

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ
ЕНДОСКОПІСТІВ”**

ІХ симпозиум

**«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА
ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»**

Курорт Коблево, Миколаївська область, Україна

21–22 вересня 2017 р.



Матеріали симпозиуму

**ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ
“ВСЕУКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ
ЕНДОСКОПІСТІВ”**

ІХ симпозиум

**«СУЧАСНА ДІАГНОСТИЧНА
ТА ЛІКУВАЛЬНА ЕНДОСКОПІЯ»**

Курорт Коблево, Миколаївська область, Україна

21–22 вересня 2017 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., Болотських М.О., Бойко В.В., к.мед.н., Бойко Л.О., к.мед.н., Врублевська О.О., Дзвонковський Т.М., 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.

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ АММИАКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХЕЛИК-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕАТРОФИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ

Авраменко А.А.,* Горбенко Ю.В.**

Черноморский национальный университет имени Петра Могилы*, областная больница**, г. Николаев

Введение. Аммиак является токсичным газом, особенно для центральной нервной системы. В организме больных с патологией желудочно-кишечного тракта источником аммиака, кроме *Helicobacter pylori* (НР), является патогенная микрофлора толстого кишечника, которая активируется при появлении хронического запора.

Цель работы. Определение базового уровня аммиака у больных хроническим неатрофическим гастритом, страдающих хроническим запором.

Материалы и методы. Было обследовано 31 больных хроническим неатрофическим гастритом, из которых 16 (51,6%) страдали хроническим запором продолжительностью от 2-х до 5-ти дней, а 15 (48,4%) – нет. Обследование на НР-инфекцию проводилось двойным тестом (уреазный тест и микроскопия окрашенных мазков-отпечатков), биопсийный материал для которых брался со слизистой желудка во время проведения эзофагогастродуоденоскопии из 4-х топографических зон: из средней трети антрального отдела желудка и тела желудка по большой и малой кривизне. Наличие хронического воспалительного процесса на слизистой желудка подтверждалось гистологическими исследованиями биопсийного материала из тех же зон. Базовый уровень аммиака определялся во время проведения ХЕЛИК-теста по общепринятой методике.

Результаты. При проведении двойного тестирования на НР-инфекцию и гистологических исследований биопсийного материала в 100% случаев было подтверждено наличие у больных хронического неатрофического гастрита со степенью обсеменения слизистой желудка хеликобактерной инфекцией от (++) до (+++). Базовый уровень аммиака у больных, страдающих хроническим запором, согласно измерительной шкалы, колебался от 4-х до 9-ти мм и в среднем составлял $5,14 \pm 1,12$ мм, в то время как базовый уровень аммиака у больных без хронических запоров колебался от 0 до 2-х мм и в среднем составлял $1,13 \pm 0,45$ мм, что было достоверно ($p < 0,05$) ниже. Данные результаты объяснимы с точки зрения физических свойств аммиака. Аммиак – лёгкий газ, и при нарушении его всасывания в толстом кишечнике при запоре, что не позволяет его полностью нейтрализовать в печени (перевести в нейтральную мочевины), он подымается в желудок и через пищевод при вдохе за счёт инжекторного эффекта попадает в лёгкие, а затем – в кровоток, вызывая интоксикацию всего организма.

Заключення. Таким образом, наличие у больных хроническим неатрофическим гастритом хронического запора усиливает интоксикацию организма аммиаком из-за более активного попадания его в кровоток через бронхолегочную систему, минуя печёночный барьер.

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПОКРИТИХ НІТІНОЛОВИХ СТЕНТІВ ПРИ УСКЛАДНЕННЯХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА СТРАВОХОДІ ТА ШЛУНКУ

Бурій О.М., Тодуров І.М., Терешкевич І.С., Сидюк А.В., Калашніков О.О., Плегуча О.І., Роздобудько Ю.

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

Вступ. Хірургія стравоходу та шлунка до теперішнього часу залишається одним із самих складних напрямків в оперативному лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту, що зумовлено передусім високою післяопераційною летальністю (3,3–26,1%). Неспроможність після стравохідно-кишкових анастомозів з приводу раку шлунка розвивається у 6,3–32,0%, стравохідно-шлункових – у 2,2–5,91%, після рукавної резекції шлунка (Sleeve-гастректомії) – у 1,4–4,5% хворих. В останні роки ведеться активний пошук ефективних малоінвазивних способів лікування даних ускладнень.

Мета роботи. Оцінити ефективність використання покритих нітінолових стентів у хворих з неспроможністю анастомозів після операцій на стравоході та шлунку.

Матеріали та методи. В Національному інституті хірургії і трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України проведено аналіз хірургічного лікування захворювань стравоходу і шлунка з проявами неспроможності анастомозів у 9 випадках за період 2012–2017рр. Саморозправляючі стенти були встановлені 2 хворим після гастректомії з приводу раку шлунка, 2 хворим після резекції стравоходу з приводу раку (операція Люїса), 1 хворому після проксимальної резекції шлунка з приводу раку кардії та 4 хворим після рукавної резекції шлунка з приводу морбідного ожиріння. Для ендопротезування використовували стенти фірм M.I.Tech, HANAROSTENT (Корея) та Boston Scientific, Ultraflex (США). Стенти встановлювали по струні під ендоскопічним контролем після попередньо проведеного рентгенологічного дослідження з водорозчинним контрастом. Перед процедурою хворим проводили премедикацію: сибазон та спазмоброн.

Результати. Успішна постановка стента проведена в 100% випадків, що підтверджено рентгенологічним методом. При відсутності мікροєюностами через стент заводили зонд для ентєрального харчування, яке проводили до повного розкривання стента (1–3дні), після чого дозволяли приймати рідку їжу з наступним розширенням дієти. Паралельно проводили лікування місцевих ускладнень: призначалась антибіотикотерапія та санація затікання через раніше встановлені дренажі черевної порожнини. При неспроможності стравохідно-шлункових анастомозів після резекції стравоходу додатково проводили проточне дренування плевральної порожнини, при необхідності проводили ехо-контрольовані пункції. 8 пацієнтів після проведеного лікування виписані з стаціонару в задовільному стані. Стенти видалено під контролем відеоендоскопу через 1–1,5міс. В 1 пацієнта після рукавної резекції шлунка, стентування було неефективним. В даному випадку успішно провели лікування за допомогою ендоваку. В 1 хворого, через місяць після стентування, відмічено дистальну міграцію стента, останній видалено за допомогою ентєроскопу.

Висновки. Стентування стравоходу покритими саморозправляючими стентами є методом вибору при лікуванні хворих з неспроможністю стравохідних анастомозів та лінії резекції шлунка після Sleeve-гастректомії та дозволяє уникнути повторних операцій.

ЛАЙФХАКИ ДЛЯ УРГЕНТНОЇ ЕНДОСКОПІЇ

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

Комунальний заклад Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня”

В ургентній ендоскопії виникають ситуації, при яких необхідно проводити обстеження поза межами кабінету чи відділення. Для цього необхідно мати обладнання, яке забезпечить візуалізацію та фіксацію зображення і полегшить умови огляду слизової органу чи патологічного процесу.

Адаптер ClearScore виробництва фірми Modica використовується для фіксування відео із фіброскопів, забезпечує високу якість зображень для спільного обговорення результатів обстежень із пацієнтами та колегами. Висока якість зображення досягається записом в HD форматі, восьмикратним оптичним збільшенням. Простота та швидкість установки пристрою, не потребує ніякої підготовки до його застосування. Використання адаптеру ClearScore, як медичного приладу, погоджено в Канаді, США та в країнах Євросоюзу. Нами використовувався даний пристрій в ургентній ендоскопії для візуалізації та фіксації зображення: при ендоскопічному гемостазі у хворих із шлунково-кишковою кровотечею, для консільярного висновку при

складнощах в постановці діагнозу, кращій візуалізації патології та синхронної асистенції.

Помпа для ірригації при ендоскопії. Використовується бачок з електромотором для автомобільного змивача скла. Бачок фіксований до основи, яка виконана з ДСП 16 мм у вигляді перевернутої букви Т, з іншої сторони встановлений блок живлення 12 В, 2,5 А. та передбачене кріплення для намотування та зберігання кабелів та шлангів. Пристрій з'єднується з ендоскопом через ПВХ трубку за допомогою канюлі типу Люер та підключається до біопсійного каналу через спеціальний клапан. Керування пристроєм відбувається за допомогою педалі. Даний пристрій є переносним, що повністю забезпечує адекватне відмивання значним об'ємом розчину, не перекриваючи біопсійний канал та дає можливість одночасно проводити ірригацію та ендоскопічні маніпуляції.

Висновок, отже, застосовуючи дані пристрої можна значно покращити виконання ендоскопічного обстеження в ургентних умовах. Враховуючи невелику вартість даного обладнання можна рекомендувати його для використання в будь-якому лікувальному закладі.

ФЛОТУЮЧЕ СТОРОННЄ ТІЛО ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

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

Комунальний заклад Тернопільської обласної ради “Тернопільська університетська лікарня”

Сторонні тіла дванадцятипалої кишки, за даними різних авторів, становлять до 10 % від усіх випадків виявлення сторонніх тіл шлунково-кишкового тракту. Клінічні прояви залежать від їх величини, форми та кількості. Дрібні тіла, як правило, виходять природним шляхом, не завдаючи дискомфорту пацієнтові. Великі та, особливо, гострі предмети можуть викликати запальні зміни в стінках травного каналу, аж до перфорації та розвитку перитоніту. При локалізації стороннього тіла в воротарі або дванадцятипалій кишці, виникають симптоми гострої обтураційної непрохідності: біль приступоподібного характеру у верхній половині живота, блювоту.

В ендоскопічне відділення, по направленню гастроентеролога, звернувся хворий В., 56 років, із скаргами на голодний біль в епігастрії, нудоту, періодичну блювоту. Дані скарги турбують пацієнта півроку, хворий займався самолікуванням, до лікарів не звертався. Останні 5 днів клінічні симптоми загострились, з приводу чого звернувся до гастроентеролога поліклініки, яким і був скерований на ендоскопічне обстеження. При огляді фіброгастродуоденоскопом у хворого, в цибуліні дванадцятипалої кишки, по

передній стінці було виявлено “згусток” чорного кольору. При спробі відмити останній – виявилось, що “згусток” рухомий. При інструментальній “пальпації” біопсійними щипцями виявлено плоску курячу кістку, темно-чорного кольору, розміром 1,0 на 1,5 см. При спробі підтягування даним інструментом, кістка застряє в пілорусі. В подальшому, за допомогою петлі з певними технічними труднощами (через необхідність позиціонування стороннього тіла по ходу осі кишки) останню було видалено. Під стороннім тілом було виявлено виразку та ерозії. Хворий моменту проковтування кістки не пам’ятав. В подальшому в лікуванні отримував антигелікобактерну терапію, кислотознижуючі препарати. Через 2 тижні оглянутий повторно, на місці виразки грануляції та фібрин.

