

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



УКРАЇНСЬКИЙ ФОНД ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ
НЕЙРОЕНДОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ НЕЙРОХІРУРГІЇ

ISSN 1029-743 X

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії

Volume 11 No 4

2007

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

БАК України 1997/1999 р.

Затверджено

Міжнародним Центром ISSN 5.VII.1998 р.

"Ukrains'kij žurnal maloinvazivnoi
ta endoskopičnoj hirurgii"

(Ukr. ž. maloinvazivnoi endosc. hir.)

"Ukrainian Journal of Minimally Invasive
and Endoscopic Surgery"

(Ukr. J. Minimally Invasive Endosc. Sur.)

Established in 1996.

Published quarterly.

Засновник

Український фонд підтримки та розвитку
нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії

Видаєць

Київський клінічний госпіталь

Мова видання

українська, російська, англійська.

Сфера розповсюдження

загальнодержавна, зарубіжна.

Свідчення про державну реєстрацію

KB #2301, 23.XII.1996

Підписано до друку 21.VIII.2007

Особиста подяка за сприяння

Демехіну В. А.

Сканування, дизайн та комп'ютерна верстка

Куценко С. О.

Друк



(050) 443-09-72

Головний редактор

Данчин О. Г.

Заступник головного редактора

Бойчак М. П.

Редактори

Голік Л. А., Лурін І. А.

Редакційна колегія

Возіанов О. Ф.

Венцковський Б. М.

Білий В. Я.

Bauer B. L. (Germany)

Бурій 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)

Пасько В. В.

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)

Тео Ч. (USA)

Тимофєєв О. О.

Тофан А. В.

Цімбалюк В. І.

Щеглов В. І.

Шеф-редактор

Алхазян А. А.

Адреса редакції

01433 Київ, вул. Госпітальна, 18

тел./факс: (044) 522-8379

www.endoscopy.com.ua

КЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- 3 Эндокопические топографо-анатомические ориентиры перимезенцефальных и мосто-мозжечковых субарахноидальных цистерн при хирургических вмешательствах на арахноидальных кистах средней черепной ямки

Данчин А.А.

Endoscopic Topographic and Anatomic Landmarks of Perimesencephalic and Ponto-cerebellar Subarachnoid Cisterns in Surgery of Middle Fossa Arachnoid Cysts
A.A. Danchin

- 12 Перший досвід трансанальної ендоскопічної мікрохірургії в Україні

Пироговський В.Ю., Палієнко Р.К., Яцишин М.В., Тараненко А.О., Мельник О.Ф., Злобенець С.О., Лященко М.М., Задорожний С.П., Андрієць В.С., Адаменко О.І.

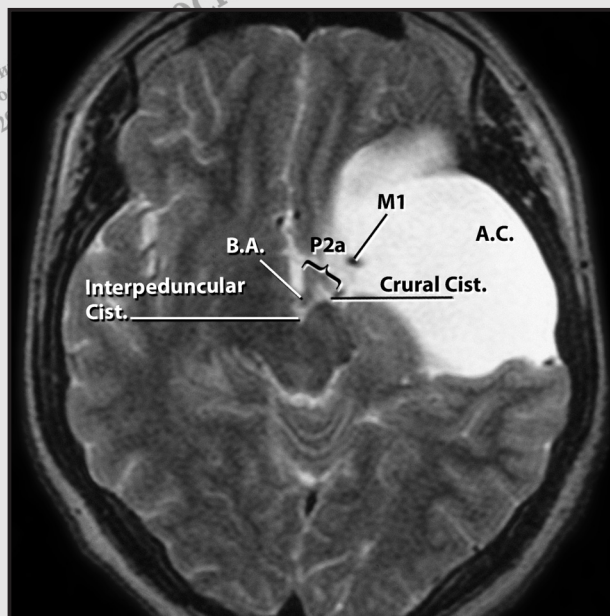
The First Experience of Transanal Endoscopic Microsurgery in Ukraine

V.Yu. Pyrogovskyy, R.K. Paliyenko, M.V. Yatsishin, A.O. Taranenko, O.F. Melnik, S.O. Zlobenets, M.M. Lashchenko, S.P. Zadorozhnyi, V.S. Andriyets, O.I. Adamenko

- 16 Радіонуклідні методи у діагностиці гострих венозних тромбозів

Русин В.І., Левчак Ю.А., Воловик Н.В.

Radionuclide Methods in Deep Veins Thrombosis Diagnostics
V.I. Rusin, Yu.A. Levchak, N.V. Volovik



стор. 3-11

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД

- 19 Наш досвід ендоскопічної контактної літотрипсії
Головко С.В., Стеценко В.О.

Our Experience in Endoscopic Contacting Lithotripsy
S.V. Golovko, V.O. Stecenko

- 21 Алгоритм лікування шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу в групі асоціальних хворих і віком понад 60 років

Корнійчук І.М., Комарницький А.Е.

Algorithms of Gastro-Intestinal Bleedings Treatment in Patients Elder Than 60 Years and Asocial Status
I.M. Kornychuk, A.E. Komarnizkiy

КОРПОРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

- 24 Первый опыт применения клипатора EZ-CLIP для остановки и профилактики рецидива кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Никишаев В.И.

The First Experience of Using EZ-CLIP in Hemostats Procedures at Upper Parts of Gastro-Duodenal Tract
V.I. Nikishaev

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ

- 36 Інструкції для авторів

СИМПОЗІУМИ

- 27 Матеріали симпозиуму "Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія", частина II
Україна, Харків, 21 - 22 вересня 2007 р.

© Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії, 2007

© Український Фонд підтримки та розвитку нейроендоскопії та ендоскопічної нейрохірургії, 2007

© ЗАТ "Київський клінічний госпіталь", 2007

Все права захищені. Перепечатка матеріалів або їх частей в будь-якому виді без письмового согласія держателя авторських прав будет преследоваться в судебном порядке.

© Ukrainian Journal of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery, 2007

© 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.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОРИЕНТИРЫ ПЕРИМЕЗЕНЦЕФАЛЬНЫХ И МОСТО-МОЗЖЕЧКОВЫХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ ЦИСТЕРН ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АРАХНОИДАЛЬНЫХ КИСТАХ СРЕДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

Данчин А.А.

Клиника нейрохирургии и неврологии Главного Военного Клинического Госпиталя МО Украины, Киев

Endoscopic Topographic and Anatomic Landmarks of Perimesencephalic and Ponto-cerebellar Subarachnoid Cisterns in Surgery of Middle Fossa Arachnoid Cysts

A.A. Danchin

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

Received: July 12, 2007

Accepted: July 31, 2007

Адреса для корреспонденції:

Клініка нейрохірургії та неврології
Головного військового клінічного госпіталю
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел./факс.: + 38-044-522-83-79
e-mail: bomartin@yandex.ru

Summary

Endoscopic inspection of anatomic structures in interpeduncular, crural and pontine cisterns lets to clear different Will's circle, optic and oculomotor nerves. It is obvious that neuroendoscopes in diameter of 2.8 — 4.0 mm could safety penetrate into these subarachnoid cisterns, including upper parts of pontine cistern. So, there are the preconditions for endoscopic operative procedures in middle fossa arachnoid cysts connections with interpeduncular, crural and pontine cisterns.

Key words: endoscopy, arachnoid cysts, interpeduncular, crural and pontine cisterns.

Введение

Перимезенцефальные и мосто-мозжечковые цистерны находятся в непосредственной близости от арахноидальных кист средней черепной ямки [2]. Отграничиваясь от указанных патологических образований арахноидальными оболочками, эти цистерны имеют сложную анатомию, с множеством артерий, перфорантных вен, глубоких венозных коллекторов, черепно-мозговых нервов [5].

Рассечение оболочек арахноидальных кист с образованием сообщений их полости с перимезенцефальными и мосто-мозжечковыми субарахноидальными цистернами основания черепа является конечной целью хирургического лечения этих объемных образований [2].

В то же время, выполнение микрохирургических манипуляций при эндоскопических доступах к арахноидальным кистам является сложной задачей для нейрохирурга, так как нейроэндоскоп имеет ограниченное поле обзора, которое не может быть расширено для уточнения ориентировки в анатомических образованиях основания черепа [4].

В доступной нам литературе мы не встретили данных, позволяющих дифференцировать как анатомические структуры указанных областей при эндоскопических оперативных вмешательствах, так и описаний самих эндоскопических методик создания стомы между арахноидальной кистой и цистернами мозга.

Целью нашего исследования явилось изучение эндоскопических топографо-анатомических ориенти-

ров перимезенцефальных и мосто-мозжечковых цистерн при хирургических вмешательствах на арахноидальных кистах средней черепной ямки, особенностей эндоскопической анатомии этих субарахноидальных цистерн, которые возможно соединить с арахноидальными кистами средней черепной ямки путем создания стомы, определение ориентиров и топографических взаимоотношений образований, содержащихся в субарахноидальных цистернах, и сравнение полученных данных с микрохирургическими данными секционного материала в норме и по данным литературы.

Материалы и методы

Нами проведено изучение особенностей анатомо-топографических взаимоотношений артерий Виллизиева круга, перимезенцефальных и мосто-мозжечковых цистерн с проходящими в них черепно-мозговыми нервами, артериями и прилежащими структурами у 5 трупов взрослых мужчин и женщин, для чего выполнены микрохирургические доступы к межножковой, круральной, мосто-мозжечковой цистернам.

Полученные данные сопоставлены с эндоскопическими находками у трех пациентов с гигантскими арахноидальными кистами средней черепной ямки, которым проводилось хирургическое лечение в нашей клинике, а также с данными микрохирургической анатомии перимезенцефальных и мосто-мозжечковых цистерн фундаментальных исследований Ulm A. и Rhoton A. [3, 5].

Техническое оснащение

Для проведения эндоскопических манипуляций мы использовали:

- жесткий торцевой вентрикулоскоп "Karl Storz" с рабочим каналом, тубусом наружного диаметра 6,8 мм, длиной 180 мм;
- жесткий торцевой эндоскоп "Karl Storz", наружный диаметр 4,0 мм, длина 180 мм;
- жесткий эндоскоп "Linvatec", оптика 30°, с наружным диаметром 2,8 мм, длиной 180 мм;
- камеру и осветитель "Zimmer";
- системы цифровой визуализирующей записи "Sony";
- нейроэндоскопические микроинструменты для работы через рабочий канал вентрикулоскопа — монополярный электрод, микрощипцы для проведения биопсии.

Результаты и обсуждение

Все субарахноидальные цистерны и щели головного мозга соединяются между собой и через *aperture mediana ventriculi quatri (foramen Magendi)* и *aperturae lateralis (foramina Luschka)* сообщаются с желудочковой системой. В отечественной литературе наиболее полная классификация цистерн головного мозга представлена Ковалем Г.Ю., Робаком О.П. и соавторами [1], которые выделяют следующие цистерны головного мозга:

1. *Cisterna cerebellomedullaris* — самая большая цистерна, находится между мозжечком и задней поверхностью продолговатого мозга, каудально она продолжается в субарахноидальные пространства спинного мозга. Ее часто называют бульбарной или большой цистерной мозга.
2. Вертикально и впереди под продолговатым мозгом большая цистерна соединяется с *мосто-мозжечковой цистерной*, в которой различают:
 - 2.1. непарную *медиальную цистерну моста*, которая лежит в его основной борозде над скатом;
 - 2.2. парные *боковые цистерны моста*, расположенные в мосто-мозжечковых углах сзади пирамид височных костей под мозжечковым наметом.
3. Медиальная цистерна моста в передне-верхнем отделе переходит в *межножковую цистерну (cisterna interpeduncularis)*, которая расположена между *pedunculi cerebri*.
4. Впереди межножковая цистерна продолжается в *межхиазмальную цистерну (cisterna chiasmatis)*, которая находится впереди *chiasma opticus* и базальной поверхностью лобных долей, направляясь вперед и вверх.
5. Межхиазмальная цистерна узкой щелью соединяется с *околомозолистой цистерной*, которая дугообразно окружает мозолистое тело спереди, сверху и сзади.
6. Задняя часть околомозолистой цистерной соединяется с *цистерной большой вены*, которая расположена по середине над четверохолмием.
7. Цистерна большой вены в боковых отделах соединяется с *окружающей цистерной (cisterna ambient)*, которая находится в щели между затылочными долями и верхней поверхностью мозжечка по бокам от ножек мозга. В окружающей цистерне различают супра- и субтенториальные отделы, последние сообщаются с боковыми цистернами моста.
8. Расширенная часть подпаутинного пространства в области боковой ямки большого мозга называется *цистерной боковой ямки (cisterna fossae lateralis cerebri)* [1].

Цистерну большой вены иностранные исследователи предпочитают называть *цистерной четверохолмия* (*cisterna quadrigemini*) [5]. Указанная классификация не выделяет супраселлярную и круральную цистерны. В тоже время, Ulm A. et al., детально исследуя микроанатомию перимезенцефальных цистерн, разделяют их на 4 сегмента:

1. *Межнужковая цистерна* — лежит между ножками мозга. Межнужковая цистерна сообщается спереди с супраселлярной цистерной, вверху и латерально с Сильвиевой щелью.
2. *Круральная* (дословный перевод с английского *crural — бедренная*) цистерна занимает пространство, ограниченное медиально ножкой мозга, латерально — задним сегментом островка и вверху — зрительным трактом. Круральная цистерна сообщается вверху с Сильвиевой щелью, медиально с межнужковой цистерной и сзади с окружающей цистерной.
3. *Окружающая (ambient) цистерна* распространяется от заднего края круральной цистерны до латерального края бугорков среднего мозга. Стенками окружающей цистерны являются: спереди — задняя поверхность ножки мозга, медиально — латеральная поверхность среднего мозга, латерально — край намета мозжечка, парагиппокампова извилина, тяжи свода и ворсинчатая щель, сверху — подушка зрительного бугра, латеральное коленчатое тело и зрительный тракт. Окружающая цистерна в коронарном обзоре имеет форму буквы "С" вокруг парагиппокамповой извилины.
4. *Цистерна четверохолмия (quadrigeminal)* расположена позади бугорков среднего мозга, ниже заднего конца мозолистого тела (*splenium*), спереди — к верхушке мозжечка и вверху прилегает к мозжечково-мезенцефальной щели [5].

Анатомические исследования на секционном материале свидетельствуют, что при оттеснении шпателем нижней части височной доли кверху в оптимальном варианте имеется доступ к круральной, межнужковой и мосто-мозжечковым цистернам (рис. 1). Это подтверждается исследованиями Rhoton A.L. и Ulm A. [3, 5]. В пространстве между тенториумом, глазодвигательным нервом и P2a участком задней мозговой артерии открывается обзор верхняя часть круральной цистерны. Эта цистерна содержит в себе непосредственно P2a порцию задней мозговой артерии, верхнюю мозжечковую артерию (S.C.A.) и медиальную заднюю ворсинчатую артерию (M.P.Ch.A), а также часть глазодвигательного нерва (CN III) (рис. 2-4). P2a участок задней мозговой артерии является самым крупным артериальным сосудом, проходящим в круральной цистерне (рис. 2-4).

Непосредственно саму заднюю мозговую артерию анатомы разделяют на P1, P2, P3 и P4 сегменты [3, 5]. Для данного исследования особый интерес представляют сегменты P1 и P2 как условные ориентиры межнужковой и круральной субарахноидальных цистерн. Сегмент P1, находящийся в межнужковой цистерне, начинается от бифуркации базилярной артерии (Bas.A.) и оканчивается в месте отхождения от задней мозговой артерии задней соединительной (P.Co.A.). Следующий за P1 сегмент P2 продолжается дистально и условно разделяется на переднюю (P2a) и заднюю (P2p) порции. P2a порция начинается от соединения задней соединительной артерии (P.Co.A.) с задней мозговой артерией и заканчивается на заднем крае круральной цистерны на задней поверхности ножек мозга — рис. 2-4 [5].

В наших наблюдениях, учитывая значительную деформацию височной доли и структур среднего мозга, вызванную объемным воздействием арахноидальных кист, эндоскопический обзор срединно-медиальных образований основания черепа не вызывал каких-либо интраоперационных затруднений. Медиальное смещение *uncus* и *gyrus hippocampi*, вызванное длительной компрессией этих структур арахноидальной кистой средней черепной ямки, открывало обзор круральную и боковую понтинную цистерны (рис. 5-7).

Указанные анатомические изменения четко сопоставимы с предоперационными данными МРТ головного мозга в аксиальной проекции у больных с гигантскими арахноидальными кистами средней черепной ямки. У всех наших пациентов арахноидальные кисты на МРТ снимках достигают вентральной части среднего мозга — передне-латеральной поверхности гомолатеральной ножки мозга. Там же определяется задняя мозговая артерия (ее P1, P2 сегменты), отделяющие арахноидальную кисту от межнужковой и круральной цистерн (рис. 5 е; рис. 6 е; рис. 7 е).

На наш взгляд, именно артерии Виллизиева круга — внутренняя сонная, средняя и задняя мозговые, а также задняя соединительная артерии являются основополагающими анатомо-топографическими ориентирами в выборе нейрохирургом оптимального и безопасного места проникновения в указанные субарахноидальные цистерны для создания постоянной кистоцистернальной стомы. На рисунках 5-7 представлены интраоперационные эндоскопические изображения участков срединных кист, соответствующие топографической анатомии мезенцефальных цистерн трех разных больных, находившихся на лечении в нашей клинике.

В тоже время, межнужковая цистерна как срединно-медиальное образование, не просматривается полностью — эндоскоп позволяет осмотреть лишь ее

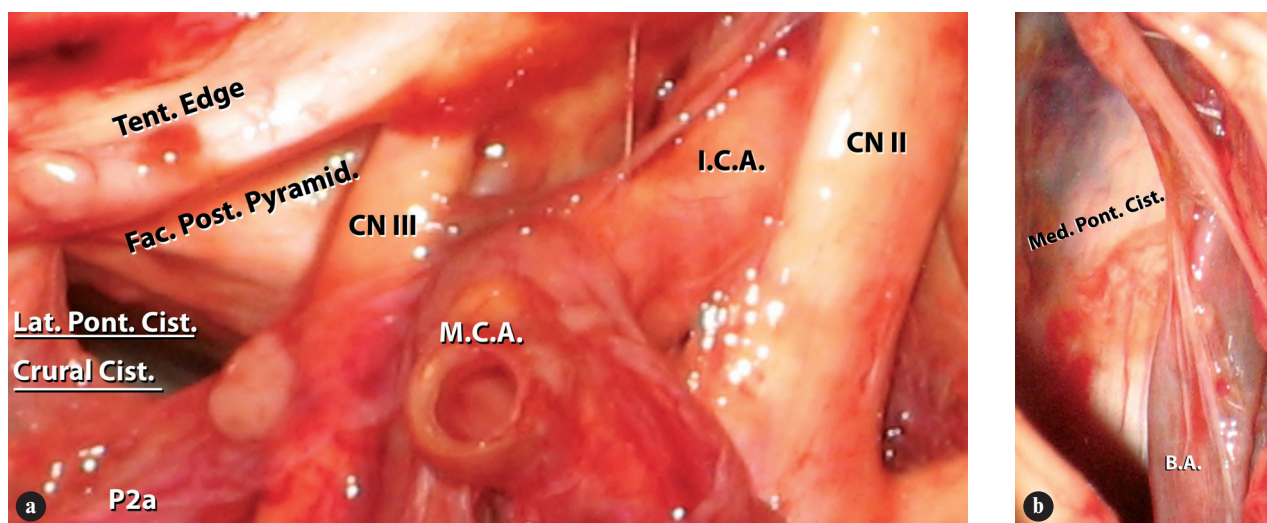


Рис. 1. Доступ субарахноидальным цистернам основания черепа (секционный материал):

А. Анатомия и топография зрительного нерва (CN II), внутренней сонной (I.C.A.) и средней мозговой артерий (М.С.А), глазодвигательного нерва (CN III) и намета мозжечка. Субтенториально просматривается задняя поверхность пирамиды височной кости (Fac.Post.Pyramid.). В треугольном пространстве, ограниченном тенториумом (Tent.Edge), глазодвигательным нервом и задней мозговой артерией (P2a), обзору доступны круральная (Crural Cist.), боковая понтинная (Lat.Pont.Cist.) субарахноидальные цистерны. В. Медиальная цистерна моста (Med.Pont.Cist.), в которой проходит основная артерия (В.А.) — субтенториальный боковой обзор.

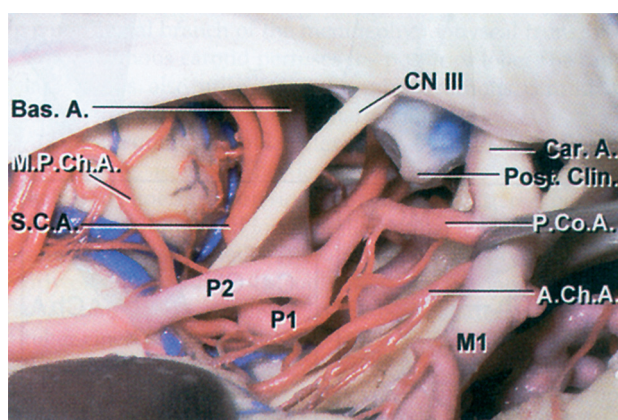


Рис. 2. Птериональный доступ к Виллизиеву кругу, Rhoton A. [3]. Височная доля ретрактором отведена кверху (Bas.A., basilar artery; M.P.Ch.A., medial posterior choroidal artery; S.C.A., superior cerebellar artery; CN III, oculomotor nerve; Car.A., carotid artery; Post.Clin., posterior clinoid; P.Co.A., posterior communicating artery; A.Ch.A., anterior choroidal artery).

верхне-латеральную часть, граничащую с передним краем круральной цистерны (рис. 5-7). В межножковой цистерне расположена бифуркация основной артерии и начальные отделы глазодвигательного нерва, который выходит из мозга по медиальному краю ножки мозга (рис. 2; рис. 3 b; рис. 4) [3, 5].

Глазодвигательный нерв является самым важным ориентиром при проведении кистоцистерностомии у больных с арахноидальными кистами средней черепной ямки, достигающими среднего мозга. Как демонстрируют рисунки 6-7, медиальный отдел *n. oculomotorius* прикрыт P2a участком задней мозговой артерии. Его протяженный свол отчетливо визуализируется при эндоскопической инспекции позади внутренней сонной артерии и до пересечения с наметом мозжечка. Указанный краниальный нерв проходит в межножковой, круральной и латеральной

понтинной цистернах (рис. 1-7). Именно позади *n. oculomotorius* имеется свободный участок мембраны арахноидальной кисты в форме треугольника.

На основании полученных нами сравнительных данных можно констатировать, что безопасно проникнуть в круральную (и через нее в межножковую) и в мосто-мозжечковые цистерны из арахноидальных кист средней черепной ямки, достигающих среднего мозга, возможно именно в указанном треугольнике, ограниченном вентрально — глазодвигательным нервом, латерально — наметом мозжечка и медиально — задней мозговой артерией (рис. 5 d; рис. 6 d; рис. 7 b). При этом треугольник имеет более узкое основание, представленное задней мозговой артерией, а его вершиной условно можно считать область перекрывания наметом мозжечка глазодвигательного нерва.

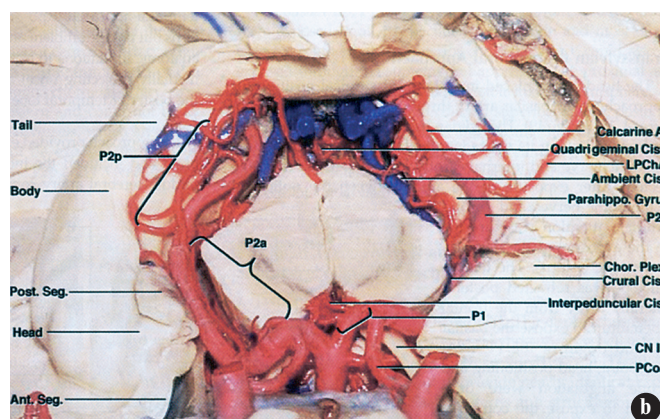
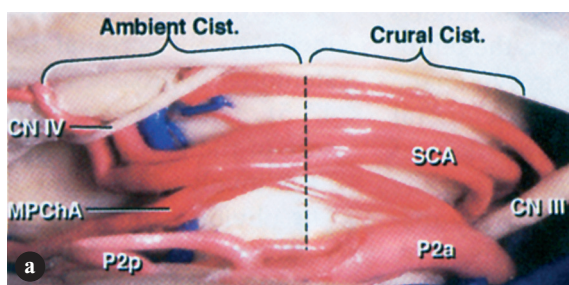


Рис. 3. Перимезенцефальные цистерны, Ulm A. et al. [5]:

А. Условные границы круральной и окружающей цистерн — латеральный левосторонний обзор (Ambient Cist., *окружающая цистерна*; Crural Cist., *круральная цистерна*; CN III, *oculomotor nerve*; CN IV, *trochlear nerve*; M.P.Ch.A., *medial posterior choroidal artery*; P., *posterior cerebral artery*; S.C.A., *superior cerebellar artery*).

В. Обзор сверху — межножковая, круральная, окружающая и цистерна четверохолмия (A., *artery*; Ant.Seg., *anterior segment of uncus*; Body, *body of hippocampus*; Chor.Plex., *choroid plexus*; Cist., *cistern*; CN III, *oculomotor nerve*; Head, *head of hippocampus*; L.P.Ch.A., *lateral posterior choroidal artery*; Parahippo.Gyrus, *parahippocampal gyrus*; P.Co.A., *posterior communicating artery*; Post.Seg., *posterior segment of uncus*; Tail, *tail of hippocampus*).

