності. Найчастіше з ускладнень зустрічається виразкування шлунка (внаслідок пролежня стінки), гастрит, гастроптоз. Великі та щільні безоари можуть викликати перфорацію стінки шлунка з розвитком перитоніту. На кінець, безоари можуть призвести до алергічних проявів (алергічний дерматит, набряк Квінке, еозинофілія) [1].

При відсутності ускладнень лікування слід починати з консервативних мероприємств [4]. Хворим призначають всередину теплий 10% розчин соди, целюло-

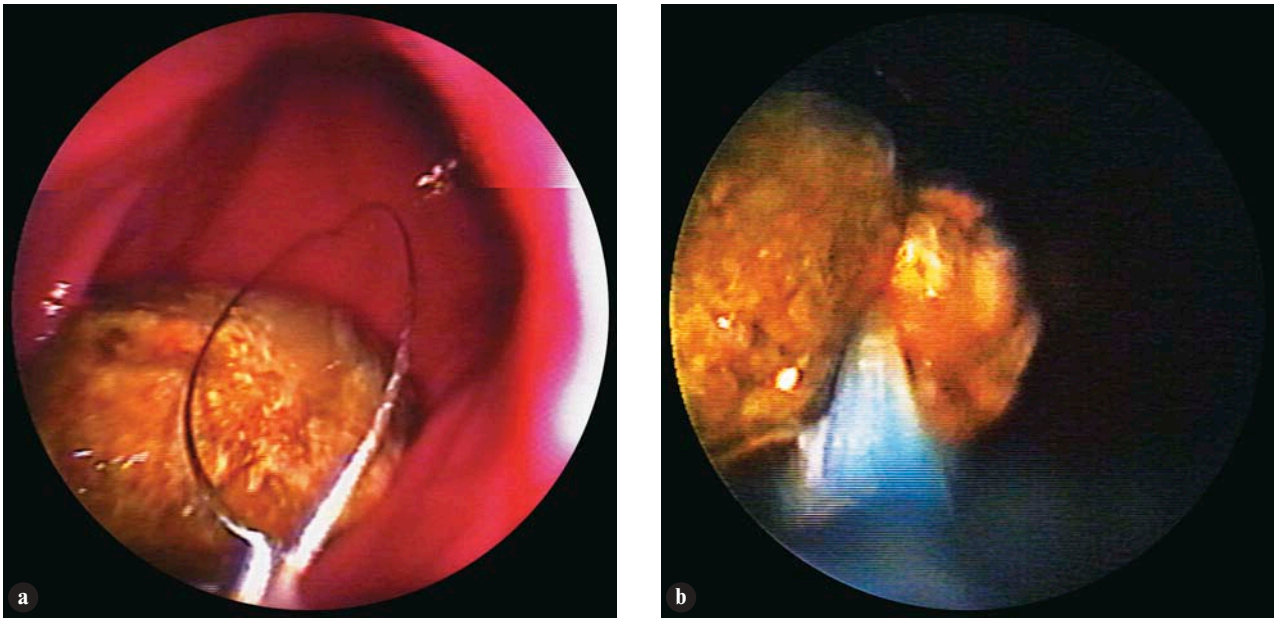


Рис. 4.

Етап ендоскопічної фрагментаціїї безоара.

A. Накидання петлі на безоар. **B.** Затягування петлі та фрагментування безоара.

зу, папаїн разом з легким масажем ділянки шлунка. При відсутності ефекту від консервативних заходів показано оперативне лікування [8]. Менш щільні (фіто-, піксо-, себобезоари) видаляють ендоскопічно: проводять видалення за допомогою гастроскопа після попереднього подрібнення. Невдалі спроби є показом до оперативного лікування [9]. Лікування щільних і ускладнених безоарів тільки хірургічне. Операція полягає у видаленні безоара шляхом гастротомії.

Прогноз благоприємний.

Матеріали та методи

За останні 5 років в Національному іституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова діагностовано 8 випадків фітобезоарів шлунка. 4 хворих перенесли раніше оперативне втручання на шлунку з приводу виразкової хвороби (трьом виконана резекція шлунка по Більрот-II, одному пацієнту – ваготомія, пілородуоденопластика). В 2 хворих (не оперованих) під час обстеження виявлено виразковий субкомпенсований пілородуоденальний стеноз, в 2 хворих органічної патології та порушення евакуації з шлунка не виявлено. З анамнезу: всі хворі тривалий час вживали хурму. При поступленні вони пред'являли скарги на тяжкість, періодичні болі в верхніх відділах живота, періодичне блювання, зниження апетиту, незначне схуднення. У відділенні проводили обстеження: загальноклінічні аналізи, ультразвукове дослідження, гастроскопію, при необхідності рентгенографію шлунка.

Результати та їх обговорення

Хворим виконували УЗД органів черевної порожнини (гіперехогенне утворення в проекції шлунка – рис. 1), гастроскопія (жовто-зелені щільні, мобільні утворення від 4 до 8 см в діаметрі – рис. 2), рентгенографію шлунка (дефект наповнення, який визначався розмірами безоару – рис. 3). Після встановлення діагнозу фітобезоар шлунка останній під час ендоскопічного дослідження фрагментували (рис. 4 a; рис. 4 b; рис. 5) спеціальною петлею та видаляли безоар ендоскопічно пофрагментно (патент на корисну модель № 23452) [6]. Всі спроби були вдалими, тому відкрите оперативне втручання (гастротомію) не проводили.

Клінічне спостереження

Хвора С., 1956 р.н., (історія хвороби № 1209), поступила в клініку 11/02-2006 р. зі скаргами на відчуття тяжкості в верхніх відділах живота, нудоту, періодичне блювання, незначне схуднення.

З анамнезу: у вересні 2007 р. виконано оперативне втручання в об'ємі СПВ, пілородуоденопластика за Гейнеке-Мікулічу з приводу виразкового пілородуоденального стенозу; тривалий час вживала хурму.

