

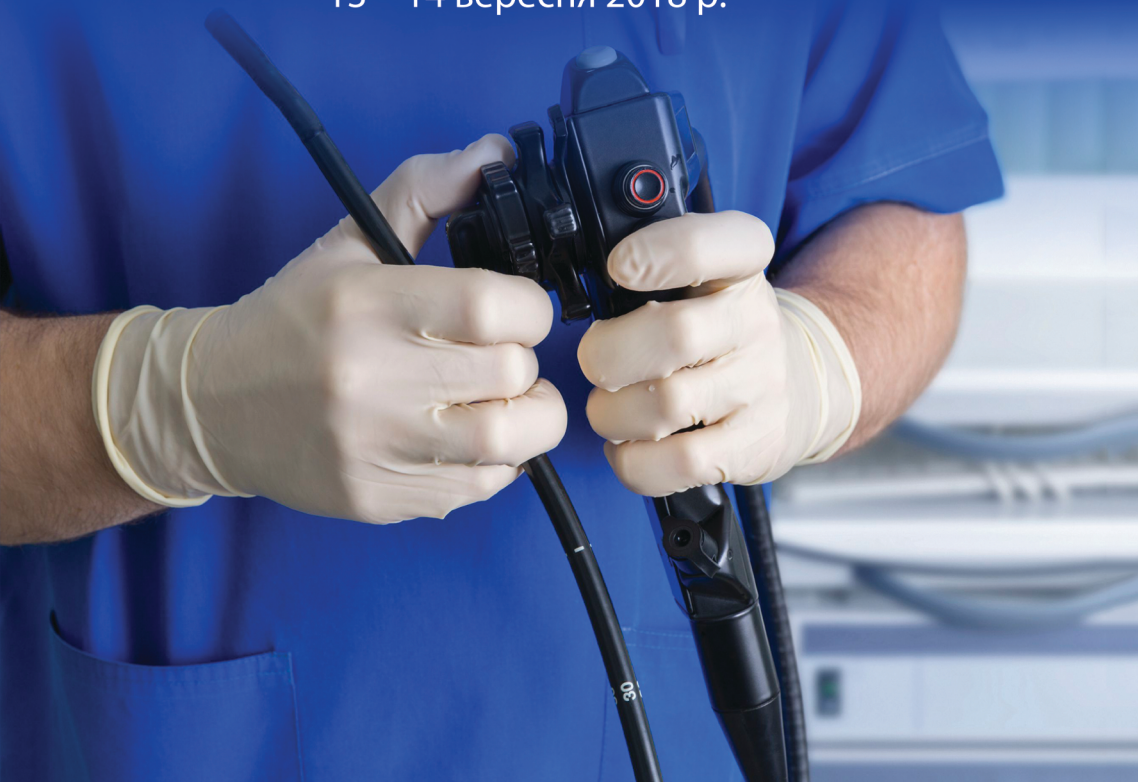


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ГО «ВСЬУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ЕНДОСКОПІСТІВ»

X симпозиум

«Сучасна діагностична та лікувальна ендоскопія»

Курорт Коблево, Миколаївської області
13 – 14 вересня 2018 р.



Матеріали симпозиуму

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ
ЕНДОСКОПІСТІВ”**

X симпозиум

**«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА
ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»**

Курорт Коблево, Миколаївська область, Україна

13–14 вересня 2018 р.

Матеріали симпозиуму

Головний редактор: Нікішаєв В.І., д.мед.н.

Редакційна колегія: Бурий О.М., д.мед.н., Горбенко Ю.М., Герасимов Д.В., к.мед.н., Бойко В.В., к.мед.н., Бойко Л.О., к.мед.н., Врублевська О.О., Дзвонковський Т.М. к.мед.н., Савицький Я.М., к.мед.н., Тумак І.М., к.мед.н., Цаберябий О.О.

У збірці подані матеріали, присвячені одній з найважливіших проблем сучасної медицини – діагностичній та лікувальній ендоскопії. Відображені сучасні погляди на організацію ендоскопічної допомоги населенню, діагностику та лікування захворювань шлунково-кишкового тракту. Висвітлені нові методики ендохірургічних втручань у клінічній практиці.

Рекомендовано для ендоскопістів, гастроентерологів, хірургів, онкологів.

ПІННА ІНТРАВАЗАЛЬНА СКЛЕРОТЕРАПІЯ ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА У ХВОРИХ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ (П'ЯТИРІЧНИЙ ДОСВІД)

Бойко В.В., Грома В.Г., Саріан І.В., Грома Є.В.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України», Харківський національний медичний університет

Вступ. Варикозне розширення вен (ВРВ) стравоходу і шлунка є найбільш небезпечним ускладненням портальної гіпертензії, що призводить до високої летальності. До сих пір спірними і суперечливими залишаються питання діагностики та вибору лікувальної тактики у даної категорії хворих.

Мета роботи: встановити ефективність пінної склеротерапії у хворих з варикозно-розширеними венами стравоходу та шлунка.

Матеріали і методи. Обстеженню підлягли 94 хворих (39 жінок і 55 чоловіків), що знаходилися на лікуванні в ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України» за останні 5 років. Контингент госпіталізованих хворих був представлений у віці від 18 до 73 років, більшість з яких (94,68 %) була в працездатному віці. Усі хворі були госпіталізовані в клініку Інституту з ознаками портальної гіпертензії та наявністю варикозно-розширених вен II–III ступеня на тлі цирозу печінки. Більшість пацієнтів первинно надійшли до Інституту в ургентному порядку з приводу кровотечі з ВРВ (71), 14 – були переведені з інших лікувальних установ після зупинки кровотечі та відносної стабілізації стану, 9 з яких – з встановленим зондом Блекмора. Інші надійшли в плановому порядку в терміни від 3 тижнів до 2 місяців з моменту гострої кровотечі. З останньої групи 2 пацієнти були госпіталізовані як підготовчий етап до трансплантації печінки за кордоном. Усім хворим виконано пінну інтравазальну склеротерапію. У 32 хворих у різних варіаціях було проведено комбіноване лікування, що включало, як рентгенхірургічні малоінвазивні (28 хворих), так і попередні відкриті оперативні втручання (4 хворих). Склеротерапія проведена в 117 випадках розчином натрію тетрадецилсульфату, та в 57 – розчином лауромакроголу. Розподіл хворих згідно кількості сеансів, що знадобилися для повної облітерації варикозно-розширених вен, був наступним: 1 сеанс – 37 хворих, 2 сеанси – 35,3 сеанси – 14, 4 сеанси – 6,6 сеансів – 1. Склеротерапія вен стравоходу проведена 87 пацієнтам, вен шлунка – 3 і 4 хворим були склерозовані вени як стравоходу, так і шлунка. Трьом хворим перший сеанс склеротерапії за життєвими обґрунтуваннями був проведений виїзною бригадою за межами Інституту. Переважна більшість сеансів склеротерапії (167) була проведена в денний (робочий) час за умови повної або майже повної укомплектованості бригади. Під час

проведення втручання перевагу віддавали седації пропофолом, в 6 випадках седація була проведена іншими препаратами, в 12 – без седації.

Результати. У всіх випадках вдалося ефективно провести сеанси пінної склеротерапії. В ранньому післяопераційному періоді на 5 добу помер 1 хворий від прогресування поліорганної недостатності. В строки від 0,5 до 5 років від останнього сеансу склеротерапії померло 14 хворих, в тому числі – від хвороб не пов'язаних з основним захворюванням, – 6, інші – від прогресування поліорганної недостатності на тлі гепатиту С і В та карциноми печінки.

Висновки. 1. Пінна склеротерапія є високоефективним методом облітерації варикозно-розширених вен. 2. Пінна склеротерапія є високотехнологічним ендоскопічним методом та повинна проводитися підготовленими ендоскопічними бригадами в спеціалізованих хірургічних закладах з наявністю відділення з лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами. 3. Пінна склеротерапія варикозно-розширених вен стравоходу, проведена в проксимальному напрямку, починаючи з області стравохідно-шлункового переходу, дозволяє запобігти виникненню варикозного розширення вен шлунка. 4. Пінна склеротерапія варикозно-розширених вен шлунка – технічно складне оперативне втручання, але може використовуватись навіть в ургентних випадках як високоефективний ендоскопічний метод зупинки кровотечі.

СИНДРОМ БУРХАВЕ. НОВІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ

Бойко В.В., Грома В.Г., Євтушенко Д.О., Грома Є.В.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України», Харківський національний медичний університет

Вступ. Синдром Бурхаве («банкетний стравохід», барогенний розрив стравоходу та ін.) – спонтанний розрив усіх шарів стінки стравоходу. У 1724 році Н. Voerhaave вперше описав це захворювання, у 1858 році V. Myers поставив діагноз прижиттєво. На кінець ХХ сторіччя у світовій літературі нараховувалося трохи більше 300 повідомлень про це захворювання. Завдяки казуїстичності патології, незначною обізнаністю лікарів та різноманітності клінічних проявів в більшості випадків донині діагноз встановлюється лише посмертно. Класична картина синдрому Бурхаве характеризується тріадою Маклера: блювота з'їденою їжею, підшкірна емфізема, сильний ріжучий біль в грудній клітці. При своєчасній діагностиці можливе формування

стравохідно-плевральної норичі, що потребує в майбутньому висічення з екстирпацією стравоходу.

Мета роботи: покращення результатів лікування хворих з синдромом Бурхаве, шляхом раннього застосування малоінвазивних ендоскопічних технологій.

Матеріали і методи. Обстеженню підлягли 16 хворих з синдромом Бурхаве, що були госпіталізовані в ДУ «ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМНУ». Більшість хворих (11) були переведені в Інститут з інших лікувальних закладів з клінікою емпієми плеври в строки від 3 діб з моменту первинного звернення та наявністю в 9 з них плеврального дренажу. Інші хворі госпіталізовані первинно в клініку Інститута в строки до 1 доби з моменту захворювання. Діагностичний алгоритм передбачав, окрім загального клініко-лабораторного та інструментального дослідження, наступні дії: 1) пероральний прийом водорозчинної контрастної речовина з рентгеноскопією та прицільною рентгенографією, 2) пероральний прийом розчину барвника з контролем його надходження в плевральний дренаж або ж в плевральний ексудат, отриманий при плевральній пункції, 3) при позитивному результаті – комп'ютерна або ж магнітно-резонансна томографія, 4) відеоезофагогастроскопія апаратами з HDTV.

Результати. Ендоскопічне стентування з дреноуючими операціями та «низьким» заведенням за допомогою ентероскопа в проксимальні відділи порожньої кишки трансназального ентерального зонда проведено 10 хворим, у 8 з яких воно виявилось ефективним. При неповній герметичності стенту для профілактики рефлюксу шлункового вмісту використана методика тампонування стента зондом Блекмора на термін до 5 діб. Субтотальне «відходження» проксимального краю стента від стравоходу – в одного, та прогресування тотального медіастиніту – в іншого пацієнта змусили удатися до хірургічних екстримальних дій. Раннє первинне ушивання дефекту стравоходу з зондовим харчуванням не мало ефекту в жодному з 3 випадків, в свою чергу раннє дреноування з зондовим харчуванням призвело до одужання одного з 2 хворих. Одному хворому – первинно, та 4 хворим – у післяопераційному періоді, у зв'язку з прогресуванням гнійно-запальних процесів, проведена екстирпація стравоходу з гастростомією. Післяопераційна летальність склала 18,75%. Післяопераційний ліжко-день у стентованих хворих був втричі меншим за інших хворих. Всі стенти без ускладнень були видалені ендоскопічно в терміни від 4 до 6 місяців.

Висновки. 1. Діагностичний алгоритм синдрому Бурхаве повинен передбачати такі етапи: рентгенконтрастне дослідження, КТ чи МРТ, відеоендоскопію апаратами експертного класу. 2. Лікувальний алгоритм повинен передбачати якомога раннє стентування зони розриву покритим

нітіноловим стентом, дренажування плевральної порожнини (за необхідності – середостіння та інших ділянок), зондове ентєральне харчування. 3. Операцією «відчаю» при синдромі Бурхаве є екстирпація стравоходу з гастростомією.

ЕНДОСКОПІЧНА УЛЬТРАСОНОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ КІСТОЗНОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ДИСТРОФІЇ

Бурий О.М., Терешкевич І.С., Щєрбина С.І.

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Вступ. Дуоденальна дистрофія (ДД) – хронічне запалення тканини підшлункової залози (ПЗ), що ектопована в стінку дванадцятипалої кишки (ДПК). Це визначення було вперше використано французькими авторами Potet F., Duclert N., 1970., в англomовній літературі нерідко використовується термін «groove pancreatitis». ДД частіше зустрічається в молодому віці, проявляючись фіброзним потовщенням стінки ДПК і утворенням кіст в її м'язовому і (або) підслизовому шарах. Захворювання може бути самостійним або супроводжуватися обструктивним панкреатитом в ортотопічній залозі. Значно полегшує діагностику ДД ендоскопічна ультрасонографія (ЕУС). Лікувальна тактика далека від вирішення і коливається від консервативного лікування і ендоскопічних втручань до панкреатодуоденальної резекції.

Мета роботи. Оцінити можливості ендосонографії в діагностиці та лікуванні кістозної дуоденальної дистрофії.

Матеріали та методи. В Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України на обстеженні та лікуванні знаходились 42 хворих з ДД з 2012 по 2018 рр. Чоловіків було 38, жінок 4. Середній вік пацієнтів склав 32±2,35 роки. Всім пацієнтам проведено доопераційне обстеження: лабораторні аналізи, УЗД, МРТ і КТ органів черевної порожнини, дуоденографію, ЕУС. Використовували наступне ендоскопічне обладнання: еховідеоендоскоп Olympus UCT-140, ультразвуковий центр Olympus EU-M1, пункційні голки Boston Scientific і Cook 19G, цистотом G-Flex, пластикові стенти типу «свинячий хвіст» 8,5–10F.

Результати. Диференційний діагноз при даній патології проводили з пухлинами, запальними захворюваннями і вродженими аномаліями ДПК та ПЗ. Найчастішими клінічними ознаками ускладнень ДД були: біль в животі, нудота, блювання, мелена, анемія і втрата ваги. Ендоскопічно з боку ДПК відзначалось стенозування просвіту верхньої третини низхідної частини ДПК, часто з виразкою чи ерозіями слизової, що клінічно проявлялось

блюванням і кровотечами. При біопсії слизової ДПК отримували ознаки дуоденіту. Найбільш інформативною в діагностиці ДД виявилась ЕУС, яка дозволяла точно визначити рідинні утворення в стінці ДПК, а також її товщину, що впливало на вибір малоінвазивної методики. Пацієнтам проведені наступні втручання під контролем ЕУС: пункція кісти стінки ДПК – 26 хворим, ендоскопічна цистодуоденостомія без стентування (кіста стінки ДПК) – 12 хворих та ендоскопічна цистодуоденостомія зі стентуванням (кіста між стінкою ДПК і головкою підшлункової залози) – 4 хворим. Ускладнення не відмічались. В 4 випадках дане лікувало було безуспішним, їм проведено хірургічне лікування – панкреатодуоденальну резекцію.

Висновки. ЕУС є найбільш інформативною методикою діагностики ДД, яка дозволяє визначити рідинні утворення в стінці ДПК та їх розміри. Ендоскопічна цистодуоденостомія є операцією вибору при ДД, а хірургічне лікування проводиться при неефективності ендоскопічних втручань.

СТОРОННЄ ТІЛО ГОРТАНІ

Бутницький Ю.І., Буцкін В.Л., Гарасимчук Ю.М., Нецюк О.Г.