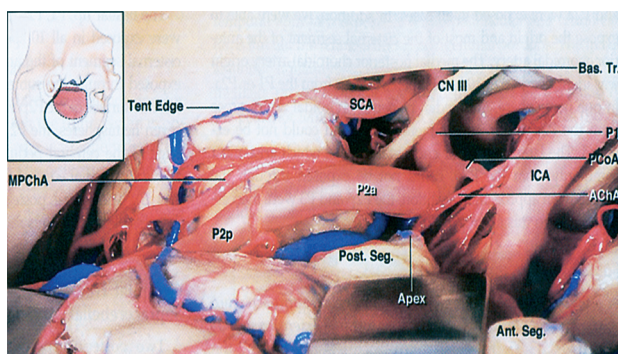


Рис. 4. Левый передний субтемпоральный доступ к перимезенцефальным цистернам по Ulm A. et al. [5] — открывается доступ к межножковой и нижним отделам круральной и окружающей цистернам. Обозреваемые структуры включают внутреннюю сонную, переднюю ворсинчатую, заднюю соединительную, основную, верхнюю мозжечковую, медиальную заднюю ворсинчатую артерии, P1 и P2 участки, включая передний и задний сегменты задней мозговой артерии, а также верхушку *uncus* (A.Ch.A., *anterior choroidal artery*; Ant.Seg., *anterior segment of uncus*; Apex, *apex of uncus*; Bas.Tr., *basilar trunk*; CN III, *oculomotor nerve*; I.C.A., *internal carotid artery*; M.P.Ch.A., *medial posterior choroidal artery*; P., *posterior cerebral artery*; P.Co.A., *posterior communicating artery*; Post.Seg., *posterior segment of uncus*; S.C.A., *superior cerebellar artery*).

Размеры указанного треугольника в наших наблюдениях, как секционного материала, так и эндоскопического мониторинга составили (усредненные данные): у основания — 6 мм, протяженность намета мозжечка — 8,5 мм, протяженность глазодвигательного нерва — 7 мм.

Из супратенториального доступа войти непосредственно в межножковую цистерну, минуя круральную, возможно между глазодвигательным нервом и задней соединительной артерией, что демонстрируют исследования Rhoton A. (рис. 2) [3]. Однако в наших наблюдениях у двоих пациентов с арахноидальными кистами глазодвигательный нерв и задняя соединительная артерия находились на расстоянии не более 1,0 — 1,2 мм друг от друга (рис. 6 d; рис. 7 c-d), а у третьего больного сегмент M1 средней мозговой артерии был смещен кзади настолько, что задняя

соединительная артерия просматривалась лишь частично (рис. 5 c). Выполнение перфорации стенки арахноидальной кисты с целью ее соединения с межножковой цистерной между *n. oculomotorius* и *posterior communicating artery*, по нашему мнению, учитывая малые размеры между ними, нецелесообразны.

Проникнуть в медиальную цистерну моста из супратенториального доступа при неизмененных анатомических структурах возможно, пройдя межножковую, либо круральную, либо латеральную понтинную цистерны. При этом веточки медиальной задней ворсинчатой артерии (M.P.Ch.A.), берущей свое начало от сегмента P1, и направляющиеся в область цистерны четверохолмия (рис. 2), не ограничивают обзор медиальной цистерны моста. В последней, по ходу продвижения вглубь, четко просматривается верхняя мозжечковая артерия (S.C.A.), однако диа-

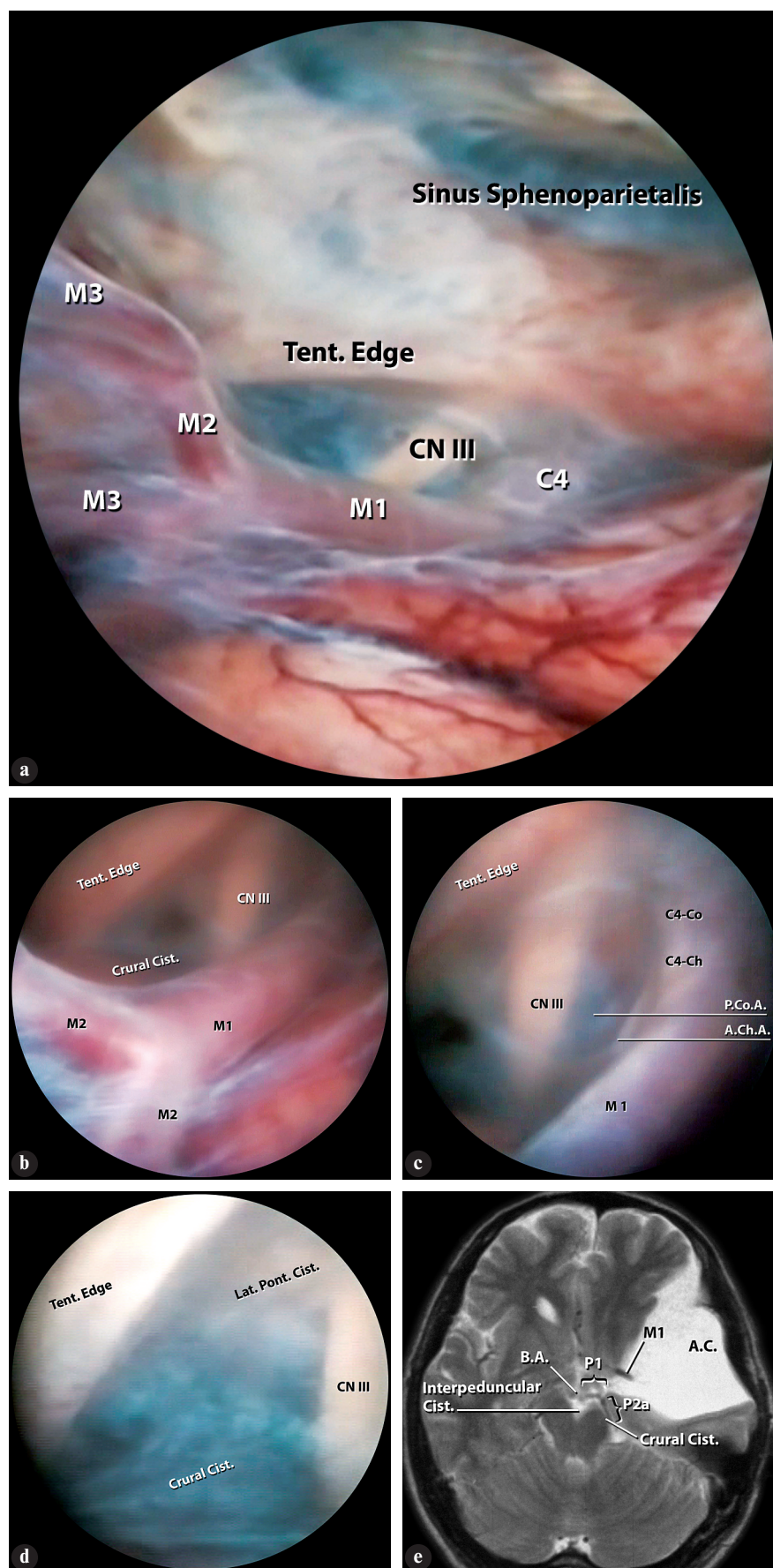


Рис. 5 А-Д. Поэтапный эндоскопический обзор области круральной цистерны и боковой цистерны моста больного Г.: ниже-медиальная стенка срединной кисты в виде тонкой мембраны покрывает вход в перемезенцефальные цистерны мозга, окклюзируя их и прекращая естественную ликвороциркуляцию. Сквозь названную мембрану визуализируются: край мозжечкового намета (Tent.Edge); сегменты М1, М2 и М3 левой средней мозговой артерии; левый глазодвигательный нерв (CN III); C4-Co. и C4-Ch. сегменты внутренней сонной артерии; задняя соединительная (P.Co.A.) и передняя ворсинчатая (A.Ch.A.) артерии; круральная цистерна (Crural Cist.); боковая цистерна моста (Lat.Pont.Cist.). Е. МРТ больного Г., в аксиальной плоскости на уровне ножек мозга — арахноидальная киста (А.С.) левой гемисферы головного мозга граничит с круральной и межножковой (Interpeduncular Cist.) цистернами. Просматривается М1 участок средней мозговой артерии, бифуркация основной артерии (В.А.), левая задняя мозговая артерия и ее сегменты P1 и P2a. От межножковой цистерны арахноидальную кисту отделяет сегмент P1.

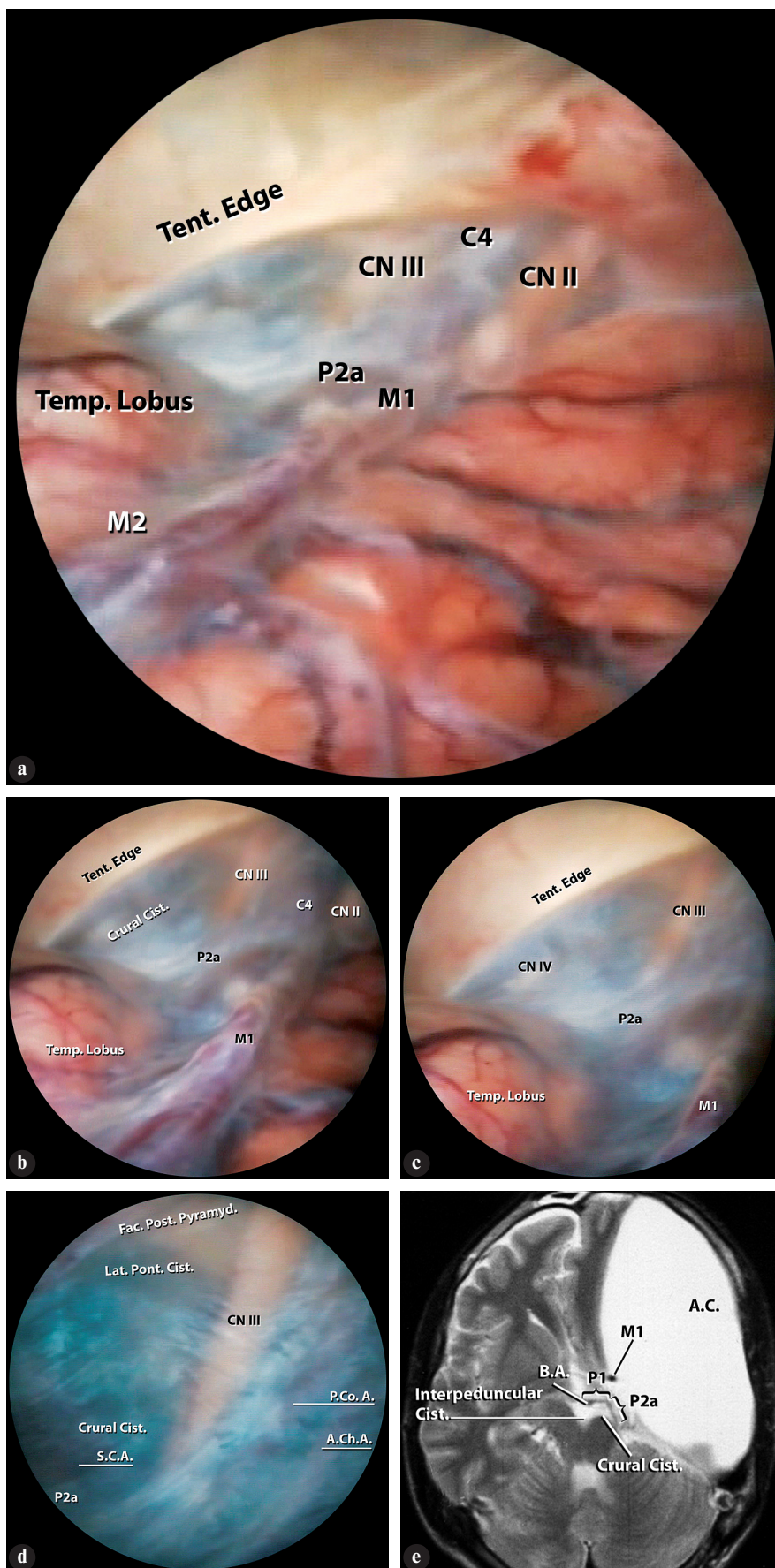


Рис. 6 А-Д. Поэтапный эндоскопический обзор области круральной цистерны и боковой цистерны моста больного В.: ниже-медиальная стенка срединной кисты в виде тонкой мембраны покрывает вход в перимезенцефальные цистерны мозга, окклюзируя их и прекращая естественную ликвороциркуляцию. Сквозь названную мембрану визуализируются: край мозжечкового намета (Tent.Edge); сегменты М1 и М2 левой средней мозговой артерии; С4 участок внутренней сонной артерии; левый зрительный нерв (CN II); блоковидный нерв (CN IV); задняя соединительная артерия (Р.Со.А.) "ныряет" под медиальную часть глазодвигательного нерва (CN III); передняя ворсинчатая артерия (А.Сh.А.); медиальная поверхность левой височной доли (Temp.Lobus); задняя поверхность пирамиды височной кости (Fac.Post.Pyramid.); боковая цистерна моста (Lat.Pont.Cist.). В круральной цистерне (Crural Cist.) виден P2a отрезок задней мозговой артерии, часть верхней мозжечковой артерии (S.C.A.). Е. МРТ больного В., в аксиальной плоскости на уровне ножек мозга — гигантская арахноидальная киста (А.С.) левой гемисферы головного мозга граничит с круральной и межножковой (Interpeduncular Cist.) цистернами. Просматривается М1 участок средней мозговой артерии, бифуркация основной артерии (В.А.), левая задняя мозговая артерия и ее сегменты P1 и P2a. P2a сегмент отделяет арахноидальную кисту от деформированной левой круральной цистерны.

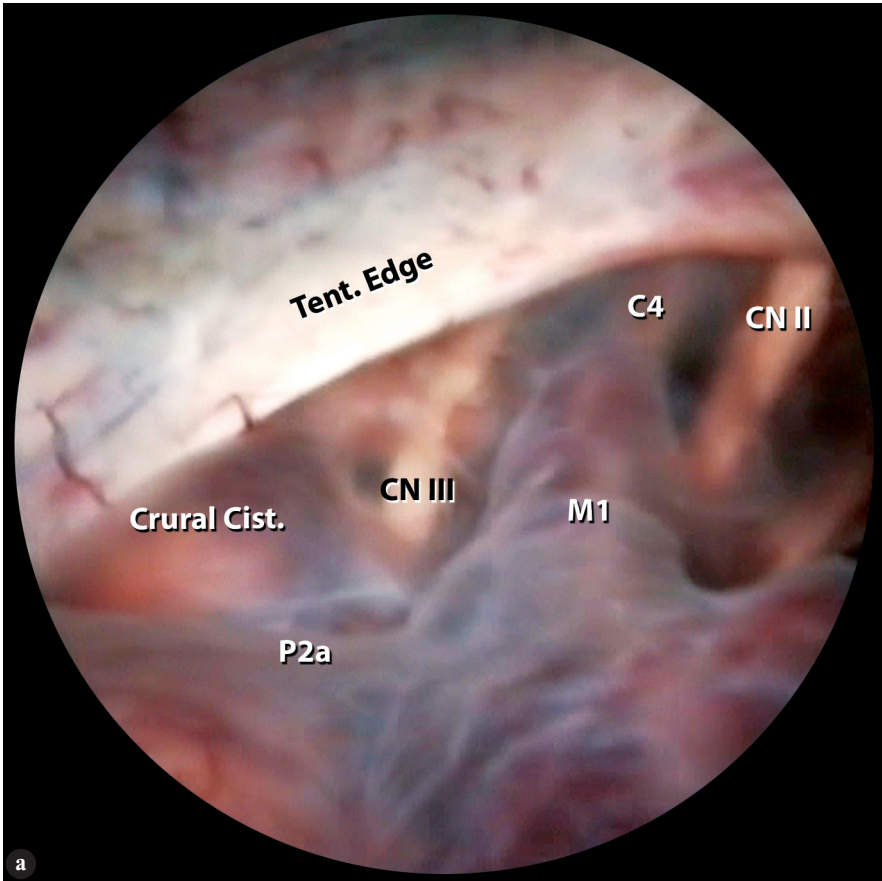
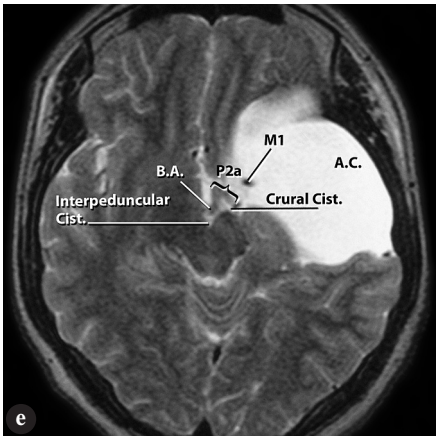
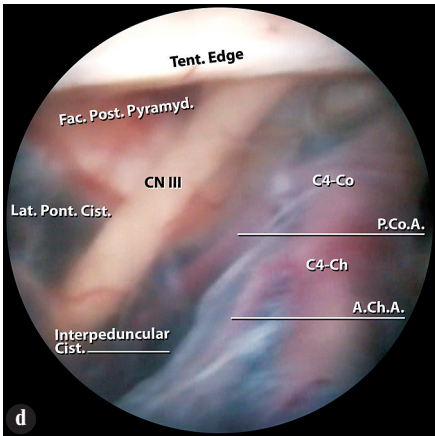
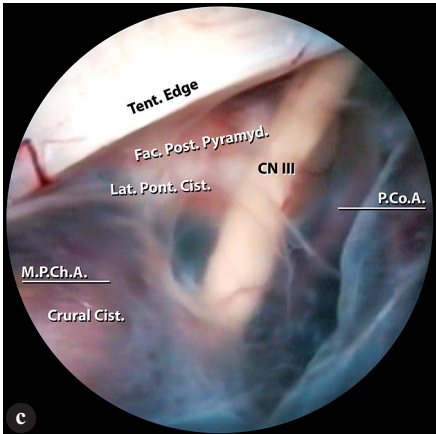
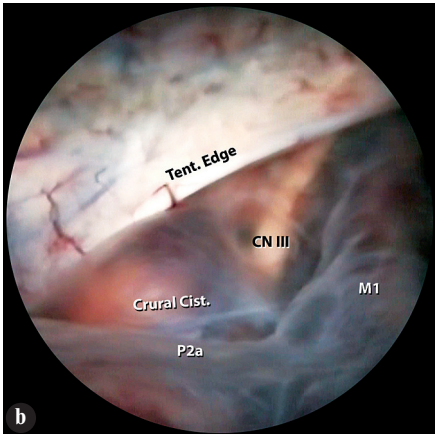


Рис. 7 А-D. Поэтапный эндоскопический обзор области круральной цистерны и боковой цистерны моста больного М.: нижне-медиальная стенка срединной кисты в виде тонкой мембраны покрывает вход в перемезенцефальные цистерны мозга, окклюзируя их и прекращая естественную ликвороциркуляцию. Сквозь названную мембрану визуализируются: край мозжечкового намета (Tent.Edge); сегмент М1 левой средней мозговой артерии; C4-Co. и C4-Ch. сегменты внутренней сонной артерии; левый зрительный нерв (CN II); задняя соединительная артерия (P.Co.A.) "ныряет" под медиальную часть глазодвигательного нерва (CN III); передняя ворсинчатая артерия (A.Ch.A.); задняя поверхность пирамиды височной кости (Fac.Post.Pyramid.). В круральной цистерне (Crural Cist.) виден P2a отрезок задней мозговой артерии, веточки медиальной задней ворсинчатой артерии (M.P.Ch.A.). Е. МРТ больного М., в аксиальной плоскости на уровне ножек мозга — арахноидальная киста (А.С.) левой средней черепной ямки головного мозга граничит с круральной и межножковой (Interpeduncular Cist.) цистернами. Просматривается М1 участок средней мозговой артерии, бифуркация основной артерии (В.А.), сегменты P1 и P2a образуют острый угол.



метр ее ствола существенно меньше основной артерии, от которой она отходит (рис. 2) [3].

В наших наблюдениях у больных с арахноидальными кистами средней черепной ямки боковая цистерна моста, расположенная сзади пирамиды височной кости под мозжечковым наметом, четко просматривалась при эндоскопической инспекции в месте перекрывания наметом мозжечка глазодвигательного нерва (рис. 5 d; рис. 6 d; рис. 7 c-d).

Выводы

Эндоскопическая визуализация анатомических образований в круральной, межнужковой и боковой понтинной цистернах при операциях на срединных кистах мозга позволяет четко дифференцировать артерии Виллизиева круга и глазодвигательный нерв. Очевидно, что нейроэндоскопы диаметром 2,8 — 4,0 мм способны безопасно проникать в указанные субарахноидальные цистерны, включая верхние отделы медиальной цистерны моста, тем самым возникают предпосылки для проведения именно эндоскопических оперативных вмешательств с целью создания сообщения (стома) арахноидальных кист средней черепной ямки с перимезенцефальными и мосто-мозжечковой цистернами.

Литература

1. Коваль Г.Ю., Сиваченко Т.П., Мечов Д.С. и соавт. (2002) Промежная диагностика. (Київ). "Орбіс". Том 2. 640 с.
2. 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
3. Rhoton A.L. (2002) The Supratentorial Cranial Space: Microsurgical Anatomy and Surgical Approaches. *Neurosurgery*. Vol. 51; 4: 410
4. Schroeder H.W.S., Oertel J., Gaab M.R. (2007) Endoscopic treatment of cerebrospinal fluid pathway obstructions. *Operative Neurosurgery*. Vol. 60; 2: 44-52
5. 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

Благодарность

Авторы выражают искреннюю признательность за помощь и поддержку в проводимых эндоскопических исследованиях научным консультантам — академику Академии медицинских наук, Вице-президенту Академии медицинских наук, доктору медицинских наук, профессору, Директору киевского Института нейрохирургии, Президенту Украинской ассоциации нейрохирургов Юрию Афанасьевичу Зозуле; заведующему кафедрой нейрохирургии НМАПО, член-корреспонденту АМН Украины, доктору медицинских наук, профессору Николаю Ефремовичу Полищуку; Начальнику Главного военного клинического госпиталя — Главного военно-медицинского центра Министерства обороны Украины, доктору медицинских наук, генерал-майору медицинской службы Михаилу Петровичу Бойчаку.

4 2006
Volume 10

Видання Київський клінічний госпіталь



ПОДПИСКА 2008

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "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 2008 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

Український журнал
малоінвазивної та
ендоскопічної хірургії



НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ АСОЦІАЦІЇ ОБІДНИХ ЕНДОСКОПІСТІ УКРАЇНИ
http://www.endoscopy.com.ua

10 років
видавництва

ПЕРШИЙ ДОСВІД ТРАНСАНАЛЬНОЇ ЕНДОСКОПІЧНОЇ МІКРОХІРУРГІЇ В УКРАЇНІ

Пироговський В.Ю., Палієнко Р.К.*, Яцишин М.В., Тараненко А.О., Мельник О.Ф., Злобенець С.О.,
Лященко М.М., Задорожній С.П., Андрієць В.С.*, Адаменко О.І.*

Відділення проктології, Київська обласна клінічна лікарня, Україна
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*, Київ, Україна

The First Experience of Transanal Endoscopic Microsurgery in Ukraine

V.Yu. Pyrogovskyy, R.K. Paliyenko*, M.V. Yatsishin, A.O. Taranenko, O.F. Melnik, S.O. Zlobenets,
M.M. Lashchenko, S.P. Zadorozhniy, V.S. Andriyets*, O.I. Adamenko*

Department of Proctology, Kyiv Regional Hospital, Ukraine
National Medical Academy for Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine*

Received: June 25, 2007
Accepted: July 22, 2007

Адреса для кореспонденції:

Відділення проктології,
Київська обласна клінічна лікарня
Вул. Богоутовська, 1
Київ, Україна
Тел. +38-044-483-18-22

Summary

This article describes the first in Ukraine experience transanal endoscopic microsurgery (TEM) local complete excision of rectal carcinoid tumour. It also gives the criteria of a choice of patients who are to approach the TEM procedure and the results of this treatment by foreign authors.

Key words: transanal endoscopic microsurgery (TEM), early rectal tumours.

Вступ

За останні роки колоректальний рак в Європі є найбільш розповсюдженим серед різних форм раку і займає друге місце після раку легенів (рак легенів 13,3%, колоректальний рак 13,2%, рак молочної залози 13%). Частота захворюваності на колоректальний рак в Європі становить в середньому 53 випадки на 100 тис. населення на рік (Україна — 36,5 [2]), а смертність — 30 випадків на 100 тис. населення на рік [7].

Такий ріст захворюваності колоректальним раком в Європі, крім екологічних чинників та загального старіння населення, пов'язують також зі змінами характеру харчування. Збільшення частки в загальному раціоні, так званої, рафінованої їжі, фаст-

фудів, застосування барвників, стабілізаторів, харчових домішок, вживання генетично змінених продуктів, вживання м'яса, виробленого із застосуванням гормонів.

Загальновідомо, що більшість злоякісних новоутворень товстої кишки виникають в аденоматозних поліпах, що існували раніше. Аденоми товстої кишки зустрічаються приблизно у половини 50-60 річних чоловіків та у 40% жінок того ж віку [5]. Приблизно половина цих захворювань локалізується в прямій кишці. Тому питання лікування доброякісних та злоякісних новоутворень товстої кишки є надзвичайно актуальним.

Матеріали та методи

У проктологічному відділенні Київської обласної клінічної лікарні вперше в Україні було успішно застосовано трансанальна ендоскопічна мікрохірургія.

Хвора Н., 1941 р.н., надійшла до стаціонару з діагнозом пухлина нижньоампулярного відділу прямої кишки.

В результаті проведеного клініко-лабораторного та інструментального обстеження виявлено екзофітну пухлину нижньоампулярного відділу прямої кишки на висоті

6 см від лінії Хілтона по правому півколу діаметром до 2 см, яка легко зміщується в межах підслизового шару. При ТРУЗД було виявлено відсутність інвазії пухлини в м'язовий шар прямої кишки (рис. 1). Встановлено діагноз С-г нижньоампулярного відділу прямої кишки T₁N₀M₀G₂, кл. гр. II.