Висновок: отже, окислення кістки шлунковим соком до чорного кольору, клініка гастростазу (до півроку) вказувала на тривалий термін перебування стороннього тіла в цибуліні дванадцятипалої кишки пацієнта. Вчасне виявлення стороннього тіла шлунково-кишкового тракту, попереджує виникнення деструктивних ускладнень слизової оболонки.

КЛІНІКО – ЕНДОСКОПІЧНІ ПРОЯВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ОПЕРАТИВНОЇ ЕНДОСКОПІЇ ЛІПОМИ ШЛУНКА

Демчук Є. С., Дорожинський Ю.А., Радьога Я.В., Філіпович В.О.,Золотаренко А.В.

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. Пирогова М. І. м. Вінниця

Вступ. Серед доброякісних неепітеліальних пухлин шлунку ліпома, мабуть, є одним із найбільш рідкісних захворювань. Клінічні прояви цієї недуги малосимптомні. В більшості випадків це випадкова знахідка.

Мета роботи. Повідомити про виявлені особливості клініко – ендоскопічних проявів та оперативної ендоскопії ліпоми шлунка

Матеріали та методи. Хвора Г., 65 років, При обстеженні в УЗД в ТМО встановлено симптоми панкреатиту, а при гастроскопії — гастрит та поліп шлунку.

Результати. Дані ЕГДС: по задній стінці тіла підслизова доброякісна поліповидна пухлина шлунку, яку видаляли шляхом ендоскопічної петельної ектомії. При видаленні поліпа виявилось, що сила струму, яку ми звичайно використовували, в межах 3,5 поділок по шкалі діатермії, була недостатньою для перерізання тканин пухлини. Тому ми поступово збільшили потужність струму від 5 до 12 поділок. Тільки в цьому режимі вдалось перетяти тканини

утвору. На його місці утворилась рана — виразка, із отвору якої в шлунок почали випадати пасма жирової тканини, а в дні появився блакитний колір. Це наштовхувало на думку про можливу перфорацію. Остання виключена хірургом. Повторна гастроскопія через 6 місяців: на місці видаленої пухлини рівна поверхня без рубцевих явищ та інших патологічних змін. Гістологічно — ліпома шлунку.

Висновки. Таким чином, ліпома шлунку візуально нагадує поліп із малосимптомною клінікою, а при оперативній ендоскопічній хірургії має низьку струмопровідність, внаслідок чого погано відтинається від тканин шлунку, що вимагає значного збільшення сили струму. Крім того, після відрізання пухлини в дні післяопераційної рани появляється блакитний колір, міркуємо, вісцеральної очеревини шлунку, що наштовхує на думку про можливу перфорацію органа. Все разом, в принципі, заставляє проводити ендоскопічне видалення таких пухлин з підвищеною обережністю та виваженістю.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОЛИПОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ ЗА ПЕРИОД 2002–2012 ГОД

Дидора С.А.

Криворожский онкологический диспансер. г. Кривой Рог

Материалы и методы:

За данный период в абдоминальном отделении онкодиспансера пролечен 61 больной с малигнизированными полипами (МП) ТК. Основным методом лечения было применение ЭП.

Результаты:

У 18 выявлен множественный полипоз. Всего удалено МП 67, доброкачественных полипов (П) – 24. Всего П – 91.

Среди женщин МП и всех П–36%, а у мужчин МП и всех П–64%. В данном исследовании (больных n=61) отмечается доминирование количественных показателей у мужчин. За 10 лет выявлено и пролечено мужчин на 28% больше. Количество МП превышает на 26%. По качественным показателям – количество МП до 1 см на 10% больше у мужчин; МП более 3 см на 15% больше у женщин, общее количество выявленных П выше у мужчин на 11%

Таб. 1.1. Распределение П по размерам (% по отношению к полу):

Размер	До 1 см	≥ 1 см	≥ 2 см	≥ 3 см	≥ 4 см	Всего	%
Ж	3	7	8	7	0	25	37
	12%	28%	32%	28%			
М	3	18	15	2	4	42	63
	7,1%	42,9%	35,8%	4,8%	9,5%		
Всего	6	25	23	9	4	67	100
%	8.6	37	32.6	13.2	8.6	100 %	

Таб. 1.2. Доброкачественных П:

Размер	До 1 см	≥ 1 см	≥ 2 см	≥ 3 см	≥ 4 см	Всего	%
Ж	5	1	1	0	0	7	29,2
М	7	8	1	1	0	17	70,8
Всего	14	7	1	0	0	24	100
%	55	39	6	0	0	100%	

Таб. 2. Таблица распределения больных (всего их 61) по возрасту (% по отношению к полу):

Возраст, годы		30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	>80
пол	ж	1	3	4	4	8	2
	м	1	5	4	15	13	1
Всего		2	8	8	19	21	3
%		3,3	13,2	13,2	31,2	34,4	4,9%

У мужчин более высокая пролиферативная активность слизистой ТК и А. 61% МП на короткой ножке или без нее, 38,8 % – на длинной ножке. Это подтверждает высокий темп пролиферации и малигнизации П как на тонком основании так и на широком. 46% МП имели размер от 0,5 см до 2 см. Выявление любого полипа от 1 см включительно должно являться абсолютным показанием к ЭП.

Таб. 3. По макроскопическом типу злокачественные МП распределились (классификация по S. Yamada 1966):

Тип полипа	Количество	%
I. – Выпирающий	6	9
II. – Плоский	18	26,8
III. – На короткой ножке;	17	25,4
IV. – На длинной ножке	26	38,8

Таб. 4. Распределения полипов по морфологическому строению (в % указан показатель по полу):

ПГЗ	Пол		Всего	%
	ж	м		
Cancer in situ	4-18,2%	16-41%	20	29,9
Аденокарцинома в поверхностных слоях аденомы.	3-13,6%	5-12,8%	8	12
Аденокарцинома в аденоме	11-50%	13-33,3%	24	35,8
Аденокарцинома	4-18,2%	8-20,5%	12	17,9
Карциноид	3-13,6%	0	3	4,4
Всего	25	42	67	100

После ЭП у 30 % МП гистологически выявлен Cancer in situ и Cr в поверхностных слоях в 12%. Cancer in situ и Аденокарцинома в поверхностных слоях А выявлено у мужчин на 20% больше, чем у женщин. Более 50% П этой группы были до ЭП «доброкачественными». Необходимо проводить ЭП с диагностической и лечебной целью как у больных с А, так и с („малыми”) аденокарциномами.

Из 61 пролеченного больного выявлено 22 больных с сопутствующим раком (прямой кишки – 8, ободочной кишки – 6, почки – 3, поджелудочной железы 10

– 2, предстательной железы – 2, молочной железы – 4, желудка – 2). У 3 х больных было два и более рака до МП. 36 % – больных с первично-множественным и метахронным Сг. 14 больных получало лучевое лечение, что составило 23 % от всех больных с МП и 58,3 % от МП прямой кишки. Из группы (n=61) в течение года умерло 4 человека (3 - от генерализации). Осложнения – (кровотечение во время ЭП) – 3 (5%), через несколько дней – 2 (3,3%).

Таб. 5. По локализации толстой кишки:

Характер полипа	Злокачественный		Доброкачественный		Всего полипов		% МП
	ж	м	ж	м	МП	П	
Пол							
Отделы ТК							
Прямая	10	14	1	3	24	4	35,8
Сигма	11	18	3	7	29	10	43,3
Нисходящий отдел	2	5	1	4	7	5	10,4
Поперечно-ободочная	1	4	1	3	5	4	7,5

Выводы

1. Выявление раннего КРР в виде МП и приходится на возрастную группу больных старше 60 лет (70 %), поэтому применение ЭП у таких больных, позволит избежать объемных хирургических вмешательств, риска их осложнений.
2. Органосохраняющий характер эндоскопического лечения в сочетании с лучевым, низкий показатель осложнений, высокая пятилетняя выживаемость больных (90%), – это показатели высокой результативности малоинвазивной хирургии полиповидных форм КРР.
3. Диагностика и лечение МП у больных с первично-множественным раком различных локализаций (36 %) свидетельствует о ведущей роли эндоскопии и метода ЭП в диспансерном обследовании и лечении онкобольных.
4. Каждый 8 удаленный П – малигнизированный, каждый 6 больной, пролеченный в ОД с полипозом, имеет МП. Значение ЭП в диагностике и лечении больных с полипозом и группы риска по КРР переоценить невозможно.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ КАРТИНИ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЙ НА ВЕРХНІХ ВІДДІЛАХ ШКТ У ДІТЕЙ

Дубровін О.Г., Коломоєць І.В., Вороняк Д.І., Трембач Л. О., Метленко О.В.

НДСЛ “ОХМАТДИТ”, м. Київ

Вступ. Основними показаннями для реконструктивних операцій на стравоході є атрезія стравоходу та післяопікові рубцеві стриктури стравоходу у випадках невдачі попереднього консервативно-інструментального лікування. Одним з показань для реконструктивної операції на шлунку є рідкісна вроджена вада розвитку шлунку – мікрогастрія, яка заключається в маленькому об’ємі шлунку. На сьогоднішній день у світі зареєстровано близько 60 випадків.

Мета роботи. Продемонструвати особливості ендоскопічної картини після реконструктивних операцій на верхніх відділах ШКТ у дітей.

Матеріали і методи. В Україні пластика стравоходу товстою кишкою вперше була виконана у 1981 році, пластика стравоходу товстокишковою латкою – у 2004 році. У нас в клініці професором Дубровіним О.Г. виконується пластика стравоходу різними методиками: товстою кишкою, за допомогою товстокишкової латки, тонкою кишкою, ілеоцекальним кутом. За період з 1992 по 2016 р.р. було виконано понад 150 кишкових пластик стравоходу. За період з 2004 по 2015 р.р. була застосована товстокишкова латка у 10 дітей. У 2016 році була проведена реконструктивна операція дитині з мікрогастрією. На різних етапах лікування таких пацієнтів виконувалась ендоскопія.