Комунальний заклад Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня”

Сторонні тіла гортані зустрічаються не дуже часто. Як показує статистика, серед всіх випадків потрапляння сторонніх тіл у верхні дихальні шляхи від 4 до 14% займають саме сторонні тіла гортані. В основному їх діагностують у дітей від 3 до 7 років та у людей похилого віку. У цій віковій групі значно знижений захисний глотковий рефлекс, тому сторонні тіла можуть легко потрапити в гортань. Завдяки нерівним краях, великому розміру і шорсткій поверхні вони в основному затримуються над голосовою щілиною і не потрапляють в розташовану нижче трахею. Це відбувається завдяки рефлекторному скороченню м'язів. Сторонні тіла гортані в деяких випадках застряють між голосовими складками і пересуваються в сагітальній простір. Один їх кінець зафіксований в передній комісурі, а інший в задній стінці. Кількість виявлених та ендоскопічно видалених сторонніх тіл з шлунково-кишкового тракту та верхніх дихальних шляхів в Тернопільській Університетській лікарні в останні роки зросло. Так, в 2015 році з приводу даної патології було проведено 37 операцій, в 2016 – 49, а за 2017 роки понад 90. Представляємо випадок видалення стороннього тіла (клиноподібної плоскої курячої кістки), розміром 3,0 × 2,5 см з голосової щілини. Чоловік, 48 р. із скаргами на утруднене дихання, кашель, які з'явилися після вживання курячого м'яса, поступив в обласну лікарню через 3 години після

потрапляння кістки в гортань. Хворий був скерований з ендоскопічного кабінету іншої лікарні нашого міста, після декількох невдалих спроб витягнути стороннє тіло. Процедура виконувалась в позаурочний час (коло 23 години), під внутрішньовенною седацією, двома кваліфікованими ендоскопістами. Перед операцією хворому проведено премедикацію. За допомогою відеогастроскопа, щипцями щурячий зуб, кістку спочатку було подано в дистальному напрямку, а потім з незначною ротацією за годинниковою стрілкою видалено. Отже, вважаємо, що вдалий для пацієнта перебіг ендоскопічного видалення вклиненого стороннього тіла в голосову щілину, відбувся завдяки: швидкій госпіталізації в спеціалізований відділ, високому рівню анестезіолога, наявності необхідних інструментів, досвіду і кваліфікації оперуючого ендоскопіста та, що немало важливо за реалій, так званої, “ургенції на дому” – в усвідомленій та активній асистенції другим лікарем-ендоскопістом.

БАРИАТРИЧНА АРТЕРІАЛЬНА ЕМБОЛІЗАЦІЯ ЯК МАЛОІНВАЗИВНИЙ МЕТОД ЗНИЖЕННЯ ВАГИ У ХВОРИХ НА МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ

Власенко О.А.

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Вступ. Ожиріння-хронічне мультифакторне, генетично детерміноване, небезпечне для життя захворювання, в основі якого полягає надмірне накопичення підшкірного і вісцерального жиру, що призводить до важких медичних, соціальних і психологічних наслідків. Кількість людей, які страждають ожирінням збільшується на 10% кожні 10 років. В Україні 26% відсотків жінок і 16% страждають від надмірної ваги.

Матеріали та методи. Ми маємо досвід проведення бариатричної артеріальної емболізації (БАЕ) у одного пацієнта 43 років з тривалістю спостереження 5 місяців. Діагноз при госпіталізації: Морбідне ожиріння. ІМТ 46 (вага 155,7 кг). Цукровий діабет II типу. Гіпертонічна хвороба II ст. (Гіпертрофія ЛШ), 3 ст. ризик. Дисліпідемія. Синдром обструктивного апное. Хронічний бронхіт курця. 19.12.17 під місцевою анестезією доступом через праву загальну стегнову артерію виконана суперселективна катетеризації лівої шлункової артерії (ЛША) гідрофільним катетером 4F з подальшою емболізацією несферичними частинками PVA 500 мкм до виникнення стазу контрастної речовини в проксимальної частини артерії. Місце пункції стегнової артерії ушито за допомогою пристрою «Angioseal».

Тривалість операції 90 хвилин, променевий час 29,6 хвилин. Кількість використаної контрастної речовини 300 мл. До кінця операції пацієнт відзначив появу відчуття тяжкості в епігастральній ділянці. Через 2 години скарги на нудоту, які були куповані одноразовим введенням 8 мг ондансетрону. З метою профілактики розвитку контрастіндукованої нефропатії пацієнтові проводилася інфузійна терапія, для профілактики виразкоутворення на тлі ішемії дна шлунка – внутрішньовенне введення контролоку в максимальних дозуваннях з подальшим переведенням на пероральний прийом. Пацієнт був виписаний на першу добу в задовільному стані. Упродовж тижня зберігалися скарги на ниючі болі в епігастрії, нудоту, при цьому відзначено значне зниження апетиту. На 3 добу після БАЕ виконана гастроскопія, за даними якої діагностовано 3 виразки дна шлунку до 15 мм, покриті фібрином. Пацієнту призначено контролок, де-нол, фосфалюгель. На контрольній гастроскопії через 6 тижнів виразок немає, явища поверхневого гастродуоденіту.

Результати і обговорення. Втрата ваги за перший склала тиждень 10,3 кг, або 12,9% втрати від надлишкової маси тіла (ВНМТ). Скарги через 2 тижні повністю були відсутні, апетит значно знизився, покращився сон і збільшилася рухова активність. Зниження маси через 1 місяць – 14,1 кг (17,6% ВНМТ), через 2 місяці – 17,5 кг (21,9% ВНМТ), через 3 місяці – 20 кг (25% ВНМТ), через 4 місяці – 21,8 кг (27,3% ВНМТ), через 5 місяців – 22,8 кг (28,5% ВНМТ). За час спостереження у хворого нормалізувались показники глюкози крові з 8,1–9,2 ммоль/л до 5,8 ммоль/л, глікованого гемоглобіну та рівню інсуліну. Підвищився рівень тестостерону.

Висновки. БАЕ може бути малоінвазивною альтернативою відкритим методам баріатричних хірургічних втручань, але потребує подальшого вивчення віддалених результатів.

ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ТРАНСПАПІЛЯРНИХ ВТРУЧАНЬ НА ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХАХ

Вовк В.А., Бойко Л.О., Шадрін О.В., Вовк А.В.

КЗОЗ «Обласна клінічна лікарня – центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків, Україна.

Вступ. Ендоскопічні транспапілярні втручання на біліарних протоках останнім часом займають провідне місце при усуненні непрохідності жовчовивідних шляхів, лікуванні механічної жовтяниці та холангіту різноманітної етіології. Завдяки впровадженню вказаних мініінвазивних

технологій значно зменшилась летальність та кількість ускладнень при ураженнях біліарної системи. Практика застосування ендоскопічних папілотомій, літотріпсій, літоекстракцій, стентувань та назобіліарного дренивання показала, що при цих втручання іноді виникають патологічні стани, що потребують цільової корекції.

Мета роботи. Аналіз ускладнень після ендоскопічних транспапілярних втручань на біліарній системі при механічній жовтяниці та холангіті для розробки і удосконалення в подальшому методів профілактики та лікування цих ускладнень.

Матеріали та методи. В представленому дослідженні показані ускладнення після 200 транспапілярних втручань, проведених у період 2016–2017 років: гострий панкреатит та кровотеча із папілотомної рани.

Результати. Гострий панкреатит після транспапілярних втручань на біліарних протоках виник у 9 пацієнтів (4,5%). При гострому панкреатиті в 6 випадках проведене успішне консервативне лікування, а 3 хворим проведене додаткове лапароскопічне дренивання чепцевої сумки, черевної порожнини та парапанкреатичного простору. Кровотеча з папілотомної рани була у 13 хворих (6,5%). В 7 випадках кровотеча зупинена консервативними заходами, а в 2 випадках – за допомогою повторної ендоскопічної коагуляції. Транзиторна гіперамілаземія після проведення ендоскопічних втручань на великому сосочку дванадцятипалої кишки та загальній жовчній протоці виникла у 51 хворого (25,5%), але це «ухилення» амілази крові без інших клініко-інструментальних проявів гострого панкреатиту не враховано як ускладнення та не потребувало спеціальних додаткових заходів.

Заключення. Лікування ускладнень після ендоскопічних втручань на великому сосочку дванадцятипалої кишки та жовчовивідних шляхах в переважній більшості можливе застосуванням консервативних заходів. В той же час, ведення хворих після цих втручань потребує постійного клініко-інструментального контролю для проведення своєчасних додаткових спеціальних заходів ендоскопічної та хірургічної корекції.

РАБОТА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОБЛАСТНОГО ЦЕНТРА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ.

Ганжий В.В.¹, Новохатний П.В.²

¹Запорожский государственный медицинский университет. ² КУ «ГКБЭ и СМП », г. Запорожье, Украина

Введение. По данным различных авторов частота кровотечений из верхних (до связки Трейца) отделов ЖКТ колеблется от 50 до 300 на 100 000 взрослых в год, кровотечений из толстой кишки – 20–30/100 000. Кровотечения из тонкой (за связкой Трейца) кишки составляют 5–10 %. Риск кровотечения возрастает с возрастом; чаще встречается у мужчин. Отечественные рекомендации настаивают на проведении urgentной гастроскопии всем пациентам с ОЖКК. В то же время, по данным Британской Ассоциации Гастроэнтерологов в 2013 году эту процедуру при данной патологии провели 56% госпиталей.

Цель работы осветить оснащение и работу эндоскопической службы Запорожского областного центра желудочно-кишечных кровотечений.

Материалы и методы. С 2013 по 2017 год включительно нами проведено 3174 urgentных эзофагогастродуоденоскопии по поводу ЖКК. Все в течении 2 часов с момента поступления в стационар. Фиброгастроскопия – у 3104 (97,8 %), видеогастроскопия – у 70 (2,2 %). Пользовались гастродуоденоскопами Olympus GIF Q20, Olympus GIF E3 с источниками холодного свечения Olympus CLE-10, Olympus CLK-4, гастровидеоскопом Olympus GIF-Q150 с видеосцентром Olympus CV-150. Проведено 76 исследований толстой кишки по поводу кровотечения: urgentно в течении 24 часов с момента поступления – 13 (17,1 %), в отсроченном периоде (24–72 часа) – 63 (82,9 %). Применяли сигмофиброскоп Olympus CF P20S, колонофиброскоп Olympus CF 20HI. Эндоскопический гемостаз проводили при продолжающемся кровотечении и для профилактики рецидива ЖКК (Forrest IA–IIB). Выполнено 849 вмешательств: инъекционная склеротерапия – 30, монополярная электрокоагуляция – 797, обкалывание раствором адреналина 1:10000 – 13, орошение перекисью водорода – 9. Использовали электрохирургический аппарат Olympus PSD-10, Olympus PSD-20, многоразовый коагуляционный электрод Olympus CD-6C-1, одноразовую инъекционную иглу Olympus NM-400L-0421, многоразовую промывочную трубку Olympus PW-1L-1. Эндоскопический мониторинг проводили по следующему алгоритму: 1. При продолжавшемся кровотечении (Forrest IA–IIB) осмотр через 2–4 часа. 2. После профилактики рецидива – через 4–6 часов. 3. Остановившееся кровотечение (Forrest IIC–III) – через 12–24 часа.

Результаты. Кровотечение из верхних отделов ЖКТ исключено у 654 (20,6%), подтверждено у 2520 (79,4%). Продолжающееся кровотечение имело место у 175 (6,9%). Обнаружили хроническую язву желудка у 609 (24,1%), хроническую язву ДПК – 1156 (45,9%), острую гастродуоденальную язву – 20 (0,8%), эрозивную гастродуоденопатию – 5 (0,3%), синдром Меллори-Вейсса – 282 (11,3%), варикозное расширение вен пищевода – 334 (13,2%), злокачественные новообразования желудка – 98 (3,8%), доброкачественные новообразования желудка 16 (0,6%). Источник выявлен при повторном

осмотре у 294 (11,7%). Рецидивы кровотечения отмечены у 375 (44,2%), после монополярной электрокоагуляции у 369 (43,5%) и после инъекционной терапии – 6 (0,7%). Причины толстокишечного кровотечения: неспецифический язвенный колит у 1 (1,3%), дивертикулез толстой кишки – 16 (21,1%), полип толстой кишки – 7 (9,2%), рак толстой кишки – 24 (31,6%), патологии не выявлено у 13 (17,1%). Неудовлетворительная подготовка была у 15 (19,7%).

Выводы. 1) ургентное эндоскопическое исследование позволяет выяснить этиологию кровотечения из верхних отделов ЖКТ в 88,3%; 2) эндоскопический гемостаз был эффективен у 55,8%; 3) основной задачей эндоскопии является определение тактики лечения (консервативно или оперативно).

РОЛЬ І МІСЦЕ ЕНДОСКОПІЇ В ЛІКУВАННІ ТРИВАЮЧИХ КРОВОТЕЧ З ВАРИКОЗНО-РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

Грома В.Г., Саріан І.В., Моїсеєнко А.С., Грома Є.В.

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України», Харківський національний медичний університет

Вступ. Триваюча кровотеча з варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка є одним з найбільш прогностично несприятливих станів в ургентній хірургії. Різноманіття запропонованих методів лікування даного ускладнення (консервативні, ендоскопічні, ендоваскулярні, хірургічні) свідчить про складність проблеми та незадоволеність лікарів результатами їх застосування. Впровадження в медичну практику «Удосконалених алгоритмів діагностики та лікування гострої шлунково-кишкової кровотечі» дозволило стандартизувати підходи в лікуванні хворих цієї категорії. Однак, і на сьогодні летальність від першого епізоду кровотечі у хворих з цирозом печінки (ЦП) перевищує 50%. У 30% хворих, що вижили, повторна кровотеча виникає протягом 6 тижнів, у 70% пацієнтів – протягом одного року.

Мета роботи: підвищення ефективності лікування хворих з гострими кровотечами з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунка.

Матеріали і методи. Обстеженню підлягли 117 хворих з триваючою гострою кровотечею з ВРВ стравоходу і шлунка. Дані категорія пацієнтів склала 15,85 % від загальної кількості госпіталізованих з приводу гострої кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу та шлунка за період з 2012 р. по 2018

р. З них факт триваючої кровотечі виявлений ендоскопічно на момент госпіталізації у 86. У інших 12 хворих виник рецидив кровотечі під час видалення зонда Блекмора, у 19 – при проведенні консервативного лікування. Слід зазначити, що останню групу, в основному, склали хворі з алкогольним цирозом печінки, а рецидив кровотечі виник на тлі абстинентного синдрому на 3 – 4 добу від моменту госпіталізації. Основними етіологічними факторами портальної гіпертензії були: алкогольний цироз печінки – 24 випадки, тромбоз чи склероз ворітної вени – 6, карцинома печінки – 4, синдром Бадда-Кіарі – 3, цироз печінки невстановленої етіології – 3; однак значно більшу частину склали хворі з цирозом печінки на тлі перенесених вірусних гепатитів. В процесі дослідження використовували відеоендоскопічні комплекси фірм «Olympus» (Evis Exera II) та Fujinon (WG-88), рентгенологічні установки Siemens AXIOM Iconos R 100, MULTIX Compact K, ангиографічний апарат «Tridoros-optimatic – 1000» фірми «Siemens», допоміжну апаратуру, зокрема ендоскопічні помпи, відсмоктувачі та ін. Також були використані ендоскопічні інструменти фірм «Olympus», Boston Scientific, Endo-flex: одноразові ендоскопічні голки, дистальні ковпачки, лігатори, кліпатори, спрей-катетери та ін.

Результати. З метою зупинки гострої кровотечі, в 9 випадках було використано лігування, а в 11 – кліпування кровоточивих вариксів, у 5 – інтравазальна склеротерапія нативним розчином, у 27 – пінна інтравазальна склеротерапія. У 2 хворих було використано комбіноване втручання – склеротерапія з наступним лігуванням варикса в точці пункції, у 4 – кліпування в двох точках з наступною склеротерапією. В інших випадках було використано обтурацію страходу зондом Блекмора. Окремо слід зазначити, що при пінній склеротерапії вариксів діаметром більше 10 мм, навіть при досягненні стійкого локального гемостазу, первинне втручання доповнювали встановленням зонда Блекмора на декілька годин задля підвищення його ефективності. З групи хворих з первинно встановленим зондом Блекмора неефективною маніпуляція виявилась в 9 випадках. Двом хворим після комплектації ендоскопічної бригади була проведена ургентна пінна склеротерапія, однак вони загинули в ранньому періоді від поліорганної недостатності без проявів кровотечі. Рецидив кровотечі виник у 2 хворих після склеротерапії, у 2 – після лігування, у 16 – при видаленні зонда Блекмора. У 8 випадках проведена пінна склеротерапія, в інших – повторне встановлення зонда Блекмора.