11/04-2007 р. виконана операція: трансанальне ендоскопічне мікрохірургічне видалення пухлини нижньоампулярного відділу прямої кишки (за допомогою операційного проктоскопа виробництва фірми Karl Storz (Німеччина), адаптованого до стандартної лапароскопічної стійки, та з використанням набору інструментів для ендоскопічних маніпуляцій). Операція виконана під комбінованою анестезією: СМА (Маркаїн Хеві 0,5%) + ЕТН (N₂O + O₂) + в/в анестезія (Тіопентал натрія + Фентаніл), міорелаксація — Ардуан.

Етапи операції:

- 1) інтраопераційна ревізія — виявлено екзофітну пухлину нижньоампулярного відділу прямої кишки на висоті 6 см від лінії Хілтона по правому півколу діаметром до 2 см, яка легко зміщується в межах підслизового шару. В ділянці основи виразок та інфільтрації не виявлено (рис. 2).
- 2) маркування лінії резекції, відступивши на 1 см від основи пухлини (рис. 3);
- 3) видалення пухлини в межах здорових тканин (до адвентиції) — рис. 4, 5;
- 4) ушивання рани в поперечному напрямі (рис. 6, 7). Порожнина прямої кишки дренована двома ПХВ трубками.

Враховуючи великий об'єм раньової поверхні, що займає 2/3 окружності кишки та ризик виникнення недостатності швів післяопераційної рани була сформована протектуюча двостовбурова сигмостома за Торнбуллом через доступ у лівій здухвинній ділянці. Гістологічно верифікована середньодиференційована аденокарцинома прямої кишки (G₂).

Післяопераційний період — без ускладнень, рана загоїлась первинним натягом. Хвора виписана на 9 добу після операції.

Обговорення

На даний час відомі наступні методи місцевого видалення доброякісних новоутворень прямої кишки:

- 1. Ендоскопічна петльова електроексцизія через проктоскоп або колоноскоп. Недоліком даного метода є висока вірогідність розвитку кровотечі, значна кіль-

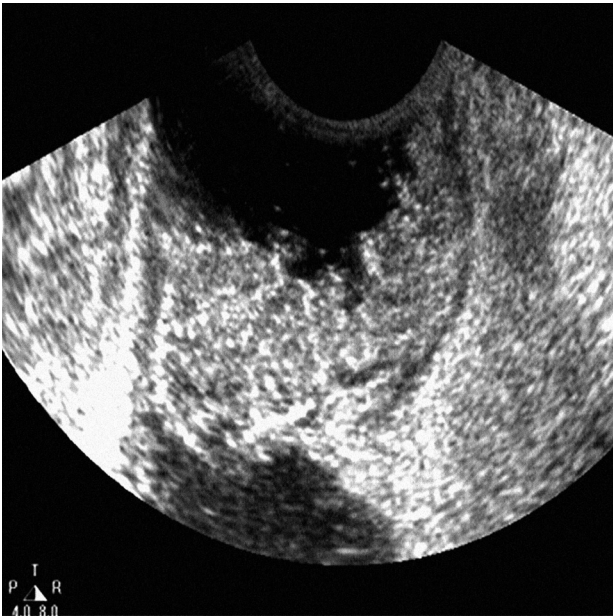


Рис. 1. ТРУЗД хворої Н.

- кість розвитку рецидивів (при доброякісних пухлинах 44,5% [1] та 44,8% [7] за даним різних авторів). Роль петльової електроексцизії через колоноскоп при видаленні пухлин нижньоампулярного відділу незначна, що пов'язано зі складністю маніпуляції [1].
- 2. Трансанальне висічення пухлини. Недоліками даного метода є обмеженість доступу до пухлини та висока частота рецидивів, які складають 12-41,6% [1].
 - 3. Висічення пухлини за допомогою сакрального чи транссфінктерного доступів. Дана методика являє собою лише історичний інтерес через часті гнійні ускладнення у крижовій ділянці та тазовій клітковині — 20-29% та розвитку післяопераційної інконтиненції — 22% [1].
 - 4. Трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЕМ) — це спосіб ендоскопічної місцевої резекції новоутворень прямої кишки трансанальним доступом за допомогою спеціального інструментарію, винайденого Buess G. на початку 80-х років ХХ ст.

До переліку цього інструментарію обов'язково входять: операційний проктоскоп (довжиною 15 або 20 см та діаметром 4 см), робочий окуляр, що має 5 портів для введення ендоскопічного мікроскопа, інсуфлятора для нагнітання вуглекислого газу до прямої кишки, іригатора-аспіратора, інструментів для ендоскопічних маніпуляцій. До операційного проктоскопа під'єднується стандартна

Таблиця 1. Рецидиви аденом та аденокарцином після застосування ТЕМ

№	Автори	Аденоми		Аденокарциноми				
		Операція	Рецидив	Tis	T1	T2	T3	Рецидив
1	Bretagnol F. et al. 2007	148	11 (7.6%)	-	31	17	4	8 (15,4%)
2	Vorobiev GI. et al. 2006	112	9 (8%)	1	8	1	-	0
3	Maslekar S. et al. 2007	-	-	42	8	2	-	7 (14%)
4	Lin GI et al. 2006	18	-	-	8	5	-	2 (15.4%)
5	Lesoché E. et al. 2007	-	-	24	66	12	-	4 (3,9%)

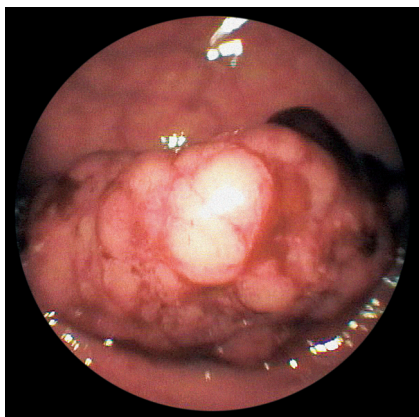


Рис. 2. Вигляд пухлини.

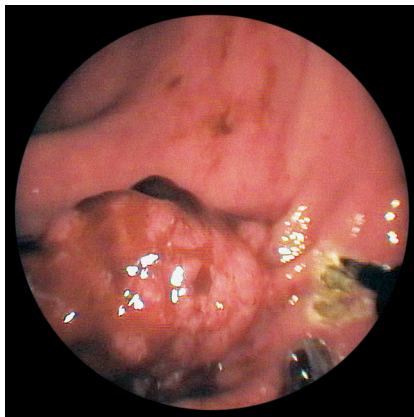


Рис. 3. Маркування лінії резекції.

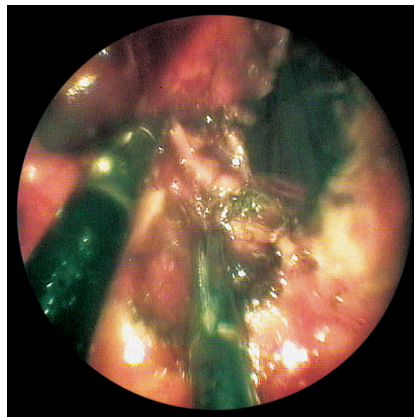


Рис. 4. Видалення пухлини.

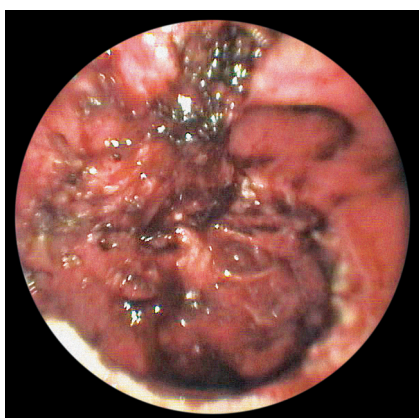


Рис. 5. Загальний вигляд рани.

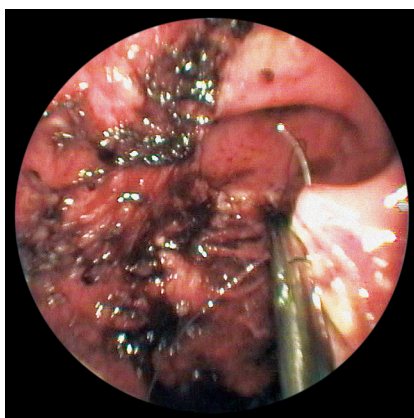


Рис. 6. Ушивання рани.

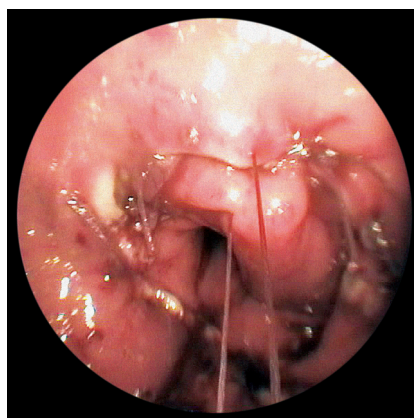


Рис. 7. Вигляд ушитої рани.

лапароскопічна стійка, електрокоагулятор, тримач Martin для фіксації проктоскопа [3] (рис. 8).

У порівнянні з переліченими методиками дана методика має такі переваги: можливість точного висічення пухлини в межах будь-якого шару кишкової стінки, аж до повностінного висічення; доступність будь-якого відділу прямої кишки; можливість забезпечення гемостазу різними методами (коагуляція, прошивання тощо); можливість видалення пухлини єдиним блоком [1]. Будь-яке доброякісне ураження прямої кишки, яке можливо дістати за допомогою проктоскопа, можна лікувати за допомогою ТЕМ. Проте виключну роль відіграє ТЕМ при аденоматозних поліпах на широкій ніжці більше 1 см, війковій аденомі [3].

Традиційними методами оперативного лікування раку прямої кишки є передня резекція прямої кишки, черевно-анальна резекція, екстирпація прямої кишки, вибір яких обумовлений локалізацією пухлини. Традиційні оперативні втручання на дистальних відділах прямої кишки (екстирпація, черевно-анальна резекція прямої кишки) заслуговують на особливу увагу, так як вони завжди призводять до стійкої інвалідизації хворих. Проте слід зазначити, що правильний та диференційований підхід до вибору методу хірургічного лікування дозволяє уникнути формування постійної колостоми на передній черевній стінці майже у 40% хворих на рак нижньоампу-

лярного відділу прямої кишки [4]. З огляду на це, альтернативою традиційним методам оперативного лікування при ранніх стадіях раку (T_{is}, T_1-T_2) є трансанальна ендоскопічна мікрохірургія.

Для встановлення показань до ТЕМ найбільше значення має визначення ступеню інвазії злоякісної пухлини в шари прямої кишки (що корелює з показником Т за класифікацією TNM), який виявляється за допомогою трансректального ультразвукового дослідження (ТРУЗД). Слід зазначити, що з часів впровадження у практику височастотних УЗ-датчиків, ТРУЗД є найінформативнішим методом обстеження стінок прямої кишки та параректальної клітковини та є незамінним при передопераційному стадіюванні злоякісних пухлин [6].

Класифікація раку прямої кишки за ступенем інвазії кишкової стінки надана на рис. 9. Критерієм до ТЕМ є T_{is}, T_1-T_2 . Іншими визначальними критеріями є діаметр пухлини не більше 3 см, екзофітний ріст пухлини, відсутність виразок та інфільтрації в ділянці основи пухлини, рухливість пухлини, локалізація на висоті до 15 см від лінії Хілтона, ступінь диференціювання пухлини (G_1-G_2) [13].

Питання радикальності ТЕМ є надзвичайно важливим. З огляду на це ми наводимо дані різних авторів про рецидивах аденом та аденокарцином після застосування ТЕМ при 10-річному спостереженні хворих у таблиці 1 [8, 9, 10, 11, 14].

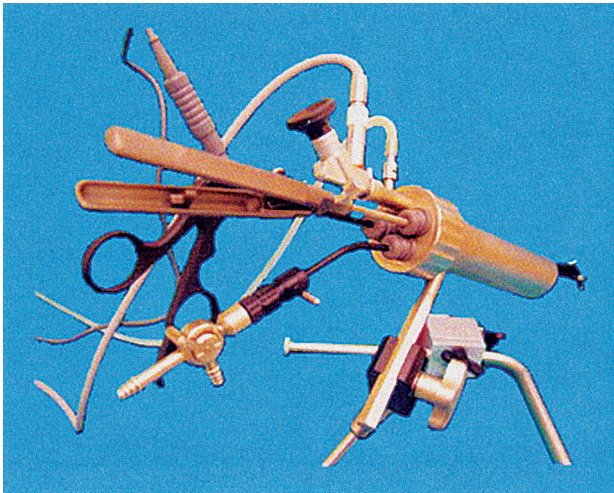


Рис. 8. Трансанальна ендоскопічна мікрохірургія.

Цікавою є також проблема рентабельності ТЕМ. За даними Maslekar S. et al. (2007), проведено порівняльний аналіз економічних витрат на ТЕМ та відкриту операцію. Порівнювалась група зі 124 пацієнтів (80 чоловіків та 44 жінки), які перенесли ТЕМ (52 аденокарциноми, 72 аденоми), з групою, що складає 52 пацієнти, які перенесли відкриті резекції на ранніх стадіях раку прямої кишки та мали східні характеристики. До уваги бралися такі критерії, як витрати на передопераційне обстеження, операцію, післяопераційне лікування (у т.ч. лікування післяопераційних ускладнень, яких було 1% після ТЕМ та 29,5% після відкритих операцій), тривалість перебування пацієнта у стаціонарі. Середня вартість відкритої резекції склала 4135 фунтів стерлінгів та 567 фунтів стерлінгів для ТЕМ відповідно. Сумарна економія склала 525576 фунтів стерлінгів. Тим самим доведено високу рентабельність ТЕМ: не зважаючи на початково високу вартість апаратури, цей метод окуповує себе протягом короткого часу [12].

Висновки

Лікування пухлин прямої кишки шляхом трансанальної ендоскопічної мікрохірургії стало можливим завдяки винайденню спеціального інструментарію та впровадження цього методу в практику Buess G. на початку 80-х років ХХ ст. Застосування ТЕМ відкрило нові шляхи в хірургії пухлин дистального відділу прямої кишки: це дозволило виконувати радикальні органозберігаючі операції з приводу як доброякісних так і злоякісних пухлин на ранніх стадіях їх виявлення. Виконання трансанальних ендоскопічних мікрохірургічних операцій є економічно вигідним та також має велике соціальне значення: попередження інвалідизації хворих та їх медико-соціальної реабілітації у зв'язку з наявністю у таких пацієнтів постійної стоми.

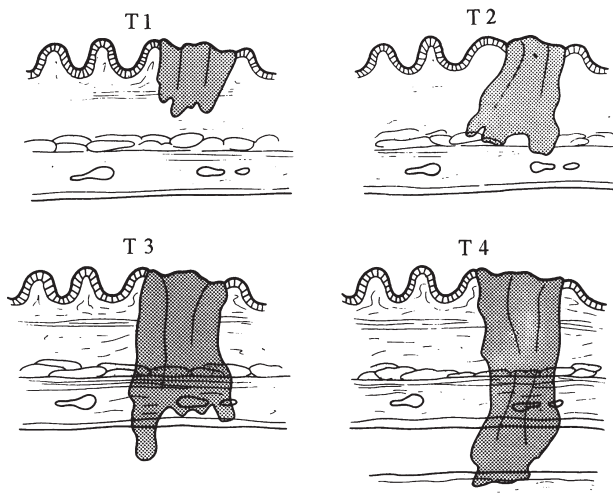


Рис. 9. Визначення ступеню інвазії пухлини згідно з класифікацією TNM (6-е видання, 2002 р.):

T1 — пухлина проростає в підслизовий шар; T2 — пухлина проростає в м'язевий шар; T3 — пухлина проростає через м'язевий шар в субсерозу або в параректальні тканини; T4 — пухлина проростає в інші органи та системи і /або перфорує вісцеральну очеревину.

Література

1. Воробьев Г.И., Царьков П.В., Сорокин Е.В. (2005) Малоинвазивное лечение опухолей нижнеампулярного отдела прямой кишки. Тез. докл. конференции "Актуальные проблемы колопроктологии". (Москва). с. 188-190
2. Захараш М.П. (2006) Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы. Материалы II з'їзду колопроктологів України. (Київ) с. 21-22
3. Аррегов М.Е., Саккиера Д.М. (1999) Малоинвазивная колопроктология. (Москва). "Медицина". с.113-115
4. Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А. (2005) Хирургия рака прямой кишки. (Москва). "Дедалус". с. 21
5. Пальцев М.А., Аничков Н.М. (2005) Атлас патологии опухолей человека. (Москва). "Медицина". с.214
6. Гольдберг Б., Петтерсон Г. (1998) Ультрасонография. (Львів). "Медицина світу". с. 277-279
7. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. (2004) Опухоли толстой кишки. (Москва). "Медпресс-информ". с.250-252
8. Bretagnol F., Merrie A., George B., Warren B.F., Mortensen N.J. (2007) Local excision of rectal tumours by transanal endoscopic microsurgery. Br. J. Surg. 94 (5): 627-633
9. Lezoche E., Baldarelli M., De Sanctis A., Lezoche G., Guerrieri M. (2007) Early rectal cancer: definition and management. Dig. Dis. 25 (1): 76-79
10. Lin G.L., Lau P.Y., Qiu H.Z., Yip A.W. (2007) Local resection for early rectal tumours: Comparative study of transanal endoscopic microsurgery (TEM) versus posterior trans-sphincteric approach (Mason's operation). Asian. J. Surg. 29 (4): 227-232
11. Maslekar S., Pillinger S.H., Monson J.R. (2007) Transanal endoscopic microsurgery for carcinoma of the rectum. Surg. Endosc. 21 (1): 97-102
12. Maslekar S., Pillinger S.H., Sharma A., Taylor A., Monson J.R. (2007) Cost analysis of transanal endoscopic microsurgery for rectal tumours. Colorectal Dis. 9 (3): 229-234
13. Rosa G., Lolli P., Piccinelli D., Bonomo S., Brugnetti F. (2002) Local excision of rectal cancer. Proctologia. Vol. 3; 2: 140-142
14. Vorobiev G.I., Tsarkov P.V., Sorokin E.V. (2006) Gasless transanal endoscopic surgery for rectal adenomas and early carcinomas. Tech. Coloproctol. 10 (4): 277-281

РАДІОНУКЛІДНІ МЕТОДИ У ДІАГНОСТИЦІ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗІВ

Русин В.І., Левчак Ю.А., Воловик Н.В.*

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра госпітальної хірургії, Україна
Закарпатський обласний клінічний онкологічний диспансер*, Ужгород, Україна

Radionuclide Methods in Deep Veins Thrombosis Diagnostics

V.I. Rusin, Yu.A. Levchak, N.V. Volovik*

Uzhgorod National University, Medical Department, Hospital Surgery Chair, Ukraine
Regional Clinical Oncology Dispensary*, Uzhgorod, Ukraine

Received: June 18, 2007

Accepted: July 2, 2007

Адреса для кореспонденції:

Обласна клінічна лікарня, Відділення судинної хірургії,
вул. Капушанська, 22,
Ужгород, Закарпатська обл., 88018, Україна
Тел. +38-031-222-85-43
e-mail: roff75@mail.ru

Summary

The results of radionuclide deep vein thrombosis diagnostics are analyzed in our work. Phleboscintigraphy was performed in 14 patients with acute thrombosis of popliteal (3), femoral (5) and iliac (6) veins. On the base of these investigations deep magisterial vein thrombosis phleboscintigraphic criteria were worked out. The phleboscintigraphy in patients with deep vein thrombosis is highly informative diagnostic method.

Key words: phleboscintigraphy, deep vein thrombosis, radionuclide.

Вступ

Визначення рівня та протяжності гострої оклюзії магистральних вен є надзвичайно важливим критерієм, щодо вибору оптимального методу хірургічного втручання. Рентген-контрастні методи діагностики на протязі багатьох років, а в не поодиноких випадках до цього часу, залишаються вирішальним діагностичним методом обстеження пацієнтів із патологією вен та їх ускладнень, крім цього на основі цих методів розроблені лікувальні ендоваскулярні втручання, які стають часткою ангіографічної процедури [5]. Попри можливість рентген-контрастних методів відтворити цілісну картину ураження, починаючи

від вен стопи і закінчуючи нижньою порожнистою веною, застосування флебографії у діагностиці венозних тромбозів є обмеженим, так як навіть найменш токсичні трийодисті сполуки з групи діатризоатів у високій концентрації інтенсивно впливають на ендотелій венозної стінки і в умовах повільного кровотоку можуть провокувати розвиток тромбозу або спричинити його прогресування. Винятком є низькоосмолярні контрастні речовини такі як "омніпак" та "ультравіст", не дивлячись на високу вартість можуть розглядатися як препарати вибору [5].

Основним методом діагностики венозних тромбозів, на думку більшості авторів, на сьогоднішній день є ультразвукове ангіосканування [2,5,6]. Цей метод являється не інвазивним та має високий ступінь інформативності при дослідженнях венозної системи, в тому числі при венозних тромбозах. Хоча на думку Paul L.Allan [2001] цінність методики щодо тромбозу глибоких вен багато в чому залежить від сонографіста, який проводить обстеження, та від адекватного трактування так званих "прихованих пасток", які підстерігають при діагностиці венозних тромбозів: ожиріння або значний набряк кінцівки, подвійні стегнові або підколінні вени, неоклюзивний тромб,

сегментарний тромб у венах литки, сегментарний тромб у клубовій вені, вагітність. Перераховані чинники доволі часто стають причинами діагностичних помилок та вибору невірної тактики лікування пацієнта. Тому опиратися тільки на ультразвукове ангіосканування при діагностиці венозних тромбозів на нашу думку не є виправданим.

Надзвичайна поширеність венозних тромбозів та відсутність єдиного універсального методу діагностики спонукають до пошуку нових та комбінації вже існуючих діагностичних методів. Найбільш вживаними із радіонуклідних методів діагностики у сучасній флебології є радіоіндикація тромбозу за допомогою тромботропних радіопрепаратів, перфузійне сканування легень та радіонуклідна флебосцинтиграфія [1,5].

Мета дослідження — впровадити у клінічну практику флебосцинтиграфію у пацієнтів з глибокими венозними тромбозами.

Матеріали та методи

Для виконання флебосцинтиграфії ми використовували ^{99m}Tc пертехнетат — радіо фармпрепарат (РФП), який містить технецій-99m та ізотонічний розчин хлориду натрію. ^{99m}Tc відноситься до ряду короткоживучих ізотопів з періодом напіврозпаду 6,049 години, у зв'язку з чим можливо досліджувати один і той же об'єкт без переопромінення. На відміну від інших радіоізотопів ^{99m}Tc випромінює тільки g-кванти, енергія яких складає 140 кеВ, тим самим забезпечує достатню проникну здатність і суттєво зменшує дозу опромінення пацієнта при обстеженні. Доза опромінення пацієнта, в основному, залежить від виду ізотопу та введеної дози, тому у більшості випадків використання ^{99m}Tc дозволяє різко зменшити ступінь опромінення пацієнта, що забезпечує ізотопу універсальність та широке застосування у ядерній медицині. Використання вказаного препарату обґрунтовано при дослідженнях венозної системи тим, що препарат не фіксується до ендотелію судин, до того ж відсутність вираженої селективності забезпечує швидке його виведення з організму в продовж одного дня [1].

Флебосцинтиграфія проводилася на емісійному комп'ютерному томографі "Тамара" (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ "Оризон" Україна, НІО ШГК НТК "Інститут монокристалів" НАН України, СП "Амкрич-Ейч". За основу ми взяли методику запропоновану В.С.Савельєвим та А.В.Каралкіним [4], суть якої полягає в наступному: після накладання джгута на стопу пацієнту, який знаходиться у вертикальному положенні, вводили пертехнетат у дозі 200-280 МБк (1,5-2 мл розчину), при цьому доза опромінення складала 0,092 мЗв/МБк. Реєстрацію евакуації РФМ здійснювали детектором гама-камери по сегментах. Запис проходження РФМ по гомілковим венам проводили на протязі 60 секунд із частотою реєстрації 1 кадр на секунду, після чого виконували візуалізацію підколінного, стегнового та клубового сегментів по

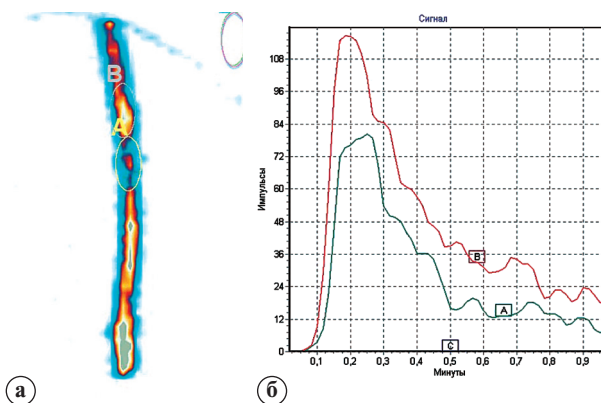


Рис. 1. Флебосцинтиграма хворої П., 1971 р.н.

А — локалізація процесу у стегновій вені;

Б — повільна евакуація РФП із зони інтересу.

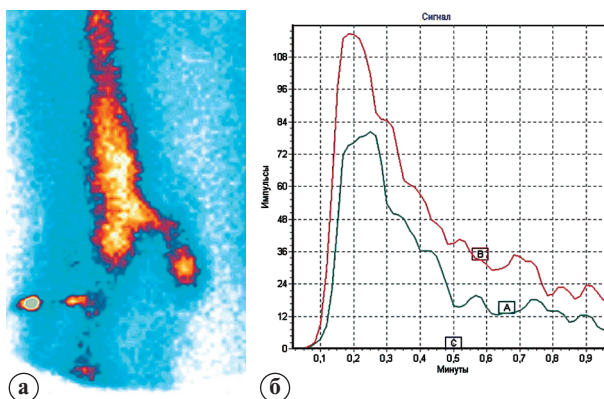


Рис. 2. Флебосцинтиграма хворої О., 1957 р.н.

А — тромбоз підколінної вени нижче впадіння МПВ;

Б — повільна евакуація РФП із зони інтересу.