Результати. Особливість ендоскопічної картини при кишковій пластичі стравоходу заключається в тому, що за верхнім стравохідним сфінктером візуалізується езофагоколоанастомоз, яким з’єднана кукса стравоходу з кишковим трансплантатом. В місці переходу кишки в стравохід або в шлунок візуалізується зона колоезофаго- або кологастроанастомозу. Для зручності описання ендоскопічної картини ми використали термін – «езофагокологастроуденоскопія» (ЕКГДС). Оглянути ДПК у частини дітей технічно неможливо через післяопераційні анатомічні особливості. При пластичі стравоходу товстокишковою латкою на тлі слизової стравоходу візуалізується вставка слизової кишки по одній зі стінок. Розмір латки залежить від протяжності стенозу у кожної дитини індивідуально.

Особливість ендоскопічної картини при збільшенні об’єму шлунку за допомогою тонкокишкового трансплантату заключається в тому, що по

великій кривизні шлунку на тлі повздожніх шлункових складок візуалізується фрагмент кишки з множинними поперековими складками.

Висновки. Пластика стравоходу кишкою використовується при протяжних та багаторівневих стенозах, кишковою латкою – при стенозах короткої протяжності. Кишковий трансплантат по мірі росту дитини значно збільшується у довжині і утворює додаткові петлі, що в свою чергу ускладнює проведення ЕКГДС. Огляд повинен виконувати досвідчений ендоскопіст, який володіє технікою колоноскопії. Хвороби трансплантата ідентичні захворюванням даної ділянки кишки. Відновлення об'єму шлунку при мікрогастрії покращує якість життя дитини.

ЕНДОСКОПІЧНА БАЛОННА ДИЛАТАЦІЯ У ДІТЕЙ З ЧАСТКОВОЮ НЕПРОХІДНІСТЮ АНТРАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКУ

Дубровін О.Г., Коломоць І. В., Вороняк Д. І., Трембач Л. О.

НДСЛ “ОХМАТДИТ”, м. Київ

Вступ. У дітей часткова непрохідність антрального відділу шлунку, як ускладнення виразкової хвороби, є рідкісним захворюванням. Порушення прохідності при виразковій хворобі зазвичай обумовлено поєднанням набряку, спазму, рубцевого стенозу й атонії шлунку. В літературі є багато інформації щодо методів лікування непрохідності вихідних відділів шлунку у дорослих. Відносно дітей інформації не достатньо. Є лише декілька досліджень, які демонструють досвід застосування ендоскопічної балонної дилатації у дітей зі стенозами антрального відділу шлунку.

Мета роботи. Продемонструвати ефективність застосування ендоскопічної балонної дилатації у дітей з частковою непрохідністю антрального відділу шлунку, спричиненою післявиразковими стенозами, в якості альтернативи оперативному лікуванню.

Матеріали і методи. У період з 2013 по 2016 р.р. в нашу клініку поступило п'ятеро дітей віком від 2 р. 5 міс до 10 р. (середній вік 4 р. 6 міс). Хлопчиків було двоє, дівчат – троє. При вирішенні питання щодо вибору методу відновлення прохідності нами в якості альтернативного лікування була запропонована ендоскопічна балонна дилатація. Дилатації проводились під інтубаційним наркозом. Використовували апарат GIF-XQ 260 Olympus Lucera та балони для ендоскопічної дилатації стравоходу/пілоруса Boston Scientific діаметром 6–7–8 мм, 8–9–10 мм та 10–11–12 мм і балони для дилатації жовчних проток Olympus діаметром 4 мм з поступовим збільшенням діаметру балона відповідно до діаметру зони стенозу.

Результати. В результаті серії від 4 до 7 повторних ендоскопічних балонних дилатацій вдалося ліквідувати часткову непрохідність вихідних відділів шлунку та досягти стійкого результату у двох дітей. Одна дитина на даний момент пройшла сім дилатацій та готується до наступної. Одна дитина була прооперована за бажанням батьків – виконана резекція зони стенозу (резекція шлунку по Більрот I). Одна дитина не з'явилася в клініку в призначений термін.

Висновки. В Україні переважній більшості дітей з післявиразковими стенозами антрального відділу шлунку проводиться хірургічне лікування. Наш досвід свідчить, що ендоскопічна балонна дилатація може бути успішною в лікуванні таких дітей. Балонна дилатація є ефективною, безпечною, мініінвазивною ендоскопічною, менш травматичною порівняно з хірургічною, операцією, яка не залишає косметичних дефектів (рубців) на шкірі дитини. Успішно проведена ендоскопічна балонна дилатація дозволяє уникнути хірургічного лікування і може бути рекомендована, як метод вибору, дітям з частковою непрохідністю антрального відділу шлунку, спричиненою післявиразковими стенозами.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ МИНИЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Благодаря высокой информативности лапароскопия заняла ведущую позицию в диагностике неотложной абдоминальной хирургической патологии и привела к снижению осложнений, летальности, напрасных лапаротомий. Травматичность технологии уменьшается с использованием инструментов диаметром 5 мм и менее.

Цель работы: определить преимущества и недостатки минилапароскопической технологии при подозрении на неотложную хирургическую патологию.

Материал и методы. С 2012 по 2016 годы на кафедре хирургии и анестезиологии ФПО в КП „Городской клинической больнице № 2” минилапароскопия (МЛС) выполнена у 51 пациента с подозрением на острые хирургические заболевания и травматические повреждения органов брюшной полости, панкреатогенный перитонит. Мужчин было 31 (60,8%), женщин – 20 (39,2%). Возраст 19–93 года. МЛС выполнена набором инструментов, центральной частью которых являлась оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30° производства фирмы „ЭлеПС" г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ „КРЫЛО" г. Воронеж (Россия) и манипулятором нашей конструкции

по методике О.С. Кочнева (1988). Ранее оперированы 14 (27,5%) больных. Интеркуррентная патология была у 47 (92,2%) лиц.

Результаты. Группу А составили 35 (68,6%) больных с острыми хирургическими заболеваниями (асептический панкреонекроз–12, прикрытая прободная язва двенадцатиперстной кишки (ДПК)–7, острое нарушение мезентериального кровообращения–5, деструктивный аппендицит–4, флегмонозный холецистит–4, спаечная тонкокишечная непроходимость–1, межпетельный абсцесс–1, разлитой гнойно – фибринозный перитонит–1).

В группу В включили 6 (11,8%) пациентов с закрытой травмой живота (разрыв печени–2, селезёнки–1, ДПК–1, мочевого пузыря–1, забрюшинная гематома–1).

Группа С представлена 10 (19,6%) больными, у которых неотложная хирургическая патология исключена (цирроз печени, асцит–7, рак мочевого пузыря T4M1N1-1, изменений не выявлено–2).

Оптимизирована лечебная тактика. Малотравматичная лечебная МЛС (аспирация перитонеального экссудата, блокада круглой связки печени разработанным способом, дренирование брюшной полости) при стерильном панкреонекрозе, перитоните выполнена у 12 (23,5%) пациентов, все выздоровели. Лечебная лапаротомия осуществлена у 27 (52,9%) больных и напрасная – у 2 (3,9%) с 6 (22,2%) летальными исходами (сепсис–2, острый инфаркт миокарда+инфаркт мозга–2, инфаркты ствола мозга и полушария–1, тромбоэмболия лёгочной артерии–1). В группе С из 10 (19,6%) пациентов умерли 2 (20%) с циррозом печени, стадии С (печёчно-почечная недостаточность–1, острый инфаркт миокарда–1).

ЕНДОСКОПІЧНА ПНЕВМОПАПЛОСФІНКТЕРОПЛАСТИКА ВЕЛИКОГО ДІАМЕТРУ ПІСЛЯ ПАПЛОСФІНКТЕРОТОМІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СКЛАДНОГО ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ: РЕТРОСПЕКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Кушнірук О.І., Погорецький Р.М., Квіт А.Д.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Львів

Вступ. Складний холедохолітіаз (СХЛ) з конкрементами $d > 12$ мм є ускладненням жовчнокам'яної хвороби як у первинних пацієнтів (ПП), так і з резидуальним холедохолітіазом (РХ) після ендоскопічного черезпапілярного лікування (ЕЧЛ). У таких випадках лише ендоскопічної папілосфінктеротомії

(ЕПСТ) недостатньо для успішної літоекстракції, навіть, у поєднанні з механічною літотрипсією (МЛТ) та ендобіліарним дренаванням (ЕБД). Комбінація неповної ЕПСТ з балонною папілосфінктеропластикою (БПСП) великого діаметру (12–20 мм) збільшує ефективність ЕЧЛ та зменшує ризик ускладнень.

Мета. Визначити ефективність та безпечність ЕПСТ+БПСП на підставі ретроспективного аналізу лікування СХЛ.

Матеріали і методи. За період 2012–2016 рр. балонну дилатацію під час ЕЧЛ виконано у 302 пацієнтів. У т.ч. ЕПСТ+БПСП великого діаметру виконано 86 хворим з СХЛ (32 чоловіки, 54 жінки, медіана віку 75 р.). Найбільший розмір одного або кількох конкрементів становив 45 мм. Парапапілярні дивертикули візуалізовано у 31 (36%) хворих із СХЛ. Діагноз встановлювався на підставі УЗД або МРТ з холангіографією, за необхідності — з контрастно підсиленою КТ. Пацієнтам проводили парціальну ЕПСТ з наступною БПСП з допомогою провідникових балонних дилаторів з поступовим збільшенням їх до діаметру дистального відділу загальної жовчевої протоки, відповідно до первинної холангіограми, але не більше 20 мм, під ендоскопічним та радіологічним контролем. Ефективність літоекстракції контролювали оклюзійною балонною холангіографією. При невдачі ЛЕ під час первинного або етапного втручання у 31 хворих (36,0%) операцію завершували ЕБД, а наступне втручання проводили через 4–12 тижнів.

Результати. БПСП до діаметра 12–15 мм виконано у 36 (41,9%), до 20 мм — у 50 (58,1%) пацієнтів. Первинної ЛЕ досягнуто у 55 (63,9%) хворих. З урахуванням етапних втручань повної ЛЕ досягнуто у 82 пацієнтів (95,3%), загалом необхідно було 98 ЕЧЛ. Відкритим методом оперовано в подальшому 4 пацієнтів. Додаткову МЛТ застосовано у 31 хворого (36,0%), контактну електрогідравлічну літотрипсію у 1 (1,2%) хв., а етапне ЕБД проведено 22 (25,6%) хворим. У 4 хворих (7,2%) МЛТ було кінцевим методом лікування.