Висновки. 1. Встановлення зонда Блекмора при триваючій кровотечі з ВРВ страходу та кардіального відділу шлунка є найбільш простим і ефективним методом зупинки кровотечі, та має бути базовим у разі відсутності можливості проведення ендоскопічного малоінвазивного втручання. 2. Спеціалізовані клініки з відділеннями з лікування гострих шлунково-

кишковых кровотеч повинні бути укомплектовані цілодобовочергуючою ургентною ендоскопічною бригадою.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ РАННИХ И ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АРТИФИЦИАЛЬНЫМ ЖЕЛУДКОМ

Грома В.Г., Евтушенко Д.А., Моисенко А.С., Вдовченко А.Е., Грома Е.В.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины», Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Идея создания искусственного желудка давно витает в головах ученых всего мира. В 2006 г. британские ученые впервые представили прототип механического желудка, однако гигантские размеры не позволили использовать его по прямому назначению. В середине 2017 г. в открытой печати появились сообщения о создании искусственного желудка на основе специальной ткани, способной производить соляную кислоту. Таким образом, ученым удалось воспроизвести в условиях лаборатории процесс пищеварения в человеческом организме. В государственном учреждении «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева Национальной академии медицинских наук Украины» более 5 лет у больных с местно распространенным раком желудка успешно выполняются оперативные вмешательства по созданию искусственного желудка из илеоцекального сегмента кишечника. Крайняя тяжесть первичного заболевания и значительный объем оперативного вмешательства нередко могут приводить к угрожающим жизни осложнениям раннего и позднего послеоперационного периода.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с илеоцекальной гастропластикой, путем раннего применения малоинвазивных эндоскопических технологий.

Материалы и методы. Под наблюдением в ГУ «Институт общей и неотложной хирургии имени В.Т. Зайцева НАМН Украины» находилось 2 больных с осложнениями раннего послеоперационного периода в виде несостоятельности пищеводно-тонкокишечного анастомоза и толстокишечно-дуоденального (по 1 случаю). Осложнения позднего периода были представлены 5 наблюдениями. В 4 случаях были выявлена рубцовая стриктура дистального (2) и проксимального (2) анастомозов, осложнившаяся у одного больного вклиниванием инородного тела (куска мяса).

Еще одно наблюдение было представлено вклиниением инородного тела (апельсин) в зоне неизмененного пищеводно-тонкокишечного анастомоза.

Результаты. В обоих случаях несостоятельность анастомоза была диагностирована в первые сутки возникновения. В тот же день urgently были произведены стентирования зон несостоятельности: в области проксимального анастомоза пищеводным полностью покрытым стентом, в области дистального – частично покрытым дуоденальным стентом на тонкой доставке. В обоих случаях полная обтурация дефектов достигнута на 2 и 4 сутки соответственно. После удаления дренажа из плевральной полости (на 5 сутки) и улавливающего дренажа из брюшной полости (на 6 сутки) больные выписаны. Инородные тела были эндоскопически частично фрагментированы и извлечены. Рубцовые стриктуры были разрешены путем этапных балонных дилатаций. Заключение. Видеоэндоскопия аппаратами с высокой разрешающей способностью является методом выбора в диагностике и лечении осложнений раннего и позднего послеоперационного периодов у больных с илеоцекальной гастропластикой, позволяющим избежать повторного травматичного вмешательства и тем самым улучшить результаты лечения данной категории больных.

ЕНДОСКОПІЧНА МЕХАНІЧНА ЛІТОТРИПСІЯ ТА БАЛОННА МАКРОДИЛЯТАЦІЯ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ В ЛІКУВАННІ СКЛАДНИХ ФОРМ ХОЛЕДОХОЛІТАЗУ

Дейниченко А.Г., Єрмак Н.А.

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

Актуальність. Ендоскопічні транспаплярні втручання на сьогоднішній день є методом вибору в лікуванні холедохолітазу. Близько 80% конкрементів жовчних шляхів підлягають ендоскопічному видаленню з застосуванням стандартних методик папілосфінктеротомії та літоекстракції. У 20% пацієнтів мають місце складні форми холедохолітазу, пов'язані як зі складнощами транспаплярного доступу (дивертикули, стан після резекції шлунку), так і з випадками, коли розміри, форма та локалізація конкрементів унеможливають їх ендоскопічне захоплення та видалення кошиком Дорміа.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих з складними формами холедохолітіазу з застосуванням методик літотрипсії та балонної макродилатації загальної жовчної протоки (ЗЖП).

Матеріали та методи. Досліджені безпосередні та віддалені результати виконання механічної літотрипсії та балонної макродилатації загальної жовчної протоки у 1307 пацієнтів при складних формах холедохолітіазу, що знаходились на лікуванні в клініці інституту в період з 2010 по 2018 роки. Балонну макродилатацію загальної жовчної протоки частіше застосовували на протязі останніх двох років. Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою відеодуоденоскопів TJF-145VR, TJF – 150 VR Olympus, під контролем рентгенівської установки APELEM EVO-R (Франція). Використовували балонні дилататори (12–15мм) та літотриптори фірм Boston Scientific та Olympus.

Результати. Множиний холедохолітіаз спостерігали у 655 (50,1%) хворих, конкременти великого діаметру – у 405(30,1%), фіксовані конкременти ЗЖП – у 124 (9,5%), синдром Мірізі – у 45 (3,4%), складнощі у формуванні транспаплярного доступу – у 78 (5,9%). Механічну літотрипсію (I група) застосовували у 1120 хворих, балонну макродилатацію ЗЖП (II група) – у 187 пацієнтів. Успішність санації жовчних шляхів в I групі хворих становила 76%, ускладнення склали 8,5%. Середня тривалість втручання $55 \pm 7,5$ хвилин. В один етап ендоскопічну санацію вдалось провести у 65% хворих. В II групі хворих успішна санація жовчних шляхів склала 92%, ускладнення спостерігали у 9,2% пацієнтів. Тривалість втручання – $35 \pm 6,3$ хвилини. Одноетапні втручання виконані у 88% хворих. Віддалені результати проаналізовані у 927 хворих. Рецидивний холедохолітіаз та рефлюкс-холангіт після виконання механічної літотрипсії спостерігали у 13% хворих, після балонної макродилатації – у 7% пацієнтів (період спостереження 2–8 років).

Висновки. Балонна макродилатація ЗЖП та механічна транспаплярна літотрипсія є безпечними та ефективними методами лікування хворих з складними формами холедохолітіазу.

АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ

Зацаринний Р.А., Атаманський І.М., Корольов А.Е., Шарапов О.В., Бочарова О.М., Диховична Н.Ю., Спаський С.М

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Вступ. За останні роки розвиток ендоскопічних технологій виходить на нові рівні та в деяких випадках цілком може конкурувати чи замінювати відкриту хірургію ШКТ. Анестезіологічний супровід стає невід'ємною частиною ендоскопічних втручань на органах ШКТ. Принциповим питанням для анестезіолога та ендоскопіста стає вибір методу анестезіологічного забезпечення. В вирішенні цього питання необхідно враховувати характер та об'єм втручання, вік та стан пацієнта його безпеку і тривалість самої процедури та комфорт роботи лікаря ендоскопіста.

Мета роботи. Розробити алгоритм анестезіологічного забезпечення ендоскопічних втручань на органах ШКТ.

Матеріали та методи. В Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України за останні три роки проведено більше 4840 ендоскопічних втручань із анестезіологічним супроводом. В більшості випадків ми використовуємо наступні методи анестезії: в/в седацію різної глибини розчином пропофолу на самостійному диханні та загальну анестезію (інгаляційну, в/в) з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень. Проведенням анестезії та підготовка до анестезії при ендоскопії мають бути такими, як перед будь-яким хірургічним втручанням це ретельний збір анамнезу, вимірювання основних вітальних показників, тест на вагітність для жінок фертильного віку, оцінка за шкалою ASA. Кожен пацієнт і процедура повинні оцінюватись за ризиком аспірації, підлягають огляду за Mallampati. Моніторинг під час седації: артеріальний тиск, дихання, ЕКГ, пульсоксиметрія та рівень седації (на основі клінічних даних), капнографія при глибокій седації або інтубаційному наркозі. Проблеми з дихальними шляхами можуть виникнути раптово, тому підготовка для забезпечення прохідності дихальних шляхів має бути однаковою для всіх цих процедур, все необхідне обладнання повинне бути доступним. Ми рутинно використовували пропофол для седації при діагностичній ендоскопії через його швидкий ефект та короткий період напіввиведення. Дозування встановлюється залежно від необхідної глибини седації, тривалості процедури в середньому 1,5 – 3 мг/кг. Більш складні ендоскопічні втручання проводяться під загальною анестезією з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень за загальноприйнятими принципами.

Результати. Саме така схема анестезіологічного забезпечення дала змогу прогнозувати або запобігти більшості ускладнень.

Висновки. Дана схема анестезіологічного забезпечення дає змогу попередити пов'язані з процедурою ускладнення та в разі їх виникнення якнайшвидше надати допомогу, забезпечити комфорт для пацієнта та лікаря ендоскопіста. Це значно скорочує час процедури та збільшує пропускну можливість та рентабельність ендоскопічних втручань.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ ПСЕВДОМИКСОМАТОЗА

Капшигарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

Псевдомиксоматоз (ПМ) – редкая патология, представляет собой продуктивный хронический миксоматозный перитонит, являющийся результатом разрыва муцинозных кист аппендикса, кишечника, дивертикула, цистаденомы яичника. Освободившись из слизистых кист эпителиальные клетки имплантируются по висцеральной и париетальной брюшине, продолжают усиленно расти и обильно сецернируют слизеподобную массу. Его выявляют при лапароскопии, лапаротомии или секции.

Цель исследования: в редком клиническом наблюдении показать возможности лапароскопии в первичной диагностике генерализованной формы ПМ.

Материал и методы. Больная К., 72 лет, № истории болезни 1249, госпитализирована во 2-е терапевтическое отделение городской больницы № 3 г. Кривого Рога 16.01.1985 г. с жалобами на резкое увеличение живота, слабость, затруднённое дыхание. Первым признаком заболевания стало прогрессирующее увеличение живота в течение 8 месяцев. Многократно лечилась в терапевтических отделениях, где 7 раз пунктировали брюшную полость – содержимое не получено. Общее состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-землистого цвета. Пульс 88 уд./мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Температура тела 36,8°C. Дыхание везикулярное, ослабленное на всём протяжении, сухие хрипы. Язык влажный. Живот шаровидно резко увеличен, при пальпации умеренно болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина отрицательный. При перкуссии – везде тупость. Перистальтика кишечника не определяется. Физиологические отправления не нарушены. Общий анализ крови: Нб – 122 г/л, Ег – 3,9 Т/л, L – 8,8 г/л, э–2%, п–4%, с–69%, л–22%, м–3%. СОЭ – 8 мм/ч. Общий анализ мочи без патологии. Диагноз “Кистома яичника? Асцит?”. Переведена в хирургическое отделение, где автор публикации ранее работал.

Результаты. 16.01.85 г. Лапароскопия под местной анестезией. В точке Gotre введен полый манипулятор, инсуфлирован 1 л CO₂. Лапароскоп введен в точку Olima. Сосуды передней брюшной стенки, особенно верхней половины, расширенные, извитые. Вся брюшная полость заполнена желеобразной жёлто-белого цвета массой, располагающейся как свободно, так и в виде гроздьевидных образований, фиксированных на париетальной

брюшине. Здесь же плотные бугорки белесоватого цвета. Щипковая биопсия – гиперхромные клетки. При цитологическом исследовании желеобразной массы обнаружено большое количество слизи и детрита, лейкоциты (нейтрофилы) в незначительном количестве в состоянии жировой дистрофии и распада, кристаллы холестерина, отдельные и скоплениями, капли нейтрального жира 1–3 в поле зрения, жирноперерождённые клетки 0–2. Микобактерии туберкулёза и опухолевых клеток не обнаружены. Заключение цитолога: застарелый холестериновый экссудат. Микрофлора не высеяна. Лапароскопический диагноз “Генерализованная форма псевдомиксоматоза”. Последующее течение гладкое. На 5 сутки сняты швы и больная направлена в онкологический диспансер.

Выводы. Комбинированная лапароскопия является эффективным методом диагностики генерализованной формы псевдомиксоматоза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИЛАПАРОСКОПИИ В ТРУДНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Атипичные и стёртые формы острых хирургических заболеваний пищеварительной системы (ОХЗПС) ставят хирурга в трудную ситуацию. Несовершенство клинической диагностики, малая информативность некоторых дополнительных методов исследования диктует необходимость использования диагностической лапаротомии лапароскопии (ЛС). Уменьшить травматичность ЛС инструментами диаметром 2–5 мм призвана минилапароскопия (МЛС). Положительные отзывы опубликованы из ряда клиник.

Цель работы: изучить эффективность МЛС в диагностике острых хирургических заболеваний пищеварительной системы.

Материал и методы. В хирургическом отделении КП “Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с 2012 по 2016 годы МЛС выполнена у 51 больного с нечёткой или атипичной клинической картиной неотложной хирургической абдоминальной патологией либо панкреатогенным перитонитом. ОХЗПС диагностированы у 32 (62,8%) пациентов. Преобладали женщины – 23 (71,9%) больных. Возраст 41–93 года. Сопутствующими заболеваниями

страдали 29 (90,6%) пациентов. Ранее оперировали 16 (50%) больных. До 6 часов от начала заболевания госпитализировали 3 (9,4%) пациентов, в течение 6–12 часов – 1 (3,1%), 12–24 часа – 6 (18,7%) и после 24 часов – 22 (68,8%). Клиническая картина, лабораторные показатели, рентгенография грудной и брюшной полостей, УЗИ, ЭГДС – малоинформативны. До 6 часов МЛС выполнена у 16 (50%) больных, в течение 6–12 часов – у 2 (6,3%), 12–24 часов – у 3 (9,4%), 1–2 суток – у 9 (28,1%) и 3–7 суток – у 2 (6,3%).

Результаты. Во время МЛС у 12 (37,5%) пациентов диагностирован стерильный панкреонекроз, у 9 (28,1%) – перфоративная гастродуоденальная язва, у 4 (12,6%) – острый холецистит (аппендицит–1), у 2 (6,3%) – острое нарушение мезентериального кровообращения (ОНМК), гангрена тонкого кишечника, у 1 (3,1%) – острая спаечная тонкокишечная непроходимость, у 1 (3,1%) – гангренозный аппендицит, у 1 (3,1%) – абсцесс левой подвздошной области и у 2 (6,3%) – разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Разлитой перитонит выявлен у всех больных (гнойно-фибринозный – 10, серозно-фибринозный – 4, желчно-фибринозный–3, геморрагический – 12, серозно-геморрагический – 3). Топический диагноз в процессе МЛС не установлен у 3 (9,4%) пациентов, а определен лишь разлитой перитонит (гнойно-фибринозный – 2, серозно-фибринозный – 1). На операции у 1 (33,3%) больного – гангренозный аппендицит с тазовым расположением червеобразного отростка, абсцессом, у 1 (33,3%) – терминальный илеит с множественными перфорациями и абсцессами и у 1 (33,3%) – ОНМК, субтотальная гангрена тонкого кишечника. По данным МЛС неотложная лапаротомия выполнена у 19 (59,4%) больных, умерли 6 (31,6%). Лечебная МЛС осуществлена у 12 (37,5%) пациентов со стерильным панкреонекрозом, ферментативным перитонитом без летальных исходов. После МЛС в связи с ОНМК в стадии разлитого гнойного перитонита умер 1 (3,1%) больной.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности минилапароскопии в диагностике ОХЗПС.

RENDEZVOUS (АНТЕГРАДНО-РЕТРОГРАДНА) КОЛОНОСКОПИЯ, ЯК НОВИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ СТЕНОЗІВ КИШКОВОГО АНАСТОМОЗУ

Кіосов О.М.^{1,2}, Гулевський С.М.², Любомирський А.О.², Вакуленко В.В.^{1,2}

¹Запорізький державний медичний університет кафедра факультетської хірургії, ²КУ УНМЦ “Університетська клініка”

Вступ: одним із найбільш ускладнень в ранній період після резекції і відновлення неперервності ободової кишки у онкологічних хворих є анастомозит, стеноз з частковою та повною облітерацією анастомозу. Після

резекції прямої кишки ризик виникнення стриктури по даним літератури від 2% до 5%. Стриктури як правило розвивається в період від 6 до 12 місяців після операції, але можуть формуватися і раніше трьох місяців. Формування стриктури це результат проліферації фібробластів та колагену в зоні анастомозу. Традиційно післяопераційні стриктури лікувалися оперативним шляхом, але з появою балонних дилататорів (TTS) та операційних відеоендоскопів з широким інструментальним каналом, перевагу в лікуванні віддають ендоскопічним методикам. В 14–25% пацієнтів стриктури резистентні до дилатації, тому потребують проведення декілька сеансів. Балонна дилатація вважається безпечною методикою лікування, ускладнення такі як кровотеча та перфорація зустрічаються менш ніж в 5% випадків.