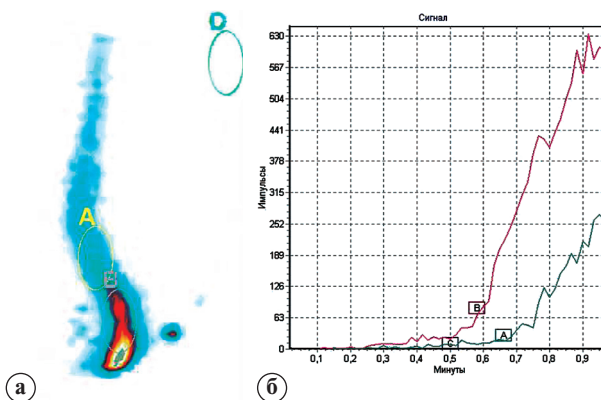


Рис. 3. Флебосцинтиграма хворої К., 1965 р.н.

А — тромбоз клубово-стегнового сегменту;

Б — надзвичайно повільна евакуація РФП.

30 секунд на кожен. Обробка отриманих даних виконувалася на комп'ютері, за допомогою спеціальної аналітичної програми. На дисплеї комп'ютера отримували зображення всього венозного русла від медіальної кісточки до нижньої порожнистої вени, після чого будували криві

"активність-час", які відображають динаміку евакуації радіофармпрепарату. Таким чином, обстеження проводилося в двох режимах "статика" та "динаміка".

Результати та їх обговорення

Всього флєбосцинтиграфія виконана нами у 14 пацієнтів з венозними тромбозами різної локалізації: гомілково-підколінний сегмент 3 (21,4%) пацієнти, стегнова вена 5 (35,7%) пацієнтів та стегново-клубовий сегмент 6 (42,9%) пацієнтів. При опануванні методики обстеження проводили як у вертикальному, так і в горизонтальному положенні. Каралкін А.В. [1] стверджує, що при обстеженні пацієнтів з хронічною венозною патологією принциповим є вертикальне положення пацієнта. На проведеній нами серії початкових досліджень хворих з глибокими венозними тромбозами ми не помітили суттєвих розбіжностей в отриманих результатах в залежності від положення пацієнта. Можливо, при збільшенні кількості досліджень зміниться і наша точка зору.

Раптове порушення венозного відтоку, при збереженому притоку артеріальної крові, призводить до виражених гемодинамічних зрушень, які проявляються, в першу чергу, болем та набряком кінцівок, інтенсивність яких залежить від рівня оклюзії та від анатомічних особливостей колатеральних шляхів. Основними шляхами відтоку крові є перфорантні та підшкірні вени кінцівок та передньої черевної стінки.

Найбільш інформативним обстеження виявилось у пацієнтів з венозними тромбозами підколінного, стегнового та клубового сегментів. Аналіз представлених флєбосцинтиграм з тромбозом стегнової вени дає змогу чітко виявити сегмент вени, в якому РФП не накопичується (рис. 1). Крім цього на графіку "активність-час" помітне сповільнення евакуації РФП: впродовж останніх 30 секунд кількість імпульсів зменшилася з 36 до 24.

При аналізі флєбосцинтиграм з тромбозом підколінної вени звертає на себе увагу чітка візуалізація малої підшкірної вени (МПВ) (рис. 2). Враховуючи, що у вказаної пацієнтки в анамнезі було виконано венектомію, зрозуміло що МПВ є єдиним шляхом відтоку венозної крові з гомілки. Підтвердженням цього є більш повільна евакуація РФП на графіку "активність-час": на протязі 36 секунд активність суттєво не знизилася.

Найбільш повільною евакуація РФП спостерігалася у хворих з тромбозом клубової вени (рис. 3). На представленому графіку "активність-час" має місце повільне накопичення РФП де на протязі хвилини зменшення кількості імпульсів не зареєстровано, що свідчить про надзвичайно низьку спроможність колатерального відтоку.

Підсумувавши аналіз проведених досліджень слід відзначити, що незалежно від рівня тромбозу магістральних вен, флєбосцинтиграми мають певні спільні критерії:

- відсутність сегмента магістральної вени, де накопичується РФП;
- накопичення РФМ у перфорантних та підшкірних венах;
- суттєве збільшення часу евакуації РФП.

Крім цього має місце пряма кореляція між сповільненням евакуації РФП та спроможністю шляхів колатерального відтоку, і як наслідок, набряку кінцівки.

Важливим показником при обробці інформації є середній час транспорту (СЧТ) РФП. Показники СЧТ є зворотно пропорційні об'ємному кровотоку на даній ділянці, що впливає з формули: $СЧТ = L \cdot A / Q$, де L — довжина судини, A — площа поперечного перерізу, Q — кровопотік.

Суттєве зростання питомої ваги глибоких венозних тромбозів і, як наслідок — фатальної ТЕЛА, робить дану проблему дедалі актуальнішою. У США щорічно реєструють до 2,5 мільйонів випадків глибоких тромбозів, причому 2/3 перебігають асимптомно і пацієнти звертаються до хірургів вже із симптоматикою хронічної венозної недостатності [2], крім цього, щорічно у США реєструють близько 200 тисяч фатальних ТЕЛА [3]. Статистика післяопераційних венозних тромбозів є насправді загрозливою і складає 29%, а у пацієнтів оперованих з приводу переломів стегна венозні тромбози зустрічаються у 53%, причому більше як у половини пацієнтів тромбоз виникає не тільки в ураженій, але і у здоровій кінцівці [4]. У перспективі, навіть уникнувши ТЕЛА, венозний тромбоз веде до формування ХВН, доволі часто з трофічними розладами. Розповсюдженість, нерідко замаскована клінічна картина, складність точної діагностики та важкість ускладнень потребують чітких установок для вибору адекватної як діагностичної так і лікувальної тактики [5].

Висновки

1. Впровадження радіоізотопних методів діагностики у діагностичний алгоритм у пацієнтів з глибокими венозними тромбозами є абсолютно виправданим.
2. Флєбосцинтиграфія є високоінформативний метод, який дозволяє отримати чітку топічну діагностику ураження, стан колатерального відтоку, збалансованість роботи м'язово-венозної помпи на основі евакуації РФП.

Література

1. Каралкін А.В., Гаврилов С.Г. (2003) Радионуклідная диагностика в хирургии хронической венозной недостаточности. (Москва). "Платан". с. 22-25
2. Лелюк В.Г., Лелюк С.Э. (2003) Ультразвуковая ангиология. (Москва). "Реальное время". с. 187
3. Мітюк О.М., Хребтій Я.В. (2007) Застосування кава-фільтра для хірургічної профілактики тромбоемболії легеневої артерії. Клінічна хірургія. 1: 39-41
4. Покровский А.А. (2004) Клиническая ангиология. (Москва). "Медицина". 2: 758
5. Савельев В.С. (2001) Флебология. (Москва). "Медицина". с. 95, 99, 103, 209
6. Allan P.L., Dubbins P.A., Pozniak M.A., McDicken W.N. (2000) Clinical Doppler Ultrasound. (London). "Churchill Livingstone". p 102

НАШ ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОЇ КОНТАКТНОЇ ЛІТОТРИПСІЇ

Головко С.В., Стеценко В.О.

Клініка урології, Головний військовий клінічний госпіталь МО України, Київ

Our Experience in Endoscopic Contacting Lithotripsy

S.V. Golovko, V.O. Stecenko

Urology Clinic, Main Military Clinical Hospital, Kiev, Ukraine

Received: June 9, 2007

Accepted: July 31, 2007

Адреса для кореспонденції:

Клініка урології,
Головний військовий клінічний госпіталь
вул. Госпітальна, 18
Київ, 01133, Україна
Тел.: +38-044-529-32-32

Summary

In this article we presented our experience in contacting laser lithotripsy of urinary stones in 25 patients. There were good results in 22 (88%) patients.

Key words: laser lithotripsy, urinary stones.

Вступ

Сечокам'яна хвороба (СКХ) відноситься до числа найбільш розповсюджених урологічних захворювань. В Україні за останні 5 років спостерігається вірогідний зріст рівня захворюваності на сечокам'яну хворобу, який, згідно прогнозу буде неухильно зростати [1,2]. Впродовж багатьох років СКХ практично займає перше місце в структурі госпіталізованої захворюваності в урологічних стаціонарах майже по всіх областях України. Спостерігається також збільшення в 1,4 рази рівня смертності від СКХ [1,2]. У Європі від 1% до 3% населення хворіє різноманітними формами сечокам'яної хвороби, у США щорічно близько 0,2% населення вражається нефролітіазом [4-7].

Враховуючи високу частоту рецидивів, важкість ускладнень, ураження в основному людей молодого, працездатного віку, питання лікування даної форми СКХ є однією з найактуальніших проблем урології.

Вибір методу лікування нефролітіазу на сьогоднішній день залишається дискусійним, лікування цієї групи хворих є ще не вирішеною проблемою [1,4,6].

Залишається на високих цифрах [1,2,5] відсоток незадовільних результатів оперативного втручання й рецидивів каменеутворення. Завдяки технічному прогресу в медицині за останні 20 років стало можливим застосовувати контактні та дистанційні методи руйнування каменів різних локалізацій. Такими методами в сучасному лікуванні нефролітіазу є: черезшкірна нефролітотрипсія (ЧШНЛ), трансуретральна літотрипсія з літоекстракцією, екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУХЛ) [1,5-7].

Матеріали та методи

На протязі останніх трьох місяців в урологічному відділенні ГВКГ розпочато лікування хворих сечокам'яною хворобою методом контактної лазерної літотрипсії на апараті "Dornier Medilas H20".

Даним методом проліковано 25 пацієнтів (5 з них — жінки). Вік хворих коливався від 25 до 60 років, у середньому склав 32 роки. Перед літотрипсією хворим проводились загальноклінічні обстеження сечі та крові, УЗД, екскреторна урографія. У 18 пацієнтів проводилась контактна літотрипсія каменю нижньої третини сечоводу, у 4 — "кам'яної доріжки" після ДЛТ, у 3 — каменів сечового міхура. Розмір каменів складав від 5 мм до 13 мм (у середньому — 8-15 мм). Дроблення каменя відбувалося за один сеанс з візуальним видаленням уламків конкременту. Потужність та частота лазерного імпульсу залежала від щільності та розміру каменів.



Фото 1. Лазартрод підведений до каменя сечоводу.

ня, підлягала корекції в кожному випадку. При літотрипсії каменів приблизно однакового розміру залежно від мінеральної природи для повної деструкції потрібна різна кількість загальної енергії. Очевидним є те, що для дроблення "твердих" каменів кількість загальної енергії перевищує енергію, що вимагається для дезінтеграції "м'яких" каменів. При візуалізації конкременту варто починати уретеролітотрипсію випромінюванням гольмієвого лазера безконтактним методом, поява на поверхні каменю "ямочок" й "щілин" свідчить про його м'яку структуру. При "м'якому" камені літотрипсія безконтактним методом вимагає відносно тривалого часу. При впливі на "м'які" камені гольмієвим лазером у контактному режимі виникає краплинний ефект "пропалювання" у місці додатка лазерного волокна, а при продовженні впливу камінь може бути перфорований. У подібних випадках роблять вплив лазером на периферичну частину каменю й, сполучаючи контактний метод з безконтактним, зменшують розмір каменю шляхом відкочування осколків невеликого розміру (приблизно 0,3 см у діаметрі), які можуть відійти самостійно, або в ході операції, або в післяопераційному періоді. При можливості камінь фіксують у петлі екстрактора Дорміа, і тоді можлива літотрипсія й потім літоекстракція більших фрагментів за умови безперешкодного виведення екстрактора Дорміа.

Результати

Конкременти вдалося роздробити та видалити у 22 (88%) пацієнтів. Тільки у трьох пацієнтів ми не змогли виконати уретероскопію: у 2 — через виражену гіперплазію простати, у одного — через стріктуру нижньої третини сечоводу. Після сеансу контактної лазерної літотрипсії у 7 (28%) хворих мало місце загострення хронічного пієлонефриту, у 5 (20%) — короткочасова макрогематурія, у 2 (10%) пацієнтів — короткочасні дизуричні явища, що потребувало призначення антибактеріальної терапії. Післяопераційний період складав 2-3 доби.

Висновки

1. Гольмієва лазерна літотрипсія є ефективним методом дроблення конкрементів сечоводу при їх будь-якому

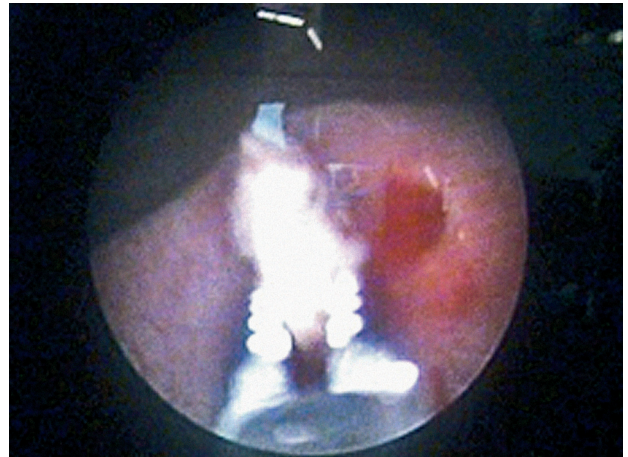


Фото 2. Вилучення уламка конкременту з вічка сечоводу

мінеральному складі, розмірах до 1 см, рідше — 1,5 см, локалізації й тривалості знаходження.

2. Техніка гольмієвої лазерної літотрипсії повинна бути різною, в залежності від мінерального складу, розмірів, локалізації й тривалості знаходження конкременту в сечоводі.
3. Безпечними параметрами впливу Но-лазера на стінку сечоводу є: загальна енергія 0,25 Вт/сек, енергія випромінювання 0,5 Дж, частота 5 Гц, при яких мінімальні ділянки некрозу та гістолімфоцитарної інфільтрації обмежувалися поверхневим шаром слизової сечоводу.
4. Перевагою гольмієвої лазерної літотрипсії перед іншими методами контактної літотрипсії є його висока ефективність при дробленні "твердих" фіксованих каменів.
5. Ускладненням гольмієвої лазерної літотрипсії є перфорація сечоводу при "наскрізному пропалюванні м'яких" конкрементів розмірами звичайно не більше 1 см.

Література

1. Баранник С.І. (1997) Нові способи підвищення ефективності дистанційної ударно-хвильової літотрипсії в лікуванні сечокам'яної хвороби (експериментально-клінічне дослідження). Дис... д-ра мед. наук. (Дніпропетровськ). 339 с.
2. Боржівський А.Ц. (1997) Застосування екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії в лікуванні хворих з каменями сечоводу. Дис... канд. мед. наук. (Львів). 153 с.
3. Боржівський А.Ц. (2002) Ендоскопічна уретеролітоекстракція в лікуванні хворих з каменями сечоводу. Практична медицина. 8; 4: 84-90
4. Cheung M.C., Lee F., Leung Y.L. (2003) A prospective randomized controlled trial on ureteral stenting after ureteroscopic holmium laser lithotripsy. Journal of Urology. Vol. 169; 4: 1257-1260
5. Sofer M., Watterson J.D., Wollin T.A., et al. (2002) YAG laser lithotripsy for upper urinary tract calculi in 598 patients. Journal of Urology. Vol. 167; 1: 31-34
6. Lu H., Ryan R.T., Teichmann M.H. (2003) Stone retropulsion during Holmium: YAG lithotripsy. Journal of Urology. Vol. 169; 3: 881-885
7. Portis A.J., Yan Y., Pattaras J.G. (2003) Matched pair analysis of shock wave lithotripsy effectiveness for comparison of lithotriptors. Vol. 169; 1: 58-62

АЛГОРИТМ ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ В ГРУПІ АСОЦІАЛЬНИХ ХВОРИХ І ВІКОМ ПОНАД 60 РОКІВ

Корнійчук І.М., Комарницький А.Е.

Відділення ургентної хірургії, Луцька міська клінічна лікарня, Україна

Algorithms of Gastro-Intestinal Bleedings Treatment in Patients Elder Than 60 Years and Asocial Status

I.M. Korneychuk, A.E. Komarnizkiy

Department of Urgent Surgery, Lyzsk Clinical Hospital, Ukraine

Received: July 10, 2007

Accepted: July 22, 2007

Адреса для кореспонденції:

Луцька міська клінічна лікарня
Проспект Молоді 17а/48,
Волинська обл.,
Луцьк, Україна
тел. +38-050-677-02-95

Summary

The comparative characteristic of data of clinical picture and management of patients with gastrointestinal bleeding of ulcer genesis of group of asocial patients, elderly patients, and normal group of patients with this pathology has been carried out. A tendency of a group of asocial patients and patient's aged above 60 increase is observed. The scheme of endoscopic bleeding and active surgical management as to prevent bleeding regression, that is especially dangerous among this group of patients, has been introduced.

Key words: gastrointestinal bleeding, mulcer disease, group of asocial patients, surgical tactics.

Вступ

Протягом останніх десятиріч ускладнення кровотечею виразкової хвороби залишається актуальною проблемою, незважаючи на значні успіхи використання противиразкових препаратів. Загальна та післяопераційна летальність при цій патології не має тенденції до зниження. За даними Центру медичної статистики України захворюваність на виразкову хворобу в нашій країні за останні 10 років зросла на 38,4%, а частота ускладнень збільшилась в 4-4,5 рази [1,2]. Зросла і лишається високою летальність при даній патології. Особливість перебігу захворювання

у хворих понад 60 років і соціальний аспект: якість харчування, низький рівень життя, стресові фактори, мізерна матеріальна база лікувальних закладів залишаються актуальною проблемою при лікуванні даної патології.

Мета даного дослідження — розробка алгоритму лікування шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу в групі асоціальних хворих і пацієнтів віком понад 60 років.

Матеріали та методи

За останні 20 років у відділенні ургентної хірургії Луцької міської клінічної лікарні перебувало 1740 хворих із кровотечами з шлунково-кишкового тракту. Із них 1040 (59%) склали кровотечі виразкового генезу: прооперовано 400 хворих — оперативна активність 38,5%. Відносно тактичних підходів оперативна активність змінювалась з роками у даній групі: в 1986 р. — 46%, в 2006 р. — 11,9%, післяопераційна летальність — 7,6%. За останні 20 років кількість кровотеч виразкового генезу збільшилась у 5 разів. Було вирішено провести оцінку хірургічної тактики в гру-

пі асоціальних хворих (ГАХ) і пацієнтів віком понад 60 років [11]. До ГАХ було віднесено:

- людей без визначеного місця проживання;
- самотніх пенсіонерів;
- пацієнтів із супутнім діагнозом хронічного алкоголізму;
- наркоманів;
- людей, у яких дохід менший за прожитковий мінімум.

Результати та їх обговорення

За останні 20 років тактика та погляди щодо шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) виразкового генезу змінилась і показано у таблиці (таблиця 1).

Серед пацієнтів ГАХ і віком понад 60 років ШКК виразкового генезу складала близько 197 (19%). Із них 92 % хворих доставлені каретою швидкої медичної допомоги, решта звернулись самостійно. Всім хворим проводилась невідкладна ФГДС із використанням ендоскопічних методів зупинки кровотечі (кліпсування, ін'єкційні методи, електрокоагуляція) [5]. Стабільність гемостазу оцінювали за класифікацією Forrest. Ендоскопічний гемостаз виявився ефективний у 82% хворих. За нашими даними при нестабільному гемостазі згідно з ФГДС дотримувались наступних прогностичних критеріїв визначення можливості рецидиву кровотечі [9,10]:

- кров'яний згусток покриває кратер виразки – 36% рецидиву;
- тромбована судина на дні виразки – 15% рецидиву;
- виразки розміром більш ніж 2 см – 70% рецидиву;
- локалізація виразки по задній стінці дванадцятипалої кишки або у субкардіальному відділі шлунка – 40% рецидиву.

Без сумніву беремо до уваги вік хворого (понад 60 років), важкість анемії, чи була у хворого втрата свідомості, присутність крові при ФГДС, гіпотензія, супутні захворювання. Виразки шлунку дали рецидив кровотечі в 2,5 рази частіше ніж дуоденальні виразки [6,7]. На висоті кровотечі, яку не вдавалося зупинити консервативно та за допомогою ФГДС, а також

при рецидивних кровотечах в стаціонарі проводили екстрені операції. Майже всі хворі оперовані в стані геморагічного шоку[3]. В цій групі післяопераційна летальність найвища. У нас вона складала 25%. За даними Київського центру кровотеч летальність при проведенні екстрених операцій збільшується у 3 рази. Ці операції виконуються як останній засіб врятування життя хворого. Порівняльна характеристика деяких показників лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч у групі асоціальних хворих та із загальною групою хворих, види операційного втручання показані у таблицях (таблиця 2, таблиця 3).

Об'єм оперативного втручання здійснювали в залежності від:

- локалізації джерела кровотечі;
- віку хворого;
- супутньої патології;
- ступеня важкості кровотечі.

Нами розроблено алгоритм ведення шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу в групі асоціальних хворих і пацієнтів віком понад 60 років, який показаний на рисунку (рис. 1).

Операцією вибору залишається резекція шлунку, яка складає 63,7%.

До 60% усіх резекцій шлунку склали модифікації за Б-І та термінолатеральними анастомозами в модифікації Габерера, а 24,8% – органозберігаючі операції. У своїй роботі при локалізації виразки в цибулині 12-палої кишки ми використовуємо таку топографо-анатомічну схему (рис. 2).

На схемі передня стінка відповідає малій кривизні шлунку (орієнтир – кут шлунку), задня стінка відповідає великій кривизні шлунку. В залежності від локалізації виразки тому чи іншому секторі ми використовуємо ту чи іншу модифікацію оперативного втручання (висічення, екстеріоризацію і інш.) [2,4,8].

Висновки

1) Відмічається тенденція до зростання групи асоціальних хворих і пацієнтів віком понад 60 років з виразковою хворобою, ускладненою кровотечею;

Таблиця 1. Основні показники роботи та хірургічної тактики з приводу шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу за останні 20 років за даними Луцької міської клінічної лікарні (n=1040)

Показники роботи	I період (1986-1991)	II період (1992-1998)	III період (1999-2006)
	Активно-всичікувальна тактика	Активно-хірургічна тактика	Активно-індивідуальна тактика
Середній ліжко-день	29	21,5	16,6
Ліжко-день до операції	7,0	3,8	1,4
Екстрені операції	15%	10%	9%
Термінові операції (превентивні)	52%	31%	39,5%
Відкладені операції (планові)	80%	59%	51,5%

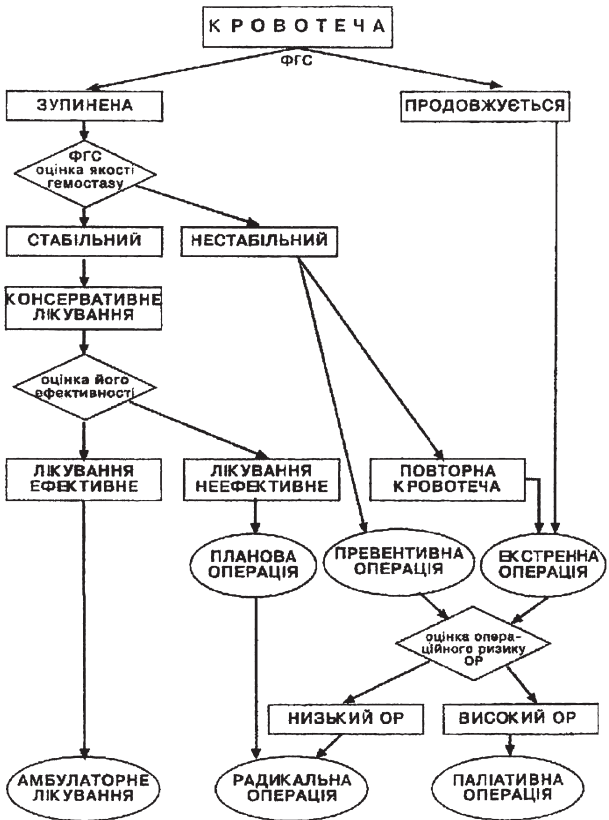


Рис. 1. Алгоритм ведення шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу в групі асоціальних хворих і пацієнтів віком понад 60 років.

- 2) в цій категорії оперативна активність вдвічі більша;
- 3) розроблений алгоритм лікування хворих виразковою хворобою, ускладненою гострою кровотечею передбачає використання активної хірургічної тактики, інтенсивного впровадження комплексу ендоскопічної зупинки кровотечі з використанням повноцінної проти виразкової терапії та виконанням оперативних втручань до розвитку рецидиву кровотечі.

Таблиця 2. Порівняльна характеристика деяких показників лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч у групі асоціальних хворих із загальною групою хворих

Показники	Загальна група хворих	Група асоціальних хворих
Дотримання хворими стандартів лікування (гемостатична та противиразкова терапія)	100%	10%
Локалізація виразки		
Шлунок	15%	10%
12-ти пала кишка	80%	70%
Шлунок і 12-ти пала кишка	5%	20%
Рецидив кровотечі	5%	15%
Оперативна активність	26%	49,7%
Післяопераційна летальність	5,4%	9,8%



Рис. 2. Топографо-анатомічна схема локалізації виразок цибулини 12-палої кишки.

Література

1. Бабак О.Я. (2000) Противоязвенная терапия: новые препараты — новые возможности. Сучасна гастроентерологія і гематологія. 1: 29-30

2. Бондаренко Н.М., Крышень В.П., Серкевич П.Г. (1990) Аспекты хирургического лечения язвенной болезни, осложненной кровотечением. Вестник хирургии. 9: 123-125

3. Братусь В.Д., Шерман Д.М. (1989) Геморрагический шок. Патологические и клинические аспекты. (Київ). "Наукова думка". 323 с.

4. Гринберг А.А., Эрмолов А.С., Затевахин И.И. (1990) Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Хирургия. 2: 18-20

5. Грубник В.В., Ткаченко О.І., Мельниченко Ю.А., Четверіков С.Г. (2000) Эндоскопичний гемостаз при виразкових шлунково-кишкових кровотечениях. (Львів).

6. Кабанов Н.Я., Борисова Л.И., Порядная Т.А. (1985) Гастродуоденальное кровотечение язвенной этиологии и его последствия. Хирургия. 2: 37-39

7. Кондратенко П.Г., Хараберюш В.А., Єлін А.Ф., Залевський С.А. (2000) Лікувально-діагностичний алгоритм у хворих з гострою виразковою кровотечею. (Львів).