Після обстеження (гастроскопія, рентгенографія, УЗД) *встановлено діагноз:* Фітобезоар шлунка розмірами 6×5 см.

Проведено лікування: виконали гастроскопічне дослідження, завели в шлунок петлю з стального дроту діаметром 1,0 мм, ендоскопічно механічно подрібнили безоар

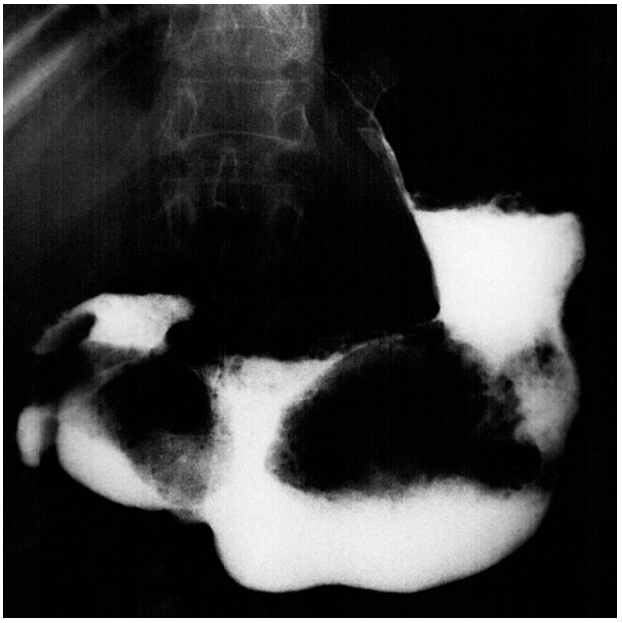


Рис. 5.
Рентгенографічна картина подрібнених безоарів шлунка.

на частини розмірами 1-2 см, видалили їх з шлунка за допомогою петлі.

Через 2 дні провели контрольні обстеження: гастроскопія – резидуальні фрагменти безоара та запальні, дистрофічні явища в ділянці його знаходження відсутні, рентгенографія шлунка – дефекту наповнення не виявлено, евакуація контрасту в ДПК не порушена. Клінічно скарги відсутні. Хвору виписали на амбулаторне лікування.

Заключення

Застосування запропонованого способу дозволяє видалити фітобезоар великих розмірів з шлунка, що значно знижує травматичність втручання і є пріоритетом у виборі лікувальної тактики у хворих даної групи.

Література

1. Арабаджян В.А. (1996) Безоары желудка. Русский медицинский журнал. 4: 51-53
2. Бебуришвили А.Г., Мандриков В.В., Акинчиц А.Н. (2007) Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Учебно-методическое пособие. (Волгоград). "ВолГМУ". 25 с.
3. Белов И., Акжигитов Г. (2004) Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Медицинская газета. 57: 8
4. Беляев А.А. (1993) Безоары желудка и их осложнения. Хирургия. 5: 44-47
5. Бурков С.Г., Арутюнов А.Г., Атабекова Л.А., Виноградова Н.М., Грудий М.В., Коноплев В.Б., Кутепова С.Ю. (2002) Ультразвуковая диагностика фитобезоаров желудка. Клиническое наблюдение. SonoAce-International. Vol. 2: 14-16
6. Бурий О.М., Терешкевич І.С., Вербицький М.П. (2007) Спосіб видалення великого безоара з шлунка. Патент на корисну модель № 23452.
7. Пономарев А.А., Карпов О.Э. (2002) Редкие причины непроходимости желудочно-кишечного тракта. (Рязань). "Госмедуниверситет им. И.П. Павлова". 420 с.
8. Смаков Г., Карпов В., Куницкий Ю., Хрикулов Ю. (1998) Безоары желудочно-кишечного тракта. Врач. 6: 22-23
9. Blam M.E., Lichtenstein G.R. (2000) A new endoscopic technique for the removal of gastric phytobezoars. Gastrointest Endosc. 52 (3): 404-408

ПОДПИСКА 2009

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

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

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

Для получения журнала в 2009 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії
(2008) Vol. 12; 3: 23-28

ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ *THD* В ЛІКУВАННІ ГЕМОРОЮ

Палієнко Р.К., Андієць В.С., Клюзко І.В.*, Яцентюк В.Г.*

Кафедра хірургії та проктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ
Хірургічне відділення* Київської міської клінічної лікарні №15, Україна

Peculiarities of *THD* Method in Hemorrhoids Treatment

R.K. Paliyenko, V.S. Andriyets, I.V. Kluzko*, V.G. Yutzentuk*

Chair of Surgery and Proctology, National Medical Academy for Postgraduate Education, Kiev, Ukraine
Surgical Department*, Kiev municipal clinical hospital #15, Ukraine

Received: August 4, 2008
Accepted: September 8, 2008

Адреса для кореспонденції:
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
Кафедра хірургії та проктології
вул. Дорогожицька, 9
04112, Київ, Україна
e-mail: paliyenko@ukr.net

Summary

We performed analyze of 72 patients with hemorrhoids operated by transanal hemorrhoidal dearterialisation *(THD)* during 2007-2008 years. Patients were operated at three proctologic departments of Kiev. In 57 patients there were hemorroidal bleeding, in 18 — II stage hemorrhoids, in 43 — III stage hemorrhoids, in 11 — IV stage hemorrhoids. Complications were in 8 patients. *THD* method has 97,2% of effectiveness. So, adequate surgical tactics and postoperative medicine prophylactics — token of successful treatments patients with hemorrhoids by *THD* method.

Key words: hemorrhoid, transanal haemorrhoidal dearterialisation, THD.

Вступ

Геморой посідає перше місце серед проктологічних захворювань. Частота ректальних кровотеч складає близько 20% на рік, більшість з яких спричинені гемороєм [10]. За даними різних досліджень розповсюдженість геморою коливається від 4,4% до 86% [4, 11, 14].