Інтраопераційно кровотеча виникла у 3 хворих (3,5%), в 1 випадку зупинено ендоскопічно із застосуванням повністю покритого саморозширювального стента, а у 2 шляхом коагуляції. У ранньому післяопераційному періоді пост-ЕРХПГ панкреатит важкого ступеня діагностували у 1 хворого (1,8%), а кровотечу в 1 (1,8%) пацієнта. У 2 (2,3%) хворих з ЕБД, запланованих на етапне втручання, відбулася передчасна дислокація стента з механічною жовтяницею і холангітом. Померли 2 (2,3%) хворих унаслідок декомпенсації супутньої патології.

Висновки: ЕПСТ+БПСП — безпечний та ефективний метод лікування СХЛ. Високий показник первинно вдалих літоекстракцій зменшує необхідність дорогих МЛТ і травматичних відкритих операцій. Загальна ефективність комбінованих ендоскопічних методів лікування становить 95,3%.

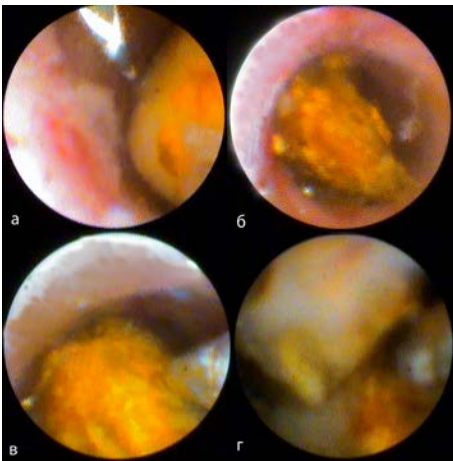


Рис. 1. Холедохолітіаз: а) конкремент та провідник у просвіті ЗЖП; б) частина конкремента, що пролабує з міхурової протоки в ЗЖП і обтурує її просвіт; в) підведення зонда для електрогідравлічної літотрипсії до конкремента; г) фрагменти конкремента після Spy-Glass літотрипсії.

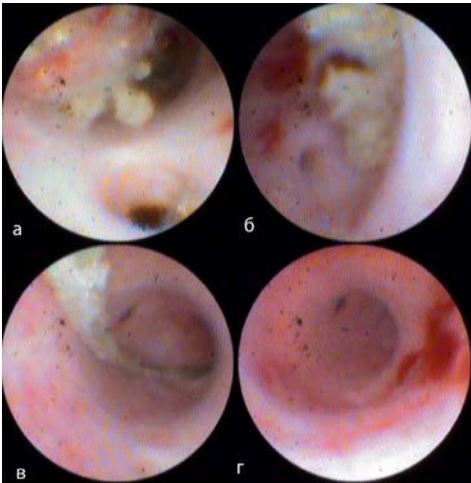


Рис. 3. Вірсунгоскопія а-б) конкремент у просвіті вірсунгової протоки; в) провідник у просвіті вірсунгової протоки; г) просвіт протоки після літоекстракції.

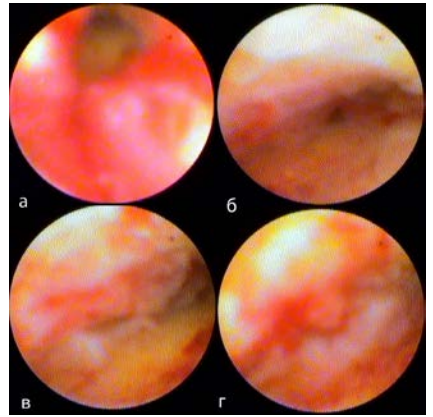


Рис. 2. Холангіокарцинома (а-г)



Рис. 4. Виразки при хворобі Крона.



Рис. 5. Променивий ентерит.



Рис. 6. Променевий ентерит.



Рис. 7. Виразка голодної кишки з підтіканням крові.



Рис. 8. Виразка порожньої кишки в стадії рубцювання



Рис. 9. Лейоміома голодної кишки



Рис. 10. Ендоскопічна картина глотки: ектодеформація задньої стінки з її компресією.

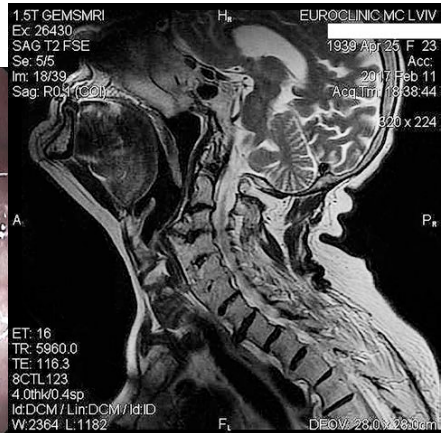


Рис. 11. МРТ ший. Остеофіти С3-4 і заповнення передньої поздовжньої зв'язки.

OPTIVISTA

Унікальне поєднання оптичного і цифрового поліпшення якості зображення для вдосконалення діагностики *in vivo* за допомогою нового процесора EPK-i7010 **new**



ПРЯМА ЧЕРЕЗПАПІЛЯРНА SPYGLASS® ПАНКРЕАТО-БІЛІАРНА ВІЗУАЛІЗАЦІЯ: ПЕРШИЙ ДОСВІД

Кушнірук О.І., Погорецький Р.М., Клецько І.Я.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів

Актуальність. Ендоскопічна візуалізація жовчних і панкреатичної проток з допомогою SpyGlass® (Boston Scientific) стала важливим етапом розвитку гнучкої лікувальної ендоскопії. Підтверджено суттєві переваги черезпапілярної ендоскопії в диференційній діагностиці стриктур жовчовивідних проток (ЖП) різного генезу та в лікуванні окремих випадків холедохо- або вірсунголітіазу.

Мета. Визначити ступінь клінічної та технічної ефективності, діагностичну і лікувальну значимість, а також безпечність черезпапілярної візуалізації з використанням SpyGlass® для лікування пацієнтів в університетському центрі ендохірургії.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 13 пацієнтів, яким вперше застосовано черезпапілярну панкреатико- або холедохоскопію системою SpyGlass® з діагностичною або лікувальною метою. Клінічна ефективність визначалася, як успішна маніпуляція, підтверджена результатами променевих чи патоморфологічних досліджень або клінічним перебігом хвороби. Технічну ефективність втручання відмічали за відношенням запланованого об'єму втручання до реально виконаного.

Результати. SpyGlass® ендоскопію виконано у 13 пацієнтів (9 жінок та 4 чоловіки), віком від 32 до 82 років. Маніпуляції проводили під глибокою седацією із неінвазивним моніторингом вітальних функцій. Найчастішим показом до лікувального втручання був холедохолітіаз (10 випадків, 76,9%), при якому всі холедохоскопії завершували електрогідравлічною літотрипсією. Перед введенням тубуса холедохоскопа виконували балонну дилатацію термінального відділу загальної жовчної протоки (ЗЖП) до 4–6 мм, а в одного пацієнта попередньо було виконано пневмопапілосфінктеропластику до 16 мм. Повної фрагментації конкрементів досягнуто у всіх випадках і одноетапна літоекстракція була вдалою у 100% втручань. При підозрі на пухлинний генез стриктур ЖП підтверджено їх злоякісну етіологію у 2 пацієнтів з допомогою прямої візуалізації та прицільної біопсії, яка мала у них патоморфологічне підтвердження. Ще в однієї пацієнтки при панкреатикоскопії обстежено місце стриктури перед конкрементом у протоці Вірсунга та під візуальним контролем проведено провідник через щільне звуження для наступної балонної дилатації та протезування. Середня

тривалість діагностично-лікувальної черезпапілярної ендоскопії, яка виконувалася одним ендоскопістом, становила 35 ± 15 хвилин, а підготовка обладнання вишколеним персоналом становила 10 ± 4 хвилини. У післяопераційному періоді не діагностовано жодного ускладнення. (рис. 1, 2, 3).

Висновки. Перший досвід клінічного застосування пероральної SpyGlass® ендоскопії підтверджує її високу ефективність та безпечність, особливо у випадках малоінвазивного лікування складного холедохолітіазу або діагностики звужень позапечічкових жовчовивідних проток, а також має місце в лікуванні пацієнтів із хронічним панкреатитом з вірсунголітіазом.

ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПАТОЛОГІЇ БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Литвиненко О.М., Огородник П.В., Лукеча І.І., Назарко Л.Р.

ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова» НАМН України.

Вступ. В основі роботи – аналіз обстеження та лікування 543 хворих на хронічний біліарний панкреатит. Середній вік хворих склав 56,9 років. Підвищення рівня білірубіну крові визначено у 47 % із них.

Пацієнтів розділили на три групи. До першої групи віднесли хворих, яким були виконані лише ендоскопічні втручання: папілотомія /ЕП/ та папілодилатація (ЕПД), до другої – у яких було поєднання поєднувалася з холедохолітотомією /ХЛТ/, до третьої – які перенесли ХЛТ. Першу групу склали 242 пацієнти. У всіх із них була виконана ЕП. При цьому у 177 із них об'єм втручання був обмежений лише ендоскопічним. У решти пацієнтів ця операція поєднувалася з відкритою чи лапароскопічною холецистектомією, доповненою у 40 із них зовнішнім дрениванням загальної жовчевої протоки /ЗД ЗЖП/, її стентуванням – у 7.

Другу групу склали 105 хворих. У них були виконані ЕП та ХЛТ в поєднанні з лапароскопічною чи відкритою холецистектомією, зовнішнім дрениванням та стентуванням ЗЖП, білідигестивними анастомозами. Хворим з холедохолітіазом і ХБП як самостійний метод лікування ЕПСТ із видаленням конкрементів із ЗЖП була виконана у 48 пацієнтів. В 16 випадках виконано тимчасове стентування ЗЖП, по 8 – з ендоскопічного (ретроградного) та з лапароскопічного (антеградного) доступу.

В третю групу увійшли 113 пацієнтів, яким була виконана ХЛТ, в тому числі у 43 – лапароскопічна. Ці операції також поєднувалися з відкритою чи

лапароскопічною холецистектомією (81 випадок), зовнішнім дренаванням чи стентуванням ЗЖП, білідигестивними анастомозами (32).