8. Помелов В.С., Ганжа П.Ф., Самыкин П.М. (1991) Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни. Вестник хирургии. 56: 123-128

9. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., Велигоцкий Н.Н., Калита Н.Я. (1997) Диагностика и лечение острого кровотечения в просвіт пищеварительного канала. (Ровно).

10. Фильц О.В., Рачкевич С.Л., Тумак І.М., Палфій І.Ю. (1988) Значення прогнозування рецидиву у виборі тактики лікування гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу. Клінічна хірургія. 1: 9-11

11. Фомін П.Д. з співавт. (2001) Діагностично-лікувальна тактика при гостро кровоточивих виразках у осіб похилого та старечого віку. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 1: 12-13

Таблиця 3. Порівняльна характеристика хірургічного лікування виразкових шлунково-кишкових кровотеч у групі асоціальних хворих із загальною групою хворих

Види оперативного втручання	Загальна група хворих	Група асоціальних хворих
Симптоматичне (прошивання виразки)	5%	40%
Паліативне (висічення)	6,5%	40%
Радикальні (резекційні + органозберігаючі операції)	88,5%	20%

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИПАТОРА EZ-CLIP ДЛЯ ОСТАНОВКИ И ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

The First Experience of Using EZ-CLIP in Hemostats Procedures at Upper Parts of Gastro-Duodenal Tract

V.I. Nikishaev

Kiev Municipal Clinical Emergency Hospital, Ukraine
Ukrainian Association of Endoscopic Doctors

Received: June 25, 2007

Accepted: July 22, 2007

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

The method of endoscopic clipping Ez-Clip HX-110LR clipator has been applied in treatment of 32 patients: 25 with the variceal bleeding of esophagus and cardia, 6 with a active bleeding from stomach ulcers and a duodenum, 1 with a recurrent bleeding from Dieulafoy's ulcer. Endoscopic clipping Ez-Clip is effective, safe, fast and simple in application by a method of achievement of a hemostasis and prophylaxis of relapse of a bleeding.

Key words: upper gastrointestinal bleeding, endoscopic hemostasis methods, mechanical method, recurrent bleeding.

Введение

Ранее нами сообщалось об эффективности применения в остановке и профилактике рецидива кровотечения из варикозных и неварикозных источников кровотечения расположенных в верхних отделах желудочно-кишечного тракта с помощью эндоскопического клипирования, которое осуществлялось с помощью вращающегося клипатора HX-5LR-1 (HX-6UR-1) и эндоклипс MD-850(HX-600-135) и MD-59(HX-600-090) [3]. Как отмечалось нами, пер-

вой проблемой в проведении клипирования клипатором HX-5LR-1 (HX-6UR-1) являлся длительный промежуток времени необходимый для замены клипсы. Решением этой проблемы могло быть только наличие нескольких клипаторов и хорошо обученные помощники. С появлением нового клипатора Ez-Clip (Olympus) данная проблема отпала. Выпускается 3 модели клипатора HX-110LR, HX-110QR и HX-110UR. Они соответственно имеют длину 1650 мм, 1950 мм и 2300 мм. К этим клипаторам выпускается шесть типов клипс. Два типа (HX-610 — 090 и HX-610 — 135) стандартных, один тип длинных (HX-610 — 090L) и три типа коротких (HX-610 — 090S, HX-610 — 090SC и HX-610 — 135S). Индекс 090 и 135 соответствуют внутреннему углу, в градусах (90° и 135°), расположения зубцов клипсы по отношению к бранши. Длина бранши коротких клипс в среднем равна 3,5 мм, стандартных — 5 мм и длинных — 7 мм. Клипса находится в специальном контейнере — картридже. После снятия упаковки и полного перемещения ползунка рукоятки клипатора на себя (по направлению к желтому кольцу) до

упора, дистальный конец витой оболочки клипатора помещается в картридж с клипсой. Удерживая пальцами картридж и витую оболочку клипатора плотно соединенными, выдвигается ползунок рукоятки клипатора в направлении от себя до щелчка. Так клипса фиксируется к клипатору. После этого ползунок рукоятки клипатора перемещается в направлении на себя (по направлению к желтому кольцу) до упора. Таким образом, клипса прячется внутрь витой оболочки клипатора.

Клипатор вводится в инструментальный канал эндоскопа, до момента, когда дистальный конец клипатора покажется в поле зрения эндоскопа, затем мягко продвигается ползунок рукоятки в направлении от себя до тех пор, пока белое основание клипсы не появится в поле зрения. Медленно двигая ползунок на себя, открываем клипсу до максимального угла, что ощущается по легкому щелчку. Угол между открытыми браншами клипсы составляет 90°. Удерживая клипатор за желтое кольцо, вращая рукоятку клипатора, производится вращение клипсы, ориентируя ее в удобном для клипирования положении. Установив клипсу над дефектом слизистой, осторожно выдвигается клипатор вперед до упора клипсы в ткани, затем, аккуратно продвигаем ползунок рукоятки на себя, закрываем клипсу. Преодолевав усилие, аккуратно двигаем ползунок на себя к желтому кольцу, отделяем клипсу от основания (что определяется по щелчку). После выведения клипатора из инструментального канала эндоскопа, выдвигаем ползунок от себя так, чтобы оставшееся основание клипсы было выведено из витой оболочки. Затем, аккуратно согнув основание клипсы, относительно оси клипатора, удаляем основание клипсы. Аппарат вновь готов к работе.

Материал и методы

В Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи метод эндоскопического клипирования клипатором Ez-Clip NX-110LR был применен в лечении 32 больных: 25 с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии, 6 с продолжающимся кровотечением из язв желудка и двенадцатиперстной кишки, 1 с рецидивным кровотечением из повреждения подобного язве Дьелафуа. Всем больным с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии клипирование проводилось стандартными клипсами NX-610 — 135. При мягких повреждениях клипирование проводилось стандартными клипсами NX-610 — 090, а с плотным (калезным) дном — NX-610 — 135 и NX-610 — 090. При воздействии на варикозно-расширенные

вены пищевода и кардии, клипирование являлось составной частью сочетания механического гемостаза с интравасальной склеротерапией по разработанному нами методу [2], который проводился под тотальной внутривенной анестезией.

На язвы больших размеров с плотным (калезным) дном накладывали эндоклипсы NX-610 — 090, для сжатия сосуда непосредственно с близлежащими тканями (2 пациента), или NX-610 — 135 для сжатия после предварительного вколачивания клипсы в ткани, при этом клипса незначительно сжималась перед вколачиванием ее в ткани (1 пациента) после предварительной эндоскопической инъекционной терапии с 0,9% раствором NaCl в количестве 5-15 мл. У трех пациентов с мягкими язвами (у 1 с двумя язвами) клипирование проводилось эндоклипсами NX-610 — 090, для сжатия сосуда и язвы непосредственно с близлежащими тканями. У 1 больного с рецидивным кровотечением из повреждения подобного язве Дьелафуа клипирование произведено 3 клипсами NX-610 — 090.

Результаты и обсуждение

При остановке кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка с помощью клипирования во всех случаях удалось остановить кровотечение. Учитывая быстроту и простоту присоединения клипсы к клипатору, даже не обученным персоналом, создавались хорошие условия для быстрого проведения клипирования. Одновременно накладывалось от 8 до 16 клипс.

При выполнении эндоскопического гемостаза удалось остановить кровотечение у всех больных с активным кровотечением из калезной язвы желудка (2 пациента) и двенадцатиперстной кишки (1), а также у всех пациентов с мягкими язвами и повреждением подобном язве Дьелафуа.

Бранши клипсы открывались непосредственно над источником кровотечения так, чтобы они находились максимально приближенно к прямому углу относительно поверхности слизистой оболочки. На один источник кровотечения накладывалось от 1 до 4 клипс.

При выраженной рубцовой деформации луковицы ДПК выполнение эндоклипирования бывает затруднено, а иногда и невозможно. Использование дистальных колпачков на конце эндоскопа может облегчить проведение процедуры, но не всегда. К тому же одевание его на эндоскоп удлиняет время процедуры, а сам колпачок существенно ограничивает обзор при кровотечении. Поэтому в таких ситуациях мы отказались от проведения клипирования и

прибегаем к другим методам миниинвазивных эндоскопических вмешательств (МЭВ): электрокоагуляция, радиочастотная коагуляция, АПК.

Учитывая то, что у клипатора Ez-Clip наружная оболочка выполнена из витого металла, в противоположность клипатора НХ-5LR (6UR)-1, где она выполнена из фторопластовой трубки, проблем в выведении клипсы из клипатора, ее открытии, вращении и установки при максимальных изгибах эндоскопа не наблюдалось, что довольно часто отмечалось при работе с клипатором старой конструкции в труднодоступных местах.

Осложнений, связанных с клипированием, не было.

Таким образом, наш опыт показывает высокую эффективность, безопасность и простоту применения эндоскопического клипирования для достижения гемостаза и профилактики рецидива кровотечения.

Как ранее мы отмечали [3] из 3 проблем связанные с клипированием клипатором НХ-5LR-1 (НХ-6UR-1) быстрая замена клипс в новом клипаторе разрешена. Вторая проблема — необходимо чтобы клипатор находился под нужным углом к тканям, частично решается новым клипатором и клипсами, а частично с помощью нашего метода, заключающегося в предшествующей инфильтрации тканей дистальнее дефекта, чем достигается поднятие его дистального края и увеличение угла между клипатором и тканями [1]. Третья проблема: возможность повреждения сосуда открытой клипсой — остается. Необходимо четко определять расстояние между кончиком клипсы и повреждением. Четвертая проблема: эндоскопист и его помощник должны быть хорошо обучены, и работать согласовано — остается. Появляется новая проблема — при захватывании клипсой небольшого объема тканей возникает проблема снятия клипсы с клипатора. Эта проблема легко решает-

ся следующим образом: ползунок клипатора выдвигается в направлении от себя, выводя клипсу из оболочки клипатора. Управляя эндоскопом, подводится клипса к стенке органа под прямым углом относительно оси клипатора. Выдвинув оболочку клипатора вплотную к клипсе затем двигаем ползунок к себе и отделяем клипсу от крючка.

Выводы

1. Эндоскопическое клипирование клипатором Ez-Clip является эффективным, безопасным, быстрым и простым в применении методом достижения гемостаза и профилактики рецидива кровотечения.
2. Комбинация методов типа ЭИТ и клипирования, эффективна при активном кровотечении, так как помогает визуализировать кровоточащий сосуд, который затем клипируется меньшим количеством клипс.

Литература

1. Патент №. 48872 А. Україна, 6 А61В 17/00. (2002) Спосіб комбінованого ендоскопічного гемостазу. Нікішаєв В.І., Фомін П.Д., Музика С.В., Кузнецов К.В.; 2002021160; Заявлено 12.02.2002; Опубліковано 15.08.2002. Промислова власність. Офіційний бюлетень. 8; 1: 4.32 — 4.33
2. Патент №. 49387 А. Україна, 7 А61В 17/00. (2002) Спосіб ендоскопічної склеротерапії при кровотечі із варикозно-розширених вен стравоходу та шлунку. Нікішаєв В.І., Рошин Г.Г., Фомін П.Д., Головін С.Г., Музика С.В.; 2001118105; Заявлено 27.11.2001; Опубліковано 16.09.2002. Промислова власність. Офіційний бюлетень. 9
3. Нікішаєв В.І. (2003) Ендоскопічне кліпування виразок шлунку і дванадцятипалої кишки при триваючій кровотечі. Укр. ж. малоінвазивної ендоск. хірур. Vol. 7; 1: 24-28

4²⁰⁰⁶
Volume 10

Видання Київського національного медичного університету



ISSN 1029-743X

ПОДПИСКА 2008

Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії



НАУКОВО-МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ АСОЦІАЦІЇ АКАДЕМІКІВ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

http://www.endosurgery.com.ua

10 років
видавництва

Глубокоуважаемые подписчики, читатели, авторы оригинальных статей!

С 2002 года "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 2008 году Вам/Вашему учреждению необходимо прислать заявку в произвольной форме в адрес редакции.

Міністерство охорони здоров'я України
Асоціація лікарів-ендоскопістів України
Харківська медична академія післядипломної освіти

Матеріали I симпозиуму

«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»



Україна, Харків, 21 - 22 вересня 2007 р.

ЛАПАРОСКОПИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ВЫБОРЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ПЕЧЕНИ

Капшитарь А.А., Сырбу И.Ф., Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Laparoscopy in Early Diagnostics and Choise of Treatment Tactics of Patients with Closed Trauma of the Liver

A.A. Kapshitar, I.F. Sirbu, A.V. Kapshitar

Zaporozhye State Medical University, Ukraine

Summary

The aim of research: analysis laparoscopy possibility in the choise of treatment tactics of the patients with closed trauma of the liver. Laparoscopy was made to 28 patients with closed trauma of the liver. Because of uncertain clinical picture; 19 patients (67,9%) of them were in critical state after admissin to hospital and 9 patients (32,1%) after noninforvative instrumental methods of research. 15 patients out of 28 have transcapsular rubtures and 4 patients — subcapsular hepatic haematomas. Predominance of the blood in the right half of the abdomin (3 patients) or grumes in hepatic region (1 patient) was the reasone for hepatic rubture diagnostics. 4 patients haven't the diagnosis because of the absence of hepar visualization (general haemoperitoneum — 3 patients; splen- en rubture — 1 patient). With the help of laparoscopy the reasone of pyruilent diffuses peritonitis was determined to 1 patient. Laparotomy was made for 21 (75%) patients, treatment laparoscopy intervention — for 7 (25%) pa- tients. Relaparotomy was made for 3 (14,3%) patients. 3 patients (14,3%) died: 2 of them from polytrauma and 1 from diffuses peritonitis.

Key words: closed trauma of the liver, laparoscopy, diagnostics, treatment tactics.

Вступление

В структуре закрытых травм брюшной полости удельный вес повреждений печени составляет 13,4-56% [1,6,8,11]. Летальность по данным авторов колеблется от 19,2% до 80% [5,10,11]. Ключевыми моментами решения данной проблемы являются ранняя диагнос- тика, выбор лечебной тактики и объема вмешательства [2-4,6]. В ряде публикаций ука- зано, что из существующих методов исследования наиболее информативной является лапароскопия, позволяющая выявить закрытые повреждения печени у 97,4-99,3% боль- ных, определить лечебную тактику [7,9,10,11].

Материал и методы

На кафедре общей хирургии ЗГМУ с 1997 по май 2007 годы под нашим наблюдением на- ходились 28 больных с закрытой травмой печени, которым выполнена лапароскопия в связи с нечеткой клинической картиной абдоминальных повреждений и неинформа- тивными иными дополнительными методами исследования. Мужчин было 26 (92,9%), женщин — 2 (7,1%) в возрасте от 16 до 90 лет. Причинами повреждений печени у 16 па- циентов являлись бытовые травмы, у 7 — дорожно-транспортные происшествия, у 3 — падения с высоты. 2 больных скрыли факт травмы. Все пациенты доставлены СМП. Шок развился у 17 (60,7%) пациентов, из которых I степень была у 7, II степень — у 5, III степень — у 3, IV степень — у 2. В алкогольном опьянении находились 11 пациентов (алкоголь в крови 0,81 — 4,6 г/л).

Согласно классификации, принятой на III Всесоюзном съезде травматологов и орто- педов (1975), изолированные повреждения печени имели место у 8 (28,6%) больных, множественные — у 9 (32,1%) и сочетанные — у 11 (39,3%).

Диагностику усложняли также интеркуррентные заболевания у 9 (32,1%) пациентов (ИБС — 3, генерализованный атеросклероз — 3, хроническая наркомания, туберкулез легких — 2, ревматизм с пороком сердца — 1), и ранее перенесенные операции в сроки от 6 до 13 лет у 6 (21,4%) больных (аппендэктомия — 2, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки — 1 и разрыв поджелудочной железы — 1, грыжесечение с пластикой по Сапежко — 1, аппендэктомия и надылагалишная ампутация матки — 1).

Диагностика закрытой травмы печени на догоспитальном этапе практически невоз- можна. Так, разрыв печени установлен лишь у 2 травмированных, у 9 — установлена закрытая травма живота (ЗТЖ), повреждение органов, у 5 — ЗТЖ, ушиб грудной клетки и у 4 — перелом ребер, у 1 — ЗТЖ, ушиб правой почки, у 3 — черепно — мозгова трав- ма, у 2 — ушиб грудной клетки, у 1 — острый холецистопанкреатит, у 1 — алкогольное от- равление.

При поступлении в клинику после клинического обследования и забора материала для лабораторно — биохимических исследований, в зависимости от локализации и сте- пени тяжести повреждений, их осложнений, глубины шока, нарушения витальных функ- ций, определяли необходимость и очередность выполнения дополнительных методов исследования.

Наличие неустойчивой и низкой гемодинамики, критического состояния, тяжелой сочетанной травмы у 19 (67,9%) больных явились показанием к экстренному переводу из приемно-диагностического отделения в операционную, где наряду с реанимацион- но-трансфузионными мероприятиями выполняли лапароскопию. При необходимости, оценив возможность перенести такие диагностические процедуры как рентгеноскопия (графин) грудной и брюшной полостей, краниограмма, компьютерная томография че- репа, УЗИ, ЭКГ и др. у оставшихся 9 (32,1%), их безотлагательно осуществляли.

Лапароскопия выполнена аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по методике Kel- ling, используя полипозиционный осмотр и сконструированные манипуляторы, а у ран- нее оперированных разработанную методику исследования (А.В. Капшитарь).

Таблица 1. Характер оперативных вмешательств и их результаты

Объем оперативных вмешательств	Число больных			
	оперированы		умерли	
	Абс.	%	Абс.	%
I. Лапаротомия (n=21)				
Ушивание разрыва печени	9	32,1	2	7,1
Ушивание разрыва печени + другие операции:				
холецистэктомия (1) + спленэктомия (2)	3	10,7	-	-
ушивание разрыва большого сальника (1) + малого (1)	2	7,1	-	-
дренирование салниковой сумки	2	7,1	-	-
ушивание разрыва поперечной ободочной кишки	1	3,6	-	-
ушивание разрыва желчного пузыря + нефрэктомия +				
дренирование салниковой сумки	1	3,6	-	-
ушивание разрыва брыжейки тонкой кишки	1	3,6	-	-
Атипичная резекция печени + холецистэктомия,				
дренирование холодока по Холстеду	1	3,6	-	-
Вскрытие абсцесса поддиафрагмального пространства,				
санация брюшной полости	1	3,6	1	3,6
II. Лечебные лапароскопические вмешательства (n=7)				
Тампонада раны печени гемостатической губкой с амбеном,				
смоченной дициномом	3	10,7	-	-
Дренирование подпечёночного пространства и малого таза	4	14,3	-	-
Итого	28	100,0	3	10,7

Результаты и их обсуждение

У всех обследованных пострадавших клиническая картина закрытых травматических повреждений печени оказалась стертой. Трудности в диагностике значительно возрас- тали в связи с неадекватным поведением вследствие стресса, черепно-мозговой трав- мы, травмы груди, забрюшинного пространства, опорно-двигательного аппарата, шо- ка, алкогольного опьянения, нарушенном сознании, сопутствующих заболеваний. Ре- зультаты лабораторно-биохимических исследований оказались неинформативными. При рентгеноскопии (графин) грудной полости у 4 больных диагностирован перелом ребер справа, у 3 —двусторонние переломы ребер. Рентгеноскопия органов брюшной полости исключила патологию. В связи с тяжестью состояния пациентов УЗИ выпол- нено лишь у 3, однако имел место ложноотрицательный результат. Подобное заключе- ние получено и у 3 пациентов во время диагностического перитонеального лаважа. В связи с этим выставлены следующие диагнозы: у 24 (85,7%) больных — ЗТЖ, поврежде- ние органов, у 2 (7,1%) — ЗТЖ, разрыв печени, у 1 (3,6%) — острый холецистопан- креатит, у 1 (3,6%) — перитонит неясной этиологии. В течении первого "золотого" ча- са пребывания в клинике у 17 (60,7%) пострадавших выполнена лапароскопия, у 7 (25%) — в сроки 1 -2 часа. Динамическое наблюдение проведено у 4 (14,3%) больных, однако невозможность исключить повреждение абдоминальных органов явилось пока- занием к лапароскопии, которая у 1 — выполнена спустя 2,5 часа, у 2 — через 5 часов и у 1 — через 22 часа.

Полученные данные в процессе лапароскопии позволили условно разделить всех обследованных на III группы.

I группу составили 19 (67,9%) больных, у которых во время лапароскопии визуализи- рованы поврежденные сегменты передних отделов печени. Чрескапсульные разрывы печени были у 15 пациентов, подкапсульные гематомы — у 4.

Из больных с чрескапсульными разрывами у 10 — преобладала патология в правой доле печени (повреждение S5 было у 3 пациентов, S6 — у 7). Левая доля печени оказалась поврежденной у 4 больных (разрывы S3 были у 3 пациентов, S4 — у 1), а обе доли — у 1 (S4,3) — Гемоперитонеум объемом от 200,0 до 1000,0 мл обнаружен у всех пострадав- ших. Жидкая часть крови локализовалась в подпеченочном и поддиафрагмальном про- странствах, по правому боковому каналу, полости малого таза и только у 2 — распростра- нялась на все отделы брюшной полости с преобладанием в подпеченочном простран- стве. Сгустки крови в области печени визуализированы лишь у 2 больных. Спонтанный гемостаз в местах разрывов печени установлен у 13 пациентов, а продолжающееся кро- вотоечение из — под сгустков крови, фиксированных на поврежденных участках печени выявлено у 2.

Подкапсульные гематомы у 4 больных локализовались по диафрагмальной поверх- сти следующих сегментов правой доли печени (в 5 сегменте — у 1, 6 сегменте — у 3).

Во II группу вошли 4 (14,2%) пациентов, у которых травматический разрыв печени диагностирован на основании гемоперитонеума в объеме 1,5-2 л, с преобладанием кро- ви в правой половине живота и плавающими сгустками крови в области печени у 3 боль- ных, а также небольшого количества крови (300,0 мл) под печенью и под диафрагмой с наличием сгустков крови — у 1.

В III группу выделили 5(17,9%) пациентов, у них во время лапароскопического ос- мотра повреждения печени не установлены. Из них, у 3 выявлена лишь кровь в брюш- ной полости, равномерно располагающаяся во всех ее отделах в объеме 2 л, что исклю- чало осмотр органов брюшной полости, у 1 — объем крови не превышал 1 л и превали- ровал в левом поддиафрагмальном пространстве с множественными сгустками крови (на операции подтвержден разрыв селезенки и дополнительно диагностирован разрыв печени), у 1 — обнаружен разлитой гнойный фибринозный перитонит и углубленная комплексная оценка клинического обследования, катанамез, клинического течения, результатов лабораторно-биохимических исследований, УЗИ позволили лапароскопи- чески диагностировать ЗТЖ, разрыв печени, осложнившийся поддиафрагмальным абс- цессом, вскрывшимся в брюшную полость, и разлитым перитонитом.

На основании лапароскопических исследований оптимизирована лечебная тактика. Традиционным лапаротомным доступом оперированы 21 (75%) пострадавших, мини- инвазивные лечебные лапароскопические вмешательства выполнены у 7 (25%). Их об- щем представлен в таблице 1.

Данные таблицы показывают, что наиболее часто выполняли ушивание разрывов I — III степеней П — образными швами викрилом у 11 больных и кетгутом — у 8. После ати- пичной резекции печени, выполнив гемостаз, ее культю оборачивали большим салник- ком. Наряду с этим проводили хирургическую коррекцию повреждений других органов брюшной полости.

Мининвазивные лечебные лапароскопические вмешательства у 3 пациентов осу- ществлены, используя тампонаду раны печени гемостатической губкой, кровь из брюш- ной полости в объеме до 500,0 мл аспирировали, а у 4 — с подкапсульной гематомой пе- чени дренировали подпеченочное пространство и полость малого таза.

После операций лапаротомным доступом из 21 больного у 3 (14,3%) развились после- леоперационные осложнения (поддиафрагмальный абсцесс — 2 и подпеченочный абс- цесс — 1). Выполнена релапаротомия, вскрытие с дренирование абсцессов и брюшной полости. Умерли 3 (14,3%) пациентов с наличием тяжелой сочетанной травмы (2) и раз- литого гнойного перитонита в терминальной стадии (1). Осложнений и летальных исхо- дов, связанных с лечебными лапароскопическими вмешательствами не было.

Выводы

- Лапароскопия является наиболее информативным методом диагностики закрытой травмы печени и должна выполняться в ранние сроки с момента госпитализации.
- Методика дает возможность визуализировать поврежденные сегменты передних от- делов печени, оценить устойчивость гемостаза, объем и распространенность гемопе- ритонеума. Повреждения задних сегментов печени устанавливаются по наличию непрямых эндоскопических признаков.
- Превалирование гемоперитонеума в правой половине живота, а также наличие пла- вующих сгустков в области печени, позволяют во время лапароскопии установить разрыв печени.
- Значительный гемоперитонеум, который усугубляется также иными повреждения- ми, не позволяет визуализировать органы брюшной полости и установить топиче- ский диагноз.
- Результаты лапароскопии оптимизируют лечебную тактику, улучшая результаты ле- чения.