На сьогоднішній день відкрита гемороїдектомія є основним методом лікування геморою: вперше описаний Milligan та Morgan в 1937 році [18], а в 1959 році Ferguson описано закритий тип даної операції [9]. Зазвичай такі операції виконуються стаціонарно і супроводжуються сильним післяопераційним болем та довготривалою реабілітацією. Саме тому розроблено менш інвазивні амбулаторні методи лікування, такі як накладання латексних кілець, кріодеструкція, інфрачервона коагуляція та склеротерапія. Лігування латексними кільцями набуло особливої популярності завдяки позитивним результатам та низькому рівню ускладень при внутрішньому геморої першого та другого ступеню [1, 7]. Основними недоліками вище вказаних амбулаторних процедур є потреба в проведенні декількох сеансів лікування та висока кількість рецидивів при зовнішньому та комбінованому геморої [13, 21].

Завдяки впровадженню малоінвазивних хірургічних методів, які забезпечують бажаний результат лікування та зменшують інтенсивність післяопераційного болю, скоротилася кількість хворих, що потребують проведення традиційної гемороїдектомії. Степлерна гемороїдопексія, запропонована Longo [17], є менш болісною альтернативою традиційному хірургічному методу, однак насправді вона не вважається "малоінвазивним" методом, оскільки техніка проведення даного втручання супроводжується резекцією слизової оболонки анального каналу та

можливими важкими ускладненнями [3, 6, 15, 20]. В 1995 році Morinaga та ін. [19] описали нову методику хірургічного лікування геморою під назвою лігування геморроїдальних артерій (*HAL — haemorrhoidal artery ligation*) або трансанальна геморроїдальна деартерилізація (*THD — transanal haemorrhoidal dearterialisation*). Даний метод усуває симптоми геморою шляхом перев'язування кінцевих гілок верхньої прямокишкової артерії. Точне визначення кінцевих гілок верхньої прямокишкової артерії за допомогою допплера дозволяє виконувати ретельне та систематичне перев'язування цих судин. Автори використовували інструмент під назвою "Морікон", який складався з проктоскопа обладнаного допплерівським зондом для виявлення та перев'язування артерій, в результаті чого зафіксовано задовільні результати лікування [19]. З 1995 року в ході низки досліджень в світі проведено аналіз ефективності та безпечності методу *THD* [2, 5, 8, 12, 16, 22, 23] в лікуванні геморою.

Геморроїдальні комплекси складаються зі сплетінь великих венозних судин (артеріовенозне сполучення між кінцевими відгалуженнями верхньої прямокишкової артерії та верхньої, середньої та нижньої прямокишкової вен), вплетені в каркас сполучної тканини та гладеньких м'язових волокон. Гладенькі м'язи виконують функцію підтримуючої структури, яка утворює фіброеластичне розгалуження всередині комплексів. Цю структуру Stelzner та ін. назвали *corpus cavernosum recti (CCR)*. Кровопостачання *CCR* забезпечується кінцевими гілками верхньої прямокишкової артерії; це функціональне насичення кров'ю, що наповнює кавернозне сплетіння. Дана структура відіграє важливу роль в забезпеченні ректальної континенції виконуючи функцію своєрідного замикального механізму, в якому завдяки кров'яному наповненню відбувається повна герметизація анального каналу. Даний механізм складає близько 15% анального тиску в спокійному стані.

Незважаючи на те, що патогенез геморою остаточно ще не пояснений, існують дві основні теорії, які не виключають одна одну: теорія опускання слизової оболонки та теорія васкулярної гіперплазії. Перша теорія полягає в тому, що випадіння геморроїдальних вузлів спричинено патологічним опусканням нормального вистилаючого шару анального каналу внаслідок послаблення підтримуючої сполучної тканини та загостренням під час розтягнення в процесі випорожнення. Автори другої теорії наголошують, що невластива поведінка артеріовенозних шунтів призводить до перенапруження геморроїдальних вузлів та їх наступного розширення, в результаті чого виникає пролапс та кровотеча. Насправді, етіопатогенез геморою є багатофакторним явищем і окрема теорія не спроможна пояснити всі аспекти даного захворювання. Досконалий хірургічний метод лікування геморою повинен діяти на обидва патогенетичні механізми з урахуванням анатомії та фізіології кінцевої частини прямої кишки.

З 2007 року методика *THD* була впроваджена в Україні. З того часу виконано вже 134 оперативних втручання в семи лікарських закладах Києва та Львова. Безпечність та висока ефективність цього методу доведена багатьма дослідженнями (таблиця 1), однак особливості цієї методики потребують уваги проктологів, що починають вперше впроваджувати цей метод в своїй практиці.

Мета даного дослідження — розробити алгоритм методики *THD* та дослідити його ефективність в лікуванні хворих на геморой.

Матеріали та методи

Ми проаналізували результати операцій — прошивання геморроїдальних артерій під контролем допплеровського зонду в лікуванні геморою (метод *THD*),

Таблиця 1.

Автор	N хворих	Ступінь	Період спостереження, міс	Відсоток успішних операцій	Ускладнення
Morinaga et al. [19]	113	NR	5-12	96%	Біль — 5% Кровотеча — 12%
Sohn et al. [23]	60	II 33%; III 45%; IV 22%	NR	88%	Тромбоз — 7% Біль — 8% Анальна тріщина — 29%
Arnold et al. [2]	105	II 17%; III 74%; IV 9%	NR	89,6%	Тромбоз — 3% Фістула — 1%
Infantino et al. [12]	86	II 28%; III 72%	4-26	90%	Тромбоз — 1% Затримка сечі — 1%
Felice et al. [8]	68	NR	11	91%	Тромбоз — 3%

Примітка: N — кількість хворих; NR — не повідомлено; II — другий ступінь; III — третій ступінь; IV — четвертий ступінь.