Поєднання ЕП та ХЛГ у хворих другої групи було викликано трьома основними причинами. Перша з них – неможливість видалення каменів ЗЖП навіть після ЕП (65 пацієнтів). Друга причина – залишковий ХЛ (15 випадків), третя – поєднання крупних каменів ЗЖП, які неможливо видалити ендоскопічно, з папілостенозом (25 випадків).

Особливо важливим також є визначення оптимального способу завершення операції на жовчних шляхах при тривалому ХБП, обумовленому холедохолітіазом, в залежності від діаметру ЗЖП. Установлено, що при розширенні у цих хворих ЗЖП більше 20 мм в 76 % випадків через 1–3 роки виникає рецидив холедохолітіазу. При незначному протязі стенозу ЗЖП чи папілостенозі ЕП є достатньою для його санації.

Висновки При ХБП, що супроводжується папілостенозом чи незначною, до 10 мм, подовженістю стенозу ЗЖП операцією вибору вважаємо ЕП. В випадках розширення ЗЖП до 20 мм і наявності тубулярного стенозу його ППЧ з розвитком холангіту чи обтураційної жовтяниці вважаємо доцільним виконання ЛХЛГ та тимчасового стентування ЗЖП. У хворих з тривалим перебігом ХБП з рецидивним холедохолітіазом і розширенням ЗЖП більше ніж на 20 мм, необхідне виконання внутрішнього дренавання жовчних шляхів. При цьому перевагу слід віддавати формуванню холедохоентеростомії на петлі, вимкненій по Ру.

МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ БАМПЕР СИНДРОМУ ПІСЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ЧЕРЕЗШКІРНОЇ ЕНДСКОПІЧНОЇ ГАСТРОСТОМИ

Нікішасв В.І., Болотських М.О., Садовий В.Ю.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

Вступ. Втрачена можливість перорального прийому їжі є звичайним явищем при багатьох гострих і хронічних захворюваннях. В таких випадках відновлення ентерального харчування можна вважати істотним терапевтичним засобом.

За останні роки в клінічну практику впроваджені малоінвазивні (ендоскопічні та лапароскопічні) методи гастростомії, серед яких особливої уваги заслуговує черезшкірна ендоскопічна гастростомія (ЧЕГ), що стала у

пацієнтів з порушеним звичайним прийомом їжі альтернативною лапаротомній гастростомією.

ЧЕГ, як правило, полегшує або відновлює прийом їжі у пацієнтів, які мають анатомічні або неврологічні та інші відхилення, що перешкоджають безпечному ковтанню, при цьому знижуючи ризик аспірації.

ЧЕГ вперше була описана і введена в клінічну практику в 1980 р., Gauderer і Ponsky. Ця операція виступає як альтернатива хірургічній гастростомії, тому що є мініінвазивною і мало затратною операцією, яка може бути виконана без загальної анестезії.

При ЧЕГ відмічається відносно високий рівень ускладнень, при якій, смертність становить 0,3–1%, великі ускладнення – 3%, а загальна захворюваність при ендоскопічній гастростомії становить 17%.

Бампер синдром – це ускладнення, що виникає внаслідок довготривалого тиску на м'які тканини між зовнішнім і внутрішнім фіксуєчим валиком. Внаслідок чого виникає повільне руйнування стінки шлунку, з повільним зануренням внутрішнього фіксуєчого валика (бампер) в товщу слизової оболонки шлунку, яке може супроводжуватися больовим синдромом, з подальшим порушенням прохідності трубки і неможливістю подальшого годування.

Мета роботи. Розробити нові методики корекції бампер синдрому після встановлення черезшкірної ендоскопічної гастростомії у пацієнтів для налагодження ентерального харчування.

Матеріали та методи. В Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги в період з 2011 по 2015 роки було 5 випадків бампер синдрому після встановлення черезшкірної ендоскопічної гастростомії пацієнтами з різною неврологічною патологією та порушенням ковтання. У всіх пацієнтів спостерігалася повна міграція гастростомічної трубки в товщу м'яких тканин. Серед цих пацієнтів у 2 спостерігалася повне загоєння слизової оболонки шлунку в ділянці стоми, а у 3 – часткове. Двома пацієнтам із повним загоєнням слизової оболонки шлунку в ділянці стоми було виконано видалення старої гастростомічної трубки через розріз на шкірі, розширення гастростомічного каналу з подальшим заведенням провідника в шлунок через сформований гастростомічний канал, по якому була встановлена трубка із полівінілхлориду потрібного діаметра. Трьом пацієнтам із частковим загоєнням слизової оболонки шлунку в ділянці стоми в просвіт гастростомічної трубки було введено жорсткий провідник і під помірним тиском в напрямку шлунку створена конструкція була зміщена в його порожнину.

Результати. Пацієнтам із повним загоєнням слизової оболонки шлунку в ділянці стоми після встановлення трубки із полівінілхлориду у 100% вдалося відновити в короткі терміни ентеральне харчування через ПВХ трубку. У пацієнтів із частковим загоєнням слизової оболонки шлунку в ділянці стоми у 100% вдалося низвести гастростомічну трубку разом із жорстким провідником в порожнину шлунка та відновити ентеральне харчування. В подальшому ніяких ускладнень не спостерігалось.

Висновки:

- 1) Хоча ЧЕГ і є мініінвазивним ендоскопічним методом відновлення ентерального харчування, існують серйозні ускладнення, серед яких є бампер синдром.
- 2) Методи корекції бампер синдрому за допомогою жорсткого провідника та встановлення ПВХ трубки є простими та не дорогими. За допомогою цих методів можна швидко відновити ентеральне харчування.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ.

Новохатний П.В.¹, Кичангин Е.В.¹, Кичангина Т.М.²

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

Введение. До настоящего времени отсутствует единый алгоритм диагностического обследования больных с патологическими изменениями протоковой системы панкреатобилиарной зоны. Наиболее распространенные и доступные неинвазивные методики обладают недостаточной информативностью и специфичностью. Различные авторы указывают, что трансабдоминальное ультразвуковое исследование и компьютерная томография идентифицируют уровень и причину обструкции желчных протоков в 27–95 % и 23–88% соответственно. В то же время отмечают высокую чувствительность (81–100 %) и специфичность (84–100 %) магнитно-резонансной холангиографии. Однако в связи с высокой стоимостью оборудования исследование остается недоступным для многих отечественных клиник.

Цель работы. Осветить результаты эндоскопического лечения патологии внепеченочных желчных протоков, выявленной при магнитно-резонансной холангиографии.

Материалы и методы. В течение последних трех лет с 2014 по 2016 год включительно нами оказана эндоскопическая помощь 16 больным холедохолитиазом, диагностированным при магнитно-резонансной холангиографии высокопольным томографом Philips Intera 1,5 T (Голландия). Выполненное накануне ультразвуковое исследование исключало патологию внепеченочных желчных протоков. Мужчин было 6, женщин – 10. Возраст пациентов колебался от 27 до 82 лет. Для проведения транспапиллярных вмешательств мы использовали видеодуоденоскоп Olympus TJF-150 (Япония) с источником свечения Olympus CV-150 (Япония), стандартный папиллотом MTW Easy-Cut-Set CD 9902-0331 (Германия), корзинку Olympus FG-16L-1 (Япония), электрохирургический прибор Olympus PSD-20 (Япония). Все больные оперированы по стандартной канюляционной методике. В зависимости от эндоскопической картины длина разреза колебалась от 0,5 до 1,5 см.

Результаты. Магнитно-резонансная холангиография обнаружила солитарный камень общего желчного протока размером от 5 до 8 мм у 3 пациентов. Множественные конкременты размером 3–6 мм имели место у 13. Холедохолитоэкстракция проведена у 6 больных. У остальных 10 наблюдалось спонтанное отхождение конкрементов после рассечения большого дуоденального сосочка, что подтверждено контрольной магнитно-

резонансної холангіографією. Істечення мутної желчі во время ендоскопічного втручання спостерігалося у 6 хворих. В цих випадках ендоскопічне засіб доповнено назобіліарним дренируванням. Реактивний постманіпуляційний панкреатит розвинувся у 5. Проявлення хвороби удалось ефективно купувати консервативними заходами. Через 8–13 днів після транспапільярних втручань всім 16 хворим виконана лапароскопічна холецистектомія по стандартній методиці. Всі виписані зі стаціонару в задовільному стані.

Висновок. Таким чином, магнітно-резонансна томографія дозволяє вибрати оптимальний алгоритм проведення малоінвазивних ендоскопічних втручань та хірургічного лікування у хворих з неманіфестованою патологією внепечіночних жовчних протоків.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ У ХВОРИХ З ПОТЕНЦІЙНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНИМ РАКОМ ГОЛОВКИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Огородник П.В., Кондратюк О.П., Дейниченко А.Г., Хілько Ю.О., Литвин О.І., Єрмак Н.А.

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

Вступ. Рак підшлункової залози займає четверте місце по смертності серед онкопроліферативних захворювань, з частотою виявлення 10–15 випадків на 100 тис. населення. Передопераційне біліарне дренирування (ПБД) застосовується з метою відновлення синтетичної функції печінки та зменшення частоти ускладнень та рівня летальності в післяопераційному періоді, проте, результати нещодавніх клінічних досліджень спростували позитивний ефект від рутинного проведення декомпресивних втручань у хворих з резектабельною пухлиною головки підшлункової залози. Більше того, деякі автори відмічають зростання частоти гнійно-септичних ускладнень та виникнення панкреатичних норіць після ПБД.