Література

1. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. (2001) Диагностика и лечение поврежденных живота. Хирургия. 6: 24-28
2. Бабур А.О., Зимовський В.А., Іванько О.В. (2004) Сучасні методи діагностики і лікування травматичних ушкоджень печінки. Одеський мед. журн. 4: 16-17
3. Бойко В.В., Замятин П.Н., Удербасв Н.Н. и др. (2006) Роль видеолапароскопии при травматических повреждениях печени. Клин. хирургия. 2: 21-22
4. Борисов А.Е., Левин Л.А., Кубачев К.Г. (2004) Лапароскопические вмешательства при травмах печени. Эндоск. хирургия. 1: 28
5. Влахов А.К. (2001) Диагностика и лечение закрытого повреждения печени. Клин. хирургия. 7: 15-19

ЕНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЛИПЭКТОМИЯ — ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Леонов В.В., Шальков Ю.Л., Михайлузов Р.Н., Бижко В.С.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина
Харьковский центральный военный госпиталь, Украина

Endoscopes Polypectomy — Effective Method of Prophylaxis and Treatment of the Colon States

V.V. Leonov, U.L. Shalkov, R.N. Mihailusov, V.S. Bigko

Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkov, Ukraine
Central Military Hospital, Kharkov, Ukraine

Summary

The applications of little invasion method given about efficiency are in-process resulted — endoscopes polypectomy for a prophylaxis and treatments of pre-cancers diseases of colon.

Key words: endoscopes polypectomy, large intestine, pre-cancers diseases.

Введение

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост заболеваемости раком прямой кишки до 15-25 случаев на 100 тыс. человек в год, летальность составляет 4-10 случаев на 100 тыс. человек в год, что особенно заметно на примере промышленно развитых стран. По современным научным представлениям полипы прямой кишки относят к предраковым состояниям (условиям). Под предраковыми изменениями понимают морфологический субстрат, именуемый дисплазией, предшествующий развитию опухоли. Применительно к раку прямой кишки широко распространено мнение о развитии новообразования из аденоматозных полипов. Этому имеется достаточно доказательств на уровне рандомизированных эпидемиологических, клинических и морфологических исследований.

В эндоскопическом кабинете Харьковского центрального военного госпиталя, являющегося клинической базой кафедры эндоскопии, хирургии и топографической анатомии Харьковской медицинской академии последипломного образования (зав. кафедрой профессор Леонов В.В.) широко внедряется и применяется эндоскопическая полипэктомия.

Цель исследования — изучить эффективность и целесообразность применения эндоскопической полипэктомии для профилактики и лечения предраковых состояний толстой кишки.

Материалы и методы

С 2004 по 2007 гг. было выполнено 26 полипэктомий прямой и сигмовидной кишки. По половому признаку среди пациентов было 21 (80,7%) мужчина и 5 (19,3%) женщин. Среди обнаруженных полипов большинство было на ножке — 19 (73%) наблюдений, на широкой основе — 7 (27%). Локализация полипов: до 5 см от грешешковой линии — 2 (7,7%), 5-16 см — 7 (27%), 16-29 см — 17 (65,3%). При выявлении полипов прямой киш-

6. Мамчић В.І., Рошћ Г.Г., Йосипенко І.О. (2005) Удосконалення діагностики та хірургічної тактики при травматичних ушкодженнях печінки в екстреній хірургії. Матеріали XXI з'їзду хірургів України. (Запоріжжя). І: 220-222
7. Ничитайло М.Е., Капшитарь А.В. (2003) Применение лапароскопии в диагностике и выборе тактики лечения пострадавших с закрытой травмой живота. Клин. хирургия. 10: 23-25
8. Пиковский Л.Д. (2001) Философия экстренной хирургии. (Москва). "Трида — X". 224 с.
9. Сличко І.І., Доманський Б.В., Йосипенко І.О. (2003) Деякі питання тактики при травматичних пошкодженнях печінки. Український журн. екстремальної медицини. 1: 58-60
10. Суркова О.В., Бронштейн П.Г. (2000) Повреждения печени. Вести новых мед. технологий. 1: 83-86
11. Тимебурлатов В.М., Фаязов Р.Р., Хасанов А.Г. и др. (2005) Хирургия абдоминальных повреждений. (Москва). "Медпресс — информ". 256 с.

ки всем пациентам в обязательном порядке проводилось обследование, включавшее в себя: клинические анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, рентгенографию органов грудной клетки, ирригografiю, ультразвуковое обследование органов брюшной полости и малого таза, гастродуоденоскопию, консультацию онколога.

Удаление полипов проводилось через ректоскоп с помощью ножниц, биопсийных щипцов и диатермокоагулятора. Полипы на широкой основе удалялись с помощью щипцов со следующей электрокоагуляцией краев раны. Операционный материал во всех случаях направлялся на гистологическое исследование. При гистологическом исследовании в 25 (96,2%) наблюдениях полипы оказались доброкачественными аденомами, в 1 (3,8%) случае выявлена аденокарцинома — пациент направлен на лечение в областной онкологический диспансер.

Наблюдалось одно осложнение (3,8%) в виде кровотечения после удаления полипа, которое было остановлено тампонадой прямой кишки гемостатической салфеткой пропитанной 3% р-ром перекиси водорода.

Результаты

В последующем все больные взяты на диспансерное наблюдение, включающее в себя сбор жалоб, выполнение ректосигмоскопии и ультразвукового исследования органов брюшной полости с контрольным осмотром каждые 6 месяцев, на протяжении 2 лет (согласно рекомендациям Европейского общества медицинской онкологии (ESMO-2004)). При первом контрольном исследовании были обследованы 24 (92%) больных, через 3-6 месяцев после операции, признаков рецидивов не было, все пациенты без трудовых и социальных изменений.

Выводы

Практическое внедрение метода малоинвазивной хирургии — эндоскопической полипектомии позволяет сократить время пребывания больного в стационаре и способствует быстрой трудовой и социальной реабилитации пациентов.

Таким образом, есть все основания считать эндоскопическую полипектомия безопасным, эффективным методом профилактики и лечения предраковых состояний толстой кишки.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Леонов В.В., Мехтиханов З.С.

Кафедра эндоскопии, хирургии и топографической анатомии, Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Minimally Invasive Methods in Treatment of Patients with Complex Surgical Pathology

V.V. Leonov, Z.S. Mechtichanov

Chair of Endoscopy, Surgery and Anatomy, Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkov, Ukraine

По данным ВОЗ, сочетанная хирургическая патология имеется у 20-30% пациентов хирургического профиля. Наибольшие трудности возникают при сочетании двух и более заболеваний, требующих оперативного лечения.

Выполнение малоинвазивных симультанных операций является новым инновационным направлением в хирургии. Однако, несмотря на очевидную перспективность идеи одновременной хирургической коррекции при нескольких заболеваниях, еще не накоплен опыт симультанных операций. Вопрос о показаниях к таким операциям, рациональных доступах, объеме и последовательности выполнения разработан недостаточно. Мы разработали принципы применения малоинвазивных методов лечения больных с сочетанной хирургической патологией.

Всем больным, поступающим на плановое оперативное лечение, требуется тщательное комплексное обследование. В предоперационном периоде у больных, которым предполагается выполнить лапароскопические вмешательства, необходимо применять широкий круг диагностических манипуляций. Затраты времени и средств на процесс диагностики компенсируются меньшей тяжестью послеоперационного периода и отсутствием необходимости проведения повторных операций.

При выявлении сочетанной патологии, требующей хирургической коррекции, оцениваются степень тяжести каждого оперативного вмешательства, сопутствующая соматическая патология, требующая или не требующая лечения. Решается вопрос о консервативной терапии или оперативном лечении и возможности симультанной операции.

Любая лапароскопическая операция начинается с диагностической лапароскопии, при которой могут быть различные находки. Оценивается результат диагностической лапароскопии и решается вопрос о продолжении лапароскопической операции, пере-

ходе на открытую операцию или консервативную терапию.

После решения вопроса о проведении симультанных операций следует начинать с лапароскопического этапа операции. При типичном ходе операции оценивается ее результат и продолжается симультанная лапароскопическая или открытая операция на органах брюшной полости или другой анатомической области. На любом этапе лапароскопического пособия могут возникнуть ситуации, требующие изменения хода операции: переход на лапароскопически ассистированную операцию, минилапаротомия или конверсия. Иными словами, после каждого этапа следует оценивать результаты с учетом дополнительной информации.

По окончании оперативного пособия оценивают состояние больного и его переводят в палату хирургического отделения, палату интенсивной терапии хирургического отделения или отделение реанимации.

С 2003 по 2007 года нами выполнено 28 симультанных операций. Во всех случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия, дополненная у 19 больных пластикой ventральной грыжи, у 4 — лапароскопической энуклеацией кисты яичника, у 2 — нальвагинальной ампутиацией матки по поводу фибромиомы, у 2 — лапароскопически ассистированной право- и лево-сторонней гемиколэктомией с экстракорпоральным формированием тонко-толстокишечного и толсто-толстокишечного анастомозов, еще у одной больной лапароскопическая холецистэктомия дополнена апопатией кисты 5 сегмента печени. Летальных исходов и послеоперационных осложнений не было.

Таким образом, проведение симультанной малоинвазивной операции способствуют снижению экономических затрат на лечение, повышению безопасности самой операции и скорейшему выздоровлению пациента.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕУСТРАНЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Леонов В.В., Яковцов Е.П., Донцов И.В., Мехтиханов З.С., Михайлусов Р.Н., Отрошко Р.Н.

Кафедра эндоскопии, хирургии и топографической анатомии, Медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Complications of Laparoscopic Cholecystectomy as a Result of Non Eliminated Pathology of Bile Ducts: Causes, Treatment, Prophylaxis

V.V. Leonov, E.P. Yakovtzev, I.V. Dontzov, Z.S. Mechtichanov, R.N. Michaylusov, R.N. Otroshko

Chair of Endoscopy, Surgery and Anathomy, Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkov, Ukraine

Summary

The analysis of complications LCE which has arisen on a background of not eliminated pathology of bile ducts is carried out. A residual choledocholithiasis and non eliminated stenosis of a sphincter Oddi are revealed in 56 person after performance 3156 LCE. Non eliminated ductal pathology has become the reason of a mechanical icterus in the postoperative period in 7 patients, acute pancreatitis — in 6, hepatic colic — in 4, external bile leak — in 20, intraabdominal — in 19. The main reason of unsatisfactory results after LCE — insufficiently careful and complete preoperative and intraoperative examination. Treatment of bile stone disease during presen-

ce ductal pathology should be two-step: at the first stage — EPST, on the second — LCE.

Key words: bile ducts, laparoscopic cholecystectomy.

Введение

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), разработанная и внедренная в хирургическую практику со второй половины восьмидесятых годов, быстро стала операцией выбора в лечении желчнокаменной болезни во всем мире. Этому способствовали ее малая травматичность, легкое послеоперационное течение, хороший косметический эффект и быстрое восстановление трудоспособности у больных. В настоящее время более 90% холецистэктомий выполняется лапароскопическим методом.

Несмотря на большое количество достоинств этого нового малоинвазивного оперативного вмешательства, оно, однако, не лишено недостатков. Одним из неблагоприятных последствий ЛХЭ является увеличение количества пациентов с оставленными камнями во внепеченочных желчевыводящих протоках и неустраненными рубцовыми изменениями большого дуоденального сосочка после холецистэктомий [1,2]. Неустраненная при первой операции протоковая патология приводит нередко к потребности выполнения дополнительных оперативных вмешательств, а иногда к инвалидизации больных или летальному исходу. При этом далеко не всегда хирурги находят верные пути развязывания возникающих перед ними проблем, не всегда выбирают верную тактику для их профилактики.

Целью данного исследования являются определение характера и оценка причин осложнений ЛХЭ, возникающих на фоне остаточной патологии желчных протоков, их лечение и профилактика.

Материалы и методы

В хирургических отделениях Харьковского военного госпиталя и областной травматологической больницы, являющихся клиническими базами кафедры эндоскопии, хирургии и топографической анатомии Харьковской медицинской академии последипломного образования, за период с 1995 года по 1 апреля 2007 года выполнено 3156 лапароскопических холецистэктомий. Резидуальный холедохолитиаз (ХЛ) и/или неустраненный стеноз сфинктера Одди (ССО) стали причиной послеоперационных осложнений у 56 пациентов. Женщин было 45 человек от 27 до 64 лет (в среднем 50 лет), мужчин — 11 от 43 лет до 71 года (в среднем 59 лет); старше 60 лет было 33% больных. ЛХЭ по поводу хронического холецистита была выполнена 39 больным, по поводу острого холецистита — 17.

Послеоперационное желчеистечение отмечено в 39 случаях: в 20 имело место наружное желчеистечение, в 9 — желчный перитонит, в 10 — под- или надпеченочная билома. У 7 больных на фоне остаточной протоковой патологии после операции развилась механическая желтуха, у 6 — острый панкреатит, у 4 — печеночная колика. В 28 случаях причиной послеоперационных осложнений был холедохолитиаз, в 18 — стеноз сфинктера Одди, еще в 10 — их сочетание.

Для выявления и оценки характера осложнения и неустраненной протоковой патологии применяли лабораторные методы диагностики, ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенографические методы — чресфистульную и эндоскопическую ретроградную холангиографию.

Результаты исследования

При рассмотрении причин нераспознавания патологии желчных протоков установлено, что до операции протоковая патология была заподозрена, а затем подтверждена при помощи интраоперационной холангиографии у 7 больных. На переход к открытой операции не решились, закончив операцию в 4 случаях наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока. В 2 случаях дренирования холедоха произошло выпадение дренажной трубки на пятые (Панина) и шестые сутки после операции, что привело в одном случае к длительному наружному желчеистечению, в другом — к диффузному желчному перитониту. У 3 пациентов, которым наружное дренирование холедоха не выполнялось, развился наружный желчный свищ в результате соскальзывания клипс с культи пузырного протока из-за желчной гипертензии. У остальных 49 пациентов протоковая патология до операции и во время нее не была распознана, хотя на нее указывали анамнестические данные у 20 человек (механическая желтуха при поступлении или в анамнезе — 12 человек, в том числе один — в сочетании с острым панкреатитом; острый панкреатит без желтухи — 8 случаев). У 11 больных патологию желчных протоков можно было заподозрить по расширению гепатикохоледоха и/или внутрипеченочных желчных протоков по данным ультразвукового исследования, у 11 пациентов — по отклонению от нормы показателей биохимического анализа крови (билирубин, амилаза) при отсутствии клинических проявлений панкреатита и/или механической желтухи при госпитализации. У 23 человек имелось сочетание двух признаков, по которым можно было до операции заподозрить наличие протоковой патологии.

Для устранения остаточной патологии внепеченочных желчных протоков была выполнена 51 операция у 42 пациентов (таблица 1): эндоскопическая папиллосфинктеротомия — в 33 случаях, эндоскопическая холедохолитэкстракция — в 7, трансдуоденальная сфинктеропластика — в 3, холедоходуоденостомия по Юрашу — в 4, холедохолито-

томия — в 4. По две корректирующие операции было выполнено 12 больным. У 7 из них это была эндоскопическая холедохолитэкстракция для извлечения камней из холедоха после ранее выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомии, у 2 — полостные операции после безуспешных выполнений эндоскопической папиллосфинктеротомии с литэкстракцией или без нее. Трем пациенткам эндоскопическую папиллосфинктеротомию пришлось делать дважды в связи с безуспешностью первой попытки. У 14 человек операции по устранению остаточной протоковой патологии не осуществлялись: в одном случае — в связи с отказом больной, в 9 — в связи с положительным эффектом от консервативного лечения. В 4 случаях в связи с желчным перитонитом или подозрением на него была выполнена релапароскопия, а в одном — лапаротомия, во время которых в условиях наркоза произошло отхождение из холедоха в двенадцатиперстную кишку небольших конкрементов, обусловливавших желчную гипертензию. Летальных исходов после операций не было.

Обсуждение

Несмотря на совершенствование методов дооперационного и интраоперационного обследования внепеченочных желчных протоков, на внедрение новых технологий для лечения ЖКБ, число больных с остаточной патологией желчных протоков не имеет тенденции к уменьшению. Особенно очевидно это стало с широким применением ЛХЭ, которая, как предполагалось, должна была существенно улучшить результаты лечения калькулезного холецистита. Во время ЛХЭ, в отличие от открытой операции, значительно ограничены возможности интраоперационной диагностики. В связи с этим требуется более тщательное изучение состояния желчных протоков до операции. Однако, многие хирурги, будучи увлечены современными технологиями, не следуют этому правилу даже в тех случаях, когда на протоковую патологию указывают клинко-анамнестические данные и данные лабораторно-инструментального обследования. Чаще всего это связано с мнением о том, что камушки, вызвавшие приступы в прошлом, вышли в двенадцатиперстную кишку и в настоящее время в холедохе отсутствуют, а также с уверенностью в том, что дооперационные ошибки нетрудно будет исправить при помощи эндоскопической папиллосфинктеротомии. К сожалению, это далеко не всегда так. Поэтому тщательное и полное дооперационное и интраоперационное обследование больных с ЖКБ — главное условие профилактики остаточной патологии желчных протоков. Тщательно собранный анамнез, клиническая картина, лабораторные данные, включающие биохимическое исследование крови, и ультрасонография с большой долей вероятности позволяют диагностировать или предполагать наличие протоковой патологии. При подозрении на нее (желтуха, панкреатиты и холангиты в анамнезе, повышение в сыворотке крови уровня амилазы или билирубина, наличие множества мелких камней в желчном пузыре или расширение холедоха более 7 мм по данным УЗИ) необходимо предоперационное выполнение эндоскопической ретроградной холангиопанкреати-

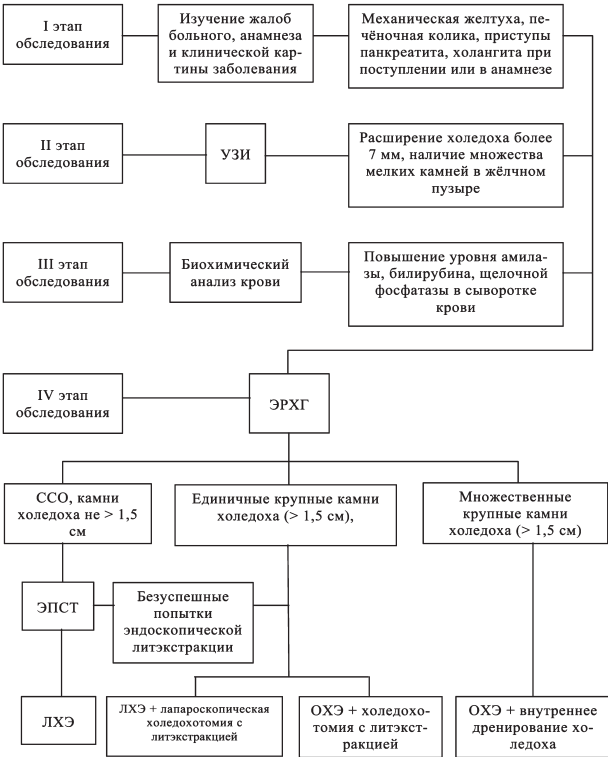


Рис. 1. Алгоритм профилактики остаточной патологии желчных протоков при хирургическом лечении больных с желчно-каменной болезнью.

Примечание. ЛХЭ — лапароскопическая холецистэктомия, ОХЭ — открытая холецистэктомия, ССО — стеноз сфинктера Одди, УЗИ — ультразвуковое исследование, ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ЭРХГ — эндоскопическая ретроградная холангиография.

Таблица 1. Повторные операции, связанные с неустраненной патологией желчных протоков

Операции	Число больных
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия	33
Эндоскопическая холедохолитэкстракция	7
Трансдуоденальная сфинктеропластика	3
Холедоходуоденостомия по Юрашу	4
Холедохолитотомия	4
Всего	51

кографии (рис. 1). Последняя более предпочтительна, чем интраоперационная холангиография, так как позволяет еще до операции выбрать оптимальную тактику лечения. Особенно следует обратить внимание на наличие множества мелких камней в жёлчном пузыре. Нередко эти камни никак не проявляют себя клинически, и хирург выполняет холецистэктомии с уверенностью в полной проходимости холедоха. По данным Литманна И., в 30-40% камни в холедохе бессимптомны. Они могут находиться в общем жёлчном протоке один возле другого в виде чётко и не вызывать желтухи, так как жёлчь при этом течёт, "словно лесной ручеек через камешки и щебень" [5]. Аналогичную частоту бессимптомного холедохолитиаза приводят и другие хирурги [4,6], а по данным Аммог В.Г. и соавторов [8] бессимптомные камни общего жёлчного протока составляют 1/2-2/3 случаев. При выявлении протоковой патологии до ЛХЭ ей обязательно должна предшествовать ЭПСТ. Такая последовательность обусловлена тем, что при неэффективности ЭПСТ (по данным литературы, она составляет 6-16% [3,7]) возможно выполнять открытую холецистэктомию (ОХЭ), дополненную одним из адекватных видов санации и внутреннего дренирования гепатикохоледоха. Это позволит избежать тяжелых осложнений (острый панкреатит, холангит, механическая желтуха, желчеистечение) после ЛХЭ и необходимости повторных операций, связанных с большим риском.

Выводы

- 1. Неустраненная патология внепеченочных желчных протоков с внедрением в хирургическую практику ЛХЭ не только не уменьшилась, но и имеет тенденцию к увеличению, несмотря на совершенствование методов дооперационного и интраоперационного обследования.
- 2. Наиболее частое осложнение неустраненной протоковой патологии — наружное или внутрибрюшное желчеистечение.
- 3. Основная причина резидуального холедохолитиаза и неустраненного стеноза сфинктера Одди — недостаточно полное и тщательное обследование больных до операции.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Хаджиев О.Ч., Бабалич А.К., Войтенко В.К., Резниченко А.М., Клишевич И.Б., Говорунов И.В., Грецкий А.В., Гавриленко С.П.

Кафедра общей хирургии Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского, Украина

Intraoperative Complications of Laparoscopic Cholecystectomy

O.Ch. Hadjiev, A.K. Babalitch, V.K. Voytenko, A.M. Resnichenko, I.B. Klishevich, I.V. Govorunov, A.V. Gretskey, S.P. Gavrilenko

Crimean State Medical University, Ukraine

Summary

Authors have studied intraoperative complications which where arise among 2057 patients operated laparoscopic on the occasion of chronic (1732 person) and acute cholecystitis (325 person).

Some complications (haemorrhage, injuries of gall-bladder and others), which note in time of operation was liquidated endoscopy (96 patients — 4,7%) and probably be manifestation itself intervention. But in 90 patients (4,4%) intraoperative complications be need of correction and turn into open operation. Its bleedings, injuries of intestines, bile ducts and hit in abdominal cavity of scalpel. Died one patient with pathology of heart and injure of intestine and thrombosis vessels of mesentery with peritonitis (0,04%).

For prophylaxis of intraoperative complications is necessity careful execution of laparoscopic cholecystectomy but on appearance complications is necessity immediately its to correction.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, intraoperative complications.

Введение

В связи с легким протеканием послеоперационного периода и довольно коротким пребыванием в стационаре лапароскопическая холецистэктомия широко применяется в хирургической практике [1,3,4,6,8,13]. Однако, иногда возникают вопросы отбора больных при наличии у них тяжелой сопутствующей патологии [7,9,10,11,14], а иногда сопровождается осложнениями [2,5,12]. Изучение интраоперационных осложнений и явилось поводом для выполнения нашей работы.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 2057 больных, в возрасте от 15 до 84 лет. Женщин было 1822 (88,6%), мужчин — 235 (11,4%).

Из них хронический холецистит имели 1732 лиц (84,2%), острый — 325 (15,8%). Камни в желчном пузыре обнаружены у 1704 (98,4%) человек из 1732 с хроническим проявлением болезни. Без каменный он был только у 28 (1,6%) наблюдаемых (холестероз с полипами — у 7 — 0,4% и полипоз — у 21 — 1,2%). Среди лиц с острым холециститом, калькулезный был у 321 (98,8%) пациента, бескаменный — у 4 (1,2%). Катаральное воспаление в желчном пузыре обнаружено у 160 (49,3%) больных из 325; флегмонозное — у 155 (47,7%), флегмонозно-гангренозное — у 5 (1,5%) и гангренозное — у 5 (1,5%). При этом водянка пузыря была у 14 (4,3%) пациентов, эмпиема — у 62 (19,1%), околопузырный абсцесс — у 4 (1,2%). Двое лиц имели пролежень от камня и у одного — свищ с двенадцатиперстной кишкой. Хронический холецистит в 31 случае (1,8%) сопровождался рубцовыми изменениями и отключенным пузырем, в 61 (3,5%) — водянкой пузыря. Необходимо отметить, что у больных с хроническим течением процесса иногда выявлялся пузырь с эмпемой (8 — 0,5%). Во время операции у 3 (0,15%) лиц обнаружены желчно-кишечные свищи среди всех 2057 пациентов: желчно-двенадцатиперстные у 2 больных и желчно-ободочный — у 1.

Пациенты с сопутствующими заболеваниями подготавливались к операции с участием анестезиолога, терапевта и, по необходимости, с участием других специалистов.

У 13 лиц зафиксирована тяжелая патология сердца, легких и нервной системы, из-за чего хирургическое вмешательство в плановом порядке было отказано.

Операция выполнялась под наркозом с помощью эндоскопической аппаратуры "Dufner".

Результаты

Во время эндоскопической операции, особенно при наличии инфильтрата, спаек, частично внутрипеченочного расположения пузыря могут быть осложнения в виде кровотечения из ложа, пузырной артерии и спаек, но обычно его удается остановить эндоскопически. Кровотечения требующие конверсии являются осложнениями. В таком же плане, вероятно, необходимо рассматривать и повреждение желчного пузыря с выпадением в брюшную полость конкрементов. Таких случаев при хроническом и остром холецистите было у 96 (4,7%) лиц.

Интраоперационные осложнения, требующие коррекции, имели место при хроническом холецистите у 61 (3,5%) лица, а при остром — у 29 (8,9%). Всего — у 90 больных (4,4%).

У 12 (0,7%) пациентов с хроническим холециститом и у 11 (3,4%) — с острым было кровотечение с ложа пузыря, спаек и пузырной артерии, которое остановлено только после лапаротомии.

- 4. Операцией выбора при лечении неустранённой патологии внепечёночных желчных протоков является эндоскопическая папиллосфинктеротомия, а при невозможности её выполнения — лапаротомия с выполнением адекватного внутреннего дренирования гепатикохоледоха.
- 5. Профилактика остаточной патологии должна включать тщательное дооперационное обследование больных с выполнением ЭРХГ при малейшем подозрении на наличие ХЛ или ССО. Лечение ЖКБ при их наличии должно быть двухэтапным: на первом этапе — ЭПСТ, на втором — ЛХЭ.