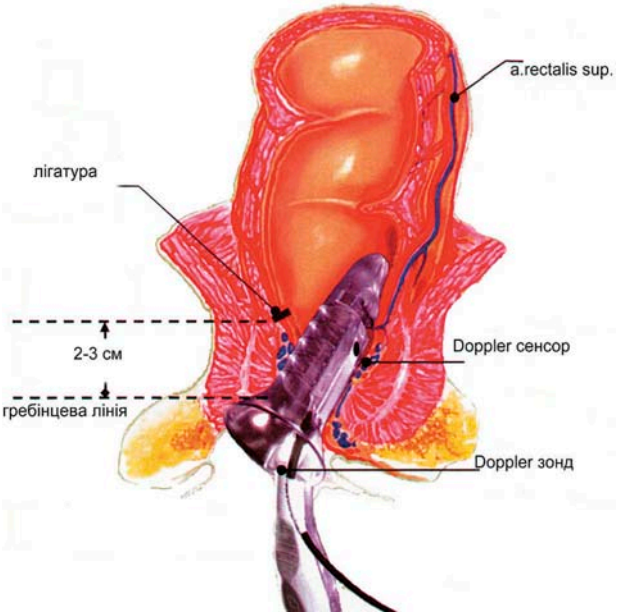


Рис. 2

Точки прошивання стінки анального каналу вісімкоподібним швом.

Рис. 1

Розташування операційного аноскопа для виконання методики THD в анальному каналі.

проведених у 72 хворих в період з листопада 2007 року по серпень 2008 року в трьох державних клініках міста Києва. Відношення чоловіків та жінок складало 3:1. Серед пацієнтів в 57 були хронічні та рецидивні гемороїдальні кровотечі. Виконання методу *THD* було у 18 пацієнтів з хронічним гемороєм другого, 43 — третього та 11 — четвертого ступенів. Методом анестезії під час операції обрано спинальне знеболення та ендотрахеальний наркоз.

Операцію виконували при положенні пацієнта на спині за допомогою інструменту *THD* (виробник: *G.F., Medical Division, Correggio, Italy*) з приладнаним на дистальній відстані допплерівським датчиком та через спеціальне операційне "вікно", яке дозволяє виконувати прошивання слизової оболонки (рис. 1). Голкотримач вставляється в отвір в ректоскопі і таким чином забезпечується фіксоване обертання голки в одній і тій самій точній траєкторії. Освітлення ректоскопу подається через отвір в його ручці.

Перед прошиванням стінки прямої кишки ми визначали розташування артерій верхньої та середньої прямокишкових артерій за допомогою допплерівського датчика, які по циферблату знаходяться на непарних годинах (рис. 2).

Прошивання стінки прямої кишки та перев'язування кровоносних судин прямокишкових артерій виконували в 6-ти точках на 1-3-5-7-9-11 годинах по циферблату, на відстані 2-3 см проксимальніше від гребінцевої лінії (рис. 1) ниткою 2/0, що розсмоктується, вісімкоподібним швом. Вузол зав'язується ззовні ректоскопу та за допомогою інструменту для низведення вузла щільно переміщуються до стінки кишки в місці її прошивання. Відсутність сигналу з допплерівського датчика підтверджують оклюзію судини. При випадінні внутрішніх гемороїдальних вузлів (III та IV ступенях геморою) на вузол, що випадає накладали безперервний шов в напрямку назовні від першого шва у 3-5 стіжки з метою охоплення гемороїдальних вузлів. При цьому потрібно звертати особливу увагу на те, щоб дистальний стібок залишався проксимальніше гребінцевої лінії не менше ніж на 1 см (рис. 3). Потім зав'язували вузол на рівні першого — проксимального шва для того, щоб підняти слизову. Результатом такої анопексії є міцніша адгезія слизової оболонки до глибших прошарків ректальної стінки завдяки фіброзу, що формується в післяопераційному періоді. Така операційна техніка застосовувалася лише на гемороїдальні комплекси, що випадали назовні. Ми не повторювали її кожного разу на всіх шести точках прошивання стінки анального каналу, а лише на окремих секторах, наприклад на 3-7-11 годинах, чи 1-9 годинах. Операцію закінчували введенням в анальний канал мазевого тампона з гідрофільною антибактеріальною маззю, який щільно притискав стінки прямої кишки.

Всі пацієнти отримували в перші три доби низькомолекулярні гепарини в профілактичних дозах в залежності від маси тіла з метою профілактики порушення венозного кровотоку в оперованій ділянці та місцеве лікування введенням мазевих тампонів в анальний канал.

При наявності больових відчуттів хворим в першу, рідко — другу добу після операції вводили ненаркотичні анальгетики.

Після виписки хворих із стаціонара їм призначали профілактичне медикаментозне лікування — анти-

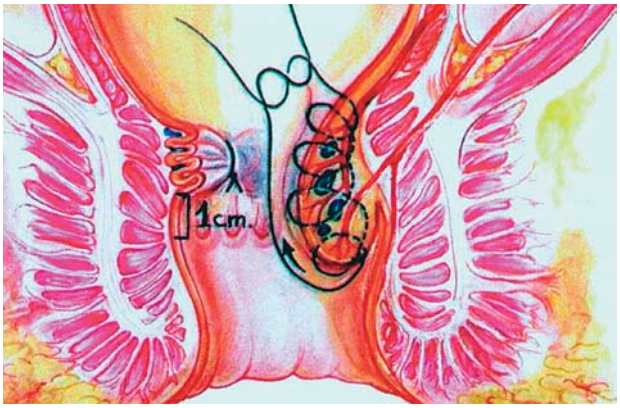


Рис. 3
Техніка прошивання гемороїдального вузла при анопексії.