Мета роботи є порівняльна характеристика результатів лікування хворих раком головки підшлункової залози з обструктивною жовтяницею після передопераційної декомпресії біліарного тракту ендоскопічним, лапароскопічним та черезшкірним черезпечінковим методами.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 114 пацієнтів, які перебували на лікуванні в відділенні лапароскопічної хірургії та холелітазу НХТ ім. О.О. Шалімова за період з 2010 по 2016р. з приводу

резектабельного раку головки підшлункової залози з синдромом біліарної обструкції. Серед пацієнтів було 63 чоловіків і 51 жінка, середній вік становив $61,3 \pm 9,4$ роки. З метою верифікації діагнозу, окрім загальноклінічних лабораторних та інструментальних методів обстеження, застосовували спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) з 3D реконструкцією, магніто-резонансну томографію (МРТ), магніто-резонансну холангіопанкреатографію (МРХПГ), позитронно-емісійну комп'ютерну томографію (ПЕТ-КТ) та ендосонографію. Всі пацієнти підлягали двохетапному лікуванню – першим етапом, з метою ліквідації обтураційної жовтяниці, було проведено мініінвазивні декомпресивні втручання, а другим – радикальна резекція. Всіх пацієнтів було розподілено на три групи, відповідно до методу передопераційної біліарної декомпресії. Ендоскопічне біліарне стентування (ЕБС) пластиком стентом проведено 64 хворим, черезшкірна черезпечінкова холангіостомія (ЧЧХС) – 31 хворим, лапароскопічне зовнішнє дренажування жовчних шляхів (ЛЗДЖШ) – 19 пацієнтам. ЛЗДЖШ як метод передопераційної декомпресії, проводиться у випадку безуспішності транспапільарної та черезшкірної декомпресії жовчних шляхів, необхідності лапароскопічної ревізії черевної порожнини, з метою виявлення невеликих підкапсульних метастазів в печінці, канцеромтозу очеревини та проведення інтраопераційної ультрасонографії у випадку сумнівно резектабельної пухлини. Декомпресивні втручання, в середньому, проводили за 4,2 тижні до радикальної операції.

Результати та їх обговорення. Радикальні оперативні втручання (панкреатодуоденальна резекція) виконані у 96 хворих. Ускладнення після виконання радикальних втручань склали 45% (43 пацієнтів). Панкреатичні фістули спостерігались у 12 (28%) хворих, з них у 1 (8%) ускладнені арозивною кровотечею, післяопераційний панкреатит – у 17 (39%), ранева інфекція – у 14 (33%) пацієнтів. Летальність становила 5%. Слід зауважити, що ускладнення (ранева інфекція, панкреатичні нориці) частіше спостерігались в I групі хворих (транспапільарне стентування). Статистично значимих відмінностей в ускладненнях II та III групи не було виявлено. В трьох групах ми порівняли фактори, які могли впливати на перебіг післяопераційного періоду та стати передумовою для виникнення ускладнень. Зокрема, враховували вік пацієнта, тривалість жовтяниці до біліарної декомпресії, наявність холангіту, пост – ЕРХПГ – панкреатиту, лабораторні показники (рівень лейкоцитів, гемоглобіну, білірубину, креатиніну, альбуміну, протромбінний індекс, МНВ), а також тривалість операції та інтраопераційний об'єм крововтрати, потреба в гемотранфузіях. В першій групі пацієнтів, яким з метою біліарної декомпресії було проведено ендоскопічне транспапільарне стентування, в передопераційному періоді частіше відмічали лейкоцитоз, холангіт та пост – ЕРХПГ – панкреатит, які на нашу думку є факторами ризику у виникненні післяопераційних ускладнень.

Висновки. Для пацієнтів з потенційно резектабельною пухлиною хірургічна резекція є основним методом лікування, проте більшість пацієнтів

звертаються з клінікою високої механічної жовтяниці, ознаками печінкової недостатності та холангіту, що вимагає проведення двохетапного лікування, першим етапом якого є проведення декомпресії позапечінкових жовчних шляхів. Лапароскопічне зовнішнє дренивання жовчних протоків при безуспішності ендоскопічної та черезшкірної декомпресії є ефективною альтернативою лікування даної категорії хворих, має невисокий рівень ускладнень та хороші прогностичні результати. Перевагами даного методу є лапароскопічна візуалізація органів черевної порожнини, визначення поширеності онкопроліферативного процесу та можливість проведення прицільної біопсії для подальшого проведення поліхіміотерапії.

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 імені М.І. Пирогова, м.Вінниця

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 тлі 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 Fogrest I та Па 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 у 3 (7,5%) випадках (локалізація у цибуліні ДПК), 1 (2,5%) з яких – летальний. Тривалість перебування в стаціонарі складала $7,3 \pm 1,8$ 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.

МАЛОІНВАЗИВНЕ ВИДАЛЕННЯ ПУХЛИН ПРЯМОЇ ТА ОБОВОЇ КИШКИ

Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В.*, Задорожній С.П., Плем'яник С.В., Гречана У.І.

Київська обласна клінічна лікарня, НМАПО ім. П.Л.Шупика, Київ

Вступ. Ендоскопічна підслизова дисекція (ЕПД) і трансанальна ендоскопічна мікрохірургія (ТЕМ) є мінімально інвазивними процедурами, які можуть бути використані для лікування пухлин прямої та ободової кишки.

Мета роботи. Обґрунтування доцільності застосування ТЕМ-процедури та ендоскопічних підслизових дисекцій (ЕПД) як радикального органозберігаючого хірургічного способу лікування пухлин прямої та ободової кишки.

Матеріали та методи. У період з березня 2007 по березень 2017 року, 209 пацієнтам з пухлинами прямої та ободової кишки було виконано ЕПД (105) або ТЕМ (104) в Київській обласній клінічній лікарні. Дані були проаналізовані ретроспективно відповідно до радикальності резекції, місцевого рецидиву, ускладнень, гістологічного діагнозу, часу процедури і тривалості перебування в стаціонарі.

Результати: радикальна резекція з вільними краями були досягнуті у 81,8% пацієнтів в групі ЕПД і 94,6% пацієнтів в групі ТЕМ ($p = 0,15$). Середній розмір пухлини був $54,8 \pm 57,9$ мм в групі ЕПД і $43,9 \pm 30,7$ мм в групі ТЕМ ($p = 0,12$). У двох пацієнтів в групі ТЕМ (2,08%) і у одного пацієнта в групі ЕПД (0,95%) мали локальний рецидив. Середній час процедури був $25 \pm 13,8$ хв в групі ЕПД і $35 \pm 13,4$ хв в групі ТЕМ ($p = 0,17$). Середня тривалість госпіталізації склала $2,3 \pm 1,3$ днів в групі ЕПД і $4,5 \pm 1,4$ днів в групі ТЕМ ($p = 0,24$). Через 12 місяців після ТЕМ, місцевий рецидив був виявлений у 2 пацієнтів (2,08%). Обом пацієнтам був призначений курс променевої терапії, один з пацієнтів відмовився від повторної операції.

Висновки: ЕПД і ТЕМ є безпечними та ефективними для лікування пухлин ободової та прямої кишки.

ЕНДОСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТОНКОКИШКОВИХ КРОВОТЕЧ

Пироговський В.Ю., Сорокін Б.В., Фелештинський Я.П., Плем'яник С.В., Гречана У.І., Носс А. Дж.

НМАПО ім. П. Л. Шупика, Київська обласна клінічна лікарня, Київ

Всім 22 пацієнтам I групи виконано капсульну ендоскопію. За її результатами відібрано 3 пацієнти з ангієктазією, які потребували виконання двобалонної ендоскопії з метою ендоскопічної коагуляції.

Найпоширенішою причиною кровотеч у I групі були виразки внаслідок прийому медикаментів. З'ясовано, що 5 з 6 пацієнтів приймали їх самостійно, у 4 випадках це були нестероїдні протизапальні препарати, що вживалися з метою знеболення при м'язово-скелетних болях, в 1 випадку – ацетилсаліцилова кислота для зняття головного болю та лише 1 пацієнт приймав прямий інгібітор X фактора гемостазу (фактора Стюарта-Прауера) в дозі 20 мг після аорто-коронарного шунтування.

У випадку варикозного розширення вен тонкої кишки при дообстеженні встановлено цироз печінки в 1 пацієнта без поєднання з розширенням вен стравоходу чи гемороїдальних вузлів. Цей факт, очевидно, пояснюється індивідуальними особливостями анатомії судинної системи пацієнта. В інших 2 випадках було виявлено хронічний гепатит невірусної етіології без трансформації в цироз. У всіх 3 пацієнтів з ангієктазією мала місце ішемічна хвороба серця, що дозволяє розцінити це як сприятливий фактор розвитку судинної патології тонкої кишки. Виразки запального характеру виникли на фоні хвороби Крона тонкої кишки (Рис.4), як і 3 випадки ерозивних уражень. Етіологічний чинник ерозій у 2 випадках чітко з'ясувати не вдалося.

Всім 3 пацієнтам з ангієктазією виконано двобалонну ендоскопію з аргоноплазменою коагуляцією, рецидиву кровотечі не спостерігалось. Всі інші пацієнти отримували консервативну терапію.

Всім 29 пацієнтам II групи виконано капсульну ендоскопію. За її результатами відібрано 4 пацієнтів, які потребували виконання двобалонної ендоскопії, в 1 випадку – з метою біопсії новоутворення, в 3 інших пацієнтів – з метою ендоскопічного видалення новоутворень.

У II групі найпоширенішою причиною кровотеч були ерозії (31,03%), тобто практично кожен третій пацієнт. У 6 випадках підтверджено хворобу Крона тонкої кишки. 2 пацієнтки перенесли курс променевої терапії з приводу раку шийки матки. З моменту закінчення курсу минуло 5 і 7 років відповідно. При ВКЕ виявлено типову картину променевого ентериту (Рис. 5, 6). Виразки були спричинені вживанням стероїдів в 1 випадку, в 3 інших – нестероїдними протизапальними засобами (Рис. 7, 8), які вживалися самостійно. У 2 пацієнтів з ангієктазією мала місце ішемічна хвороба серця, ще у 3 – артеріальна гіпертензія II стадії, ще у 2 – неалкогольний стеатогепатит. 3 пацієнтам виконано ендоскопічну коагуляцію, 4 – призначено консервативне лікування. В 1 пацієнтки виявлено метастази раку яєчників. В пацієнта з уремією також було вперше виявлено хронічну ниркову недостатність, спричинену діабетичною нефропатією, переведений в нефрологічне відділення. У пацієнтки 70 р. виявлено лейоміому голодної кишки (Рис. 9),

виконано сегментарну резекцію, рецидиву кровотечі не спостерігалось. У пацієнта 69 р. аденокарцинома дистальної третини здухвинної кишки виникла на тлі вперше виявленої хвороби Крона тонкої кишки. В даному випадку кровотеча була поєднана з частковою кишковою непрохідністю та стриктурою здухвинної кишки. Виконано сегментарну резекцію з ілеостомією. Пацієнт скерований в онкологічний диспансер за місцем проживання. У 2 пацієнтів виявлено поліпи Пейтца-Єгерса, в 1 випадку – ліпома здухвинної кишки. У 2 випадках джерело кровотечі не було встановлено, як і не виявлено рецидиву за 3-річний період спостереження.