Матеріали і методи: Пацієнт 1952 р.н. прооперований з приводу раку верхнеампулярного відділу прямої кишки з накладанням апаратного анастомозу (сигмо-ректо анастомоз) кінець в бік. Через шість місяців з'явилися скарги на закрепи, тенезми, здуття. В лікарні при ректороманоскопії виявлено стеноз анастомозу, вивели розвантажувальну асцендостому. Хворий направлений в ННМЦ «Університетська клініка» м. Запоріжжя.

Результат: при виконанні гнучкої сигмоскопії було виявлено повну облітерацію анастомозу с формуванням грануляційної тканини по типу поліпоподібного утвору. Гістологічне заключення: грануляційна тканина з гіперпластичними змінами. Прийняли рішення, посилаючись на англомовні публікації, виконати rendezvous – колоноскопію, та під контролем другого колоноскопа провести розсічення анастомозу та проведення балонної дилатації. На відео стійці FUJINON EPX 4450HD та відеоколоноскоп FUJINON 590ZW (ретроградно) та фіброволоконний колоноскоп PENTAX з відеоадаптером (антеградно) виконана rendezvous colonoscopy. Після встановлення границі анастомозу з антеградної сторони, поступово виконано видалення грануляційної тканини, розсічення анастомозу (ніж Olympus DualKnife J) та проведення балонної дилатації (балон MT 18 mm). Після розсічення та балонної дилатації колоноскоп ведений ретроградно без затруднень пройшов зону анастомозу.

Висновки: таким чином за допомогою даного метода антеградно-ретроградна (rendezvous) – колоноскопія успішно виконали розсічення та балону дилатацію повністю облітерованого анастомозу, що дало змогу пацієнту провести відновлюючу операцію (закриття асцендостоми) та повернення до нормального способу життя.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ЛІГУВАННЯ ВАРИКОЗНО РОЗШИРЕНИХ ВЕН СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ

Коломоєць І.В., Вороняк Д.І., Трембач Л.О.

НДСЛ «ОХМАТДИТ», Київ, Україна

Вступ. Портальна гіпертензія (ПГ) займає домінуюче положення серед причин тяжких шлунково-кишкових кровотеч у дітей. Портальною гіпертензією називають стан, коли градієнт портального тиску (різниця тиску між портальною та печінковими венами) досягає 12 і вище мм рт ст. В залежності від того на якому рівні знаходиться перешкода кровотоку виділяють допечінкову, печінкову та надпечінкову форму ПГ. У дітей найбільш часто зустрічається саме допечінкова форма (ДФ) ПГ. Основними двома причинами ДФ є аномалія розвитку та тромбоз портальної вени (ПВ). Особливістю цієї форми в дитячому віці є те, що в переважній більшості випадків першим проявом її є кровотеча з варикозно розширених вен (ВРВ). Ендоскопія дозволяє оцінити наявність ВРВ верхніх відділів ШКТ, визначити їх ступінь, визначити ризик розвитку кровотечі, наявність портальної гастропатії. Ендоскопічне лігування дозволяє зменшити ступінь варикозу та запобігти розвитку кровотечі. У дітей ендоскопічне лігування технічно складне, порівняно з дорослими, через анатомічно вузький отвір глотки та менший діаметр просвіту стравоходу, що обмежує простір для маневрування. Також стінка стравоходу у дітей значно тонша, що підвищує ризик всмоктування всіх її шарів, розвитку подальшого некрозу та перфорації.

Мета роботи. Представити власний досвід ендоскопічного лігування ВРВ стравоходу у дітей, здобутий нами протягом 2017 р.

Матеріали і методи. З 1990 року в НДСЛ «ОХМАТДИТ» спостерігається та лікується понад 500 дітей з ПГ. ДФ ПГ у цих дітей займає перше місце і становить близько 78%. Серед причин ДФ домінує кавернозна трансформація ПВ (близько 72% випадків). 24% припадає на тромбоз ПВ, спричинений поширеною практикою постановки пупкових катетерів дітям у період новонародженості у пологових будинках. Серед наших пацієнтів ПГ вперше проявилася гострою кровотечею з ВРВ у 88 % випадків. Майже всі діти були прооперовані. Були виконані шунтуючі операції, прошивання ВРВ, деваскуляризація стравоходу тощо. На різних етапах діагностики та лікування виконувалась ендоскопія. Враховуючи світовий досвід, з 2017 року в нашій клініці активно почали освоювати методику ендоскопічного лігування ВРВ стравоходу. Використовували ендоскопи Olympus діаметром 9.0–9.2 мм та лігатори Boston Scientific.

Результати. За 2017 рік було проведено ЕГДС 232 дітям з ПГ. Виявлено ВРВ стравоходу у 202 дітей. ВРВ I ст. виявлено у 92, II ст. у 79, III ст. – у 31 дітей. Червоні знаки на ВРВ стравоходу були виявлені у 69 дітей. Лігування ВРВ було проведено 7 дітям. З них 1 дівчинка і 6 хлопчиків. Вік дітей від 3 до 12 років (середній вік 7,1 років). До 7 років було 4 дітей. 3 дітей було віком 11–12 років. У дітей, які підлягали ендоскопічному лігуванню, ступінь ВРВ стравоходу становив II або III. Всі діти були попередньо прооперовані, однак ступінь ВРВ зберігався або прогресував. За одну процедуру лігування було накладено від 2 до 6 лігатур. Контрольна ендоскопія виконувалась через 2 місяці. Повна ерадикація ВРВ була досягнута однією процедурою ендоскопічного лігування у трьох дітей, двома – у двох дітей та трьома – у двох дітей. Ускладнень під час та після ендоскопічного лігування ВРВ стравоходу не спостерігалось.

Висновки. Ендоскопічне лігування є ефективним методом профілактики кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу. У дітей молодшого віку виконання ендоскопічного лігування є технічно більш складним, ніж у дорослих. Наш досвід свідчить, що виконання ендоскопічного лігування технічно можливе та ефективне у дітей різних вікових груп.

ЕНДОСКОПІЯ, ЯК ВИРІШАЛЬНИЙ МЕТОД, У ВИПАДКАХ ЗАПІЗНІЛОЇ ДІАГНОСТИКИ МЕМБРАНОЗНОЇ ФОРМИ АТРЕЗІЇ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ

Коломоєць І.В., Трембач Л.О., Вороняк Д.І., Семенів С.Я.

Національна дитяча спеціалізована лікарня “ОХМАТДИТ” Київ, Україна

Вступ. Мембрана дванадцятипалої кишки (ДПК) – це перший анатомічний тип атрезії ДПК згідно класифікації Gray-Skandalakis. Характеризується наявністю перетяжки в просвіті з одним або множинними, центральними або периферичними отворами. Клінічні ознаки проявляються, зазвичай, з перших днів життя, як часткова висока кишкова непрохідність. Проте достатньо рідко зустрічаються запізнілі випадки діагностики, що залежить від ступеня звуження просвіту ДПК.

Мета. Описати клініку та діагностичну тактику у випадках запізнілої діагностики мембранозної атрезії ДПК.

Матеріали та методи дослідження. Ми провели аналіз літературних даних, а також досвіду клініки НДСЛ “ОХМАТДИТ” за 15 років (з 2002 по лютий 2018). За даний період в клініці лікувалося 10 пацієнтів із запізнілою

діагностикою даної патології. Нами було проаналізовано медичні карти даних пацієнтів стосовно демографічних даних, супутніх аномалій, клінічних проявів, діагностичних даних, результатів лікування та причин запізнілої діагностики.

Результати. Вік пацієнтів складав від 6 місяців до 15 років. Серед наших пацієнтів було 8 дівчаток і 2 хлопчики. У шести із десяти пацієнтів мали місце супутні аномалії: синдром Дауна (n=3), вади розвитку серцево-судинної системи (n=3), вроджена вада розвитку хребта (n=1). Основними клінічними проявами у наших пацієнтів були повторні епізоди блювання n=10 (100%), асиметрично піддутий живіт n=7 (70%), затримка фізичного розвитку n=6 (60%). Рідше зустрічалися аспіраційний синдром n=2 (20%) та шлунково-кишкова кровотеча (ШКК) n=2 (20%). Оскільки обструкція була неповною, клінічні симптоми наростали поступово через прогресивний розвиток атонії та неефективність перистальтики у розширеному проксимальному сегменті ДПК. Це явилось причиною запізнілого діагнозу. Для верифікації діагнозу усім пацієнтам виконували: УЗД, оглядову рентгенографію органів черевної порожнини або рентгеноскопічне дослідження з барієм та ЕГДС. Ендоскопія мала визначальне значення. Характерними ознаками ендоскопічної картини були: розширений “зіяючий” пілорус, згладжена слизова проксимальної перерозтягнутої частини ДПК без складок, розширений проксимальний сегмент ДПК, який часто сприймається як “другий шлунок” (“патологічний пілорус”, “windsock sign” або “thumb of a glove”), запальні зміни слизової, аж до утворення виразок та ерозій внаслідок тривалої затримки їжі, а також атипові складки слизової, що оточують мембрану. Після встановлення діагнозу діти (n=10) були успішно прооперовані – лапаротомія, дуоденотомія, висічення мембрани.

Висновки. Мембранозна атрезія ДПК це аномалія, яка може проявлятися ознаками часткової високої кишкової непрохідності включаючи дітей старше періоду новонародженості. При проведенні диференційної діагностики причин високої кишкової непрохідності у дітей старше 28 днів слід не забувати про мембранозну форму атрезії ДПК. Ендоскопія є абсолютним єдиним методом остаточного підтвердження діагнозу.

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВИРСУНГОРРАГИИ

Кондратюк В.А., Фуркало С.Н., Власенко Е.А., Хасянова И.В., Гиндич П.А.

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

Введение. Вирсунгоррагия является наиболее сложной в лечебно-диагностическом плане формой желудочно-кишечного кровотечения. Резистентность к консервативной терапии, периодический характер, операции в анамнезе обуславливают высокую осложняемость и летальность хирургических вмешательств, направленных на остановку таких кровотечений. Эндovasкулярные миниинвазивные методики являются весомой альтернативой открытой хирургии.

Цель работы: изучить возможности рентгеноэндovasкулярных методик в диагностике и лечении вирсунгоррагии.

Материалы и методы: За период с 2008 по 2018 г выполнена эндovasкулярная диагностика у 112 пациентов с вирсунгоррагией. В 53 случаях (47,3%) источником кровотечения явилась гастродуоденальная артерия, в 37 (33,0%) – селезеночная артерия, в 7 случаях (6,3%) – печеночная артерия, в 1 случае ножевого ранения источником кровотечения явился чревной ствол (0,9%). В 14 случаях (12,5%) источник кровотечения не выявлен. Эндovasкулярная эмболизация артериального источника кровотечения выполнено в 124 случаях у 103 пациентов. В 9 случаях при отсутствии ангиографических данных об источнике кровотечения выполняли профилактическую эмболизацию предполагаемого источника (гастродуоденальная либо селезеночная артерия), в 5 случаях при невыявленном источнике кровотечения эндovasкулярных вмешательств не выполняли. В качестве эмболизата использовали несферические полиуретановые частицы и эмболизационные спирали. В 4 случаях для изоляции источника кровотечения устанавливали стент-графт в общую и собственную печеночные артерии.

Результаты. Успешные эндovasкулярные вмешательства, сопровождающиеся полной остановкой либо значительным уменьшением кровотечения, выполнены у 107 пациентов. В 16 случаях на протяжении 1–3 недель были отмечены рецидивы вирсунгоррагии, потребовавшие дополнительного эндovasкулярного вмешательства. В 3 случаях отмечена постпункционная гематома бедра, потребовавшая консервативного лечения. У 42 пациентов (39,3%) эндovasкулярное лечение явилось окончательным, у

65 (60,7%) пацієнтів с арозированными псевдокистами эмболизация выполнена в качестве подготовки к плановому вмешательству на поджелудочной железе. Летальности, связанной с эндоваскулярными вмешательствами, не отмечено.

Выводы: Эндоваскулярная окклюзия артериального источника вирусангиомы – эффективное, миниинвазивное, повторяемое вмешательство, позволяющее избежать открытой хирургической операции и значительно снизить летальность в этой группе пациентов.

ВІДКРИТА ТА ЧЕРЕЗШКІРНА РАДІОЧАСТОТНА АБЛЯЦІЯ НОВОУТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ

Коршак О.О., Мошківський Г.Ю., Трачук В.І., Камінін І.В., Костилюв М.В., Корольов А.Е.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім.О.О.Шалімова»
НАМН України. м.Київ, Україна

Золотим стандартом лікування злоякісних новоутворень печінки, як первинної, так і метастатичної етіології залишається хірургічна резекція. Однак, можливості її виконання часто бувають обмежені внаслідок значного внутрішньоорганного поширення пухлинного процесу, недостатніх функціональних резервів паренхіми печінки, наявності вогнищ позапечінкових метастазів та поганого соматичного стану хворого. За даними літератури на момент виявлення злоякісного ураження печінки резектабельними залишаються менше 20–25% випадків. Тому останнім часом все більшу увагу звертають на себе методи локальної деструкції новоутворень печінки, зокрема все більше прихильників знаходить методика радіочастотної абляції (РЧА). Основними перевагами РЧА є відсутність крововтрати, скорочення тривалості операції, технічна простота процедури, економічний ефект. Проте, проведення РЧА у пацієнтів з злоякісними новоутвореннями печінки вимагає подальшої розробки та уточнень, особливо щодо кількості і розмірів вогнищ, а також ефективності процедури при тому чи іншому типі новоутворення. Для проведення РЧА нами використовувалась монополярна система для радіочастотної коагуляції пухлин RadionicsCool-TipAblationSystem, Valleylab. При лікуванні первинних та метастатичних новоутворень печінки, нами були застосовані два способи проведення РЧА: черезшкірний – "закритий" і інтраопераційний – "відкритий". Обидві методики виконувались під ультразвуковим контролем та під ендотрахеальним наркозом. Загальна кількість вогнищ, лікування яких проводилось з використанням РЧА склала 38 у 29 пацієнтів, із них у дев'яти

хворих виконано інтраопераційно. У чотирьох випадках були проведені повторні сеанси РЧА в зв'язку з неповним досягненням деструкції пухлини (підтверджено результатами ультразвукового та МРТ досліджень та виконанням трепанбіопсії). У 82% пацієнтів больовий синдром був невираженим, легко нівелювався навіть пероральним прийомом ненаркотичних анагетиків. Ускладнення спостерігалось у одного хворого – пневмоторакс. Період реабілітації хворих після черезшкірної РЧА множинних метастазів склав 4,7 ліжко-дня. Віддалені результати лікування були вивчені у 23 хворих. Кумулятивна цензурована 1-річна виживаємість після РЧА склала 72%, 2-річна – 41%. Рецидивів в зонах раніше проведеної радіочастотної абляції, за виключенням вище описаних, не було. Таким чином, РЧА виявилось ефективним методом лікування первинних та метастатичних уражень печінки, як при виконанні відкритих хірургічних втручань так і при самостійному черезшкірному використанні. Оптимальним методом контролю за станом паренхіми печінки після РЧА є МРТ; найвищі показники чутливості, специфічності та діагностичної точності у виявленні резидуальної пухлини має підсилена контрастом МРТ (95, 92 та 92 % відповідно).

ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ БУВЕРЕ

Коршовський І.Л., Бутницький Ю.І., Буцкін В.Л., Гарасимчук Ю.М.