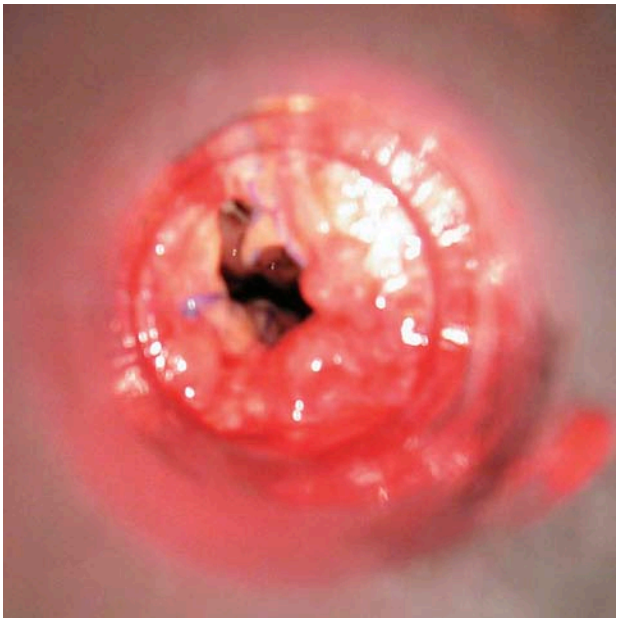


Рис. 4
Технічно неправильно виконана операція THD — звуження прямої кишки за рахунок запалення її стінок.

коагулянти або дезагреганти (гепатромбін-Г, фенілін, сінкумар, аспірин), венотоніки (флєбодіа-600), місцеве лікування мазевими (левосін, мірамістин, нітацид, левомеколь, офлокаін) тампонами та призначення послаблюючих препаратів строком на 2 тижні з наступним контрольним оглядом проктолога. Також обов'язковим після випорожнення було підмивання висхідним душем з теплою водою, що ми вважаємо також за профілактику післяопераційних ускладнень.

Результати

Середній термін перебування хворих в стаціонарі складав 2-3 дні, післяопераційний період 1-2 дні. До праці пацієнти повертались на 5-7 добу після операції.

Покращення свого стану хворі відмічали одразу після операції.

Більше половини прооперованих пацієнтів не відчували болю, решті хворих призначали одно-дводенний курс ненаркотичних анальгетиків.

Зареєстровано 8 післяопераційних ускладнень. Всі ускладнення виникли в пацієнтів на початку впровадження методики та пошуку профілактичної медикаментозної терапії в післяопераційному періоді. На останні 30 оперативних втручань жодного ускладнення не спостерігалось.

У 4 пацієнтів в першу добу після операції були кровотечі із місць прошивання, що ми вважаємо за недолік виконання оперативної техніки. В 2 випадках кровотеча була зупинена щільною тампонадою анального каналу, а ще в 2 випадках кровотеча зупинена прошиванням стінки кишки. В 2 пацієнтів на п'яту та сьому добу виник тромбоз одиничного зовнішнього гемороїдального комплексу. Цим хворим була виконана тромбектомія під місцевим знеболенням. В 1 хворого молодого віку була гостра затримка сечі в першу добу після операції, що ми пов'язуємо із перерострягненням анального сфінктеру під час операції та рефлекторним спазмом сфінктера уретри в післяопераційному періоді. І в 1 хворого на третю добу після операції виник головний біль, який не піддавався медикаментозній корекції в умовах хірургічного відділення. Консультація невропатолога виявила неврологічне захворювання, яке хворий приховував при первинному обстеженні, після чого він був направлений на стаціонарне лікування в неврологічне відділення.

Також ми хотіли повідомити про випадок лікування хворого, який не був внесений в досліджувану групу. Це чоловік 54 років, який звернувся до нас через тиждень після операції за методом *THD* в одній з приватних клінік міста Києва зі скаргами на лихоманку до 38°-39°, біль в промежині, затримку сечі, закреп та сморідні виділення з прямої кишки. При ректальному дослідженні у хворого був виявлений тотальний тромбоз вен прямої кишки від гребінцевої лінії і до 8 см вглиб кишки із виразковим запаленням її стінок. Хворому була призначена системна та місцева антибактеріальна терапія, дезінтоксикаційна інфузійна терапія та дезагреганти, введення низькомолекулярних гепаринів в лікувальних дозах, проведена катетеризація сечового міхура, призначення послаблюючих. На 10 добу хворий був виписаний в

задовільному стані. Цей випадок стався, на нашу думку, в зв'язку з порушенням техніки виконання операції *THD* (при обстеженні у хворого виявлено прошивання стінки прямої кишки з анопексією в 6 точках та прошивання на рівні гребінцевої лінії, та трофічні виразки внаслідок критичного порушення кровотока; на рис. 4 — звуження прямої кишки за рахунок запалення її стінок) та відсутністю належного профілактичного медикаментозного лікування в післяопераційному періоді (хворий був виписаний на наступний день після операції без призначення медикаментозного лікування).

З 72 пацієнтів через місяць прослідковано стан у 71 пацієнта та ще в 32 — через 3-6 місяців. Під час огляду через 1 місяць після операції у 70 з 71 пацієнтів з ректальними кровотечами лікування було визнано ефективним щодо усунення гемороїдальних кровотеч, в той час як у 1 пацієнта симптоми залишилися (з III ступенем геморою) та у 1 хворого з 11 хворих IV ступенем геморою зберігалось випадіння слизової прямої кишки. Ми вважаємо що в першому випадку причиною незадовільного результату були недоліки оперативної техніки при виконанні методики *THD*, а в другому — поєднання двох захворювань — геморою та випадіння прямої кишки I ступеня. Стосовно інших 10 пацієнтів з гемороєм IV ступеню лікування було результативним. В оглянутих через 3-6 місяців після операції хворих проявів захворювання не було.

В жодного з досліджених хворих не було порушення континенції та звуження анального каналу. У третини хворих зникли епізодичні прояви закрепів та необхідність прийому послаблюючих препаратів.

Обговорення

"Ідеальний" хірургічний метод повинен бути дієвим, надійним з точки зору анатомії та фізіології. Дія методу повинна базуватися на особливостях етіопатогенезу та патофізіології. Він повинен мати низький коефіцієнт ускладнень та характеризуватися відсутністю ризику тяжких ускладнень, бути мінімально інвазивним, що означає незначні пошкодження тканин та відсутність післяопераційного болю. Крім того, для такої хвороби як геморой, лікувальна процедура повинна виконуватися один раз та назавжди.