Всім 47 пацієнтам III групи виконано капсульну ендоскопію. За її результатами відібрано 6 пацієнтів, які потребували виконання двобалонної ендоскопії, у 2 випадках – з метою ендоскопічної коагуляції, в 1 – з метою біопсії новоутворення, і ще у 3 – з метою ендоскопічного видалення новоутворень.

У III групі провідною причиною кровотечі, як і в II групі, були ерозії. На відміну від попередньої групи, чіткий етіологічний фактор тут вдалося встановити лише у 11 досліджуваних, у 8 випадках це були запальні захворювання, у 3 – комбінація запалення та медикаментозних впливів. Немедикаментозні виразки в 1 випадку виникли на фоні целиакії. У пацієнтів з флекбезазією в 2 випадках був неалкогольний стеатогепатит, в інших – жодної супутньої патології. Лімфангієктазія поєднувалася з хронічним панкреатитом в 1 випадку. Ангієктазії зареєстровано на фоні артеріальної гіпертензії, виконано ендоскопічну коагуляцію. Новоутворення були представлені 1 стромальною пухлиною – пацієнту виконана сегментарна резекція, рецидиву за період спостереження не відмічалось; 2 лейоміомами та 1 ліпомою, які видалені ендоскопічно. Всі інші пацієнти отримали консервативне лікування.

ЛАПАРОСКОПІЧІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПОЛІПАХ ШЛУНКА І ТОВСТОЇ КИШКИ

Тивончук О.С., Згонник А.Ю., Дмитренко О.П., Виноградов Р.І.

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

Вступ. Деякі поліпи неможливо видалити за допомогою гнучкого ендоскопа, через розташування в складному місці, через розмір, і потребують видалення хірургічним шляхом. Розвиток лапароскопічної хірургії сприяв застосуванню цього підходу до видалення видалення поліпів мінінвазивно, з хорошим

косметичним ефектом. Залежно від форми поліпа, його розміру і розташування, лапароскопічне видалення може бути виконано через гастро- або колотомію, з частковою резекцією стінки (великі поліпи, що стеляться) або резекцію шлунка чи ділянки кишки.

Матеріали та методи. З 2013 по 2017 у відділі хірургії шлункового тракту виконано 46 лапароскопічних втручань на шлунку і товстій кишці з передопераційної діагнозом «доброякісних» новоутворень, які були неоперабельними ендоскопічно. 41 пацієнтам було діагностовано аденоматозні поліпи під час біопсії, у 5 пацієнтів біопсію проводили після лапароскопічного видалення, у яких ендоскопічне взяття біопсії було неможливе або через незручне розташування або через загрозу кровотечі. Основною причиною для направлення в хірургію були неможливість ендоскопічного видалення через великий розмір поліпа, та коротка і широка основа поліпа. В одному випадку у пацієнта з рецидивними множинними поліпами препілоричного відділу шлунка через загрозу кровотечі виконано лапароскопічну резекцію шлунка за Б-II.

Використовували лапароскопічний доступ з 3 троакарів. В технічно складних випадках, через абдомінальне ожиріння, використовували додаткові один або два троакари. Інтраопераційну ендоскопію для локалізації поліпа використовували в 60% випадків, коли лапароскопічно «пропальпувати» поліп не вдалося. В складних випадках для лапароскопічної локалізації місця розташування поліпа використовували передопераційну ендоскопію для ін'єкційного введення розчину барвника в стінку шлунка. Гастротомію чи повздожню колотомію «по тенії» виконували за допомогою УЗ-скальпеля або коагуляційного гачка. Ніжку поліпа пересікали апаратом EndoGIA. Гостро- або колотомічний отвір ушивався двохранним швом.

Результати. Усім 46 пацієнтам операція виконана лапароскопічно без переходу на конверсію. Місцем розташування кишкових поліпів була сигмовидна кишка (на 25–35см) і ректосигмоїдний відділ (17см), в шлунку – тіло шлунка і антральний і препілоричний відділ. Післяопераційна біопсія в 45 випадках була доброякісною, в одному випадку на післяопераційній біопсії були виявлено рак на верхівці поліпа, без ураження ніжки. Діапазон розмірів видалених аденоматозних поліпів варіював від 1,5 см до 6,5 см. Ширина ніжки поліпа складала від 2,5 до 3,5см. Середнє післяопераційне перебування в стаціонарі було п'ять днів (3–9 днів). Ніяких серйозних ускладнень не відмічали. В одному випадку була діагностована інфекція троакарної рани. У двох з 46 пацієнтів при подальшому ендоскопічному спостереженні через 6–12 місяців було виявлено доброякісні аденоматозні поліпи розмірами 5–12 мм в різних відділах товстої кишки і були видалені колоноскопично.

Висновки. Поліп, який не може бути видалений ендоскопічно (через його розмір і розташування) можливо успішно видаляти з допомогою лапароскопічної хірургії.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЙОМИОМЫ ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЁННОГО КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Трофимов Н.В., Кузнецов Г.Э., Корпусенко В.Г., Гетман В.В., Чабаненко Г.Н., Задорожный В.В., Балаш К.

ГУ “ДМА МЗ Украины”, кафедра общей хирургии; КЗ “ДКОСМП”, г.Днепр

Введение. В последние 10 лет по данным многих авторов отмечается возрастание числа случаев лейомиомы тела желудка, которое считалось редкостным и спорадическим заболеванием, до 2% случаев заболеваний. В последние годы отмечается снижение и среднего возраста пациентов с лейомиомой желудка с 60 до 42,3 лет.

Цель работы. Из осложнений лейомиомы желудка, следует отметить некроз опухоли с формированием абсцессов, перфорация опухоли и кровотечение. Нами проведено исследование лейомиомы тела желудка, осложненного кровотечением.

Материалы и методы. Вашему вниманию представляем клинический случай. Пациент Л 65 лет обратилась 14.09.2016 г. в хирургическое отделение КЗ “Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи Днепропетровского областного совета” с жалобами общую слабость, головокружение, стул дегтеобразным калом. Болеет в течении 3-х суток. При проведении эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) определяется в субкардиальном отделе по большой кривизне подслизистое образование до 10 см в диаметре с дефектом неправильной формы на верхушке до 1,5 см в диаметре и активными истечением алой крови. Во время исследования, произведена гемостаза путём введения в область дефекта 20 мл 0,9% р-ра NaCl и 3 мл 5% р-ра терлипессина ацетата с последующим обработкой дефекта аргно-плазменным коагулятором. Установлен гемостаз. 16.09.2016 у больного рецидив кровотечения. Эндоскопические мероприятия не эффективны. Выработаны показания к проведению оперативного вмешательства. Произведена верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. Петли тонкого кишечника заполнены кровью. При ревизии пальпаторно определяется опухоль желудка до 7см в диаметра, легко смещаемая в просвете желудка, исходящая из задней стенки в верхней трети тела желудка, ближе к большой кривизне. Печень не изменена, видимых метастазов нет. Желчный пузырь не изменен, напряжен, не опорожняется, в просвете конкременты. Лимфоузлы в области

большой и малой кривизны не увеличены. Произведена мобилизация желудка по большой и малой кривизне. Учитывая локализацию опухоли произведена субтотальная резекция желудка по Бильрот-II с наложением впередиободочного гастро-энтероанастомоза с Брауновским соустьем. В отводящую петлю заведен зонд для энтерального питания. Учитывая наличие конкрементов в желчном пузыре, изменения пузыря (увеличенные размеры) произведена холецистэктомия от шейки с раздельной перевязкой артерии и пузырного протока. Макропрепарат представляет собой опухоль до 7 см в диаметре, исходящую из мышечного слоя с участками некроза и кровотечения. Послеоперационный период протекал гладко и 29.09.2016 пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы: 1. Частота возникновений лейомиомы тела желудка по данным многих авторов составляет до 2,5% случаев. 2. При возникновении кровотечения из лейомиомы показана эндоскопическая остановка кровотечения с последующей активной оперативной тактикой.

ХВОРОБА ФОРЕСТЬЄ ЯК РІДКІСНА ПРИЧИНА ДИСФАГІЇ

Тумак І.М., Іванів І.Ю.

Львівська комунальна міська клінічна лікарня швидкої допомоги, медичний центр «Свроклінік»

Вступ. Спинальний остеофітоз є частим ураженням в людей похилого і старечого віку, але його назагал рідко підозрюють як причину дисфагії. Тим не менше, за даними літератури, у 6–28% осіб з дисфагією її причиною є шийні остеофіти, які зумовлюють не лише компресію глотки, але й порушення рухливості гортані і надгортанника, а у важких випадках – запалення і фіброз стінки стравоходу та спазм, викликаний болем. У важчих випадках виникають порушення дихання. Причинами утворення остеофітів є анкілозуючий спондиліт, деформуючий спондиліоз, остеоартрит та інші ураження. Однією з причин утворення остеофітів є хвороба Forestier (інша назва DISH — diffuse idiopathic skeletal hyperostosis). Критеріями її діагнозу є 1) кальцифікація і оссифікація уздовж передньолатеральних зв'язок принаймні уздовж 4-х хребців з розростаннями кісткової тканини у міжхребцевий простір або без нього; 2) відносне збереження висоти міжхребцевих дисків ураженої ділянки без ознак дегенерації; 3) відсутність апофізеального анкілозу або ерозій/склерозу крижово-клубового зчленування. Ізольоване ураження шийного відділу нечасте, здебільшого безсимптомне, але при великих остеофітах зумовлює клініку. Для з'ясування причини дисфагії необхідне поєднання променевих і ендоскопічних методів діагностики з дотриманням методології дослідження.

Клінічний випадок: Хвора П., 77 р., скерована на ЕГДС зі скаргами на порушення ковтання, відчуття затримки їжі у глотці. Симптоми з'явилися 2 роки тому і повільно наростали. Спроба ввести ендоскоп у стравохід у поліклініці закінчилася невдачею, пацієнтка скерована на рентгеноскопію стравоходу. При рентгеноскопії з барієм порушення пасажу при ковтанні не виявлено.