Литература

- 1. Горовиц Д. (1997) Лапароскопические методы ревизии холедоха. Тезисы докладов конгресса по эндоскопической хирургии. (Одесса). с. 11-14
- 2. Зайцев В.Т., Воробьев Ф.П., Тищенко А.М. и др. (1998) Современные тенденции развития хирургии желчнокаменной болезни. Київ. хірургія, с. 67-68
- 3. Кубышкин В.А., Стрелковский В.П., Вуколов А.В. (1997) Лапароскопическая холецистэктомия: старые проблемы в новом свете. Хирургия. 1: 65-68
- 4. Лисиенко В.М., Анкина Е.В., Грузлева Н.А. (2001) К вопросу о диагностике холедохолитиаза. Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ: Анналы хирургической гепатологии. (Пермь). с. 29.
- 5. Оперативная хирургия (1982) под. ред. И. Литманна. (Будапешт). 581 с.
- 6. Чугунов А.Н., Джорджия Р.К., Борисов А.П., Гайнанов М.А. (2001) Интраоперационная эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении холедохолитиаза. Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ: Анналы хирургической гепатологии. (Пермь). с. 68-69
- 7. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А., Тимошин А.А. (1999) Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной заболванием общего желчного протока. Хирургия. 2: 29-32
- 8. Ammor B.J., Birbas K., Davies D., et al. (2000) Routine vs "on demand" postoperative ERCP for small bile duct calculi detected at intraoperative cholangiography: Clinical evaluation and cost analysis Surg. Endosc. Vol. 14; 112: 1123-1126

У одной худой больной (0,06%) при хроническом холецистите была повреждена правая подвздошная артерия при введении троакара. После лапаротомии наложен сосудистый шов.

В конце операции, после рассечения апоневроза возле пупка для удаления из брюшной полости желчного пузыря, у 33 (1,6%) наблюдаемых отмечалось значительное артериальное кровотечение. Остановлено при ушивании апоневроза у 28 лиц. В 5 случаях пришлось расширить рану апоневроза, чтобы остановить кровотечение. Из верхнего прокола в эпигастральной области отмечалось значительное кровотечение наружу и в брюшную полость у 7 человек (0,35%). Кровотечение остановлено прошиванием после её расширения. Со стороны брюшной полости коагулирующей удалось остановить кровотечение у двух больных. В четырех наблюдениях было кровотечение в правом подреберье в брюшную полость из места, где стоял вспомогательный троакар. Остановить кровотечение у троих больных удалось эндоскопической коагуляцией, а у одного путем прошивания брюшной стенки во всю её толщу для сдавления кровоточащего сосуда. На следующий день шов снят.

В одном случае поврежден сосуд большого сальника стилетом троакара. Место кровотечения коагулировано эндожажком.

При вхождении троакаром под пупком у двух женщин, с рубцами ниже пупка после гинекологических операций было нанесено боковое повреждение тонкой кишки. Отверстие в апоневрозе расширено, петли выделены из сращений и наложены 2-х рядные швы. Операция холецистэктомия сделана эндоскопически.

Повреждение тонкой кишки иглой нанесено у двух лиц при ушивании апоневроза. В обоих случаях отверстие в апоневрозе расширено. Кишка поврежденная подтянута в рану и наложено на место повреждение два ряда узловых швов. Один больной выздоровел. У другого в возрасте 70 лет с сердечной недостаточностью, у которого ушитый поврежденный участок находился вблизи брыжейки, появились явления перитонита вследствие локального тромбоза брыжейки возле ушитого участка травмированной кишки, обнаруженного при релапаротомии. Однако из-за патологии сердца у больного наступил летальный исход (0,05%).

В двух случаях повреждена толстая кишка при хроническом процессе во время ушивании отверстия и при разделении плотного инфильтрата возле желчного пузыря, которые ушиты после расширения отверстия в апоневрозе и в другом случае после лапаротомии.

В момент выделения из инфильтрата двенадцатиперстной кишки повреждена сероза у двух пациентов. Эндоскопически эти места ушиты узловыми швами.

При выделении из инфильтрата и внутрирасположенного желчного пузыря при старых рубцовых изменениях при хроническом холецистите у одного больного поврежден карман Гартмана с выпадением в брюшную полость множества мелких конкрементов. Операцию пришлось закончить открытым способом.

В инфильтрате был поврежден коагулятором скобу холедох у 2 (0,09%) лиц с хроническим и острым холециститом и общий печеночный проток у 3 (1,5%). При боковых повреждениях этих протоков у 4 лиц произведено, после лапаротомии, дренирование их по Керу.

У одного наблюдаемого имело место аномальное расположение желчного пузыря и протоков — в борозде между правой и левой долей печени. Был пересечен и клипирован общий печеночный проток вблизи разделения на правый и левый проток. Это обнаружено после операции и в дальнейшем выполнено ряд вмешательств, приведших больного к выздоровлению.

Из-за инфильтрации тканей в области печеночно-двенадцатиперстной связке был частично поврежден левый печеночный проток, что было обнаружено во время операции. При конверсии оставлен дренаж по Керу через дефект протока. Но после операции верхний конец Т-образного дренажа вышел в брюшную полость. Во время релапаротомии сделана холедохотомия и введен через нее хлорвиниловый дренаж наподобие Вишневецкого. Его конец проведен в левый печеночный проток выше места перфорации, а отверстие ушито атравматической иглой. Больная выздоровела.

При остром флегмонозном холецистите были выявлены рыхлые, резко измененные холедох и пузырный проток. При его выделении он легко расползся у места впадения. Поэтому сделана конверсия, отверстие где впадал в холедох, проток расширено и сделано с успехом дренирование по Керу.

У одного больного с большим отложением жира в брюшной полости в процессе операции с пузырного протока слетели обе клипсы. Эндоскопически удалось подтянуть культю протока и вновь наложить на неё уже 3 клипсы.

В двух случаях при рассечении апоневроза скальпелем со сменным лезвом для удаления пузыря из брюшной полости, отломился кончик скальпеля и остался в животе. Найти его эндоскопически у одного больного не удалось, произведена лапаротомия, у другого — удалось удалить лезвие из брюшной полости эндоскопически.

Обсуждение

Увеличение относительного числа осложнений при остром процессе связано с большими анатомическими изменениями (инфильтрат, спайки и др.), чем при хроническом. В этих случаях бывает тяжело дифференцировать протоки, артерию, стенку желчного пузыря и другие органы, трудности возникают при внутрипеченочном или аномальном расположении анатомическиз образований. Наличие спаечного процесса в нижнем отделе живота является противопоказанием для введения троакара ниже пупка. При введении троакаров и ушивании отверстия в апоневрозе после удаления желчного пузыря необходимо быть хорошей релаксация и видеоскопический контроль. Во всех случаях интраоперационных осложнений, если их нельзя ликвидировать эндоскопически, необходимо как можно раньше переходить на открытую операцию.

Необходимо при рассечении апоневроза для удаления использовать осторожно скальпель со сменным лезвием, лучше применять цельный скальпель, что мы и делаем в настоящее время.

Таким образом, от интраоперационных осложнений умер 1 больной (0,04%).

Выводы

- 1. Лапароскопическая холецистэктомия сопровождается иногда интраоперационными осложнениями и даже могут приводить к летальному исходу (0,04%).
- 2. Во избежание интраоперационных осложнений нельзя выполнять холецистэктомией лапароскопически "во чтобы то ни стало".
- 3. При появлении осложнений необходимо переходить на открытую операцию как можно раньше.

ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНЫХ РЕЦИДИВОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА

Никишаев В.И., Задорожний А.М.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

Endoscopic Hemostasis Efficiency at Mallory-Weiss Syndrome

V.I. Nikishaev, A.M. Zadorojnyi

Emergency Clinical Hospital, Kiev, Ukraine

Summary

We analyzed endoscopic hemostasis efficiency at Mallory-Weiss syndrome, frequency and the reasons of occurrence of relapse of a bleeding, and a way of preventive maintenance of repeated bleedings.

Key words: *Mallory-Weiss syndrome, endoscopic hemostasis, relapse of a bleeding.*

Введение

Синдром Меллори-Вейсса (СМВ) является одной из распространенных причин кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), который в структуре причин желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) составляет от 7,3% [4] до 10,4% [2].

Как правило, кровотечение при СМВ останавливается самостоятельно, однако у 20% больных возникает рецидив кровотечения (РК) [10].

Современные методы диагностики, а именно эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), позволяют не только верифицировать источник кровотечения у 90-96% пациентов при первой эндоскопии [3,5,12], но и, применяя современные эндоскопические технологии, осуществить гемостаз, дать прогноз риска РК [9]. Большинство исследователей показывают высокую эффективность методов эндоскопического гемостаза (ЭГ): инъекционные (физиологический раствор, раствор адреналина, 1% раствор полидоканала, 30% раствор этанола), термические (моно- и биполярная электрокоагуляция, радиочастотная, аргонплазменная, лазерная коагуляция), механические (клипирование) и комбинированные методы [8,11], после которых частота РК снижается в несколько раз [7]. Однако, несмотря на наличие разнообразных высокоэффективных методов ЭГ, позволяющих останавливать кровотечение у больных с СМВ, в Украине продолжают оперировать больных с этой патологией. При этом хирургическая активность достигает 7,81%-15,4% [1,6].

Цель исследования: разработать тактику ведения больных с СМВ с целью снижения частоты повторных РК.

Материал и методы

В период с 2000 по 2006 год под нашим наблюдением находилось 5274 больных с ЖКК из верхних отделов ЖКТ. Из них у 410 (7,8%) пациентов, был диагностирован СМВ.

При экстренной ЭГДС активное продолжающееся кровотечение (F IA,B) из разрыва слизистой оболочки эзофагокардиального отдела наблюдалось у 75 (18,3%), нестабильный гемостаз (F IIA,B,C) — у 137 (33,4%), стабильный гемостаз (F III) — у 198 (48,3%) пациентов. По клинко-лабораторным данным легкая степень кровотечения констатирована у 266 (64,9%), средняя — у 77 (18,8%), тяжелая — у 67 (16,3%) больных и геморрагический шок у 9 (2,2%) пациентов.

При проведении ЭГДС больным с СМВ выполнялись различные мининвазивные эндохирургические вмешательства (МЭВ): в 157 случаях — монополярная электрокоагуляция, в 12 — биполярная электрокоагуляция, в 22 — аргонплазменная коагуляция и в 2 — клипирование. Ранний РК возник у 14 больных (3,4%). У 2 пациентов (0,9%) из 217, которым не проводились МЭВ, и у 12 (6,2%) после МЭВ. После монополярной электрокоагуляции РК был выявлен у 10 (6,4%) больных, при биполярной электрокоагуляции — у 1 (8,3%) и при аргонплазменной коагуляции — у 1 (4,5%).

Учитывая то, что все РК возникали только у больных с продолжающейся рвотой или икотой, нами был разработан метод комплексного лечения больных с СМВ. Суть его заключается в следующем: у больных с РК и продолжающейся рвотой или икотой ЭГДС проводилась под тотальной внутривенной анестезией. После выявления разрывов в эзофагокардиальном отделе с продолжающимся кровотечением или стигматами, проводилась диатермокоагуляция очага разрыва слизистой оболочки. После окончания ЭГДС

Литература

- 1. Аверин В.И., Кузан О.Я. (1999) Особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии у ранее оперированных на органах брюшной полости больных желчекаменной болезнью. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 3; 3: 42
- 2. Балалыкин А.С., Крапивин Б.В., Жандаров А.В. и др. (2004) Осложнения лапароскопической холецистэктомии. Сб. Тез. 8-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии (Москва). с. 31-33
- 3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Мосягин В.Б., Непомнящая С.Л. (2002) Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза у больных повышенного риска. Анналы хирургической гепатологии. 1: 88-89
- 4. Галлингер Ю.И., Тимошин Ф.Д. (1992) Лапароскопическая холецистэктомия Практическое руководство. (Москва). "Медицина". 66 с.
- 5. Корешкин И.А., Паншин А.А. (2000) Сквозное троакарное повреждение правых подвздошных сосудов при лапароскопической холецистэктомии. Вестник хирургии. 3: 53-54
- 6. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М., Криворучко И.А. (2005) Лапароскопические технологии и их интеграция в биллиарную хирургию. (Харьков). "СММ". 367 с.
- 7. Нецитайло М.Е., Дяченко В.В., Огородник П.В., Литвиненко А.Н. (1999) Лапароскопическая хирургия в лечении заболеваний желчных путей. Укр. ж. малоинвазивной та ендоск. хір. 3; 3: 40
- 8. Тищенко А.М., Малоштан А.В., Криворучко И.А. и др. (1999) Малоинвазивная хирургия: изменение подходов лечения заболеваний гепатобилиарной и панкреатодуоденальной зон. Укр. ж. малоинвазивной та ендоск. хір. 3; 3: 40
- 9. Ульянов Ю.Н., Багненко С.Ф., Сухарев В.Ф. (2002) Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с высоким операционным риском. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 161; 6: 21-25
- 10. Balogh B., Zauner-Dung A., Nicolakis P., et al. (2002) Functional impairment of the abdominal wall following laparoscopic and open cholecystectomy. Surg. Endosc. Vol. 16; 3: 481-486
- 11. Kubota K., Kajiura N., Teruya M., et al. (1993) Alterations in respiratory function and hemodynamics during laparoscopic cholecystectomy under pneumoperitoneum. Surg. Endosc. Vol. 7; 6: 500-504
- 12. Kubota K., Kajiura N., Teruya M., et al. (1993) Alterations in respiratory function and hemodynamics during laparoscopic cholecystectomy under pneumoperitoneum. Surg. Endosc. Vol. 7; 6: 500-504
- 13. Lo C.M., Fan S.T., Lin C.L., Lai E.S.C., Wond J. (1997) Erly decision for Conversion of Laparoscopic to open Cholecystectomy for Treatment of acute Cholecystitis. Am.J.Surg. 6: 513-517
- 14. Wely G., Schippers E., Grablowitz E., et al. (2002) Is laparoscopic cholecystectomy a mature operative technique: results of an ergonomic sequence analysis. Surg. Endosc. Vol. 16; 5: 820-827
- 15. Zuckerman R., Gold M., Jenkins P., et al. (2001) The effects of pneumoperitoneum and patient position on hemodynamics during laparoscopic cholecystectomy. Surg. Endosc. Vol. 15; 6: 561-565

больному проводилась пролонгированная тотальная внутривенная анестезия на протяжении 6-24 часов, подавляя рвотный рефлекс и, таким образом, предупреждая РК.

Результаты и их обсуждение

При проведении экстренной ЭГДС применение ЭГ с целью остановки или профилактики РК потребовалось у 193 (47%) больных. При продолжающемся кровотечении ЭГ был достигнут у всех пациентов. При выполнении эндоскопического мониторинга у 11 (78,6%) был выявлен РК, а у 3 (21,4%) пациентов он проявился клинически.

У 8 из этих пациентов отмечалась после первой ЭГДС икота, а у остальных позывы на рвоту, из которых у 3 появилась рвота кровью.

Всем этим больным был применен разработанный нами метод комплексного лечения (проведение пролонгированной тотальной внутривенной анестезии на протяжении 6-24 часов после ЭГДС). В данной группе больных повторных РК не наблюдалось. Ни один из всех лечившихся пациентов не был оперирован и не умер.

Выводы

Таким образом, можно сделать выводы о том, что МЭВ при СМВ обладают высокой эффективностью в остановке кровотечения и профилактики РК. Тем не менее, помимо эндоскопического воздействия на субстрат необходимо проводить профилактику основного механизма возникновения этого синдрома — повышения внутрибрюшного давления (рвота, икота и т.д.). При возникновении РК с целью профилактики повторных РК эффективным является проведение ЭГ и пролонгированной тотальной внутривенной анестезии. Проведение эндоскопического мониторинга позволяет выявлять РК до их клинического проявления у 78,6% больных.

Литература

- 1. Дужий І.Д., Шевченко В.П., Борисенко О.І., Соболев Ю.І., Шевченко Т.В. (2007) Особливості синдрому Меллорі-Вейса у жінок. Укр. ж. малоінвазивної та ендоск. хір. 11; 2: 30-31
- 2. Кондратенко П.Г., Соколов М.В., Смирнов Н.Л. (2007) Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала. Укр. ж. малоінвазивної та ендоск. хір. 11; 1: 24-25
- 3. Мирошников Б.И., Королев М.П., Рассказов А.К. (1991) Патогенез, клиника и диагностика синдрома Меллори-Вейса. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 6: 7-11
- 4. Нікішаєв В.І., Бойко В.В., Головін С.Г., Задорожний О.М. (2007) Мінімальні рекомендації по ендоскопічній діагностиці та мініінвазивних втручаннях при кровотечах із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту неартеріозного генезу. Укр. ж. малоінвазивної та ендоск. хір. 11; 1: 34-35
- 5. Паньшєв Ю.М., Галлінгер Ю.І., Басова Т.І. (1985) Роль лечебной эндоскопии при синдроме Меллори-Вейса. Хирургия. 2: 66-69
- 6. Трофімов М.В. (2007) Принципи зниження та формування лікувальної тактики у хворих на синдром Меллорі-Вейсса. Автореф. дис... канд. мед. наук. (Дніпропетровськ). 20 с.
- 7. Caroli A., Follador R., Gobbi V., et al. (1989) Mallory-Weiss syndrome. Personal experience and review of the literature. Minerva Gastroenterol Dietol. 35: 7-12
- 8. Chung I.K., Kim E.J., Hwang K.Y., et al. (2002) Evaluation of endoscopic hemostasis in upper gastrointestinal bleeding related to Mallory-Weiss syndrome. Endoscopy. 34; 6: 474-479
- 9. Cooper G.S., Chak A., Way L.E., et al. (1999) Early endoscopy in upper gastrointestinal hemorrhage: associations with recurrent bleeding, surgery, and length of hospital stay. Gastrointest Endosc. 49: 145-152
- 10. Jensen D.M., Kovacs T.O.G., Machicado G.A., et al. (1992) CURE Hemostasis Research Unit. Prospective study of the stigmata of hemorrhage and endoscopic or medical treatment for bleeding Mallory-Weiss tears [abstract]. Gastrointest. Endosc. 38: 225
- 11. Kihara S., Mizutani T., Shimizu T., Toyooka H. (1999) Bleeding from a tear in the gastric mucosa caused by transoesophageal echocardiography during cardiac surgery: effective haemostasis by endoscopic argon plasma coagulation. Br. J. Anaesth. 82; 6: 948-950
- 12. Wu C.H., Chen F.H., Lee C.S., et al. (1997) Factors affecting detection of bleeding lesions in the stomach by initial emergency endoscopy. Chang. Gung. Medical Journal. 20; 2: 79-85

ХРОМОЭНДОСКОПИЯ ПИЩЕВОДА С "КОНГО КРАСНЫМ" В ДИАГНОСТИКЕ НЕЭРОЗИВНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГИАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Музыка С.В.
"ЛИССОД", Киев, Украина

Chromoendoscopy of Esophagus with "Congo Red" in the Detection of Nonerosive Gastroesophageal Reflux Disease

S.V. Mouzyka
"LISSOD", Kiev, Ukraine

Summary

Congo red is a pH indicator that changes from red to black in acidic conditions. The aim of prospective study was to evaluate the use of chromoendoscopy with Congo red in the detection of nonerosive gastroesophageal reflux disease. In the study were participated total 65 patients: without reflux symptoms and without esophageal mucosal injury on endoscopy (group A — 25 patients), with reflux symptoms, but without esophageal mucosal injury on endoscopy (group B — 25), with reflux symptoms and erosive reflux esophagitis (group C — 15). The color shift of Congo red was classified into 4 types. A significant positive correlation (Pearson coefficient 0,74, p<0,001) was found between type of color shift and frequency of reflux symptoms.

Key words: GERD, chromoendoscopy, Congo red.

Введение

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является одним из самых распространенных заболеваний пищеварительного тракта. ГЭРБ ухудшает качество жизни и способствует развитию аденокарциномы пищевода [1]. Наличие эрозивного эзофагита является высоко специфичным признаком в диагностике ГЭРБ. Однако в трети случаев эндоскопическая картина может быть нормальной. Исследование, проведенное Nandurkar с соавторами [2], показало малую эффективность биопсии слизистой в диагностике неэрозивной ГЭРБ с чувствительностью и специфичностью на уровне 30% и 78% соответственно. Конго красный является реактивным красителем, рН-индикатором, который при контакте с кислотой изменяет свой цвет с красного на темно синий или черный. Был впервые применен Okuda S. с соавторами еще в 1966 году [3]. Самостоятельно используется для определения кислотопродуцирующих зон желудка и выявления больных атрофическим фундальным гастритом. Возможно, конго красный может быть использован во время эзофагоскопии для диагностики неэрозивной ГЭРБ, однако в литературе нет исследований, изучающих эффективность хромоэндоскопии пищевода с конго красным.

Материалы и методы

В проспективное исследование включили 65 пациентов. По результатам опроса и рутинной эзофагоскопии пациенты были разделены на три группы. В группу А (25 человек) вошли пациенты, которые не имели симптомов гастроэзофагеального рефлюкса и эрозивного эзофагита. В группу В (25 человек) вошли пациенты с симптомами гастроэзофагеального рефлюкса, но без признаков эрозивного эзофагита. В группу С (15 человек) вошли пациенты с симптомами рефлюкса и эрозивным эзофагитом разной степени выраженности. Все группы были равнозначны по полу, возрасту и сопутствующей патологии.

гии. Из исследования были исключены: пациенты, принимающие антациды, Н2 — блокаторы или ингибиторы протонной помпы в течение последних семи дней, а также случаи желудочно-кишечного кровотечения. Во время эзофагогастродуоденоскопии, после осмотра пищевода, на слизистую оболочку пищевода через катетер наносили 1 мл 0,3% раствора конго красного. Дистальный конец катетера располагали на 4-5 см выше пищеводно-желудочного перехода. В течение 10 секунд оценивали результаты хромооскопии.

Результаты

По результатам окрашивания все случаи разделены на 4 типа:
Тип 1 — не происходит изменения цвета красителя в течение 10 секунд.
Тип 2 — определяется рефлюкс красителя черного цвета с просвета желудка в просвет пищевода через 6-10 секунд с момента его нанесения на слизистую пищевода,
Тип 3 — рефлюкс красителя черного цвета с просвета желудка в просвет пищевода через 1-5 секунд с момента его нанесения на слизистую пищевода,
Тип 4 — изменение цвета красителя с красного на черный немедленно после нанесения его на слизистую оболочку пищевода.
В группе А мы наблюдали тип 1 (22 пациента) и тип 2 (3 случая). В группе В 14, 4 и 7 пациентов имели тип 4, 3 и 2 соответственно. Между типом изменения цвета красителя и частотой симптомов рефлюкса мы выявили положительную корреляцию (коэффициент Пирсона 0,74, p<0,001). У пациентов из группы С мы наблюдали только четвертый тип. Не было никаких осложнений хромоэндоскопии.

Выводы

Хромоэндоскопия слизистой оболочки пищевода с конго красным является простым, быстрым и недорогим методом. Полученные результаты требуют дальнейшего изучения эффективности этого метода в диагностике неэрозивной ГЭРБ.

Литература

1. Bollschweiler E., Wolfgarten E., Gutschow C., Holscher A.H. (2001) Demographic variations in the rising incidence of esophageal adenocarcinoma in white males. Cancer. 92: 549-555
2. Nandurkar S., Talley N.J., Martin C.J., et al. (2000) Esophageal histology does not provide additional useful information over clinical assessment in identifying reflux patients presenting for esophagogastrroduodenoscopy. Dig. Dis. Sci. 45: 217-224
3. Okuda S., Saegusa T., Ito T., et al. (1966) An endoscopic method to investigate the gastric acid secretion. Proceedings of the First Congress of the International Society of Endoscopy. (Tokyo). Hitachi Printing (eds). p. 221-226

25-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Мищенко Н.В., Мищенко Р.Н.*
Одесский государственный медицинский университет, Украина
Городская клиническая больница №1*, Одесса, Украина

25-year Experience of Endoscopic Removal of Foreign Bodies from Oesophagus, Stomach and Duodenum

N.V. Mishchenko, R.N. Mishchenko*
Odessa State Medical University, Ukraine
Odessa City Hospital #1*, Ukraine

Summary

Experience of endoscopic removal of 527 foreign bodies in 507 patients is described: 474 foreign bodies were removed from oesophagus, 45 ones were done from stomach, 8 ones were done from duodenum. Maximum duration of foreign bodies location in oesophagus was 9 days, in stomach it was 16 days, in duodenum it was 3 month. One foreign body was removed in 503 patients. 2 ones were done in 2 patients, 3 ones were done in 1 patient and 15 ones were done from stomach in 1 patient. Complications were not marked.

Key words: foreign bodies of oesophagus, stomach and duodenum, endoscopic removal

Введение

Инородные тела из пищевода начали извлекать более 125 лет назад, с тех пор как в клиническую практику был внедрен метод эзофагоскопии ригидным эзофагоскопом [1,3,4].

В настоящее время, по прошествии многих лет, можно подтвердить слова А.И. Савицкого (1940), утверждавшего, что извлечение инородных тел из пищевода — это та область хирургии, где с успехами эзофагоскопии не может конкурировать никакой другой метод.

Создание и внедрение эндоскопов со стекловолоконной оптикой укрепило это положение и изменило тактику оказания хирургической помощи пациентам с инородными телами верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сведя к минимуму показания к торакотомии и лапаротомии.