Комунальний заклад Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня”

Жовчекам'яна хвороба та її ускладнення є найбільш частими захворюваннями, які спостерігаються в ургентній хірургії. Синдром Бувере – це гостра обструкція шлунка або дванадцятипалої кишки, спричинена конкрементами, що мігрували через жовчедуоденальну норицю. У вітчизняній і зарубіжній літературі описано понад триста клінічних спостережень цієї рідкісної патології, серед яких спостерігаються поодинокі випадки лікування хворих за допомогою мініінвазивних технологій. При гострій жовчекам'яній пілородуоденальній непрохідності операцію можливо обмежити тільки виконанням літотомії. При цьому думка більшості авторів сходиться на тому, що загальний стан таких хворих не передбачає розширення обсягу та тривалості оперативного втручання. Доцільність застосування малоінвазивних методик в цьому випадку обґрунтовується тим, що лапаротомне втручання при синдромі Бувере супроводжуються цифрами післяопераційної летальності в межах 15–24%. За допомогою малоінвазивних технологій можуть бути виконані гастро-, ентеро або дуоденолітотомія. В ході операції через відкритий малий доступ виконання оперативного

прийому значно полегшується через поєднане використання внутріпосвітньої гастроскопії, що допомагає “вивести” жовчні конкременти в зону оперативного пройому.

Клінічне спостереження. Хвора Б., 66 р., госпіталізована в терміновому порядку зі скаргами на біль в правому підребер’ї, нудоту, періодичну блювоту, відсутність апетиту, сухість у роті. З анамнезу виявлено, що дані скарги з’явилися близько тижня тому без видимої причини. Подібний стан відзначає вперше. Протягом багатьох років хвора страждає на жовчнокам’яну хворобу. Жовтяниці не було, супутня патологія представлена у вигляді: ІХС. Кардіосклерозу. СН II А ст. Гіпертонічна хвороба 2 ст. Цукрового діабету II типу, ст. декомпенсації. Загальний стан хворої оцінено, як середнього ступеня тяжкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення. АТ 160/90 мм рт. ст., пульс 92 уд. в хвилину. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт піддутий в верхніх відділах, м’який, безболісний. Відмічається позитивний симптом “шуму плеску”. Жовчний міхур не пальпується. Симптоми Ортнера, Мерфі від’ємні. Перитонеальних симптомів немає. Відзначено підвищення рівня лейкоцитів крові, із зсувом лейкоцитарної формули крові вліво, гіперглікемія, позитивний ацетон у сечі. Діагноз: хронічний калькульозний холецистит, печінкова коліка, висока непрохідність тонкої кишки. Проведено ургентна відеогастродуоденоскопія. В шлунку застійний вміст. Воротар прохідний, в просвіті дванадцятипалої кишки вклинений, частково фіксований жовчний конкремент діаметром до 4,0 см. із значними технічними труднощами конкремент захоплений і фіксований за допомогою кошика Дормія та переміщений ближче до пілоруса, після чого він став мобільним. Перемістити конкремент через воротар у порожнину шлунка не вдалось. Кошик Дормія обрізано коло ручки, та фіксовано. Хвора переведена в операційну Під внутрішньовенним наркозом після параректальної лапаротомії (довжина розрізу до 7 см), виконана поздовжня гастростомія в антральній ділянці. За допомогою тракції кошика Дормія та пальпаторного видавлення, конкремент переміщений в шлунок без руйнування воротаря і видалений. Виконана поперечна гастрорафія, пошарове зашивання операційної рани. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Рана загоїлася первинним натягом. На 10 добу хвора в задовільному стані виписана додому. У зв’язку з малою кількістю спостережень синдрому Бувере та за відсутності доказових досліджень, стандартів хірургічного лікування таких хворих немає. Тактика ведення та обсяг хірургічного втручання у кожного хворого визначають індивідуально. Отже, поєднання ендоскопічної технології захоплення, переміщення з фіксацією каменю за допомогою корзинки Дормія та прицільної лапаротомії дозволяє оптимізувати та спростити техніку літотомії, уникнути травмування зони білідигестивної нориці. Гастролітотомія після переміщення конкремента в шлунок технічно простіша і більш надійна, ніж дуоденолітотомія.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ІНТРААБДОМІНАЛЬНА АЛЛОПЛАСТИКА В ЛІКУВАННІ ДЕФЕКТІВ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Литвиненко О.М., Лукеча І.І. Назарко Л.Р., Хілько Ю.О.

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Актуальність. Щороку у світі проводиться близько 20 млн операцій з приводу гриж, з них – до 85–90 тис в Україні. Частота рецидивів після первинного хірургічного лікування гриж сягає 10%, а при повторних зростає до 30%, що суттєво знижує працездатність і не сприяє трудовій реабілітації пацієнтів. В загальній статистичній структурі всіх гриж живота післяопераційна вентральна кила складає 20–26%. В 50% випадків вона виникає в перший рік після операції. За останні роки розвиток герніології йде шляхом збільшення надійності способів герніопластики при одночасному зменшенні травматичності методик – одним з таких напрямків є впровадження лапароскопічних технологій.

Мета дослідження: оцінити результати хірургічного лікування пацієнтів з післяопераційними вентральними килами, яким була виконана лапароскопічна інтраабдомінальна алопластика.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування 47(100%) пацієнтів з післяопераційними килами, яким в період 2015–2017 років, була виконана лапароскопічна інтраабдомінальна алопластика. Всі хворі співставимі за віком та статтю. Середній вік склав $45\pm 3,4$ років, середній показник маси тіла (ІМТ) – $28,1\pm 3,2$ кг/м². Згідно класифікації кил по EHS Classification for Inguinal Hernia у пацієнтів відмічали 27 випадках – M1-4W3R0, M1-5W3R0 – 13, M4-5W3R0 – 7. Оперативні втручання виконували з використанням ендовідеохірургічного обладнання зі стандартним набором інструментів. Для закриття дефектів передньої черевної стінки використовували композитні сітчасті імпланти. Фіксація імпланта виконувалась за допомогою трансфасціальних швів та ендостеплерів.

Результати. Лапароскопічна герніопластика була виконана у 100% випадків. Сітчасті імпланти розташовували тільки інтраперитонеально (ІРОМ). Тривалість операції склала $84,3\pm 15,1$ хв. Больовий синдром знімався прийомом нестероїдних протизапальних препаратів. Тривалість перебування в стаціонарі – $3,5\pm 0,5$ днів. За період спостереження, на протязі 3 років, даних за рецидиви кил не виявлено. У 2 пацієнтів відмічались ускладнення після

герніопластики у вигляді гематоми. В одному випадку потребувало корекції в виді пункції під контролем ультразвуку.

Висновки. Лапароскопічна інтраабдомінальна алопластика (ІРОМ) володіє рядом переваг, оскільки являється малоінвазивним втручанням і дозволяє зменшити травматичність операції, вираженість післяопераційного больового синдрому, кількості післяопераційних ускладнень, зменшити термін перебування в стаціонарі та володіє відміним косметичним ефектом. До недоліків лапароскопічної методики можна віднести неможливість виконати видалення грижового мішка, що може стати причиною місцевих ранових ускладнень, неможливість виконати реконструкцію черевної стінки та відновити нормальну анатомію та функцію прямих м'язів живота.

ІШЕМІЧНИЙ КОЛІТ ЯК ПРИЧИНА КИШКОВОЇ КРОВОТЕЧІ

Матвійчук Б.О., Тумак І.М., Патер Я.З., Артюшенко М.Є.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львівська міська лікарня швидкої допомоги

Ішемічний коліт (ІК) трапляється порівняно рідко, однак у своєму перебігу має небезпечні ускладнення: кишкову кровотечу, кишкову непрохідність при формуванні стріктур, при гангренезній формі патології розвивається перфорація кишкової стінки і перитоніт, рідше виявляються такі ускладнення, як піоколон і токсичний мегаколон. ІК як причина кишкових кровотеч – епідеміологія, особливості симптоматики і клінічного перебігу недостатньо відомі широким колам лікарів.

Мета роботи: проаналізувати епідеміологічні та клінічні особливості ішемічного коліту, ускладненого кровотечею.

Результати. З 2010 по 2017 р. в міський центр шлунково-кишкових кровотеч було госпіталізовано 22 пацієнти з ІК, ускладненим кровотечею, що становило 3,9% від усіх товстокишкових кровотеч. Серед пацієнтів переважали жінки 20 (90,9%), медіана віку становила 74 р. (від 53 до 86 р.). Характерною була наявність переймоподібного болю в животі (63,6%) упродовж 1–3 днів перед госпіталізацією з проносом (54,5%), який передував появі крові у кишкових випорожненнях. У 3 (13,6%) пацієнтів була гематохезія, у більшості – виділення помірної кількості крові, змішаної з калом. Крововтрата у переважної більшості пацієнтів була помірного ступеня – 20 (90,9%), медіана рівня гемоглобіну – 125 г/л, лише у 2 пацієнтів рівень гемоглобіну був менший 80 г/л, у жодного пацієнта не було геморагічного

шоку на час госпіталізації. Більшість пацієнтів (86,4%) мали серцево-судинні захворювання, у т. ч. аритмії – 56,5%, постінфарктний кардіосклероз – 9,1%. Одна пацієнтка хворіла на рак легенів, в одного пацієнта ішемія виникла в сигмоподібній кишці, виведеній у вигляді термінальної стоми після екстирпації прямої кишки з приводу раку. Під час колоноскопії фактично у всіх пацієнтів ураження виявлено в типовому місці – низхідної кишки у 68,2% хворих, сигмоподібної кишки – у 54,5% пацієнтів (у т.ч. лише сигмовидної – у 4 хворих). При клінічному обстеженні, окрім ознак кровотечі виявляли пальпаторну болючість по лівому флангу живота, без м'язового захисту та інших ознак подразнення очеревини. У всіх пацієнтів виявлено сегментарний набряк і гіперемію слизової, з нашаруваннями фібрину і геморагіями, виразкування відзначено у 8 пацієнтів, звуження просвіту – в 6 хворих, у т. ч. у 3 пацієнтів воно перешкодило виконанню тотальної колоноскопії. У 4 хворих супутньо виявлено дивертикульоз сигми, у 2 – аденоматозні поліпи кишки. При морфологічному дослідженні виявлено набряк та крововиливи у lamina propria та підслизовому шарі, на пізніших стадіях – запальну інфільтрацію, некрози і грануляційну тканину. Постгеморагічний період у всіх хворих перебігав гладко, без ускладнень і рецидивів кровотечі. Пацієнти отримували медикаментну терапію, яка включала інфузійну терапію, ненаркотичні анальгетики та спазмолітики, гемостатики, протизапальні середники.

Висновок. Виникнення кишкової кровотечі у пацієнтів з ІК є доволі частою причиною госпіталізації у хірургічні відділення. Часто лише поява ускладнення є причиною звернення хворого на ІК за медичною допомогою.

РЕФЛЮКС-ЕЗОФАГІТ І ХІАТАЛЬНА ГРИЖА: СТАНИ ІЗОЛЬОВАНІ ТА СПІВІСНУЮЧІ

Матвійчук Б.О., Тумак І.М., Стасишин А.Р.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів, Україна

Відомо, що наявність хіатальної грижі (ХГ) передиспонує шлунково-стравохідному рефлюксу і гастроєзофагеальній рефлексній хворобі, однак співвідношення двох континуумів захворювань – рефлюкс-езофагіту (РЕ) і ХГ досі є предметом контроверсій.

Метою роботи була оцінка демографічних і ендоскопічних особливостей, характерних для ізольованих РЕ і ХГ та для групи пацієнтів з РЕ на тлі ХГ.

Матеріал і методи. У дослідження включено неперервну серію з 428 пацієнтів, з яких 250 мали ХГ, 282 – РЕ, у т.ч. 106 – РЕ на тлі ХГ, що становило відповідно 37,6% від усіх пацієнтів з РЕ і 42,4% від усіх хворих з ХГ. **Результати дослідження.** Переважав легкий РЕ (ст. А–В за Лос-Анжелеською класифікацією) – 252 (89,4%), однак за наявності ХГ частка осіб з важким РЕ була істотно вищою (19,8% проти 5,1%). У групі з РЕ на тлі ХГ виявлено пряму кореляцію його важкості з розмірами грижі (тау Кендала 0,34; $p < 0,001$). Пацієнти з ізольованим РЕ були істотно молодші від хворих з ХГ як у поєднанні з РЕ, так і без нього (медіана віку 46 років проти 55 і 56,5 р. відповідно, $p < 0,05$). Серед пацієнтів з РЕ переважали чоловіки, як за наявності ХГ, так і без неї (відповідно 60,4% і 72,2%), натомість серед осіб з ХГ без РЕ переважали жінки – 58,3% (різниця істотна, $p < 0,001$). Як важкість РЕ так і розміри ХГ прямо корелювали з віком (тау Кендала відповідно 0,148 і 0,265; $p < 0,001$). Методом множинної регресії встановлено незалежний зв'язок жіночої статі як з віком і наявністю ХГ (прямий зв'язок), так і РЕ (обернений зв'язок). Циліндроклітинний стравохід (у т.ч. CLE в EGJ) виявлено у 25 (5,8%) пацієнтів без істотної різниці частоти між оцінюваними групами. Виразки стравоходу виявлено у 5 (1,8%) осіб з РЕ, з них лише в однієї не виявлено ХГ (залежність погранично істотна, $p = 0,06$), стриктури стравоходу виявлено у 5 пацієнтів з РЕ на тлі ХГ. Натомість ураження Камерона виявлено у 6 (2,4%) хворих з ХГ, у т.ч. лише в одному випадку вони супроводили РЕ. Виразково-ерозивні ураження шлунка і дванадцятипалої кишки істотно рідше супроводили ізольовану ХГ (55 хворих, 38,2%), ніж ізольований РЕ – 92 особи (52,3%) чи РЕ на тлі ХГ (53 пацієнти, 51%). У 12 (4,3%) пацієнтів з РЕ був стеноз воротаря або дванадцятипалої кишки, який можна розглядати як патогенетичний фактор РЕ. Суттєвий дуоденогастральний рефлюкс відзначено у 60 (14%) пацієнтів без суттєвих відмінностей між групами.

Висновки. Поєднання РЕ і ХГ трапляється менш ніж в половині випадків обох захворювань, однак ХГ є фактором ризику важчого перебігу РЕ та виникнення його ускладнень. Ізольований РЕ більш характерний для чоловіків молодого віку, натомість ХГ без РЕ частіше трапляється в жінок похилого віку. Більш ніж в половині випадків РЕ співіснує з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка і дванадцятипалої кишки.

ВПЛИВ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МІНІ ШУНТУВАННЯ ШЛУНКУ НА ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН

Москаленко В.В., Тивончук О.С.

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Вступ. Згідно даних ВООЗ надлишкова вага та ожиріння є п'ятим за значимістю ризиком смерті в усьому світі. Від ускладнень ожиріння щорічно помирають 3,4 мільйона дорослих людей, з якими пов'язують 3,9% втрачених років життя. В більшості випадків ожиріння асоційоване з артеріальною гіпертензією, дисліпідемією, порушеннями вуглеводного обміна та іншими станами, які є факторами ризику серцево-судинних захворювань та смертності. Баріатрична хірургія єдиний метод лікування, який забезпечує необхідну, стійку та постійну втрату ваги для пацієнтів, які страждають на морбідне ожиріння з наступним покращенням перебігу супутніх ожиріння захворювань.

Мета роботи. Вивчити вплив лапароскопічного міні шунтування шлунка на вуглеводний обмін у хворих на морбідне ожиріння.

Матеріали и методи. В дослідження включено 22 пацієнта з морбідним ожирінням, яким було виконано лапароскопічне мінішунтування шлунка зі строком спостереження 1 рік. Чоловіків було 12 (54,5%), жінок 10 (45,5%). Вік хворих складав від 36 до 65 років, що в середньому складало $42,24 \pm 6,6$ років. Вага хворих варіювала від 113 до 150 кг та в середньому складала $128,07 \pm 13,3$ кг. ІМТ варіював від 35,2 до 61 кг/м², що в середньому $43,99 \pm 6,6$ кг/м². Довжина біліопанкреатичної петлі складала від 180 до 250 см: у 5 (22,7%) хворих – 180 см, у 13 (59,1%) хворих – 200 см, у 4 (18,2%) хворих – 250 см. Порушення вуглеводного обміну діагностовані у 18 (81,8%), з яких ЦД 2 типу страждали 6 (27,3%) хворих. Середні показники натще глюкози крові $5,62 \pm 0,94$ ммоль/л, інсуліна $22,2 \pm 21,4$ мкЕД / мл та С-пептида $3,5 \pm 2,01$ пг/мл у хворих, які не страдали діабетом та $10,2 \pm 3,2$ ммоль/л, $18,1 \pm 3,3$ мкЕД / мл, $4,3 \pm 0,81$ пг/мл відповідно у пацієнтів з встановленим діагнозом ЦД 2 типу.