Повторна ЕГДС (8.02.2017): у глотці кулясте випинання по задньо-правій стінці, що відхиляє вхід в гортань і нависає над правим черпакуватим хрящем. Слизова не змінена. Під візуальним контролем ендоскоп з труднощами введено у стравохід. Суттєвих змін з боку стравоходу, шлунка і дванадцятипалої кишки не виявлено. МРТ шиї (11.02.2017): деформація задньої стінки глотки справа зі зміщенням її та стравоходу допереду і вліво за рахунок масивних розростань передніх поверхонь тіл хребців (насамперед С3–4); масивне протяжне звапнення передньої поздовжньої зв'язки до рівня С7 з поширенням вентрально до 16 мм; виражені крайові розростання з формуванням мостовидних остеофітів на рівні С6-Th1. Патології з боку м'яких тканин шиї не виявлено. Висновок: хвороба Форестье з деформацією глотки. (рис. 10, 11)

Заключення. У диференціальній діагностиці орофарингеальної дисфагії пріоритетними є променеві методи візуалізації, найпростіша з них поліпозиційна рентгенографія без контрастування і з барієм, з обов'язковим обстеженням шиї. Ендоскопія повинна виконуватися у другу чергу, лише з візуальним контролем і докладним оглядом глотки та гортані, порушення цих правил створює небезпеку для хворого. Дотримання цих правил у даному випадку дало би змогу встановити діагноз без призначення томографії.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТТА

Усенко А.Ю., Лаврик А.С., Бурый А.Н., Мовчан Б.Б., Манойло Н.В.

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова» НАМН Украины, Киев

На сегодняшний день пищевод Барретта является одной из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии и хирургии. Это обусловлено резким ростом частоты заболевания.

Цель работы: проанализировать опыт лечения больных с пищеводом Барретта.

В Национальном институте хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова за период с 2005 по 2017 г. находилось на лечении 85 больных с пищеводом Барретта. Мужчин было 70 (82,4%), женщин 15 (17,6%). Средний возраст составил 52 года. Симптомы пищевода Барретта напоминают жалобы больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Изжогу отмечали 82(96,5%) больных, дискомфорт за грудиной беспокоил 53(62,4%) и у 8 (9,4%) пациентов имели место внепищеводные проявления – кашель, бронхиальная астма. На фоне пищевода Барретта у 15(17,6%) больных возникла стриктура пищевода с дисфагией (чаще всего II степени), что и явилось причиной их обращения за медицинской помощью. Изъязвления в области стриктуры выявлены в 8(9,4%) случаях. Эндоскопическое исследование является ключевым методом диагностики, при этом окончательный диагноз пищевода Барретта устанавливается при морфологическом исследовании биоптата. Важным фактором является протяженность сегмента метаплазии слизистой пищевода. У 36(47,1%) пациентов наблюдали короткий сегмент пищевода Барретта – до 3см и у 49(57,6%) длинный – свыше 3см. Основной целью эндоскопического исследования является получение биопсийного материала. При этом морфологическое исследование направлено не только на подтверждение метаплазии слизистой оболочки пищевода, но и с целью выявления дисплазии и фокусов аденокарциномы. Биопсия берется из четырех квадрантов по окружности пищевода каждые 2см, начиная от границы визуально определяемой зоны метаплазии и обязательно выше её. У всех (85) пациентов была выявлена кишечная метаплазия (бокаловидные клетки). При этом, дисплазия легкой степени наблюдалась у 31(36,5%) больного и тяжелой степени у 54(63,5%).

Лечение пищевода Барретта осуществляется в таких направлениях: 1) консервативная терапия ингибиторами протонной помпы; 2) антирефлюксные операции; 3) эндоскопические методы; 4) экстирпация пищевода.

Консервативная терапия назначалась всем пациентам при первичной постановке диагноза. В последующем у 23(27,1%) больных она продолжает оставаться единственным методом лечения. Эндоскопический контроль с биопсией и 24-часовой рН-метрией в этой группе рекомендуем выполнять раз в год. При этом фиксируется низкая степень дисплазии 16(69,6%) либо её отсутствие 7(30,4%).

Экстирпация пищевода с последующей эзофагопластикой выполнена у 2(2,4%) больных. Показаниями к её выполнению явились: протяженное поражение пищевода, тяжелая дисплазия, относительно молодой возраст пациентов – 37 и 40 лет.

Лапароскопическая фундопликация по Ниссену сформирована у 44(51,8%) больных. При этом у 31(36,5%) она выполнялась после эндоскопической

абляції. Пациенти цієї групи раз в рік проходять ендоскопію з біопсією і суточної рН-метрії. Троєм больним (6,8%) із-за неудовлетворительних результатів пришлось виконати рефундоплекцію і 19(43,2%) додатково назначен прийом інгібіторів протонної помпи.

Ендоскопічну (аргоноплазменну) абляцію метоплазії шлункової кишки виконували у 16(18,8%) пацієнтів, всім їм назначен прийом ІПП.

У 15(17,6%) больних со стриктурою виконували бужирование шлункової кишки по струне-проводнику.

При проведенні скринінга пацієнтів з шлункової кишки Барретта аденокарцинома не була виявлена ні у одного з них. Переход легкої дисплазії в тяжелу діагностували у 9(10,6%) больних. Всім їм виконана ендоскопічна абляція.

Заключення. На сьогоднішній день досягнуті значительні успіхи в изученні етіології і патогенеза, а також в діагностиці шлункової кишки Барретта, остається дискусійним вибір методу лікування данної проблеми. Это определяет необходимость дальнейшего изучения данного заболевания.

МЕТАБОЛІЧНИЙ ЕФЕКТ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО МІНІ-ШУНТУВАННЯ ШЛУНКУ

Усенко О.Ю., Москаленко В.В., Тивончук О.С.

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

Вступ. Метаболічний синдром є одним з найрозповсюджених захворювань в високорозвинених країнах, яким страждає близько 30% дорослого населення. Консервативне лікування метаболічного синдрому малоефективне, особливо при морбідному ожирінні. Результати хірургічного лікування морбідного ожиріння показали, що стійке адекватне зниження маси тіла супроводжується нормалізацією глікемії, покращенням перебігу цукрового діабету II типу, нормалізацією ліпідного обміну та артеріального тиску.

Мета роботи вивчення метаболічного ефекту лапароскопічного міні-шунтування шлунку

Матеріали та методи. В дослідження включено 15 пацієнтів з морбідним ожирінням та метаболічним синдромом, яким було виконано лапароскопічне міні-шунтування шлунку. Довжина біліопанкреатичної петлі складала від 180

до 250см см: у 2 (13,3%) хворих – 180 см, у 9 (59,9%) хворих – 200 см, у 4 (26,7 %) хворих 250 см. Чоловіків 9 (59,9%), жінок 6 (40,1%). Вік хворих складав від 36 до 65 лет, середній вік склав 42,14±6,62 років. ІМТ варіювався від 35,2 до 61 кг/м², що в середньому 43,99±6,62. Вага хворих варіювалась від 113 до 150 кг, яка в середньому складала 128,07±13,29 кг.

Результати. Компенсацію цукрового діабету II типу досягнуто у 8 (53,3%) пацієнтів, покращення перебігу зафіксовано у 7 (46,7%), дисліпідемії у 5 (33%) та 10 (67%) хворих, артеріальної гіпертензії у 9 (59,9%) та 6 (40,1%) хворих відповідно.

Висновки. Лапароскопічне міні-шунтування шлунку ефективний метод хірургічної корекції метаболічних розладів у хворих з морбідним ожирінням та дозволяє отримати адекватну та стійку корекцію артеріальної гіпертензії, ліпідного та вуглеводного обміну, які є складовими метаболічного синдрому.

ДОСВІД МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ПІДХОДУ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННЯ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ДИСТРОФІЇ

Ярешко В.Г.³, Клименко В.М.¹⁻², Міхєєв Ю.О.³, Кіосов О.М.¹⁻², Гулевський С.М.²

¹Запорізький державний медичний університет кафедра факультетської хірургії, ²КУ УНМЦ «Університетська клініка»

Вступ: дуоденальна дистрофія (Groove pancreatitis, кістозна дуоденальна дистрофія, ектопія підшлункової залози в стінку ДПК) – хронічне запалення тканини підшлункової залози, ектапованої в стінку ДПК. Ектопія підшлункової залози – аномальна локалізація тканини підшлункової залози, яка має особисте кровопостачання, протокову систему без судинного, нервового та анатомічного контакту із звичайно розташованою (ортотопічною) підшлунковою залозою. Ектопічна підшлункова залоза нерідко зустрічається в органах черевної та грудної порожнини, найчастіше в шлунку (25 % – 60 %) та ДПК (25 % – 35 %). *Мета роботи:* поділитись мультидисциплінарним підходом до діагностики та лікування дуоденальної дистрофії.

Матеріали та методи: Пацієнт Н.,1963 р. звернувся в клініку ННМЦ «Університетська клініка» за направленням хірурга для проведення діагностичної відеоезофагогастроуденоскопії. Із анамнеза: у 2013 році хворий переніс холецистектомію та цистектомію підшлункової залози. При зверненні у 3 лікарню при УЗД візуалізується кістозне утворення до 17 на 38 мм, під правою долею печінки з товстою стінкою, яке було розцінено як жовчний міхур. Після ендоскопчної та КТ-діагностики, проведено

дренування кістозного уворення стінки ДПК під контролем УЗД, яке дало короткотривалий ефект. На КТ виявлено ектопію тканини підшлункової залози в стінку ДПК.

Результат: Проведена діагностична відеоезофагогастроуденоскопія зі збільшенням та хромоендоскопією, FICE 2 режим на процесорі FUJINON EPX 4450HD, відеогастроскопом FUJINON 590Z. В ділянці нижньогоризонтальної гілки ДПК виявлено циркулярне звуження просвіту, з втягненням ВДС. Просвіт звужений до 1.0 см, при інсуфляції повітря не розправляється, при інструментальній пальпації плотноеластичної консистенції, слизова гіперемована та набрякла. У серпні ПДР резекція з тривалим позитивним клінічним ефектом (рис. 12, 13, 14, 15)

Висновки: в даному випадку клінічна картина захворювання, результати ВЕГДС та УЗД дозволили запідозрити, а мультидисциплінарний підхід виконання КТ – підтвердити діагноз дуоденальної дистрофії. Ендоскопічне дослідження дозволяє виявити звуження та деформацію просвіту ДПК. Таким чином в діагностиці такої рідкої патології як ДД, треба тісна співпраця суміжних спеціалістів: гастроентерологів, хірургів, ендоскопістів та спеціалістів променевої діагностики.