Материал и методы

За 25 лет в нашей клинике было извлечено 527 инородных тел у 507 больных: из пищевода — 474, желудка — 45 и двенадцатиперстной кишки — 8.
Эндоскопические манипуляции, чаще всего, выполнялись эндоскопами GIF XK — 20, GIF 2T — 10 с диаметрами тубуса соответственно 11,2 мм и 12,6 мм, диаметрами инструментальных каналов 2,0 мм и 3,7 мм / 2,8 мм.
У 493 больных инородные тела извлекались под местным обезболиванием, у 14 — под наркозом.
Инородные тела, по причине их попадания в верхние отделы желудочно-кишечного тракта, можно разделить на три группы: инородные тела, проглоченные случайно во время приёма пищи (496), инородные тела, проглоченные умышленно, под видом суицидальной попытки (27), немногочисленные инородные тела ятрогенного происхождения (4).
Продолжительность нахождения инородных тел в верхних отделах желудочно-кишечного тракта представлено в таблице 2.
Девять суток в грудном отделе пищевода находилась свинья кость неправильной формы размерами 40х18 мм.
16 суток в желудке находился черенок алюминиевой ложки.
Наиболее длительное время (3 месяца) в ДПК находилась брюшина салфетка.
Больной Б., 45 лет, поступил в хирургическое отделение в ноябре 2004 года с клинической картиной декомпенсированного стеноза привратника.
Три месяца назад больной перенес explorativную лапаротомию по поводу ножевого ранения живота. Был выписан в удовлетворительном состоянии.

Таблица 1. Характер и число инородных тел, удаленных из верхних отделов желудочно-кишечного тракта

Характер инородных тел	Число инородных тел, извлеченных из		
	пищевода	желудка	ДПК
Рыбьи кости	396	-	-
Инородные тела растительного происхождения (фруктовые косточки, лавровый лист)	42	2	1
Инородные тела животного происхождения (свинные, говяжьи кости)	34	-	-
Металлические предметы (швейные иглы, гвозди, стоматологический дрельбор, фрагменты проволоки, супинатор)	2	37	4
Медицинские ртутные термометры	-	3	-
Обломки оконного стекла	-	2	-
Салфетка брюшина хирургическая	-	-	1
Перчатка латексная хирургическая	-	-	1
Кольцо обручальное золотое	-	1	-
Всего	474	45	8

Таблица 2.

Локализация инородного тела	Продолжительность пребывания
Пищевод	20 минут — 9 суток
Желудок	24 часа — 16 суток
Двенадцатиперстная кишка	24 часа — 3 месяца

Клиническая картина пилородуоденального стеноза проявилась две недели назад, то есть через 2,5 месяца после эксплоративной лапаротомии

В день поступления под местной анестезией была выполнена эзофагогастроскопия эндоскопом GIF — XK 20, при которой обнаружена "тампонада" пилорического канала каким-то марлевым изделием, которое частично (около 3-4 см) находилось в антральном отделе желудка. Попытки захватить его и сместить безуспешны. На следующий день, под общим обезболиванием, с помощью операционного гастроскопа GIF — 2T 10, используя захваты FG-6L, FG-7L ("крокодил"), диатермические петли (SD-6L, SD-11L), из двенадцатиперстной кишки была извлечена брюшина хирургическая салфетка размерами 38×20 см (8 слоев марли, прошитая по периметру толстой ниткой).

Мы полагаем, что салфетка попала в полость желудка ятрогенно, при тампонировании анестезиологом ротоглотки.

Размеры извлеченных нами инородных тел варьировали — от рыбьих, свиных, говяжьих костей длиной 35-40 мм, металлических предметов — 2-20 см до самого крупного инородного тела (хирургическая брюшина салфетка) — 38 см.

У 503 пациентов было извлечено по одному инородному телу, у двух — по два (два ртутных медицинских термометра, один ртутный медицинский термометр и обломок супинатора), у одного — три изогнутых гвоздя.

Максимальное число извлеченных инородных тел у одного больного — 15 (13 деформированных фрагментов проволоки диаметром 2 мм, длиной 2-5 см и два обломка оконного стекла неправильной формы, толщиной 3 мм и длиной до 45 мм).

Обсуждение результатов

Анализируя результаты нашего исследования, следует признать, что в основном инородные тела попадают в верхние отделы желудочно-кишечного тракта случайно. Мы не в состоянии провести сравнение данной патологии с лицами, пребывающими в условиях пенитенциарной системы из-за недостаточного опыта.

КОНТАМІНАЦІЯ HELICOBACTER PYLORI ЯК ФАКТОР ПЕРЕДРАКОВИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ШЛУНКУ

Рижковский В.О., Герасимчук С.В.

Львівський національний медичний університет ім. Д.Галицького, Україна
Рівненський клінічний обласний лікувально-діагностичний центр ім. В.М. Поліщука, Україна

Contamination Helicobacter Pylori as Factor of Precancer Changes of Stomach Mucosus

V.O. Rizkovskiy, S.V. Gerasimchuk

National Medical University, Lviv, Ukraine
Clinical Regional Medical Center, Rivne, Ukraine

Summary

Data about the results of exposure of Helicobacter pylori and precancer changes of stomach mucosus at 52 gastroenterological patients are shown at the article. Helicobacter pylori presence is set at 34 (65.4%), intestinal metaplasia at 7 (13.5%), dysplasia at 2 (3.8%) inspected. From all patients with Helicobacter pylori contamination, only at 12.5% Helicobacter pylori united with intestinal metaplasia and in one case from the two — with dysplasia, that indicates about absence of clear accordance between Helicobacter pylori contamination and precancer changes of stomach mucosus at the moment of inspection. At the same time it is recommended to the patients in the case of precancer changes of stomach mucosus with Helicobacter pylori contamination, except of dynamic endoscopic supervision with repeated chromoscopy, taking numeral biopsy on pathomorphology research, to conduct organisation of HP-urease reaction for the control of withdrawal Helicobacter pylori as the factor of carcinogenesis.

Key words: Helicobacter pylori, chromoscopy, intestinal metaplasia, dysplasia.

Вступ

Контамінація Helicobacter pylori (HP) вважається одним із безумовних факторів канцерогенезу [2,5], а хромоскопія — загальноновизнаним та розповсюдженим ендоскопічним методом виявлення передракових змін епітелію та раннього раку шлунка [4,6]. Метою роботи стало встановити відповідність між контамінацією HP та передраковими змінами епітелію шлунка у гастроентерологічних хворих для визначення тактики ендоскопічного спостереження та лікування.

Матеріали та методи

Обстежені 52 амбулаторних гастроентерологічних пацієнта віком 35-73 роки (56,2±5,6), яким виконували езофагогастродуоденоскопію (ЕГДС), хромоскопію, визначення уреазної реакції щодо наявності HP.

ЕГДС та взяття біоптатів для гістологічного дослідження проводили за допомогою відеоендоскопічної системи фірми "Fujinon" (ендоскоп "WG-88FP", процесор "EWE-W-88A") та ендоскопів фірми "Olympus".

Для хромоскопії використовували 0,5% розчин метиленового синього (5-10мл), а для піногасник перед хромоскопією — 10% розчин ацетилцистеїну (10 мл). Барвник та піногасник вприскували за допомогою шприца та катетера через біопсійний канал ендоскопа.

Постановку тесту для виявлення Helicobacter pylori у біоптаті проводили реактивом фірми "PLIVA-Lachema" (Чехія) за методикою, яка зазначена у відповідній інструкції для використання реактиву. Швидкий уреазний тест є недорогим, високоспецифічним та може виконуватись в ендоскопічному кабінеті.

Результати та їх обговорення

За даними ЕГДС ендоскопічна патологія шлунку у обстежених хворих, яким окрім огляду одночасно виконували хромоскопію та брали біоптати на гістологічне дослідження та постановку уреазної реакції була така: хронічний гастрит (гастропатія) — 48 (поверхневий — 33, атрофічний — 5, гіперпластичний — 2, рефлюкс-гастрит — 8); ерозії слизової — 18; хронічна виразка — 1, поліпи — 2. Варто зазначити, що у 29 (56%) обстежених ендоскопічна патологія шлунку поєднувалась між собою.

Збірні дані ЕГДС, результатів хромоскопії метиленовим синім слизової оболонки шлунка та виявленням HP показані у таблиці 1.

З таблиці 1 видно, що з 52 обстежених за результатами уреазної реакції HP виявили у 34 (65,4%) хворих. Хромоскопія метиленовим синім з гістологічним дослідженням біоптатів встановила кишкову метаблазію слизової у 7, дисплазію у — 2 обстежених. Необхідно зауважити, що у окремо взятого гастроентерологічного хворого кишкову метаблазію та HP одночасно виявили у 4 хворих.

Отже, з 34 (100%) гастроентерологічних хворих, у яких виявили HP, тільки у 4 (12,5%) HP поєднувалась з кишковою метаблазією слизової шлунку. При цьому два пацієнта були із хронічним атрофічним гастритом, один пацієнт із ерозіями шлунку і ще один — з хронічним поверхневим гастритом. Щодо 2-х випадків дисплазії, то за її наявності HP виявили у одному випадку. За нашими даними це вказує на відсутність чіткої відповідності між контамінацією Helicobacter pylori та передраковими змінами епітелію шлунка

Отличие "свободного" населения от лиц, пребывающих в условиях пенитенциарной системы существенно отличается по времени обращения, а вернее оказания медицинской помощи. Так, если "свободное" население обращается сразу при появлении клинических признаков, то вторые, по не зависящим от них причинам, — значительно позже [2].

Ни у одного нашего пациента, которым произведено эндоскопическое удаление инородных тел из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, не отмечено осложнений.

У одного больного нам не удалось извлечь большую персиковую косточку из желудка, из-за несоответствия её размерам розетки кардии. Инородное тело находилось в желудке 7 суток, через пилорический канал не проходило, от операции больной отказался, судьба неизвестна.

Выводы

- 1. Основным методом лечения инородных тел пищевода, желудка и ДПК является удаление их с помощью гибкого операционного эндоскопа.
- 2. Выбор анестезии зависит от характера, размера, формы и структуры инородного тела. Инородные тела ятрогенного происхождения целесообразно извлекать под общим обезболиванием.

Литература

1. Комаров Б.Д., Каншин Н.Н., Абакумов М.М. (1981) Повреждения пищевода. (Москва). "Медицина". 176 с.
2. Ларичев А.Б., Русина Н.А., Аверин А.А. (2004) Специфика хирургической помощи при инородных телах желудочно-кишечного тракта у лиц, пребывающих в условиях пенитенциарной системы. Неотложная хирургия (научный альманах). Выпуск 3. (Ярославль). "Аверс-пресс". 336 с.
3. Руководство по клинической эндоскопии (1985) (Москва). "Медицина". 544 с.
4. Савельев В.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С. (1977) Эндоскопия органов брюшной полости. (Москва). "Медицина". 247 с.

на момент обстеження.

Разом з тим, у випадку передракових змін епітелію (незалежно від наявності або відсутності HP) необхідно таких пацієнтів ставити на диспансерний облік, ендоскопічне динамічне спостереження з повторними хромоскопіями зі взяттям чисельних біоптатів на гістологічне дослідження та постановку HP-уреазної реакції, проводити їм у разі HP ерадикацію. Строки спостереження, тактичні підходи та лікування враховувати залежно від характеристик патоморфологічного дослідження та його клінічного значення [1,3], а також наявності HP, як одного з факторів канцерогенезу.

Висновки

- 1. З 34 гастроентерологічних хворих, у яких виявили Helicobacter pylori, тільки у 4 (12,5%) пацієнтів Helicobacter pylori поєднувалась з кишковою метаблазією слизової шлунку на момент обстеження.
- 2. Helicobacter pylori не завжди викликає появу передракових змін епітелію слизової оболонки шлунка, що ймовірно залежить від індивідуальних характеристик противулищного захисту пацієнта.
- 3. У випадку передракових змін епітелію слизової шлунка з Helicobacter pylori, окрім ендоскопічного динамічного спостереження з повторними хромоскопіями, взяттям чисельних біоптатів на патоморфологічне дослідження для нагляду за неоплазмією, необхідно проводити постановку уреазної реакції для контролю ерадикації Helicobacter pylori як фактору канцерогенезу.

Література

1. Ассоциация врачей-эндоскопистов Украины. (2006) Согласованная Международная (Венская) классификация эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта (по R.L. Schlemper с соавт., 2000) <http://www.endoscopy.com.ua>
2. Ассоциация врачей-эндоскопистов Украины. (2006) Классификация предраковых заболеваний желудка по степени вероятности развития рака желудка. <http://www.endoscopy.com.ua>
3. Никишаев В.И., Врублевская Е.О., Лемко И.И. (2004) Эндоскопические классификации и комментарии к ним. (Киев). "Тамма колір". 32 с.
4. Никишаев В.И., Музика С.В. (2003) Хромоскопия в эндоскопии пищеварительного тракта. Український журнал маловизуальної та ендоскопічної хірургії. Vol. 7; 3: 3-7
5. Перелерей В.Г., Ткач С.М. (2003) Современные подходы к диагностике заболеваний пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: желательная эндоскопическая тактика с точки зрения терапевта. Український журнал маловизуальної та ендоскопічної хірургії. Vol. 7; 3: 11-12
6. Поддубный Б.К., Кувшинов Ю.П., Малихова О.А., Фролова И.П. (2005) Значимость хромоскопии, эндоскографии и увеличительной эндоскопии в решении диагностических проблем предопухолевой патологии и раннего рака желудочно-кишечного тракта. <http://www.consilium-medicum.ru>

Таблиця 1. Збірні дані ЕГДС, результатів хромоскопії слизової оболонки шлунка та виявленням HP у обстежених хворих (n=52)

Обстежені гастроентерологічні хворі (n)	Кількість хворих		
	з виявленим HP (n)	з виявленою кишковою метаблазією (n)	з виявленою дисплазією (n)
Хронічний поверхневий гастрит (гастропатія) (n=33)	16	4	1
Хронічний атрофічний гастрит (n=5)	1	2	-
Хронічний гіперпластичний гастрит (гастропатія) (n=2)	1	-	-
Рефлюкс-гастрит (гастропатія) (n=8)	2	-	1
Ерозії слизової шлунку (n=18)	12	1	-
Хронічна виразкова хвороба шлунку (n=1)	1	-	-
Поліпи шлунку (n=2)	1	-	-
Всього	34	7	2

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Тамм Т.И., Крамаренко К.А., Непомнящий В.В., Захарчук А.П.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Complications after Endoscopic Papillotomy — Diagnostics and Treatment

T. I. Tamm, K. A. Kramarenko, V. V. Nepomnashchiy, A. P. Zacharchyk

Medical Academy, Kharkov, Ukraine

Summary

The results of 959 endoscopic papillotomy were analysed. Complications appired in 32 patients (3,3%), 2 of them died (0,21%). Prepose the method of operation treatment for duodenum perforations after endoscopic papillotomy.

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

Вступление

Спектр лечебных эндоскопических манипуляций на большом дуоденальном соске (БДС) и желчных протоках в настоящее время очень широк. В большинстве случаев эти вмешательства начинаются с выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), которая может быть в одних случаях основным лечебным вмешательством, в других — подготовительным этапом для проведения каких-либо лечебных или диагностических манипуляций. Именно с выполнением ЭПСТ связано подавляющее число осложнений при ретроградных эндобилиарных вмешательствах, которые могут заканчиваться фатально для больного. После ЭПСТ в 2,8 — 7,5% возникают осложнения, основными из которых являются: кровотечение из папиллотомной раны (1,8-3,5%), острый панкреатит (ОП) (2,6-5,3%), ранение задней стенки двенадцатиперстной кишки (0,5-1,5%) [1-3].

Целью нашей работы является ретроспективный анализ причин осложнений ЭПСТ и результаты их лечения.

Материалы и методы

Проанализированы отдаленные результаты выполненных ЭПСТ у 959 больных, среди которых мужчин было 309 (32%), женщин — 650 (68%); возраст больных составил от 18 до 92 лет. Для обзора БДС и выполнения ЭПСТ применяли дуоденоскопы JF — B4, JF — 1T20 фирмы "Olympus", электрохирургический блок UES "Olympus". Контроль состояния внепеченочных желчных путей и ПЖ выполняли с помощью эхокамеры ССД-630 фирмы "Aloka", конвексным датчиком с частотой 3,5 Гг. Биохимический и клинический анализы крови выполняли унифицированными методиками.

Результаты

Наиболее частым показанием к ЭПСТ являлись холедохолитиаз, который обнаружен у 637 (66,4%) больных и стеноз БДС, выявленный у 181 (18,9%) пациента. Другая патология (в виде опухолей желчных протоков и головки поджелудочной железы, синдрома Мирizzi, деформации БДС в парапапиллярном дивертикуле, хронического и острого панкреатита и др.) явилась показанием к ЭПСТ суммарно в 14,7%. Осложнения возникли у 32 (3,3%) больных. Умерло 2 (0,21%) пациента.

Кровотечение из верхнего угла ЭПСТ-раны возникло у 88 пациентов. Из них у 74 геморрагия была незначительной и прекратилась самостоятельно по завершению манипуляции. Эти случаи мы не относили к категории осложнений. У 14 (1,4%) пациентов кровотечение протекало с клиническими проявлениями в виде мелены, тахикардии, снижения артериального давления. Им была проведена своевременная общая консервативная гемостатическая терапия, которая дала позитивный результат у 13 больных. У 5 из 13 больных были дополнительно проведены эндоскопические гемостатические манипуляции, а именно: диатермокоагуляция участка, который кровоточил (5) и подслизистое введение 2-3 мл 30% раствора спирта и адреналина (2) в дополнение диатермокоагуляции. После проведения местного и общего гемостаза во всех случаях обязательно устанавливали назобилиарный дренаж (НБД), по которому вводили аминокапроновую кислоту по 30-40 мл 2 раза в сутки. Во всех случаях был достигнут стойкий гемостаз. Одна больная с профузным кровотечением из папиллотомной раны была экстренно оперирована и в дальнейшем выздоровела.

Основными причинами возникновения серьёзных кровотечений мы считаем технические ошибки при проведении ЭПСТ, а именно: неверный выбор режима тока, "быстрое" или "взрывное" рассечение БДС и особенности кровоснабжения парасосочковой области у ряда больных, которые заключались в нетипичном расположении крупных сосудов в "маргинальной" складке БДС.

Острый панкреатит возник у 15 (1,6%) больных, из них у 11 (1,2%) была отёчная форма панкреатита, и у 4 (0,5%) пациентов — деструктивная. Диагностика этого осложнения осуществлялась с помощью данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Основным клиническим критерием острого панкреатита после

ЭПСТ был выраженный болевой синдром, который возникал сразу после выполнения манипуляции или спустя 6 — 12 часов. Одновременно с возрастанием болевого синдрома, характерного для ОП, у больных появлялась тахикардия и повышение уровня амилазы крови. В момент экстренного УЗИ во всех случаях обнаружены прямые признаки ОП. Этим больным была назначена консервативная терапия, включающая в себе октестатин или его аналоги, 5-фторурацил, ингибиторы протеаз, дезагреганты, антиоксиданты, спазмолитики. Выздоровление наступило у всех больных с отёчной формой панкреатита. Контроль за эффективностью проводимой терапии осуществляли по динамике местных изменений в поджелудочной железе путём ультразвукового мониторинга. Были оперированы 4 больных в сроки от 2 до 15 суток от начала заболевания, у которых прогрессировали деструктивные изменения в парапанкреатической клетчатке и самой железе. Им были выполнены поэтапные секвестрэктомии. Один больной с панкреонекрозом умер от прогрессирования забрюшинной флегмоны.

Причины возникновения острого панкреатита после ЭПСТ не до конца выяснены. Одной из причин возникновения панкреатита после ЭПСТ мы считаем резкое повышение внутрипротокового давления при введении избыточного количества рентгенконтрастного вещества в панкреатические протоки при выполнении ЭРХПГ. Второй причиной может служить "травматичная" атипичная папиллотомия, при которой после рассечения БДС может произойти травма устья вирусного протока. Такая техническая ошибка возникает, как правило, при неудачных канюляциях неувеличенной папиллы и попытках выполнить её рассечение атипично. Нами также замечено, что острый панкреатит почти не возникал в тех случаях, когда манипуляцию удавалось завершить назобилиарным или назопанкреатическим дренированием и когда ретроградное эндобилиарное вмешательство производилось в два или три этапа.

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

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

Во всех случаях ретродуоденальной перфорации ДПК имело место неверно выбранная протяжённость или направление разреза при ЭПСТ.

Таким образом, частота осложнений после ЭПСТ по нашим данным составила 2,8%. Кровотечение из папиллотомной раны возникло в 1,4%, острый панкреатит — в 1,6%, перфорация ДПК — в 0,3% случаев. Летальность составила 0,21%.

Выводы

1. Снижению количества осложнений после ЭПСТ способствует пунктуальное техническое выполнение папиллотомии после селективной канюляции желчных протоков. Целесообразно разделение эндоскопического вмешательства на несколько этапов в технически сложных случаях с применением назобилиарного дренирования.
2. Своевременная диагностика возникших осложнений, в том числе и повреждения стенки двенадцатиперстной кишки, позволяет адекватно выбрать лечебную тактику, а при необходимости своевременно предпринять оперативное вмешательство, позволяющее предотвратить летальный исход при осложнениях ЭПСТ.

Литература

1. Громова И.В., Кузовлев Д.Ф., Гращенко С.А. (2000) Эндоскопические диагностические и лечебные вмешательства при парапаиллярных дивертикулах. Анналы хирургической гепатологии. 5; 1: 103-113

2. Стукало А.А., Раденко Э.Э. (2000) Факторы риска осложнений рентгенэндоскопических вмешательств на дуоденопанкреатобилиарной зоне. Укр. журнал малоинвазивной и эндоскопичной хирургии. 4; 2: 54-57

3. Дзвонковский Т.М., Козань И.В., Кахно С.А., Скальский Л.В., Романишин Е.И. (2003) Причины и профилактика осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии. Практическая медицина. 1: 16-19

4. Rabenstein T., Hahn E.G. (2002) Post-ERCP Pancreatitis: New Momentum. Endoscopy. 4: 325-330

5. Rolny P., Andren-Sandberg A., Falk A. (2003) Recurrent Pancreatitis as a Late Complication of Endoscopic Sphincterotomy for Common Bile Duct Stones: Diagnosis and Therapy. Endoscopy. 4: 356-360

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ РАНЫХ ФОРМ РАКА ЖЕЛУДКА ФИБРОВЛОКОННЫМИ И ВИДЕОЭНДОСКОПАМИ

Фомин П.Д., Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Украина

Цель

Провести сравнительную характеристику эффективности диагностики ранних форм рака желудка фиброволоконными и видео эндоскопами.

Материалы и методы

Нами были сравнены результаты эндоскопического обследования амбулаторных пациентов с явлениями диспепсии проведенных в 1 группе (1545 пациентов) фиброволоконными гастроскопами "Olympus" GIF Q-10, XQ-20 с 1998 по 2002 гг., а во 2 группе (2223 пациентов) видеоэндоскопами фирм Fujinon серии 88, 200, 2200, 450 и "Olympus" серии V70 с 2002 по 2006 года. Эндоскопическое исследование выполняли по общепринятой методике. При малейшем подозрении на наличие повреждений в желудке выполняли хромооскопию с 0,5% раствором индиго кармином или с 0,5% раствором метиленового синего. Подготовку слизистой к хромооскопии проводили с применением 4% раствора бикарбоната натрия или 10% раствора ацетилцистеина в количестве 20 — 30 мл. После отмыкания слизистой пенигасителем, содержимое аспирировали и наносили краситель. После 3 — 5 минутной экспозиции проводилось отмывание слизистой от красителя большим количеством воды. После удаления воды проводился тщательный осмотр сли-

зистой с прицельным взятием биопсии.

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

Результаты и обсуждение

Ранние формы рака желудка (in situ — категория 4.2 по согласованной Международной классификации эпителиальных неоплазий пищеварительного тракта) были выявлены в первой группе у 4 (0,26%), а во второй у 33 (1,48%) пациентов, что достоверно ($p<0,001$, $\chi^2=15,37$) было существенно чаще во 2 группе, чем в 1 группе. Такая разница в выявлении ранних форм рака желудка может быть объяснена только применением новых аппаратов (видеоэндоскопов) с высокой разрешающей способностью позволяющих визуализировать даже незначительные повреждения и прицельно брать биопсию.

Выводы

Для качественного обследования желудочно-кишечного тракта и более ранней диагностики злокачественных образований исследования необходимо проводить видеоэндоскопами и в подозрительных случаях дополнять исследование хромооскопией.

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

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

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

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

Редакція приймає статті на українській, російській та англійській мовах.

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

1. Рукопис повинен бути надрукований Times New Roman, 12, через 2 інтервали на аркуші форматом А4 (21 і 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 українській (або російській) мові та 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 виконувалась 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.

Якщо методи будуть вже десь чітко описані, бажано дати тільки найкоротший опис і посилатися на публікацію, в якій є повний опис даного методу.

7. **Результати** повинні бути викладені чітко та стисло. Таблиці та графіки бажані в тому випадку, якщо вони скорочують текст і збагачують зміст.
8. В **обговоренні** основні результати повинні бути порівняні з результатами, які є в літературі. Їхнє значення в практичній хірургічній роботі рекомендується виділити.
9. **Список літератури** (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) Ventriculography 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.
 - 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 внутримозговых 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 внутримозговых 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 налягатися окремо у вигляді зображень для сканування (див. п. 12) або у окремих файлах на будь-якому носії, в форматі TIFF або JPEG (maximum quality) з розподільною здатністю 300 dpi, та розміром не меншим за розмір репродукціювання. Категорично не допускається надання зображень імпортованих у програму Win Word.

11. **Карти (схеми) і графіки** повинні бути розбірливими.

12. **Фотографії** повинні бути глянцевиими, чітко зфокусованими та контрастними. Рентгенівські відображення бажані. Галузі, які вважаються найбільш важливими, можуть бути відокремлені прозорим покриттям так, щоб вони викликали особливу увагу.

Фотографії бажано надсилати в 2 екземплярах. Автор повинен гарантувати, що репродукції ілюстрацій, на яких пацієнт може бути впізнаний, повинні бути або схвалені ним самим, або його (її) офіційним представником.

13. 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.

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

Редакція

"Українського журналу малоінвазивної та ендоскопічної хірургії"
Клініка нейрохірургії та неврології

Головного військового клінічного госпіталю
вул. Госпітальна, 18, Київ, 01133, Україна
Тел.: (044) 521-82-87; факс (044) 522-83-79