Результати. Середній відсоток втрати надлишкової маси тіла склав $73 \pm 4,2\%$. Порушення вуглеводного обміну характерні для діабету 2 типу діагностовано у 1 (4,5%) пацієнта. Середні показники натще глюкози крові $4,32 \pm 0,62$ ммоль/л, інсуліна $5,53 \pm 7,61$ мкЕД / мл и С-пептида $2,63 \pm 2,01$ пг/мл у хворих, які не страждали на діабет та $5,31 \pm 1,2$ ммоль/л, $6,43 \pm 2,3$ мкЕД / мл, $2,42 \pm 0,93$ пг/мл відповідно у пацієнтів з ЦД 2 типу.

Висновки. Лапароскопічне міні-шунтування шлунку ефективний спосіб лікування порушень вуглеводного обміну та цукрового діабету 2 типу.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗУБЧАТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Никишаев В.И.

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Введение. Диагностика предопухолевых образований толстой кишки является одной из наиболее актуальных проблем практической медицины. Своевременное их удаление приводит к достоверному снижению уровня заболеваемости колоректальным раком (КРР). В последнее десятилетие большое внимание уделяется зубчатым образованиям (ЗО), которые в 15 – 30% случаев являются предшественниками КРР и считаются основными предшественниками межинтервального рака. Отмечаются сложности в эндоскопической диагностике их, а из всех дополнительных методов считается, что только хромокопия и выведение аппарата более 6 минут способствуют выявлению ЗО. HD колоноскопы и осмотр правой половины толстой кишки в инверсии, возможно, способствуют выявлению, а электронная хромокопия (NBI, FICE, iSCAN), больший угол обзора аппарата, спазмолитики и качество подготовки, считается, не улучшают выявление ЗО. Существующие отличия в терминологии и критериях морфологической верификации, существенно затрудняют их определение в подгруппе зубчатых образований не только в нашей стране, но и за рубежом.

Цель исследования. Оценить возможности тщательного осмотра с применением хромокопии с 0,2% раствором индигокармина в диагностике зубчатых образований при аденомах ободочной кишки.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены результаты обследования и лечения 100 пациентов с аденомами правой половины ободочной кишки, которым первичная колоноскопия проводилась без применения хромокопии, что было обусловлено разными причинами. Колоноскопия (КС) выполнялась колоноскопом CF-150L с тщательным отмыванием слизистой оболочки толстой кишки и последующим проведением тотальной хромокопии по нашей методике.

Результаты. При первичной КС были выявлены размерами от 6 до 45 мм 234 неоплазии, что в среднем составило $2,34 \pm 0,13$ на одного пациента. При повторной КС, выполненной после тщательной подготовки кишечника, было

виявлено 327 неоплазій, в середньому $3,27 \pm 0,28$ на одного пацієнта (від 1 до 18 образований). Все образования были удалены. К зубчатым образованиям (SSL и HP) морфологами было отнесено 62 неоплазии у 30 пациентов (в среднем $2,06 \pm 0,27$ на одного пациента). При вторичной КС было дополнительно выявлено 93 (28,4%) образования, из которых 58 (62,4%) относились к ЗО. Основной причиной, приведшей к не выявлению неоплазий при первичной КС являлось не проведение хромоскопии, однако в большинстве случаев это было обусловлено неадекватной подготовкой. Но и при качественной подготовке и хромоскопии слизь над ЗО затрудняла ее обнаружение. Тщательное отмывание слизистой оболочки толстой кишки в этом месте и проведение дополнительного окрашивания способствовали их верификации.

Выводы. 1. Тотальная хромоскопия способствует увеличению выявления неоплазий при КС. 2. Тщательный осмотр с отмыванием подозрительных участков и проведение дополнительного окрашивания способствуют выявлению ЗО. 3. Проведение качественной КС и хромоскопии невозможно без идеальной подготовки кишечника к исследованию.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ГЕПАТОДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ ПУХЛИННОГО ГЕНЕЗУ ПІСЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ І ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПАЛПАТИВНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОЧНОЇ ПРОТОКИ

Ничитайло М.Ю., Кондратюк О.П., Хілько Ю.О., Лукеча І.І., Кондратюк В.А., Масюк Ю.І., Юсупов Т.А.

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Актуальність. Останнім часом відмічається зростання частоти злоякісних новоутворень органів шлунково-кишкового тракту. Серед них від 1 до 15 % випадків становлять пухлини біліопанкреатодуоденальної зони.

Основним клінічним проявом периампулярні пухлини є блокада відтоку жовчі з розвитком синдрому механічної жовтяниці. У 75–95% випадків механічна жовтяниця може бути першою ознакою захворювання і свідчити про його інкурабельність, оскільки виявляється на пізніх стадіях захворювання, коли радикальні втручання вже малоімовірні.

Мета: з'ясувати динаміку показників гепатодепресивного синдрому у хворих з механічною жовтяницею пухлинного генезу після ендоскопічної і лапароскопічної паліативної декомпресії загальної жовчної протоки.

Матеріали і методи. Під спостереженням в період з 2011 по 2017 рр знаходилось 48 пацієнтів, в яких внаслідок комплексного обстеження виявили інкурабельні пухлини на тлі вираженої механічної жовтяниці. Усім хворим виконано паліативну декомпресію загальної жовчної протоки: 30 пацієнтів – із застосуванням ендоскопічних методів; 18 пацієнтів – з використанням лапароскопічної гепатикоєюностомії. Кожну підгрупу рандомізували за віком, статтю, тривалістю жовтушного періоду та основними біохімічними показниками, визначеними до операції. Пацієнтів спостерігали протягом 6 міс після декомпресії. До операції, а також через 1, 7 і 14 діб, а також 3 і 6 міс у пацієнтів визначали маркери гепатодепресивного синдрому: протромбіновий час, вміст загального білка і альбумінів в сироватці крові за загально-відомими методами.

Результати. Лапароскопічна декомпресія загальної жовчної протоки шляхом формування гепатикоєюноанастомозу порівняно з ендоскопічними методами супроводжується швидшим відновленням функціонального стану печінки, що проявляється сталим зниженням протромбінового часу і збільшенням вмісту в сироватці крові загального білка та альбумінів, починаючи з 7–14 доби після декомпресії. На тлі ендоскопічної декомпресії в цей період протромбіновий час статистично вірогідно більший, вміст у сироватці крові загального білка і альбумінів – менший, порівняно з лапароскопічною декомпресією. Через 6 міс після втручання за умов ендоскопічної декомпресії показники гепатодепресивного синдрому суттєво погіршуються, що пов'язано з розвитком у 30,0% пацієнтів ускладнень.

Висновки. лапароскопічний спосіб декомпресії загальної жовчної протоки за умов нерезектабельних периампулярних пухлин, забезпечує сталий відтік жовчі, супроводжується меншими проявами гепатодепресивного синдрому та числом ускладнень і є гідною альтернативною ендоскопічних методів декомпресії.

ЗАСТОСУВАННЯ НІТІНОЛОВИХ ЕНДОБІЛІАРНИХ СТЕНТІВ ПРИ ПУХЛИНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ЗОНИ

Огородник П.В., Дейниченко А.Г., Єрмак Н.А.

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

Актуальність. Нітінолові біліарні стенти на сьогоднішній день є пріоритетним та ефективним методом біліарної декомпресії при лікуванні обтураційної жовтяниці у хворих з новоутвореннями гепатопанкреатобіліарної зони.

Матеріали та методи. Досліджені результати нітінолового ендобіліарного стентування 495 пацієнтів з пухлинами гепатопанкреатобіліарної зони різної локалізації, що знаходились на лікуванні в клініці інституту в період з 2008 по 2018 роки. Ендоскопічні втручання виконували в рентгеноопераційній за допомогою відеодуоденоскопів TJF-145VR, TJF-150 VR Olympus, під контролем рентгенівської установки APELEM EVO-R (Франція). Використовували нітінолові покриті та непокриті стенти фірм Boston Scientific (Wallstent) та Olympus (X-Suit NIR).

Результати. Стентування жовчних проток з застосуванням нітінолових ендопротезів проведено у 495 пацієнтів. У 415 хворих при пухлинах периапулярної зони, у 32 – при новоутвореннях жовчного міхура та метастатичному ураженні гепатодуоденальної зв'язки, у 48 – при проксимальних холангіокарциномах. Нітінолові стенти з поліуретановим покриттям використані у 355 хворих, без покриття – у 140. В 64 пацієнтів стенти позиціювали супрапапілярно. В 27 випадках стентування виконували без попередньої папілосфінктеротомії. Ускладнення виникли у 31 (6,3%) хворого. Кровотечі спостерігали у 13 пацієнтів, гострий панкреатит – у 9, перфорацію жовчних шляхів – у 2, гострий холецистит – у 4, міграцію стенту – у 3 хворих. Проблеми розкриття стент-системи відмічали у 2 хворих, некоректне позиціювання стенту мало місце у 3 випадках. Віддалені результати застосування покритих і непокритих стентів проаналізовані у 315 хворих. 203 пацієнтів померли в терміни 3–8 місяців після стентування внаслідок прогресування основного захворювання. Рецидив жовтяниці та холангіту внаслідок оклюзії нітінолового стенту виник у 45 пацієнтів у строки 5–12 міс після його встановлення, що потребувало реканалізації просвіту ендопротезу або імплантації пластикового чи покритого металічного ендопротезу "stent in stent". У 67 хворих тривалість функціонування стенту без ознак оклюзії становила більше 15 місяців.

Висновки. Ендоскопічна біліарна декомпресія з використанням нітінолових ендопротезів є ефективним та безпечним завершальним методом хірургічного лікування хворих з інкурабельними пухлинами гепатопанкреатобіліарної зони.

ЕНДОСКОПІЧНІ ТРАНСПАПЛІЯРНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Огородник П.В., Литвиненко О.М., Дейниченко А.Г., Єрмак Н.А., Момот О.Д.

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

Актуальність. Больовий синдром та структурні зміни в протоковій системі підшлункової залози є основними напрямками хірургічної корекції при хронічному панкреатиті (ХП). Сучасні підходи при ендоскопічному лікуванні ХП включають вірсунготомію, дилатацію стриктур головної панкреатичної протоки (ГПП), вірсунголітоекстракцію та ендопанкреатичне стентування.

Матеріали та методи. Нами досліджені результати ендоскопічного лікування 49 пацієнтів з ХП та його ускладненнями, що знаходились на лікуванні в клініці інституту в період з 2008 по 2018 роки. Серед досліджуваних хворих було 37 (75,5%) чоловіків та 12 (24,5%) жінок. Середній вік пацієнтів склав $56,5 \pm 7,2$ років.

Результати. Досліджувані хворі були розділені нами на 3 групи: 1) ХП + стриктура ГПП + вірсунгоектазія (n=14); 2) ХП + стриктура ГПП + вірсунголітіаз (n= 15); 3) ХП + тубулярний стеноз загальної жовчної протоки (n=20); Пацієнтам 1 групи виконували папілотомію, вірсунготомію, балонну дилатацію стриктур ГПП з подальшим встановленням ендопанкреатичного стенту. В 2 групу (вірсунголітіаз) – були включені 8 пацієнтів з розмірами конкрементів ГПП до 1 см. Всім пацієнтам виконували папілотомію, вірсунготомію, дилатацію стриктури протоки з подальшим видаленням конкрементів кошиком Дорміа та ендопанкреатичним стентуванням. Заміну стенту проводили кожні 3–4 місяці на протязі року, далі в більшості випадків стентування припиняли. Критерієм завершеного лікування вважали відсутність або значну регресію стриктури за даними панкреатикографії, легке проходження катетера Фогарті 6F через зону стенозу ГПП та швидку евакуацію контрастної речовини з ГПП, а головним критерієм успішності лікування був задовільний стан пацієнтів та регресія больового синдрому. Віддалені результати лікування перших двох груп вдалось відслідкувати у 22 випадках (період спостереження 2–8 років). Хороші результати лікування (відсутність больового синдрому, набір ваги тіла) – відмічено у 13 (59%) пацієнтів. Задовільні результати (полегшення больового синдрому, зменшення прийому анальгетиків) відмітили у 5 (23%) хворих. Незадовільні результати (рецидив стриктури ГПП та вірсунголітіаз) мали місце у 4 (18%) випадках, у 2 з них виконано операцію Фрея. Пацієнтам 3 групи (тубулярний стеноз холедоха) виконували папілосфінктеротомію, дилатацію стриктури

загальної жовчної протоки та ендобіліарне стентування. Тривалість лікування в даній групі сягала 12–16 місяців, з періодичними замінами пластикових стентів кожні 3–4 місяці. Віддалені результати лікування прослідковані у 14 пацієнтів. Рецидив тубулярного стенозу спостерігали у 4 (20%) хворих, яким виконана гепатикоеюностомія на петлі кишківника по Ру. Ускладнення ендоскопічних транспапілярних втручань (ЕТПВ) виникли у 8 (16%) хворих.

Висновки. ЕТПВ при ХП є безпечною та ефективною альтернативою традиційним хірургічним операціям, що дозволяють в більшості випадків ліквідувати явища протокової гіпертензії та зменшити больовий синдром у даної категорії хворих.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА ПЕРШИЙ КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗІ ЗАСТОСУВАННЯМ ЗВАРЮВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДЛЯ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ЗУПИНКИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ.

Опарін С.О.¹, Фелиштинський Я.П.¹, Сорокін Б.В.², Пироговський В.Ю.¹,
Дядик О.А.², Плем'яник С.В.¹, Луценко Д.В.²

¹Комунальний Заклад Київської Обласної Ради «Київська обласна клінічна лікарня», ²Національна медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика МОЗ України м.Київ

Актуальність. На сьогоднішній день проблема лікування шлунково-кишкових кровотеч залишається актуальною, що пов'язано з високою летальністю. В зв'язку з тим що в гастроінтестинальній ендоскопії раніше зварювальні технології не застосовувались.

Мета роботи: оцінити ефективність ендоскопічних методів лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами та абляції вогнищ при кишковій метаплазії стравоходу за допомогою зондів для високочастотної зварювальної біполярної коагуляції апаратом ЕК-300М1.

Матеріали і методи. Нами запропонований новий спосіб ендоскопічного гемостазу та абляції: високочастотна зварювальна біполярна електрокоагуляція за допомогою апарату ЕК-300 М1 (в режимі перекриття). На цей спосіб отриманий патент №124885 від 25.04.2018р. Головною метою роботи було впровадження та використання в практиці лікаря-ендоскопіста нового способу лікування з застосуванням зварювальних технологій, який зможе знизити відсоток летальності та зменшити ризики виникнення злоякісних утворень стравоходу. Цей спосіб здійснюється за допомогою

спеціального інструменту – біполярного зонду, який був сконструйований в Інституті електрозварювання імені Є.О. Патона та який отримано патент №115147 від 10.04.17року. В експерименті використовувалось також модифікований зонд з зовнішнім діаметром електроду 3,2 мм. З метою вивчення ефективності даного методу – ендоскопічної високочастотної зварювальної біполярної електрокоагуляції – нами проведено експериментальне дослідження на свинях з морфологічною верифікацією стану судини. Експеримент проводився на свинях тому, що організм свині найближче генетично споріднений з організмом людини. В експерименті для оцінки ефективності зварювання судини проводилось тестування в залежності від діаметра судини, діаметра зонду та часу експозиції зварювання. Виділено три підгрупи судин, в залежності від діаметру зварювальної судини та часу біполярної електрокоагуляції (судини зварювали в режимі перекриття). До першої підгрупи належать судини з діаметром 1мм, на яку діяли протягом 15 секунд; до другої підгрупи – судини з діаметром 1 мм, з експозицією зварювання 30 секунд; до третьої підгрупи – судини діаметром 2 мм та часом електрокоагуляції 30 секунд. В другій експериментальній підгрупі зондом досліджували судини діаметром 2 та 3 мм з часом експозиції 15, 30 та 60 секунд.