Дане дослідження підтверджує, що метод *THD* є безпечним, ефективним та ідеальним одноденним хірургічним втручанням з приводу лікування хронічного геморою. Оскільки даний метод не потребує резекції тканин, то не порушується анатомічна структура кінцевої частини шлунково-кишкового тракту, а відтак зберігається функція анальних стовпчиків та дистальної частини прямої кишки з точки зору континенції та чутливості, не виникає стеноз анального канала. У жодного з пацієнтів не встановлено післяопераційних порушень континенції. Даний метод став результатом 97,2% попереднього успіху лікування геморою у нашої групи пацієнтів.

Проте, на нашу думку, у метода *THD* є особливість, яка може бути загрозою для здоров'я та життя пацієнта — при прошиванні стінки прямої кишки разом із перев'язкою гемороїдальних артерій відбувається і перев'язка гемороїдальних вен, що може призвести до повного порушення кровотоку дистального відділу прямої кишки (що ми спостерігали в нашій практиці) із розвитком її флегмони або ризиком тромбемболічних ускладнень. Тому необхідно пам'ятати, про чітке дотримання оперативної техніки та обов'язкове медикаментозне лікування задля профілактики можливих ускладнень.

Висновки

Враховуючи вище викладені дослідження ми прийшли до висновку, що при академічному дотриманні оперативної техніки виконання методики *THD* та при проведенні профілактичного післяопераційного медикаментозного лікування можна вважати метод *THD* сучасним та високоефективним хірургічним методом лікування геморою який не призводить до порушення континенції та формування стриктури анального канала.

Література

1. Палиенко Р.К. (2008) Стандартизация метода вакуумного лигирования геморроидальных узлов. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хір. Vol. 12; 2: 27-31
2. Arnold S., Antonietti E., Rollinger G., Scheyer M. (2002) Doppler ultrasound assisted hemorrhoid artery ligation. A new therapy in symptomatic hemorrhoids. Chirurg. 73: 269-273
3. Aumann G., Petersen S., Pollack T., Hellmich G., Ludwig K. (2004) Severe intra-abdominal bleeding following stapled mucosectomy due to enterocele: report of a case. Tech. Coloproctol. 8: 41-43
4. Bleday R., Pena J.P., Rothenberger D.A., Goldberg S.M., Buls J.G. (1992) Symptomatic hemorrhoids: current incidence and complications of operative therapy. Dis Colon Rectum. 35: 477-481
5. Charua Guindic L., Fonseca Munoz E., Garcia Perez N.J., Osorio Hernandez R.M., Navarrete Cruces T., Avendano Espinosa O., Guerra Melgar L.R. (2004) Hemorrhoidal desarterialization guided by Doppler. A surgical alternative in hemorrhoidal disease management. Rev. Gastroenterol. Mex. 69: 83-87
6. Cheetham M.J., Mortensen N.J., Nystrom P.O., Kamm M.A., Phillips R.K. (2000) Persistent pain and faecal urgency after stapled haemorrhoidectomy. Lancet. 356: 730-733
7. Chew S.S., Marshall L., Kalish L., Tham J., Grieve D.A., Douglas P.R., Newstead G.L. (2003) Short-term and long-term results of combined sclerotherapy and rubber band ligation of hemorrhoids and mucosal prolapse. Dis Colon Rectum. 46: 1232-1237

8. Felice G., Privitera A., Ellul E., Klaumann M. (2005) Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation: an alternative to hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 48: 2090-2093
9. Ferguson J.A., Heaton J.R. (1959) Closed hemorrhoidectomy. Dis Colon Rectum. 2: 176-179
10. Fijten G.H., Blijham G.H., Knottnerus J.A. (1994) Occurrence and clinical significance of overt blood loss per rectum in the general population and in medical practice. Br. J. Gen. Pract. 44: 320-325
11. Haas P.A., Haas G.P., Schmaltz S., Fox T.A. (1983) The prevalence of haemorrhoids. Dis Colon Rectum. 26: 435-139
12. Infantino A., Amadio L., Bellomo R., Tonizzo C.A., Romano G., Bianco F., Salafia C., Altomare D., Dal Monte P.P., Sarago M., Tagariello C. (2006) Doppler-guided transanal haemorrhoidal dearterialisation is a valid treatment option for II-III degrees haemorrhoidal disease. In Abstract Book: *Proceedings of the Second Joint Meeting of the European Council of Coloproctology and European Association of Coloproctology and First National Congress of the Italian Society of Colorectal Surgery*. (Bologna). *Monduzzi Eds.*
13. Iyer V.S., Shrier I., Gordon P.H. (2004) Long-term outcome of rubber band ligation for symptomatic primary and recurrent internal hemorrhoids. Dis Colon Rectum. 47: 1364-1370
14. Johanson J.F., Sonnemberg A. (1990) The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiological study. Gastroenterology. 98: 380-386
15. Jongen J., Bock J.U., Peleikis H.G., Eberstein A., Pfister K. (2006) Complications and reoperations in stapled anopexy: learning by doing. Int. J. Colorectal Dis. 21: 166-171
16. Lienert M., Ulrich B. (2004) Doppler-guided ligation of the hemorrhoidal arteries. Report of experiences with 248 patients. Dtsch. Med. Wochenschr. 129: 947-950
17. Longo A. (1998) Treatment of hemorrhoids disease by reduction of mucosa and hemorrhoidal prolapse with a circular suturing device: a new procedure. In Abstract Book: *6th World Congress of Endoscopic Surgery*. (Italy, Rome). pp 777-784
18. Milligan E.T.C., Morgan C.N., Jones L.E., Officer R. (1937) Surgical anatomy of the anal canal and the operative treatment of haemorrhoids. Lancet. II: 1119-1123
19. Morinaga K., Hacuda K., Ikeda T. (1995) A novel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the haemorrhoidal artery with a newly devised instrument in conjunction with Doppler flow meter. Am. J. Gastroenteral. 90 (4): 610-613
20. Ripetti V., Caricato M., Arullani A. (2002) Rectal perforation, retropneumoperitoneum, and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed hemorrhoids: report of a case and subsequent considerations. Dis Colon Rectum. 45: 268-270
21. Savioz D., Roche B., Glauser T., Dobrinov A., Ludwig C., Marti M.C. (1998) Rubber band ligation of hemorrhoids: relapse as a function of time. Int. J. Colorectal Dis. 13: 154-156
22. Shelygin I.A., Titov A.I., Veselov V.V., Kanametov M.K. (2003) Results of ligature of distal branches of the upper rectal artery in chronic hemorrhoid with the assistance of Doppler ultrasonography. Khirurgiia. (Moskva). 1: 39-44
23. Sohn N., Aronoff J.S., Cohen F.S., Weinstein M.A. (2001) Transanal hemorrhoidal dearterialization is an alternative to operative hemorrhoidectomy. Am. J. Surg. 182: 515-519

ПОДПИСКА 2009

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

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

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

Для получения журнала в 2009 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація лікарів-ендоскопістів України

III симпозіум "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія"

м. Миколаїв, 28 - 29 травня 2009 р.

ПЕРШИЙ АНОНС

Вельмишановні колеги!

Маємо честь запросити Вас взяти участь у III симпозіумі "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія", який відбудеться в м. Миколаєві, 28 - 29 травня 2009 р. Ми будемо раді вітати Вас!
З найкращими побажаннями, оргкомітет.

Наукова програма симпозіуму:

- Актуальні питання діагностичної та лікувальної ендоскопії;
- Малоінвазивні методи в хірургії;
- Ускладнення в ендоскопії.

Регламент доповіді:
усна доповідь — до 15 хвилин, обговорення — до 3 хвилин.

Матеріали доповідей будуть опубліковані в фаховому журналі: "Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії".

При підготовці матеріалів просимо дотримуватись вимог Українського журналу малоінвазивної та ендоскічної хірургії (див. інструкції для авторів у будь якому номері журналу). Стаття із переліченими вимогами у двох примірниках, анкета учасника та дискета 3,5' надсилаються оргкомітету.

Кореспонденцію направляти:

вул. Братиславська, 3
Київ, 02660
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, Головіну С.Г.

Редколегія залишає за собою право виправляти термінологічні та стилістичні помилки, усувати зайві ілюстрації, скорочувати текст, не змінюючи при цьому їхнього істотного змісту. Рукописи, що не відповідають умовам та усім вимогам інструкції для авторів, не розглядаються та не повертаються, автори не повідомляються.

Статті і тезиси будуть прийматися до 15/02-2009 р.

В період проведення конференції буде проводитись виставка сучасних лікарських засобів, медичного інструментарію і обладнання. Фірмам, зацікавленим прийняти участь у симпозіумі та виставці звертатись до оргкомітету.

Адреса оргкомітету:

02660, м. Київ, вул. Братиславська, 3
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Нікішаєву В.І.
e-mail: nikishaev@endoscopy.com.ua

Контактні телефони по загальним питанням:
Нікішаєв Володимир Іванович:
(044) 544-66-46
Головін Сергій Георгійович:
(044) 518-27-16
Бойко Володимир Васильович:
(044) 518-27-16

Наукова програма симпозіуму та умови розміщення учасників будуть повідомлені пізніше, в другому анонсі.

Інформація буде поступати на наш web сайт: www.endoscopy.com.ua

АНКЕТА УЧАСНИКА

Назва доповіді: _____

_____

Прізвище, ім'я, по батькові: _____

Місце роботи, посада: _____

_____

Наукова ступінь, вчене звання: _____

Контактний телефон: _____

Форма участі в науковому форумі:

усна доповідь		тільки публікація		вільний слухач	
так	ні	так	ні	так	ні

Технічні засоби презентації:

мультимедійний проектор		інші:
так	ні	

Замовлення готелю: так ні

Дата _____ Підпис _____

13 квітня 2008 року виповнилося 50 років начальнику клініки реанімації і анестезіології Головного військового клінічного госпіталю — головному анестезіологу Міністерства оборони України полковнику медичної служби Володимиру Михайловичу Мельнику

В.М. Мельник народився в селі Михайлівка Гайсинського району Вінницької області. З 1965 р. по 1973 рік навчався в Михайлівській восьмирічній школі. З 1973 р. по 1975 рік навчався в Гранівській середній школі.

Після служби в лавах Радянської Армії в 1978 році поступив до Вінницького медичного інституту ім. М.І. Пирогова. З 1982 р. по 1984 р. — слухач Військово-медичного факультету при Горьківському мединституті. З 1984 р. по 1989 р. проходив службу в ГРВН (група радянських військ в Німеччині) лікарем медичного пункту, старший лікар-спеціаліст відділення анестезіології та реанімації. З 1989 р. по 1992 р. — служба в Приволжсько-Уральському ВО і Уральському ВО — начальник відділення анестезіології та реанімації окремого медичного батальйону.

З 1993 р. і по теперішній час в ГВКГ проходив службу на посадах: начальника лабораторії допоміжного кровообігу; старшого ординатора відділення реанімації та інтенсивної терапії; начальника медичного відділення (штучна нирка); начальника відділення реанімації та інтенсивної терапії (для хірургічних хворих) клініки реанімації та анестезіології; начальника клініки реанімації та анестезіології — головного анестезіолога МОУ.

Результатом натхненної праці по збереженню здоров'я і життя військовослужбовців стали неабиякі досягнення. Це ряд раціоналізаторських пропозицій по анестезіології та інтенсивній терапії, десятки наукових публікацій, праця над дисертацією на здобуття ступеня кандидата медичних наук та учні, які продовжують справу Володимира Михайловича в різних куточках України.

Бути готовим повсякчас прийти на допомогу — життєвий принцип Володимира Михайловича Мельника.

Щиро вітаємо Володимира Михайловича Мельника з ювілеєм та бажаємо міцного здоров'я, щастя та творчих успіхів!