Результати та обговорювання. При патоморфологічному дослідженні біоптатів артерій першої групи, в перші підгрупі при забарвленні гематоксиліном та еозином виявлено, що ендотелій судин діаметром 1 мм на окремих ділянках має хаотичну орієнтацію – деякі перичити розташовані перпендикулярно базальній мембрані, інші розпластані на ній, крім того наявні ділянки часткової облітерації просвіту артерій з коагуляцією ендотелію протилежних ділянок; в просвіті судин візуалізуються еритроцити та гомогенні еозинофільні маси. При специфічному забарвленні стінки артерій на еластичні волокна, звертає на себе увагу «гофрований» вигляд внутрішньої еластичної мембрани, що свідчить про спазм стінки артерій. При морфологічному дослідженні біоптатів артерій другої підгрупи виявлена субтотальна та тотальна облітерація просвіту судин з коагуляцією ендотелія, набряком стінки артерії. Звертає на себе увагу деструкція еластичних волокон внутрішньої та зовнішньої еластичної мембрани, еластичних волокон адвентиції. При морфологічному дослідженні біоптатів артерій третьої підгрупи виявлено, що облітерація просвіту не відбулась, стінка артерії свою структуру зберегла: зовнішня та внутрішня еластичні мембрани цілі, мають «гофрований» вигляд, еластичні волокна адвентиції збережені. В другій експериментальній групі також виділено три підгрупи, в залежності від діаметру зварюваної судини та часу біполярної електрокоагуляції. При патогістологічному дослідженні біоптатів артерій діаметром 2 мм першої підгрупи, на які діяли методом біполярної електрокоагуляції з експозицією 15 та 30 секунд при стандартному забарвленні гематоксиліном-еозином виявлена субтотальна (15 секунд) та тотальна (30 секунд) облітерація просвіту артерій з коагуляцією ендотелія. Має місце деструктуризація

адвентиційної оболонки з утворенням гомогенного коагулята навколо артерій. При специфічному забарвленні на еластичні волокна виявлено, що в артерії, на стінку якої діяли з експозицією 15 секунд просвіт – облітерований, еластичні волокна адвентиції зруйновані, не визначаються, зовнішня еластична мембрана розшарована, внутрішня еластична мембрана відносно збережена, має «гофрований вигляд». При експозиції 30 секунд на артерію діаметром 2 мм відбулась повна облітерація просвіту з дезорганізацією внутрішньої еластичної мембрани. При дослідженні біоптатів артерій діаметром 3 мм другої підгрупи, на які діяли методом біполярної електрокоагуляції протягом 30 секунд при стандартному забарвленні виявлено, що просвіт артерії облітерований: частково за рахунок спазму стінки артерії та коагуляції ендотелію діаметральних ділянок інтими судини, частково за рахунок коагуляції еритроцитів з формуванням тромботичної маси. При дослідженні біоптатів артерії діаметром 3 мм, на яку діяли методом електрокоагуляції При з експозицією 60 секунд і віднесли до третьої підгрупи, в якій виявлена повна облітерація просвіту артерії; звертає на себе увагу виражена гомогенізація оточуючих артерію м'яких тканин. За період 2016–2017, початок 2018 року проліковано (ендоскопічна зупинка ШКК) з використанням розробленого зонду 28 пацієнтів. Причиною ШКК були: виразкова хвороба шлунку – 12 хворих, виразкова хвороба 12-палої кишки – 10 хворих, синдром Меллорі-Вейса – 6 хворих. Зварювання слизової-абляція вогнищ кишкової метаплазії стравоходу проводилась 5 пацієнтам (3 чоловікам та 2 жінкам), середній вік яких склав – 36,5 р. (діапазон 28–54) Головною причиною вогнищ кишкової метаплазії при заміщення плоского епітелію як показало ендоскопічне дослідження був гастроезофагеальний рефлюкс на фоні кили стравохідного отвору діафрагми. Всім пацієнтам нами обов'язково було виконано гістологічне підтвердження кишкової метаплазії стравоходу. Через 1 місяць та 3 місяця після операції та прийому препаратів рекомендовано проведення повторно ЕФГДС з обов'язковим гістологічним забором рубцьових змін чи підозрілих ділянок. Через 1 місяць після операції рецидивів кишкової метаплазії ендоскопічно та гістологічно виявлено не було. Двом пацієнтам було запропоновано в подальшому оперативне лікування для ліквідації кили стравохідного отвору діафрагми.

Висновки. 1. Експериментально обґрунтовано, що при застосуванні зонда 1 при діаметрі судини 1 мм на 15 секунд наступила зупинка кровотечі, діаметрі судини до 2 мм – на 30 секунд, зупинка кровотечі наступила частково. 2. При застосуванні зонда 2 та діаметрі судини до 2 мм на 30 секунд наступила повна зупинка кровотечі. 3. Методика зварювання живих тканин в ендоскопії на нашу думку – це ефективний, малоінвазивний метод лікування вогнищ кишкової метаплазії стравоходу та зупинки ШКК. Ця методика підлягає подальшому вивченню та вдосконаленню. 4. Враховуючи результати нашого дослідження, недоліки вже існуючих методів, високочастотна зварювальна біполярна електрокоагуляція має свої переваги,

отже є доцільним та виправданим методом ендоскопічної зупинки кровотеч та абляції вогнищ кишкової метаплазії стравоходу.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОСКОПІЧНОГО ГЕМОСТАЗУ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧАХ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ, ЩО СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ ГЕМОРАГІЧНИМ ШОКОМ

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І., Радьога Я.В., Собко В.С.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Вінниця, Україна

Вступ. Однією з найбільш актуальних проблем абдомінальної хірургії протягом тривалого часу залишається питання лікування гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу (ГДКВГ). Незважаючи на розвиток хірургічних та ендоскопічних технологій, ВГДК супроводжуються високою смертністю (до 20%). Широке впровадження ендоскопії в клінічну практику дозволяє верифікувати джерело та оцінити активність кровотечі у 72–98% випадків, виконати гемостаз та/або профілакувати рецидив кровотечі.

Мета роботи. Оцінити ефективність різних методів лікування у пацієнтів із геморагічним шоком на фоні ГДКВГ.

Матеріали та методи. В ході дослідження проведено ретроспективний та проспективний аналіз 302 карт стаціонарних хворих із ГДКВГ. Серед даного контингенту були відібрані 139 (46%) пацієнтів, які на момент госпіталізації перебували у стані геморагічного шоку та мали високий ризик розвитку рецидиву кровотечі за шкалою Rockall (не менше 4 балів). Усі пацієнти отримували стандартну противиразкову терапію. Ініціальне ендоскопічне дослідження проводилося в середньому через 30 хвилин після госпіталізації пацієнта в стаціонар. При активності кровотечі Forrest I та II проводили ендоскопічний гемостаз в обсязі ін'єкційної ендоскопічної терапії (n=9 (6,5%)), аргоноплазмової коагуляції (n=14 (10,1%)), кліпування судини (n=2 (1,44%)), а також їх комбінації (n=3 (2,2%)). У 11 (9,4%) пацієнтів була використана запропонована методика ендоскопічної реparatorно-гемостатичної ін'єкційної терапії. Хірургічне лікування було проведено у 30 (21,6%) пацієнтів. Критеріями оцінки ефективності проведеного лікування були частота рецидиву кровотечі, результат та тривалість лікування.

Результати. Після ендоскопічного гемостазу рецидив кровотечі мав місце 3 (7,5%) випадках (локалізація у цибулині ДПК), 1 (2,5%) з яких – летальний. Тривалість перебування в стаціонарі склав $7,3 \pm 1,8$ діб. У групі

консервативної терапії рецидив кровотечі був зафіксований у 34 (34,4%) випадках. З приводу рецидиву кровотечі в даній групі 20 пацієнтів були прооперовані. Летальність в даній групі склала 16,1% (n=16). Тривалість стаціонарного лікування склала $6,6 \pm 2,1$ добу. Із 30 прооперованих пацієнтів, 20 у якості показів до оперативного втручання мали рецидив виразкової кровотечі в стаціонарі, а 10 – профузну виразкову кровотечу. Рецидиву кровотечі не було зафіксовано у жодному випадку. Летальність склала 13,3% (n=4). Причиною смерті в усіх випадках стала гостра серцева недостатність. Тривалість стаціонарного лікування склала $12,1 \pm 2,7$ доби.

Висновки. 1. Застосування методів ендоскопічного гемостазу дозволяє достовірно знизити ризик розвитку рецидиву кровотечі та летальність у порівнянні із консервативною противиразковою терапією. 2. Оперативне лікування дозволяє досягти надійного гемостазу, проте супроводжується вищою летальністю та більш тривалим перебуванням хворого в стаціонарі.

ЗАСТОСУВАННЯ ДОБОВОЇ рН-ІМПЕДАНС МЕТРИЇ В ДІАГНОСТИЦІ ГЕРХ

Пироговський В.Ю., Плем'яник С.В., Мельник Д.В., Гречана У.І.

Київська обласна клінічна лікарня, м.Київ, Україна.

Вступ: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – на сьогодні є досить поширеним захворюванням, що являється частою причиною погіршення якості життя. Близько однієї третини пацієнтів симптоми ГЕРХ виникають один раз на місяць і частіше, а приблизно в 7% населення – щоденно. Окрім цього для виявлення епізодів рефлюксу при $\text{pH} > 4,0$ звичайної рН метрії недостатньо. Тому хворим яким проводиться внутрішньостравохідний рН-імпеданс моніторинг, лікар має можливість призначати пробне лікування ППІ, що зазвичай не роблять при стандартній рН-метрії. Внутрішньостравохідний Ph-імпеданс моніторинг дає можливість оцінити кількісні дані, щодо експозиції кислоти в просвіті стравоходу, а також має можливість корелювати симптоми, що виникають під час рефлюксу, із стравохідними та позастрвохідними проявами ГЕРХ.

Мета: покращити результати діагностики та лікування ГЕРХ, та оцінити кореляцію стравохідних та поза стравохідних симптомів з епізодами рефлюксу.

Матеріали та методи: дослідження проводилось на базі ендоскопічного відділення Київської обласної клінічної лікарні, у групи пацієнтів, що

складалася з 25 хворих які мали різноманітні прояви ГЕРХ, але ендоскопічно не підтвердженим було проведено імпедансометрію; використовували рН-імпеданс монітор виробництва компанії ОМОН. Даний метод дає можливість виміряти проксимальну висоту на яку підіймається рефлюксат, тривалість рефлюксу та період очищення слизової стравоходу від рефлюксату. Механізми імпедансу базується на виміру електричного імпедансу між тісно розташованими електродами, встановленими на тонкому зонді який встановлюється у стравоході. Пари електродів, що представляють сегмент імпедансу, з'єднані з імпеданс ним перетворювачем напруги, який забезпечує вимірювальний струм.

Результати: в групі 25 пацієнтів які мали прояви ГЕРХ, проведено рН-імпеданс моніторинг, у 20 випадках спостерігався нічний прорив, час експозиції кислоти в просвіті стравоходу в нічний час склав в середньому 28 хвилин, епізоди рефлюксу в денний час викликали різноманітні симптоми (печія, регургітація, біль за грудиною, кашель і т.д.) Demeester індекс склав від 23 – 200. Виходячи з отриманих результатів пацієнтам була змінена схема терапії ІПП, рекомендована корекція раціону, модифікація способу життя, та контроль рН-імпедансу через 1 місяць на фоні прийому ІПП. При контрольному рН-імпеданс моніторингу Demeester індекс в середньому склав від 13–23, кислотні прориви на фоні модифікованої схеми прийому ІПП спостерігалися лише у 3 пацієнтів.

Висновки. Моніторинг рН на базі імпедансу стравоходу дає кількісні дані про рівень експозиції кислоти в стравоході та про тимчасову кореляцію між симптомами хворого та рефлексними проявами. Виходячи з вищенаведених даних рН-імпеданс моніторинг на сьогодні являється сучасним та інформативним методом в діагностиці гастроезофагеального рефлюксу, функціональної диспепсії та кореляцію епізодів рефлюксу з симптомами.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ХВОРОБИ КРОНА

**Пироговський В.Ю., Фелештинський Я.П., Плем'яник С.В.,
Милянська А.О., Снісаревський П.П., Гречана У.І.**

Київська обласна клінічна лікарня, м.Київ, Україна.

Вступ. Актуальність проблеми хвороби Крона на початку ХХІ століття визначається збільшенням частоти цього захворювання, особливо серед осіб молодого віку. Частота захворювання виявляється найбільш високою у осіб віком від 20 до 30 років. Ця тенденція зберігається вже протягом останніх 40

років. Складна діагностика захворювань тонкої кишки сприяє збільшенню тривалості та малій ефективності лікування, яке має часто симптоматичну спрямованість. А несвоєчасна діагностика захворювання часто призводить до розвитку ускладнень, інвалідизації пацієнтів та оперативного втручання. Крім того патологічні зміни в тонкій кишці супроводжуються незначно вираженою клінічною картиною і часто є причиною розвитку різних важких синдромів (діарея, хронічний біль у животі, часткова кишкова непрохідність, приховані кишкові кровотечі, залізодефіцитна анемія). Таким чином, актуальність теми визначена ростом захворюваності на хворобу Крона та відсутністю комплексного підходу до діагностики.

Мета – покращити ранню діагностику у хворих на хворобу Крона та запобігти розвиток ускладнень, які можуть призвести до інвалідності.

Матеріали та методи. У дослідженні розглянуто 283 пацієнта, яким амбулаторно було проведено ЕГДС та ВКС, в результаті яких не було знайдено патології. Всі вони спостерігалися та лікувалися амбулаторно за період з грудня 2010 по вересень 2017 року у гастроентерологів за місцем проживання з діагнозом синдром подразненої кишки. Серед них 140 чоловіки (49,4%) та 143 жінки (50,5%) віком від 17 до 65 років, середній вік становив $41 \pm 1,1$ рік. В проктологічному відділенні КОКЛ "Київська обласна клінічна лікарня" їм було планово проведено капсульну ендоскопію та ілеоколоноскопію.

Результати. По результатах капсульної ендоскопії ми отримали хворобу Крона у 146 пацієнтів (51.7%), лімфоїдну гіперплазію у 66 (23.2%), ерозивний ентерит у 71 (25%). По результатам гістологічного дослідження ми отримали хворобу Крона у 93 пацієнтів (33%), лімфоїдну гіперплазію у 101 (35,7 %), НВК у 45 (15%), целиакію у 3 (0,89%), вогнищеве запалення термінального відділу тонкої кишки у 38 (13,3%) та нормальну гістологічну картину лише у 3 пацієнтів (0.89%). Враховуючи мультидисциплінарний підхід до діагностики пацієнтів були залучені гастроентеролог, проктолог, ендоскопіст та патоморфолог. В результаті у 193 (68%) пацієнтів було встановлено діагноз хвороба Крона. Пацієнтам було призначено курс базисної терапії, в результаті проведення якої ми отримали клінічну ремісію у 167 (87 %) та ендоскопічну ремісію у 138 (72%) пацієнтів.

Висновки. Капсульна ендоскопія в поєднанні з ілеоколоноскопією є високоінформативним методом у діагностиці хвороби Крона на ранніх стадіях та дає можливість уникнути розвитку ускладнень. Своєчасне встановлення діагнозу та призначення відповідних лікарських засобів дозволяє швидко досягти позитивного лікувального ефекту.

ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ПЕРВИННОЇ ЛІМФОМИ ШЛУНКУ

Поліщук С.П., Коритко І.П.

Комунальна установа «Обласний онкологічний диспансер» Житомирської обласної ради, м.Житомир, Україна

Вступ. Незважаючи на те, що лімфоми переважно вражають лімфатичні вузли, селезінку та кістковий мозок, близько 25–30% всіх лімфом становлять екстранодальні неходжкінські лімфоми. Шлунково-кишковий тракт є найчастішим місцем їх знаходження, при чому дві третини з цих випадків припадають на шлунок. Тим не менш, первинна лімфома шлунку є досить рідкісним захворюванням, частота якого становить 2–8% з усіх пухлин шлунку. Клінічна маніфестація первинної лімфоми шлунку є неспецифічною, симптоми можуть варіювати від диспепсії та болю чи дискомфорту в ділянці епігастрії до шлунково-кишкової кровотечі. Так само різною може бути і ендоскопічна картина: звизракування, ерозії, невеликі вузлики, потовщення шлункових складок та ін. За даними літератури, особливо підозрілими в плані встановлення діагнозу лімфоми шлунку є наявність декількох гігантських виразок шлунку.