Командування та колектив хірургів і анестезіологів
Головного військово-медичного клінічного центру
"Головний військовий клінічний госпіталь"
Міністерства оборони України

24 вересня 2008 року виповнилось 50 років Головному спеціалісту МОЗ України зі спеціальності "Ендоскопія", Президенту асоціації лікарів-ендоскопістів України, доктору медичних наук, старшому науковому співробітнику, завідувачу відділенням ендоскопічної діагностики та хірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги провідному науковому співробітнику Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України — Володимиру Івановичу Нікішаєву

Коли йде мова про становлення та розвиток вітчизняної гастроінтестинальної ендоскопії, то вона цілком аргументовано сформувалась навколо постаті Володимира Івановича Нікішаєва.

Народився ювіляр 24 вересня 1958 році в сім'ї військових у місті Дніпропетровську, де і пройшли його роки раннього дитинства. Школу закінчив в місті Київ. Саме тоді сформувалась потреба багато працювати, пошук нового, прагнення бути потрібним людям. Тому вибір професії лікаря був не випадковим. У 1981 році, успішно закінчивши лікувальний факультет Київського медичного інституту, він розпочав спеціалізацію по хірургії в клінічних лікарнях №7 та №15 міста Києва. Його вчителями були видатні хірурги — М.М. Ковальов, В.Д. Братусь та П.Д. Фомін.

Зі своїм вчителем Петром Дмитровичем Фоміним Володимир Іванович Нікішаєв плідно працює в науковій та практичній галузі і до сьогоднішнього дня. Великий інтерес до хірургії та гастроінтестинальної ендоскопії в майбутньому визначили його шлях в медицині. Професійний шлях розпочав у 15 міській лікарні Києва де працював лікарем хірургом та ендоскопістом в міському центрі по наданню невідкладної медичної допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами. В 1983 році разом з центром був переведений в 12 клінічну лікарню. В 1993 році перейшов на роботу в Київській науково-практичний центр швидкої медичної допомоги та медицини катастроф (Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги з 1998 р.) на посаду завідуючого відділенням ендоскопічної діагностики та хірургії. З 1998 по 2001 рік працював першим заступником головного лікаря КМК ЛШМД та завідуючим відділенням ендоскопічної діагностики та хірургії на громадських засадах. У цей час в лікарні були найкращі показники по лікуванню хворих з шлунково-кишковими кровотечами в Україні.

З 1995 року Володимир Іванович працював по сумісництву старшим науковим співробітником, а з 1998 року провідним науковим співробітником Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. З 1998 по 2004 рік, по сумісництву, працював доцентом кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії.

Працюючи хірургом розпочав роботу над кандидатською дисертацією по темі: "Клініко-ендоскопічна характеристика оперативних методів лікування кровоточивих пілородуоденальних виразок ", яку і захистив у 1992 році. У 1996 році ВАК України присвоїв вчене звання старшого наукового співробітника за спеціальністю "хірургія". У 2003 році захистив докторську дисертацію за темою: "Ендоскопічна діагностика і мініінвазивна ендохірургія при кровотечах із гастродуоденальних виразок і варикозно-розширених вен стравоходу і шлунку".

За період практичної діяльності В.І. Нікішаєв багато працював з хворими з шлунково-кишковими кровотечами та виконав великий обсяг хірургічних та ендоскопічних втручань. Багато з яких є іноваційними. Володіє сучасними методами і практичними навичками, що необхідні в практиці ендоскопіста та хірурга. Постійно вивчає і запроваджує в своїй роботі нові способи мінінвазивних ендохірургічних втручань для лікування хворих. Розробив багато методів у боротьбі з кровотечами. Є піонером в Україні у проведені ендоскопічної балонної дилатації звужень шлунковокишкового тракту; ендоцистостомії; використанням механічного гемостазу (кліпування, лігування), аргоноплазмової коагуляції, радіочастотної коагуляції при кровотечах. В відділенні, яким він керує, вперше в Україні почали і широко застосовують до сегоднішнього дня тотальну внутрішньовенну анестезію при проведенні ендоскопічних втручань. Першим почав виконувати лапароскопічні операції у КМК ЛШМД та навчив багато лікарів цим методикам.

В 1996 році приймав безпосередню участь у створенні Асоціації лікарів-ендоскопістів України, де на сьогодні займає посаду президента. Член Російського та Європейського товариства ендоскопістів шлунково-кишкового тракту, Київського міського товариства хірургів та Європейської асоціації хірургів.

За вагомий особистий внесок у розвиток охорони здоров'я та високий професіоналізм двічі нагороджений почесною грамотою МОЗ України.

Перу В.І. Нікішаєва належить 209 опублікованих наукових праць в області ендоскопії та хірургії, з яких 43 закордоном. Отримано 17 патентів України, видано 7 методичних рекомендацій.

Згуртувавши біля себе групу талановитих учнів і співробітників, він забезпечив всестороннє запровадження передових ендоскопічних технологій та розробку нових мініінвазивних ендохірургічних втручань. Під керівництвом В.І. Нікішаєва захищено 3 кандидатські дисертації (Головін С.Г., Бойко В.В., Лемко І.І.), опубліковано 8 монографій. Асоціація лікарів-ендоскопістів України під його керівництвом плідно працює над удосконаленням функціонування ендоскопічної служби України в організаційному та кадрово-методологічному аспектах. Проводяться науково-практичні з'їзди, конгреси, симпозіуми, конференції.

Міцного здоров'я, творчих, наукових та професійних перемог, гармонії, радості і щастя!

Асоціація лікарів-ендоскопістів України та Редакція "Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

ISSN 1029-743 X

Полный охват всех граней минимальной инвазивной хирургии.

Сверхсовременные хирургические технологии на основе опыта и эволюции мировой хирургии.

От "key hole" хирургии и нейронавигации до молекулярной хирургии.

Всемирное издание.
Выходит 4 раза в год.
Утверждено ВАК Украины.