Матеріали та методи. Пацієнтка, 29 років, звернулася за медичною допомогою зі скаргами на болі в ділянці епігастрії впродовж останніх двох тижнів. Обстежена в умовах районної лікарні, скерована до КУ «Обласний онкологічний диспансер» Житомирської обласної ради на дообстеження з підозрою на рак шлунку.

Результати. При проведенні ендоскопічного дослідження апаратом Olympus GIF-N170 в антральному відділі шлунку виявлено три великі виразки, від 15 до 30 мм в діаметрі, з глибоким дном, вкритим фібрином та некротичними масами, та кратероподібними краями. Проведена біопсія, матеріал відправлено на патогістологічне та імуногістохімічне дослідження. Пацієнтці виконана комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Висновок: обмежений інфільтративний процес антрального відділу шлунку із звизракуванням та без ознак інвазії за межі стінки шлунку; лімфаденопатія шлунково-сальникових лімфовузлів. Патогістологічний висновок: підозра на В-крупноклітинну лімфому. Імуногістохімічний висновок: дифузна В-крупноклітинна лімфома, субгрупа герміогенного походження.

Висновки. Первинна лімфома шлунку є досить рідкісним захворюванням, без специфічної клінічної маніфестації та ендоскопічної картини. Наявність декількох великих виразок шлунку має стати поштовхом до включення в диференційний діагноз первинної лімфоми шлунку.

ЕНДОСКОПІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ КОЛОРЕКТАЛЬНИХ НОВОУТВОРІВ ВЕЛИКОГО РОЗМІРУ (≥ 20 мм) – НАШ ДОСВІД

Ступницький А.І., Артюшенко М.Є., Кочеркевич О.Н., Гула Г.В., Патій А.Р., Ковалишин Н.Б., Вох В.С.

Медичний центр Святої Параскеви, Львів, Україна

Вступ: Настанови Європейського товариства гастроінтестинальної ендоскопії з ендоскопічної підслизової дисекції (Endoscopic submucosal dissection (ESD): ESGE Guideline, 2015) стверджують, що більшість кишкових і ректальних поверхневих уражень можуть бути радикально видалені ендоскопічно.

Мета роботи: Вивчити ефективність ендоскопічних методів у видаленні колоректальних новоутворів великого розміру (КРН ≥ 20 мм) в умовах Медичного центру Святої Параскеви. Шляхом статистичного аналізу з'ясувати чинники, що зумовлюють ендоскопічну тактику у випадку КРН ≥ 20 мм.

Матеріали та методи: Проведено ретроспективний аналіз за період січень 2016 – травень 2018 рр. результатів ендоскопічного лікування КРН ≥ 20 мм у 81 пацієнта, віком від 22 до 81р. Статистичне опрацювання даних виконано за допомогою програми Statistica 8.0 (Statsoft, USA). Проведено багатомірне шкалювання на основі матриці віддалей між досліджуваними ознаками. В якості віддалей взято відсоток неспівпадінь показників.

Результати: Розмір видалених ендоскопічно КРН ≥ 20 мм становив від 20 до 80 мм, у середньому $27,2 \pm 7,2$ мм; зокрема, розмір понад 40 мм відзначено у 13,5%. Класичну петлеву поліпектомію проведено у 59% пацієнтів, ендоскопічну резекцію слизової (Endoscopic Mucosal Resection, EMR) – у 31%, ESD – у 10%. На основі багатомірного шкалювання виділилося три групи ознак КРН ≥ 20 мм: 1. наявність ніжки та результати патогістології; 2. локалізація та метод видалення, а також певним чином – ступінь дисплазії; 3. новоутвір, що стелиться (laterally spreading tumor; LST), особливості поверхні за класифікацією JNET (Japan NBI Expert Team classification), застосування ESD, EMR; застосування кліпування та endo-loop, наявність ускладнень, чистота краю резекції. Шляхом даного шкалювання встановлено, що є 3 латентні чинники, які пов'язують ці величини між собою. На підставі клінічного аналізу нашого матеріалу припускаємо, що визначальним чинником для першої групи ознак є молекулярний патогенез КРН. Друга група взаємозв'язків вказує на детермінованість ендоскопічної тактики особливостями КРН ≥ 20 мм (локалізація та тип КРН). Водночас, встановлено сильний зв'язок жіночої статі із LST ($p=0,035$). Врешті,

ендоскопічне видалення поверхневих КРН ≥ 20 мм із застосуванням ESD, EMR є високоєфективним методом вибору ($p < 0,00001$) та, як правило, стає кінцевим етапом лікування пацієнтів із раннім колоректальним раком.

Висновки: При виборі методу лікування КРН ≥ 20 мм слід першочергово розглядати можливість проведення їх ендоскопічного видалення. Застосовуючи сучасні ендоскопічні методики, можна досягнути успіху у понад 90% випадків поверхневих КРН ≥ 20 мм. Ендоскопічне лікування як правило є кінцевим етапом лікування пацієнтів із раннім колоректальним раком.

ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ ТА ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ СТРАВОХОДУ

Усенко О.Ю., Сидюк А.В., Сидюк О.Є., Клімас А.С., Савенко Г.Ю.

Національний інститут хірургії і трансплантології ім. О. О. Шалімова, м. Київ, Україна

Вступ. Стандартом лікування резектабельного раку стравоходу і деяких доброякісних захворювань стравоходу залишається хірургічне видалення чи резекція останнього. При виконанні відкритої езофагектомії (ВЕ) хворому завдається велика травма з ушкодженням черевної, плевральної порожнин та шії, що відображається в ранньому післяопераційному періоді вираженим больовим синдромом, тривалим періодом відновлення та затримкою активізації пацієнта. За сучасними тенденціями та дослідженнями в світі значного поширення здобули мініінвазивні езофагектомії.

На базі НІХТ ім. О. О. Шалімова за період з 2015 по 2018р. виконано 101 резекційне оперативне втручання на стравоході та стравохідно-шлунковому переході з пластикою останнього шлунковим трансплантатом (70), ободовою кишкою (2) та тонкою кишкою (29). В дослідження увійшли 53 пацієнта із ектирпацією стравоходу з доступів Л'юїса, Мак-Кеона та трансхіатальною езофагектомією, яким виконана пластика стравоходу шлунковим трансплантатом. Групу порівняння склали – 44 пацієнта; групу дослідження – 9 пацієнтів, яким було виконано МІЕ, 4-м хворим виконано торако-лапароскопічну операцію за Мак-Кеоном, в 1-го хворого виконано лапароскопічну трансхіатальну езофагектомію з анастомозом на шії, 3-м хворим – мініінвазивну гібридну лапароскопічну операцію Л'юїса, та 1-му хворому – мініінвазивну гібридну торако-лапароскопічну операцію Л'юїса. Середній вік хворих склав 53 роки (13–64). З приводу пухлин стравоходу оперовано 46 хворих (86,7%) та післяопікової стриктури стравоходу 7 хворих (13,3%). З екстраплевральним анастомозом у 22 хворих (41,5%), та інтраплевральним у

31 хворого (58,5%). Середній час оперативного втручання в групі порівняння склав 287 хв. (240–370 хв.), середній об'єм крововтрати становив 340 мл (100–600 мл), середній час перебування в стаціонарі в післяопераційному періоді склав 15 діб (9–29), ускладнень у вигляді неспроможності анастомозу – у 1-го пацієнта на 5-ту п/о добу – клінічно незначуще, проведено консервативну терапію, та встановлено ендо-VAC систему з закриттям дефекту на 18 добу. У 1-го хворого в п/о періоді розвинулися явища спайкової тонкокишкової непрохідності (виконано релaparотомію, роз'єднання спайок). В групі дослідження – 405 хв. (370–480 хв.), 103 мл (50–200 мл), 10 діб (8–16) відповідно, ускладнення в 1-го пацієнта – гостра странгуляційна тонко кишкова непрохідність, проведено 1 повторне оперативне втручання. Летальних випадків в досліджуваних групах не було.

Висновки. Застосування мініінвазивних хірургічних втручань сприяє зменшенню вираженості післяопераційного болю, періоду перебування в стаціонарі, зменшенню інтраопераційної крововтрати. Слід зазначити, що дану процедуру доцільно виконувати в спеціалізованих медичних закладах з досвідом в мініінвазивній хірургії та хірургії стравоходу.

ОСОБЕННОСТИ УРГЕНТНОЙ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ

Филоненко В.А., Лесной В.В., Лесная А.С.

Областная больница интенсивной терапии города Мариуполь; Харьковский национальный медицинский университет

Введение. Оказание ургентной хирургической помощи в условиях дефицита времени, отсутствия полноценно собранного анамнеза требуют широкого внедрения дополнительных инструментальных методов исследования для своевременной диагностики и лечения острой абдоминальной патологии.

Цель. Проанализировать особенности ургентной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с абдоминальной патологией.

Материалы и методы. Произведен анализ лечения пациентов госпитализированных в хирургическое отделение с подозрением на острую абдоминальную патологию, которым по экстренным показаниям была выполнена ЭГДС. Всего проведено 489 ургентных ЭГДС 377 пациентам.

Результаты исследования. Среди urgentных ЭГДС выполненных у больных с подозрением на острое желудочно-кишечное кровотечение были верифицированы следующие нозологии: острая язва желудка (двенадцатиперстной кишки) – 96 (25,5%) больных, хроническая язва желудка (двенадцатиперстной кишки) – 47 (12,5%) больных, язва Дьюлафуа – 4 (1,1%) больных, синдром Мэллори-Вейсса – 13 (3,4%) больных, другие нозологии (эрозивно-геморрагические гастродуодениты, варикознорасширенные вены пищевода, опухолевые образования желудка) – 65 (17%) больных. Эндоскопическая диагностика кровотечения проводилась согласно классификации J.A. Forrest (1974): кровотечение F Ix – 9 (5,3%) больных; F Ia – 15 (8,8%) больных; F Ib – 37 (21,6%); F IIa – 44 (25,7%); F IIb – 29 (16,9%); F IIc – 23 (13,5%); F III – 14 (8,2%) больных. Всего urgentных ЭГДС выполненных у больных с подозрением на инородное тело пищевода было выполнено — 29, у 22 (75,9%) больных диагностировано инородное тело пищевода, у 7 (24,1%) больных инородное тело не было визуализировано, а субъективные ощущения были обусловлены поверхностными повреждениями в месте фиксации инородного тела. Причиной обструкции пищевода чаще всего были пищевые массы (мясные, рыбьи кости, крупные куски мяса, сала) – 16 (72,7%) больных, реже монеты, зубные протезы, пуговицы, дисковидные батарейки. Места локализации инородных тел соответствовали физиологическим сужениям пищевода (чаще в проекции I–II физиологических сужений), рубцовым стриктурам пищевода, возникшим в результате химических ожогов. Эндоскопическая техника зависела от размеров, характера фиксации и срока нахождения в просвете пищевода инородного тела. Эндоскопические манипуляции проводили под строгим визуальным контролем, без резких тракций. Осложнений эндоскопической процедуры не было.

Вывод. Urgentная ЭГДС является высокоинформативным диагностическим методом, что позволяет своевременно подтвердить острую хирургическую патологию: диагностировать источник кровотечения, выполнить стойкий эндоскопический гемостаз, произвести экстракцию инородного тела пищевода или желудка, что позволяет избежать urgentного полостного оперативного вмешательства и снизить летальность.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ЦИСТДУОДЕНОСТОМИЯ У ПАЦИЕНТА С КИСТОЗНО-ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Стешенко А.А., Криворучко И.В., Кичангина Т.Н.

Городская клиническая больница №3 г. Запорожье, Украина

Введение. В последние годы отмечается рост количества больных с кистами поджелудочной железы, что связано с ростом заболеваемости острым и хроническим панкреатитом. Панкреатические псевдокисты могут являться причиной различных осложнений, таких как нагноение, перфорация, кровотечение, механическая желтуха, за счет компрессии внепеченочных желчных протоков, а также компрессия двенадцатиперстной кишки и желудка.

Цель работы. Поделиться опытом эндоскопического дренирования постнекротической кисты головки поджелудочной железы, осложненной синдромом механической желтухи и дуоденальной компрессией.

Материалы и методы. Больная Ж., 36 лет, поступила в хирургическое отделение ГКБ №3 г. Запорожье с жалобами на желтушность кожи и склер, приступообразные боли в эпигастрии, иррадиирующие в правое подреберье, мезогастральную область, тошноту, снижение массы тела до 10 кг. По данным лабораторных исследований у больной отмечалась анемия, гипербилирубинемия, умеренная гипергликемия, уровень сывороточной амилазы был в пределах референтных значений. По данным магниторезонансной холангиопанкреатографии в проекции головки поджелудочной железы визуализировалось жидкостное образование с ровными, четкими контурами, размерами 81×90×71 мм сдавливающее общий желчный проток на всем протяжении.

Результаты. Проведена терапевтическая эндоскопия: под общей анестезией, аппаратом Olympus TJF-150. Выполнена папиллосфинктеротомия (на проводнике 0,025`` боковым папиллотомом) – получен отток желчи и контраста. На проводнике при помощи бокового папиллотома выполнено рассечение всех слоев медиальной стенки ДПК и прилегающей стенки кисты в проксимальном направлении продольно до 13 мм. При помощи дилатационного баллона выполнена цистодуоденостомия. Содержимое кисты эвакуировано (в содержимом атипии не выявлено, амилаза до 250 ммоль/л*ч). К сожалению, на момент процедуры, возможности для стентирования созданного соустья не было. Больная получала стандартную

терапію. Было рекомендовано при отказе от оперативного лечения повторная эндоскопическая процедура со стентированием нитиноловым стентом с укреплением его «замком» из двух двойных Pig tail стентов. Через четыре месяца у больной развился рецидив псевдокисты головки поджелудочной железы, что связано не только с невозможностью установки нитиноловых стентов из-за материальных трудностей больной, но и развитием и прогрессированием хронического панкреатита с панкреатической гипертензией. В перспективе нельзя исключить необходимость проведения у больной дренирующей операции.

Выводы. Эндоскопическая цистодуоденостомия при псевдокистах головки поджелудочной железы, осложненных механической желтухой, позволяет устранить билиарную гипертензию. Однако, без использования стентирования созданного соустья, и в случаях развития псевдокисты на фоне хронического панкреатита в отдаленном периоде, происходит его облитерация, что снижает эффективность процедуры.

ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ ОПЕРАТИВНИЙ ДОСТУП В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Шудрак А.А., Колеснік О.О., Безносенко А.П., Звіріч В.В.

Національний інститут раку

Актуальність. колоректальний рак, зокрема рак прямої кишки, продовжує займати провідні позиції в структурі онкологічної захворюваності дорослого населення в Україні. Хірургічне лікування із дотриманням сучасних принципів онкологічного радикалізму разом з неоад'ювантними та ад'ювантними методами дає можливість отримати задовільні віддалені результати. Малоінвазивні оперативні втручання, зокрема використання лапароскопічного оперативного доступу, є критично важливим на шляху до мінімізації периопераційної травми та покращення безпосередніх результатів та якості життя пацієнтів. В той самий час, існують обмеження застосування лапароскопічного оперативного доступу враховуючи ступінь поширеності та локалізацію пухлини, що потребують вивчення.

Мета роботи. Проаналізувати досвід відділення онкокопроктології Національного інституту раку у виконанні лапароскопічних оперативних втручань та обґрунтувати диференційований підхід до вибору оперативного доступу при хірургічному лікуванні раку прямої кишки.

Матеріали і методи. Оцінено безпосередні результати 76 лапароскопічних оперативних втручань з приводу раку прямої кишки. Результати. В структурі оперативних втручань в 64 випадках виконувались резекції прямої кишки із формуванням первинного анастомозу: низька передня резекція з тотальною мезоректумектомією (45 пацієнтів) та передня резекція із парціальною мезоректумектомією (19 пацієнтів). Основним видом післяопераційного ускладнення була неспроможність анастомозу: типу А – 1, типу В – 3, типу С – 2 випадки. Лапароскопічна черевно-промежинна екстирпація прямої кишки була виконана 7 пацієнтам, інтерсфінктерна резекція прямої кишки – 5 пацієнтам. Післяопераційних ускладнень типу ІІІ та вище не спостерігалось.

Висновки: лапароскопічний оперативний доступ є безпечним та ефективним в хірургічному лікуванні пацієнтів із локалізованим раком прямої кишки.

